

Kardiyoloji yayınlarında gündem ve yorumlar

Hazırlayan: Dr. Ertan Ural

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı

Circ Cardiovasc Qual Outcomes 2013;6:525

Sistolik kalp yetersizliğinde (KY) digoksin kullanımının mortaliteyi artırabileceği bildirildi. Bu amaçla günümüz KY kohortlarından birinde, daha evvel digoksin kullanmayıp, yeni kullanmaya başlayan hastaların mortalite ve KY nedeniyle hastaneye yatış yönünden durumları incelendi. Yaklaşık 2900 yeni tanı sistolik KY hastasından 529'una (%18) digoksin başlanmıştı. Çok değişkenli analizde, digoksin kullanımı mortaliteyi artırırken (HR:1.72, CI 1.25-2.36), KY nedeniyle hastane yatışı etkilemedi (HR:1.05, CI 0.82-1.34). Araştırma randomize olmamakla birlikte, gerçek hayatı yansıtmaması ve sonuçları bakımından önemli. Daha eski veriler bugün için KY'de standart tedavi halini almış renin anjiyotensin sistemi blokerlerinin ve beta blokerlerin daha az kullanıldığı, tedavinin bugüne kıyasla suboptimal olduğu döneme ait. Bugünün tedavi yaklaşımı ile digoksinin kılavuzlardan tamamen kaldırılması gündeme gelebilir.

Heart 2013 Sep 15 [Epub ahead of print]

Renal denervasyon çalışma sonuçlarında yaklaşık 30 mmHg'lık düşüşler gözlenmesi, bilim dünyasında hipertansiyonun sonu mu geliyor sorularına yol açmıştı. Yapılan bir araştırma, bu sonuçların abartılı olduğu yönündeki iddiasıyla bu coşkuyu gölgeleyecekmiş gibi görünüyor. Bu çalışmada araştırmacılar, 31 ilaç çalışmasındaki yaklaşık 4100 hastanın ve 23 renal denervasyon çalışmasındaki 720 hastanın ofis ve ambulatuar kan basıncı (KB) ölçüm sonuçlarını incelediler. İlaç çalışması randomize ya da kör değilse, ofis KB ölçümlerinde, ambulatuar KB ölçümlerine göre ortalama 5.6 mmHg daha fazla düşüşler izlendi ($p<0.0001$). Oysa randomizasyon ve körleme söz konusu olduğunda, ofis KB ve ambulatuar KB ölçümleri arasında fark bulunmuyordu (-0.8 mmHg fark $p=0.45$). Renal denervasyonla ilgili şu ana kadar herhangi bir randomize ve kör olan çalışma bulunmuyor. Kör olmayan bu çalışmalarda tedavi öncesi ile sonrası arasında ofis KB ölçümlerinde 27.6 mmHg, kontrole karşı yapılan karşılaştırmalarda ise yine ofis KB ölçümlerinde 26.6 mmHg'lık farklar saptandı. Buna karşın, tüm çalışmalardaki ambulatuar KB düşüşleri ortalama 15.7 mmHg bulundu. Daha ilginç, eğer çalışmaya alınma ölçütü olarak yalnızca ofis KB ölçümleri esas alındıysa, ambulatuar KB'daki düşüşler 11.9 mmHg'ya kadar geriliyordu. Anlaşılan o ki, ileride kör olarak tasarlanacak renal denervasyon çalışmaları, bu yöntemle elde edebileceğimiz gerçek KB değerlerini bize gösterecek. Tahminen bu değerler bugün söylendiği gibi 30 mmHg değil, yaklaşık 10-15 mmHg aralığında olacak gibi duruyor.

Am Heart J 2013;166:597

Öncesinde statini tolere edemeyen pek çok hastada, farklı yaklaşımlar denenerek statin kullanılabilirliği gösterildi. Bu amaçla statin intoleransı olan yaklaşık 1600 hastanın verileri, retrospektif olarak irdelendi. Öncesinde statini tolere edemeyen bu hastaların %72.5'i ilacı tolere etmeyi başarabildi. Aralıklı doz yaklaşımı uygulanan yaklaşık 150 hastada her gün statin kullananlara göre daha az bir LDL-kolesterol düşüşü sağlanmakla birlikte (%21.3'e karşı %27.7'lik düşüş, $p<0.04$), statini tamamen kesenlere göre düşüş anlamlı olarak daha iyiydi (%21.3'e karşı %8.3, $p<0.001$). Sekiz yıllık takipte, günlük düzenli veya aralıklı yaklaşımla statin kullananlarda ilacı kesenlere göre belirgin olarak mortalitede azalma eğilimi gözlemlendi ($p=0.08$). Bir defa miyalji, güçsüzlük veya karaciğer enzimlerinde yükselme gibi bir durumla karşılaşıldığında, hasta statini tolere edemiyor diyerek kesip, bir daha kullanmamak hatalı bir yaklaşım olarak görünüyor. Statinden fayda göreceği düşünülen hastalarda ısrarcı olup, hastanın yakınmaları düzeldikten sonra, örnek olarak, haftada bir gün gibi bir dozla başlayıp, yavaş yavaş haftada iki gün, sonra gün aşırı ve en nihayet günlük doz uygulamasına yeniden geçilebilir.

N Engl J Med
2013;369:1115

Primer perkütan koroner girişim (PKG) sırasında, miyokart enfarktüsünden (ME) sorumlu olmayan artere de müdahale etmenin yararlı olabileceği gösterildi. Bu amaçla primer PKG için gelen yaklaşık 500 ST yükselmeli ME hastası, ME'den sorumlu arter yanında sorumlu olmayan lezyonlara da müdahale edecek ya da daha sonra iskemi veya angina var ise müdahale edilecek şekilde randomize edildiler. Yaklaşık 2 yıllık takip sonrasında kardiyak nedenli ölüm, ölümcül olmayan ME ya da refrakter anginadan oluşan birleşik son noktanın eş zamanlı müdahale grubunda belirgin daha az gözlenmesi üzerine çalışma erken sonlandırıldı (%9'a karşı %23, HR;0.35, CI 0.21-0.58; p<0.001). Bu çalışma ST yükselmeli ME kılavuzlarında değişikliğe yol açacak gibi görünüyor. Yeni yaklaşım primer PKG sırasında ME'den sorumlu olmayan artere de aynı seansta müdahale etmek şeklinde olacak.