

Editöre Mektup**Letter to the Editor****Clavis Panax kullanımı sonrası gelişen akut koroner sendrom**

Sayın Editör,

Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi'nin 2012 yılı 3. sayısında yayımlanan, "Clavis Panax kullanımı sonrası gelişen akut koroner sendrom" başlıklı yazıyı^[1] ilgilile okuduk. Son dönemlerde popüler sağlık ürünlerinden olan ve poliklinikte özellikle koroner arter hastalığı olan hastalarımızın tarafımıza kullanımı ile ilgili sıkça sorular yönelttiği Clavis Panax ile ilgili oldukça faydalı ve öğretici bir yazı olduğu inancındayım.

Yazıda sunulan olguların kan parametreleri incelendikten sonra hastaların ilaç tedavileri planlanırken, Avrupa Kalp Derneği'nin son yayınladığı, ısrarcı ST segment yükselmesi bulunan akut miyokart enfarktüsü tedavisi kılavuzunda belirtilen "kontrendikasyon bulunmayan bütün hastalarda, kolesterol düzeylerinden bağımsız olarak elden geldiğince çabuk statin başlatılmalı ve LDL kolesterolün 100 mg/dL (2.5 mmol/L) düzeyinin altına inmesi hedeflenmelidir" ve "TG 150 mg/dL'nin (1.7 mmol/L) üzerinde ve/veya HDL kolesterol 40 mg/dL'nin (1.0 mmol/L) altındaysa yaşam biçimi değişiklikleri üzerinde durulmalıdır"^[2] ve daha sonra yukarıdaki değerleri revize eden "Dislipidemi kılavuzunda belirtilen kanıtlanmış kardiyovasküler hastalığı olanlarda LDL kolesterolün <70 mg/dl olması"^[3] ölçütlerinin değerlendirilip değerlendirilmediği yazıda açıkça belirtilmemiştir.

Ayrıca, yazının ilk olgusunda "Hasta eve gönderildikten 13 gün sonra atipik göğüs ağrısı yakınmasıyla başvurdu. EKG ve kardiyak enzimleri normal bulundu. Birkaç kez benzer yakınmalarla başvuran hastaya PKG'den 4 ay sonra efor testi yapıldı ve submaksimal negatif bulunarak tıbbi tedavi ile izleme devam edildi." olarak belirtilen bölümde son yayınlanan Avrupa Kalp Derneği Miyokardiyal Revaskülarizasyon Kılavuzu'nda belirtildiği gibi miyokardiyal revaskülarizasyon sonrasında efor testi yerine hem semptomatik hem de asemptomatik hastalarda stres eko veya stres MPS yapılması^[4] hastanın sonraki klinik durumlarına geçmeden daha erken tedavi şeklimizi değiştirebilir miydi?

Bildirilen olgularda görülen erken dönemde yeniden koroner arter tıkanıkları acaba Clavis Panax kullanımı ile mi yoksa statin grubu ilaçların eklenmeyerek tedavinin optimize edilmemesi ile mi alakalıdır?

Saygılarımla,

Dr. Ahmet Göktuğ Ertem

Sincan F tipi Ceza İnfaz Kurumu Devlet Hastanesi,
Kardiyoloji Kliniği, Ankara
e-posta: agertem@hotmail.com

Yazar ya da yazı ile ilgili bildirilen herhangi bir ilgi çakışması (conflict of interest) yoktur.

1. Atar AI, Er O, Güven A, Eryonucu B. Two cases of acute coronary syndrome after intake of Clavis Panax. [Article in Turkish] Turk Kardiyol Dern Ars 2012;40:269-75.
2. Van de Werf F, Bax J, Betriu A, Blomstrom-Lundqvist C, Crea F, Falk V, et al. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation: the Task Force on the Management of ST-Segment Elevation Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2008;29:2909-45.
3. European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation, Reiner Z, Catapano AL, De Backer G, Graham I, Taskinen MR, Wiklund O, et al. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: the Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). Eur Heart J 2011;32:1769-818.
4. Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS); European Association for Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI), Wijns W, Kolh P, Danchin N, Di Mario C, Falk V, Folliguet T, et al. Guidelines on myocardial revascularization. Eur Heart J 2010;31:2501-55.

Yazarın yanıtı

Sayın Editör,

Sayın Ertem'e yazımıza gösterdiği önem ve yapıcı eleştirilerinden dolayı teşekkür ederiz. Yazımızda, ülkemizde son dönemde popüler bir alternatif tıp ürünü olan Clavis Panax kullanımı ile aterosklerozda hızlanma ve koroner aterotromboza meyil arasındaki ilişki

irdelemeye çalışılmış ve olası bir ilişkiye dikkat çekilmiştir.

Sayın Ertem’inde belirttiği gibi statin tedavisi koroner kalp hastalığı tedavisinin temel unsurlarında biridir ve güncel tüm kılavuzlar tarafından kolesterol düzeyleri ve hastadaki diğer risk faktörlerinin de birlikte değerlendirildiği algoritmalar çerçevesinde önerilmektedir. Son güncel Avrupa kılavuzlarında da akut koroner sendromla başvuran hastalarda kolesterol düzeyleri ve risk faktörlerinden bağımsız olarak statin tedavisi başlanması önerilmektedir. Her iki olgumuza da hastaneye yatışlarında statin tedavisi başlanmıştır. Ancak trigliserid değerlerine göre ilaç başlama endikasyonu olan ve LDL düzeyleri düşük olan bu hastalara taburculukta fibrat vermeyi tercih ettik.

Sayın Ertem’in Avrupa Kalp Derneği Miyokardiyal Revaskülarizasyon Kılavuzuna dayanarak^[1] 1. olgumuzun atipik göğüs ağrısının değerlendirilmesi için efor testi yerine stres eko veya stres MPS yapılmasının hastalığın daha önceden yakalanarak tedavi şeklini değiştirip değiştirmeyeceği ile ilgili görüşüne gelince, bu uygulamanın genelde ve özellikle de ülkemiz için çok gerçekçi olmayacağını düşünmekteyiz. MPS uygulamaların yüksek radyasyon riski olması, stres eko yapmada ülkemizdeki teknik ve finansal kısıtlılıklar bu durumlar için en önemli kısıtlılıkları oluşturmaktadır. Ancak, bu durumlar tabii ki hastamızda daha erken dönemde saptanacak bir iskemi

bulgusu sonrası yapılacak koroner anjiyografi sonrası ortaya çıkabilecek tablonun ne olabileceği sorusuna cevap teşkil edemez.

Bugün, günlük pratiklerimizde tedavi uygulamalarımızda sıklıkla kullandığımız tedavi kılavuzları kesin kuralar silsilesi olmayıp bize yol gösteren belgelerdir. Sonuç olarak, biz hekimlerin hem alternatif tıp yaklaşımlarına hem de tedavi kılavuzlarına hasta özelinde yaklaşması ve kendi tedavi pratiğini geliştirmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Saygılarımla,

Dr. Aslı İnci Atar, Dr. Okan Er,

Dr. Abdullah Güven, Dr. Beyhan Eryonucu

Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kardiyoloji Anabilim Dalı, Ankara
e-posta: asliatar@gmail.com

Yazar(lar) ya da yazı ile ilgili bildirilen herhangi bir ilgi çakışması (conflict of interest) yoktur.

1. Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS); European Association for Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI), Wijns W, Kolh P, Danchin N, Di Mario C, Falk V, Folliguet T, et al. Guidelines on myocardial revascularization. Eur Heart J 2010;31:2501-55.