

Halkımızda "Kalp-damar Riski Yüksek" Bireylerin Sayısı Hakkında

Prof. Dr. Altan ONAT

Bu dergi sayısının baskıya hazırlandığı sırada TEKHARF çalışmasının 2000 yılı takibi için ekipler yola koyulmuş olacak. Eski ve yeni kohortu oluşturan veritabanında, tarama sırasında ilgili kişilerin hekimlerine görünmeleri yolunda tavsiyede bulunmak amacıyla, "yüksek riskli" fertleri belirlemeye karar verilmişti. Bu işlem yapıldığında ortaya çıkan sayı halkımızın kalp sağlığı için çok önemli bir ipucu oluşturuyordu, çünkü TEKHARF veritabanı 30 yaş ve üzerindeki nüfusumuzu temsil ettiğinden, ülkemizdeki "yüksek riskli" bireylerin sayısını öngördürecekti. Bu da ilaç (ya da invazif) girişimde bulunulması yararlı olacak kişilerin kitlesini belirlediği için, sosyal güvenlik sistemi ve kardiyovasküler sağlık hizmeti için ulusça ayrılacak kaynak tahsisatını planlamada bellibaşlı veri olarak kullanılmalıydı. Bu itibarla eldeki yazı, TEKHARF veritabanındaki "yüksek riskli" bireylerinin sayısından bazı sonuçlar çıkarmak üzere kaleme alındı.

Öncelikle yüksek riskin tanımını ve anlamını açıklamak gerek. Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin yeni Koroner Hastalıktan Korunma Kılavuzuna göre, bir kişinin önündeki 10 yılda kardiyovasküler olay (= ölümcül olmayan akut koroner sendrom, ani ölüm, felç) geçirme olasılığı %20 veya daha fazla ise, o kişide yaşam tarzı değişikliklerine ilaveten tansiyon ya da lipid düşürücü veya benzeri ilaçlarla girişimin gerektiği kavramı ortaya kondu (1). Kardiyovasküler olay yerine - serebrovasküler olayı dışlayıp - koroner olay geçirme olasılığına odaklanınca, önündeki 10 yılda koroner olay (= akut koroner sendrom, ani ölüm) geçirme olasılığı %15 veya daha fazla olma durumunda, o kişide koroner risk yüksektir. İngiliz Kalp Derneği'nin kılavuzunda (2) bu değerlendirme esas alınarak tablolar hazırlanmıştır. Kardiyak risk açısından iki durum birbirine eşdeğerdir. Anılan eşiğin altında bir riske sahip olan fertlerde hayat tarzı değişimi suretiyle risklerini azaltmakla yetinilebilir; ilaçla müdahaleye gerek olmadığı düşüncesi - özellikle maliyet-yararlılık açısından - hakimdir.

"Yüksek riskli" bireyleri veritabanında belirlerken, Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin yeni Kılavuzunun renkli tablolarına göre karar verildi; sınırda vakalar için total kolesterol/HDL kolesterol (TK/HDL-K) oranını da kriter olarak içeren İngiliz kılavuzuna başvurularak risk ayrımı yapıldı. Yöntem olarak veritabanında koroner hastalığı tanısı önceden konmuş bireylerin tümü "yüksek riskli" olarak alındı. Bunu diyabet tanısı konmuş vakalarda, bilahare sigara içmekte olan kişilerde sistolik kan basıncı ile total kolesterol (ya da TK/HDL-K) değerine göre risk belirlendi. Daha sonra, diğer başlıca risk faktörleri bulunmayıp halen sigara da içmeyenlerde - az sayıdaki "yüksek riskli" fertler ayıklandı. Bu işlemler erkek ve kadınlarda ayrı ayrı sürdürüldü.

Sonunda 2575 kişilik TEKHARF 1998 kohortu veritabanında - koroner kalp hastalığı bulunanlar dahil - 245 kadın ile 466 erkekte, yani kadınların %19'u ile erkeklerin %37'sinde "yüksek risk" varlığı tahmin edildi. Yaş grubu dağılımı kadınlarda 57.9 ± 11.3 , erkeklerde 59.8 ± 11.1 yıl olup Tablo 1 ve grafik olarak Şekil 1'de sunulmaktadır. Yaş gruplarındaki yüksek riskli birey yüzdesi temel alınmak suretiyle, halkımızda ilgili yaş grubundaki nüfus tahminine dayanarak yüksek riskli bireylerin sayısı öngörüldü.

Böylece, halkımızda önündeki 10 yılda kardiyovasküler olay geçirme olasılığı %20 ya da daha fazla bulunan, 2.5 milyonu kadın ile 4.7 milyonu erkek olmak üzere, toplam 7.2 milyon bireyin varlığı öngörüldü. Bu sayı 1.6 milyon olarak tahmin edilen koroner kalp hastasını içermektedir. Elde edilen tahminin geçerliliği iki yönden test edildi. Biri daha önceden öne sürdüğümüz yıllık 130.000 dolayındaki yeni koroner hastası tahminidir (3). Önündeki 10 yılda kardiyovasküler olay geçirme olasılığı %20 ya da daha fazla bulunan 7.2 milyon bireyde, yılda en az %1.5, doğal olarak daha yüksek risklilerin de varlığı nedeniyle, muhtemelen ortalama %2.5 koroner olay gelişme ihtimali hesabıyla, 180.000 koroner olay öngörülebilmektedir. Yüzde 30 oranında gelişecek ani ölüm vakaları çıkarılınca, yüksek risklilerden yılda 120 ila

Tablo 1. TEKHARF kohortunda bulunan ve halkımızda öngörülen yüksek riskli bireylerin yaş gruplarına dağılımı

	E r k e k			K a d ı n		
	Kohortta		Halkımızda yüksek riskli (milyon)	Kohortta		Halkımızda yüksek riskli (milyon)
	yüksek riskli sayısı	%		yüksek riskli sayısı	%	
>70 yaş	88	97.7	1.12	33	49.3	0.575
60-69	157	76.2	1.36	73	32.9	0.64
50-59	124	51	1.3	80	30.3	0.79
40-49	83	24.6	0.75	42	12	0.35
30-39	14	3.9	0.17	13	3.5	0.145
Toplam	466	37	4.7	241	18.8	2.5

Tablo 2. Yüksek riskli kişilerde bireysel risk faktörlerinin sıklığı

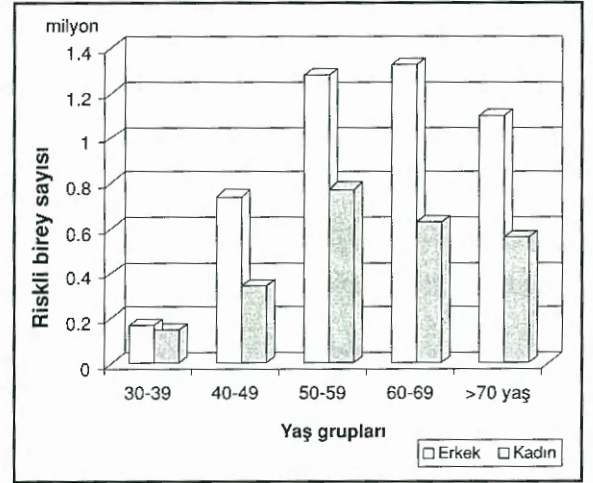
	Erkek		Kadın	
	Yüzde	Yüzde	Yüzde	Yüzde
Koroner kalp hastalığı	84	18	88	36
Diyabet / glukoz intolerans	85	18	88	36
Sistolik KB >140 mmHg	251	54	143	58
T. Kolesterol/HDL-K >5	277	59	122	50
Total kolesterol >200 mg/dl	189	41	165	67
HDL-kolesterol <35/ <40 mg/dl	263	56	88	36
Sigara içen	301	65	62	25
Diyastolik KB >90 mmHg	195	42	104	42
Beden kitle indeksi >30 kg/m ²	116	25	107	44

130 bin nonfatal yeni koroner kalp hastalığı gelişmesi beklenir. Bu da önceki tahminimizi destekler niteliktedir.

İkinci geçerlilik testi koroner kalp hastalığının yaş gradientini ilgilendirir. Koroner kalp hastalığı vakalarında her 10-yıllık yaş grubunda sıklık ortalama olarak erkeklerde 2-2¹/₂ kat, kadınlarda 2 kat artar (3). 30-39 yaş grubu ile 70 yaş üstü arasındaki yüksek riskli kişilerin toplamdaki sıklığı erkeklerde %124, kadınlarda %93 artmaktaydı; diğer bir deyişle koroner hastalığındaki yaş gradientine çok yakinen paralellik gösteriyordu.

Yüksek riskli fertlerde başlıca risk faktörlerinin erkek ve kadınlardaki sıklığı Tablo 2'de sunulmaktadır. Sistolik hipertansiyon ile hiperkolesterolemi ve total kolesterol/HDL-K oranının her iki cinsiyette yarıyı aşan prevalansla, erkeklerde de sigaranın başta geldiği anlaşılmaktadır.

Hata payı büyük olmayan ve gerçekçiliğine geniş ölçüde güvenebileceğimiz bu değerlendirmeye göre, halkımızda içerilen 7.2 milyon yüksek riskli bireyin



Şekil 1. Türk erişkinlerinde yüksek risk

varlığını önce bilmemiz büyük bir adımdır. Sonra bu fertleri tıbben belirlemek, bunların risklerini geniş ölçüde düşürecek yaşam tarzı değişikliklerine, ilaç tedavisine ve/veya kardiyak girişimlere tabi tutmak toplumumuzun önündeki muazzam görevler arasında yer almalıdır. Bu ancak sağlık çalışanları, halk ve hükümetin işbirliğiyle ve orta ila uzun vadeye yayılan bir plan dahilinde yaklaşılabilecek bir işlemdir.

KAYNAKLAR

1. Wood D, DeBacker G, Faergeman O, Graham I, Mancía G, Pyörälä K: Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on coronary prevention. Eur Heart J 1998;19: 1434-1503
2. Joint British Recommendations on Prevention of Coronary Heart Disease in Clinical Practice. Heart 1998; 80 (Suppl 2): S1-S29
3. Türk Kardiyoloji Derneği: Türkiye Kalp Sağlığı ve Kardiyoloji Alanında Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri Raporu. Yayına hazırlanmakta, 2000