

## Kardiyoloji yayınlarında gündem ve yorumlar

### Hazırlayan: Dr. Ertan Ural

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı

*J Am Coll Cardiol*  
2013; Nov 7  
[Epub ahead of print]

Amerikan kolesterol tedavi kılavuzu uzun bir aradan sonra yenilendi. Yeni kılavuzdaki en çarpıcı değişiklik hedef kolesterol kavramının kaldırılmasıydı. Kardiyovasküler risk taşıyan dört risk grubu belirlendi. Bunlar aterosklerotik kardiyovasküler hastalığı (AKVH) olanlar, LDL kolesterolü 190 mg/dL'nin üstünde olanlar, yaşları 40-75 arasındaki diyabetiklerden LDL kolesterolü 70-189 mg/dL'nin aralığında olanlar ve AKVH veya diyabeti olmayıp, ancak 10 yıllık AKVH riski %7.5'un üstünde olan ve LDL kolesterolü 70-189 mg/dL'nin aralığında olan kişiler olarak dört temel gruptu. AKVH olanlar ve LDL kolesterol düzeyi 190 mg/dL'nin üstünde olanlar için yüksek yoğunlukta statin (rosuvastatin 20-40 mg ya da atorvastatin 80 mg, diğer bir deyişle LDL kolesterolü %50 düşürecek tedavi) tedavisi öneriliyor. On yıllık AKVH riski %7.5'un üstünde olanlar için de yüksek yoğunlukta statin akılcı bir yaklaşım olarak tavsiye ediliyor. Diyabetik risk grubu içinse orta yoğunlukta statin (LDL kolesterolü %30-49 arasında düşürecek) tedavisi öneriliyor. Yeni kılavuz bir taraftan büyük bir uygulama kolaylığı getirirken, diğer taraftan 70-100 mg/dL aralığındaki daha önce çoğunlukla normal kabul ettiğimiz hasta grubuna tedavi verecek olmamız, hiçbir risk faktörü olmayan 20 yaşında bir genç kıza, yalnızca 190 mg/dL kolesterolü var diye yüksek doz statin başlayacak olmak ciddi tartışmalara yol açacağına benziyor.

*J Am Coll Cardiol*  
2013 Nov 7  
[Epub ahead of print]

Bir diğer yenilenen Amerikan kılavuzu ise kardiyovasküler risk değerlendirme kılavuzu. Yeni kılavuzda farklı olarak, inme de kardiyovasküler risk hesabına katıldı. On yıllık risk tahmini yanında, 60 yaşın altında olup riski yüksek olmayanlarda, yaşam boyu riskin hesaplanması ikincil hedef olarak kondu. Bunun dışında ırklara göre risk hesabı da ayrı ayrı değerlendiriyor. Seçilmiş olgularda koroner kalsiyum skoru, yüksek duyarlılık CRP, ayakbileği/kol indeksi gibi faktörler kardiyovasküler risk tahmininde kullanılarak daha doğru bir tahmin yapılması öneriliyor. Bazı yenilikler getirmekle birlikte, güncel kohortlarda yapılan testlere göre riski abartılı olarak fazla gösterdiği şeklinde daha üstünde dumanı tüterken eleştirilmeye başlandı.

*BMJ*  
2013 Nov 8  
[Epub ahead of print]

Eriyen polimerli ilaç salınımlı (EPİS), yeni kuşak kalıcı polimerli ilaç salınımlı (KPİS) (kobalt krom everolimus salınımlı, platin krom everolimus salınımlı, zotarolimus salınımlı resolute) ve düz metal (DM) stentlerin etkinlik ve güvenilirliğini karşılaştıran bir metaanaliz yayınlandı. Metaanaliz 126 randomize çalışmadaki yaklaşık 258000 hastayı içeriyordu. Buna göre, EPİS stentler hedef damar revaskülarizasyonu (HDR) açısından ilk kuşak ilaç salınımlı stentlerden daha iyi olsa da, yeni kuşak KPİS'e göre bir avantajları yoktu (OR 1.03 GA 0.89-1.21, kobalt krom everolimus stente göre). Oysa güvenlik açısından bakıldığında kobalt krom everolimus salınımlı stentler en güvenilir stentlerdi (kesin stent trombozu için, OR 0.35 GA 0.21-0.53; miyokart enfarktüsü için, OR 0.65, GA 0.55-0.75; ölüm için OR 0.72, GA 0.58-0.90). Bu analiz sonuçlarına göre, "ilaçlı stentlerin üstündeki polimerler mutlaka kötüdür ve ilaçla birlikte ortamdaki uzaklaştırılmalıdır" hipotezi tutmamış görünüyor. Diğer bir nokta ise, klinik açıdan etkinlik ve güvenilirlik dengesi en iyi olan stent kobalt krom alaşım, everolimus salınımlı stent gibi duruyor.

*Hypertension* 2013  
November 15,  
published online.

Bir türlü yayınlanmadığı için adı JNC 8'ten JNC late'e dönen hipertansiyon kılavuzu hala yayınlanmadı ama onun yerine Amerikan kalp dernekleri (AHA/ACC) bir hipertansiyon raporu yayınladılar. Bu yeni raporda büyük bir değişiklik görülüyor. Yine tedavi hedefi 140/90 mmHg'nın altı, 140-160/90-99 mmHg arası evre 1, üstü evre 2 olarak tanımlanıyor. Evre 1 için tiyazit diüretik, evre 2 için tiyazit diüretik ile anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörü (ADEİ), anjiyotensin reseptör blokörü, kalsiyum antagonisti veya ADEİ, kalsiyum antagonisti kombinasyonları öneriliyor. Hasta hala kontrol altında değilse, doz arttırma ve başka bir sınıftan ilaç ekleme gibi bilindik yaklaşımlar bir algoritma dahilinde tavsiye ediliyor. Basitleştirilmiş olmakla birlikte günlük pratiğimize çok fazla bir katkısı olmayan bir rapor gibi duruyor.