

Kardiyoloji yayınlarında gündem ve yorumlar

Hazırlayan: Dr. Ertan Ural

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı

Lancet

2011;377:469

Başlangıç CRP düzeyine bakmanın, statin tedavisini yönlendirmede klinik bir yarar sağlamayacağı gösterildi. Bu amaçla, "Heart Protection Study" kohortundaki yaklaşık 20 bin kişi incelendi. Kohort CRP düzeylerine göre altı gruba ayrıldı. CRP düzeylerine bakılmaksızın simvastatin kullanan grupta koroner ölüm, miyokart enfarktüsü, revaskülarizasyon ve inmeden oluşan önemli vasküler olaylarda %24 (CI 19-28) azalma sağlandı. Başlangıç CRP düzeylerinin klinik yarar açısından hiçbir katkısı yoktu. Örnek olarak, en düşük CRP düzeyine sahip olan grupta dahi önemli vasküler olaylarda %29 azalma (CI 12-43, $p<0.0001$) gözlemlendi. JUPITER çalışması sonrasında bazı kılavuzlara dahi sokulan, statin tedavisine karar verirken CRP'ye bakmak yaklaşımı zorlama bir öneri gibi duruyor.

Journal of the American Medical Association

2011;305:175

Kalp yetersizliği hastalarında anjiyotensin 2 reseptör blokerlerinden kandesartanın losartana göre mortaliteyi daha çok azalttığı gösterildi. İsveç kalp yetersizliği kayıt çalışmasından alınan yaklaşık 5 100 hasta (2639'u kandesartan, 2500'ü losartan kullanan) incelendi. Kandesartan alanlarda gerek bir yıllık, gerekse beş yıllık sağlıklimlar losartana göre daha iyiydi (sırasıyla %90 ve %83; %61 ve %44, log rank $p<0.001$). Çokdeğişkenli analizde de losartan kullanımı ile mortalite kandesartana göre daha fazlaydı (HR 1.43, CI 1.23-1.65, $p<0.001$). Bu çalışma, kandesartanın losartana göre yalnızca *in vitro* değil *in vivo* olarak da daha güçlü bir molekül olduğunu düşündürüyor.

Circulation

2011;15 Şubat

Elektronik ön baskı

Ventrikül işlevleri normal olan aort darlığı (AD) hastalarında, aort kapak alanı (AKA) 1 cm²'nin altındayken kapak gradiyenti düşük (ortalama <40 mmHg) olabiliyor. Bu tarz hastalarda ise ciddi mi, yoksa orta dereceli AD olduğuna karar verme konusunda bir karışıklık söz konusu. Bir araştırma ile bu tarz hastaların prognozu değerlendirildi. Bu amaçla, ejeksiyon fraksiyonu normal olan yaklaşık 600 asemptomatik AD hastası (435'i düşük gradiyentli ciddi AD: AKA <1 cm², ort. gradiyent <40 mmHg; 184'ü orta dereceli AD: AKA 1-1.5 cm², ort. gradiyent 25-40 mmHg) karşılaştırıldı. Kırk altı aylık takip sırasında kardiyovasküler nedenli ölüm, aort kapak değişimi ve AD'ye bağlı kalp yetersizliğinden oluşan birincil son nokta bakımından iki grup arasında fark saptanmadı (%48.5'e karşı %44.6, $p=0.37$). Ejeksiyon fraksiyonu normal olan düşük gradiyentli AD hastalarında, AD ciddiyetini belirlemede AKA ölçütü olarak <1 cm² yerine daha düşük bir değer kullanılmalı.

Circulation

2011;123:577

Baypas cerrahisi öncesi aspirinin ne zaman kesilmesi gerektiği bir çalışma ile araştırıldı. Bu amaçla baypas cerrahisine giden yaklaşık 4 100 hasta aspirini kesme zamanlarına göre erken kesenler (>6 gün, 2298 kişi) ve geç kesenler (cerrahi öncesi 5 gün içinde, 1845 kişi) şeklinde ayrılıp, özelliklerine göre birbiri ile çok iyi uyum gösteren 1519 çift karşılaştırıldı. Hastane içi ölüm, miyokart enfarktüsü ve inme ortak son noktası açısından iki grup arasında fark gözlenmedi (1.7'ye karşı 1.8, $p=0.80$). Geç kesenlerde ameliyat sırasında ve sonrasında daha çok transfüzyona gerek duyuldu (sırasıyla %23'e karşı %20, $p=0.03$ ve %30'a karşı %26, $p=0.009$); ancak, kanamaya bağlı tekrar ameliyat oranları farklı değildi (%3.4'e karşı %2.4, $p=0.10$). Aspirini baypas cerrahisinden bir hafta öncesinden kesmek akla yakın gözüküyor. Burada belki akut koroner sendrom hastaları istisna olarak kabul edilebilir.

European Heart Journal

2011;7 Şubat

Elektronik ön baskı

Uyku süresinin kardiyovasküler olaylar üzerine etkisi, 15 çalışmada, 7-25 yıl süreyle izlenmiş yaklaşık 500 bin kişinin alındığı bir meta-analiz ile araştırıldı. Kısa süreli uyuyanlarda (gecede <5-6 saat) koroner kalp hastalığı (KKH) gelişimi veya buna bağlı ölüm (RR 1.48, CI 1.22-1.80, $p<0.0001$) ve inme riski (RR 1.15, CI 1.00-1.31, $p=0.047$) yüksekti. Uzun süreli uyuyanlarda da (gecede >8-9 saat) KKH (RR 1.38, CI 1.15-1.66, $p=0.0005$) ve inme riski (RR 1.65, CI 1.45-1.87, $p<0.0001$) artmış bulundu. Az uyumak, KKH risk faktörleri arasına alınabilir. Uzun süreli uykunun yarattığı olumsuzluk ise daha çok depresyon, azalmış fiziksel aktivite gibi KKH'ye eşlik eden olumsuz durumlarla ilgili gibi gözüküyor.