

Kardiyolojide Gündem ve Yorumlar

Ertan Ural^{ID}

Department of Cardiology, Kocaeli University Faculty of Medicine, Kocaeli, Türkiye

Cite this article as: Ural E. Kardiyoloji yayınlarında gündem ve yorumlar. *Türk Kardiyol Dern Ars.* 2025;53(2):157.

Şon zamanlarda erken invazif yaklaşım (ilk 24 saatte anjiyografi/gerekliyse anjiyoplasti) uygulanan ST yükselmesiz akut koroner sendrom hastalarında, anjiyografi öncesi P2Y12 inhibitörü verilmesi azalmaya başladı. Klinik karşılığı bilinmeyen bu yaklaşım gözlemsel bir klinik araştırmayla irdelendi. Bu amaçla ABD ulusal kardiyovasküler veri kayıtları kullanıldı. Buna göre 2013'ten 2023'e ön tedavi verilmesi yarı yarıya azaldı (%24.8'den %12.4'e). Güncel kohortta (2019-23) 110.148 kişiden 17.509 kişi (%15.9) P2Y12 inhibitörü ön tedavisi aldı. Ön tedavi başlamak masadayken yüklemeye yapmaya göre; hastane içi tüm nedenlere bağlı ölüm (%1.5'a karşı %1.7; P = 0.07), miyokart enfarktüsü (%0.6'ya karşı %0.6; P = 0.98) veya kanamalar (%2.7'ye karşı %2.8; P = 0.98) açısından bir fark yaratmıyordu. Buna karşı, beklendiği üzere baypas kararı çıkan hastalar ön tedavi almışlarsa daha geç ameliyata gittiler (11.2 ± 5.1 gün'e karşı 9.8 ± 5.0 gün; P < 0.01).

Erken girişimsel yaklaşımda ön tedavi vermek ne yarar sağlıyor ne zarar veriyor. Ancak baypas cerrahisine gidecek hastalarda daha uzun hastane yatışına neden oluyor gibi gözüküyor. Bu verinin gözlemsel bir veri olduğunu da akılda tutmakta yarar var. Ayrıca yüksek riskli ST yükselmesiz akut koroner sendrom hastasında ön tedavinin yararlı olabileceği kanaati hala geçerliliğini koruyor.

JACC. 2025;85(4): 322-334

ACC, miyokardit tanı ve tedavisi için yaklaşımlar ve ölçütleri belirleyen bir rapor yayınladı. Bu raporda miyokardit kalp yetersizliğine benzer şekilde dört evreye ayrıldı. Buna göre miyokardit riski taşıyan bireyler Evre A; miyokart enflamasyon kanıtı bulunan asemptomatik hastalar Evre B; semptomatikler Evre C; ve bozuk hemodinami veya elektriksel kararsız durum nedeniyle ileri girişimler gerektirenler Evre D olarak evrelendi. Bunun dışında beş aşamalı bir yaklaşım önerildi. Birinci adım miyokarditi tanıma ki bu noktada klasik miyokardit semptomları olan göğüs ağrısı, kalp yetersizliği ve senkop veya çarpıntı gibi aritmik belirtiler üzerinde duruldu. Üçünün bir arada bulunmasının zorunlu olmadığına vurgu yapıldı. İkinci adım triyaj olarak isimlendirildi. Bu noktada hangi hastanın yatırılması, hangi hastanın kalp yetersizliğine yönelik tersiyer bir merkeze yönlendir-

ilmesi gerekeceği, hangi hastanın acil aritmi tedavisi ya da dolaşım desteğine ihtiyacı olduğu üzerinde pratik önerilerde bulunuldu. Üçüncü adımda tanı koyduran testlerden altın standart olan endomiyokart biyopsisinin kimlere yapılması gerektiği ve kalp MR'ının önemine yönelik bilgiler yer aldı. Dördüncü adımda tedavi özellikle hangi hastaların immüno-supresif tedavi alması gerektiğine dair önerilere yer verildi. Beşinci ve final adımında ise uzun dönemde neler yapılması gerektiğine dair önerilerde bulunuldu. Örneğin hastaların 2 veya 3. haftada asemptomatik olsalar bile takipten çıkması gerektiği, 6. ay gibi bir zaman diliminde görüntüleme yöntemleriyle kontrol yapılması yönünden önerilere yer verilirken; hastanın spor veya zorlu fiziksel aktivitelere ne zaman başlayacağına dair sorulara da yanıtlar verildi.

Özetle miyokarditle ilgili yenilikler içeren ve yaklaşımda merak edilen hemen her soruya yanıt veren bir rapor olmuş.

JACC. 2025;85(4):391-431

Renkli basında çokça malzeme edilen bir konu olan "kolesterol kalp krizi yapar mı yapmaz mı" sorusu bir çalışmayla masaya yatırıldı. Bu amaçla prospektif bir kohort üzerinden ayrıntılı beslenme bilgileri mevcut 180.156 kişinin verileri incelendi. Ortalama 3.5 yıllık takip süresi sonunda diyetle alınan kolesterol miktarı ve miyokart enfarktüsü (ME) arasında doğrusal bir ilişki saptandı. Her 100 mg günlük kolesterol alımı ME'de %5'lik artışa neden oluyordu (RR, 1.05; %95 CI, 1.02-1.08). Günlük 300 mg kolesterol alanlarda risk %15'e kadar yükseliyordu (RR, 1.15; %95 CI, 1.06-1.25). Özellikle DASH diyetinden uzak durup kolesterolden zengin beslenenlerde ME riski çok daha fazlaydı (RR, 1.36; %95 CI, 1.21-1.52).

Bu çalışmanın prospektif olması ve örneklemin hatırı sayılır büyüklükte olması güçlü yönleri. Bununla birlikte kohortun ağırlıklı olarak erkeklerden oluştuğunu gözden kaçırmamak lazım. Özellikle daha yüksek koroner hastalık riski taşıyan erkek cinsiyet için, et, yumurta ve mandıra ürünleriyle beslenmek; meyve, sebze, baklagiller, tam tahıllı gıdalar, fındık, badem vs. den uzak durmak ME'yi arttırıyor gibi gözüküyor.

Journal of the American Heart Association. Published Online Feb 8, 2025



Available online at archivestsc.com.

Content of this journal is licensed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License.