

Uzman Yanıtları

Türk hipertansiyon hastaları için anjiyotensin II reseptör blokerleri ilk tercih ilaçlar arasında olmalı mı? Bu ilaçları aile hekimleri de yazabilmeli mi?

Yanıt Hipertansiyon, kalp-damar hastalıkları risk faktörleri arasında en önde gelen ve en yaygın olanıdır. Bağımsız bir kardiyovasküler risk faktörü olmasının yanında, morbidite ve mortalitede belirgin artışa da yol açmaktadır. Kıtalar ve bölgeler arasında farklar olmakla birlikte, 2000 yılı itibarıyla dünya genelinde 20 yaş üzerindeki erişkin nüfusun %26.4'ünde hipertansiyon vardır. Bu rakam, dünyada yaklaşık bir milyar insanın hipertansiyondan etkilendiğini göstermektedir. Avrupa'da altı ülkede yapılan bir çalışmada, 35 yaş üzerindeki nüfusun %44'ünde hipertansiyon saptanmıştır. Hipertansiyon ülkemizde de oldukça yaygın olan bir sorundur ve yapılan epidemiyolojik çalışmalar ülkemizde 18 yaşın üzerindeki erişkin nüfusun 1/3'ünde hipertansiyon varlığını göstermektedir.

Hipertansiyon tedavisinin temel amacı, kan basıncını istenen düzeylere düşürmenin yanı sıra, asıl olarak hipertansiyonun neden olduğu kardiyovasküler ve renal morbidite ve mortaliteyi önlemektir. Avrupa Kardiyoloji ve Hipertansiyon derneklerinin ortaklaşa yayımladığı hipertansiyon kılavuzu (ESC-ESH/2007-2009), komplikasyonsuz hipertansiyonda beş temel grup ilacın (Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri, anjiyotensin reseptör blokerleri, beta-blokerler, diüretikler, kalsiyum kanal blokerleri) ilk tercih olarak kullanılabilmesini bildirmektedir. Ancak, hipertansiyonun neden olduğu ya da eşlik eden hedef organ hasarının varlığında bazı ilaç grupları özellikle kullanılmalıdır.

Anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB), renin-anjiyotensin-aldosteron sistemini reseptör düzeyinde bloke ederler. Çok sayı-

da uluslararası çalışmada ARB'lerin kan basıncını etkin bir biçimde düşürdüğü ve tolerabilitesinin plaseboya benzerlik gösterdiği ortaya konmuştur. Bugün için, antihipertansif ilaç sınıfları arasında ARB'ler, etkinlik bakımından üzerinde en fazla bilimsel verinin olduğu gruplardan biridir. Bu veriler doğrultusunda, değişik hedef organ hasarının varlığında ilk tercih olarak kullanılması önerilmektedir.

Bugüne kadar anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri ve ARB'lerin etkinliklerini karşılaştırmak amacıyla yapılan çalışmalarda ve meta-analizlerde kardiyovasküler sonlanım açısından ARB'lerin bir üstünlüğü gösterilememiştir. Temel farklılık, subjektif bir yan etki olan öksürüğün ACE inhibitörleri kullanımını kısıtlayıcı bir yan etki olarak ortaya çıkabilmesidir. Yukarıda da belirtildiği gibi, yan etki açısından ARB'lerin plaseboya benzer olduğu bildirilmiştir.

Anjiyotensin reseptör blokerlerinin göreceli olarak daha pahalı olması Avrupa'da birçok ülkede ARB kullanımına kısıtlılıklar getirilmesine yol açmış ve birinci basamak hekimler tarafından kullanımı zorlaştırılmıştır. Ülkemizde de günümüzde böyle bir uygulama söz konusudur. Bu bilgiler ışığında, "Birinci basamak hekimleri ARB reçete edebilmeli mi?" sorusu güncellik kazanmıştır. Kişisel kanıma, bir sınırlama olması makul karşılanabilir. Ancak, ilk tercih olarak ACE inhibitörü kullanan bir aile hekiminin, hastasında oluşabilecek yan etki sonrasında ARB yazabilmesi ve ilaç raporu çıkarabilmesi hasta-hekim güveni ve ülke ekonomisi açısından izlenebilecek en makul yol olarak görünmektedir. Bazı ACE inhibitörlerinin ARB'lerden daha pahalı olduğu ve ACE inhibitörü kullanamayan ancak RAS inhibitörü kullanması gereken bir hastanın ARB reçeteleme yetkisine sahip bir hekime ulaşmasının her açıdan daha pahalıya mal olabileceği un-

tulmamalıdır. Bu açıdan bakıldığında, 3500-5000 hastanın emanet edildiği aile hekimine ilgili kurumların güvensizlik duyması kabul edilemez olarak görünmektedir.

Dr. M. Giray Kabakcı

*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kardiyoloji Anabilim Dalı, Ankara*

Yanıt Hipertansiyon tedavisine ACE inhibitörü, anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB), beta-blokerler, kalsiyum kanal blokerleri ve diüretiklerden oluşan beş ilacın herhangi biriyle başlamak kılavuzların ortak görüşüdür. Etkinlik açısından birbirlerinden önemli farklılıkları olmasa da, RAS bloke edici ajanlar olan ACE inhibitörleri veya ARB'ler birçok hastada öncelikle düşünülebilir. O zaman, ACE inhibitörü mü, yoksa ARB mi verelim sorusu akla geliyor. Etkinlik açısından önemli bir fark olmasa da, maliyet-etkinlik göz önüne alındığında ACE inhibitörlerini ilk seçenek olarak seçmek daha makül bir yaklaşımdır. Zaten kılavuzlarda da öncelikle ACE inhibitörü anıldıktan sonra, ACE inhibitörüyle kuru öksürük ortaya çıkarsa ARB'lerin iyi bir seçenek olduğundan bahsedilmektedir.

Yabancı ülkelerde de durum böyledir. Örneğin, son verilere göre (NICE verileri) İngiltere'de hipertansif hastalarda ACE-ARB tercihine bakarsak, hastaların %65-75'inde ACE inhibitörü tercih edilirken, %25-35'inde ARB kullanılmaktadır. Buna gerekçe olarak ise ACE inhibitörlerinin çok daha ucuz olması, yani daha uygun maliyet-etkinlik gösterilmektedir. Ülkemizde ise maalesef bunun tersi bir durum vardır: ARB'ler ACE inhibitörlerinden daha fazla tercih edilmektedir.

Ülkemizde 20 milyona yakın hipertansif hasta olduğunu kabul edersek, ilaç fiyatlarındaki çok ufak artışlar bile toplamda çok büyük maliyetlere yol açacaktır. Bu gerçek sadece hipertansiyon hastaları için değil, toplumda sık görülen tüm hastalıklar için de geçerlidir.

Bu konuda şahsi kanaatim, bir reçete yazarken maliyet-etkinliğe çok dikkat edilmesi, aynı etkinliği sahip ilaçlardan en ucuzunun seçilmesi gerektiğidir. Bu kural kardiyolog ya da başka bir uzman için geçerli olduğu kadar aile hekimi için de geçerlidir ve bu konuya dikkat etmek şartıyla her hekim gerekli ilacı yazabilmelidir.

Dr. M. Sıddık Ülgen

Hipertansiyon Çalışma Grubu Başkanı

İstirahat EKG'sinde belirgin preeksitasyonu olan her olguya radyofrekans kateter ablasyon yapılmalı mıdır?

Yanıt Belirgin preeksitasyonlu hastalarda semptom, yani aksesuar yolun kullanıldığı taşikardiye bağlı çarpıntı atakları olduğunda öncelikli tedavinin kateter ablasyonu olduğu tüm dünyada kabul edilmiştir. Burada sorun semptomu olmayan (asemptomatik) belirgin preeksitasyonlu hastalardaki yaklaşımın ne olması gerektiğidir. Bilindiği gibi, semptomatik preeksitasyonlu hastalarda, yani Wolff-Parkinson-White sendromunda yıllık %0.1-1 arasında ventrikül fibrilasyonu oranları bildirilmektedir. Asemptomatik bireylerde bu oran

çok daha düşük (%0.05-0.5) olmakla birlikte, hala varlığını sürdürmektedir. Başka bir deyişle, asemptomatik preeksitasyonlu hastalarda da, çok düşük oranda olsa da, kesin bir kalp durması riski vardır. Bugün bile tartışılan bu konuda gelinen nokta, nispeten daha riskli bir altgrupun belirlenmesi ve en azından o grupta ablasyon yapılmasıdır. Belirlenen risk faktörleri, elektrofizyolojik çalışmada aksesuar yolun refrakter periyodunun 250-270 ms'n'den kısa olması, oluşturulan atriyal fibrilasyon sırasında en kısa R-R intervalinin 220-270 ms'n'den kısa olması veya birden fazla aksesuar yol olmasıdır. Ayrıca, sportif aktivitelere katılacak tüm semptomatik hastalarda ablasyon önerilirken, zorunlu tutul-

mamakla birlikte asemptomatik bireylerde de ablasyon önerilmektedir.

Biz de klinik uygulamamızda, tüm semptomatik belirgin preeksitasyonlu hastalarda ablasyon önerirken, asemptomatik aralıklı preeksitasyonu olan grup dışındakilerde de kateter ablasyonunu bir seçenek olarak sunuyoruz. Risk-yarar oranı açısından karar vermesi en zor olan grubun, aksesuar yolun normal iletim yoluna yakın olduğu (midseptal, anteroseptal yerleşimli) ve işlem sırasında istenmeyen atriyoventriküler blok riski olan genç hastalar olduğunu düşünüyoruz. Bu durumda elektrofizyolojik çalışma yaparak aksesuar yolun refrakter periyodunu ve oluşturulan atriyal fibrilasyondaki en kısa R-R

intervalini ölçüyoruz. Eğer değerlerden biri 250 ms'nin altında ise ablasyon öneriyoruz. Diğer bir güçlük de asemptomatik hastalarda ablasyon için ne kadar uğraşmamız gerektiğine karar vermek oluyor. Standart yaklaşım ile ablasyon başarılı olmaz ise (aksesuar yola ulaşma güçlüğü, epikardiyal yerleşim gibi), yine aynı ölçümleri yapıyoruz. Risk yüksek bulunursa ablasyonu tamamlamak için işleme devam ediyoruz. Risk düşükse olası komplikasyonlardan kaçınmak için işlemi sonlandırıyoruz.

Dr. Erdem Diker

Medicana International Ankara Hastanesi,

Düzeltilme

Erratum

*Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi,
Cilt 39, Sayı 4, s. 346*

Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, Cilt 39, 4. sayısında (s. 346) yayımlanan, **Martín-Lázaro JF ve ark.**na ait editöre mektubun beşinci satırındaki **“multiplex PCR screening”** **“multiplex RT-PCR screening”**; sondan bir önceki satırındaki **“complicated parainfluenza A infection”** **“complicated parainfluenza 4 infection”** olarak düzeltilmiştir.