

UZMAN YANITLARI

Kalp yetersizliği tanı ve tedavisinin yönlendirilmesinde klinik uygulamanızda pro BNP'yi mi, NT pro BNP'yi mi kullanıyorsunuz? Neden?

Yanıt Günümüzde, kalp yetersizliğinin tanı ve tedavisinin yönlendirilmesinde serum "brain natriuretic peptide" (BNP) düzeyleri kullanıma girmiştir. BNP esas olarak her iki ventrikülden basınç ve volüm yüklenmesine yanıt olarak salgılanan bir moleküldür. Prepro BNP'nin yıkım ürünleri olan proBNP ve N-Terminal proBNP (NT-proBNP), BNP'nin laboratuvarında ölçülebilen iki formudur. Kalp yetersizliği tanısında her iki natriüretik peptid için bazal sınır değerleri tanımlanmış olup, ayrıca fonksiyonel kapasiteyle de ilişkili oldukları gösterilmiştir. BNP düzeyleri yaş, cinsiyet (özellikle kadınlarda), beden kütle indeksi ve böbrek fonksiyonlarıyla orantılı olarak değişkenlik gösterir. Ayrıca, sıklıkla sol ventrikül hipertrofisinde, kalp kapak hastalıklarında, akut ya da kronik iskemilerde, hipertansiyonda ve pulmoner embolide serum düzeyleri artar. BNP, kalp yetersizliği tanısında bilinen klinik parametreler ve diğer laboratuvar yöntemleriyle birlikte kullanıldığında tanıya ulaşmayı kolaylaştırmaktadır. Ancak, bu peptidlerin yüksekliği yukarıda belirtilen birçok klinik durumda saptanabildiğinden, düşük ya da normal değerler kalp yetersizliğini dışlayabilir; bu durum, özellikle acil servislere dispne ile başvuran hastaların ayırıcı tanısında önem taşımaktadır.

Kalp yetersizliği tedavisiyle BNP düzeylerinde düşüş görülse de, uygun tedaviye ve klinik düzelmeye rağmen yüksek veya normal düzeyler de saptanabilir. Bunun aksine, normal BNP düzeylerine karşın, ileri derecede kalp yetersizliği bulunan olgular da vardır. Bugüne kadar, kalp yetersizliği tedavisinin BNP düzeylerine göre yapıldığı ve buna bağlı olarak klinik sonuçlar ile mortalitenin olumlu etkilendiğini gösteren bir çalışma bulunmamaktadır.

Avrupa kalp yetersizliği kılavuzlarında tanıda, eğer mümkünse (tipi belirtilmeksizin) BNP ölçümünün yapılması önerilirken, Amerikan kılavuzlarında tanı ve tedavide rutin kullanımı halen önerilmemektedir.

Kliniğimizde rutin uygulamalarda kalp yetersizliği tanısında öncelikle konvansiyonel yöntemler (klinik ve fizik muayene bulguları, EKG, AC grafisi, ekokardiyografi) kullanılmakta ve her olguda BNP düzeyi araştırılmamaktadır. Ancak, seçilmiş ve tanı güclüğü yaşanan olgularda ayırıcı tanıda serum BNP düzeyi yer alır (merkezimiz biyokimya laboratuvarında proBNP çalışılmaktadır). Tedavi etkinliğinin değerlendirilmesinde ise, proBNP düzeylerini rutin olarak kullanmıyoruz. ProBNP ya da NT-proBNP tercihi hangi testin daha üstün olduğunu araştıran geniş serili klinik verilere dayalı çalışmalar bulunmamaktadır. Bu nedenle, her iki testin bazı yönlerden (yüksek risk grupları, renal yetersizlik, vb.) küçük farklılıkları olsa da, birbirine anlamlı bir üstünlüğünün olmadığı görüşündeyiz. Maliyet faktörü de göz önünde bulundurularak, seçilmiş olgularda olanak varsa tanısasal amaçlı proBNP veya NT proBNP'den birisinin çalışılması önerilebilir.

Dr. Cemil Gürgün

*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kardiyoloji Anabilim Dalı
35040 Bornova, İzmir*

Hiperkolesterolemili bir hastada statin tercihinde göz önüne alınacak noktalar nelerdir?

Yanıt Statin kullanma prensiplerim:

- 1- Öncelikle hastanın hedef LDL düzeyini belirlerim.
- 2- Hedefe olan uzaklığıma bakarak kullanacağım statin molekülünü ve dozunu seçerim.

3- Düşük dozda başlayıp doz artırmak yerine, hedefe ulaştıracağını düşündüğüm görece- li yüksek dozları kullanmayı tercih ederim (nadiren çok beklenmedik düşüşler olması durumunda statin dozunu azaltabilirim).

4- Hedefe ulaşmam için %10'luk bir düşüş yeterli bile olsa, klinik çalışmalardan edin- diğim izlenim nedeniyle, %30-35'ten daha az LDL düşüşü sağlayacak molekül ve doz ter- cihlerinden kaçınırım (bu nedenle pravastatin 10-20, fluvastatin 40 ve simvastatin 10 tercih etmediğim molekül dozlarıdır).

5- LDL düzeyleri yüksek ise hedefe ulaşmak için etkili statinlerin en yüksek dozlarını (atorvastatin 80, rosuvastatin 20-40) kullan- maktan çekinmem.

6- Hedefe ulaştığım hastada kullandığım doz hangisi ise onunla devam ederim. Hedefe

ulaştım diye doz azaltması yapmam (azaltır- sam yine yükselecektir).

7- Güvenlilik anlamında özellikle tercih etti- ğim bir molekül yoktur. Mevcut tüm statinle- rin güvenle kullanılabilir ilaçlar olduğunu düşünürüm.

8- Üç katın altındaki ALT, AST yükselmele- rinde ve beş katın altındaki asemptomatik CK yükselmelerinde statin vermekten (veriyorsam da devam etmekten) çekinmem. Daha büyük miktar yükselmelerde önce statine ara verip, değerler normale dönünce başka bir statine başlarım.

Dr. Sadi Güleç

*Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
İbn-i Sina Hastanesi
Kardiyoloji Anabilim Dalı,
06100 Sıhhiye, Ankara*