

## II. Kardiyoloji Gündemi 2009

II. Kardiyoloji Gündemi 6-8 Mart tarihleri arasında Antalya'da gerçekleştirildi. EKG Kursu, Telemekardiyografi, Dispepsi, Anksiyete, Diyabetik hastalarda tanı ve tedavi, Dirençli hipertansiyon, Hiperlipidemi, Diabetes Mellitus ve Hipertansiyon gibi konu başlıklarının programa alındığı toplantıyı Aile Hekimliği, Dahiliye ve Kardiyoloji pratisyenliği branşından doktorlar izledi.



Düzenleme Kurulu Başkanlığı Prof.Dr. Giray Kabakçı tarafından yürütülen toplantının Bilimsel Danışma Kurulu Prof.Dr. Adnan Abacı, Prof.Dr. Nural Anık, Prof.Dr. Kudret Aytemir, Prof. Dr. Yunus Erdem, Prof. Dr. Oktay Ergene, Prof.Dr. Sadi Güleç, Prof.Dr. Barış İlerigelen, Prof.Dr. Ömer Kozan, Prof.Dr. Aytekin Oğuz, Prof.Dr. Vedat Sansoy, Prof. Dr. Lale Tokgözoğlu'ndan oluştu.

Kardiyoloji alanında pek çok toplantının düzenlenmesine rağmen, bilimsel programların çok dolu ol-

ması nedeniyle tümünü takip etmekte zorlanan ilgili hekimleri bu toplantı ile biraraya getirerek eğitimlerine katkıda bulunmak amacı ile yola çıktıklarını belirten Prof.Dr. Giray Kabakçı 2. Kardiyoloji Gündemi'ni Actual Medicine'ye değerlendirdi:

“Toplantıyı düzenlerken yola çıkışımız şu düşünce ile oldu. Diğer büyük kongre ve toplantılarda işlenen ama 5,6 salonda yapılan toplantılara hekim arkadaşların acaba o toplantıya mı gideyim- bu toplantıya mı gideyim? diye-

rek istedikleri gibi izleyemediklerini biliyoruz. Burada ise çalışma hayatından iki günlük kopmalarını sağlayarak, derli toplu bir program ile bu iki gün içerisinde belli konuları yerleştirip bütün arkadaşların eğitimine katkıda bulunabiliriz diye düşündük. Büyük toplantılarda hiç sponsoru olmayan konular mesela örnek vermek gerekirse; EKG kursu, telemekardiyografi, kalp hastalıklarında tanı yöntemleri, son günlerde sıkça gündemde olan kalpsiz anjiyo, tomografik anjiyo teriminin doğrusunu bir şekilde anlatmamız gerekiyor. Bunu da toplantımızın programına aldık. Ayrıca bazı konular var ki günlük pratikte çok sık karşılaşıyoruz ama o konudaki gerçek doğruları bilmiyoruz. Mesela anksiyete, dispepsi gibi problemlerde neredeyiz ve gastroenterologların ve psikiyatristlerin görüşü nedir? paylaşmaya çalıştık. Yine diyabet, aritmiler, gebelik ve kalp gibi sponsoru olmayan birtakım konuları biz bu toplantıda vermeye çalışıyoruz. Ayrıca kardiyolog arkadaşlarımıza da kardiyoloji dışı birtakım konuları yine bu toplantı içerisinde işlemeye çalışıyoruz. Amacımıza ulaştığımızı da söyleyebilirim. Toplantımıza şu an kayıtlı 220 hekimimiz var. Tabii ilgi alanına göre geliyorlar ama sabah program başladığından beri tam katılımı gerçekleşiyor program. Mesela akşam saatindeki en son toplantıda 55 kişi vardı. Bu tür toplantılar için iyi bir katılım.

Bilimsel içeriği, bilimsel danışma kurulumuzla dünyadaki literatürün gidişine göre belirliyoruz. Tartışmalı konular, örneğin dispepsi konusunu bunun için koyduk. Toplantıdan sonra dispepsi konusunda da pek çok kişi aslında yanlış bildiğini öğrendi. Geçen yılki toplantımızda ağırlıklı olarak kardiyoloji başlıklarını işlemiştik. Aslında göğüs hastalıkları özellikle solunum sıkıntısı gibi başlıkların da mutlaka programa dahil edilmesi gerekiyor ama bu sene için bu konulara yer bulamadık.

Kardiyoloji Gündemi Türk Tabipler Birliği tarafından kredilendiriliyor. Ümit ediyorum toplantıyı devam ettirme imkanımız olur. Biliyorum hakikaten çok sayıda toplantı var ve bu kadar toplantının üzerine biz de bir tane düzenlemiş oluyoruz ama geçen sene aldığımız tepkiler çok olumluydu ve böyle olumlu tepkiler almaya devam ettikçe toplantılarımızı sürdürmek istiyoruz.”

### Hipertansiyon Gerçeği

Aile Hekimliği, dahiliye ve kardiyoloji branşları pratisyenlerinin yoğun ilgi gösterdiği II. Kardiyoloji Gündemi toplantısının ilk gününde düzenlenen "Hipertansiyon Gerçeği" konulu uydu sempozyum; hastalığın tedavisinde gündemde yer alan konulara ışık tuttu



#### İlk Seçenek Olarak RAAS Blokajı

Prof. Dr. Ömer Kozan'ın moderatörlüğünde gerçekleşen sempozyumun ilk konuşmacısı Prof. Dr. Barış İlerigelen; "İlk Seçenek Olarak RAAS Blokajı" konulu sunumunda, "hipertansiyonda renin anjiyotensin aldosteron sistemini bloke edici ilaçları ilk seçenek olarak yaygın bir şekilde kullanıyoruz" diyerek, bunun gerekçelerini şöyle açıkladı: "Öncelikle renin anjiyotensin aldosteron sistemini bloke eden ilaçlarla bunun dışındaki ilaçları büyük klinik çalışma sonuçlarına bakarak karşılaştırmak gerekirse; bazı çalışmalarda renin anjiyotensin aldosteron sistemini bloke eden ilaçların daha avantajlı olduğunu görüyoruz. Bunlardan bir tanesi ACE inhibitörleri ile yapılan HOPE çalışması, diğeri anjiyotensin reseptör blokeri ile yapılan LIFE çalışması ve yine ASCOT çalışmasında renin anjiyotensin aldosteron sistemini bloke eden ilaçların daha avantajlı olduğunu görüyoruz. Bu kan basıncı düşüşü açısından olan avantaj. Renin anjiyotensin aldosteron sistemini bloke eden ilaçların lehine sonuçlanan çalışmalarda, kardiyovasküler ölümlerde belirli bir azalmanın olduğunu, diğer ilaç gruplarının bu gruptan avantajlı olduğu çalışmalarda ise böyle bir farkın olmadığını görüyoruz.

Kan basıncı 155'e 95 mm/Hg olan 62 yaşındaki bir hastamız yaşam tarzını düzenlemeye çalışıyor. Hastanın sonuçlarına bakarak şu sorulara cevap vermemiz gerekiyor. Bunlar hastada diyabet, metabolik sendrom, koroner arter hastalığı, sol ventrikül hipertrofisi, kalp yetersizliği, mikroalbüminüri ve atriyal fibrilasyonu var mı? Bunlar tedavi seçimimizi etkileyecek olan kritik sorular. Hastamızın durumunu bu bulgular için değerlendirdiğimiz zaman diyabeti yok ama metabolik sendromu var, atipik göğüs ağrısı var bu nedenle efor testi yapılmış ve sonuç negatif bulunmuş. Ekokardiyografik incelemede sol ventrikül hipertrofisi saptanmış, kalp yetersizliği ile ilgili semptomları yok ama ekosunda diyastolik disfonksiyona ait bulgular var, mikroalbimünürü saptanmış, atriyal fibrilasyonu yok.

Buradan bir başka hasta örneğine geçecek olursak; hastamızın 155'e 95 mm/Hg kan basıncı var ve 38 yaşında. Burada da yine aynı soruları tedavi seçimi için sormak durumundayız. Hastanın diyabeti yok, metabolik sendromu yok, koroner arter hastalığı var mı sorusunun yanıtına gelince, esasında göğüs ağrısı olmamasına rağmen yine mesleği nedeniyle efor testi yapılmış, sol ventrikül hipertrofisi saptanmamış, kalp yetersizliği, mikroalbimünürü ve atriyal fibrilasyonu da yok. Şimdi hastanın şöyle bir tahmini riskine baktığımızda; ileride hastalık oluşma olasılığını düşünecek olursak %10 gibi bir diyabet olma olasılığının olduğunu söyleyebiliriz. AYSBERG çalışmasında hipertansiyonlu hastalarda metabolik sendrom sıklığını Türkiye'de %65 olarak bulmuştuk. Dolayısıyla halen metabolik sendromu olmasa da böyle bir olasılık da yine %65 gibi düşünülebilir. Koroner arter oluşma olasılığı hakkında yine bir şey söylememiz mümkün değil. Muhtemelen daha az bir olasılık, hastanın yaşam süresiyle bağlantılı. Biliyoruz ki hipertansif kişilerin en azından %30'unda sol ventrikül hipertrofisi saptanıyor. Dolayısıyla böyle bir risk de var. Kalp yetersizliği oluşma olasılığına gelince; ülkemizde yapılan kalp yetersizliği prelevansı çalışması olan HAPPY çalışmasında %10 civarında bir rakam elde edildi. Dolayısıyla burada böyle bir rakamdan söz edebiliriz. Yine mikroalbüminürü hipertansif kişilerde %25 oranında saptanıyor. Atriyal fibrilasyon oluşma olasılığını da

%10 gibi düşünebiliriz. Dolayısıyla her ne kadar bunların hiçbirisi başlangıçta hastamızda yoksa da tüm bunların ileride oluşma olasılığı oldukça yüksek olarak kabul edilebilir. Peki ilk seçenek olarak hangi ilaç grubunu kullanacağız?

Elimizde beş tane temel ilaç grubu var ve bunlardan herhangi bir tanesi kullanılabilir. Ancak özellikle gebelik sırasında ACE inhibitörü ve ARB'lerin kullanılmaması gerekiyor. Bunun yanı sıra tabii kontrendikasyonların da dikkate alınması gerekiyor. Özel durumlarda da alfa blokerler ve metildopayı tedavide kullanabiliriz. Hastamız için ilaç seçeneklerine baktığımızda; diüretik kullanmak genel olarak düşündüğümüzde hastamız için zor olabilir. Beta bloker açısından da belki aynı şeyleri söyleyebiliriz, özellikle hastalar prospektüslere bakıp kendileriyle ilgili birtakım ileriye yönelik olumsuzluklara kapılabilirler. Dolayısıyla bu tedavinin de genel olarak çok kolay olmadığını, ilk seçenek olabileceğini ama zor olduğunu söyleyebiliriz. İlk seçenekler arasında kalsiyum antagonistleri düşünülebilir. Çok da zor olmaz kullanmak ama bunların hepsine kıyasla daha iyi olabilecek tedavi yaklaşımları var. ACE inhibitörü ya da anjiyotensin 2 reseptör blokeri hastamız için daha iyi bir tedavi olabilir. Çünkü biliyoruz ki bu ilaçlar diyabet oluşumunu azaltıyor. Yan etkilere baktığımızda yan etki oluşumunun da az olduğunu söyleyebiliriz. Bu da bir avantaj. Bir diğer avantaj henüz renal fonksiyonları bozulmamış olan bir hastanın belki de mikroalbuminürisini önleyebiliriz ya da en azından oluşumunu geciktirebiliriz. Gerek ACE inhibitörlerinin gerek ARB'lerin renal koruma açısın-

dan diğer ilaçlara göre çok avantajlı olduğunu biliyoruz. İki ilaç grubu arasında tolerebilite dışında bir farklılık yok. Dolayısıyla bu iki grup ilaç arasından birini kullanmayı düşünmek daha yerinde olur.

62 yaşındaki hastamıza dönecek olursak diyabeti yok, metabolik sendromu var, koroner arter hastalığı var mı -yok mu? net olarak söyleyebilmek mümkün değil. Çünkü koroner anjiyografi yapılmamış ama hiç semptomu olmadığına göre, efor testi de negatif olduğuna göre bu da yok gibi diyebiliriz. Sol ventrikül hipertrofisi var, kalp yetersizliği yok, diyastolik disfonksiyonu var, mikroalbuminürisi var, aritriyal fibrilasyonu yok. Renin anjiyotensin aldosteron sistemini bloke etmek bu hastada çok mantıklı gibi görünüyor. Bunun nedeni; gerek kardiyovasküler koruma, gerek renal koruma ve serebrovasküler koruma açısından bu ilaçların avantajlı olabileceğini düşünmemiz. Bunu düşünmemizin nedeni de bu ilaç grubuyla yapılan günlük çalışmalarda yalnızca kan basıncı kontrolünü sağlamakla kalmayıp, aynı zamanda endotel fonksiyonu iyileştirip, sol ventrikül hipertrofisi ve ateroskleroz oluşum olasılığını azalttıkları, yine kardiyovasküler hastalıklarda ve inmeden korunmada olumlu olduklarını gösteren çok sayıda çalışmanın bulunması. Dolayısıyla burada ilk seçenek olarak renin anjiyotensin aldosteron sistemini bloke eden ilaçları düşünmemiz gerekiyor.

Burada bir hekim olarak genel günlük pratiğimi de yansıtabilecek şekilde şunu söylemek isterim. Herhangi bir hasta olsun, belli bir ilaç seçimini gerektirecek çok özel bir durum da söz konusu olmasın, bu tür hastada ve

genel olarak baktığımızda ilk seçenek renin anjiyotensin aldosteron sistemini bloke eden ilaçları muhtemelen hastalarımızın %90'ına yakınında kullanıyoruz. Diğer ilaçları kullanmamız kesin yanlış değil ama avantajları da gözardı etmememiz gerekiyor.”

### Kombinasyon Tedavisi

Sempozyumun diğer konuşmacısı moderatörlüğü de üstlenen Prof.Dr. Ömer Kozan oldu. ‘Kombinasyon Tedavisi-Kime Hangi Kombinasyon?’ konulu sunumunda Prof.Dr. Kozan ideal bir antihipertansif tedavinin, risk faktörlerinden-subklinik organ hasarına kadar önleyici nitelikte olması gerektiğini, erken tanı, kan basıncının kontrolü, ilaç seçimi ve uygun bir tedavi sürecinin başlatılması olarak belirlenen dördü olmadan da ideal bir hipertansiyon tedavisinin söz konusu olmadığını söyledi.

“Kan basıncı tanısında hastayı mutlak suretle bir risk faktörü sınıflamasından geçirmemiz gerekiyor, hipertansiyon tanısını ancak böyle koyabilirsiniz, rakamlara bakarak tanı koymak ve hipertansiyon tedavisine başlamak her zaman doğru olmuyor. O nedenle risk faktörlerinin varlığı ve birtakım biyokimyasal belirteçlerle birlikte hastamızı orta riskli gruptan - çok yüksek risk gruplarına sokuyoruz ki ne zaman, nasıl tedavi edeceğimize karar vermiş olalım. Hastanın yüksek ve çok yüksek riskli grupta olması gecikmeden ilaç tedavisi başlanması ve kombinasyon tedavisinin gerekli olduğunu vurguluyor” diyen Prof.Dr. Kozan sözlerine şöyle devam etti: “Komplike olmayan hipertansiyonlarda hedeflerimiz diyabet ve kronik böbrek, koroner arter hastalığı ve inme geçirmiş hastalarda 130’a



## Kongre - Sempozyum - Toplantı İzlenimleri

80'in altında olması. Riskli koroner arter hastalarında 120'ye 80'in altına çektiğimiz zaman majör kardiyovasküler olayların daha iyi kontrol edildiğini görebiliyoruz. Koroner arter hastalarında 120'ye 80'in altına da indirebilirsiniz. Peki bu hedefler, bu tanıdan sonra kombinasyon tedavisi gerçekten gerekli mi bu hastalara? Türkiye'de yapılan çalışmaya baktığımız zaman tüm hipertansif hastaların %8'i, antihipertansif ilaç alanların da % 20'si kontrol altında. Türk saha çalışmamızda da hipertansif tedavi alan olguların %23'ü kontrol altındaydı. Dünyada da aşağı yukarı böyle. Görülüyor ki, hipertansiyon tedavisini vermek hastalığı kontrol altına almak anlamı taşıyor. Reçete yazıyorsunuz, hastalara ilaç veriyorsunuz ama bir işe yaramıyor, ekonomik olarak da kayıp. Tedavinizi kontrol edip gerçekten hedef değerleri tutturursanız bizim ülkemiz için yararlı olacak. Kolay değil hedef değerleri tutturmak bunun da farkındayız. Tüm kılavuzlara yön veren dev randomize kontrollü çalışmalarda elde edilen kan basıncı değerlerine bakarsak, 140'ın altına indirilen sistolik kan basıncı değerlerinin majör çalışmalar da bile çok az olduğunu görüyoruz. Kan basıncını hedef değere ulaştırmak o kadar kolay değil. Diyastolik kan basıncı açısından sonuçlara bakacak olursak, çok önemli bir kısmının 80'in üstünde kaldığı görülüyor. Diyabetik olgularda durum daha vahim. Sistolik kan basıncı 140'ın altına çekmek istediğimizde, yine çalışmaların çok önemli bir kısmı 140'a 80'in üstünde kalıyor.

Peki ideal değerlere ulaşabilmek için kombinasyon mu yapalım, yoksa verdiğiniz ilacın dozunu mu arttır-

alım? sorusuna gelince: Avrupa Kılavuzu'na bakacak olursak; düşük riskli hastalarda tek ajanla başlayıp, dozunu arttırıp, kontrol altına alamazsanız yanına başka bir ilaç ilave etmek gerektiğini ama yüksek ve çok yüksek riskli hastalarda kombinasyon tedavisine başlanması gerektiğinin önerildiğini görüyoruz.

Tek doz artırımının ne anlamı var? diye baktığımızda ilaçların dozunu arttırdıkça, kan basıncı da o kadar düşmekte. Yalnız şu var sadece ACE inhibitörleri ve ARB'lerin doz arttırmayla birlikte yan etki oranı olmuyor.

O bakımdan doz artımı mı, kombinasyonu mu? sorusunun yanıtını biraz daha arayacak olursak, hidroklorotiyazid ilave edilen çalışmalara baktığımızda doz düşürüşü tüm telmisartan, valsartan, olmesartanla yapılmış diüretikli kombinasyonlarda daha fazla doz arttırılmasına göre kan basıncının düşürüldüğünü gösteriyor. Hedef değerlere göre incelediğimizde olmesartan monoterapi ve hidzoklorotiyazid ile kan basıncı kontrol oranlarına baktığımızda, tek başına olanın oldukça yüksek, amlodipin ilave edildiğinde rakamların biraz daha yüksek bulunduğunu görüyoruz. Yine aynı şekilde zofenopril + diüretik kombinasyonu ile daha ideal bir kan basıncı düşüşü sağlandığını görüyoruz. Kombinasyon tedavisiyle kan basıncı kontrolü daha iyi. Monoterapiyle sınırlı sayıda hastanın kan basıncını kontrol altına alırken, kombinasyon tedavisiyle hastada daha iyi bir kontrol sağlayabiliyoruz.

Peki hedefe giderken ilaç seçimini nasıl yapalım ve bu hedefe giderken bir öneride bulunulması gerekir mi? "Şu ilaç çok iyidir ve birinci derece-

den kullanın" demek, özgün bir kullanım alanı yoksa, "diyabetikte RAAS Blokajı her zaman iyi, öncelikli tercihiniz olmalı" şeklinde bir söylev olmadıktan sonra, hangisine başlarsanız başlayın hepsi aynı kapağı çıkarıyor. İsteddiğiniz ilacı başlayabilirsiniz ama hangi kombinasyon tedavisi dersiniz Avrupa Kılavuzu buna bir cevap vermiş; beta blokerlerinin, kalsiyum kanal blokerleriyle kombinasyonu iyi. ARB ve ACE'ler diüretik ve kalsiyum kanal blokerleri ile ideal bir kombinasyon sağlayabiliyor. RAAS blokerleri diüretiklerle, kalsiyum kanal blokerleriyle ideal bir kombinasyon oluşturabilirler."

Hedef organ hasarının önlenmesi, sol ventrikül hipertrofisi, ateroskleroz, mikroalbuminüri, renal disfonksiyon, kognitif disfonksiyon bozukluklarında, akciğer fibrilasyonunda, kardiyorenal hastalıkların önlenmesinde çok çeşitli yerlerde renin anjiyotensin aldesteron sistem blokerlerini seçmeniz gereken durumlar var" diyen Prof.Dr. Ömer Kozan, reçeteyi yazmanın yeterli olmadığını hastaların tedaviye uyumunun da çok önemli olduğunu belirterek; "Hasta kullanmadıktan sonra reçeteyi yazmak yetmiyor, ilacı kullanımı ve uyumu da çok önemli. Onun için fiks doz kombinasyonlar her zaman daha iyi. Çünkü hastanın aldığı ilaç sayısı ve tedaviye uyumunu sağlıyor. Hiçbir hipertansiyon hastasını takip etmeden bırakmamalıyız. Hipertansiyon bir sendromdur, sadece rakamı aşağı çekmek yetmiyor, antihipertansif tedavi de ömür boyu süren bir tedavidir, bunun için sıkı bir izlem gerektirir. Hastalarınızı izleyip hedeflerinden şaşmamalarını öğütlemeniz gerekiyor" hatırlatmasında bulundu. 📌