TÜRK KARDİYOLOJİ DERNEĞİ

KONGRE BÜLTENİ

www.tkd.org.tr

24 Ekim 2014

Ortak misyon: Eğitim

ESC Başkanı Prof. Dr. Fausto Pinto, ESC'nin Türkiye'yi de kapsayan ulusal derneklerin federasyonu olduğunu hatırlatarak, Türk Kardiyoloji Derneği'nin çok uzun zamandır ailenin aktif üyesi olduğunu belirtti. "ESC'nin temel misyonu Avrupa'da kardiyovasküler hastalıkları azaltmak ve sağlıklı yaşamı desteklemek. Tabii ki bu misyon için Avrupa ve Türk Kardiyoloji Derneği'nin birçok yolu var. Ancak eğitim ortak misyonumuz. Kongre eğitimleri, sertifikasyonlu dijital eğitimler önemli. Son birkaç yıldır dijital eğitim platformunu (ESCEL) geliştirmeye önem veriyoruz. Üyelerimizin ulaştığı bu platform farklı modüllerle geniş bir içerik sunuyor. Önem verdiğimiz bir diğer konuda klinik uygulamaları geliştirmek. Bunun için ülkelerin pratiğine neler oluyor onları anlamaya çalışıyoruz. Hasta yönetimi için kılavuzları geliştirmek yine önceliklerimizden. KV hastalıklar dünyada bir numaralı ölüm nedeni bu nedenle karar vericileri ve yasa yapıcıları haberdar etmek, gelişmeleri ve yatırımları desteklemelerini sağlamak gerekiyor. Tüm dünyayı kapsayan organizasyonlara devam ediyoruz. Geçen ay Türkiye'nin de kendini çok iyi sunduğu dünya toplantısına Barcelona'da 31.000 kişi katıldı. Bilindiği gibi kılavuzlar her sene revize ediliyor veya yeniden oluşturuluyor. Tedavi, teşhis için yeni çalışmalar, kanıtlarla birlikte her kılavuz 4-5 yılda bir revize ediliyor. Örneğin bu yıl embolizm, pulmoner değerlendirme öne çıkan konulardan.

30. Kongre, bölgenin lider toplantısı olma hedefi ile açıldı

Türk Kardiyoloji Derneği Başkanı Prof. Dr. Lale Tokgözoğlu, 30. Uluslararası Katılımlı Tük Kardiyoloji Kongresi'nin açılış töreninde yurt içi ve yurt dışı çalışmaların hızla artarak yoğun bir şekilde devam ettiğini aktardı. Uluslararası açılımın giderek hızlandığını belirten Tokgözoğlu, birçok ülkeyle ortak toplantılar düzenlendiğini, ESC'de TKD temsiliyetinin, yönetim kurulu üyeliği, çeşitli çalışma grupları, birlikler ve alt gruplarda arttığını söyledi. Uzmanlık hizmetinde standardizasyon, izlem kursları, hasta odaklı farkındalık çalışmaları, uzaktan uzmanlık eğitimi, artan dergi yayını, farklı çalışma grupları, Sağlık Bakanlığı ile ortak çalışmalar, aktif proje grupları gibi bir çok kulvarda ilerlendiğini belirtti. Türk Kardiyoloji Derneği Başkanı Prof. Dr. Lale Tokgözoğlu, 50. yılına ulaşan derneğin bugüne ulaşmasında önceki dönem yönetimleri ve emeği geçen herkese teşekkür ederek konuşmasını tamamladı.

Açılış konuşmasının ardından kardiyoloji alanında yapılan bilimsel çalışmalar ödüllendirildi. TKD En İyi Sözlü Bildiri, TKD Arşivi En İyi Makale, TKD Servier Bilimsel Yayın, TKD Actelion Kardiyo Pulmoner Vasküler Sistem Araştırması ödülleri sahiplerine verildi. Bilimsel ödüllerin yanı sıra Kongre'yi destekleyen kuruluşlara plaketleri verilirken bir önceki dönem yönetim kurulu üyelerine de madalyaları sunuldu.

Ayrıca açılış töreninde Antalya Senfoni Orkestrası kongre katılımcılarına keyifli dakikalar yaşattı.

TKD En İyi Sözlü Bildiri Ödülleri, Birinci Dr. Cüneyt Koçaş, İkinci Dr. Esra Kaya, Üçüncü Dr. Aylin Yamaç'a sırasıyla Prof. Dr. Lale Tokgözoğlu, Prof. Dr. Mahmut Şahin, ve Prof. Dr. Adnan Abacı tarafından verildi.

Hipertansiyon ve hiperlipidemi alanında güncel tedavi yaklaşımı

Prof. Dr. Sinan Aydoğdu

Hipertansiyon kardiyovasküler sistem hastalıkları için önemli bir risk faktörüdür. Ülkemizde erişkin nüfusun yaklaşık 1/3'ü hipertansiftir. Hipertansiyon yönetimi konusunda uzun zamandır beklenilen JNC-8 kılavuzu yakın zamanda yayınlanmıştır. JNC 8 kılavuzu birçok tartışmayı da beraberinde getirmiştir. Bu kılavuzun getirdiği en önemli değişikliklerden biri 60 yaş üzeri populasyonda tedavi başlanması için sınır kan basıncı değerinin 150/90 mmhg olmasıdır. 60 yaş altında bu değer 140/90 mmhg ve üzeri iken 60 yaş üzerinde 150/90 mmhg ve üzeri olarak belirlenmiştir. 60 yaş üzerinde kan basıncı 150/90 mmhg üzerinde olmadıkça tedavi önerilmemektedir. Bunun en önemli nedeni yaşlı populasyonda kan basıncında aşırı düşüşün istenmemesi dolayısıyla genç populasyona kıyasla daha yüksek kan basıncı değerlerinin tolere edilebildiğne yönelik verilerdir. *devamı sayfa 2'de*

Uluslararası temsil için emek ve zaman gerekiyor

Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) son seçimlerinde Yönetim Kurulu Üyeliğini alan Prof. Dr. Çetin Erol'a, üyelik süreci ve önemini sorduk.

Prof. Dr. Çetin Erol

"Her iki senede bir yapılan seçimlerde yürütücü 6 üye seçiliyor, yürütme kurulu görevini de üstlenen başkan, gelecek başkan, bir önceki başkan, 3 başkan yardımcısı ve bir de genel sekreter var, ayrıca 6 kişi yönetim kurulu üyeliğine seçiliyor. Yönetim kuruluna seçimle gelmeyen dergi, dernek ve birliklerin başkanları, kılavuz kurulun başkanı gibi özel görevde olan kişiler de dahil oluyor. Tüm seçilenler 2 yıl boyunca görevde kalıyor. ESC'nin yönetimiyle ilgili kararlar bu yönetim kurulunun tümünde alınıyor.

56 tane ulusal derneğin her birinin üye sayısına göre oy kullanma rakamları var, 2 ila 4 arasında değişiyor. Ayrıca bütün birliklerin, çalışma gruplarının oy hakları var. Bunların da yine 2-6 arasında değişebiliyor. *devamı sayfa 2'de*

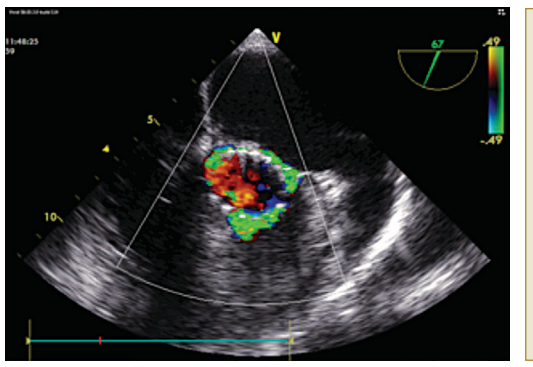
TAVI (Transkateter aortik kapak implantasyonu) sonrası paravalvüler aort yetersizliğinin değerlendirilmesi

Prof. Dr. Necla Özer
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kardiyoloji Ana Bilim dalı

Son yıllarda aort darlığı olan fakat aort kapak replasmanı cerrahisinin yapılamadığı veya cerrahi riskin yüksek olduğu hastalarda alternatif bir tedavi yöntemi olarak TAVI işlemi uygulanmaya başlamıştır. Bu işlem genel olarak iyi tolere edilen bir işlem olmakla beraber bazı durumlarda değişik komplikasyonlar gelişebilmektedir. Son yıllarda TAVI işlem sayısının artmasıyla beraber bu hastalarda gelişen paravalvüler aort yetersizliği önemli bir klinik sorun olarak ortaya çıkmıştır.

Paravalvüler aort yetersizliği (PAR) TAVI sonrası sıklıkla görülmektedir. Orta ve ciddi paravalvüler AY insidansı pek çok çalışmada değerlendirilmiş ve insidansı %7-20 arasında bildirilmiştir. 12.926 hastayla yapılan bir çalışmanın meta-analizinde ise orta derecede paravalvüler AY insidansı %11.7 olarak bildirilmiştir. Hafif paravalvüler aort yetersizliği klinik olarak önemli bir durum oluşturmamaktadır. Fakat orta ve ciddi paravalvüler AY'nin kısa vadede istenmeyen sonlanım, artmış hastane içi ve geç dönem mortalite ile ilişki olduğu gösterilmiştir.

TAVI ile ilgili pek çok konu Ulusal Kardiyoloji Kongresi sırasında ayrıntılı olarak tartışılacaktır.



Paravalvüler aort yetersizliği klinikte sıklıkla ekokardiyografi ile değerlendirilmektedir. Fakat transtorasik ekokardiyografi paravalvüler AY derecelendirilmesinde yetersiz kalabilmektedir. Bu nedenle klinik şüphenin yüksek olduğu hastalarda muhakkak TEE ile AY derecelendirilmesi yapılmalıdır. Paravalvüler AY için derecelendirme kriterleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Bu parametreler içinde belki de kullanımı en pratik olan PVR'nin çevresel yaygınlığıdır. Şekil 1'de ciddi paravalvüler AY si olan bir hastanın ekokardiyografisi görülmektedir (Şekil 1).

	Hafif	Orta	Ciddi
Yarı kantitatif parametreler			
Desandan aortada diyastolik akımın tersine dönmesi	Yok ya da yalnızca erken diyastolde	Orta	Belirgin, holodiyastolik
PVR'nin çevresel yaygınlığı (%)	<10%	% 10-29	≥ % 30
Kantitatif parametreler			
Regürjitan hacim (ml/atım)	<30 mL	30-59 mL	≥60 mL
Regürjitan fraksiyon (%)	< % 30	% 30-49	≥ % 50
EROA (cm^2)	0.1 cm^2	0.1- 0.29 cm^2	≥0.30 cm^2

Uluslararası temsil için emek ve zaman gerekiyor

sayfa 1'den devam

Seçime girebilmek için önce belirleme komitesinin geçilmesi gerekiyor. Her kademedeki seçim için en az 2 misli aday gösteriliyor. Özetle, 250'ye yakın kişinin sizi ve yaptıklarınızı bilmesi lazım ki oy versinler. Bu nedenle üyelerimize, temelden başlayıp, uzun yılları göze alıp, hem emeğin hem zamanın verilmesi gerektiğini söylüyoruz. Öncelikle üye olmak, sonra üyeliği çalışma gruplarına, ESC'nin komitelerine götürmek gerekiyor. Buralarda farklı görevlerde çalışarak, ESC'yi benimsediğinizi, ilerlemesi için gayret sarf ettiğinizi etkin bir şekilde göstermeniz gerekiyor. Bu süreç benin 15 yılımı aldı.

TKD üyesi olarak, ESC de bulunmak, en azından nelerin düşünüldüğünü nelerin yürürlüğe girmiş olduğunu ve olacağını TKD'ye aktarmak açısından önemli. Yönetim kurulunda TKD'nin arzu ve istekleri için bir sözcü konumuna geliyorsunuz. Ayrıca 56 ülkenin içinden ülke olarak seçilmiş olmak bir prestij ve tabii ki gurur verici.

Ayrıca, bu tür katılımlar rol model konumumuzu güçlendiriyor. Zaten bütün gayretlerimizin neticesinde Türki Cumhuriyetlerinden, Türk Dünyası Kardiyoloji Birliği'nin 6 ana üyesi var. Türkiye, Azarbeycan, Kazakistan, Kırgızistan, Türkmenistan, ve Özbekistan. Bu 6 üyenin 4'ü şu anda ESC'nin üyesi en son Kırgızistan dahil oldu. Türkmenistan ve Özbekistan kaldı. Bu durum TKD'nin desteklenmesi açısından avantajlı.

Ayrıca ESC'nin her kademesinde örneğin eğitim komitesinde Prof. Dr. Bülent Görenek, program komitesinde de Prof. Dr. Lale Tokgözoğlu var, bu katılımlar bir prestij ve aynı zamanda Türk kardiyolojisine ivme vermek açısından önemli. Ayrıca yeni yetişen genç kişiler için de bizlerin oralarda bulunması uyarıcı, teşvik edici gurur verici. Bu ortamlar diğer ülkelerle olan ilişkileri ilerletmek, başlatmak bakımından da katkı sağlıyor.

ESC'nin tüzüğüne göre 2 yıl sonra devam etmek istiyorsanız aynı pozisyonda devam edemiyorsunuz, mutlaka bir üst pozisyona başvurmak gerekiyor. Bundan sonraki hedef benim için kesin değil, yoğun bir tempo ama, çalışmalarıma çok etki etmiyor aksine pekiştiriyor.

MEDICAL TRIBUNE TÜRKİYE

Medical Tribune Yayıncılık tarafından hazırlanmıştır.
Tüm yayın hakları Medical Tribune Yayıncılığa aittir.
www.medical-tribune.com.tr

Hipertansiyon ve hiperlipidemi alanında güncel tedavi yaklaşımı

sayfa 1'den devam

Her ne kadar randomize klinik çalışma kanıtı olmaması bu önerinin tarışılmasına neden olmuşsa da kan basıncı hedeflerinin <150/90 mmhg olması yaşlı populasyonda ön plandadır.

JNC 8 kılavuzunun getirdiği bir diğer yenilik tedavide ilk basamakta alfa bloker ve betablokerlerin tercih edilmemesi önerisidir. Tedavide ilk basamakta ACE inhibitörü, kalsiyum kanal blokeri, diüretik veya ARB olmalıdır.

Daha önceki kılavuzda diyabetik hastalarda ve kronik renal yetmezliği olan hastalarda kan basıncının <130/80 mmhg hedefinde olması istenirken JNC 8'de bu öneri değiştirilmiş ve normal populasyonla benzer şekilde tedavi hedefinin <140/90 mmhg olması önerilmiştir.

JNC 8'in önerileri ESC'nin yayınladığı hipertansif tedavi kılavuzu ile benzerdir. Her iki kılavuz da yaşlılarda yüksek kan basıncının daha dikkatli düşürülmesine dikkat çekmektedir. Bu önerinin en önemli nedeni ACCORD çalışmasının sonuçlarıdır. ESC Kılavuzu bir yaş önerisinde bulunmazken JNC 8 net bir şekilde sınırı değeri olarak 60 yaşı belirlemiştir. Ancak bu yaş sınırı tartışmaya açık bir konudur.

JNC 8 kılavuzunun yayınlanmasından bir gün önce ASH/ISH (American Society of Hypertension/International Society of Hypertension) hipertansiyon tedavi kılavuzu yayınlandı.bu kılavuzda da hipertansiyon tedavisine yaklaşım özetlenmektedir. Bu kılavuzda en dikkat çeken nokta JNC 8 ve ESC kılavuzlarına benzer şekilde yaşlı populasyonda hedef kan basıncı değerinin <150/90 mmhg olmasıdır. Ancak bu kılavuzda yaş sınırı 60 değil 80 olarak belirlenmiştir. Yaşlı populasyon dışında hedef <140/90 mmhg'dır. Bu kılavuzda dikkat çeken bir diğer nokta ise gençlerde tedavide hedef kan basıncının <130/80 mmhg olabileceğine dair görüş mevcuttur.

Hipertansiyon tedavisi yönetimindeki tüm kılavuzlar benzer öneriler getirmekle beraber farkları kongremizde daha detaylı tartışılacaktır.

Hiperlipidemi tedavisinin yönetilmesi konusunda da kılavuz önerileri yeni yaklaşımlar getirmiştir. ESC dislipidemi kılavuzunda tedavi kararında risk belirlemesi vurgulanmıştır. Risk durumuna göre hedef lipid değerlerinin belirlenerek yaşam tarzı değişiklikleri ve ilaç tedavisinin planlanması önerilmektedir. ACC'nin yayınladığı hiperlipidemi kılavuzunda ESC'ye benzer şekilde risk belirlenmesi ve buna dayanarak statin tedavisi kararı verilmesi önerilmektedir. Her iki kılavuzda da primer korumada hedef LDL değerlerinin ne olması gerektiği tartışmalıdır. ACC kılavuzunda dikkat çeken bir nokta genç hasta populasyonunda (≥21y) LDL-C≥190 mg/dl ise agresif statin tedavisinin önerilmiş olmasıdır. Aterosklerotik kardiyovasküler hastalık varlığında <75 y grubuna agresif statin tedavisi önerilirken ≥75 y grubunda orta şiddetli (modarate) statin tedavisi önerilmektedir. Kılavuzda statin tedavisinden fayda görecek gruplar;

1- Klinik aterosklerotik kardiyovasküler hastalık

2- LDL≥190 mg/dL, yaş≥21

3- Birincil koruma-Diyabet: yaş 40-75 y, LDL-C 70-189 mg/dl

4- Birincil koruma-Diyabet yoksa: 10 yıllık aterosklerotik kardiyovasküler hastalık riski ≥ %7,5, yaş 40-75 y, LDL-C 70-189 mg/dl

şeklindedir. Her iki kılavu da statin tedavisinin uygun hasta grubunda güvenli bir şekilde uygulanabileceğinin altını çizmiştir. Hipertansiyon ve hiperlipidemi konuları Ulusal Kardiyoloji Kongremizde detaylı bir şekilde güncel yaklaşımlar baz alınarak tartışılacaktır.

30. Uluslararası Katılımlı Türk Kardiyoloji Kongresi, Türk Dünyası Kardiyologları arasında görüş alışverişi toplantısı ile başladı

Prof. Dr. Ömer Kozan'ın oturum başkanlığı, Prof. Dr. Erkin Mirrakhimov ve Prof. Dr. Begench Annayev'in eşbaşkanlığında ilaç salınımlı stent takılmış koroner arter hastalarında tartışmalı konular olgular eşliğinde incelendi

Kongrenin açılış gününde ilk ilgi çekici sempozyumlardan birisi olan TKD-Türk Kardiyoloji Birliği ortak oturumunda dünyada 300 milyonu bulan Türk toplulukları arasındaki gönül birliği hatırlatılarak, karşılıklı özverili çabalarla geliştirilmiş olan bilimsel işbirliğinin önemine dikkat çekildi. Konuşmacılar kendi ülkelerinde 10-12 yıl önce kardiyolojinin durumu ile TKD desteği sonucunda gelinen güncel noktaları kısaca özetledikten sonra önemli alt başlıklar tartışıldı.

Tartışılan ilk konu olan "Subakut stent trombozu ile gelen hastada yaklaşım" Azerbeycan'dan Dr. Firdovsi İbrahimov tarafından irdelendi. Stent takıldıktan sonra 24 saat ile 30 gün arasında görülen subakut stent trombozunun nadir görülmesine rağmen fatal sonuçlara neden olduğu (mortalite oranı %20-50; miyokard infarktüs oranı %50-70) anlatıldı. Bu hastalarda tromboz gelişiminin metabolik ve işlemlere bağlı nedenlerinin çeşitliliği, detaylı olarak incelenmesi gerektiği anlatılarak, yüksek çözünürlüklü tomografi gibi tanı koydurucu yöntemler hakkında bilgi verildi. Bu olgularda hemen yeni bir stent yerleştirilmek yerine balon dilatasyonu ile tedaviye devam edilmesi gerektiği belirtildi. Yeni stent yerleştirmenin ancak bitişik yapıların yaralanması, ek patoloji varlığı veya balon tedavisi ile optimal sonuç alınamaması durumlarında tercih edilmesi gerektiği anlatıldı. Stent trombozu gelişimini önlemek için farmakolojik ajan seçiminden bahsedilip ajanlarla ilgili yapılmış klinik çalışmaların sonuçlarından örnekler sunuldu. Dr. İbrahimov bir olgu üzerinde konuyu tartışarak hasta değerlendirmesinden ve tedavinin her hastanın kendi tanısal çalışma bulgu sonuçlarına göre güncel bilimsel verilerin ışığında planlanması gerektiğinden bahsetti.

İkinci tartışma konusu olan "Atriyal fibrilasyonu olan ve oral antikoagulan kullanan hastada antitrombotik tedavi nasıl yapılmalı?" Kazakistan'dan katılan Prof. Dr. Nurlan Abdikaliyev tarafından sunuldu. Konuşmacı atriyal fibrilasyon (AF) tipleri hakkında özet bilgilendirme verdikten sonra oral antikoagulan kullanan hastalarda ilaç salınımlı stent takıldığı zaman ikili üçlü antitrombotik ilaç kullanımda dikkat edilmesi gereken noktalara dikkat çekti. ESC'nin AF kılavuzunda antikoagulan seçimi ile ilgili 2012 yılında yayınlanmış önerilerinden bahsettikten sonra, Dr. Abdikaliyev AF tedavisinde varfarinin küçük bir tedavi penceresine sahip olduğuna vurgu yaptı.

Konuşmanın devamında yeni oral antikoagulanların (new oral anticoagulants- NOAC) etki mekanizmaları anlatıldı ve klinik kullanım ve hasta uyumu açılarından NOAC'lerin avantajlarından bahsedildi. Konuşmacı sunumunu bu grup antikoagulanlardan bazıları hakkında daha detaylı bilgi ve ilişkili klinik çalışma sonuçlarını sunarak tamamladı.

Ortak oturumun son konusu olan "Üçüncü kuşak ilaç salınımlı stentler ve eriyebilir skafold sonrası optimal ikili antitrombosit tedavi süresi ne kadar olmalıdır?" sorusunun yanıtları ise Moskova'dan katılan Prof. Dr. Mehman Mamedov tarafından verildi. Dr. Mamedov konuşmasına 2014 yılında Barselona'da ESC/EACTS çalışma grubu tarafından sunulmuş olan Stabil Koroner Arter Hastalığı (Stable coronary artery disease- SCAD) olanlarda Revaskülarizasyon kılavuzundaki endikasyon önerilerini incelemekle başladı. Konu ile ilişkili yapılmış olan bazı randomize klinik çalışma sonuçlarını sunduktan sonra hangi durumlarda peruktan koroner girişimi hangi hastalarda koroner arter bypass greftleme (KABG) operasyonunun seçilmesi gerektiğine değindi. Dr. Mamedov SCAD hastalarında stent uygulama ve per-prosedürel antiplatelet tedavileri ve bu tedavilerin süreleri hakkında bilgi verdiği konuşmasını, güncel klinik uygulamalarda 2012 ESC kılavuzundaki sürelerinin geçerli olduğunun altını çizerek noktaladı.

Oturum başkanı Prof. Dr. Ömer Kozan, son 10-12 senedir TKD'nin dünyada yaklaşık 300 milyon olan Türk topluluğu kardiyologları arasında bilimsel işbirliği başlattığını; yoğun ve özverili çabaları ile geliştirilen bu işbirliğinin daha fazla güçlendirilebilmesi ve geliştirilebilmesi için katılımcı ülkelerdeki kardiyologların ilgisinin daha da yoğunlaşmasını umut ettiğini belirterek oturumu kapattı.

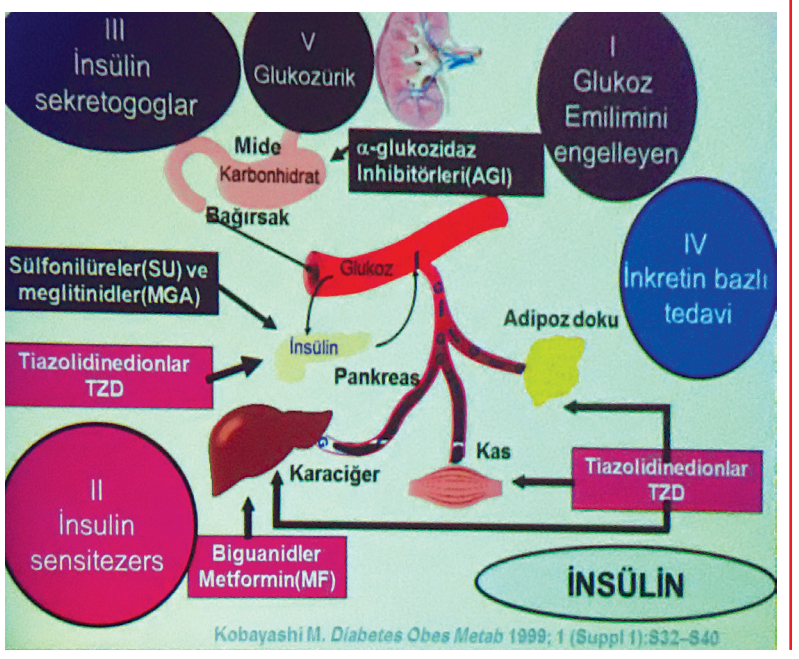
Glisemik kontrolde ADA-AHA önerileri

Prof. Dr. Ramazan Sarı,
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ve Endokrinoloji Uzmanı

Prof. Dr. Ramazan Sarı, dünyada hızla artmakta olan diyabet hastalığında ölümlerin büyük kısmının kardiyovasküler hastalıklardan meydana geldiğini belirtti: "Diyabette tanı kriteri olarak, sekiz saatten daha fazla bir açlıktan sonra ölçülen kan şekerinin 126 mg/dL'nin üzerinde olması ya da ya da 75 mg glukoz tolerans testi yapıldıktan sonra 2. saatte kan şekerinin 200'ün üstünde olması gerekiyor. Son yıllarda HbA1c'nin de 6.5 ve üzerinde olması diyabet tanısı açısından bir kriter olarak kabul edilmeye başlandı. Glisemik kontrol için güncel tedavi hedeflerinde ADA-AHA önerileri şöyle sıralanabilir: Hastanede yatan kritik olmayan hastalarda AKŞ 140'ın altında, TKŞ 180 mg/dl olmalı, 90-100 mg/dl altında olmamalı. Hastanede yatan kritik hastalarda KŞ 140-180 mg/dl arasında tutulmalı. Akut MI hastalarında KŞ 180 mg/dl'den yüksekse insülin başlanmalı ve KŞ 180'den küçük olmalıdır.

İnsülin tedavisi OAD'lere cevapsız olduğu ya da yan etki geliştiği durumlarda, MI ve inme durumunda, HbA1c'nin 9'dan yüksek olduğu, AKŞ'nin 250 mg/dl'den yüksek olduğu, karaciğer ve böbrek fonksiyonları bozukluğu olduğunda ve hastanede yatan kritik- kritik olmayan hastalara verilir.

Özetle, diyabetik hastalarda erken dönemde sıkı glisemik kontrol yapılmalı, KVH öyküsü olanlarda HbA1c 8'den küçük olmalı, metformin-glitazon kullanırken KKY açısından dikkat edilmeli, İnsülin SÜ kullanırken hpoglisemi riskine dikat edilmeli, hastanede yatan kritik olmayan hastalarda AKŞ 140'ın altında olmalı, RKŞ 180 mg/dl'nin altında olmalı (çoklu insülin enjeksiyonu ile), hastanede yatan kritik hastalarda 140-180 m/dl arasında tutulmalı (insülin infüzyonu ile).



SEKTÖRDEN

Bir asrı aşkın kardiyoloji serüvenimiz yenilikçi ürünlerle devam ediyor

Bu yıl otuzuncusu düzenlenen Uluslararası Katılımlı Ulusal Kardiyoloji Kongresi'ne Bayer olarak katılım göstermekten büyük mutluluk duyuyoruz.

Gerek katılımcı sayısı, gerekse yüksek kalitedeki bilimsel içeriğiyle Türkiye'nin önde gelen bilimsel kongrelerinden biri olan Ulusal Kardiyoloji Kongresi bu sene de yoğun bir ilgi ve coşkuyla başladı.

Bayer'in Aspirin ile başlayan, 1 asrı aşkın süredir devam eden kardiyoloji serüveni, "Daha İyi Bir Yaşam İçin Bilim" sloganıyla, bugün de Xarelto ve Adempas gibi yenilikçi ürünler ve projelerle devam ediyor.

Türkiye'deki 60. yaşımızı kutladığımız 2014 yılında, 30. Uluslararası Katılımlı Ulusal Kardiyoloji Kongresi'nin platin sponsorluğunu üstlenmekten gurur duyuyoruz.

Türkiye'nin ilk ilaç firması 111 yıldır sizlerin yanında!

1903'te bir imparatorlukta, bir evin odasında kurulan laboratuvardan, bugünkü İ.E Ulagay-Menarini Group'a ulaşmanın tarihi, içinde büyüdüğü Türkiye Cumhuriyeti'nin ve Türk İlaç Sektörü'nün de tarihidir…

Bu yıl 111. Yılını kutlayan, Türkiye'nin en köklü ilaç firması İ.E Ulagay-Menarini Group, kurulduğu günden bu yana Türk sağlık sektörüne yeni ürünler ve yenilikçi tedavi alternatifleri sunmayı ilke edinmiştir.

Hipertansiyon, ağrı, enfeksiyon, erkek sağlığı başta olmak üzere bir çok terapötik alanda öncü çalışmalara imza atan İ.E Ulagay-Menarini Group, kardiyoloji alanındaki orijinal ürünleri Zoprotec, Hipersar ve Vasoxen'e ek olarak, stabil anjina pektoriste inovatif tedavi seçeneği olan ranolazin etkin maddeli Latixa'yı da yakında Türk Tıbbı'nın hizmetine sunacak olmanın haklı gururunu yaşamaktadır.

İ.E Ulagay-Menarini Group olarak, her yıl olduğu gibi bu yıl da Türk Kardiyoloji Kongresi'ne katılmaktan ve değerli katılımcılarla bir arada olmaktan büyük mutluluk duymaktayız.

yeni

Effient® (prasugrel) tablet

Geri Ödeme Kapsamı Genişledi!..

EFFIENT PKG planlanan ST yükselmeli MI hastalarında, diyabetli ST yükselmesiz MI hastalarında; klopidogrel tedavisi altında iken stent trombozu gelişen AKS'li hastalarda GÜNDE TEK DOZ 10 mg, 1 sene süreli rapor ile geri ödenmektedir.

SİZİN **KARARINIZ,** ONLARIN **GELECEĞİ...**

Effient® (prasugrel) tablet

1x Günde tek doz[1]

Güçlü trombosit inhibisyonu[2]

30 dk Hızlı etki[2]

Referanslar:
1. Effient Kısa Ürün Bilgisi.
2. Payne CD, et al. Increased active metabolite formation explains the greater platelet inhibition with prasugrel compared to high-dose clopidogrel. Cardiovascular Pharmacol 2007;50:555-62.

Daiichi-Sankyo | www.daiichi-sankyo.com.tr

EFF.P69.10.14

EFFIENT® 10 mg film kaplı tablet - Formülü: Her film kaplı tablet 10 mg prasugrel içerir. **Endikasyonları:** EFFIENT®, ASA ile birlikte, primer veya geç perkütan koroner girişim (PKG) ile tedavi edilecek akut koroner sendromlu (AKS) [ör. stabil olmayan angina ST-segment elevasyonsuz miyokard enfarktüsü (UA/NSTEMI) ya da ST-segment elevasyonlu miyokard enfarktüsü (STEMI)] hastalarda aterotrombotik olayların önlenmesi için endikedir. **Pozoloji ve uygulama şekli:** EFFIENT® tedavisine 60 mg'lık tek bir yükleme dozu ile başlanmalı ve sonra günde bir defa 10 mg ile devam edilmelidir. EFFIENT® alan hastalar ayrıca her gün ASA (75 mg - 325 mg) almalıdır. EFFIENT® tedavisinin kesilmesinin klinik olarak endike olduğu durumlar dışında tedaviye 12 ay devam edilmesi önerilmektedir. Ağızdan alınır. EFFIENT® yemeklerden önce veya sonra kullanılabilir. **Yan Etkiler:** PKG planlanan akut koroner sendromlu hastalardaki güvenliliği, klopidogrel-kontrollü bir çalışmada (TRITON) değerlendirilmiştir. Bu çalışmada 6741 hasta medyan 14.5 ay süreyle (60 mg yükleme dozu ve günde bir defa 10 mg idame dozunda) prasugrel almıştır (5802 hasta 6 ay ve 4136 hasta 1 yıldan uzun süre tedavi edilmiştir). Advers olay nedeniyle çalışma ilacının kesilme oranı prasugrel için %7.2 klopidogrel içinse %6.3 olmuştur. Bunlardan, kanama her iki ilaç için de çalışma ilacının kesilmesine yol açan en sık görülen advers reaksiyondur (prasugrel için %2.5 ve klopidogrel için %1.4). 60 kg'dan fazla olan ve 75 yaşın altındaki hastalarda CABG ile ilişkili olmayan TIMI majör kanama oranları prasugrel için %3.6, klopidogrel için %2.8'dir. Fatal kanama oranları ise prasugrel için %0.2, klopidogrel için %0.1'dir. İlacın bırakılmasından 7 günden sonra CABG ilişkili kanamaların tedavi gruplarında aynı olduğu gözlenmiştir. Ayrıca anemi, hematom, epistaksis, gastrointestinal hemoraji, döküntü, ekimoz, hematüri, damara giriş yerinde hematom, damara giriş yerinde hemoraji, kontüzyon yaygın olarak bildirilen yan etkilerdir. **İlaç Etkileşimleri:** EFFIENT®'in varfarin dışındaki kumarin türevleri ile birlikte kullanımı araştırılmamıştır. Kanama riskindeki artış potansiyeli nedeniyle, varfarin (veya diğer kumarin türevleri) ile EFFIENT® birlikte uygulanırken dikkatli olunmalıdır. Kanama riskindeki artış potansiyeli nedeniyle, kronik olarak alınan NSAİİ (COX-2 inhibitörleri dahil) ile EFFIENT® birlikte kullanılırken dikkatli olunmalıdır. EFFIENT® (statinler dahil) sitokrom P450 enzimleriyle metabolize edilen ilaçlarla veya sitokrom P450 enzimlerinin indükleyicileri veya inhibitörleri olan ilaçlarla birlikte uygulanabilir. EFFIENT® ASA, heparin, digoksin ve ayrıca proton pompası inhibitörleri ve H2 bloker gibi gastrik pH'yı yükselten ilaçlarla birlikte de verilebilir. EFFIENT® heparin ile birlikte kullanıldığında kanama riski artabilir. Prasugrel CYP2B6'nın zayıf bir inhibitörüdür. CYP2B6'nın tek metabolik yolak olduğu ve terapötik penceresi dar olan ilaçlarla birlikte prasugrel kullanımında bu etkinin klinik olarak ilişkisi muhtemeldir. **Kontrendikasyonları:** Etkin maddeye veya yardımcı maddelerden herhangi birine karşı aşırı duyarlılık; Aktif patolojik kanama; İnme veya geçici iskemik atak geçmişi (GİA); Ağır hepatik yetmezlik (Child Pugh sınıf C); 75 yaş üstü veya 60 kg altındaki hastalarda kullanılmamalıdır. **Uyarılar:** Faz 3 klinik çalışmada ana dışlama kriterine kanama riskinin artması, anemi, trombositopeni, patolojik kafa içi bulguları geçmişi dahil edilmiştir. Akut koroner sendromu olan ve EFFIENT® ve ASA ile perkütan koroner girişim (PKG) tedavisi gören hastalar TIMI sınıflandırma sistemine göre majör ve minör kanama riskinde artış göstermişlerdir. Bu nedenle, EFFIENT®'in artmış kanama riski olan hastalarda kullanımı, ciddi kanama riskine karşı iskemik olayların önlenmesindeki yararı fazlaysa dikkate alınmalıdır. Bu endişe özellikle aşağıdaki hastalar için dikkate alınmalıdır: 75 yaş ve üzerindeki hastalar; kanama eğilimi olan hastalar (örn. yakın zamanda travma, yakın zamanda cerrahi operasyon, yakın zamanda veya tekrarlayan gastrointestinal kanama, aktif peptik ülser hastalığı, şiddetli karaciğer bozukluğu ya da orta ile şiddetli böbrek bozukluğu); ağırlığı 60 kg'ın altında olan hastalar; oral antikoagülanlar, klopidogrel, nonsteroidal antiinflamatuar ilaçlar (NSAİİ'ler) ve fibrinolitikler dahil kanama riskini artırabilen ilaçların birlikte uygulanması. Prasugrelle terapötik deneyim böbrek yetmezliği (son dönem böbrek yetmezliği dahil) ve orta derecede karaciğer yetmezliği olan hastalarda sınırlıdır. Bu hastalarda artan kanama riski olabilir. Bu nedenle prasugrel bu hastalarda dikkatle kullanılmalıdır. Hastalar herhangi bir cerrahi girişim planlanmadan ve herhangi bir yeni ilaç almadan önce hekim ve diş hekimlerini prasugrel kullandıklarına dair bilgilendirmelidirler. Eğer hasta isteğe bağlı bir cerrahi operasyon geçirecekse ve antitrombosit etki istenmiyorsa, EFFIENT® cerrahiden en az 7 gün önce kesilmelidir. Koroner anatomisi tanımlanmamış ve acil CABG cerrahi olasılığı olan hastalarda prasugrelin risk ve yararları dikkatle değerlendirilmelidir. Trombotik trombositopenik purpura prasugrel kullanımıyla bildirilmiştir. Nadir görülen kalıtımsal galaktoz intoleransı, Lapp laktaz eksikliği olanlar ya da glikoz-galaktoz malabsorpsiyon problemi olan hastaların bu ilacı kullanmamaları gerekir. Prasugrel alan hastalarda, klopidogrele karşı hipersensitivite geçmişi olan hastalar dahil, anjioödemi de içeren hipersensitivite reaksiyonları bildirilmiştir. Tienopiridinlere karşı bilinen alerjisi olan hastaların hipersensitivite belirtileri için gözlenmeleri tavsiye edilir. **Doz Aşımı ve Tedavisi:** EFFIENT®'in aşırı dozu kanama zamanında uzamaya ve bunu izleyen kanama komplikasyonlarına yol açabilir. Prasugrelin farmakolojik etkisinin geri dönüştürülmesine ilişkin veriler mevcut değildir; ancak, eğer kanama zamanının hızla düzeltilmesi gerekirse trombosit transfüzyonu ve/veya başka kan ürünlerinin transfüzyonu düşünülebilir. **KÜB onay tarihi:** 20 Şubat 2013 **Ruhsat tarih-no:** 28 Aralık 2012 – 135/20 **Satış Fiyatı:** 26 Şubat 2013 itibarı ile 115,43 TL'dir. Reçete ile satılır. Daha geniş bilgi için firmamıza başvurunuz. **Ruhsat Sahibi:** Daiichi-Sankyo İlaç Ticaret Ltd. Şti. Kar Plaza Kayışdağı Cad. Karaman Çiftlik Yolu No:47-E Blok Kat:3 34752 İçerenköy/Kadıköy-İstanbul Tel: 0216 577 65 05. www.daiichi-sankyo.com.tr