



KONGRE BÜLTENİ

www.tkd.org.tr

28 Ekim 2013



SEKTÖRDEN



Türk Hekimlerinin gelişimine 50 yıldır destek olan Türk Kardiyoloji Derneği'nin bu organizasyonunda alanında son yılların en önemli buluşlarından olan Absorb, hipertansiyon tedavisinin ilk RAS+KKB kombinasyonu TARKA, ilk ve tek mikronize fenofibrat LIPANTHYL, ilk eşdeğerimiz Co-Ucand ile Abbott olarak yer almaktan büyük mutluluk duyuyoruz. Pazartesi günü Ankara salonunda 17:15 ve Taşkent salonunda 18:30'da gerçekleşecek iki sempozyumumuzda da sizleri aramızda görmek isteriz.

Hipertansiyonla ilgili sorularınıza güncel yanıtlar

Hipertansiyon tedavisinde son nokta mı sorusuna “kesinlikle hayır” yanıtı veren Prof. Dr. Hakan Karpuz, en kötüsünün halen hastalığın bilinirliğinin iyi olmadığını ifade etti ve hipertansiyonla ilgili sorulara aşağıdaki yanıtları verdi.

Hipertansiyon sınıflandırması değişti mi?

Hayır, değişmedi. Grad 1 hipertansiyon olarak sistolik 140-159 ve diastolik 90-99 mmHg kabul edilmekte. Ofis ambulator ev ölçümlerine göre HT sınır değerlerinde küçük değişiklikler yapılarak önceki kılavuzlardaki sınırlar daha netleştirildi ve ≥ 135 mmHg değeri

kabul edildi. Tansiyon düzeyinin kaç olması gerektiği ile ilgili olarak ise çok zorlama yapılmıyor. Kanada kılavuzu dahil, kılavuzlarda 140/90 mmHg genel hipertansif popülasyonda hedef değer olarak belirlendi.

Tedavi: Kime, Nasıl, Ne zaman?

Normal kan basıncı grubu (120-129/80-84 mmHg) önerileri kaldırıldı. Ve daha önemlisi, 130-139/85-89 mmHg arası kan basıncı düzeylerinde, diyabet, kardiyovasküler hastalık ve böbrek hastalığı için ilaç önerisi, kabaca kaldırıldı. Tedavide, yine yaşam şekli değişiklikleri önerilmekte. İlaçlar arasında ise bir sıralama olmadığı belir-

tilerek özetle, “ilaçlar arasında fark yok, önemli olan kan basıncını düşürmek ve bunu muhafaza etmektir” mesajı verildi. Kombinasyon tedavisinin daha hızlı yanıt, daha az yan etki, daha iyi tolerans, daha fazla fizyolojik ve farmakolojik sinerji, hedef kan basıncına daha yüksek ulaşma olasılığı, daha yüksek hasta uyumu sağladığı belirtilip, mümkünse tek bir tablette sabit doz verilmesi tavsiye edildi. Ayrıca tedaviye artık optimal, yani ful dozda başlanması önerilmekte.

Peki, ya diyabetliler?

Diyabetik hastalarda hedef kan basıncında kılavuzlar ara-



Prof. Dr. Hakan Karpuz,
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp
Fakültesi Kardiyoloji AD

sında birlik sağlanamadı. Kan basıncı yüksek normal düzeyde ise, metabolik sendromlu hastalarda bile antihipertansif kullanımının gerekmediği, kilo kaybı ve egzersizin herkes için gerekli ve sanki yeterli gibi olduğu açıklandı.

ESH/ESC hipertansiyon 2013 kılavuzu

ESH/ESC Hipertansiyon 2013 kılavuzu 14-17 Haziran 2013 tarihlerinde Milano'da yapılan Avrupa Hipertansiyon Kongresinde açıklandı ve aynı anda hem Journal of Hypertension hem de European Heart Journal'da yayımlandı.

Yeni kılavuzun getirdiği yenilikler

- Kılavuzda ilk kez tüm veriler tavsiye sınıflamasına (I, II, III) ve verilerin seviyesine göre (A,B,C) derecelendiriliyor.
- Hipertansiyon dünyada ölümlerin en başta gelen risk faktörlerinden birisi ve halen Avrupa'da ve ülkemizde toplumun erişkin nüfusunun % 30-40'ını etkilemekte.
- Yaşam tarzı, hastaların ve doktorların hipertansiyonun varlığından tam olarak haberdar olmaması, tedaviye başlamadaki çekingenlikleri, tedaviye uyumsuzluk ve sağlık sistemindeki aksaklıklar hipertansiyonun bu kadar fazla görülmesindeki başlıca faktörler.
- Hipertansiyonun en önemli noktası tanının konmasıdır. Bunun için kan basıncının herkes tarafından ölçümlerle bilinmesi gerekmektedir. Burada en az iki kez görülen hastada her seferinde iki ölçümle hipertansiyonun doğrulanması gerekmektedir.



Prof. Dr. Çetin Erol,
Ankara Üniv. Tıp. Fak. Kardiyoloji AD.

- Hipertansiyon tanısı alan hastalarda global risk değerlendirilmesinin yapılması gerekmektedir. Hastada aterosklerotik kalp hastalığının diğer risk faktörleri (hiperlipidemi, sigara, diabetes mellitus v.s) aranmalı, hedef organ tutulumunun olup olmadığına bakılmalı ve diğer hastalıklar da sorgulanmalı. (Şekil 1)

• Hipertansiyon tanısında özellikle 'Beyaz yaka hipertansiyonu' ve 'maskeli hipertansiyon'un atlanmaması için 'evde ölçüm' ve 'ambulator kan basıncı' ölçümleri yapılmalı. Bu iki metot ayrıca diğer bazı endikasyonlar için de çok gereklidir.

• Tedavide yaşam tarzı değişikliklerine özel bir önem verilmekte olup tuz kısıtlaması, kilo kontrolü, devamlı uygun egzersiz yapılması, alkol kısıtla-

devamı sayfa 3'te >>

Kapak hastalığında Kalp Ekibi kavramı tanımlandı

Avrupa Kardiyoloji Derneği tarafından yayınlanan Kalp Kapak Hastalıkları kılavuzu 2012 yılında güncellenmiştir. Kılavuzun güncellenmesini gerekli kılan hususların başlıcaları; tanı ve tedavi stratejilerinde karar verici unsur olarak Kalp Ekibi kavramının tanımlanması ve öneminin belirtilmesi, tanı ve risk belirleme konularında yeni yöntemlerin tanıtılması ve perkütan girişimsel tedavisinin uygulamaya girmesidir. Kılavuz, Avrupa Kardiyoloji Derneği ile Avrupa Kalp ve damar Cerrahisi derneklerinin ortak kılavuzu olma özelliği taşıması bakımından da ayrı bir öneme sahiptir. Kalp ekibi klinik, girişimsel ve ekokardiyografi alanlarında uzmanlaşmış kardiyologlar, kalp-damar cerrahisi, anestezi, radyolog, geriatrist ve hastanın eşlik eden hastalıklarına göre diğer branşları da içerebilen geniş bir doktor ekibinden oluşmaktadır. Kılavuzda bazı endikasyonlar ile ilgili karar alırken kalp ekibinin görüşünün mutlaka alınması gerektiği ifade edilmektedir. Özellikle aort kapak darlığı ile ilgili cerrahi mi perkütan tedavi mi kararını vermede hastanın riskini belirlerken EUROSKOR ve STS skorlarının hesaplanması, ancak bu skorlarda yer almayan



Prof. Dr. Aylin Yıldırım,
Başkent Üniv. Ankara Hastanesi

porselen aort, frailite, toraksa uygulanan radyoterapi gibi diğer faktörlerin de göz önünde bulundurulması tavsiye edilmektedir. Kapak darlığı ve yetmezliklerinin görüntülenmesinde ekokardiyografi kuşkusuz en önemli tanı ve izlem aracı olmayı sürdürmektedir, ancak tanı ve takipte kantitatif ölçümler mutlaka alınmalı ve hasta izleminde karşılaştırmalı olarak kullanılmalıdır. Yeni kılavuz kardiyak magnetik rezonans görüntüleme ve bilgisayarlı tomografi anjiyografinin de kapak hastalıkları açısından kullanım alanlarını genişletmiştir. Bütün yeni öneriler kanımca bir yana kılavuzun güncellemesini gerekli kılan en önemli gelişme perkütan kapak tedavisi ile ilgilidir. Aort darlığında transkateter aortik kapak implantasyonu (TAVİ) uygulamasının

endikasyon ve kontrendikasyonları ayrıntılı olarak tanımlanmış ancak karar öncesi mutlaka kalp ekibi görüşünün gerekliliği ifade edilmiştir. Kılavuz TAVİ'yi sadece yüksek cerrahi riski olan hastalar için önermekte olup, düşük ve orta riskli cerrahi hastalarında aort kapak replasmanı halen altın standart olmayı sürdürmektedir. Mitral yetersizliğinde mitral klip uygulaması da kılavuzda daha zayıf bir endikasyonla da olsa (sınıf IIb) yer bulabilmiştir. Ülkemizde de bu uygulamaların başarı ile yapıldığını sevinerek ifade etmek istiyorum. Avrupa Kardiyoloji Derneği Kapak hastalıkları kılavuzunun gerek ana dökümanı gerekse cep kılavuzu Kılavuz Kurulumuz tarafından Türkçeleştirilerek hekimlerimizin kullanımına sunulmuştur.

Dünyada ve Türkiye’de koroner revaskülarizasyon

Perkütan koroner girişim ve minimal invaziv geçtiğimiz yirmi yılda iskemik kalp hastalıklarının tedavisinde kullanılan en önemli tedavi yöntemleri olmuştur.

Bu amaçla; bazı önemli çalışmaların sonuçlarını, OECD ülke istatistiklerini ve Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) verilerinden elde edilen sonuçları karşılaştırmalı olarak görmek değerlendirmeler için yararlı olacaktır.

1990 yılından sonra perkütan koroner girişim, koroner cerrahinin yerini artıran bir şekilde almaya başladı ve 2000-2010 yılları arasında gerek Avrupa ülkelerinde gerekse diğer OECD ülkelerinde perkütan koroner girişim, toplam revaskülarizasyon içerisinde ortalama olarak % 75’i geçerek % 80’e yaklaştı. Bazı ülkelerde ise %85’i geçti. ABD, Almanya, Avusturya, Belçika, İspanya ve İsviçre gibi ülkelerdeki perkütan koroner girişim oranları dikkat çekicidir.

Yakın zamana kadar Türkiye’de revaskülarizasyon oranlarına ait sağlıklı bir sayısal veritabanı bulunmamaktaydı. Fakat SGK’nın kurulmasından sonra kuruma ait Medulla veritabanı ile veri toplamak ve elde edilen verileri analiz etmek mümkün olabildi. 2009-2011 yıllarına ait SGK verileri ile revaskülarizasyon ve bunlara ait maliyet oranlarının analizi yapılmıştır. Bu alanda yapılan bu ilk analiz, mevcut durum ile ilgili sayısal ve mali açıdan fikir vermekte. Aynı zamanda, Türkiye’de “koroner revaskülarizasyon” oranları ile ilgili daha sağlıklı bilgi edinmenin

yanı sıra diğer ülkelerle karşılaştırma olanağını da sağlıyor.

Dünyada revaskülarizasyon

Perkütan Koroner Girişim (PKG) ve Koroner Arter Baypas Cerrahisi (KABC) koroner arter hastalığı tedavisinde en sık kullanılan tedavi yöntemleri. Yeni revaskülarizasyon teknolojilerinin, çalışmalarından elde edilen yeni sonuçlar, güncelleştirilen klavuzların koroner revaskülarizasyonun seçenekleri ve hacimlerini nasıl etkilediği bilinmemekte. Geçtiğimiz on yılda koroner revaskülarizasyonda ilaç salınlı stent (İSS), minimal invaziv koroner cerrahi ve pompa kullanılmaksızın (off-pump) yapılan cerrahi gibi yeni yöntemler geliştirilmiştir.

2011 ve 2012 yılları OECD sağlık istatistiklerine bakıldığında 2009-2010 yılı itibarı ile yüzbin popülasyona düşen yaklaşık perkütan işlem sayısı bakımından bakıldığında OECD ortalaması 2009’da 188 iken, 2010’da bu ortalama 191 olarak gerçekleşmiş. Almanya, Belçika, Amerika Birleşik Devletleri, Norveç, Avusturya, Çek Cumhuriyeti, Slovenya, Lüksemburg, İzlanda, İsrail ve Fransa bu ortalamanın üzerinde yer alırken, Danimarka, İngiltere, Yunanistan, İsveç, Polonya, Macaristan, Hollanda, Avusturalya, Finlandiya, İsviçre, İspanya, İtalya, Portekiz, Yeni Zellanda, Kanada, İrlanda, Şili ve Meksika bu ortalamanın altına yer alıyor.

OECD 20 ülkelerinde, 2000-2009 yılları arasında perkütan girişim oranı artarak

toplam revaskülarizasyonun % 75’ine ulaştı.

ABD bu ortalamanın üzerinde % 80-85 aralığında olduğu ve Avrupa ülkelerinden İspanya ve Fransa’nın ise % 85’in üzerinde seyrettiği görülmekte.

2012 yılı OECD sağlık raporunda koroner revaskülarizasyon oranlarının (PKG ve KABC) 2000-2010 yılları arasında ülkelere göre nasıl bir değişim gösterdiği görülmüyor.. AB 13 ülke ortalaması 2010 yılına gelindiğinde % 78 olarak gerçekleşmiş. İspanya % 89, Fransa % 87, İsviçre % 85 PKG oranları ile ortalamanın üzerinde olan ülkeler. Sonuç olarak OECD istatistiklerine bakıldığında 2000-2010 yılları arasında PKG oranlarının kayda değer bir artış gösterdiği söylenebilir.

Türkiye’de revaskülarizasyon

Yapılan çalışma Türkiye’de koroner revaskülarizasyon oranları ile ilgili yapılmış ilk SGK veri analizi olup, 2009-2013 yılları arasına ait verilerin analizini kapsıyor.

Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) tanısal işlem kodları kullanılarak yapılan taramada 2009 yılı anjiyografi sayıları 260.995 adet, 2010 için 335.113 adet, 2011 ilk yarı için 219.472 adet olarak gözlenmektedir.

	2009	2010
revaskülarizasyon işlemi	117.562 adet	149.493 adet
toplam maliyet	282.423.956 TL	332.261.113 TL
perkütan koroner girişimler	% 66,8	% 71,17
koroner baypas cerrahisi	% 33,2	% 28,83

2011 ilk yarı verilerine göre PKG % 74, KABC % 26 olarak gerçekleşti. OECD raporlarında Avrupa ülkeleri için revaskülarizasyon işlem maliyetleri olarak perkütan koroner girişim için ortalama 5900 avro, koroner baypas cerrahisi için 15300 avro olarak verilmekte.

Türkiye’de revaskülarizasyon ödemeleri SUT paket ödemelerine göre yapılmakta olup tek damar cerrahi için 4220,70 TL, 5’den fazla damar cerrahisi için ise 8.798,90 TL ödeme yapılmakta.

Perkütan girişimler için yapılan ödemelere bakıldığında, tek damar anjioplasti+stent uygulaması için 1.029,70 TL, tek başına stent için 839 TL olarak yapılmakta.

İlaç salınlı stentler için uygunluk kriterleri sağlandığı durumlarda ödeme yapılmakta olup paket ödeme 1.474 TL. Revaskülarizasyon işlemleri avro cinsinden ifade edildiğinde (1 Avro: 2.35 TL) -SUT

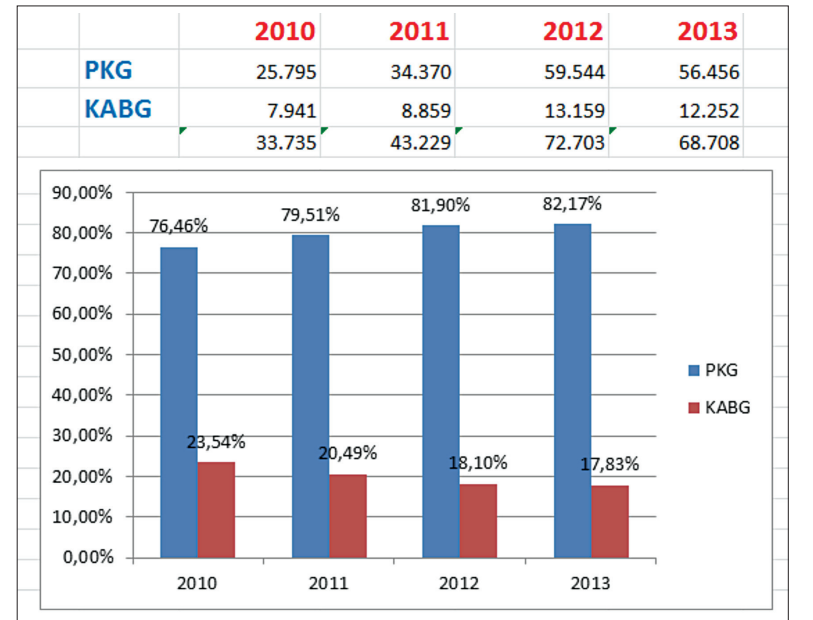


Doç. Dr. Yücel Balbay,
Ankara Yüksek İhtisas Hastanesi

paket ödemeleri ile-tek damar cerrahisi için yapılan ödeme 1259 avro, 5’den fazla damar cerrahisi için yapılan ödeme ise 3.744 avro.

Perkütan girişim için yapılan ödemeler ise tek damar anjioplasti+stent için 438 avro, tek başına stent için 250 avro ödenme yapılmakta. İSS için yapılan ödeme ise 440 avro.

2012-2013 yıllarına ait veriler sadece kamu SGK bazında değerlendirildi. PKG’nın %76’dan % 82’ye yükseldiği görülmüyor. Buna karşılık KABC 2009’da % 24, 2013’de % 18 olarak gözlemlendi.



Girişimsel kardiyolojide yeni uygulamalar

Rostock Üniversitesi’nden Prof. Dr. Gökmen Turan, son on yılda invazif cerrahideki artışa dikkat çekerek şöyle konuştu: “Bu durum kardiyoloji bilim dalında bu alandaki yeni çalışmaları dünyada da üst seviyeye çıkardı. Bu yeni yöntemleri üç bölümde sıralayabiliriz: İlki, antikoagülan tedavide yüksek risk taşıyan hastalarda uygulanan bir müdahaledir. Burada kateter transseptal yolla sol atrium üzerinden yönlendirilerek yerleştirilir ve bu bölge tamamen kapatılarak tromboemboli riski neredeyse ortadan kaldırılır. Kardiyolojide son zamanlarda aktif biçimde uygulanan diğer bir yöntem de; cerrahi müdahale için yüksek risk taşıyan ileri derecede aort sistemi hastalarında yapılan perkütan aort kapağı implantasyonudur (TAVİ). Bu

yöntemde kateter transfemoral yolla sol ventriküle yerleştirilir. Son olarak da; cerrahi müdahalede yüksek risk taşıyan, ileri derecede mitral kapak yetmezliği olan hastalarda mitral klip yöntemi kullanılmakta. Bu yöntemde de kateter sol atrium üzerinden yönlendirilerek, mandal şeklinde olan klipin kapakçıklara implantasyonu sağlanır. Tüm bu yöntemler artık invazif kardiyolojiye yerleşmiş ve rutin olarak uygulanan yöntemlerdir.”

Prof. Dr. Turan, invazif kardiyolojiye girmeye çalışan yeni bir yöntem olan ‘paraşüt tedavisi’ hakkında şu bilgileri verdi: “Kalp krizi sonrasında gelişen kalp yetmezlik ve pompalama gücünün azalması ve miyokardda stres artması sonucu mortalite ve morbidite artmaktadır. Paraşüt tedavisi, daha

önce akut MI geçirmiş hastalarda sol ventrikülün apeks kısmında akinetik veya anevrizmatik bölümü olan hastalarda kullandığımız bir yöntem. Klip yöntemi, transfemoral olarak kateter aracılığıyla klipin apeks bölgesine yerleştirilmesi ile bilinen bir yöntem. Burada amaç, herhangi bir aritmi riski olmadan anevrizmatik kısmı sol ventrikülün normal duvarından ayırmak ve bozulmuş olan sirkülasyonun yönünü düzeltmektir. Böylece sol ventrikülün volümü ve basıncını düşürerek miyokard fonksiyonunda düzelme sağlanır. Paraşüt, sol ventrikül apeksine yerleştirilerek, balonla şişirilip sol ventriküle kenetlenmesi sağlanır. Bu yöntem kardiyologlar tarafından kalp kateteri laboratuvarında yapılmaktadır. Bu yöntem diğerlerine göre daha basit

olup hasta düşük sedasyon altında bir saatlik bir sürede yapılabilir. Bu uygulamada sol ventrikül duvar kalınlığı ve doğru hastanın seçimi çok önemli.”

Hipotermik tedavi

E.Ü. Tıp Fakültesi’nden Dr. Oğuz Yavuz, hipotermi konusunda şunları söyledi: “Aslında ısı ve tıp ilişkisi, soğuk uygulama sonucu hastaların hayatta kalma sürelerinin uzadığı çok eski yıllarda fark edilmiş. Beyin ile ilgili uygulamaların ardından, vücut ısısının düşürülmesinin kardiyak yararları ve mortaliteyi olumlu etkilediği fark edilmiş. Reperfüzyon çalışmaları başta beyin ve kalp olmak üzere diğer bütün organ sistemleri üzerinde çalışmalar yapılmıştır. İskemide sonrasında reperfüzyonun, en-

farkt sahasında belirgin biçimde yararlı olduğu gösterilmiş. Reperküzyon yaparken, hasarın arttığını da görebiliyorsunuz, bu nedenle reperküzyonun yanında kardiyoproteksiyon tedavisi de uygulamak gerekir; bu hastanın miyokardını koruyacak en iyi yöntemdir. Soğutma yöntemleri lokal, bölgesel, sistemiktir (soğuk infüzyonu, eksternal yüzeysel, endovasküler, nazal, peritoneal). Hasta seçiminde; CPR sonrası SKB 90 mm Hg’dan yüksek olanlar, soğutma sırasında komada olan hastalar ve VT/VF’ye bağlı arrest sonrası 6 saat içinde entübe olan hastalar olmasına dikkat edilmelidir. Hipotermi komplikasyonları; titreme, kv yan etkiler (ritim, kan basıncı gibi), enfeksiyon, kanama ve ilaç metabolizması değişiklikleri sayılabilir.”

ESH/ESC hipertansiyon 2013 kılavuzu

► sayfa 1'den devam

Total cardiovascular risk stratification				
Other risk factors (RF), asymptomatic organ damage (OD) or disease	Blood Pressure (mmHg)			
	High normal SBP 130-139 or DBP 85-89	Grade 1 HT SBP 140-159 or DBP 90-99	Grade 2 HT SBP 160-179 or DBP 100-109	Grade 3 HT SBP ≥ 180 or DBP ≥ 110
No other RF		Low risk	Moderate risk	High risk
1-2 RF	Low risk	Moderate risk	Moderate to high risk	High risk
≥ 3 RF	Low to moderate risk	Moderate to high risk	High risk	High risk
OD, CKD stage 3 or diabetes	Moderate to high risk	High risk	High risk	High to very high risk
Symptomatic CVD, CKD stage ≥ 4 or diabetes with OD/RFs	Very high risk	Very high risk	Very high risk	Very high risk

Şekil 1

ması, sigaranın kesilmesi ve diyet tavsiye edilmekte.

• Kılavuzda ilk kez kan basıncı sınırı tek bir rakama indiriliyor. Sistolik kan basıncının 140 mmHg'ın altına indirilmesi hemen tüm hastalar için yeterli sayılmakta. Diastolik kan basıncı için de 90 mmHg'ın altına indirilmesi yeterli olmakta. Sadece diabetik hastalar için bu sınır 85 mmHg'ın altı olarak geçmekte.

• Yüksek normal sınıfındaki hastalar (130-139 mmHg sistolik, 85-90 mmHg diastolik) için yaşam tarzı değişikliği

dışında ne kadar risk faktörü olursa olsun ilaç tedavisi tavsiye edilmemektedir.

• Kan basıncını düşürmekte kullanılan 5 ana sınıftaki ilaçların (diüretikler, beta blokerler, kalsiyum kanal blokerleri, ACE inhibitörleri ve ARB ler) hepsinin aynı özellikte olup uygun hastalarda ilk tercih olarak kullanılabileceği belirtilmektedir. Bu ilaçların içinden ACE inhibitörleri + ARB kombinasyonu ve betablokerler hariç diğerlerinin uygun kombinasyonları tavsiye edilmekte. Kombinasyon tedavisinin yüksek risk-

li hastalarda ve Grade 2 ve 3 hastalarda hemen başlanması istenmektedir. (Şekil 2-3)

• 65 yaşın üstünde, 65-80 yaş arası ve 80 yaşın üstünde sistolik kan basıncının 140-150 mmHg olarak ayarlanması yeterli olmakta. Fit hastalarda ve tolere edenlerde 140 mmHg'ın altına indirilebilir.

• J-curve'un varlığı yeniden hatırlanmaktadır.

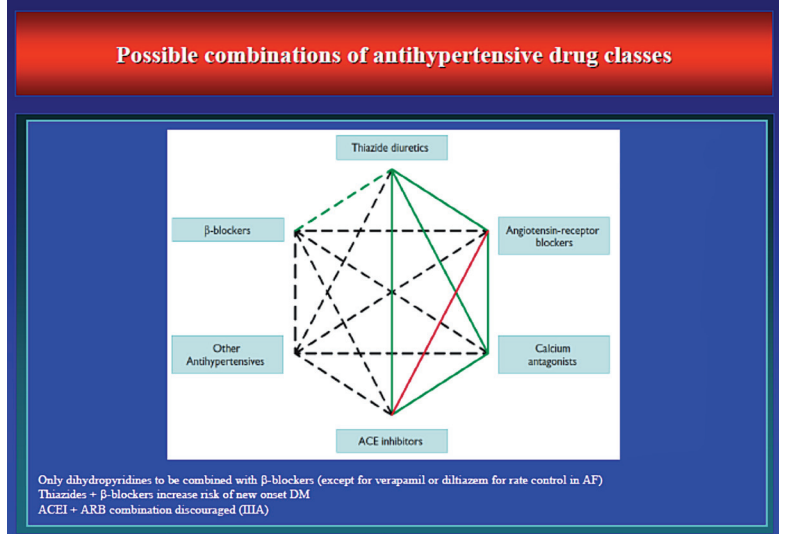
• Dirençli hipertansiyon tarif edilmekte (biri diüretik olmak üzere en az üç ilaçla kontrol edilemeyen hipertansiyon) ve bu hastalara önce düşük doz aldosterone antagonisti ilave edilmesi istenmektedir, bu da başarılı netice vermezse renal denervasyon tavsiye edilmektedir. Ancak bu işlemin henüz araştırma safhasında olduğu, neticelerinin yeterli olmadığı belirtilerek işlemin tecrübeli merkezlerde yapılması istenmektedir.

• Kılavuzda özellikli hastalarla ilgili (kadınlar, metabolik sendrom, obstrüktif sleep apne, serebrovasküler hastalıklar v.s.) yeterli açıklamalar bulunuyor.

• Son olarak da hastaların devamlı ve objektif bir şekilde takiplerinin gerekli olduğu üzerinde duruluyor.

Other risk factors, asymptomatic organ damage or disease	Blood Pressure (mmHg)			
	High normal SBP 130-139 or DBP 85-89	Grade 1 HT SBP 140-159 or DBP 90-99	Grade 2 HT SBP 160-179 or DBP 100-109	Grade 3 HT SBP ≥ 180 or DBP ≥ 110
No other RF	• No BP intervention	• Lifestyle changes for several months • Then add BP drugs targeting <140/90	• Lifestyle changes for several weeks • Then add BP drugs targeting <140/90	• Lifestyle changes • Immediate BP drugs targeting <140/90
1-2 RF	• Lifestyle changes • No BP intervention	• Lifestyle changes for several weeks • Then add BP drugs targeting <140/90	• Lifestyle changes for several weeks • Then add BP drugs targeting <140/90	• Lifestyle changes • Immediate BP drugs targeting <140/90
≥ 3 RF	• Lifestyle changes • No BP intervention	• Lifestyle changes for several weeks • Then add BP drugs targeting <140/90	• Lifestyle changes • BP drugs targeting <140/90	• Lifestyle changes • Immediate BP drugs targeting <140/90
OD, CKD stage 3 or diabetes	• Lifestyle changes • No BP intervention	• Lifestyle changes • BP drugs targeting <140/90	• Lifestyle changes • BP drugs targeting <140/90	• Lifestyle changes • Immediate BP drugs targeting <140/90
Symptomatic CVD, CKD stage ≥ 4 or diabetes with OD/RFs	• Lifestyle changes • No BP intervention	• Lifestyle changes • BP drugs targeting <140/90	• Lifestyle changes • BP drugs targeting <140/90	• Lifestyle changes • Immediate BP drugs targeting <140/90

Şekil 2



Şekil 3

Dirençli hipertansiyon takibinde hekim ve hastanın rolü

Dirençli hipertansiyon hastalarında, gerçek direnci saptamak için öncelikle yalancı dirençten bahsetmek gerektiğini söyleyen, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Abdullah Doğan, “hekimlerin maalesef tansiyon ölçme konusunda bazı hatalar yapabildiklerini” söyledi. Prof. Dr. Doğan, “maalesef biz hekimler tansiyon ölçme konusunda önerilere tam uymayabiliyor ve maalesef hastalarımız geldiği zaman onlara yeterli zaman ayıramayabiliyoruz. Birçok faktörden dolayı, önce hastanın tansiyonunu ölçerek hızlıca muayeneyi sonlandırmak istiyoruz. Halbuki hastanın tansiyonunu

doğru ölçme konusuna öncelik vermemiz gerekiyor” şeklinde konuştu. Bu konudaki önerilerini ise şöyle sıraladı:

“Bazı dirençli olgularda her iki koldan da tansiyon ölçülebilir. Ama normalde de tansiyonu her iki koldan ölçmekte fayda var. Kılavuzda da önerildiği gibi hastaların kan basınçlarını ölçerken hastalara özen gösterilmesi, hastaların dinlendirilmesi ve tek bir ölçüme güvenmeden birden fazla ölçüm yapılması gerekiyor. Hastanın tansiyonu ölçülmeden önce 5 ya da 10 dakika kadar dinlenmiş olması ve tansiyonu ölçülürken düz ve ayakları yere basmış olması da gerekiyor. Aksi takdirde hastanın kan basıncı yüksek olabilir. Ama eğer bu ölçümlere güvenmiyorsak ayrıca holter de takabiliriz. Hastanın mesanesinin dolu olmaması, tansiyon ölçümünden bir saat önce sigara ve kafeinli içecekler tüketmemesi ve hekimin manşonu her hastaya özel olarak ayarlaması da önemli. Tabii tüm bu şartlar altında tansiyon ölçülen odanın sessiz olması da tansiyonun doğru ölçülmesini sağlar.”

Hastaların ilaçlarının düzenli alıp almadığının da hekimler tarafından sorgulanması gereken bir diğer önemli konu olduğunun altını çizen Prof. Dr. Doğan, bu sorgulamayı yaparken de dikkat

edilmesi gerekenler hakkında şu bilgileri verdi: “Öncelikle hastanın ilaçlarını nasıl kullandığı hakkında hastadan, eşinden ya da bir yakınından bilgi almak gerekiyor. Hatta hastanın kullandığı ilaçların kutuları ve tabletleri bile kontrol edilebilir. Bu şekilde hastanın ilaçlarını doğru kullanıp kullanmadığını anlayabilir ve hastanın ilaç uyumunu da değerlendirebiliriz.”

Dirençli hipertansiyonda bir diğer önemli durum, hastaların kullandıkları ilaçlar yanında bitkileri de ilaç olarak kullanma tercihleri. Konuya dikkat çeken Prof. Dr. Abdullah Doğan, “Günümüzde çok yaygın olan ilaç dışı tedavi yöntemlerinde, hastalar hem zayıflama hem de hastalıklarını giderme istekleriyle kendilerine cazip gelen bazı bitkileri ilaç niyetine kullanabiliyor. Bu durum yaygın olduğu için, hekimlerin hastalarını bu açıdan sorgulamaları da dirençli hipertansiyonu kontrol altında tutma da önemli bir yer tutuyor. Yani alternatif tıp olarak hastalara sunulan bazı hizmet ya da ürünleri kullanıp kullanmadığı her hastaya sorulmalıdır.” Bu bağlamda, sarı kantaron ve meyan kökünün bitkisel ilaç olarak halk tarafından oldukça sık kullanıldığını ifade eden Prof. Dr. Abdullah Doğan sözlerine

şöyle devam ediyor:

“Özellikle sarı kantaron hem vücut direncini artırmak, hem de zayıflamak için kullanılan bir bitkisel madde. Fakat sarı kantaron, kan basıncının kontrolünü zorlaştırıyor ve dirençli hipertansiyona neden oluyor. Meyan kökü de kan basıncının kontrolünü güçleştiren bir diğer bitkisel madde. Bitkisel ilaçlar dışında, hastanın kullandığı bazı antidepresan ilaçlar ve ağrı kesiciler de kan basıncının kontrolünü güçleştiriyor. Bu nedenle hipertansiyon ilaçları ile beraber alınan ilaçların doktor tarafından mutlaka sorgulanması gerekiyor.”

Dirençli hipertansiyon hastalarının cinsiyet ve yaş grubuna göre ihmal ettiği noktalar ise şöyle:

“Yüksek tansiyon kişi de direkt olarak bir soruna yol açmadığı için uzun vadede bu ilaçları aldım ama bir değişiklik hissetmedim düşüncesiyle hastalar ilaçlarını bırakabiliyor ya da aksatabiliyorlar. Baş ağrısı için alınan bir ilaç, hastanın baş ağrısını hızla geçirmediği için aynı etkinin hipertansiyon ilaçlarında da olmasını bekliyor. Hasta, kısa vadede yarar görmediği için ilacı bırakabiliyor, ilaca etkisiz etiketi yedirebiliyor. Fakat hipertansiyon ilaçları uzun vadede etkisini ve yararını gösterdiği

için hastalara ilacın bu yönünü de anlatmak gerekiyor. Çünkü uzun vadede hipertansiyon ilaçlarını düzenli kullanmak iç organ hasarını önüyor. Ağır olarak kadın hastalarda kilo problemi olduğu için ilaca uyum gösterme durumu bu hastalar açısından en büyük problem olarak kendini gösteriyor. Yaşlı hastalarda yaşadığımız temel sorunların başında ise hastaların ilaçlarını almalarını unutuyor olmaları. Genç erkekler ise, ilaçlarını kullanmak ve düzenli kullanmak konusunda yeterince hassasiyet göstermiyorlar. Tabii tüm bu durumlar hekimin de hipertansiyon tedavisi yönetimini maalesef isteksiz yapabiliyor.”

Hekime bağlı etkenler yanında hastaya bağlı etkenlerin de önemli bir yeri var. Prof. Dr. Abdullah Doğan konuyla ilgili önerileri şöyle:

“İyi bir hipertansiyon kontrolü için hastanın yanında, hastanın eşi ve diğer yakınlarını da doğru ve zamanında ilaç kullanımı konusunda bilgilendirmek ve eğitmek vermek gerekiyor. Eğer hastalar tam olarak bilgilendirilirse tansiyon kontrolü daha iyi olacaktır. Unutulmamalıdır ki, düzenli ve doğru ilaç kullanımının yararını hastaların uzun vadede görebileceği mesajı hastalara verilmelidir”



Türkiye’de Stent for Life: 2013

Bezmialem Üniversitesi Kardiyoloji AD öğretim üyesi ve Stent for Life “steering” komitesi üyesi Dr. Aylin Hatice Yamaç, Türkiye koordinatörlüğünü Prof. Dr. Ömer Kozan ve Prof. Dr. Ömer Göktekin’in yaptığı Stent for Life girişiminin Türkiye ayağıyla ilgili bilgileri verdi. Dr. Aylin Hatice Yamaç primer PCI’nın (PPCI) STEMI’de dünyada tercih edilen tedavi olduğunu, ancak dünyanın birçok yerinde hastaların semptom başlangıcın-

dan sonraki ilk 2 saatte işleme giremediklerini ve bu bölgelerde hala büyük oranda trombolitik tedavi uygulandığını söyledi. Dr. Aylin Hatice Yamaç primer, dünyada PPCI ile tedavi edilen STEMI’li hastalarda reperfüzyon süresindeki zamanın mortalitede artış ile ilişkili olduğuna dikkat çekti ve SFL’nin amacının PPCI uygulanan hasta sayısını artırmak kadar gecikmeleri de azaltmak olduğunu ekledi. SFL kapsamında Türkiye’de yapılanlar

hakkında bilgi veren Dr. Aylin Hatice Yamaç, ülke çapında bir ağ kurulabilmesi amacıyla Türkiye’de PPCI yapılabilecek hastanelerin, doktorların ve genel program özelliklerinin belirlendiğini söyledi. SFL’nin ülkede bir lokomotif görevi üstlendiğini söyleyen Dr. Aylin Hatice Yamaç, kalp krizi geçiren hastaların tedavi ve takiplerinde rol alan birimlerin ortak çalışmasının hedeflendiğini ifade etti ve bölgelerin altyapı kriterlerine göre



Dr. Aylin Hatice Yamaç, Bezmialem Üniversitesi Kardiyoloji AD öğretim üyesi ve Stent for Life “steering” komitesi üyesi

Primer PCI yapabilecek hastanelerin tanımı

Hastane altyapı özellikleri:

- PPCI bu hastanelerde 7/24 yapılabilmesi.
- PPCI en kısa sürede yapılabilmesi. Amaç: Kapı-balon zamanını STEMI hastalarının (başka merkezlerden transfer edilen hastalar hariç) %75’inde 90 dk’nın altında tutulmalı.
- Hastane STEMI hastalarında, özellikle komplikasyon gelişmişse yaşam destek verilebilmesi için en az koroner yoğun bakım ünitesi niteliğinde yoğun bakım ünitesi olmalı.
- STEMI hastalarını karşılayan birimlerin (acil doktoru, kardiyolog, hemşire, teknisyen) belli aralıklarla eğitilmeli.
- Kardiyovasküler cerrahisi olmayan hastanelerin acil bypass imkanı sağlayan bir birimle acil transfer için yazılı bir anlaşması olmalı.

Doktorların özellikleri

- İnvazif çalışan bir kardiyologun senede en

az 11 PPCI yapması, toplamda 75 PCI yapmış olması gerekiyor.

- Hastane içerisinde 24 saat invazif çalışabilen bir kardiyolog, bir kateter laboratuvarı hemşiresi ve teknisyeninin bulunması şart koşulmalı.

Genel program özellikleri:

- PPCI yapabilecek merkezlerde yılda en az 36 PPCI, toplamda 400 PPCI işleminin gerçekleşmesi gerekiyor.
- Her hastanenin son ESC kılavuzuna göre bir STEMI’ye yaklaşım protokolü olması gerekiyor.
- Her STEMI hastasının verileri bir veri bankasında toplanmalı, mortalite analizi yapılabilmesi.
- Yukarıdaki özelliklere sahip bir PCI merkezinin bütün STEMI hastalarını istisnasız kabul etmesi gerekir.

lokal ağlar oluşturulmasını ilk ana hedefleri olarak bildirdi. Dr. Aylin Hatice Yamaç ikinci ana hedefi sistemi aktive etmek olarak tanımladı ve STEMI geçiren hastaların bir an önce PPCI’ya ulaşabilmeleri için semptomlarına aşına olmalarının ve sahada da STEMI tanısının bir an önce konulmasının sağlanması, bu amaçla saha çalışmalarının yürütülmesi gerektiğinin altını çizdi. Dr. Aylin Hatice Yamaç üçüncü ana hedefi ise, sistem içinde yer alan bütün birimlerin eğitilmesi ve sonrasında performans takibini yapabilmek ve geribeslemeyi sağlamak için bir veribankasının oluşturulması olarak açıkladı.

Hastanın hastaneye erişiminden önceki sürede sahada

neler yapılması gerektiği konusunda da bilgi veren Dr. Aylin Hatice Yamaç, “zaman kas demektir” sözünü vurgulayarak erken müdahale için fibrinolitik tedavide tenekteplaz tedavisi uygulanması gerektiğini, ek ilaç olarak da asetilsalisilik asit ve klopidoğrel verildiğini söyledi. Dr. Aylin Hatice Yamaç sahada fibrinolitik tedavi uygulamak üzere yardımcı sağlık personelinin eğitilmesi gerektiğini söyledi. Ancak Türkiye’de mevzuatın buna izin verip vermeyeceği tartışmalı. Dr. Aylin Hatice Yamaç hastaneye 30 dakikadan önce erişmek mümkünse, trombolizin ertelenebileceğini, aksi takdirde ambulansla trombolizin uygulanması gerektiğini ifade etti.

Türkiye’deki yaşlı nüfus ve palyatif bakım



Prof. Dr. Mehdi Zoghi, Ege Üniversitesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Kongre’de dikkat çeken konulardan biri de Ege Üniversitesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Mehdi Zoghi’nin yaptığı “End of life” sunumu oldu. Sunuma Türkiye’deki yaşlı nüfus ve gelecekte beklenen verileri paylaşarak başlayan Prof. Dr. Zoghi, “2012 yılında yaşlı nüfus olarak tabir edilen 65 yaş ve üzerindeki nüfusun 5,7 milyon kişi (nüfusa oranı % 7,5), 2023 yılına gelindiğindeyse yaşlı nüfusun 8,6 milyon kişiye ulaşacağını ve Türkiye’de bu oranın %10,2’ye yaklaşacağını belirtirken, 2023 yılında Sinop başta olmak üzere, Çorum, Giresun, Kastamonu ve Zonguldak’ın da ortanca

yaşı en yüksek iller olacağını” bildirdi.

Yaşlı nüfus Türkiye’de bu şekilde artarken yaşlıların son dönem bakımının da önemini arttığını ifade eden Prof. Dr. Zoghi HOSPİS kavramı, önemi ve işlevi hakkında bilgi verdi. Konuyla ilgili bilgilendirme yapan Prof. Dr. Mehdi Zoghi, “yaşamın sonlarına doğru, hastalığın her döneminde hasta ve yakınlarına verilen desteğin yanında, kürrü mümkün olmayacak hasta ve hasta yakınlarına, onların konforu için verilen palyatif destek olarak tanımlanan HOSPİS’in, aktif ötenazi ve ölüme yardım etmenin her türlüşüne uzak duran bir yapılanma” olduğunun altını çizerek sözlerini şöyle sürdürdü:

“Son dönem bakımı, palyatif bakım anlayışı eşliğinde hastadaki rahatsız edici semptomların kontrol edildiği ve yaşam kalitesinin mümkün olan en iyi seviyede tutularak bireylere yaşamlarının son dönemlerini geçirmeleri için kurumsal bünye içinde sunulan bir sağlık hizmetidir.”

“End of life” döneminde hekimlerin yaklaşımında da bahseden Prof. Dr. Zoghi, “hekimlerin genellikle hastay-

la ölümü konuşmaktan çekinmekte olduklarını belirtirken, bu durumun klinisyenlerin başarısızlığı olarak görünmesinden endişe duyduklarını vurgulayarak” şöyle devam etti:

“Hekimler bu durumlarda hastanın yaşam ile bağı koparmak ve onu ümitsizliğe sürüklemek gibi bir endişeleri olduğunu belirtiyorlar. Ancak hekim hastayla bu konuyu açık olarak paylaşılmadığında bakıma ihtiyacı olan hastaların ayırımı ve planlanması olanak dışı olacaktır.”

Son dönem hasta bakımının sadece doktorun sorumluluğunda olmadığını da vurgu yapan, Prof. Dr. Mehdi Zoghi, “bu sorumluluğu, hekim, hemşire, sosyal hizmet, uzmanı, psikolog, fizyoterapist, diyetisyen, din adamları ve gönüllülerden oluşan bir interdisipliner bir takımın paylaşması gerekliliğinden bahsederken, hastanın ailesinin de tüm bakım ve tedavi aşamalarında yer alması ve bilgi sahibi olması önemli” açıklamasını yaparak şu mesajı verdi:

“Asıl amaç ne ölümü hızlandırmak ve ne de geliştirmektir. Bireyin yaşamına yıllar eklemek değil, yıllarına yaşam eklemektir.”

Tüm bu gerekliliklerin sonucu olarak “terminal döneme giren hastaların yaşam kalitesinin olası en yüksek düzeyde tutulmasının ve semptomatik tedavinin de önemli olduğuna” dikkat çeken Prof. Dr. Zoghi bu kapsamda hekimin tedavi sürecinde dikkat etmesi gereken temel şeyler ise şöyle sıraladı:

“Ağrı/semptom tedavisi, gereksiz tetkik ve ızdırap verici işlemlerden kaçınmak, ızdırapların kontrol altına alınması, sıkıntıları hafifletmek, sevenlere destek olmak.”

Peki ölüm gerçekleşikten sonraki yas sürecinde ölen hastanın hekimine düşen başka görevler var mı? Bu konudaki olması gereken ideal yaklaşımdan da bahseden Prof. Dr. Mehdi Zoghi sözlerini şöyle sonlandırdı:

“Aslında arzu edilen hekimin yaşamın sonlanmasından sonraki yas sürecinde de hasta yakınlarını desteklemesidir. Zaten modern palyatif bakım anlayışına göre yalnızca hasta-ya odaklanılmaz.”

Sözlü Bildiriler

Yeni epidemiyolojik çalışmalardan neler öğrendik?

İ.Ü. Deneyisel Tıp Araştırma Ens. Arş. Gör. Neslihan Çoban’ın sunduğu sözlü bildirisi: Türkiye genelinde 1990 yılından bu yana yürütülen Türk erişkinlerinde kalp hastalıkları ve risk faktörleri (TEKHARF) adlı çalışmanın 2004-2010 yılı arasındaki taramalarına katılan yaklaşık 2500 kişinin DNA bankası oluşturuldu. Bu DNA bankası kullanılarak Lipoprotein (a) düzeyini belirleyen genetik bir varyant TEKHARF Kohort’unda tarandı. Bu genetik varyantın özellikle Lipoprotein (a) düzeylerini artırarak kardiyovasküler hastalık açısından risk faktörü olarak öngörüldüğü bildirildi. Dünyadaki çalışmalarla da benzerlik gösteren bu çalışmaya göre; kardiyovasküler hastalık için önemli bir lokus olan “LPA” geninin Türk toplumu için önemi de ilk defa gösterilmiş oldu.