

# ACC-AHA Dislipidemi Tedavi Kılavuzu Günlük Klinik Pratiğimizi Değiştirecek mi?

Dr. Zehra Erkal  
Dr. Nermin Bayar

## ACC-AHA Dislipidemi Tedavi Kılavuzu Günlük Klinik Pratiğimizi Değiştirecek mi?

Dr. Zehra Erkal  
Dr. Nermin Bayar

### Giriş

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH), dünya genelinde morbidite ve mortalitenin başlıca nedenlerinden biri olmaya devam etmektedir. Dislipidemi ise aterosklerotik kardiyovasküler hastalıkların (ASKH) gelişiminde en önemli modifiye edilebilir risk faktörlerinden biridir. Bu nedenle, lipid yönetimine yönelik güncel kılavuzlar klinik pratiğin şekillenmesinde belirleyici rol oynamaktadır. 2026 yılı Mart ayında yayımlanan Amerikan Kardiyoloji Koleji (ACC) ve Amerikan Kalp Derneği (AHA) ortak dislipidemi kılavuzu, risk değerlendirmesi, tanısal yöntemler ve tedavi stratejileri açısından önemli güncellemeler içermektedir.

### LDL-K Hesaplama Yöntemlerinde Güncelleme

Düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterol (LDL-K), kardiyovasküler risk değerlendirmesinin temel biyobelirteçlerinden biridir. Uzun yıllardır kullanılan Friedewald formülü, pratikliği nedeniyle yaygın olarak tercih edilmekle birlikte, özellikle trigliserid düzeylerinin yüksek olduğu (>200 mg/dL) ve LDL-K seviyelerinin düşük olduğu durumlarda doğruluk oranları düşmekteydi.

ACC 2026 kılavuzu, bu sınırlılıkları aşmak amacıyla Martin-Hopkins ve Sampson-NIH denklemlerinin kullanımını önermektedir. Bu yöntemler, trigliserid/çok düşük yoğunluklu lipoprotein (VLDL) oranını sabit kabul etmek yerine bireysel varyasyonları dikkate alan algoritmalar kullanmaktadır. Böylece özellikle, düşük LDL-K hedeflerinin söz konusu olduğu yüksek riskli hastalarda, hipertrigliseridemini eşlik ettiği durumlarda, tedavi yanıtının hassas şekilde izlenmesi gereken olgularda daha doğru ölçüm sağlanmaktadır. Bu değişiklik, yanlış düşük ya da yüksek LDL-K tahminine bağlı tedavi hatalarının önüne geçilmesi açısından klinik olarak önemli olacaktır.

### Yeni Risk Değerlendirme Paradigması: PREVENT Modeli

Kılavuzun en dikkat çekici yeniliklerinden biri, kardiyovasküler risk hesaplamasında PREVENT (Predicting Risk of Cardiovascular Events) modelinin önerilmesidir. Bu model, 30–79 yaş aralığında, LDL-K düzeyi 70-189 mg/dL olan ve klinik ASKH öyküsü bulunmayan bireylerde kullanılmak üzere geliştirilmiştir.

PREVENT modelinin hem 10 yıllık hem de 30 yıllık risk tahmini yapabilmesi, geleneksel risk faktörlerine ek olarak metabolik ve klinik parametreleri daha geniş kapsamda değerlendirmesi ve ırk temelli değişkenleri dışlaması en önemli farklılıklarındandır.

Bu modelin klinik pratiğe yansması ile özellikle genç ve orta yaş grubunda uzun dönem risk daha iyi anlaşılacak ve erken müdahale stratejileri geliştirilecektir.

### Yaşam Boyu Risk Yaklaşımının Önemi

Önceki kılavuzlar ağırlıklı olarak 10 yıllık kardiyovasküler riske odaklanırken, ACC 2026 kılavuzu yaşam boyu risk kavramını daha güçlü şekilde vurgulamaktadır. Özellikle 30–59 yaş aralığındaki bireylerde 30 yıllık risk hesaplamasının yapılması, subklinik aterosklerozun erken dönemde tanımlanmasına ve önleyici tedbirlerin zamanında uygulanmasına olanak tanıyacaktır.

### Risk Sınıflandırması ve Klinik Karar Süreçleri

PREVENT modeline göre bireyler dört ana risk kategorisine ayrılmaktadır:

- Düşük risk
- Sınırdaki (borderline) risk
- Orta (intermediate) risk
- Yüksek risk
- Çok Yüksek Risk:** son 12 ayda AKS, geçirilmiş MI, iskemik inme, semptomatik PAH) VEYA 1 major olay + birden fazla yüksek riskli koşul

Bu sınıflandırma, tedavi stratejisinin belirlenmesinde temel bir çerçeve sunmakla birlikte, özellikle sınırdaki ve orta risk

grubunda klinik belirsizlikler devam etmektedir. Kılavuz, bu durumlarda ek risk belirleyicilerin değerlendirilmesini önermektedir.

## Ek Risk Belirleyiciler ve Görüntüleme Yöntemleri

Kantitatif risk skorlarının ötesine geçilmesi, kılavuzun önemli vurgularından biridir. Bu kapsamda aşağıdaki faktörlerin değerlendirilmesi önerilmektedir:

- Ailede erken yaşta kardiyovasküler hastalık öyküsü
- Metabolik sendrom bileşenleri
- Kronik inflamatuvar hastalıklar
- Kronik böbrek hastalığı
- Yaşam tarzı faktörleri (sigara, sedanter yaşam, beslenme alışkanlıkları)

Buna ek olarak, özellikle risk sınıflandırmasının net olmadığı bireylerde koroner arter kalsiyum (CAC) skoru önemli bir tamamlayıcı araç olarak öne çıkmaktadır. CAC skoru, subklinik aterosklerozun doğrudan göstergesi olması ve risk yeniden sınıflandırmasında yüksek doğruluk sağlaması nedeniyle klinik karar süreçlerinde giderek daha fazla yer bulacaktır.

Bu yeni kılavuz rezidüel risk kavramını çok önemsemektedir. Bu nedenle apolipoprotein B, lipoprotein(a) gibi biyobelirteçlerin çok yaygın kullanılmasını ve tedaviye başlamakta yol gösterici olarak değerlendirilmesini vurgulamaktadır.

Erken menopoz ve menarş, preeklampsi, gestasyonel diyabet, prematüre doğum gibi reproduktif risk faktörleri de bu kılavuzda ayrıca vurgulanmıştır. Hastalar bu risk belirleyicilerinin varlığı açısından sorgulanmalı ve değerlendirilmelidir. Tüm bu yeni öneriler ile birlikte daha detaylı ve kapsamlı olarak risk değerlendirilmesi yapılması gerekecektir.

## Statin Tedavisinde Güncellemeler ve Yeni Yaklaşım

Statinler, LDL-K düşürmede birinci basamak tedavi olmaya devam etmektedir. Ancak yeni kılavuz, "tek tip yaklaşım" yerine risk temelli ve bireyselleştirilmiş statin stratejisini daha güçlü şekilde vurgulamaktadır.

Öne çıkan yenilikler şunlardır: Önceki kılavuzlarda belirgin olan "yüksek/orta yoğunluk" sınıflaması korunmakla birlikte, tedavi seçiminde yalnızca risk kategorisi değil, hastanın toplam klinik profili dikkate alınmalıdır. Yüksek riskli bireylerde  $\geq 50$  LDL-K düşüşü hedefi korunmakta, ancak mutlak hedefler ile birlikte değerlendirilmesi önerilmektedir. Özellikle yüksek ve çok yüksek riskli bireylerde statin tedavisinin geciktirilmeden başlanması ve gerektiğinde hızlı şekilde kombinasyon tedavisine geçilmesi önerilmektedir. Statin intoleransı kavramı daha net tanımlanmış; doz azaltma, alternatif statin kullanımı veya aralıklı dozlama gibi stratejiler daha sistematik şekilde ele alınmıştır.

## Non-Statın Tedavilerde Genişleyen Rol

Yeni kılavuzda non-statin tedavilerin rolü belirgin şekilde genişletilmiştir. Özellikle hedef LDL-K düzeylerine ulaşılamayan veya statin intoleransı bulunan hastalarda bu ajanların ile erken dönemde tedaviye eklenmesi önerilmektedir.

- Ezetimib: Statin tedavisine ek olarak ilk tercih edilen non-statin ajan olmaya devam etmektedir. Özellikle orta düzey ek LDL-K düşüşü gereken hastalarda önerilmektedir.
- PCSK9 inhibitörleri (alirokumab, evolokumab): Çok yüksek riskli hastalarda ve özellikle sekonder korunmada daha erken basamakta kullanımı önerilmektedir. LDL-K düzeylerinde dramatik düşüş sağlamaları nedeniyle hedefe ulaşmada kritik rol oynamaktadır.
- Inclisiran: Küçük interferans RNA (siRNA) temelli bu ajan, yılda iki kez uygulanması sayesinde tedavi uyumunu artırma potansiyeline sahiptir. Kılavuzda özellikle uyum sorunu olan hastalarda önemli bir alternatif olarak öne çıkmaktadır.
- Bempedoik asit: Statin intoleransı olan bireylerde veya statin dozunun artırılmadığı durumlarda alternatif bir seçenek olarak önerilmektedir.

Bu yaklaşım, "statin sonrası basamak tedavisi" anlayışından, erken kombinasyon tedavisi stratejisine geçişi yansıtmaktadır.

## Kombinasyon Tedavisine Erken Geçiş

Kılavuzun önemli önerilerinden biri de yüksek riskli hastalarda tedavi yoğunlaştırılmasının geciktirilmemesidir. Buna göre statin tedavisi ile hedefe ulaşılmıyorsa beklemek yerine erken dönemde ezetimib eklenmesi, yetersiz yanıt durumunda PCSK9 inhibitörlerine hızlı geçiş, uygun hastalarda başlangıçtan itibaren kombinasyon tedavisinin düşünülmesi önerilmektedir.

Bu yaklaşım, özellikle sekonder korunmada olay tekrarını azaltmaya yönelik daha agresif bir stratejiyi temsil etmektedir.

## Özel Hasta Gruplarına Yaklaşım

Çocuklar ve Adolesanlar ( $\leq 18$  Yaş)

- **Tarama:** Aile öyküsü olan çocuklarda lipid taraması **2 yaşından itibaren** (kaskad tarama) yapılabilir; diğer çocuklarda ise **9-11 yaşları arasında** evrensel tarama önerilir.

- **Tedavi:** Yaşam tarzı değişikliğine yanıt vermeyen, LDL-K düzeyi  $\geq 160$  mg/dL olan ve ailesel hiperkolesterolemi (FH) ile uyumlu klinik tablosu bulunan  $\geq 8$  yaşındaki çocuklarda statin tedavisine başlanması önerilir.
- **Genetik Test:** Tanıyı doğrulamak ve aile taramasını kolaylaştırmak için panel tabanlı genetik testler yararlı olabilir

### 1. Diyabet Hastaları

Diyabet, kardiyovasküler risk açısından eşdeğer kabul edilen bir durum olmaya devam etmektedir. Yeni kılavuz orta ve yüksek riskli tüm diyabet hastalarında statin tedavisini önermekte, ek risk faktörleri varlığında erken kombinasyon tedavisini desteklemektedir.

### 2. Yaşlı Hastalar (>75 yaş)

Yaşlı bireylerde tedavi kararları daha bireyselleştirilmiş şekilde ele alınmaktadır. Yaşam beklentisi, komorbiditeler, polifarmasi riski gibi faktörler dikkate alınarak tedavi planlanması önerilmektedir.

### 3. Genç Bireyler

Özellikle 30–59 yaş aralığında, uzun dönem (30 yıllık) risk değerlendirmesi, aile öyküsü ve genetik yatkınlık ön planda değerlendirilmekte ve erken müdahale teşvik edilmektedir.

### 4. Kronik Böbrek Hastalığı

Bu hastalarda kardiyovasküler risk yüksek olduğundan statin-ezetimib kombinasyonu ve daha yakın takip önerilmektedir.

**Kanser Hastaları:** Beklenen yaşam süresi en az 2 yıl olan kanser sağkalanları, kanser öyküsü olmayanlar gibi tedavi edilmelidir. Statlerin antrasiklin kaynaklı kardiyotoksisiteyi önleyebileceğine dair veriler mevcuttur

### 5. Ciddi Hiperlipidemisi Olan Hastalar (LDL >190 mg/dL)

Yeni kılavuz, bu hastalarda PREVENT metodu ile risk tahmini yapılmamasını, hastaların ayrı bir risk katmanı olarak değerlendirilmesini önermektedir. Ateroskleroz varlığına ve genetik inceleme sonuçlarına göre farklı LDL hedefleri ve tedavi seçenekleri sunmaktadır.

### Sonuç

Evet, ACC 2026 dislipidemi kılavuzu güncel pratiğimizde değişikliklere sebep olacaktır. Yeni LDL hesaplama formülleriyle yanlış hesaplamaların önüne geçilecektir. PREVENT risk tahmin modeli ile hem 10 yıllık hem de 30 yıllık ASKH gelişme riski hesaplanarak, uzun dönem risk göz önüne alınarak tedaviye erken başlamaya yönelik adımlar atılacaktır. Risk belirleyici faktörlerin bireysel olarak değerlendirilmesiyle hastaların risk sınıflandırılmasına ek katkı sağlanacaktır. Lipid yönetiminde yalnızca hedef değerleri değil, aynı zamanda tedavi stratejilerinin zamanlamasını ve bireyselleştirilmesini ön plana çıkaran öneriler ile statin tedavisinin temel rolü korunurken, non-statin ajanların daha erken ve etkin kullanımı günlük pratiğimize yansıtacaktır. Özel hasta gruplarına yönelik detaylı öneriler ise klinik karar verme sürecini daha hassas ve hasta odaklı hâle getirecektir.

Referans: American College of Cardiology. (2026). *ACC Expert Consensus Decision Pathway on dyslipidemia management*. Journal of the American College of Cardiology.