

Dislipidemi Yönetiminde Yeni Dönem: 2025 ESC ve 2026 ACC Dislipidemi Kılavuzlarının Temel Farklılıkları ve Karşılaştırmalı Değerlendirmesi

Dr. Zafer Yalım

Dislipidemi Yönetiminde Yeni Dönem: 2025 ESC ve 2026 ACC Dislipidemi Kılavuzlarının Temel Farklılıkları ve Karşılaştırmalı Değerlendirmesi

Dr. Zafer Yalım

Giriş

Avrupa Kardiyoloji Cemiyeti/Avrupa Ateroskleroz Cemiyeti (ESC/EAS 2025) ve Amerikan Kardiyoloji Koleji/Amerikan Kalp Cemiyeti (ACC/AHA 2026) tarafından dislipidemi yönetimi kılavuzlarında yapılan son güncellemeler, kardiyovasküler risk azaltımındaki gelişen kanıtları yansıtmaktadır (1,2). Her iki kılavuz da düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterolü (LDL-K) aterosklerozda nedensel bir faktör olarak kabul etse de; risk değerlendirme stratejileri, tedavi hedefleri ve terapötik karar verme süreçlerinde önemli ölçüde farklılık göstermektedir. ESC/EAS kılavuzları, tahmini kardiyovasküler riske dayalı sabit hedeflerle agresif LDL-K düşürülmesini vurgularken; ACC/AHA kılavuzları, ortak karar verme sürecini içeren, daha bireyselleştirilmiş ve risk temelli bir yaklaşımı benimsemektedir. Bu derleme, her iki çerçeveye dair kapsamlı bir karşılaştırma sunmakta, önemli klinik çalışmalardan elde edilen kanıtları entegre etmekte ve klinik uygulama üzerindeki yansımalarını vurgulamaktadır.

Kardiyovasküler hastalıkların (KVH) önlenmesinde dislipidemi yönetimi, son yıllarda yayımlanan büyük klinik çalışmalarla köklü değişimlere uğramıştır. Avrupa (ESC/EAS 2025) ve Amerika (ACC/AHA 2026) kılavuzları, "daha düşük, daha erken, daha iyi" felsefesinde birleşede, risk değerlendirme araçları ve bazı spesifik tedavi algoritmalarında farklılıklar göstermektedir.

Risk Değerlendirme Modelleri ve Kategorizasyon

Kılavuzlar arasındaki en belirgin fark, bireyin 10 yıllık kardiyovasküler riskini hesaplamak için kullandıkları skorlamalardır.

- ACC/AHA 2026:** Eski "Pooled Cohort Equations" (PCE) yerine, daha güncel ve hassas olan **PREVENT-ASCVD** denklemlerini önermektedir. Bu model 30-79 yaş arasını kapsar ve sadece 10 yıllık değil, 30 yıllık (yaşam boyu) risk tahminine de olanak tanır.
- ESC 2025:** Bilinen KVH'si olmayan bireylerde **SCORE2** (40-69 yaş) ve **SCORE2-OP** (70-89 yaş) algoritmalarını kullanmaya devam etmektedir. Bu modeller Avrupa'daki dört farklı risk bölgesine göre kalibre edilmiştir.

Tablo 1: Risk Kategorilerinin Karşılaştırılması

Özellik	2026 ACC/AHA Yaklaşımı	2025 ESC Yaklaşımı
Ana Risk Aracı	PREVENT-ASCVD	SCORE2 / SCORE2-OP
Düşük Risk	<%3	<%2
Sınırdaki Risk	%3 - %5	-
Orta Risk	%5 - %10	%2 - %10
Yüksek Risk	%10	%10 - %20
Çok Yüksek Risk	Klinik ASCVD varlığı veya spesifik durumlar	Klinik ASCVD varlığı veya >%20

Extreme Risk	-	Maximum tolere edilebilen statin based tedaviye rağmen tekrarlayan vasküler olay
---------------------	---	--

Tedavi Hedefleri ve LDL-K Kolesterol

Genel yaklaşıma bakıldığında son yıllarda hasta yönetimini değiştirebilecek birçok randomize kontrollü çalışma sonuçları doğrultusunda her iki kılavuz da "LDL-K ne kadar düşükse o kadar iyidir" prensibini benimsemiştir. Her iki kılavuz da LDL-K yerine **Non-HDL-K** değeri özellikle trigliserid düzeyi >150 mg/dL olan, diyabeti bulunan veya CKM (Kardiyovasküler-Böbrek-Metabolik) sendromu olan bireylerde **apoB içeren tüm aterosjenik partiküllerin** toplam yükünü yansıttığı için LDL-K'ye güçlü bir alternatif veya tamamlayıcı hedef olarak kabul etmektedir. Ancak hedef değerlerin uygulanmasında küçük farklılıklar vardır.

ACC kılavuzunda primer koruma amacıyla **30-79 yaş ve LDL değeri 70-189 mg/dl** aralığındaki hastaların ayrı bir grup olarak değerlendirilmesi önerilmektedir. Mevcut kanıtlar doğrultusunda hedef değerlerinde öneriler değişmekte. (Tablo 2)

Tablo 2: Karşılaştırmalı Tedavi Hedefleri Tablosu (mg/dL)

Risk Kategorisi	2025 ESC Hedefleri (LDL-K / Non-HDL-K)	2026 ACC Hedefleri (LDL-K / Non-HDL-K)
Ekstrem Risk / Tekrarlayan Olaylar	<40 / <70 mg/dL (Sınıf 2b)	--
Çok Yüksek Risk (İkincil Koruma)	<55 / <85 mg/dL ve bazalden %50 azalma (Sınıf 1)	<55 / <85 mg/dL
Yüksek Risk (Birincil Koruma)	<70 / <100 mg/dL ve bazalden %50 azalma (Sınıf 1)	Statin başlanmalı (Sınıf 1) <70 / <100 mg/dL ya da bazalden %50 azalma (Sınıf 2a) Hedefe ulaşılamadı ise; Ezetimib eklenmesi (Sınıf 2a), PCSK mAB ya da Bempedoic Asit (Sınıf 2b)
Orta Risk	<100 / <130 mg/dL(Sınıf 2a)	Statin başlanmalı (Sınıf 1) CAC değerlendirmesi (Sınıf 1) Statin başlanma kararı ve <100 / <130 mg/dL ya da bazalden %30 azalma (Sınıf 2a)
Sınırdaki Risk	--	Statin başlanma kararı için CAC değerlendirmesi (Sınıf 1) Statin başlandı ise <100 / <130 mg/dL ya da bazalden %30 azalma (Sınıf 2a)

Düşük Risk	<116 / <145 mg/dL (Sınıf 2b)	Sağlıklı Yaşam Önerileri (Sınıf 1) LDL 160-189 mg/dl ya da 30 yıllık ASCVD riski >%10 ise; <100 / <130 mg/dL ya da bazalden %30 azalma (Sınıf 2a)
-------------------	------------------------------	---

Non-HDL-K Hedeflerinin Önemi

Son ACC kılavuzunda, LDL-K ve Non-HDL-K hedeflerinin tedavi rehberliğinde geri döndüğünü görüyoruz. ACC'ye göre, çok yüksek riskli ikincil korumada LDL-K <55 mg/dL hedefine ulaşılamasa bile, Non-HDL-K <85 mg/dL değerine ulaşılması tedavi başarısı için kritik bir göstergedir. Ayrıca, TG düzeyi 150-499 mg/dL arasında olan hastalarda LDL-K'den ziyade Non-HDL-K veya ApoB hedeflerine odaklanılması önerilir. Avrupa kılavuzu, SCORE2 modelinde girdi olarak TG yerine zaten Non-HDL-K kullanmaktadır. Tedavi hedeflerinde ise basamaklı bir yapı sunar.

Her iki kılavuz da Non-HDL-K'yi, sadece LDL'yi değil, aynı zamanda VLDL ve kalıntı (remnant) kolesterolü de kapsadığı için daha kapsamlı bir "aterojenik yük" ölçütü olarak görür. Özellikle **akut koroner sendrom** geçiren hastalarda, taburculuk öncesi bu hedeflere hızla ulaşmak için yoğun kombinasyon tedavisi (statin + ezetimib) her iki kılavuz tarafından da desteklenmektedir. ACC kılavuzu, LDL ve Non-HDL hedefleri sağlandıktan sonra bile rezidüel riski değerlendirmek için çok yüksek riskli bireylerde opsiyonel olarak **ApoB <55 mg/dL** hedefini de ek bir güvenlik sınırı olarak sunar.

Subklinik Ateroskleroz

Son Amerikan kılavuzunda en önemli gelişmenin olduğu bölüm olan subklinik ateroskleroz hastalarında koroner arter kalsiyum (CAC) skorunun kullanım önerisi, iki kılavuz arasında önemli bir yaklaşım farkı oluşturmaktadır. 2026 ACC/AHA ve 2025 ESC odaklanmış güncellemesi, özellikle tedavi kararının netleşmediği hastalar için **CAC skoru en güçlü risk yeniden sınıflandırma aracı** olarak kabul edilmektedir. Her iki kılavuzda CAC skorunun yeri, önemi ve farklılıkları şu şekildedir:

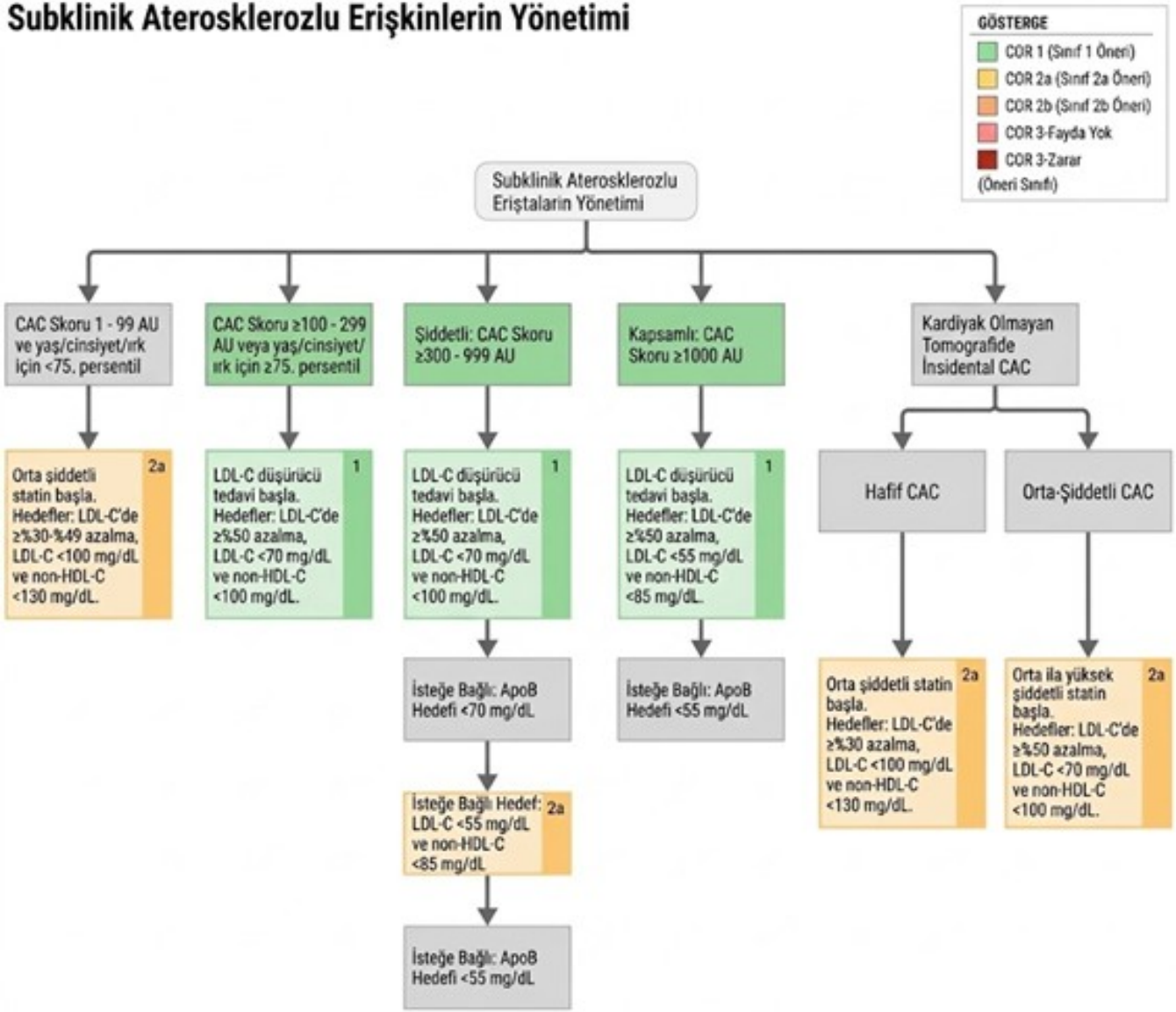
CAC Skorunun Yeri ve Genel Rolü

- **Risk Yeniden Sınıflandırma:** CAC skoru, geleneksel risk hesaplayıcıların (PREVENT veya SCORE2) risk düzeyini tam yansıtamadığı "sınırdan" veya "orta" riskli bireylerde tedavi kararını netleştirmek için kullanılır.
- **CPR Modeli (ACC 2026):** Amerikan kılavuzu, CAC skorunu "Hesapla-Kişiselleştir-Yeniden Sınıflandır" (CPR: Calculate-Personalize-Reclassify) modelinin bir parçası olarak konumlandırır.
- **Risk Değiştirici (ESC 2025):** Avrupa kılavuzu CAC skorunu, SCORE2 hesaplamasının ötesinde bir "risk modifikatörü" (risk modifier) olarak tanımlar.

Önemli Eşik Değerler ve Klinik Yaklaşım

Amerikan kılavuzu, CAC skorunun derecesine göre farklı tedavi hedefleri belirlemiştir. Bu yaklaşımın önceki kılavuza kıyasla radikal ve önemli bir hasta yönetim değişikliği olduğunu söyleyebiliriz. Avrupa kılavuzunda ise halen bu şekilde bir öneri güncel kılavuzda bulunmamaktadır.

Subklinik Aterosklerozlu Erişkinlerin Yönetimi



2026 ACC/AHA kılavuzundan alınmıştır.

Akut Koroner Sendrom (AKS) Yönetimi

ESC kılavuzu, AKS sonrası "en erken, en düşük, en iyi" yaklaşımını vurgulamaktadır. AKS ile hastaneye yatan hastalarda, LDL-K hedeflerine hızlı ulaşmak için **taburculuk öncesi yüksek doz statin + ezetimib** kombinasyonunu (statin naïf hastalarda bile) güçlü bir şekilde önermektedir. ACC kılavuzunda benzer şekilde AKS sonrası yoğun tedaviyi önerir ancak kombinasyon tedavisine geçişte bazal LDL-K değerlerini ve statin toleransını dikkate alan bir akış şeması izler.

Lipoprotein(a) [Lp(a)] Ölçümü

Lp(a), her iki kılavuzda da genetik olarak belirlenen önemli bir risk faktörü olarak kabul edilir. Her iki kılavuz da **50 mg/dL (veya yaklaşık 105-125 nmol/L)** seviyelerini artmış kardiyovasküler risk ile ilişkilendirir. Her erişkinin yaşamı boyunca **en az bir kez** Lp(a) ölçtürmesi önerilmektedir.

HIV ve Kanser Hastalarında Statin Kullanımı

Son güncel veriler ile birlikte; her iki kılavuz da, antiretroviral tedavi alan 40-75 yaş arası HIV hastalarında, LDL-K seviyesinden bağımsız olarak statin tedavisini (özellikle pitavastatin veya ilaç etkileşimi düşük statinler) önermektedir. Bir diğer özel grup olan kanser hastalarında; antrasiklin temelli kemoterapi alan ve yüksek kardiyotoksisite riski taşıyan hastalarda, kardiyoprotektif amaçlı statin kullanımı her iki kılavuzda da "dikkate alınmalıdır" (Sınıf IIa) şeklinde yer almaktadır.

Risk Artırıcı ve Risk Değiştiriciler

Aterosklerotik kardiyovasküler hastalık riskini değerlendirmede; ACC/AHA, "risk artırıcılar" başlığı altında belirli biyobelirteç eşikleri (Lp(a) \geq 50 mg/dL, hs-CRP \geq 2 mg/L, LDL-C \geq 160 mg/dL gibi) ve spesifik klinik durumlara (örneğin CKM sendromu, lupus, RA) odaklanırken, klinik kararsızlık durumlarında Koroner Arter Kalsiyum (CAC) skorunu ana reklasifikasyon aracı olarak öne çıkarıyor. Buna karşılık, ESC "risk değiştiriciler" kavramını kullanıyor ve kadın sağlığında erken menopoz ve hipertansif bozukluklar, majör psikiyatrik bozukluklar ve obezite gibi daha geniş bir klinik durumlar yelpazesini dikkate alıyor; görüntülemeye ise sadece CAC skorunu değil, plak varlığını da subklinik aterosklerozun bir işareti olarak kabul ediyor. Lipid profili yönetiminde de ACC/AHA spesifik hedefler koyarken, ESC genel risk skorlamasında non-HDL-C'yi temel bir girdi olarak kullanarak farklılaşıyor.

Tablo 3: Karşılaştırmalı Risk Artırıcı (ACC) ve Risk Değiştirici (ESC) Faktörler Tablosu

Kategori	2026 ACC/AHA Risk Enhancers (Artırıcılar)	2025 ESC Risk Modifiers (Değiştiriciler)
Aile Öyküsü	Erken yaşta ASCVD öyküsü (Erkek <55, Kadın <65 yaş).	Erken yaşta KVH öyküsü (Erkek <55, Kadın <60 yaş).
Biyobelirteçler	Lp(a) 50 mg/dL (125 nmol/L); hs-CRP 2 mg/L; Kalıcı TG yükseklığı (Açlık >150, Tokluk >170 mg/dL).	Lp(a) > 50 mg/dL hs-CRP > 2 mg/L.
Klinik Durumlar	Kronik inflamatuvar hastalıklar (Lupus, RA, sedef); CKM Sendromu;	Kronik inflamatuvar bozukluklar; Obezite; Uyku apnesi; HIV enfeksiyonu; Majör psikiyatrik bozukluklar, Fiziksel İnaktivite
Kadın Sağlığı	Erken menopoz (<45 yaş); gebelik komplikasyonları (Preeklampsi, gestasyonel diyabet, gestasyonel hipertansiyon, erken doğum).	Erken menopoz öyküsü; preeklampsi veya gebeliğin hipertansif bozuklukları.
Lipid Profili	LDL-C >160 mg/dL; Non-HDL-C >190 mg/dL; ApoB >120 mg/dL.	Genel risk skorunda (SCORE2) Non-HDL-C temel girdi olarak kullanılır.
Sosyal/Çevresel	Yüksek riskli etnisite (Güney Asyalı, Filipinli).	Yüksek riskli etnisite (Güney Asyalı)
Görüntüleme	CAC Skoruna göre kademeli artan tedavi hedefleri	Subklinik ateroskleroz (Görüntülemelerde plak varlığı veya artmış CAC skoru).
Genetik	Yüksek poligenik risk skoru	

Sonuç olarak; Amerikan kılavuzu (ACC 2026) daha çok bireyselleştirilmiş "Hasta-Hekim Risk Tartışması" ve PREVENT denklemlerine odaklanırken; Avrupa kılavuzu (ESC 2025) daha çok AKS sonrası erken agresif kombinasyon tedavisine ve bölgesel risk kalibrasyonuna vurgu yapmaktadır. Her iki yaklaşım da dislipideminin yaşam boyu süren bir süreç olduğunu ve erken müdahalenin önemini tescillemektedir. ESC ve ACC/AHA kılavuzları, aynı biyolojik gerçeğe farklı klinik stratejilerle yaklaşmaktadır. ESC yaklaşımı maksimum risk azaltımını hedeflerken, ACC yaklaşımı hasta merkezli ve pragmatik bir model sunmaktadır.

Kaynaklar

- 1) European Society of Cardiology. (2025). *ESC Guidelines for the management of dyslipidaemias*. European Heart Journal.
- 2) American College of Cardiology. (2026). *ACC Expert Consensus Decision Pathway on dyslipidemia management*. Journal of the American College of Cardiology.