

KORONER KALP HASTALIĞINDA PRİMER PROFİLAKSİ

Ahmad HURAIBAT¹

GİRİŞ

Endüstrileşmiş ülkelerde morbidite ve mortalite-deki öncü sebep kardiyovasküler hastalıklar olup dünya genelindeki tüm ölümlerin %30'unun kardiyovasküler nedenlere bağlı olduğu tahmin edilmektedir.(1) KVH insidansının, gelişen dünya ile birlikte farklılaşan yaşam şekillerine bağlı olarak artacağı öngörülmektedir. (2) Kardiyovasküler sistem hastalıklarında birincil korumada hedef bu mortalite ve morbidite oranını azaltmak, hastalıkların temel nedenlerini kontrol edip, hastalık henüz başlamadan önüne geçmektir. Kardiyovasküler sistem hastalıklarda birincil korumaya bazal kardiyovasküler risk, ilaç masrafları, girişim prosedürleri, ve koruyucu uygulamalar gibi faktörlere bağlı olarak maliyet- etkililik açısından yaklaşmak gerekir.

Bu hastalıkların birincil korumasından bahsederken konuya bireysel olarak yaklaşmak önemlidir. Bu yaklaşımların en önemlileri davranış değişiklikleri, psikososyal etkenler, sedanter davranış ve fiziksel aktivite, sigara kullanımı, beslenme, vücut ağırlığı, dislipidemi, diyabet hipertansiyon şeklindedir.(3)

I. Davranış Değişiklikleri:

Hastaların yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik durum gibi hangi spesifik gruba dahil oldukları bu davranış değişikliklerini etkilese de temel stratejik

adımlarla başarılı olmak mümkün olabilmektedir. Hastanın kendini içtenlikle ifade edebildiği, destekleyici ve rahatlatıcı bir işbirliğinin sağlanması en önemli adımlardan birini oluşturmaktadır. Sağlıkları ile hayata dair temel tutum ve davranışları arasındaki korelasyonu idrak edebilmeleri adına hastalara yardımcı olunması davranış değişimleri ile ilgili hastaların motive edilmesi, yaşam tarzı değişim planlaması yapılması, KV hastalık riski taşıyan veya bilinen KV hastalığı olan bireylere danışmanlık verilmesi, neleri değiştireceklerini belirlemelerinde katılımlarının sağlanması ve bireysel kapasitelerinin güçlendirilmesinde stratejilerin kullanılmasına ek olarak takip boyunca gelişimlerin izlenmesi davranış değişikliklerini kolaylaştırabilecek temel stratejik adımlardır. (4)

II. Psiko-sosyal Faktörler:

Psikososyal faktörler mutlaka dikkate alınmalı, hasta duygu ve düşüncelerini ifade edebilmesi adına cesaretlendirilmelidir. Psiko-sosyal faktörlerin tedavisi, anksiyete ve depresyonu ortadan kaldırarak davranış değişikliğini kolaylaştırmak adına oldukça önemlidir. Hasta merkezli bir iletişimin ön planda tutulması önem arz etmekte olup yaşa ve cinsiyete bağlı psiko-sosyal durum dikkate alınmalıdır. Hastanın anlayacağı dil kullanılarak, suçlamadan uzak, umut verici ve katılımını güçlendirici ifadeler kullanarak sağlığın durumu ile ilgili sorunlarda bilgi verilmelidir. Hastayla temas

¹ Kardiyoloji uzmanı. Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi. ahmadkashur@gmail.com

belirli bir hedefe indirgemekten ziyade, hastanın zarar vermeden yararlanma potansiyeline dayanmaktadır. Bu nedenle, KVH varlığında olduğu gibi çok yüksek risk altındaki hastalarda kan basıncı düşürme, kılavuzlarda tavsiye edilenden daha yoğun stratejiler gerektirebilir; ancak buna daha kişisel olarak karar verilmelidir.

Arteriyel hipertansiyonu olan hastalarda 2018 ESC kılavuzlarına dayanarak Klinik uygulamada KB hedefleri ve KVH önleme ilişkin öneriler ;

- Tedavi edilen 65 yaşın altındaki tüm hastalarda sistolik kan basıncı (SKB<140 mmHg) ve diyastolik kan basıncı (DKB <90 mmHg) çoğu hastada hedef <130/80 mmHg olması önerilir.
- 65 yaş üstü olan hastalarda SKB'i 130 ile 139 mmHg arasında olması önerilir.
- 80 yaşın altındaki hastalarda, tedavinin iyi tolere edilmesi durumunda KB hedef <140 mmHg olarak düşünülebilir. Bu hastaların bazılarında, çok yüksek risk altında ise ve çoklu tansiyon düşürücü ilaçların iyi tolere edilmesi durumunda, hedef KB <120 mmHg olarak düşünülebilir.
- 80 yaşından büyük hastalarda sistolik kan basıncı hedefi 130 ile 139 mmHg olması önerilir.
- Diyastolik kan basıncı tolere edildiği takdirde < 80 mmHg olması önerilir.
- Zayıf yaşlı hastalarda, dikkatli bir tedavi yoğunluğu (örneğin, kan basıncını düşürücü ilaçların sayısı) ve kan basıncı hedefleri göz önünde bulundurulmalı ve tedavinin klinik etkileri dikkatlice izlenmelidir.
- Beta-bloker ve tiazid diüretikler, diabetes mellitus riskinin artması nedeniyle birden fazla metabolik risk faktörü olan hipertansif hastalarda önerilmemektedir.
- Diabetes mellitustaki kan basıncı hedeflerinin genellikle <130/80 mmHg olması önerilir.(23)

XI- Disglisemi

Glukoz toleransı bozuk kişilerde tip 2 diabetes mellitus (DM) gelişimi ertelenebilir veya önlenemez. Tip 2 DM'li hastalarda, KVH'ni risk faktörlerinin iyi kontrolü ile önlenemez. Yoğun hipergliseminin kontrolü de mikrovasküler komplikasyon riskini azaltmaktadır.

Ne yazık ki, tip 2 DM'nin prevalansı, özellikle dengesiz diyetler ve fiziksel aktivite eksikliğinden

dolayı dünyanın çoğu yerinde artmaktadır. Çok sayıda insanda ve hatta KVH hastalarında DM teşhisi hala sorundur.(8) Tarama HbA1c veya açlık kan glukozu ile değerlendirilmektedir; ancak buna rağmen şüphe varsa, oral glukoz tolerans testi yapılmalıdır.

Tip 1 DM veya tip 2 DM'li gebe olmayan yetişkinlerin çoğunda, KVH riskini ve mikrovasküler komplikasyon riskini azaltmak için HbA1c <7.0 (<53 mmol / mol) hedefi önerilir. Tanı sırasında veya tip 2 DM'nin erken döneminde, zayıf olmayan ve KVH olmayan hastalarda HbA1c'nin ≤ 6.5 (≤ 48 mmol / mol) hedefi göz önünde bulundurulmalıdır. Metformin, tolere edilirse ve böbrek fonksiyonunun değerlendirilmesinden sonra kontrendike değilse birinci basamak tedavi olarak önerilmektedir. DM ve KVH hastalarında, sodyum-glukoz co transporter-2 (SGCT2) inhibitörlerinin kullanımı, KVH ve toplam mortaliteyi azaltmıştır . Bu ilaçlar, KVH hastalarda DM tedavisinde erken göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca LDL-kolesterol seviyesinin ve BP'nin optimal kontrolü, DM'li tüm hastalarda büyük öneme sahiptir. (24)

SONUÇ

Aterotrombotik KVH'nın önlenmesi tıp ve halk sağlığı alanında bir başarı öyküsü olmuştur; ancak KVH riski, çevresel faktörler, nüfusun yaşlanması ve KVH önleme ile ilgili tavsiyelere uymama konusundaki zorluklar devam etmektedir. Bu faktörler insan davranışı ve sosyo-ekonomik düzeyden etkilenmektedir. Bu risk faktörleri ulusal ve uluslararası düzeyde büyük bir zorluktur. Önleyici stratejilerin (maliyet) etkinliği üzerinde daha fazla araştırma yapılmalıdır. KVH'nın önlenmesine daha fazla önem verilmelidir. Bunu en iyi şekilde kullanmak topluma kalmış bir durumdur.

Kaynaklar

1. Bundy JD, Li C, Stuchlik P, et al Systolic Blood Pressure Reduction and Risk of Cardiovascular Disease and Mortality: A Systematic Review and Network Meta-analysis. JAMA Cardiol. 2017 May 31. doi:10.1001/jamacardio.2017.1421.
2. Wright JT Jr, Williamson JD, Whelton PK, et al A Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control. N Engl J Med. 2015 Nov 26;373(22):2103-16.

3. Sabatine MS, Giugliano RP, Keech AC, et al. FOURIER Steering Committee and Investigators. Evolocumab and Clinical Outcome in Patients with Cardiovascular Disease. *N Engl J Med*. 2017 May 4;376(18):1713-1722.
4. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J*. 2016 Aug 1;37:2315-81.
5. Alan Rozanski, James A. Blumenthal, Karina W. Et al. The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice The emerging field of behavioral cardiology. *Journal of the American College of Cardiology* Volume 45, Issue 5, March 2005 DOI: 10.1016/j.jacc.2004.12.005
6. Elkelund U, Steene-Johannessen J, Brown WJ, et al. Lancet Physical Activity Series 2 Executive Committee; Lancet Sedentary Behaviour Working Group. Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. *Lancet*. 2016 Sep 24;388(10051):1302-10.
7. Wilkins E, Wilson L, Wickramasinghe K, et al. European Cardiovascular Disease Statistics 2017. European Heart Network, Brussels.
8. Hobbs FD, Erhardt L. Acceptance of guideline recommendations and perceived implementation of coronary heart disease prevention among primary care physicians in five European countries: the Reassessing European Attitudes about Cardiovascular Treatment (REACT) survey. *Fam Pract*. 2002 Dec;19(6):596-604.
9. Cahill K, Stevens S, Perera R, et al. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 May 31;5:CD009329.
10. Chetty R, Stepner M, Abraham S, et al. The association between income and life expectancy in the United States, 2001-2014. *JAMA*. 2016 Apr 26;315(16):1750-66.
11. H Kritz, P Schmid, H Sinzinger. Passive Smoking and Cardiovascular Risk *Arch Intern Med*. 1995;155(18):1942-1948. doi:10.1001/archinte.1995.00430180034005
12. Sidney S, Quesenberry CP Jr, Jaffe MG, et al. Recent Trends in Cardiovascular Mortality in the United States and Public Health Goals. *JAMA Cardiol*. 2016 Aug 1;1(5):594-9.
13. Sulo G, Iglund J, Nygard O, et al. Favourable trends in incidence of AMI in Norway during 2001-2009 do not include younger adults: a CVDNOR project. *Eur J Prev Cardiol*. 2014 Nov;21(11):1358-64.
14. Kotseva K, Wood D, De Bacquer D, et al. EUROASPIRE Investigators. EUROASPIRE IV: a European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. *Eur J Prev Cardiol*. 2016 Apr;23(6):636-48.
15. Mihaylova B, Emberson J, Blackwell L, et al. The effects of lowering LDL cholesterol with statin therapy in people at low risk of vascular disease: meta-analysis of individual data from 27 randomised trials. *Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators*. *Lancet*. 2012 Aug 11; 380(9841): 581-590. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60367-5
16. Insull W Jr. Clinical utility of bile acid sequestrants in the treatment of dyslipidemia: a scientific review. *South Med J*. 2006 Mar;99(3):257-73.
17. Cannon CP, Blazing MA, Giugliano RP, et al. IMPROVE-IT Investigators. Ezetimibe Added to Statin Therapy after Acute Coronary Syndromes. *N Engl J Med*. 2015 Jun 18;372(25):2387-97.
18. Del Pinto R1, Grassi D2, Properzi G2, et al. Low Density Lipoprotein (LDL) Cholesterol as a Causal Role for Atherosclerotic Disease: Potential Role of PCSK9 Inhibitors. *High Blood Press Cardiovasc Prev*. 2019 Jun;26(3):199-207. doi: 10.1007/s40292-019-00323-7. Epub 2019 Jun 24.
19. Griffin P, Topol EJ 2018. Manual of Cardiovascular Medicine Fifth Edition. LWW cleveland clinic. Chapter VIII Preventive cardiology p. 572-573
20. Baigent C, Blackwell L, Emberson J, et al. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170,000 participants in 26 randomised trials. *Lancet*. 2010 Nov 13;376(9753):1670-81.
21. Thomopoulos C, Parati G, Zanchetti A. Effects of blood pressure lowering on outcome incidence in hypertension. 1. Overview, meta-analyses, and meta-regression analyses of randomized trials. *J Hypertens*. 2014 Dec;32(12):2285-95.
22. Xie X, Atkins E, Lv J, et al. Effects of intensive blood pressure lowering on cardiovascular and renal outcomes: updated systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2016 Jan 30;387(10017):435-43.
23. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal* (2018) 00, 1-98 ESC/ESH GUIDELINES doi:10.1093/eurheartj/ehy339
24. Zinman B, Wanner C, Lachin JM, et al. EMPA-REG OUTCOME Investigators. Empagliflozin, Cardiovascular Outcomes, and Mortality in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med*. 2015 Nov 26; 373(22):2117-28.