

Tam Revaskülarizasyon Sağlanan Stabil Koroner Arter Hastalarında Beta Bloker Kullanım Endikasyonları ve Süresi

Serkan KAHRAMAN¹

Giriş

Beta-bloker (BB) ilaçların koroner arter hastalarında (KAH) kullanımı 1980 ve 1990'lı yıllarda reperfüzyon stratejilerinin kullanımına başlamadan önce miyokard enfarktüsü (ME) geçiren hastalarda morbidite ve mortalitenin azaltılması ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalardan sonra başlamıştır. BB ilaçların ME sonrası mortalitenin, tekrarlayan enfarktüsün ve yüksek riskli hastalar-daki kardiyojenik şok ve kalp yetmezliği insidan-sının azalmasına etken olduğunun gösterilmesin-den sonra post ME 3 yıla kadar kullanımı düşük dozdan başlayarak titre edilerek yüksek dozlara çıkılması ile endikasyon bulmuştur.⁽¹⁾ Bundan sonra BB ilaçların stabil KAH' da kullanımı hız kazanmış olup kalp hızını azaltması, diastolik dolum zamanını uzatması ve kardiyak kontrak-tiletiyi azaltması hipotezlerinden yola çıkılarak miyokardiyal oksijen sunum ve ihtiyaç arasındaki dengesizliği düzeltmesi beklenmekteydi. Daha sonra stabil KAH' larda yapılan küçük çaplı klinik çalışmalarda BB ilaçlar ile iskeminin azaltılması ve kalsiyum kanal blokerlerine göre anti-anginal etkilerinde üstünlük gözlenmesi üzerine stabil KAH' da BB kullanımı kılavuzlarda yerini almıştır. 2287 adet stabil KAH ile takipli (bilinen %70 üzerinde koroner arter stenozu olan hastalar) hastanın incelendiği randomize kontrollü bir çalışma olan COURAGE (Clinical Outcomes Utilizing Revascularization and Aggressive Drug

Evaluation) çalışmasında hastalar optimal medikal tedavi verilen veya perkütan koroner girişim uygulanan hastalar olarak ikiye ayrılmış olup medikal tedavi ile (hastaların %87 si BB kullan-maktadır) angina azalması perkütan tedavi edilen hastalardan %22 daha fazla izlenmiştir.⁽²⁾ Ne var ki, daha sonraki yıllarda yapılan randomize kont-rollü çalışmalar BB kullanımının stabil KAH' da kardiyovasküler sonlanımlar ve mortalite üzerine risk azalması ile ilişkili olmadığını göstermekte-dir. Bangalore ve arkadaşlarının yaptığı REACH (Reduction of Athero-thrombosis for Continued Health) çalışması analizinde stabil KAH olanlarda (geçirilmiş ME olmayan hastalarda) BB tedavisi-nin eklenmesinin ME, inme veya kardiyovasküler ölümden azalma ile ilişkili olmadığı gösterilmiş-tir.⁽³⁾ Benzer şekilde CHARISMA (Clopidogrel for High Athero-thrombotic Risk and Ischemic Stabilization, Management, and Avoidance) çalış-masında stabil KAH' larda BB kullanımının fayda-sı gözlenmemiş olup yalnızca geçirilmiş ME olan hastalarda tekrarlayan ME insidansında azalma izlenmiştir.⁽⁴⁾ Benzer şekilde 26.000 hastanın ince-lendiği bir çalışmada stabil KAH' larda rutin BB kullanımının kötü kardiyovasküler sonlanımları azaltmadığı izlenmiştir.⁽⁵⁾ Mevcut bulgular ışığın-da daha önce ME (özellikle son bir yıl içerisinde) geçiren hastalarda revaskülarizasyon sonrası 3 yıla kadar BB ilaç kullanımı günlük pratiğe girmiştir. Bu sonuçların yanı sıra rutin BB ilaç kullanı-mı ile gözlenen yan etkiler de bu ilaçların klinik

¹ Uzman Dr., SBÜ Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi EAH, Kardiyoloji Kliniği.
serkankahraman_86@outlook.com

varlığında ve koroner arter hastalığı ile birliktelik gösteren DEFKY, hipertansiyon ve atriyal fibrilasyon gibi aritmi durumlarında mevcut komorbid durumlar devam ettiği sürece BB ilaç kullanımı sıklıkla gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: angina, aritmi, beta-bloker, hipertansiyon, kalp yetmezliği, stabil koroner arter hastalığı

KAYNAKÇA

1. Joseph P, Swedberg K, Leong DP, et al. The Evolution of b-Blockers in Coronary Artery Disease and Heart Failure (Part 1/5) J Am Coll Cardiol. 2019;74(5):672–682.
2. Weintraub WS, Spertus JA, Kolm P, et al. Effect of PCI on quality of life in patients with stable coronary disease. N Engl J Med. 2008;359:677–87.
3. Bangalore S, Steg G, Deedwania P, et al. Beta-Blocker use and clinical outcomes in stable outpatients with and without coronary artery disease. JAMA. 2012;308(13):1340–1349.
4. Bangalore S, Bhatt DL, Steg PG, et al. Beta-blockers and cardiovascular events in patients with and without myocardial infarction: post hoc analysis from the CHARISMA trial. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2014;7(6):872–881.
5. Andersson C, Shilane D, Go AS, et al. Beta-blocker therapy and cardiac events among patients with newly diagnosed coronary heart disease. J Am Coll Cardiol. 2014;64(3):247–252.
6. Barron AJ, Zaman N, Cole GD, et al. Systematic review of genuine versus spurious side-effects of betablockers in heart failure using placebo control: recommendations for patient information. Int J Cardiol. 2013;168:3572–3579.
7. Zhang H, Yuan X, Zhang H, et al. Efficacy of long-term beta-blocker therapy for secondary prevention of long-term outcomes after coronary artery bypass grafting surgery. Circulation. 2015;131:2194–2201.
8. Chatterjee S, Biondi-Zoccai G, Abbate A, et al. Benefits of b blockers in patients with heart failure and reduced ejection fraction: network meta-analysis. BMJ 2013;346:f55.
9. Gheorghide M, Colucci WS, Swedberg K. Betablockers in chronic heart failure. Circulation. 2003;107:1570–1575.
10. Thomopoulos C, Parati G, Zanchetti A. Effects of blood pressure lowering on outcome incidence in hypertension: 4. Effects of various classes of antihypertensive drugs—overview and meta-analyses. J Hypertens. 2015;33:195–211.
11. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J. 2016;37:2129–2200.
12. Bakris GL, Fonseca V, Katholi RE, et al. Metabolic effects of carvedilol vs metoprolol in patients with type 2 diabetes mellitus and hypertension: a randomized controlled trial. JAMA 2004;292:2227–2236.
13. Colilla S, Crow A, Petkun W, et al. Estimates of current and future incidence and prevalence of atrial fibrillation in the U.S. adult population. Am J Cardiol 2013;112:1142–1147.
14. NICE (2014). National Institute for Health and Care Excellence (NICE) guidelines. Atrial fibrillation: management 2014. (03.11.2019, <http://www.nice.org.uk/guidance/cg180/>)
15. Villareal RP, Hariharan R, Liu BC, et al. Postoperative atrial fibrillation and mortality after coronary artery bypass surgery. J Am Coll Cardiol. 2004;43(5):742–748.
16. Crystal E, Connolly SJ, Sleik K, et al. Interventions on prevention of postoperative atrial fibrillation in patients undergoing heart surgery: a meta-analysis. Circulation. 2002;106(1):75–80.