

GİRİŞ

Stabil anjina pektoris (SAP); koroner arter hastalığına (KAH) bağlı orataya çıkan göğüs, çene, omuz, sırt ve kollarda ağrı ve huzursuzluk ile karakterize, çoğunlukla fiziksel egzersiz, emosyonel stres, soğuk ile tetiklenen, genelde 30-60 saniyeden uzun süren dinlenme veya nitratlarla ile geçen bir klinik durumdur. KAH, koroner arterlerin daralması veya tıkanması sonucu kalp kasına yeterli miktarda oksijen ve besin taşıyamaması durumunda gelişmektedir. SAP, genellikle aterosklerotik plakların arter duvarlarında birikmesiyle oluşan koroner arter darlıkları sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu darlıklar, arterlerin iç çeperlerinde oluşan plakların neden olduğu kan akışının kısıtlanmasıyla karakterizedir. Anjina, miyokardiyal oksijen ihtiyacı ve oksijen arzı arasındaki dengesizliğin neden olduğu miyokardiyal iskemiye bağlıdır (1).

Tanı genellikle hastanın semptomları, tıbbi öyküsü ve egzersiz testi gibi değerlendirme yöntemleriyle konur. SAP, Miyokard infarktüsü (MI) riskini artırsa da genellikle kalp kasında kalıcı hasara neden olmamaktadır (2).

Anjina tedavisinin amacı, MI ve ölümü önleyerek prognozu iyileştirmek ve semptomları hafifletmek veya en aza indirmektir. Kararlı anjina pektoris çoğunlukla ilaç tedavisine yanıt verir. Farmakolojik tedavi, β -blokerler (BB), nitratlar, kalsiyum kanal blokerler (KKB) geç sodyum kanal blokeri- ranolazin, trimetazidin, ivabradin, nikorandil, fasudil gibi ilaçları içerir. İlaç tedavisine yanıt alın-

¹ Uzm. Dr., Memorial Bahçelievler Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, hasimtuner@gmail.com, ORCID iD: 0000-0003-2356-1460



Tüm antianjinal ilaçlar benzer bir etkinliğe ve kanıt düzeyine sahip olduğundan ve sağkalım açısından herhangi bir fayda sağlamadığından, şu anda bazı ilaçları diğerlerinden önde ilk seçenek olarak düşünmek zordur. Ayrıca, stabil iskemik kalp hastalığı ve anjinası olan hastalarda çeşitli komorbiditeler olabilir ve kardiyak iskemik ağrı altta yatan farklı patofizyolojilerden kaynaklanabilir. Bazı ajanların antianjinal etkisinin yanı sıra anjina mekanizmalarına ve eşlik eden komorbiditelere bağlı olarak yararlı olabilecek yardımcı özelliklere sahip olduğu da açıktır. Bu hasta gruplarında revaskülarizasyon tedavisinin de gözönünde bulundurulması gerekmektedir. Komorbiditeleri ve anjina mekanizmaları farklı hastalarda kişiselleştirilmiş bir yaklaşımı düşünmek gerekir.

KAYNAKLAR

1. Bayram, A. (2011). Kararlı Angina Pektorisin Medikal Tedavisi. *Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics*, 27-54.
2. Soyulu, K. (2011). Kararlı Angina Pektoris. *DeneySEL ve Klinik Tıp Dergisi*, 117-121.
3. Gillen, C., & Goyal, A. (2022). Stable Angina. *StatPearls*.
4. Rousan, Talla A; Thadani, Udho (2019). Stable Angina Medical Therapy Management Guidelines: A Critical Review of Guidelines from the European Society of Cardiology and National Institute for Health and Care Excellence. *European Cardiology Review*, 14(1), 18-. doi:10.15420/ecr.2018.26.1
5. Hemingway H, Lanfenberg C, Damant J, Frost C, Pyörälä K, Barrett-Conor E: Prevalence of angina in women versus men: a systematic review and meta-analysis of international variations across 31 countries. *Circulation* 2008; 117: 1526-1536.
6. Cox, J., Naylor, C.D., (1992). The Canadian Cardiovascular Society grading scale for angina pectoris: Is it time for refinements. *Ann. Intern. Med.* 117, 677-683.
7. Cristina Balla, Rita Pavasini, Roberto Ferrari, Treatment of Angina: Where Are We? Subject Area: *Cardiovascular System Cardiology*(2018) 140 (1): 52-67. <https://doi.org/10.1159/000487936>
8. Robert A. Kloner, Bernard Chaitman. Angina and Its Management doi: 10.1177/1074248416679733.
9. Prichard BN, Owens CW.(1990) Mode of action of beta-adrenergic blocking drugs in hypertension. *Clin Physiol Biochem.*;8:1-10.
10. Prichard BN. (1974) Beta-adrenergic receptor blocking drugs in angina pectoris. *Drugs.*;7:55-84. doi: 10.2165/00003495-197407010-00005.
11. Rousan, T. A; Thadani, U. (2019). Stable Angina Medical Therapy Management Guidelines: A Critical Review of Guidelines from the European Society of Cardiology and National Institute for Health and Care Excellence. *European Cardiology Review*, 14(1), 18-. doi:10.15420/ecr.2018.26.1 Diane, R., Zanger, M., Allen, J., Solomon, M., Bernard, J., & Gersh, M. (2000). Contemporary Management of Angina: Part II. Medical Management of Chronic Stable Angina. *Am Fam Physician*, 129-138.
12. Tarkin, J. M.; Kaski, J. C. (2013). Pharmacological treatment of chronic stable angina pectoris. *Clinical Medicine*, 13(1), 63-70. doi:10.7861/clinmedicine.13-1-63.
13. Robert A. Kloner, Bernard Chaitman. Angina and Its Management doi: 10.1177/1074248416679733.
14. Thadani U. (2005) Can nicorandil treat angina pectoris effectively? *Nat Clin Pract Cardiovasc Med.*;2:186-7. doi: 10.1038/ncpcardio0159



15. Thadani U. (2012) Should ranolazine be used for all patients with ischemic heart disease or only for symptomatic patients with stable angina or for those with refractory angina pectoris? A critical appraisal. *Expert Opin Pharmacother.*;13:2555–63.
16. Deshmukh SH, Patel SR, Pinassi E. (2009). Ranolazine improves endothelial function in patients with stable coronary artery disease. *Coron Artery Dis.* 20:343–7.
17. Chazov EI, Lepakchin VK, Zharova EA, et al. Trimetazidine in Angina Combination Therapy—the TACT study: trimetazidine versus conventional treatment in patients with stable angina pectoris in a randomized, placebo-controlled, multicenter study. *Am J Ther.* 2005;12
18. Danchin N.,Marzilli M.,Parkhomenko A.,Ribeiro J.P. Efficacy comparison of trimetazidine with therapeutic alternatives in stable angina pectoris: a network meta-analysis.
19. Borer JS, Fox K, Jaillon P, Lerebours G; Ivabradine Investigators Group. Antianginal and anti-ischemic effects of ivabradine, an I(f) inhibitor, in stable angina: a randomized, double-blind, multicentered, placebo-controlled trial. *Circulation.* 2003;107(6):817–823.
20. Tardif JC, Ponikowski P, Kahan T; ASSOCIATE Study Investigators. Efficacy of the I(f) current inhibitor ivabradine in patients with chronic stable angina receiving beta-blocker therapy: a 4-month, randomized, placebo-controlled trial. *Eur Heart J.* 2009;30(5):540–548.
21. Fox K, Ford I, Steg PG, Tardif JC, Tendera M, Ferrari R; SIGNIFY Investigators. Ivabradine in stable coronary artery disease without clinical heart failure. *N Engl J Med.* 2014;371(12):1091–1099.
22. Tardif JC, Ponikowski P, Kahan T. Efficacy of the I(f) current inhibitor ivabradine in patients with chronic stable angina receiving beta-blocker therapy: a 4-month, randomized, placebo-controlled trial. *Eur Heart J.* 2009; 30: 540-548.
23. Tardif JC, Ford I, Tendera M, Bourassa MG, Fox K. Efficacy of ivabradine, a new selective I(f) inhibitor, compared with atenolol in patients with chronic stable angina. *Eur Heart J.* 2005; 26: 2529-2536
24. [No authors specified]. IONA Study Group. Effect of nicorandil on coronary events in patients with stable angina: the Impact Of Nicorandil in Angina (IONA) randomised trial. *Lancet.* 2002;359(9314):1269–1275.
25. Dagenais GR, Lu J, Faxon DP, Kent K, Lago RM, Lezama C, Hueb W, Weiss M, Slater J, Frye RL; Bypass Angioplasty Revascularization Investigation 2 Diabetes (BARI 2D) Study Group (2011). Effects of optimal medical treatment with or without coronary revascularization on angina and subsequent revascularizations in patients with type 2 diabetes mellitus and stable ischemic heart disease. *Circulation* 123(14):1492-500. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.110.978247. Epub
26. Lee, Cheol Whan; Park, Seung-Jung (2013). Statins for treating stable angina: can statins improve the plaque morphology and angina?. *Future Cardiology*, 9(2), 155–158. doi:10.2217/fca.12.88
27. Yücel, H., & Şenarslan, D. (2020). Koroner Arter Baypas Greft (KABG) Ameliyatı Olan Hastalarda Aterosklerozun İlerlemesi ile Hematolojik Parametreler Arasındaki İlişki. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 29- 34.
28. Valgimigli, M.; Biscaglia, S. (2014). Stable Angina Pectoris. *Current Atherosclerosis Reports*, 16(7), 422–570. doi:10.1007/s11883-014-0422-4
29. Marchionni, N.; Orso, F. (2018). Stable angina in the elderly. *Journal of Cardiovascular Medicine*, 19(0), e84–e87. doi:10.2459/JCM.0000000000000603
30. Muhsin Kalyoncuoğlu, Semi Öztürk, Gündüz Durmuş, Bengisu Keskin*, Mehmet Mustafa Can Current Approach to the Chronic Ischemic Heart Disease in the Light of the Current Diagnosis and Assessment Guidelines DOI: 10.4274/haseki.3540 *Med Bull Haseki* 2017;55:85-100.