



## BÖLÜM 3

### Kardiyovasküler Hastalıklarda Önleyici Tedavi Yaklaşımları Birincil ve İkincil Koruma

Yiğit ÇANGA<sup>1</sup>

#### GİRİŞ

Tanı ve tedavi modalitelerindeki tüm teknolojik gelişmelere rağmen kalp ve damar hastalıklarına bağlı mortalite ve morbidite, global ölçekte önemli bir endişe nedeni olmaya devam etmektedir. Kalp ve damar hastalıkları dünyada ölümün en sık nedenidir ve her sene yaklaşık olarak 17,9 milyon insanın bu nedenle hayatlarını kayb ettikleri tahmin edilmektedir (1). Bu ölümlerin 1/3'ü 70 yaşın altında gerçekleşen erken ölümlerdir. Kardiyovasküler hastalıklar açısından yüksek riskli bireyleri saptamak ve uygun yaşam tarzı değişikliği önerileriyle birlikte gerekli durumlarda aspirin ve statin gibi koruyucu tedavileri başlamak bu erken ölümleri engelleyebilir. Önleme stratejileri bir hastanın sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, sigarayı bırakma ve stresi azaltma gibi yaşam tarzı alışkanlıklarını tüm yönleriyle ele almalıdır.

İkincil koruma, hastalık oluşuktan sonra tekrarlayan olay ve ölüm risklerini azaltma ve hastalık ilerleyişini durdurma ile ilgili stratejileri içerirken, birincil koruma ise henüz hastalığın meydana çıkmadığı, yüksek riskli bireylerin risklerini azaltma stratejilerini içerir. Hem birincil hem de ikincil koruma stratejileri önemlidir

ancak her beş koroner olaydan bir tanesinin ani ölüm olduğu düşünüldüğünde, birincil koruma stratejileri en azından ihmal edilmemelidir. Yaşlanan nüfus ve artan kronik tıbbi bakım masrafları da göz önüne alındığında, kardiyovasküler hastalıklardan birincil koruma, sağlık hizmetleri için çok önemli bir hedeftir.

İkincil korumada antiagregan ve statin gibi ilaçların başlanma endikasyonları ve tedavi hedefleri kılavuzlar ile belirlenmiş ve daha nettir. Birincil korumayı ikincil korumadan ayıran en temel zorluk, tedaviden en çok fayda görecektir olan kişilerin nasıl belirleneceği konusudur. Birincil korumada, onaylanmış risk belirleme araçlarının kullanılması hayati öneme sahiptir ve hem Avrupa hem de Amerikan kılavuzları tarafından çeşitli risk skorlama algoritmaları kabul görmektedir. ESC kılavuzları (2) SCORE risk ölçüm aracını, ACC kılavuzları (3) ise ASCVD risk ölçüm aracını önermektedir. ASCVD Amerikan hasta veri kümesi kullanılarak, SCORE ise bizim de içinde bulunduğumuz Avrupa hasta veri kümesi kullanılarak oluşturulmuştur. ASCVD 40-79 yaş arası hasta grubunda, SCORE risk skalası ise 40-69 yaş arası hasta grubunda kullanılmaktadır.

<sup>1</sup> Doç. Dr., Ataşehir Florence Nightingale Hastanesi, drcangayigit@gmail.com, ORCID iD: 0000-0002-7623-5928

davi olmakla beraber, birincil korumadaki yeri net değildir. Günümüzde aspirinin birincil korumadaki yerine genel yaklaşım, geçmişten farklı olarak, koruyucu olarak herkese verilecek masum bir kan sulandırıcı olarak görülmemesidir. Örneğin Amerikan kılavuzu 70 yaş üstü hastalara koruyucu düşük doz aspirin başlanmasını Class III endikasyonla kontrendike olarak tanımlamıştır. Amerikan hastalıkları önleme merkezi ise 60 yaş üstüne birincil korumada rutin düşük doz aspirin başlanmasını önermemektedir. Çünkü eski meta-analizlerde, düşük doz aspirinin, ilk kalp krizi ve inmeden korunmada orta düzeyde bir faydasının olduğu ve bunu artmış kanama olayları pahasına yaptığı söylenmekteydi. Yani aspirin her bir kardiyovasküler olayı azaltma pahasına 1 major kanama olayını da arttırır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda kardiyovasküler açıdan orta riskli hastalarda (7), diyabetik hastalarda (8), yaşlı hastalarda (9) rutin düşük doz koruyucu aspirin kullanılmasının net klinik fayda getirmediği gösterildi. 40-60 yaş arası hastalarda tedavi kişi bazında bireyselleştirilmeli, kardiyovasküler riski çok yüksek ve kanama riski de düşükse, aspirin başlanması konusunda hasta ile detaylı konuşularak birlikte bir karar verilmelidir. Günümüzde aspirinin birincil korumadaki sarsılmaz yerini kaybetmesinin nedeni statin ve anti hipertansif ilaçların birincil korumada çok önemli bir risk düşüşü sağlaması olarak görülebilir.

## İKİNCİL KORUMA KİMLERE UYGULANIR ?

Koruyucu yaşam tarzı değişiklikleri ve farmakolojik tedaviler en büyük faydayı en yüksek risk grubundaki hastalarda gösterir. Amacımız inme, kalp krizi ve ölüm gibi istenmeyen olayların riskini düşürmektir. En yüksek riskli hastalar kalp hastalığına bağlı semptomları olan hastalardır. Miyokard infarktüsü geçirenler, anginası olanlar, koroner revaskülarizasyon yapılmış olanlar, inme veya geçici iskemik atak geçirenler ve periferik arter hastaları bu gruba girerler. Tüm bu hastalar

yeniden olay geçirme ve ölüm risklerini düşürmek ve hastalık ilerleyişini önlemek için otomatik olarak ikincil koruma tedavilerine ihtiyaç duyarlar. Bu hastalar için de genellikle tolere edilebilen maksimum yoğunlukta tedavi verilir ve kılavuzlar ile belirlenmiş hedef LDL ve kan basıncı değerleri vardır. Bu hastaların büyük çoğunluğu anti agregan, çoklu anti hipertansif ve statin tedavisine ihtiyaç duyarlar. Bunun dışında yine birincil korumayla örtüşen, sigarayı bırakma, beslenme (Akdeniz diyeti), fiziksel aktivite (en az 150-300 dk. orta yoğunlukta aerobik fiziksel aktivite), alkol tüketimi ( haftada maksimum 100 gr.), kilo ( VKİ 20-25 kg/m<sup>2</sup>, bel çevresi erkek <94, kadın <80) ile ilgili öneriler de çok önemlidir.

## KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs) Fact sheet. [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
2. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M, Benetos A, Biffi A, Boavida JM, Capodanno D, Cosyns B, Crawford C, Davos CH, Desormais I, Di Angelantonio E, Franco OH, Halvorsen S, Hobbs FDR, Hollander M, Jankowska EA, Michal M, Sacco S, Sattar N, Tokgozoglul L, Tonstad S, Tsioufis KP, van Dis I, van Gelder IC, Wannier C, Williams B; ESC National Cardiac Societies; ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J.* 2021 Sep 7;42(34):3227-3337. doi: 10.1093/eurheartj/ehab484. Erratum in: *Eur Heart J.* 2022 Nov 7;43(42):4468. PMID: 34458905.
3. Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, Buroker AB, Goldberger ZD, Hahn EJ, Himmelfarb CD, Khera A, Lloyd-Jones D, McEvoy JW, Michos ED, Miedema MD, Muñoz D, Smith SC Jr, Virani SS, Williams KA Sr, Yeboah J, Ziaeian B. 2019 ACC/AHA guideline on the primary prevention of cardiovascular disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2019;74:e177-232.
4. Polonsky TS, McClelland RL, Jorgensen NW, et al. Coronary artery calcium score and risk classification for coronary heart disease prediction. *JAMA.* 2010;303:1610-1616.
5. Budoff MJ, McClelland RL, Nasir K, et al. Cardiovascular events with absent or minimal coronary calcification: the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA) *Am Heart J.* 2009;158:554-561.
6. Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., 2004. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study):

- case-control study. ACC Curr. J. Rev. 13 (12), 15–16. <https://doi.org/10.1016/j.accreview.2004.11.072>.
7. Gaziano JM et al. Use of aspirin to reduce risk of initial vascular events in patients at moderate risk of cardiovascular disease (ARRIVE): A randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2018 Aug 26; [e-pub]. ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31924-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31924-X). opens in new tab)
  8. McNeil JJ , Nelson MR , Woods RL , et al. Effect of aspirin on all-cause mortality in the healthy elderly. *N Engl J Med*. 2018;379(16):1519–1528.
  9. ASCEND Study Collaborative Group, Bowman L, Mafham M, Wallendszus K, Stevens W, Buck G, Barton J, et al. Effects of Aspirin for Primary Prevention in Persons With Diabetes Mellitus. The ASCEND Study Collaborative Group. *N Engl J Med* (2018) 379(16):1529–39. doi: 10.1056/NEJMoa1804988