

HİPERLİPİDEMI YÖNETİMİNDE TEDAVİ PLANI

Serpil ÖZTÜRK¹

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre tüm dünyada her yıl meydana gelen ölümlerin yaklaşık %30'u (17,3 milyon) kardiyovasküler hastalıklar (KVH) nedeniyle meydana gelmektedir.(1) Hiperlipidemi kardiyovasküler hastalıkların etyolojisinde yer alan genetik yatkınlık, diyabetes mellitus (DM), hipertansiyon (HT), sigara kullanımı, kötü beslenme ve sedanter yaşam gibi risk faktörlerinden birisidir. KVH olmayan yüksek, orta ve düşük riskli gruplarda, bazı büyük ölçekli randomize çalışmalarda primer korumada statinlerin miyokard enfarktüsü (MI), inme, kardiyovasküler ve total mortalitede de dahil olmak üzere klinik faydaları gösterilmiştir (2). Dislipidemi tanısı almış hastalarda, KVH olması ya da KVH eşdeğeri kabul edilen DM veya kronik böbrek hastalığı (KBH) olması, yaş, ek hastalıklar, sigara kullanımı, aile öyküsü göz önüne alınarak ve kardiyovasküler hastalık gelişme riski hesaplanarak tedavi stratejisi geliştirilmelidir.

¹ Uzm. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, serpilyilmaz28@gmail.com

- Çok yüksek riskli grupta; 55 mg/dL altındaki değerlerde yaşam tarzı değişikliği önerilmeli, 55-70 mg/dL arasındaki değerlerde yaşam tarzı değişikliği kuvvetle önerilmeli ve ilaç tedavisi de artık kontrol edilemezse düşünülmesi, 70 mg/dL ve üzerinde ise ilaç tedavisi başlanmalıdır.

Sekonder koruma için:

- 55 mg/dL altındaki değerlerde yaşam tarzı değişikliği kuvvetle önerilmeli ve ilaç tedavisi de artık kontrol edilemezse düşünülmesi, 55 mg/dL ve üzerinde ise ilaç tedavisi başlanmalıdır.

Sonuç

Aterosklerotik kardiyovasküler hastalık (ASKVH) tanısı almış olan her hastada LDL-K düzeyinden bağımsız olarak statin bazlı lipid düşürücü tedavi önerilmektedir. Kardiyovasküler hastalık eşdeğeri olan DM ve KBH yüksek ve çok yüksek riskli durumlar olarak kabul edilmelidir. ASKVH tanısı almamış hiperlipidemi hastalarında risk skorlama yöntemleri kullanılarak hastalarda risk modellemesi yapılmalı, buna göre tedavi endikasyon ve hedefleri belirlenmelidir. Tüm dislipidemi tanılı hastalarda kilo verme, düzenli egzersiz, sigarayı bırakma ve sağlıklı beslenme gibi yaşam tarzı değişikliği tedavinin ilk basamağıdır ve hasta tedaviye uyum ve konkordans açısından desteklenmelidir. Aterosklerotik kardiyovasküler hastalıklardan korunma sağlık politikası olarak değerlendirilmelidir

Kaynaklar

1. WHO (2021) Cardiovascular Diseases. (2.5.2021 tarihinde, https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases/#tab=tab_1, adresinden ulaşılmıştır.)
2. Collins R, Reith C, Emberson J, et al. Interpretation of the evidence for the efficacy and safety of statin therapy. Lancet 2016; 388:2532.)
3. Savarese G, Gotto AM Jr, Paolillo S, et. al. Benefits of statins in elderly subjects without established cardiovascular disease: a meta-analysis. J Am Coll Cardiol 2013;62:2090–2099)
4. Gencer B, Marston NA, Im K, et al. Efficacy and safety of lowering LDL cholesterol in older patients: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Lancet 2020; 396:1637.)
5. Fulcher J, O'Connell R, et al. Efficacy and safety of LDL-lowering therapy among men and women: meta-analysis of individual data from 174,000 participants in 27 randomised trials. Lancet 2015; 385:1397.)

6. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*. 2002 Jul 17;288(3):321-33. doi: 10.1001/jama.288.3.321. PMID: 1211739
7. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170 000 participants in 26 randomised trials. *The Lancet*. 2010;376(9753):1670- 1681. doi:10.1016/S0140-6736(10)61350-5.)
8. De Rango P, Parente B, Farchioni L, et al. Effect of statins on survival in patients undergoing dialysis access for end-stage renal disease. *Semin Vasc Surg*. 2016;29(4):198-205. doi:10.1053/j.semvascsurg.2017.03.001.
9. Fellström BC, Jardine AG, Schmieder RE, et al. Rosuvastatin and cardiovascular events in patients undergoing hemodialysis. *N Engl J Med*. 2009;360(14):1395-1407. doi:10.1056/NEJMoa0810177.)
10. Ogdie A, Yu Y, Haynes K, et al. Risk of major cardiovascular events in patients with psoriatic arthritis, psoriasis and rheumatoid arthritis: a population-based cohort study. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2014;74(2):annrheumdis-2014-205675-332. doi:10.1136/annrheumdis-2014-205675. 106)
11. Ozbalkan Z, Efe C, Cesur M, et al. An update on the relationships between rheumatoid arthritis and atherosclerosis. *Atherosclerosis*. 2010;212(2):377-382. doi:10.1016/j.atherosclerosis.2010.03.035.)
12. Authors/Task Force Members; ESC Committee for Practice Guidelines (CPG); ESC National Cardiac Societies. 2019 ESC/EAS guidelines for the management of dyslipidaemias: Lipid modification to reduce cardiovascular risk [published correction appears in *Atherosclerosis*. 2020 Jan;292:160-162] [published correction appears in *Atherosclerosis*. 2020 Feb;294:80-82]. *Atherosclerosis*. 2019;290:140-205. doi:10.1016/j.atherosclerosis.2019.08.014