



HİPERLİPİDEMİ

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Hiperlipidemiler, lipoprotein metabolizma bozukluğu sonucu serum total kolesterol (TK), düşük dansiteli lipoprotein kolesterolü (LDL-K) ve triglycerid (TG) konsantrasyonlarında yükseklikle giden bozukluklardır. Yüksek dansiteli lipoprotein kolesterolü (HDL-K) düşüklüğü de duruma eşlik edebilir. Hiperlipidemi ateroskleroz ve buna bağlı komplikasyonların en önemli nedenidir.

Ülkemizde TK düzeyleri, batı toplumlarına göre genelde düşük olmakla birlikte, 30 yaş üstündeki erişkinlerin %25'inde TK 200 mg/dl'nin ve/veya TG 150 mg/dl'nin üstündedir. HDL-K düzeyleri ise, erkeklerin %70'inde, kadınların %50'sinde 40 mg/dl'nin altındadır. TK/HDL-K oranının artmasının, gelecekteki koroner olayların en iyi öngördürülerinden biri olduğu gösterilmiştir.

Hiperlipidemiler primer ve sekonder olarak sınıflandırılır: Primer hiperlipidemilerde en önemli faktör kalıtım olup çevresel faktörler de katkıda bulunur. Sekonder hiperlipidemiler ise diyabet, kronik böbrek ve karaciğer hastalıkları, obezite, alkol kullanımı, hipotroidi ve ilaç kullanımı [steroid ve steroid yapılı hormonlar, tiazid grubu diüretikler, retinoidler, blokerler (bu ilaçların değiştirilmesi/kesilmesi için yarar/zarar değerlendirmesi yapılmalıdır)] gibi faktörlere bağlı gelişir.

Başvuru hangi nedenle yapılrsa yapılsın, aşağıdaki risklerin en az birini taşıyan bireylerde lipid profili (TK, LDL-K, HDL-K, TG) ölçülmeli, lipid düzeylerine bakılmayan ancak aşağıdaki risk faktörleri olan tüm hastalara yaşam biçiminde değişiklikleri önerilmelidir:

1. 45 yaş üstündeki sağlıklı erişkinler
2. Postmenopozal kadınlar (fizyolojik ya da cerrahi)
3. Birinci derece akrabalarında hiperlipidemi ve erken koroner kalp hastalığı ve/veya ani ölüm öyküsü olanlar
4. Sigara içenler
5. Obezitesi olanlar (Obezite rehberine bakınız. Sayfa 277)
6. Aterosklerotik damar hastalığı (ASDH) öyküsü olanlar
7. Sekonder hiperlipidemi riski taşıyanlar

8. Metabolik sendromu olanlar; tanı ölçütlerinden en az 3 tanesi olmalıdır.

Metabolik sendrom tanı ölçütleri

Abdominal obezite	Bel çevresi:	Erkek >102 cm Kadın >88 cm
Triglicerid		>150 mg/dl
HDL-K		Erkek <40 mg/dl Kadın <50 mg/dl
Kan basıncı		³ 130/85 mmHg
Açlık kan şekeri		³ 110 mg/dl

Tanı

Semptom ve bulgular

Hiperlipidemiler genellikle semptom veya bulguya yol açmaz.

Ayrıntılı öykü alınmalı, tam fizik muayene yapılmalıdır.

Fizik muayene

- Vücut kitle indeksi (VKİ) hesaplanmalıdır: Vücut ağırlığı/(boy)²= kg/m² (Obezite rehberine bakınız. Sayfa 277)
- Deri: Ksantalezma, ksantoma
- Kardiyovasküler: Arter traselerinde üfürüm ve/veya nabız alınamaması
- Serebrovasküler: Karotid oskültasyonunda üfürüm ve benzeri bulgular araştırılmalıdır.

Tanı kan lipid düzeyleri ölçümlü ile konur.

TG ölçümlü için 12 saatlik açlık sonrası kan örneği alınmalıdır.

Lipid düzeyleri sınıflaması

	TK (mg/dl)	LDL-K (mg/dl)	TG (mg/dl)
Optimal		< 100	
Normal	<200	100-129	<150
Sınırda yüksek	200-239	130-159	150-199
Yüksek	³ 240	160-189	200-500
Çok yüksek		³ 190	>500

HDL-K düzeyinin 40 mg/dl'nin altında olması düşük kabul edilmektedir.

Tedavi

Lipid düzeylerinin normale dönmesi, koroner arter hastalığı ve inme riski yanı sıra kardiyovasküler sistem (KVS) ölümlerini de azaltır. Hiperlipidemili birey, tüm diğer KVS risk faktörleri açısından değerlendirilmeli, izlem ve tedavi buna göre planlanmalıdır.

Tedavinin amacı koroner kalp hastalığı (KKH) için yüksek risk taşıyan hastalarda LDL-K'yi 100 mg/dl'nin, TK/HDL-K oranını 5'in altına düşürmektir.

Hiperlipidemi saptanan veya lipid düzeylerine bakılamayan ancak risk faktörleri olan hastalara yaşam biçimi değişiklikleri önerilmelidir. Bu önlemler çoğu hasta için en az ilaç tedavisi kadar önemlidir.

Önerilecek yaşam biçimde değişikleri:

- Doymuş yağ ve kolesterolden zengin besinlerden kaçınılması; lif, balık ve antioksidanlardan zengin beslenme
- Sigara ve alkollün bırakılması
- İdeal vücut ağırlığına ulaşılması (Obezite rehberine bakınız. Sayfa 277)
- Düzenli egzersiz: Haftada 4 kez en az 20 dakikalık tempolu yürüyüş veya egzersiz

İlaç Tedavisi

İlaç tedavisi mutlaka ikincil nedenler dışlandıktan sonra başlanmalıdır.

İlaç tedavisi hedefleri hastanın risk gruplarına göre belirlenir.

İlaç tedavisinde risk grupları.

Yüksek risk	Aterosklerotik damar hastalığı (ASDH) ve/veya Diabetes mellitus (DM) ve/veya Metabolik sendrom + \geq 50 yaş erkek Metabolik sendrom + $<$ 50 yaş kadın + TK/HDL-K \geq 5
Orta risk	Koroner kalp hastalığı (KKH) için \geq 3 risk faktörü varlığı (ASDH veya DM yok) veya Metabolik sendrom + $<$ 50 yaş
Düşük risk	En fazla 2 risk faktörü varlığı [ASDH, DM (glikoz intoleransı), metabolik sendrom yok]

Koroner kalp hastalığı risk faktörleri.

Yaş	Erkeklerde \geq 45, kadınlarda \geq 55 veya menopozda olması (fizyolojik veya cerrahi)
Aile öyküsü	Birinci derece erkek akrabalarda 55, birinci derece kadın akrabalarda 65 yaşından önce koroner arter hastalığı bulunması
Sigara	İçiyor olmak
Hipertansiyon	140/90 mm Hg üzeri kan basıncı veya antihipertansif tedavi görüyor olmak
Hipercolesterolemİ	TK \geq 200 mg/dl, LDL-K \geq 130 mg/dl
Düşük HDL-K	40 mg/dl altı
DM	Diyabet bir risk faktörü olmanın yanı sıra, koroner kalp hastalığı varlığına eşdeğer bir risk taşıdığından risk değerlendirmesinde ayrı bir yeri vardır.

Kolesterol yüksekliğinde statinler, triglycerid yüksekliğinde fibratlar kullanılır. Sadece kolesterol yüksekliği olan hastalarda statinlere kombiné olarak ya da statinlerin kullanılamadığı durumlarda tek başına *kolestiramin* kullanılabilir.

Hiperlipidemi tedavisinde kullanılabilecek ilaçlar

İlaç*	Doz	Yan Etkiler	Kontrendikasyonlar
Fibratlar <i>Fenofibrat</i> (mikronize) <i>Gemfibrozil</i>	200-250 mg/gün bir kez 600-1.200 mg/gün iki kez	Mide-bağırsak sistemi bozuklukları, anksiyete, transaminazlarda yükselme, deri döküntüleri, pankreatit	Karaciğer ve böbrek yetmezliği, safra kesesi taşı, diyabetik nöropati, gebelik, emzirme.
Safra asid sekestranları <i>Kolestiramin</i>	8-36 g/gün dört kez	Kabızlık ve diğer mide-bağırsak sistemi yan etkileri, birlikte kullanılan ilaçların ve yağda çözünen vitaminlerin emilimini azaltır.	Tam biliyer tikanma
Statinler (HMG-KoA redüktaz inhibitörleri) <i>Atorvastatin</i> <i>Fluvastatin</i> <i>Pravastatin</i> <i>Simvastatin</i>	Günde tek doz 10-80 mg/gün 40-80 mg/gün 10-40 mg/gün 10-80 mg/gün	Transaminazlarda yükselme, rabbdomiyoliz, miyozit	Gebelik, laktasyon, aktif veya kronik karaciğer hastalığı, açılanamayan transaminaz yüksekliği, ağır kas travması

*İlaç isimleri alfabetik sırayla yazılmıştır.

İzlem

Lipid düzeyleri yanı sıra, tedavi öncesi ve sonrasında serum transaminaz düzeyleri de izlenmelidir. Bu izlemler ilk 3 ay, 6 haftada bir (yani 2 kez), ilk yıl 3 aylık, daha sonra 6 aylık ara ile ve doz artışlarında yeni baştan yapılması önerilir. Serum transaminaz düzeyleri yüksek olan veya alkol kullanan hastalarda bu izlem özellikle önemlidir. Tedavi başlangıcında kreatinin fosfokinaz düzeyinin bilinmesi yararlı olabilir. Rutin kreatinin fosfokinaz kontrolüne gerek yoktur. Hastalara kas ağrısı, güçsüzlük veya aşırı halsizlik gibi yakınlarda hekime başvurmaları gerektiğini söylemek yeterlidir.

İzlemler sırasında, ilaç kullananlarda yan etki değerlendirmesi de yapılmalıdır.

Tedavi sonrasında izlem ile hedeflerin yaşam boyu korunması amaçlanır. İlaç kullanan hastalarda tedaviye amaçlanan LDL-K değerini sağlayan en düşük doz ile devam edilmelidir.

Sevk

- Laboratuvar değerlendirme olanağı olmayan durumlarda tüm risk grupları
- Yüksek risk grubunda olup da yaşam biçiminde değişikliği ve ilaç tedavisine 6 hafta sonunda yeterli yanıt vermeyen hastalar
- Başka sistemik hastalığı olan hastalar
- Yaşam biçim ve beslenme değişikliğine yanıt vermeyen orta ve düşük risk grubu hastalar
- Öyküsünde ailesel hiperlipidemi olanlar

- Totalコレステロール 500 mg/dl'ın üzerinde olanlar
- Hemコレsterol hem de triglycerid yüksekliği (mikst tip) olup, ilaçsız tedaviye yanıt vermeyen hastalar
- Orta ve düşük risk gruplarında, yaşam biçiminde değişiklikle 3. ve 6. ayda amaçlanan LDL-K değeri sırasıyla 130 ve 160 mg/dl olup bu hedefe ulaşılamadığında hasta sevk edilmelidir.

Kaynaklar

1. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Programme (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA 2001;285:2486-97.
2. Mahley RW, Bersot TP. Drug Therapy for Hypercholesterolemia and Dislipidemia. Hardman JG, Limbird LE, ed. Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics. 10th ed. New York: McGraw-Hill, 2001:971-1002.
3. Onat A, Ed. TEKHARF (Türk Erişkinlerde Kalp Sağlığı Risk Profili ve Kalp Hastalığı), Ohan Matbaacılık, 2000, İstanbul.
4. Türk Kardiyoloji Derneği Koroner Kalp Hastalıkları Korunma ve Tedavi Kılavuzu.

