

Poliklinikte Hiperlipidemik Hasta Takibi

Follow-up of Patients with Hyperlipidemia in Polyclinic

Ersan TATLI

Trakya Üniversitesi Tip Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Edirne

Koroner kalp hastalığı, Türkiye'de başta gelen morbidite ve mortalite nedenidir ve Türk halkında koroner hastalık için en önemli öngördürücü risk faktörlerinden biri total/yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL) kolesterol oranıdır. Dolayısıyla, dislipideminin, özellikle statinlerle uygun tedavisi, koroner kalp hastlığının önlenmesi açısından çok önemlidir. Ancak Türkiye'de lipid düşürücü tedavi suboptimal şekilde uygulanmaktadır. Bu açıdan hem hastalar, hem de hekimler tarafından yapılması gereken çok şey vardır.

Anahtar sözcükler: Hiperlipidemi; kılavuzlar; tedavi.

Coronary heart disease is the leading cause of morbidity and mortality in Turkey and one of the most predictive risk factors of coronary disease in Turkish population is the ratio of total/HDL cholesterol. Therefore, adequate treatment of dyslipidemia, particularly with statins is very important with regard to prevention of coronary heart disease. However, lipid-lowering therapy is implemented suboptimally in Turkey. There is much to do for both patients and physicians.

Key words: Hyperlipidemia; guidelines, treatment.

Aterosklerotik damar hastalığı, çağımızın en önemli epidemisidir. Etyopatogenezinde değiştirebilir risk faktörlerinin başında hiperlipidemi gelmektedir. Ölçümlerle elde edilen lipid değerleri, her hasta için yapılacak bireysel risk faktörü değerlendirilmesi sonrasında yorumlanmalıdır. National Cholesterol Education Program (NCEP) tarafından yayınlanan, güncelleştirilmiş yüksek kan kolesterolü tedavi kılavuzu Adult Treatment Panel III (ATP III)^[1,2] kılavuzuna göre lipid ve lipoprotein düzeylerinin sınıflandırılması Tablo 1'de görülmektedir.

En aterojenik lipoprotein olan LDL kolesterol, tedavide primer hedef olarak alınmalıdır. Hastanın LDL kolesterol hedefinin belirlenmesi için NCEP ATP III kılavuzunda 6 majör risk faktörü belirlenmiştir (Tablo 2).

ATP III kılavuzu 20 yaşın üstü tüm erişkinlerde beş yılda bir rutin total kolesterol, LDL kolesterol, HDL kolesterol ve TG seviyesi tespitini önermektedir. Takiben KAH risk faktörlerinin araştırılması gerekmektedir. Kanında aşırı oranda yağ bulunan hastalar yüksek,

orta ve düşük olmak üzere üç risk grubuna ayrırlar (Tablo 3).^[1,2]

YÜKSEK RİSK GRUBU

Koroner arter hastalığı veya karotis ya da periferik damar hastalığı, aort anevrizması gibi KAH eşdeğeri başka bir aterosklerotik damar hastalığı; diyabetes mellitus, iki veya daha fazla majör risk faktörü olup, Framingham risk değerlendirmesi sonucunda 10 yıllık koroner arter hastalığı riski %20'nin üzerinde olan hastalar,

ORTA RİSK GRUBU

Koroner arter hastalığı veya başka aterosklerotik damar hastalığı olmayan, iki veya daha fazla majör risk faktörü olup, Framingham risk değerlendirmesi sonucunda 10 yıllık koroner arter hastalığı riski %20'nin altında olan hastalar. Bu grup da ikiye ayrılır.^[2]

Orta Derecede Yüksek Risk

Framingham risk değerlendirmesi sonucunda 10 yıllık koroner arter hastalığı riski %10-20 arasında olan hastalar,

*İletişim adresi (Correspondence): Dr. Ersan Tatlı. Trakya Üniversitesi Tip Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, 22030 Edirne.
Tel: 0505 - 678 90 99 Faks (Fax): 0284 - 235 76 51 e-posta (e-mail): ersantatl@yahoo.com*

*© Trakya Üniversitesi Tip Fakültesi Dergisi. Ekin Tıbbi Yayıncılık tarafından basılmıştır. Her hakkı saklıdır.
© Medical Journal of Trakya University. Published by Ekin Medical Publishing. All rights reserved.*

Tablo 1. NCEP ATP III kılavuzuna göre lipid düzeylerinin sınıflandırılması

Lipoprotein	Düzey (mg/dL)	Sınıflandırma
LDL kolestrol	< 100	Optimal
	100-129	İstenen
	130-159	Sınırlı yüksek
	160-189	Yüksek
	≥ 190	Çok yüksek
Totalコレsterol	< 200	İstenen
	200-239	Sınırlı yüksek
	≥ 240	Yüksek
Triglycerid	< 150	İstenen
	150-199	Sınırlı yüksek
	200-499	Yüksek
	≥ 500	Çok yüksek
HDLコレsterol	< 40	Düşük
	≥ 60	Yüksek

Orta Derecede Risk

Framingham risk değerlendirmesi sonucunda 10 yıllık koroner arter hastalığı riski %10'un altında olan hastalar,

DÜŞÜK RİSK GRUBU

İkiden az majör risk faktörü olan ve Framingham risk değerlendirmesi sonucunda 10 yıllık koroner arter hastalığı riski %10'un altında olan hastalar. 0-1 risk faktörü olan hastaların hemen tamamının 10 yıllık riski <%10 olduğu için, 0-1 risk faktörü olan hastalarda 10 yıllık risk değerlendirmesi gereklidir.

Tüm risk gruplarında hasta takibi, LDLコレsterol hedefleri, yaşam tarzı değişikliklerinin başlanacağı LDLコレsterol düzeyleri ve ilaç tedavisine geçilmesi gereken LDLコレsterol düzeyleri NCEP ATP III 2004 kılavuzuna göre belirlenmektedir.^[2] Güncellenmiş ATP III kılavuzunda özellikle yüksek riskli hastalardaコレsterol düşürücü tedavinin LDLコレsterol 100 mg/dL altına düşürmesinin gerekliliği vurgulanmış; risk çok yükse-

Tablo 2. Hiperlipidemi tedavisi için majör risk faktörleri

- Sigara kullanımı
- Hipertansiyon (kan basıncı ≥ 140/90 mm Hg antihipertansif ilaç kullanımı)
- Düşük HDLコレsterol düzeyi (erkekte < 40 mg/dL; kadında < 45 mg/dL)
- Ailede erken KKH öyküsü (erkekte < 55 yaş; kadında < 65 yaş)
- Yaşı (erkek ≥ 45; kadın ≥ 55)
- HDL ≥ 60 mg/dL ise yukarıdaki risk faktörlerinden biri eksilmiş kabul edilir.

Tablo 3. NCEP ATP III'e göre KKH riski açısından sınıflandırma

Risk kategorisi	10 yıllık KKH riski
KKH veya eşdegeri hastalık varlığında	> %20
2 veya daha fazla risk faktörü varlığında	≤ %20
0 1 risk faktörü varlığında	Genellikle < %10

se LDLコレsterol hedefinin <70 mg/dL olmasının tedavi edici bir yaklaşım olacağrı belirtilmiştir. Güncellenen NCEP ATP III hedefleri ve lipid düşürücü tedavi için sınır değerler Tablo 4'te belirtilmiştir.

ÇOK YÜKSEK RİSKLİ HASTALAR

Kantlanılmış aterosklerotik kardiyovasküler hastalıklarla birlikte,

- çoklu risk faktörleri (özellikle diyabetes mellitus), veya
- ciddi ve kontrol edilemeyen veya güçlüğe kontrol edilebilen risk faktörleri, veya
- metabolik sendrom

Akut koroner sendromlu hastalar olarak belirtilmiştir.

Son yıllarda yapılan çalışmalar, özellikle yüksek riskli ve sınırda yüksek riskli grupta, agresif lipid tedavisi daha ön plana çıkartmaktadır. Bu da LDLコレsterol düşürücü tedavide statinlerin daha yüksek dozda verilmesini öngörmektedir. Bunun yanı sıra toplumumuzda LDLコレsterolün çok yüksek olmaması, ama HDLコレsterolün düşük olması ve metabolik dislipidemi oranının fazla olması dikkatleri bu yöne de çekmektedir. Dolayısı ile lipid düşürücü tedavi, yaşam tarzı değişiklikleri esas olmak üzere, değişik ilaç gruplarını, değişik dozlarda ve gereğinde kombinasyon halinde içermekte ve geniş bir tedavi yelpazesi sunmaktadır.

BESLENME VE YAŞAM TARZI DEĞİŞİKLİĞİ

NCEP ATP III kılavuzu, tedavi edici yaşam tarzı değişiklikleri içinde yer alan diyette, trans yağ asitleri de dahil olmak üzere doymuş yağların günlük kalorinin %7'sini geçmemesini ve yemekle alınan günlükコレsterol miktarının 200 mg altında tutulmasını önermektedir.^[2]

Trans yağ asitleri, ticari kızartmalarda, unlu mamülerde ve margarinlerde kullanılan hidrojenize edilmiş bitkisel yağların içerisinde bulunur. Alkol hem triglicerid hemde HDLコレsterol düzeylerini artırır. Bu noktada hipertrigliceridemi ve karaciğer hastalığı gibi durumların göz önünde tutulması uygun olur. Bitkisel sterollerin günde 2 gramı geçmeyen miktarlarda alınması ile LDLコレsterolün %10 civarında düşürülebildiği gösterilmiştir. Balık yağındaki omega-3 yağ asitlerinin yararlı etkileri vardır. İdeal kiloya inilmesi ve kilo alımı engelleyecek şekilde fiziksel aktivite ile günlük en az 200 kcal harcanması önemlidir. Haftada 4-6 kez 30-60 dk tempolu yürüyüş, yüzme, bisiklet ya da hastanın

Tablo 4. Güncellenmiş NCEP ATP III hedefleri ve lipid düşürücü tedavi için eşik değerler

KKH risk kategorisi	Önerilen hedefler	Opsiyonel hedefler	İlaç tadevisi için LDL kolestrol eşiği
	LDL (mg/dl)	LDL (mg/dl)	Önerilen (mg/dl)
Yüksek risk: KKH veya KKH eşdeğeri varlığı	< 100	< 70	≥ 100
Hafifçe yüksek risk: ≥ 2 risk faktörü ve 10 yıllıkm KKH riski %10-20	< 130	< 100	≥ 130
Orta derecede risk: ≥ 2 risk faktörü ve 10 yıllık KKH riski < %10	< 130		≥ 160
Düşük risk: 0-1 risk faktörü varlığı	< 160		≥ 190

tabii kapasitesine göre koşu gibi aktivitelerin düzenli ve sürekli olarak yapılması ve hasta aktiviteye alışıkça şiddetinin artırılması önerilir.^[2]

Tüm gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi, ülkemizde de giderek artan metabolik sendrom için yapılan klinik ve epidemiyolojik çalışmalar, bu sendroma verilen önemini ülkemiz şartlarında ne kadar yerinde olduğunu göstermektedir. Burada TG yüksekliği, HDL kolesterol düşüklüğü, küçük yoğun LDL kolesterol yüksekliği ile bütünleşen aterojenik dislipidemi olarak da isimlendirilen bir lipid profili ortaya çıkmaktadır. Metabolik sendromun tüm komponentleri aterogeniktir ve kardiyovasküler riski artırmaktadır. Dolayısı ile tedavisinde de tüm bu komponentlerin iyileştirilmesi hedeflenir. Bu durumda dislipidemi tedavisi, tedavinin en önemli bölümlerinden birini oluşturmaktadır. Avrupa Kardiyoloji Cemiyeti 2007 Koroner Kalp Hastalığı'ndan Korunma ve Tedavi Kilavuzu'nda 50 yaşın üzerinde metabolik sendromu olan erkekler ve 50 yaşın üstünde totalコレsterol/HDLコレsterol oranı >5 olan metabolik sendromlu kadınlar yüksek risk grubuna, 50 yaşın altındaki metabolik sendromlu olgular ise orta risk grubuna dahil edilmiştir.^[3]

Triglyceridi yüksek, HDLコレsterol düzeyi düşük metabolik sendromlu olgularda lipid düşürücü ilaç seçiminde eşlik eden LDLコレsterol düzeyi dikkate alınmalıdır. Düşük yoğunluklu lipoproteinコレsterol düzeyi yüksek riskte 100 mg/dl, orta riskte 130 mg/dl'nin üzerinde olan olgularda öncelikle statin başlanır. Statin tedavisi ile hedef LDLコレsterol düzeyine ulaşılan ancak yaşam tarzi değişikliğine rağmen TG düzeyi 200 mg/dl'den yüksek olan riskli olgularda fibrat grubunun ilavesi uygun olur. Niasin glukoz toleransını olumsuz etkilemektedir ve ancak fibratları tolere edemeyen olgularda düşünülmeli-

dir. Kombine tedavi miyopati riskini artırmaktadır, yaşlılarda, böbrek yetersizliği olanlarda, çok ilaç kullananlarda risklidir. Düşük yoğunluklu lipoproteinコレsterolü normal olan, yüksek yoğunluklu lipoproteinコレsterolü düşük ve TG seviyesi yüksek olanlarda fibrat tedavisi de ilk seçenek olarak düşünülebilir.

Kılavuzlardaki önerilerde zaman içinde hedef LDLコレsterol değerleri giderek düşerken, statinler daha yüksek dozlarında önerilmektedir. Bu noktada bir tarafından etkinliğin artması istenirken, diğer taraftan ilaç yan etkilerinin güvenli sınırlarda kalması beklenmektedir. Bu da etkin ve güvenli statin tedavisi veya kombinasyon tedavisi gerektirmektedir. Statinlerin fibratlar, safra asidi sekestranları, nikotinik asit ve safra asidi emilim inhibitörleri (ezetimib) ile kombinasyonları hakkında geniş bir deneyim daha henüz mevcut değildir.^[3]

Sonuç olarak dislipidemi ateroskleroz için değiştirebilir bir risk faktördür ve tedavisi günümüzde beslenme yaşam tarzi değişikliğine ve statin kombinasyonlarına odaklanmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA 2001;285:2486-97.
2. Grundy SM, Cleeman JL, Merz CN, Brewer HB Jr, Clark LT, Hunnighake DB, et al. Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III guidelines. Circulation 2004;110:227-39.
3. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell G, Cifkova R, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. Atherosclerosis 2007;194:1-45.