



KONGRE BÜLTENİ

www.tkd.org.tr

23 Ekim 2014



30. Kardiyoloji Kongresi'nde neler var?

Bir yıllık yoğun bir emeğin ürünü olan kongremiz zengin içeriği, konu çeşitliliği ve uluslararası katılımlar ile bugün başlamaktadır. Kongrenin bilimsel içeriğinde, ilginizi çekeceğini düşündüğümüz farklı konularda 38 Sempozyum, 2 Karşıt Görüş, 15 Nasıl Yapalım Oturumu, 12 İnteraktif-Sertifikalı Kurs, 2 Olgu Odaklı Oturum, 1 Genç Kardiyologlar Oturumu, 26 Sözlü Bildiri, 9 Sözlü Olgu Oturumu 11 Uydu Sempozyum, 3 Uzmanına Danış Oturumu vardır. Ayrıca, ESC, ACC, EAPCI, Türk Dünyası Kardiyoloji Birliği ve Türk Kalp Damar Cerrahisi Dernekleri ile ortak oturumlar düzenlenmiştir.

30. Kongre'mize 722 bildiri, 281 olgu sunumu başvurusu geldi. Gelen bildirilerin 173'ü sözlü 365'i poster olarak sunuma kabul edildi. Olguların ise 72'si sözlü 97'si poster sunuma değer bulundu. Sunuma kabul edilen bildiriler Anadolu Kardiyoloji Dergisinde yayınlanmak üzere basılmış ve kongre çantalarında yerini almıştır. [devamı sayfa 2'de](#) ▶▶



Prof. Dr. Mahmut Şahin,
Gelecek Başkan, Bilim Kurulu Başkanı

TKD'nin uluslararası bakış açısı

Değerli meslekdaşlarım,
Otuzuncu Uluslararası Katılımlı Ulusal Kardiyoloji Kongresine hoşgeldiniz. Geçtiğimiz yıl ellinci yılını kutlayan Türk Kardiyoloji Derneği daha önceki dönemlerde başarıyla süren çalışmalarını devam ettirmenin yanı sıra bu dönemde bazı yeni girişimler başlatacağıdır. Yeni dönemde önemli bir amacımız Ulusal Kongremizin uluslararası bir nitelik kazandırarak yakın coğrafyamızdaki ülkelerin hekimlerinin katılımı ile bölgedeki eğitim toplantıları arasında lider olmasını sağlamaktır. Hem katılımcı sayısı hem de yüksek kalitedeki bilimsel içeriği ile ulusal düzeyde önde gelen bilimsel kongrelerden biri olan kongremiz, bu yıl uluslararası katılımı ile bölgedeki eğitime İngilizce tercüme yapılarak ilerleyecek ve geniş bir yelpazede doyurucu bir bilimsel program içerecektir. Konusunda fikir lideri olan konuşmacılardan Avrupa Kardiyoloji

Derneği Başkanı Fausto Pinto, Amerikan Kalp Derneği geçmiş başkanı John Harold, Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin farklı çalışma grup başkanları, Dr. Murat Tuzcu, Dr. Biykem Bozkurt gibi önemli konuşmacılar, güncellenen kılavuzlar ve hızla biriken bilgiler çerçevesinde günümüzde hasta yaklaşımı nasıl olmalı tartışacaktır. 22000 hastada yapılan uluslararası DYSIS Çalışması alt grup sonuçları ilk kez kongremizde açıklanacaktır.

Geçtiğimiz yıl da uluslararası açılım yönünde önemli adımlar atılmıştır. Kardiyoloji alanında en önemli kongrelerden olan American College of Cardiology kongresinde TKD, iki yıldır oturum düzenlemektedir. Bu gelişmelerin sağlanmasında 2010 yılında Derneğimiz desteğiyle kurduğumuz ve bölgedeki on ülkeyi temsil eden American College of Cardiology Istanbul Consortium Chapter'ın kurulmuş olmasının etkisi büyüktür. Bu chapter



Prof. Dr. Lale Tokgözoğlu,
TKD Başkanı

faaliyetleri nedeniyle ACC ile bağlarımız güçlenmiş, Makedonya ve Bosnadan Kafkaslara, Lübnan'dan Malezya'ya çok geniş bir coğrafyada ortak bilimsel toplantılar düzenlenmiştir. Yine ACC ile güçlenen ilişkiler sayesinde Derneğimizin üyesi olup asistanlık eğitimini sürdürmekte olan veya yeni tamamlayan tüm

genç Kardiyologlara Cardio-source ücretsiz olarak sağlanmıştır. Önümüzdeki yıllar için ABD'ninönde gelen kurumlarında genç Kardiyologlarımız için eğitim olanaklarının sağlanması planlanmaktadır. Yine 2014 yılında Transcatheter Therapeutics (TCT) kongresinde de TKD oturumu yapılmıştır. [devamı sayfa 2'de](#) ▶▶

İnovasyon, bilimsel yayın ve TÜBİTAK destekleri

Yenilik, buluş anlamına gelen inovasyon, son yıllarda sık duyduğumuz ve artık neredeyse Türkçeleşmiş bir kelimedir. Bazı çabalar olmasına rağmen henüz ciddi anlamda inovasyon yapabilen bir ülke değiliz. Ekonomik büyüklük olarak ilk 20 ülke içinde yer alan Türkiye, küresel inovasyon endeksi bakımından 67. sırada, inovasyon potansiyeli açısından 77. sırada, inovasyon verimliliği açısından ise 97. sıradadır.

İnovasyon için kaliteli bilim adamı ve bilimsel araştırma gerekir. Ülkemizde son 25 yılda bilimsel yayın sayısında önemli artış olmuştur. Türkiye bilimsel yayında dünya payını 1981'de % 0.08'den 2006'da % 1.56'ya çıkarmış ve dünya

sıralamasında kırk dördüncülükten, on sekizinciliğe yükselmiştir. Thomson Reuters tarafından Eylül 2013'de yayınlanan yeni bir rapora göre ülkemizden Web of Science'da indekslenen bilimsel yayın sayısı yıllık 25 binlere yaklaşmış ve dünya payı %1.8 olmuştur. Buna karşın yayın etkisini gösteren impact faktörü yüksek değildir. Web of Science tarafından 2011 yılında yayınlanan bir raporda Türkiye'nin göreceli impact faktörü yıllar içinde artmasına rağmen, halen dünya ortalamasının ancak yarısı kadar olduğu belirtilmektedir. Göreceli impact faktörü en düşük alanlar klinik tıp, biyolojik bilimler ve temel medikal araştırma alanlarıdır. Bu bulgular tıp



Prof. Dr. Adnan Abacı,
TKD Genel Sekreteri

alanındaki yayınların kalitesinin diğer alanlardaki yayınlara göre bile daha kötü olduğunu göstermektedir.

İnovasyon için ülkemizde güzel gelişmelerin olduğu da görülmektedir. Bilim ve Teknoloji Yüksek Kurulu oluşturulmuş ve özellikle 2000'li yıllardan itibaren TÜBİTAK

önderliğinde Ulusal İnovasyon Girişimi (2008) ve Ulusal İnovasyon Stratejisi (2008-2010), Uluslararası Bilim, Teknoloji ve Yenilik Stratejisi (2007-2010) projeleri hayata geçirilmiş ve halen Ulusal Bilim, Teknoloji ve İnovasyon Stratejisi (2011-2016) projesi devam etmektedir. [devamı sayfa 2'de](#) ▶▶

TKD'nin uluslararası bakış açısı

►► sayfa 1'den devam

Avrupa Kardiyoloji Derneği ile giderek güçlenen ilişkilerimiz bu yıl Prof. Dr. Çetin Erol'un ESC yönetimine seçilmesi ile daha da ileriye gidecektir. Önümüzdeki yıl ilk kez ESC'de TKD oturumu yapılacaktır. Halen ESC çalışma grupları ve birliklerinde Bülent Görenek: ESC Eğitim Kurulu Üyesi, ACCA Saymanı, Lale Tokgözoğlu: ESC Kongre Program Kurulu Üyesi ve Temel Bilimler Konseyi Yönetim Kurulu Üyesi, EACPR Yönetim Kurulu Eğitim Komitesi Başkanı, Cemil İzgi: Kapak Hastalıkları Yönetim Kurulu Üyesi, Serap Erdine: Hipertansiyon Konseyi Üyesi, Oktay Ergene: FESC Yeterlilik Komitesi Üyesi, Murat Uğurlucan: ESC Kardiyovasküler Cerrahi Yönetim Kurulu Üyesi, Öztekin Oto: ESC Kardiyovasküler Cerrahi Yönetim Kurulu Erişkin Konjenital Kalp Hastalığı Atanmış Üyesi olarak yer almaktadır. Dileğimiz bu sayıyı çok daha arttırmak, yeni neslin ESC de daha aktif görev almasını sağlamaktır. Yakında yapılacak ESC Görüntüleme birliği yönetimi seçimlerine iki üyemizin aday olması sevindirici ve mutlaka desteklenmesi gereken bir girişimdir.

2014 yılında yapılan ESC kongresinde 10 konuşmacımız yer almış, EuroPCI kongresinde ise TKD oturumu yapılmıştır. Dileğimiz kaliteli bilim üretmek bu sayıyı daha yukarıya çekmektir.

TKD'nin aktif olarak katıldığı Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin yeni girişimi olan web tabanlı eğitim programı ESCeL Eğitim Platformu özellikle Girişimsel Kardiyoloji alanında, hekimlerin hocalarıyla işbirliği içinde 2 yıllık yoğun teorik ve pratik eğitimlerini kurumlarındaki uygulama-

lar ile dönem sonlarındaki sınavlarla birlikte değerlendirilmesiyle sertifika almalarını sağlayacaktır.

1994'te kurduğumuz Türk Dünyası Kardiyoloji Birliği ile Türk ve akara ülkelerin Kardiyoloji dernekleri, üyeleri ile de sistemli, verimli bir işbirliğiyle ortak çalışma ortamı oluşturulmuştur. Her yıl mutlaka kongremize davet ettiğimiz bu ülkelerin temsilcileri ile kendi ülkelerinde de ortak toplantılar yaparak bilimsel ve sosyal bağlarımızı güçlendirmekteyiz. Bu ülkelerin genç uzmanlarını ileri düzeydeki kurumlarımıza getirip bilgi ve deneyimlerini geliştirmeye, sonrasında kendi ülkelerinde kendi meslektaşlarına bildiklerini aktararak ülkelerinde Kardiyolojinin gelişmesine katkıda bulunmaya sistemli biçimde çaba harcıyoruz. Azerbaycan'ın Kardiyolojide gösterdiği büyük aşama ve gelişmenin öncelikle öteki Türk Dünyası ülkelerine de yayılmasını umuyoruz. Ayrıca bu coğrafyadaki genç hekim ve asistanların dünyanın en ileri bilgi merkezlerine web üzerinde erişmelerini sağlamak için de çalışıyor, onlara olanaklar sunuyoruz.

En önemli misyonumuz bilimsel araştırmaların teşvik edilmesi ve Ülkemizdeki genç Kardiyologların önünü açmak, onlara eğitim, araştırma ve kendini geliştirmek için olanaklar yaratmak için var gücümüzle çalışmamız ve onlara örnek olmamız bu dönemde önceliğimiz olacaktır. Uluslararası ilişkileri güçlendirmenin bu bağlamda kısmen katkısı olacaktır.

Kongremizin hepiniz için yararlı ve verimli geçmesini diliyorum.

Saygılarımla
Prof. Lale Tokgözoğlu
TKD Başkanı

İnovasyon, bilimsel yayın ve TÜBİTAK destekleri

►► sayfa 1'den devam

TÜBİTAK tarafından son yıllarda üniversitelere verilen destek miktarından ciddi artış meydana gelmiş ve 2000 yılında yürürlükteki projelerin destek bütçesi 15.1 milyon TL iken, 2011 yılında 436.4 milyon TL'ye çıkmıştır. Üniversite bilim adamlarının TÜBİTAK desteği ile yaptıkları araştırmaların daha nitelikli olduğu göz önüne alındığında bu artış sevindiricidir.

Türkiye'de henüz gerek kardiyovasküler gerekse diğer alanlarda yeni molekül ve ilaç gelişimini sağlayacak bilim ve endüstri alt yapısı yoktur. Dolayısıyla kısa vadede bir atılım beklememek gerekir. Buna karşın tıbbi cihaz alanında yenilik yapmak daha kolay görünmektedir. Bu alanda TÜBİTAK'ın gerek bilim adamlarına gerekse sanayiye ciddi destekleri söz konusudur. Örneğin 5 Eylül 2013 tarihinde 1514 kodlu TÜBİTAK Girişim Sermayesi Destekleme Programı başlatılmış olup ülke

ekonomisine katma değer sağlayabilecek nitelikte yenilikçi, ürün, süreç, bilgi ve teknoloji geliştirme ve üretme potansiyeli bulunan KOBİ ölçeğindeki şirketlerin çekirdek veya başlangıç aşamalarındaki finansman ihtiyaçlarının, girişim sermayesi fonları aracılığıyla karşılanması amaçlanmıştır. Bu programla kurulacak girişim sermayesi fonlarına 15 milyon TL'ye kadar TÜBİTAK desteği sağlanmaktadır. Üniversiteler ile sanayi arasındaki işbirliğinde son yıllarda görülen gelişme devam etmelidir. Bilim insanlarının yaptığı araştırmaların ürüne dönüşmesi bu sayede artacaktır. TÜBİTAK, desteklediği bilimsel araştırmalarda proje bütçesinin yanında, proje yürütücüsü ve araştırmacılara ücret de vermektedir. Ancak buna rağmen TÜBİTAK'ın sağladığı desteklerden haberi olmayan çok sayıda üniversite öğretim üyesi vardır. Bilim insanları ciddi projeler ile bu desteklerden faydalanmalıdır.

Türk Kardiyoloji Derneği olarak bu kongrede, TÜBİTAK'ın verdiği desteklere dikkat çekmek için "Ülkemizde kardiyovasküler hastalıklar araştırma perspektifi" başlıklı bir sempozyum koyduk. Cuma günü 14.00-15.15 saatleri arasında Antalya salonunda gerçekleştirilecek bu sempozyumda "Ulusal akademik Ar-Ge destekler" başlıklı bir sunum vardır. Bu sunumda TÜBİTAK'tan bir konuşmacı, TÜBİTAK destek programlarının detayları, başvuru kriterleri ve başvuruda dikkat edilmesi gereken hususları anlatacaktır. Bilimsel araştırma yapan meslektaşlarımızı, çok yararlı olacağını düşündüğümüz bu toplantıya davet etmek isteriz.

Not: Bu yazı hazırlanırken büyük oranda şu kaynaktan yararlanılmıştır: Abacı A. Editöryal Yorum: Avrupa'da kardiyovasküler sağlıkta yenilikleri savunmak (Editorial Championing cardiovascular health innovation in Europe) Türk Kardiyol Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol 2013; 41:664-666

30. Kardiyoloji Kongresi'nde neler var?

►► sayfa 1'den devam

Kardiyolojinin değişik alanlarından çok sayıda oturumun yer aldığı Kongremizde, katılımcı meslektaşlarımızın yanında basınının da ilgisini çekeceğini düşündüğümüz ilginç oturumlar vardır. Bunlar arasında: "Medyada çok tartışılan sorulara bilimsel yanıtlar", "Koroner arter hastalığında kanıt temelli öneriler", "Akılcı ilaç ve sağlık ekonomisi", "Türkiyede son yıllarda yapılan ulusal öl-

çekli projelerde son durum", "Gençlerde ve sporcularda ani ölüm", "25'e 25 insiyatif" sayılabilir

30. Kongre'de öne çıkan ana konular olarak: "Akut koroner sendromlar", "Koroner girişimlerde püf noktaları", "Kardiyologlara kateter laboratuvarında yeni alanlar", "Türkiye'de kardiyoloji eğitimi", "İleri ekokardiyografi kursu", "Hemşireler için kardiyak rehabilitasyon kursu",

"Transkateter kapak tedavileri", "Periferik girişimlerde teknik" ve "ICD-KRT" oturumları dikkate değer.

Akademisyen, Kardiyoloji Uzmanı, Dahiliye Uzmanı, Araştırma Görevlisi ve Aile Hekiminden oluşan geniş katılımcı yelpazesine sahip olan kongremizde, herkesin kendine hitap eden oturumlar bulunduğu, dolu dolu geçen, başarılı ve keyifli bir kongre geçirmelerini diliyorum.

Hipertansiyonda yeni gelişmeler ve cihaz tedavisi

Hipertansiyon, gerek ülkemizde ve gerekse tüm dünyada salgın bir hastalık gibi hızla artmakta. Gittikçe daha büyük problem haline gelen bu hastalığın tedavisinde ilaçlar yetersiz kaldığı için yeni tedavi arayışları sürmektedir. Bu yeni arayışlar;

1- Renal arter denervasyonu: Renal arterin sempatik blokajına dayanan bu uygulama daha önceki çalışmalarda faydalı olarak bildirilmesine rağmen gerçek invazif plasebo kontrollü çalışma olan Symplicity-3 çalışmasında etkili bulunmadı. Ancak bu konuda son ve kesin sözü söylemek için henüz daha

erken olup yeni çalışmalara bakmak gerek.

2- Baroreseptör stimülasyonu: Karotid arterlerdeki baroreseptörlerin duyarlılığın artırmak için geliştirilen sistemlerdir. Rheos barorrefleks stimülasyon cihazı günümüzde kullanılan bir cihazdır. Cerrahi olarak yerleştirilen bir batarya ve karotid arterler yerleştirilen iki adet lead ile karotid baroreseptörlerini stimüle eder. Lokal komplikasyonların fazlalığı nedeniyle daha küçük bataryalı ve tek leadli olan Barostimneo adlı yeni cihazlar geliştirilmiştir. Faydalı olduğuna dair yayın-

lar olsa da veriler henüz sınırlıdır.

3- Hipertansiyon aşısı: Anjiyotensin I ve II yönelik aşı geliştirme çalışmaları uzun yıllardır devam etmesine rağmen hala etkili bir yöntem geliştirememiştir.



Prof. Dr. M. Siddık ÜLGEN

Perkütan kalp kapağı değişiminde neredeyiz?



Pof. Dr. Engin Bozkurt
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Ankara
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

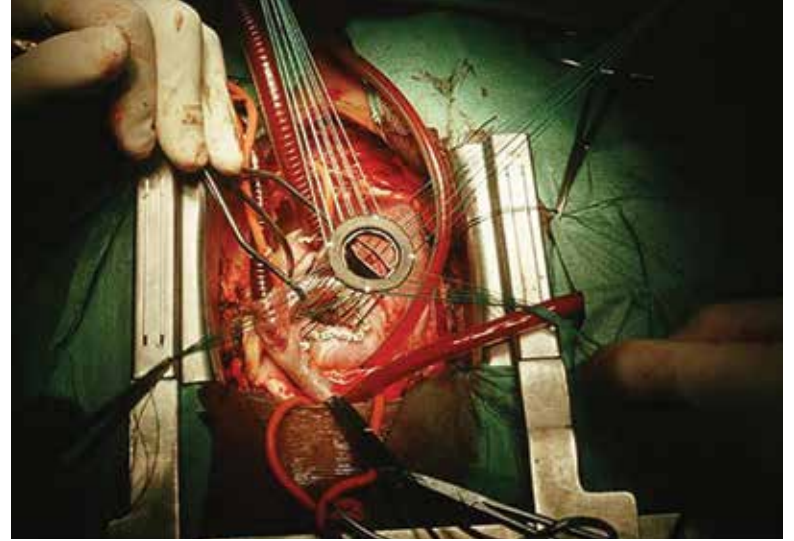
Bilindiği gibi bozulmuş yada yeteri kadar görev yapamayan kalp kapaklarının değişiminde yaklaşık 50 yıldır açık kalp cerrahisi kullanılmaktadır. Fakat bu yöntemde hastaların önemli bir kısmı ya ameliyat olamamakta yada ancak çok yüksek riskle ameliyata alınabilmektedir. Bu nedenle yaklaşık 20 yıl önce açık kalp cerrahisine gerek kalmadan, perkütan tekniklerle kalp kapağı değişimi için araştırmalar yapılmaya

başlandı. Nihayetinde 2002 yılında Dr. Alain Cribier ve arkadaşları tarafından geliştirilen aort kapağı, ciddi aort darlığı olan bir hastada transkateter yöntemle yerleştirildi. Bu uygulama dünyada ilk transkateter aort kapak yerleştirilmesi (TAVİ) olarak literatüre geçti. Bu uygulamanın 2007 yılında ticarileşmesiyle birlikte uygulama sayısı katlanarak artmaya başladı. 2013 yılı sonlarına kadar tüm dünyada yaklaşık 85.000 hastaya TAVİ yöntemiyle aort kapağı yerleştirilmiştir. Almanya'da yıllık sayı 8000 hastaya kadar çıkmıştır. Ülkemizdeki duruma bakacak olursak; 2009 yılında başlanılan TAVİ uygulamasında sayılar hızla artmasına rağmen yıllık 450 rakamına ancak ulaşılmıştır (2013 yılı).

TAVİ uygulamasının ilk sonuçlarıyla birlikte, inme ve damar komplikasyonlarının cerrahiye göre fazla görüldüğü anlaşıldı. Ayrıca uygulama sonrası hastaların takiplerinde paravalvüler aort yetersiz-

liğin mortaliteyi arttırdığı da çalışmalarla gösterildi. Bu problemlerle mücadele için kapak teknolojisinde ciddi ilerlemeler sağlandı. Başlangıçta 24F kalınlığında olan gönderim sistemleri son zamanlarda kullanıma giren 3. jenerasyon kapaklarla birlikte 14F seviyelerine kadar düşürüldü. Bu hem damar komplikasyonunu önemli ölçüde azalttı, hem de inme komplikasyonunu cerrahi seviyesinin altına indirmiş oldu. Ayrıca paravalvüler aort yetersizliğini önlemek içinde kapak teknolojisinde yenilikler oldu. Bunun için ya TAVİ kapağında kapağın metal çerçevesinin dışına kaplamalar yapıldı, yada bazı yeni üretilen kapaklarda içi sıvı ile dolan halkalar şeklinde üretilerek aort yetersizliğini ciddi oranda azalttı. Hatta cerrahi aort replasmanında görülen aort yetersizliği oranlarına kadar indirilmiş gözüküyor.

Başlangıçta TAVİ uygulaması sadece opere olamayan aort darlığı hastalarına yapı-



labilirken, daha sonra yayımlanan çalışmalarla cerrahi için yüksek riskli olan hastalarda da uygulanmaya başlamıştır. Son zamanlarda yayımlanan çalışmalarla cerrahi için orta riskli hastalarda da cerrahiye iyi bir alternatif olduğu gösterilmiştir. Fakat orta riskli grupta halihazırda yürümekte olan randomize çalışmaların sonuçları açıklanmaya kadar beklenmesi gerekir.

TAVİ yöntemiyle Aort kapağı değiştirilmesinin tıp tari-

hinde önemli bir keşif olduğu kabul edilmektedir. Bu başarının üzerine mitral kapağında perkütan yolla değiştirilmesi için çalışmalara başlanmıştır. Şu anda transkateter mitral kapağı olarak Edwards Fortis, Tiara ve Medtronic firmaları geliştirdikleri kapakları hayvan deneylerinden sonra insan üzerinde de ilk uygulamalarını yaptılar. Yakın zamanda bu konudaki çalışmaların sonuçlarını göreceğimizi umut ediyorum.

ATP IV'de öne çıkanlar



Dr. Merih Kutlu

Yıllardır beklenen ATP IV, nihayet 2013 yılında yayınlandı. Bu kılavuz aterosklerotik kardiyovasküler hastalık (ASKVH) risk azaltımına ve risk azaltımı için de ispatlanmış tedavilere odaklandı. Dislipidemi tedavisinde ESC kılavuzundaki kadar kapsamlı bir yaklaşım sunmadı. ATP IV kılavuzunda öne çıkan bazı yenilikler şu şekilde özetlenebilir:

1. Primer ve sekonder korumada ASKVH risk azaltılmasında statin tedavisinden faydalanacak 4 grup belirlendi. Bunlar;

- ASKVH olanlarda sekonder koruma
- LDL-K'ü ≥ 190 mg/dl olanlarda primer koruma
- 40-75y, klinik ASKVH olmayıp, LDL-K'ü 70-189 mg/dl olan diyabetiklerde primer koruma

d. Klinik ASKVH veya 40-75y LDL-K'ü 70-189 mg/dl diyabeti olmayan, tahmini 10 yıllık ASKVH riski ≥ 7.5 olanlarda primer koruma

2. LDL-K ve/veya non-HDL-K hedeflerine yeni yaklaşım

LDL-K için spesifik tedavi hedefi verilmedi. Spesifik LDL-K hedefleri yerine statin yoğunluklu tedavi yaklaşımı vurgulandı. Primer ve sekonder önlemede yüksek ve orta doz statin tedavisi tanımlandı. Yüksek doz statin tedavisi LDL-K'de ≥ 50 azalma, orta doz statin tedavisi LDL-K'de $30-50$ azalma sağlayan tedavi olarak belirlendi.

Yüksek doz statin tedavisi için, Atorvastatin 40-80 mg, Rosuvastatin 20-40 mg; orta doz statin tedavisi için, Atorvastatin 10-20 mg, Rosuvastatin 5-10 mg, Pravastatin 40-80 mg, Simvastatin 20-40 mg, Fluvastatin XL 40-80 mg, Pitavastatin 2-4 mg, Lovastatin 40 mg kullanılabileceği belirtildi.

Tedavi seçeneği doktorun klinik değerlendirmesine bırakıldı. Statin dışı tedavilerin potansiyel yan etkiler hesaba katıldığında ASKVH riskinde kabul edilebilecek azalma sağlamadığı görüşü vurgulandı.

3. Primer Önlemede Global Risk Değerlendirmesi

ATP IV, 10 yıllık tahmini KV risk için yeni bir risk tahmin modelini kullandı (Pool cohorts equations). Statin tedavisi için yüksek riskli bireyleri daha uygun belirlediğini ve bu nedenle statin tedavisinden en fazla faydalanacak gruba odaklanıldığını vurguladı.

Sekonder önlemede;

LDL-K'ü ≥ 50 düşürecek şekilde yüksek doz statin tedavisini vurguladı.

Primer önlemede ise;

a. ≥ 21 y LDL-K ≥ 190 mg/dl olan hastalarda yüksek doz statin tedavisi ile LDL-K > 50 azaltın önerisinde bulundu.

b. 40-75y, LDL-K 70-189 mg/dl, KVH bulunmayan diyabetiklerde LDL-K $> 30-50$ düşürecek şekilde orta doz

statin tedavisini önerdi. Bu durum DM + ilave RF bulunan hastalar için de geçerli. 10 yıllık risk ≥ 7.5 ise yüksek doz statin tedavisinin düşünülmesi gerektiğini vurguladı. C. 40-75y LDL-K 70-189 mg/dl, KVH ve diyabetik olmayanlarda ise bu kılavuza göre 10 yıllık ASKVH riski belirlenmeli. Risk ≥ 7.5 ise orta/yüksek yoğunluklu statin tedavisi, risk $5-7.5$ ise orta yoğunlukta statin tedavisi düşünülmesi.

ATP IV, tedaviye başlamadan önce ASKVH risk azaltılmasının faydaları, ilaçların yan etkileri, ilaç-ilaç etkileşimleri, hastanın tercihi değerlendirilerek ilaca başlanması gerektiğini vurguladı.

Bu kılavuz KY ve hemodializ hastalarında ise herhangi bir öneride bulunmadı.



Perkütan koroner girişim alanı genişliyor: Sol ana koronerde yeni endikasyonlar

Yeni nesil ilaç salınımlı stentler, IVUS kılavuzluğunda yapılan girişimler gibi nedenlerle sol ana koroner darlıklarında PKG sonuçlarında önemli ilerlemeler kaydedildi. Özellikle 5 yıllık sonuçlarına ulaşılan SYNTAX çalışmasında düşük ve orta SYNTAX skoru olan hastalarda bypass operasyonu ile benzer sonuçların elde edilmesi, hatta inmenin daha düşük saptanması 2014 ESC Kongresi'nde açıklanan ESC/EACTS Miyokard Revaskülarizasyon Kılavuzunda değişime gidilmesine yol açtı. Buna göre sol ana koroner darlıklarında yeni PKG endikasyonları:

SYNTAX skoru ≤ 22 ise sınıf I, kanıt düzeyi B (Cerrahi: Sınıf I, kanıt düzeyi B)

SYNTAX skoru 23-32 ise sınıf IIa, kanıt düzeyi B (Cerrahi: Sınıf I, kanıt düzeyi B)

SYNTAX skoru ≥ 33 ise PKG yapılmamalıdır

Effient®
(prasugrel) tablet

yeni

Geri Ödeme Kapsamı Genişledi!..

EFFIENT PKG planlanan ST yükselmeli MI hastalarında, diyabetli ST yükselmesiz MI hastalarında; klopidoğrel tedavisi altında iken stent trombozu gelişen AKS'li hastalarda GÜNDE TEK DOZ 10 mg, 1 sene süreli rapor ile geri ödenmektedir.

SİZİN KARARINIZ, ONLARIN GELECEĞİ...

Effient®
(prasugrel) tablet



Günde
tek doz¹

Güçlü trombosit
inhibisyonu²



Hızlı
etki²



Referanslar:

1. Effient Kısa Ürün Bilgisi.
2. Payne CD, et al. Increased active metabolite formation explains the greater platelet inhibition with prasugrel compared to high-dose clopidogrel. Cardiovascular Pharmacol 2007;50:555-62.

EFFIENT® 10 mg film kaplı tablet - Formülü: Her film kaplı tablet 10 mg prasugrel içerir. **Endikasyonları:** EFFIENT®, ASA ile birlikte, primer veya geç perkütan koroner girişim (PKG) ile tedavi edilecek akut koroner sendromlu (AKS) [ör. stabil olmayan angina ST-segment elevasyonu miyokard enfarktüsü (UA/NSTEMI) ya da ST-segment elevasyonu miyokard enfarktüsü (STEMI)] hastalarda aterosklerotik olayların önlenmesi için endikedir. **Pozoloji ve uygulama şekli:** EFFIENT® tedavisine 60 mg/lık tek bir yükleme dozu ile başlanmalı ve sonra günde bir defa 10 mg ile devam edilmelidir. EFFIENT® alan hastalar ayrıca her gün ASA (75 mg - 325 mg) almalıdır. EFFIENT® tedavisinin kesilmesinin klinik olarak endike olduğu durumlarda tedaviye 12 ay devam edilmesi önerilmektedir. Ağzdan alınır. EFFIENT® yemeklerden önce veya sonra kullanılabilir. **Yan Etkiler:** PKG planlanan akut koroner sendromlu hastalardaki güvenliği, klopidoğrel kontrolü bir çalışmada (TRITON) değerlendirilmiştir. Bu çalışmada 6741 hasta medyan 14.5 ay süreyle (60 mg yükleme dozu ve günde bir defa 10 mg idame dozunda) prasugrel almıştır (5802 hasta 6 ay ve 4136 hasta 1 yıldan uzun süre tedavi edilmiştir). Advers olay nedeniyle çalışma ilacının kesilme oranı prasugrel için %7.2 klopidoğrel içinse %6.3 olmuştur. Bunlardan, kanama her iki ilaç için de çalışma ilacının kesilmesine yol açan en sık görülen advers reaksiyondur (prasugrel için %2.5 ve klopidoğrel için %1.4). 60 kg'dan fazla olan ve 75 yaşın altındaki hastalarda CABG ile ilişkili olmayan TIMI majör kanama oranları prasugrel için %3.6, klopidoğrel için %2.8'dir. Fatal kanama oranları ise prasugrel için %0.2, klopidoğrel için %0.1'dir. İlacın bırakılmasından 7 günden sonra CABG ilişkili kanamaların tedavi gruplarında aynı olduğu gözlenmiştir. Ayrıca anemi, hematoma, epistaksis, gastrointestinal hemoraji, döküntü, ekimoz, hematüri, damara giriş yerinde hematoma, damara giriş yerinde hemoraji, kontüzyon yaygın olarak bildirilen yan etkilerdir. **İlaç Etkileşimleri:** EFFIENT®'in varfarin dışındaki kumarin türevleri ile birlikte kullanımı araştırılmamıştır. Kanama riskindeki artış potansiyeli nedeniyle, varfarin (veya diğer kumarin türevleri) ile EFFIENT® birlikte uygulanırken dikkatli olunmalıdır. EFFIENT® (statinler dahil) sitokrom P450 enzimleriyle metabolize edilen ilaçlarla veya sitokrom P450 enzimlerinin indükleyicileri veya inhibitörleri olan ilaçlarla birlikte uygulanabilir. EFFIENT® ASA, heparin, digoksin ve ayrıca proton pompası inhibitörleri ve H2 bloker gibi gastrik pH'yı yükselten ilaçlarla birlikte de verilebilir. EFFIENT® heparin ile birlikte kullanıldığında kanama riski artabilir. Prasugrel CYP2B6'nın zayıf bir inhibitörüdür. CYP2B6'nın tek metabolik yolak olduğu ve terapötik penceresi dar olan ilaçlarla birlikte prasugrel kullanımında bu etkinin klinik olarak ilişkisi muhtemeldir. **Kontrendikasyonları:** Etkin maddeye veya yardımcı maddelerden herhangi birine karşı aşırı duyarlılık; Aktif patolojik kanama; İnme veya geçici iskemik atak geçmişi (GIA); Ağır hepatik yetmezlik (Child Pugh sınıf C); 75 yaş üstü veya 60 kg altındaki hastalarda kullanılmamalıdır. **Uyarılar:** Faz 3 klinik çalışmada ana dışlama kriterine kanama riskinin artması, anemi, trombositopeni, patolojik kafa içi bulguları geçmişi dahil edilmiştir. Akut koroner sendromu olan ve EFFIENT® ve ASA ile perkütan koroner girişim (PKG) tedavisi gören hastalar TIMI sınıflandırma sistemine göre majör ve minör kanama riskinde artış göstermişlerdir. Bu nedenle, EFFIENT®'in artmış kanama riski olan hastalarda kullanımı, ciddi kanama riskine karşı iskemik olayların önlenmesindeki yararı fazlasıyla dikkate alınmalıdır. Bu endişe özellikle aşağıdaki hastalar için dikkate alınmalıdır: 75 yaş ve üzerindeki hastalar; kanama eğilimi olan hastalar (örn. yakın zamanda travma, yakın zamanda cerrahi operasyon, yakın zamanda veya tekrarlayan gastrointestinal kanama, aktif peptik ülser hastalığı, şiddetli karaciğer bozukluğu ya da orta ile şiddetli böbrek bozukluğu); ağırlığı 60 kg'ın altında olan hastalar; oral antikoagülanlar, klopidoğrel, nonsteroidal antiinflamatuar ilaçlar (NSAİ'ler) ve fibrinolitikler dahil kanama riskini arttıran ilaçların birlikte uygulanması. Prasugrelle terapötik deneyim böbrek yetmezliği (son dönem böbrek yetmezliği dahil) ve orta derecede karaciğer yetmezliği olan hastalarda sınırlıdır. Bu hastalarda artan kanama riski olabilir. Bu nedenle prasugrel bu hastalarda dikkatle kullanılmalıdır. Hastalar herhangi bir cerrahi girişim planlanmadan ve herhangi bir yeni ilaç almadan önce hekim ve diş hekimlerini prasugrel kullandıklarına dair bilgilendirilmelidir. Eğer hasta isteğe bağlı bir cerrahi operasyon geçirecekse ve antitrombotik etki istenmiyorsa, EFFIENT® cerrahiden en az 7 gün önce kesilmelidir. Koroner anatomisi tanımlanmamış ve acil CABG cerrahi olasılığı olan hastalarda prasugrel risk ve yararları dikkatle değerlendirilmelidir. Trombotik trombositopenik purpura prasugrel kullanımıyla bildirilmiştir. Nadir görülen kalıtsal galaktoz intoleransı, Lapp laktaz eksikliği olanlar ya da glikoz-galaktoz malabsorpsiyon problemi olan hastaların bu ilacı kullanmaması gerekir. Prasugrel alan hastalarda, klopidoğrel karşı hipersensitivite geçmişi olan hastalar dahil, anjiyodemi de içeren hipersensitivite reaksiyonları bildirilmiştir. Tienopridinlere karşı bilinen alerjisi olan hastaların hipersensitivite belirtileri için gözlenmeleri tavsiye edilir. **Doz Aşımı ve Tedavisi:** EFFIENT®'in aşırı dozu kanama zamanında uzamaya ve bunu izleyen kanama komplikasyonlarına yol açabilir. Prasugrel farmakolojik etkisinin geri dönüşürülmesine ilişkin veriler mevcut değildir; ancak, eğer kanama zamanının hızla düzeltilmesi gerekirse trombosit transfüzyonu ve/veya başka kan ürünlerinin transfüzyonu düşünülebilir. **KÜB onay tarihi:** 20 Şubat 2013 **Ruhsat tarih-no:** 28 Aralık 2012 – 135/20 **Satış Fiyatı:** 26 Şubat 2013 itibarıyla 115,43 TL'dir. Reçete ile satılır. Daha geniş bilgi için firmamıza başvurunuz. **Ruhsat Sahibi:** Daiichi-Sankyo İlaç Ticaret Ltd. Şti. Kar Plaza Kayisdagı Cad. Karaman Çiftlik Yolu No:47-E Blok Kat:3 34752 İçerenköy/Kadıköy-İstanbul Tel: 0216 577 65 05. www.daiichi-sankyo.com.tr



Daiichi-Sankyo

| www.daiichi-sankyo.com.tr



EFF.P69.10.14