

Davetli Editöryal Yorum / Invited Editorial

Risk ve dislipidemi

Risk and dyslipidemia

Dr. Sadi Güleç

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Tıp literatüründe önemli yeri olan ve en fazla sayıda atıf alan yazı türü olma özelliğini taşıyan meta analizler ilk kez 1970'li yıllarda yapılmaya başlanmış^[1] ve ilerleyen yıllarda inanılmaz bir popülerite kazanmışlardır.^[2] Bir çalışmanın verileriyle yetinmektense aynı konuda yapılan tüm çalışmaların sonuçlarını birleştirmenin daha büyük ve kıymetli bir bilgi sunacağı aşikar. Ancak seçilen çalışmaların yöntem olarak benzemesi, tercihen yakın yıllarda yapılmış olması, cinsiyet ve yaş aralığının benzer olması gibi özelliklere sahip olmasının önemi de büyük. Aksi takdirde elmalarla armutları birleştirip bir sonuca varma hatasına düşebiliriz. Öte yandan kanıt piramidinde meta-analizler en tepe noktada yer alırlar. Ancak bu hasta grupları arasında bilinen ve bilinmeyen tüm faktörlerin adil dağılım gösterdiği ve uzun süreli takip sonucunda sert sonlanım noktalarının kıyaslandığı randomize klinik çalışmaların meta analizleri için geçerlidir. Gözlemsel ve epidemiyolojik çalışmaların meta analizleri de literatüre önemli katkı sağlamakla birlikte hangi standartla hazırlanmalı ve değeri ne olmalı konusu halen tartışmaya açık bir konudur.

Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi'nin bu sayısında yer alan, Meral Kayıkçıoğlu ve ark.nın büyük emek harcayarak hazırladıkları Türkiye'deki dislipidemi prevalansı ve lipit değerleri konulu derleme ve meta analizi^[3] büyük bir beğeniyle okudum. Değerlendirme için sadece Türkiye'yi temsil gücü olan ve belli standartlara sahip çalışmalar seçilmiş. Yine de çoğu

analizde heterojenite oldukça yüksek görünüyor. Ayrıca araştırmacıların oluşturduğu yanlılık skoruna bakılınca bazı çalışmaların yüksek yanlılık skoruna sahip oldukları dikkat çekiyor. Bu kısıtlamanın farkında olarak verileri yanlılık skoruna göre ayrı ayrı sunmayı uygun görmüşler. Neticede veriler bir araya geldiğinde toplam kolesterol ortalamamız 185 mg/dL, LDL-kolesterol ortalamamız 113 mg/dL, HDL-kolesterol ortalamamız 47 mg/dL ve trigliserit ortalamamız 144 mg/dL olarak bulunmuş. Çalışmanın başlığında her ne kadar dislipidemi prevalansı ve lipit değerleri ifadesi yer almışsa da maalesef dislipidemi sıklığı, yani yüksek LDL-kolesterol, düşük HDL-kolesterol veya yüksek trigliserit değerinden en az birine sahip olan hasta oranı konusunda bilgi verilememiş. Trigliserit yüksekliğinin eşlik etmediği (izole) HDL düşüklüğü konusunda da bir bilgi sunulamamış. Sanırım bu durum araştırmacıların her çalışmaya ait bireysel verilere sahip olmamalarından kaynaklanmış.

Derlemeden gelen iyi haber LDL kolesterol ortalamamızın batı toplumlarına göre daha düşük olması. Böyle bakınca kolesterol düşürücü tedaviye daha az ihtiyacı olan bir ülke olduğumuz sonucuna varılabilir. Ancak, kolesterol düşürücü tedavi kararı bildiğiniz gibi sadece LDL kolesterol değerine bakılarak verilmiyor. Amerika Birleşik Devletleri'nde yayımlanan Ulusal Kolesterol Eğitim Programı Erişkin Tedavi Paneli 1'den (NCEP ATP-1)^[4] sonra kolesterol yüksekliğine yaklaşımda önemli değişiklikler oldu. Bugün



geldiğimiz noktada kardiyovasküler risk gruplarına göre değişen LDL hedeflerimiz var.^[5] Risk durumunun tedavi stratejisini belirlemede oynadığı etkin rol nedeniyle dislipidemi kavramının ciddi derecede değer kaybına uğradığı kanısındayım. Örnek vermek gerekirse güncel kılavuzlarda hiçbir risk faktörü olmayan ve LDL kolesterolü 175 mg/dL olan dislipidemik bir hasta için kolesterol düşürücü tedavi önerilmezken, LDL'si 80 mg/dL olan, HDL ve trigliserit değerleri de normal sınırlar içinde yer alan (yani dislipidemik olmayan) bir kalp damar hastasına tereddütsüz olarak statin önerilmektedir. Neticede risk durumunu bilmeden lipit değerlerini bilmemiz tedavi açısından bakınca pek bir anlam ifade etmiyor. Aslında lipit değerlerinin kendi başına tedaviyi belirlemiyor olması hastalar arasında da şüphe ve güvensizlik yaratıyor. Kan basıncı 160/100 mm Hg olan herkese tansiyon ilacı başlarken toplam kolesterolü 220 mg/dL olanların bazılarında kolesterol ilacı verip diğer bazılarında vermiyor olmamız hastalar için pek de anlaşılır olmazsa gerek.

Bu perspektiften bakınca dislipidemi sıklığından bahsederken beraberindeki risk faktörlerini bilmemek önemli bir eksiklik olarak yorumlanabilir. Türkiye'de erişkinlerin %29'unda LDL kolesterolünün 130 mg/dL'nin üzerinde olduğunu bilmek toplum bazında kolesterol ile mücadele stratejisi oluşturmak açısından elbette ki önemli. Ancak, risk gruplarına göre LDL ortalamasının kaç olduğunu, örneğin çok yüksek riskli olup da LDL kolesterolü 70 mg/dL'nin üzerinde olan kaç kişinin bulunduğunu bilmek daha da faydalı olurdu. Yakın zamanda yapılacak çalışmalarda bu bilginin de sorgulanması önemli katkı sağlayacaktır.

Eskiden lipitlerin sayıca artmış olmasının kalp hastalığına yol açtığı düşüncesiyle hiperlipidemi ifadesini sıkça kullanırdık. Sonra kalp damar hastalığı gelişiminde öncelikli olarak kolesterolün etkili olduğunu anladık ve hiperkolesterolemi ismini kullanır olduk. Ancak, HDL kolesterolün kanda artması, yani iyilerin artması da teknik olarak hiperkolesterolemi olduğundan bu kargaşaya son vermek adına dislipidemi terminolojisi ortaya atıldı. Dislipidemi lipit fraksiyonlarından bir ya da birden fazlasında artma ya da

azalmayı değil, istenmeyen bir değişiklik olma durumunu temsil ettiği için hızla kabul gördü. Bugün ise maalesef dislipidemi varlığı ya da yokluğu tek başına anlamını yitirdiğinden temsil gücü yüksek yeni bir isim arayışının gereği ortaya çıkmış görünüyor.

Benim isim önerim, "Risklipidemi".

Madem bizler tedavi kararı verirken hem lipit değerini hem de risk durumunu sorguluyoruz, o halde sadece lipit bozukluğunu temsil eden dislipidemi yerine neden hem lipit hem de risk durumunu temsil eden risklipidemi'yi kullanmayalım?

Risklipidemi var dediğimizde herkes kolesterol düzeyi + kardiyovasküler risk beraberliğinin tedavi gerektiren düzeyde olduğunu anlamış olur.

Bu sayede en azından dislipidemiye yaklaşım adı altında hiç de dislipidemik olmayan hastalara statin önererek yaşadığımız çelişkiyi ortadan kaldırmış oluruz. Ayrıca bu yeni ifadeyle kolesterol değerlerini yorumlarken risk profiline bakmanın olmazsa olmaz olduğunun altını bir kez daha çizeriz. Dahası hastalarla iletişimde bu kavramı kullanarak statinleri kolesterol tartışmalarının dışına taşır ve bu ilaçları sizin riskinizi tedavi etmek için kullanıyoruz deme şansını yakalarız.

Denemeye değmez mi?

KAYNAKLAR

1. Glass GV. Primary, secondary and meta-analysis of research. *Educational Researcher* 1976;5:3-8. [CrossRef]
2. Haidich AB. Meta-analysis in medical research. *Hippokratia* 2010; 1(Suppl 1):29-37.
3. Kayıkçıoğlu M, Tokgözoğlu L, Kılıçkap M, Göksülük H, Karaaslan D, Özer N, et al. Data on prevalence of dyslipidemia and lipid values in Turkey: Systematic review and meta-analysis of epidemiological studies on cardiovascular risk factors. [Article in Turkish] *Türk Kardiyol Dern Ars* 2018;46:556-74.
4. Report of the National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. The Expert Panel. *Arch Intern Med* 1988;148:36-69. [CrossRef]
5. Catapano AL, Graham I, De Backer G, Wiklund O, Chapman MJ, Drexel H, et al. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. *Eur Heart J* 2016;39:2999-3058.