

İlk multidisipliner sanal hastane

İstanbul Sağlık Müdürü, Türkiye'nin ilk ve tek multidisipliner sanal hastanesini Medical Tribune'e anlattı.

21



İlaç yan etkileri tartışıldı

Türk Farmakovijilans Derneği Başkanı Dr. Seyfullah Dağistanlı, 11. Dünya Farmakovijilans Kongresi'ni değerlendirdi.

22



Vertebra cerrahisinde düşük D vitamini seviyesi tedaviyi zorlaştırıyor



St. Louis Washington Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi uzmanları tarafından yapılan bir çalışmada, omurga cerrahisi geçiren hastalarda iyileşmelerini geciktiren en önemli nedenin D vitamini yetersizliği seviyesi olduğu belirtildi. Araştırmayı yapan ekipten Doç. Dr. Jacob Buchowski'ye göre, D vitamini kalsiyum absorpsiyonuna yardımcı olduğundan, bu maddenin yetersizliğinde hastaların yeni kemik dokusu üretmeleri zorlaşıyor. Bu durumdaki hastalar da osteomalazi riski altında.

18

Sağlık sektöründe 10 büyük trend

Frost & Sullivan, yapısal dönüşümlerin ana başlıklarını ortaya koyarak sağlık kurumları ile hasta ilişkileri, teşhis ve tedavi yöntemleri, farmakolojik yenilikler, kurumlararası ilişkiler ve bilgi teknolojilerinin sektöre yansımaları gibi gelişmeleri temel alan 10 büyük trendi masaya yatırdı. Ortaya çıkan tablo, sağlık sektöründe küresel anlamda yeni bir dönemin eşliğinde olduğumuzu gösteriyor. Analiz, kişiselleşen sağlık hizmetlerine, kişiye özel tedavi düzenine, yeni ilaç dağıtım mekanizmalarına ve uzaktan hasta takip araçlarına imkan sağlamanın yanı sıra, sağlığı koruyucu bir sisteme de beraberinde getiriyor.

Nadir görülen kardiyak kitleye cerrahi yaklaşım

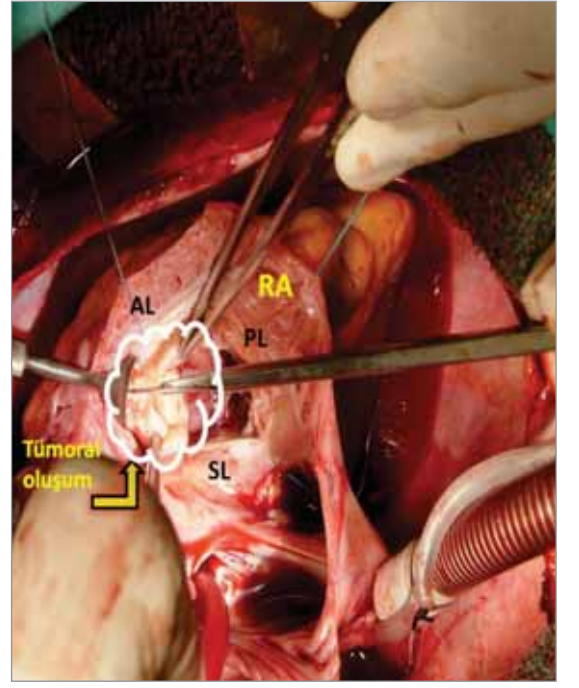
İstanbul Mehmet Akif Ersoy Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden Dr. Pınar Yazıcı, erişkin bir hastada sağ ventrikül disfonksiyonuna neden olan inflamatuvar myofibroblastik tümörlü olguya ilgili şu bilgileri verdi: "Çok nadir görülen bir tümör ve özellikle çocukluk çağında daha çok ortaya çıkıyor. Şimdiye ka-

dar 40-50 arası olgu bildirilmiş. Bizim vakamız erişkin olması açısından dikkat çekiciydi. Etiyolojisi henüz tam olarak belirlenmemiş, birkaç çalışma var bu konuda. Genelde sıklıkla sağ kalp özellikle atrium tutuluyor, lokasyona göre sempptomları oluyor, vakalarda tedavi cerrahi olarak iyi prognozda seyrediyor. Rekürrens olabiliyor, malign

transformasyon ise nadir gözüküyor.

Bizim burada özellikle vurgulamaya çalıştığımız kısım RV tümörlerinde eğer pulmoner arter basınçları uygunsuz ve eğer tümörde tam olarak rezeksiyon yapamıyorsak ya da rekürrens ihtimalini düşünürsak, sağ kalp by-pass prosedürleri de uygulanabilir."

4



Türk doktorun başarısı!

Bezmialem Üniversitesi Tıp Fakültesi doktorlarından Doç. Dr. Bayram Veyseller'in, tiroit cerrahisi üzerine yapmış olduğu araştırma, yabancı basında geniş yankı uyandırdı.

Doç. Dr. Bayram Veyseller çalışması hakkında şu bilgileri verdi: "Tiroidektomi sık bir operasyondur, fakat bu girişimde reküren larengeal sinir paralizisi ve hipoparatiroidizm gibi çok ciddi komplikasyonlar gelişebilir. Bu operasyon esnasında rekürrens sinir hasarı olguların %1-2'sinde görüldüğü bildirilmektedir.

Tiroidektomide sinir aranması esnasında dokuların aşırı zedelenmesi geçici ve kalıcı hipoparatiroidizme neden olabilir. Biz kliniğimizde yapmış olduğumuz çalışmada, sinir aranmasında iki farklı metot kullanarak bu yöntemlerin birbirine üstün olup olmadığı araştırdık.

Sinirin direkt larenkse girdiği noktadan saptanması yöntemi kullanılan hastalarda gerek sinir paralizisi, gerekse hi-

poparatiroidizm komplikasyonlarının daha az görüldüğü 195 hasta üzerinde yapılan araştırma ile ortaya kondu. Direkt olarak sinirin larenkse giriş noktasında saptanması ile cerrahinin daha pratik, kolay olarak yapılmasının yanı sıra ciddi komplikasyonlarından da hastayı koruyabiliyoruz."



Doç. Dr. Bayram Veyseller (soldan dördüncü)

Prostat kanserinden ölümlerin birçoğu artık önlenilebilir

Kanada Queens Üniversitesi NCIC Klinik çalışma grubu ile birlikte aynı üniversitenin Tıbbi Araştırma Konseyi tarafından ortak yapılan büyük bir çalışmanın sonuçları oldukça önemli bilgiler verdi. Çalış-

maya göre, prostat kanserli hastalarda tek başına hormon tedavisine oranla kombine radyoterapi ve hormon tedavisi, hastaların sürvi değerlerinde anlamlı bir düzelmeye sebep olmaktadır.

9



Troponin testi pozitif geldi... Şimdi ne olacak?

Manchester Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyovasküler Hastalıklar Bilim Dalı Öğretim Görevlisi Dr. Richard Body, troponinin tespit edemediği Akut Miyokard İnfarktüsünün (AMI) yüksek hassasiyet testleri kullanılarak ekarte edilmesi konusunda özellikle acil servis hekimlerinin ilgisini çekebilecek bilgiler verdi.

Acil serviste yapılması gerekenin, hastalığın kurallara uyup uymadığını araştırmaktan ziyade, riski sınıflamak olduğunu belirten Dr. Body, "Örneğin göğüs ağrısı ile başvuran ve EKG' sinde anterior derivasyonlarda ST segment elevasyonu ve inferior derivasyonlarda ST segment depresyonu olan bir hasta gördüğümüzde, bu hasta büyük olasılıkla AMI geçirmektedir, ancak bu AMI için bir kural değildir. AMI için EKG duyarlılığı da tanı bazında %90 civarındadır. Benzeri olarak da normal EKG'ye sahip bir hastanın AMI geçirme riski nispeten azdır ancak bu da hastanın AMI geçirmediğini doğrulamaz." diye konuştu.

18

Uydu SEMPOZYUM

Kalp Yetersizliği 12

Hipertansiyon 13

İçindekiler

Tıp

- ▶ Atrial fibrilasyona bağlı inmeden korunmada herşey değişiyor 6
- ▶ 2. MMOF Kongresi'nde yeni ilaçlar tanıtıldı 8
- ▶ Nilonitip KML'de yeni kazanımlar sağlamaya devam ediyor 9
- ▶ Dislipidemi Yönetimi Kılavuzu ne diyor? 10
- ▶ Çocuklarda süt dişi ihmal ortodontik bozukluğa neden oluyor16
- ▶ Kırmızı et tüketimi tip2 diyabet riskini artırıyor..... 18
- ▶ Türkiye'de çalışma saatleri esniyor 22

“Uluslararası 2. İstanbul Ürolitiazis Günleri” başlıyor

Üriner sistem taş hastalığı konusunun her yönüyle masaya yatırılacağı “Uluslararası 2. İstanbul Ürolitiazis Günleri”, 9-10 Aralık 2011’de İstanbul’da gerçekleştiriliyor.

İdrar yolları taş hastalığının dünyanın belli bölgelerinde ve ülkemizde çok sık rastlanılan bir hastalık olup, özellikle genç yaşlarda ortaya çıktığı zaman çok dikkatli takip ve tedavi gerektirdiğini belirten Sempozyum Düzenleme Komitesi Başkanı Prof. Dr. Kemal Sarıca, şu

bilgileri verdi: “Taş hastalığını sık tekrarlayabilmesi ve her yeni taş oluşumunda hem hastanın hayat kalitesini etkileyen belirtiler ortaya koyması hem de doğru tedavi edilmediği takdirde geriye dönüşsüz böbrek problemleri ortaya çıkarması açısından hastaların doğru teşhis, tedavi ve yakın takipleri büyük önem arz etmektedir. Bu hastalığın tedavisi konusunda önceleri açık cerrahi yöntemler ağırlıklı olarak uygulanmakta iken, son yıllarda teknolojik gelişmeler

ışığında endoskopik yöntemlerin uygulanması önem kazanmış ve hastaları çok daha kolay ve pratik bir şekilde tedavi edebilmek mümkün olmuştur. Ancak üzerinde önemle durulması gereken bir diğer nokta ise taşların vücuttan uzaklaştırılmasını takiben, yeniden taş oluşumunu engelleyebilmek amacıyla her hastayı çok detaylı bir şekilde incelemek ve bulgular ışığında gerekli diyet, ilaç tedavisini zamanında başlamak. Üriner sisteminde değişik yerlerinde olu-



Prof. Dr. Kemal Sarıca

şan taşların tedavisi ile bir yerde sadece semptomların ortadan kaldırılarak hastalığın kendisinin tedavi edilmediği gerçeği göz önüne alındığı zaman; uygulanan bu modern tedavilere ek olarak, taş oluşum mekanizmalarının, taş hastalığının ülkemizdeki yaygınlığının, metabolik değerlendirmenin, tedavi sonrası yeni taşların oluşumunu engellenmesi amacıyla medikal tedavi ve diet düzenlenmesi ile tüm bu konulardaki araştırma çalışmalarının da üzerinde durulması gereken önemli başlıklar olduğu bir gerçektir. Son yıllarda bu hastalığın tedavisi ile tam donanımlı merkezler oluşturulmakta olup bu merkezde bir arada çalışan ekipler tarafından her hasta yapılacak işlemler öncesi ve sonrasında çok yakın takip altında tutulmaktadır.”

Ülkemizde taş hastalığının tedavisi ile uğraşan üroloji uzmanlarının yanı sıra nefroloji, genetik ve diyet bilimi uzmanlarının da bu önemli konuya dikkatini çekebilmek için, “Üriner sistem taş hastalığını” bir bütün olarak her yönüyle konu edinecek bir bilimsel toplantının gerekli olduğuna inandığını belirten Prof. Dr. Sarıca, “Bu alanda düzenli olarak gerçekleştirilecek bir bilimsel etkinliğin ikincisini yapacağız. Bu toplantı söz konusu hastalık tanı, tedavi ve takip konusunda her yönüyle yurt içi ve dışından katılan konusundaki uzman hekimler tarafından tartışılacaktır. Ayrıca düzenlenecek canlı operasyon uygulamaları sayesinde de katılımcı üroloji uzmanları bilgi ve deneyimlerini arttırmak imkanını yakalayacaklardır.” diye konuştu.

MEDICAL TRIBUNE TÜRKİYE

İmtiyaz Sahibi:
Medical Tribune Yayıncılık Ltd. Şti. adına
Genel Direktör (Sorumlu):
Huriye Tibet
huriye@medical-tribune.com.tr

Yayın Koordinatörü:
Zuhal Demiralman
zuhal@medical-tribune.com.tr

Medikal Editörler:
Dr. Alp Aker
alp@medical-tribune.com.tr

Dr. Çağatay Tuğrul Özseçen
tugrul@medical-tribune.com.tr

Haber Editörü:
Ayşen Eliçin
aysen@medical-tribune.com.tr

Satış Koordinatörü:
Gönül Morgül
gonul@medical-tribune.com.tr

Reklam Müdürü:
Özgür Tuzcu
ozgur@medical-tribune.com.tr

Dağıtım/Abone:
Ecehan Özden
ecehan@medical-tribune.com.tr

Görsel Yönetmen:
Ezgi Suer
ezgi@medical-tribune.com.tr

Katkıda bulunanlar:
Hazal Demir

Adres:
Dereboyu Cad. Ayazağa Mah. Zağra İşmerkezi
B Blok No:1 34398 Maslak İstanbul
Tel: 0212-231 9990 Faks: 0212-231 0880
web: www.medical-tribune.com.tr
e-posta: info@medical-tribune.com.tr

Baskı:
APA Uniprint Basım Yay. San. ve Tic. AŞ.
Hadımköy-İstanbul / Tel: (0212) 798 28 40
ISSN 1307-2269 / Süreli Yayın

Nadir görülen kardiyak kitleye cerrahi yaklaşım

Türk Kalp ve Damar Cerrahisi Derneği'nin Aylık Bilimsel Toplantısı, Prof. Dr. Bingür Sönmez'in ev sahipliğinde Memorial Hatanesi'nde düzenlendi. İstanbul Mehmet Akif Ersoy Kalp-Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden Dr. Pınar Yazıcı'nın anlattığı, erişkin bir hastada sağ ventrikül disfonksiyonuna neden olan inflamatuvar myofibroblastik tümörlü olgu dikkat çekti.

Kardiyak tümörlerin, primer ve sekonder olarak ikiye ayrıldığını belirten Dr. Pınar Yazıcı, özellikle primerlerin çok nadir görülen tümörler olduğunu, otopsi seyirlerinde <math>< 3/10.000</math> olarak bildirildiğini ve benign tümörlerin de bu tümörlerin dörtte üçünü oluşturduğunu anlattı.

Primer kardiyak tümörlerin benign olanlarının; miksoma, papiller fibroelastoma, fibrom, lipom ve rabdomyom olmak üzere en sık görülenler olduğunu belirten Dr. Yazıcı şu bilgileri verdi: "Özellikle atrial miksoma en sık görülen kardiyak tümördür. Fakat genç popülasyonda daha çok rabdomyoma rastlanmakta. Bizim vakamız inflamatuvar myofibroblastik tümör (IMT) ise çok nadir görülen bir tümör. En çok akciğer ve GIS tutulumu olmaktadır. İlk kardiyak tutulum 1975'de bildirilmiş. Genelde kardiyak tümörlere bağlı semptomlar halsizlik, ateş gibi semptomlar olduğu için tanı gecikebilmekte bu hastalarda. Cerrahi tedavi genelde benign olanlarda rezektabl seyrediyor ve rekürrens %6 olarak bildiriliyor. Bizim olgumuz 33 yaşında bir erkek hasta, son 3 aydır devam eden nefes darlığı şikayetiyle doktora başvuruyor ve burada bir süre astım tedavisi alıyor. Fakat hastanın şikayetleri devam ediyor. Son bir ayda ek problemler geliyor (terleme, ateş, halsizlik gibi). Eforla dispnesi olunca hasta kardiyojiye yönlendiriliyor. Burada class III olarak değerlendiriliyor. EKG'sinde ve diğer takiplerinde bir problem görülüyor ama hastanın SpO₂'si %75 bulunuyor. Laboratuvar değerlerinde hafif bir lokosit artışı (WBC: 11500/mm³ (3,5-10 000/mm³) Hgb: 14.1 mg/dL, CRP: 67 mg/l, ESR: 80 mm/hr) gözleniyor. Fakat kliniğe yatırılarak yapılan ayrıntılı incelemelerde kültürleri (kan, idrar, balgam) negatif ve diğer tümör markerları da (CEA, CA125, CA199, AFP) negatif geliyor. Yapılan EKO'da ise hastanın EF'si %55, sağ ventriküle (RV) fikse boyutları 2.1x2.3 x3.0mm



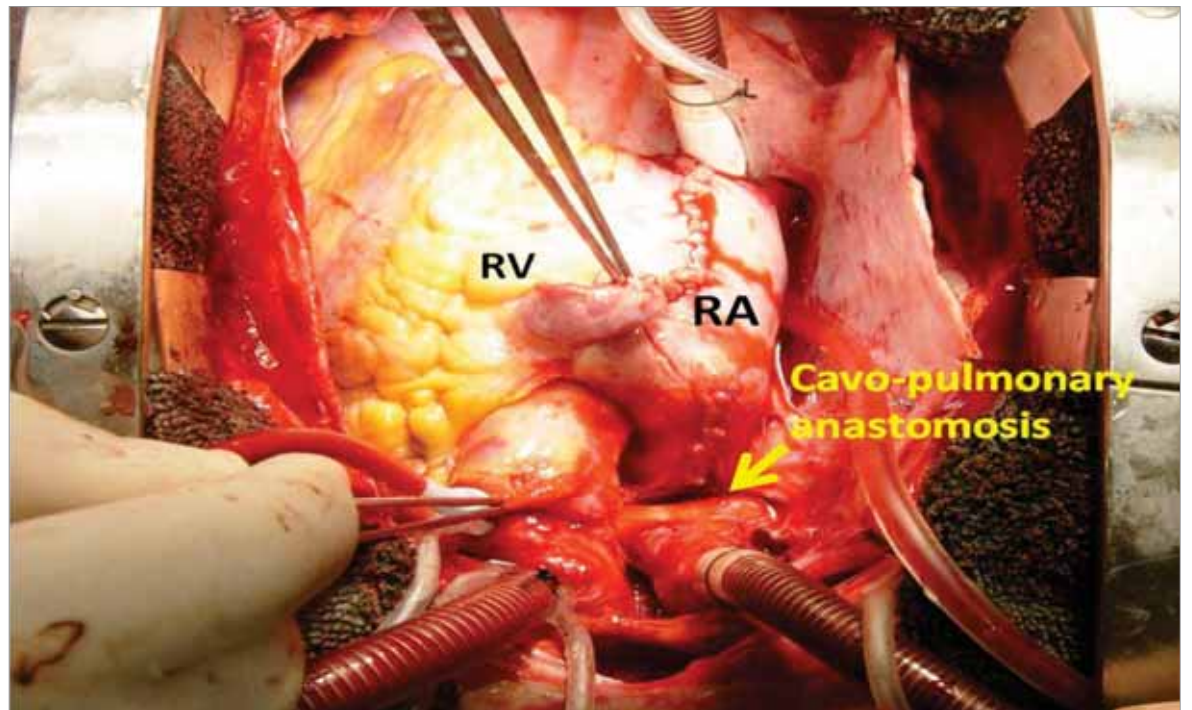
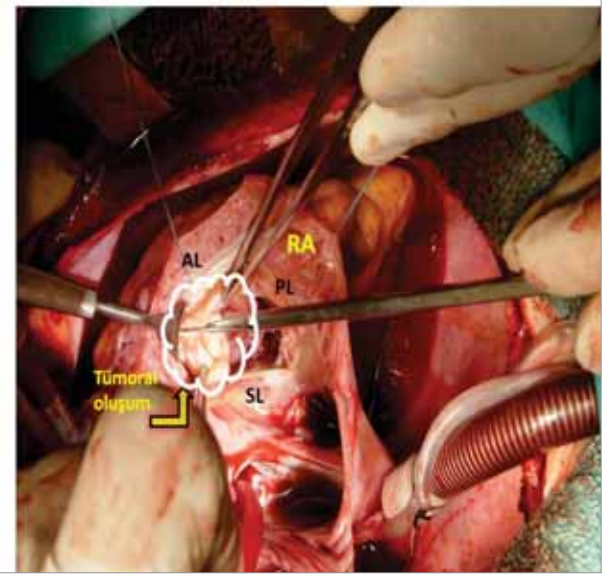
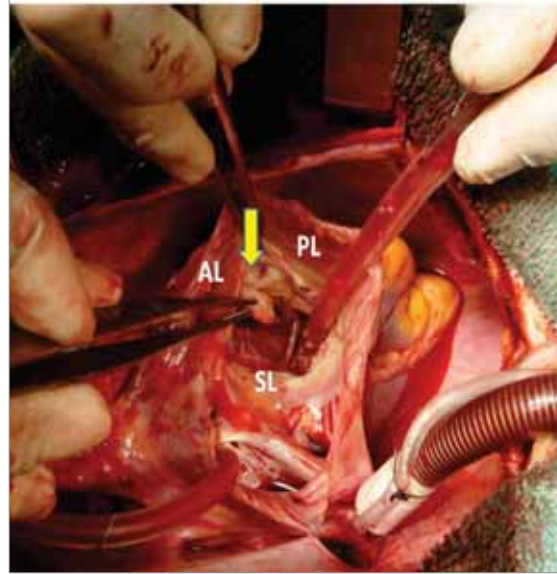
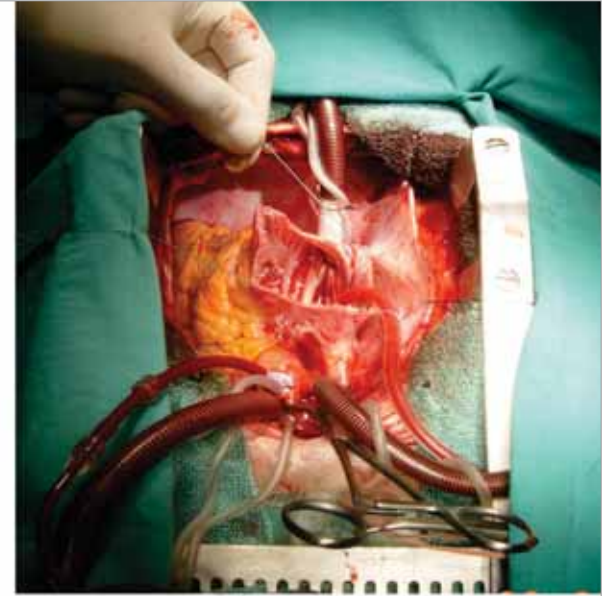
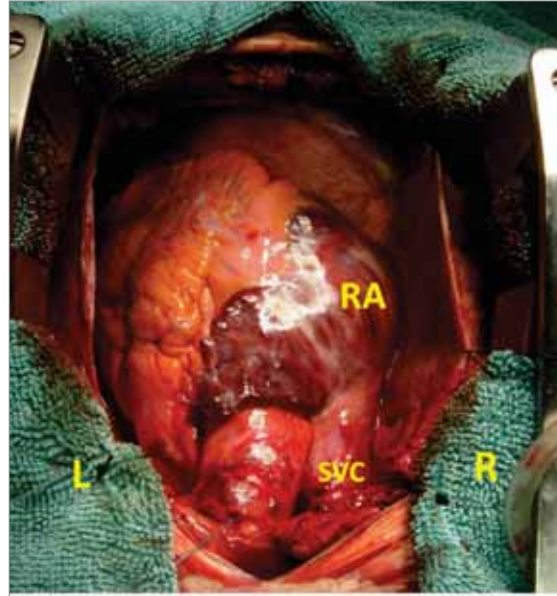
şekil 1

olan, myokard ile aynı ekojenitede, pedikülsüz kitleden bahsediliyor. Bu kitlenin konumuna baktığımızda trikuspid kapaktan başlayıp RV'ü doldurup RV outflow'a kadar ilerleyen, RV hipertrofisi yapmış, orta trikuspid regurjitasyonuna (TPAP: 35 mmHg) sebep olan, ayrıca yine septumda (IVS:7mm) sola deviasyon yaparak sol ventrikül (LV) dolusunda bozulmaya yol açan bir tümörden bahsediliyor (LAP-LVEDP yüksek). Patent foramen ovale de ek olarak sağ>sol shunt mevcut şeklinde bildiriliyor.

Teşhis aşamasının diğer bölümlerinde ise hastaya endomyokardial biyopsi yapılıyor ve lipomatoz hipertrofi ile myokard dokusu uyumlu geliyor. Malign beging ayrımı için yapılan kardiyak MR'da ise embriyonik kalıntı lehine değerlendiriliyor. Daha sonra hastada herhangi bir koroner anomali var mı ya da sağ kalp by pass operasyonuna ihtiyaç olacak mı diye peroperatif ek tetkik olarak sağ kalp katerizasyonu yaptırıldı. Koronerler normal, sağ kalp basınçları da: sistol 18, diastol 5 ve ortalama da 10 olarak bulundu ve herhangi bir by pass gerektiğinde uygulayabiliriz sonucu çıktı. Yine tomografisinde de trombüs şüpheli yaklaşık 3 cm bir lezyondan bahsedebiliriz.(şekil1)

Cerrahi tedavide hastaya perop TEE yapıldı. Yine aynı bulgularla karşılaştık. (RV içinde ileri derecede volüm azlığına yol açan ve RVOT uzanan kitle+PFO yoluyla RàL şant). Aortik bicaval venöz kanülasyon ile kardiyopulmoner by passa geçilerek (32° Hipotermi) sağ atrium girişi ile transvalvuler (trikuspid kapak) eksizyon (trikuspid kapak aparatına komşu bölgeler hariç) yapıldı, PFO kapatılarak bidireksiyonel kavapulmoner anastomoz yapıldı. Kontrolde TEE= RV volümünde artış, kontraksiyonlarında düzelme gözlendi (PAP: 11 mmHg, SpO₂: 100% (FiO₂:40%)) (şekil 2)

Postoperatif takipte ise 5. güne kadar herhangi bir problemimiz olmadı fakat 5. günde sağ plevral effüzyon oldu. Buradan torasentezle yaklaşık 1 lt seröz mayii drene ettik. Sonrasında hiçbir problem olmadı. Po 8. günde hastayı taburcu ettik. Patolojisi de yaklaşık 3cm çapında inflamatuvar myofibroblastik tümörle uyumlu geldi. Tanımızı destekleyecek immuno-



şekil 2

histokimyasal çalışma: CD34 (+), α -smooth muscle actin (α -SMA): (+), desmin (-), S100 protein (-), trombomodulin (-) olarak bulundu. (şekil 3)

Sonuç olarak çok nadir görülen bir tümör ve özellikle çocukluk çağında daha çok ortaya çıkıyor. Şimdiye kadar 40-50 arası olgu bildirilmiş. Bizim vakamız erişkin olması açısından dikkat çekiciydi. Etiyolojisi henüz tam olarak belirlenmemiş, birkaç çalışma var bu konuda. Genelde sıklıkla sağ kalp özellikle atrium

tutuluyor, lokasyona göre semptomları oluyor, vakalarda tedavi cerrahi olarak iyi prognozda seyrediyor. Rekürrens olabiliyor, malign transformasyon ise nadir görülebiliyor. Bizim burada özellikle vurgulamaya çalıştığımız kısım RV tümörlerinde eğer pulmoner arter basınçları uygunsa ve eğer tümörde tam olarak rezeksiyon yapılmıyorsa ya da rekürrens ihtimalini düşünüyorsak, sağ kalp by pass prosedürleri de uygulanabilir."



şekil 3

AF'ye bağlı inmeden korumada her şey değişiyor

25 yıllık çok uzun bir bekleme sonrası artık daha etkili, daha güvenli ve kullanımı kolay bir tedavi var. Boehringer Ingelheim'in davetlisi olarak Türkiye'ye gelen RELY çalışmasının baş araştırmacısı Dr. Stuart James Connolly, atriyal fibrilasyon ile ilgili sorularımızı yanıtlarak profilaktik tedavideki gelişmeleri değerlendirdi.

MT: Atriyal fibrilasyon konusunda uluslararası bir fikir lideri olarak atriyal fibrilasyonun neden önemli olduğunu anlatır mısınız?

AF her şeyden önce, ülkeye göre değişmekle birlikte, hastaların %0.51'inde gördüğümüz, yaygın bir kalp hastalığıdır. Türkiye'de muhtemelen %0.5, çünkü Türk toplumu genç bir toplum, ama bazı ülkelerde daha yaygın. AF çok önemli bir inme nedenidir. Karşılaştığımız her 6 inme vakasından biri doğrudan AF ile ilişkilidir. Yaşlı hastalarda tüm inmelerin %20'den fazlası AF'den kaynaklanmaktadır. İnme Batı ülkelerinde ve muhtemelen Türkiye'de de ikinci en önemli ölüm ve maluliyet nedenidir. İnme acı verici bir durumdur. Hastaların çoğu kötü durumdadır.

MT: AF ve AF'ye bağlı inmenin yol açtığı sorunlardan söz eder misiniz?

Esas olarak, dediğim gibi, AF bir majör inme nedenidir. Tüm inmelerin en az altıda birinden sorumludur. AF'ye bağlı inmenin en önemli özelliklerinden biri önlenemez olmasıdır. Etkili tedavilerimiz mevcut. Ancak elimizdeki ilaçlar vitamin K antagonistleri ve onlardan biri olan varfarin. Bu ilaçlar etkili ama kullanılmıyorlar. Bu ilaçtan yarar görebilecek AF hastalarının yalnızca küçük bir yüzdesi bu ilaçları kullanabiliyor, çünkü bu ilaçların kullanılması zor. Hastalara ilacı verip bir yıl sonra gelmelerini söyleyemiyoruz. Hastalar ilacı kullanırken kan düzeylerini kontrol ettirmeli, kan düzeyi yüksekse doz düşürülmeli, düzey düşükse doz artırılmalı. Üstelik bunu her ay yaptırmanız. Birçok hasta için bu değişiklikler sürekli yapıl-

mak zorundadır. Bu çok zordur, bu nedenle de hastalar ilaca devam etmiyor, bazen de doktorlar hastayı yeterince yönlendirmiyor.

Özetle inmeye bağlı büyük sorun şudur: inme önlenemez bir durum, elimizde antikoagülanlar mevcut ama bunların kullanımı zor.

MT: Mevcut tedavilerle ilgili ne düşünüyorsunuz? AF hastalarının neye ihtiyacı var?

Kuşkusuz daha iyi antikoagülanlara! Herkes ya da neredeyse herkes tarafından kullanılabilir, takip gerektirmeyen antikoagülanlara ihtiyaçları var. Bu 25 yıldır kabul edilen büyük bir ihtiyaç ve yalnızca birkaç aydır kullanımı kolay bir seçeneğimiz var: Dabigatran. Ayrıca gelmek üzere olan kullanımı kolay ve çok etkili başka ilaçlarımız da var. En büyük gereksinim herkese verilebilecek, kolayca kullanılabilir ve takip gerektirmeyecek bir tedavi.

MT: RELY çalışmasının baş araştırmacısı olarak bize bu çalışma ile bilgi verir misiniz?

RELY çalışması, yeni ilaç dabigatranın eski ilaçlar kadar iyi olup olmadığını değerlendirmek üzere tasarlanmıştır, çünkü eski bir ilaç olan varfarin gayet etkiliydi ama kullanımı güçtü. İyi kullanılabildiğinde iyi sonuç vermektedir. RELY çalışmasının hedefi de dabigatranın varfarin kadar etkili olduğunu göstermekti. Yeni ilaç olan dabigatranın varfarinden daha etkili olduğunu saptadık. Dabigatranın varfarinden daha etkili ve kullanımı kolay bir ilaç olduğunu görmek doğrusu büyük sürpriz oldu.

Bu çalışma 18.000 hastayı kapsayan, 2 yıl süren ve 44 ülkede titizlikle yürütülen büyük bir çalışmaydı. Sonuçlar, dabigatranın inme riskini varfarine göre %35 daha fazla düşürdüğünü, yaşamı tehdit edici kanamaları azalttığını ve kolay kullanıma sahip olduğunu gösterdi. Biz buna "üçlü kazanç" diyoruz: daha etkili, daha güvenli ve kullanımı daha kolay. Bu büyük bir gelişme. Sanıyorum önümüzdeki on yıl içinde varfarin kullanımı muhtemelen sona erecek. Şu an için ülkeler sağlık harcamalarını sınırlandırmak amacıyla yeni bir tedavinin maliyetini karşılamak istemiyor ve doktorların da yeni bir tedaviye geçmek için zamana ihtiyaçları var. Ancak şu açık ki önümüzdeki yıllarda dabigatran ve diğer tedaviler varfarinin yerini alacak ve bu ilaç artık kullanılmayacak ya da nadiren kullanılacak, çünkü artık daha iyi tedavilerimiz var ve daha iyi bir



Dr. Stuart James Connolly

tedaviye geçtikten sonra kimse geriye dönmeyecektir.

MT: Bu çalışmanın sonuçlarının AF hastaları için önemi nedir?

Kullanımı kolay tedavilerimiz var artık ve bugün Türkiye'de de varfarin kullanmayan pek çok hasta var ve bunlar çok yüksek AF'ye bağlı inme riski altındalar. Eğer AF'niz varsa, 75 yaşındaysanız ve hipertansiyon hastasıysanız ki bu çok yaygın bir durumdur antikoagülan kullanmadan inme riskiniz yılda %5'tir, yani 5 yıllık riskiniz %25'tir. Bugün Türkiye'de pek çok inme vakası var çünkü iyi bir antikoagülan yok. Dolayısıyla iyi haber şu ki: daha önce antikoagülan alamayan ya da kullanım zorluğu nedeniyle bırakan hastalar artık kullanımı kolay bir antikoagülana sahip. Sadece iyi değil, varfarinden daha iyi bir tedavi: daha etkili, daha güvenli ve kullanımı daha kolay. Böylece birçok inme vakası önlenebilecek, birçok yaşam kurtarılacak.

RELY Çalışması:

Atriyal fibrilasyon hastalarında varfarine kıyasla dabigatran

Connolly SJ et al.

Arka plan: Varfarin atriyal fibrilasyon hastalarında inme riskini azaltmakta ancak kanama riskini artırmaktadır ve kullanımı güçtür. Dabigatran yeni bir oral direkt trombin inhibitörüdür.

Yöntem: Bu çalışmada inme riski taşıyan 18.113 atriyal fibrilasyon hastası günde iki kez 110 mg ya da 150 mg dabigatran veya varfarin almak üzere randomize edildi. Medyan izlem dönemi 2 yıldır. Primer sonlanım noktası inme ya da sistemik embolizmdi.

Sonuçlar: Primer sonlanım sonuçları varfarin grubunda yılda %1.69, 110 mg dabigatran alan grupta %1.53 (RR: 0.91, p<0.001) ve 150 mg dabigatran alan grupta %1.11 (RR: 0.66, p<0.001) oldu. Yıllık majör kanama oranları varfarin grubunda %3.36, 110 mg dabigatran grubunda %2.71 (p=0.003) ve 150 mg dabigatran grubunda %3.11'di (p=0.31). Hemorajik inme oranı varfarin grubunda yılda %0.38 iken, 110 mg dabigatran grubunda %0.12 (p<0.001) ve 150 mg dabigatran grubunda %0.10 (p<0.001) idi. Mortalite oranı varfarin grubunda yılda %4.13 iken, 110 mg dabigatran grubunda %3.75 (p=0.13), 150 mg dabigatran grubunda ise %3.64'tü (p=0.051),



Prostat kanserinden ölümlerin birçoğu artık önlenabiliyor

Kanada'nın Kingston Bölgesinde Queens Üniversitesi NCIC Klinik çalışma grubu ile birlikte aynı üniversitenin Tıbbi Araştırma Konseyi tarafından ortak yapılan büyük bir çalışmanın sonuçları oldukça önemli bilgiler verdi. Çalışmaya göre, prostat kanserli hastalarda tek başına hormon tedavisine oranla kombine radyoterapi ve hormon tedavisi, hastaların sürvi değerlerinde anlamlı bir düzelmeye sebep olmaktadır.



Prof. Dr. Padraig Warde

KINGSTON- İngiltere'de her yıl yaklaşık 10.000 erkek hasta prostat kanserinden ölmekte. Bu sayı, prostat kanserini akciğer kanserinden sonra erkeklerde ikinci "en sık ölüm nedeni" haline getiriyor. Çalışma, radyoterapinin bu kişilerin yaşam beklentisini artırmak ve prostat kanserinden ölümü azaltmak üzerindeki şimdiye kadar fazla bilinmeyen rolünü araştırmak üzere planlandı.

Bu randomize kontrollü çalışmada, İngiltere ve Kanada ağırlıklı olmak üzere 1995-2005 yılları arasında lokal ilerlemiş, prostat kanseri tanısı almış, 1205 erkek hastanın bilgileri kullanıldı. Bu hastalardaki kanser hücreleri prostat yüzeyinin dışına çıkmış ancak daha fazla ilerlememişti. Hastaların %50'si standard ilaç tedavisi olarak hormon tedavisi almakta, kalan %50'si de aynı hormon tedavisine ilaveten radyoterapi aldı.

Çalışma sonrası yapılan açıklamada, sonuçların hayli cesaret verici olduğu, radyoterapinin bu bölgedeki etkilerinin minimal olduğu ve bunun memnun edici bir gelişme olduğu vurgulandı. Tüm dünyada klinisyen ve araştırma görevlilerinin rahatlıkla radyoterapi kullanabileceğine dikkat çeken araştırmacılar, hastanın radyoterapi öneren hekimine güvenmesini de salık vermekte. Araştırma Şefi Princess Margaret Hastanesi Radyasyon Onkolojisi uzmanlarından Prof. Dr. Padraig Warde de, çalışmanın gösterdiği kadarı ile kombine hormon ve radyasyon tedavisinin tek başına hormon tedavisine oranla genel sağkalımda %23 ve hastalık spesifik sağkalımda ise %43' lük bir gelişme sağladı-

ğını, bu rakamların son derece ümit verici olduğunu, bu sonuçlar temel alınarak artık hormon tedavisine radyoterapinin eklenmesinin bir tedavi standardı haline gelmesi ge-

rektiğini belirtti.

Araştırmacılarından Prof. Dr. Max Parmar ise, bu çalışmaya benzer başka büyük çalışmaların da başlatıldığını ve tedavilerin mümkün olan en



doğru kanıtla dayalı olarak planlanması gerektiğini, prostat kanserli hastaların radyoterapiden fayda görüp görmeyecekleri konusunda bu

çalışmada verilen cevabın artık bu hastalığın "tedavi edilebilir" olarak görülmesinde önemli rol oynayacağını belirtti.

2. MMOF Kongresi'nde yeni uygulamalar ve ilaçlar tanıtıldı

Türk ve Yunan onkologların ortaklaşa kurduğu MMOF tarafından İstanbul'da gerçekleştirilen 2. MMOF (Akdeniz Çok Disiplinli Onkoloji Forumu) Kongresi'nde öne çıkan konuları, MMFO Başkan Yardımcısı ve Kongre Başkanı Prof. Dr. Haluk Onat ve Bilimsel Komite Başkanı Prof. Dr. Nil Mandel Medical Tribune'e değerlendirdi.

Prof. Dr. Haluk Onat, kongrede öne çıkan gelişmenin, malig melanom hastalığında ortaya konduğunu belirterek şunları söyledi: "Melanom onkolojide en zorlu hastalıklardan biridir ve yıl-

lardır tedavisinde hiçbir gelişme yoktu. Kullandığımız ilaçlarla başarı oranı son derece düşüktü ancak 2011 yılı onkolojide bu hastalığın yılı oldu. Bu kongrede çok değerli üç uzmanın da anlattığı gibi,

iki yeni ilaç kullanıma girdi. Bu ilaçlar çalışmaları tamamlandıktan sonra Ağustos 2011 tarihinde FDA onayı almış yeni ilaçlardır ve adeta melanomun makus talihini yenmişlerdir. Gelecek için de umut verici çalış-

malar sürdürülüyor. Bu yeni ilaçlardan ipilimumap, bağışıklık sistemini güçlendiren bir ilaçtır ve kemoterapi ile birlikte verildiğinde, yalnızca kemoterapiden daha üstün olduğu bulunmuştur. İkinci yeni ilaç hedefe yönelik bir ilaç olan verafenamid'dir. Braf mutasyonu dediğimiz, tümörün kendisinde olan genetik bir bozukluktan kaynaklanan hastalığı olanlarda etkilidir, braf mutasyonu olmayan hastalarda bir etkisi yoktur. Braf mutasyonu, kanser hücre gelişimi ve çoğalma-

sındaki sinyal ileti yollarından biri ile ilgilidir. Verafenamid'in bu hastalarda inanılmaz yararları olduğu görülmüştür. Malign melanom tanısı konmuş ileri dönem hastalarda braf mutasyonu da varsa bu ilaç kullanılmaktadır, braf mutasyonu yoksa ipilimumap kullanılması gerekir. Bu yeni ilaçlara erken erişim programı ile ulaşılabiliyor. Bunun yanı sıra, erken dönemde (ameliyat olmuş ve metastas yapmamış) yüksek riskli hastalarda adjuvan olarak interferon tedavisi artık tartışmasız yerine oturmuş standart bir tedavidir."

Prof. Dr. Onat, bu kongrenin özelliklerinden birinin de ilk kez dış hekimlerinin bir onkoloji kongresine davet edilmeleri olduğunu söyleyerek şu bilgileri verdi: "Kanserli hastaların ağız içi sorunları var ve bunlar; ağız içi kanserleri, ilaçlar ve radyoterapinin yaptığı ağız içindeki yaraların bakımı ve tedavi edilmesidir. Bugüne kadar bu sorunların tedavisi biz onkologlar tarafından yapılıyordu. Dünyada bu uygulama değişti ve bu sorunlarla artık dış hekimleri ilgileniyor. Türkiye'de de bu uygulamaları gerçekleştiren dış hekimlerini konuşmacı olarak davet ettik ve ülkemizde bu uygulamaların artmasını diliyoruz."

Prof. Dr. Nil Mandel ise, Akdeniz ülkelerinde en sık görülen kanserlerle ilgili yeniliklerin tartışıldığı bir program oluşturduklarını ve kongrenin amacına ulaştığını söyleyerek şu bilgileri verdi: "Melanom gibi böbrek kanseri de koruyucu tedavisi olmayan ve her zaman tetikte beklediğimiz bir kanser türüdür. Kemoterapiye dirençli bir kanser türü olan böbrek kanserinde de yeni tedaviler ortaya çıktı. Bu alanda 1. basamakta kullandığımız ilaçlar vardı, şimdi 2. basamakta, ileti yollarını bloke eden ilaçlar var. Bu sayede hücrenin çoğalması, yeni damar yapması engellenebiliyor ve hastalık kontrol altına alınabiliyor. Ancak bu tümörlerin hepsi çok akıllı, ilaçlara bir süre olumlu yanıt verdikten sonra çok hızlı biçimde yeni dirençli hücreler ortaya çıkıyor. Bu dirençli hücrelerin tedavisinde hücrelerin sinyal ileti yollarındaki blokajı sağlayabileceğimiz bir hedef ortaya çıktı. Bu hedefi bloke eden ilaçlar alternatif olarak önümüze çıktı. Hastalar direnç kazanınca (progrese dirençli hücreler ortaya çıkana kadar ya da yeni metastazlar görülene kadar) atemizol adlı ilacı kullanabiliyoruz. Daha önce erken erişim programı ile ulaşılan bu ilaç artı geri ödeme onayını aldı ve yasal olarak kullanabiliyoruz."

Nilotinib, KML'de yeni kazanımlar sağlamaya devam ediyor

37. Ulusal Hematoloji Kongresi kapsamında, Novartis'in katkılarıyla düzenlenen sempozyumda Philadelphia kromozomu pozitif kronik miyeloid lösemide (KML) son gelişmeler ve tedavi seçenekleri masaya yatırıldı. Konuşmacılardan Fransa Bordeaux Üniversitesi'nden Dr. Francois X. Mahon ve İtalya Bologna Üniversitesi'nden Dr. Gianantonio Rosti, yeni nesil tirozin kinaz inhibitörü nilotinibin, KML'de uzun süreli faydaları konusunda birleşti.

ANKARA- KML hastalığının tedavisinde son yıllarda büyük yol katedildiğini belirten Fransa Bordeaux Üniversitesi'nden Dr. Francois X. Mahon, bu ilerlemeye paralel olarak tedavideki amaçların da güncellendiğini belirtti. KML ile mücadelenin ilk zamanında tedavide hematolojik parametrelere bakıldığı, sonrasında sitogenetik düzeye inildiği, günümüzde ise hastalığa neden olan Bcr-Abl geninin moleküler düzeyde takip edilebildiğini aktardı. Piyasadaki 2. jenerasyon tirozin kinaz inhibitörlerinden nilotinibin, imatinib tedavisine olan üstünlüğüne dikkat çeken Dr. Mahon, özellikle nilotinibin, 24 aylık tedavi sonrası %71 gibi bir oranda Majör Moleküler Yanıt sağladığını belirtti.

Gelecekteki hedef tam yanıtı korumak olmalı

Gün geçtikçe KML tedavi çıtasının yükseldiğini belirten Dr. Mahon, bundan sonraki hedefin ise ilaç kesildikten sonra bile yanıtı korumak olduğunu söyledi ve bununla ilgili EUROSKI (Europe Stop Tyrosine Kinase Inhibitors) projesinden bahsetti.

Nilotinib çok daha selektif

Nilotinib çıktığından beri ilaçla ilgili önemli çalışmalarda bulunan İtalya'daki Bologna Üniversitesi'nden Dr. Gianantonio Rosti ise, KML tedavisindeki yeni planlarının tedaviye daha hızlı cevap ve tek ilaca olan bağımlılığı azaltmak olduğunu vurguladı. İnsan tirozin kinaz geninin çok büyük bir aile olduğunu ve KML'deki sıkıntının aslında bu ailenin sadece ufak bir bölümünden kaynaklandığını belirten Dr. Rosti, nilotinibin piyasadaki muadilleri imatinib ve dasatinibden çok daha selektif bir ilaç olduğunu ve bununla birlikte en az onlar kadar güçlü etkinlik gösterdiğini söyledi. Dr. Rosti, tedavi seçiminde tüm klinisyenlerin kendi tecrübelerini, hastaların durumlarını da göz önünde bulundurmaları gerektiğini belirtti.

Tedavide önemli olan ilk 6 ay



Dr. Francois X. Mahon

Hastalığın her hastada, söz konusu gende olan mutasyondan aynı süre sonra belirti vermeyebileceğinin altını çizen Dr. Rosti, bazı hastalarda kliniğin hastalık başlangıcından hemen sonra bazılarında ise aylar sonra bulgu verebileceğini söyledi. 'Gece Dönemi' olarak adlandırdığı bu dönemin ne kadar uzun olduğunu şu anki olanaklarla bilmenin mümkün olmadığı ve bu yüzden tedaviye erken cevabın, tedavi gidişatını etkileyen en önemli faktör olduğunu belirten Dr. Rosti, tedaviye 6. ayda cevap verenlerin 24. ayda cevap verenlere oranla anlamlı ölçüde iyi gidişat gösterdiğini vurguladı. Nilotinib tedavisi ile hastaların %80'e yakın oranda ilk 6 ay içinde cevap verdiğini açıklayan Dr. Rosti, bu faktör sayesinde nilotinibin KML tedavisini bir adım daha öteye götürdüğünü söyledi.

İlerlemeyi de önüyor
Nilotinibin, yeni teşhis konan hastalarda tam şifa sağlamanın yanı sıra, hastalıktan uzun süredir muzdarip olanlarda da ilerlemeyi önlediğini söyleyen Dr. Rosti, kendisine göre nilotinibin imatinibe olan en önemli üstünlüğünün çok daha hızlı cevap vermesi ve intolerans ve nüks gibi sıkıntılarının daha az görülmesi olduğunu söyledi.

Direnç gelişmiyor

Dr. Rosti ayrıca hızlı ve güçlü yanıt elde etmenin var olan kanser hücrelerindeki mutasyon riskini düşürdüğü ve bu sayede direnç gelişme olasılığının çok daha aza indirdiğini belirtti.

Hayat standartlarını yükselten bir ilaç: Nilotinib

İmatinibin ilk çıktığında mucize olarak nitelendirildiğini, o zamanki koşullarda gerçekten de mucize olduğunu belirten Dr. Rosti, 'Aslında imatinib hastalarda göreceli olarak iyilik hali sağlıyor, özellikle genç nüfusta hiçbir zaman hastalık öncesi şikayetsiz hale döndürmüyordu' dedi. Özellikle vücut ağrıları ve psikolojik şikayetlerin devam ettiğini söyleyen Rosti, nilotinibin daha az yan etkiye neden olması sayesinde fark yarattığını ve tedavi sürecinde oluşabilecek özellikle düşük ve orta derece hiperbilirubinemi



Dr. Gianantonio Rosti

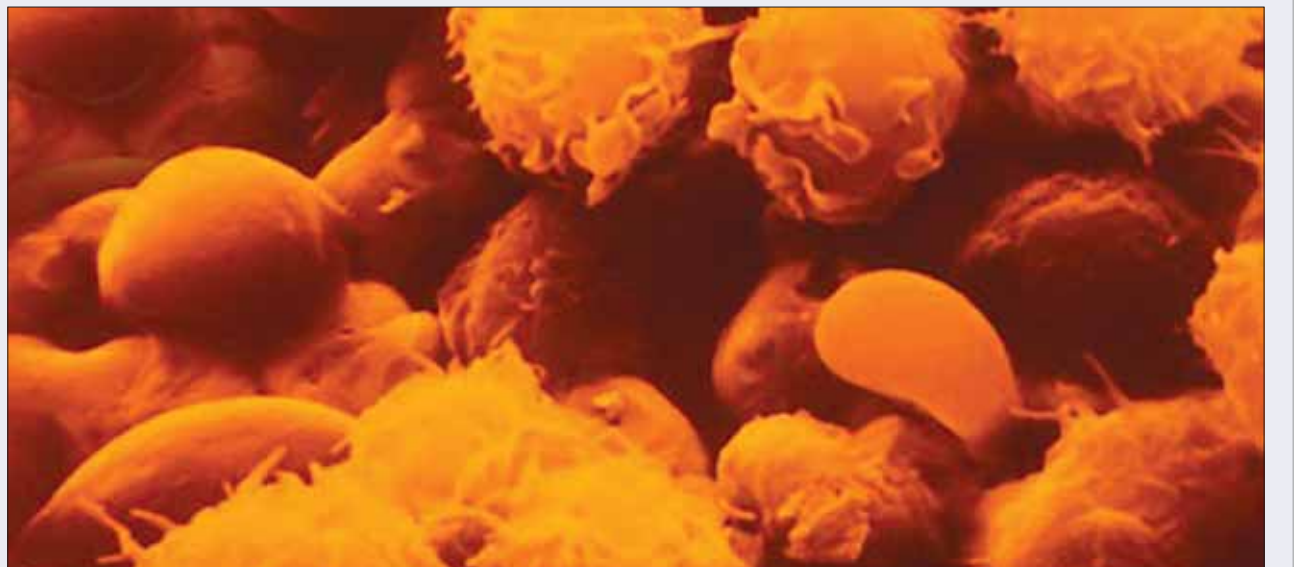
gibi yan etkilerin tedaviye ara vermeyi gerektirmediğini belirtti.

Yan etkileri nedeniyle ilacı bırakmamak gerekiyor

Sözlerine İtalya'da yapılan çalışmayla devam eden Rosti, çalışmaya katılan 73 hastadan sadece 6'sının ilacı bıraktığı ve bu 6 hastanın da 4'ünün ilaç yan etkilerini tolere edemediği için ilacı bıraktığını belirtti. Rosti, "Haziran 2007 ile Şubat 2008 arasında İtalya'da bulunan 18 merkezde 73 hasta çalışmaya kaydedilmiştir. Bu hastalar günde iki kere 400 mg nilotinib ile tedavi edilmiş ve üç yıl boyunca takip edilmiştir. Buna göre; hastaların %92'sinin ilaca devam ettiği, %97'sinde majör moleküler yanıtın ve %70'inde tam moleküler yanıtın elde edildiği görüldü" diye konuştu. Dr. Rosti, ilacın kar/zarar oranını göz önünde bulundurmamak koşuluyla çok ciddi seviyeye ulaşmayan yan etkilerin, nilotinib tedavisini kesme nedeni olmaması gerektiğini sözlerine ekledi.

İnterferonların eski rolü kalmadı

İnterferon alfanın kombine tedavide önemli rolü olduğunu belirten konuşmacılar, 2. jenerasyon tirozin kinaz inhibitörlerinin tek başlarına yeterli etkinlik sağladığını, bu yüzden kombine tedaviye ihtiyaç duyulmadığını söylediler.



Venöz yetmezlikte endovenöz yaklaşımların önemi giderek artıyor

İnsanlık tarihi kadar eski olan varis sorununun, M.Ö. 1600'lü yıllarda Ebers papirüslerinde tanımlandığını belirten Anadolu Sağlık Merkezi'nden Doç. Dr. Yavuz Enç, varis tedavisinde uygulanan endovenöz yaklaşımlar ile ilgili bilgi verdi



Doç. Dr. Yavuz Enç

Varis sorununun genellikle hayati önem arz etmese de; yaşam kalitesini düşürdüğünü ve ciddi kozmetik sorunlar yarattığını belirten Doç. Dr. Yavuz Enç, "En basit tanımla varis, özellikle bacaklarda toplar damarların genişlemesi şeklinde ortaya çıkan ve insana özgü bir hastalıktır. Genel anlamda büyüklükleri ve cilde yakınlıklarına göre üç tür varis vardır. Bunlar; Variköz venler: Ciltten belirgin çıkıntı yapan, çapları 4-15 mm arasında değişen varislerdir ve çoğunlukla büyük bir yüzeyel toplar damarlardaki kapak yetmezliğine bağlı olarak oluşur. Retiküler venler: Ciltten hafif çıkıntı yapan, yeşil-kırmızı renkli, 2-4 mm arasında değişen genişlikteki varislerdir ve çoğunlukla daha küçük bir yüzeyel toplardamardaki kapak yetmezliği sonucu oluşur.

Spider venler: Ciltten çıkıntı yapmayan, çapları 1-2 mm'den küçük olan kırmızı-mor renkli varislerdir ve çoğunlukla bir ya da birkaç küçük yüzeyel toplardamardaki kapak yetmezliği sonucu oluşurlar."

Tedavide uygulanan yöntemler

Retiküler venler ve spider venlerin, genellikle poliklinik şartlarında uygulanabilen skleroterapi ve yüzeysel lazer gibi kozmetik yöntemlerle halledilebildiğini belirten Doç. Dr. Enç, şöyle devam etti: "Variköz venlerde ise klasik cerrahi yaklaşım büyük safen veninin stripping'i ve ambulatuvar flebektomidir. Bu yöntemde küçük cerrahi kesiler yardımıyla ayak bileğinden kasiğa kadar uzun ve geniş toplardamar kesimleri çıkarılabilmektedir. En önemli dezavantajları bölgesel veya genel anestezi altında uygulanabilmesi ve en azından 1-2 gün hastanede yatma zorunluluğu bulunmasıdır. Bu damarların çıkarılması bacak dolaşımını olumsuz yönde etkilemiyor olsa da yöntem artık nadir olarak kullanılmaktadır. Bu nedenle günümüzde venöz yetmezlikte ideal tedavinin,

lazer veya ses dalgası enerjisinin kullanıldığı kateter bazlı prosedürler ile kasık ve diz arasındaki sorunu gidermek ve kalan yan dal varislerinin ambulatuvar flebektomi ile çıkartılması olduğuna inanılmaktadır. Kateter bazlı prosedürler diye ifade ettiğimiz bu yaklaşımlarda benzer teknikler ile iki ana teknoloji kullanılmaktadır."

Alt ekstremitte venöz yetmezliğinde lazer endovenöz ablasyonun ilk defa 1998'de tanımlandığını belirten Doç. Dr. Yavuz Enç, "Herhangi bir patolojinin lazer ile tedavisi için uygun dalga boyu, miktar ve doku seçimi önemlidir. Değişik dalga boylarındaki enerjinin değişik dokular tarafından absorpsiyonu da farklılıklar gösterir ve hemoglobin için en uygun dalga boyu olarak 980 nm belirlenmiştir. Bu nedenle, endovenöz uygulamalar için bu dalga boyu seçilmiştir. Uygulama bölgesine lazer enerjisi büyük safen vene yerleştirilen perkutan kateterler ile fiberoptik bir kablo yardımıyla safenofemoral bileşkeye kadar taşınır. Lazer enerjisi kullanılarak safenofemoral bileşkeye kadar olan bölgede oklüzyon sağlanır. Önce-

likle prosedür lokal anestezi altında yapılabilmektedir. İşlem ortalama 30-60 dakika sürmekte, hasta 1-2 saat dinlendikten sonra kompresyon çoraplarıyla yürüyerek evine gönderilmektedir. İşlem sonrası hareketlerinde herhangi bir kısıtlama gerekmemektedir. Girişimin başarı oranı %98 civarındadır. Bu yöntem varis yakınması olan olguların %70'ine de kolaylıkla uygulanabilmektedir." diye konuştu.

Radyofrekans yönteminin ise daha yeni bir teknik olduğunu söyleyen Doç. Dr. Enç konuşmasına şöyle devam etti: "2007 yılından itibaren endovenöz olarak venöz yetmezliğin tedavisinde kullanılmaktadır. Radyofrekans tekniğinde de perkutan kateterler kullanılarak segmental ablasyon (7cm,7F) yöntemi uygulanmakta ve damar duvarına direkt olarak 120 °C enerji verilmektedir. 7cm'lik bölgeye 20 saniyelik segmental ablasyon yöntemi uygulanması nedeniyle total uygulama süresi bir hasta için 30 dakikayı, damara girildikten sonra 3.5 dakikayı geçmemektedir. İşlem lokal anestezi altında çok daha kolay uygulanabilmekte ve uygulama



sonrasında hasta kompresyon çorapları ile normal aktivitesine bir gün içinde dönmektedir. İyileşme çok süratli olmakta ve komplikasyonları endovenöz lazer işlemine göre çok daha az olmaktadır. Bu iki endovenöz yaklaşım günümüzde oldukça popüler olmuş ve klasik cerrahinin yerini almıştır. 2009 yılı içinde yayımlanan ve 12 binin üzerinde olgunun sonuçlarının incelendiği metaanalizlerde endovenöz lazer ablasyon uygulanan olgularda 24 saat içinde normal aktivitelere dönüş %70'lerde iken, radyofrekans ablasyon uygulanan olgularda bu oran %90'lara ulaşmıştır. Her iki yöntemle de rekürrens oranları %10'ların altında bulunmuştur. Kısacası endovenöz yaklaşımlar klasik cerrahiye yakın bu rekürrens sonuçlarıyla her geçen gün klinik kullanımda daha çok tercih edilen tedavi yöntemleri olarak dikkat çekmektedirler."

Dislipidemi Yönetimi Kılavuzu ne diyor?

Avrupa'nın ilk 'Dislipidemi Yönetimi Kılavuzu'nu Prof. Dr. Alberico L. Catapano hekimlere anlattı. Catapano'nun, çalışma grubunda eş başkan olarak yer aldığı "EAS-ESC Dislipidemi Yönetimi Müşterek Kılavuzu", hasta yerine hastalığa odaklı yöntemler içermesiyle diğerlerinden ayrışıyor.

Haziran 2011'de ESC-EAS Dislipidemi Yönetimi Müşterek Kılavuzunun yayımlanmasının ardından, kılavuzun çalışma grubunda Avrupa Ateroskleroz Derneği (EAS) eşbaşkanı olarak yer alan



Prof. Dr. Lale Tokgözoğlu

Prof. Dr. Alberico L. Catapano, Pfizer Kardiyovasküler ve Lipitor sponsorluğunda yeni dislipidemi kılavuzunu Ankara, Adana, İzmir ve İstanbul'da yaklaşık 500 uzman hekime aktardı.

Avrupa Ateroskleroz Derneği (EAS) ve Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) tarafından ortak geliştirilen Dislipidemi Yönetimi Müşterek Kılavuzu, en yeni bilimsel veriler ışığında dislipidemi konusunda tedavi önerileri getiriyor. Dislipidemi önlem ve tedavilerinin kardiyovasküler hastalık önlemleri ve bireylerin toplam kardiyovasküler riskleri üzerinde önemli etkisi bulunuyor.

Aynı zamanda Avrupa Ateroskleroz Derneği (EAS) Yürütme Kurulu Üyesi olan Prof. Dr. Catapano, yeni kılavuz

ile ilgili şu bilgileri verdi: "Kardiyovasküler hastalıklarda hastanın lipid profilinin incelenmesiyle en çok modifiye edilebilen faktör olan dislipidemi alanında hazırladığımız bu kılavuz, ayrıca risk tanımına getirdiği farklılık, günlük kullanımda yarar sağlayan yeni skorlama yöntemi ve tedavi idamesi konularında getirdiği yeniliklerle önceki kılavuzlardan farklılaşıyor. Avrupa verilerini temel alan SCORE yöntemi, hastaları çok yüksek, yüksek, orta ve düşük kardiyovasküler riskli hastalar olarak grupluyor ve tedavi konusunda verilecek karara zemin oluşturmaya yardımcı oluyor. Ayrıca, şimdiye kadar teşhis ve tedavi başarısı yüksek olmayan bir alan olan ve yaklaşık olarak 100 kişiden 1'ini etkileyen ge-

netik dislipidemilere yönelik olarak da kılavuzun erken teşhis ve tedavi açısından klinik uygulamalarda yol gösterici olmasını bekliyoruz. Bu anlamda, bu kılavuz öncekilere göre daha geniş kapsamlı ve günlük uygulamada yardımcı olacak özellikte."

Dört farklı şehirde gerçekleşen sempozyumların moderatörlerinden Avrupa Ateroskleroz Derneği Eşbaşkanı Prof. Dr. Lale Tokgözoğlu ise şöyle konuştu: "ESC-EAS Dislipidemi Yönetimi Müşterek Kılavuzunda eski kılavuzlardan farklı olarak öne çıkan kısımların başında risk tanımının tamamen değiştirilmiş olması geliyor. Çok yüksek risk kategorisine alınan gruplarda LDL hedefleri çok agresifleşti. Bunun yanı sıra pratisyen hekimlerin klinik uy-



Prof. Dr. Alberico L. Catapano

gulamaları için gerekli dislipidemilerle ilgili bir kısım yer alıyor. Eskiden çok fazla ilgi görmeyen bir alan olan genetik dislipidemiler alanında geliştirilen skorlama yöntemiyle, hastalığın genetik olup olmadığını pratisyen hekimin bile hesaplamasını mümkün kılan bir kriter kılavuzda yer alıyor. Tedavi sonrası takip konusunda verilen ipuçlarına da yer veriliyor. Dolayısıyla son derece kapsamlı bir kılavuz olarak hekimlerimize en güncel bilgiler ışığında yol gösteriyor."

İvabradin sol ventrikül fonksiyonunu iyileştiriyor

27. TKD Ulusal Kardiyoloji Kongresinde Prof. Dr. Oktay Ergene ve Prof. Dr. Ali Oto moderatörlüğünde düzenlenen "Ne? Neden? Kim?" başlıklı uzmanlarla buluşma toplantısına konuşmacı olarak katılan Avrupa Kardiyoloji Derneği Başkanı Prof. Dr. Michel Komajda, "İvabradin sistolik kalp yetersizliğinde sol ventrikül yeniden biçimlenmesini geriye döndürerek kalp yetersizliğine bağlı ölümleri azaltıyor ve yaşam kalitesini artırıyor" dedi.



Prof. Dr. Michael Komajda

Toplantının açılış konuşmasını yapan Prof. Dr. Oktay Ergene dünyada 23 milyondan fazla kronik kalp yetersizliği hastası olduğunu bildirdi. Türkiye Kardiyoloji Derneği tarafından gerçekleştirilen HAPPY çalışmasına göre Türkiye'de de 1 milyona yakın semptomatik kalp yetersizliği hastası bulunduğunu belirten Prof. Ergene, kalp yetersizliğinde prognoz giderek kötüleştiğini, hastaların yarısının 5 yıl içinde kaybedildiğini dile getirdi. Kalp yetersizliğinin en önemli özelliğinin, diğer hastalıklara kıyasla daha büyük bir ekonomik yük getirmesi olduğunu da ekleyen Prof. Ergene bu hastalığa yönelik tedaviler konusunda da şunları söyledi: "Uzun yıllardan beri mevcut olan kalp nakli 5 yıllık sağkalımı nere-

deyse %85-90 oranında artırıyor ama buradaki sorun herkesin bildiği gibi yetersiz donör sorunu. Dünyada ve Türkiye'de çok kısıtlı sayıda insana kalp nakli yapılabiliyor." Prof. Ergene, tedavide gerek invazif gerekse medikal yeni yaklaşımların olduğunu ancak pek çok ajanla yapılmış çok sayıda çalışmanın olumlu sonuç vermediğini, cihaz tedavilerinin de önemli sorunları olduğunu belirterek sözlerini tamamladı.

İvabradin kombinasyonu güvenli

Daha sonra söz alan Prof. Dr. Michel Komajda, SHIFT çalışmasının geçtiğimiz yıl gerçekleştirilen üç yeni analizinden söz etti. Konuşmasına "İvabradin ve beta bloker kombinasyonu güvenli mi?" sorusuyla başlayan Prof. Komajda SHIFT çalışmasının 500 hastayla yapılan bir alt analizinde İvabradin kolunda plasebo grubundan daha az 2. Derece AV blok görüldüğünü, 3. Derece AV blok ve sürekli ventriküler taşikardi epizodu bildirilmediğini belirterek "Bu çalışma bize standart tedaviye İvabradin eklenmesinin ileti bozukluğu

açısından son derece güvenli olduğunu gösteriyor" dedi.

Yaşam kalitesi, kalp hızındaki düşmeyle doğru orantılı olarak artıyor

Prof. Komajda gerçekleştirdikleri ikinci analizin yaşam kalitesiyle ilgili olduğunu zira kronik kalp yetersizliğinde yaşam kalitesinin diğer pek çok duruma göre çok daha düşük olduğunu belirterek sözünü şöyle sürdürdü: "2000 hastalık SHIFT popülasyonunun analizi şu ana kadar kalp yetersizliğinde yapılmış en büyük ölçekli yaşam kalitesi çalışması. Bu çalışmanın gerekçesi şu: Kalp yetersizliğinde yaşam kalitesi ne kadar kötüyse prognoz da o kadar kötü oluyor." Yaşam kalitesi skoru en düşük hastaların en yüksek primer birleşik sonlanım insidansına sahip olduğunu görüldüğünü belirten Prof. Komajda "yaşam kalitesi, kronik kalp yetersizliğinde kötü sonlanımın bir endeksidir" dedi. Analiz sonucunda İvabradinin genel yaşam kalitesi skorlarını plaseboya kıyasla anlamlı ölçüde daha fazla artırdığını sözlerine ekleyen Prof. Komajda "Bu analiz bize göstermiştir

ki İvabradin tedavisi ile elde edilen kalp hızı azalması ne kadar fazla ise yaşam kalitesi o kadar artıyor" dedi.

Prognozda olumlu etkilerin nedeni sol ventrikül fonksiyonlarının iyileşmesi ve yeniden biçimlenmesinin geri çevrilmesi

İvabradinin kalp yetersizliğinde mortalite ve yaşam kalitesi üzerindeki olumlu etkilerinin gerekçesini gösteren bir diğer alt çalışmadan söz eden Prof. Komajda İvabradin grubunda sol ventrikül sistol sonu ve diyastol sonu volüm endeksinde plaseboya kıyasla son derece anlamlı bir azalma sağlandığını, yine sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonunun İvabradin kolunda 2.5 kat artarken, plasebo kolunda değişmediğini ya da hafif azaldığını bildirerek konuşmasını şöyle tamamladı: "Özetle, kronik sistolik kalp yetersizliği hastalarında standart tedaviye eklenen İvabradin mortalite ve hospitalizasyonu azaltıyor, bu kombinasyon ileti bozuklukları açısından son derece güvenli ve yaşam kalitesini artırıyor. Bunların nedeni de İvabradin tedavisinin sol ventrikül yeniden biçimlenmesini geri dön-



Prof. Dr. Oktay Ergene

dürmesi ve sol ventrikül sistolik fonksiyonunu iyileştirmesidir."

Hedef: Kalp hızını azaltmak

Son olarak, neden yeni yaklaşımlara gerek duyulduğu üzerinde duran Prof. Böhm, sistolik kalp yetersizliği tedavisinde hedeflenmesi gereken önemli mekanizmalardan birinin "kalp hızını azaltmak" olduğunu belirterek, "kalp yetersizliği hastalarında kalp hızındaki bir vuruş artış kardiyovasküler ölüm ve kalp yetersizliğine bağlı hastaneye yatışta %3'lük bir artışa neden oluyor" dedi. Prof. Böhm, "Herkes beta blokerlerin kalp hızını azalttığını biliyor ve kalp yetersizliği tedavisinde beta bloker kullanarak gerekenin yapıldığını düşünüyor. Peki ama acaba bu ilaçlar işlerini iyi yapıyorlar mı?" diye sorarak şöyle yanıtladı: "Bugüne kadar gerçekleştirilmiş olan beta bloker çalışmalarında ulaşılan kalp hızı değeri dakikada 70 vuruş civarlarındaydı ve kimse bunun altında ne olacağını bilmiyordu. İşte şimdi SHIFT çalışması, beta bloker tedavisi almasına rağmen yeni bir kalp hızı azaltıcı ajan kullanarak, kalp hızının dakikada 60 vurunun altına (50-60 vuruş/dak) indirilmenin en düşük morbidite ve mortalite oranlarını sağladığını gösterdi."

Hipertansiyon ve KAH çifte endikasyonuna sahip tek RAS inhibitörü ve KKB kombinasyonu:

Perindopril+Amlodipin



Prof. Dr. Muzaffer Değertekin

29 Ekim 2011'de Prof. Dr. Ömer Kozan moderatörlüğünde düzenlenen "Katil kim?" konulu uydu sempozyumda, hipertansiyonun sessiz bir katil olduğunun altı çizilerek, tedavilerle total ve KV mortalitede azalma sağlanmasının hedeflenmesi gerektiği belirtildi.

Hipertansiyonun halen en önemli kardiyovasküler risk faktörü ve ölümün en önde gelen nedeni olduğunu belirten Prof. Dr. Muzaffer Değertekin, Türkiye'de sağlık bakanlığının 2010 yılı verilerine göre, arasında hipertansiyonun önemli bir yer tuttuğu dolaşım sistemi hastalıklarının, başka bir deyişle kardiyovasküler hastalıkların toplam mortalitenin %40'ına yol açtığını, bu hızın, erkeklerde %36.2 ve kadınlarda %44.4'e ulaştığını söyledi.

Kan basıncındaki artışın, etkilediği çok sayıdaki organ-da uzun dönemde sorunlara neden olduğunu belirten Prof. Dr. Muzaffer Değertekin, ACE inhibisyonu açısından bakıldığında, endotel disfonksiyonuyla başlayan sorunların uzun dönemde kalp yetersizliğiyle karşımıza çıktığını hatırlattı. Prof. Dr. Muzaffer Değertekin, ACEI'lerin önce kalp yetmezliğindeki yararlarının gösterildiğini, bunun ardından akut MI ve koroner arter hastalıklarında da mortaliteyi anlamlı şekilde azalttığının anlaşıldığını söyledi.

Prof. Dr. Muzaffer Değertekin, Türkiye'de hipertansiyon hastalarının %40'ının evre 2 hipertansiyon hastası olduğunu, bu hastalarda hedef kan basıncı değerine ulaşmak için 20 mmHg ve üzeri düşüş gerekiyorsa, tedavide ikili ilaç kombinasyonunun önerildiğini bildirdi. Prof. Dr. Değertekin, "Hipertansiyon tedavisinde kombine tedaviyle hipertansiyonun farklı mekanizmaları üzerinde etki sağlanmakta, karşıt düzenleyici mekanizmalar nötralize edilmekte, etkinlik-tolerabilite oranı iyileşmekte, sabit kombinasyonlarla ayrıca hasta kompliyansı artmaktadır. Monoterapiyle ise hastaların %50'sinden azında kan basıncı kontrol altında tutulabilmektedir. Kombinasyon teda-

visiyle kan basıncı kontrol altında tutulabilen hastaların oranı ve böylece tedaviyle sağlanan yarar artmaktadır." diye konuştu. Perindopril ve atenolol kombinasyonunun yararlarına dikkat çeken Prof. Dr. Muzaffer Değertekin, "ACE inhibitörü (ACEI) ve kalsiyum kanal blokerinin (KKB) kombine edildiği çalışmalardan olan ASCOT çalışmasında, amlodipinperindopril kombinasyonu, atenolol-tiazid kombinasyonuna göre kardiyovasküler ölümlerde %24'lük ve tüm ölümlerde %11'lik anlamlı düşüş sağlamıştır." diye ekledi.

Perindopril mortalitede anlamlı azalma sağlıyor

Prof. Dr. Muzaffer Değertekin, 2010 yılında yayımlanan EUROPA çalışması alt-grup analizinde, KKB+perindopril kullananlarda, plasebo verilenlerle karşılaştırıldığında, MI'da %28'lik, kalp yetmezliğinde %22'lik, tüm ölümlerde %45'lik ve KV ölümlerde %42'lik anlamlı azalma sağlandığının görüldüğünü söyledi.

Avrupa Kardiyoloji Derneği eski başkanı Dr. Roberto Ferrari ise konuşmasında, perindoprilin en fazla kanıtı sahip RAS inhibitörü olduğunu belirterek, ARB'lerin KV mortaliteyi azaltmadığını vurguladı. KYOTO HEART, VALVE ve



Prof. Dr. Roberto Ferrari

ROADMAP çalışmalarından bahseden Dr. Ferrari, sözlerine şöyle devam etti: "ACE inhibitörleri koroner arter hastalığını (KAH) azaltmada KKB'lerden üstündür. Buna karşılık, birincil nokta olarak inme alındığında, sonuç tam tersi olmakta ve KKB'ler ACEI'lere üstün gelmektedir. Bu ikisi bir araya geldiğinde, gerçekten de kardiyak (ACEI) ve vasküler (KKB) hastalıklar üzerinde güçlü bir etki sağlanmış olmaktadır. Ama moleküler düzeyde tamamen farklı bir etki noktası da vardır. ACEI'ler, bradikinin düzeylerini artırmaktadır. Bradikinin, endotel üzerinde etki göstererek nitrik oksit sentaz enzimini aktive etmekte, bu ise nitrik oksidi artırarak vazodilatasyona yol açmaktadır. Endotelde kalsiyum kanalı ise bulunmamaktadır. KKB'ler etkilerini başka bir yerde göstermek zorundadır. Yani damar düz kası üzerinde. KKB'ler düz kas hücrelerinde, sitozoldeki kalsiyumu azaltarak kontraksiyonu önlemekte ve vazodilatasyona

yol açmaktadır."

Vücutta damar endotel yüzeyinin 800 m²'den fazla kapladığına işaret eden Dr. Roberto Ferrari, endotelin yaşam ve ölüm döngüsü gösterdiğini ve vücuttaki tüm endotel hücrelerinin 3 ayda bir apoptoza uğrayıp sonrasında rejenere oldukları bilgisini verdi. Ateroma oluşumuna dair yeni teoride aterosklerozun, endotelin apoptoz düzeyi ile rejenerasyon kapasitesi arasındaki dengenin bozulmasına bağlı olarak endotel bütünlüğünün yitirilmesine bağlı olduğunu açıklayan Dr. Roberto Ferrari, bütünlüğün bozulmasının endotelde delikler oluşmasına ve bunun da biyokimyasal süreçlerin başlamasına neden olduğunu söyledi. Dr. Roberto Ferrari, bir çalışmada perindopril tedavisi verilen ve verilmeyen hastalarda endotel apoptoz düzeyinin in vivo ölçüldüğünü, perindopril verilenlerde plasebo verilenlerdeki göre, 1 yıl sonra apoptoz düzeyinin anlamlı olarak daha düşük bulunduğunu ekledi.

Ciddi olmayan hipoglisemik olaylar aslında ciddiye alınmalı

Metabolik Sendrom Derneği Başkanı Prof. Dr. Aytekin Oğuz, antidiyabetik ilaçlar ile tedavide yaygın bir komplikasyon olarak görülen hipoglisemi hakkında Medical Tribune'ün sorularını yanıtladı.



Prof. Dr. Aytekin Oğuz

MT: Hipoglisemi, ciddi ve ciddi olmayan hipoglisemi nedir?

Kan şekeri düşüklüğüne hipoglisemi (HG) diyoruz ve HG'yi ciddi ve ciddi olmayan hipoglisemiler olarak iki grupta değerlendirebiliriz. Ciddi HG, hipoglisemi geçiren hastanın ancak başka birisinin yardımı ile HG'den kurtulabildiği durumları ifade eder. Ciddi olmayan HG'ler ise semptomatik olan ve olmayan çeşitli durumları gösterir. Bunlarda kan şekeri düşük olarak dokümanite edilebilmiş veya edilememiş olabilir. Dokümanite edilebilen (kan şekeri düşüklüğü ölçümle saptanmış) olan türde; hastada HG semptomları vardır ve kan şekeri 70 mg/dl'nin altındadır. Dokümanite edilemeyen semptomatik HG'ye "muhtemel semptomatik HG" de denebilir. Bu hastalarda HG semptomları vardır fakat kan şekeri 70 mg/dl'nin üzerindedir, muhtemelen hastanın plazma glukoz konsantrasyonunu hipoglisemi süreci içerisinde 70 mg/dl'nin altına düşmüştür ancak, ölçüm anında bu durum saptanamamıştır. Ciddi olmayan asemptomatik HG'de ise, hastanın kan şekeri 70mg/dl'nin altına düşmüştür ancak, HG semptomları

göstermez. Ciddi olmayan HG'ler arasında yer alabilecek olan diğer bir durum da rölatif HG'dir. Rölatif hipoglisemi diyabetik hastalarda gelişir ve tipik HG semptomlarıyla kendini gösterir. Bu kişilerin kan şekeri değerleri normal sınırdan çok üstündedir ve genellikle iyi kontrol edilmeyen diyabetleri vardır. Kan şekeri akut olarak fizyolojik sınırlara düşüğünde bir relatif HG cevabı oluşturabilirler.

MT: Diyabetli hastalarda hipoglisemi sıklığı nasıldır ve neden görülür?

Genel olarak hipoglisemi sıklığı çeşitli araştırmalarda diyabetik hastaların %25 ile % 60'ında ortaya çıkmaktadır ve bunların %90'ı ciddi olmayan hipoglisemilerdir. HG görülme sıklığı tip1 ve tip 2 diyabetlilerde değişir. Tip1 diyabet hastalarındaki HG'nin ana nedeni insülinle tedavi sırasında yapılmaması gereken yanlışlıklardır. İnsülin dozunun ihtiyaçtan yüksek olması, hastanın düzenli beslenmesindeki ihmaller, kullanılan insülinlerin tipi ve zamanı, bilinçsiz egzersiz ve kullanılan ek ilaçlar tip1 diyabet hastalarında HG gelişmesindeki başlıca faktörlerdir. Tip 2 diyabet hastalarında HG görülmesinin başlıca nedenleri ise insülin sekresyonunu artıran oral antidiyabetik ilaçlar ve insülinin oluşturduğu hipoglisemidir. Çeşitli insülinler arasında HG yapıcı etki açısından farklar olduğu bilinmektedir. Oral hipoglisemik ilaçlar içinde insülin sekresyonunu artıran ajanlar, sülfonilü-

reler ve meglitinidlerdir. Bu ajanlar kendi aralarında HG yapma oranları farklı olmakla birlikte HG yapan ilaçlar olarak kabul edilmelidir ve bunların oluşturduğu hipoglisemi uzun süreli ve tekrarlayabilen hipoglisemilerdir.

MT: HG'nin sonuçları nelerdir?

Ciddi HG, özellikle tip1 diyabet hastalarında ölümcül olabilir. Tip 2 diyabette de HG'nin masum olduğunu söyleyemeyiz. Hatta ciddi olmayan HG olayları da hastaların mortalite ve morbiditesini olumsuz etkilemektedir. Son yıllarda diyabetli hastalarda yapılan üç büyük araştırma olan ACCORD, VADT ve ADVANCE çalışmaları; sıkı kan şekeri kontrolü amacıyla yapılan yoğun diyabet tedavisi ile KV mortalitenin azalmadığını göstermiştir. Bu beklenmeyen sonuçların sebebini anlayabilmek için çalışmaların analizi yapıldığında mortalite artışı görülen yoğun tedavi grubunda hastalarda HG sıklığı ve kilo artışının daha fazla olduğu saptanmıştır. Gerçi HG direkt olarak ölümler ile ilişkili bulunamamıştır ancak araştırmacıların özellikle ACCORD çalışmasındaki HG olaylarının mortalite ile ilgili olabileceği hakkında endişeleri sürmektedir. HG nöbetlerini sıkça yaşayan hastaların kilo almaları diyabet kontrolünü zorlaştıran ve komplikasyonları artıran bir durumdur. Ayrıca HG korkusu hastanın kan şekeri iyi kontrol edebilmesinin önündeki engellerden biridir.

MT: HG konusunda nasıl önlemler alınabilir?

Öncelikle hastalar HG konusunda (nedenleri, tipleri v.b) eğitilmelidir. HG önlemleri arasında, hastaların kendi kan şekeri ölçmeleri başta gelmektedir. Oral antidiyabetik ilaç kullanan hastalar sülfonilüre ve meglitimid kullanıyorsa HG gelişebileceği konusunda uyarılmalıdır. En sık kullanılan oral antidiyabetiklerden olan metformin kendisi hipoglisemi yapmaz ama insülin veya insülin sekretegocu kullanan hastalarda; bunlara ek olarak başka bir antidiyabetik ilaç kullanıyorsa, bu ilaçlar kendi başlarına HG yapmayan ilaçlar olsa da HG riskini artırabilir.

MT: HG ve ciddi olmayan HG tedavisinde neler öneriliyor?

HG tedavisi, hızlı etkili karbonhidrat verilmesidir. Hastane koşullarında intra venöz 25gr %50 dekstroz verilmesi en etkili yöntemdir. Diğer etkili yol ise, subkutan veya intra musküler olarak glukagon enjeksiyonudur. Ciddi olmayan HG olaylarındaki HG tedavisinde ise, glukoz tabletleri, şekerler, meyva suları kullanılır ancak gereksiz ve aşırı kullanım kilo artışına yol açacağından 15-20 gr.dan fazla verilmemesi tavsiye edilir.

Hızlı etkili karbonhidrat ile acil tedavi yapıldıktan sonra HG tekrarlamalarını da önlemek için tedbir olarak kompleks karbonhidrat verilebilir. Oral antidiyabetik olarak sülfonilüre grubu ilaçlar kullanan hastalarda tek-

rarlayan HG çok sık görülür. Egzersiz sonrası görülen HG de iki fazlı olarak değerlendirilir. İlki hemen egzersiz sonrası ortaya çıkan, glukozun litalizasyonu sonucu kan şekeri düşme durumudur. Diğer, egzersiz bittikten saatler sonra hastanın insülin duyarlılığındaki artış nedeniyle ortaya çıkan HG'dir.

Bir başka dikkat edilecek nokta alfa glikozidaz inhibitörü kullanan hastaların sadece glukoz, dekstroz gibi monosakkaritleri kullanması gerekliliğidir. Disakkaridaz inhibitörü olan bu ilaçlar sofra şekeri kullanıldığında, kan şekeri normale gelmesini geciktirebilirler.

MT: Ciddi olmayan HG olaylarının çalışma verimliliği üzerine etkisi nasıldır?

Yakın zamanda yayınlanan ve bin dört yüz hasta üzerinde gerçekleştirilen çok uluslu bir çalışmaya göre; ciddi olmayan HG hastaları aylık 16 saate kadar bir çalışma kaybına uğruyorlar. Bu kişilerin %18'i işten erken ayrılmış ya da 9.9 saatlik iş kaybı yaşamıştır. Gece noktural HG yaşayanlar ertesi gün işe geç gitmiş ya da hiç gidememiştir. Yani çalışma saatlerinde veya çalışma saatleri dışında gelişen ciddi olmayan HG verimliliği olumsuz olarak etkilemektedir.

Sonuç olarak şunu söyleyebilirim. Hiperglisemi ile seyreden bir hastalık olan diyabet tedavisinde hedef, hipoglisemilere ve kilo artışına yol açmadan, normal veya normale yakın gliseminin sağlanmasıdır.

Bu hedefe ulaşmak için etkin bir hasta eğitimi, doğru bir beslenme ve egzersiz planı yapılması ve seçilecek tedavi ajanlarının özelliklerinin iyi bilinmesi gerekir. Ciddi olmayan HG ciddiye alınmaz ise ciddi sonuçlar doğurabilir.



OKUYABİLDİNİZ mi?

VADEMECUM®

Çocuklarda süt dişi ihmali, ortodontik bozukluklara neden olabilir

Çocuklarda süt dişlerinin önemine dikkat çeken Dentamar Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği'nden Dr. Levent Yılmaz, süt dişlerinin ihmalinin ortodontik bozukluklara yola açabileceğini belirtti.



MT: Süt dişlerinin ağızda kalmasının önemi nedir?

Özellikle ön bölge dişlerinin erken yaşlarda (3-4 yaşlarında) kaybedilmesi, çocukta estetik probleme ve hatta psikolojik sorunlara neden olabilir. 6-7 yaşlarında bu dişlerin kaybı fazla bir problem teşkil etmez; çünkü zaten bu yaş grubu çocuklarda, süt dişlerinin değişme yaşı gelmiştir. Ön dişlerin bazı sesle-

rin çıkmasında önemli katkısı vardır. Bazı sesler, dilin bu bölge dişlerinin arka yüzeylerine değmesiyle oluşur. Ön grup dişlerin kaybında çocukta s, f, v, z, t, d seslerinin bozuk çıkması söz konusu olur. Ayrıca çok derin çürüklerde ve fazla diş kayıplarında, bu bölge kullanılmadığı için çiğneme yetersiz kalır. Bu, çiğneme kaslarının aktivasyonunda düşüşe sebep

olabilir. Yetersiz çiğnemenin otürü, sindirim bozuklukları da oluşabilir.

MT: Sürekli dişlerin en önemli görevi nedir?

Süt dişleri, sürekli dişlerin sürmesinde rehber görevi yapar. Erken kayıplarda, üzerindeki rehber dişi kaybeden sürekli diş, normalde olması gereken yerin dışında bir yerden sürebilir. Bu da, ortodon-

tik bozukluklara yol açar. Tüm bu nedenlerden ötürü, çocuk ilk dişlerinin çıkmaya başladığı andan itibaren diş hekimini ziyaret etmeli, 6 ayda bir kontrole gelmelidir ve gerekiyorsa dişler mutlaka tedavi edilmeli, gereken önlemler alınmalıdır.

MT: Çocukta kötü alışkanlıklar ve önleme yolları nelerdir?

Çocuğun kötü alışkanlıkları deyince aklımıza; parmak emme, dudak emme, tongue thrust dediğimiz yutkunma sırasında dili damak yerine öne doğru getirmesi ve ağızdan nefes alma gelir. Bu alışkanlıkların 3 yaşına kadar devam etmesi normal karşılanabilirken, bu yaştan sonra devam eden durumlar bozukluklara ve ortodontik problemlere yol açar. Bu nedenle öncelikle çocuğun bu hareketleri yaptığının kendisinin farkına varması sağlandıktan sonra, "habit breaker" alışkanlık kırıcı" adı verilen hareketli veya bazen sabit aperiyle alışkanlıkların engellenmesi yoluna gidilir. Bu alışkanlıklar ne kadar çabuk fark edilir ve tedavi edilirse, kalıcı bozuklukların önüne geçilmesi de o kadar çabuk ve kolay olur.

MT: Çocuklarda görülen erken diş ve yer kayıpları ile yer tutuculardan bahsedebilir misiniz?

Süt dişleri, ya alttan gelen daimi dişin uyguladığı baskı sonucu düşer; ya da travma veya tedavi edilemeyecek kadar derin çürükler sonucu çekilmek zorunda kalır. Dolayısıyla erken diş ve yer kayıpları meydana gelir. Bunun sonucunda oluşan boşluğu doldurmak için komşu dişlerin boşluğa doğru kayması, alttan sürmekte olan daimi dişlerin çıkacak yer bulamaması veya farklı bir yerde sürmesi söz konusu olur. Bu da ortodontik problemlere yol açar. Bu nedenle de yer tutucu dediğimiz plastik veya metal aperiyle takarak ileride sorun oluşturacak bu bozuklukları engellemiş oluruz. Hareketli (çocuğun kendi çıkarıp takabileceği) ve sabit olmak üzere iki tip yer tutucu vardır.

Hareketli yer tutucular, klinikte çocuğun ağızından ölçü alınarak laboratuvarında akrilik bazlı bir maddeden ağzına uyumlu olarak yapılan tiplerdir. Birden fazla sayıda ve çenenin her iki tarafında



Dr. Levent Yılmaz

eksik diş olması durumunda tercih ettiğimiz yer tutucudur. Çocuk, gün boyu taktığı aperiye sadece yemek yerken çıkarır.

Tek taraflı ve bir diş eksikliğinde, özellikle çocuğun da yaşı küçükse, sabit yer tutucu kullanmayı tercih ederiz. Sabit yer tutucular, klinikte tek seansta hekim tarafından yapılır.

MT: Ne zaman yer tutucu yapılmalıdır?

Süt dişlerinin ara yüzleri çürüğe çok yatkındır. Küçük yaşta çocuk fırçalamayı etkin olarak yapamadığı ve arka bölgedeki dişlerini iyi temizleyemediği için, bu dişler çabuk çürürler ve tedavi edilmeyip çürük ilerlemesi önlenemediğinde erken çekimleri söz konusu olur. Çekimlerin veya dişlerin yüzeylerinde oluşan derin çürüklerin oluşturduğu boşluğa doğru kayma eğilimi gösteren komşu dişler, ya da alttan sürmekte olan daimi diş, yer kayıplarına, çapraşıklıklara ve ileride ciddi ortodontik problemlere yol açar. Bu nedenle de, özellikle süt azı dişlerinin erken kaybında, yer tutucu yapılmalıdır.

En önemli yer kaybı alt veya üst çenede henüz 6 yaş dişi sürmeden süt birinci veya ikinci büyük azı dişinin erken kaybında yaşanır. 6 yaş dişinin ihtiyacı olan geniş boşluk, erken düşen veya çekilen dişin komşu dişlerinin bu bölgeye kaymasıyla kapanabilir. Dolayısıyla; yer tutucu bu bölgelerde özellikle önem taşır.

MT: Yer tutucuların sağladığı yarar nedir?

Yer tutucular, diş boşluklarının kapanmasını engeller. Daimi diş, çenede olması gereken yerini almaya kadar ağızda mevcut süt dişlerinin hareketini önler. Dişlere herhangi bir kuvvet uygulamadığı; dolayısıyla pasif kaldığı için, ileride uygulanması gereken bir ortodontik tedaviye göre çocuğunuz açısından, daha kolay tolere edilebilen bir tedavi şeklidir.

Akut gastroenterit (AGE) geçiren çocuklarda hızlı rehidratasyon etkin

Amerikan Çocuk Hastalıkları Akademisi, özellikle viral gastroenteritlere bağlı orta seviye dehidratasyonlu çocuklar için, hastalığın başlamasından sonra en kısa sürede yaklaşık 4 saatlik bir rehidratasyonun nazogastrik sonda ile yapılmasını öneriyor.

MELBOURNE- Oral rehidratasyon tedavisi, akut rehidratasyonu olan küçük yaşta hastalarda küresel mortaliteyi azaltmak adına yapılan en önemli keşiflerden bir tanesi olarak öne çıkmakta. İntravenöz rehidratasyonla mukayese edildiğinde, özellikle komplikasyon anlamında oral rehidratasyon, orta ve hafif dehidratasyonda daha güvenli. Bu yüzden oral rehidratasyon tedavisi (ORT), AGE nedeniyle orta seviye ve hafif dehidrate çocuklarda ilk seçilecek tedavi yöntemi olarak yerini koruyor.

Bu konuda yapılan bir çalışmada 24 saatte hasta hastaneye yatırılarak yapılan nazogastrik rehidratasyon ile 4 saatlik nazogastrik rehidratasyon kıyaslandı. Avustralya Melbourne Üniversitesi Kraliyet Çocuk Hastanesi Hekimlerinden Dr. Colin V.E Powell Başkanlığındaki ekip, 2 şehir hastanesindeki acil servislere başvuran AGE'li, yaşları 6 ay ile 6 yaş arasında değişen, yaklaşık 9000 çocuğun bulgularını taradı. Aralarından 254 tanesi ya standart 24 saatlik nazogastrik tedavi ya da 4 saatlik hızlı nazogastrik rehidratasyon tedavisi aldı.

Araştırmacılar, "viral gastroenterit" terimini, ani başlangıçlı ve gaitada kan olmayan, yaklaşık 1 hafta devam eden, bulantılı veya bulantısız en az günde 2 kez ishal olarak tanımlıyor. Sadece orta seviyede dehidrate olan çocuklar çalışmaya dahil edildi. %2 seviyesinde olan birincil tedavi yetersizliği (rehidratasyon periyodu sırasında kilo kaybı) her iki tip nazogastrik tedavi için yaklaşık olarak aynı oranda idi. Nazogastrik sondanın tolere edilememesi, sık ve kalıcı kusma ve intravenöz rehidratasyona zorunlu olarak geçiş, standart 24 saatlik grup içerisinde 3 vakada rastlandı. Bu olgular içerisinde orta derecede dehidratasyon devam etti, yine standart 24 saatlik nazogastrik tedavi hastalar grubunda dolaşım sal kollaps hızlı nazogastrik rehidratasyon grubuna göre daha yüksek bir orana sahipti. Hızlı rehidratasyon hastalarının tedavisine rağmen bu hastaların da %7,6'sı ilk 24 saat içinde olmak üzere toplamda %22,7'si tekrar hastaneye geri geldi. Araştırmacılar, standart nazogastrik 24 saatlik tedavi ve 4 saatlik hızlı nazogastrik tedavinin klinik sonuçlar açısından

benzeşmesine rağmen, hastaların acil servisten taburcu olmasından sonra yaklaşık dörtte birinin tekrar hastaneye döndüğünü belirtti.

Bütün çocuklar ciddi bir komplikasyon olmadan iyileşti. Araştırmacılar her ne

kadar araştırma yapılan hasta sayıları çok fazla genelle yansıtılamayacak oranda düşükse de, hastanede kalmak açısından hızlı nazogastrik rehidratasyonun 24 saatlik standart rehidratasyona oranla iyi bir alternatif

olduğunu belirtiyor.

Araştırmacılar ayrıca birçok gelişmiş ülkede, özellikle rotavirüs aşısının uygulanmaya başlamasından sonra AGE nedeniyle hastaneye yatışların oldukça azaldığına dikkat çekiyor



Troponin testi pozitif geldi... Şimdi ne olacak?

Manchester Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyovasküler Hastalıklar Bilim Dalı Öğretim Görevlisi Dr. Richard Body, troponinin tespit edemediği Akut Miyokard İnfarktüsünün (AMI) yüksek hassasiyet testleri kullanılarak ekarte edilmesi konusunda özellikle acil servis hekimlerinin ilgisini çekebilecek bilgiler verdi.

MANCHESTER- “Laboratuvarımız yakın zamanda yüksek hassasiyetli Troponin testine geçti ve bizim de kafamız karıştı. Bu durumda pozitif Troponin testi ile ne yapacağız?” diye soran Dr. Richard Body, bu konuda öncelikle üzerinde fikir birliği oluşması gereken konulara dikkat çekti: “Bu konulardan başlıcaları: Tıpta hiçbir şey %100 değildir. Hiç bir şey %100 pozitif değildir, hiç bir şey %100 negatif değildir veya hiç bir şey %100 güvenilir değildir. Sadece ölüm % 100 dür.

Çalışmaların tarihi boyunca %100 güvenilirlikle yapıldığı bazılarında iddia edilse bile bu çalışmaları geçerli kılmak için yapılan sonraki çalışmalarda elde edilen rakamlar %100’ü bulamamıştır.”

Acil serviste yapılması gerekenin, hastalığın kurallara uyup uymadığını araştırmak-

tan ziyade, riski sınıflamak olduğunu belirten Dr. Body, “Örneğin göğüs ağrısı ile başvuran ve EKG’ sinde anterior derivasyonlarda ST segment elevasyonu ve inferior derivasyonlarda ST segment depresyonu olan bir hasta gördüğümüzde, bu hasta büyük olasılıkla AMI geçirmektedir, ancak bu AMI için bir kural değildir. AMI için EKG duyarlılığı da tanı bazında %90 civarındadır. Benzeri olarak da normal EKG’ye sahip bir hastanın AMI geçirme riski nispeten azdır ancak bu da hastanın AMI geçirmemesini doğrulamaz.” diye konuştu.

Risk belirlenmesinde aynı kavramın Troponin (TN) testi için de geçerli olduğunu ifade eden Dr. Body şu bilgileri verdi: “TN testinin normal sınırlarda olması, hastanın AMI geçirme riskini azaltır fakat asla sıfırlamaz. Benzer şekilde de pozitif TN testi

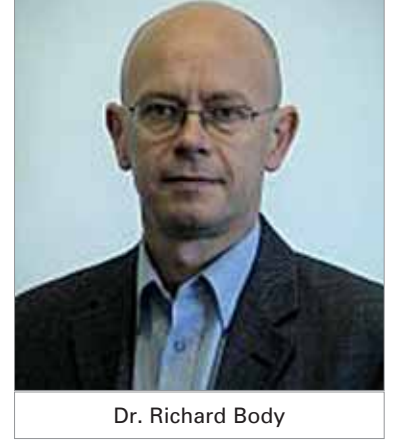
hastanın AMI geçirdiğini kuvvetle düşündürür ancak asla bu tanı %100 doğru değildir. Bu son cümlenin bize düşündürmesi gereken; TN seviyesi yükselmesinin miyokard zedelenmesinin bir belirtisi olduğu fakat AMI’nın bu travmanın nedenlerinden sadece birisi olduğudur.

TN seviyelerini normalin üzerine çıkaran kardiyak travma, konjestif kalp yetersizliği, aort kapak hastalıkları, taşikardiler ve bradikardiler, rabdomiyozis, pulmoner embolizm, inme ya da subaraknoid kanama gibi akut nörolojik hastalıklar, perikarditler ve miyokarditler, kalbin infiltratif hastalıkları, sepsis, bazı toksinler ve bunun gibi başka diğer sayılmayan rahatsızlıklar da mevcuttur. Bu yüzden de günümüzde birçok kardiyolog halen TN testlerinin çok fazla sensitif olduğunu düşünmektedir.”

Dr. Richard Body’e göre, TN testi birçok nedenden dolayı pozitif sonuç verdiğinden aslında yapılması gerekenlerden biri de, seri halde bu testleri yakın periyotlarla yapmak.

Acil servislerde hastaları sadece AMI değil, aynı zamanda Akut Koroner Sendrom (AKS) açısından da değerlendirmenin gerekli olduğuna dikkat çeken Dr. Body, “Yükselmiş TN seviyeleri miyokard zedelenmesinin bir belirtisi olmakla beraber, iskemi tanısında (özellikle anjinal duruma) hemen hemen değersizdir. Bu yüzden, elimizdeki yüksek değerli TN testi AKS’un tanısını kesin olarak koydurmazken, testin normal değerler arasında sonuç vermesi de AKS’u dışlamaz.” diye konuştu.

Gerçekten de pozitif bir TN testi ile ne yapılmalı? sorusunu cevabını ise Dr. Body şöyle veriyor: “Öncelikle kafamızda bu test ile ilgili olarak oluşan “hastalığa tanı koymak ya da hastalığı ekarte etmek” kavramını değiştirmeliyiz. Bu test, sadece miyokard rahatsızlığı ya da doku harabiyeti ile ilgili olarak oluşmuş bir riskin mevcut olduğunu ve bu risk bazında bir şeyler yapılması gerektiğinin işaretidir. Eğer



Dr. Richard Body

TN pozitif ise, sizler ya da konsültan kardiyolog meslektaşlarımız bu pozitifliğin ve EKG değişikliklerinin AMI mi, yoksa başka durumlarda da olabilen diğer kardiyak hastalıklara mı ait olduğunu araştırmak durumundasınız. Diğer taraftan eğer TN negatifse de bu durum hastanızın AKS olma yüzdesini azaltır ancak asla bu yüzdeyi sıfırlamaz. Aslında negatif TN testinin en önemli anlamı, hastanın ileri tetkikler ve bazı provokatif testler için artık stabil olduğudur. Ancak bu da AKS olasılığını dışlamaz. Nitekim Amerikan Kalp Derneği ve diğer klasik kılavuzlarda da AKS araştırmasının ancak negatif provokatif testler sonrası bırakılmasını, negatif TN testi sonrasında ise araştırmaya devam edilmesini önermektedir.”

Vertebra cerrahisinde düşük D vitamini seviyesi tedaviyi zorlaştırıyor

St. Louis Washington Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi uzmanları tarafından yapılan bir çalışmada, omurga cerrahisi geçiren hastalarda iyileşmelerini geciktiren en önemli nedenin D vitamini yetersizliği seviyesi olduğu belirtildi.



Doç.Dr. Jacob Buchowski

Araştırmayı yapan ekipten spinal cerrahi ve ortopedi uzmanı Doç. Dr. Jacob Buchowski’ye göre, D vitamini kalsiyum absorpsiyonuna yardımcı olduğundan, bu maddenin yetersizliğinde hastaların yeni kemik dokusu üretmeleri zorlaşıyor.

Bu durumdaki hastalar da osteomalazi riski altında. Düşük kemik yoğunluğu nedeniyle oluşan osteoporoz ve osteopeninin aksine, osteomalazi yeni kemik formasyonu ile ilişki içinde.

Çalışmadaki tüm hastalar spinal füzyon cerrahisi geçirmiş olup, en az 2 veya daha fazla vertebraları alınmış, sonra hastalar protezler, ilaçlar ve büyüme faktörleriyle tedavi edilmiştir. Vertebra bir yandan iyileşirken, intravertebral bölgede yeni kemik dokusu oluşarak füzyon gerçekleşir.

Dr. Buchowski, planlanan ameliyattan 8 hafta öncesinden başlayarak, haftada 1 kez 50.000 ünite D vitamini alınmasının, vitamin ye-

tersizliği olan hastalarda iyileşmeye yardımcı olacağı görüşünde.

Gençler risk altında

Dr. Buchowski, D vitamini problemi olan 40 yaşlarındaki bir hastanın spinal cerrahi sonrası iyileşmesinde oluşan gecikmenin kendilerini bu şekilde düşünmeye ittiğini belirterek, muayene esnasında hasta ile konuşurken hastanın kendisine yakın zamanda D vitamini yetersizliği tanısı aldığını söylemesi üzerine kafasında bu fikrin canlandığını kaydetti.

Sonuç olarak bu çalışmada Buchowski ve arkadaşları, spinal cerrahi geçiren hemen tüm hastaları D vitamini yetersizliği yönünden taramaya başladılar. Normal şartlarda D vitamini seviyelerinin yaşlı hastalarda daha düşük olması beklenirken, bu çalışmada şaşırtıcı bir şekilde daha genç hastalarla yaşlı hastaların vitamin seviyelerinin yaklaşık olarak aynı olduğu anlaşıldı.

İşlenmiş daha da tehlikeli: Kırmızı et tüketimi tip 2 diyabet riskini artırıyor

Amerikan Klinik Beslenme Dergisi'nde yayınlanan, ABD' de yapılmış 3 büyük kohort çalışmasının metaanalizine göre, özellikle işlenmiş et başta olmak üzere kırmızı et tüketimi, Tip 2 diyabet (T2D) ile ilintili.

BOSTON- Harvard Sağlık Okulu Beslenme Bölümü Uzmanlarından Dr. An Pan, yaptığı açıklamada, kırmızı etin değişik tiplerinin tüketimi ile T2D riski arasındaki ilişkinin henüz çok net olmadığını ama araştırıldığını belirtti.

Çalışmada, 1986-2006 yılları arasında “Sağlık Profesyonelleri Takip Çalışması” adlı çalışmada incelenen 37.083 erkek, 1980-2008 yıllarında “Hemşireler Sağlık Çalışması” adlı çalışmaya dahil edilen 79.570 kadın ve benzer bir çalışmada incelenen 87.504 kadın hasta denek olarak incelendi. Bu kişilerin diyet alışkanlıkları ve sıklıkları her 4 yılda bir doğrulanarak T2D araştırıldı.

4.033.322 kişi-yıllık izlem süresince saptanan 13.579 T2D olgusunda vücut kütle indeksi, diğer diyet alışkanlıkları, yaş ve yaşam stillerine göre, işlenmemiş ve işlenmiş

et tüketiminin de T2D riskiyle pozitif korelasyon gösterdiği gözlemlendi (Tüm olgularda, P<0.001)

Tüketim bazlı zarar ve risk oranları incelendiğinde ise, her 50 gram işlenmiş kırmızı etin risk oranı, ortalama skalada 1,51 (1,25-1,83) olmasına karşın 100 gr işlenmemiş et için bu risk, 1,19 (1,04-1,37) olarak belirlendi. Bu bulgular sonrası araştırmacılar, özellikle işlenmiş kırmızı et tüketimi ile T2D arasında risk açısından anlamlı bir bağlantı olduğu görüşünde. Araştırmacılar, alınacak 1 porsiyon kırmızı et yerine, düşük kolesterol içeren baklagiller tüketildiğinde T2D riskinde %16-35 oranında bir azalma görüldüğünü söylemekte ve bütün bu bulgulardan yola çıkarak, başta işlenmiş olmak üzere kırmızı et tüketiminin azaltılarak daha sağlıklı gıdalara yönelmesini önermektedirler.

Imaging 2.0 konseptinin devrim niteliğindeki yeni ürünü:

Sonalleve MR-HIFU Tedavi Sistemi

Philips, 28 Ekim-02 Kasım 2011 tarihleri arasında Antalya'da düzenlenen 32. Ulusal Radyoloji Kongresi'nde Imaging 2.0 konsepti içinde yer alan yeni teknolojilerini tanıttı. Kongrede en dikkat çeken inovasyon Imaging 2.0 konseptinin yeni ürünü Sonalleve MR-HIFU Tedavisi sistemi oldu.

Radyolojiye inovasyon ve verimlilik kazandıran; içerisinde yeni PET MR, dünyanın ilk ve tek ful dijital MR sistemi ve yeni IU22 xMAT-RIX ultrason sistemi de olan

Imaging 2.0 konseptinin en yeni ürünü Sonalleve MR-HIFU Tedavisi Sistemi, Radyoloji Kongresi'nin en dikkat çekici ürünü oldu.

Yüksek Yoğunluklu Odak-

lanmış Ultrason (High Intensity Focused Ultrasound), aradaki dokulara zarar vermeden vücudun iç kısımlarındaki dokuları ısıtmak ve koagüle etmek için odaklanmış

ultrason dalgaları kullanıyor. Sonalleve MR-HIFU sistemi, Philips Achieva ve Ingenia model 1.5T veya 3.0TMR sistemlerinin hasta masasına entegre edilerek non-invaziv



tedavinin gelişmiş MR tabanlı planlama ve gerçek zamanlı sıcaklık takibi ile yapılmasına olanak sağlıyor.

Sonalleve uygulamaları

Sonalleve MR-HIFU Tedavi Sistemi çocuk doğurma yaşını geçmiş kadınlarda uterin fibroidlerin ve adenomyozislerin geleneksel cerrahi tedavilerine non-invaziv bir alternatif sunuyor. Her ikisi de, kadınlarda yaygın olarak görülen, kanser olmayan tümörler; ağrılı olmalarının yanı sıra menstruasyon dönemlerinde ağır kanamaya yol açabiliyor.

Ultrason ışınları, fibroid ve adenomyozis içinde hedef bölgeye odaklanırken büyük miktarda enerji birikimi olduğu için dokular arasındaki sıcaklık yaklaşık 60°C'ye kadar yükseliyor. Bunun sonucu olarak da fibroid veya adenomyozis dokularında ablasyon meydana geliyor. MR sistemi, prosedürün üç boyutlu planlamasının yanı sıra ablasyon ve terapi takibi sırasında gerçek zamanlı sıcaklık takibi için de kullanılıyor.

Non-invaziv MR-HIFU tedavisi hastanın neredeyse hiç acı hissetmeyeceği şekilde gerçekleşiyor. Hastaların bir çoğu aynı gün içerisinde taburcu olup; iki gün içinde normal günlük aktivitelerini yapmaya başlıyorlar. Gerçek zamanlı geri bildirimli volumetrik ablasyon, verimliliği artırırken tedavinin yaklaşık 2 saatte bitmesini sağlayarak Sonalleve MR-HIFU sistemini cazip bir seçenek haline getiriyor. Bu özelliği ile Sonalleve MR-HIFU, hasta üzerinde çok az stres yaratan yeni bir teknik olarak ön plana çıkıyor.

Kemik metastazında palyatif ağrı tedavisi

Birçok kanser hastasında ileri safhada kemiklerinde metastaz gelişmesinin neticesinde çok şiddetli ve hastayı güçsüz bırakan ağrılar meydana geliyor. Bugün kemik metastazlarının palyatif ağrı tedavisinde CE-onaylı olan Sonalleve MR-HIFU, bu geleneksel tedavilere non-invaziv bir alternatif sunuyor. Devam eden klinik çalışmalarda görüldüğü üzere, MR-HIFU tedavisi, radyasyon tedavisinde istenilen ağrı hafifletme etkisine ulaşamayan bazı hastalarda etkili olabiliyor.

Avrupa'nın ilk ve tek multidisipliner sanal hastanesi İstanbul'da açılıyor

Tıp öğrencileri, branş doktorları, pratisyen doktorlar ve yardımcı sağlık çalışanlarına medikal simülasyon eğitimi veren İstanbul Sağlık Müdürlüğü, bu yöndeki çalışmalarını sanal hastane boyutuna taşıyor ve "İstanbul Medikal Eğitim Merkezi"ni açıyor. İstanbul İl Sağlık Müdürü Prof. Dr. Ali İhsan Dokucu sanal hastaneyi Medical Tribune'e anlattı.



"İstanbul Medikal Eğitim Merkezi"nin Sağlık Bakanlığı'na bağlı ve kar amacı gütmeyen bir yapıda olduğunu ifade eden Prof. Dr. Ali İhsan Dokucu, bünyesinde hemen hemen tüm tıp branşlarını barındıracak olan merkezin, Avrupa'daki benzerleri arasında en büyük ve en kapsamlı multidisipliner merkez olmasının hedeflendiğini belirtti.

Sanal hastanenin cihaz parkı için 12 milyon TL ayrıldı

Ali İhsan Dokucu, bu merkez için eski Koşuyolu Kalp Hastanesi'nin arazisinin tahsis edildiğini ve sanal hastanenin 2013 yılı başında hizmete açılmasının planlandığını

nı kaydetti. Sanal hastanenin cihaz parkı için 12 milyon TL bütçe planlaması yapıldığını belirten Dokucu şu bilgileri verdi: "Toplam 22 bin m²'lik bir alan üzerinde, iç ve dış mekandan oluşan hastane ana binası, eğitim ve toplantı binası, otel binası ve köşkler (Pembe Köşk, Yeşil Köşk ve Beyaz Köşk) bulunuyor. Merkezin kapalı alan kapasitesi ise yaklaşık 14 bin m² olacak. Dört kattan oluşan hastane ana binasının zemin katı, iç ve dış mekan olmak üzere iki bölümden oluşuyor. Zemin katın dış mekanında, göçük, devrilmiş araç, motosiklet kazası, ambulans ve konut gibi dış mekan eğitimlerinin verileceği senaryo uygulama alanları bulunacak. Bu alan-

larda katılımcılara, evde hasta müdahalesi, göçükteki yaralıya müdahale ve trafik kazası sırasında hastaya müdahaleyi içeren çeşitli uygulamalar yaptırılacak. Zemin katın iç mekan girişinde güvenlik, resepsiyon, lobi, kafeterya ve rehberlik hizmetleri bulunacak. Girişten sonraki alanda ise 6 yataklı acil servis, 4 yataklı yoğun bakım odası, 2 adet poliklinik, doğumhane, 10 task trainer odası, sadece simülatörlerin kullanıldığı 2 deneysel ameliyathane, 2 servis odası, kostüm odaları, senaryo hazırlık odası, katılımcılar için soyunma ve dinlenme odası ile personel ofisleri yer alacak."

Simülasyon merkezinden sanal hastaneye

2007 yılında İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde kurulan simülasyon merkezinin kapsamının genişletileceğini ve mevcut konseptte yeni modaliteler eklenerek merkezin sanal hastaneye dönüşeceğini belirten Ali İhsan Dokucu şu bilgileri verdi: "Otel, idari binaları, eğitim binası ve deneysel hayvan laboratuvarı olan bir kampüs şeklinde yapılması planlanan sanal hastanede, tüm tıp

branşlarını kapsayan hem teorik hem de uygulamalı eğitim modelleri kullanılarak hekimlerin bilgi ve becerilerinin artırılması ile hizmet kalitesinin standardizasyonu ve dolayısıyla hasta güvenliği artacak. Tüm doktorların ve sağlık çalışanlarının gerçek vakalarla karşılaşmadan önce deneyim kazanmasını amaçlıyoruz. Bunun için 5 aşamalı eğitim uygulanacak. Bunlar: e-training, video training, task training, simülasyon, wet lab olarak planlandı."

Eğitime yurtdışından da katılım olacak

Sanal hastanede verilecek eğitime yurtdışından ve yurtdışından katılım olması bekleniyor. Bu amaçla katılımcıların konaklayabilmesi için hastane bahçesinde ihtiyaçlara cevap verebilecek kapasite ve konfora sahip bir otel binası bulunacak.

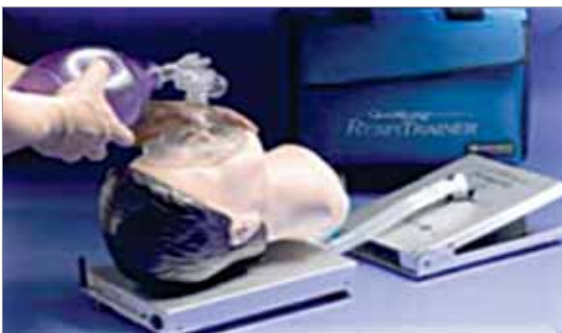
Robotik cerrahi uygulamaları yapılacak

Merkezde ayrıca cerrahinin yararlandığı ve günümü-



Prof. Dr. Ali İhsan Dokucu

zün en yüksek teknolojilerinden biri olan robotik cerrahi sistemi konusunda eğitim imkanının da sağlanacağını belirten Dokucu, "Sanal hastanede, genel cerrahi, pediatrik cerrahi, ortopedi, kadın doğum, anestezi ve reanimasyon, acil tıp, pediatri, girişimsel radyoloji, kardiyoloji, gastroenteroloji, göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, üroloji, göz, kulak-burun-boğaz, kardiyovasküler cerrahi, beyin cerrahi branşlarından doktorların yanı sıra paramediklere ve hemşirelere de eğitim verilecek." diye konuştu.



İlaç yan etkileri tartışıldı

Türk Farmakovijilans Derneği Başkanı Dr. Seyfullah Dağistanlı, bir ilacın yararları ve istenmeyen yan etkilerinin, popülasyona, hatta kişiye göre değişkenlik gösterdiğini ifade ederek, bu nedenle mutlaka her ülkenin ilacın yan etkileri konusunda ulusal veri merkezinin olması gerektiğini belirtti.

Uluslararası Farmakovijilans Derneği (ISOP) tarafından ilaçların yan etkilerinin ele alındığı 11. Dünya Farmakovijilans Kongresi, İstanbul'da gerçekleşti. Kongre Başkanı Dr. Seyfullah Dağistanlı, Kongrede yaklaşık 60 ülkenin sağlık alanındaki temsilcilerinin katılımıyla,

ilaç dünyası ile ilgili en sıcak konuların ele alındığını belirtti. Tedavi için ulaşılması gerekenli olan ilaçların önemli yararlarına sahip olmakla birlikte istenmeyen yan etkilere de neden olabildiklerini, bu nedenle ilaçların, advers etkilerinin izlenmesinin büyük önem taşıdığını ifade eden Dağistanlı, Sağlık Bakanlığı bünyesinde 2005'te İlaç Güvenliği İzleme, Değerlendirme Şube Müdürlüğü - Türkiye Farmakovijilans Merkezinin (TUFAM) kurulduğunu anlattı.

Aynı yıl yayımlanan yönetmelikle de ilaç firmalarına üretilen ilacın yan etkilerini izleyen birim kurması, başına bir eczacı getirilmesi, en az 50 yatak ve üstü hastanelerdeki doktor ve diğer sağlık perso-

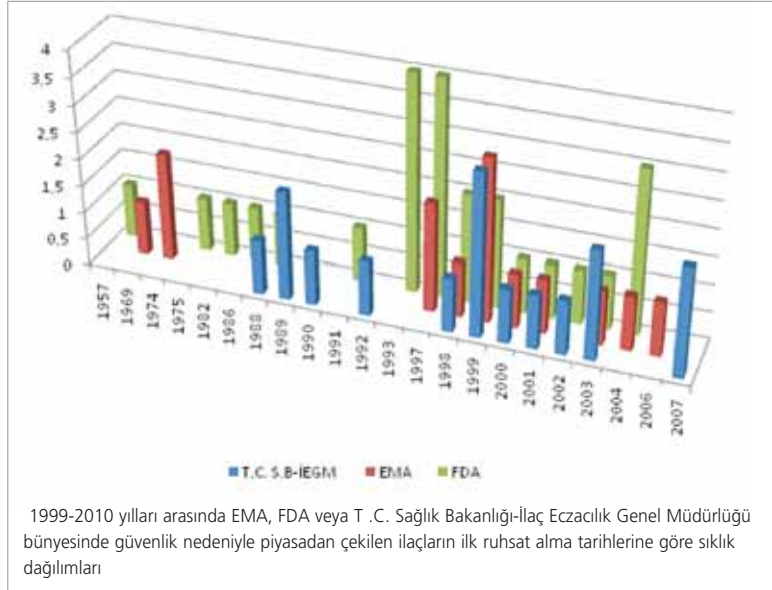
neline yan etkileri bildirme zorunluluğu getirildiğini belirten Dr. Dağistanlı, halktan gelen verilerin de yok sayılmayacağını, ancak şu anda sistemin zayıf noktasının bu olduğunu vurgulayarak, ileride bunun da bir sisteme oturtulacağına inandığını dile getirdi.

İlaçların yan etkileri ile ilgili TUFAM'a yıllık 500 civarında gelen geri bildirimde bulunulduğuna dikkati çeken Dağistanlı, piyasadaki tüm ilaçların rafta buldukları sürece sürekli olarak takip edildiklerine işaret etti.

İlaçların etkinliğini ve yan etkinliğinin popülasyona, hatta kişiye göre değişkenlik gösterdiğini vurgulayan Dr. Dağistanlı, şöyle devam etti: "Kişinin genetik yapısı çok önemli. Aynı ilacı kullanan iki kişiden birinin tedavisi için bir doz yeterken, diğerine iki kat doz vermek gerekebilir. Bir ilaç, birini iyi ederken, diğerine zararlı olabilir. 2005'e kadar biz başka popülasyonların verileri ile bir şeyler yapmaya çalışıyorduk. Örneğin, ağrı kesici ve ateş



düşürücü bir ilaç, dünyanın birçok ülkesinde kan hücrelerini öldürüyor diye yasaklanırken, Türklere böyle bir yan etki yapmadığı belirlendi. Sadece ABD'deki veriler kullanılarak olmaz. Sonuç itibarıyla bir ilacın yararları ve istenmeyen yan etkileri, popülasyona, hatta kişiye göre değişkenlik gösterir, bu nedenle mutlaka her ülkenin, ilacın yan etkileri konusunda ulusal veri merkezi olması gerekir." Dağistanlı, belki 10 yıl ya da 20 yıl sonra kişilerin enzim profillerinin bileneceğini ve bu bilgilerin karta işleneceğini kaydederek, doktorların da bu bilgilere göre, kişiye ilaç yazacağını ve doz ayarlaması yapacağını aktardı.



Türkiye'de esnek çalışma saatleri uygulanabilir mi?

Özellikle büyük şehirlerde değişen yaşam koşulları, trafik ve her ikisi de çalışan ebeveynler gibi faktörleri göz önüne alan şirketler, çalışanlarına esnek çalışma saatleri sunmaya başladı.



Feyza Aysan

Türkiye'de çalışanların kendi yan haklarını seçmelerine fırsat tanıyan "Esnek Yan Haklar Programı" uygulayan şirketlerin sayısı her geçen gün artıyor. Bu programları belli bir süredir uygulayan şirketler, değişen ihtiyaçlara ve çalışanların beklentilerine göre, bu hakları yeniden yapılandırıyor. Örnekleri henüz ülkemizde az olmakla beraber,

bazı şirketler çalışanlarına bir de çalışma saatlerini kendilerinin belirleyebilecekleri esnek çalışma saatleri uygulaması sunuyor. Türkiye'de esnek yan haklar programını ilk uygulayan ilaç şirketi olan AstraZeneca Türkiye, şimdi de merkez ofisi çalışanlarına esnek çalışma saatleri sunuyor. Bu uygulama ile AstraZeneca merkez ofisi çalışanları ayda kendi tercih edecekleri iki gün evden çalışabilecek ve haftada 40 saati doldurmak kaydıyla işe geliş-gidiş saatlerini kendileri ayarlayabilecek. Ayrıca yaz ayları boyunca tüm çalışanlar Cuma günleri saat 15:00'te paydos edebilecek.

Esnek çalışma saatleri uygulaması hakkında bilgi veren AstraZeneca Türkiye İnsan Kaynakları Direktörü Feyza Aysan, "AstraZeneca olarak esnek yan haklar uygulamasını Türkiye'de başlatan lider ilaç şirketiyiz. Esnek Çalışma Saatleri ise 2011 yılında başlatılan yeni bir uygulamadır. Her iki uygulamanın da çalışanlar üzerinde motivasyon anlamında oldukça pozitif etkileri olduğunu gözlemliyoruz. Uygulama kapsamında AstraZeneca Türkiye merkez ofis çalışanları, 10:00 16:00 saatleri arasında ofiste olmak ve haftada toplam 40 saati doldurmak kaydıyla işe geliş-gidiş saatlerini kendileri belirleyebilmektedir" dedi. Esnek çalışma saatlerinde bir başka uygulamanın ise evden çalışma olduğunu belirten Aysan, "Bu uygulamaya göre AstraZeneca Türkiye merkez

ofis çalışanları, ayda iki gün, iş yerine gelmeden evden çalışabiliyorlar" diye konuştu.

Çalışanların taleplerine göre yeniden şekillenen Esnek Yan Haklar

Esnek yan haklar programının ikinci yılı hakkında da bilgi veren AstraZeneca Türkiye İnsan Kaynakları Direktörü Feyza Aysan, çalışanların en çok tercih ettiği esnek yan hakkın "bireysel emeklilik planı için ek şirket katkı payı" olduğunu söyledi. Esnek yan haklar programının, gerek şirket, gerekse çalışan açısından en ideali yakalamak üzerine kurulu olduğunu ifade eden Aysan, "Çalışanlardan oluşan bir komite kurduk. İlk yılın bilgilerini ve çalışanlardan gelen geri dönüşleri değerlendiren bu komitenin bize sunduğu rapora göre esnek yan haklar programını yeniden şekillendirdik. Tatil çekleri, tatil yeri indirimleri ve yakıt yardımında akıllı anahtarlık opsiyonu gibi yeni tercih seçenekleri ekledik." dedi.

Antiasit-aljinik asit tedavisinin rolü konuşuldu



28. si gerçekleşen Ulusal Gastroenteroloji Kongresi Dünya Gastroenteroloji Derneği ile birlikte "ortak toplantı" formatında düzenlendi.

Bayer Consumer Care tarafından 18 Kasım tarihinde düzenlenen "GÖRH'de Güncellemeler ve Antiasit/Aljinik Asit Tedavisinin rolü" konulu uydu sempozyumunda konuşmacı olarak Dünya Eski Gastroenteroloji Derneği Başkanı aynı zamanda alanında bir efsane olan Prof. Dr. Guido Tytgat yer aldı. Sempozyumun moderatörlüğünü ise Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi NK Menteş Gastroenteroloji Kliniği Başkanı Prof. Dr. Ömer Özütemiz gerçekleştirdi. Bayer Consumer Care portföyünde yer alan Rennie Duo isimli antiasit/aljinik asit kombinasyonunun faydalarının da anlatıldığı 200'den fazla katılımcı ile gerçekleştirilen sempozyum kongrenin en ilgi çeken bölümlerinden biri oldu.

Novartis, Avrupa'nın en değerli 50 firması arasında...

Novartis ilaç firması, Avrupa marka değeri araştırması Eurobrand 2011 kapsamında Avrupa'nın en iyi 50 şirketi arasında yer aldı. Çeşitli sektörlerden 3000 şirketin dâhil olduğu araştırmada Novartis, ilaç sektöründe ise birinci sırada yer alıyor.

Dünyanın lider ilaç firmalarından Novartis, Avrupa'nın en önemli araştırma şirketlerinden Avrupa Marka Enstitüsü (European Brand Institute) tarafından gerçekleştirilen marka değeri çalışması Eurobrand 2011 kapsamında Avrupa'nın en değerli

50 şirketi arasında yer aldı. Amerika, Asya ve Avrupa'da bulunan, gıda, giyim, otomotiv, finans, ilaç ve telekom gibi sektörlerden toplam 3000 şirketin dâhil olduğu araştırmada Novartis, ilaç sektöründe birinci sırada yer aldı. Bölgesel kültürleri ve ter-

cihleri göz önünde bulundurarak Amerika, Avrupa ve Asya'da bulunan şirketlerin marka yönetimini Avrupa perspektifinden yansıtan araştırmanın dünya geneli sonuçlarında ise Novartis ilk 100 şirket arasında 54. sırada yer alıyor.