

Getuienis basseerde Kardiovaskulêre Terapie



Prof JA Ker

**Fakulteit
Gesondheidswetenskappe**

100
1908 - 2008



**UNIVERSITEIT VAN PRETORIA
UNIVERSITY OF PRETORIA
YUNIBESITHI YA PRETORIA**

Denkleiers • Leading Minds • Dikgopolo tša Dihalefi

Leef tyd Risiko

- **Borskanker**

1/8 (J Nat Canc Inst 1993;85:892)

- **Koronêre vatsiekte**

♂ **1/2** (Lancet 1999;353:89)
♀ **1/3**

op
ouderdom
40 jaar

- **Hipertensie**

1/4 (JAMA 2002;287:1003)
55 jr ouderdom: 9/10

- **Beroerte**

1/6 (Stroke 2006;37:345)

- **Hartversaking**

1/5 (♂ en ♀) (Circ 2002;106:3068)

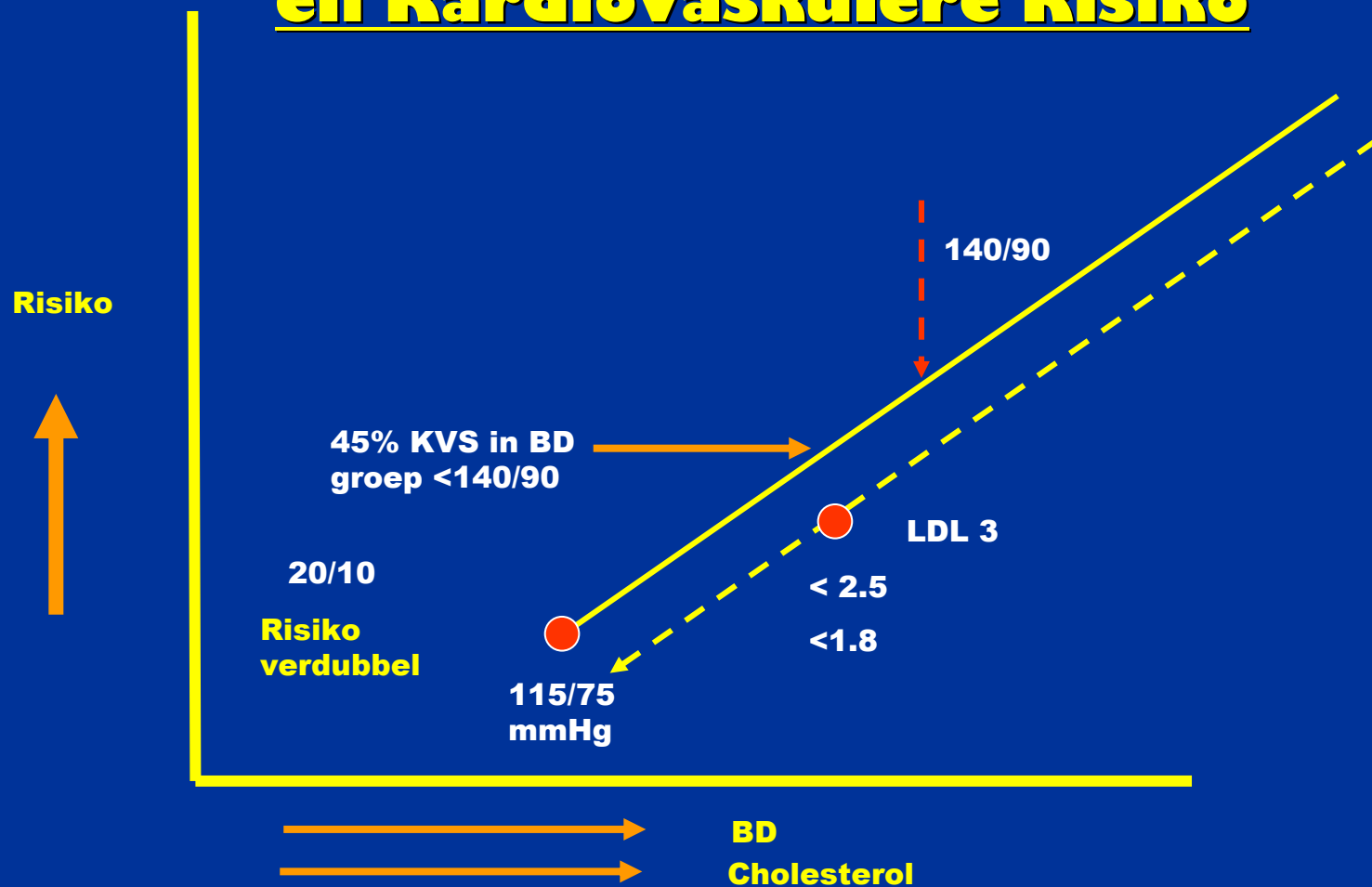
Natuurlike verloop van onbehandelde Hipertensie

- **50% MI / Hartversaking**
- **1/3 Beroerte**
- **10-15% Nierversaking**

**Biologiese aggressiwiteit van 'n gegewe
bloeddruk vlak wissel tussen individue**

(Braunwald. Hoofstuk 37:967)

Verwantschap: Bloeddruk, Cholesterol en Kardiovaskulêre Risiko



(Lancet 2002;360:1903)

Kombinatie therapie: HT

—————> **AOE-Remmers / ARB + KKB** <—————

679/5762 (11.8%) AOE-R + HCTZ

552/5744 (9.6%) AOE-R + KKB

RRV: 19.6% (95% VI: 10 tot 28%) p < 0.001

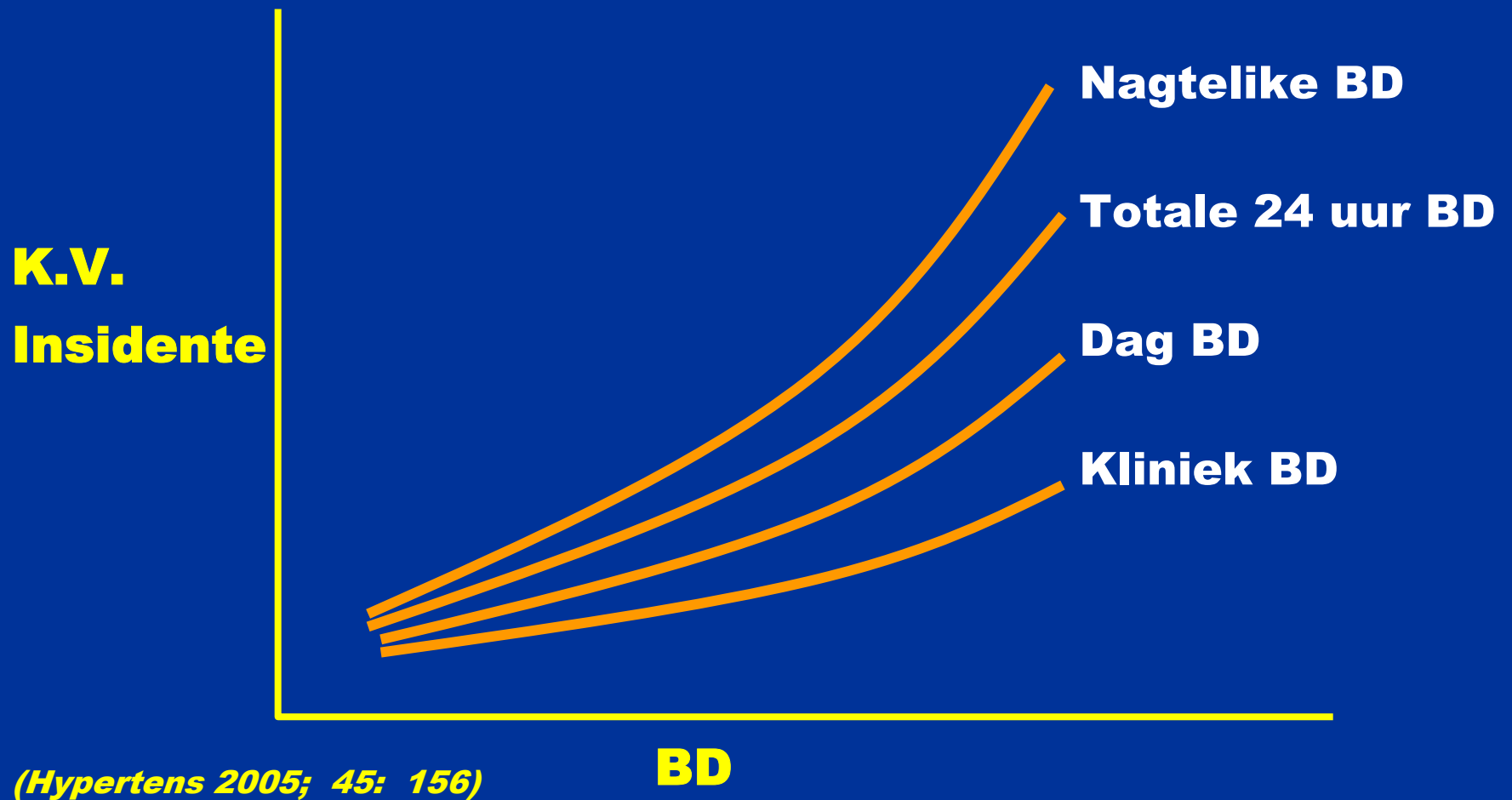
ARV: 2.2% (95% VI: 1.1% tot 3.3%)

NNB: 4.5 (30 tot 91)

(Accomplish: NEJM 4/12/2008)

Dublin uitkoms baseerde BD-Kontrole studie

N = 5,292 : Kliniek BD en 24 uur A.B.D. oor 8 jaar



Middels vir Hipertensie

- **Lae-dosis Tiasiede:** ↑ T₂DM; nie vir oorgewig jong pte
- **Beta-blokkeerders:**
 - Atenolol:**
 - 16% hoër risiko vir beroerte (vs ander)
 - (Verlaag nie sentrale aorta druk)
 - Verhoogde insidensie T₂DM; vermy HCTZ + BB kombinasie.
 - ? Ander B.B.
- **ACE-I / ARB:** (Nierfunksie abnormaliteite)
- **Kalsium Kanaal Blokkeerders:** (> effektief om beroerte te verlaag)
- **ACE-I / ARB plus KKB** > effektief om insidente te ↓
- **Statiene [Ascot]:** (Verlaag MI 36% en beroerte 27% in HT)

(Lancet 2005; 366: 1545)

(Circulation 2006; 113: 1213)

(Lancet 2003)

Interheart Studie

15 000 MI vs ± 15 000 kontroles van 52 lande, elke kontinent in wêreld

9 Risiko faktore: Verantwoordelik vir 90% vd bevolkings aanspreeklike risiko vir KV siekte in mans en 94% in vrouens

- Dislipidemie (49.2%)**
- Rook (35.7%)**
- Psigososiale faktore: depressie (32.5%)**
- Obesiteit, abdominaal (20.1%)**
- Hipertensie (17.9%)**
- Min daaglikse inname vrugte/groente (13.7%)**
- Gebrek oefening (12.2%)**
- D.M. (9.9%)**
- Nie daaglikse C2H5 (6.7%)**

(Lancet 2004;365:937)

Effektiwiteit van Statiene

(N= 90,056; 14 proewe)

Vir elke 1 mmol/L verlaging in LDL vlak:

Relatiewe Risiko Verlaging:

- **12% Totale mortaliteit**
- **19% Koronêre mortaliteit**
- **26% M.I.**
- **19% Beroerte**

[Verminder LDL 1.5 mmol/L → ↓ vaskulêre siekte 1/3]

(Lancet 2005; 366: 1267)

Primêre Voorkoming: Hartsiektes en Statiene

Jupiter proef: oor 1.9 jr

Mans (>50 jr), Vrouens (>60 jr): geen hartsiektes;
LDL Kolesterol <3.4 mmol/L

Primêre eindpunt [kombinasie: MI, beroerte, KV sterfte ens]

142/8901	(1.59%)	Statin
251/8901	(2.81%)	Plasebo
RRR:	44%	(31 tot 54%) p = <0.0001
ARV:	1.22%	
NNB:	82	

Mortaliteit:

RRR:	20%	(3 tot 33%) p = <0.02
ARV:	0.6%	
NNB:	167	

(NEJM 2008;359:2195)

Homosistien

Verhoogde Homosistien: verhoogte KVS:

Foliensuur

Vir B6 Vit B12

**In groot kliniese studies – geen verlaging
in KVS insidente**

Onseker wat probleem is

(Eur Heart J 2009;30:6-15)

Vit D en KVS

- **Verlaagde 25-OH-D vlakke:**
1/2 tot 1/3 van volwassenes
- **Relatieve toename in KVS:**
HR 1.50 tot 1.80
- **Meganisme:**
Ontoepaslike aktivering RAS → HT, LVH
- **Terapie:**
 - **18 klein studies**
 - **KVS insidente: 8.2% vs 8.5%**
RRR 7% (1 tot 13%)
NNT 169 (91 tot 1178)
 - **Benodig groot studie**

(Circulation 2008;117:503)
(Arch Intern Med 2007;167:1730)

Retinopatie: Onafhanklike voorspeller van hartsiekte sterfte

- Retinopatie (mikro-aneurisms, bloedings)
 - algemeen in DM
 - $\pm 10\%$ in non-diabetiese persone

DM: Risiko vir hartsterftes:
2.21 [95% VI: 1.20 tot 4.05]

Non DM: 1.33 (95% VI: 1.02 tot 1.83)

(Heart 2009;95:391)

“Tako-tsubo”

- **Transien LVD under severe stress**
Brain-Heart relationship

(Am J Med 2006;119:10-17)