

## Semptomatik Kalp Yetersizliđi Hastalarında Kombine İlaç Tedavisi.

Doç. Dr. Mehmet Timur Selçuk  
TKD Kalp Yetersizliđi Çalışma Grubu Yönetim Kurulu Üyesi  
Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Ankara

Güncel kılavuzlar, semptomatik kalp yetersizliğinde (KY) mortaliteyi ve morbiditeyi iyileştiren ilaçların kombine olarak kullanılmasını önermektedir. Bu ilaçlar, anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ADEİ) ve/veya anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB), betablokerler, mineralokortikoid reseptör antagonistleri (MRA) ve hastanın volüm yüklenmesine göre kullanılan diüretiklerdir. Bu 4'lü ilaç kombinasyonuna rağmen semptomlar devam eden olgularda ivabradin, hidralazin-isosorbid dinitrat (H-İSDN) veya digoksinin mevcut tedaviye eklenmesi önerilmektedir.

ADEİ: Avrupa Kardiyoloji Derneđi (ESC) 2012 Kalp Yetersizliđi Kılavuzuna göre; ejeksiyon fraksiyonu (EF)  $\leq$ %40 olan tüm hastalarda, KY nedeniyle hastaneye yatışları ve erken ölüm riskini azaltmak için betablokera ek olarak ADEİ önerilir (Sınıf I, Kanıt A). ESC Kılavuzu, öksürük, anjiyonötik ödem gibi nedenlerle ADEİ'yi tolere edemeyen hastalara ARB önermektedir (Sınıf I, Kanıt A).

ADEİ ile ARB'nin birlikte kullanımı, semptomatik olan (NYHA sınıf II-IV) ve MRA' yı tolere edemeyen KY hastalarında (EF $\leq$ %40) hastaneye yatışları ve erken ölüm riskini azaltmak için Avrupa Kılavuzunda oldukça güçlü bir şekilde önerilir (Sınıf I, Kanıt A). ADEİ ile ARB' nin birlikte kullanımı hakkındaki öneri düzeyi, Amerikan Kalp Birliđi (AHA) 2013 Kalp Yetersizliđi Kılavuzunda oldukça zayıftır (Sınıf IIb). AHA KY Kılavuzunda, ilk tedavi olarak ADEİ yerine ARB' nin tercih edilmesi sınıf IIa olarak önerilir. ESC KY Kılavuzunda ilk tedavi olarak ARB verilme önerisi bulunmamaktadır. ADEİ, ARB ve MRA' nın birlikte kullanılması, her iki kılavuzda da önerilmemektedir.

Betablokerler: Güncel kılavuzlar, EF' si  $\leq$ %40 olan tüm hastalara, bir ADEİ' ye (veya ADEİ' yi tolere edilemiyorsa ARB' ye) ek olarak betabloker verilmesini KY nedeniyle hastaneye yatışları ve erken ölüm riskini azaltmak için önermektedir (Sınıf I, Kanıt A). KY hastasında kullanılacak betablokeri seçerken, kılavuzların önerisi doğrultusunda KY' de etkinliğini kanıtlamış betabloker molekülünü tercih etmek gereklidir (metoprolol, karvedilol, bisoprolol ve nebivolol).

MRA: ADEİ (veya ADEİ' yi tolere edilemiyorsa ARB) ve betabloker tedavisine rağmen belirtileri devam eden (NHYA sınıf II-IV) ve EF' si  $\leq$ %35 olan tüm hastalara, KY nedeniyle hastaneye yatışları ve erken ölüm riskini azaltmak için, bir MRA önerilmektedir (Sınıf I, Kanıt A).

ADEİ, ARB ve MRA' ya başlanırken serum potasyum ve kreatinin değerlerine bakılması ve takiplerde belirli aralıklarla bu değerlerin kontrolü gereklidir.

Diüretikler: Sıvı yüklenmesi bulguları olan tüm hastalara semptomları düzeltmek için kontraendikasyonu yoksa diüretikler verilmelidir (Sınıf I, Kanıt C).

İvabradin: EF' si  $\leq$ %35 ve sinüs ritminde olan, kalp hızı  $>70$  vuru/dk' nın üstünde kalan, kanıtlanmış dozda (ya da tolere edilebilen maksimum dozda) betabloker, ADEİ (veya ARB) ve bir MRA (ya da ARB) tedavisine rağmen belirtileri devam eden (NHYA sınıf II-IV) hastalarda, KY nedeniyle hastaneye yatışları azaltmak için ivabradin verilebilir. (Sınıf IIa, Kanıt B). Betabloker tedavisini tolere edemeyen hastalarda ise ivabradin kullanımının öneri düzeyi zayıftır (Sınıf IIb). İvabradinin kullanılması için hastaların sinüs ritminde olması şarttır. İvabradinin Birleşik Devletler' de ruhsatlı olmamasından dolayı AHA 2013 KY Kılavuzunda ivabradinin kullanımı konusunda herhangi bir öneride bulunulmamıştır.

H-İSDN: AHA KY Kılavuzu, beta bloker ve ADEİ ile optimal medikal tedavi alan EF' si düşük NYHA III-IV olan, KY' li Afrika kökenli Amerikalı hastalarda morbidite ve mortaliteyi azaltmak için kontrendike olmadıkça H-İSDN verilmesini önermektedir (Sınıf I, Kanıt A). ADEİ veya ARB alamayan semptomatik veya daha önce semptomatik olmuş KY hastalarında da H-İSDN önerilmektedir (Sınıf IIa, Kanıt B). Betabloker, ADEİ (ya da ARB) ve MRA (ya da ARB) tedavisine rağmen semptomatik olan veya ADEİ/ARB' yi tolere edemeyen hastalarda H-İSDN kullanımı konusunda ESC Kalp Yetersizliđi Kılavuzunun öneri düzeyi oldukça zayıftır (Sınıf IIb).

Digoksin: Digoksin tüm nedenlere bağlı mortaliteyi değiştirmez, ancak KY nedenli hastaneye yatışı azaltır. Sinüs ritmindeki KY' li hastalarda digoksinin öneri düzeyi zayıftır. EF' si  $\leq$ %45 ve sinüs ritminde olan ve betablokeri tolere edemeyen hastalarda (Sınıf IIb) kullanılabilir. KY nedeniyle hastaneye yatışları azaltmak için digoksin düşünülebilir (ESC: Sınıf IIb- AHA: Sınıf IIa). Digoksin KY' de, özellikle atriyal fibrilasyonu olan hastalarda hız kontrolünün sağlanması için önerilmektedir (Sınıf I).

□