

Hangi hasta ileri evre kalp yetersizliği hastasıdır?.

Prof. Dr. Mehmet Birhan Yılmaz
TKD KYÇG Başkanı,
Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Sivas

Kalp yetersizliği (KY), prognozda görece iyileşmeler yaşanmasına rağmen, geri dönüşümsüz ve ilerleyici bir hastalıktır¹. Bu sendromu yaşayan hastalar (kronik KY), farklı klinik tablolar içerisinde gruplanırlar. Bunun, en iyi bilinen ve en eski örneği, NYHA sınıfıdır². Hastaların bir kısmı, kronik fazda NYHA I yakınmalarla hayatına devam ederken, bir kısmı NYHA IV yakınmalarla hastalıklarına devam ederler. Hastaların hemen tümü, hastalığın genel gidişat yönü NYHA'da artış yönünde olmakla birlikte, zaman içerisinde akut kötüleşmelerle ya da diğer etkenlerle hastalık derecelerinde (NYHA işlevsel sınıfı) artma ya da tedavi ya da diğer etkenler yüzünden azalma yaşarlar³. AHA/ACC, NYHA işlevsel sınıflamasının kısıtlılıklarını düşünerek bu gruplamayı daha geliştirmiş ve Evre A,B,C,D gruplarını tanımlamıştır⁴. Hastalık süreci, özellikle düşük ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetersizliği (DEF-KY) tedavisindeki önemli başarılarla rağmen, bir noktadan sonra, ICD&KRT tedavisi de dahil edildikten sonra aynı diğer kronik hastalıklar gibi, "ileri evre hastalık" kategorisine dahil olur⁵. Sınırları çok net olmamakla beraber, literatürde bu grup hastaları daha iyi tanımlamak yönünde ciddi çabalar bulunmaktadır. Çünkü, ileri evre KY hastaları; kalp nakli ya da ventrikül destek cihazları gibi pahalı tedavi seçenekleri için ciddi birer aday olabilecekleri gibi palyatif tedavi için de aday olabilirler^{6, 7}. Burada önemli bir husus da, ESC/HFA açısından her "ileri evre KY"nin "ilerlemiş KY" olmadığıdır⁵. "İleri evre" KY hastaları zaman içerisinde daha hafif formlara geri dönebilir (kısmi geri dönüşüm) ya da akut KY'nin bazı formlarında olduğu gibi hastalık süreci başlangıç anından itibaren çok ciddi bir klinik tabloyla başlayabilir. Özellikle bu grup hastaların tanınması çok önem arz etmektedir. Her KY hastası, yeterince uzun yaşarsa er ya da geç "ilerlemiş KY" kategorisine dahil olur. Bu iki uç seçenek, bu grup hastaların daha iyi tanınmasını gerekli kılmaktadır. Literatürde, bu konudaki ilk ciddi çaba Metra ve ark. tarafından 2007 yılında hazırlanan bir derlemedir⁵. Bu derleme, aşağıdaki kriterler ile ileri evre KY'nin tanımlanabileceğini bildirmektedirler: 1) Ciddi semptomlar (NYHA Sınıf III - IV); 2) Sıvı retansiyonu bulguları ve/veya hipoperfüzyonla ilgili gelişen durumların varlığı; 3) Ciddi kardiyak disfonksiyon (en az 1 tanesi gerekli): EF<30%, psödonormal veya restriktif mitral doluş, yüksek doluş basınçları, yüksek NP; 4) İşlevsel sınıfta ciddi azalma (egzersiz yapamama, 6 dk <300 m, pik O₂ <12-14 ml/kg/min); 5) Son 6 ayda >1 KY nedeniyle hastaneye yatış; 6) Optimal tıbbi tedaviye rağmen 1-5 özelliklerin tümünün varlığı. İleri evre KY; NYHA açısından bakıldığında, bir kısım NYHA III ve kesinlikle NYHA IV hastaların oluşturduğu havuzdur⁵. Bu havuza dahil olan hastalar zaman içinde daha hafif formlara geçebilir. AHA/ACC açısından bu grup daha ziyade Evre D'dir⁴. AHA/ACC, maksimum tedaviye rağmen kalıcı biçimde ciddi yakınmaları olan kronik KY hastalarına "ileri evre KY" demektedir. AHA/ACC, bu tanımın yanı sıra, "son dönem KY", "refrakter KY" tanımlarını da beraber kullanmaktadır⁴. 2009 yılında yapmış olduğu tanımı yeni kılavuzda da kullanarak, evre D hastaları; "gerçekten refrakter olup özelleşmiş tedavi seçenekleri için örneğin, mekanik destek, sürekli inotrop infüzyonu, kalp nakli veya diğer deneysel tedavi seçenekleri ya da yaşam-sonu bakımı gerektiren hastalar şeklinde tanımlamaktadır⁴. Bu hastaların tanınmasında; son yıl içinde tekrarlayan hastaneye başvuru/yatış, böbrek işlevinde ilerleyici kötüleşme, kardiyak kaşeksi, ACE inhibitörlerine intolerans, beta blokerlere intolerans, sık olarak sistolik KB<90 mmHg, basit günlük işlerde istirahat gerektiren kalıcı dispne, dispne nedeniyle bir blok düz yolda yürüyememe, yüksek doz furosemid ihtiyacı, serum sodyumunda ilerleyici düşüş (<133 mEq/L), sık ICD şoklaması yardımcı olabilir.

Öte yandan INTERMACS, mekanik tedavi ve kalp nakli seçeneklerinin kullanımını organize etmek amacıyla ileri evre KY hastalarını da kendi içlerinde sınıflandırmaktadır⁸.

Sonuç olarak; ileri evre KY, geleneksel tedavi yöntemlerinin işe yaramadığı bir alt kategori olup özgün tedavi seçeneklerinin gündeme alınması açısından tanınması önemlidir.

1. Laribi S, Aouba A, Resche-Rigon M, Johansen H, Eb M, Peacock FW, Masip J, Ezekowitz JA, Cohen-Solal A, Jouglia E, Plaisance P, Mebazaa A. Trends in death attributed to myocardial infarction, heart failure and pulmonary embolism in Europe and Canada over the last decade. QJM 2014.
2. Varani E, Casella G, Magnani G, Prati F, Magelli C, Magnani B. [The clinical evaluation of the severity of chronic heart failure: a comparison between the NYHA functional class and the Goldman scale]. Cardiologia 1990;35(8):651-6.
3. McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Bohm M, Dickstein K, Falk V, Filippatos G, Fonseca C, Gomez-Sanchez MA, Jaarsma T, Kober L, Lip GY, Maggioni AP, Parkhomenko A, Pieske BM, Popescu BA, Ronnevik PK, Rutten FH, Schwitzer J, Seferovic P, Stepinska J, Trindade PT, Voors AA, Zannad F, Zeiher A, Task Force for the D, Treatment of A, Chronic Heart Failure of the European Society of C, Bax JJ, Baumgartner H, Ceconi C, Dean V, Deaton C, Fagard R, Funck-Brentano C, Hasdai D, Hoes A, Kirchhof P, Knuuti J, Kolh P, McDonagh T, Moulin C, Popescu BA, Reiner Z, Sechtem U, Sirnes PA, Tendera M, Torbicki A, Vahanian A, Windecker S, McDonagh T, Sechtem U, Bonet LA, Avraamides P, Ben Lamin HA, Brignole M, Coca A, Cowburn P, Dargie H, Elliott P, Flachskampf FA, Guida GF, Hardman S, Lung B, Merkely B, Mueller C, Nanas JN, Nielsen OW, Orn S, Parissis JT, Ponikowski P, Guidelines ESCCfP. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur J Heart Fail 2012;14(8):803-69.
4. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE, Jr., Drazner MH, Fonarow GC, Geraci SA, Horwich T, Januzzi JL, Johnson MR, Kasper EK, Levy WC, Masoudi FA, McBride PE, McMurray JJ, Mitchell JE, Peterson PN, Riegel B, Sam F, Stevenson LW, Tang WH, Tsai EJ, Wilkoff BL, American College of Cardiology F, American Heart Association

Task Force on Practice G. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2013;62(16):e147-239.

5. Metra M, Ponikowski P, Dickstein K, McMurray JJ, Gavazzi A, Bergh CH, Fraser AG, Jaarsma T, Pitsis A, Mohacsi P, Bohm M, Anker S, Dargie H, Brutsaert D, Komajda M, Heart Failure Association of the European Society of C. Advanced chronic heart failure: A position statement from the Study Group on Advanced Heart Failure of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail* 2007;9(6-7):684-94.
6. Fanaroff AC, DeVore AD, Mentz RJ, Daneshmand MA, Patel CB. Patient selection for advanced heart failure therapy referral. *Crit Pathw Cardiol* 2014;13(1):1-5.
7. Boxer RS, Shah KB, Kenny AM. Frailty and prognosis in advanced heart failure. *Curr Opin Support Palliat Care* 2014;8(1):25-9.
8. Stevenson LW, Pagani FD, Young JB, Jessup M, Miller L, Kormos RL, Naftel DC, Ulisney K, Desvigne-Nickens P, Kirklin JK. INTERMACS profiles of advanced heart failure: the current picture. *J Heart Lung Transplant* 2009;28(6):535-41.