

Doç. Dr. Mehmet Eren

Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği-İstanbul

Kalp yetersizliğine (KY) eşlik eden hastalığı olanlarda KY tedavisi iki yönlü etkileşim altındadır. Birincisinde KY’de kullanılan ilaçların eşlik eden hastalığa ve tedavisine etkisidir (Tablo-1). İkincisi ise, eşlik eden hastalığın ve verilen tedavilerinin KY’ye etkisidir (Tablo-2).

Koroner arter hastalığının eşlik ettiği KY hastalarında, koronerler için verilen nondihidropidin grubu kalsiyum kanal blokerleri (verapamil ve diltiazem) negatif inotropik etkilerinden dolayı KY’nin kötüleşmesine yol açarlar. Bu yüzden bu ilaçlar KY ve koroner arter hastalığı olanlarda tercih edilmezler. Dihidropidin grubu kalsiyum blokerlerinden özellikle amlodipin KY’de güvenle kullanılabilir. KY’de yüksek kolesterol düzeyleri sık gözlenmez. Statinlerin pleotropik etkilerinden yararlanmak için KY’de kullanılmaları önerilmez. Bu grup hastalarda da statin kullanımı genel endikasyonlara göre yapılır. Statinler içinde rosuvastatin ve atorvastatin güvenle kullanılabilir. KY’de diyabetin varlığı kötü prognozla ilişkilidir. Anjiyotensin reseptör blokerleri ve anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri kullanılarak diyabet gelişimi önlenabilir. Beta-blokerler diyabette kontrendike değildir, ancak farklı beta-blokerlerin glisemik endeksler üzerine farklı etkileri vardır. Glitazonlar sodyum ve su tutulumu yapar ve KY’nin kötüleşmesi ve hastaneye yatış riskini artırır; bu nedenle kullanılmamalıdır. Ciddi böbrek ve karaciğer bozukluğu olan hastalarda, laktik asidoz riski nedeniyle, metformin önerilmez; fakat diğer KY hastalarında yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. KY’de yeni antidiyabetik ilaçların güvenilirliği bilinmemektedir. Diyabetik KY hastalarında KY yönünden en güvenilir ilaç; insülinidir.

Antihipertansiflerden negatif inotropik etkisi olan kalsiyum kanal blokerleri (verapamil ve diltiazem) düşük ejeksiyon fraksiyonlu KY’de güvenli değilken, korunmuş ejeksiyon fraksiyonlu KY’de kullanılabilir. Moxonidin de düşük ejeksiyon fraksiyonlu KY’de mortaliteyi artırdığı için, verilmemelidir. Eğer kan basıncı anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri veya anjiyotensin reseptör blokerleri, beta-bloker, aldosterone antagonisti ve diüretik ile kontrol edilememişse, hidralazin ve amlodipin (veya felodipine) sistolik KY’li hastalarda güvenli olarak kan basıncını düşürmede kullanılabilir. KY’de kan basıncı hedefleri diğer hasta gruplarındaki gibidir.

Kalp ve böbrek yetersizliğinin birlikte olduğu durumları tanımlamak için ‘kardiyorenal sendrom’ terimi de kullanılır. KY hastalarında düşen kalp debisine bağlı olarak çoğu hastada glomerüler filtrasyon hızı azalmıştır. Renin-anjiyotensin-aldosteron blokerleri (anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri, renin inhibitörleri, anjiyotensin reseptör blokerleri ve aldosterone antagonistleri) sıklıkla glomerüler filtrasyon hızında düşmeye neden olurlar. Ancak bu düşüş genellikle hafiftir ve ciddi olmadıkça tedavi kesilmemelidir. Sodyum ve su boşaltımı (aşırı diürez ya da kusma ve diyareye bağlı sıvı kaybı) ve hipotansiyon böbrek işlev bozukluğunun iyi bilinen nedenleri olmasına rağmen; aşırı hacim yükü, sağ kalp yetersizliği ve renal ven konjesyonunun da böbrek işlevlerini bozabileceği daha az bilinir. Tüm bu nedenler böbrek işlevleri kötüleşen KY hastalarında düşünülmesi, tedavi edilmesi veya önlenmelidir. Çok düşük glomerüler filtrasyon hızı olan hastalarda tiyazit diüretikleri daha az etkilidir ve böbreklerden atılan belirli ilaçlar (digoksin, insülin ve düşük molekül ağırlıklı heparin gibi) böbrek bozukluğu olan hastalarda birikebilir. Böbrek işlevleri bozulan erkek hastalarda prostatik obstrüksiyon da akla gelmelidir. Bening prostat hipertrofisi olanlarda alfa-adrenoseptör blokerleri hipotansiyon, su ve sodyum tutulumuna neden olduğu için sistolik KY’de 5-alfa redüktaz inhibitörleri tercih edilir.

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olanlarda kullanılan oral veya intravenöz steroidler sıvı yükünü ve kan basıncı artırma etkilerinden dolayı, KY semptomlarını kötüleştirebilirler. Bu durumda inhaler steroidler tercih edilmelidir. Beta-blokerler astımda kontrendikedir. KOAH’da kontrendike olmamalarına rağmen, selektif beta-1 adrenoreseptör antagonisti olanlar (bisoprolol, metoprolol süksinat veya nebivolol) tercih edilir. Carvedilol ciddi KOAH hastalarında kullanılmaz.

KY’de yaygın olarak kullanılan diüretiklerin sonucu olarak hiperürisemi ve gut gelişebilir. Gutu önlemek için kullanılan ksantin oksidaz inhibitörlerinin (allopurinol, oksipurinol) KY’de güvenilirlikleri bilinmemektedir. Gut ataklarında antiinflamatuvar olarak nonsteroidal ajanların yerine kolşisin kullanılmalıdır. Ancak kolşisin çok ciddi böbrek bozukluğu olan hastalarda kullanılmamalıdır ve diyareye neden olabilir. Eklem içi steroid uygulamaları sistemik olana tercih edilmelidir.

KY’de depresyon yaygın olup, varlığı hasta uyumsuzluğu ve kötü prognozla ilişkilidir. Psikososyal girişim ve farmakolojik tedavi yararlı olur. Depresyonda kullanılan farmakolojik ajanlardan seçici serotonin geri alım inhibitörleri güvenli olmasına rağmen, trisiklik antidepresanlar hipotansiyon, KY’de kötüleşme ve aritmilere neden olabilecekleri için güvenli değildirler.

□

□