

Multidisciplinary management of elderly patients with chronic heart failure: Five year outcome measures in death and survivor groups (Kronik kalp yetersizliği olan yaşlı hastalarda multidisipliner yaklaşım)

Doç. Dr. Nurcan Arat

Kronik hastalıkların multidisipliner değerlendirme ölçütlerinin kullanımı, özellikle sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin (HRQL) kalp yetmezliği olan yaşlı hastalarda uzun dönem prognostik kullanımı belirsizdir. Amaç: Bu randomize kontrollü çalışmada 6 ay süren kardiyak rehabilitasyon eşliğinde uzman hemşire hasta takibinin kaybedilen ve sağ kalan hastaların klinik, fonksiyonel ve HRQL değerlerinin 5 yıl süresince raporlanması. Metod: Orijinal ölçümler (Yürüme testi, Borg RPE (algılanan eforun derecelendirilmesi), MLHF (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire) , EuroQol score ve biyokimya ölçümleri hastalarda uygun ortamda tekrarlandı. Sonuçlar: Sol ventrikül fonksiyonu, NYHA sınıfı ve 6. ayda MLHF, fiziksel fonksiyon ve biyokimya değerleri başlangıca göre daha iyi olanlarda 5 yıllık sağkalım da daha iyiydi. 5. yılda sağ kalan hastalarda EuroQol skoru, MLHF skorunun aksine başlangıç değerine göre kötüleşti. Yürüme testi en yüksek 5 yıllık görece ölüm riskini verirken, MLHF ve Borg ve ürik asit değerleri benzerdi. Ölümün obez gençlere oranla daha çok normal kilolu yaşlı hastalarda ortaya çıktı. Tartışma: Hastaların 5 yıl süresince değerlerindeki değişiklikler ortaya çıkmaktadır ve özellikle kaybedilen ve sağ kalan gruplar arasında farklılık oluşmaktadır. MLHF ve EuroQol-vas kullanımı karşılaştırıldığında EuroQol skoru yaşlanma sürecindeki yoksunluklardan dolayı sınırlı kaldı.

Bu çalışma MLHF ve EuroQol skorları ile birlikte klinik ölçümlerin 6 aylık kardiyak rehabilitasyon çalışmasına giren ve 5 yılı aşkın sağ kalan olgularda, yaşlı hastalarda multidisipliner yaklaşımın yararını değerlendirmektedir.

Yöntem: Çalışmaya alınma kriterleri: Sol ventrikül disfonksiyonu (EF> %40), NYHA Class 2-3 ve yaş >60. Çalışma grupları arasında ortalama yaş, cinsiyet ve kalp yetmezliği etiyolojisi bakımından fark yoktu. (Primer koroner hastalık %77) ekokardiyografide hastaların %45'inde orta ve %38.5 ciddi sol ventrikül sistolik disfonksiyonu olduğu yarı nicel olarak saptandı. Hastaların %80'den fazlası diüretik ve ACEİ kullanıyordu.

Çalışma Dizaynı: Standart bakım grubu 8 haftalık klinik durumun takibi, farmakoterapinin optimizasyonu ve özbakım konusunda uzman hemşire bakımından ayaktan eğitildiler. Çalışma grubu ise haftada iki kere 8 haftalık multidisipliner bir programa dahil oldular. Bu programda tarifenmiş efor, özbakım eğitimi ve psikoterapi uygulandı. Bu programı 16 hafta süren haftalık egzersiz eğitimleri takip etti. Bu çalışma lokal etik kurullar tarafından onaylandı ve hastalardan yazılı onam alındı.

Çalışmanın birincil hedefleri: Fonksiyonel status (NYHA sınıfı), fonksiyonel performans (6 dakikalık yürüme testi) ve algılanan yorgunluktan (Borg RPE) ve sağlık ilişkili yaşam kalitesi ölçütleri (HRQL) değerlendirildi. Hastalık özgün olarak MLHF ve maliyet yararı sorgulaması ise EuroQol ve Euro Quol -vas skorları ile değerlendirildi.

Sonuçlar: 5 yıl sonunda hastaların yarısından fazlası (n=119, %59.5) yaşıyordu. Hastaların %94 ü kliniğe değerlendirme için başvurdular. Sadece 7 hasta 5. yıl takibe katılmak istemedi. 112 tane randomize edilen hastanın 55' i standart tedavi ve 57'si de kardiyak rehabilitasyon grubundaydılar. 5 yıl içinde, sağ kalanlarda NYHA dağılımında başlangıç değerlerine göre anlamlı olarak bozulma izlendi. NYHA- 2 sıklığı %48.2 den %63.4'e yükseldi (p<0.001). 5 yıl içinde yürüme mesafesinde belirgin bozulma izlenirken MLHF'de düzelme Euro Quol skorunda bozulma gözlemlendi. EuroQuol -vas ise değişmedi. Böbrek fonksiyonlarında bozulma ve kan kolesterol düzeylerinde düşme gözlemlendi. Ölen hasta grubunda ise NYHA sınıflarında sağ kalanlara göre belirgin kötüleşme vardı. (NYHA-2 %30, NYHA-3 %70). Tablo 1'de yaşayan ve sağ kalan grupların karşılaştırmalı analizi izlenmektedir. Sağ kalanlarda MLHF ve EuroQuol -vas için kaybedilenlere karşı belirgin üstünlük varken EuroQuol skorunda bu izlenmedi. Kaybedilen grupta ortalama yürüme mesafesi %30 daha azdı. İstirahat kalp hızı artmıştı ve Borg RPE belirgin bozulmuştu. 6 aylık görece risk değerlerine göre yürüme testi performansı 5 yıllık hasta mortalitesini en iyi gösteren risk faktörüydü. Sağ kalanlarda genç obez hastaların oranının arttığı izlendi.

Tartışma: 5 yıllık veriler değerlendirildiğinde multidisipliner kalp yetmezliği yönetiminin 6 aylık uygulanması sonrası bazı olgularda 5. yılda da devam eden yararı izlendi.

Yürüme testi ile MLHF arasında ve EuroQuol skoru ile fiziksel ölçümler arasında uyumsuzluklar gözlenmesi multidisipliner kalp yetmezliğinin tedavisi için kullanılan skalaların uygunluğunun daha detaylı tartışılmasını gerekli kılmaktadır. Bazı durumlarda hastaların güncel sağlık durumlarıyla ilgili veriler sağlık çalışanları tarafından spesifik sorularla subjektif olarak elde edilmektedir.

Kalp yetmezliğinin objektif markerları demografik ve özgeçmiş bilgileri ,biyokimyasal parametreler, fonksiyonel ölçümler ve yaşam kalite skalasıdır. Buna karşın kendi kendine belirlenen nefessizlik, ortopne ve halsizlik bağımsız olarak hospitalizasyon ve mortaliteyi öngördürebilir..

Bu çalışmada sol ventrikül disfonksiyonu ve NYHA sınıfı 5 yıllık izlemde ölen ve yaşayan hastalar arasında farklı idi. 6.ay ölçülen fiziksel fonksiyon,klinik testler ve yaşam kalitesi ölçümlerinin 5 yıllık survive için belirgin olarak yararlı olduğu gösterilmiştir.

Bu çalışmada 5 yıllık görece ölüm riski en iyi olarak yürüyüş testiyle belirlenmiştir ki bu değişen semptomlara paraleldir ve tedavi yararını destekleyen bir kanıt olarak kullanılabilir.

Çalışma bulguları göstermiştir ki biyokimyasal fizyolojik ölçümler kalp yetmezliğinin prognoz ve risk belirlenmesinde önemlidir ve sempatik deşarj kalp ve böbrek için yan etkilidir.

Bu çalışmada vücut kitle indeksinin mortaliteye etkisinin yaştan ayıramayacağı gösterilmiştir. Çalışmada genel olarak obez ve gençlerde sağkalım daha iyi bulunmuştur.

Sonuç olarak bu çalışmada hastalık aktivitesinin konvansiyonel medikal ölçümlerle HRQL nin değerini karşılaştırarak bize bilgi sağlamıştır. Kalp yetmezliği yönetimi hasta merkezli tedavi rejimlerinin ve yaşam kalitesi skorlarının artan önemi ile daha da karmaşıkmaktadır. Hasta merkezli HRQL ölçümleri hastanelerde ve ev tabanlı rehabilitasyon programlarında klinik verilere göre daha kolay uygulanabilir yaklaşımların sergilenmesini kolaylaştırma avantajına sahip olabilirler.

Tablo-1 Ölen ve sağkalan hastaların 6. Ay değerleri

	Ortalama	Standart Sapma	p
	Ölen (n=60)	Sağkalan (n=112)	
Minnesota			
Fiziksel	20.3 (12.1)	15.1 (10.9)	0.004
Duygusal	7.7 (6.7)	5.4 (5.7)	0.020
Toplam	36.3 (22.0)	27.1 (20.0)	0.006
EuroQuol vas	59.9 (15.5)	67.1 (18.2)	0.010
Skoru	0.68 (0.20) 0.72 (0.27) 0.308		
Yürüme testi (m)	219.8 (125.1)	315.9 (104.4)	0.000
Sodyum (mmol/l)	138.2 (3.3)	139.7 (2.5)	0.001
Üre (mmol/l)	11.0 (5.6)	8.2 (3.1)	0.000
Kreatinin (µmol/l)	145.7 (51.1)	116.5 (28.1)	0.000
Ürik asit(µmol/l)	448 (108)	407 (118)	0.025
İstirahat kalp hızı	76.6 (16.8)	69.4 (12.3)	0.001
Egzersizde Borg	3.5 (2.2)	2.5 (1.4)	0.002
Egzersiz sonrası Borg	2.2 (2.0)	1.3 (1.3)	0.002
Hemoglobin (g/dl)	13.8 (1.5)	14.3 (1.4)	0.038
Potasyum (mmol/l)	4.3 (0.4)	4.1 (0.4)	0.006
Kolesterol (mmol/l)	4.8 (1.0)	4.8 (0.9)	0.441
Trigliserid (mmol/l)	2.1 (1.2)	2.2 (1.1)	0.855
VKİ (kg/m ²)	27.7 (5.2)	28.6 (4.4)	0.219