

# Birinci Basamakta Kalp Yetersizliği Hastası: Ne Zaman / Ne Amaçla Refere Edilmeli?"

Serap ÇİFÇİLİ

Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul

Kalp Yetersizliği toplumda sıklığı yüksek olması nedeni ile gerek tanı gerekse tedavi süreçlerinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin katılımını gerektiren, öte yandan klinik tablonun çeşitliliği, tanı ya da tedavide ileri tıbbi uygulamaları gerektirmesi nedeni ile de sıklıkla kardiyoloji uzmanının görüşüne gereksinim duyulan bir klinik durumdur. Ülkemiz nüfusunun hızlı yaşlanma oranı göz önünde bulundurulduğunda bu hastalığın oluşturduğu hastalık yükünün giderek artacağını söylenebilir<sup>1</sup>. Yaşam kalitesini azaltması ve özellikle bir bakım gerektirmesi nedeni ile başka tıp disiplinleri ile de işbirliği içinde çalışmayı gerektirir. Bu nedenle günümüzde kalp yetersizliği hastalarının çok disiplinli bir ekip tarafından izlenmesi gerekliliği vurgulanmaktadır.<sup>2</sup>

KY prevalansı %2-3 arasında değişmekte olup, 75 yaş civarında prevalans hızla yükselmekte, 70-80 yaş arasında %10-20 arasında bulunmaktadır.<sup>1</sup> Mortalite açısından ciddi bir hastalıktır. İngiltere’de genel pratisyenlere kayıtlı KY hastalarının 5 yıllık yaşam beklentisi %58 iken KY olmayan benzer sosyo-demografik özelliklere sahip hastalarda 5 yıllık yaşam beklentisi %93 olarak hesaplanmıştır.<sup>3</sup> Öte yandan, bazı ülkelerde KY’ne bağlı yaşa göre düzeltilmiş mortalitenin modern tedavilerin kullanımından sonra düştüğü görülmektedir.<sup>1</sup> Erken tanı koyma ve tedavinin kanıta dayalı yürütülmesi, önemli yarar sağlayacağından birinci basamak sağlık hizmetlerinin rolü kritik önem taşımaktadır. Bu yazıda güncel, uluslar arası KY tanı ve tedavi kılavuzları incelenerek KY hastalarının ilgili uzman veya bir sonraki sağlık hizmeti basamağına yönlendirilmesini gerektiren durumlar özetlenmiştir.

## Kalp Yetersizliği İlk Tanısı

KY tanısı büyük oranda klinik bulgulara dayandığından nefes darlığı, yorgunluk, halsizlik, sıvı retansiyonu gibi tipik yakınmalarla gelen hastalarda ayrıntılı öykü almak

ve fizik muayene yapmak son derece önemlidir. Bununla birlikte kalp yetersizliği klinik kuşkusunun daima kalp işlevini değerlendiren incelemelerle doğrulanması gerekliliği Avrupa Kardiyoloji Birliği (ESC) kılavuzunda vurgulanmaktadır.<sup>2</sup> Aynı kılavuzda KY ve/veya kardiyak işlev bozukluğu tanısının ekokardiyografiyle veya ekokardiyografi yapılamadığı durumda kalp işlevini değerlendirebilecek başka testler ile doğrulanması ve KY tanısından kuşkulandığında bu testin zaman yitirmeden gerçekleştirilmesi önerilmektedir. Benzer şekilde, Amerikan Kalp Birliği (AHA) kılavuzunun 2009 güncellemesinde de KY tanısı düşünülen tüm hastaların ekokardiyografi ile değerlendirilmesi gerekliliği vurgulanmaktadır.<sup>4</sup> Avrupa Kardiyoloji Birliği (ECS) kılavuzunda ilk tanı sırasında B-tipi natriuretik peptid (BNP) veya N-terminal pro B-tipi natriuretik peptid (NTproBNP) değerlerinin mutlaka ölçülmesini önerilmemle birlikte bu değerlere göre pratik bir tanı koyma şeması bulunmaktadır. NICE 2010 kılavuzunda ise ekokardiyografi ve uzman görüşü gerekliliği önerilmekle birlikte bu değerlendirmeni aciliyeti BNP değerlerine göre düzenlenmektedir.<sup>3</sup> Bu öneri aşağıda belirtilmiştir:

1. Önceden miyokard infarktüsü geçirilmiş olması ve çok yüksek serum natriüretik peptid değerleri kötü prognoza işaret etmektedir. Bu nedenle BNP değerinin 400 pg/ml veya NTproBNP değerlerinin 2000 pg/ml’nin üstünde olduğu durumlarda hastanın acil olarak (en geç iki hafta içinde) ekokardiyografi ve uzman değerlendirmesi yapılması için sevk edilmesi önerilir.
2. BNP düzeyleri 100 ila 400 pg/ml veya NTproBNP düzeyleri 400 ila 2000 pg/ml olan hastaların ise 6 hafta içinde ekokardiyografi ve uzman değerlendirmesi açısından sevk edilmesi gerektiği belirtilmektedir.

İlk tanıda ayrıca kalp yetersizliğinin etyolojisinin ve eşlik eden önemli hastalıkların ve risk faktörlerinin aydınlatılması gerekmektedir.<sup>4,5</sup> Ayrıca bu sırada acil değerlendirme gerektiren durumlar ya da bulgular varlığında hasta acil olarak refere edilmelidir. Bu bulgular aşağıda sıralanmıştır:<sup>4</sup>

- Dinlenme sırasında dispne/ortopne
- Aniden gelişen nefes darlığı
- Oksijen saturasyonunun %90'ı altında olması
- Hemoptizi
- Baş dönmesi ya da senkop
- Göğüs ağrısı
- Sistolik kan basıncının 80-90 mmHg'nin altında olması
- Hipoperfüzyon bulguları (siyanoz, bilinç bozukluğu vb)

*Özetle; ilk kez kalp yetersizliği tanısı alan hastalar gerek kalp işlevinin değerlendirilmesi gerekse etyolojinin aydınlatılması açısından bir uzman tarafından değerlendirilmek üzere refere edilmelidir.*

### **Tedavi ve takip sırasında hastanın refere edilmesini gerektiren durumlar**

İlaç dışı tedavi önerileri ve özbakım kalp yetersizliğini yönetiminde son derece önemlidir. Hastalığın bulguları ve gidişi, kullanılacak ilaçlar ve ilaç dışı tedaviler konusundaki eğitim büyük ölçüde birinci basamak kuruluşlarda yönetilebilir. Hasta eğitimi sırasında üretken çağdaki kadınlarda gebelik, erkeklerde cinsel işlev bozukluğu mutlaka tartışılmalıdır. ESC gebe KY hastalarında yakın hekim takibi ve danışmanlığı önermekte iken<sup>2</sup> NICE kılavuzunda<sup>3</sup> gebelik düşünen ya da gebe hastaların gebelik boyunca kardiyoloji ve kadın doğum uzmanlarınca takip edilmesi önerilmektedir. KY olan erkek hastalarda cinsel işlev bozukluğu sık görülebileceğinden mutlaka AH/GP tarafında değerlendirilmeli, gerekli görüldüğü takdirde ilgili uzmana refere edilmelidir.

İlaç dışı tedavilerin tartışıldığı sırada sıklıkla KY'e eşlik eden durumlardan uyku bozukluğu bulguları sorgulanmalıdır<sup>2</sup>. Uyku bozukluğu bulguları olan hastalarda tanı ve tedavi ile ilgili gereğinde ilgili uzmanın görüşü alınabilir. Tanı için polisomnografi gerekebilir.<sup>4</sup>

KY ve depresyon ko-morbiditesi oldukça sıktır. KY hastalarında mutlaka depresyon taraması yapılmalıdır.<sup>4</sup> Depresyon tedavi edilmeli tedaviye dirençli depresyonu olan hastalarda psikiyatrist görüşü alınmalıdır.

Kalp Yetersizliği tedavisinin hangi basamakta yürütülmesi gerektiği ile ilgili yeterli kanıt yoktur. Kuşkusuz ülke kaynakları ve sağlık politikaları da bu konuda belirleyicidir. Her durumda kalp yetersizliği hastalarının birinci basamak hekimlerince konunun uzmanları ile işbirliği içinde takip edilmesi önerilmektedir.<sup>4</sup>

Takip, hastanın işlevsel kapasitesi, sıvı yükü, elektrolit değerleri benzeri bir dizi kriter ile yapılır. ACC/AHA kılavuzunda klinik durumunda değişiklik gözlenen, klinik bir olay yaşayan veya kalp işlevi etkileyebilecek bir ilaç başlanan KY hastalarının EF ölçümünün tekrarlanması

önerilmektedir.<sup>4</sup> ESC kılavuzunda ise hastanın klinik durumunda, kardiyak fonksiyonda belirgin düzelme ya da bozulma olduğunu gösteren önemli değişiklikler görüldüğünde ekokardiyografi tekrar önerilebileceği belirtilmektedir.<sup>3</sup>

Avrupa'da birinci basamak sağlık kuruluşlarında KY tanı ve tedavi uygulamalarının değerlendirildiği kapsamlı bir çalışmada diğer Avrupa ülkelerindeki meslektaşlarına benzer şekilde Türk hekimlerin birinci basamakta yeterli sıklıkta beta-bloker başlamadıkları gözlenmiştir.<sup>6</sup> Oysa hiçbir güncel kılavuzda beta-bloker tedavisinin başlanması için uzman görüşüne başvurma gerekliliği belirtilmemektedir.

NICE kılavuzunda sol ventrikül sistolik disfonksiyonuna bağlı kalp yetersizliğinde ilk tedavi olarak önerilen ACE inhibitörleri (veya ARB) ve beta-blokerlerin kullanımına rağmen semptomatik olan hastalara ikinci sıradaki tedaviyi önermeden önce uzman görüşüne başvurulması önerilmektedir.<sup>2</sup> Yine aynı kılavuzda aldosteron antagonisti alan hastalarda potasyum ve kreatinin düzeyleri ile GFR'nin yakından takip edilmesi ve hiperkalemi gelişen ya da böbrek işlevinde bozulma görülen hastalar için uzman görüşü alınması önerilmektedir.<sup>3</sup> Öte yandan, ESC kılavuzunda ikinci seçenek tedavileri eklerken uzman görüşüne başvurulması gerekliliği belirtilmemekte ve her bir ilacın potasyum advers etkileri oluştuğunda izlenecek yol ayrıntılı tarif edilmektedir. Ancak ikinci seçenek tedavilerin eklenmesine rağmen bulguları düzelmeyen veya bulguları düzelmiş olmakla birlikte sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu (LVEF)'si %35'in altında olan hastaların invazif prosedürlerin endikasyonunun değerlendirilmesi açısından uzman tarafından görülmesi önerilir<sup>3</sup>. Bunun dışında tedaviyi tolere edemeyen hastalar da yönlendirilmelidir.<sup>5</sup>

Koroner Arter Hastalığı (KAH) en yaygın KY nedenidir. KAH varlığında ya da KAH riski yüksek hastalarda, önemli boyutlarda kapak hastalığı olan hastalar bir uzman tarafından revaskülarizasyon endikasyonu açısından değerlendirilmelidir. Bu nedenle takip sırasında KAH düşündürecek bulgular gözlemlendiğinde hastalar uzmana yönlendirilmelidir.

Bunlar dışında; önemli veya semptomatik atriyal veya ventriküler aritmisi olan hastalar, ciddi kapak hastaları, New York Kalp Birliği (NYHA) sınıf IV hastalar (işlevselliği ileri derecede kısıtlanmış, dinlenmede bulguları olan hastalar) uzmana yönlendirilmelidir.<sup>2,4,5</sup> Aşağıdaki durumlarda da uzman görüşü almak düşünülebilir.<sup>2</sup>

- Sıvı retansiyonunun dirençli olduğu durumlar
- Yüksek dozda diüretik kullanan hastalarda ACE inhibitörü başlamadan önce
- Böbrek işlevinin giderek bozulduğu yada hızla bozulduğu durumda
- Kan basıncı düşüklüğü nedeni ile yakınmaları olana hastalar
- Halsizlik, ödem, kilo artışı ve dispne gibi bulgular hızla düzelmeyen hastalar

KY hastalarının bazı durumlarda hastaneye yatışı gerekebilir. Hastaneye yatış gerektirebilecek durumlar aşağıda sıralanmıştır.<sup>5</sup>

- Akut miyokard infarktüsü düşündüren klinik, laboratuvar veya EKG bulguları
- Ayaktan tedaviye dirençli şiddetli semptomlar
- Pulmoner ödem veya şiddetli respiratuvar hastalık
- Müdahale gerektiren tromboembolik komplikasyonlar
- Eşlik eden şiddetli hastalıklar (örn pnömoni, böbrek yetersizliği)
- Klinik olarak önemli aritmilerin yönetimi
- Anazarka (Jeneralize ödem)
- Ayaktan tedavinin yürütülmesini sağlayabilecek sosyal desteğin olmaması
- Semptomatik hipotansiyon veya senkop
- Hiperkalemi

Tüm kılavuzlarda son dönem KY hastalarının palyatif bakım ekiplerince takip edilmesi önerilmekle birlikte ülkemizde örgütlü bir palyatif bakım servisi henüz bulunmamaktadır. Evde bakıma gereksinim duyulan hastalarda Sağlık Bakanlığı tarafından devlet hastanelerinde yeni örgütlenen Evde Bakım birimleri ile işbirliği kurulabilir. Yine yurt dışı çalışmalarda sıklıkla “uzaktan izlem” kavramından ve bu yöntemle takip edilen hastalarda tedavi sonuçlarının olumlu olmasından söz edilmektedir. Bu tür bakım stratejilerinin yaygınlaştırılması hızla yaşlanan ülkemizde giderek hastalık yükü artması beklenebilecek KY bakımının kalitesini artırırken hastaneye refere etme gerekliliğini azaltabilir.

*Özetle; tedaviye dirençli, tedaviyi tolere edemeyen veya klinik durumu belirgin şekilde değişiklik gösteren hastalar, hastanede yatışı gereken hastalar, akut kalp yetersizliği gelişen hastalar tedavinin düzenlenmesi amacı ile refere edilmelidir. KAH olan hastalar ile diğer invazif işlem gerektirebilecek hasta grupları da uzmana yönlendirilmelidir.*

Sonuç olarak, KY tedavisinde yakın takip ve özellikle de hastanın kendi kendini takip etmesi esastır<sup>2</sup>. Hastanın

semptomlarının ve klinik durumunun yakından takip edilmesi, akut kalp yetersizliği nedeni ile hastaneye yatış sayısını azaltacaktır<sup>4</sup>. Hastaneye yatış sonrası ya da herhangi bir sebeple bir başka uzmana yönlendirilmiş hastalar ile ilgili yazılı geri bildirim talep edilmelidir. Hastanın tedavisinin kesintiye uğramaması açısından sağlık hizmetinin farklı basamaklarında yakın işbirliği son derece önemlidir.

## Kaynaklar

1. Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı. DPT, Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, 2007. [www.dpt.gov.tr/DocObjects/Download/2230/eylemplan.pdf](http://www.dpt.gov.tr/DocObjects/Download/2230/eylemplan.pdf) adresinden 05.06.2011 tarihinde erişilmiştir.
2. Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği Tanı ve Tedavisine Yönelik 2008 ESC Kılavuzu Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) 2008 Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği Tanı ve Tedavisi Görev Grubu. European Heart Journal doi:10.1093/eurheartj/ehn309, ([http://www.tkd-online.org/dergi/TKDA\\_36\\_70\\_41\\_95.pdf](http://www.tkd-online.org/dergi/TKDA_36_70_41_95.pdf)) adresinden 05.06.2011 tarihinde erişilmiştir.
3. NICE clinical guideline: Chronic heart failure: management of chronic heart failure in adults in primary and secondary care [www.nice.org.uk/guidance/CG108](http://www.nice.org.uk/guidance/CG108) adresinden 05.06.2011 tarihinde erişilmiştir.
4. 2009 Focused Update Incorporated Into the ACC/AHA 2005 Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines Journal of the American College of Cardiology 2009; 53, 15.
5. Institute for Clinical Symptoms Improvement (ISCI) Health Care Guideline: Heart Failure in Adults, 2009. ([http://www.icsi.org/heart\\_failure\\_2/heart\\_failure\\_in\\_adults.html](http://www.icsi.org/heart_failure_2/heart_failure_in_adults.html)) adresinden 05.06.2011 tarihinde erişilmiştir.
6. Cleland JGF, Cohen-Solal A, Cosin Aguilar J, Dietz R, Eastaugh J, Follath F, N Freemantle N, Gavazzi A, van Gilst WH, Hobbs FDR, Korewicki J, Madeira HC, Preda I, Swedberg K, Widimsky J, for the IMPROVEMENT of Heart Failure Programme Committees and Investigators and the Study Group on Diagnosis of the Working Group on Heart Failure of The European Society of Cardiology. Management of heart failure in primary care (the IMPROVEMENT of Heart Failure Programme): an international survey. The Lancet 2002; 360(23): 1631-39.