

Yetersiz kalbe yeterli müdahale arayışı

Prof. Dr. Ahmet Temizhan



1965 yılında Ankara'da doğdu. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1988 yılında mezun oldu. Ankara Numune Hastanesi'nde 1993'te iç hastalıkları, 1997'de kardiyoloji uzmanı oldu. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji AD'de kardiyoloji doçenti oldu (2002). 2003-2012 yılları arasında Türkiye Yüksek İhtisas EAH'de Eğitim Görevlisi olarak çalıştı. 2012'de Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji AD'de Kardiyoloji Profesörü unvanı aldı. Dr. Temizhan halen Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi Kardiyoloji Kliniği'nde görev yapmaktadır.

Dünyada 26 milyon kalp yetersizliği hastası olduğu varsayılıyor. Ülkemizdeki sayı tam bilinmiyor ancak 2012 senesinde kısıtlı imkanlar ile yapılan bir araştırmaya göre 35 yaş üzeri yetişkinlerin kalp yetersizliği prevalansı %2 olarak belirlendi ki bu da yaklaşık 800 bin kişi eder. Otuz beş yaş altı erişkinleri de eklersek bu sayının 1 milyon olacağını öngörebiliriz. Kalp yetersizliği riski dünya ile benzer şekilde yaş ilerledikçe artsa da ülkemizde kalp yetersizliği hastalarının yaş ortalamasının Avrupa'ya göre 6 yaş daha genç olması dikkat çekicidir. Bunun sebebi koroner arter hastalığının ülkemizde daha genç yaşlarda ortaya çıkmasıdır.

Kalp Yetersizliği Önlenebilir Mi?

Kalp yetersizliğinin en sık görülen nedeni koroner arter hastalığı olmakla birlikte aslında tüm kalp hastalıklarının ulaşacağı en son nokta, araya ölüm girmez ise, kalp yetersizliğidir. Buradan "kardiyovasküler hastalıkların sıklığını azaltabilirsek veya iyi tedavi edebilirsek kalp yetersizliğini de önleyebiliriz" sonucu çıkmaktadır. Bu görüş doğrultusunda Amerikan kalp yetersizliği kılavuzu hipertansiyon dahil tüm yapısal kalp hastalıklarını Evre A kalp yetersizliği olarak kabul etmektedir. Amaç nihayetinde kalp yetersizliğine gidecek tüm kardiyovasküler hastalıklarının tedavilerine özen gösterilmesini sağlamaktır. Bu güzel beklenti pratik

hayatta gerçekleşmemektedir. Bunun altında üç büyük engel yatar. İlki, doğru tedavi ve iyi takibin tüm hastalara uygulanmasını sağlayacak mükemmel sağlık hizmetinin verilememesidir. Burada sağlık sistemi kadar hekimlerin duyarlılığı ve hastaların tedaviye uyumu da işin içine girmektedir. İkincisi, mevcut hastaları tedavi etmeye çalışırken hipertansiyon, diyabet, dislipidemi, obezite, sigara ve hareketsiz yaşam gibi kalp yetersizliği ve koroner arter hastalığı risk faktörlerinin prevalansının neredeyse çığ gibi artmasıdır. Yani hastaları ne kadar iyi tedavi etseniz de geriden ciddi bir hastalıklı nüfus gelmektedir. Bu hem gelişmiş hem de gelişmekte olan toplumların ortak sorunudur. Üçüncüsü ise ironik bir kısır döngüdür. Akut koroner sendromların (kalp krizi) hızla hastaneye ulaştırılması, erken dönemde tıkalı koroner damarın girişimsel yöntemler ile açılması ve bunun neticesinde de kalp krizine bağlı ölüm oranlarının belirgin şekilde azalmasıdır. Hayatta kalan hastalar az-çok hasarlı kalp ile yaşamına devam ederken uzun dönemde kalp yetersizliğine aday olmaktadır.

Kalp yetersizliği önlenemez gözükse de ciddi anlamda ötelenebilir. Öteleme için eylem planı şu şekilde olabilir:

- Değiştirilebilen risk faktörleri olan obezite, sigara, hareketsiz yaşam ve sağlıksız beslenmenin azaltılması. Bu sayede diyabet, hipertansiyon ve dolayısıyla koroner arter hastalığı sıklığı azalacaktır.

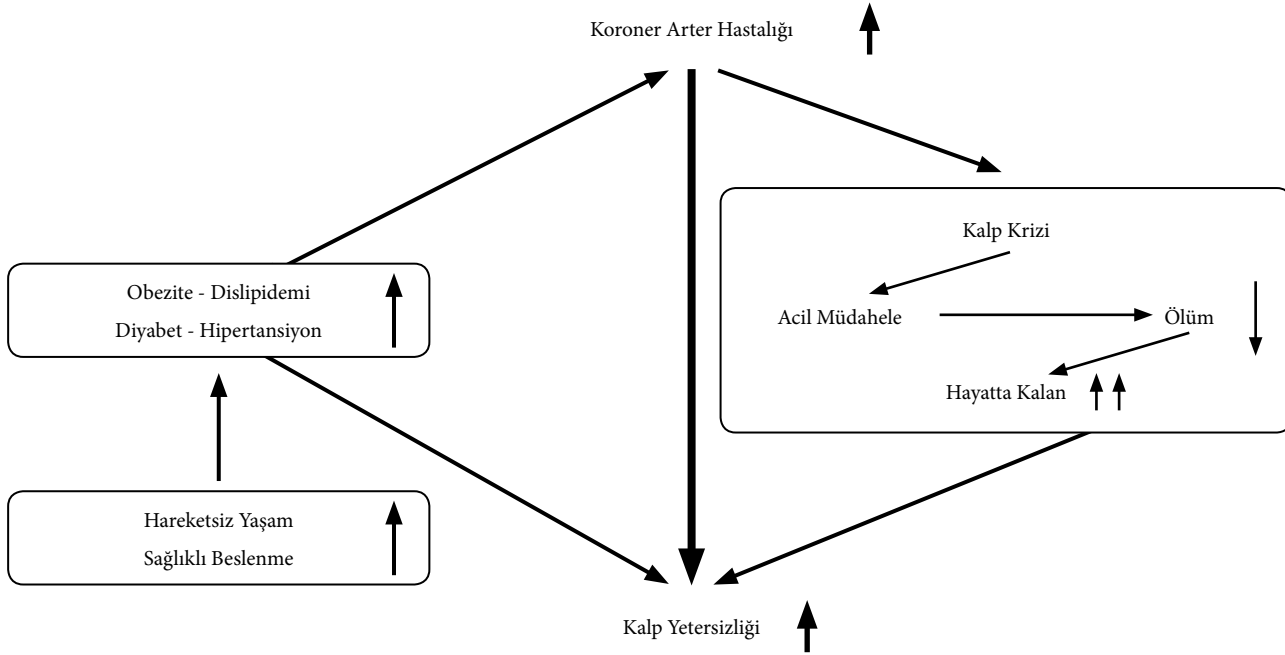
Devletin neredeyse tüm kurumları bunun için iş birliği yapmalıdır.

- Hipertansif hastalarda kan basıncı kontrolünün sağlanması. Daha iyi kan basıncı kontrolü daha az kalp krizi ve kalp yetersizliği demektir. Sağlık sistemi bu çaba için hekimleri ve hastaları teşvik etmelidir.

- Diyabetik hastalarda kardiyovasküler koruma sağlayan ilaç yaklaşımlarının tercih edilmesi. Kalp krizini ve kalp yetersizliğini azaltmak için kan şekeri kontrolü tek başına yeterli olmamaktadır. Kardiyovasküler koruma sağlayacak yaklaşımların sağlık sistemince teşviki gerekmektedir.

Tedavideki Sorunlar

Kalp yetersizliği hastalarının beş senelik yaşam oranları yaklaşık %50'dir. Bu süreyi sık hastane başvuruları ve yatışlar ile geçirirler. Dolayısıyla kısalmış yaşamlarında kalp yetersizliği hastaları ile uzun bir birlikteliğimiz olmaktadır. Sık yatışların nedeni hastalığın doğal seyri kadar diyabet, böbrek yetmezliği, demir eksikliği, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, ritim bozukluğu ve pnömoni gibi durumların (komorbidite) kalp yetersizliğine çoğunlukla eşlik etmesidir. Mevcut ilaçların uygun şekilde kullanılmasına rağmen arzulanan tedavi başarısının sağlanamamasının en önemli nedeni bu komorbiditelerin sıklığıdır ve ne kadar iyi tedavi etseniz de kalp



Şekil: Kalp Yetersizliği Gelişiminin Kısır Döngüsü

yetersizliği hastaları tıpkı bir bumerang gibi size geri gelmektedir. Hastalık nedeniyle ölüm iki şekilde olmaktadır; ani kardiyak ölüm ve pompa yetersizliğine bağlı ölüm. Ani ölüme elimizdeki ilaçların kısmen etkisi olmaktadır. Ancak ICD (taşınabilir defibrilatör cihazı) ve KRT (kardiyak resenkronizasyon tedavisi) gibi cihaz tedavileri ile ani ölüm sıklığında belirgin bir azalma sağlanmıştır. Bunun neticesinde de pompa yetersizliğine bağlı ölüm oranları artmıştır.

Tüm bunlar kalp yetersizliğinin tüm kalp hastalıkları içinde tedavisi en maliyetli hastalık olduğunu ispatlar niteliktedir. Kalp destek cihazları ve kalp nakli gibi ileri tedavi modalitelerini eklediğimizde maliyet daha da katlanmaktadır. Bu nedenle kalp yetersizliği her türlü yeni tedavi ve takip yöntemlerine son derece ihtiyaç duyulan, çağımızın en ciddi kalp sorunudur. Tam tedavi edilememesi sadece remisyonlara girmesi sebebiyle kalp yetersizliğini “kalbin kanseri” olarak yorumlamak yanlış olmayacaktır.

Yeni Eğilimler

Takip: Kalp yetersizliği hastalarının ayakta takibinin deneyimli ve bu konuda eğitim almış bir ekiple sistematik şekilde yapılması tedavi başarısını anlamlı şekilde artırmaktadır. Ekipte kardiyolog, kalp cerrahı, hemşire, diyetisyen, psikolog ve fizyoterapist olması idealdir. Batı Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri’nde uzunca bir zamandan beri uygulanan bu sistem ülkemiz için oldukça yenidir

ve kişisel çabalar ile yürütülmektedir. Sağlık sistemimizin bu konuda ivedilikle yapılandırılması gerekmektedir.

İlaç tedavisi: Kalp yetersizliği tedavisindeki son 20 senenin en önemli yeniliği ARNI molekülüdür. Kalp yetersizliği hastalarında ölüm oranlarını ve hastaneye yatış oranlarını önemli oranda azaltan ve hastaların yaşam kalitesini belirgin biçimde arttıran bu ilaç tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de son üç senedir kullanılmaktadır. ARNI’nin sosyal güvenlik sistemimizde henüz geri ödeme kapsamına alınmamış olması nedeniyle bu ilaçtan kalp yetersizliği hastalarımız yeterince faydalanamamaktadır. Geri ödeme sorunu çözüldüğünde bu tedavi çok zor hastalıkla mücadele etmek için elimizde güçlü bir silah daha olacaktır. Bir diğer yenilik kalp yetersizliği hastalarında sıkça görülen demir eksikliğinin tedavisinde yaşanan gelişmedir. İntravenöz yoldan verilen demir karboksimaltoz ile ölüm oranları değişirse de hastaların fonksiyonel kapasitesi ve yaşam kalitesi artırılabilir.

Kalp destek cihazları: Kalp nakli en kati tedavi şekli olarak görülse de donör (organ verici) bulmak ciddi bir sorundur. Bazı ülkeler vefat eden kişinin organlarını kanun yoluyla devlete ait kabul ederek bu sorunu aşmaya çalışmaktadır. Donör sıkıntısı ülkemizde çok daha fazla hissedilmektedir. Şu an itibarıyla bekleme listesinde 1112 hasta bulunmaktadır ve bu hastaların geçen sene 91’ine, bu sene şu ana kadar 17’sine kalp nakli yapılabil-

miştir. Hastalar bekleme listesinde iken ölmektedir. Gerek kalp nakli bekleyen gerekse de kalp nakline aday olamayan hastalar için kalp destek cihazları önemli bir tedavi alternatifidir. Önceleri oldukça büyük olan ve sadece kalp nakline köprü amacıyla kullanılan bu cihazlarda son 10 sene içerisinde teknolojik anlamda önemli gelişmeler olmuştur. Cihazın boyutu belirgin derecede küçülmüş, pompa desteğini daha iyi sağlar hale gelmiş ve takipte karşılaşılan sorunlar azaltılmıştır. Bunun neticesinde de hem kalp bekleyen hem de nakile aday olamayan hastalarda destinasyon (kalıcı) amaçlı kullanımı önemli ölçüde artmıştır. Kalp destek cihazları oldukça maliyetli olsa da getirdiği çözüm bu maliyete değerlendirebilir. Donör sıkıntısının çözülmesindeki zorluklar dikkate alındığında bu cihazların ülkemizde üretilmesi ve maliyetin düşürülmesi sanırım gündeme gelmelidir.

Kaynaklar

Değertekin M, Erol Ç, Ergene O, ve ark. Türkiye’deki kalp yetersizliği prevalansı ve öngördürücüleri:HAPPY çalışması. Heart failure prevalence and predictors in Turkey: Happy study. Türk Kardiyol Dem Arş. 2012;40(4):298-308

Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2016 Update. A Report From the American Heart Association. Circulation. 2016;133(4):e38-e48.

Ponikowski P, Voors AA, Anker SD et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2016;37:2129-2200.