

Kalp Yetersizliği: Birincil ve İkincil Korunmada Birinci Basamak Hekiminin Önemi

Arzu UZUNER

Marmara Üniversitesi tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul

Hastalıktan korunma hastalık oluşumunun yaşam tarzı değişiklikleri ve bağışıklık sistemine etki ile önlenmesi, tarama protokolleri ve testleri ile hastalığın erken dönemde saptanması ve hastalık oluşmuşsa komplikasyon gelişiminin engellenmesine yönelik çabaların tümüdür. Hastalıktan korunma prensipleri bireyin yaşadığı toplumun verilerini yansıtan bilimsel kanıtlara dayanır. Tarama protokolleri yaş, cinsiyet, aile öyküsü ve yaşam tarzından kaynaklanan risk faktörlerine göre oluşturulur, yeni bilimsel kanıtlara ve toplumun özelliklerine göre düzenli olarak yeniden gözden geçirilir.

Koruyucu sağlık hizmetleri, birincil, ikincil, üçüncül ve dördüncül koruma olarak dörde ayrılır. Hastalık oluşumunun yaşam tarzı değişiklikleri, çevrenin güvenli hale getirilmesi, sağlıklı su ve havanın sağlanması ve bağışıklık sisteminin güçlendirilmesi ve bazı enfeksiyöz etkenlere karşı özgül bağışıklığın sağlanması birincil korumayı oluşturur. İkincil korunma ise hastalık sürecinin başladığı ancak henüz asemptomatik dönemde, bireyin sağlığı henüz bozulmadan, erken tanı ve tedavi ile hastalığın tedavi edilmesi, ilerlemenin önlenmesi anlamına gelmektedir. Üçüncül koruma hastalığa bağlı olarak gelişebilecek komplikasyonların, sakatlık ve kalıcı bozuklukların en aza indirgenmesini ve rehabilitasyonu içermektedir.¹ Dördüncül koruma ise sağlık sistemi içinde gereksiz ve aşırı müdahalelerin önlenmesine yönelik sağlık aktivitelerini içerir.² Koruyucu sağlık hizmetleri bireysel, ailesel ve toplumsal, çevresel boyutları ile düşünülmeli, planlanmalıdır.

Birinci basamak hekimi hastanın sağlık sistemi ile ilk temas noktasıdır. Aile hekimliği, toplum içinde yer alan sağlık merkezlerinde hekime, kendisine bağlı bireylerle yaşam boyu sürekli bir hasta-hekim ilişkisi kurmaya olanak tanıyan, koruyucu sağlık uygulamalarını temel alan bir tıp disiplini. Koruyucu hekimlik aile hekimliğinin temel taşıdır. Bireye ve ailesine sürekli ve bütüncül sağlık hizmeti kapsamında koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlığın güçlendirilmesi aile hekimliğinin üstlendiği görevler arasındadır. Aile hekimi kendisine

kayıtlı bireylere aşılama, laboratuvar tarama ve danışmanlık hizmetleri verir. Bu özellikleriyle aile hekimi, kalp yetersizliği gibi genellikle uzun süreç içinde gelişen bir organ hasarının oluşumunu engelleyebilecek konumdadır.

Kalp yetersizliğinde birincil koruma, yetmezlik gelişiminin engellenmesi, ikincil koruma kalp yetersizliğinde komplikasyon gelişiminin engellenmesi, üçüncül koruma ise komplikasyonların gelişmesi halinde yeni komplikasyon oluşumunun engellenmesi ve rehabilitasyon anlamına gelmektedir.

Kalp yetersizliği miyokarda oluşan hasar sonucu meydana gelen bir klinik sendromdur. Miyokard hasarı, uzun süre yüksek basınç altında kalma sonucu kardiyak “remodelling” de denen yapısal değişiklikler meydana gelir. Sol ventrikül hipertrofiye olur, odacık hacmi artar, ekstraselüler matrikste fibröz doku depolanmasında artış ve kollajen yapısında değişim oluşur ve remodellingi başlatan neden ortadan kalksa da süreç devam eder.³ Sonuç olarak hem sistolik hem de diyastolik fonksiyonlarda bozulma meydana gelir. Miyokarda hasara neden olan başlıca klinik durumlar, miyokardiyal infarktüs, uzun süreli hacim veya basınç yükü, viral enfeksiyonlar ve infiltratif hastalıklar;³ kronik kalp yetersizliği gelişimi için bağımsız risk faktörleri yaş, aterosklerotik kalp hastalığı, diyabet, hipertansiyon, sol ventrikül hipertrofisi ve obezitedir. Diyabet, hipertansiyon, koroner arter hastalığı altta yatan ve damar yapısını bozan temel nedenler olduğundan kalp yetersizliğinde birincil koruma, koroner arter hastalığının değiştirilebilir risk faktörleri ile mücadele, hipertansiyon ve diyabet gelişiminin engellenmesi, damar endotel hasarının önlenmesi noktalarından başlar.

Remodellingin en iyi incelendiği durum olan miyokardiyal infarktüste nekrotik odakta skar dokusu miyokard dokusunun yerini alır, bu odak etrafında başlayan süreç tüm kalp dokusuna yayılarak hipertrofi ve dilatasyona, mitral ve triküspid yetersizliğine, kalbin kasılma işlevlerinin bozulmasına, sonunda da kalp yetersizliğine neden olur.³ Primer korunma tüm bu yapısal değişikliklerin,

miyokard hasarının, yani sürecin başlamasının engellenmesidir ki bu, miyokardiyal infarktüs oluşturabilecek durumların, hipertansiyonun, koroner arter tıkanıklığının, diyabetin önlenmesine, damar yapısının korunmasına kadar uzanan bir süreçtir.

Birinci basamak hekimi olarak aile hekiminin gerekli düzeyde koruyucu önlemleri alabilmesi için tarama testlerini, aşıları, yaşam tarzı değişikliklerinin yönetimini, sigara bırakırma tedavisini, hipertansiyon, diyabet, koroner arter hastalığı ve kalp yetersizliği erken tanı ve ilaç tedavisini bilmesi ve günlük pratiğine integre etmesi gerekir. Diyet ve egzersiz reçete etmek, bireye eğitim ve danışmanlık vermek, ilaçlara uyumunu sağlamak birinci basamak hekiminin görevleri arasındadır.

European Society of Cardiology (ESC) nin kılavuzuna göre de kalp yetersizliğinin önlenmesi, kalp yetersizliğine yol açan durumların tedavisi ile mümkündür.⁵ Özellikle hipertansiyonu ve/veya koroner arter hastalığı olan hastalarda ventriküler disfonksiyonun ve kalp yetersizliğinin gelişmesi geciktirilebilir ya da önlenir. (öneri sınıf I, Kanıt A).⁶ Miyokard iskemisinin mevcut olduğu durumlarda ilk amaç ventrikül disfonksiyonunun altında yatan nedeni ki bu nedenler genellikle iskemi, toksik maddeler, alkol, ilaçlar, tiroid hastalıklarıdır, tedavi ederek riski azaltmaktır.⁵

Sol ventrikül disfonksiyonunun saptanmasından itibaren uzun süre asemptomatik olarak kalsa da kronik süreç başladığından asemptomatik dönemden itibaren, semptomatik dönemde yapılan tüm tedavilerle kalp yetersizliğinin ileri aşamalarına geçişinin önlenmesi ikincil korumaya girmektedir.

Yukarıda sayılan özellikleri dolayısıyla kronik kalp yetersizliği önlenir bir hastalıktır; o nedenle kalp yetersizliği gelişme riski olan hastalar periyodik olarak muayene edilmelidir.

Kalp yetersizliği American Heart Association (AHA) ve American College of Cardiology (ACC) tarafından kalp kasının yapısı ya da hasarı temelinde dört evrede sınıflanmıştır.⁷

“Evre A: Kalp yetersizliği gelişme riskinin yüksek olduğu evre. Bu hastalarda kalp kası ve kapaklarında yapısal ya da işlevsel bir bozukluk, kalp yetersizliği bulgu ve belirtisi yoktur.” Hipertansiyon, koroner arter hastalığı, diyabet, kardiyotoksik ilaç veya alkol kullanımı, romatizmal ateş tedavisi ve ailede kardiyomiyopati öyküsü olan, kalp yetersizliği gelişme riski yüksek hastalar bu grupta yer alır.

Kardiyovasküler hastalık (KVH) ülkemizde de dünyada olduğu gibi erken ölümlerin temel nedeni olduğu gibi iş görmezlik etkenleri arasında yer almakta, ilaç ve cerrahi tedaviler nedeniyle sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır. Yaşam tarzı değişiklikleri ve basit farmakolojik tedavilerle kardiyovasküler hastalıklara neden olan fizyolojik ve biyokimyasal faktörlerin değiştirilebildiği, mortalite ve morbiditenin azaltılabildiği bilinmektedir. Bu nedenle birinci basamakta bireyle görüşmeler sırasında kardiyovasküler risk faktörleri⁸ sorgulanır.

KVH risk belirlenmesinde ise SCORE risk cetvelleri kullanılır. Avrupa Klinik Uygulamada Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma Kılavuzu’nda⁸ KVH’dan korunmanın hedefleri şöyle belirlenmiştir:

1. KVH riski düşük olanların bu durumunun ömür boyu sürdürülmesi, riski yüksek olanlarda riskin azaltılmasına katkıda bulunmak; sigaranın bırakılması, düşük yağlı diyet, aerobik egzersiz, statin, diyabet ve hipertansiyon kontrolü.
2. Sağlıklı kalmak için:⁸
 - 2.1. Sigara içmeme
 - 2.2. Sağlıklı beslenme
 - 2.3. Günde 30 dakika orta derece fiziksel egzersiz
 - 2.4. BK <25 kg/m² olmalı, abdominal obeziteden kaçınılmalı
 - 2.5. KB <140/90 mmHg
 - 2.6. Total kolesterol <5 mmol/L (yaklaşık 190 mg/dL)
 - 2.7. LDL kolesterol <3 mmol/L (yaklaşık 115 mg/dL)
 - 2.8. Kan glukozu <6 mmol/L (yaklaşık 110 mg/dL) olmalı
3. Yüksek riskli kişilerde, özellikle KVH veya diyabet bulunanlarda daha sıkı bir risk kontrolü sağlayabilmek için:⁸
 - 3.1. Kan basıncı < 130/80 mmHg olmalı
 - 3.2. Total kolesterol <4.5 mmol/L (yaklaşık 175 mg/dL); <4 mmol/L (yaklaşık 155 mg/dL)
 - 3.3. LDL kolesterol <2.5 mmol/L (yaklaşık 100 mg/dL); <2 mmol/L (yaklaşık 80 mg/dL)
 - 3.4. Açlık kan glukozu <6 mmol/L (yaklaşık 110 mg/dL) HbA1c <%6.5 olmalı
4. Yüksek riskli kişilerde, özellikle aterosklerotik KVH bulunanlarda kalp koruyucu ilaç tedavisi düşünülmelidir.

“Evre B: Kalp yetersizliği bulgu ya da semptomları bulunmayan ancak altta yatan kalp yetersizliği gelişme riski yüksek olan yapısal kalp hastalığı olan hastalar”. Sol ventrikül hipertrofisi ya da dilatasyonu, asemptomatik kapak hastalığı; geçirilmiş miyokard infarktüsü gibi durumlar bu evrede yer alır. İşlevsel sınıflamaya göre sınıf I ve bazen II olarak düşünülebilir.

Klinik görüşmede sorgulanması gereken hastalık ve durumlar:

- Koroner arter hastalığı
- Hipertansiyon
- Diyabet-tiroid hastalığı- büyüme hormonu fazlalığı-feokromositoma-hiperaldosteronizm-cushing sendromu
- Madde kullanımı-bağımlılığı
- İlaçlar: negatif inotrop ilaçlar; sıvı retansiyonu yapanlar
- Miyokardit öyküsü
- Toksinler: kurşun, arsenik ve kobalt
- Bağ dokusu hastalıkları: SLE-skleroderma-polimiyozit
- Kalp kapak hastalıkları

Öykü ve/ya da fizik muayenede bu hastalıkların bulunması durumunda ilaç tedavisinin kullanılması kalp yetersizliği açısından birincil korunmadır.

“**Evre C:** Bu evrede altta yatan yapısal kalp hastalığına bağlı kalp yetersizliği gelişen ve buna bağlı kalp yetersizliği semptomları olan hastalar yer alır.” İkincil korunma bu evrede başlar. Öykü ve fizik muayene ile erken dönemde kalp yetersizliği tanısının konulması, ardından uygun tedavinin düzenlenmesi ile yetmezliğin ileri klinik evreye geçmesi önlenabilir. Böylece yaşam kalitesi korunmuş olur. Ancak işlevsel sınıflamaya göre sınıf II olan yani olağan fiziksel etkinliğin halsizlik, çarpıntı ya da dispneye yol açtığı durumların önlenmesi de da semptomatolojinin olması nedeniyle ikincil korunmaya girebilir.

“**Evre D:** Maksimum tıbbi tedaviye rağmen gelişmiş yapısal kalp hastalığı ve dinlenme halinde saptanmış kalp yetersizliği semptomlarının olması.” Bu evrede hastalar sık olarak hastane tedavisine gereksinim duyarlar ve güvenle taburcu edilemezler, “transplantasyonu bekleyen hastalar; evinde sürekli pozitif inotrop desteği alan hastalar; mekanik sol ventrikül yardım aracı takılan hastalar” bu evrede yer alır. İşlevsel sınıflamaya göre sınıf III ve IV’e uyan hastalardır. Bu evre daha çok üçüncül korunmaya uymaktadır. Burada yeniden dekompanse olmanın, hastaneye yatışların önlenmesi ve Rehabilitasyonun ön planda olduğu dönem olarak kabul edilebilir.

İşlevsel kapasiteyle ilişkili semptomlara göre düzenlenmiş olan New York Heart Association (NYHA) sınıflaması da hastalığın ortaya çıkmasından sonra semptomatolojinin yaşam kalitesine etkisine göre koruma planında yer alabilir.

Sınıf I: Fiziksel hareket kısıtlamasının olmadığı, olağan fiziksel etkinliğin beklenenin üzerinde halsizlik, çarpıntı ya da dispneye yol açtığı durumlar

Sınıf II: Hafif hareket kısıtlamasının olduğu, dinlenme halinde rahat, olağan fiziksel etkinliğin halsizlik, çarpıntı ya da dispneye yol açtığı durumlar

Sınıf III: Belirgin hareket kısıtlamasının olduğu, dinlenme halinde rahat, olağan düzeyin altında fiziksel etkinlik halsizlik, çarpıntı ya da dispnenin ortaya çıktığı durumlar

Sınıf IV: Rahatsızlık duymadan herhangi bir fiziksel etkinliğin sürdürülemediği, dinlenme sırasında semptomların olduğu, herhangi bir fiziksel aktivite ile rahatsızlığın arttığı durumlar.⁹

Akut Kalp yetersizliği¹⁰

Yaşlı nüfusun artması ile birlikte kalp yetersizliği hastalarının sayısı ve akut kalp yetersizliği (AKY) nedeniyle hastaneye yatışlar da artmaktadır. “Yeni ve hızlı başlangıçlı olan ya da kronik kalp yetersizliğinin bulgu ve semptomlarında hızlı değişikliklerle kendini gösteren ve acil tedavi gerektiren kalp yetersizliğidir”. Akut kalp yetersizliği olgularının çoğunun temelinde koroner arter hastalığı yatmaktadır. Diğer nedensel klinik durumlar, “ritm bozuklukları, kapak hastalıkları, perikard hastalığı, dolum basıncında ya da sistemik damar direncinde artışa neden olan diğer bozukluklardır.”

Akut kalp yetersizliği olgularının ortaya çıktığı klinik tablolar ve korunma: Akut yetersizliğin ortaya çıkmasının

altta yatan nedenlere yönelik tedaviler birincil korunma, akut yetersizlik kliniğinin ortaya çıktığı durumlar ikincil, hastaneye yatışların tekrarlamasının önlenmesi ve ortaya çıkan ve rehabilitasyon gerektiren durumlar üçüncül korunmayı gerektirir.

1. Kronik kalp yetersizliğinin klinik olarak ağırlaşması. Hastaların su-tuz kısıtlamasına ve ilaç tedavisine uyum sağlayamadığı Evre C ve D hastalar. “Araya giren enfeksiyon, anemi, tiroid fonksiyon bozukluğu ve kardiyak disfonksiyona yol açan ilaçların kullanımı” da bu duruma sebep olabilir.
2. Pulmoner ödem: Genellikle kalp yetersizliğidir. Koroner arter hastalığına, seyrek olarak hipertansiyon, kapak hastalıkları, aritmiler ve volüm ya da sıvı yüklenmesine bağlı olabilir.
3. Hipertansif kalp yetersizliği
4. Kardiyogenik şok: en sık neden miyokard infarktüsü, diğer nedenler ise “akut masif pulmoner emboli, kalp tamponadı, ani gelişen kalp yetersizliği ve kalp içi şantlardır”.
5. İzole sağ kalp yetersizliği: pulmoner emboli ve sağ ventriküle ait miyokard infarktüsü
6. Akut koroner sendromla birlikte olan durumlar

Kor pulmonale/sağ kalp yetersizliğinden korunma için solunum yolu hastalığı için risk faktörleri olan sigara ve hava kirliliğinden kaçınma, kronik obstrüktif akciğer hastalığının erken tanı ve uygun tedavi ve izlemi, klinik tabloyu ağırlaştırabilecek alt solunum yolu enfeksiyonlarına karşı immünizasyon ve oluşan enfeksiyonların erken ve uygun tedavisi gerekir.

Birinci basamak sağlık hizmeti, bireyin yaşamının ileri evrelerinde gelişebilecek klinik patolojilerin önlenmesi açısından sorumluluğu hekime ve sağlık ekibine yükler. Kalp yetersizliğinin altında yatan gerek kardiyak gerekse solunum yoluna bağlı nedenlerin önce yaşam tarzı değişiklikleri, çevrenin korunması, iyileştirilmesi ve bağışıklama ile önlenmesi, hastalıkların gelişmesini takiben erken tanı ve uygun tedaviyle kliniğin ilerlemesinin ve organ hasarının engellenmesi, hastaneye mükerrer yatışların, dekompanse klinik tabloların önlenerek hastanın işlevlerinin ve yaşam kalitesinin korunması için kemoproflaksi gerekmektedir. Bu tedavilerin uygulanması için hasta uyumu, bunun sağlanması için de sağlıklı ve güçlü bir hasta hekim iletişimine gereksinim vardır.

Birinci basamak hekiminin bu bilgilerle donatılması ve günlük pratiğe yansıtılması öncelikle uzmanlık eğitiminin ardından sürekli mesleki gelişimin sağlanması ile mümkündür.

Kaynaklar

1. Kuehlein T, Schedoni D, Visentin G, Gervas J, Jamoule M. Quaternary prevention: a task of the general practitioner. *PrimaryCare*. 2010; 10(18):350-4.
2. Gofrit ON, Shemer J, Leibovici D, Modan B, Shapira SC. Quaternary prevention: a new look at an old challenge. *Isr Med Assoc J*. 2000;2(7):498-500.
3. Kalp yetersizliğinin patofizyolojisi. Kalp Yetersizliği Güncel Tanı ve Tedavisi içinde Ed.Karpuz H. Çev. Kahraman N, Ağaç TM, Duygu E, Taşçılar K. Avrupa Tıp Kitapçılık.2004.5-28.

4. Keleş İ, Çakmak HA. Kalp yetersizliğinde tanı, epidemiyoloji, fizyopatoloji ve değerlendirme. Kalp Yetersizliği içinde. Ed.Keleş İ. MedyaTower yayınevi. 2010:17-31.
5. ESC Guidelines Committee for Practice Guidelines To improve the quality of Clinical practice and patient care in Europe. 2005. Kronik Kalp Yetersizliği Tanı ve Tedavi kılavuzu. www.escardio.org. 2006.
6. Turnbull F. Effects of different blood-pressure-lowering regimens on major cardiovascular events: results of prospectively-designed overviews of randomised trials. Lancet 2003;362:1527-1535.
7. Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği Tanı ve Tedavisine Yönelik 2008 ESC Kılavuzu. Türk Kardiyol Dern Arş Suppl 3, 2008: 51.
8. Avrupa Klinik Uygulamada Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma Kılavuzu: Özet. Türk Kardiyol Dern Arş Suppl 1, 2008.
9. The Criteria Committee of the New York Heart Association. Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Diseases of the Heart and Great Vessels. 9th ed. Little Brown & Co;1994. pp 253-256.
10. İlerigelen B. Akut Kalp Yetersizliği. Kalp Yetersizliği içinde. Ed.Keleş İ. MedyaTower yayınevi. 2010:110-124.