

## Editöryal Yorum / Editorial

### 2012 yılı Avrupa Kardiyoloji Derneği kalp yetersizliği kılavuzunun ardından

#### After the 2012 Guidelines on heart failure of the European Society of Cardiology

Dr. Mehmet Birhan Yılmaz

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Sivas

2012 yılı Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) kronik ve akut kalp yetersizliği (KY) kılavuzunun güncelleme yılı oldu.<sup>[1]</sup> Yeni kılavuz Mayıs ayında Belgrad'taki toplantıda, kılavuz yazarları tarafından değişikliklerle birlikte sunuldu. Yeni kılavuzda, aşağıda sıralanmış olan konular ön plandaydı:

- 1) Kanıtı dayalı tıp açısından bakıldığında iki istisna dışında yaşam tarzı değişikliklerine dair önerilerin terk edilmesi,
- 2) Mineralokortikoid reseptör antagonistlerinin (mineralocorticoid receptor antagonist, MRA) beklenen zaferi,
- 3) Sinüs nod inhibitör ajanı olan ivabradin'in kılavuzda yerini alması,
- 4) KY'de koroner revaskülarizasyonun beklenen olumlu etkisinin kanıtlar sayesinde kılavuzda yerini alması,
- 5) Ventrikül destek cihazlarının artan kullanımı.

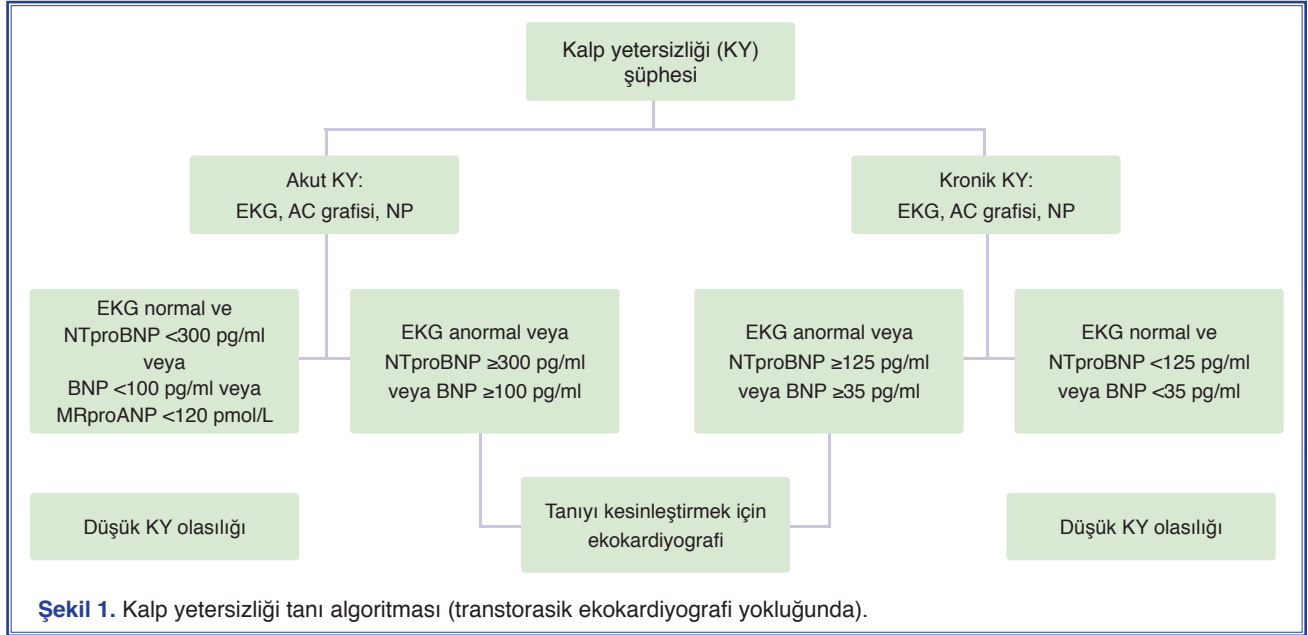
2012 kılavuzu büyük oranda tanımları korumuş gözüktü.<sup>[1]</sup> Ancak, ekokardiyografinin de dahil olduğu rutin tanısal testlerin kullanımını, belki haklı gerekçelerle, "öneri düzeyi sınıf I, kanıt düzeyi C" olarak değerlendirdi. Öte yandan, natriüretik peptitler, "öneri düzeyi sınıf IIa" olacak şekilde tanısal algoritmada yerini aldı. Tanısal algoritmada, ekokardiyografi yapılabiliyorsa, tanı kesinleştirilmiş oldu. Eğer

yapılamıyorsa, natriüretik peptitler birer alternatif olarak yerini aldı. Natriüretik peptitler için en göze çarpan yenilik, akut ve kronik KY'de tanısal eşik değerlerin revize edilmesi ve özellikle kronik KY'de, yalancı negatifliği ve beraberinde gereksiz transtorasik ekokardiyografi istemlerini azaltmak için eşik değerlerin aşağıya doğru çekilmesi oldu (Şekil 1). MR-proANP, akut KY tanısında 120 pmol/L eşik değeriyle BNP/NTproBNP'ye alternatif olarak yerini aldı. Biyobelirteç temelli algoritmada (Şekil 1) "ve-veya" konularına da dikkat çekmek isterim. Biyobelirteçler daha ziyade KY tanısı dışlamak açısından ön plana çıkarılmış gibi gözüküyor.

Yeni kılavuzda tartışmalı konulardan birisi çözülmüş durumda: ACE inhibitörü ve beta bloker temelli KY tedavisi üzerine ARB'ni (angiotensin receptor blocker), yoksa aldosteron antagonisti mi ekleyelim sorusunun cevabı EMPHASIS-HF çalışmasının yayımlanması ve gözlenen aşık fayda üzerine artık belli oldu.<sup>[2]</sup> Yeni kılavuz bu ajanları çok da doğru bir ifadeyle mineralokortikoid reseptör antagonisti (MRA) olarak tanımlıyor,<sup>[1]</sup> çünkü hem eplere non hem de spironolakton sadece aldosteron değil di-

#### Kısaltmalar:

AF	Atriyum fibrilasyonu
EF	Ejeksiyon fraksiyonu
ESC	European Society of Cardiology (Avrupa Kardiyoloji Derneği)
KRT	Kardiyak resenkronizasyon tedavisi
KY	Kalp yetersizliği
NYHA	New York Heart Association



ğer kortikosteroid reseptörlere de bağlanıyor. Her iki ajanı da, ACE inhibitör ve beta bloker tedavisi üzerine halen NYHA (New York Heart Association) sınıf II-IV olan hastalara başlamak gerekiyor (öneri düzeyi I, kanıt düzeyi A).

Öte yandan son kılavuzda, semptomlu KY'si olan ve optimum tıbbi tedavi alan hastalarda, eğer ejeksiyon fraksiyonu (EF)  $\leq 35$  ve kalp hızı sinüs ritminde ve  $\geq 70$ /dk ise, ivabradin tedavisi öneriliyor (öneri sınıf IIa, kanıt düzeyi B). Uzman görüşü olarak da, beta blokeri tolere edemeyen sistolik KY hastalarına öneriliyor (öneri düzeyi IIb, kanıt düzeyi C). İvabradin son kılavuzdan istediğini almış gözüküyor. Ancak, "European Medicines Agency", ivabradini, kalp hızı  $\geq 75$ /dk olan sistolik KY hastaları için onaylamış durumda. Kılavuzda farkı açıklayan bir ifade yer almıyor. Anti-anginal etkinlik açısından güvenli bir tercih olduğu da düşünülürse iskemik KY hastalarında mantıklı bir tercih gibi duruyor. Öte yandan, akılcı beta bloker doz titrasyonu yapmadan tüm hastalara başlamanın doğruluğu tartışılır.

Kılavuzda, semptomlu KY'de kullanılmaması gereken ilaçların bahsedilmesi de güzel bir yenilik.<sup>[1]</sup> Glitazonlar, kalsiyum antagonistlerinin çoğu, nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar (NSAİD) ve siklooksijenaz (COX-2) inhibitörleri zararlı ilaç sınıfında yerlerini almış durumda kanıtlar ışığında. Bir de, üçlü renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi (RAAS) blokajının olumsuz etkisine dikkat çekilmiş.

Yeni kılavuz intrakardiyak defibrilatör (ICD) ve kardiyak resenkronizasyon tedavisine (KRT) dair endikasyon yelpazesine genel anlamında fazla dokunmuyor. Ancak, "non-LBBB morfoloji" ye sahip sistolik KY'de, QRS süre sınırını yükselterek KRT öneriyor (öneri sınıf IIa, kanıt düzeyi A). Öte yandan, atriyum fibrilasyonlu (AF) hastalarda ve kalıcı pil endikasyonu olan hastalarda tüm öneriler "expert opinion" düzeyinde kalıyor.

Son kılavuza yön veren çalışmalardan bir tanesi de "STICH".<sup>[3]</sup> "STICH" çalışmasına benzer profildeki sistolik KY hastalarında, yani proksimal LAD darlığının eşlik ettiği çok damar hastalığı varlığında, koroner baypas ile revaskülarizasyon öneriliyor (öneri düzeyi sınıf I, kanıt düzeyi B). Bu endikasyonu, çalışmada az temsil edilmesine rağmen sol ana koroner hastalığı olanlara da kılavuz genişletiyor. Ayrıca, sınıf IIb öneri ile (kanıt düzeyi C), perkütan koroner girişimin alternatif olabileceğinin altını çiziyor.<sup>[1]</sup>

Akut KY tüm açmazları ile birlikte kılavuzda yerini almış durumda. Sanırım akut KY'de faydalı ilaçları göstermek için biraz daha sabretmek gerek. Aynı konu, korunmuş ejeksiyon fraksiyonlu KY (Heart Failure with Preserved Ejection Fraction, HFPEF) ya da nam-ı diğer, izole diyastolik KY için de geçerli. Yalnız TOPCAT çalışması bu konuda bir çığır açabilir gibi duruyor.<sup>[4]</sup>

Son kılavuzda mekanik dolaşım desteğine gere-

ken önem verilmiş. “Karara köprü”, “Adaylığa köprü”, “Transplantasyona köprü”, “İyileşmeye köprü” ve “Hedef terapisi” şeklinde, bir kısmı yeni olan tanımlamalar yapılmış durumda.<sup>[1]</sup> Kılavuz, nakil bekleyen ve son dönem KY’si olan hastalara öneri düzeyi sınıf I, kanıt düzeyi B olacak şekilde hem sol hem de bi-ventriküler destek cihazı önerisi getirirken, transplantasyona uygun olmayan hastalara da sınıf IIa öneri düzeyi ve B kanıt düzeyi ile sol ventrikül destek cihazı implantasyonunu öneriyor.

Kılavuzda en dikkat çeken yeniliklerden bir tanesi, yaşam tarzı değişikliği başlığı altında toplayabileceğimiz tamamlayıcı yaklaşımları iki istisnası dışında, mortalite ve morbiditeyi iyileştirdiğine dair kanıt yokluğu nedeniyle öneri listesinin dışına itmesi.<sup>[1]</sup> Hatta uzun süredir benimsenen tuz kısıtlaması ve kişisel bakım danışmanlığı gibi yaklaşımların aslında faydalı olmadığına dair kanıtları literatürden örneklerle sunuyor.<sup>[1]</sup> Yıllarca boşuna mı sodyum kısıtlaması önerdik o zaman biz? Yanlış yaptık demiyoruz tabi ki, sadece kanıtı yok... Kanıtı olan iki unsur, çok disiplinli yaklaşım ve kardiyak rehabilitasyon. Her iki unsur da kanıtlarıyla birlikte KY hastalarında faydalı (öneri düzeyi I, kanıt düzeyi A).

Son kılavuz, en son sayfasında klinik araştırmalara konu olsun temennisiyle kanıtların az olduğu ya da hiç olmadığı ya da tartışmalı olduğu alanların listesini yayınlamış. Görünen o ki, daha çok çalışmamız lazım.

*Yazar ya da yazı ile ilgili bildirilen herhangi bir ilgi çakışması (conflict of interest) yoktur.*

## KAYNAKLAR

1. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Authors/Task Force Members, McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, et al. Eur Heart J 2012;33:1787-847.
2. Zannad F, McMurray JJ, Krum H, van Veldhuisen DJ, Swedberg K, Shi H, et al. EMPHASIS-HF Study Group. Eplerenone in patients with systolic heart failure and mild symptoms. N Engl J Med 2011;364:11-21.
3. Velazquez EJ, Lee KL, Deja MA, Jain A, Sopko G, Marchenko A, et al. STICH Investigators. Coronary-artery bypass surgery in patients with left ventricular dysfunction. N Engl J Med 2011;364:1607-16.
4. Desai AS, Lewis EF, Li R, Solomon SD, Assmann SF, Boineau R, et al. Rationale and design of the treatment of preserved cardiac function heart failure with an aldosterone antagonist trial: a randomized, controlled study of spironolactone in patients with symptomatic heart failure and preserved ejection fraction. Am Heart J 2011;162:966-972.e10.

*Anahtar sözcükler:* Atriyum fibrilasyonu/tanı/tedavi; kalp yetersizliği; kardiyoloji/standart; hastalık yöntemi; uygulama kılavuzu.

*Key words:* Atrial fibrillation/diagnosis/therapy; heart failure; cardiology/standards; disease management; practice guidelines.