

Toplum Kökenli Kalp Yetmezliği Şüphesi Bulunan Hastalarda Hastalığı Modifiye Edici Tedavinin Erken Başlatılmasının Faydaları

Dr. Ezgi Çamlı Babayigit

Benefit of Early Initiation of Disease-Modifying Therapy in 2 Community-Based Patients with Suspected Heart Failure

Toplum Kökenli Kalp Yetmezliği Şüphesi Bulunan Hastalarda Hastalığı Modifiye Edici Tedavinin Erken Başlatılmasının Faydaları

Dr. Ezgi Çamlı Babayigit

Amaç:

Toplum temelli, kalp yetmezliği (KY) şüphesiyle NT-proBNP ≤ 400 pg/mL saptanan hastalarda, KY tanısı kesinleştirilene ve ekokardiyografi yapılana kadar geçen sürede kötü olaylar sık görülür. Çalışmanın amacı, KY dışı başka bir endikasyonu (Tip 2 diyabet, kronik böbrek hastalığı [KBH], dirençli hipertansiyon) olan bu hastalarda, erken dönemde SGLT2 inhibitörü (SGLT2i) ve/veya mineralokortikoid reseptör antagonisti (MRA) başlanmasının potansiyel faydasını modellemek idi.

Yöntem:

Ocak 2015 – 31 Mart 2023 tarihleri arasında İngiltere' nin CPRD—Clinical Practice Research Datalink veritabanı kullanılarak planlanan bir kohort çalışmasıdır. Bilinen KY öyküsü olmayan ve önceden SGLT2i veya MRA kullanmayan; NT-proBNP ≤ 400 pg/mL ölçülmüş 74945 hasta çalışmaya dahil edilmiş ve 12 ay boyunca takip edilmiştir. Birincil sonlanım noktası;

- KY nedeniyle ilk hastaneye yatış veya
- Takipte ekokardiyografi yapılmamış ve KY tanısı konmamış hastalarda herhangi bir nedenle ölüm.

Eş zamanlı NT-proBNP ölçüm alınan ve KY dışı bir endikasyon ile (örneğin tip 2 diyabet, kronik böbrek hastalığı veya dirençli hipertansiyon gibi); SGLT2 inhibitörü, MRA veya her ikisinin başlandığı hastalardaki etkisi; tanısı konmuş KY' li hastalarda yapılmış randomize plasebo kontrollü çalışmaların meta-analizlerinden elde edilen tedavi etki tahminleri kullanılarak karşılaştırılmış ve modellenmiştir.

SGLT2 inhibitörü başlanma uygunluğu; tip 2 diyabet ve/veya kronik böbrek hastalığı (KBH) varlığı (eGFR 20–44 mL/dk/1,73 m² veya eGFR 45–90 mL/dk/1,73 m² olup diyabet öyküsü veya idrar albümin/kreatinin oranı [uACR] $\leq 22,6$ mg/mmol) şeklinde tanımlandı.

MRA başlanma uygunluğu ise tip 2 diyabet varlığı, eGFR' nin <90 ve ≤ 25 mL/dk/1,73 m² arasında olması, potasyum $\leq 5,0$ mmol/L ve uACR ≤ 3 mg/mmol olması ve/veya dirençli hipertansiyon varlığı (dirençli hipertansiyon: eGFR ≤ 30 mL/dk/1,73 m² ve potasyum $\leq 5,0$ mmol/L koşuluyla, sistolik kan basıncı ≤ 130 mmHg ve en az 3 antihipertansif kullanımıyla tanımlandı.

Sonuçlar

NT-proBNP ≤ 400 pg/mL kaydı olan 74 945 hastadan, 12 aylık takipte 24 082 (%32) olgunun kalp yetersizliği tanısı aldığı görülmüş; bunların %67' si ayaktan, %33'ü hastanede tanı almıştı. 12 ayda tüm hastaların %13'ünün (9.447) öldüğü; NT-proBNP >2000 pg/mL olanlarda ölüm riskinin 2,5 kat daha yüksekti olduğu görüldü. Hastaların sadece %22' si 6 hafta içinde eko yapılabildi. Bu süreçte önemli oranda KY yatışı ve ölüm olduğu tespit edildi. Tüm hastaların %41' inde zaten SGLT2i veya MRA için başka bir endikasyon mevcuttu (SGLT2i %33, MRA %16, her ikisi %9).

Modellemeye göre, tanı kesinleştirilene kadar geçen sürede yüksek NT-proBNP değeri tespit edilen hastalarda SGLT2i ve MRA' nın birlikte başlanması, 12 aylık sürede her 1 000 hastanın 84'ünde, kalp yetersizliği nedeniyle hastaneye yatışı ya da ölümden korunma sağlamış olacaktır. Bu, tedavi edilen yaklaşık her 12 hastadan biri için fayda anlamına gelmektedir.

(Number Needed to Treat – NNT = 12; %95 güven aralığı, 11–14). Sadece SGLT2i başlananlarda 56 olay/1000 hasta (NNT = 18). Sadece MRA başlananlarda ise 41 olay/1000 hasta (NNT = 25) idi. NT-proBNP >2000 pg/mL olan yüksek risk grubunda ise NNT 7 idi.

Yorum ve Klinik Önemi

- Erken tedavinin potansiyel faydası:**
Şüpheli KY durumunda, tanı ve görüntüleme (ekokardiyografi vb.) tamamlanmadan tedaviye başlanması, özellikle tanısı geciken veya yüksek risk taşıyan hastalarda, olumlu sonuçlar sağlayabilir.
- Pratik yaklaşım önerisi:**
Tanı süreci beklenirken, mevcut non-KY endikasyonu olan hastalara SGLT2i ve MRA kombinasyonunun başlanması basit bir klinik stratejidir ve bu yaklaşımın, halk sağlığı üzerinde potansiyel olarak önemli bir yararı olabilir.
- Model çalışmanın sınırlılığı:**
Sonuçların gerçek bir randomize çalışma sonucu olmayıp, meta-analiz verileri üzerinden modellenmiş olması; klinik sonuçların doğrulanması için prospektif çalışmalara ihtiyaç olduğunu işaret ediyor.

Özet Tablosu

Başlık	Detay
Hasta grubu	Toplum temelli, NT-proBNP $\leq$ 400 pg/mL, HF öyküsü olmayan
Uygun kriter	Önceden SGLT2i/MRA endikasyonu (diyabet, CKD, hipertansiyon) olması
Müdahale	NT-proBNP ölçüm anında SGLT2i + MRA başlanması (modelleme)
Sonuç (12 ay)	1000 hasta başına 84'ü HF hastanesi veya ölümden korunma
NNT (Number Needed to Treat)	12 (95% CI 11–14)
Klinik çıkarım	Erken tedavi <i>potansiyel</i> olarak erken kötü sonuçları azaltabilir