

Nya europeiska riktlinjer vid akut och kronisk hjärtsvikt



STEFAN AGEWALL, professor, hjärtkliniken, Oslo universitetssykehus Ullevål; Oslo universitet stefan.agewall@medisin.uio.no

Den europeiska kardiologföreningen (ESC; European Society of Cardiology) har utarbetat nya riktlinjer för diagnostik och behandling av akut och kronisk hjärtsvikt. Det är ett digert dokument på 61 sidor, som publicerades i European Heart Journal under hösten 2012 [1]. Vad är nytt jämfört med motsvarande riktlinjer från 2008?

Modifierad definition av hjärtsvikt

För att ställa diagnosen hjärtsvikt med reducerad ejektionsfraktion (HFREF; heart failure with reduced ejection fraction) krävs symtom och kliniska fynd i status talande för hjärtsvikt i kombination med nedsatt ejektionsfraktion.

För diagnosen hjärtsvikt med bevarad vänsterkammarmarkfunktion (HFPEF; heart failure with preserved ejection fraction) krävs, förutom symtom och kliniska fynd i status talande för hjärtsvikt, normal eller lätt nedsatt vänsterkammarmarkfunktion i en kammare som inte är dilaterad. Dessutom krävs strukturellt påverkat hjärta (vänsterkammarmarkhypertrofi/förstorat vänster förmak) och/eller ekokardiografiska tecken på diastolisk dysfunktion.

Dock kan ingen enskild ekokardiografisk parameter användas för att ställa diagnosen diastolisk dysfunktion, utan flera faktorer måste sammanvägas.

Ekokardiografiska undersökningar

Fynd av normal tidigdiastolisk hastighet i mitralisanulus (E') vid undersökning med vävnadsdoppler är mycket ovanligt hos hjärtsviktpatienter. Med vanlig dopplerundersökning kan man mäta den tidigdiastoliska inflödes hastigheten i vänster kammer (E). Det är visat att E/E'-kvoten korrelerar med fyllnadstrycket i vänster kammer; en kvot >15 talar för ökat fyllnadstryck.

Andra ekovariabler som bör värderas vid misstanke om diastolisk dysfunktion är E/A-kvot med och utan Valsalvas

manöver samt tidsskillnaden mellan pulmonalvenens A-våg och mitralflödets A-våg.

Utredning bygger på sannolikhet

Hjärtsvikt är en osannolik diagnos hos akut insjuknade patienter med helt normal EKG-bild (2 procents sannolikhet) [2]. Hos patienter med icke-akut insjuknande har ett normalt EKG ett något lägre negativt prediktivt värde (10–14 procents sannolikhet för hjärtsvikt). Ett normalt värde av natriuretiska peptider hos en obehandlad patient är associerat med mycket låg sannolikhet för hjärtsvikt [3].

Mot denna bakgrund presenteras i de nya riktlinjerna ett modifierat flödeschema för utredning av patienter med misstänkt hjärtsvikt. Utgångspunkten för utredningen är att man även utan ekokardiografi med stor sannolikhet kan utesluta hjärtsvikt om patienten har normal EKG-bild och normala nivåer av natriuretiska peptider.

Nytt flödesschema för behandling

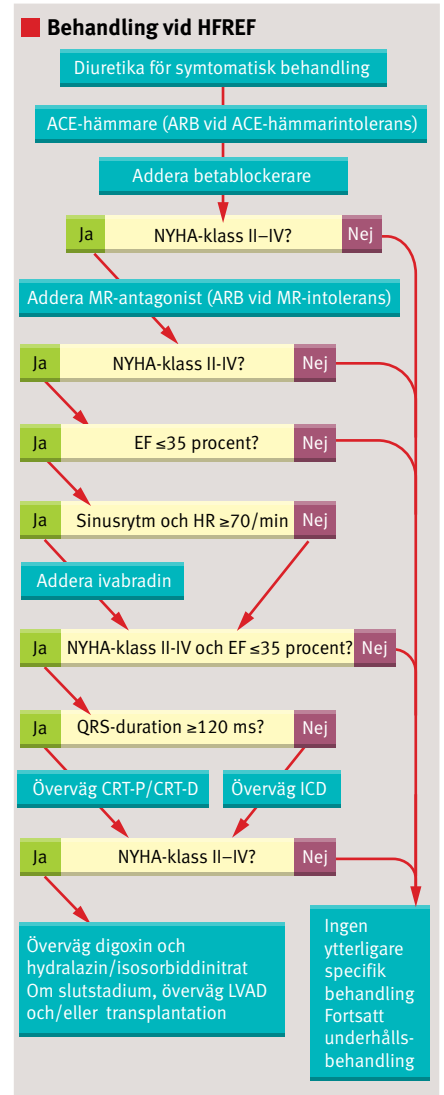
I ett nytt flödesschema för behandling av hjärtsvikt med reducerad ejektionsfraktion har indikationen för hämmare av minneralkortikoid-(aldosteron)-receptorn (MR-antagonister) stärkts. En ny indikation för ivabradin, som hämmar sinusknutan, har tillkommit, och indikationen för svikt-pacemaker har utvidgats (Figur 1).

Som tidigare baseras behandlingen på ACE-hämmare och betablockerare med diuretika som symtomatisk behandling.

I en kommentar till behandlingen med ACE-hämmare [1] poängteras att man kan förvänta sig en liten ökning av urea- och kreatininvärdena då behandlingen påbörjas: en kreatininökning upp till 50 procent över utgångsvärdet eller upp till 266 µmol/l kan accepteras. En ökning av serumkalium till ≤5,5 mmol/l är också acceptabel.

Vid större kreatininökningar rekommenderas halvering av dosen ACE-hämmare (eller ARB) med ny kontroll av värdena inom 1 till 2 veckor. Om kalium stiger >5,5 mmol/l eller kreatinin ökar med >100 procent eller till >310 µmol/l,

»Det finns numera stora randomiserade studier som visar på positiv effekt av svikt-pacemaker hos patienter med såväl lindriga ... som mer uttalade hjärtsvikts-symtom ...«



Figur 1. Behandlingsalternativ för patienter med kronisk symtomatisk hjärtsvikt (NYHA-klass II–IV). ACE (angiotensin-konvertas), ARB (angiotensinreceptorblockerare), CRT-D (svikt-pacemaker med inbyggd defibrillator), CRT-P (svikt-pacemaker med enbart pacemakerfunktion), HR (antal hjärtslag/minut), ICD (implanterbar defibrillator), LVAD (mekanisk vänsterkammarsstödpump), EF (ejektionsfraktion), MR (minneralkortikoidreceptor)-antagonist.

SAMMANFATTAT

I nya europeiska riktlinjer för behandling av hjärtsvikt modifieras definitionen av hjärtsvikt med bevarad vänsterkammarmarkfunktion. Ett nytt flödesschema för behandling av kronisk hjärtsvikt presenteras. Indikationen för svikt-pacemaker har utvidgats.

■ FAKTA 1. Utvidgade rekommendationer för sviktpacemaker

Den europeiska kardiologföreningen har utvidgat rekommendationerna för sviktpacemaker (CRT-D/CRT-P) hos patienter med sinusrytm och persisterande låg ejektionsfraktion trots optimal farmakologisk terapi.

NYHA-klass III eller ambulatorisk NYHA-klass IV

QRS-morfologi med vänstergrenblock: CRT-P/CRT-D rekommenderas till patienter med sinusrytm, QRS-duration ≥ 120 ms och EF ≤ 35 procent.

QRS-morfologi utan vänstergrenblock: CRT-P/CRT-D bör övervägas till patienter med sinusrytm och QRS-duration ≥ 150 ms, oavsett QRS-morfologi och EF ≤ 35 procent.

NYHA-klass II

QRS-morfologi med vänstergrenblock: CRT, helst CRT-D, rekommenderas till patienter med sinusrytm, QRS-duration ≥ 130 ms och EF ≤ 30 procent.

QRS-morfologi utan vänstergrenblock: CRT, helst CRT-D, bör övervägas till patienter med sinusrytm och QRS-duration ≥ 150 ms, oavsett QRS-morfologi och EF ≤ 30 procent.

Förutsättningar och syfte

Samtliga rekommendationer är under förutsättning att patienten förväntas leva med gott funktionellt status > 1 år. Syftet är att reducera risken för hospitalisering på grund av hjärtsvikt och förtida död.

Förkortningar

CRT-D (cardiac resynchronization therapy defibrillator) – sviktpacemaker med inbyggd defibrillator
CRT-P (cardiac resynchronization therapy pacemaker) – sviktpacemaker med enbart pacemakerfunktion
EF (ejektionsfraktion)
NYHA (New York Heart Association)

ska behandlingen med ACE-hämmare (eller ARB) avbrytas och utredning av orsaken påbörjas.

Vid hjärtsvikt med bevarad vänsterkammarmfunktion har ingen behandling övertygande visats reducera morbiditet och mortalitet. Diuretika används för att behandla ödem och dyspné, och adekvat behandling av hypertoni och kardiell ischemi anses viktig liksom god frekvenskontroll hos patienter med förmaxflimmer.

Sviktpacemaker har bra effekt

Det finns numera stora randomiserade studier som visar på positiv effekt av sviktpacemaker hos patienter med såväl lindriga (NYHA-klass II) som mer uttalade hjärtsviktssymtom (NYHA-klass III) [4-6]. Särskilt hos patienter

med låg ejektionsfraktion (EF ≤ 30 procent), markant förlängd QRS-tid (≥ 150 ms) och vänstergrenblock ger behandling med sviktpacemaker bra resultat.

Baserat på subgruppsanalyser av de stora randomiserade studierna finns ingen enighet om värdet av sviktpacemaker vid högergrenblock eller intraventrikulärt ledningshinder. Detta innebär att behandlingsrekommendationen är starkare vid vänstergrenblock än vid breddökat QRS-komplex utan vänstergrenblock.

De aktuella rekommendationerna ges i Fakta 1.

Hela dokumentet kan laddas ner

Hela dokumentet kan laddas ner på Europeiska kardiologföreningens

webbplats <http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/acute-chronic-heart-failure.aspx>.

Det finns också en lättläst pocketversion, som kan laddas ner till smarttelefon.

I tillägg vill jag rekommendera de tre ABC-artiklar som Läkartidningen nyligen publicerat inom detta område [7-9].

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Stefan Agewall har mottagit föreläsararvode och konsultuppdrag från AstraZeneca, Pfizer, Sanofi och Siemens.*

LÄS MER Fullständig referenslista Läkartidningen.se

REFERENSER

1. McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, et al; ESC Committee for Practice Guidelines. 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. *Eur Heart J*. 2012;33:1787-847.
2. Mant J, Doust J, Roalfe A, et al. Systematic review and individual patient data meta-analysis of diagnosis of heart failure, with modelling of implications of different diagnostic strategies in primary care. *Health Technol Assess*. 2009; 13:1-207.
3. Maisel A, Mueller C, Adams K Jr, et al. State of the art: using natriuretic peptide levels in clinical practice. *Eur J Heart Fail*. 2008;10:824-39.
5. Tang AS, Wells GA, Talajic M, et al. Cardiac-resynchronization therapy for mild-to-moderate heart failure. *N Engl J Med*. 2010;363:2385-95.
7. Smith JG, Koul S, Kornhall B, et al. ABC om kronisk hjärtsvikt, del 1: utredning. *Läkartidningen*. 2012;109:1673-7.