

του Mitja Lainscak, Γενικό Νοσοκομείο Celje Celje, Σλοβενία

και του Γεράσιμου Φιλιππατου, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα

Στις πιο πρόσφατες κατευθυντήριες γραμμές της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας για τη διάγνωση και θεραπεία της οξείας και χρόνιας καρδιακής ανεπάρκειας δίνεται έμφαση σε αρκετά νέα σημεία που αποσκοπούν στη μετατόπιση της διαχείρισης της καρδιακής ανεπάρκειας σε νέους τομείς, συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης.

Η καρδιακή ανεπάρκεια συνεχίζει να αποτελεί πρόκληση για την ιατρική παγκοσμίως με αυξανόμενη συχνότητα, παρά την καλύτερη διαχείριση των καρδιαγγειακών παθήσεων, συμπεριλαμβανομένων των οξέων στεφανιαίων επεισοδίων. Ως εκ τούτου, νέες κατευθυντήριες γραμμές τονίζουν το δυναμικό των αναστολέων του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης (ΑΜΕΑ), β-αναστολέων και στατινών στην πρόληψη κατά της ή στην καθυστέρηση εμφάνισης της καρδιακής ανεπάρκειας και στην παράταση της ζωής ατόμων με αρτηριακή υπέρταση και στεφανιαία νόσο.

Όταν ένας ασθενής εμφανίσει υποψία καρδιακής ανεπάρκειας μη οξείας εκδήλωσης, το πρώτο βήμα πρέπει να είναι η αξιολόγηση της κλινικής πιθανότητας πριν τα νατριουρητικά πεπτιδία και / ή το ηχοκαρδιογράφημα. Το ηχοκαρδιογράφημα παραμένει το κεντρικό διαγνωστικό εργαλείο και, με βάση το κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας, προστέθηκε η καρδιακή ανεπάρκεια με μέσο κλάσμα εξώθησης στις υπάρχουσες κατηγορίες χαμηλού και να διατηρητέου κλάσματος εξώθησης, αντίστοιχα. Το ηχοκαρδιογράφημα θα βοηθήσει στην αξιολόγηση, πέραν του κλάσματος εξώθησης, της παρουσίας δομικής καρδιακής νόσου και διαστολικής λειτουργίας.

Με τους ασθενείς στρωματοποιημένους σύμφωνα με το κλάσμα εξώθησης, μόνο για εκείνους με μειωμένο κλάσμα εξώθησης υπάρχουν καθιερωμένες θεραπείες για τη βελτίωση της πρόγνωσης. Ο αλγόριθμος του 2012 έχει απλοποιηθεί και στην έκδοση του 2016 δόθηκε έμφαση σε μερικά κλινικά σημεία, όπως για παράδειγμα, στη χρήση της χαμηλότερης αποτελεσματικής δόσης για την προσαρμοσμένη στους ασθενείς διουρητική θεραπεία.

Οι αναστολείς του ΜΕΑ, οι β-αναστολείς και οι μεταλλοκορτικοειδείς ανταγωνιστές των υποδοχέων παραμένουν οι στυλοβάτες της θεραπείας και οι εμφυτεύσιμοι καρδιομετατροπείς απινιδωτές αποτελούν επιλογή για άτομα που επιβιώνουν από απειλητικές για τη ζωή αρρυθμίες. Αν μετά από τρεις μήνες βέλτιστης θεραπείας ο ασθενής παραμένει συμπτωματικός και με κλάσμα εξώθησης <35%, υπάρχουν αρκετές επιλογές που βασίζονται σε στοιχεία. Σε ασθενείς οι οποίοι είναι σε θέση να ανεχτούν αναστολείς ΜΕΑ (ή αναστολείς του υποδοχέα της αγγειοτασίνης) και βάσει των στοιχείων από τη δοκιμή PARADIGM-HF, βαλσαρτάνη/σακουμπιτρίλη, συνιστάται για την περαιτέρω μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας ένας συνδυασμός αναστολέα υποδοχέων αγγειοτενσίνης νεπριλιυσίνη και ανταγωνιστών των υποδοχέων της αγγειοτενσίνης II.

Οι καλύτεροι υποψήφιοι για θεραπεία καρδιακού επανασυγχρονισμού είναι εκείνοι με φλεβοκομβικό ρυθμό, μορφολογία του QRS με αποκλεισμό του αριστερού σκέλους και διάρκεια > 130 msec. Εάν οι ασθενείς έχουν φλεβοκομβικό ρυθμό και αυξημένο καρδιακό ρυθμό > 70 bpm, τότε αποτελεί επιλογή η λήψη ivabradine. Περισσότερες από μία από αυτές τις τρεις επιλογές μπορούν να εφαρμοστούν στην κλινική πράξη.

Στην περίπτωση επίμονων συμπτωμάτων, παραμένει επιλογή η συμπτωματική θεραπεία ή αξιολόγηση για μηχανική υποστήριξη της κυκλοφορίας και/ή μεταμόσχευση. Για τους ασθενείς με διατηρητέο κλάσμα εξώθησης δεν έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος από την κατευθυντήρια γραμμή 2012, και τα περισσότερα από τα διαγνωστικά και θεραπευτικά βήματα παραμένουν στο επίπεδο της συναίνεσης εμπειρογνομώνων. Παρ'όλα αυτά, όλοι οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια πρέπει να τυγχάνουν περιεκτικής παρακολούθησης, κατά προτίμηση σε πρόγραμμα διεπιστημονικής φροντίδας, και πρέπει να ενθαρρύνονται να ασκούνται τακτικά.

Όντας μια χρόνια κατάσταση σε πληθυσμό ηλικιωμένων, η καρδιακή ανεπάρκεια συνυπάρχει πολύ συχνά με άλλες χρόνιες παθήσεις, γεγονός που δυσχεραίνει τη διάγνωση και διαχείριση της καρδιακής ανεπάρκειας. Είναι σημαντικό να διαγνωστούν τα συνοδά νοσήματα και να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα για την αποφυγή τυχόν αλληλεπιδράσεων με άλλα φάρμακα ή ασθένειες και να βελτιστοποιηθεί ξεχωριστά η διαχείριση. Στο πλαίσιο αυτό, η πρακτική καθοδήγηση σχετικά με τη χρήση των βασικών φαρμακολογικών θεραπειών (που δημοσιεύθηκε ως προσθήκη στο διαδίκτυο) είναι ζωτικής σημασίας για την υιοθέτηση και εφαρμογή από τους κλινικούς γιατρούς.

Ο τομέας της οξείας καρδιακής ανεπάρκειας έχει δει επίσης κάποιες σημαντικές εννοιολογικές αλλαγές. Ο χρόνος, όπως και σε οξεία στεφανιαία σύνδρομο και σε εγκεφαλικά επεισόδια, είναι ζωτικής σημασίας και η αξιολόγηση της καρδιακής και / ή

αναπνευστικής ανεπάρκειας πρέπει να πραγματοποιείται αμέσως: εάν υφίσταται, ο ασθενής πρέπει να σταθεροποιηθεί (κυκλοφορική / αναπνευστική υποστήριξη) και να εισαχθεί στην εντατική μονάδα για θεραπεία των καρδιακών παθήσεων. Ταυτόχρονα, θα πρέπει να γίνεται εκτίμηση της κλινικής κατάστασης από άποψης αιμάτωσης και κυκλοφοριακής συμφόρησης και η πλειοψηφία των ασθενών θα πρέπει να χαρακτηρίζονται κλινικά ως «θερμοί και υγροί». Αυτή η απλή αξιολόγηση θα καθοδηγήσει επίσης την αρχική θεραπεία και τη διαχείριση των ασθενών σε πρώιμο στάδιο.

Μέσα σε 60-120 λεπτά πρέπει να αξιολογείται η ύπαρξη ή μη άλλων συνδρόμων απειλητικών για τη ζωή. Το αρκτικόλεξο CHAMP θα βοηθήσει τους κλινικούς ιατρούς να εξετάσουν οξεία στεφανιαία σύνδρομα, υπερτασική κρίση, αρρυθμία, οξεία μηχανικά αίτια και πνευμονική εμβολή σε αυτούς τους ασθενείς και να αναλάβουν άμεση δράση εάν διαγνωστεί κάτι τέτοιο. Οι περισσότερες θεραπείες για την οξεία καρδιακή ανεπάρκεια παραμένουν χωρίς αδιάσειστες αποδείξεις από τυχαιοποιημένες μελέτες, γεγονός που καθιστά τον εντοπισμό του αίτιου που προκάλεσε την ανεπάρκεια και την αιμοδυναμική αξιολόγηση του προφίλ ακόμα πιο σημαντικό για την καθημερινή πρακτική.

Οι κατευθυντήριες γραμμές του 2016 για την καρδιακή ανεπάρκεια ολοκληρώνονται με τη συνοπτική περιγραφή πραγμάτων που πρέπει κανείς "να κάνει" και "να αποφύγει", τα οποία καλύπτουν όλο το φάσμα της διαχείρισης της καρδιακής ανεπάρκειας. Παρά το γεγονός ότι η περίληψη είναι εντυπωσιακή, εξακολουθούν να υπάρχουν πολλά κενά όσον αφορά στα αποδεικτικά στοιχεία, που κυμαίνονται από τη διάγνωση οξείας καρδιακής ανεπάρκειας μέχρι τη διαχείριση του ασθενούς. Αυτές οι ανεκπλήρωτες ανάγκες θα πρέπει να διερευνηθούν ή να είναι υπό διερεύνηση και να ελπίσουμε ότι οι επόμενες κατευθυντήριες γραμμές θα έχουν απαντήσεις σε κάποια ανοιχτά ερωτήματα.