

# ESC GUIDELINES FOR THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ACUTE AND CHRONIC HEART FAILURE 2012

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

European Heart Journal (2012) 33,  
1787-1847

## Kvalitetsutvalget har innhentet uttalelse fra:

Overlege dr.med. Geir Øystein Andersen,  
Kardiologisk avdeling, OUS Ullevål

Overlege PhD Stein Ørn, Kardiologisk  
avdeling, Stavanger Universitetssykehus

## Andersen skriver (lett forkortet av KU):

De nye europeiske retningslinjene for diagnostikk og behandling av hjertesvikt er en oppgradering av de forrige retningslinjene som kom i 2008. De vesentlige endringene i årets oppdatering oppsummeres fint allerede i introduksjonen med: 1) utvidet indikasjon for mineralokortikoid-reseptor-antagonister (MRAs), 2) ny indikasjon for sinusknute-hemmeren ivabradin, 3) utvidet indikasjon for CRT-behandling, 4) ny informasjon om koronar revaskularisering ved hjertesvikt, 5) økende bruk av *Left ventricular assist devices* (LVADs) og 6) ny rolle for kateterbasert behandling av klaffesykdom.

Mindre endringer i omtalen av etiologi, klassifisering og diagnostikk er kommet til og dekkes fint. Medikamentell behandling er delt inn avhengig av om det foreligger hjertesvikt med redusert (HF-REF) eller bevart (HF-PEF) ejectionsfraksjon. Behandling av HF-REF eller systolisk hjertesvikt skal som før primært behandles med (klasse 1-anbefaling, evidensnivå A) ACE-hemmer (alternativt angiotensin reseptor-blokker (ARB) til dem som ikke tolererer ACE-hem-

mer) og betablokker, i tillegg til diuretika ved tegn til stuvning. **Det nye er at MRA (spironolakton og eplerenon) også har fått klasse 1A-anbefaling**, som tilleggsbehandling til pasienter som fortsatt er symptomatiske til tross for ACE-hemmer- og betablokker-behandling. ARB som tilleggsbehandling er nedgradert til fordel for MRA-behandling. Dette er i stor grad basert på *EMPHASIS-HF*-studien i tillegg til de eldre *RALES*- og *EPHESUS*-studiene, og endringene i anbefalinger virker godt fundert. Kombinasjonsbehandling med både ACE-hemmer og ARB er nå forlatt, da én av disse i stedet skal kombineres med en MRA.

**Nytt er også anbefaling om bruk av ivabradin til pasienter som fortsatt er symptomatiske, har EF  $\leq$  35 % og er i sinusrytme med frekvens over 70 slag/min.** Dette er gitt en IIa-anbefaling (evidensnivå B) basert på *SHIFT*-studien, som ikke viste effekt på død, men på re-innleggelse for hjertesvikt. Så langt er ikke ivabradin markedsført i Norge, og det gjenstår å se hvilken plass medikamentet får i behandlingen. Etter min mening trengs det mer dokumentasjon før medikamentet får en sentral plass i sviktbehandlingen. Medikamentet vil kunne være nyttig hos symptomatiske pasienter med høy basal hjertefrekvens som tolererer betablokker-behandling dårlig, men faren er at mange pasienter blir satt på ivabradin i stedet for at de oppnår måldose av betablokker. Digoksin-behandling er fortsatt aktuelt, også til pasienter i sinusrytme, men har nå blitt nedgradert til klasse IIb (IIa i 2008) uten at det er åpenbart hva som er rasjonale for dette. Digoksin har fortsatt sterk anbefaling ved hjertesvikt og atrieflimmer.

Anbefalinger om bruk av ICD er uendret, mens CRT har fått utvidet anbefaling hos pasienter med mild til moderat sympto-

matisk hjertesvikt. Pasienter med symptomatisk hjertesvikt, breddeforøket QRS med venstre grenblokk-morfologi, sinusrytme, forventet levetid over 1 år og redusert EF ( $\leq 35\%$  ved NYHA klasse III/IV eller  $\leq 30\%$  ved klasse II) skal vurderes for CRT-behandling (klasse 1A-anbefaling). En setter grenseverdi på QRS-bredde på hhv. 120 ms i klasse III/IV og 130 ms i klasse II. Anbefalingene for klasse II er basert på inklusjonskriteriene i MADIT-CRT- og RAFT-studiene. I tillegg gis CRT ved høyre grenblokk-QRS-morfologi en klasse IIa-anbefaling. Dette er kontroversielt. Evt. tilslutning til anbefalingen om å tilby CRT til pasienter som ikke har venstre grenblokk bør utsettes til konklusjonen til et utvalg nedsatt av NCS, nettopp for å se på hvordan en skal tilpasse retningslinjer for CRT-behandling for norske forhold, foreligger. Bruk av CRT hos pasienter med atrieflimmer og QRS bredde  $< 150$  ms vil også være naturlig å vurdere i et slikt bredt nedsatt utvalg.

Omtalen av akutt hjertesviktbehandling er lite kontroversielt. Evidensgrunnlaget for behandling av akutt hjertesvikt er minimalt, og dette reflekteres i retningslinjene. Anbefaling om bruk av IABP er nedgradert til klasse IIa (evidensnivå C) som blir mer i tråd med den nylig publiserte IABP Shock-studien. Til slutt kommer en utvidet anbefaling om kirurgisk revaskularisering hos pasienter med HF-REF og mindre uttalt koronarsykdom (2-karsykdom som involverer LAD) styrket (klasse 1B) basert på STICH-studien.

**Konklusjon:** NCS bør slutte seg til de nye europeiske retningslinjene, men med forbehold om restriktiv bruk av ivabradin når, og hvis, medikamentet blir markedsført i Norge, og med forbehold om at tilslutning til nye retningslinjer for CRT-behandling utsettes til arbeidsutvalget i NCS har ferdigstilt sin innstilling. Her vil det være naturlig at NCS kommer med forbehold/egne anbefalinger.

### Ørn skriver:

I den siste revisjonen av retningslinjene har man på en vellykket måte videreført behovet for å gjøre retningslinjene anvendelige i klinisk praksis ved å inkludere praktiske råd, både i tekst og tabeller. Retningslinjene er oppdaterte for de viktigste studiene.

Det viktigste kontroversielle punktet gjelder indikasjonen og bruken av *devices*. NCS har utformet et eget konsensusdokument for CRT. Dette dokumentet integrerer de oppdaterte retningslinjene fra ESC med presiseringer i henhold til norske behov. Det norske konsensusdokumentet for CRT-behandling må derfor vedlegges i den norske anbefalingen av hjertesviktretningslinjer.

Når det gjelder legemiddelbehandling for pasienter med kroniske hjertesvikt-symptomer og EF  $< 40\%$ , har man i de oppdaterte retningslinjene gjort følgende presiseringer:

Mineralkortikoid reseptorblokkere skal brukes sammen med ACE hemmer/ARB fremfor å kombinere ACE-hemmer og ARB (IA).

Ivabradine, som ennå ikke er lansert i Norge, anbefales hos pasienter med sinusrytme og hvilehertefrekvens  $> 70$ /min til tross for optimal behandling med betablokkere, samt hos pasienter som er intolerante for betablokkere (IIA, bevisnivå b. Det bemerkes at det fremdeles er usikkerhet relatert til hvilken hertefrekvens som er mest optimal for oppstart av ivabradine.

### Helhetlig vurdering:

ESC's oppdaterte retningslinjer fra 2012 er i tråd med norske behandlings- og diagnostiseringsprinsipper, og det anbefales at NCS gir sin tilslutning til retningslinjene med de anmerkninger som er anført ovenfor mht. bruken av CRT.

## Kvalitetsutvalgets vurdering (møte 25.01.13):

Kvalitetsutvalget slutter seg til ekspertenes vurderinger at de nye retningslinjene inneholder godt begrunnede anbefalinger når det gjelder medikamentell behandling av hjertesvikt. Ivabradine er et spennende preparat både når det gjelder behandling av hjertesvikt og ved spesielle hjerterytmeforstyrrelser (uberettiget sinustachykardi). Det er fortsatt usikkerhet om hvor stor plass det vil få, men preparatet bør være tilgjengelig for norske kardiologer.

De reviderte retningslinjene innebærer en ytterligere utvidelse av indikasjonsstillingen for resynkroniseringssterapi i forhold til oppdateringen i 2010:

NYHA III/IV med EF < 35 %, QRS > 120 ms og sinusrytme: Uendret indikasjon for CRT (klasse I, evidensnivå A). Men i tillegg inkluderes nå non-VGB med QR S > 150 ms (IIa, A).

NYHA II med sinusrytme: Grensen for EF er redusert fra 35 til 30 %, og kravet til QRS-bredde er senket fra 150 ms til 130 ms, men anbefalingen er fortsatt klasse I, evidensnivå A. I tillegg gis non-VGB-konfigurasjon med QRS > 150 ms en anbefaling IIa, A.

Anbefalingene for CRT i forbindelse med atrieflimmer eller konvensjonell pacemakerindikasjon er prinsipielt uendret fra 2010.

Som omtalt av begge fagekspertene, er det i skrivende stund under utarbeidelse et nasjonalt konsensusdokument om CRT i Norge, i samarbeid mellom NCS-arbeidsgruppene i arytmi og hjertesvikt. Man vil her evaluere både 2010- og 2012-anbefa-

lingene. Inntil dette dokumentet foreligger, mener vi NCS bør ta forbehold for hele kapitlet om CRT-behandling fra ESC. Men KU anbefaler at NCS gir sin tilslutning til de øvrige kapitlene i de oppdaterte hjertesviktretningslinjene.

## Kvalitetsutvalget presiserer:

### Retningslinjer er råd, ikke regler

Disse retningslinjer er ment som en støtte for legers kliniske beslutninger angående utredning og behandling. De beskriver flere mulige fremgangsmåter, som vil være passende for de fleste pasienter under de fleste omstendigheter. Bedømmelse og behandling av den enkelte pasient må gjøres av legen og pasienten i lys av den aktuelle pasients spesielle situasjon. Det vil dermed finnes situasjoner der det er akseptabelt å fravike retningslinjene.

Oslo den 25.1.13

Ole-Gunnar Anfinsen  
leder  
(sign)

Tonje Amb Aksnes  
(sign)

Vernon Bonarjee  
(sign)

**NCS har i styremøte den 12.2.2013 gitt tilslutning til disse retningslinjer, med ovennevnte reservasjon.**