

2016 ESC GUIDELINES FOR THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ACUTE AND CHRONIC HEART FAILURE

<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/ehj/37/27/2129.full.pdf>

European Heart Journal (2016) 37, 2129–2200 doi:10.1093/eurheartj/ehw128

Kvalitetsutvalget har innhentet felles uttalelse fra

- Lege, ph.d. Kaspar Broch, Kardiologisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet
- Overlege og førsteamanuensis, dr.med. Rune Mo, Klinikk for hjertemedisin, St. Olavs Hospital/Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet Trondheim.

De har levert en felles vurdering som gjengis her (noe forkortet og tilpasset av KU)

European Society of Cardiology har i 2016 revidert retningslinjer for diagnose og behandling av akutt og kronisk hjertesvikt. Et vesentlig argument for revisjon har vært nyere studier med konsekvenser for klinisk praksis. De reviderte retningslinjene legger økt vekt på den grunnleggende, kliniske tilnærmingen. Det oppfordres til utredning og behandling av den omfattende komorbiditet som følger hjertesvikt. Det gis klare anbefalinger for tverrfaglig omsorg for pasienter med kronisk hjertesvikt. For akutt hjertesvikt innføres en algoritme for diagnostikk og behandling basert på tilstedeværelse eller fravær av stuvning og hypoperfusjon. I tillegg foreslås tidskrav til behandling, slik man blant annet kjenner det for behandling av akutt koronarsyndrom. Det er foretatt en språklig og grafisk revisjon av tekst, flytskjema, figurer og tabeller som letter tilgangen til innhold og budskap.

Ny klassifisering av hjertesvikt

Den grunnleggende definisjonen av hjertesvikt er uendret: Hjertesvikt er et klinisk syndrom med typiske symptomer og tegn, basert på en strukturell eller funksjonell kardial tilstand som gir redusert hjerteminuttvolum og/eller økte intrakardiale trykk i hvile eller under belastning. De reviderte retningslinjene skiller nå mellom tre kategorier: Hjertesvikt med redusert ejeksjonsfraksjon (EF) < 40 % (*heart failure with reduced ejection fraction - HFrEF*), hjertesvikt med bevart EF \geq 50 % (*heart failure with preserved ejection fraction - HFpEF*) og hjertesvikt med EF i mellomområdet 40- 49 % (*heart failure with mid-range ejection fraction - HFmrEF*). Kriterier for å stille diagnosen HFrEF er typiske symptomer og tegn på hjertesvikt samt EF < 40 %. For HFmrEF og HFpEF kreves symptomer og tegn, EF på henholdsvis 40- 49 % og \geq 50 %, samt forhøyede nivåer av natriuretiske peptider og påvist relevant strukturell hjertesvikt (venstre ventrikkelhypertrofi og/eller dilatert venstre atrium) eller diastolisk dysfunksjon. Hjertesviktstudier er i stor grad utført på pasienter med EF < 40 % eller > 50 %. Grunnlaget for å innføre HFmrEF som kategori er en erkennelse av at mange pasienter med hjertesvikt har EF mellom 40 og 49 %, og at det er et behov for epidemiologiske, patofysiologiske og kliniske studier hos disse pasientene.

Økt fokus på den enkle, grunnleggende utredning

Ved mistanke om hjertesvikt skal sannsynligheten for hjertesvikt vurderes ved en grundig anamnese, klinisk undersøkelse og EKG. Hvis det her ikke påvises noen forhold som sannsynliggjør diagnosen, kan

utredningen avsluttes. Hvis det i motsatt fall gjøres relevante funn, fortsettes utredningen med bestemmelse av natriuretiske peptider der det nå i første rekke legges vekt på den negative prediktive verdien. Verdier av proBNP < 35 pg/ml eller NT-proBNP < 125 pg/ml (= 15 pmol/l) gjør hjertesvikt lite sannsynlig. Høye verdier for natriuretiske peptider kan være forbundet med hjertesvikt, men også forårsakes av en rekke andre kardiale og ekstrakardiale forhold. Hvis verdiene for BNP eller NT-proBNP er lavere enn angitte grenser, kan utredningen avsluttes. Ved økte verdier og fortsatt mistanke om hjertesvikt, er det indikasjon for ekkokardiografi. Normale ekkokardiografiske funn gjør hjertesvikt lite sannsynlig og tilsier ikke videre undersøkelser. Hvis ekkokardiografi derimot gir holdepunkter for hjertesvikt, fortsettes utredningen med årsaksavklaring, og det startes behandling. Et revidert flytskjema sammenfatter på god måte anbefalt utredning av mistenkt hjertesvikt.

Nytt medikament i behandling av kronisk hjertesvikt med redusert EF

Som i forrige utgave gir årets reviderte retningslinjer sterke anbefalinger (I A) for bruk av ACE-hemmere, betablokkere og aldosteronantagonister. ACE-hemmere foretrekkes fremfor angiotensin II-reseptorblokkere (ARB). ARB kan likevel være aktuelt for pasienter som ikke tolererer ACE-hemmere. Symptomatiske pasienter med EF < 35 % på tross av behandling med ACE-hemmer, betablokker og aldosteronantagonist, kan nå også vurderes for flere alternativer. Med bakgrunn i PARADIGM-HF-studien kan ACE-hemmer byttes ut med kombinasjonspreparatet valsartan/sacubitril (I B). Dette gir samtidig angiotensin II-reseptorblokkade og neprilysin-inhibering og har, sammenliknet med ACE-hemmeren enalapril, vist ytterligere ca. 20 % reduksjon i relativ risiko for kardiovaskulær død og sykehusinnleggelse for hjertesvikt samt ca. 16 % reduksjon i total mortalitet. Ivabradin kan, som i forrige utgave av retningslinjene, vurderes hos pasienter med symptomer, EF < 35 % og sinusrytme med frekvens \geq 70/minutt på tross av betablokkade, ACE-hemmer/ARB og aldosteronantagonist (IIa B). Ivabradin kan også være et alternativ hos pasienter som ikke kan bruke betablokker pga.

symptomer og/eller kontraindikasjoner (IIa C). Diuretika er grunnleggende viktig for å lindre symptomer ved væskeretensjon (I B) og kan redusere sykehusinnleggelse (IIa B). Hos utvalgte pasienter kan en vurdere tilleggsbehandling med hydralazin, isosorbid-dinitrat, digoxin og/eller omega-3-fettsyrer.

Behandling av pasienter med bevart og lett redusert EF

Studier av HFpEF har til dels inkludert pasienter med HFmrEF. Det gis derfor anbefalinger samlet for begge kategorier. Likevel, og i kontrast til studier på redusert EF (HFrfEF), foreligger det fortsatt ikke konsistent dokumentasjon på reduksjon av sykehusinnleggelse, morbiditet og mortalitet ved bevart eller lett redusert EF. Diuretika gir sikker symptomlindring ved væskeretensjon også hos pasienter med HFmrEF eller HFpEF. Gunstige effekter av ACE-hemmere, betablokkere og aldosteronantagonister hos pasienter med HFrfEF kan ikke uten videre ekstrapoleres til gruppen av pasienter med HFpEF/HFmrEF. Retningslinjene legger stor vekt på kartlegging og behandling for komorbiditet for å forbedre symptomer, livskvalitet og/eller prognose (I C).

Kardial resynkroniseringsterapi og implantabel kardioverter defibrillator ved HFrfEF

I årets retningslinjer er indikasjonene for kardial resynkroniseringsterapi (CRT) strammet inn. CRT kan være aktuelt hos pasienter som på tross av optimalisert medikamentell behandling er symptomatiske med EF < 35 % og har bredt QRS-kompleks. I tråd med de negative resultatene fra Echo-CRT-studien er CRT nå kontraindisert ved QRS-bredde under 130 ms (III A). Anbefalingene for CRT er sterkest for venstre grenblokk med QRS-bredde over 150 ms (I A) og noe svakere ved venstre grenblokk og QRS-bredde 130-149 ms (anbefaling I B). Bredt QRS (> 150 ms) med annen morfologi tilsier at CRT bør vurderes (IIa B), mens CRT kan vurderes ved QRS-bredde 130-149 ms (IIb B). Ved brady-indikasjon for pacemaker hos pasienter med hjertesvikt, anbefales primært implantasjon av CRT (I A).

Etter gjennomgått ventrikkelarytmi med hemodynamiske konsekvenser hos pasienter med hjertesvikt foreligger det

sekundærprofylaktisk indikasjon for ICD (I A). Som primærprofylaktisk tiltak anbefales ICD hos pasienter som har optimal medikamentell behandling over mer enn 3 måneder, som er symptomatiske i funksjonsklasse II- III, har EF < 35 %, og som forventes å leve betydelig lengre enn 1 år. Anbefalingene er sterkest for hjertesvikt pga. iskemisk sykdom (I A). På den annen side frarådes implantasjon av ICD i de første 40 dager etter hjerteinfarkt (III A), da ICD ikke forbedrer prognosen. ICD anbefales heller ikke i funksjonsklasse IV (III C), unntatt hvis pasienten er kandidat for CRT, mekanisk hjertepumpe eller hjerte-transplantasjon. ICD-implantasjon gis en I B-anbefaling hos pasienter med ikke-ischemisk årsak til hjertesvikt. Denne anbefalingen er gitt før resultatet av DANISH-studien forelå. Grunnlaget for primærprofylaktisk implantasjon av ICD hos pasienter med dilatert kardiomyopati er således svekket etter at retningslinjene ble skrevet.

Forebygging og komorbiditet

Hjertesvikt kan i noen grad utsettes eller forebygges ved intervensjon på risikofaktorer og behandling av asymptomatisk venstreventrikulær dysfunksjon. Aktuelle tiltak mot risikofaktorer er behandling av hypertensjon, behandling med statiner hos pasienter med høy risiko for koronarsykdom, røykestopp og redusert alkoholinntak samt behandling av overvekt og dysglykemi. I henhold til resultater fra EMPA-REG-studien synes behandling av diabetes mellitus type 2 med empagliflozin å redusere forekomsten av hjertesvikt (IIa B).

Retningslinjene legger stor vekt på kartlegging og behandling av komorbiditet. Vanlige tilstander omtales, for eksempel jernmangel. Det anbefales nå intravenøs tilførsel av jernkarboksymaltose ved *HFrEF* hvis ferritin måles til < 100 µg/l eller 100-299 µg/l med samtidig transferrinmetning (serumjern/TIBC) < 20 % (IIa A).

Akutt hjertesvikt

Akutt hjertesvikt omfatter akutt nyoppstått hjertesvikt og akutt dekompenst kronisk hjertesvikt. Utredning og behandling av akutt hjertesvikt har svakere evidensgrunnlag enn kronisk hjertesvikt. Dette gjenspeiles i ESCs retningslinjer der den eneste

terapeutiske anbefalingen med evidensgrunnlag «A» er å unngå bruk av vasopressor hos stabile pasienter. I figur 12.1 inndeles akutt hjertesvikt i ulike grupper etter graden av henholdsvis hypoperfusjon og stuvning. Figur 12.2 er et flytskjema for hvordan ulike presentasjonsformer for akutt hjertesvikt håndteres.

Nytten av natriuretiske peptider i den diagnostiske utredningen vektlegges også her. Retningslinjene fremholder at det første steget i utredningen er å verifisere at pasientens symptomer faktisk skyldes hjertesvikt. I denne sammenhengen påpeker man at det bør tas røntgen thorax, EKG, blodstatus, nyre- og leverfunksjonsprøver, stoffskifteprøver, elektrolytter og D-dimer. Det foreslås at man måler prokalsitonin for å vurdere om det foreligger en infeksjon. For øvrig skrives det at umiddelbar ekkokardiografi ikke er nødvendig unntatt hos pasienter som har kardiogent sjokk, hemodynamisk instabilitet eller der det er mistanke om mekanisk komplikasjon. Vår mening er at tidlig ekkokardiografi bør etterstrebes hos alle pasienter med mistanke om akutt hjertesvikt.

Etter at man har verifisert diagnosen akutt hjertesvikt må man lete etter eventuelle triggere av akutt dekompensasjon. Akutt koronarsyndrom, hypertensiv krise, arytmier, mekaniske komplikasjoner og lungeemboli (med akronymet CHAMP) bør avdekkes og behandles så snart som mulig.

De nye retningslinjene anbefaler at den generelle behandlingen av pasienter med akutt hjertesvikt tar utgangspunkt i hvordan pasientene fremstår ved innleggelse. Pasienter med antatt forhøyet fylningstrykk, men bevart vevsperfusjon («våt og varm» pasient, typisk med stuvningstegn, men bevart blodtrykk), behandles først og fremst med vasodilatasjon og diuretika. Pasienter med antatt nedsatt vevsperfusjon, men normalt eller lavt fylningstrykk («tørr og kald» pasient, typisk med lavt blodtrykk, men ingen stuvningstegn) behandles med væsketilførsel, eventuelt også med inotrope medikamenter. Problemet forblir pasientene med forhøyet fylningstrykk, men likevel nedsatt vevsperfusjon («våt og kald» pasient). ESCs retningslinjer anbefaler nå bruk av vasodilaterende medikamenter ned til et systolisk

blodtrykk på 90 mm Hg, mot tidligere 110 mm Hg. Dette er på linje med norsk praksis.

Pasienter med kardiogent sjokk (BT < 90 mm Hg tross adekvat eller forhøyet fylningstrykk) må behandles etter skjønn. ESC anbefaler en kombinasjon av vasopressor, fortrinnsvis noradrenalin (IIb B), og et inotrop medikament, for eksempel dobutamin eller levosimendan (IIb C), hos pasienter med livstruende hypoperfusjon. Videre anbefales det at pasienter med kardiogent sjokk snarlig overflyttes til et tertiær-senter med 24 timers kateteriseringstjeneste (I C). Ved mistanke om koronariskemisk årsak bør koronarangiografi utføres i løpet av 2 timer (I C). Mekanisk sirkulasjonsstøtte omtales svært kortfattet. Basert på SHOCK-II-studien frarådes rutinemessig bruk av aortaballongpumpe. Derimot kan «kortvarig mekanisk sirkulasjonsstøtte vurderes hos selekterte pasienter» (IIb C), men det fremheves at perkutan mekanisk pumpestøtte (Impella® e.l.) ikke har vist bedre effekt på overlevelse enn aortaballongpumpe i de få og små, randomiserte studiene som har vært utført.

Oppfølging i første- og annenlinjetjenesten

Strukturert oppfølging med informasjon og utdanning av pasienter, optimalisering av medikamentell behandling, intervensjon på livsstil, psykososial støtte og tilgjengelighet til videre tiltak kan ivaretas av multidisiplinære/tverrfaglige programmer for pasienter med hjertesvikt. Slike programmer, som i Norge ivaretas av hjertesviktpoliklinikker, har i retningslinjene fått en I A-anbefaling. Med tanke på livsstil gis sterk anbefaling (I A) om regelmessig aerob fysisk aktivitet for å bedre arbeidskapasitet og symptomer samt for å redusere risiko for sykehusinnleggelser. Når pasientene er stabile og medikamentell behandling er optimalisert, vil langtidsoppfølging kunne ivaretas i primærhelsetjenesten (IIb B). Årets retningslinjer drøfter hjertesvikt hos eldre, palliative tiltak og terminal omsorg uten at det gis spesifikke anbefalinger.

Oppsummering

2016 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure er et omfattende, grundig og oppdatert dokument. Hjertesvikt med mild EF reduksjon (HFmrEF) er klassifisert som egen kategori med behandling som HFrEF. Innstramming av indikasjonen for CRT, med kontraindikasjon ved QRS-bredde < 130 ms, er en konsekvens av data fra Echo-CRT. Valsartan/sacubitril som et behandlingsalternativ ved HFrEF er innført etter PARADIGM-HF. Jernmangel er vanlig hos pasienter med hjertesvikt. Basert på nyere studier anbefales nå intravenøs behandling med jernkarboksymaltose for å redusere symptomer samt for å bedre livskvalitet og arbeidskapasitet. Det gjennomgående fokus på enkel og presumptivt lite ressurskrevende primærvurdering ved mistanke om akutt eller kronisk hjertesvikt synes viktig sett fra et faglig, administrativt, så vel som fra et helseøkonomisk ståsted. Akutt hjertesvikt forblir et felt der klassifisering og behandling i stor grad er bygget på skjønn. Vi synes ekkokardiografi er for lite vektlagt i den akutte utredningen, mens inotrope medikamenter fortsatt er tungt vektet tross lavt evidensnivå.

De reviderte retningslinjene fremstår tekstmessig og grafisk i en forbedret utgave sammenlignet med tidligere utgaver. Gode arbeidsdiagrammer for utredning og behandling av så vel akutt som kronisk hjertesvikt kan være nyttige hjelpemidler i diagnostiske og terapeutiske prosesser. Samtidig presiserer retningslinjene at den enkelte pasient med sin sykehistorie må tas hånd om på individuelt grunnlag og der ansvaret for diagnostiske og terapeutiske beslutninger i siste instans ligger hos den enkelte lege. ESCs 2016-retningslinjer er i stor grad i harmoni med norsk klinisk virkelighet.

Kvalitetsutvalgets vurdering (møte 03.02.2017)

2016 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure er et viktig dokument for kardiologer, indremedisinere og allmennleger siden det omhandler en tilstand som berører en stor gruppe pasienter. Det er viktig å stille diagnosen tidlig og igangsette rett behandling. Dokumentet gir en god oversikt over begge

del. Disse retningslinjene er en forbedring av tidligere retningslinjer, og introduserer spesielt pasienter med mild reduksjon i EF som en egen kategori. Nyere behandlingsprinsipper er inkludert. Det finnes også et web-addendum på ESCs hjemmeside som er verdt å studere. Det inneholder bl.a. tabeller for komorbiditet, prognostiske markører, ekkokardiografiverdier og praktiske forslag til implementering av aktuelle medikamenter.

Ekspertuttalelsen ovenfor gir en god oversikt over dokumentet og de endringene som er kommet i forhold til tidligere versjoner. Etter fagekspertenes vurdering er retningslinjene i stor grad i harmoni med norsk klinisk virkelighet. Kvalitetsutvalget støtter fagekspertenes vektlegging av ekkokardiografi både ved akutt hjertesvikt og ved utredning av mistenkt hjertesvikt.

I tråd med fagekspertenes konklusjon anbefaler kvalitetsutvalget at NCS gir sin tilslutning (endorsement) til retningslinjene om hjertesvikt.

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.

Kvalitetsutvalget i NCS

Ole-Gunnar Anfinssen
leder
(sign.)

Tonje Amb Aksnes
(sign.)

Vernon Bonarjee
(sign.)

NCS har i styremøte den 21.3.2017 gitt tilslutning til disse retningslinjer med ovennevnte reservasjon.