

LG ESC 2021: Gestione dello scompenso cardiaco acuto e cronico

*Eur Heart J. 2021 Sep 21;42(36):3599-3726. doi: 10.1093/eurheartj/ehab368.
Erratum in: Eur Heart J. 2021 Oct 14;: PMID: 34447992.*

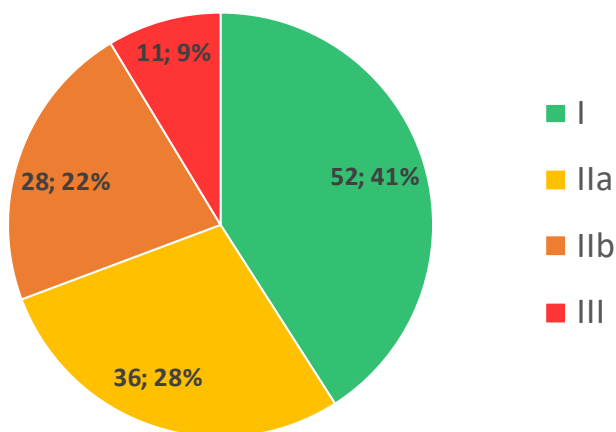
Introduzione

Le precedenti Le nuove Linee Guida ESC sulla Gestione dello Scompenso Cardiaco Acuto e Cronico sono state presentate in data 27.8 durante il congresso della Società Europea di Cardiologia e pubblicate in data 21.9 su European Heart Journal.

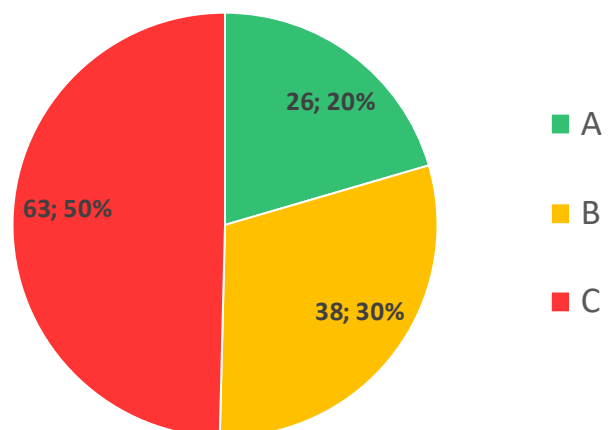
Un po' di numeri:

- **31** autori; **64** revisori;
- **128** pagine, con 37 tabelle, 21 figure e 1001 voci bibliografiche (+ File con Materiale supplementare (42 pagine; 25 tabelle 2 figure e 200 voci bibliografiche)
- **127 raccomandazioni totali:**

CLASSE DI RACCOMANDAZIONE



LIVELLO DI EVIDENZA



20 di Classe I livello di evidenza A (16%).

Riportiamo di seguito una sintesi delle principali raccomandazioni contenute nelle Linee Guida.

Nuova classificazione

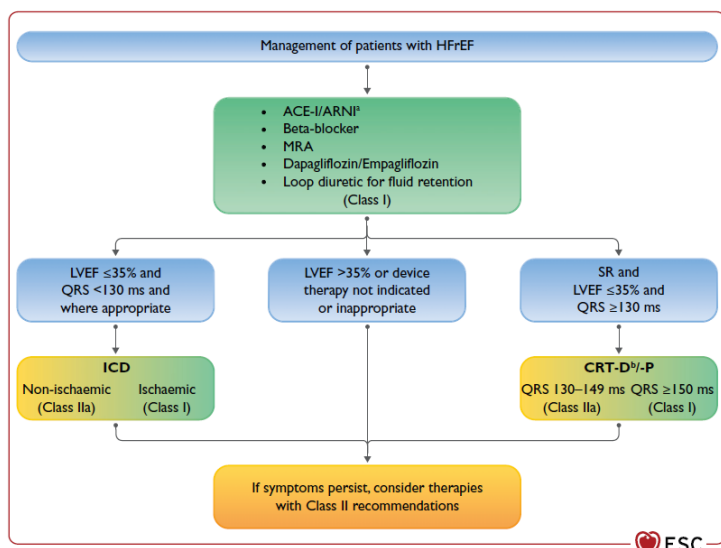
I pazienti con Scompenso cardiaco (SC) sono classificati in base al loro livello di frazione di eiezione del ventricolo sinistro (FE). La categoria “MID-RANGE o HFmrEF” introdotta nelle precedenti linee Guida (2016) è stata modificata in termini di range di frazione di eiezione (FE tra il 41% e il 49%) riconoscendo che molti pazienti con FE 40% sono stati inclusi negli studi che hanno arruolato pazienti con HFrEF ed è stata rinominata come scompenso cardiaco con FE “MILDLY REDUCED” o “LIEVEMENTE RIDOTTA” per sottolineare che la maggioranza di questi pazienti ha una fisiopatologia simile a quella dei pazienti HFrEF.

Diagnosi

Non ci sono grandi novità in questo ambito ma viene ribadito il ruolo fondamentale della misurazione dei peptidi natriuretici (NP) e dell'ecocardiografia. La diagnosi di HFpEF richiede la presenza di anomalie strutturali o funzionali del ventricolo sinistro oltre che la presenza di aumento delle concentrazioni di NP coerenti con la presenza di disfunzione diastolica e aumento delle pressioni di riempimento del ventricolo sinistro.

Terapia farmacologica dello scompenso cardiaco a frazione di eiezione ridotta (hfrEF)

Alla luce dei risultati del DAPA-HF Trial e dell'EMPEROR-Reduced Trial gli inibitori del cotrasportatore sodio glucosio di tipo 2 - SGLT2i (Dapagliflozin e Empagliflozin) sono raccomandati con indicazione di Classe I nei pazienti con HFrEF e entrano a far parte della terapia fondamentale (in grado di migliorare mortalità e morbilità in questi pazienti) al pari di ACE-I o ARNI, beta-bloccanti e MRAs. Il nuovo algoritmo terapeutico (Figura 1) mette quindi sullo stesso piano queste classi di farmaci (insieme ai diuretici nei pazienti con sovraccarico di volume), lasciando al clinico la decisione su come implementare la terapia sulla base del fenotipo del paziente. Gli ARNI sono raccomandati in sostituzione agli ACE-I, tuttavia le linee guida di considerarne l'utilizzo anche nel paziente naïve (**IIB B**).



Alla luce dei risultati del VICTORIA-HF trial Vericiguat, stimolatore della guanilatociclasasi solubile, è raccomandato (**IIb B**) nei pazienti sintomatici (NYHA II-IV) nonostante la terapia con di ACE-I (o ARNI), beta-bloccanti e MRAs.

La terapia elettrica nel paziente HFeEF

L'impianto di un ICD in prevenzione è raccomandato in pazienti selezionati (NYHA II-III, OMT \geq 3 mesi) con HFrEF ad eziologia ischemica (**IA**) e può essere considerata in quelli con eziologia non ischemica (**IIa A**).

L'impianto CRT-P/D è raccomandato (**IA**) in quei pazienti con HFrEF ancora sintomatici nonostante terapia medica ottimale, in ritmo sinusale, con una morfologia del QRS a BBS e durata \geq 150 ms. Può essere considerato nei pazienti con morfologia a BBS e durata 130-149 ms (**IIa B**) o morfologia del QRS non a BBS e durata \geq 150 ms (**IIa B**).

Terapia farmacologica dello scompenso cardiaco a frazione di eiezione lievemente ridotta (HFmrEF)

ACE-I, ARNI, beta-bloccanti e MRA possono essere considerati in pazienti con HFmrEF (**IIb C**). Per la prima volta le linee guida forniscono raccomandazioni specifiche per questa categoria di pazienti. Le raccomandazioni derivano da sottoanalisi di trial condotti prevalentemente in pazienti HFrEF e HFpEF ma che avevano incluso una quota parte di pazienti con HFmrEF.

Terapia farmacologica dello scompenso cardiaco a frazione di eiezione preservata (HFpEF)

Nessun raccomandazione specifica salvo il controllo delle comorbilità e l'utilizzo dei diuretici per trattare la congestione è stata inserita nelle linee guida. Nella stesura delle linee Guida sono state considerate le evidenze disponibili a marzo 2021 quando nessun trattamento aveva ancora dimostrato di ridurre la mortalità e morbilità in pazienti con HFpEF (EMPEROR-Preserved è stato presentato a fine agosto al congresso ESC 2021 e pubblicato qualche mese dopo).

La gestione multidisciplinare del paziente con scompenso cardiaco

L'inserimento del paziente in un programma di multidisciplinare di gestione dello scompenso cardiaco è fortemente raccomandato (**IA**). E' inoltre raccomandato esercizio fisico per tutti i pazienti che sono in grado di eseguirlo al fine di migliorare capacità di esercizio e la qualità della vita (QOL), e ridurre il rischio di ospedalizzazione per SC (**IA**).

Scompenso cardiaco avanzato

Le linee guida includono per la prima volta una sezione dedicata allo scompenso cardiaco avanzato. Oltre alla sua definizione sono incluse raccomandazioni sulla gestione dei pazienti con SC avanzato refrattario alla terapia medica e con device. In assenza di controindicazioni assolute i pazienti con SC avanzato dovrebbero essere riferiti per una valutazione dell'eleggibilità a trapianto di cuore. In pazienti selezionati terapie meccaniche di supporto ventricolare dovrebbero essere considerate come Bridge

to Transplantation (BTT) o Destination Therapy (DT). I profili dell'*Interagency Registry for Mechanically Assisted Circulatory Support* (INTERMACS) sono stati sviluppati per classificare i pazienti con una potenziale indicazione per dispositivi di supporto meccanico durevoli. Questa classificazione è stata inserita nelle linee guida poiché si è dimostrata utile nella stratificazione della prognosi dei pazienti sottoposti a trapianto urgente di cuore o dispositivo di assistenza ventricolare sinistra (LVAD) e per la valutazione del rischio in ambulatorio di pazienti con SC avanzato.

Scompenso cardiaco acuto

Le linee guida propongono una nuova classificazione dello SC cardiaco acuto basata su quattro principali presentazioni cliniche:

- 1) ADHF
- 2) Edema polmonare acuto
- 3) Insufficienza del ventricolo destro
- 4) Shock cardiogeno

Vengono proposti altrettanti algoritmi terapeutici diversificati basati sull'utilizzo di diuretici per la congestione, inotropi, vasodilatatori e trattamenti di supporto meccanico a breve termine nei pazienti con ipoperfusione periferica.

Scompenso cardiaco acuto – pre-dimissione e dimissione

I pazienti ricoverati in ospedale per SC devono essere attentamente valutati per escludere la presenza di segni persistenti di congestione (**I C**). La terapia orale deve essere ottimizzata prima della dimissione (**I C**). Viene raccomandata una visita di controllo precoce post-dimissione per valutare la presenza di segni di congestione, la tollerabilità delle terapie farmacologiche eventualmente iniziate in ospedale e iniziare o ottimizzare la terapia con GDMTs (**I C**).

Comorbilità cardiovascolari – valvulopatie

In pazienti con grave stenosi sintomatica della valvola aortica sono raccomandati interventi di sostituzione chirurgica (SVAO) o percutanea (TAVI) al fine di ridurre la mortalità e migliorare i sintomi (**I B**). Tale decisione deve basarsi sulla valutazione multidisciplinare dell'Heart Team considerando le preferenze individuali del paziente e caratteristiche quali età, rischio chirurgico, clinico, anatomico e gli aspetti procedurali, soppesando rischi e benefici di ogni tipo di approccio (**I C**).

La riparazione percutanea della valvola mitrale “edge to edge” dovrebbe essere considerata in pazienti accuratamente selezionati con rigurgito mitralico secondario, non idoneo per l'intervento chirurgico e non necessitante di intervento di rivascolarizzazione coronarica, sintomatici nonostante terapia medica ottimale e che soddisfino i criteri dello studio COAPT nel quale è stata osservata una riduzione dei ricoveri per SC (**IIa B**).

Comorbilità cardiovascolari – fibrillazione atriale

Oltre all'anticoagulazione orale presenzialmente con DOAC (eccetto in caso di stenosi mitralica moderata-severa o valvole protesiche meccaniche), una strategia di controllo del ritmo che comprenda anche l'ablazione transcateretere, deve essere presa in considerazione nei pazienti i cui sintomi non

sono adeguatamente controllati dalla terapia medica e portino a una progressione dello scompenso cardiaco.

Comorbilità non cardiovascolari – diabete mellito

Le linee guida raccomandano di trattare con SGLT2i inibitori (Dapagliflozin, Empagliflozin, Canagliflozin, Ertugliflozin e Sotagliflozin) i pazienti con diabete di tipo 2 al fine di prevenire il rischio di scompenso cardiaco.

Comorbilità non cardiovascolari – iron deficiency

I pazienti devono essere periodicamente sottoposti a screening per anemia e carenza di ferro e integrazione di ferro con carbossimaltoso ferrico per via endovenosa deve essere considerata nei pazienti sintomatici con FE < 45% e carenza di ferro, e, alla luce dello studio AFFIRM-AHF, in pazienti recentemente ricoverati in ospedale per SC e con FE ≤50% e carenza di ferro.

Comorbilità non cardiovascolari – cancro

Le linee guida raccomandano (Classe I), in caso di elevato rischio di cardiotoxicità, di effettuare una valutazione cardiovascolare prima di programmare un trattamento oncologico, preferibilmente a opera di un cardiologo con esperienza nel settore della cardio-oncologia.

Amiloidosi

Per i pazienti affetti da amiloidosi è stata introdotta una raccomandazione (**I B**) per l'utilizzo di Tafamidis nei soggetti in classe NYHA I o II con amiloidosi cardiaca da transtiretina ereditaria (hATTR) e in quelli con amiloidosi cardiaca da transtiretina wild type (wtATTR).