

Doporučení Evropské kardiologické společnosti (ESC) pro diagnostiku a léčbu akutního a chronického srdečního selhání z roku 2021

Lipš M.¹, Černý V.²⁻⁷

¹Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a všeobecná fakultní nemocnice, Praha

²Klinika anesteziologie, perioperační a intenzivní medicíny, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem

³Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví

⁴Centrum pro výzkum a vývoj, Fakultní nemocnice Hradec Králové

⁵Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové

⁶Technická univerzita Liberec

⁷Department of Anesthesia, Pain Management and Perioperative Medicine, Dalhousie University, Halifax, Nova Scotia, Canada

Reference:

2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure

McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *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.

Poznámky:

- text přináší aktualizaci doporučení z roku 2016
- formulace jednotlivých doporučení byla založena na vyhodnocení stavu odborného poznání v čase vzniku dokumentu
- odborníci z autorského a recenzního panelu poskytli formuláře prohlášení o zájmech pro všechny vztahy/situace, které by mohly být vnímány jako skutečné nebo potenciální zdroje střetu zájmů
- pracovní skupina získala veškerou finanční podporu od ESC bez jakékoliv účasti zdravotnického průmyslu

Síla jednotlivých doporučení byla formulována jako:

- Třída I. Evidence či obecná shoda, že daná intervence/daný postup jsou účinné, úspěšné, efektivní, a jsou v zásadě doporučeny a indikovány.
- Třída II. Rozporuplná evidence či nesoulad v názorech ohledně účinnosti a efektivity daného léčebného postupu či procedury.

- Třída IIa. Síla důkazů či názorů převažuje ve smyslu účinnosti/efektivity; indikace dané intervence/daného postupu by měla být zvážena.
- Třída IIb. Účinnost a efektivita má menší oporu v evidenci či obecně přijímaných názorech; indikace dané intervence/daného postupu by mohla být zvážena.
- Třída III. Evidence či obecná shoda ohledně neúčinnosti/neefektivity dané intervence/daného postupu či dokonce v některých případech i škodlivosti.

Kvalita/stupně evidence pro jednotlivá doporučení byla klasifikována následovně:

- Stupeň evidence A. Na základě dat z více než jedné randomizované klinické studie či metaanalýzy
- Stupeň evidence B. Na základě výsledků jedné randomizované klinické studie či velkých nerandomizovaných studií
- Stupeň evidence C. Konsenzus expertů nebo na základě výsledků menších studií, retrospektivních analýz či registrů

Výběr z doporučení

Diagnostika chronického srdečního selhání

Stanovení hladiny BNP/NT-proBNP	IB
Záznam 12svodového EKG	IC
Transtorakální echokardiografické vyšetření (TTE)	IC

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

prof. MUDr. Vladimír Černý, Ph.D., FCCM, cernyvla1960@gmail.com

Cit. zkr: Anest intenziv Med. 2022;33(1):60-62

Magnetická rezonance u pacientů špatně vyšetřitelných echokardiograficky, a dále při podezření na onemocnění infiltrující myokard (Fabryho nemoc, amyloidóza, hemochromatóza, sarkoidóza, myokarditida)	IC
Rentgenové vyšetření srdce a plic	IC
Laboratorní vyšetření z hlediska přidružených onemocnění (krevní obraz, urea, kreatinin, minerály, hormony štítné žlázy, HbA1c, železo, lipidy)	IC
Selektivní koronarografie u pacientů s přetrvávajícími symptomy anginy pectoris na farmakoterapii či se symptomatickými komorovými arytmiemi	IB
Zátěžové vyšetření kardiopulmonální rezervy u pacientů před transplantací srdce či zavedením mechanické srdeční podpory	IC
Pravostanná katetrizace u pacientů před plánovanou transplantací srdce či zavedením mechanické srdeční podpory	IC

Doporučení farmakoterapie chronického srdečního selhání se sníženou ejekční frakcí (HFrEF)

ACE-I (inhibitor angiotensin-konvertujícího enzymu) u pacientů s HFrEF snižuje riziko hospitalizace a smrti	IA
Betablokátory u stabilních pacientů s HFrEF snižují riziko hospitalizace a smrti	IA
Antagonisté mineralokortikoidních receptorů (MRA) u pacientů s HFrEF snižují riziko hospitalizace a smrti	IA
Dapagliflozin či empagliflozin pro pacienty s HFrEF snižuje riziko hospitalizace a smrti	IA
Sacubitril/valsartan jako případná alternativa za ACEI snižuje riziko hospitalizace a smrti	IB
Diuretika u pacientů s HFrEF a klinickými známkami či symptomy městnání zlepšují fyzickou výkonnost a snižují riziko hospitalizace	IC
Blokátory angiotenzinového receptoru (ARB) snižují riziko hospitalizace a riziko smrti z kardiovaskulárních příčin u symptomatických pacientů netolerujících ACEI či ARNI (Angiotensin Receptor-Nepirylsin Inhibitor). Pacienti mohou též dostávat betablokátor a antagonistu mineralokortikoidního receptoru	IB
Přidání ARB či inhibitorů reninu ke kombinaci ACEI a MRA není doporučováno pro zvýšené riziko renální insuficience a hyperkalemie	IIIC
Implantace defibrilátoru (ICD) snižuje riziko náhlé smrti a mortalitu ze všech příčin u pacientů s anamnézou komorových arytmií způsobujících hemodynamickou nestabilitu s předpokládanou dobou přežití alespoň jeden rok, při vyloučení reverzibilních příčin arytmií nebo pokud se arytmie vyskytly do 48 hodin od infarktu myokardu	IA
Implantace ICD snižuje riziko náhlé smrti a zvyšuje přežití u pacientů se symptomatickým srdečním selháním (NYHA II-III) ischemické etiologie (pokud neměli IM v předchozích 40 dnech) s EF LK pod 35 % a optimální farmakoterapií delší než 3 měsíce, u nichž se předpokládá přežití delší než jeden rok v dobrém funkčním stavu	IA
ICD není doporučována u pacientů po IM s odstupem kratším než 40 dní, neboť v této situaci nezlepšuje prognózu	IIIA
ICD není doporučována u pacientů se srdečním selháním třídy NYHA IV se závažnou symptomatologií rezistentní na farmakologickou léčbu, pokud nejde o kandidáty k resynchronizační terapii, zavedení dlouhodobé srdeční podpory či transplantaci srdce	IIIC
Srdeční resynchronizační terapie je doporučována u symptomatických nemocných se sinusovým rytmem a šířkou komplexu QRS nad 150 ms (či morfologie QRS typu LBBB) a EF LK pod 35 % i přes optimální farmakoterapii ke zlepšení symptomatologie a snížení morbidita a mortality	IA
Srdeční resynchronizační terapie, spíše než stimulace pravé komory, je doporučována pacientům s HFrEF bez ohledu na stupeň selhání třídy NYHA či trvání QRS komplexu s indikací pro komorovou stimulaci při vyšším stupni AV blokády s cílem snížit morbiditu. To zahrnuje i pacienty s fibrilací síní	IA
Srdeční resynchronizační terapie není doporučována pacientům s trváním QRS komplexu pod 130 ms, kteří nemají indikaci ke stimulaci pro diagnózu vyššího stupně AV bloku	IIIA

Doporučení pro léčbu srdečního selhání s mírně sníženou (HFmrEF) či zachovalou (HFpEF) ejekční frakcí levé komory

Diuretika u pacientů s klinickými známkami městnání a mírně sníženou či zachovalou EF LK pro zmírnění symptomů selhání	IC
Screeningová vyšetření etiologie a léčba kardiovaskulárních a nekardiovaskulárních komorbidit u pacientů se srdečním selháním se zachovalou EF LK (HFpEF)	IC

Doporučení pro prevenci srdečního selhání

Léčba hypertenze pro oddálení začátku klinických příznaků srdečního selhání a prevence hospitalizace	IA
Podání statinů u pacientů s vysokým rizikem kardiovaskulárních onemocnění pro oddálení začátku klinických projevů srdečního selhání a prevence hospitalizace	IA
SGLT2 inhibitory (canagliflozin, dapagliflozin, empagliflozin, ertugliflozin, sotagliflozin) pro pacienty s diabetem a vysokým rizikem kardiovaskulárních onemocnění pro oddálení začátku klinických projevů srdečního selhání a prevence hospitalizace	IA
Poradenství proti sedavému způsobu života, obezitě, kouření cigaret a zneužívání alkoholu jako prevence a oddálení srdečního selhání	IC

Ostatní doporučení léčby chronického srdečního selhání

Zařazení do multidisciplinárního programu léčby srdečního selhání pro snížení rizika vzniku srdečního selhání, prevence hospitalizace a smrti	IA
Úprava životosprávy pro snížení rizika hospitalizace a smrti	IA
Domácí nebo klinické programy zlepšují výsledný zdravotní stav, snižují riziko hospitalizace a zvyšují přežití	IA
Cvičení se doporučuje všem pacientům, kteří toho jsou schopni, aby se zlepšila jejich fyzická výkonnost a kvalita života a snížilo se riziko hospitalizace	IA

Doporučení léčby pro pacienty v pokročilém stadiu srdečního selhání

Implantace dlouhodobých srdečních podpor připadá v úvahu u pacientů s pozitivním přístupem k léčbě, schopností obsluhy přístroje a dostatečnou psychologickou podporou	IC
Transplantace srdce připadá v úvahu u pacientů s pokročilým srdečním selháním, refrakterním na léčbu medikamentózní i mechanickou, kteří nemají kontraindikace transplantace	IC

Doporučení léčby pacientů s akutním srdečním selháním

Kyslík ke korekci hypoxemie s SpO ₂ pod 90 % či PaO ₂ pod 60 mmHg	IC
Intubace a umělá plicní ventilace při progresi respiračního selhání navzdory kyslíkové terapii či aplikaci neinvazivní ventilace	IC
Klíčková diuretika i. v. pro pacienty se srdečním selháním s klinickými známkami hyperhydratace ke zlepšení klinické symptomatologie	IC
Profylaxe tromboembolické nemoci (LMWH) pro všechny dosud neantikoagulované pacienty bez kontraindikace antikoagulace ke snížení rizika žilní trombózy a plicní embolie	IA
Inotropika nejsou z bezpečnostních důvodů rutinně indikována, vyjma stavů se symptomatickou hypotenzí a známkami tkáňové hypoperfuze	IIIC
Rutinní aplikace opioidů není doporučována, kromě vybraných pacientů s nesnesitelnou bolestí či úzkostí	IIIC
Zavedení intraaortální balonkové kontrapulzace není rutinně doporučováno ani u pacientů v kardiogenním šoku po infarktu myokardu	IIIB

Doporučení léčby pacientů se srdečním selháním po hospitalizaci

Pečlivé zhodnocení přetrvávajících známek městnavého srdečního selhání a optimalizace perorální léčby před propuštěním z nemocnice	IC
Preskripce perorální terapie dle medicíny založené na důkazech před propuštěním z nemocnice	IC
Do 12 týdnů od propuštění se doporučuje časná kontrolní návštěva pro kontrolu klinických známek městnavého srdečního selhání, zhodnocení tolerance medikamentózní léčby a její případná titrace	IC

Doporučení léčby pacientů se srdečním selháním a fibrilací síní

Dlouhodobá antikoagulace u všech pacientů se srdečním selháním, fibrilací síní a CHA2DS2-VASc skóre nad 2 u mužů a nad 3 u žen	IA
Přímá antikoagulancia jsou preferována oproti antagonistům vitamínu K u všech pacientů se srdečním selháním, vyjma pacientů se středně významnou či významnou mitrální stenózou či implantovanou srdeční chlopní	IA
Urgentní elektrická kardioverze (EKV) je doporučena v případech akutního zhoršení srdečního selhání z důvodu rychlé odpovědi komor a výslednou hemodynamickou nestabilitou	IC
Z bezpečnostních důvodů není doporučena rutinní terapie následujícími antiarytmiky: flecainide, encainide, disopyramide, dronedarone a D-sotalol	IIIA
Diltiazem či verapamil nejsou doporučeny u pacientů s HFrEF pro zvýšené riziko zhoršení srdečního selhání s následnou nutností hospitalizace	IIIC

Poznámka: Evropská kardiologická společnost v roce 2020 zahrnuje ve svém Doporučení pro diagnostiku a léčbu fibrilace síní landiolol jako lék volby pro kontrolu srdeční frekvence u pacientů s fibrilací síní.

- Landiolol 100 µg/kg i. v. bolus > 1 min., následováno kontinuálním i. v. podáním 10–40 µg/kg/min., u pacientů se systolickou dysfunkcí myokardu 1–10 µg/kg/min., přínos landiololu je dán velmi krátkou dobou působení (max. 15 min.) a mimořádnou β1-selektivitou, což je výhodné zejména u nemocných s tachykardií či tachyarytmií a současným srdečním selháním. Alternativou může být i esmolol 500 µg/kg i. v. bolus > 1 min., následováno kontinuálním i. v. podáním 50–300 µg/kg/min.

Zdroj: Hindricks G, Potpara T, Dagres N, Arbelo E, Bax JJ, Blomström-Lundqvist C, et al. ESC Scientific Document Group. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. Eur Heart J. 2021 Feb 1;42(5):373–498. doi: 10.1093/eurheartj/ehaa612.

Doporučení léčby pacientů se srdečním selháním a aortální stenózou

Intervence na aortální chlopní (perkutánní či chirurgická) je doporučena u pacientů se srdečním selháním a vysokým tlakovým gradientem na aortální chlopní ke zlepšení klinických symptomů a snížené mortalitě	IB
Volbu případné intervence musí provést „heart team“ – společný tým chirurgů, kardiologů a případně anesteziologů dle individuálních preferencí pacienta, při zvažení všech klíčových faktorů (věk, komorbidity, anatomické aspekty) a zhodnocení specifických přínosů perkutánního či chirurgického přístupu	IC

Doporučení léčby pacientů se srdečním selháním a diabetem

SGLT2 inhibitory (canagliflozin, dapagliflozin, empagliflozin, ertugliflozin, sotagliflozin) u pacientů s DM II. typu a rizikem kardiovaskulárních příhod jako prevence incidence závažných kardiovaskulárních příhod, hospitalizace, konečného stadia nedostatečnosti ledvin a smrti z kardiovaskulárních příčin	IA
SGLT2 inhibitory (dapagliflozin, empagliflozin, and sotagliflozin) u pacientů s DM II. typu a srdečním selháním se sníženou funkcí LK (HFrEF) ke snížení rizika hospitalizace a smrti z kardiovaskulárních příčin	IA
Thiazolidinediony (glitazones) nejsou u pacientů se srdečním selháním doporučeny pro riziko zhoršení klinických příznaků srdečního selhání a hospitalizace	IIIA
DPP-4 inhibitor saxagliptin není u pacientů se srdečním selháním doporučen	IIIB

Doporučení léčby pacientů se srdečním selháním a nedostatkem železa

Doporučuje se, aby všichni pacienti se srdečním selháním byli pravidelně vyšetřováni na anémii a deficit železa pomocí zhodnocení kompletního krevního obrazu, koncentrace feritinu v séru a saturace transferinu (TSAT)	IC
Léčba anémie erythropoetin stimulačními látkami není u pacientů se srdečním selháním rutinně doporučována bez přítomnosti dalších indikací takové terapie	IIIB

Doporučení léčby pacientů se srdečním selháním a spánkové apnoe

Adaptivní servoventilace není u pacientů se srdečním selháním se sníženou EF LK (HFrEF) při centrální příčině spánkové apnoe doporučena pro vyšší riziko smrti	IIIA
--	------

Doporučení léčby pacientů se srdečním selháním a artritidou

NSA (nesteroidní antiflogistika) a COX-2 inhibitory nejsou doporučeny pro riziko zhoršení srdečního selhání a hospitalizace	IIIB
---	------

Doporučení léčby pacientů se srdečním selháním a nádorovým onemocněním

Pacienti s vyšším rizikem kardiotoxicity (riziko kardiovaskulárních onemocnění, předchozí kardiotoxická medikace) by před aplikací protinádorové léčby měli projít vyšetřením u specialisty zaměřeného na danou problematiku	IC
--	----

Doporučení léčby pacientů se srdečním selháním a amyloidózou

Tafamidis se doporučuje u pacientů s genetickým vyšetřením prokázaným hTTR-CA a symptomy NYHA I nebo NYHA II třídy ke zlepšení klinické symptomatologie, snížení rizika hospitalizace a smrti	IB
Tafamidis je doporučen u pacientů s wtTTR-CA a symptomy NYHA třídy I nebo II ke zlepšení klinické symptomatologie, snížení rizika hospitalizace a smrti	IB

Zkratky:

MRA – mineralocorticoid receptor antagonist, antagonista mineralokortikoidních receptorů

ACEI – inhibitor angiotensin-konvertujícího enzymu

HFrEF – heart failure with reduced ejection fraction, srdeční selhání se sníženou ejekční frakcí

NYHA – New York Heart Association

ARB – Blokátory angiotenzinového receptoru

ARNI – Angiotensin Receptor-Neprilysin Inhibitor