

Nye europeiske retningslinjer for hjertesvikt

Nye europeiske retningslinjer for diagnostikk og behandling av akutt og kronisk hjertesvikt er nylig publisert. Hva er de viktigste endringene?

De nye europeiske retningslinjene for diagnostikk og behandling av akutt og kronisk hjertesvikt er et omfattende dokument på 61 sider og er nylig publisert i *European Heart Journal* (1). Dokumentet er for tiden under vurdering i de norske kardiologiske fagmiljøene med tanke på tilpasning til norske forhold. De viktigste endringene i retningslinjene kan likevel være av interesse for Tidsskriftets lesere.

Definisjon av hjertesvikt

For å stille diagnosen hjertesvikt med redusert ejeksjonsfraksjon (HF-REF) kreves symptomer og kliniske funn typisk for hjertesvikt i kombinasjon med redusert ejeksjonsfraksjon.

Hjertesvikt med bevart venstre ventrikelfunksjon kalles hjertesvikt med bevart ejeksjonsfraksjon (HF-PEF). For å kunne stille denne diagnosen kreves i tillegg normal eller lett nedsatt venstre ventrikelfunksjon i en venstre ventrikkel som ikke er utvidet samt strukturelt påvirket hjerte, dvs. venstre ventrikkel-hypertrofi og/eller forstørret venstre atrium og/eller ekkokardiografiske tegn på diastolisk dysfunksjon. Ett ekkokardiografisk parameter alene kan ikke brukes for å diagnostisere diastolisk dysfunksjon – man må ta i betraktning flere faktorer.

Ultralydundersøkelse (dvs. vevsdoppler) med normal tidligdiastolisk mitralannulus-hastighet (E') er svært uvanlig hos hjertesviktspasienter. Med konvensjonell ultralydundersøkelse kan man måle tidligdiastolisk flythastighet i venstre hjertekammer (E). Det er vist at ratio E/E' korrelerer med fyllingstrykket i venstre ventrikkel, der en ratio > 15 indikerer økt fyllingstrykk. Andre ekkovariabler som bør vurderes, er E/A-ratio med og uten Valsalva-kontroll og tidsforskjellen mellom pulmonalvenens A-bølge og mitral A-bølge.

Diagnostisk flytskjema

Hjertesvikt er en usannsynlig diagnose hos pasienter med normal EKG med akutt sykdom. Hos pasienter med ikke-akutt sykdom har normal EKG en noe lavere negativ prediktiv verdi (sannsynlighet 10–14 % for hjertesvikt). Normal natriuretisk peptidverdi hos en ubehandlet pasient er assosiert med en svært lav sannsynlighet for hjertesvikt.

Retningslinjene inneholder et modifisert flytskjema for pasienter med mistanke om hjertesvikt. Det er basert på om pasienter har normale funn ved EKG og normale verdier av natriuretisk peptid. Da trenger

man ikke ekkokardiografi for med høy sannsynlighet å utelukke hjertesvikt.

Behandling av hjertesvikt

I et nytt flytskjema for behandling av hjertesvikt med redusert ejeksjonsfraksjon styrkes indikasjonen for aldosteronreseptorantagonister. Det er også en ny indikasjon for sinusknutehemmere som ivabradin. Indikasjonen for resynkroniseringsbehandling er utvidet.

Anbefalt behandling av hjertesvikt er som tidligere basert på ACE-hemmere og betablokkere med tillegg av diuretika som symptomatisk behandling. Forfatterne skriver i en kommentar til ACE-hemmerbehandling at man kan forvente en liten økning i urea og kreatinin i begynnelsen og at man kan akseptere en økning i kreatinin

«Dokumentet er for tiden under vurdering i de norske kardiologiske fagmiljøene med tanke på tilpasning til norske forhold»

på opptil 50 % over utgangsverdiene (opp til 266 µmol/l). En økning i serum-kalium til ≤ 5,5 mol/l er også akseptabelt. Ved høyere økning i kreatininnivået enn dette anbefales en dosehalvering av ACE-hemmere (eller angiotensinblokkere) og ny kontroll innen 1–2 uker. Hvis kaliumnivået stiger > 5,5 mmol/l eller kreatininnivået øker med > 100 % eller til > 310 mol/l, må behandling med ACE-hemmere (eller angiotensinblokkere) stoppes og undersøkelse av årsaken begynnes.

I tilfeller av hjertesvikt med bevart ejeksjonsfraksjon er det ingen behandling som overbevisende har vist seg å redusere sykkelighet og dødelighet. Diuretika brukes til å behandle ødem og dyspné ved hjertesvikt med bevart ejeksjonsfraksjon, og adekvat behandling av hypertensjon og iskemi anses som viktig. I tillegg er en god frekvenskontroll hos pasienter med atrieflimmer viktig.

Resynkroniseringsbehandling

Store randomiserte studier viser gunstig effekt av resynkroniseringsbehandling hos

pasienter med både milde og mer alvorlige hjertesviktsymptomer. Spesielt har pasienter med lav ejeksjonsfraksjon (≤ 30 %) og en betydelig økning i bredden av QRS-varighet (≥ 150 ms) med venstre grenblokk på EKG gode resultater med resynkroniseringsbehandling.

Basert på subgruppeanalyse av store randomiserte studier er det mindre enighet om riktig behandling hos pasienter med høyre grenblokk eller intraventrikulære ledningshinder på EKG. Det betyr at anbefalingene ved venstre grenblokk på EKG er sterkere enn dem som er knyttet til økt QRS-bredde uten venstre grenblokk. Disse anbefalingene gjelder under forutsetning av at pasienten er forventet å leve med en god funksjonell status etter minst ett år og har som mål å redusere risikoen for sykehusinnleggelse som følge av hjertesvikt og risiko for tidlig død.

Stefan Agewall

stefan.agewall@medisin.uio.no

Stefan Agewall (f. 1960) er overlege ved Hjertemedisinsk avdeling, Oslo universitetssykehus, Ullevål og professor i kardiologi ved Universitetet i Oslo.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han sitter i rådgivende gruppe i AstraZeneca og Sanofi og har mottatt forelesningshonorar og styrehonorar fra disse samt forelesningshonorar fra Siemens Boehringer Ingelheim.

Litteratur

1. McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J* 2012; 33: 1787–847.

Mottatt 14.12. 2012, første revisjon innsendt 7.3. 2012, godkjent 12.3. 2013. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.

Publisert først på nett