

Leczenie niewydolności serca u pacjenta w wieku zaawansowanym w kontekście wytycznych ESC 2021 dotyczących diagnostyki i leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca

Management of heart failure in the elderly according to 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure

Mateusz Wawrzeńczyk, Marcin Grabowski

I Katedra i Klinika Kardiologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Streszczenie

Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczące diagnostyki i leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca (NS) zawierają najbardziej aktualne, oparte na dowodach naukowych zalecenia postępowania u chorych z niewydolnością serca, w tym u chorych w wieku zaawansowanym. W farmakoterapii u większości z tych pacjentów rekomendowane są inhibitory konwertazy angiotensyny (ACE-I), beta-adrenolityki (BB), antagoniści receptorów angiotensyny II i inhibitory neprylizyny (ARNI), antagoniści receptora aldosteronowego (MRA) oraz inhibitory SGLT2 (SGLT2i). Swoje miejsce w klasie I zaleceń znajdują też diuretyki, terapia resynchronizująca serca (CRT) oraz wszczepialny kardiowerter-defibrylator (ICD). Wytyczne podkreślają rolę wielodyscyplinarnej opieki, na którą składają się między innymi: leczenie chorób współwystępujących, edukacja pacjenta, promowanie samoopieki i ćwiczeń fizycznych czy też wykorzystanie telemonitoringu do kontroli przebiegu choroby. Taka opieka pozostaje zadaniem niełatwym do wdrożenia w grupie seniorów z racji mnogości obciążeń, ograniczonego zakresu możliwej aktywności fizycznej oraz trudności osób starszych w korzystaniu z nowoczesnych urządzeń telekomunikacyjnych. Udowodniona redukcja ryzyka hospitalizacji i śmiertelności będąca rezultatem wielospecjalistycznej opieki powinna jednak skłonić klinicystów do wdrażania takiego postępowania mimo napotykaných trudności. *Geriatrics 2022;16:46-49. doi: 10.53139/G.20221606*

Słowa kluczowe: niewydolność serca, HFrEF, HFmrEF, HFpEF, farmakoterapia, opieka wielodyscyplinarna

Abstract

Most recent evidence-based recommendations for management of heart failure in all patients, including the elderly, are covered by the new 2021 guidelines of the European Society of Cardiology for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure (HF). In the pharmacotherapy of the majority of those patients recommended are: angiotensin-converting-enzyme inhibitors (ACE-I), beta blockers (BB), angiotensin receptor-neprilysin inhibitors (ARNI), aldosterone receptor antagonists (MRA) and SGLT2 inhibitors (SGLT2i). The guidelines also underline the important role that multidisciplinary management plays in current HF therapy, it consists of: treatment of comorbidities, patient education, self-care, exercise rehabilitation and telemonitoring. This approach remains a challenging task in the elderly due to significant health burden of average patient of advanced age, their low level of physical activity and their difficulties in using modern telecommunication devices. However, reduction of the risk of hospitalization and mortality following multidisciplinary management of HF should encourage clinicians to implement those procedures despite above-mentioned obstacles. *Geriatrics 2022;16:46-49. doi: 10.53139/G.20221606*

Keywords: heart failure, HFrEF, HFmrEF, HFpEF, pharmacotherapy, multidisciplinary management

Przedstawione na kongresie Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego wytyczne dotyczące diagnostyki i leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca wprowadzają szereg zmian w terapii niewydolności serca (NS) u osób w wieku zaawansowanym [1]. Zmiany obejmują nie tylko farmakoterapię, w której warte podkreślenia jest ujęcie inhibitorów SGLT2 (SGLT2i), czyli tzw. flozyn, w klasie I zaleceń, ale również konkretne działania z zakresu opieki wielospecjalistycznej, takie jak telemonitoring czy edukacja pacjenta i motywowanie go do aktywnej samoopieki, których wpływ na poprawę leczenia jest potwierdzony, a które często pomijane są u pacjentów starszych.

Zgodnie z nowymi wytycznymi u pacjentów geriatrycznych zdiagnozowana może zostać w zależności od frakcji wyrzutowej niewydolność serca z zachowaną (HFpEF), łagodnie obniżoną (HFmrEF) lub obniżoną (HFrEF) frakcją wyrzutową, a każda z nich wymaga innego podejścia terapeutycznego.

Niewydolność serca z zachowaną frakcją wyrzutową (HFpEF)

Pacjenci ze zdiagnozowaną HFpEF, definiowaną w nowych wytycznych jako NS występująca przy frakcji wyrzutowej $\geq 50\%$, są średnio starsi niż pacjenci z dwóch pozostałych grup, a wiek jest w tym przypadku potwierdzonym silnym czynnikiem ryzyka. Diagnostyka HFpEF pozostaje trudna, co wiąże się z faktem, że potencjalnych przyczyn jest wiele, zalicza się tu choćby chorobę niedokrwienną serca, choroby zastawkowe czy arytmie. Niestety również w leczeniu tej grupy pacjentów wyniki wciąż nie są satysfakcjonujące, jako że żadna terapia nie ma udowodnionej skuteczności w redukcji śmiertelności lub zapadalności. Z racji braku terapii modyfikujących przebieg choroby leczenie powinno skupiać się na redukcji objawów zastoju za pomocą diuretyków pętlowych (tabela I). Zalecenia klasy I obejmują również poszukiwanie i leczenie chorób współistniejących.

Niewydolność serca z łagodnie obniżoną frakcją wyrzutową (HFmrEF)

Nowe wytyczne zaliczają do tej grupy pacjentów z frakcją wyrzutową 41–49%. Udział w tej populacji osób w wieku zaawansowanym jest mniejszy niż w HFpEF [2]. W HFmrEF zdecydowanie należy stosować diuretyki przy wystąpieniu zastoju. Można rozważyć też włączenie terapii inhibitorami konwertazy angiotensyny (ACE-I) w celu zmniejszenia ryzyka

hospitalizacji lub zgonu, choć warto podkreślić, że w populacji osób starszych ze zdiagnozowaną HFmrEF wielu pacjentów będzie przyjmować te leki w chwili diagnozy z racji nadciśnienia, choroby niedokrwiennej serca czy pozawałowej dysfunkcja lewej komory. Podobny status mają w tym typie HF antagoniści receptora angiotensyny II (ARB), których skuteczność w zapobieganiu hospitalizacji i śmierci została jak na razie dowiedziona jedynie w niektórych badaniach retrospektywnych. Leki beta-adrenolityczne (BB) również znajdują zastosowanie w HFmrEF, a liczna grupa pacjentów geriatrycznych cierpiących na dławicę piersiową lub migotanie przedsionków przyjmuje je już w momencie diagnozy tego typu HF. Wśród leków do rozważenia w terapii znajdują się również antagoniści receptora aldosteronowego (MRA) oraz połączenie sakubitrylu z walsartanem z grupy ARNI. CRT nie jest rekomendowana w tej grupie chorych, podobnie jak ICD w prewencji pierwotnej arytmii komorowych.

Tabela I. Leki ujęte w zaleceniach klasy I i wybrane leki ujęte w zaleceniach klasy IIa w leczeniu farmakologicznym poszczególnych typów niewydolności serca u osób starszych [1]

Table I. Drugs included in class I and selected drugs included in IIa recommendations in pharmacotherapy of different heart failure types [1]

HFpEF	HFmrEF	HFrEF
Diuretyki	Diuretyki	ACE-I
	ACE-I	BB
	ARB	MRA
	BB	SGLT2
	MRA	ARNI
	ARNI	

ACE-I – inhibitor konwertazy angiotensyny; BB – beta-adrenolityki; ARB – antagoniści receptorów angiotensyny II; ARNI – inhibitory neprylizyny; MRA – blokery receptora aldosteronowego; SGLT2i – inhibitory SGLT2.

Kolor pola oznacza poziom zaleceń dla danego leku: kolor jasno szary – klasa I; kolor biały – klasa IIa.

Niewydolność serca z obniżoną frakcją wyrzutową (HFrEF)

Ponad połowę pacjentów z HF stanowią pacjenci z LVEF $\leq 40\%$, którzy klasyfikowani są jako HFrEF [3]. W tym typie choroby metody leczenia, a co za tym

idzie zalecenia są liczne i zróżnicowane (tabela I), dając klinicytom wiele opcji terapeutycznych, które mogą wybierać w zależności od stanu i obciążeń chorego. Zaznaczyć należy przy tym, że właściwa farmakoterapia odgrywa najważniejszą rolę w tej grupie pacjentów prowadząc do odpowiedniego zmodyfikowania funkcjonowania układu renina-angiotensyna-aldosteron oraz układu współczulnego. Cel ten osiągnąć można, dzięki zastosowaniu u wszystkich pacjentów (a więc również u pacjentów w wieku zaawansowanym) czterech kluczowych grup leków wymienionych w nowych wytycznych: ACE-I/ARNI, BB oraz MRA. Wymienione leki zdecydowanie należy stosować (I klasa zaleceń), gdyż potwierdzony jest ich wpływ na poprawę przeżycia, redukcję ryzyka hospitalizacji oraz nasilenia objawów NS. Nowe wytyczne zwiększyły znaczenie SGLT2i w terapii HFrEF. Obecnie rekomendowane są one u każdego pacjenta, który je toleruje i nie ma do nich przeciwwskazań. Podobnie jak w HFmrEF, znaczna część populacji osób w wieku zaawansowanym przyjmuje wyżej wymienione leki z racji innych kardiologicznych i niekardiologicznych obciążeń, np. ACE-I w nadciśnieniu tętniczym, BB w migotaniu przedsionków czy SGLT2i w cukrzycy. Z tego też powodu u wielu pacjentów z tej grupy dołącza się do leku już przyjmowanego inne, zalecane leki. Pamiętajć natomiast należy o kilku zasadach: a) przy ACE-I należy stopniowo zwiększać dawki dążąc do najwyższej dawki rekomendowanej (jeśli tylko pacjent ją toleruje) b) BB należy włączać u stabilnych pacjentów, w niskich dawkach i dążyć do maksymalnej tolerowanej dawki c) MRA należy dodawać do ACE-I lub BB pamiętając jednocześnie w populacji osób starszych o kontroli stężenia kreatyniny oraz poziomu potasu d) włączenie ARNI jest zalecane, gdy u pacjenta utrzymują się obawy mimo stosowania najwyższych możliwych dawek ACE-I lub jako terapia pierwszego wyboru e) SGLT2i należy dodać do terapii każdym z wymienionych powyżej leków niezależnie od tego, czy pacjent choruje na cukrzycę.

Poza omówionymi zaleceniami obejmującymi wszystkich pacjentów z HFrEF, nowe wytyczne zawierają również zalecenia dla wybranych grup pacjentów. Przykładem takiej grupy są pacjenci z objawowym zastojem, którzy powinni otrzymać diuretyki pętlowe w ramach farmakoterapii, podobnie jak w HFmrEF i HFpEF. Kolejną grupę pacjentów z dedykowanym leczeniem farmakologicznym są pacjenci nietolerujący ACE-I – oni powinni otrzymać ARB lub ARNI.

Zastosowanie u niektórych pacjentów z HFrEF znajduje CRT oraz ICD. Wielu starszych pacjentów wymaga terapii tymi urządzeniami, gdyż spełniają oni kryteria obecne w nowych zaleceniach. Dla ICD sytuacje, w których należy go wszczepić to: w prewencji wtórnej osób, które przebyły arytmie komorową z niestabilnością hemodynamiczną bez odwracalnych przyczyn lub ponad 48 h po zawale serca; w prewencji pierwotnej przy objawowej NS z LVEF $\leq 35\%$ mimo optymalnej farmakoterapii przez 3 miesiące. Należy zaznaczyć, że liczba pacjentów kwalifikowanych do leczenia tym akurat urządzeniem w populacji osób starszych zredukowana będzie ze względu na wymóg, by spodziewany czas przeżycia chorego w dobrym stanie funkcjonalnym przekraczał rok. Dla CRT natomiast wskazania klasy I obejmują pacjentów z rytmem zatokowym QRS ≥ 150 ms i morfologii LBBB z LVEF $\leq 35\%$ pomimo farmakoterapii oraz wszystkich pacjentów z HFrEF ze wskazaniami do stymulacji komorowej z racji bloku przedsionkowo-komorowego.

Wielodyscyplinarne podejście do niewydolności serca osoby w wieku zaawansowanym – ćwiczenia rehabilitacyjne, edukacja pacjenta, samoopieka, telemonitoring

Nowe wytyczne podkreślają rolę wielodyscyplinarnego podejścia do leczenia NS. Takie podejście zmniejsza ryzyko hospitalizacji i śmierci w tej chorobie, szczególnie ważne wydaje się ono w grupie starszych pacjentów, którzy często sami nie są w stanie aktywnie kontrolować swojego stanu zdrowia, nie wykazują inicjatywy w leczeniu ani nie są w stanie odpowiednio reagować na postęp choroby. Wielodyscyplinarność zakłada postawienie pacjenta w centrum działań terapeutycznych, które należy dostosować do danego przypadku. Składa się na nią przede wszystkim rozszerzenie terapii o choroby współwystępujące oraz zadbanie o szeroko pojęty dobrostan pacjenta. Wśród osób w wieku zaawansowanym ważnym elementem opieki wielodyscyplinarnej jest zapewnienie wsparcia psychologicznego, a w razie pogorszenia się stanu chorego – opieki paliatywnej.

Poza omówionym już optymalnym leczeniem farmakologicznym czy też zastosowaniem urządzeń wszczepialnych seniorzy powinni być też edukowani w zakresie swojej choroby. Każdemu pacjentowi powinna zostać uświadomiona jego rola w procesie leczenia, w którym wskazany jest jego aktywny udział.

Poruszenie z pacjentem tematów takich jak patofizjologia NS, rokowanie, efekty uboczne leczenia czy wpływ palenia, alkoholu lub diety na przebieg choroby, zwiększa zaangażowanie pacjenta w postępowanie i realizację wytyczonych celów, które lepiej rozumie, podobnie jak konsekwencje braku ich realizacji. Szczególny nacisk w edukacji pacjenta w wieku zaawansowanym należy położyć na ćwiczenia rehabilitacyjne. Mimo że możliwości podejmowania aktywności fizycznej przez osoby starsze są ograniczone, sam wiek nie powinien decydować o zaniechaniu tej formy terapii, jako że znajduje się ona w klasie I zaleceń z racji wiążącej się z nią poprawy jakości życia pacjenta i redukcji ryzyka hospitalizacji.

W niektórych schematach postępowania wielospecjalistycznego pojawia się telemonitoring pacjentów z NS. Ta metoda nadzorowania stanu pacjenta napotyka szczególne trudności w starszych grupach wiekowych. Obecny seniorom wciąż brakuje umiejętności obchodzenia się z nowoczesnymi urządzeniami telekomunikacyjnymi, nie potrafią oni poruszać się w przestrzeni wirtualnej, a telemonitoring takich pacjentów przeprowadzany może być w wielu przypadkach jedynie przy pomocy osób trzecich, najczęściej ich dzieci czy wnuków, co niestety zmniejsza jego efektywność. Należy spodziewać się jednak, że z biegiem czasu sytuacja ta będzie się zmieniać. W większych ośrodkach miejskich już obecni 80-latkowie często biegle posługują się komputerami czy smartfonami, a odsetek seniorów posiadających te niezbędne do telemonitoringu umiejętności będzie wciąż rósł. W wytycznych telemonitoring znajduje się w klasie IIb, ale prawdopodobnie wydaje się, że z biegiem lat przybywać będzie prac badających jego wpływ na wyniki leczenia NS, a sama technologia zbierania i analizowania danych o pacjentach będzie udoskonalana, stąd klinicyści już teraz powinni zapoznać się z tą metodą, która to za

kilka czy kilkanaście lat może zdobyć wyższą klasę zaleceń i wejść do powszechnej praktyki.

Podsumowanie

Wytyczne ESC dotyczące diagnostyki i leczenia ostrej i przewlekłej NS znajdują zastosowanie u wszystkich pacjentów dotkniętych tą chorobą niezależnie od wieku [4], tak więc terapię u osób starszych należy prowadzić w zgodzie z zaleceniami dla wszystkich pacjentów pod warunkiem dobrej tolerancji leczenia i braku przeciwwskazań. Leczenie należy zaadaptować do stanu osób w wieku zaawansowanym poprzez rozpoczęcie farmakoterapii od odpowiednio małych dawek (np. przy stosowaniu ACE-I czy BB) i powolne ich zwiększanie do uzyskania dawki docelowej. Uwagę należy zwrócić również na częste i regularne dokonywanie klinicznej oceny stanu pacjenta i wykonywanie badań laboratoryjnych (np. ocena stężenia kreatyniny, potasu przy stosowaniu MRA). Wreszcie, każdy senior powinien zostać otoczony wielodyscyplinarną opieką, na którą składają się: leczenie chorób współwystępujących, edukacja pacjenta, promowanie samoopieki, ćwiczeń fizycznych czy też wykorzystanie telemonitoringu do kontroli przebiegu choroby.

Konflikt interesów / Conflict of interest
Brak/None

Adres do korespondencji / Correspondence address
✉ Mateusz Wawrzeńczyk
I Katedra i Klinika Kardiologii
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, Warszawski
Uniwersytet Medyczny
ul. Banacha 1a; 02-097 Warszawa
☎ (+48 22) 599 29 58
✉ mateusz.wawrzenczyk@gmail.com

Piśmiennictwo/References

- McDonagh, T.A.; Metra, M.; Adamo, M.; Gardner, R.S.; Baumbach, A.; Bohm, M.; Burri, H.; Butler, J.; Celutkiene, J.; Chioncel, O.; et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J* 2021;42:3599-726, doi:10.1093/eurheartj/ehab368.
- Lund, L.H.; Claggett, B.; Liu, J.; Lam, C.S.; Jhund, P.S.; Rosano, G.M.; Swedberg, K.; Yusuf, S.; Granger, C.B.; Pfeffer, M.A.; et al. Heart failure with mid-range ejection fraction in CHARM: characteristics, outcomes and effect of candesartan across the entire ejection fraction spectrum. *Eur J Heart Fail* 2018;20:1230-9, doi:10.1002/ejhf.1149.
- Bhuiyan, T.; Maurer, M.S. Heart Failure with Preserved Ejection Fraction: Persistent Diagnosis, Therapeutic Enigma. *Curr Cardiovasc Risk Rep* 2011;5:440-9, doi:10.1007/s12170-011-0184-2.
- Alghamdi, F.; Chan, M. Management of heart failure in the elderly. *Curr Opin Cardiol* 2017;32:217-223, doi:10.1097/HCO.0000000000000375.