

Kommentarer och synpunkter på ESC guideline för akut och kronisk hjärtsvikt 2016

De nya riktlinjerna för hjärtsvikt kom våren 2016 (European Heart Journal (2016) 37, 2129–2200). Riktlinjerna handlar såväl om kronisk som akut hjärtsvikt och kan varmt rekommenderas som kunskapsöversikt med uppdaterade referenser samt som del av ST-läkares inläsningsplan. Några av nyheterna som förtjänar att lyftas fram är:

1. Indelningen av hjärtsvikt i en ytterligare kategori. Förutom hjärtsvikt med bevarad och nedsatt ejektionsfraktion (HFpEF och HFmrEF) så har man valt att lyfta fram ytterligare en kategori – hjärtsvikt med ejektionsfraktion mellan 40-49%, HFmrEF. Detta då de flesta studierna riktat in sig på ejektionsfraktion <40 eller >50. Emellertid är ejektionsfraktion med indelning i tre kategorier ännu oprövat, varför det inte bör föras ut i allmänna vården innan eventuell nytta med denna tredje kategori HFmrEF utvärderats.
2. Rekommendationer för prevention av hjärtsvikt, något som saknats i tidigare rekommendationer.
3. Valsartan/Sacubitril har fått klass I, level of evidence B rekommendation att ersätta ACE-hämmare för de patienter som är symptomatiska trots fulldos ACE-hämmare/ARB och står på adekvata doser betablockad och MRA.
4. Iv järn rekommenderas i kapitlet om komorbiditeter och får klass IIa, level of evidence A-rekommendation vid samtidig järnbrist.
5. Man öppnar upp för CRT-behandling vid qrs-duration >130 ms även om man inte har LBBB men förlänger samtidigt nedre gräns för QRS bredd från 120 till 130 ms.
6. I akut hjärtsvikt lyfter man fram den kliniska profilen baserad på närvaro/frånvaro av hypoperfusion och/eller förhöjda fyllnadstryck.

Dokumentet är omfattande även om man skulle kunna utvidga flera områden, bl.a. avsnittet om prevention av hjärtsvikt och palliation.

Även avsnittet om diuretika är något begränsat. Vad betyder ”adequate clinical effect” och hur hanteras hyponatremi?

Ett avsnitt som saknas nästan helt är hur man hanterar högersvikt vilket kan vara ett stort kliniskt problem.

Vissa svåra områden väljer man att inte göra ett tydligt ställningstagande till – t.ex beslutet om man skall välja CRT-P eller CRT-D eller val av inotropi vid akut hjärtsvikt.

Försiktighet med kombinationen ACE/ARB som föreslås i riktlinjerna ter sig rimligt.

Dokumentet i sin helhet speglar i stort svenska förhållanden och riktlinjer även om man kan hitta nyansskillnader. Man lyfter fram genetisk rådgivning vid idiopatisk dilaterad kardiomyopati, vilket kanske är något som saknas i stora delar av landet. Dessa guidelines nämner Tolvaptan som behandling vid vätskeöverskott vilket används i tämligen liten utsträckning i landet. Den enda rekommendation som går stick i stäv med socialstyrelsens rekommendationer handlar om destinationsbehandling med LVAD där Socialstyrelsen tycker att det hör hemma i FoU medan man ger det en tydlig rekommendation för selekterade patienter i ESC:s dokument – klass IIa rekommendation med level of evidence B.

Men i stort välkomnar vi dessa omfattande guidelines och hoppas de bidrar till att förbättra hjärtsviktvården.