

■ CARDIOLOGIA

Nuovo documento ACC sullo scompenso cardiaco

L'American College of Cardiology (ACC) ha rilasciato un *Expert Consensus Decision Pathway (ECDP)* sulla gestione dello **scompenso cardiaco con frazione di eiezione preservata** (Heart failure with preserved ejection fraction, HFpEF) (Kittleson MM, et al, 2023).

Il documento delinea una struttura per la diagnosi, per prendere decisioni cliniche, per la gestione delle comorbidità e per implementare la terapia medica.

► La diagnosi

La HFpEF è definita come presenza di segni e sintomi di scompenso cardiaco con frazione di eiezione ventricolare sinistra (left ventricular ejection fraction, LVEF) $\geq 50\%$.

La diagnosi e la sua gestione necessitano di cure multidisciplinari che coinvolgano le cure primarie, la cardiologia e gli specialisti dell'HF (Heart Failure, scompenso cardiaco). L'**invio alla Cardiologia** dovrebbe essere preso in considerazione in presenza di comorbidità come malattia coronarica/fibrillazione atriale (atrial fibrillation, AF), ricoveri per scompenso cardiaco, peptidi natriuretici elevati; è inoltre opportuno riferirsi allo specialista per la gestione delle comorbidità. L'**invio allo specialista per lo scompenso cardiaco** deve essere conside-

rato in caso di intolleranza alla terapia medica, sintomi di classe NYHA III-IV, ricovero per scompenso cardiaco, disfunzione d'organo terminale o crescente necessità di diuretici.

Sono indicati due sistemi di valutazione che possono essere usati per stimare la probabilità di HFpEF:

1. H2FPEF: valuta la presenza di ipertensione arteriosa, elevato BMI ($>30 \text{ kg/m}^2$), AF, ipertensione polmonare, anzianità (>60 anni) ed elevate pressioni di riempimento.

2. HFA-PEFF: coinvolge una valutazione preliminare dello scompenso cardiaco, ecocardiografia e punteggio del peptide natriuretico, test funzionali tra cui test diastolico da sforzo/cateterismo del cuore destro e speciali test di imaging/biopsia/genetici per identificare la causa.

Da considerare anche che:

- i peptidi natriuretici sono più bassi negli individui obesi con HFpEF, che è da sospettare in presenza di dispnea.

- le donne con HFpEF presentano peggiori dispnea e stato di salute generale, un maggiore rimodellamento concentrico all'ecocardiografia con maggiore rigidità diastolica, dimensione del ventricolo sinistro inferiori e frazione di eiezione superiore rispetto agli uomini: quindi una frazione di eiezione del 50-55% in una donna potrebbe

essere anormale.

Situazioni cliniche che possono mimare HFpEF includono: malattie renali, cirrosi e insufficienza venosa cronica. Alcune cardiopatie possono anche presentarsi come HFpEF, come la cardiomiopatia infiltrativa, la cardiomiopatia ipertrofica, l'amiloidosi, la cardiopatia valvolare o le malattie del pericardio.

► I principali punti per la gestione

- La cura dell'HFpEF si concentra prima sulla **gestione delle comorbidità**, tra cui ipertensione arteriosa (target $<130 \text{ mmHg}$), obesità, diabete, AF e apnee notturne. Gli agenti di scelta includono diuretici, inibitori del recettore dell'angiotensina-nepirilina (ARNI), bloccanti del recettore dell'angiotensina (ARB) e antagonisti dei mineralcorticoidi (MRA).

- L'obiettivo per l'HbA1c è $<7-7.5\%$ per gli individui con carico di comorbidità inferiore o HF meno grave e $<8-8.5\%$ per HF più grave, con carico di comorbidità più elevato e negli anziani.

- Gli **inibitori SGLT2** dovrebbero essere la prima linea per l'**HFpEF diabetico** e dovrebbero essere iniziati in tutti i **pazienti con HFpEF** senza controindicazioni, una volta stabili durante il ricovero per evento indice.

- Il **monitoraggio della pressione arteriosa polmonare** con CardioMEMS riduce il rischio di ricoveri per HFpEF. Può essere più utile per le persone con ricoveri ricorrenti e coloro che sperimentano laabilità nello stato del volume.

L.T.