

■ CARDIOLOGIA

Diagnosi e terapia dello scompenso: update dall'Esc

Al congresso di Amsterdam è stato presentato, da parte del professor **Marco Metra** (Università di Brescia) e dalla professoressa **Theresa McDonagh** (King's College Hospital - Londra, Regno Unito), presidenti della Task Force delle linee guida originali, un aggiornamento mirato delle linee guida ESC 2021 per l'insufficienza cardiaca (HF). Il documento è stato pubblicato sull'European Heart Journal.

Il prof. Metra commenta la necessità dell'aggiornamento: "Dalle linee guida ESC del 2021 per lo scompenso cardiaco, sono stati pubblicati più di 10 studi randomizzati e controllati che dovrebbero cambiare la gestione dei pazienti prima della prossima linea guida completa programmata. Sulla base di queste recenti evidenze, vengono fornite nuove raccomandazioni in tre aree: scompenso cardiaco cronico, scompenso cardiaco acuto e comorbidità".

► Nuove indicazioni per la terapia

Per quanto riguarda lo scompenso cardiaco cronico, nelle linee guida del 2021 non erano presenti raccomandazioni sull'uso degli inibitori del co-trasportatore sodio-glucosio 2 (SGLT2) in pazienti con scompenso cardiaco con frazione di eiezione lievemente ridotta (HFmrEF) e scompenso cardiaco con frazione di eiezione preservata (HFpEF), in quanto

non erano disponibili prove in merito. Da allora, sono stati pubblicati gli studi EMPEROR-Preserved e DELIVER e l'aggiornamento mirato ora raccomanda dapagliflozin o empagliflozin nei pazienti con HFmrEF e HFpEF per ridurre il rischio di ospedalizzazione per scompenso cardiaco o morte cardiovascolare.

"La task force ha anche discusso di modificare la descrizione di HFpEF in 'HF con frazione di eiezione normale (HFneEF)' e di alterare la soglia LVEF per HfnEF -, ha osservato la prof. McDonagh. - Tuttavia, alla fine si è deciso di mantenere il termine 'HFpEF' lasciando che eventuali ulteriori modifiche terminologiche fossero prese in considerazione dalla prossima task force delle linee guida ESC HF."

► Gestione dello scompenso acuto

Per la gestione dello scompenso acuto dopo il ricovero ospedaliero, lo studio STRONG-HF ha recentemente dimostrato la sicurezza e l'efficacia di un approccio basato sull'avvio e la titolazione delle terapie orali per lo scompenso cardiaco entro 2 giorni prima della dimissione ospedaliera prevista e su visite di follow-up subito dopo la dimissione. Questi risultati hanno portato a una nuova raccomandazione di terapia ad alta intensità per l'inizio e il rapido aumento della titolazione delle terapie orali per lo

scompenso cardiaco con uno stretto follow-up nelle prime 6 settimane dopo la dimissione per ridurre la riammissione per scompenso cardiaco o la morte per tutte le cause. L'aggiornamento mirato sottolinea che particolare attenzione dovrebbe essere prestata ai sintomi e ai segni di congestione, pressione arteriosa, frequenza cardiaca, valori di NT-proBNP, concentrazioni di potassio e velocità di filtrazione glomerulare stimata durante gli appuntamenti di follow-up.

► Prevenzione dello scompenso

Passando alle comorbidità, l'aggiornamento mirato fornisce una nuova raccomandazione per la prevenzione dello scompenso cardiaco nei pazienti con malattia renale cronica e diabete di tipo 2 sulla base dei risultati degli studi sugli inibitori DAPA-CKD ed EMPA-KIDNEY SGLT2. Dapagliflozin o empagliflozin sono ora raccomandati per i pazienti con insufficienza renale cronica e diabete per ridurre il rischio di ospedalizzazione per scompenso cardiaco o morte cardiovascolare. Una seconda raccomandazione segue gli studi FIDELIO-DKD e FIGARO-DKD e sostiene l'uso dell'antagonista del recettore dei mineralcorticoidi, finerenone, nei pazienti con insufficienza renale cronica e diabete per ridurre il rischio di ospedalizzazione per scompenso cardiaco.

- McDonagh TA, et al. 2023 Focused update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J* 2023. doi:10.1093/eurheartj/ehad195.
- McDonagh TA, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2021;42:3599-3726.