

INSUFICIENCA E ZEMRËS - UDHËRRËFYESI I RI I SHOQËRISË EVROPIANE TË KARDIOLOGJISË (ESC) DHE REKOMANDIMET E FUNDIT

Parathënia dhe terminologjia

Në 30 vitet e fundit, diagnostikimi dhe mjekimi i sëmundjeve të zemrës në përgjithësi, dhe i sëmundjes koronare të zemrës (duke përfshirë infarktën e miokardit) në veçanti, ka shënuar një zhvillim të jashtëzakonshëm. Ky progres i shpejtë vërehet si në aspektin e masave intensive në mjekimin e rasteve akute, ashtu edhe në përmirësimin e masave dhe metodave diagnostike dhe terapeutike të rastet kronike të sëmundjeve të zemrës. Trajtimi adekuat i rasteve akute të infarktës të miokardit përmes procedurave invazive të kateterizimit dhe stentimit të menjëhershëm të arterieve koronare të zemrës, ka ndikuar në një rënie të rënien e shkallës së mortalitetit nga infarkti i miokardit e në anën tjetër ka rritur masivisht numrin e të sëmurëve kronikë me insuficiencë të zemrës si pasojë e kardiomiopatisë iskemike. Edhe pse insuficiencia e zemrës ndër të tjera klasifikohet në atë sistolike dhe diastolike, në aspektin klinik kur flasim për insuficiencën e zemrës, në fakt flasim për insuficiencën sistolike të zemrës, ku funksioni sistolik i ventrikulit të majtë të zemrës (LV-EF) është i reduktuar (HFrEF).

Sipas terminologjisë së aprovuar në udhërrëfyesin më të ri të ESC-së (McDonagh TA et al. 08/2021) në bazë të funksionit sistolik të ventrikulit të majtë, insuficiencia e zemrës klasifikohet në HFmrEF ku funksioni sistolik është lehtë i reduktuar (mildly reduced Ejection Fraction, 41-49%) dhe HFrEF ku funksioni sistolik i ventrikulit të majtë është rëndë i reduktuar (heavy reduced Ejection Fraction, <40%). Insuficiencia diastolike dhe ajo sistolike me LV-EF >50% është klasifikuar, siç dihet edhe nga udhërrëfyesi i ESC-së i vitit 2016, si insuficiencë e zemrës me funksion sistolik të ruajtur (Heart Failure with preserved Ejection Fraction). Nga klasifikimi dhe terminologjia tanimë është larguar insuficiencia e zemrës me funksion sistolik mesatarisht të reduktuar (Heart Failure with mid-range reduced Ejection Fraction).

Aktualizimi i rekomandimeve në mjekimin medikamentoz të pacientëve me insuficiencë të zemrës si pasojë e funksionit sistolik të reduktuar (HFrEF)

Terapisë bazike medikamentozë për pacientët me HFrEF, e cila përbëhet nga ACE-inkibitorët, përkatësisht Angiotensinreceptor-Nepriylsininkibitorët (ARNI), Beta-blokatorët, Mineralokortikoidreceptor-antagonistët dhe diuretikët, i është shtuar edhe Inkibitori-SGLT-2 (sodium-glucose linked transporter 2), dhe atë duke iu falënderuar rezultateve mbresëlënëse të dy studimeve më të reja, DAPA-HF për Dapagliflozin dhe EMPA-REG (Emperor-Reduced-Study) për Empagliflozin. Për të dyja këto medikamente është dhënë rekomandimi i klasës IA. Rekomandimi vlen pavarësisht nëse pacienti me HFrEF është i diagnostikuar me diabet ose jo. Të dy studimet kishin rezultate të konsiderueshme në uljen e shkallës së mortalitetit dhe të shkallës së hospitalizimeve

nga sëmundjet kardiovaskulare në përgjithësi dhe nga dekompenzimi kardial në veçanti. Të dy medikamentet mund t'u jepen edhe pacientëve me insuficiencë kronike renale deri në GFR 20 ml/min për Empagliflozin dhe deri 25 ml/min për Dapagliflozin (DAPA-CKD-Study). Dozimi është shumë i thjeshtë, 10 mg në ditë dhe nuk ka nevojë për titrim të dozës.

Pra, gjithnjë duke u bazuar në rekomandimet më të fundit për terapinë medikamentozë për HFrEF, tani kemi 4 medikamente në dispozicion që nga dita e parë e vendosjes së diagnozës:

1. ARNI (Valsartan/Sacubitril - Entresto) ose ACE-inkibitorët
2. Beta-Blokatorët
3. Inkibitorët e receptorëve të Mineralokortikoidëve
4. Inkibitorët e SGLT-2 (Dapagliflozin dhe Empagliflozin).

Terapia me këto medikamente duhet të fillohet në fazën më të hershme të mundshme në mënyrë që të parandalohen dekompenzimet kardiale, hospitalizimet dhe vdekja e parakohshme. Derisa në udhërrëfyesin amerikan të Kolegjit Amerikan të Kardiologjisë (ACC American College of Cardiology), ARNI rekomandohet si terapi e zgjedhjes së parë (First line Therapy), në rekomandimet e ESC-së është vendosur që ARNI "mund" të jepet edhe si terapi e zgjedhjes së parë (Bauersachs J., Heart Failure Drug treatment: The Fantastic Four, Eur Heart J - 2021). Por, si në shumicën e shteteve evropiane ashtu edhe në Gjermani terapia me ARNI (Sacubitril/Valsartan - Entresto) jepet vetëm atëherë kur së pari është shterur mundësia e mjekimit me ACE-inkibitorë (p.sh. Ramipril, Enalapril, Lisinopril, etj.). Medikamenti i pestë - Diuretikët rekomandohet të jepen te pacientët me HFrEF që shfaqin shenja të dekompenzimit kardial dhe retencionit të lëngjeve.

Nëse ka pacientë që për arsye të ndryshme (efekte anësore, alergji, etj.) nuk përfitojnë nga këto 4 medikamente bazë për insuficiencën e zemrës me funksion sistolik të reduktuar, atëherë ka një rekomandim të ri në udhërrëfyesin e ESC-së që këtyre pacientëve mund t'u jepet terapia me stimuluesin e Guanilat-Ciklazës - Vericiguat. Doza fillestare me këtë medikament është 2,5 mg dhe pastaj mund të titrohet deri në 10 mg në ditë (Armstrong PW et al., Vericiguat in patients with Heart Failure, NEJM 2020).

Terapia me implante kardiovaskulare te insuficiencia e zemrës me funksion sistolik të reduktuar (HFrEF)

Risi në udhërrëfyesin e ri të ESC-së të e ashtuquajtura "Device Therapy" është dallimi në etiologjinë e insuficiencës së zemrës (HFrEF), në atë iskemike dhe jo-iskemike. Kur shkaktar i insuficiencës është sëmundja iskemike e zemrës me EF < 35 %, atëherë implantimi i Kardiodefibrilatorit (ICD) për qëllime primare profilaktike mbetet rekomandim i



Fahri Beqa

Specialist i Mjekësisë Interne dhe Kardiologjisë

Praxis für Kardiologie,
BerlinHohenschönhausen
Klinika e Kardiologjisë
Helios, Berlin

klasës së parë (1A), por vetëm pas terapisë optimale medikamentoze që duhet të aplikohet të paktën për 3 muaj. Por kjo ndryshon te etiologjia jo-iskemike (Kardiomiopatia jo-iskemike). Këtu rekomadimi për implantimin e Kardiodefibrilatorit është i klasës 2A (Beggs SAS et al., Non-ischaemic cardiomyopathy, sudden death and implantable defibrillators, Heart J – 2018). Mirëpo edhe te shkaktari jo-iskemik është me rëndësi të theksohet që vendimi për implantimin ose jo të Kardiodefibrilatorit duhet të jetë gjithmonë individual duke pasur parasysh dhe duke përcaktuar shkallën e rrezikut të pacientit për të pësuar vdekjen e papritur kardiake (Halliday BP et al., Personalizing Risk Stratification for sudden death – Circulation 2017). Kriteret plotësuese diagnostike siç është dilatacion i ventrikulit të djathtë ose prania e “late enhancement” në Kardio-MRT duhet të merren parasysh para implantimit (Kober et al., Defibrillator implantation in patients with non-ischemic systolic heart failure. NEJM 2016).

Për pacientët me LV-EF nën 35% dhe bllok të degës së majtë, ku gjerësia e kompleksit QRS është më e madhe se 150 milisekonda dhe që tanimë janë mjekuar me terapi optimale medikamentoze për insuficiencën e zemrës, edhe më tutje mbetet si rekomandim i klasës 1A terapia kardiakale resinkronizuese (CRT), ndërsa te pacientët ku gjerësia e kompleksit QRS është ndërmjet 130-149 milisekonda, rekomandimi tani është vlerësuar me 2A. Një kriter i rëndësishëm këtu është edhe shkalla e stimulimit të pacientët që tanimë kanë të vendosur një elektrostimulues ose defibrilator dhe kanë bllok të degës së majtë (LBBB). Nëse shkalla e stimulimit është mbi 20%, atëherë këta pacientë përfitojnë dukshëm nga implantimi i CRT-së (Kiehl et al., Incidence and predictors of right ventricular pacing-induced cardiomyopathy – Heart rhythm 2016).

Diagnostikimi dhe terapia te insuficiencia e zemrës me funksion sistolik të ruajtur të ventrikulit të majtë (Heart Failure with preserved left ventricular ejection fraction – HFpEF)

Ndryshe nga HFrEF dhe HFmrEF, ku diagnoza te pacientët simptomatikë mund të vendoset vetëm nga përcaktimi i funksionit sistolik të ventrikulit të majtë, te diagnostikimi i HFpEF nevojiten edhe shumë faktorë të tjerë diagnostikë dhe klinike. Edhe pse janë zhvilluar dhe janë duke u aplikuar shumë tabela të ndryshme të përcaktimit të rrezikut dhe kriterëve klinike (Risk and Clinical Scores), në udhërrëfyesin e ri jepet një algoritëm i ri.

Ky algoritëm përbëhet nga:

- 1.Simptomatika e insuficiencës së zemrës
- 2.Funksioni sistolik i ventrikulit të majtë të zemrës mbi >50%
- 3.Funksioni diastolik i çrregulluar i ventrikulit të majtë (Parametri E/E’>9,0 në Ekokardiografi)
- 4.Peptidet natriuretike të rritura (NT-proBNP

>125 ng/ml te ritmi sinusal, ndërsa te fibrilacioni atrial >365 ng/ml)

5.Atriumi i majtë i dilatuar (>34 ml/m²).

>50%

3.Funksioni diastolik i çrregulluar i ventrikulit të majtë (Parametri E/E’>9,0 në Ekokardiografi)

4.Peptidet natriuretike të rritura (NT-proBNP >125 ng/ml te ritmi sinusal, ndërsa te fibrilacioni atrial >365 ng/ml)

5.Atriumi i majtë i dilatuar (>34 ml/m²).

Në anën tjetër, në aspektin terapeutik të HFpEF, edhe pse janë zhvilluar shumë studime, shumica e studimeve të mëdha dhe më të rëndësishme nuk i kanë arritur qëllimet kryesore (zvogëlimin e mortalitetit nga shkaktarët kardiovaskularë dhe zvogëlimin e numrit të hospitalizimeve nga dekompenzimi kardial).

Studimi PARAGON-HF me 4822 pacientë, i cili ka pasur për qëllim të vlerësojë efektin e medikamentit Sacubitril/Valsartan (Entresto) krahasuar me medikamentin Valsartan te pacientët me HFpEF, ka treguar rezultate neutrale. Pra, nuk kishte përfitime klinike nga terapia me Entresto te pacientët me HFpEF krahasuar me pacientët me HFrEF, prandaj kjo terapi nuk ka gjetur vend në rekomandimet e udhërrëfyesit të ri të ESC-së për pacientët me HFpEF.

Studimi tjetër i rëndësishëm EMPEROR-preserved Study, i cili është publikuar pas publikimit të udhërrëfyesit të ri të ESC-së, ka studiuar efektin e medikamenteve nga grupi i SGLT-2 Inkibitorëve (Empagliflozin) te pacientët me funksion sistolik të ventrikulit të majtë mbi 40% (Anker SD et al. Empagliflozin in heart failure with a preserved ejection fraction – NEJM 2021) dhe ka treguar një reduktim të rëndësishëm të mortalitetit nga shkaqet kardiovaskulare dhe reduktim të hospitalizimeve nga dekompenzimi kardial. Prandaj, terapia me inkibitorët e SGLT2 (Sodium-Glucose linked Transporter 2) në të ardhmen pritet që të zë një vend të rëndësishëm në terapinë e pacientëve me insuficiencë të zemrës me funksion sistolik lehtë të reduktuar dhe të ruajtur. Sidomos kjo terapi është etabluar tanimë te pacientët të cilët janë të diagnostikuar njëkohësisht edhe me Diabet, dhe këtu rekomandimi është i klasës 1A.

Përndryshe, te ky grup i pacientëve me HFpEF mbetet ende shumë për t’u bërë në vazhdim, si në fushën e përcaktimit të kriterëve të qarta diagnostike, ashtu edhe në aspektin klinik dhe terapeutik.

Insuficiencia e zemrës dhe fibrilacioni atrial

Në radhë të parë në udhërrëfyesin e ri flitet për terapinë me antikoagulantët oralë te pacientët me fibrilacion atrial dhe me CHADS-VASc-Score të lartë. Këtu rekomandohen në rend të parë qartazi antikoagulantët e ri (NOAC – Nouvell Oral AntiCoagulants) para antagonistëve të vitaminës K (varfarinë

dhe marcumar). Kjo për një arsye të thjeshtë: sepse numri i gjakderdhjeve intrakraniale te NOAC është dukshëm më i vogël, por edhe efektiviteti i tyre në parandalimin e infarkteve kardioembolike në tru është më i lartë. Edhe më tutje nga ky rregull janë përjashtuar pacientët të cilët kanë një valvulë mekanike të implantuar (mitrale ose aortale), si dhe pacientët me stenozë mitrale. Te këta pacientë duhet edhe më tutje të ordinohen antikoagulantët oralë të grupit të antagonistëve të Vitaminës K (Ruff CT et al. Comparison of the efficacy and safety of new oral anticoagulants with warfarin in patients with atrial fibrillation – 2014).

Sa i përket kontrollimit medikamentoz të frekuencës së zemrës te fibrilacioni atrial, në udhërrëfyesin e ri nuk ka ndryshime të rëndësishme. Edhe më tutje mbeten në aplikim beta-blokatorët dhe Digoksina/Digitoksina me një rekomandim të klasës 2A, bazuar në studimin e fundit RATE-AF (Kotecha et al. – 2020). Sipas këtij studimi, të dy këto medikamente kanë një efekt të ngjashëm sa i përket kontrollit të frekuencës, mjekimit të simptomave dhe përmirësimit të cilësisë së jetës. Te pacientët me fibrilacion atrial, te të cilët medikamentet nuk mjaftojnë për të mbajtur stabile frekuencën e zemrës, bazuar në rezultatet e studimit CASTLE-AF (Marrouche NF et al. – 2018), rekomandohet terapia ablative, përkatësisht izolimi invaziv i venave pulmonare (rekomandim i klasës 2A).

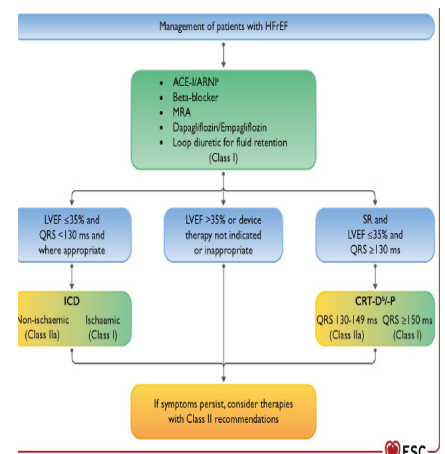


Tabela 1: Menaxhimi i pacientëve me HFpEF

Në kapitujt e fundit të udhërrëfyesit të ri flitet edhe për shkaktarët e tjerë të insuficiencës së zemrës, siç janë sëmundjet valvulare, sëmundjet onkologjike, anemitë, amiloidoza, etj., por që rekomandimet janë pak a shumë të njëjta me ato të udhërrëfyesit të vitit 2016.

Në përfundim, mund të thuhet që rekomandimet për diagnostikimin dhe mjekimin e insuficiencës së zemrës të përmbledhura në udhërrëfyesin e ri të publikuar në gusht të vitit 2021 bëjnë edhe një hap tutje në drejtim të individualizimit të terapisë për pacientët si në aspektin diagnostik, ashtu edhe në atë klinik e terapeutik. Udhërrëfyesi i ardhshëm për insuficiencën e zemrës pritet të publikohet në vitin 2024.