TÉMA MESIACA:

SRDCOVÉ ZLYHÁVANIE A SGLT2 INHIBÍTORY

Elektronická verzia:

PARTNER TÉMY:

AstraZeneca

DIAGNOSTIKA SRDCOVÉHO ZLYHÁVANIA V KONTEXTE AKTUÁLNYCH INDIKAČNÝCH OBMEDZENÍ PRE SGLT2 INHIBÍTORY

Indikačné obmedzenie pre SGLT2 inhibítory pri diagnóze chronického srdcového zlyhávania platí od 1. 8. 2026. Hradenú liečbu možno indikovať:

a) u dospelých pacientov so symptomatickým chronickým srdcovým zlyhávaním pri splnení nasledujúcich kritérií:
   - ejekčná frakcia ľavej komory ≤ 50 %,
   - napriek liečbe pretrvávajúce symptomatické srdcové zlyhávanie vo funkčnej triede II až IV podľa NYHA;

b) u dospelých pacientov so symptomatickým chronickým srdcovým zlyhávaním vo funkčnej triede II až IV podľa NYHA a s ejekčnou frakciou ľavej komory > 50 % (HFpEF – srdcové zlyhávanie so zachovanou funkciou ľavej komory). Pre indikáciu hradenej liečby je potrebné splniť aspoň jedno z nasledujúcich kritérií:
   - koncentrácia biomarkera NT-proBNP ≥ 400 pg/ml u pacientov vo veku < 65 rokov alebo
   - koncentrácia biomarkera NT-proBNP ≥ 900 pg/ml u pacientov vo veku ≥ 65 rokov, alebo
   - prítomnosť štrukturálnych a funkčných abnormalít srdca dokumentujúcich zvýšené plniace tlaky ľavej komory.

Prečo nové indikačné obmedzenie

Indikačné obmedzenie sa snaží regulovať preskripciu SGLT2 inhibítorov tak, aby sa predchádzalo neopodstatnenej preskripcii. K tomu dochádza v dôsledku nešpecifického klinického obrazu chronického srdcového zlyhávania a problematickej interpretácie mierne zvýšených hodnôt NT-proBNP, najmä u starších pacientov.

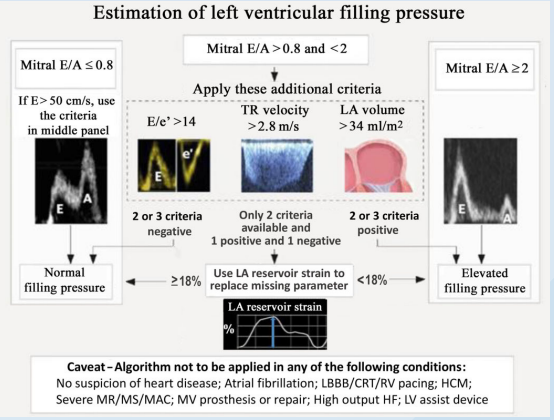
Podstatou obmedzenia je potreba objektivizovať prítomnosť SZ, ak má pacient klinické príznaky kompatibilné s CHSZ a EF ĽK viac ako 50 %. V tomto prípade musí mať pacient buď zvýšenú hodnotu NT-proBNP nad danou hranicou, zistenú aktuálne alebo v minulosti, alebo dokumentovaný zvýšený plniaci tlak ĽK.

Čo je plniaci tlak ĽK

LVFP (left ventricular filling pressure) je plniaci tlak ľavej komory počas diastoly. U pacientov so srdcovým zlyhávaním býva LVFP zvýšený v pokoji, u niektorých len pri záťaži. Pri ľavostrannom katetrizačnom vyšetrení sa LVFP meria ako LVEDP (end-diastolický tlak v ľavej komore). Pri pravostrannom katetrizačnom vyšetrení sa LVFP odhaduje pomocou PCWP (pulmonary capillary wedge pressure). LVFP sa považuje za zvýšený pri hodnotách LVEDP ≥ 16 mmHg alebo PCWP ≥ 15 mmHg.

Ako zistiť zvýšený plniaci tlak echokardiograficky

Na hodnotenie LVFP sa odporúča v prvom slede kombinácia transmitrálnych prietokových rýchlostí, rýchlostí mitrálneho anulu (TDI), objemu a funkcie ľavej predsiene a odhadovaného systolického tlaku v pľúcnej artérii.



Na schéme je zobrazený algoritmus na diagnostiku zvýšených plniacich tlakov ľavej komory. Tento algoritmus sa nedá používať pri fibrilácii predsení, závažnej mitrálnej regurgitácii, náhrade, anuloplastike alebo kalcifikátoch mitrálnej chlopne, hypertrofickej kardiomyopatii, konstriktívnej perikarditíde či pri mechanickej podpore ľavej komory.

Prevzaté a upravené podľa: European Heart Journal – Cardiovascular Imaging (2022) 23, e34–e61.doi:10.1093/ehjci/jeab154

Pri fibrilácii predsení sa plniaci tlak ľavej komory (LV filling pressure) hodnotí tak, že sa jednotlivé echokardiografické parametre spriemerujú z viacerých srdcových cyklov.

Nasledujúce parametre sú v súlade so zvýšeným plniacim tlakom ľavej komory: septálny E/e' > 11, rýchlosť E ≥ 100 cm/s, čas decelerácie E-vlny ≤ 160 ms, izovolumický relaxačný čas (IVRT) ≤ 65 ms, zvýšená rýchlosť trikuspidálnej regurgitácie (TR) > 2,8 m/s (ak pacient nemá ochorenie pľúc), LA rezervoárový strain < 16 % a pomer S/D v pľúcnych vénach < 1.

Vyšetrenie má byť vždy multiparametrické a sú potrebné patologické hodnoty vo viac ako troch parametroch. Diagnózu HFpEF tiež podporuje nález zníženého GLS ĽK, hypertrofie ĽK či B-línií na pľúcach.

V prípade nekompletných alebo nekonzistentných hodnôt, ktoré nie je možné jednoznačne vyhodnotiť, alebo ak pretrváva silné klinické podozrenie na HFpEF (napr. u obéznych pacientov), je možné urobiť záťažové echokardiografické vyšetrenie (diastolic stress test) alebo pacienta odoslať na invazívne vyšetrenie.

Autor: prof. MUDr. Eva Goncalvesová, CSc., FESC, FHFA