

I nuovi trial sullo scompenso cardiaco

McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. 2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the task force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J* 2023;44 (37: 3627–3639).

Parole chiave: scompenso cardiaco; linee guida; empagliflozin; finerenone; ferro derisomaltoso.

ESC ha aggiornato le linee guida sullo scompenso cardiaco acuto (SA) del 2021 valutando trial sullo SA ed altri sulle comorbidità. questo è un riassunto dei principali aggiornamenti.

Si premette che degli studi segnati non è specificata la classe di scompenso:

Scompenso cardiaco acuto

ADVOR, studio multicentrico, randomizzato, in doppio cieco: sono stati randomizzati ad acetazolamide ev 500 mg/die o placebo + terapia standard con risultato significativo; sono necessari comunque ulteriori dati.

EMPULSE ha testato l'efficacia dell'inizio precoce di empagliflozin nei pazienti ricoverati per SA. l'endpoint primario era un composito di morte da qualsiasi causa, numero di eventi di SA o un delta di almeno 5 punti nel cambiamento dello score dello SA di Kansas City a 90 giorni: l'endpoint primario è stato raggiunto per empagliflozin, indipendentemente dalla funzione sistolica o dalla presenza di diabete.

Il trial COACH è stato recensito nel precedente post di questo sito.

Trattamento comorbidità

Due studi randomizzati controllati, DAPA-CKD ed EMPA-KIDNEY, insieme ad altri trial, hanno dimostrato la riduzione delle ospedalizzazioni per SA e della mortalità cardiovascolare nei pazienti con IRC e T2DM. Si conclude che gli inibitori del co-trasportatore sodio-glucosio 2 (SGLT2) sono raccomandati (classe IA) nei pazienti con IRC (con filtrato oltre 20-25 ml) e T2DM per ridurre il rischio di ospedalizzazione per SA o morte cardiovascolare.

Il finerenone, antagonista non steroideo del recettore dei mineralcorticoidi, è stato testato in due trial su pazienti con nefropatia diabetica. Nel FIDELIO-DKD l'endpoint primario (una combinazione di insufficienza renale, diminuzione $\geq 40\%$ nell'eGFR o morte per cause renali) è stato ridotto del 18% con finerenone, sebbene non fossero modificati gli episodi di SA rispetto al placebo.

Nel più recente FIGARO-DKD dopo un follow-up mediano di 3.4 anni, si è osservata una riduzione significativa dell'incidenza di ospedalizzazione per SA con finerenone rispetto al placebo, senza

differenze per la mortalità cardiovascolare. In entrambi i trial l'iperpotassiemia era più alta nel gruppo finerenone rispetto al placebo. In conclusione il finerenone è raccomandato (classe IA) per ridurre rischio di ospedalizzazione e morte cardiovascolare.

Infine, per la carenza marziale associata allo SA, lo studio IRONMAN, ha incluso pazienti con FE $\leq 45\%$, e saturazione della transferrina $< 20\%$ o ferritina sierica $< 100 \mu\text{g/L}$: i pazienti venivano assegnati a ferro derisomaltoso i.v. o cure abituali: le conclusioni portano alla raccomandazione (classe IA) di aggiungere ferro i.v. nei pazienti con SA con FE (HF_rEF) o medio-bassa (HF_mrEF) e carenza di ferro.

(Livio Colombo)