

Promarněná šance

(Missed opportunity)

Vladan Ryšavý

Interní oddělení, Nemocnice Břeclav, Břeclav

Klíčová slova:

Chronické srdeční selhání
Komplexní léčba srdečního selhání
Terapie srdečního selhání

SOUHRN

Kazuistika představuje pacienta s chronickým srdečním selháním ischemické etiologie. Diagnóza byla stanovena v roce 2002, kdy byla echokardiograficky prokázána systolická dysfunkce levé komory srdeční a následně koronarografie odhalila nemoc tří tepen. Pacient v únoru 2003 podstoupil aortokoronární bypass. Po operaci užíval standardní terapii ischemické choroby srdeční a chronického srdečního selhání. Pro přítomnost trombu v hrotu levé komory byl léčen antikoagulační terapií. V roce 2005 podstoupil operaci tepen dolních končetin z indikace ischemické choroby tepen dolních končetin. V rámci primární prevence náhlé srdeční smrti mu byl v roce 2009 implantován implantabilní kardioverter-defibrilátor (ICD). Dlouhodobě byl pacient ve funkční skupině NYHA II, EF LK měl okolo 25 %. V roce 2018 byla pacientovi nově diagnostikována fibrilace síní, zhoršení symptomů, NYHA III, byla u něj indikována kontrola rytmu a úprava terapie chronického srdečního selhání (CHF). S pacientem byla opakovaně probírána možnost komplexní terapie srdečního selhání včetně úvahy o přístrojové léčbě či transplantaci srdce. Z důvodu pracovního vytížení pacienta a dále z důvodu pandemie covidu-19 však tato otázka nebyla řešena včas. V roce 2021 absolvoval přehled na kardiologické klinice (68 let) – vzhledem k věku a komorbiditám byla indikována pouze konzervativní terapie chronického srdečního selhání. Nově byl do medikace zařazen empagliflozin. Pacient i přes současnou maximální farmakologickou léčbu trpí zhoršujícími se symptomy srdečního selhání a je ve funkční skupině NYHA III.

© ČKS, 2024.

ABSTRACT

This case report presents a patient with chronic heart failure of ischemic etiology. The diagnosis was established in 2002, when systolic dysfunction of the left ventricle was demonstrated by echocardiography and subsequently coronary angiography revealed 3-vessel disease. The patient underwent an aorto-coronary bypass in February 2003. After surgery, he used standard therapy for coronary heart disease and chronic heart failure. He was treated with anticoagulant therapy for the presence of a thrombus in the apex of the left ventricle too. In 2005, he underwent a surgery for peripheral artery disease. As a part of the primary prevention of sudden cardiac death, ICD was implanted in 2009. In the long term, the patient was in functional group NYHA II, left ventricle EF was around 25%. In 2018, atrial fibrillation was newly diagnosed, worsening of symptoms appeared, NYHA class III, the patient was indicated for rhythm control and modification of HF therapy. The possibility of complex heart failure therapy was repeatedly discussed with the patient, including the consideration of device therapy or heart transplantation. However, due to the patient's workload and the COVID-19 pandemic, this issue was not resolved in time. In 2021, he underwent a re-examination at the cardiology clinic (age 68) – due to his age and comorbidities, only conservative therapy for chronic heart failure was indicated. Empagliflozin was newly included in the medication. The patient, despite the current maximum pharmacological treatment, suffers from worsening symptoms of heart failure and is in functional group NYHA III.

Keywords:

Chronic heart failure
Complex heart failure therapy
Heart failure therapy

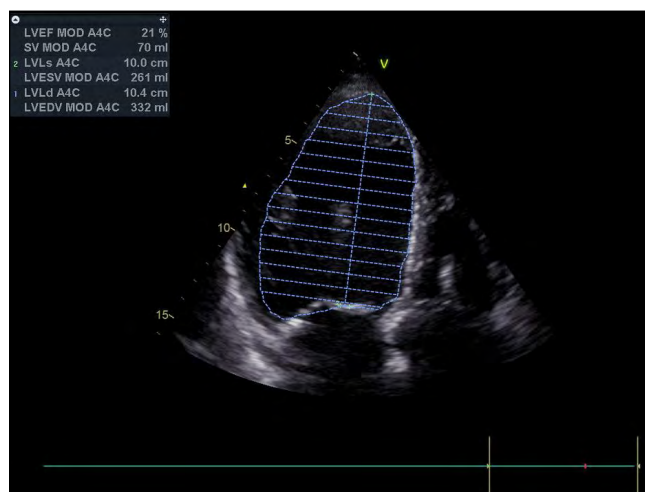
Adresa pro korespondenci: MUDr. Vladan Ryšavý, Interní oddělení, Nemocnice Břeclav, U Nemocnice 3066/1, 690 02 Břeclav, e-mail: vladan.rysavý@gmail.com

Úvod

Chronické srdeční selhání lze bez nadsázky nazvat novodobou epidemií. S úspěchy v terapii akutního koronárního syndromu narůstá počet pacientů s chronickým srdečním selháním ischemické etiologie. Pokroky ve farmakologické i nefarmakologické léčbě srdečního selhání však zlepšují prognózu i kvalitu života také u pacientů s neischemickými kardiopatiemi. Základem terapie chronického srdečního selhání zůstávají inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu (ACEI), blokátory receptoru AT_1 pro angiotenzin II (ARB), inhibitory receptoru AT_1 pro angiotenzin II a neprilysinu (ARNI), betablokátory a antagonisté mineralokortikoidních receptorů. V posledních letech nacházejí však již své pevné místo nové skupiny léků, jako například inhibitory sodíko-glukózových kotransportérů 2 (SGLT2) (glifloziny). Nefarmakologická léčba kromě změny životního stylu a režimových opatření zahrnuje přístrojovou léčbu (implantabilní kardioverter-defibrilátor, resynchronizační terapie, levostranná srdeční podpora) a transplantaci srdce. Předkládaná kazuistika pacienta se srdečním selháním chce demonstrovat nejen význam včasného zařazení všech indikovaných léků do terapie srdečního selhání a jejich důslednou titrací do doporučených dávek, ale také nutnost aktivního přístupu k pacientovi a jeho nemoci.

Kazuistika

Muž, narozen v roce 1958, kuřák, aktivní podnikatel, s lehkou nadváhou (BMI 25,96) trpěl od roku 2002 (v jeho 48 letech) noční dušností. Echokardiografické vyšetření prokázalo systolickou dysfunkci levé komory (LK) s její globální hypokontraktilitou a ejekční frakcí (EF) okolo 15–20 % (obr. 1, <https://www.cksonline.cz/coretvasa-case-reports/clanky.php?p=detail&id=169&pid=2095&file=1265>). Následná koronarografie prokázala nemoc tří tepen a pacient podstoupil v roce 2003 revaskularizační operaci – trojnásobný aortokoronární bypass (ramus interventricularis anterior [RIA], ramus diagonalis 1 [RD1], arteria



Obr. 1 – Záznam echokardiografického vyšetření – dokumentována je nízká EF LK, vizualizován je trombus v hrotu LK.

coronaria dextra [ACD]). Po operaci došlo ke zlepšení kontraktility myokardu a EF LK byla okolo 35 %. Pacient byl léčen ramipilem 2,5 mg denně, carvedilolem 25 mg 2x denně, z důvodů přítomnosti trombu v hrotu levé komory užíval trvale warfarin (TTR dlouhodobě > 75 %) a z důvodu izolované hypercholesterolemie byl léčen atorvastatinem v dávce 20 mg denně. Dále trpěl mírnou chronickou renální insuficiencí, hodnota kreatininu se dlouhodobě pohybovala okolo 110–145 $\mu\text{mol/l}$ (odhadovaná glomerulární filtrace [eGFR] 0,81–1,13 ml/s/1,73 m^2), dále lehkou hyperurikémií (hodnota kyseliny močové 425 $\mu\text{mol/l}$), mírnou makrocytární anémií (hemoglobin 128 g/l, střední objem erytrocytů 108,6 fl), nebyl diabetik, hodnota hormonů štítné žlázy byla normální, netrpěl hyposideremií, hodnota celkového cholesterolu byla při hypolipidemické terapii 2,9 mmol/l a hodnota LDL cholesterolu byla 0,99 mmol/l. Při pravidelných kontrolách v kardiologické ambulanci se hodnota N-terminálního fragmentu natriuretického propeptidu typu B (NT-proBNP) pohybovala okolo 800 pg/ml a pacient byl hodnocen ve funkční třídě NYHA II. V roce 2005 podstoupil pravostranný femoropopliteální bypass z důvodů ischemické choroby dolních končetin. V rámci primární prevence náhlé srdeční smrti mu byl v roce 2009 implantován implantabilní kardioverter-defibrilátor (ICD), na kontroly defibrilátoru docházel pravidelně, při kontrolách byly detekovány jen krátké epizody nesetvalé komorové tachykardie. Stav pacienta se zhoršil v roce 2018, kdy mu byla poprvé diagnostikována fibrilace síní, zpočátku jako paroxysmální se spontánní verzí na sinusový rytmus. Vzhledem k významné dilataci levé síně (průměr LS 55 mm) u něj nebylo indikováno intervenční řešení a do medikace byl zařazen digitalis (0,125 mg denně) a vzhledem ke zhoršení dechových potíží začal pacient užívat diuretickou terapii (furosemid 40 mg denně a spironolacton 25 mg denně), zároveň mu byl změněn ACEI za sacubitril/valsartan v dávce 24/26 mg 2x denně. Vzhledem ke sklonu k hypotenzii (tlak krve trvale okolo 110/60 mm Hg) nebylo možno titrovat dávku do vyšších hodnot. Od konce roku 2018 již byla fibrilace síní hodnocena jako permanentní. Vzhledem k postupné progresi potíží byla s pacientem opakovaně diskutována možnost nefarmakologické terapie srdečního selhání, byl informován o možnosti implantace levostranné srdeční podpory a možnosti transplantace srdce, byl nabádán k nekouření. Vzhledem k jeho četným podnikatelským aktivitám a dále pak k pandemii covidu-19 došlo ke komplexnímu přešetření na kardiologické klinice až v roce 2021. Vzhledem k četným komorbiditám (generalizovaná ateroskleróza, chronická obstrukční plicní nemoc, kuřák) bylo rozhodnuto o konzervativní terapii srdečního selhání. Do medikace byl nově v roce 2021 přidán empagliflozin v dávce 10 mg denně a byla zahájena terapie chronické obstrukční plicní nemoci. Stav pacienta je t.č. stabilizován, zůstává ve funkční třídě NYHA II–III, ejekční frakce levé komory je 22 % a hodnoty NT-proBNP se pohybují okolo 1 500 pg/ml. Sklon k hypotenzii nedovoluje dále titrovat dávku sacubitril/valsartanu, ze stejných důvodů musela být snížena dávka carvedilolu na 2x 12,5 mg denně. I přes maximální možnou farmakoterapii zůstává prognóza pacienta vážná a pravděpodobnost zhoršení stavu v budoucnu je velmi vysoká.

Diskuse

Chronické srdeční selhání je bezpochyby jednou z nejčastějších příčin úmrtí v rozvinutých zemích, kromě vysoké mortality nese i vysokou morbiditu. Chronické srdeční selhání jako syndrom je stav, do kterého mohou vyústit různá srdeční onemocnění, ale i onemocnění, která primárně nepostihují kardiovaskulární systém (tyreotoxikóza, sepse). Nejčastější příčinou vzniku srdečního selhání je ischemická choroba srdeční, dále kardiomyopatie, chlopenní vady a hypertenzní nemoc. Prognóza chronického srdečního selhání nadále není i přes významné úspěchy ve farmakoterapii a v nefarmakologické léčbě příznivá a až 40 % pacientů, kteří byli pro symptomy srdečního selhání hospitalizováni, umírá do jednoho roku. Polovina nemocných s chronickým srdečním selháním umírá do pěti až osmi let od stanovení diagnózy. Díváme-li se na pacienta z výše uvedené kazuistiky pohledem těchto dat, mohlo by se zdát, že jeho léčba byla velmi účinná a úspěšná. Úkolem lékaře však jistě není léčit pacienta tak, aby splňoval statistická data a tzv. se vešel do tabulek, ale léčit pacienta individuálně, podle současných doporučení a s ohledem na jeho zájmy, preference, komorbidity a další faktory, které mohou terapii srdečního selhání ovlivnit. V našem případě vidím základní úskalí péče o pacienta v tom, že se nepodařilo přimět jej k tomu, aby přestal s kouřením cigaret. Kouření cigaret jako jeden z etiologických faktorů vzniku aterosklerózy zcela jistě významně přispělo k postižení srdečních tepen a následnému vzniku srdečního selhání a dále pak zapříčinilo vznik chronické obstrukční plicní nemoci, která významným způsobem zhoršila symptomy onemocnění a zhoršuje dále prognózu nemocného. Druhým faktorem, se kterým se nám nepodařilo zcela vypořádat, byl celkový životní styl pacienta, zaměřený na podnikatelský úspěch a výkon, což vedlo k tomu, že pacient ne zcela akceptoval naše doporučení omezit vysokou pracovní zátěž. Je prokázáno, že chronický stres svým vlivem na tepovou frekvenci a hodnotu

krevního tlaku vede k významnému ovlivnění kardiovaskulárního systému. Dalším faktorem, jenž vstoupil do našeho společného rozhodování, kdy pacienta odeslat na specializované pracoviště, byla pandemie covidu-19, která odložila definitivní rozhodnutí o dalším postupu v terapii srdečního selhání. Lze se domnívat, že pokud by pacient absolvoval vyšetření na kardiologické klinice o několik let dříve, byla by jeho prognóza hodnocena jako lepší a byla by mu nabídnuta některá z možností nefarmakologické léčby srdečního selhání. Částečné zmírnění obtíží a snad i zlepšení prognózy pacienta přineslo zařazení empagliflozinu do chronické terapie.

Závěr

Kazuistika představuje pacienta s těžkou systolickou dysfunkcí LK, jehož stav byl dlouhodobě stabilní, bez významnějšího omezení. Zhoršení klinického stavu přišlo v jeho 64 letech, i přes úpravu farmakoterapie se jeho stav významně nelepšil, z důvodů výše uvedených však již nebyl indikován ani k transplantaci srdce, ani k přístrojové terapii. Ke zmírnění symptomů pomohlo přidání empagliflozinu do terapie.

Prohlášení autora o možném střetu zájmů

Žádný střet zájmů.

Prohlášení autora o etických aspektech publikace

Autor prohlašuje, že práce byla vedena v souladu s Helsinskou deklarací.

Informovaný souhlas

Pacient udělil souhlas s publikováním případu.

Odkaz na článek online

<https://www.cksonline.cz/coretvasa-case-reports/clanky.php?p=detail&id=169>



CURRICULUM VITAE

MUDr. Vladan Ryšavý absolvoval v roce 1994 studium na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně. Od téhož roku pracuje na Interním oddělení Nemocnice Břeclav. V roce 1997 složil atestaci 1. stupně z vnitřního lékařství a v roce 2001 atestaci 2. stupně z vnitřního lékařství. Na interním oddělení pracoval nejprve jako sekundář na standardním oddělení, dále na metabolické a kardiologické JIP. Od roku 2001 zastával funkci zástupce primáře oddělení a od roku 2020 je primářem Interního oddělení Nemocnice Břeclav. Mezi jeho zájmy v kardiologii patří především echokardiografie, srdeční selhání a ischemická choroba srdeční.