

Dapagliflozin v léčbě srdečního selhání se zachovalou ejekční frakcí

Terézia Švarcová

Edumed, s. r. o., I. interní kardioangiologická klinika FN Hradec Králové

V kazuistice je prezentován obézní pacient s četnými komorbiditami, kterému již několik let řídíme léčbu srdečního selhání se zachovalou ejekční frakcí (heart failure with preserved ejection fraction, HF PEF). Léčba byla limitována jak výskytem komorbidit u pacienta (renální insuficience, obezita, fibrilace síní, anémie), tak jeho preferencemi v osobním životě. Důvěra pacienta v lékaře patří i v této problematice ke klíčovým faktorům, jak potvrdila situace, kdy pacient netoleroval empagliflozin na vlastní úhradu a na naše doporučení byl ochoten zkusit ještě dapagliflozin na vlastní úhradu, po kterém došlo k výraznému zlepšení kvality života. Netolerance jedné molekuly z nějaké lékové skupiny nemusí tedy znamenat intoleranci jiného léku ze stejné lékové skupiny a může být pro pacienty prospěšná, jak dokládá naše kazuistika.

Klíčová slova: polymorbidní pacient, srdeční selhání se zachovalou ejekční frakcí, lék na úhradu pacienta, glifloziny.

Dapagliflozin in the treatment of heart failure with preserved ejection fraction

We present obese patient with numerous comorbidities in this case report, who's treatment of heart failure with preserved ejection fraction (HF PEF) has been managed in our office for several years. The treatment was limited by the patient's comorbidities (renal failure, obesity, atrial fibrillation, anemia) and by the patient's preferences. The patient's trust and cooperation is essential, as this case report confirms. The patient paid for empagliflozin which he did not tolerate. The patient however was willing to try dapagliflozin at his own expense. Dapagliflozin was well tolerated by the patient and improved his quality of life significantly. Intolerance of one drug does not necessarily mean intolerance of the whole class. Another member of the same drug class could be beneficial as shown by this case report.

Key words: polymorbid patient, heart failure with preserved ejection fraction, patient reimbursement drug, gliflozins.

Úvod

V posledních letech narůstá incidence srdečního selhání se zachovalou ejekční frakcí (HF pEF – heart failure with preserved ejection fraction) a taktéž hospitalizace pro HF PEF (1, 2).

Mezi typické rizikové faktory pro vznik HF PEF patří hypertenze, diabetes mellitus, renální insuficience, fibrilace síní a obezita (1, 2).

HF PEF je klinický syndrom spojený s nedostatečnou schopností srdce pumpovat krev adekvátně bez potřeby zvýšených plicních tlaků. Je spojen se značnou mortalitou i morbiditou.

Diagnostika je náročná a vyžaduje prokázání objektivních známek srdečního selhání s průkazem strukturální a/nebo funkční srdeční abnormality a/nebo zvýšení hodnoty natriuretických peptidů (NP) při hodnotě ejekční frakce levé komory (EF LK) ≥ 50 %.

Tento proces vyžaduje posouzení klinické anamnézy, fyzikální vyšetření, testování natriuretických peptidů, echokardiografické údaje a invazivní zátěžové testování (2, 3).

HF PEF poměrně často řešíme v naší každodenní praxi, a tak to bylo i v kazuistice, kterou prezentujeme:

72letý muž byl u nás poprvé vyšetřen v březnu 2018 na doporučení praktického lékaře pro městnavé srdeční selhání. Otec mu zemřel v 65 letech na infarkt myokardu, matka se léčila se srdcem, žije dodnes, při vstupní kontrole měla 88 let. Při našem prvním kontaktu byl pacient již ve starobním důchodu, dříve pracoval jako obkladač, žije s matkou, o kterou pečuje. Udával abúzus alkoholu 5 piv týdně, již 15 let nekouří. Od praktického lékaře odeslán se zavedenou léčbou 6 léky: Furon 40 mg 1-1/2-0, Warfarin dle rozpisu, Lusopress 20 mg