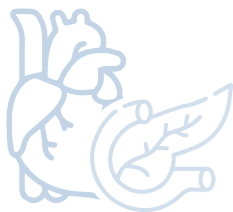


Riferimenti: 1. Paul M, et al. Recommendations for early identification of heart failure in patients with diabetes: Consensus statement of the Swiss Society of Endocrinology and Diabetology and the Heart Failure Working Group of the Swiss Society of Cardiology. *Swiss Med Wkly.* 2024 Oct 9;154:4000. doi: 10.57187/s.4000. 2. Bozkurt B, et al. Universal Definition and Classification of Heart Failure: A Report of the Heart Failure Society of America, Heart Failure Association of the European Society of Cardiology, Japanese Heart Failure Society and Writing Committee of the Universal Definition of Heart Failure. *J Card Fail.* 2021 Mar 1:S1071-9164(21)00050-6. 3. Seferović PM, et al. The Heart Failure Association Atlas: Heart Failure Epidemiology and Management Statistics 2019. *Eur J Heart Fail.* 2021 Jun;23(6):906–914. 4. Boonman-de Winter LJ, et al. High prevalence of previously unknown heart failure and left ventricular dysfunction in patients with type 2 diabetes. *Diabetologia.* 2012 Aug;55(8):2154–62. 5. Heidenreich PA, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2022 May 3;79(17):e263–e421. 6. Huelsmann M, et al. PONTIAC (NT-proBNP selected prevention of cardiac events in a population of diabetic patients without a history of cardiac disease): a prospective randomized controlled trial. *J Am Coll Cardiol.* 2013 Oct 8;62(15):1365–72. 7. Gastaldi G, et al. Swiss recommendations of the Society for Endocrinology and Diabetes (SGED/SSD) for the treatment of type 2 diabetes mellitus (2023). *Swiss Med Wkly.* 2023 Apr 1;153:40060. 8. McDonagh TA, et al. 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 J Heart Fail.* 2022 Jan;24(1):4–131. 9. Pop-Busui R, et al. Heart Failure: An Underappreciated Complication of Diabetes. A Consensus Report of the American Diabetes Association. *Diabetes Care.* 2022 Jul 7;45(7):1670–1690.

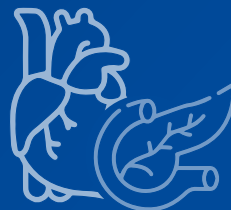
Autori: Matthias Paul, Arnold Eggerschwiler, Gesine Meyer, Christian Studer, Urs Hürlimann, Michael Brändle, Peter Wiesli, Giacomo Gastaldi, Mattia Arrigo, Philippe Meyer, Christian Mueller, Kathrin Zimmermann, Roger Lehmann.

Disclaimer di genere: La forma maschile scelta si riferisce sempre contemporaneamente a persone femminili, maschili e persone diverse. Le denominazioni multiple vengono omesse a favore di una migliore leggibilità.

Il layout è stato realizzato grazie al sostegno di AstraZeneca AG e Roche Diagnostics (Svizzera) AG.



Raccomandazioni svizzere 2024 per l'identificazione precoce dell'insufficienza cardiaca (IC) nei pazienti con diabete¹



Gruppo consultivo di esperti della Società Svizzera di Endocrinologia e Diabetologia (SSD), della Società Svizzera di Cardiologia (SSC) e degli specialisti di medicina interna generale.

IC e diabete

- Il diabete è un fattore di rischio significativo per l'insufficienza cardiaca (IC).²
- Si stima che la prevalenza di IC nella popolazione normale sia attorno all'1.5 – 2%. Nelle persone con diabete di età superiore a 60 anni questo tasso aumenta fino al 30%.^{3,4}

Identificazione precoce dell'IC

- L'IC è una malattia progressiva in cui le alterazioni strutturali e funzionali iniziano molto prima della comparsa dei sintomi.²
- L'identificazione e il trattamento precoce dei pazienti a rischio elevato d'IC possono ritardare, o addirittura prevenire, l'insorgenza d'IC sintomatica.^{5,6}

Con il supporto della Società Svizzera di Endocrinologia e Diabetologia (SSD) e del gruppo di lavoro sull'insufficienza cardiaca della Società Svizzera di Cardiologia



Procedura per le persone con diabete

Il trattamento del diabete dovrebbe includere lo stimolo a svolgere attività fisica regolare e il controllo dei fattori di rischio. Secondo le raccomandazioni SSED, nei pazienti con diabete è generalmente consigliabile la combinazione di metformina e di un SGLT2i* per proteggere il cuore e i reni.⁷ Nei pazienti in sovrappeso (IMC > 28), la metformina dovrebbe essere combinata principalmente con un AR GLP-1**.⁷

1 Chiedere in modo proattivo i sintomi dell'IC a ogni visita medica.

Dispnea da sforzo/ortopnea, dispnea parossistica notturna, stanchezza, tosse secca, perdita dell'appetito, improvviso aumento di peso, edema alle caviglie.⁸

2 Ricercare i segni di IC con gli esami diagnostici.

Edema, aumento della pressione venosa giugulare, terzo tono cardiaco (ritmo di galoppo).⁸

Da osservare quando si analizza il livello di NP

Possibile influenza delle comorbidità sul livello di NT-proBNP/BNP⁸



Riduzione in caso di sovrappeso

Aumento in caso di fibrillazione atriale (FA), malattia renale cronica (MRC)



In caso di segni e/o sintomi di IC

Misurazione di NT-proBNP/BNP⁸

Se NT-proBNP ≥ 125 ng/l o BNP ≥ 35 ng/l,
→ Riferimento a un cardiologo

In caso di pazienti con diabete asintomatici o segni d'IC ed età ≥ 60 anni****

Misurazione annuale di NT-proBNP o BNP

NT-proBNP ≥ 300 ng/l
BNP ≥ 90 ng/l

IC probabile

Riferimento a un cardiologo per un ecocardiogramma transtoracico (TTE)

NT-proBNP 125 - 299 ng/l
BNP 35 - 89 ng/l

IC possibile

Esaminare nuovamente il paziente per verificare se è veramente asintomatico e considerare caso per caso se riferire a un cardiologo

NT-proBNP < 125 ng/l
BNP < 35 ng/l

IC improbabile

Nessun ulteriore esame diagnostico

* SGLT2i: inibitore del cotrasportatore sodio-glucosio di tipo 2. ** AR GLP-1: agonisti del recettore Glucagon-like Peptide-1.

**** In presenza di diversi fattori di rischio aggiuntivi d'IC, tra cui obesità⁸, terapia per il diabete a lungo termine e/o non controllata in modo ottimale, terapia insulinica, ipertensione⁸, iperlipidemia o complicanze micro e/o macrovascolari, malattia renale diabetica, malattia coronarica⁹ e genere (femminile)⁹, è possibile stabilire individualmente i livelli di NT-proBNP o BNP nei pazienti di età < 60 anni.