



Camelia C. DIACONU ✉

International Secretary General of the Balkan Medical Union
President of the Romanian National Section

Secrétaire Général International de l'Union Médicale Balkanique
Présidente de la Section Nationale Roumaine

QUALITY OF LIFE – AN IMPORTANT ENDPOINT OF TREATMENT IN PATIENTS WITH HEART FAILURE

Heart failure (HF) is a heterogeneous syndrome, with progressive evolution and negative impact on quality of life and mortality of patients. The incidence of HF in Europe and the United States of America varies between 1 to 9 cases per 1000 inhabitants, depending on the population studied and the diagnostic criteria used¹. Currently, it is estimated that approximately 64.3 million people suffer from HF world-wide².

One of the most important therapeutic goals for patients with HF is represented by maintaining and improving the quality of life. Many patients value functional status and quality of life more than longevity. The most important predictors of the quality of life in HF are the presence of symptoms and their severity, functional status and depression³. Current guidelines recommend the combined use of medical and behavioural interventions to improve the functional status of these patients³. Treatment with angiotensin-converting enzyme inhibitors, angiotensin receptor blockers, beta blockers or mineralocorticoid receptor antagonists have proven to be effective in reducing hospitalization rates or mortality rates, but not in improving physical performance among patients

LA QUALITÉ DE LA VIE – UN BUT IMPORTANT DU TRAITEMENT CHEZ LES PATIENTS INSUFFISANTS CARDIAQUES

L'insuffisance cardiaque (IC) est un syndrome hétérogène, ayant une évolution progressive et un impact négatif sur la qualité de vie et la mortalité des patients. L'incidence de l'IC en Europe et aux États-Unis varie entre 1 et 9 cas pour 1000 habitants, par rapport à la population étudiée et aux critères diagnostiques utilisés¹. Actuellement, on estime qu'environ 64,3 millions de personnes souffrent d'IC à l'échelle mondiale².

L'un des objectifs thérapeutiques les plus importants pour les patients atteints d'IC est représenté par le maintien et l'amélioration de la qualité de vie. De nombreux patients accordent plus d'importance à l'état fonctionnel et à la qualité de vie qu'à la longévité. Les prédicteurs les plus importants de la qualité de vie dans l'IC sont la présence de symptômes et leur sévérité, l'état fonctionnel et la dépression³. Les lignes directrices actuelles recommandent l'utilisation combinée d'interventions médicales et comportementales pour améliorer l'état fonctionnel de ces patients³. Le traitement avec des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, des inhibiteurs des récepteurs de l'angiotensine, des bêta-bloquants ou des antagonistes des récepteurs minéralocorticoïdes

✉ **Correspondence address:** Camelia C. DIACONU
email drcameliadiaconu@gmail.com

with HF⁴. However, the use of spironolactone seems to have promising results in HF with preserved ejection fraction (HFpEF)⁴. Among the therapeutic agents with a favourable impact on the quality of life in HF patients are ivabradine, sacubitril/valsartan or dapagliflozin⁴. Aerobic exercise training proved to be safe and effective in improving the physical performance of both patients with HFpEF and those with HF with reduced ejection fraction (HFrEF)⁴. Future research will have to determine the long-term effectiveness of these exercises. Other data from specialized literature with convincing evidence regarding the improvement of effort capacity in patients with this disease are iron supplementation in case of iron deficiency and the use of anabolic drugs, such as testosterone, in selected categories of patients⁴. The prevalence of iron deficiency in patients with HF is approximately 50%⁵. Many of these patients have iron deficiency, but without developing anaemia. The European Society of Cardiology guideline recommends screening for iron deficiency by measuring serum ferritin and sideremia in all patients with HF⁴. If iron deficiency is identified, intravenous iron supplementation is recommended, as oral supplementation is not as effective in restoring iron deposits⁴. Skeletal muscle atrophy has also a significant negative impact on the effort capacity of patients with HF. Research on improving skeletal muscle mass and function is limited and suggests the usefulness of anabolic substances like testosterone⁴. The treatment of comorbidities such as diabetes, chronic kidney disease, sleep-disordered breathing or depression has proven essential in establishing efficient therapeutic management to improve the quality of life of patients with HF⁴.

In conclusion, HF is a public health problem because the number of patients living with this condition is increasing, reflecting both the chronic evolution of the disease and the aging process of the population. Maintaining and improving the functional capacity of the patient with HF should become a major target in the therapeutic management, to reduce the global disease burden.

„No conflicts of interest”

s'est avéré être efficace pour réduire les taux d'hospitalisation ou les taux de mortalité, mais pas pour améliorer les performances physiques chez les patients atteints d'IC⁴. Cependant, l'utilisation de la spironolactone semble avoir des résultats prometteurs dans l'IC à fraction d'éjection préservée (HFpEF)⁴. Parmi les agents thérapeutiques ayant un impact favorable sur la qualité de vie des patients IC se trouvent l'ivabradine, le sacubitril/valsartan ou la dapagliflozine⁴. L'entraînement à l'exercice aérobique s'est avéré sûr et efficace pour améliorer les performances physiques des patients atteints de HFpEF et de ceux atteints d'IC avec la fraction d'éjection réduite (HFrEF)⁴. Les recherches futures devront déterminer l'efficacité à long terme de ces exercices. D'autres données de la littérature spécialisée avec des preuves convaincantes concernant l'amélioration de la capacité d'effort chez les patients atteints de cette maladie sont la supplémentation en fer en cas de carence en fer et l'utilisation de médicaments anabolisants, comme la testostérone, chez certaines catégories de patients⁴. La prévalence de la carence en fer chez les patients atteints d'IC est d'environ 50 %⁵. Beaucoup de ces patients ont une carence en fer, mais sans développer d'anémie. La directive de la Société Européenne de Cardiologie recommande le dépistage de la carence en fer en mesurant la ferritine sérique et la sidérémie chez tous les patients atteints d'HF⁴. Si une carence en fer est identifiée, une supplémentation en fer par voie intraveineuse est recommandée, car la supplémentation orale n'est pas aussi efficace pour restaurer les dépôts de fer⁴. L'atrophie des muscles squelettiques a également un impact négatif significatif sur la capacité d'effort des patients atteints d'IC. La recherche sur l'amélioration de la masse et de la fonction des muscles squelettiques est limitée et suggère l'utilité de substances anabolisantes comme la testostérone⁴. Le traitement des comorbidités telles que le diabète, les maladies rénales chroniques, les troubles respiratoires du sommeil ou la dépression s'avère essentiel pour établir une prise en charge thérapeutique efficace pour améliorer la qualité de vie des patients atteints d'HF⁴.

En conclusion, l'IC est un problème de santé publique car le nombre de patients vivant avec cette affection est en augmentation, reflétant à la fois l'évolution chronique de la maladie et le processus de vieillissement de la population. Le maintien et l'amélioration des capacités fonctionnelles du patient atteint d'IC doivent devenir un objectif majeur de la prise en charge thérapeutique, afin de réduire le fardeau global de la maladie.

„Aucun conflit d'intérêts”

REFERENCES

1. Groenewegen A, Rutten, FH, Mosterd A, Hoes AW. Epidemiology of heart failure. *Eur J Heart Fail* 2020;22(8):1342-1356.
2. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2018;392:1789-1858.
3. Freedland KE, Rich MW, Carney RM. Improving quality of life in heart failure. *Current Cardiology Reports* 2021;23(11):159.
4. Von Haehling S, Arzt M, Doehner, W, et al. Improving exercise capacity and quality of life using non-invasive heart failure treatments: evidence from clinical trials. *Eur J Heart Fail* 2021;23(1):92-113.
5. von Haehling S, Ebner N, Evertz R, Ponikowski P, Anker SD. Iron deficiency in heart failure: an overview. *JACC Heart Fail* 2019;7:36-46.