

Kongres Evropské kardiologické společnosti

MUDr. Filip Málek, Ph.D., MBA

Kardiologické oddělení, Kardiocentrum, Nemocnice Na Homolce, Praha

Výroční kongres Evropské kardiologické společnosti se konal v kongresovém centru Fira Gran Via v Barceloně ve dnech 29. 8. až 2. 9. 2009. Kongres byl organizován formou přehledových přednášek, původních ústních sdělení, přednášek zaměřených na zkušenosti z klinické praxe a posterových sdělení původních vědeckých prací od základního ke klinickému výzkumu. Na kongresu byla tradičně vysoká účast, například v pondělí 31. 8. bylo registrováno 24 948 účastníků. Největší zájem byl o výsledky klinických randomizovaných studií v blocích Hot Lines a Clinical Trial Update.

Via pract., 2009, 6 (11): 466

V sekci Hot Line I byly prezentovány například výsledky **studie RE-LY**. Studie testovala účinnost a bezpečnost podání přímého orálního inhibitoru trombinu dabigatranu. **Dabigatran** byl podáván v dávce 110 mg nebo 150 mg dvakrát denně a porovnáván s warfarinem u 18113 pacientů s fibrilací síní. Průměrná doba sledování byly 2 roky a primárním sledovaným výsledkem byla cévní mozková příhoda nebo systémová embolizace. U pacientů s fibrilací síní bylo při léčbě dabigatranem v dávce 110 mg riziko CMP a systémové embolizace srovnatelné s warfarinem při nižším riziku závažného krvácení. Léčba dabigatranem v dávce 150 mg byla ve srovnání s warfarinem spojena s nižším rizikem CMP a systémové embolizace s frekvencí závažného krvácení srovnatelnou s warfarinem.

Další významnou studií prezentovanou v Hot Line I byla **studie PLATO**. Porovnávala ticagrelor s clopidogrelem u pacientů s akutním koronárním syndromem (AKS). **Ticagrelor** je orální přímý inhibitor P2Y₁₂, který zajišťuje rychlejší a větší protidestičkovou aktivitu než clopidogrel. PLATO byla multicentrická, dvojitě slepá, randomizovaná studie 18624 pacientů s AKS, kteří byli léčeni buď ticagrelorem (180 mg zahajovací dávka následovaná 90 mg dvakrát denně), nebo clopidogrelem v zahajovací dávce 300–600 mg s následnou dávkou 75 mg denně. Léčba ticagrelorem u pacientů s AKS byla na rozdíl od clopidogrelu spojená s významným snížením mortality a rizika infarktu myokardu bez zvýšení rizika závažného krvácení. Tato léčba ale zvýšila riziko mimo-procedurálního krvácení.

V sekci Hot Line II byla zastoupena Česká republika prezentací **studie PRAGUE-7**. Výsledky studie přednesl prof. P. Widimský. Cílem studie bylo zjistit, zda podání GPIIb/IIIa inhibitoru abciximabu před PCI zlepšil osud pacientů s akutním infarktem myokardu (AMI) v kardiogenním šoku. V této multicentrické, otevřené, randomizované

studii bylo 80 pacientů s AMI a kardiogenním šokem léčeno abciximabem buď před PCI aplikací bolusu s následnou 12hodinovou infuzí, nebo standardní terapií, kdy **abciximab** byl podán po PCI podle rozhodnutí intervenčního kardiologa. Primárním sledovaným výsledkem byla kombinace úmrtí, reinfarkt, CMP, nové renální selhání 30. den, druhým výsledkem byla EF LK, závažné krvácení a TIMI flow po PCI. Ve studii nebyly nalezeny významné rozdíly mezi dvěma terapeutickými přístupy pacientů s AMI a kardiogenním šokem, kteří podstoupili PCI.

Dále byly prezentovány výsledky **studie MADIT-CRT**. Cílem bylo zjistit **efekt srdeční resynchronizační terapie** (CRT) na mortalitu a morbiditu pacientů s méně pokročilým chronickým srdečním selháním (CHSS) funkční třídy NYHA I a II, nízkou ejekční frakcí (EF LK ≤ 30%) a širokým QRS komplexem (QRS ≥ 130 msec). Pacienti byli randomizováni v poměru 3:2 k CRT s defibrilátorem (CRT-D, n = 1089) nebo pouze k implantaci defibrilátoru (ICD, n = 731). Primárním sledovaným výsledkem byla celková mortalita nebo klinická příhoda spojená se srdečním selháním. CRT-D významně snížila riziko primárního výsledku při průměrné době sledování 2,4 roku o 34% (hazard ratio 0,66, p = 0,001), snížení výskytu primární klinické příhody spojené se srdečním selháním o 41% bylo patrné nejvíce u pacientů s QRS ≥ 150 msec. Z resynchronizační léčby profitovali pacienti jak s ischemickým postižením myokardu, tak s neischemickou srdeční dysfunkcí.

V bloku Hot Line III se dále prezentovaly výsledky **studie ACTIVE-I**. Cílem bylo zjistit dopad **blokády RAAS pomocí irbesartanu** na výskyt závažných vaskulárních příhod a srdečního selhání u pacientů s fibrilací síní. Studie randomizovala 9016 pacientů s fibrilací síní, kteří dostávali standardní terapii k léčbě irbesartanem 300 mg denně nebo placebo. Irbesartan mírně snížil

v průběhu průměrné doby sledování 4,1 roku krevní tlak (-2,6/-1,9 mm Hg) ve srovnání s placebem. Toto mírné snížení TK u normotenzní populace nemocných s fibrilací síní bylo spojeno s významným snížením rizika hospitalizace pro srdeční selhání a tromboembolické příhody, výskyt úmrtí nebo infarktu myokardu snížen nebyl.

Dalším zajímavým sdělením byla prezentace výsledků **studie PROTECT**. U pacientů s akutním srdečním selháním (ADHF) je častým problémem zhoršení renálních funkcí a snížená diuretická odpověď na terapii v průběhu hospitalizace a po propuštění z nemocnice. Cílem studie PROTECT bylo zjistit, zda selektivní antagonist A1 receptoru adenosinu (A1RA) **rolofylline** zajistí klinické zlepšení a sníží riziko zhoršení renálních funkcí a úmrtí či rehospitalizace po propuštění z nemocnice po epizodě ADHF. Podávání rolofyllinu 30 mg/den i. v. nebylo ve srovnání s placebem po dobu 3 dní (4 hodiny denně) spojeno se zlepšením terapeutické úspěšnosti (snížením výskytu dušnosti), ani se snížením rizika zhoršení renálních funkcí. Léčba rolofyllinem v dávce 30 mg byla spojena s častějším výskytem křečí a trendem k častějšímu výskytu cévních mozkových příhod.

Kongres byl velice přínosný jak z hlediska nových informací, tak díky možnosti kontaktu s lékaři specialisty celého širokého spektra kardiologie. Kongres ukázal nové perspektivy prevence, diagnostiky a léčby kardiovaskulárních onemocnění od základního výzkumu po klinickou praxi u lůžka nemocných. Příští evropské setkání se bude konat ve Stockholmu ve dnech 28. 8.–1. 9. 2010.

Článek je převzatý z *Interní Med.* 2009; 11(10): 474.

MUDr. Filip Málek, Ph.D., MBA

Kardiologické oddělení, Kardiocentrum
Nemocnice Na Homolce
Roentgenova 2, 150 30 Praha 5
Filip.Malek@homolka.cz