

# 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.**

Interní Med. 2009; 11(10): 474

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 P2Y<sub>12</sub>, který zajišťuje rychlejší a větší protideštičkovou aktivitu než clopidogrel. PLATO byla multicentrická, dvojité 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 zlepší 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  $\leq 30\%$ ) a širokým QRS komplexem (QRS  $\geq 130$  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  $\geq 150$  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 prů-

běhu 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 A<sub>1</sub> receptoru adenosinu (A<sub>1</sub>RA) 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.

**MUDr. Filip Málek, Ph.D., MBA**  
Kardiologické oddělení, Kardiocentrum  
Nemocnice Na Homolce  
Roentgenova 2, 150 30 Praha 5  
Filip.Malek@homolka.cz