

# Zpráva z Evropského kardiologického sjezdu ESC, Mnichov 2012

Jan Vojáček

I. interní kardiologická klinika LF UK a FN v Hradci Králové

V letošním roce uplynulo 60 let od prvního kongresu Evropské kardiologické společnosti, který se konal v roce 1952 v Londýně. Tato oslava byla opakovaně zmiňována během letošního výročního ESC kongresu v Mnichově. Původní členské sjezdy Evropské kardiologické společnosti se konaly jednou za 4 roky – a po kongresech v roce 1956 ve Stockholmu a 1960 v Římě – čtvrtý kongres organizoval pozdější jediný český předseda ESC prof. MUDr. Jana Lukl, CSc. v roce 1964 v Praze. Následovaly další kongresy ve čtyřletých intervalech (Atény, Madrid, Amsterdam, Paříž, Düsseldorf, Vídeň) a od roku 1988 se kongresy konají každoročně. V roce 1988 se vídeňského kongresu účastnilo kolem 4 000 účastníků, což výrazně kontrastuje s 32 897 účastníky v roce 2011 v Paříži a 27 332 účastníky v letošním roce v Mnichově. Tímto se evropský kardiologický kongres stal největším kardiologickým setkáním na světě. Koná se pravidelně koncem srpna a začátkem září, konečný termín pro odeslání abstraktů je tradičně na svátek svatého Valentina 14. února téhož roku.

Na letošní sjezd bylo odesláno 9 614 abstraktů, z nichž bylo přijato k ústní prezentaci nebo posterové formě přibližně 30%. Tématem letošního kongresu bylo heslo „Od výzkumu k praxi“ a mělo znázorňovat usnadnění rychlého přenosu nových technik a vědeckých poznatků do klinické praxe. Je to uznání skutečnosti, že jenom velmi usilovnou snahou můžeme zajistit další zlepšování v péči o kardiologické nemocné. Většina sekcí se jako obvykle soustředila na nové vědecké poznatky základního výzkumu, ale své místo měly i informace soustřeďující se na nové klinické aplikace. Bylo prezentováno 6 nových nebo přepracovaných specifických doporučení – na prevenci kardiovaskulárních onemocnění, srdeční selhání, akutní infarkt myokardu s elevacemi ST úseku, třetí univerzální definice infarktu myokardu, chlopenní srdeční onemocnění a fibrilace síní.

V další informaci bych se chtěl omezit na vybrané specifické okruhy problémů.

Otázky protitrombotické léčby u nemocných s ischemickou srdeční chorobou, zvláště s akutním koronárním syndromem řešila celá řada studií a přehledných sdělení. Na základě výsledků studie

PLATO a TRITON bylo jednoznačně doporučeno využívat novější inhibitory ADP receptoru, jako jsou prasugrel či ticagrelor místo clopidogrelu. Otázkou zůstává, v které době po vzniku akutního koronárního syndromu a jakým způsobem má být podána nasycovací dávka. To čeká na zodpovězení v dalších studiích. Široce diskutovanou otázkou je použití antikoagulační léčby u nemocných s akutním koronárním syndromem. Dosud používané nízkomolekulární hepariny nebo nefrakcionovaný heparin jsou postupně nahrazovány celou řadou nových léků – jako je například bivalirudin, který je efektivnější s menším rizikem krvácivých komplikací. Oba tyto léky je možné kombinovat s protidiagnostickými preparáty. Proto dostaly doporučení 1A u nemocných s akutním infarktem myokardu s elevacemi v úseku ST. Objevuje se první studie s přímým inhibitorem faktoru Xa pro intravenózní podávání – otomixabanem, který byl již zkoušen ve fázi II klinických studií – SEPIA-ACS a v současné době pokračuje nábor ve studii fáze III (TAO). Byla ukončena megastudie ATLAS-ACS II, která testovala rivaroxaban podávaný u nemocných s akutními koronárními syndromy současně s protidiagnostickou léčbou. Studie přinesla pozitivní výsledek při nejnižší dávce 2,5 mg dvakrát denně. Došlo k významné redukci o 18% kompozitního endpointu kardiovaskulární úmrtí, infarkt myokardu a mozkomíšní cévní příhoda. Naproti tomu studie APPRAISE-2 s apixabanem byla předčasně ukončena pro zvýšený výskyt krvácení u aktivní skupiny bez poklesu ischemických příhod. Z mechanických opatření pro odstranění trombu u akutního infarktu myokardu s ST elevacemi je dnes již jednoznačně důkaz pro výhodu aspirace trombu aspiračním katétre. Studie TAPAS byla jedna z prvních randomizovaných studií na tomto poli a ukázala jasnou výhodu po 12 měsících s poklesem kardiovaskulárních úmrtí a reinfarktu.

Pozoruhodná sekce se zabývala postavením transradiálních intervencí pro léčbu ischemické srdeční choroby. Bylo zdůrazněno použití tohoto postupu u léčby postižení kmene levé věnčité tepny. V tomto případě většina nemocných může být léčena transradiálně, nicméně stále existují situace, kde by měl být použit větší

katétr a potom je uplatňován buď femorální přístup a nebo použití některých nových zaváděcích katétrů, tyto však vyžadují větší zkušenosti a mají delší výukovou křivku pro zvládnutí potíží a odstranění potencionálního nebezpečí spojeného s jejím použitím. Transradiální přístup je v celé řadě případů vhodný i pro řešení chronických totálních okluzí (CTO). V tomto případě je potřeba myslet na maximální zajištění dobré opory zaváděcího katetru a problémů s překonáním uzavěru supertenkým vodičem. Pro tyto případy jsou dedikované speciální zaváděcí katetry. V diskuzi zazněla možnost současného femorálního a radiálního přístupu dvěma lékaři u jednoho pacienta pro ušetření času, dávky záření a množství kontrastu. Transradiální přístup umožňuje i výhodu ambulantního provádění koronárních angioplastik u vybraných nemocných a registry a analýzy ukázaly, že tato možnost snižuje náklady, zvyšuje komfort pacientů bez zvestupu komplikací nebo rizik. V tomto ohledu byla zmíněna problematika úhrady ambulantních angioplastik pojišťovnami, v řadě zemí tyto nejsou hrazeny na rozdíl napří-

**Obrázek 1.** Nový prezident ESC profesor Panos E. Vardas z Heraklion University Hospital and Medical School, Kréta



klad od České republiky. Velká pozornost byla věnována i komplikacím a jejich zvládnutí, i když komplikace u radiálního přístupu jsou méně časté než u femorálního přístupu, přesto mohou být život ohrožující a je potřeba mít připraveny veškeré prostředky k jejich zvládnutí.

V sekci věnované akutním aortálním syndromům (disekce aorty typu A nebo B, intramurální hematom, penetrující aterosklerotický vřed) se pozornost soustředila především na diagnostiku a využití vícevrstvé počítačové tomografie, v ideálním případě hradlované (gated CT). Toto vyšetření slouží jako trojitá diagnostická pomůcka v jednom – umožňuje diagnostiku akutní disekce aorty, akutního koronárního syndromu i plicní embolizace. Zvyšující se incidence penetrujícího aterosklerotického vředu je nepochybná, může však souviset jednak s lepšími diagnostickými možnostmi a jednak s prodlužující se délkou života. Bylo zdůrazněno pochopení a rozdílnost mezi penetrujícím aterosklerotickým vředem a aterosklerotickým aneurysmatem. Úmrtnost na akutní koronární syndromy bez léčby bez ohledu na jejich formu zůstává vysoká. Rozhodujícím ukazatelem je časová prodleva mezi vznikem symptomů a adekvátní diagnózou a léčbou. Důležité je i následné pooperační vedení nemocných s akutními aortálními syndromy.

Konečně i pro naše podmínky byla vysoce závažná diskuze o indikátorech kvality v léčbě nemocných se STEMI. Jedním z prvních a nejdůležitějších je zpoždění na straně pacienta (rozhodující doba mezi vznikem potíží a vyhledáním pomoci), která je zatím nejdelší a nejobtížnější k jejímu cílenému zkracování. Vznikla door-to-balloon (D2B) aliance, která ukázala na klíčová měřítka, která mohou zkrátit dobu od prvního lékařského kontaktu do otevření tepny koronární angioplastikou. Na jedné straně je jednoznačně prokázán benefit přímého převozu nemocného z místa diagnostiky STEMI do katetizační laboratoře, na druhé straně však chybí zpětné posuzování uplatnění tohoto postupu u všech nemocných v daném regionu. Je jasné, že u většiny nemocných jsou správně uplatněna guidelines, některá data však nasvědčují tomu, že i v zemích s propracovanou strukturou péče o nemocné se STEMI dochází relativně často k nedodržení doporučených dob a k organizačním prodlevám svázaným s prvotním vyšetřením a transportem

nemocného. Transport nemocného záleží na řadě faktorů, především na spolupráci jednotlivých zúčastněných složek. Na jedné straně nemáme přesná čísla o účinnosti celého systému, na druhé straně je nepochybné, že i ve vyspělých zemích není situace stoprocentně optimální a je velké pole pro její zlepšení. V našich podmínkách jednoznačně není tímto zlepšením použití trombolýzy u nemocných, kteří nedosáhnou doporučené doby převozu k primární PTCA, jedinou cestou je zlepšení organizace tak, aby se tato doba sjednotila a ani u jednotlivých případů nepřesáhla doporučené hodnoty.

**prof. MUDr. Jan Vojáček, DrSc.**  
I. interní kardiologická klinika LF UK  
a FN v Hradci Králové  
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové  
vojacjan@fnhk.cz

