

KARDIOLOGIA

Polscy kardiolodzy wobec europejskich wytycznych



Anna ZIELIŃSKA

W dniach 26–28 września 2019 r. w Katowicach odbył się XXIII Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, który jak co roku zgromadził najwybitniejszych polskich specjalistów w tej dziedzinie medycyny. Dzielili się oni swoją wiedzą, opowiadali o ostatnich badaniach naukowych i wyjaśniali wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (*European Society of Cardiology – ESC*). Największym zainteresowaniem uczestników cieszyły się sesje dotyczące najnowszych wytycznych postępowania w przewlekłych zespołach wieńcowych, ostrej zatorowości płucnej, dyslipidemii, częstoskurczach nadkomorowych, cukrzycy i stanie przedcukrzycowym. Równie interesujące były wykłady dotyczące choroby wieńcowej, kardiomiopatii, chorób osierdza, nadciśnienia, wad zastawkowych, badań obrazowych, leczenia interwencyjnego, intensywnej terapii i in. W ramach Kongresu odbyła się też sesja plakatowa.

Leczenie przeciwkrzepliwe

Wątpliwości związane z leczeniem przeciwkrzepliwym starała się rozwiązać prof. dr hab. n. med. Anetta Undas, której wykład o miejscu antykoagulacji w prewencji zdarzeń sercowo-naczyniowych opierał się na wynikach głośnego badania COMPASS. W pracy tej chorych podzielono na trzy grupy – leczonych kwasem acetylosalicylowym (*acetylsalicylic acid – ASA*) w dawce 100 mg i riwaroksabanem 2 razy 2,5 mg, tylko ASA oraz tylko riwaroksabanem. Porównując dwie pierwsze grupy, obserwowano bardzo korzystne wyniki leczenia skojarzonego – redukcję udarów mózgu o 42 proc., zawałów serca o 14 proc., zgonu z jakiegokolwiek przyczyny o 23 proc. Terapia ta okazała się natomiast mniej bezpieczna – wiązała się ze wzrostem ryzyka poważnych krwawień o 70 proc., ale bez wzrostu liczby krwotoków śmiertelnych. Prelegentka zasugerowała, jak te wyniki wcielić w życie. Należałoby rozważyć dodanie do ASA riwaroksabanu w dawce 2 razy 2,5 mg u pacjentów spełniających kryteria włączenia do badania COMPASS. Dotyczy to więc chorych starszych (od 65. roku życia) z wywiadem choroby wieńcowej lub choroby naczyń obwodowych (objawowej miażdżycy tętnic kończyn dolnych lub zwężenia tętnicy szyjnej powyżej 50 proc.) albo pacjentów młodszych z chorobą dwóch łożysk naczyniowych bądź przynajmniej dwoma dodatkowymi czynnikami ryzyka, takimi jak: nikotynizm w ostatnim roku, cukrzyca, eGFR 15–60 ml/min, niewydolność serca (NYHA III/IV albo LVEF poniżej 40 proc.), nielakunarny udar niedokrwienny mózgu przebyty co najmniej miesiąc wcześniej (obecnie dąży się do wydłużenia tego okresu do roku). Trzeba oczywiście dodatko-

wo wziąć pod uwagę indywidualne ryzyko krwawienia, potrzebę podwójnego leczenia przeciwplatekcyjnego czy pełnego leczenia przeciwkrzepliwego.

Zakrzepica

Duże zainteresowanie wzbudziła sesja dotycząca żylnych chorób zakrzepowo-zatorowej (ŻChZZ). W świetle najnowszych wytycznych ESC obecnie w diagnostyce zatorowości płucnej na pierwszy plan wysuwa się tomografia komputerowa (TK) tętnic płucnych, a oznaczanie poziomu D-dimerów służy do wykluczenia choroby. Szeroko dyskutowane przewlekłe leczenie ŻChZZ omówił prof. dr hab. n. med. Michał Ciużyński. Coraz częściej, w zależności od ryzyka nawrotu choroby, dąży się do przedłużania antykoagulacji powyżej standardowych 3 miesięcy. Niskie ryzyko nawrotu ŻChZZ związane jest z istotnymi odwracalnymi czynnikami ryzyka, takimi jak: duży zabieg chirurgiczny, uraz ze złamaniem kończyny dolnej czy unieruchomienie w łóżku szpitalnym. Umiarkowane ryzyko nawrotu dotyczy pacjentów bez zidentyfikowanych czynników ryzyka, z zapalną chorobą jelit, z aktywną chorobą autoimmunologiczną bądź z obecnością odwracalnych mniej istotnych czynników ryzyka (niewielki zabieg chirurgiczny wymagający znieczulenia poniżej 30 min, unieruchomienie w szpitalu poniżej 3 dni, terapia estrogenowa, ciąża, połów, unieruchomienie w łóżku poza szpitalem powyżej 3 dni, uraz kończyny dolnej bez złamania, lot trwający powyżej 6 godzin). Wysokie ryzyko dotyczy chorych z nieusuwalnym czynnikiem ryzyka ŻChZZ, takim jak: nowotwór, zespół antyfosfolipidowy, przebyta ŻChZZ niezwiązana z istotnymi odwracalnymi czynnikami

ryzyka. Pacjentów z pierwszym epizodem ŻChZZ wtórnym do istotnego odwracalnego czynnika ryzyka leczy się przez 3 miesiące. Jednak już w przypadku pierwszego epizodu o nieuchwytej przyczynie, a także przy obecności przetrwałych umiarkowanych lub odwracalnych niewielkich czynników ryzyka należy rozważyć przedłużenie leczenia powyżej 6 miesięcy po ocenie ryzyka nawrotu ŻChZZ, krwawienia (np. w skali HAS-BLED czy VTE-BLEED) i przedłużonej antykoagulacji. Osoby z wysokim ryzykiem nawrotu choroby należy leczyć bezterminowo i monitorować ambulatoryjnie. W leczeniu ŻChZZ rekomendowane są nowe doustne antykoagulanty (NOAC), z wyjątkiem osób z zespołem antyfosfolipidowym (w tym przypadku preferowane jest leczenie VKA, a NOAC są mniej skuteczne), ciężką dysfunkcją nerek, kobiet w ciąży lub karmiących piersią. W wybranych grupach chorych należy rozważyć przedłużone leczenie apiksabanem lub riwaroksabanem w zredukowanych dawkach. Profesor dr hab. n. med. Piotr Pruszczyk, członek grupy roboczej tworzącej najnowsze wytyczne ESC dotyczące ostrej zatorowości płucnej, w swoim wykładzie wyróżnił szczególną grupę osób ze zwiększonym ryzykiem ŻChZZ – pacjentów z nowotworami, szczególnie nowotworami krwi, płuc i układu pokarmowego. W trakcie diagnostyki nowotworowej u 2,6 proc. chorych przypadkowo wykrywa się w TK zatorowość płucną. Według najnowszych wytycznych ESC, jeśli pacjent ma zatory w tętnicach płucnych segmentalnych, proksymalnych, licznych subsegmentalnych lub jednej subsegmentalnej z rozpoznaną zakrzepicą żylną, powinien być leczony tak samo, zależnie od tego, czy przebieg jest objawowy czy

bezobjawowy. Trzeba jednak pamiętać, że nawet do 50 proc. izolowanych skrzeplin w tętnicach subsegmentalnych stwierdzonych w TK może być artefaktami. Zgodnie z najnowszymi wytycznymi u chorych z nowotworem i ostrą zatorowością płucną należy rozważyć stosowanie heparyny drobnocząsteczkowej (HDCz) przez pierwsze 6 miesięcy terapii, a następnie antagonistów witaminy K (VKA). Alternatywą dla HDCz może być edoksaban lub riwaroksaban, z wyjątkiem chorych z nowotworem przewodu pokarmowego, gdyż w badaniach wykazano większą częstość występowania krwawień z przewodu pokarmowego u osób przyjmujących NOAC w porównaniu z HDCz. U pacjentów z nowotworami należy rozważyć wydłużenie leczenia przeciwkrzepliwego powyżej 6 miesięcy, do czasu wyleczenia choroby onkologicznej.

Diagnostyka, profilaktyka i terapia w kardiologii

Wartościowe okazały się również sesje dydaktyczne dotyczące postępowania w konkretnych jednostkach chorobowych. Do prowadzenia sesji na temat niewydolności serca oprócz kardiologów zaproszono nefrologa, który wskazał miejsce ultrafiltracji i hemodializy w trudnych przypadkach zaostrzenia przewlekłej niewydolności krążenia. Interdyscyplinarny charakter miała też sesja poświęcona terapii przeciwcukrzycowej inhibitorami kotransportera sodowo-glukozowego 2 (SGLT2) – flozynami. Okazuje się, że leki te mają działanie nie tylko hipoglikemizujące, lecz także kardioprotekcyjne. W związku z tym znalazły one swoje miejsce w najnowszych wytycznych ESC. To istotne, bo niewydolność serca jest najczęstszą manifestacją choroby sercowo-naczyniowej u chorych na cukrzycę. Sesja współprowadzona przez przewodniczącego ESC, prof. Stephana Achenbacha, dotyczyła miejsca TK serca w prowadzeniu interwencji wieńcowych i strukturalnych. W ostatnich wytycznych ESC angio-TK tętnic wieńcowych po raz pierwszy znalazła się w I klasie zaleceń jako metoda wstępnej diagnostyki choroby niedokrwiennej serca w przypadkach objawowych. Prelegenci wskazywali także, że TK może okazać się pomocna przy ocenie wad zastawkowych i wyborze metody ich leczenia. Podczas sesji dydaktycznej „Prewencja udaru mózgu w wadach strukturalnych serca” mówiono m.in. o rzadkich przetokach tętniczo-żylnych w krążeniu płucnym, które mogą prowadzić do przedostawania się materiału zatorowego z naczyń obwodowych do naczyń mózgowych. Anomalię tę stwierdza się w echokardiografii przezprzełykowej lub przezczaszkowym USG dopplerowskim z podaniem kontrastu, lub z zastosowaniem metody bardziej inwazyjnej – angiografii tętnic płucnych. W trakcie Kongresu odbyła się premiera podręcznika Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego „Kardiologia” pod redakcją prof. Piotra Ponikowskiego, prof. Piotra Hoffmana, prof. Adama Witkowskiego i prof. Piotra Lipca. Organizatorzy zaprosili już na kolejne spotkanie 17–19 września 2020 r., tym razem do Krakowa. ■