

Opracowała Iwona Kazimierska

# Kongres ESC – nowe zalecenia, ale też rozczarowania wynikami badań

Kongres Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (*European Society of Cardiology – ESC*), będący jednym z najważniejszych spotkań środowiska kardiologów na świecie, odbył się w tym roku 26–29 sierpnia w Barcelonie. Pierwszy raz od 2019 r. w formule stacjonarnej, choć można było też uczestniczyć online. Najważniejsze doniesienia kongresowe prezentuje i komentuje dla „Kuriera Medycznego” prof. dr hab. n. med. Robert J. Gil, kierownik Kliniki Kardiologii Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie, prezes elekt Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

W Barcelonie zostały ogłoszone nowe wytyczne ESC w czterech obszarach: kardiologii, komorowych zaburzeń rytmu i prewencji nagłego zgonu sercowego, oceny sercowo-naczyniowej i postępowania z pacjentami poddawaniymi operacjom niekardiologicznym oraz nadciśnienia płucnego.

## Musimy odejść od schematów, których uczyliśmy się do egzaminów na studiach

Moja pierwsza myśl po sesji poświęconej omówieniu wytycznych kardiologicznych (tak się składa, że była pierwszą sesją dotyczącą wytycznych) była taka, że podręczniki, z których uczą się studenci medycyny i lekarze przygotowujący się do egzaminu specjalizacyjnego, zawierają wiele informacji o danych jednostkach chorobowych, a stosunkowo mało takich, które rozjaśniają meandry procesu diagnostycznego i dotyczą optymalizacji terapii. Matka nauk medycznych – interna – wymaga od adepta medycyny wiedzy, która znajduje się w podstawowych podręcznikach dotyczących również konkretnych specjalności (w moim przypadku kardiologii), ale te informacje przy takim postępie medycyny, z jakim mamy do czynienia, to dużo za mało. Dlatego w następnej kolejności tzw. specjalizant musi pogłębiać swoją wiedzę, zapoznając się z bardziej rozbudowanymi opracowaniami, np. monografiami, które są poświęcone pojedynczym jednostkom chorobowym. Dla odmiany informacje,

które możemy z nich czerpać, są już super-szczegółowe.

Wiedza, która jest potrzebna, żeby zaliczyć egzamin specjalizacyjny z kardiologii, prowadzi do tego, że adept tej dyscypliny ma głowę nabitą teorią, zna mnóstwo mniej i bardziej ważnych szczegółów, w tym dotyczących opcji postępowania, i w rezultacie zdaje egzamin. Kiedy jednak przychodzi co do czego – czytaj: staje przed pacjentem z realnymi problemami, często w środku nocy podczas pełnienia samodzielnego dyżuru – to ta wiedza okazuje się mało

”

Najważniejsza zmiana w podejściu do pacjentów kardiologicznych polega na tym, że zanim onkolog zadecyduje o leczeniu przeciwnowotworowym, powinien poprosić o konsultację kardiologa. Co więcej, powinien bez konsultacji kardiologicznej wykonać pewne badania





## KARDIOLOGIA

”

U stabilnych pacjentów nawet z niską frakcją wyrzutową lewej komory trzeba mocno wykazać, że mięsień sercowy żyje, a po drugie, że zwężenia indukują niedokrwienie określonej wielkości, które jest odwracalne w badaniach obrazowych

praktyczna. Zaryzykuję tutaj stwierdzenie, że paradoksalnie w takim momencie nierzadko musimy odejść od schematów, których uczyliśmy się do egzaminów. Pacjent od pacjenta zawsze czymś się różni, choroby towarzyszące zmieniają (żeby nie powiedzieć „zamazują”) obraz kliniczny głównej jednostki chorobowej, rokowanie, a na dodatek wymuszają na nas dobór farmakoterapii tak, aby nie było złych interakcji z lekami przyjmowanymi z powodu innych chorób.

#### Nowe wytyczne zawierają doskonale opracowane ścieżki postępowania

Na kongresy ESC jeżdżę od wielu lat. Staram się propagować i sam w codziennej praktyce korzystam z ogłaszanych tam wytycznych. To zapewne nic odkrywczego, ale obserwuję taką tendencję, że każda nowa wersja wytycznych przybliża lekarza do pacjenta, pokazuje ścieżki diagnostyki i związki, jakie trzeba znajdować między objawami, wynikami badań dodatkowych, obciążeniem pacjenta innymi jednostkami chorobowymi oraz przyjmowanymi lekami, aby zoptymalizować i zindywidualizować terapię, zapewniającą danemu choremu maksymalny efekt nie tylko krótkoterminowy, ale przede wszystkim odległy. Dla mnie ESC w sposób idealny uzupełnia tę wiedzę, która do tej pory była zdobywana w ramach wieloletniej pracy klinicystów i przekazywana lokalnie między nimi oraz w ramach publikacji naukowych. Czytając najnowsze wytyczne ESC, odnosi się wrażenie, że mamy wyznaczone standardy, do których wszyscy musimy dążyć. Dodam, że w zdecydowanej większości są one możliwe do zrealizowania w naszym kraju. Dzisiaj dzięki wytycznym ESC z całą pewnością łatwiej jest poradzić sobie z ciężkimi przypadkami klinicznymi, nie do końca jednoznacznie opisanymi w podręcznikach. Nie chciałbym się odnosić szczegółowo do wszystkich czterech wytycznych, bo każdy z tych dokumentów wymaga bardzo głębokiego przestudiowania, sam zresztą jeszcze tego nie zrobiłem. Z dużym zaciekawieniem je przeglądam i analizuję, bo forma, w której zostały przygotowane, bardzo ułatwia życie lekarzowi praktykowi. Pokazują

one ścieżki – jak powinniśmy postępować, żeby jak najefektywniej diagnozować i leczyć chorych.

#### Kardioonkologia – odwrócenie sytuacji

W przypadku kardioonkologii warto podkreślić, że przedstawiane w Barcelonie wytyczne są pierwszymi zaleceniami ESC dotyczącymi tej dziedziny i dlatego chciałbym o nich powiedzieć nieco więcej niż o pozostałych.

Warto zdawać sobie sprawę, że choroby onkologiczne i choroby układu sercowo-naczyniowego to prawdziwe utrapienie naszej cywilizacji, przy czym nie wykluczają się one wzajemnie, wręcz odwrotnie – współistnieją. Co więcej, w odróżnieniu od innych wytycznych w tej dziedzinie medycyny mamy ograniczoną liczbę badań z randomizacją, a i celowanych rejestrów też nie jest za wiele, dlatego dowody, które powinny stanowić podstawę podejmowania decyzji klinicznych, siłą rzeczy muszą uwzględnić konsensus opinii ekspertów.

Podczas lektury wytycznych kardioonkologicznych bardzo pozytywnie uderzyło mnie zupełne odwrócenie sytuacji, do której jesteśmy przyzwyczajeni. Koledzy praktykujący kardiologię w szpitalach, które mają w swoich strukturach oddziały onkologiczne, są przyzwyczajeni do konsultacji dotyczących najczęściej pacjentów z powikłaniami kardiologicznymi spowodowanymi przez stosowanie leków onkologicznych. Najnowsze wytyczne ESC mówią, że już na etapie kwalifikacji pacjenta do leczenia onkologicznego powinna być przeprowadzona pełna analiza obciążenia chorobami sercowo-naczyniowymi. Notabene może to zrobić onkolog. Takie podejście dostarczy nam informacji, na ile zastosowane leczenie przeciwnowotworowe może coś jeszcze bardziej uszkodzić w układzie sercowo-naczyniowym. Wiadomo, że organ słabszy, niewydolny jest podatniejszy nawet na małe uszkodzenia, których leki onkologiczne są w stanie dokonać.

W trakcie przygotowywania tych wytycznych poddano analizie wiele leków onkologicznych stosowanych w najczęstszych chorobach nowotworowych, które mogą uszkadzać układ sercowo-naczyniowy. Daje nam to konkretną wiedzę, które z nich są najbardziej kardiotoxyczne i których w związku z tym powinniśmy unikać. Nowe wytyczne zawierają doskonale opracowane ścieżki postępowania w zależności od tego, w jakim stopniu funkcja, głównie serca, ulega uszkodzeniu w wyniku leczenia onkologicznego. Wskazują też, w jakich przypadkach zmniejszyć dawkę leku lub całkowicie go wycofać i zmienić na inny. Najważniejsza zmiana w podejściu do pacjentów kardioonkologicznych polega jednak na tym, że zanim onkolog zadecyduje o leczeniu przeciwnowotworowym, powinien poprosić o konsultację kardiologa. Co więcej, powinien bez konsultacji kardiologicznej wykonać pewne badania w tzw. punkcie zero terapii, których wyniki będą



Fot. iStockphoto

porównywane z wynikami badań wykonanych już w trakcie leczenia onkologicznego. Wszystko po to, żeby konsultujący kardiolog i sam onkolog mogli ocenić, na ile zmiany postępują. Podstawowe badania to elektrokardiografia i echokardiografia spoczynkowe. Bez tych dwóch badań diagnostycznych nie można rozpocząć leczenia onkologicznego.

Podsumowując – najnowsze wytyczne kardioonkologiczne ESC są nie tylko dla kardiologów, lecz także dla onkologów. Te dziedziny muszą ze sobą współdziałać, bo mamy coraz więcej pacjentów leczonych coraz to nowszymi, ale nierzadko bardzo toksycznymi lekami przeciwnowotworowymi. Te leki są wysoce skuteczne w zwalczaniu komórek nowotworowych albo co najmniej ich osłabianiu, ale przy okazji mogą uszkodzić serce.

#### Co nowego w VA i SCD?

Wytyczne dotyczące komorowych zaburzeń rytmu (*ventricular arrhythmias* – VA) oraz prewencji nagłego zgonu sercowego (*sudden cardiac death* – SCD) są aktualizacją wytycznych ESC z 2015 r. Niewątpliwie jest to nowe spojrzenie na epidemiologię SCD, uwzględniające nowe dowody dotyczące podłoża genetycznego, obrazowania i wyników klinicznych leczenia, a także stratyfikacji ryzyka groźnych zaburzeń rytmu serca. Najlepszym dowodem na zdecydowanie szersze potraktowanie tematu jest podjęcie pięciu nieporuszanych wcześniej zagadnień: prowokacyjnych testów diagnostycznych, badań genetycznych, oceny diagnostycznej przy pierwszych objawach VA u pacjentów bez rozpoznanej choroby

serca, postępowania z pacjentami z burzą elektryczną, szczególnych aspektów terapii urządzeniami.

Z kolei wytyczne dotyczące oceny sercowo-naczyniowej i postępowania z pacjentami poddawaniymi operacjom niesercowym są próbą stworzenia optymalnego i wystandardyzowanego podejścia zgodnego z zasadami medycyny opartej na faktach (*evidence based medicine*) do okołoperacyjnego postępowania w kontekście układu sercowo-naczyniowego. Proponowana ocena pacjenta powinna integrować kliniczne czynniki ryzyka i wyniki badań układu sercowo-naczyniowego z szacowanym obciążeniem wynikającym z planowanego zabiegu chirurgicznego i ryzykiem związanym z odstawieniem leków. Nie przypominam sobie, aby ESC zajmowało się tymi zagadnieniami tak szczegółowo, co nie znaczy, że nie można było znaleźć informacji o nich w innych opracowaniach.

O zakresie poruszonej w wytycznych problematyki świadczy implementowanie 13 nowych lub praktycznie nowych zagadnień. W wytycznych znalazły się między innymi nowa sekcja poświęcona tzw. kruchości (*frailty*), nowe rozdziały dotyczące perspektywy pacjenta, okołoperacyjnej profilaktyki przeciwzakrzepowej, zarządzania ryzykiem sercowo-naczyniowym u pacjentów z nowotworami, diagnostyki i postępowania pooperacyjnego.

W ostatnich latach poczyniono znaczne postępy w wykrywaniu i leczeniu nadciśnienia płucnego (*pulmonary hypertension* – PH) i wydaje się, że wszystkie nowe odkrycia i trendy znalazły swoje miejsce w czwartym już wydaniu wytycznych





ESC w zakresie diagnozowania i leczenia PH. Te kompleksowe wytyczne dotyczące praktyki klinicznej obejmują całe spektrum PH z naciskiem na diagnostykę i leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego (*pulmonary arterial hypertension* – PAH) i przewlekłego zakrzepowo-zatorowego nadciśnienia płucnego (*chronic thromboembolic pulmonary hypertension* – CTEPH). Na pytanie, co w nich naprawdę nowego, nie sposób odpowiedzieć w kilku zdaniach. O wadze zmian niech świadczy wprowadzenie nowej definicji PH z graniczną wartością dla naczyniowego oporu płucnego oraz definicji wysiłkowego PH. W zakresie diagnostyki PH opracowano nowy algorytm mający na celu wcześniejsze wykrycie PH w populacji. Stratyfikacja ryzyka została rozszerzona o obrazowanie echokardiograficzne i rezonansu magnetycznego serca. Zmodyfikowano algorytm leczenia PAH, a zalecenia dotyczące wstępnych terapii lekowych zostały uproszczone.

### Moja wiara w aspirynę była większa

Jeśli chodzi o zaprezentowane w Barcelonie wyniki nowych badań, to mam mieszane uczucia, bo było ich co prawda sporo, ale nie wszystkie wydają się naprawdę ważne, a część nawet rozczarowuje (głównie dotyczące nowych doustnych leków przeciwkrzepliwych). Poniżej prezentuję te, które najbardziej utkwiły mi w głowie.

Okazało się, że w prewencji wtórnej mamy świetną alternatywę dla kwasu acetylosalicylowego (*acetylsalicylic acid* – ASA), czyli popularnej aspiryny (badanie PANTHER).



*Polypill* poprawia *compliance*, ale nie wszystkich pacjentów będzie na nią stać. Wiadomo, nowość musi kosztować

Są to leki przeciwplatekcyjne należące do grupy inhibitorów receptora P2Y<sub>12</sub>: klopidogrel, tikagrelor i prasugrel, które w monoterapii w prewencji wtórnej okazały się nie gorsze od ASA. Generalnie pozycja ASA trochę słabnie, zwłaszcza jeśli chodzi o prewencję wtórną. To niby nie jest wielkie zaskoczenie, ale przez lata moja wiara w aspirynę była jednak większa. Z przekonaniem stosowaliśmy ASA i przy niskich dawkach wydawało się, że działania niepożądane nie są problemem. A teraz się okazuje, że nie dość, że jest mniej efektywny, to jeszcze niesie więcej powikłań.

To mi trochę przypomina sytuację, kiedy uważano, że klopidogrel po implantacji stentu jest znakomitym lekiem, a potem pojawiły się nowe leki przeciwplatekcyjne i nagle zaczęły do nas docierać informacje o jego niedoskonałościach.

### Leki na nadciśnienie – komu rano, a komu wieczorem

Zaskoczyły mnie trochę wyniki badania TIME, które miało pokazać, czy leki na nadciśnienie korzystniej jest stosować rano czy wieczorem. Okazuje się, że nie ma to znaczenia. Niby logiczne, bo prze-

cież najważniejsze jest dobre *compliance*, czyli regularne przyjmowanie leków przez pacjenta i przez to utrzymywanie ich odpowiedniego stężenia we krwi.

Mam takie przemyślenie. Ludzi pod względem aktywności można podzielić na dwa typy – sowy i skowronki. Decyzja, komu podawać leki przeciwnadciśnieniowe rano, a komu wieczorem, powinna być uzasadniona aktywnością dobową chorego. Na pewno dobrze by było, żeby leki były przyjmowane o stałej porze. Wtedy zapewniamy stałe stężenie substancji czynnej we krwi i całodobową ochronę układu sercowo-naczyniowego.

### Polypill i floszyny – dobre wyniki badań

Na kongresie ogłoszono również wyniki badania SECURE, w którym porównano tabletkę wielolekową (*polypill*) z tradycyjną terapią wielolekową. Okazuje się, że niby nie ma istotnych różnic, a jednak pewne cechy *polypill* wskazują na jej potencjalną przewagę. Oceniana w tym badaniu *polypill* miała trzy składowe: inhibitor konwertazy, statynę oraz ASA. Taka tabletkowa poprawia *compliance*, chociaż z drugiej strony nie wszystkich pacjentów może być na nią stać. Wiadomo, nowość musi kosztować.

Jeśli chodzi o kolei o niewydolność serca, to okazuje się, że floszyny (dokładnie dapagliflozyna – badanie DELIVER) u chorych z łagodnie obniżoną oraz z zachowaną frakcją wyrzutową lewej komory są podobnie skuteczne jak w przypadku obniżonej wartości frakcji wyrzutowej. Czyli triumfalny pochód floszyn trwa.

### Trochę rozczarowań

W przypadku pacjentów z migotaniem przedsionków na tle choroby reumatycznej serca wyniki badania INVICTUS wykazały, że nowe doustne leki przeciwkrzepliwe nie są tak skuteczne jak starzy dobrzy antagoniści witaminy K.

W badaniu ALL-HEART, które dotyczyło pacjentów z chorobą niedokrwinną, ale bez dny moczanowej, allopurinol nie dał efektów prewencyjnych, jakich oczekiwaliśmy. Wydaje się, że wiara w poziom kwasu moczowego jako czynnik ryzyka sercowo-naczyniowego znacznie się zmniejszy.

Pewnym rozczarowaniem były dla mnie wyniki badania REVIVED zajmującego się wpływem dodatkowej rewaskularyzacji przezskórnej u pacjentów z przewlekłą niewydolnością serca z ciężkim obniżeniem frakcji wyrzutowej na tle choroby wieńcowej, ale z potwierdzoną żywotnością mięśnia sercowego. Okazuje się, że przynajmniej w ciągu 2 lat obserwacji angioplastyka wieńcowa nie wykazała przewagi w stosunku do leczenia wyłącznie farmakologicznego. Z drugiej strony należy pamiętać, że z tego badania byli wykluczeni pacjenci indukujący niedokrwienie, z powodu ostrych zespołów wieńcowych, przechodzący zaostrenie niewydolności serca. Oznacza to, że u pacjentów stabilnych, czyli z przewlekłym zespołem wieńcowym,



W zakresie diagnostyki nadciśnienia płucnego opracowano nowy algorytm mający na celu wcześniejsze wykrycie PH w populacji. Zmodyfikowano też algorytm leczenia PAH, a zalecenia dotyczące wstępnych terapii lekowych zostały uproszczone

u których jest balans ukrwienia pomimo zwężeń, dodatkowa rewaskularyzacja nie skutkuje istotnym wzrostem frakcji wyrzutowej i wydłużeniem życia. To tylko i wyłącznie potwierdza przekonanie, zwłaszcza lekarzy zachowawczych, że u stabilnych pacjentów nawet z niską frakcją wyrzutową lewej komory trzeba mocno wykazać, że mięsień sercowy żyje, a po drugie, że zwężenia indukują niedokrwienie określonej wielkości, które jest odwracalne w badaniach obrazowych.

Jako kardiologowi interwencyjnemu nastrój nieco mi poprawiły wyniki badania FRAME-AMI, które dowodzą, że u chorych ze świeżym zawałem serca i wielonaczyniową chorobą wieńcową strategia wyboru naczyń niezwiązanych z zawałem do rewaskularyzacji oparta na pomiarach wartości cząstkowej rezerwy wieńcowej (*fractional flow reserve* – FFR) ma istotną przewagę w stosunku do strategii opartej na analizie angiograficznej średnicy zwężenia naczyń.

### Radość z bezpośredniego kontaktu

Jak już wspominałem, tych nowo ogłoszonych badań było wiele i nie sposób o wszystkich napisać, ale zachęcam do poświęcenia im trochę czasu. Ich wyniki mogą zweryfikować naszą wiedzę i aktualność terapii, a także diagnostyki. Materiałów w internecie jest mnóstwo, ale ja zachęcam do zapoznania się z przygotowanymi przez ESC (<https://esc365.escardio.org>), gdzie nie ma sensacji i komercji, tylko obiektywna wiedza.

Na koniec pozwolę sobie podzielić się odczuciami z terenów kongresowych. Podczas Kongresu ESC 2022 widziałem uśmiechnięte twarze szczęśliwych ludzi uczestniczących w nim stacjonarnie, którzy wreszcie mogli się spotkać z kolegami nie tylko ze swojego kraju. To były wspaniałe spotkania z przyjaciółmi niewidzianymi przez 3–4 lata. Ta radość i chęć bezpośredniej wymiany opinii rzucała się w oczy. Proszę mi wierzyć, takiej radości z bezpośredniego kontaktu, a nie udziału online wcześniej nie widziałem, choć uczestniczę w kongresach ESC od lat. Przypomnę, że liczba uczestników wyniosła bez mała 29 tys., z czego prawie 4 tys. to wykładowcy. ■