

Čtvrteční kongresový den byl zahájen blokem přednášek **“Zobrazovací metody v nových ESC doporučeních 2019 pro plicní embolii”**.

První část se zabývala echokardiografickým vyšetřením, které má hlavní roli u pacientů hemodynamicky nestabilních se suspektní plicní embolií, kde je TTE vyšetření na 1.místě v diagnostickém algoritmu (diferenciální diagnostika při šokových stavech s obrazem podobným PE). Naopak u pacientů hemodynamicky stabilních není TTE součástí diagnostického algoritmu (hlavní jsou D-dimery a CTag plicnice), ale má zde roli v rizikové stratifikaci pacientů. Minimálně 50% pacientů s plicní embolií má normální TTE nález. Neexistuje univerzální ECHO parametr poskytující rychlou a spolehlivou informaci o velikosti a funkci PK, v současnosti se doporučuje dělat více projekcí se zaměřením na více parametrů (D-shape, TAPSE, zvýšený gradient na TCH obvykle pod 50-60mmHg, rozšíření a snížený kolaps DDŽ..) TTE parametry detekující nepřímé známky plicní embolie (přetížení pravé komory) mají vysokou negativní prediktivní hodnotu – pokud nejsou přítomny riziko časně smrti a komplikací je nízké.

CT angiografie plicnice je jednou ze stěžejních zobrazovacích metod při podezření na akutní plicní embolii, kdy senzitivita a specifita přesahuje 90%. Výhodou je i skutečnost, že v 70% případů vede k nálezu různých dalších patologií, orientačně lze zhodnotit srdeční oddíly a známky plicní hypertenze. Byla zde zmíněna možnost triple rule-out modifikovaného angiografického vyšetření, jehož cílem je vyloučit AKS, plicní embolii a disekci aorty u pacientů s akutní bolestí na hrudi a nízkým až středním rizikem AKS, kdy není možno vyloučit postižení aorty či plicnice.

Scintigrafie plicní perfuze a ventilace stále hraje u pacientů s embolií do plicnice významnou roli, kdy hlavní klinickou úlohou plicní scintigrafie je embolii do plicnice vyloučit. Hlavní výhodou je nízká radiační zátěž a žádná kontrastní látka a tedy možné použití u těhotných žen a pacientů s kontraindikací CTag (alergická reakce na kontrastní látku, těžké renální selhání). Význam plicní scintigrafie posílil u pacientů s podezřením na CTEPH, kdy u symptomatických pacientů s přetrvávající poruchou perfuze více než 3 měsíce, by měl být pacient odeslán do poradny plicní hypertenze.

Efektivní léčba dyslipidémie u rizikového pacienta – co nám až dosud chybělo?

Tento blok se zabýval běžnou praxí, kdy se nejčastěji setkáváme s pacienty, kteří patří do skupiny velmi vysokého kardiovaskulárního rizika. U těchto pacientů, je cíl snížit LDL pod 1,4mmol/l a o nejméně 50% výchozích hodnot před léčbou. Statiny jsou nejúčinnější a nejbezpečnější léky v kardiovaskulární prevenci. Ukazuje se, že více je lépe a měli bychom používat vysoce intenzivní léčbu statinem (atorvastatin 40-80mg/d, rosuvastatin 20-40mg/d). U pacientů s AKS je riziko recidivy IM nejvyšší v prvním roce po propuštění z hospitalizace. U těchto pacientů bychom měli dosáhnout rychlého snížení hladiny cholesterolu. Pokud nedosáhneme do 4 týdnů od příhody na maximální dávce statinu cílových hodnot měl by se do terapie přidat ezetimib, s výhodou ve fixní kombinaci se statinem (úhrada fixní kombinace možná až po 3 měsících léčby volné kombinace ezetimib + statin). Při nedosažení cílových hodnot na terapii statinem a ezetimibem jsou na řadě inhibitory PCSK9.

Na toto téma odpoledne pokračovalo sympozium jak zahájit léčbu PCSK9i.

Zde je poukázáno na změnu úhradových podmínek Praluent 75mg (alirokumab) - od 01.10.2020 může být indikován k léčbě pacientů s nefamiliární hypercholesterolémii v sekundární prevenci s LDL-C nad 2,5mmol/l a u pacientů s heterozygotní familiární hypercholesterolémii v primární prevenci s LDL nad 3,1mmol/l.

Léčba pacienta se srdečním selháním - začínáme včas?

Jak už název napovídá, tento blok se zabýval srdečním selháním, jeho narůstající prevalencí, nutností aktivního pátrání po těchto pacientech s včasným zahájením terapie a následnou centrovou péčí ve snaze zabránit progresi onemocnění a zlepšení kvality života.

Část přednášek se věnovala natriuretickým peptidům. Vzhledem k jejich negativní prediktivní hodnotě (až v 99%) by měly být stanovovány při vyšetřování dušnosti a pomoci včasnějšímu zachytu srdečního selhání. Vysoká hodnota NT-proBNP je spojena s horší KV prognózou. Dle studie PROVE-IT léčba sacubitril/valsartanem vedla k výraznému poklesu NT-proBNP během 2 týdnů a k dalšímu poklesu došlo během 12 měsíců, echokardiograficky pokles NT-proBNP koreloval se zlepšením markerů srdeční funkce/objemu.

V poslední přednášce s názvem bojíme se dostatečně náhlé srdeční smrti jsme se dozvěděli, že výskyt náhlé srdeční smrti má u nemocných se srdečním selháním klesající tendenci. Při správné léčbě pacientů se srdečním selháním dle doporučených postupů dochází ke snížení výskytu náhlé srdeční smrti.

Mimo jiné zde byla zmíněná studie DANISH, která u pacientů s HFrEF s neischemickou kardiomyopatií neprokázala benefit z implantace ICD oproti konzervativnímu postupu, benefit byl prokázán v podskupině u pacientů pod 59let života.

Bylo zde poukázáno na fakt, že ani ICD není všemocné a u těžkého srdečního selhání nereagující na farmakoterapii blížící se konec pacientovy cesty neodvrátí ani ICD.

Poslední přednáškový blok se zabýval **trombembolickou nemocí a novinkami z praxe.**

Diskutována byla převážně studie Compass, která potvrdila potenciál kombinace antiagregační a antikoagulační léčby v sekundární prevenci. Kombinace Rivaroxaban 2,5mg 2x denně + ASA 100mg 1x denně u pacientů s pokročilými formami klinicky manifestní aterosklerózy, významně snížila úmrtí z KV příčin oproti skupině užívající ASA v monoterapii nebo Rivaroxaban 5mg 2x denně a zároveň nevyšla riziko fatálního krvácení.

Dále byl zmíněn významný efekt kombinované léčby u nemocných s periferní aterosklerózou, kdy vedla ke 46% snížení relativního rizika MALE (vznik akutní tepenné ischemie nebo kritické končetinové ischemie a velkých amputací). Zatím ale musí mít tito pacienti ke splnění úhradových podmínek zároveň prokázanou ICHS.

Co se týče strategie léčby plicní embolie, byla zmíněna studie HoT-PE, která prokázala, že časné propuštění a domácí léčba rivaroxabanem je u pacientů s plicní embolií s nízkým rizikem proveditelná, účinná a bezpečná. Navzdory doporučení je domácí léčba u plicní embolie málo využívána, a to pouze v 6% možných případech.