

# Újdonságok a kardiológiában az elmúlt egy évben

Édes István

Debreceni Egyetem, Kardiológiai Intézet, Debrecen

*Az utóbbi évben több szakmai irányelv jelent meg a kardiovaszkuláris betegségek kezelésével kapcsolatban, amely alapvetően befolyásolja/befolyásolhatja a gyakorlati kezelést. A teljesség igénye nélkül két témakört emeltem ki (pitvarfibrilláció [PF], revaszkularizáció), és a korábban elhangzott előadások/közlemények (Debreceni Kardiológusa Napok 2011, MKT kongresszus 2011 – Balatonfüred) alapján röviden összefoglalom az újdonságokat.*

## Pitvarfibrilláció

Az Európai Kardiológus Társaság (ESC) 2010 szeptemberében jelentette meg új irányelveit a kezelésre vonatkozóan (1), míg három amerikai Társaság, az American Heart Association, American College of Cardiology és a Heart Rhythm Society ez év elején egy „Update” formájában foglalta össze a legfontosabb változásokat. A tromboembólia lehetőségét minden PF-ben szenvedő beteg esetében mérlegelni kell, függetlenül annak típusától (paroxizmális, perzisztáló, régóta perzisztáló), sőt ebből a szempontból a pitvarlebegés megítélése is azonos. Az újabb ajánlások az egyszerű és jól használható CHADS<sub>2</sub>-score továbbfejlesztett változatát, a CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC-pontrendszer javasolják, ami még pontosabb rizikóelméréssel segíti az antikoaguláns terápiával kapcsolatos döntéseket. A vérzéses rizikó felmérésére alkalmasnak tartott HAS-BLED-score szintén bekerült a 2010-es európai vezérfonalba.

A kamrafrekvencia-kontroll vagy ritmuskontroll közötti választás szempontjából a leglényegesebb annak megítélése, hogy a ritmuszavar mennyire okoz panaszt. Idősebb betegen általában ésszerű elsőként a kamrafrekvencia kontrolljára törekedni. A korábbi, szigorú frekvenciakorlátot előíró felfogással szemben újabban a megengedőbb stratégia vált uralkodóvá. Eszerint elegendő PF mellett a frekvenciát 100/perc alatt tartani, amennyiben a beteg panaszmentes és nem romlik a balkamra-funkció.

Amennyiben a frekvenciakontroll stratégia mellett a beteg panaszos, megfontolandó a váltás valamilyen ritmuskontrollt biztosító gyógyszeres vagy nem-gyógyszeres kezelésre. Az új európai vezérfonal koncepciójá-

nak lényeges eleme annak felismerése, hogy a szinuszritmus tartós fenntartására igazán hatékony gyógyszerek nem állnak rendelkezésünkre, ezért a gyógyszerválasztásnál elsődleges szemponttá lépett elő a biztonságosság. A hazánkban elérhető, ritmuskontrollra alkalmas propafenon, sotalol és amiodaron indikációs köre változatlan maradt. Lényeges újdonság azonban, hogy a dronedaron, ami az európai országok többségében már elérhető, első vonalbeli terápiás alternatívaként jelent meg a lone, és a különböző strukturális szívbetegséghez társuló PF esetén egyaránt.

A ritmuskontroll nem-gyógyszeres lehetősége a bal pitvari transzkatóter abláció, ami sikertelen antiaritmiás gyógyszeres próbálkozás után, elsősorban fiatalabb betegekben, a lone, paroxizmális formákban kínálnak egyre hatékonyabb alternatívát.

A PF prevalenciájának növekedése – a populáció öregedésével párhuzamosan – jellegzetesen a trombotikus komplikációk által amúgy is veszélyeztetett idős korosztályokban jelentős. Néhány évtizede megtaláltuk a PF-ben szenvedő betegek embólia prevenciójának eszközt, a warfarint. A gyógyszer mintegy egyharmadára csökkentette a kardiogén embólia kockázatát a kezelésre alkalmas személyek körében. Sajnos, a warfarin kezelés veszélyei, valamint INR-mérése alapuló interaktív orvos-beteg-együttműködés korlátai (mozgásképesség, mentális problémák) miatt csak a PF-ben szenvedő betegek kb. fele szed warfarint. Ezeknek a betegeknek is csak kb. 50%-a van terápiás INR-tartományban. Az aspirin, illetve aspirin-clopidogrel véralvadásgátló kezelés ugyan rendre alulmaradt a warfarinhoz képest, de nem tekinthető teljesen hatástalannak. Valószínűsíthető, hogy a véralvadásgátlók elsősorban az ateroszklerotikus stroke-ok kivédésében hatékony, amely esemény az idős, polimorbid betegekben gyakran előfordulhat.

## Új antitrombotikus szerek PF-ben

A fibrinképződést gátló szerek közül a dabigatran emelhető ki, amely a trombint semlegesíti. Évek óta használatos ortopédiai műtétek antitrombotikus profilaxisában. A RELY-tanulmányban (2) azonban a 2×110 mg dabigatran azonos, a 2×150 mg pedig kedvezőbb hatá-

súnak bizonyult a nyíltan vezetett warfarin kezeléshez képest. A 2×110 mg-os adag vérzéses kockázata egyértelműen kedvezőbb volt a warfarinénál. Vagyis rendelkezésünkre áll egy szer, amely fix napi adagolásban, érdemi laboratóriumi kontroll és rendszeres dózisszűrés nélkül jobb hatású és biztonságosabb a warfarinnál. Csökkent veseműködés mellett óvatosan, 30 ml/perc kreatinin clearance alatt nem javasolt. Gyomorpanaszokat okozhat, amelyek ritkán a kezelés megszakításához vezethetnek. Antidotuma nincs, de jól dializálható.

### **Aktivált X-faktor ellenes szerek: rivaroxaban**

Orálisan alkalmazható szer, naponta egyszer adagolva képes volt igen magas kockázatú PF-ben szenvedő betegeken legalább olyan eredményt felmutatni, mint a kettős vak módszerrel, vezetett warfarin kezelés. Veseelégtelenség kevésbé korlátozza a rivaroxaban alkalmazását, azonban nem dializálható. Megfelelő antidotuma nincs, de plazmaferézissel eltávolítható. Kiterjedten használják az ortopédiai profilaxisban.

### **Apixaban szintén anti-Xa hatású szer**

Az AVERROES-tanulmányban (3) olyan betegeket randomizáltak aspirin vagy apixaban kezelésre, akik nem szedhettek warfarint. Az apixaban monoterápia vérzéses kockázata megegyezett az aspirinével, míg a kardiogén embóliák, stroke-ok előfordulását szignifikánsan csökkentette (gyakorlatilag megfelezte).

Az új szerek mindegyike igen ígéretes a PF antitrombotikus preventív kezelésében (dabigatran, rivaroxaban, apixaban stb.). Közülük a dabigatran napi 2×150 mg-os adagban az FDA által már bejegyzésre került. Más országokban a 2×110 mg is alkalmazható. Minden bizonnyal az anti-Xa-szerek is hamarosan hozzáférhetőek lesznek ebben az indikációban is. A fő áttörést a hatékonyabb, biztonságosabb és egyszerűbb alkalmazáson túlmenően a warfarinnal nem vagy elégtelenül kezelhető tömeges antitrombotikus kezelése jelentheti.

## **Miokardiális revaszkularizáció**

Az ESC 2010. évi Stockholmi Kongresszuson került ismertetésre az új miokardiális revaszkularizációs irányelv (a *Cardiologia Hungarica* supplementumaként magyarul is megjelent) (4). A miokardiális revaszkularizáció az elmúlt mintegy fél évszázad során a koszorú-

ér-betegség kezelésének egyik fő pillérévé vált. A két klasszikus revaszkularizációs módszer (koszorúér-áthidalás – CABG, perkután koronária-intervenció – PCI) jelentős technológiai fejlődésen ment keresztül az elmúlt évtizedekben (pl. gyógyszerkibocsátó stent, artériás revaszkularizáció, minimál-invazív sebészeti technikák), de a helyes kezelési mód megválasztása még mindig nagy kihívást jelenthet.

Akut koronária szindróma (ACS) esetén a miokardiális iszkémia egyértelmű, és az ún. „culprit szűkület” (az aktuális tünetekért felelős koronáriszűkület) azonosítása az esetek többségében egyszerű. Ezzel szemben stabil koszorúér-betegségben vagy többér-betegségben az anatómiai ábrázolás mellett szükség van non-invazív, vagy invazív funkcionális vizsgálatokra is a beavatkozás előtt, vagy közben. Akár stabil, akár akut esetben több revaszkularizációs módszer közül választhatunk, de a döntés során az anatómiai eltérések mellett figyelembe kell venni a klinikai megjelenést, az angina súlyosságát és az iszkémia kiterjedtségét is. A koszorúér-betegség egyre nagyobb arányban komplex formában jelentkezik, ezért a multidiszciplináris megközelítés segíthet a helyes döntés meghozatalában.

Fontos a betegek rizikóbesorolásának, az ennek alapján elvégzett beavatkozásoknak a hosszú távú túlélésre, az infarktusz rizikócsökkentésére kifejtett hatásainak elemzése. A PCI és a sebészeti beavatkozás megválasztása során az EURO-score és a SYNTAX-score alkalmazását javasolják. A kezelőorvosnak és a betegnek is ismerni kell a rövidtávon kevésbé megterhelő PCI és az invazívabb, de esetlegesen hosszútávon előnyösebb szívsebészeti beavatkozás jellegzetességeit a koszorúér-betegség különböző megjelenési formáiban. A bal főtörzs PCI lehetőségeit az új vizsgálatok alapján tárgyalja az ajánlás, hangsúlyozva az óvatosságot hosszú távú eredmények hiányában.

Az útmutató részletesen kitér a koszorúér-betegség stabil és akut kórformáinak kezelési lehetőségeire, a kimenetelre, és az olyan gyakori társbetegségekre, mint a diabétesz és a veseelégtelenség. Külön fejezet foglalkozik olyan, a revaszkularizációs stratégiát befolyásoló kísérőbetegségekkel és kórállapotokkal, mint a szívbírentyű-betegségek, a carotis betegség, a perifériás ér-betegség, a szívelégtelenség és a ritmuszavarok. Hangsúlyt kap a revaszkularizációval egyidejű optimális gyógyszeres kezelés (beleértve az új trombocitaaggregáció-gátló gyógyszereket) és a megfelelő életmód is.

## **Irodalom**

1. The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). Guidelines for the management of atrial fibrillation. *European Heart Journal* 2010; 31: 2369–2429.
2. Aalbers J. Anti-thrombotic trials in atrial fibrillation, the RELY study. *Cardiovasc J Afr.* 2010; 21: 299.
3. Connolly SJ, AVERROES Steering Committee and Investigators. Apixaban in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med.* 2011; 364: 806–817.
4. The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Guidelines on myocardial revascularization. *European Heart Journal* 2010; 31: 2501–2555.