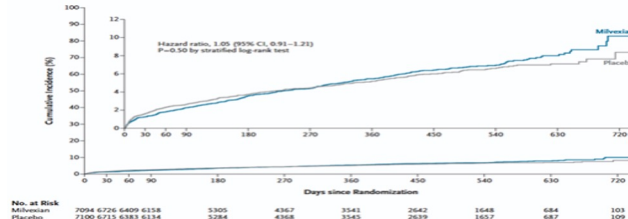


Szanowni Państwo,
kierujemy do Was kolejną edycję Newslettera AISN PTK zawierającą podsumowanie badań zaprezentowanych podczas kongresu ESC 2026 w Monachium, których wyniki zostały jednocześnie opublikowane w wiodących czasopismach kardiologicznych. Życzymy przyjemnej lektury.

CORONARY UPDATE

LIBREXIA ACS Gibson C.M. i wsp.



Cel: Ocena skuteczności i bezpieczeństwa dodania milvexianu w dawce 25 mg dwa razy dziennie do standardowej terapii przeciwplatekowej u pacjentów w ciągu 7 dni od wystąpienia ostrego zespołu wieńcowego.

Wnioski:

- Przy medianie obserwacji wynoszącej 12,2 miesiąca dodanie milvexianu nie zmniejszyło częstości zgonu sercowo-naczyniowego, zawału mięśnia sercowego lub udaru niedokrwinnego w porównaniu z placebo (5,4% vs 5,1%; HR: 1,05; 95% CI: 0,91–1,21; P=0,50).
- Częstość krwawień BARC 3c lub 5 była podobna w obu grupach (0,3% vs 0,3%; HR: 1,04; 95% CI: 0,58–1,87; P=0,88).

TAVI PCI Stähli Barbara E. i wsp.

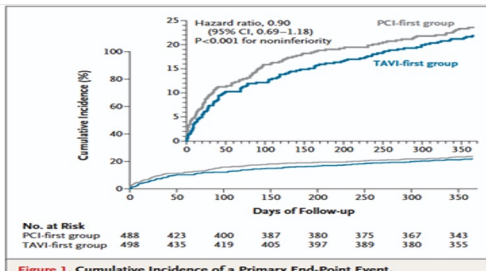


Figure 1. Cumulative Incidence of a Primary End-Point Event.

Subgroup	TAVI-First Group no. of patients with event/total no. of patients (%)	PCI-First Group no. of patients with event/total no. of patients (%)	Risk Difference (95% CI) percentage points
Age			
<80 yr	25/132 (19)	36/162 (22)	-5.77 (-14.48 to 2.93)
≥80 yr	80/321 (25)	76/305 (25)	-0.33 (-7.34 to 6.69)
Sex			
Female	35/174 (20)	33/144 (23)	-2.80 (-11.89 to 6.29)
Male	70/299 (23)	79/319 (25)	-1.35 (-8.30 to 5.59)
Diabetes mellitus			
Yes	38/145 (26)	41/155 (26)	-0.24 (-10.22 to 9.73)
No	67/308 (22)	71/306 (23)	-2.63 (-9.04 to 3.79)
SYNTAX Score I			
≤22	91/417 (22)	98/405 (24)	-2.27 (-8.13 to 3.58)
>22	14/33 (23)	14/37 (23)	0.89 (-15.15 to 16.94)
Timing of second procedure			
≤30 days	13/118 (11)	12/101 (12)	-3.46 (-12.29 to 5.37)
>30 days	67/313 (21)	58/258 (23)	-6.94 (-7.78 to 5.91)
No. of vessels treated with PCI			
One vessel	54/314 (17)	72/315 (23)	-5.66 (-11.90 to 0.58)
Two or three vessels	37/112 (33)	35/137 (26)	3.92 (-7.23 to 15.08)
Access site for PCI			
Radial artery	55/296 (19)	74/325 (23)	-4.19 (-10.55 to 2.17)
Femoral artery	31/136 (23)	36/130 (28)	-4.90 (-13.33 to 3.54)
aQFR			
<30 mL/min/1.73 m ²	14/25 (56)	19/37 (51)	4.65 (-20.81 to 29.51)
≥30 mL/min/1.73 m ²	90/429 (21)	85/402 (21)	-0.89 (-6.45 to 4.65)
Left ventricular ejection fraction			
<40%	21/58 (36)	15/37 (41)	9.89 (-6.95 to 26.73)
≥40%	82/410 (20)	97/402 (24)	-4.13 (-9.83 to 1.57)

Cel: Ocena, czy strategia wykonania TAVI przed PCI jest nie gorsza od strategii PCI przed TAVI u pacjentów z ciężką stenozą aortalną i współistniejącą chorobą wieńcową, zakwalifikowanych do obu procedur.

Wnioski:

- Pierwszorzędowy złożony punkt końcowy wystąpił u 22,2% pacjentów w grupie TAVI-first oraz u 24,2% w grupie PCI-first (różnica ryzyka: -2,0 punktu procentowego; 95% CI: -7,4 do 3,4).
- Strategia TAVI-first spełniła kryterium non-inferiority względem PCI-first (P<0,001 dla non-inferiority), ale nie wykazano jej przewagi (P=0,47 dla superiority). Wyniki wskazują, że u odpowiednio wybranych pacjentów TAVI może być bezpiecznie wykonane przed planowaną PCI.

Red.

prof. dr hab. Mariusz Tomaniak

prof. dr hab. Zenon Huczek

dr hab. Michał Hawranek

dr hab. Maciej Dąbrowski

we współpracy z Grupami Roboczymi AISN PTK

AISN
Dołącz
do Nas!

Wspieramy rozwój kardiologii w Polsce.

Organizujemy specjalistyczne konferencje, szkolenia, kursy i webinary.

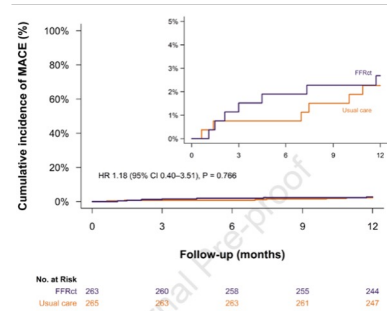
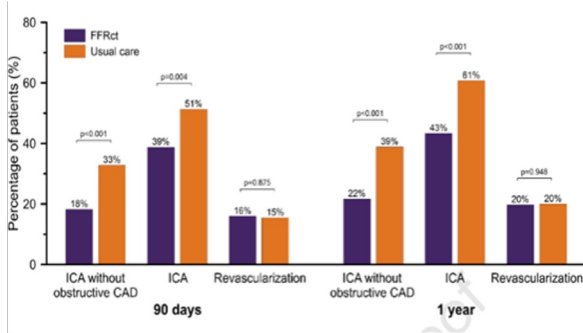
W AISN zrzeszonych jest już 1391

lekarzy kardiologów.

Jesteśmy 2 największą grupą w

EAPCI



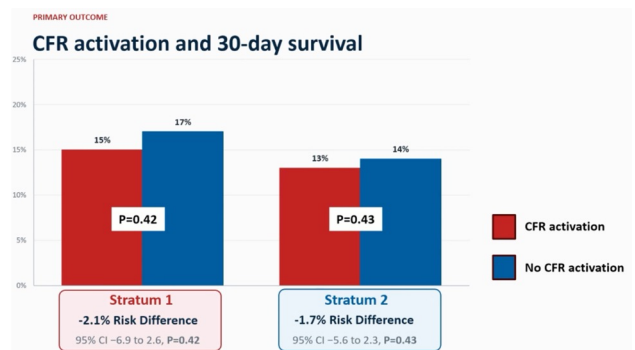
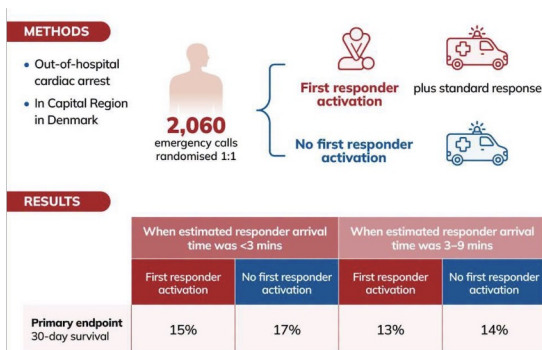
Cel: Ocena przydatności włączenia wskaźnika FFRct do schematu diagnostycznego choroby wieńcowej u pacjentów z zwężeniem 50-90% stwierdzonym w badaniu CCTA

Wnioski:

- Po 90 dniach koronarografię bez istotnej CAD wykonano u 18% pacjentów w grupie FFR-CT oraz u 33% w grupie standardowego postępowania (OR: 0,46; 95% CI: 0,31–0,69; P<0,001). Różnica utrzymywała się po roku: 22% vs 39% (OR: 0,44; 95% CI: 0,30–0,64; P<0,001).
- Częstość rewaskularyzacji po roku była identyczna w obu grupach (20% vs 20%; P=0,948). Nie wykazano również różnic w jakości życia, kosztach ani MACE, przy czym badanie nie miało odpowiedniej mocy do oceny zdarzeń klinicznych.

HeartRunner Trial

Folke Fredrik i wsp.



Cel: Ocena, czy zaangażowanie ratowników społecznych jako uzupełnienie standardowej opieki w przypadku pozaszpitalnego zatrzymania krążenia (OHCA) poprawia 30-dniowe przeżycie pacjentów po OHCA

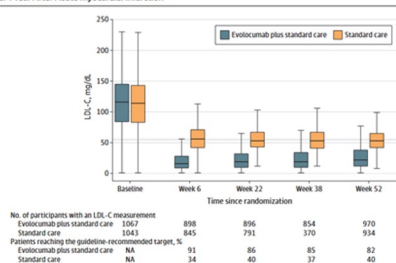
Wnioski:

- Aktywacja CFR nie zwiększyła 30-dniowego przeżycia w żadnej z analizowanych grup.
- Aktywacja CFR zwiększyła częstość RKO i defibrylacji przed przyjazdem EMS. W grupie z czasem dotarcia 3–9 minut częstość RKO wzrosła z 75% do 86%, a defibrylacji z 6% do 14% (P<0,0001 dla obu).
- Nie wykazano różnic w ROSC ani przeżyciu z korzystnym wynikiem neurologicznym; nie stwierdzono również sygnałów dotyczących bezpieczeństwa CFR.

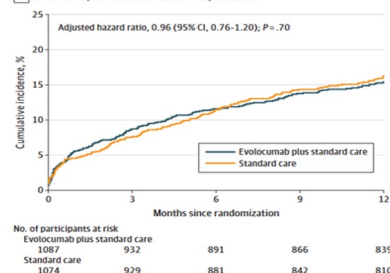
AMUNDSEN

Montalescot Gilles i wsp.

Figure 2. Box-and-Whisker Plots of Low-Density Lipoprotein Cholesterol (LDL-C) Levels Over 1 Year After Acute Myocardial Infarction



A Death or unplanned cardiovascular hospitalization



Cel: Ocena wpływu rozpoczęcia leczenia ewolokumabem bezpośrednio przed PCI, jako uzupełnienia intensywnej terapii hipolipemizującej, na kontrolę LDL-C i roczne wyniki kliniczne u pacjentów z ostrym zawałem mięśnia sercowego.

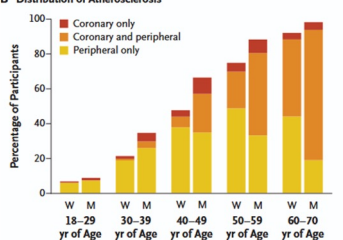
Wnioski:

- Po roku pierwszorzędkowy punkt końcowy, obejmujący LDL-C <55 mg/dl oraz redukcję LDL-C o $\geq 50\%$ względem wartości wyjściowej, osiągnięto częściej w grupie ewolokumabu niż standardowego leczenia (82% vs 40%; skorygowany OR: 5,54; 95% CI: 4,50–6,82; $P < 0,001$).
- Nie wykazano redukcji głównego klinicznego punktu końcowego obejmującego zgon z dowolnej przyczyny lub nieplanowaną hospitalizację sercowo-naczyniową (14,6% vs 15,4%; skorygowany OR: 0,94; 95% CI: 0,73–1,19; $P = 0,59$).

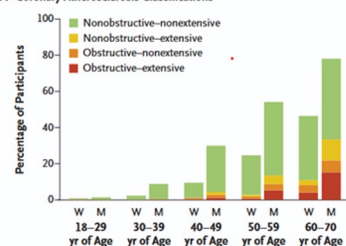
REACT

Bundgaard Henning i wsp.

B Distribution of Atherosclerosis



A Coronary Atherosclerosis Classifications



Cel: Ocena zależnej od wieku i płci częstości, rozmieszczenia oraz objętości subklinicznej miażdżycy w tętnicach szyjnych, udowych i wieńcowych u osób w wieku 18–70 lat bez rozpoznanej ASCVD.

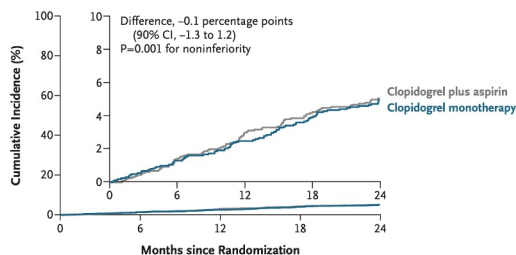
Wnioski:

- Subkliniczną miażdżycę stwierdzono u 57,1% uczestników z kompletnym obrazowaniem trzech łożysk naczyniowych. Już w wieku 18-29 lat występowała ona u 8,7% mężczyzn i 6,7% kobiet.
- Miażdżycza pojawiała się wcześniej u mężczyzn, natomiast u kobiet obserwowano późniejszy, szczególnie gwałtowny wzrost jej częstości po 40. roku życia.
- U młodszych uczestników zmiany występowały zwykle w jednym łożysku obwodowym, najczęściej w tętnicach szyjnych. W kolejnych grupach wiekowych częstsze było zajęcie wielu łożysk oraz większa objętość blaszek.
- Izolowana miażdżycza tętnic wieńcowych była rzadka we wszystkich grupach wiekowych (maksymalnie 9,3% u mężczyzn i 5,0% u kobiet).

A-CLOSE

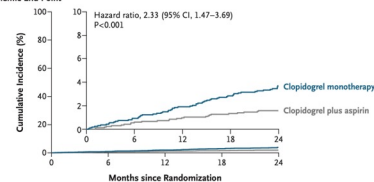
Lee Seung-Jun i wsp.

A Primary End Point



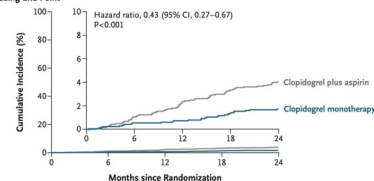
No. at Risk					
Clopidogrel monotherapy	1601	1580	1561	1538	1521
Clopidogrel plus aspirin	1602	1579	1554	1535	1521

B Key Secondary Ischemic End Point



No. at Risk					
Clopidogrel monotherapy	1601	1586	1570	1555	1541
Clopidogrel plus aspirin	1602	1592	1586	1580	1576

C Key Secondary Bleeding End Point



No. at Risk					
Clopidogrel monotherapy	1601	1590	1582	1567	1555
Clopidogrel plus aspirin	1602	1583	1562	1546	1532

Cel: Ocena, czy u chorych z wysokim ryzykiem niedokrwinnym, 12 miesięcy po PCI z implantacją DES, monoterapia kłopidogrelem jest nie gorsza od przedłużonej terapii kłopidogrelem z ASA pod względem NACE w kolejnych 24 miesiącach.

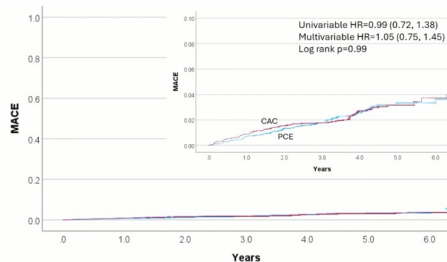
Wnioski:

- Monoterapia kłopidogrelem spełniła kryterium non-inferiority wobec przedłużonej DAPT pod względem NACE po 24 miesiącach obserwacji (5,0% vs 5,1%; P=0,001)
- Zmniejszyła częstość krwawień BARC 2, 3 lub 5: 1,8% vs 4,1%; HR 0,43 (95% CI 0,27–0,67).
- Jednocześnie zwiększała się częstość złożonego punktu niedokrwinnego obejmującego zgon, zawał, zakrzepicę w stencie lub udar: 3,7% vs 1,6%; HR 2,33 (95% CI 1,47–3,69).

CorCal

Anderson Jeffrey L. i wsp.

Total MACE outcomes = 145



Number at Risk							
PCE	2642	2624	2484	2129	1552	546	327
CAC	2687	2663	2537	2186	1575	536	317

ESC CONGRESS 2026 MUNICH

Percent Statin Recommendations and Prescriptions by Study Arm



Comparisons illustrate differences in guideline-based treatment recommendations and prescribing practices between intervention groups.

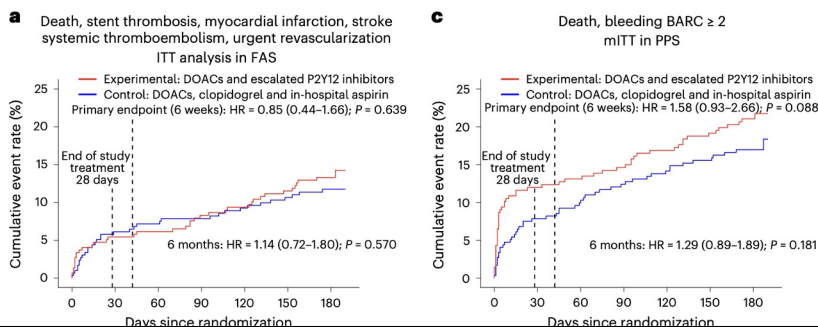
Cel: Porównanie dwóch strategii kwalifikacji do rozpoczęcia statyny w prewencji pierwotnej - na podstawie CAC lub kalkulatora PCE - u osób bez jawnej ASCVD, cukrzycy i wcześniejszego leczenia statyną.

Wnioski:

- Po 4,2 roku MACE wystąpiły u 2,7% chorych w obu grupach; HR 0,99 (95% CI 0,71–1,38). Kryterium non-inferiority nie zostało spełnione, głównie z powodu mniejszej od oczekiwanej liczby zdarzeń. Nie można zatem uznać strategii za równoważne.
- Strategia PCE prowadziła do ponad trzykrotnie częstszej rekomendacji statyny: na wykresie 72,8% vs 22,5%.
- Różnica w faktycznym przepisaniu statyny była znacznie mniejsza: 18,1% vs 13,6%. Dlatego obecne „ponad trzykrotnie częstsze włączanie statyny” należy zmienić na „ponad trzykrotnie częstsze rekomendowanie statyny”.

EPIDAURUS

Rizas Konstantinos D. i wsp.



Cel: Ocena, czy u chorych z AF i ACS po PCI miesięczne stosowanie DOAC z prasugrelem lub tikagrelorem, a następnie DOAC z kłopidogrelem, zmniejsza ryzyko zdarzeń niedokrwiennych bez nadmiernego wzrostu ryzyka krwawień w porównaniu ze standardową strategią obejmującą szpitalne stosowanie ASA oraz DOAC z kłopidogrelem.

Wnioski:

- Badanie zakończono przedwcześnie po włączeniu 602 chorych z powodu ryzyk dotyczących bezpieczeństwa bez cech przewagi w zakresie skuteczności.
- Nie wykazano korzyści w głównym punkcie skuteczności ani niegorszego bezpieczeństwa strategii z silnym inhibitorem P2Y12. W analizach eksploracyjnych po 6 tygodniach obserwowano nominalnie więcej krwawień BARC ≥ 2 (9,9% vs 5,5%; HR 1,87) oraz BARC ≥ 3 (4,8% vs 1,4%; HR 3,54), bez wyraźnej redukcji zdarzeń niedokrwiennych.

AIR STEMI

Biscaglia Simone i wsp.

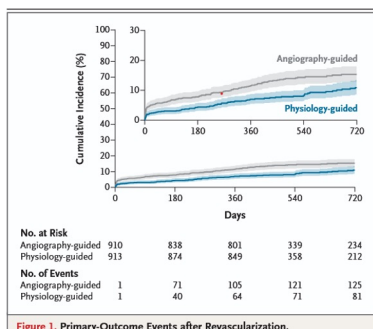


Figure 1. Primary-Outcome Events after Revascularization.

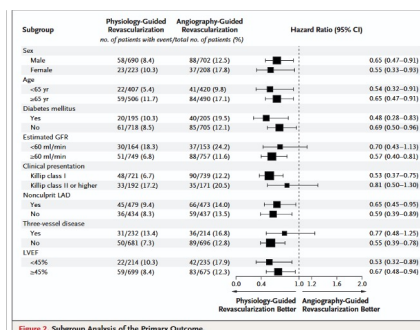


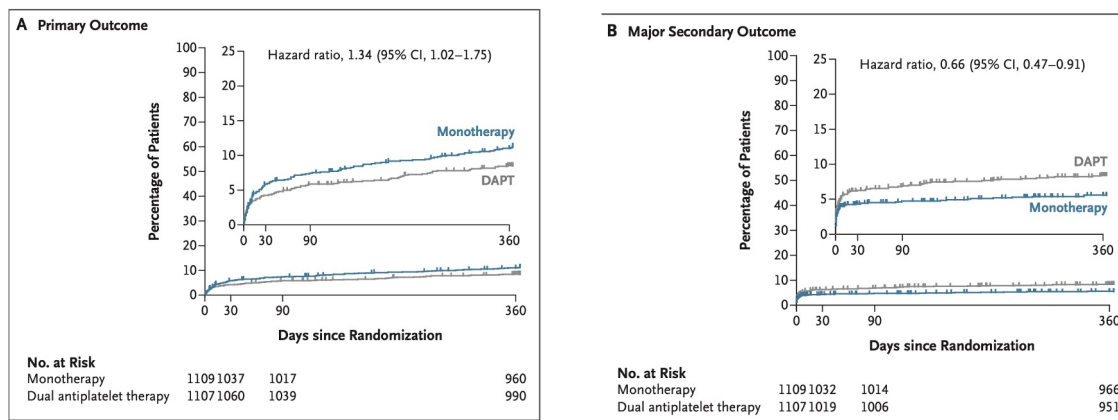
Figure 2. Subgroup Analysis of the Primary Outcome.

Cel: Ocena, czy strategia całkowitej rewaskularyzacji tętnic wieńcowych oparta na ocenie fizjologicznej jest skuteczniejsza od strategii opartej na konwencjonalnej angiografii u pacjentów z STEMI i wielonaczyniową chorobą wieńcową.

Wnioski:

- Strategia pełnej rewaskularyzacji tętnic wieńcowych oparta na ocenie fizjologicznej, wiązała się z istotnie mniejszym ryzykiem wystąpienia zgonu, zawału mięśnia sercowego, udaru mózgu, TIA lub rewaskularyzacji z powodu niedokrwienia w porównaniu ze strategią opartą na konwencjonalnej angiografii
- Złożony punkt końcowy, obejmujący pokontrastowe ostre uszkodzenie nerek lub duże krwawienie, również występował rzadziej (4,6% vs 7,1%; HR 0,63), przy czym różnica wynikała głównie z mniejszej częstości uszkodzenia nerek, a nie z jednoznacznego zmniejszenia dużych krwawień.

Takahashi Kuniaki i wsp.



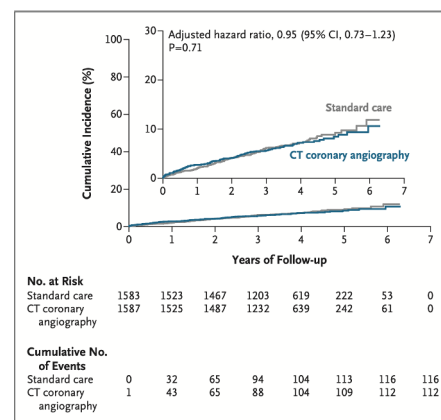
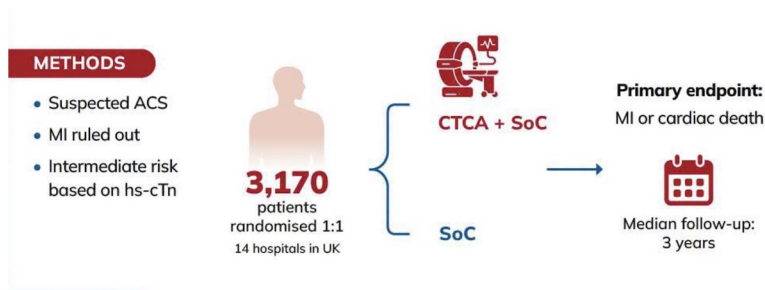
Cel: Ocena czy rozpoczęta jeszcze przed pierwotną PCI monoterapia małą dawką prasugrelu, z całkowitym pominięciem ASA, jest nie gorsza od DAPT z ASA i prasugrelem u chorych ze STEMI.

Wnioski:

- Monoterapia prasugrelem nie spełniła kryterium non-inferiority w 12-miesięcznym złożonym punkcie końcowym (zgon, udar lub zawał) (11,0% vs 8,5%; HR 1,34; 95% CI: 1,02-1,75, P=0,40)
- Monoterapia wiązała się ze zmniejszonym ryzykiem dużych krwawień (BARC 3) (5,6% vs 8,4%; HR: 0,66; 95% CI, 0,47-0,91)

TARGET CTCA

Lee Kuan Ken i wsp.



Cel: Ocena czy ambulatoryjna strategia oparta na CTCA zmniejsza ryzyko zawału lub zgonu sercowego u chorych z podejrzeniem ACS, u których wykluczono zawał, ale stężenie hs-cTn mieściło się pomiędzy 5 ng/l a właściwym dla płci 99. percentylem.

Wnioski:

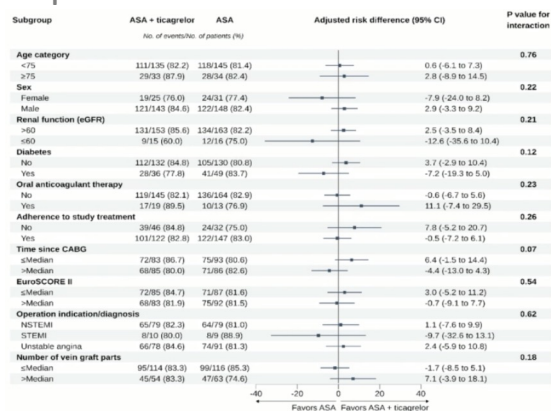
- Strategia oparta na CTCA nie zmniejszyła ryzyka zawału ani zgonu sercowego w obserwacji trwającej medianę 3 lat (7,1% vs 7,3%; HR 0,95; 95% CI 0,73-1,23; P=0,71).
- CTCA częściej prowadziła do rozpoznania choroby wieńcowej oraz wdrożenia statyny i leczenia przeciwplateletowego, ale nie przełożyło się to na poprawę rokowania.

CoCAP

Holm Jonas i wsp.

**Patient level vein graft patency
($< 50\%$ graft stenosis) MITT population**

Aspirin + Ticagrelor	Aspirin alone	Adjusted (IPTW) Risk difference (95% CI)
83.3 % (140/168)	81.6 % (146/179)	1.2% (-4.7% to 7.0%) p = 0.70



Cel: Ocena czy 12-miesięczna DAPT z tikagrelorem i ASA poprawia drożność żylnych pomostów aortalno-wieńcowych w porównaniu z ASA u chorych operowanych z powodu ACS.

Wnioski:

- DAPT z tikagrelorem nie poprawiła ocenianej na poziomie pacjenta drożności pomostów żylnych w porównaniu z ASA (83,3% vs 81,6%; skorygowana różnica ryzyka 1,2%; 95% CI od -4,7% do 7,0%; P=0,70).

DISCO

Rubertsson Sten i wsp.

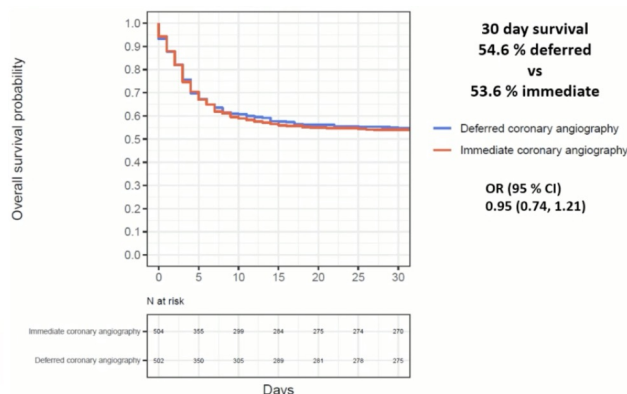
DISCO Trial

- Unconscious patients after OHCA
- Return of spontaneous circulation
- No ST-elevation

1,006 patients
randomised 1:1
23 centres in Denmark,
Sweden and
The Netherlands

Immediate coronary
angiography (<120 mins)Deferred coronary
angiography (≥ 72 hours)

	Immediate	Deferred	
Primary endpoint: 30-day survival	54.6%	53.6%	HR 0.95 95% CI 0.74–1.21; p=0.67



Cel: Ocena wpływu wykonania natychmiastowej koronarografii (<120 min) w porównaniu z odroczoną (≥ 72 h) koronarografią na przeżycie u nieprzytomnych pacjentów po NZK bez uniesienia odcinka ST w EKG.

Wnioski:

- Rutynowa natychmiastowa koronarografia nie poprawiła 30-dniowego przeżycia w porównaniu ze strategią odroczoną (54,6% vs 53,6%; HR 0,95; 95% CI 0,74–1,21; P=0,67).
- Nie stwierdzono również korzyści w zakresie przeżycia po 180 dniach ani rokowania neurologicznego.

SWITCH-SWEDEHEART

Omerovic Elmir i wsp.

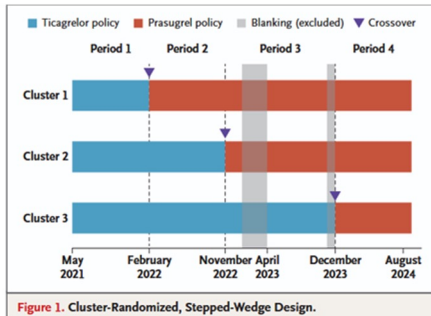


Table 2. Clinical End Points at 1 Year (Intention-to-Treat Analysis).*

End Point	Ticagrelor-Policy Group (N=9444)	Prasugrel-Policy Group (N=7651)	Odds Ratio (95% CI) [†]
<i>no. of patients with event (%)</i>			
Primary end point: death from any cause, fatal or nonfatal myocardial infarction, or fatal or nonfatal stroke at 1 yr	1113 (11.8)	848 (11.1)	0.90 (0.77–1.06)
Key secondary end point: death or major bleeding during the index hospitalization	400 (4.2)	335 (4.4)	0.91 (0.70–1.18)

Cel: Porównanie regionalnej polityki stosowania prasugrelu lub tikagreloru jako domyślnego inhibitora P2Y12 u chorych z ACS poddawanych PCI w rejestrowym badaniu z randomizacją klastrową i schematem stepped-wedge.

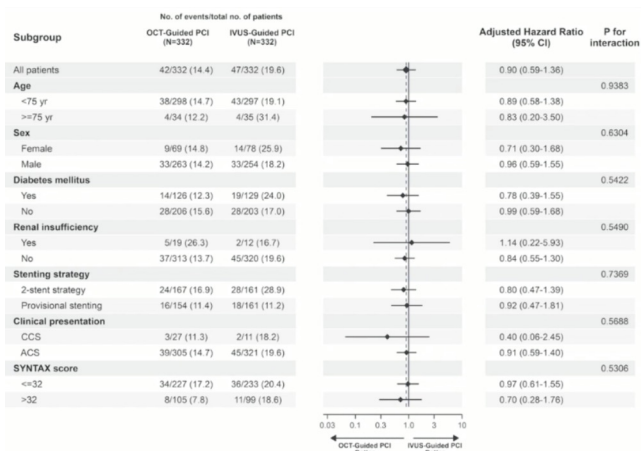
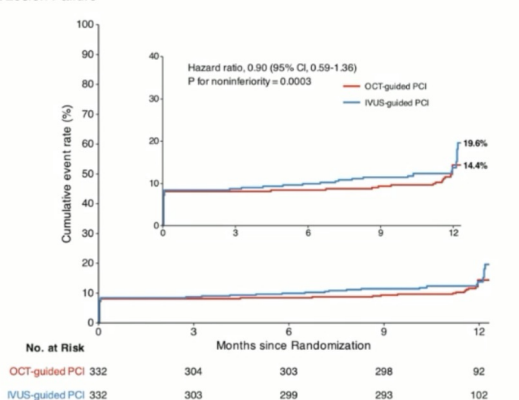
Wnioski:

- Polityka preferująca prasugrel nie zmniejszyła istotnie rocznego ryzyka zgonu, zawału lub udaru w porównaniu z polityką preferującą tikagrelor (11,1% vs 11,8%; skorygowany OR 0,90; 95% CI 0,77–1,06).
- Roczna częstość dużych krwawień wynosiła 4,2% i 4,4% (OR 0,80; 95% CI 0,64–0,99), jednak był to wynik wtórny bez korekty na wielokrotne porównania i należy traktować go jako sygnał, a nie rozstrzygający dowód przewagi prasugrelu.

ISOLEDS

Zeng Yong i wsp.

Target Lesion Failure



Cel: Ocena czy PCI sterowana OCT jest nie gorsza od PCI w oparciu o IVUS u chorych z prawdziwymi zmianami bifurkacyjnymi dystalnego pnia lewej tętnicy wieńcowej.

Wnioski:

- Strategia sterowana OCT była nie gorsza od IVUS pod względem 12-miesięcznego ryzyka niepowodzenia leczenia zmiany docelowej, obejmującego zgon sercowy, zawał związany ze zmianą docelową lub klinicznie uzasadnioną TLR (14,4% vs 19,6%; skorygowany HR 0,90; 95% CI 0,59–1,36; P=0,0003).

PRAGUE-26

Kroupa Josef i wsp.

Table 3. Outcomes (Intention-to-Treat Population).^a

Outcome	Thrombolysis (N=280)		Standard Care (N=278)		Relative Risk (95% CI)
	no. of patients	% of patients (95% CI) [†]	no. of patients	% of patients (95% CI) [†]	
Primary outcome					
Death from any cause, recurrence of pulmonary embolism, or cardiorespiratory decompensation or collapse	2	0.7 (0.0–2.7)	19	6.8 (4.4–10.5)	0.10 (0.02–0.44) [‡]
Secondary outcomes					
Death from any cause	0	0 (0.0–1.6)	4	1.4 (0.4–3.8)	0
Recurrence of pulmonary embolism	2	0.7 (0.0–2.7)	1	0.4 (0.0–2.2)	1.99 (0.18–21.77)
Cardiorespiratory decompensation or collapse	2	0.7 (0.0–2.7)	15	5.4 (3.2–8.8)	0.13 (0.03–0.57)

Table 4. Cumulative Bleeding Events and Stroke after Randomization (Intention-to-Treat Population).

Variable	Thrombolysis (N=280)	Standard Care (N=278)	Relative Risk (95% CI)	P Value ^a
	no. of patients (%)			
Clinically relevant bleeding according to BMB criteria^b				
Within 7 days	13 (4.6)	14 (5.0)	0.92 (0.44–1.93)	0.85
Within 30 days	16 (5.7)	16 (5.8)	0.99 (0.51–1.95)	1.00
Major bleeding according to GUSTO criteria^c				
Within 7 days	4 (1.4)	6 (2.2)	0.66 (0.19–2.32)	0.54
Within 30 days	5 (1.8)	6 (2.2)	0.83 (0.26–2.68)	0.72
Major bleeding according to ISTH criteria^d				
Within 7 days	5 (1.8)	7 (2.5)	0.71 (0.23–2.21)	0.58
Within 30 days	6 (2.1)	7 (2.5)	0.85 (0.29–2.50)	0.79
Intermittent haemorrhage				
Within 7 days	2 (0.7)	0	0.50	
Within 30 days	2 (0.7)	0	0.50	
Ischemic stroke				
Within 7 days	0	1 (0.4)	0.50	
Within 30 days	0	1 (0.4)	0.50	

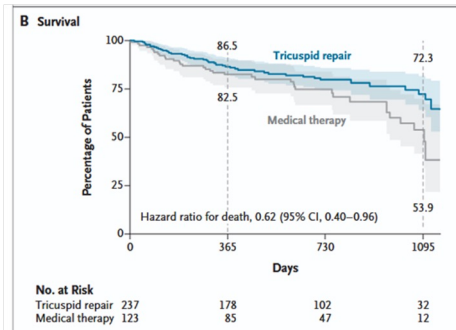
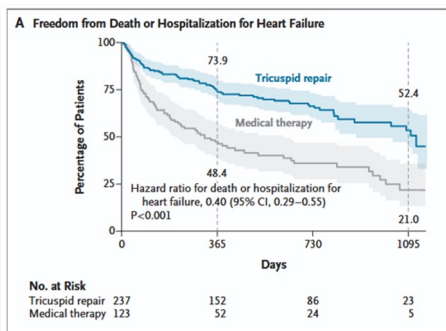
Cel: Ocena skuteczności i bezpieczeństwa przezcewnikowej trombolizy małą dawką alteplazy wraz z leczeniem przeciwkrzepliwym w porównaniu z samą antykoagulacją u stabilnych hemodynamicznie chorych z ostrą zatorowością płucną pośredniego-wysokiego ryzyka.

Wnioski:

- Przezcewnikowa tromboliza zmniejszyła 7-dniowe ryzyko zgonu, nawrotu zatorowości płucnej lub dekompcacji albo zapaści krążeniowo-oddechowej (0,7% vs 6,8%; RR 0,10; 95% CI 0,02–0,44; P<0,001). Różnica wynikała przede wszystkim z ograniczenia wczesnej dekompcacji lub zapaści, a nie z udowodnionej redukcji śmiertelności.
- Nie zaobserwowano wyraźnych różnic między grupami pod względem poważnych powikłań krwotocznych ani poważnych zdarzeń niepożądanych w ciągu 30 dni obserwacji.

TRIC-I-HF

Hausleiter Jörg i wsp.



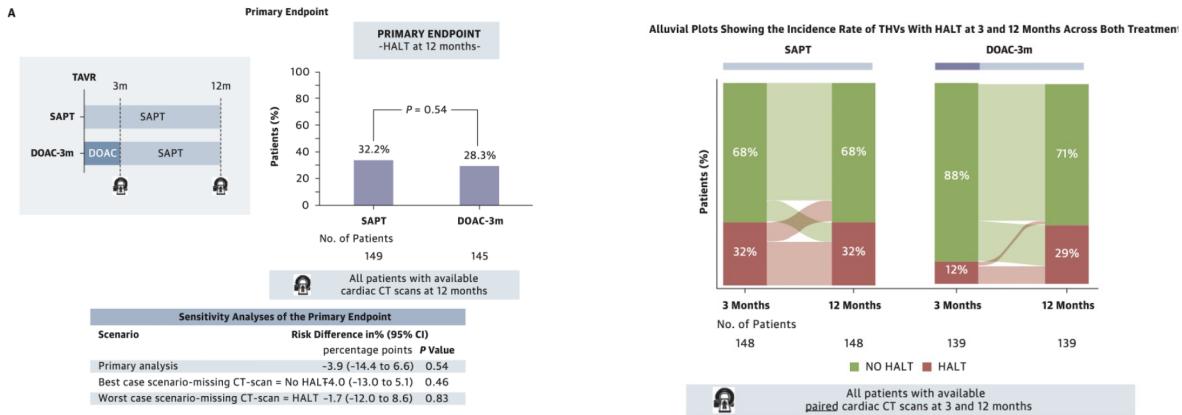
Cel: Ocena czy przezcewnikowa naprawa zastawki trójdzielnej wraz z leczeniem farmakologicznym poprawia rokowanie w porównaniu z samą farmakoterapią u chorych z ciężką niedomykalnością trójdzielną i wysokim ryzykiem zdarzeń związanych z niewydolnością serca.

Wnioski:

- Interwencja przezcewnikowa była skuteczniejsza w pierwszym, hierarchicznym punkcie głównym, obejmującym zgon, hospitalizację z powodu HF oraz poprawę KCCQ o co najmniej 15 punktów po roku (win ratio 2,42; 95% CI 1,76–3,33; P<0,001).
- Po 3 latach przeżycie bez zgonu lub hospitalizacji z powodu HF wynosiło 52,4% po interwencji i 21,0% podczas samej farmakoterapii (HR 0,40; 95% CI 0,29–0,55; P<0,001).

NOTION-4

Jørgensen Troels H. i wsp.



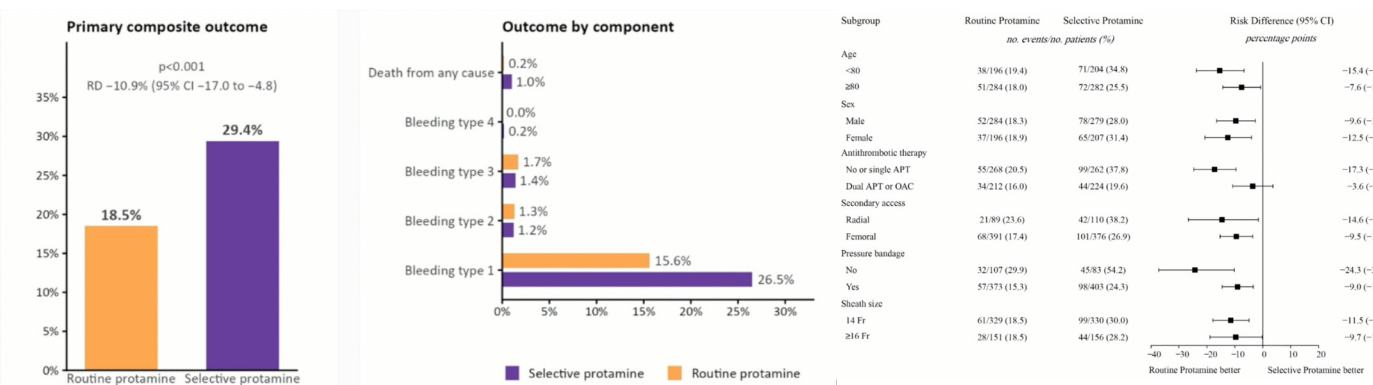
Cel: Ocena skuteczności redukcji częstości występowania hipodensyjnego pogrubienie płata zastawki (HALT) po 12-miesiącach od zabiegu TAVR, podczas stosowania 3-miesięcznej terapii DOAC, dalej SAPT vs standardowa terapia SAPT

Wnioski:

- Krótkoterminowa terapia DOAC skutecznie hamowała powstawanie HALT w 3. miesiącu (DOAC 12,1% vs SAPT 31,8%), jednak efekt ten nie występuje po 12. miesiącach od zabiegu (DOAC 32,2% vs SAPT 28,3%; $P=0,54$; RD: -3.9%; 95% CI: -14.4% - 6.6%)
- W grupie z DOAC obserwowano więcej udarów mózgu, zgonów oraz istotnych powikłań krwotocznych vs grupa z SAPT (RD: 5.9%; 95% CI: 1.2% - 10.6%)

POPular ACE TAVI

Overduin Daniël Christiaan i wsp.



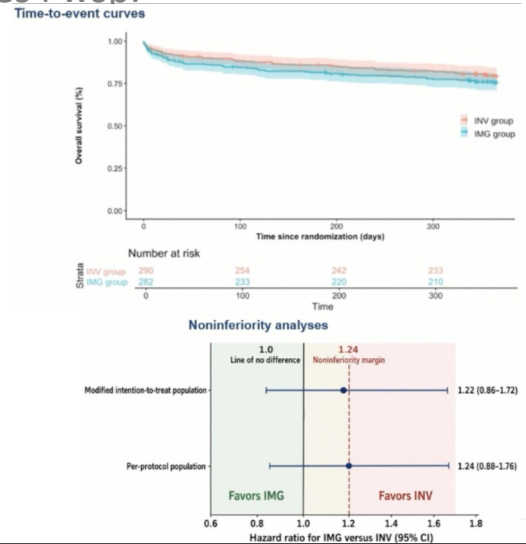
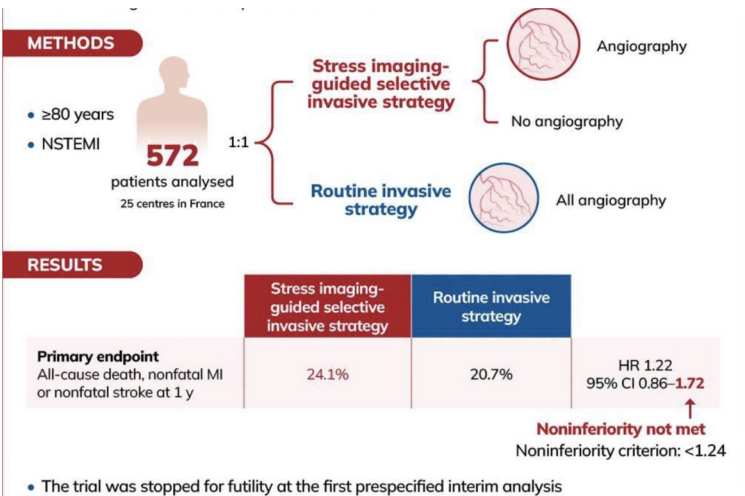
Cel: Ocena czy rutynowe podanie protaminy przed usunięciem dużego introduktora po przezudowej TAVI zmniejsza 30-dniowe ryzyko zgonu lub klinicznie istotnego krwawienia w porównaniu z podawaniem protaminy wyłącznie w razie potrzeby.

Wnioski:

- Rutynowe podanie protaminy zmniejszyło częstość zgonu lub klinicznie istotnego krwawienia VARC-3 typu 1-4 (18,5% vs 29,4%; różnica ryzyka -10,9 punktu procentowego; $P < 0,001$).
- Korzyść wynikała z mniejszej liczby niewielkich krwawień typu 1; nie stwierdzono redukcji zgonów, dużych krwawień ani zdarzeń zakrzepowo-zatorowych.

EVAOLD

Barone-Rochette Gilles i wsp.



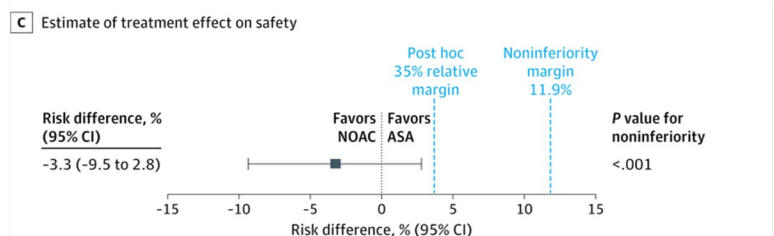
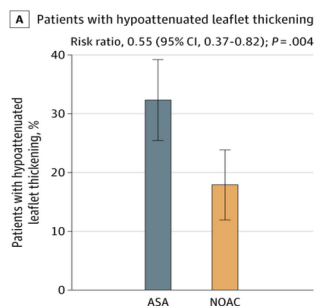
Cel: Ocena czy strategia stress imaging-guided (IMG) jest nie gorsza od rutynowej koronarografii u chorych w wieku ≥80 lat z NSTEMI.

Wnioski:

- Badanie zakończono z powodu braku szans na wykazanie korzyści - selektywna strategia nie dowiodła non-inferiority po 12. miesiącach pod względem złożonego punktu końcowego (zgon, zawał, udar) (24,1% vs 20,7%; HR 1,22; 95%CI 0.86-1.72; P=0.27)

ACASA TAVI

Dodgson Christopher S. i wsp.



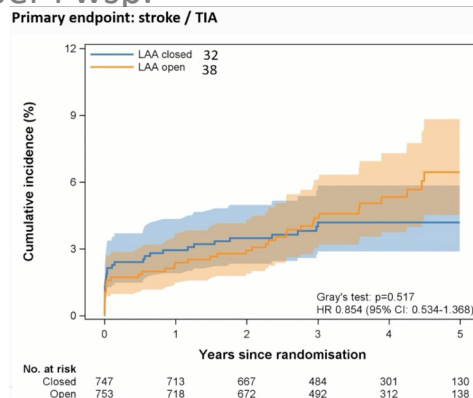
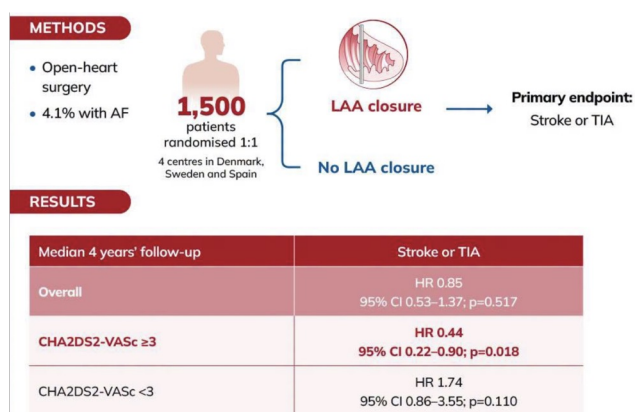
Cel: Porównanie 12-miesięcznej monoterapii inhibitorem czynnika Xa z ASA pod względem częstości HALT oraz złożonego bezpieczeństwa u chorych w wieku 65–80 lat po TAVI, bez innych wskazań do antykoagulacji lub leczenia przeciwplatekowego.

Wnioski:

- Monoterapia NOAC zmniejszyła częstość HALT po 12 miesiącach w porównaniu z ASA (16,2% vs 28,6%; RR 0,55; 95% CI 0,37–0,82; P=0,004).
- Monoterapia NOAC nie zwiększała ryzyka wystąpienia krwawień, zdarzeń zakrzepowozatorowych, ani zgonów z jakiegokolwiek przyczyny w ciągu 12 miesięcy w porównaniu z ASA (spełnione kryterium non-inferiority).

LAACS-2

Park-Hansen Jesper i wsp.



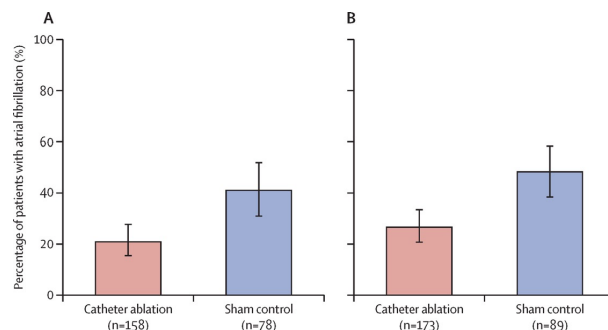
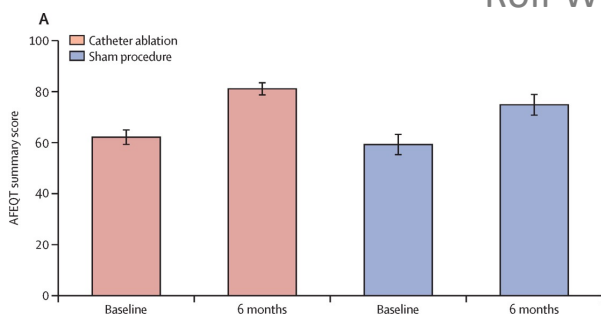
Cel: Ocena czy profilaktyczne chirurgiczne zamknięcie uszka lewego przedsionka podczas pierwszej planowej operacji kardiochirurgicznej zmniejsza ryzyko udaru lub TIA w populacji obejmującej chorych głównie bez wcześniejszego AF.

Wnioski:

- Po medianie 4 lat chirurgiczne zamknięcie uszka nie zmniejszyło istotnie ryzyka udaru lub TIA w całej badanej populacji (4,28% vs 5,04%; HR 0,85; 95% CI 0,53–1,37; P=0,517). Nie stwierdzono również różnicy w śmiertelności.
- Korzyść obserwowana u chorych z CHA₂DS₂-VASc powyżej mediany powinna być przedstawiona jako wynik podgrupowy generujący hipotezę, a nie dowód uzasadniający rutynowe zamykanie uszka w tej grupie.

PVI-SHAM-AF

Rolf Wachter i wsp.



Cel: Ocena czy ablacja z izolacją żył płucnych (PVI) poprawia jakość życia związaną z migotaniem przedsionków w większym stopniu niż zabieg pozorowany u pacjentów z objawowym napadowym lub przetrwałym migotaniem przedsionków.

Wnioski:

- Po 6 miesiącach wynik kwestionariusza AFEQT poprawił się w obu grupach. Różnica w stopniu poprawy pomiędzy grupami nie była istotna statystycznie (P=0,36). PVI nie wykazała zatem przewagi nad zabiegiem pozorowanym pod względem poprawy jakości życia związanej z migotaniem przedsionków.
- Pomimo braku istotnej różnicy w jakości życia, PVI skuteczniej ograniczała występowanie arytmii - po 6 miesiącach migotanie przedsionków stwierdzano u 21% pacjentów po PVI oraz u 41% pacjentów w grupie zabiegu pozorowanego.