



Newsletter Asocjacji Niewydolności Serca PTK

Z przyjemnością przekazujemy kolejny numer Newslettera – tym razem tuż po emocjach związanych z Kongresem ESC 2025! Choć końcówka lata sprzyja wakacyjnemu oderwaniu, świat kardiologii nie zwalnia tempa – przeciwnie, doniesienia z najnowszych badań znów zmuszają do refleksji... i aktualizacji praktyki klinicznej.

Tym razem przyglądamy się niewydolności serca z szerokiej – dosłownie globalnej – perspektywy. Dane z dwóch wielkich rejestrów – ESC HF III Registry oraz afrykańskiego THESUS-HF II – pokazują, jak bardzo różni się w dostępie do terapii, strukturze opieki i wynikach leczenia, ale też jak wiele możemy się od siebie nauczyć. To doskonały moment, by na nowo spojrzeć na skuteczność wdrażania zaleceń oraz to, jak realnie wygląda leczenie pacjenta z HF „w terenie”. W dalszej części przeglądamy również wyniki badań dotyczących intensyfikacji terapii moczopędnej (LOT-MDR), roli digitoksyny (DIGIT-HF), strategii resynchronizacji w migotaniu przedsionków (CAAN-AF, PhysioSync-HF), skuteczności wericiguatu (VICTOR/VICTORIA) czy zastosowania sakubitrylu/walsartanu u pacjentów z LVAD (ENVAD-HF). Jak widać, tematy z pogranicza farmakoterapii, elektroterapii i leczenia zaawansowanego znowu znalazły się w centrum uwagi. Mamy nadzieję, że to kompendium pomoże Państwu uporządkować najważniejsze nowości i wdrożyć je tam, gdzie mogą realnie zmienić losy pacjenta.

Życzymy przyjemnej lektury

ENVAD-HF: sacubitril/valsartan in Heartmate 3 LVAD recipients.

J Am Coll Cardiol HF. Aug 31, 2025. 10.1016/j.jchf.2025.102657.

Pacjent z zaawansowaną niewydolnością serca (ang. *heart failure – HF*), u którego implantowano długo-terminowe mechaniczne urządzenie wspomagające lewą komorę (ang. *left ventricular assist device – LVAD*) nadal wymaga leczenia farmakologicznego aczkolwiek brak dedykowanych badań zorientowanych na ocenę skuteczności i bezpieczeństwa takiego leczenia.

Metodyka: ENVAD-HF to pierwsze prospektywne, wieloośrodkowe badanie randomizowane oceniające terapię farmakologiczną HF w tej grupie chorych. Badanie było przeprowadzone w 4 krajach europejskich, w 6 ośrodkach, w tym w Krakowie. Sakubitryl/walsartan (ARNI) vs. standardowa terapia w kontroli ciśnienia tętniczego był badany u 60 pacjentów po implantacji HeartMate 3 (17% kobiet, 57±12 lat, 55% o etiologii ischemicznej, średnie ciśnienie 87±7mmHg), których randomizowano do ARNI (n=30) vs. placebo (n=30). I-rzędowym punktem końcowym była ocena bezpieczeństwa i skuteczności ARNI po 3 miesiącach leczenia. **Wyniki:** Częstość występowania I-rzędowego punktu końcowego (zgon, ciężkie powikłania nerkowe, hiperkaliemia lub objawowa hipotensja) nie różniła się pomiędzy grupami (HR 0.42; p=0.29). Natomiast leczenie pozwoliło zmniejszyć liczbę dodatkowych leków hipotensyjnych, kontrola ciśnienia na ARNI była lepsza, poprawiły się objawy HF zgłaszane przez pacjentów w KCCQ (+10 punktów), a ARNI było dobrze tolerowane. **Wnioski:** Sakubitryl/walsartan u chorych z LVAD jest bezpieczny, redukuje potrzebę dodatkowych leków hipotensyjnych i poprawia jakość życia.

VICTOR & VICTORIA: Badania nad wericiguatem u pacjentów z niewydolnością serca z obniżoną frakcją wyrzutową

Butler J et al. Lancet 2025; DOI: 10.1016/S0140-6736(25)01665-4. Zannad F, et al. Lancet 2025; DOI: 10.1016/S0140-6736(25)01682-4.

Metodyka: W dwóch dużych, randomizowanych badaniach III fazy oceniano skuteczność wericiguatu u pacjentów z HFrEF. Do badania **VICTORIA** włączono 5050 chorych z LVEF <45% i niedawnym zaostrzeniem HF (hospitalizacja w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub konieczność i.v. diuretyków w ciągu 3 miesięcy) oraz NT-proBNP ≥1000 pg/mL. Z kolei do badania **VICTOR** zrekrutowano 6105 stabilnych pacjentów z HFrEF (LVEF ≤40%) bez niedawnego zaostrzenia HF na optymalnej terapii HFrEF (83% z ≥3 lekami i 44% na 4 filarach leczenia HFrEF). W analizie zbiorczej uwzględniono 11 155 pacjentów (5579 w grupie wericiguatu i 5576 w grupie



Honorowy Gość Kongresu: Jego Wysokość Król Hiszpanii Filip VI (Felipe Juan Pablo Alfonso de la Santísima Trinidad y de Todos los Santos de Borbón y Grecia) witający uczestników Kongresu!

placebo), których obserwowano przez 18–24 miesiące. I-rzędowym punktem końcowym był zgon sercowo-naczyniowy lub pierwsza hospitalizacja z powodu WHF.

Wyniki: W badaniu **VICTOR** wericiguat nie zmniejszył ryzyka I-rzędowego punktu końcowego (HR 0.93; 95%CI 0.84–1.02). Z kolei w predefiniowanej analizie II-rzędowej stwierdzono jednak istotne **zmniejszenie ryzyka zgonu sercowo-naczyniowego** (HR 0.83; 95%CI 0.71–0.97) oraz zgonu z jakiegokolwiek przyczyny (HR 0.84; 95%CI 0.74–0.97). W analizie połączonej **VICTOR i VICTORIA** leczenie wericiguatem **zmniejszyło ryzyko wystąpienia I-rzędowego punktu końcowego** (HR 0.91; 95%CI 0.85–0.98). Odnotowano także **redukcję ryzyka zgonu sercowo-naczyniowego** (HR 0.89; 95%CI 0.8–0.98), **pierwszej hospitalizacji z powodu HF** (HR 0.92; 95%CI 0.84–1) oraz zgonu z jakiegokolwiek przyczyny (HR 0.90; 95%CI 0.82–0.99). Efekty leczenia uwiadamiały się już po około 4 miesiącach w zakresie redukcji hospitalizacji oraz po około 8 miesiącach w zakresie zmniejszenia śmiertelności sercowo-naczyniowej.

Wnioski: Wericiguat u pacjentów z HFrEF w połączonej analizie istotnie zmniejszał ryzyko zgonu sercowo-naczyniowego i hospitalizacji z powodu HF, przy zachowanym korzystnym profilu bezpieczeństwa

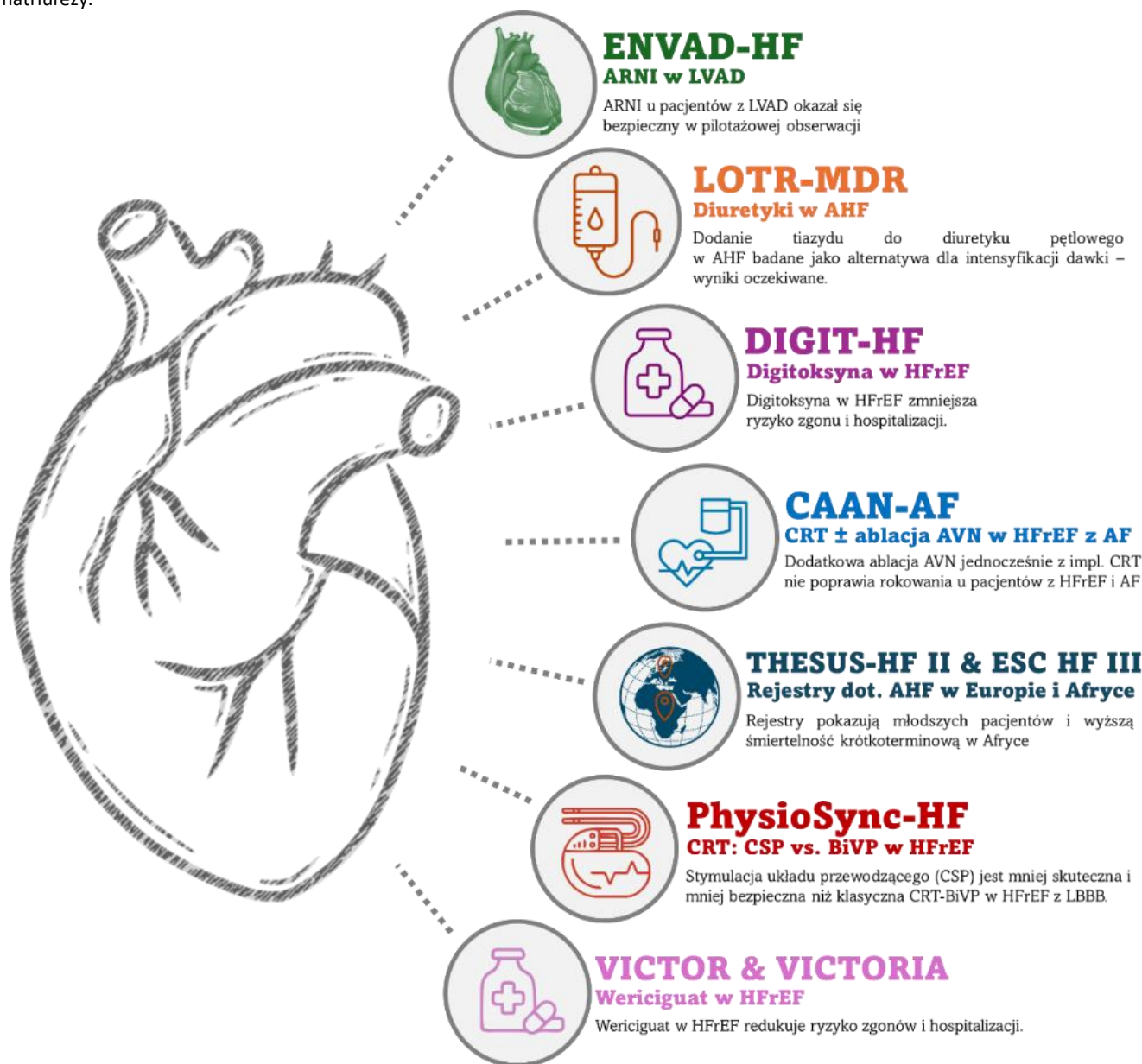
LOT-MDR: Loop diuretic dose intensification versus adjuvant thiazide for diuretic resistance in acute heart failure.

Prezentacja: Zachary Cox. ESC Congress 2025.

Metodyka: 101 pacjentów (67 lat, uprzednio leczonych 80 mg furosemidu) hospitalizowanych z powodu ostrej niewydolności serca (ang. *acute HF – AHF*) i opornością na diuretyki (kumulatywna natriureza <100mmol w ciągu 6-godzinnej obserwacji) zrandomizowano do strategii zwiększenia 2,5-krotnie dawki furosemidu vs. dodania diuretyku tiazydowego (i.v. chlorotiazyd 500mg lub 1000mg w zależności od filtracji nerkowej – eGFR). I-rzędowym punktem końcowym była zmiana 6-godzinnej natriurezy.

Wyniki: Obie strategie zwiększały diurezę i natriurezę, jednak dodanie tiazydu zapewniło istotnie większy przyrost natriurezy w ciągu 6 godzin (107 vs. 49 mmol; $p < 0.001$) i 24 godzin. Dodanie tiazydu wiązało się z nieistotnym statystycznie częstszym i większym przejściowym wzrostem kreatyniny (4% vs. 8%, $p = 0.68$) z nieco rzadszą hipokalemią 6% vs. 2%, $p = 0.62$).

Wnioski: U pacjentów z AHF i opornością na diuretyki obie strategie poprawiają odpowiedź diuretyczną (zwiększenie dawki diuretyku pętlowego vs. dołączenie terapii skojarzonej z tiazydem). Terapia skojarzona z tiazydem zapewnia większe wydalenie sodu kosztem nieznacznie częstszego pogorszenia funkcji nerek.



Digitoxin in Patients with Heart Failure and Reduced Ejection Fraction.

Udo Bavendiek, et al. NEJM 2025. DOI: 10.1056/NEJMoa2415471.

Metodyka: Do badania włączono 1212 pacjentów (66 ± 11 lat, EF $29 \pm 7\%$, 66% w klasie NYHA III, 64% po implantacji ICD i 25% po implantacji CRT, 27% z migotaniem przedsionków – AF), których zrandomizowano do grupy digitoksyny (dawka początkowa 70 ug) vs. placebo. I-rzędowy punkt końcowy składał się ze zgonu z dowolnej przyczyny lub hospitalizacji z powodu zaostrzenia HF (ang. *worsening HF – WHF*).

Wyniki: W trakcie 36 miesięcznej obserwacji I-rzędowy punkt końcowy wystąpił rzadziej w grupie digitoksyny w porównaniu do placebo (39.5% vs. 44.1%; HR 0.82; 95%CI 0.69–0.98; $p = 0.03$). Poważne działania niepożądane wystąpiły u 4,7% pacjentów w grupie digitoksyny i 2,8% w grupie placebo ($p > 0.05$).

Wnioski: Digitoksyna, stosowana jako uzupełnienie standardowej farmakoterapii HFrEF, istotnie zmniejszyła ryzyko zgonu z dowolnej przyczyny lub hospitalizacji z powodu zaostrzenia HF.

PhysioSync-HF: Conduction system vs. biventricular pacing for cardiac resynchronization in heart failure with reduced ejection fraction.

Prezenter: Andre Zimerman. ESC Congress 2025.

Metodyka: Do badania włączono 179 pacjentów z HFrEF, EF $\leq 35\%$ i blokiem lewej odnogi pęczka Hissa (LBBB) z QRS ≥ 130 ms, których zrandomizowano do klasycznej dwujamowej terapii CRT (BiVP) vs. stymulacji układu przewodzącego (CSP, $n = 87$ – głównie stymulacji okolicy lewej odnogi pęczka Hissa, rzadziej stymulacja pęczka Hissa lub stymulacja „przegrodowa”). I-rzędowym punktem końcowym była hierarchiczna ocena wystąpienia zgonu, hospitalizacji, pilnych wizyt i zmiany LVEF w ciągu 12 miesięcy,

a punkty II-rzędowe to m.in. ocena jakości życia i wydolności wysiłkowej.

Wyniki: Pacjenci ze stymulacją układu przewodzącego (CSP) doświadczali 2,4 razy częściej I-rzędowego punktu końcowego niż klasyczny BiVP (OR 2.36; 95%CI 1.37–4.06; p=0.002). Ryzyko zgonu lub zdarzeń związanych z HF było wyższe w grupie CSP (HR 2.35; 95% CI 0.99–5.61). Poprawa EF po 12 miesiącach była istotnie mniejsza w grupie CSP (8% vs. 11.8%). Powikłania związane z procedurą były częstsze w grupie CSP, w tym 3 zgony okołooperacyjne.

Wnioski: U pacjentów z HFrEF i LBBB, stymulacja układu przewodzącego (CSP) okazała się gorsza niż klasyczna terapia CRT z użyciem stymulacji dwukomorowej w zakresie łącznego punktu końcowego (śmiertelność, HF i poprawa LVEF). BiVP pozostaje preferowaną metodą resynchronizacji w tej populacji chorych.

CAAN-AF: Cardiac Resynchronization Therapy and AV Node Ablation in Heart Failure with Reduced Ejection Fraction and Atrial Fibrillation.

Prezenter: Prashanthan Sanders. ESC Congress 2025.

Metodyka: Do badania włączono 143 pacjentów z utrwalonym AF, HFrEF z EF $\leq 35\%$, kwalifikujących się do implantacji CRT-D, których randomizowano do ablacji węzła przedsionkowo-komorowego (AVNA, n=67) lub kontroli częstotliwości rytmu serca za pomocą leczenia farmakologicznego (n=76). I-rzędowy złożony punkt końcowy składał się ze zgonu z dowolnej przyczyny oraz WHF w ciągu 24 miesięcy obserwacji. Badanie zostało zakończone przedwcześnie po pierwszej analizie pośredniej wyników.

Wyniki: Włączono pacjentów w wieku 71 ± 8 lat, 48% z CRT-D, EF 28%; HF terapia: 97% w trakcie leczenia BB, 62% z MRA, 73% z RAASI. Nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy grupami w zakresie I-rzędowego punktu końcowego (RR 1,16; 95% CI 0,6–2,24). Również analiza śmiertelności całkowitej, sercowo-naczyniowej, hospitalizacji z powodu HF oraz arytmii komorowych nie wykazała przewagi ablacji nad farmakoterapią. Odsetek skutecznej stymulacji dwukomorowej po 24 miesiącach był wyższy w grupie AVNA (98% vs. 89%), jednak nie przełożyło się to na poprawę klinicznych punktów końcowych. Jakość życia (SF-36), nasilenie objawów HF (MLWHF) oraz dystans w teście 6-minutowego marszu były porównywalne w obu grupach.

Wnioski: Ablacja węzła przedsionkowo-komorowego u pacjentów z utrwalonym AF i HFrEF, mimo poprawy skuteczności stymulacji dwukomorowej, nie przyniosła dodatkowych korzyści klinicznych w stosunku do standardowej kontroli częstotliwości rytmu serca.

Late Breaking Clinical Science: global insights and outcomes in heart failure.

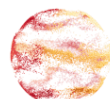
Speakers: Lars Lund, Jong-Chan Youn, Karen Sliwa, Kieran Docherty. ESC Congress 2025.

Podczas sesji „Late Breaking Clinical Science” zaprezentowano dane z dwóch dużych, przekrojowych badań rejestrowych: THESUS-HF II, obejmującego populację pacjentów AHF w Afryce Subsaharyjskiej, oraz ESC HF III Registry, obejmującego pacjentów z krajów Europy i stowarzyszonych z ESC. Oba projekty mają kluczowe znaczenie dla zrozumienia współczesnego obrazu klinicznego, wdrażania terapii oraz wyników leczenia w globalnym ujęciu.

Metodyka i wyniki: Do rejestru ESC HF III włączono 10 162 pacjentów (w wieku 70 [62-79] lat, 36% kobiet) z HF (39% AHF; HFrEF 57%) z 41 krajów Europy, których obserwowano przez kolejne 12 miesięcy. Pacjenci z AHF byli starsi z cukrzycą, AF i chorobą niedokrwienną serca. Stosowanie leków modyfikujących przebieg choroby było zadawalające (BB 88-91%, RAASI 90-93%, MRA 78-88%, a SGLT2i 29-41%). Śmiertelność wewnątrzszpitalna w AHF wyniosła 5,2% w HFrEF, 4,8% w HFmrEF i 3,4% w HFpEF, a śmiertelność całkowita w ciągu roku 10%. W ciągu roku rehospitalizacji wymagało 40% pacjentów z AHF i 20% pacjentów obserwowanych ambulatoryjnie.

Do rejestru THESUS HF II Acute Heart Failure in Africa włączono 555 pacjentów, których obserwowano przez 6 miesięcy od epizodu AHF. Chorzy byli istotnie młodszy niż w rejestrze europejskim (mediana wieku 56 lat), a dominującym czynnikiem ryzyka było nadciśnienie tętnicze (61%), rzadziej cukrzyca (20%) czy AF (11%). Najczęstszą etiologią HF była choroba nadciśnieniowa (35%) oraz choroba niedokrwienna (24%). Aż 88% pacjentów prezentowało się w klasie NYHA III–IV, a średnia EF wynosiła 38%. Podstawową terapią HF było stosowane u ponad połowy pacjentów - beta-blokery u 67%, ACEi/ARB u 77%, MRA u 69%, SGLT2i u 50%. Śmiertelność szpitalna wyniosła 9%, a 30-dniowa – 12%.

Wnioski: Pacjenci w Afryce Subsaharyjskiej chorują na HF średnio dwie dekady wcześniej niż w Europie, dominującą przyczyną jest choroba nadciśnieniowa w Afryce i choroba niedokrwienna serca w Europie, a krótkoterminowa śmiertelność w Afryce pozostaje wyższa niż w Europie.



ESC Congress 2025 Madrid
TOGETHER WITH
World Congress of Cardiology



**KONFERENCJA ASOCJACJI
NIEWYDOLNOŚCI SERCA PTK**



12-13.06.2026

DATUM MEMORANDUM