

Comment on 2014 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization

Komentár k Odporúčaniam ESC a EACTS pre koronárnu revaskularizáciu z roku 2014

Studenčan M, Hudec M

¹Kardiocentrum, FN J. A. Reimana, Prešov, Slovenská republika

V roku 2014 boli publikované nové Odporúčania pre koronárnu revaskularizáciu ako konsenzus expertných komisií Európskej kardiologickej spoločnosti (ESC) a Európskej asociácie kardio-torakálnej chirurgie (EACTS). Predchádzajúce obdobné Odporúčania boli publikované v roku 2010.

Publikovaniu nových Odporúčaní predchádzala systematická analýza aktuálnej medicíny dôkazov opierajúca sa o 100 klinických štúdií s 93 553 pacientmi v problematike koronárnej revaskularizácie.

Kľúčovým zistením bolo, že u pacientov so stabilnou koronárnou chorobou srdca (KCHS) aorto-koronárny by-pass (CABG) znižuje oproti medikamentóznej liečbe riziko úmrtia, infarktu, aj potrebu opakovanej revaskularizácie.

V problematike perkutánnej revaskularizácie (PKI) je pozoruhodným zistením skutočnosť, že liekové stenty novej generácie (newDES) takisto zlepšujú prežívanie oproti medikamentóznej liečbe. V prípade staršej generácie liekových stentov (DES), ako aj v prípade štandardných stentov (BMS) bola popri symptomatickom benefite dokázaná iba znížená potreba opakovanej revaskularizácie, avšak mortalitný benefit chýbal. Pri použití DES klesol počet restenóz oproti BMS o 70 % a nová generácia DES oproti 1. generácii znižuje potrebu revaskularizácie o 20 % a súčasne ich použitie je bezpečnejšie. Použitie newDES je spojené s nižšou mortalitou, nižším výskytom infarktu myokardu, ako aj o 50 % nižším výskytom trombózy stentu. Riziko trombózy stentu je dokonca nižšie ako pri BMS. Výhodnosť DES oproti BMS sa zdôraz-

ňuje takmer u všetkých typov pacientov a pri koronárnych léziách. V odporúčaní sa doslova píše, že nie je žiadna indikácia implantovať BMS, ak je k dispozícii DES novej generácie, ktoré by sa mali implantovať rutinne vo všetkých klinických situáciách.

V Odporúčaní sa pri viaccievnom koronárnom poškodení zdôrazňuje potreba kalkulácie rizika, ktorá vychádza z analýzy jednotlivých koronárnych lézií (tzv. Syntax Score). Pri použití newDES sa posúvajú viaceré revaskularizačné indikácie, pokiaľ ide o indikačnú triedu aj úroveň dôkazov na rovnakú úroveň s CABG. Ide o pacientov s postihnutím proximálnej RIA (indikácia IA), jednoduchej stenózy kmeňa ľavej koronárnej tepny (Syntax score <22; IB) aj jednoduchšieho trojcievneho postihnutia (Syntax Score<22, IB). Naopak, v niektorých prípadoch bolo postavenie perkutánnej intervencie oslabené. Ide o pacientov s komplexným trojcievným postihnutím (Syntax Score >22, IIIB) a komplexným postihnutím kmeňa ľavej koronárnej tepny (Syntax Score >32, IIIB).

Na základe výsledkov klinickej štúdie FREEDOM sa pri viaccievnom koronárnom postihnutí CABG stáva preferovanou revaskularizačnou modalitou u pacientov s diabetom a súčasne akceptovateľným operačným rizikom (IA). Pre odhad operačného rizika sa odporúčajú validované modely, pričom STS skóre (IB) je preferované pred EUROS-CORE-II (IIaB).

Najrozsiahlejšia kapitola Odporúčaní sa venuje anti-trombotickej liečbe, pri ktorej sa uskutočnili početné zmeny. U pacientov s AKS bez elevácie ST (NAP/NSTEMI) sa pri PKI neodporúča predliečenie prasugrelom, čo súvisí s výsledkami klinickej štúdie ACCOAST. Trvanie duálnej protidoštičkovej liečby u pacientov so stabilnou KCHS po implantácii DES bolo skrátené na šesť mesiacov a u pacientov s vysokým

¹Z Kardiocentra FN J. A. Reimana v Prešove a ²Oddelenia koronárnej JIS SÚSCCH, a. s., v Banskej Bystrici, Slovenská republika
Do redakcie došlo dňa 4. septembra 2015; prijaté dňa 7. septembra 2015
Adresa pre korešpondenciu: Doc. MUDr. Martin Studenčan, PhD., Kardiocentrum FN J. A. Reimana, Prešov, Hollého 14, 081 81 Prešov, Slovenská republika, e-mail: mstudencan@gmail.com

rizikom krvácania sa môže uvažovať dokonca s ešte kratším obdobím. Pri akútnych koronárnych syndrómoch za prvú voľbu v antiagregačnej liečbe popri ASA sa považuje prasugrel alebo tikagrelor (IB), kým klopidoogrel by sa mal podávať iba v prípade kontraindikácie alebo nedostupnosti týchto preparátov.

U pacientov so STEMI bol oslabený význam bivalirudínu a jeho indikácia sa zmenila z I na IIA. Podľa expertnej komisie je výhodnosť nižšieho hemoragického rizika pri bivalirudíne prinajmenšom sčasti relativizovaná zvýšeným rizikom periprocedurálnej trombózy stentu, ako to ukázali klinické štúdie HORIZON-AMI, EUROMAX, HEAT a BRAVE 4. Táto zmena však klinickú prax na Slovensku neovplyvní, keďže bivalirudín sa pre svoju nedostupnosť u nás doposiaľ nepoužíval. Za pozornosť stojí aj oslabenie významu inhibítorov IIb/IIIa, ktoré by sa nemali podávať, kým nie je známa koronárna anatómia (indikácia III).

Do popredia sa dostáva aj preferencia radiálneho prístupu oproti femorálnemu, najmä u pacientov so STEMI (IIaA), vzhľadom na skutočnosť, že znižuje mortalitu a výskyt krvácavých komplikácií, ako ukázali výsledky štúdie RIVAL.

V Odporúčaniach je nová kapitola, ktorá sa venuje vzťahu kvality a počtu revaskularizačných výkonov a uvádzajú sa minimálne počty potrebných výkonov na lekára aj na inštitúciu, ako aj odporúčania pre tréning lekárov – intervenčných kardiológov. Všetky slovenské kardiocentrá, pokiaľ ide o PKI, spĺňajú kritériá „veľkoobjemových“ pracovísk a odporúčané ročné minimum 400 PKI na inštitúciu a 75 PKI na samostatného intervenčného kardiológa nie sú u nás problémom. Obdobne „veľkoobjemový“ charakter majú aj všetky tri slovenské kardiouchirurgie, ktoré oveľa prevyšujú odporúčané minimum 200 CABG ročne.