

Comment on 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients without persistent ST-segment elevation

Komentár k Odporúčaniam ESC pre manažment akútnych koronárnych syndrómov u pacientov bez perzistujúcich elevácií ST segmentu 2015

Studenčan M¹, Kovář F²

¹Kardiocentrum FNŠP J. A. Reimana, Klinika kardiológie FZO PU, Prešov, Slovenská republika

Akútny koronárny syndróm (AKS) naďalej patrí medzi priority kardiologického záujmu. Jeho ročná incidencia je približne 3/1000. Kým incidencia STEMI má v poslednej dekáde tendenciu k poklesu, incidencia AKS bez elevácie ST segment (NSTEMI-AKS) mierne narastá.

NSTEMI-AKS je veľmi heterogénne ochorenie s veľkou variabilitou symptómov, závažnosti, patientských charakteristík a s rôznou krátkodobou, či dlhodobou prognózou. Táto heterogenita zvyšuje náročnosť manažmentu pacientov, a to pokiaľ ide o diagnostiku, ale taktiež liečbu, a to od konzervatívneho medikamentózneho postupu až po intervenčné či kardiochirurgické revaskularizačné postupy.

Optimálnym načasovaním revaskularizačnej procedúry sa zaoberalo viacero klinických štúdií a zdá sa, že tajomstvo optimálneho manažmentu spočíva v načasovaní procedúry u konkrétného pacienta v závislosti od individuálnej miery rizika. V tejto súvislosti aktuálne Odporúčania venujú mimoriadnu pozornosť vysoko senzitívnym testom na meranie plazmatickej hladiny kardiálneho troponínu (hs-Trop). V porovnaní s konvenčnými testami tieto vysoko senzitívne testy umožňujú spoľahlivú detekciu aj minimálne zvýšeného troponínu. V diagnostike NSTEMI majú významne vyššiu negatívnu prediktívnu hodnotu a skracujú „slepé okno“ do vzostupu troponínu, čím umožnia včasnejšiu diagnostiku NSTEMI. S ich systematickým používaním treba očakávať

pokles výskytu NAP a nárast incidence NSTEMI o 20 %. Podľa súčasných odporúčaní sa diagnostika NSTEMI-AKS odporúča prednostne oproti štandardným testom (indikácia I, úroveň dôkazov A).

V súčasnosti možno evidovať prílišnú benevolenciu v diagnostike NSTEMI-AKS, kedy obzvlášť NSTEMI sa často diagnostikuje iba na základe zvýšenej hladiny troponínu. V Odporúčaní sa však naďalej zdôrazňuje diagnostická triáda s hodnotením dynamiky biomarkerov, ale aj typickej klinickej prezentácie a EKG zmien. Nemožno redukovať diagnózu NSTEMI-AKS iba na stanovenie biomarkerov (ktoré navyše nie sú v prípade NAP zvýšené!).

Najväčšia časť Odporúčaní je venovaná dvom pilierom manažmentu NSTEMI-AKS, a to medikamentóznej antitrombotickej a revaskularizačnej liečbe. Duálna protidoštičková liečba v kombinácii ASA a P2Y12 inhibítora sa odporúča u všetkých pacientov s NSTEMI-AKS, pričom novšie P2Y12 inhibítory (tikagrelor a prasugrel), vzhľadom na priaznivejší dopad na ischemické komplikácie, sa uprednostňujú pred klopidoogrelom (Indikácia I, úroveň dôkazov B). V prípade prasugrelu, vzhľadom na výsledky klinickej štúdie ACCOAST, u pacientov s NSTEMI-AKS sa neodporúča začať liečbu ešte pred koronarografickým vyšetrením, keďže tento postup bol spojený s významne zvýšeným hemoragickým rizikom (Indikácia III, úroveň dôkazov B). Pokiaľ ide o cangrelor a vorapaxar, hoci

Z ¹Kardiocentra Prešov a ²Kardiocentra Martin, Slovenská republika
Do redakcie došlo dňa 31. marca 2016; prijaté dňa 2. apríla 2016

Adresa pre korešpondenciu: Doc. MUDr. Martin Studenčan, PhD., FESC, Kardiocentrum FNŠP J. A. Reimana, Klinika kardiológie FZO PU, Prešov, Slovenská republika, e-mail: mstudencan@gmail.com

oba prípravky nedávno získali registráciu EMA, v Odporúčaniach nie je k ich používaniu žiadne stanovisko, keďže autori Odporúčaní považujú aktuálnu úroveň dôkazov pre tieto prípravky za nedostatočnú až kontroverznú.

Optimálna dĺžka duálnej protidoštičkovej liečby by mala byť založená na individuálnom posúdení ischemického a hemoragického rizika. Aj keď štandardná dĺžka liečby je naďalej 12 mesiacov, u pacientov s vysokým ischemickým a nízkym hemoragickým rizikom môže byť klinicky prínosné predĺžiť túto liečbu na 30 mesiacov (klopidogrel, prasugrel) alebo až na 48 mesiacov (tikagrelor). Podľa výsledkov nedávnych klinických štúdií DAPT a PEGASUS pri predĺžení liečby nad 12 mesiacov je vhodné dávku tikagreloru zredukovať na 2 x 60 mg (Indikácia IIb, úroveň dôkazov A). U pacientov s vyšším hemoragickým rizikom je vhodné duálnu liečbu skrátiť pod 12 mesiacov (Indikácia IIb, úroveň dôkazov A).

V Odporúčaniach sa zdôrazňuje význam rutinného invazívneho manažmentu pacientov osobitne u pacientov so stredným a vysokým ischemickým rizikom. Podľa registra SLOVAKS v roku 2015 sa na Slovensku podrobilo invazívnemu manažmentu 64 % pacientov s NSTEMI-AKS. Okamžitý invazívny postup (do dvoch hodín) sa odporúča u pacientov s veľmi vysokým rizikom (šok, zástava obehu, malígne arytmie atď.) (Indikácia I, úroveň dôkazov C). Včasný invazívny postup (do 24 hodín) sa odporúča u pacientov s niektorým z nasledujúcich kritérií: vzostup alebo pokles troponínu, dynamické ST-T zmeny na EKG, alebo rizikové GRACE skóre > 140 (Indikácia I, úroveň dôkazov A).

V prípade, že invazívny zákrok vykonáva kardiológ s dostatočnými skúsenosťami s radiálnou technikou, **radiálny katetrizačný prístup je preferovaný pred femorálnym**, keďže podľa klinických štúdií RIVAL a MATRIX tento prístup sa spája s nižším výskytom hemoragickým komplikácií a dokonca nižšou mortalitou (Indikácia I, úroveň dôkazov A). Relatívna jednoduchosť, bezpečnosť a vyššia dostupnosť PKI spôsobila, že absolútna väčšina revaskularizačných výkonov u pacientov s NSTEMI-AKS sa dnes vykonáva pomocou PKI, aj keď neexistuje klinická štúdia, ktorá by priamo porovnávala u týchto pacientov intervenčný a kardiochirurgický spôsob revaskularizácie. U pacientov s viacievny postihnutím by mal byť zvolený postup prediskutovaný v rámci lokálneho „heart team“ (Indikácia I, úroveň dôkazov C). Osobitnou skupinou, ktorá by mohla profitovať z kardiochirurgického postupu, sú diabetici s viacievny koronárnym postihnutím. Analýza registra SLOVAKS z roku 2015 ukázala, že 14 % pacientov s NSTEMI a 11,8 % pacientov s NAP u nás absolvovalo kardiochirurgickú revaskularizáciu ešte počas hospitalizácie, alebo boli naplánovaní na elektívny výkon.

V závere **Oporúčania zdôrazňujú význam sekundárnej prevencie**, kam patrí zmena životného štýlu, dostatok pohybu, zákaz fajčenia a niektoré medikamenty. Mimoriadny dôraz sa kladie na dosiahnutie cieľových hodnôt LDL pomocou vysoko dávkovaných statínov. Podľa výsledkov nedávnej klinickej štúdie IMPROVE-IT, ak cieľovú hodnotu nedosiahneme pomocou statínu, do kombinácie treba pridať ezetimib (Indikácia IIa, úroveň dôkazov B).