



Nová doporučení pro akutní koronární syndrom a kritika definice infarktu myokardu na Sjezdu Evropské kardiologické společnosti v Amsterdamu 2023

New Guidelines for Acute Coronary Syndrome and Criticism of the Myocardial Infarction Definition at the Congress of the European Society of Cardiology in Amsterdam 2023

Jan F. Vojáček

I. interní kardiologická klinika, LF UK a FN Hradec Králové
Kardiologie na Bulovce, s. r. o., Praha

V novém znění Doporučení pro akutní koronární syndrom Evropské kardiologické společnosti je novinkou především spojení všech forem akutních koronárních syndromů (tzn. jak STE, tak pro NSTE, včetně nestabilní anginy pectoris) do jediných guidelines. Autoři považují akutní koronární syndrom za spektrum v rámci koronárního onemocnění, a toto spektrum kontinuálně přechází od nestabilní anginy pectoris přes non-STE až k STE infarktu myokardu a kdykoliv může končit náhlou smrtí nebo zresuscitovanou oběhovou zástavou. Další dvě nové koncepce, i když méně výrazné, ale přesto důležité, zahrnují sekci s akutními koronárními syndromy u nemocných s rakovinou a dále sekci, která poskytuje náhled na perspektivu nemocných s akutními koronárními syndromy.

Jaké jsou hlavní změny oproti předcházejícím doporučením? V tomto přehledu jsou uvedeny především situace nově uvedené v třídě I, to znamená že je jasný důkaz a/nebo všeobecná shoda na tom, že daný postup je prospěšný, užitečný a účinný.

Nová doporučení se týkají intervence na neinfarktové tepně při onemocnění více tepen u hemodynamicky stabilních nemocných se STEMI, kteří podstupují primární koronární angioplastiku. Rozhodnutí o výkonu by v tomto případě mělo být založeno na angiografickém zhodnocení tíže koronární stenózy (ve třídě I).

Doporučení pro technické aspekty invazivní strategie se zaměřuje i na nemocné se spontánní disekcí věnčitě tepny, kde je koronární intervenční výkon ve třídě I doporučován pouze pro nemocné se symptomy a známkami pokračující ischemie myokardu, velké masy myokardu v ohrožení a s redukováným antegrádním průtokem.

Pokud jde o nemocné s komplikacemi akutního koronárního syndromu, implantace trvalého kardiostimulátoru je doporučena ve třídě I u nemocných s vysokým stupněm AV blokády, která neodezní během vyčkávací doby alespoň pěti dní po vzniku akutního infarktu myokardu.

Z doporučení pro antiagregační a antikoagulační terapii je ve třídě I situace po přerušení duální antiagregační protidestičkové léčby před aortokoronárním bypassem a nově je doporučeno znovu zahájit duální antiagregaci po operaci a pokračovat nejméně na dobu 12 měsíců.

Doporučení v sekci týkající se nemocných po srdeční zástavě včetně mimonemocniční srdeční zástavy je ve třídě I zhodnocení neurologické prognózy (ne dříve než 72 hodin po přijetí) u všech komatózních přeživších srdeční zástavy.

Další doporučení ve třídě I se týkají komorbidit nemocných s akutním koronárním syndromem: dlouhodobé léčby pro snížení hladiny krevního cukru za přítomnosti komorbidit včetně srdečního selhání, chronického onemocnění ledvin a obezity. V této skupině se další doporu-

čení ve třídě I týká křehkých starých nemocných s komorbiditami, kde je doporučeno individualizovat intervenční a farmakologickou léčbu po pečlivém zhodnocení rizik a benefitů s ohledem na celkový stav pacienta („holistic approach“).

Invazivní strategie je doporučena u nemocných s rakovinou, kteří přicházejí pro vysoce rizikový akutní koronární syndrom a mají očekávanou dobu přežití více než 6 měsíců. Dočasné přerušení cytostatické léčby a jiné léčby rakoviny je doporučeno u nemocných, kde se tato léčba může podílet na vzniku akutního koronárního syndromu.

Pro dlouhodobé vedení nemocných po akutním koronárním syndromu je doporučeno ve třídě I intenzifikovat hypolipidemickou léčbu během hospitalizace pro akutní koronární syndrom u nemocných, kteří již byli na hypolipidemické léčbě před přijetím, a konečně ve třídě I jsou i doporučení pro perspektivu nemocných po akutním koronárním syndromu, které se týkají adherence nemocných k léčbě, jejich požadků a důvěry a informace o všech klinických rozhodnutích. Je doporučováno zahrnout tyto nemocné do rozhodovacího procesu, pokud to jejich stav dovolí, a informovat je o rizicích a nepříznivých účincích vystavení radiačnímu riziku a o alternativních možnostech.

U dalších doporučení byla revidována třída doporučení a úroveň důkazů.

Časná invazivní strategie do 24 hodin po vzniku příznaků by měla být zvážena u nemocných s alespoň jedním z následujících vysoce rizikových kritérií: potvrzená diagnóza NSTEMI na základě aktuálně doporučených algoritmů pro vysoce senzitivní troponiny, dynamické změny ST segmentu nebo T vlny, přechodná elevace ST-segmentu nebo rizikové skóre GRACE větší než 140. Toto doporučení je nyní zařazeno do třídy IIa (úroveň důkazů A) – měla by být zvážena.

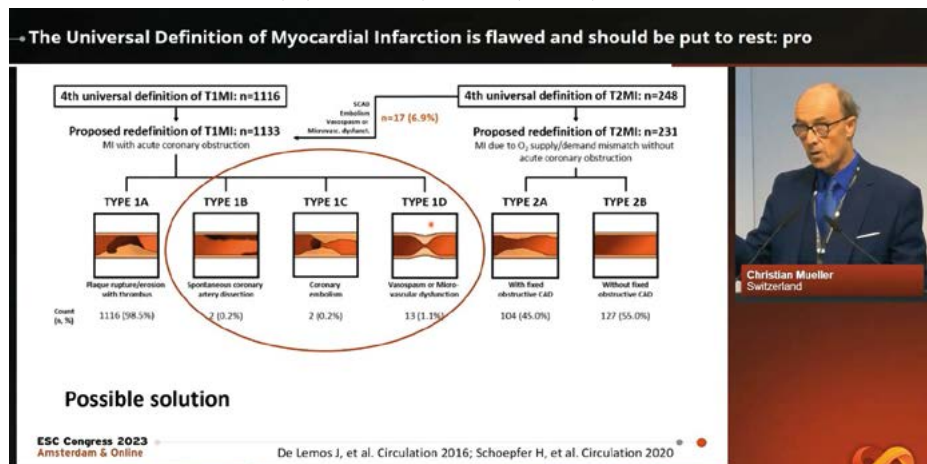
U pacientů s podezřením na akutní koronární syndrom, s nezvýšeným (nebo s neznámým) hs-troponinem, beze změn na EKG a bez recidivy bolesti by mělo být zváženo doporučení neinvazivního testování na indukovatelnou ischemii, preferenčně zobrazovacího, nebo počítačové koronární tomografie, které byly doporučovány ve znění 2017 a 2018 před invazivním přístupem ve třídě I (úroveň důkazů B), a nyní se snižují na třídu IIa (úroveň důkazů A) to znamená „měla by být zvážena“.

Do třídy IIb (úroveň důkazů B), bylo přeřazeno doporučení pro P2Y₁₂ inhibitorů prasugrelu nebo ticagreloru (anebo clopidogrelu, pokud zmíněné dva nejsou dostupné nebo jsou kontraindikovány), kdy u pacientů podstupujících primární PCI strategii může být zváženo předlčení inhibitorem receptoru P2Y₁₂.

Do třídy III, tzn. že není doporučována, byla přesunuta rutinní okamžitá koronární angiografie u nemocných resuscitovaných po srdeční zástavě, pokud je nemocný hemodynamicky stabilní bez persistentních elevací ST úseku nebo jeho ekvivalentu.

Profesor Christian Müller z Kardiologického ústavu v Basileji vyvolal poměrně velkou debatu a značný zájem účastníků svojí přednáškou Univerzální definice infarktu myokardu je špatná a měli bychom ji opustit. Tato sekce proběhla jako Great Debate a podnět pro odstoupení od současné definice infarktu myokardu inicioval Christian Müller a naopak Harvey White z Nového Zélandu, jeden ze spoluautorů nyní platné čtvrté definice infarktu myokardu tuto obhajoval, a je nutno dodat, že účastníky diskuze z pléna byli rovněž i další hlavní tvůrci postupně čtyř definic infarktu myokar-

Obr. 1. Christian Müller doporučil k infarktu myokardu typu I přiřadit i spontánní koronární disekci, embolii do věnčitých tepen a koronární spasmus nebo mikrovaskulární dysfunkci jako infarkt myokardu typu Ib, Ic a Id, u nichž je indikována akutní koronarografie. Naproti tomu infarkt myokardu typu II doporučuje rozdělit podle toho, zda je nebo není přítomná významná koronární stenóza, protože tato důležitá skutečnost má jak prognostický význam, tak vyžaduje jiný léčebný postup



du – Kristian Thygesen a Allan Jaffe. Autor hned v úvodu navrhol, že jako infarkt myokardu by měl být označován pouze život ohrožující akutní medicínský stav, který vyžaduje okamžitou monitoraci EKG, koronární angiografii – okamžitou u STEMI nebo časnou u nonSTEMI s případnou intervencí, duální antiagregační terapií po dobu 12 měsíců a dlouhodobou kardiologickou rehabilitací a ovlivnění rizikových faktorů. Z takto formulované definice by především vypadla řada nemocných dosud vedených jako infarkt myokardu II. typu. Christian Müller zdůraznil, že podle současné definice se do této kategorie infarktu myokardu, obzvláště typu II, řadí rovněž řada jiných entit, které nemají s původní diagnózou z klinického hlediska a léčebného postupu mnoho společného a uvedl řadu příkladů, kdy podle současné definice postup jako u infarktu myokardu může být nesprávný. Ukázal například nemocné s tachyarytmií a vzestupem troponinu, kde je potřeba léčit tachyarytmii a ne provádět akutní koronární angiografii, dále nemocné s hypertenzní krizí a vzestupem troponinu, kde je potřeba zajistit kontrolu tlaku a u nichž rovněž není indikována akutní koronární angiografie, nemocné se stabilní koronární aterosklerózou s těžkou anémií při těžkém krvácení do gastrointestinálního traktu, kde je potřeba krevní transfuze a endoskopický zásah a vysazení duální antiagregace a kde rovněž akutní koronární

angiografie není indikována nebo nemocnou s poporodní koronární disekcí, kdy tyto stavy rovněž nemají být léčeny jako klasický infarkt myokardu prvního typu.

Christian Müller doporučil k infarktu myokardu typu I přiřadit i spontánní koronární disekci, embolii do věnčitých tepen a koronární spasmus nebo mikrovaskulární dysfunkci jako infarkt myokardu typu Ib, Ic a Id (Obr. 1), u nichž je indikována akutní koronarografie. Naproti tomu infarkt myokardu typu II doporučuje rozdělit podle toho, zda je nebo není přítomná významná koronární stenóza, protože tato důležitá skutečnost má jak prognostický význam, tak vyžaduje jiný léčebný postup (Obr. 1).

Autor sdělení se rovněž velmi kriticky vyjádřil o definicích infarktu myokardu typu IV a V, kde u nemocných po koronární intervenci a po aortokoronárním bypassu je nejen vyžadováno pěti až desetinásobné zvýšení troponinu, ale i kromě EKG změn, například po operaci vývoj typických kmitů Q, dále zobrazení ztráty viabilního myokardu a angiografická dokumentace koronární nebo bypassové okluze. Tyto nesrovnalosti v diagnostice infarktu myokardu u nemocných se spontánně vzniklou koronární příhodou, po perkutánních intervenčních procedurách a po aortokoronárních bypassu znemožňují srovnání různých způsobů léčby v klinických studiích, jako byla například studie EXCEL.

LITERATURA

1. Byrne RA (Chairperson), Rossello X (Task Force Coordinator), Coughlan JJ (Task Force Coordinator) et al for the ESC Scientific Document Group. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. Developed by the task force on the management of acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2023 Oct 12;44(38):3720-3826. doi: 10.1093/eurheartj/ehad191. PMID: 37622654.

2. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, et al., on behalf of the Joint European Society of Cardiology (ESC)/American College of Cardiology (ACC)/American Heart Association (AHA)/World Heart Federation (WHF) Task Force for the Universal Definition of Myocardial Infarction. Fourth universal definition of myocardial infarction (2018). European Heart Journal. 2019 Jan 14;40(3):237-269. doi: 10.1093/eurheartj/ehy462.