

KARDIOLOGIA

Najnowsze wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego

 Anna ZIELIŃSKA

Na majowej 82. Wiosennej Konferencji Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego specjaliści dyskutowali o najnowszych wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Omówiono m.in. nowe wytyczne dotyczące rewaskularyzacji mięśnia sercowego, nową uniwersalną definicję zawału serca i nadciśnienia tętniczego. Zalecenia te powstały na podstawie wyników najnowszych badań.



Wytyczne dotyczące rewaskularyzacji zostały ustalone we współpracy z Europejskim Towarzystwem Kardiorakochirurgii. W zaleceniach dotyczących diagnostyki obrazowej choroby wieńcowej coraz większy nacisk kładzie się na angiografię tomografii komputerowej. Następnie, po wysunięciu podejrzenia zmian miażdżycowych w tętnicach wieńcowych, szczególnie u pacjentów z grup pośrodkowego ryzyka, należy ocenić niedokrwienie za pomocą testów czynnościowych. Preferowane jest wykonanie echokardiografii obciążeniowej wysiłkowej lub badania SPECT. Kolejnym parametrem, który należy wziąć pod uwagę przy podejmowaniu decyzji o dalszej rewaskularyzacji, zwłaszcza u pacjentów z niewydolnością serca z obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory, jest żywotność mięśnia sercowego. Zaleca się w tej sytuacji echokardiografię i rezonans magnetyczny. Inwazyjna ocena niedokrwienia jest podstawą wszelkich dalszych działań interwen-

cyjnych. U pacjentów ze zmianami pośrednimi w tętnicach wieńcowych w koronarografii rekomendowane jest oznaczenie cząstkowej rezerwy przepływu wieńcowego (FFR) bądź rozkurczowej oceny gradientu ciśnienia (iFR). Wyniki poniżej 0,8 w przypadku FFR i poniżej 0,89 w przypadku iFR świadczą o istotnym zwężeniu w naczyniu. Dzięki tym parametrom możemy u pacjentów z chorobą wielonaczyniową bezpiecznie zmniejszać liczbę koniecznych rewaskularyzacji i tym samym liczbę późniejszych powikłań. W przypadku pacjentów stabilnych decyzja o rewaskularyzacji powinna być podejmowana przez zespół wielodyscyplinarny, a pacjent powinien wyrazić świadomą zgodę na zabieg.

W wytycznych dotyczących leczenia ostrego zespołu wieńcowych (OZW) podkreślano, że rutynowe poszerzenie wszystkich tętnic w chorobie wielonaczyniowej u chorego we wstrząsie nie przynosi korzyści, a pogarsza rokowanie. W ta-

kiej sytuacji należy udzielić w pierwszym etapie tylko tętnicę dozawałową. U chorych z zawałem i chorobą wielonaczyniową powinno się dążyć do pełnej rewaskularyzacji, pozostałe naczynia należy zaopatrzyć do 4 tygodni od wystąpienia zawału. Pacjenci powinni być leczeni z dostępu promieniowego, stentami najnowszej generacji, uwalniającymi lek. Stenty stalowe właściwie zniknęły z wytycznych z 2018 r., a stenty bioresorbowalne dozwolone są tylko na etapie kontrolowanych badań klinicznych. Ponadto nie zaleca się rutynowego stosowania aspiracyjnej trombektomii, odraczania stentowania po udrożnieniu naczynia np. aspiracyjną trombektomią i stosowania kontrapulsacji wewnątrzortowej.

W wytycznych dotyczących rewaskularyzacji tętnic wieńcowych wyróżniono grupę pacjentów z ciężką dysfunkcją skurczową lewej komory (EF \leq 35 proc.) i wielonaczyniową chorobą wieńcową. Tu jako pierwsza strategia zalecana jest rewaskularyzacja kardiochirurgiczna przy akceptowalnym ryzyku zabiegu. U tych chorych specjaliści z *heart team*, po analizie anatomii tętnic wieńcowych, dodatkowych czynników ryzyka i chorób współistniejących, powinni rozważyć angioplastykę jako alternatywę dla pomostowania aortalno-wieńcowego, jeśli można w ten sposób osiągnąć pełną rewaskularyzację. Obecność cukrzycy skłania do leczenia metodą chirurgiczną.

Jeśli chodzi o farmakoterapię, to nadal okołozabiegowo stosujemy kwas acetylosalicylowy, inhibitor P2Y12 i heparynę niefrakcjonowaną jako leki pierwszego rzutu. Kłopidogrel jest wskazany w stabilnej chorobie wieńcowej, a w OZW u pacjentów przyjmujących doustne leki przeciwkrzepliwe, z wysokim ryzykiem krwawienia czy po fibrynolizie. Z kolei bivalirudyna zalecana jest w przypadku małopłytkowości poheparynowej. Można ewentualnie rozważyć jej zastosowanie u chorych z wysokim ryzykiem krwawienia. Podwójna terapia przeciwplatekowa w OZW zalecana jest standardowo przez 12 miesięcy. W zależności od ryzyka krwawienia można ją skrócić do 6 miesięcy bądź przedłużyć na podstawie oceny ryzyka incydentów niedokrwienych. Niezbędne są tu odpowiednio skale PRECISE-DAPT i DAPT Score. Ponadto u chorych bez przebytego udaru mózgu, przy wysokim ryzyku incydentu niedokrwienego można rozważyć od początku terapię trójlekową kwasem acetylosalicylowym, kłopidogrelem i riwaroksabanem w małej dawce. W wytycznych pojawiła się też możliwość ograniczenia intensywności leczenia inhibitorem P2Y12 u pacjentów z wysokim ryzykiem krwawienia, czyli np. zamiany prasugrelu czy tikagreloru na kłopidogrel,

HIPERTENSJOLOGIA

w zależności od wyników badań czynnościowych płytek. W stabilnej chorobie wieńcowej standardowo leczenie DAPT trwa 6 miesięcy, ale można je skrócić do 1–3 miesięcy. U chorych z migotaniem przedsionków czas potrójnego leczenia powinien wynosić 1 miesiąc, a w przypadku wysokiego ryzyka niedokrwienego można go wydłużyć do 6 miesięcy. U wybranych chorych z wysokim ryzykiem krwawienia zamiast potrójnego leczenia należy rozważyć leczenie podwójne doustnym lekiem przeciwkrzepliwym i kłopidogrelem. Preferowane są nowe doustne antykoagulanty.

Nowa uniwersalna definicja zawału serca

Wytyczne zwracają uwagę na interpretację podwyższonego poziomu troponiny. Zasadniczą sprawą jest uporządkowanie różnicy pomiędzy uszkodzeniem mięśnia sercowego a jego zawałem. Muszą być spełnione kliniczne cechy niedokrwienia mięśnia serca, żeby uszkodzenie potraktować jako zawał. Badania obrazowe są niezbędne do obiektywnej oceny uszkodzenia mięśnia sercowego – na pierwszym miejscu echokardiografia i rezonans magnetyczny.

Wytyczne postępowania w nadciśnieniu tętniczym

Procedury diagnostyczne zalecane w wytycznych to kilkukrotny pomiar ciśnienia tętniczego na obu ramionach, prawidłowo dobranym mankietem. Ponadto u osób starszych, z cukrzycą czy chorobami neurodegeneracyjnymi należy wykonać pomiar także po 1 i 3 minutach po pionizacji w poszukiwaniu hipotensji ortostatycznej. Potwierdzenie rozpoznania następuje dopiero w czasie kolejnej wizyty, w badaniu holterowskim lub pomiarach domowych, by wykluczyć nadciśnienie białego fartucha i nadciśnienie maskowane (wysokie prawidłowe wartości RR w gabinecie). Zaleca się prowadzenie programów przesiewowych w celu zwiększenia świadomości, znajomości wartości ciśnienia i rozpoznania nadciśnienia tętniczego. Ustalono też czas, w którym pacjent musi uzyskać docelowe wartości ciśnienia tętniczego, wynosi on 12 tygodni. Wyznaczono nowe cele w grupie osób po zawale serca. U pacjentów poniżej 65. roku życia wartości ciśnienia tętniczego powinny być niższe niż 130/80 mm Hg, a u chorych powyżej 65. roku życia niższe niż 140/80 mm Hg. Od początku leczenia podstawą powinna być terapia skojarzona. Wyjątek stanowią osoby w podeszłym wieku i z nadciśnieniem tętniczym I stopnia bez współistniejących czynników ryzyka. Pierwsze preferowane połączenie to lek hamujący układ renina–angiotensyna–aldosteron i antagonistą wapnia lub lek moczopędny. Wybór leku moczopędnego zależy od funkcji nerek. Przy GFR poniżej 30–40 ml/min wskazane są diuretyki pętlowe, natomiast przy wyższych wartościach GFR – tiazydowe i tiazydopodobne (najlepiej indapamid). Przy utrzymujących się nieoptymalnych wartościach ciśnienia zalecane jest dołączenie trzeciego leku – antagonisty wapnia lub diuretyku (w zależności od dotychczasowej terapii). Przy dalszym braku skuteczności leczenia kolejnym krokiem jest włączenie spironolaktonu, ewentualnie innego diuretyku, alfa-adrenolityku bądź beta-adrenolityku. Na każdym etapie zalecane jest stosowanie preparatów złożonych ze względu na ich udowodnioną wyższą skuteczność. Zabiegowe leczenie nadciśnienia, czyli denerwacja tętnic nerkowych, ograniczone jest do badań klinicznych. ■



fot. istockphoto.com

Leczenie nadciśnienia tętniczego w świetle najnowszych zaleceń

Nowe zalecenia PTNT zmieniły przede wszystkim zasady dotyczące ciśnienia docelowego. Wytyczne z 2019 r., podobnie jak zalecenia ESC/ESH 2018, rekomendują terapię hipotensyjną z zastosowaniem pięciu podstawowych grup leków. Komentuje je dla nas prof. dr hab. n. med. Krystyna Widecka.

Zalecenia Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (PTNT) z 2019 r. bazują na wytycznych z 2015 r. i uwzględniają część zmian merytorycznych zawartych w wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego i Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (ESC/ESH 2018). W tabelach podsumowujących podstawowe zasady terapii nadciśnienia tętniczego nie umieszczono typowych gradacji, jak to jest w wytycznych europejskich, lecz pozostawiono polski układ tego dokumentu, który uwzględnia trzy kolory: zielony (wskazania), żółty (sugestie), czerwony (przeciwskazania).

Co mówią polskie wytyczne?

W naszych nowych wytycznych zmieniły się przede wszystkim zasady dotyczące ciśnienia docelowego. Podobnie jak w wytycznych europejskich w pierwszym etapie leczenia dążymy do uzyskania wartości poniżej 140/90, niezależnie od wielkości ryzyka sercowo-naczyniowego i towarzyszących powikłań. W razie dobrej tolerancji w drugim etapie chcemy, aby ciśnienie było niższe, ale jego wartości zależą od wieku chorego: pacjenci poniżej 65. roku życia powinni mieć ciśnienie

skurczowe poniżej 130 mm Hg, ale nie mniejsze niż 120 mm Hg. Jednocześnie docelową wartość ciśnienia rozkurczowego zmniejszono do poniżej 80 mm Hg, zaznaczając, że wartości 70–79 mm Hg powinni docelowo osiągnąć wszyscy pacjenci z nadciśnieniem, niezależnie od wieku i chorób współistniejących. Oznacza to obniżenie wartości ciśnienia docelowego, ale także wskazanie, że nie należy obniżać ciśnienia poniżej 120/70 mm Hg. U pacjentów pomiędzy 65. a 80. rokiem życia celem jest osiągnięcie ciśnienia poniżej 140/80 mm Hg, ale nie niższego niż 130/70 mm Hg. Z kolei pacjenci w wieku 80 lat i starsi wymagają terapii przy ciśnieniu 160/90 mm Hg i obniża się je do wartości poniżej 150/80 mm Hg, lecz nie mniejszej niż 130/70 mm Hg. Z tego widać, że nowe wytyczne jednoznacznie zmieniły docelowe wartości ciśnienia, które są podobne do wartości zawartych w wytycznych ESC/ESH 2018. Wytyczne PTNT 2019, podobnie jak zalecenia ESC/ESH 2018, rekomendują terapię hipotensyjną z zastosowaniem pięciu podstawowych grup leków. Jednak polskie wytyczne w odróżnieniu od europejskich pozostawiły pewne preferencje w odniesieniu do podgrupy w obrębie

podstawowych klas leków. Wśród diuretyków preferowane są tiazydopodobne, wśród beta-adrenolityków – wazodylatacyjne i wybitnie kardioselektywne, a wśród antagonistów wapnia – pochodne dihydropirydynowe. Inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę i sartany pozostawiono bez preferencji. W nowych wytycznych mocno podkreślono konieczność leczenia preparatami złożonymi – dwuskładnikowymi – od początku prowadzenia terapii nadciśnienia. Oznacza to, że u większości chorych z nadciśnieniem tętniczym farmakoterapię należy rozpocząć od leku złożonego – dwuskładnikowego w pierwszym kroku, a trójskładnikowego w drugim kroku. Preparat dwuskładnikowy powinien zawierać inhibitor enzymu konwertującego angiotensynę lub sartan w połączeniu z diuretykiem lub z antagonistą wapnia. W trzecim kroku należy dołożyć spironolakton. Rozpoczynanie leczenia od monoterapii zarezerwowano dla pacjentów z nadciśnieniem tętniczym pierwszego stopnia z niskim ryzykiem sercowo-naczyniowym (osoby młode), nadciśnieniem pierwszego stopnia w wieku 65–80 lat oraz drugiego stopnia w wieku ponad 80 lat. ■

[ak]