

Nové odporúčania ACC 2020 pre kombinovanú antitrombotickú liečbu pacientov s potrebou antikoagulačnej terapie a aterosklerotickým kardiovaskulárnym ochorením / realizovanou intervenčnou liečbou

Autor:



MUDr. **Ľubomír Fľak**, PhD.

Klinika angiológie LF UK a NÚSCH, a.s., Bratislava

Antitrombotická liečba

Antitrombotická liečba (antiagregačná a antikoagulačná) je jednou z najdôležitejších súčastí farmakoterapie pacientov s kardiovaskulárnymi (KV) ochoreniami. Antiagregačná (protidoštičková) liečba založená na kyseline acetylsalicylovej (ASA) zohráva dôležitú úlohu u pacientov s dokázaným aterosklerotickým (AS) ochorením – či už koronárnou AS chorobou alebo symptomatickým periférnym artériovým ochorením (PAO). Prechodné potencovanie protidoštičkovej liečby na duálnu (DAPT) pridaním inhibítorov P2Y₁₂ (klopidogrel, prasugrel, ticagrelor) je súčasťou liečby akútneho vaskulárneho príhodu (akútny koronárny syndróm (AKS), akútna cievna mozgová príhoda) a stavov po endovaskulárnej liečbe.

Antikoagulačná liečba (formou heparínu, warfarínu či priamych orálnych antikoagulancií (DOAK)) sa používa na liečbu pacientov s venóznym tromboembolizmom (VTE), na prevenciu recidív VTE a ešte v oveľa väčšej miere v kardiológii na redukciu rizika kardioembolizmu u pacientov s fibriláciou/flutterom predsiení (AF).

Vzhľadom na nie zriedkavú koincidenciu AF/VTE s KV AS ochorením s potrebou endovaskulárneho ošetrenia či s akútnou vaskulárnou príhodou je správny výber kombinovanej antitrombotickej liečby výzvou pre kardiológov i angiológov.

Aktuálne odporúčania ACC

V decembri 2020 bol v on-line verzii časopisu Journal of American College of Cardiology (1) publikovaný konsenzus expertov American College of Cardiology (ACC) na postup, ako kombinovať antikoagulačnú a protidoštičkovú liečbu u pacientov s fibriláciou predsiení alebo VTE, ktorí podstupujú perkutánnu koronárnu intervenciu alebo majú aterosklerotické KV ochorenie. Tento konsenzus bol aktualizáciou predchádzajúcich odporúčaní na základe nových údajov z prebehnutých klinických a observačných štúdií, ktoré priniesli nové údaje o vhodnom type a trvaní antitrombotickej liečby s cieľom zabezpečiť dostatočný antitrombotický (antiischemický) efekt, ale zároveň čo najväčšiu bezpečnosť (najnižšie riziko krvácania).

Základné princípy navrhovaného postupu možno zhrnúť v týchto bodoch:

1) Výber antitrombotickej liečby má byť **individualizovaný**, t.j. má zohľadňovať trombotické (ischemické) riziko a zároveň riziko krvácania u konkrétneho pacienta. Zároveň je potrebné brať do úvahy klinickú prezentáciu KV ochorenia, t.j. či ide o chronické AS postihnutie alebo o akútny stav (napr. akútny koronárny syndróm – AKS, implantáciu stentu) a zohľadniť i časový faktor (čas od akútnej príhody či cievnej intervencie).

2) Preferovaným postupom je duálna antitrombotická liečba, t.j. kombinácia OAK + monoantiagregačná liečba. Z antiagregancií je **liekom voľby klopidogrel** pre najnižšie riziko krvácania. Nízka dávka ASA (75-100 mg denne) sa odporúča pridať k tejto 2-kombinácii počas hospitalizácie pacienta (kedy mu bol implantovaný stent/zrealizovaná angioplastika) a pri prepustení už nie je ďalej indikovaná. Je známe, že najvyššie riziko trombotických komplikácií je prvý mesiac po implantácii stentu/angioplastike, preto je možné u podskupiny pacientov s nízkym rizikom krvácania a zvýšeným trombotickým rizikom pokračovať v liečbe ASA po dobu 30 dní.

3) Pri výbere orálneho antikoagulantia sa má **preferovať DOAK** a to pre a) nižší výskyt veľkého, fatálneho a intrakraniálneho krvácania oproti warfarínu, b) jednoduchosť podávania, c) rýchly nástup účinku, d) vyhnutie sa „bridging“ antikoagulácie formou LMWH. Ak bol pacient pred vznikom potreby kombinovanej antitrombotickej liečby na warfaríne a spĺňa indikačné kritériá pre liečbu DOAK, tak by mala byť u neho zmenená liečba na DOAK.

4) U pacientov, ktorí boli na dlhodobej a dobre kontrolovanej liečbe **warfarínom** a vznikla u nich potreba kombinovanej antitrombotickej liečby, tak možno pokračovať v liečbe warfarínom s cieľovým INR 2,0-2,5. Do kombinácie je z antiagregancií liekom voľby **klopidogrel**. K antiagregačnej liečbe klopidogrelom možno zvážiť prídanie ASA v nízkej dávke (75-100 mg denne) do dosiahnutia cieľového INR. U pacientov s vysokým rizikom kardioembolizmu alebo VTE je indikovaný „bridging“ formou LMWH do dosiahnutia terapeutického hodnoty INR.

5) Pacienti s AKS, ktorí vyžadujú dlhodobú orálnu antikoagulačnú liečbu (OAK) majú spolu s ňou užívať aj monoantiagregačnú liečbu (preferenčne klopidogrel) po dobu 12 mesiacov.

6) Pacienti po perkutánnej koronárnej intervencii (PKI) pre chronickú (stabilnú) koronárnu artériovú chorobu (KACH), ktorí vyžadujú dlhodobú OAK, majú mať po PKI pridanú monoantiagregačnú liečbu klopidogrelom na 6 mesiacov. U pacientov s nízkym rizikom krvácania a vyšším trombotickým rizikom možno zvážiť pokračovanie v monoantiagregačnej liečbe (klopidogrelom alebo ASA) po dobu ďalších 6 mesiacov.

7) U pacientov s vysokým rizikom krvácania (pri zohľadnení trombotického rizika) možno zvážiť **skrátene doby** trvania antiagregačnej liečby a to na 6 mesiacov pri AKS a na 3 mesiace pri stabilnej KACH. U pacientov so stabilnou KACH, ktorí boli liečení BM stentom možno skrátiť antiagregačnú liečbu na 1 mesiac.

8) U pacientov s vysokým trombotickým rizikom (predchádzajúci IM, komplexná koronárna lézia, ...) a nízkym rizikom krvácania je možné **zvážiť dlhšiu** ako 12 mesačnú antiagregačnú liečbu.

9) Pacienti s chronickou formou AS KV ochorenia (KACH či PAO) na monoantiagregačnej liečbe, u ktorých vznikne potreba antikoagulačnej liečby (AF, VTE) majú mať ukončenú antiagregačnú liečbu a užívať len OAK.

10) Pacienti po aortokoronárnom bypasse (CABG) na monoantiagregačnej liečbe, u ktorých vznikne potreba antikoagulačnej liečby majú užívať OAK a do 12 mesiacov po CABG aj ASA (<100mg denne).

11) Pacienti užívajúci monoantiagregačnú liečbu po predchádzajúcej cerebrovaskulárnej príhode, u ktorých vznikne potreba antikoagulačnej liečby majú mať ukončenú antiagregačnú liečbu a užívať len OAK. Toto platí i pre pacientov po karotickej endarterektómii.

12) Pacienti po karotickom stentingu, či inej endovaskulárnej revaskularizácii vyžadujú DAPT zvyčajne v trvaní 1-3 mesiace. Ak v tomto čase vznikne potreba antikoagulačnej liečby, majú pacienti užívať OAK a DAPT sa má zredukovať na monoantiagregačnú liečbu (preferenčne klopidogrel), ktorá pokračuje 1-3 mesiace po revaskularizácii.

13) Pacienti po VTE príhode/príhodách indikovaní na antikoagulačnú liečbu (buď ešte v akútnej fáze liečby, alebo indikovaní na dlhodobú OAK pre pretrvávajúce riziko recidívy VTE) u ktorých vznikne potreba antiagregačnej liečby (akútna vaskulárna príhoda, napr. AKS, endovaskulárna intervencia, napr. PKI, PTA periférnej tepny) majú po štandardnom periprocedurálnom manažmente dávkovania OAK pokračovať po intervencii v OAK (preferenčne DOAK) a pridaná ma byť antiagregačná liečba (preferenčne klopidogrel) a na obmedzený čas (zvyčajne doba trvania hospitalizácie) môže byť pridaná ASA (<100mg denne). Pre dĺžku podávania antiagregačnej liečby platia pravidlá uvedené vo vyšších bodoch. Z hľadiska antikoagulačnej liečby je vhodné u pacientov indikovaných na dlhodobú OAK po > 6 mesiacoch plnej dávky prejsť na redukovanú dávku apixabanu (2,5 mg 2x denne) alebo rivaroxabanu (10 mg denne).

Záver

S kombináciou antiagregačnej a antikoagulačnej liečby sa stretávame v klinickej praxi čoraz častejšie. S pribúdajúcimi skúsenosťami a dátami zo štúdií a registrov sa menia aj názory na formu a trvanie tejto liečby. Sami autori nedávno publikovaného konsenzu ACC uvádzajú, že ide o návod ako postupovať. V reálnej praxi je ale potrebné vždy zohľadniť aktuálnu klinickú situáciu (konkrétneho pacienta), skúsenosti ošetrojúceho lekára a v nemalej miere aj postoj adekvátne poučeného pacienta o prínose a rizikách tejto liečby. Cieľom je dosiahnuť čo najlepšiu účinnosť, ale zároveň bezpečnosť tejto kombinovanej liečby.

Literatúra:

- 1) Kumbhani DJ, Cannon CP, Beavers CJ, Bhatt DL, Cuker A, Gluckman TJ, Marine JE, Mehran R, Messe SR, Patel N, Peterson BE, Rosenfield K, Spinler SA, Thourani VH. 2020 ACC expert consensus decision pathway for anticoagulant and antiplatelet therapy in patients with atrial fibrillation or venous thromboembolism undergoing percutaneous coronary intervention or with atherosclerotic cardiovascular disease: a report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee. *J Am Coll Cardiol* 2020;S0735-1097(20)36615-8.