

Pro rozhodování může být prospěšnější klinická úvaha, která vychází z výše uvedených klinických registrů. Hlavním rizikovým faktorem dalšího průběhu po 1 roce od infarktu myokardu je vždy věk, následovaný neprovedenou nebo neúplnou revaskularizační léčbou. Další rizikové faktory následují s proměnlivou silou, ale vždy je za ně možné považovat přítomnost diabetes mellitus, srdečního selhávání, dalšího předchozího infarktu myokardu, manifestaci extrakoronární aterosklerózy nebo cévní příhody mozkové.

Třetí možností při hledání rizikového pacienta je použít vstupních kritérií studií, které prokázaly prospěch z prodloužení intenzivní antitrombotické léčby. Studie PEGASUS-TIMI 54 byla zaměřena na rizikové pacienty 1–3 roky po prodělaném infarktu myokardu, studie COMPASS na široké spektrum stabilních nemocných s koronární i extrakoronární aterosklerózou. Zatímco vstupní kritéria se zásadně lišila a vytvořila rozdílné populace nemocných, vylučující kritéria byla až na drobné detaily prakticky shodná.

Pokud tedy shledáme ischemické riziko pacienta při ukončování 12měsíční DAPT za nízké, budeme pokračovat protidestičkovou monoterapií (kyselina acetylsalicylová nebo inhibitor P2Y12). Pokud budeme další ischemické riziko hodnotit jako zvýšené, nabízí se dnes dvě možnosti pokračování: prodloužená duální protidestičková léčba (ASA + 2x 60 mg tikagrelor, alternativně při nesnášenlivosti léčby prasugrel nebo klopidogrel) nebo kombinace ASA + 2x 2,5 mg rivaroxabanu. Pro každý z obou postupů existují dobré argumenty a rozhodnutí je v tuto chvíli na uvážení lékaře.

Podle evropských doporučení pro léčbu stabilních pacientů s ICHS z roku 2019 jsou všechny uvedené postupy postaveny na stejnou úroveň (21). Tato doporučení vychází z klinicky jednoduché stratifikace pacientů podle rizika ischemie a krvácení (Tab. 1). Síla doporučení pro dlouhodobou kombinovanou antitrombotickou léčbu pacientů s vysokým rizikem IIa A, pro léčbu pacientů se středním ischemickým rizikem IIb A.

Závěr

Díky kvalitní přednemocniční a nemocniční léčbě akutního infarktu myokardu se stále více nemocných dožívá přechodu do stabilní fáze ischemické choroby srdeční. Rok po infarktu myokardu zpravidla končí období podávání duální protidestičkové léčby. Osud jednotlivých pacientů je však velmi rozdílný a je potřeba odlišit nemocné s nízkým rizikem další ischemické příhody od pacientů s rizikem vysokým. Tato základní stratifikace potom rozhoduje o strategii další antitrombotické léčby: protidestičkové monoterapii pro nemocné s nízkým rizikem nebo o dlouhodobé kombinované antitrombotické léčbě pro nemocné s vyšším ischemickým rizikem. Volba mezi dlouhodobou DAPT (ASA + nízké dávky tikagreloru) nebo mezi dlouhodobou kombinací protidestičkové a antikoagulační léčby (ASA + nízké dávky rivaroxabanu) vyžaduje individuální posouzení. Klinická situace rozhodování ve 12. měsíci po infarktu myokardu je totožná se zadáním studie PEGASUS-TIMI 54 a tato skutečnost mluví pro upřednostnění léčby aspirin + 2x 60 mg tikagreloru. Zadání studie COMPASS mířilo

LITERATURA

1. Jernberg T, Hasvold P, Henriksson M. Cardiovascular risk in post-myocardial infarction patients: nationwide real world data demonstrate the importance of a long-term perspective. *Eur Heart J* 2015; 36: 1163–1170.

Tab. 1. Léky indikované pro prodlouženou antitrombotickou léčbu (uvedený lék + kyselina acetylsalicylová 100 mg denně) u nemocných se stabilní ICHS a se středně vysokým nebo vysokým rizikem ischemie při nepřítomnosti vysokého rizika krvácení (21)

Lék	Indikace	Referenční studie
Klopidogrel 75 mg	Po AMI, pokud dobře tolerovali 12 měsíců DAPT	CHARISMA, DAPT
Prasugrel 5–10 mg	Po PCI pro AMI, pokud dobře tolerovali 12 měsíců DAPT	DAPT
Rivaroxaban 2x 2,5 mg	Po AMI > 1 rok nebo postižení více koronárních tepen	COMPASS
Tikagrelor 2x 60 mg	Po AMI, pokud dobře tolerovali 12 měsíců DAPT	PEGASUS-TIMI 54

AMI – akutní infarkt myokardu; DAPT – duální protidestičková léčba

Vysoké riziko ischemie	Středně vysoké riziko ischemie
Postižení více koronárních tepen + 1 další rizikový faktor:	Jeden z uvedených faktorů:
Léčený diabetes mellitus	Postižení více koronárních tepen
Předchozí infarkt myokardu	Srdeční selhání
Onemocnění periferních tepen	Léčený diabetes mellitus
Renální insuficience (GF 15–59 ml. min)	Předchozí infarkt myokardu
	Onemocnění periferních tepen
	Renální insuficience (GF 15–59 ml. min)

Vysoké riziko krvácení
Intrakraniální krvácení nebo ischemická CMP v anamnéze
Intrakraniální patologie s rizikem krvácení
Nedávné gastrointestinální krvácení (6 měsíců)
Anémie
Jaterní selhání
Významná koagulopatie nebo krvácivá diatéza
Vysoký věk nebo stařecká křehkost
Těžké renální selhání (GF < 15 ml. min nebo dialýza)

více do stabilního období déle po infarktu myokardu, a protože data ze studie PEGASUS-TIMI 54 prokazují prospěch léčby po dobu 3 let, bude někde v této době okamžik ke zvážení přechodu z tikagreloru na léčbu nízkou dávkou rivaroxabanu. Pokud bude léčba tikagrelorem ve 12. měsíci ukončena a po několika měsících budeme hodnotit riziko pacienta jako zvýšené, potom již prospěšnější bude zahájit přímo léčbu ASA + rivaroxaban (léčba tikagrelorem v takové situaci již má malý prospěch). Oba způsoby léčby ukazují vynikající výsledky u podskupin nemocných s dalším onemocněním periferních tepen a s renální insuficiencí, proto tato kritéria nebudou ve 12. měsíci pro volbu rozhodující. Léčba nízkou dávkou rivaroxabanu bude ve 12. měsíci po infarktu myokardu upřednostněna i u nemalé skupiny nemocných, kteří netolerují pro dušnost léčbu tikagrelorem. Realita používání jednotlivých léčebných režimů bude jistě v průběhu času ovlivňována i úhradovými podmínkami plátců zdravotního pojištění.

2. Abtan J, Bhatt DL, Elbez Y. Residual ischemic risk and its determinants in patients with previous myocardial infarction and without prior stroke or TIA: insights from the REACH registry. *Clin Cardiol* 2016; 39: 670–607.