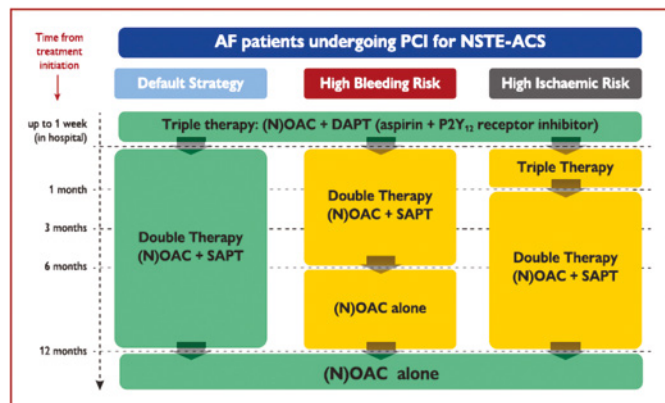


Obr. 4. Algoritmus antitrombotické léčby u pacientů s akutním koronárním syndromem bez ST elevací s fibrilací síní léčených perkutánní koronární intervencí. Barevné označení je podle třídy doporučení ESC (zelené = třída I, žluté = třída IIa, oranžové = třída IIb). Preference NOAC oproti VKA je obvyklá strategie, pokud není jejich kontraindikace (podle 1)



AF – fibrilace síní; DAPT – duální protidestičková léčba; DAT – duální antitrombotická léčba; NOAC – nová (neantagonisté vitamínu K) orální antikoagulanční; NSTE-ACS – akutní koronární syndrom bez ST elevací; OAC – orální antikoagulanční; PCI – perkutánní koronární intervence; SAPT – protidestičková léčba jedním lékem; TAT – trojitá antitrombotická léčba; VKA – antagonisty vitamínu K.

a měly by být u nich provedeny primárně neinvazivní diagnostické testy dle doporučených postupů pro léčbu chronických koronárních syndromů. K invazivní koronarografii by rovněž neměli být indikováni pacienti, u nichž je kontraindikace antikoagulační nebo protidestičkové léčby například z důvodu aktivního krvácení.

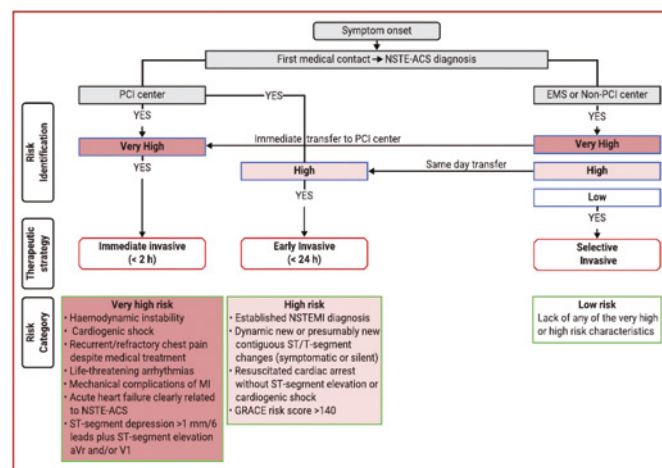
Strategie revaskularizace a technické aspekty PCI

Ke koronarografii by měl být rutinně používán radiální přístup, neboť oproti femorálnímu výrazně snižuje riziko krvácivých komplikací. Pacienti s renální insuficiencí by měli být před koronarografií adekvátně hydratováni a měla by u nich být použita isoosmolární kontrastní látka. Volba druhu revaskularizace (PCI vs. CABG) se u pacientů s AKS neliší od pacientů s chronickými koronárnimi syndromy. Pacienti s komplexním koronárním postižením (vyjádřeným např. pomocí Syntax skóre), zejména diabetici, pacienti s renální insuficiencí a pacienti se systolickou dysfunkcí LK profitují z dlouhodobého hlediska více z chirurgické revaskularizace, proto by volba druhu revaskularizace u komplexních případů měla být ponechána na rozhodnutí indikační komise – „Heart teamu“. U pacientů s vícečetným postižením koronárních tepen, u nichž bylo rozhodnuto o perkutánní revaskularizaci, prokázaly některé studie benefit časně PCI všech stenóz v jedné době (SMILE, CvLPRIT, PRAMI). Při zvažování kompletnosti a načasování revaskularizace je však třeba přihlídnout k celkovému stavu pacienta, renálním funkcím a dalším komorbiditám. U pacientů s kardiogenním šokem se doporučuje iniciálně revaskularizovat pouze culprit léze (studie CULPRIT SHOCK). Použití intrakoronárních zobrazovacích metod (IVUS a OCT) zlepšuje dlouhodobé výsledky PCI, naopak role funkčního hodnocení lézí pomocí FFR není u AKS dosud zcela jasná.

MINOCA syndrom – infarkt myokardu bez obstruktivní koronární choroby

Myocardial infarction with non-obstructive coronary arteries (MINOCA) je definován jako akutní infarkt myokardu dle WHO 3 uni-

Obr. 5. Strategie léčby akutních koronárních syndromů a načasování invazivní léčby podle stratifikace iniciálního rizika (podle 1)



EMS – rychlá zdravotnická služba; GRACE – globální registr akutních koronárních syndromů; MI – infarkt myokardu; NSTE-ACS – akutní koronární syndrom bez ST elevací; NSTEMI – akutní infarkt myokardu bez ST elevací; PCI – perkutánní koronární intervence.

verzální definice, nepřítomnosti významné (> 50%) koronární stenózy a nepřítomnosti jiné zjevné alternativní diagnózy. Jedná se spíše o pracovní diagnózu zahrnující celou řadu různých poškození myokardu ischemické (např. anemie, arytmie, embolizace do koronárních tepen) i neischemické (sepsis, plicní embolie) etiologie, našim cílem by mělo být tyto stavy rozpoznat a dále léčit. Základní diagnostickou modalitou u MINOCA syndromu je magnetická rezonance srdce, která dokáže rozlišit ischemické postižení myokardu od neischemického a diagnostikovat např. akutní myokarditidu nebo Tako-tsubo kardiomyopatii. Při nejasném koronárním nálezů mohou pomoci k objasnění příčiny MINOCA syndromu intrakoronární zobrazovací metody nebo vazokonstrikční provokační test s acetylcholinem nebo ergonovinem.

SCAD – spontánní koronární disekce

Spontaneous coronary artery dissection (SCAD) jsou příčinou akutního koronárního syndromu asi ve 4 procentech, daleko častěji se vyskytují u mladších žen (< 60 let), pacientů s neuropsychickými obtížemi (deprese nebo úzkost), často je vyvolávajícím faktorem emergentní hypertenzní stav. Na koronarogramu se manifestují nejčastěji jako dlouhé stenózy hladkých okrajů, lokalizované převážně v distálnějších segmentech tepen, způsobené kompresí lumina tepny intramurálním hematodem. Diagnózu pomohou stanovit intrakoronární zobrazovací metody (IVUS a OCT). Léčba SCAD spočívá v agresivní antihypertenzní léčbě, kdy lékem volby jsou betablokátoři. Strategie antiagregační léčby není zcela určena. Intervenční léčba by měla být vyhrazena pouze pacientům s poruchou koronárního průtoku a pacientům s recidivujícími projevy ischemie, u většiny ostatních se doporučuje konzervativní vyčkávání, neboť většina koronárních disekcí se spontánně zhojí.

Dlouhodobá léčba a sekundární prevence po akutním koronárním syndromu

Antitrombotická léčba po prodělaném infarktu je diskutována v předchozích odstavcích. Dále by měl být každý pacient po prodě-