proLékaře.cz | 18.4.2025

Aktualizace doporučení pro antitrombotickou léčbu pacientů s fibrilací síní a akutním koronárním syndromem nebo perkutánní koronární intervencí

21. července 2018 vyšla nová konsenzuální doporučení pro antitrombotickou léčbu u pacientů s fibrilací síní (FiS), u kterých se vyskytl akutní koronární syndrom (ACS) nebo podstupují plánovanou perkutánní koronární intervenci (PCI). Jde o aktualizaci doporučení z roku 2014, zohledňující nové údaje z observačních a kontrolovaných studií a údaje o nových léčivých přípravcích, zdravotnických prostředcích i intervenčních postupech.

Aktualizace vznikla ve spolupráci Evropské společnosti pro srdeční rytmus (EHRA), pracovní skupiny pro trombózu Evropské kardiologické společnosti (ESC), Evropské asociace pro perkutánní kardiovaskulární intervence (EACPI) a Evropské asociace pro akutní kardiologickou léčbu (ACCA) za přispění Společnosti pro srdeční rytmus (HRS), Asijsko-pacifické společnosti pro srdeční rytmus (APHRS) a Jihoafrické společnosti pro srdeční arytmie (CASSA). Přinášíme stručné shrnutí nových doporučení.

Obecná doporučení

- U pacientů s FiS je třeba posoudit a pravidelně vyhodnocovat riziko cévní mozkové příhody (CMP) pomocí skóre CHA_2DS_2-VASc a riziko krvácení pomocí skóre HAS-BLED.

- U většiny pacientů s FiS podstupujících PCI je třeba v iniciální fázi podávat trojkombinační terapii (TAT = perorální antikoagulans [OAC] + kyselina acetylsalicylová [ASA] + inhibitor $P2Y_{12}$) v závislosti na typu zákroku (ACS nebo elektivní výkon), poměru rizika CMP a krvácení a závažnosti koronárního postižení. U pacientů s velkým rizikem krvácení nebo s nízkým rizikem trombózy lze zvážit duální terapii (DAT = OAC + inhibitor $P2Y_{12}$ [obvykle klopidogrel]).

- Inhibitorem $P2Y_{12}$ volby v rámci TAT je klopidogrel. Prasugrel a tikagrelor zvyšují v kombinaci s kyselinou acetylsalicylovou (ASA) v rámci TAT riziko krvácení.

- Nová OAC (NOAC) jsou v rámci TAT nebo DAT bezpečnější z hlediska rizika krvácení než antagonisté vitaminu K (VKA) a měla by být preferovanou volbou. Pacienti s FiS se skóre CHA_2DS_2-VASc ≥ 2 by měli i po PCI/ACS pokračovat v antikoagulační léčbě NOAC, navíc v kombinaci s protidestičkovým lékem, a to až po dobu 12 měsíců.

- Duální terapie s dabigatranem (RE-DUAL PCI) a rivaroxabanem (PIONEER AF PCI) a inhibitorem $P2Y_{12}$ je spojena s nižším rizikem krvácení než *triple* terapie s warfarinem. U dabigatranu v duální terapii je preferovaná standardní dávka dabigatranu 150 mg 2× denně z důvodu snížení rizika ischemických příhod. Dabigatran 110 mg 2× denně by měl být zvážen u starších pacientů, pacientů s vysokým rizikem krvácení a při podávání in-

proLékaře.cz | 18.4.2025

hibitorů glykoproteinu P, jako je verapamil. U duální terapie s rivaroxabanem lze zvážit dávku 15 mg 1× denně, nicméně účinnost této dávky v prevenci CMP nebyla u této populace dostatečně ověřena. V případě apixabanu a edoxabanu probíhají pro tuto indikaci klinické studie (AUGUSTUS, ENTRUST AF PCI), jejichž výsledky jsou očekávány v roce 2019. Při podávání VKA v kombinaci s klopidogrelem nebo ASA je třeba jeho dávku pečlivě korigovat dle cílového INR 2,0–2,5 a > 65–75 % času v terapeutickém rozmezí. Nepřerušované podávání VKA nepředstavuje větší riziko než přerušení léčby.

- Při angiografii/intervenci je vhodné zvážit přístup přes *arteria radialis* s cílem minimalizovat riziko krvácení (podle zkušeností operatéra).

- U všech pacientů s OAC + protidestičkovým lékem je třeba zvážit prevenci poškození žaludeční sliznice inhibitory protonové pumpy.

- U všech pacientů je doporučena dlouhodobá (> 12 měsíců trvající) antitrombotická léčba OAC. Po 12 měsících po poslední revaskularizaci nebo ACS by měli pacienti užívat pouze OAC. U přísně selektované populace (stent v *ramus circumflexus*, v proximální bifurkaci, při recidivujících infarktech myokardu) lze v dlouhodobé léčbě kombinovat OAC s protidestičkovou léčbou (např. ASA).

Elektivní PCI – stabilní ICHS

Kromě dlouhodobé léčby je míra všech těchto doporučení střední.

- Lze zvážit vysazení NOAC < 12–48 hod před PCI a použít periprocedurálně antikoagulaci standardně používanou na daném pracovišti. Podávání NOAC se má následně zahájit tentýž den večer nebo druhý den ráno.

- U pacientů s **nízkým rizikem krvácení (HAS-BLED 0–2)** se nejméně 1 měsíc po PCI podává **TAT (OAC, ASA 75–100 mg, klopidogrel 75 mg)** a poté 6–12 měsíců po PCI **DAT (OAC a klopidgrel 75 mg / ASA 75–100 mg).**

- U pacientů s **vysokým rizikem krvácení (HAS-BLED ≥ 3)** se 1 měsíc po PCI podává TAT nebo DAT, poté 6 měsíců po PCI DAT a poté již samotné OAC.

- U pacientů s velmi vysokým rizikem krvácení lze vynechat ASA. Podává se NOAC + klopidogrel 75 mg po dobu 3–6 měsíců, poté samotné OAC.

- U všech pacientů je doporučena dlouhodobá (> 12 měsíců) antitrombotická léčba OAC.

NSTE-ACS – nestabilní angina pectoris a NSTEMI

- U všech pacientů s FiS a ACS je třeba okamžitě podat nálož ASA 150–300 mg p. o. nebo 75–100 mg i. v.

- Inhibitorem $P2Y_{12}$ volby je opět klopidogrel. Jeho podání lze při časném provedení zákroku (do 24 hodin) odložit až do provedení angiografie.

- Pouze jako záchranná terapie nebo u pacientů na VKA s INR ≤ 2 se podává nefrakciovaný heparin nebo bivalirudin (pouze střední míra doporučení).

- S výjimkou záchranné terapie je třeba se vyhnout inhibitorům glykoproteinu IIb/IIIa.

- Doporučeno je časné provedení PCI.

- U pacientů s nízkým rizikem krvácení je doporučena TAT 3–6 měsíců po PCI a poté se podává DAT až 12 měsíců po PCI (pouze střední míra doporučení).

- U pacientů s vysokým rizikem krvácení se podává TAT 1 měsíc po PCI a poté DAT až 12 měsíců po PCI (pouze střední míra doporučení).

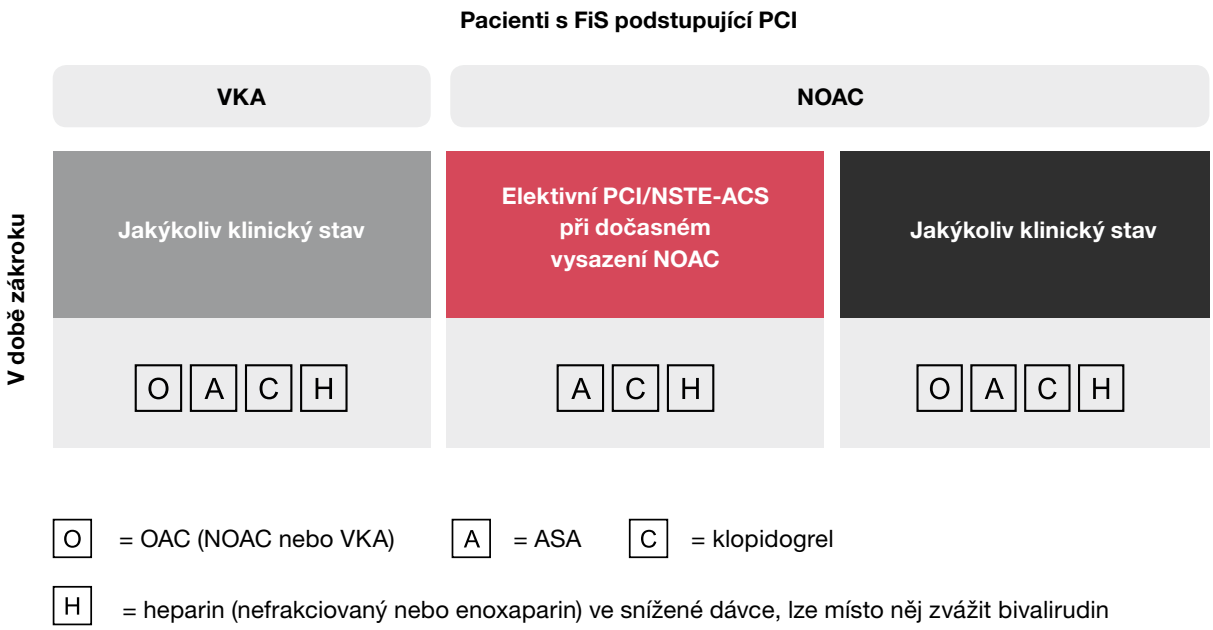
proLékaře.cz | 18.4.2025

- U pacientů s velmi vysokým rizikem krvácení lze vynechat ASA a podávat DAT 3–6 měsíců a poté samotné OAC (pouze střední míra doporučení).
- U všech pacientů je doporučena dlouhodobá (> 12 měsíců) antitrombotická léčba OAC.

Primární PCI – STEMI

- Všichni antikoagulovaní pacienti se STEMI by měli být primárně indikováni k PCI bez ohledu na čas do obnovení perfuze. Přístup přes *arteria radialis* je upřednostněn, abychom se vyhnuli periprocedurálnímu krvácení, samozřejmě v závislosti na zkušenostech a preferencích operatéra.
- U pacientů s nízkým rizikem krvácení se podává TAT 6 měsíců po PCI a poté DAT do konce 12. měsíce po PCI (pouze střední míra doporučení).
- U pacientů s vysokým rizikem krvácení se podává TAT 1 měsíc po PCI a poté DAT do konce 12. měsíce po PCI (pouze střední míra doporučení).
- U pacientů s velmi vysokým rizikem krvácení lze vynechat ASA a podávat DAT 3–6 měsíců a poté samotné OAC (pouze střední míra doporučení).
- U všech pacientů je doporučena dlouhodobá (> 12 měsíců) antitrombotická léčba OAC.

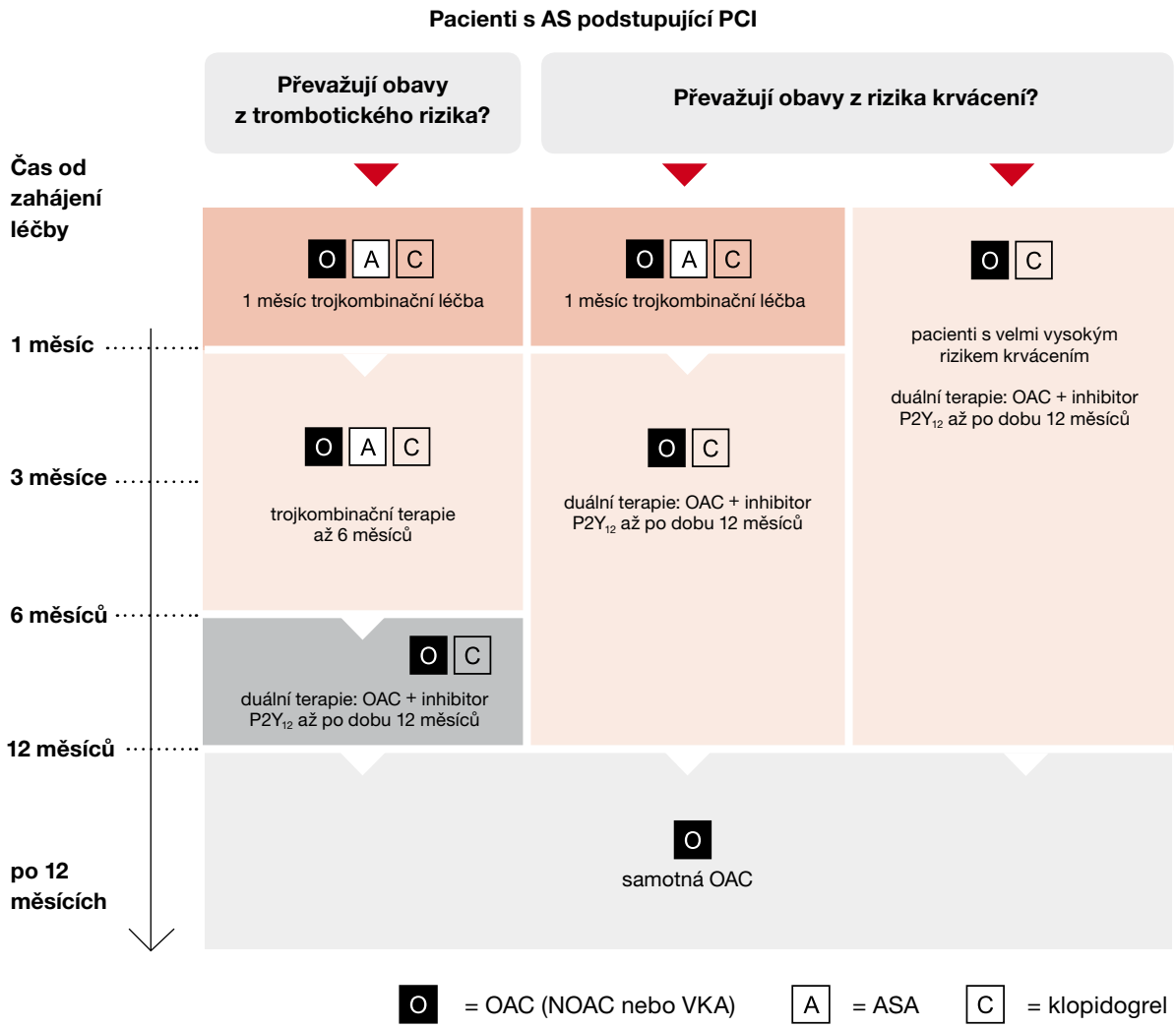
Obr. 1 Periprocedurální antitrombotická léčba u pacientů s FiS podstupujících PCI podle užívané antikoagulační léčby.



Článek vznikl za podpory společnosti Boehringer Ingelheim.

proLékaře.cz | 18.4.2025

Obr. 2 **Algoritmus léčby pacientů s FiS s elektivní PCI nebo s PCI pro ACS.**



Nová doporučení jsou dostupná v plném anglickém znění na webové adrese: *https://academic.oup.com/europace/advance-article/doi/10.1093/europace/euy174/5056658*

(zza)

Zdroj: Lip G. Y. H., Collet J. P., Haude M. et al. 2018 Joint European consensus document on the management of antithrombotic therapy in atrial fibrillation patients presenting with acute coronary syndrome and/or undergoing percutaneous cardiovascular interventions: a joint consensus document of the European Heart Rhythm Association (EHRA), European Society of Cardiology Working Group on Thrombosis, European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI), and European Association of Acute Cardiac Care (ACCA) endorsed by the Heart Rhythm Society (HRS), Asia-Pacific Heart Rhythm Society (APHRS), Latin America Heart Rhythm Society (LAHRS), and Cardiac Arrhythmia Society of Southern Africa (CASSA). Europace 2018 Jul 21, doi: 10.1093/europace/euy174 [Epub ahead of print].