

Wytyczne ACCF/AHA 2010 dotyczące oceny ryzyka sercowo-naczyniowego u dorosłych bez objawów choroby układu krążenia



dr n. med. Katarzyna Styczkiewicz
I Klinika Kardiologii i Nadciśnienia Tętniczego,
Instytut Kardiologii, Collegium Medicum
Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków

Opracowano na podstawie: Greenland P, Alpert JS, Beller GA, et al. 2010 ACCF/AHA Guideline for Assessment of Cardiovascular Risk in Asymptomatic Adults. J Am Coll Cardiol 2010;56:2182-2199.

Opublikowane w 2010 r. na łamach „Journal of American College of Cardiology” wytyczne mają pomóc w podejmowaniu decyzji dotyczących zmiany stylu życia oraz farmakoterapii u dorosłych bez objawów sercowo-naczyniowych. Ich celem jest zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań klinicznych mających związek z chorobą układu krążenia na podłożu miażdżycy. Aby zoptymalizować korzyści wynikające ze stosowania działań prewencyjnych, eksperci zalecają wdrażanie wytycznych u osób od 20. r.ż. Pierwszym krokiem u wszystkich pacjentów powinna być ocena globalnego ryzyka sercowo-naczyniowego (np. na podstawie skali Framingham) oraz zebranie wywiadu rodzinnego w kierunku chorób układu krążenia (zalecenia klasy I). Powyższe czynności stanowią jednocześnie podstawę dalszego postępowania, pozwalają bowiem podzielić pacjentów uchodzących za zdrowych na osoby z niskim, pośrednim i wysokim ryzykiem. U pacjentów obciążonych niskim

Badania lub procedury	Klasa zaleceń		
	Ia Korzyści > ryzyko	Iib Korzyści ≥ ryzyko	III Niezalecane
Testy genetyczne w kierunku choroby wieńcowej	bz.	bz.	+
Parametry lipidowe wykraczające poza standardowy lipidogram	bz.	bz.	+
Stężenie peptydów natriuretycznych	bz.	bz.	+
Stężenie białka C-reaktywnego	+ • Pomocne w podejmowaniu decyzji o wdrożeniu statyn • Mężczyźni ≥50. r.ż.,* kobiety ≥60. r.ż.,* gdy cholesterol LDL <130 mg/dl	+ • Bez objawów, ryzyko pośrednie Mężczyźni ≤50. r.ż., kobiety ≤60. r.ż.	+ • Bez objawów, wysokie ryzyko • Niskie ryzyko, jeśli mężczyźni <50. r.ż., kobiety ≤60. r.ż.
Odsetek hemoglobiny A _{1c}	bz.	+ Przy nieobecności cukrzycy	bz.
Mikroalbuminuria	+ Przy obecności nadciśnienia tętniczego lub cukrzycy	+ Bez nadciśnienia tętniczego lub cukrzycy przy ryzyku pośrednim	bz.
Aktywność fosfolipazy A2 związanej z lipoproteinami	bz.	+	bz.
EKG spoczynkowe	+ Przy obecności nadciśnienia tętniczego lub cukrzycy	+ Bez nadciśnienia tętniczego lub cukrzycy	bz.
Echokardiografia przekłatkowa	bz.	+ W celu wykrycia przerostu lewej komory w nadciśnieniu tętniczym	+ Bez nadciśnienia tętniczego
Grubość kompleksu w tętnicach szyjnych IMT (intima-media thickness)	+	bz.	bz.

Badania lub procedury	Klasa zaleceń		
	Ia Korzyści > ryzyko	Ib Korzyści ≥ ryzyko	III Niezalecane
Rozszerzalność tętnic pod wpływem niedokrwienia	bz.	bz.	+
Ocena sztywności tętnic	bz.	bz.	+
Wskaźnik kostka-ramię	+	bz.	bz.
Test wysiłkowy	bz.	+ Zwłaszcza przy ocenie wydolności wysiłkowej	bz.
Echokardiografia obciążeniowa	bz.	bz.	+ U chorych z niskim i pośrednim ryzykiem
Scyntygrafia perfuzyjna serca	bz.	+ Przy obecności cukrzycy lub silnie obciążającego wywiadu rodzinnego lub gdy wcześniejsza ocena sugeruje wysokie ryzyko choroby wieńcowej	+ U chorych z niskim i pośrednim ryzykiem
Tomografia komputerowa – wskaźnik uwapnienia tętnic wieńcowych	+ Pośrednie ryzyko (10-20%)	+ Niskie do pośredniego ryzyko (6-10%)	+ Niskie ryzyko (<6%)
Angiografia tomografii komputerowej	bz.	bz.	+
Obrazowanie blaszki miażdżycowej za pomocą rezonansu magnetycznego	bz.	bz.	+

bz. – brak zaleceń

* Pacjenci nieotrzymujący leczenia hipolipemizującego, hormonalnej terapii zastępczej, leczenia immunosupresyjnego; bez objawowej choroby wieńcowej, cukrzycy, przewlekłej choroby nerek, ciężkich stanów zapalnych lub przeciwwskazań do stosowania statyn.

ryzykiem nie trzeba wykonywać kolejnych badań, a dalsze interwencje są nieuzasadnione. Pacjenci z wysokim ryzykiem są już kandydatami do prowadzenia intensywnych działań prewencyjnych, dlatego dalsza ocena ryzyka i badania w tym kierunku nie przyniosą im dodatkowych korzyści. Z kolei w przypadku pacjentów obciążonych pośrednim ryzykiem wytyczne pomagają lekarzom określić, jakie działania podjąć w celu dalszej oceny ryzyka. Zebrane w tabeli badania usystematyzowano w zależności od klasy zaleceń.

Komentarz:



dr hab. med. Piotr Jankowski
I Klinika Kardiologii i Nadciśnienia Tętniczego,
Instytut Kardiologii, Collegium Medicum
Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków

Aktualne zalecenia amerykańskich i europejskich towarzystw kardiologicznych (m.in. European Society of Cardiology [ESC], European Atherosclerosis Society [EAS] i European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation [EACPR]) podkreślają znaczenie oceny całkowitego ryzyka sercowo-naczyniowego. Takie podejście uwzględnia wieloczynnikową etiologię chorób układu krążenia oraz wzajemne nasilenie się czynników ryzyka. Również eksperci American College of Cardiology Foundation oraz American Heart Association nie mają wątpliwości, że ocena całkowitego ryzyka sercowo-naczyniowego jest podstawą postępowania u osób bez objawów chorób układu krążenia. Określenie całkowitego ryzyka odgrywa ważną rolę, ponieważ umożliwia lekarzowi właściwy sposób prowadzenia terapii. Zgodnie z obowiązującymi wytycznymi europejskich towarzystw naukowych¹ (m.in. ESC, EAS, EACPR i EASD [European Association for the Study of Diabetes]); wytyczne te przyjęło również Polskie Towarzystwo Kardiologiczne przy ocenie całkowitego ryzyka sercowo-naczyniowego należy stosować algorytm SCORE (Systema-

tic Coronary Risk Evaluation), który opracowano na podstawie wyników 12 europejskich badań kohortowych. W USA zaleca się stosowanie skali Framingham. Dostępne są też inne systemy oceny ryzyka, np. PROCAM (Prospective Cardiovascular Münster Heart Study) czy FINRISK (Finland Cardiovascular Risk Study).

Stosując algorytm SCORE (w którym uwzględnia się wiek, płeć, palenie tytoniu, stężenie cholesterolu całkowitego oraz wartość ciśnienia skurczowego), ocenia się ryzyko zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych w ciągu 10 lat. U wszystkich osób z 10-letnim ryzykiem równym lub przekraczającym 5% wskazane jest podjęcie intensywnych działań mających na celu modyfikację czynników ryzyka. Należy podkreślić, że całkowite ryzyko sercowo-naczyniowe jest zmienną ciągłą, a 5% nie stanowi granicy, poniżej której u pacjentów nie trzeba podejmować działań profilaktycznych. W tej grupie osób także są one wskazane, aczkolwiek są mniej intensywne. W porównaniu z osobami z 10-letnim ryzykiem zgonu $\geq 5\%$ w większym stopniu polegają one na zmianie stylu życia, a w mniejszym na stosowaniu farmakoterapii. Osobom z bardzo małym ryzykiem sercowo-naczyniowym również należy proponować zmianę stylu życia w celu utrzymania niskiego zagrożenia.

Ocenę całkowitego ryzyka sercowo-naczyniowego może ułatwić program HeartScore (dostępna jest wersja polskojęzyczna) ESC (European Society of Cardiology; <http://www.heartscore.org/pl/Pages/Welcome.aspx>). Po wprowadzeniu danych dotyczących głównych czynników ryzyka uzyskujemy (na podstawie algorytmu SCORE) wartość 10-letniego ryzyka zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych. Program ten umożliwia też przedstawienie ryzyka w atrakcyjnej formie graficznej, co może być szczególnie ważne dla edukacji pacjenta. Można go również zastosować w celu pokazania pacjentowi, w jakim stopniu zmniejszy się ryzyko zgonu po modyfikacji obecnych u niego czynników ryzyka, oraz do wyjaśnienia (także z wykorzystaniem automatycznie generowanych wykresów), który z czynników w największym stopniu jest odpowiedzialny za zwiększenie całkowitego ryzyka sercowo-naczyniowego.

W komentowanych wytycznych amerykańskich towarzystw naukowych (ACCF/AHA) w sposób wyważony przedstawiono wskazania do wykonywania badań dodatkowych u pacjentów bez objawów, które mogą poprawić ocenę ryzyka sercowo-naczyniowego i w ten sposób wpłynąć na sposób postępowania. Zwraca uwagę, że eksperci zdecydowanie odradzają stosowanie u osób bez objawów chorób układu krążenia testów genetycznych w kierunku choroby wieńcowej, ocenę parametrów lipidowych wykraczających poza standardowy lipidogram, ocenę stężenia peptydów natriuretycznych, a także stosowanie tomografii komputerowej (poza oceną wskaźnika uwapnienia) oraz rezonansu magnetycznego czy ocenę parametrów sztywności ścian tętnic. Warto pamiętać, że wymienione metody diagnostyczne stanowią cenne narzędzia naukowe, jednak ich przydatność w codziennej praktyce klinicznej jest rzeczywiście niewielka. W wytycznych podkreślono natomiast rolę wywiadu rodzinnego (rekomen-dacja klasy I).

Autorzy wytycznych wskazują na zasadność oceniania stężenia białka C-reaktywnego u mężczyzn w wieku ≥ 50 . r.ż. oraz u kobiet ≥ 60 . r.ż., gdy stężenie cholesterolu LDL jest niższe niż 3,4 mmol/l (130 mg/dl), w celu oceny wskazań do stosowania statyn. Trzeba jednak zaznaczyć, że wytyczne ESC, w przeciwieństwie do komentowanych wytycznych amerykańskich, nie przewidują uzależniania stosowania statyn od stężenia białka C-reaktywnego.

Generalnie, z wykonywania dodatkowych badań korzyści najczęściej odnoszą osoby z pośrednim ryzykiem sercowo-naczyniowym ocenianym na podstawie klasycznych czynników ryzyka. W takich przypadkach wykonanie dodatkowych testów pomaga podjąć decyzję o włączeniu farmakoterapii, np. statyn czy kwasu acetylosalicylowego. Na przykład osoba z całkowitym ryzykiem sercowo-naczyniowym ocenianym na podstawie systemu SCORE wynoszącym 4% w rzeczywistości może być obciążona większym ryzykiem, jeśli stężenie cholesterolu frakcji HDL jest niskie lub USG tętnic szyjnych wykaze obecność blaszki miażdżycowej albo pogrubienie kompleksu błona wewnętrzna-błona środkowa.

Komentowane wytyczne ACCF/AHA są cenną publikacją, gdyż pozwalają uzasadnić niewykonywanie zbędnych, często drogich badań dodatkowych. Zwracają też uwagę, że takie badanie warto wykonać, jeśli jego wynik może wpłynąć na decyzje kliniczne.

Piśmiennictwo:

1. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: full text. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2007;14 Suppl 2:S1-113.