

Αρτηριακή πίεση και χρόνια στεφανιαία σύνδρομα: Δύο θέματα αιχμής στις νέες Ευρωπαϊκές Κατευθυντήριες οδηγίες Καρδιολογίας

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΚΟΧΙΑΔΑΚΗΣ

Πρόεδρος ΕΚΕ



έτος συμπληρώνονται 30 χρόνια από την πρώτη έκδοση κατευθυντήριων οδηγιών από την Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρεία (European Society of Cardiology-ESC).

Πρωταρχικός στόχος της ESC ήταν από την αρχή η εννιμέρωση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τα οφέλη και τους κινδύνους συγκεκριμένων διαγνωστικών ή θεραπευτικών διαδικασιών, με απώτερο στόχο τη βελτίωση της φροντίδας των ασθενών. Φέτος, στο πανευρωπαϊκό συνέδριο καρδιολογίας ανακοινώθηκαν τέσσερις νέες κατευθυντήριες οδηγίες. Η πρώτη από αυτές αφορούσε στην αρτηριακή υπέρταση.¹

Σύμφωνα με τις νέες οδηγίες φαίνεται ότι μετακινούμαστε από την «αρτηριακή υπέρταση» σε ένα πρωιμότερο βήμα αυτό της «αυξημένης αρτηριακής πίεσης» (ΑΠ) και ακολουθεί η αρτηριακή υπέρταση τονίζοντας έτσι ότι ο κίνδυνος καρδιαγγειακής νόσου που αποδίδεται στην ΑΠ αποτελεί ένα συνεχές και δεν είναι μια δυαδική κλίμακα της φυσιολογικής πίεσης έναντι της υπέρτασης. Τα επιστημονικά δεδομένα καταδεικνύουν όλο και περισσότερο τα οφέλη της αντιυπερτασικής αγωγής σε άτομα με υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο και αυξημένα επίπεδα ΑΠ, που δεν πληρούν όμως τα παραδοσιακά όρια που χρησιμοποιούνται για τον ορισμό της υπέρτασης. Έχει εισαχθεί μια νέα κατηγορία λοιπόν ΑΠ που ονομάζεται «αυξημένη ΑΠ» – που ορίζεται ως συστολική ΑΠ 120–139 mmHg ή διαστολική ΑΠ 70–89 mmHg – ενώ η υπέρταση παραμένει όπως ορίστηκε σε προηγούμενες οδηγίες (Συστολική ΑΠ ιατρείου ≥ 140 mmHg ή διαστολική ΑΠ ≥ 90 mmHg).

Μια νέα σημαντική αλλαγή που βασίζεται σε επιστημονικά δεδομένα είναι η σύσταση για επιδίωξη συστολικής ΑΠ 120–129 mmHg μεταξύ των ενηλίκων που λαμβάνουν φάρμακα μείωσης της ΑΠ. Αυτός ο νέος στόχος θεραπείας συστολικής ΑΠ των 120–129 mmHg αντιπροσωπεύει μια αλλαγή από τις προηγούμενες ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες. Συγκεκριμένα, ενώ οι προηγούμενες οδηγίες συνιστούσαν γενικά ότι οι ασθενείς πρέπει να λαμβάνουν θεραπεία με στόχο $<140/90$ mmHg και μόνο στη συνέχεια να εξετασθεί ως πιθανός στόχος $<130/80$ mmHg (προσέγγιση δύο στα-

δίων), οι νέες κατευθυντήριες οδηγίες συνιστούν ότι οι περισσότεροι ασθενείς θα πρέπει να αντιμετωπίζονται από την αρχή με στόχο ΑΠ 120–129 mmHg, με πιο χαλαρό στόχο σε εκείνα τα άτομα όπου δεν είναι ανεκτή η αντιυπερτασική αγωγή. Για επιλεγμένες μεμονωμένες περιπτώσεις όπου δεν επιδιώκεται στόχος συστολικής ΑΠ 120–129 mmHg, είτε λόγω δυσανεξίας είτε λόγω ύπαρξης συνθηκών που ευνοούν ένα χαλαρότερο στόχο, η ΑΠ θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σε όσο το δυνατόν χαμηλότερη – κοντά στο στόχο – τιμή. Στα άτομα με αυξημένη ΑΠ, πριν από την έναρξη φαρμακευτικής αγωγής, συνιστάται πρώτα αλλαγή στον τρόπο ζωής για 3 μήνες. Μετά από 3 μήνες παρέμβασης στον τρόπο ζωής, σε ενήλικες με αυξημένη ΑΠ και επαρκώς υψηλό κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου ($\geq 10\%$ σε 10 χρόνια), συνιστάται η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής για μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες που αφορούσαν στα χρόνια στεφανιαία σύνδρομα έριξαν φως σε ένα απαιτητικό θέμα, αυτό της χρόνιας στεφανιαίας νόσου. Η πρώτη κύρια αλλαγή των νέων κατευθυντήριων οδηγιών για τα χρόνια στεφανιαία σύνδρομα (CCS) είναι ο ορισμός τους.²

Ο όρος CCS εισήχθη για πρώτη φορά στις οδηγίες του 2019, αλλά, με βάση διευρυμένες παθοφυσιολογικές έννοιες, έχει αναπτυχθεί ένας νέος πιο ολοκληρωμένος ορισμός. Υπάρχει μια αλλαγή που πάει πέρα από την απλή έννοια της επαγόμενης ισχαιμίας του μυοκαρδίου λόγω μιας σταθερής, εστιακής, αθηροσκληρωτικής στένωσης μεγάλης ή μέσης στεφανιαίας αρτηρίας που περιορίζει τη ροή του αίματος. Το σημερινό πιο περίπλοκο και δυναμικό μοντέλο περιλαμβάνει δομικές και λειτουργικές ανωμαλίες τόσο στα μακρο- και στα μικροαγγειακά διαμερίσματα του στεφανιαίου δικτύου, τα οποία μπορεί να είναι εστιακά ή διάχυτα.

Μια σταδιακή προσέγγιση για τη διαχείριση ύποπτου CCS προτείνεται στις οδηγίες του 2024, ξεκινώντας με το 1ο ΒΗΜΑ, μια γενική κλινική αξιολόγηση για τη διαφοροποίηση των σημείων και συμπτωμάτων του ασθενούς από τα μη καρδιακά αίτια προκάρδιου άλγους και τον αποκλεισμό του αξέως στεφανιαίου συνδρόμου.

Το 2ο ΒΗΜΑ είναι οι εξειδικευμένες καρδιολογικές εξετάσεις, συμπεριλαμβανομένου του ηχοκαρδιογραφήματος ηρεμίας για τον αποκλεισμό δυσλειτουργίας της αριστερής κοιλίας και βαλβιδικής νόσου. Μια νέα σύσταση Κατηγορίας Ι υποστηρίζει την εκτίμηση της πιθανότητας αποφρακτικής επικαρδιακής στεφανιαίας νόσου (coronary artery disease-CAD) χρησιμοποιώντας το μοντέλο κλινικής πιθανότητας βάση των παραγόντων κινδύνου.

Το 3ο ΒΗΜΑ περιλαμβάνει τον έλεγχο για την τεκμηρίωση της διάγνωσης CCS και τον προσδιορισμό του κινδύνου μελλοντικών συμβαμάτων. Σε άτομα με υποψία CCS και χαμηλή ή μέτρια (>5%–50%) πιθανότητα αποφρακτικής CAD συνιστάται πλέον η χρήση αξονικής στεφανιογραφίας για τη διάγνωση της αποφρακτικής ΣΝ και για την εκτίμηση του κινδύνου μειζόνων ανεπιθύμητων καρδιαγγειακών συμβαμάτων (major adverse cardiovascular events -MACE). Ενώ σε άτομα με μέτρια ή υψηλή (>15%–85%) πιθανότητα υπάρχουν νέες συστάσεις Κατηγορίας Ι σχετικά με τη χρήση της υπερηχοκαρδιογραφίας φόρτισης, της τομογραφίας εκπομπής ποζιτρονίων και της απεικόνισης της αιμάτωσης του μυοκαρδίου με μαγνητικό συντονισμό, εάν οι μέθοδοι είναι διαθέσιμες. Η επεμβατική στεφανιογραφία (invasive coronary angiography - ICA) συνιστάται για τη διάγνωση της αποφρακτικής στεφανιαίας νόσου σε άτομα με υψηλή πιθανότητα νόσου, σοβαρά συμπτώματα ανθεκτικά στην φαρμακευτική αγωγή, σπθθάγχη σε μικρή κόπωση ή/και υψηλό κίνδυνο συμβαμάτων. Όταν ενδείκνυται η ICA, συνιστάται η αξιολόγηση της λειτουργικής σοβαρότητας των «ενδιάμεσων» στενώσεων με επεμβατική λειτουργική δοκιμασία (κλασματική εφεδρεία ροής) πριν από την επαναγγείωση.

Το 4ο ΒΗΜΑ περιλαμβάνει την τροποποίηση του τρόπου ζωής και των παραγόντων κινδύνου σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική αγωγή που τροποποιούν τη νόσο, με στεφανιαία επαναγγείωση εάν τα συμπτώματα είναι ανθεκτικά στην ιατρική θεραπεία ή εάν υπάρχει CAD υψηλού κινδύνου. Οι κατευθυντήριες οδηγίες του 2024 επιβεβαιώνουν τα ευρήματα της Ομάδας Εργασίας ESC/EACTS του 2022 ότι η αορτοστεφανιαία παράκαμψη (CABG) συνιστάται ως ο γενικός προτιμώμενος τρόπος επαναγγείωσης έναντι της διαδερμικής στεφανιαίας παρέμβασης (PCI) για το στέλεχος της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας σε ασθενείς χαμηλού χειρουργικού κινδύνου. Αναγνωρίζεται όμως ότι σε ασθενείς με σημαντική βλάβη στελέχους χαμηλής πολυπλοκότητας (SYNTAX score \leq 22), στους οποίους η PCI μπορεί να προσφέρει ισοδύναμη πλήρη επαναγγείωση, η PCI συνιστάται ως εναλλακτική της CABG.

Σε αυτές τις οδηγίες τονίζεται επίσης ο υψηλός επιπολασμός της σπθθάγχης με μη αποφρακτικές στεφανιαίες αρτηρίες (angina with nonobstructive coronary arteries - ANOCA) και της ισχαιμίας με μη αποφρακτικές στεφανιαίες αρτηρίες (ischaemia with nonobstructive coronary arteries - INOCA). Συνιστάται οι συμπτωματικοί ασθενείς με υποψία ANOCA/INOCA που δεν ανταποκρίνονται στη φαρμακευτική αγωγή να υποβάλλονται σε επεμβατικό στεφανιαίο λειτουργικό έλεγχο για τον προσδιορισμό των υποκείμενων αιτιών για την καθοδήγηση της κατάλληλης θεραπείας.

Τέλος υπάρχει αναφορά στη μακροχρόνια παρακολούθηση και φροντίδα, με νέες συστάσεις για τη χρήση απλοποιημένων φαρμακευτικών σχημάτων, μαζί με κινητές παρεμβάσεις υγείας για τη βελτίωση της τήρησης υγιεινών τρόπων ζωής και ιατρικής θεραπείας.

Βιβλιογραφία

- 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. *European Heart Journal* 2024;00:1-107 <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae178>.
- 2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes. *European Heart Journal*, Volume 2024;45(36):3415–3537, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae177>.