

»Stabil kranskärlssjukdom« blir »kroniskt koronart syndrom«

NYA EUROPEISKA RIKTLINJER KOMMENTERAS AV ARBETSGRUPPEN FÖR KRANSKÄRLSSJUKDOM I SVENSKA KARDIOLOGFÖRENINGEN

Anna Holm, överläkare, kardiologiska kliniken, Universitetssjukhuset i Linköping

Robin Hofmann, bitr överläkare, VO kardiologi, Södersjukhuset, Stockholm

Kasper Andersen, specialistläkare, VO hjärt-lungmedicin och klinisk fysiologi, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Magnus Bäck, professor, tema hjärta och kärl, patientområde kranskärl och klaffsjukdom, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm

● magnus.back@ki.se

Under den europeiska kardiologikongressen i Paris i september 2019 presenterade den europeiska kardiologföreningen (European Society of Cardiology; ESC) nya uppdaterade riktlinjer för utredning och behandling av kranskärlssjukdom i det stabila skedet.

Kroniskt koronart syndrom – ny term

Den mest uppenbara nyheten i de nya riktlinjerna är att man nu introducerar termen »kroniskt koronart syndrom« (chronic coronary syndrome) i stället för »stabil kranskärlssjukdom« [1]. Bytet motiveras av att aterosklerossjukdom i kranskärlen är en dynamisk process, som länge kan vara stabil men när som helst kan bli instabil och orsaka trombos till följd av plackerosion eller plackruptur. Denna dynamiska process gör att aterosklerotisk kranskärlssjukdom kan manifesteras sig som antingen akut eller kroniskt koronart syndrom. Den kardiovaskulära risken vid kroniskt koronart syndrom modifieras med såväl medicinsk behandling som livsstilsinterventioner.

Definitionen av kroniskt koronart syndrom innefattar sex kliniska situationer (Fakta 1) för vilka specifika utrednings- och behandlingsrekommendationer finns i de nya riktlinjerna.

Klinisk sannolikhet för kronisk sjukdom

Nyligen publicerade studier pekar på att prevalensen av obstruktiv koronarsjukdom hos individer med misstänkt kroniskt koronart syndrom sannolikt är lägre än vad som antogs i de tidigare riktlinjerna för stabil kranskärlssjukdom från 2013. Därför understryks nu särskilt vikten av att utvärdera den kliniska sannolikheten (pre-test probability) för koronarsjukdom baserat på symtom, kön och ålder, men även efter att ha tagit hänsyn till kardiovaskulära riskfaktorer och objektiva tecken på t ex EKG och ekokardiografi.

Om den kliniska sannolikheten är låg (<5 procent) kan man avstå från ytterligare utredning. Vid hög sannolikhet kan man direkt gå vidare med koronarangiografi. Det är därför framför allt i gruppen med en intermediär klinisk sannolikhet för koronarsjukdom >15 procent som icke-invasiv bilddiagnostik är mest fördelaktig för att fastställa eller utesluta koronarsjukdom, men icke-invasiv bilddiagnostik kan även övervägas vid klinisk sannolikhet 5–15 procent (Tabell 1).

Icke-invasiv koronardiagnostik

I de nya riktlinjerna har rekommendationerna av olika icke-invasiva diagnostiska undersökningar för att fastställa eller utesluta kroniskt koronart syndrom

FAKTA 1. Kliniska presentationer

Kliniska presentationer av misstänkt eller etablerat kroniskt koronart syndrom [1].

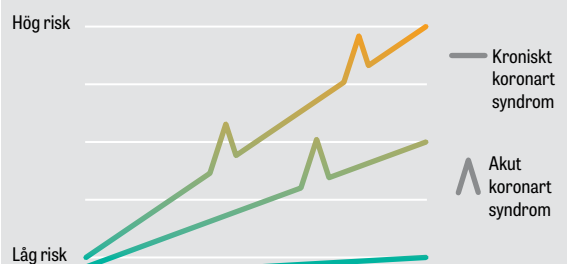
- Stabil angina pectoris eller symtom i form av anginösa bröstsmärtor och/eller dyspné där kranskärlssjukdom misstänks.
- Nydebuterad hjärtsvikt eller nedsatt vänsterkammarfunktion där kranskärlssjukdom misstänks.
- Inom 1 år efter akut koronart syndrom eller koronar revaskularisering.
- Mer än 1 år efter akut koronart syndrom eller koronar revaskularisering.
- Anginösa bröstsmärtor och misstänkt vasospasm eller mikrovaskulär sjukdom.
- Asymtomatiska personer där koronarsjukdom har upptäckts vid screening.

uppdaterats. Om misstanke om kranskärlssjukdom kvarstår efter klinisk utvärdering rekommenderas antingen fysiologisk bilddiagnostik av ischemi (myokardskintigrafi, stressekokardiografi, MR-perfusion och PET-DT) eller anatomisk bilddiagnostik i form av DT av kranskärlen. Båda alternativen jämföras i princip, och vilket icke-invasivt diagnostiskt test som föredras initialt beror på den kliniska sannolikheten, testens diagnostiska kapacitet i olika patientpopulationer och den lokala kunskapen och tillgängligheten.

HUVUDBUDSKAP

- I nya riktlinjer från Europeiska kardiologföreningen introduceras »kroniskt koronart syndrom« som den nya termen för »stabil kranskärlssjukdom«.
- Bakgrunden är att aterosklerossjukdomen i kranskärlen är en dynamisk process, som kan ha långa stabila perioder men när som helst bli instabil och orsaka en trombotisk händelse.
- Vid klinisk misstanke om kranskärlssjukdom rekommenderas antingen funktionell testning av ischemi eller anatomisk bilddiagnostik.
- Vid kroniskt koronart syndrom kan den kardiovaskulära risken modifieras med såväl medicinsk behandling som livsstilsinterventioner.

FIGUR 1. Kroniskt koronart syndrom



► Den aterosklerotiska koronarsjukdomen är ett kontinuum med kroniska och akuta komponenter med mer eller mindre brant kronisk utveckling beroende på risk och genomförda interventioner. I 2019 års riktlinjer från det europeiska kardiologsällskapet (ESC) myntas uttrycket »kroniskt koronart syndrom« för att illustrera detta. Kroniskt koronart syndrom kan destabiliseras, vilket leder till akut koronart syndrom. Modifierad efter Knuuti J, et al [1].

ten av de olika testen. Rekommendationen för diagnostiskt arbetsprov har nedgraderats, och det bör enbart användas om de andra undersökningsmodaliteterna inte är tillgängliga. Arbetsprov rekommenderas däremot som ett komplement till den kliniska utredningen hos vissa patienter för att ge klinisk information med möjlig prognostisk betydelse, tex arbetskapacitet, arytmier och blodtrycksreaktion.

Baserat på klinisk bedömning och resultatet av det icke-invasiva testet kan en riskstratifiering utföras. Inför beslut om koronarangiografi och eventuell revaskularisering kan det finnas ett behov av information om både anatomi och ischemi. Hos patienter med hög sannolikhet för koronarsjukdom, typisk och lättutlöst kärlkramp och hög risk kvarstår indikationen för koronarangiografi kompletterad med invasiv funktionell utvärdering med tryckmätning för att identifiera patienter med nytta av revaskularisering inte bara i symtomatiskt utan även i prognostiskt syfte.

Vikten av livsstilsfaktorer

Vikten av livsstilsförändringar för att förebygga kardiovaskulära händelser och mortalitet i kroniskt koronart syndrom tas upp i ett särskilt avsnitt. Här rekommenderas multidisciplinär handläggning med aktiva åtgärder för att uppnå en hälsosam livsstil med fysiskt och psykiskt välbefinnande.

Intensifierad antitrombotisk behandling

Antitrombotiska läkemedel har en central roll för att förebygga akut koronart syndrom hos patienter med kronisk sjukdom. För patienter med tidigare hjärtinfarkt och hög risk för nya ischemiska händelser, men samtidigt låg risk för livshotande blödning, ska förlängd trombocythämning övervägas. Vid långtidsbehandling kan dubbel trombocythämning med ASA och lågdos tikagrelor, alternativt kombination av ASA och lågdos rivaroxaban, övervägas.

Diabetesbehandling som skydd

Riktlinjerna lyfter även fram behandling av diabetes som skydd mot nya kardiovaskulära händelser hos pa-

TABELL 1. Klinisk sannolikhet (procent) för obstruktiv kranskärslsjukdom beroende på ålder, kön och symtom [1]. Mörkgrön färg anger att patienten har >15 procents sannolikhet för kranskärslsjukdom, och icke-invasivt test är då mest fördelaktiga. Ljusgrön färg anger att sannolikheten är 5–15 procent och att icke-invasivt test kan övervägas. Om patienten har riskfaktorer för kranskärslsjukdom (dyslipidemi, diabetes, hypertoni, rökning eller hereditet), EKG-förändringar eller regionalt nedsatt vänsterkammerfunktion ökar den kliniska sannolikheten.

Ålder	Typisk angina		Atypisk angina		Icke-anginösa		Dyspné	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
30–39	3	5	4	3	1	1	0	3
40–49	22	10	10	6	3	2	12	3
50–59	32	13	17	6	11	3	20	9
60–69	44	16	26	11	22	6	27	14
≥70	52	27	34	19	24	10	32	12

tienter med kroniskt koronart syndrom. Här rekommenderar ESC särskild användning av SGLT2-hämmare (natriumglukosamtransportör 2) och GLP-1-receptoragonister (glukagonlik peptid) för minskning av kardiovaskulär risk. ESC öppnar för att använda läkemedlen som förstahandsval hos individer med hög eller mycket hög risk - även före behandling med metformin. Detta följer de nya riktlinjerna för diabetes, som ESC presenterade samtidigt [2].

Sammanfattning

2019 års riktlinjer understryker att koronarsjukdomen ska ses som ett kontinuum med kroniska och akuta komponenter (Figur 1). Det är viktigt att tänka på att kroniskt koronart syndrom kan destabiliseras, vilket leder till akut sjukdom, som sedan åter stabiliseras. Kroniskt koronart syndrom ska därför aktivt utredas och behandlas för att ytterligare minska risken för framtida händelser.

Bedömning av den kliniska sannolikheten för koronarsjukdom följt av riskstratifiering utgör grunden i 2019 års riktlinjer för val av utredning, beslut om revaskularisering och för vägledning om såväl farmakologisk behandling som livsstilsförändringar. ○

- Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Anna Holm har erhållit föreläsningssarvode från Bayer.
- Författarna representerar Arbetsgruppen för kranskärslsjukdom i Svenska kardiologföreningen.

Citera som: *Läkartidningen. 2020;117:FWAZ*

REFERENSER

1. Knuuti J, Wijns W, Saraste A, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *Eur Heart J*. Epub 31 aug 2019. doi: 10.1093/eurheartj/ehz425
2. Cosentino F, Grant PJ, Aboyans V, et al. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. *Eur Heart J*. 2019. Epub 31 aug 2019. doi: 10.1093/eurheartj/ehz486

SUMMARY

Stable coronary artery disease becomes chronic coronary syndrome

New guidelines from the European Society of Cardiology (ESC) recommend that »chronic coronary syndrome« (CCS) replaces the previously used term »stable coronary artery disease«. The background for this recommendation is that the coronary artery atherosclerosis process is a dynamic process that, although stable under long periods, may become unstable and result in an acute coronary syndrome (ACS). In this commentary, the Working Group on Coronary Artery Disease of the Swedish Society of Cardiology points out what is new in the 2019 CCS guidelines.