



אוקטובר 2006

הערות למסמך ESC בנושא תעוקת חזה יציבה

http://www.escardio.org/knowledge/guidelines/Management_Stable_Angina_Pectoris.htm

פרופ' דורון זגר – מרכז רפואי "סורוקה", באר שבע
פרופ' שמואל גוטליב – בית החולים "ביקור חולים", ירושלים

מסמך העמדה של האיגוד האירופי לקרדיולוגיה בנושא תעוקת חזה יציבה מסכם בהרחבה את האבחנה, ההערכה, הערכת הסיכון, הטיפול והפרוגנוזה בתיסמונת זו, וכולל ציטוטים רבים הן מעבודות ישנות והן מעבודות מהשנים האחרונות. ככלל מסמך זה מהווה סיכום חשוב של הנושא והגישה המקובלת כיום להערכה ולטיפול בחולים אלה. עם זאת, לדעתנו במספר נקודות המדיניות בארץ שונה, וההבדלים ראויים לתשומת לב. יש לציין שהמסמך אומץ על ידי האיגוד הקרדיולוגי בישראל על פי המלצתנו. במכתב זה סיכמנו את עיקרי המסמך. מקומות בהם הבענו את עמדתנו מופיעים בכתב שונה.

1. המחברים סוקרים בהרחבה את בדיקות המאמץ לסוגיהן השונים, ומגדירים את תפקידן באבחנה ובהערכת הסיכון בחולים עם תעוקת חזה יציבה. בכל הנוגע לבדיקות א.ק.ג. במאמץ ולבדיקות ההדמיה הגרעינית והאקוקרדיוגרפיה לאחר מאמץ או גרוי פרמקולוגי אין במסמך זה שינויים מהותיים מהמקובל כיום.
2. המסמך האירופי, כמו גם מקבילו האמריקאי, מעניקים דרגת המלצה I לבדיקות פרפוזיה או אקוקרדיוגרפיה במאמץ רק בחולה שהא.ק.ג. הבסיסי שלו אינו מאפשר אבחנה מדויקת. ביצוע בדיקה זו כתחליף לבדיקת המאמץ הרגילה מוגדר כהמלצה מדרגה IIa למרות הרגישות הגבוהה יותר של בדיקות אלה.

השיגרה היום יומית בארץ היא שחולים רבים מופנים לבדיקות אלה כבדיקות ראשוניות ולדעתנו זהו נוהג סביר.

3. המסמך ממליץ על ביצוע אקוקרדיוגרפיה במנוחה לשם הערכה דיאגנוסטית רק בחולים עם ממצאים פתולוגיים בבדיקה הגופנית, חשד לאי ספיקת הלב, אוטם קודם או א.ק.ג. פתולוגי. כל שאר המקרים אינם מקבלים כל דרגה של המלצה. מאידך, המסמך מציע את חשיבות הבדיקה מבחינה פרוגנוסטית.

לדעתנו הערכת תפקוד הלב במנוחה היא חלק חשוב בהערכת החולה עם תעוקת חזה הן מבחינה דיאגנוסטית והן מבחינה פרוגנוסטית, והיה מקום לחת המלצה, אם גם בדרגה נמוכה יותר, לכיצוע הבדיקה ברוב החולים עם תעוקה יציבה.

4. הנושא העיקרי בו המסמך האירופי אינו מתאים תמיד לשיגרה הקלינית המקובלת בישראל הוא הגישה האבחנתית לתעוקת חזה יציבה, במיוחד בכל הנוגע לצינתור (איור 1).

לדעתנו הגישה שאומצה במסמך היא שמרנית בהרבה מזו המקובלת בארץ.

ההמלצות לצינתור ניתנות בנפרד למטרת אבחון ולמטרת הערכת סיכון. על פי מסמך העמדה האירופי קיימת המלצה מדרגה I לצינתור לשם קביעת האבחנה בחולים עם תעוקה יציבה במצבים הבאים:

- א. תעוקה קשה (דרגה תפקודית 3-4) עם סבירות גבוהה למחלה כללית, במיוחד אם אינה מגיבה לטיפול.
- ב. מצב לאחר החייאה
- ג. הפרעות קצב חדריות קשות
- ד. הישנות תלונות לאחר רווסקולריזציה.

בנוסף לכך ניתנת המלצה מדרגה IIa לצינתור במקרים אלה:

- א. מבחני מאמץ לא אבחנתיים כאשר הסבירות למחלה כללית היא בינונית – גבוהה.
- ב. חולים בסיכון גבוה לרסטנוזיס לאחר PCI, בעיקר כאשר מדובר בעורק חשוב.

אין במסמך המלצות נוספות, גם לא בדרגה נמוכה יותר.

מאידך, המסמך האמריקאי המקביל (משנת 2002) מכיר בצורך לצינתור (המלצה בדרגה IIa) גם במצבים נוספים כגון: צורך באבחנה מדויקת עקב עיסוקו של החולה או כאשר ישנה סבירות קלינית גבוהה למחלה תלת כלית או היצרות ב Left main coronary artery. אותו מסמך נותן המלצה בדרגה IIb לצינתור אבחנתי כאשר החולה מעוניין מאד לקבל אבחנה מדויקת והסבירות למחלה כללית אינה נמוכה. יתרה מזו: תרשים הזרימה המצוי במסמך זה לבריור החולה עם חשד למחלת לב כללית (ראה להלן) מאפשר הפניה ישירה לצינתור בחולה שיש לו סימנים וסימפטומים "המצדיקים צינתור", כלומר – ניתן חופש לרופא המטפל לבחור בגישה זו. בגוף המסמך נאמר כך:

"In certain patients with typical or atypical symptoms suggestive of stable angina and a high clinical probability of severe CAD direct referral to coronary angiography may be indicated and may prove cost – effective"

חוסר ההסכמה של המסמך האמריקאי (ושל החתומים משה) עם המסמך האירופי בולט עוד יותר בכל הנוגע לשימוש בצינתור לשם קביעת הסיכון בחולים עם מחלה כללית.

המלצות המסמך האירופי בפרק זה דומות מאד לאלה שהוזכרו לעיל לשם קביעת האבחנה מראש. מאידך, המסמך האמריקאי נותן המלצה ברורה לצינתור גם במצבים חשובים נוספים, שאינן מוזכרים במסמך האירופי, כמו: אי ספיקת הלב, ירידה בתפקוד חדר שמאל או חשד קליני למחלה כללית קשה. יתרה מזו, המסמך האמריקאי נותן המלצה מדרגה IIb (כלומר – אינו פוסל) לצינתור

חולים עם תעוקה קלה, חולים עם תפקוד שמור של חדר שמאל שהתייצבו על טיפול תרופתי ו/או הבדיקות הבלתי פולשניות שלהם אינן מצביעות על סיכון גבוה.

לדעתנו הגישה בהמלצות האמריקאיות משקפת במידה רבה יותר את המקובל בארץ מאשר הגישה האירופית.

5. הנושא של cardiac CT זכה להתייחסות קצרה יחסית. המחברים העניקו המלצה בדרגה נמוכה (IIB) לשימוש בטכנולוגיה זו לאבחנה של מחלת לב כלילית. על פי המסמך יתכן ויש מקום לטכניקה זו בחולים עם סבירות נמוכה ($<10\%$ [low pre-test probability]) למחלת לב כלילית, עם מבחן מאמץ או מבחן-פרפוזיה בלתי אבחנתיים. אין ספק שהמלצה שמרנית זו לא תהיה מקובלת על כל העוסקים בנושא. קרוב לודאי שהמלצות אלו יעברו שינוי בקרוב עם פרסום של עבודות חדשות.

[Hendel RC et al. ACCF/ACR/SCCT/SCMR/ASNC/NASCI/SCAI/SIR Appropriateness criteria for cardiac computed tomography and cardiac magnetic resonance imaging.

J Am Coll Cardiol 2006; DOI:10.1016/j.jacc.2006.07.003. Available at

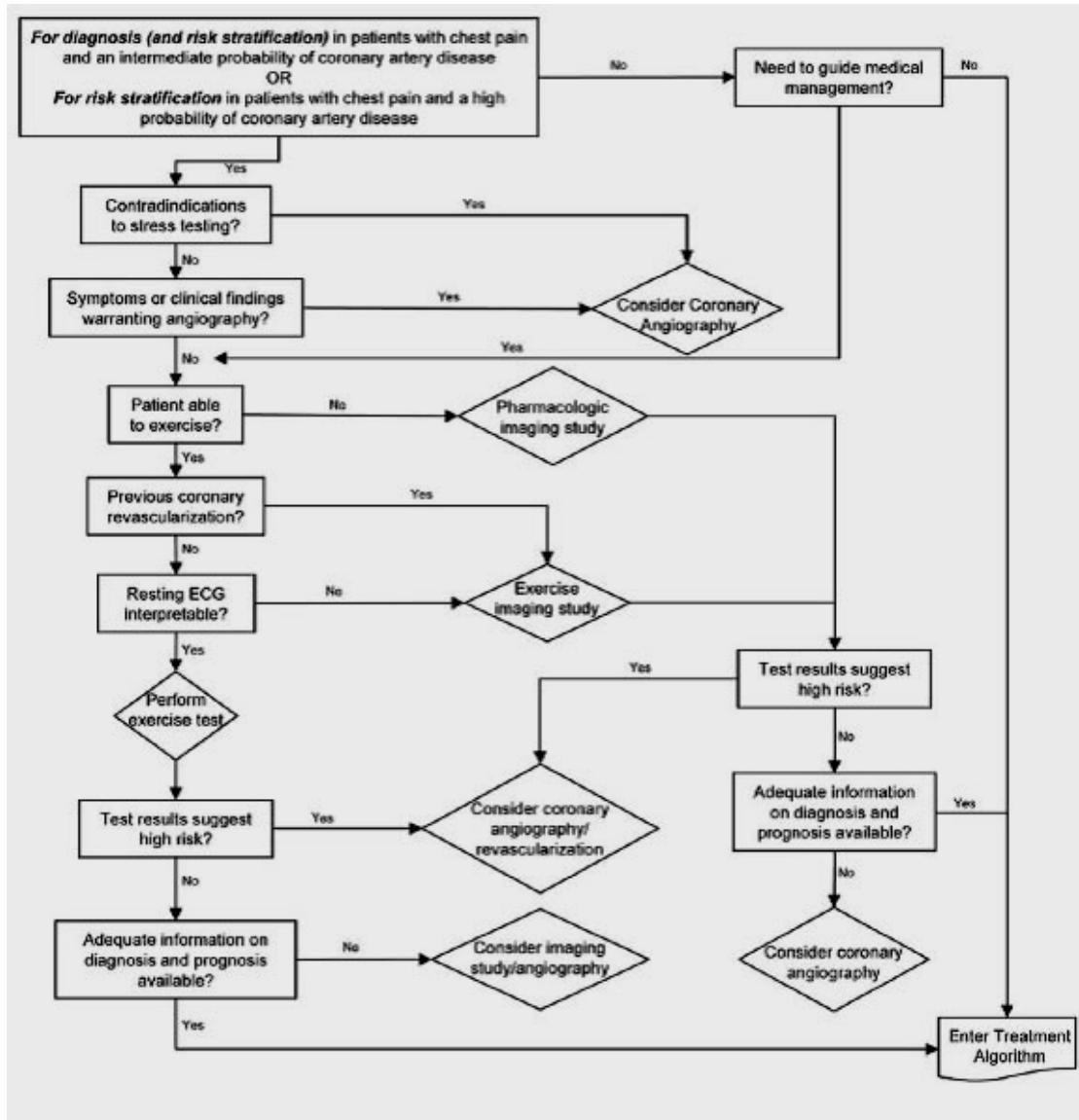
<http://www.acc.org/qualityandscience/clinical/pdfs/CCT.CMR.pdf>.]

6. בכל הנוגע לטיפול התרופתי הרי שההמלצות המופיעות במסמך זה דומות למקובל במסמכים האמריקאיים ובעיגורה הטיפולית בארץ.

7. לגבי סטטינים, בחולים עם מחלה כלילית ידועה (סיכון תמותה מעל 5% ל-10 שנים) המסמך הנוכחי מציב את ערך המטרה של LDL על 2.5 ממו"ל (96 מ"ג/ד"ל), וממליץ על מינון גבוה של סטטינים (IIa) רק בחולים בסיכון גבוה מאד (מעל 2% תמותה לשנה), וזאת מבלי לציין את ערך המטרה מתחת ל 70 מ"ג/ד"ל. מאידך, מסמכי העמדה האמריקאיים האחרונים נותנים המלצה בדרגה IIa וערך LDL פחות מ 70 מ"ג/ד"ל בחולים המצויים בסיכון גבוה (מחלה כלילית ידועה או בחולים בסיכון של 20% ל-10 שנים גם ללא מחלה כלילית ידועה).

אנו סבורים שמן הראוי לאמץ את ההמלצות האמריקאיות, המבוססת על עבודות האחרונות, ותומכת בהורדה נמרצת יותר של ערכי ה LDL מתחת ל 70 מ"ג/ד"ל בכל החולים עם מחלה כלילית ידועה. המלצה זו גם תואמת יותר את המקובל במקומות רבים בארץ.

איור 1- Stress testing/angiography. ECG indicates electrocardiogram



1. Hendel RC et al. ACCF/ACR/SCCT/SCMR/ASNC/NASCI/SCAI/SIR Appropriateness criteria for cardiac computed tomography and cardiac magnetic resonance imaging. J Am Coll Cardiol 2006; DOI:10.1016/j.jacc.2006.07.003. Available at <http://www.acc.org/qualityandscience/clinical/pdfs/CCT.CMR.pdf>.