

ESC doporučení pro diagnostiku a léčbu onemocnění periferních tepen (PAD) 2017

Peter Wohlfahrt , Monika Špinarová, Jana Vávrová, Jan Látal

Farmakoterapie rizikových faktorů:

- Statiny u všech pacientů s PAD (I, A), cílový LDL cholesterol <1,8 mmol/l, při LDL bez terapie 1,8-3,5 mmol/l redukce LDL o $\geq 50\%$ (I,C)
- Cílový tlak u pacientů s PAD <140/90 (I,A)
- ACEI nebo sartany antihypertenziva první volby u pacientů s PAD a arteriální hypertenzí (IIa, B)
- ACEI/sartany jsou doporučeny u pacientů s unilaterální stenózou renální tepny a hypertenzí (I, C)
- ACEI/sartany mohou být zváženy u bilaterální stenózy renálních tepen, nutnost monitorace renálních funkcí (IIb, B)
- Beta-blokátory lze použít u pacientů s ICHDK

Antitrombotická terapie:

- Protidestičková terapie u pacientů se symptomatickou PAD (I,C)
- Protidestičková terapie není indikována u pacientů s asymptomatickou ICHDK (III, A)
- Protidestičková terapie by měla být zvážena u pacientů s asymptomatickou >50% stenózou karotické tepny (IIa, C)
- Duální Protidestičková terapie (Anopyrin + Clopidogrel) 1 měsíc po stentingu karotické tepny (I,A) nebo infrainguinálních tepen dolních končetin (IIa,C), dále monoterapie Anopyrin nebo Clopidogrel
- U pacientů s fibrilací síní a PAD, terapie je indikována při $CHA_2DS_2-VASc \geq 2$ (I,A) a měla by být zvážena u ostatních pacientů (IIa, B)
- Při nízkém riziku krvácení, tripple terapie (OAS, Anopyrin, Clopidogrel) na 1 měsíc po endovaskulárním výkonu u pacientů s indikací OAC (IIa,C)
- Při vysokém riziku krvácení, pouze OAC po endovaskulárním výkonu u pacientů s indikací OAC (IIa,C)

Vyšetření dolních končetin pomocí poměru kotník-paže (ABI):

1. klinické známky ischemické choroby DKK (ICHDK) - absence pulzací nebo šelest na DKK, klaudikace, nehojící je rány DKK
2. zvýšené riziko ICHDK – pacienti s ICHS, srdečním selháním, aneurysmatem aorty, chronické ledvinové onemocnění
3. věk > 65let
vysoké nebo velmi vysoké kardiovaskulární riziko
osoby > 50 let s rodinnou anamnézou ICHDK

Za abnormální hodnotu se považuje $ABI \leq 0,9$ nebo $ABI > 1,4$

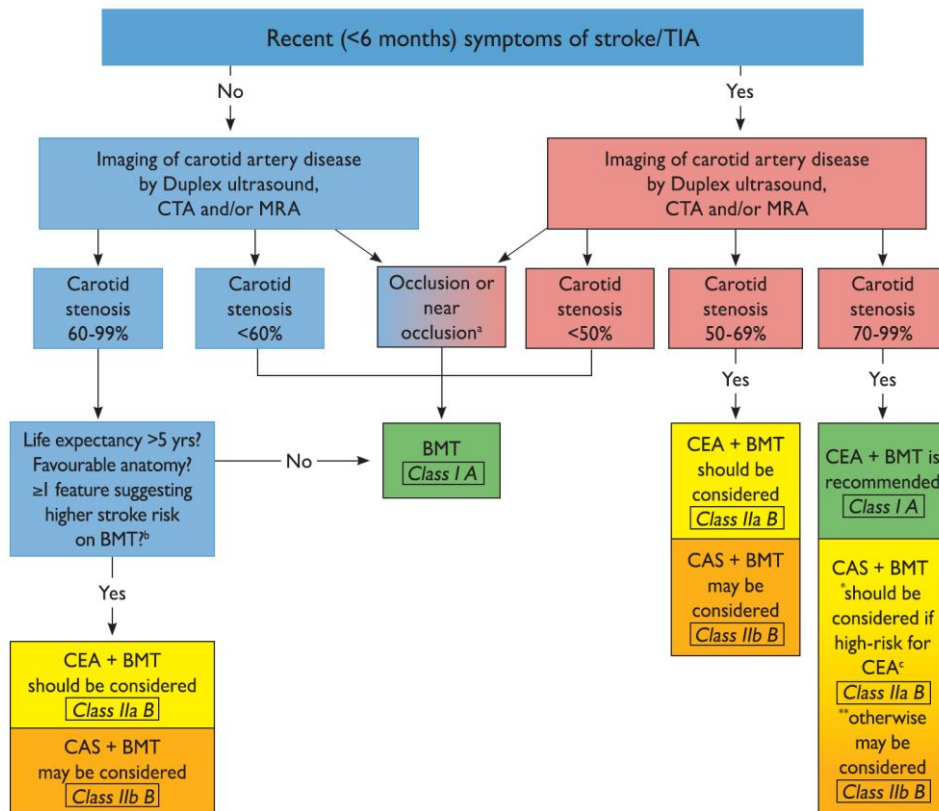
Indikace revaskularizace u pacientů se stenózou karotické tepny:

	Třída	Úroveň
Symptomatická stenóza		
Enderterektomie je doporučena u pacientů se stenózou 70-99%*	I	A
Enderterektomie by měla být zvážena u pacientů se stenózou 50-69%*	IIa	A
Revaskularizace není doporučena při stenóze <50%	III	A
U pacientů se stenózou 50-69% a vysokým operačním rizikem, PTA by měla být zvážena	IIa	B
U ostatních pacientů PTA může být zvážena	IIb	B
Revaskularizace co nejdřív, nejlíp do 14 dnů od začátků symptomů	I	A

Asymptomatická stenóza		
Enderterektomie by měla být zvážena při stenóze 60-99% v přítomnosti klinických a/nebo zobrazovacích známek, které mohou naznačovat zvýšené riziko ipsilaterální CMP**	IIa	B
PTA by měla být zvážena při vysokém operačním riziku	IIa	B
U ostatních pacientů PTA může být zvážena	IIb	B

*periprocedurální riziko smrti/CMP <6%

**periprocedurální riziko smrti/CMP <3%, life expectancy >5 let



Stanovení rizika amputace pomocí WIFI klasifikace:

Component	Score	Description		
W (Wound)	0	No ulcer (ischaemic rest pain)		
	1	Small, shallow ulcer on distal leg or foot without gangrene		
	2	Deeper ulcer with exposed bone, joint or tendon ± gangrenous changes limited to toes		
	3	Extensive deep ulcer, full thickness heel ulcer ± calcaneal involvement ± extensive gangrene		
I (Ischaemia)		ABI	Ankle pressure (mmHg)	Toe pressure or TcPO ₂
	0	≥0.80	> 100	≥60
	1	0.60–0.79	70–100	40–59
	2	0.40–0.59	50–70	30–39
	3	<0.40	<50	<30
fi (foot Infection)	0	No symptoms/signs of infection		
	1	Local infection involving only skin and subcutaneous tissue		
	2	Local infection involving deeper than skin/subcutaneous tissue		
	3	Systemic inflammatory response syndrome		