

Kardiální markery

Markery kardiovaskulárního onemocnění

Petr Breinek



BC_Kardiomarkery_N2011



Doporučení ČSKB



Česká společnost
klinické biochemie
Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

česky | [english](#)

ČSKB

50. let ČSKB
Výbor
Členská základna
Zápisy
Systém ocenění
Koncepce oboru
Regionální odborníci a konzultanti
Volby
Média o KB

Odborné akce

50 let historie odborných akcí
Akce ČSKB
Granty ČSKB
Archiv akcí ČSKB
Mezinárodní akce
Archiv mezinárodních akcí
Ostatní odborné akce

Vzdělávání

Atestace
Kurzy
Proběhlé kurzy
LabTestsOnline
Edukační zdroje

Časopisy

Časopisy v historii ČSKB
KBM
FONS

Doporučení

Kalendář

Stanoviska

Právní výklady
Odborná stanoviska

Spolupráce

Odborné společnosti
Profesní organizace
Mezinárodní instituce
Partneři

Sekce laborantů

50 let ČSKB a laboranti
Úvod
Výbor sekce
Biolaby

Kvalita

Kvalita a 50 let ČSKB
Akreditace laboratoří
Národní akreditační standardy

Legislativa

MZ ČR
Registrační listy
Pojišťovny

Odkazy

Nemocnice
Odborné společnosti
Zahraniční časopisy
Statistika, kvalita

Diskusní fórum

Doporučení České společnosti klinické biochemie ke stanovení biochemických markerů poškození myokardu (2008)

Jaké máme možnosti laboratorního stanovení?

- Nekrózy myokardu
 - cTnI, cTnT, CK-MB(mass)?, myoglobin?
- Funkční výkonnosti myokardu
 - BNP, NT-proBNP
- Rizika vývoje aterosklerózy
 - lipidy, lipoproteiny, homocystein, receptory LP?
- Systémového zánětu
 - CRP,
sérum amyloid A protein?, fibrinogen?,...

Dnes jsou do této skupiny přiřazeny i další markery:

- Sloužící k prognóze dalšího vývoje onemocnění a k predikci rizika (prevenci) vzniku AKS
- Rizikové faktory ICHS
- Zánětlivého procesu
- Nestability atherosklerotického plátu
- Aktivace trombocytů (ruptura plátu)

Myokard (srdeční sval)

- Permanentní kontraktilní aktivita zajišťující cirkulaci krve (transportní a distribuční funkce)
- Endokrinní žláza

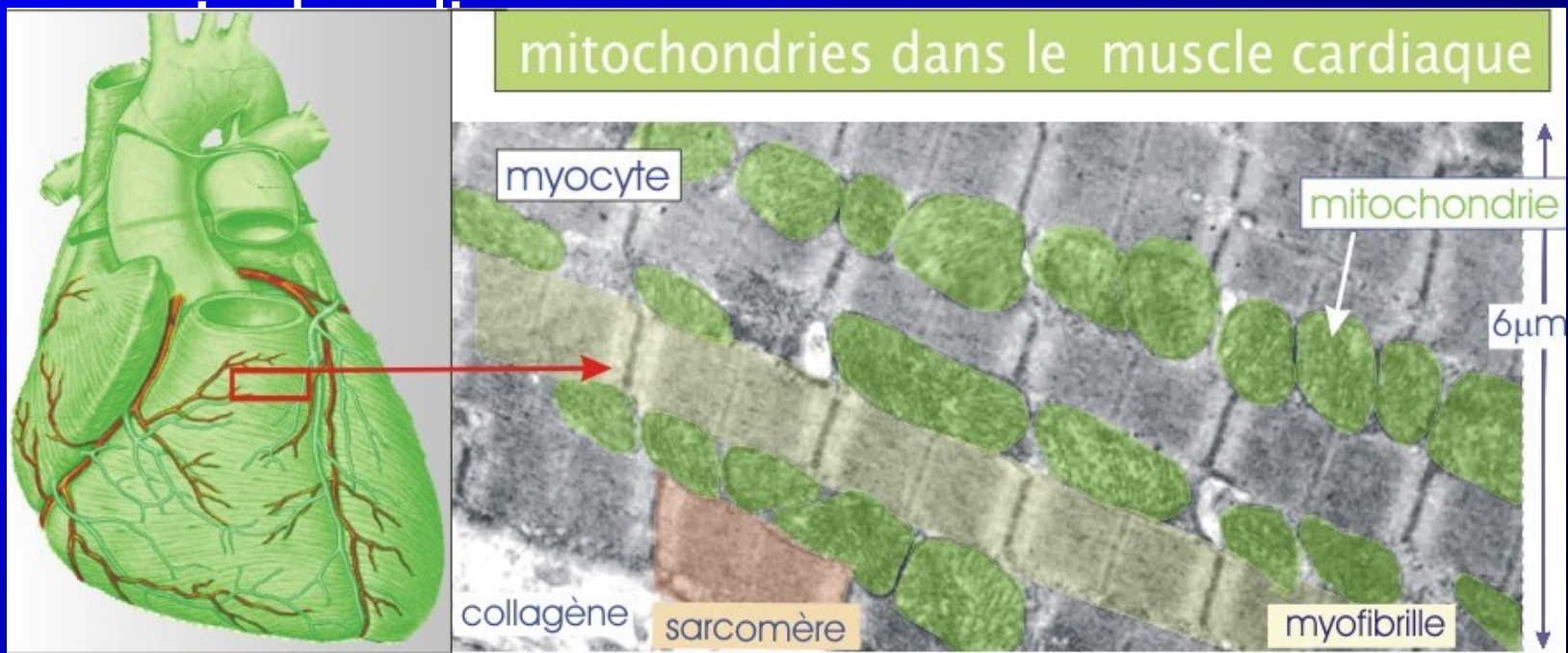
Srdce nás většinou nebolí, možná právě proto jsou srdeční choroby tak nebezpečné



Aerobní metabolismus

(35% objemu svalu zaujímají mitochondrie)

- Hlavní zdroj energie: volné mastné kyseliny
- Významný zdroj energie: glukóza, laktát
- V malém množství: ketolátky, pyruvát,



AKUTNÍ KORONÁRNÍ SYNDROM (AKS)

= komplex klinických symptomů, které se vyvíjejí při **akutní ischemii srdečního svalu**

Zahrnuje (nerozlišuje):

NESTABILNÍ ANGINU PECTORIS (NAP), která se projevuje nejčastěji až při zvýšené námaze

a

AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU (AIM), který je konečným důsledkem

Projevy ischemie myokardu

1. Změna mechanické aktivity myokardu

- poruchy kontraktility
- poruchy elektrické aktivity srdeční

2. Subjektivní příznaky onemocnění

- Bolest na hrudi (stenokardie)
- Dušnost, náhlé zpotení, neklid, úzkost

Poznámka: někdy chybí varovná bolest, projeví se pouze celkové příznaky (němý infarkt)

Nejčastější příčiny ICHS

- **Koronární ateroskleróza**

Dlouhodobý chorobný proces poškozující cévy ukládáním tuků do jejich stěny. Vytvářejí se tzv. aterosklerotické pláty. To vede k postupnému zužování průsvitu tepny, která se může úplně uzavřít.

To vede k ischemii a poruchám tkání a orgánů, které tepna vyživuje.

Dojde-li k úplnému uzávěru tepny (např. u AIM) – postižené tkáně většinou odumírají

Další příčiny ICHS

- koronární spasmy
- poruchy humorální regulace koronárního průtoku
- embolie do koronárního řečiště
- trombóza v koronární tepně bez aterosklerózy
- arteritidy (zánět)

Jaké jsou možnosti klinické
biochemie pro stanovení
srdeční ischemie a nekrózy?

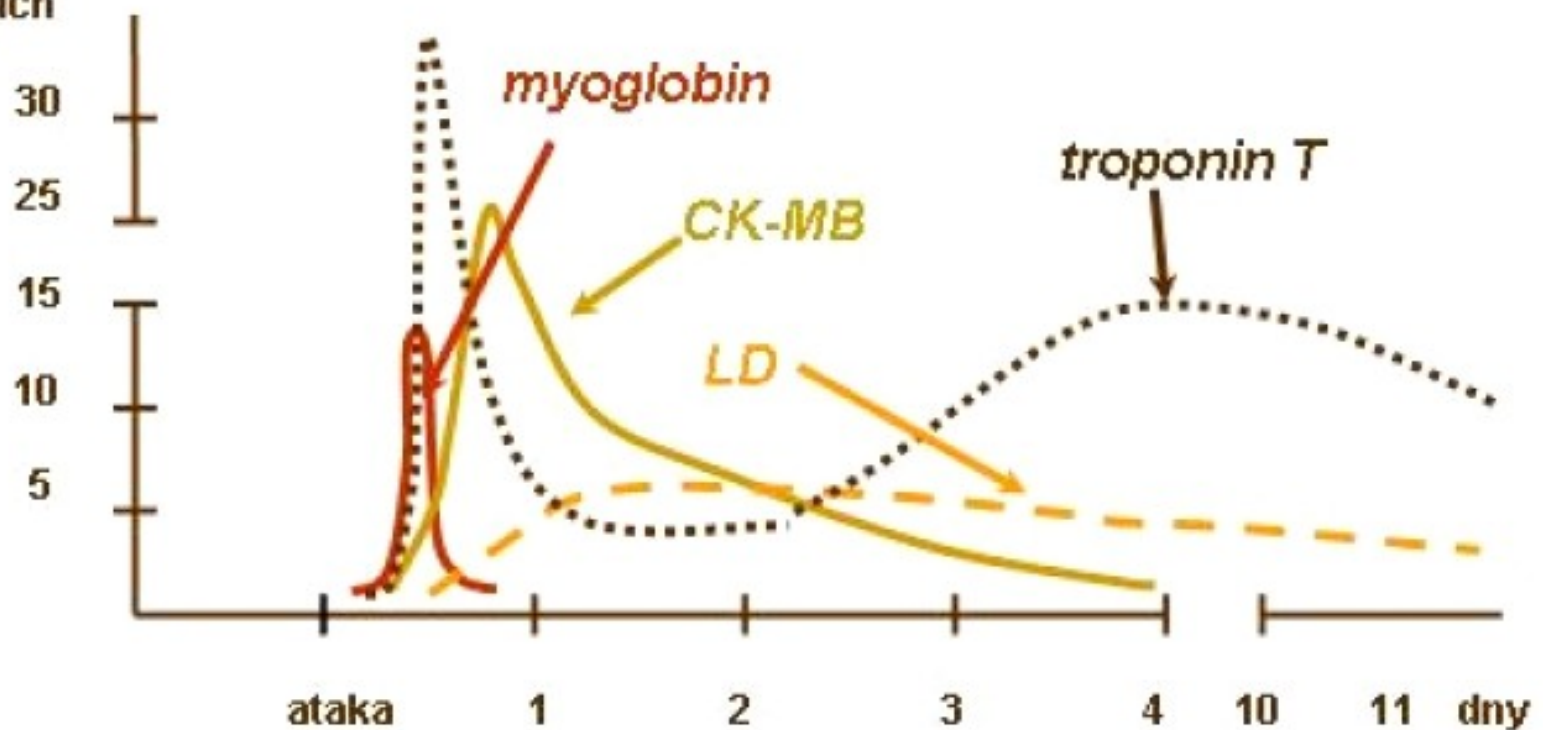
Historie: Enzymy a izoenzymy

Analyt	Počátek vzestupu (h)	Maximum (h)	Normalizace (d)	Násobek horní ref.meze v době maxima
AST (1955)	4-8	16-48	3-6	do 25
CK (1960)	3-6	16-36	3-5	do 25
LD (1956)	6-12	24-60	7-15	do 8
izoLD (1963)	6-12	30-72	10-20	

- Nezařazeny do dg.AIM
- Doporučené metody, srovnatelnost výsledků
- Nejsou pro myokard specifické

Kardiomarkery a AIM

násobek
normálních
hodnot



Koncentrace kardiomarkerů v plazmě

Izoenzymy LD

HYDRAGEL ISO CK/LD 15/30

sebia

16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30



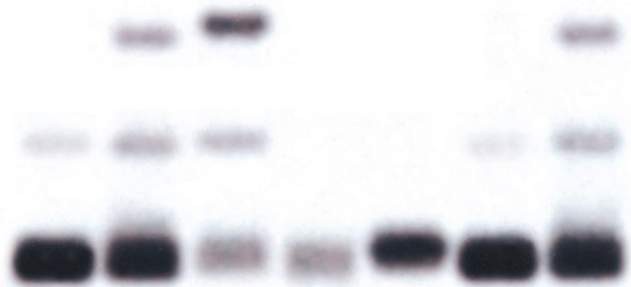
$L\text{-laktát} + \text{NAD}^+ \rightarrow \text{pyruvát} + \text{NADH} + \text{H}^+$

$\text{NADH} + \text{H}^+ + \text{tetrazoliová sůl} \rightarrow \text{NAD}^+ + \text{formazan}$

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15

Izoenzymy CK

HYDRAGEL 7 ISO CK/LD



1 2 3 4 5 6 7

sebia

Metody stanovení:

1. Imunochemické (ng/l)
CK-MB mass (hmotnostní koncentrace)
2. Stanovení aktivity ($\mu\text{kat/l}$)
3. Elektroforetické

CK-MB mass

Zvýšené hodnoty:

- onemocnění kosterního svalstva
- onemocnění srdečního svalu

AIM: zvýšení po 4-8h; maximum 16-36h; návrat 2-3d

Význam:

- náhradní alternativa; není k dispozici cTn (?)
- doporučuje se k detekci reinfarktu při $>$ cTn

Troponiny

- Bílkoviny, které jsou ve formě tzv. troponinového komplexu spolu s aktinem a tropomyosinem součástí tenkých svalových vláken
- Komplex je přítomen pouze v kosterním a srdečním svalu
- Tropomyosinový komplex se podílí na regulaci svalové kontrakce

Rozdělení troponinů

- **TnT**
váže troponinový komplex k **tropomyosinu**,
- **TnI**
moderátor **aktin**myosinové ATPázy
- **TnC**
vazebný protein pro **vápníkový ion**

Primární struktura troponinu z kosterního svalu a myokardu je různá,

je splněn požadavek na kardiospecifickou metodu

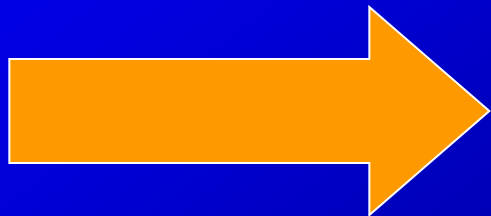
srdeční troponiny:

cTnI a cTnT

c=cardiac

Různé molekulární formy cTn a problém výběru vhodných epitopů

- Volné formy (3-8%) – komplexy (bi- a ternární)
- oxidované, redukované a fosforylované formy
- fragmenty, konformační změny

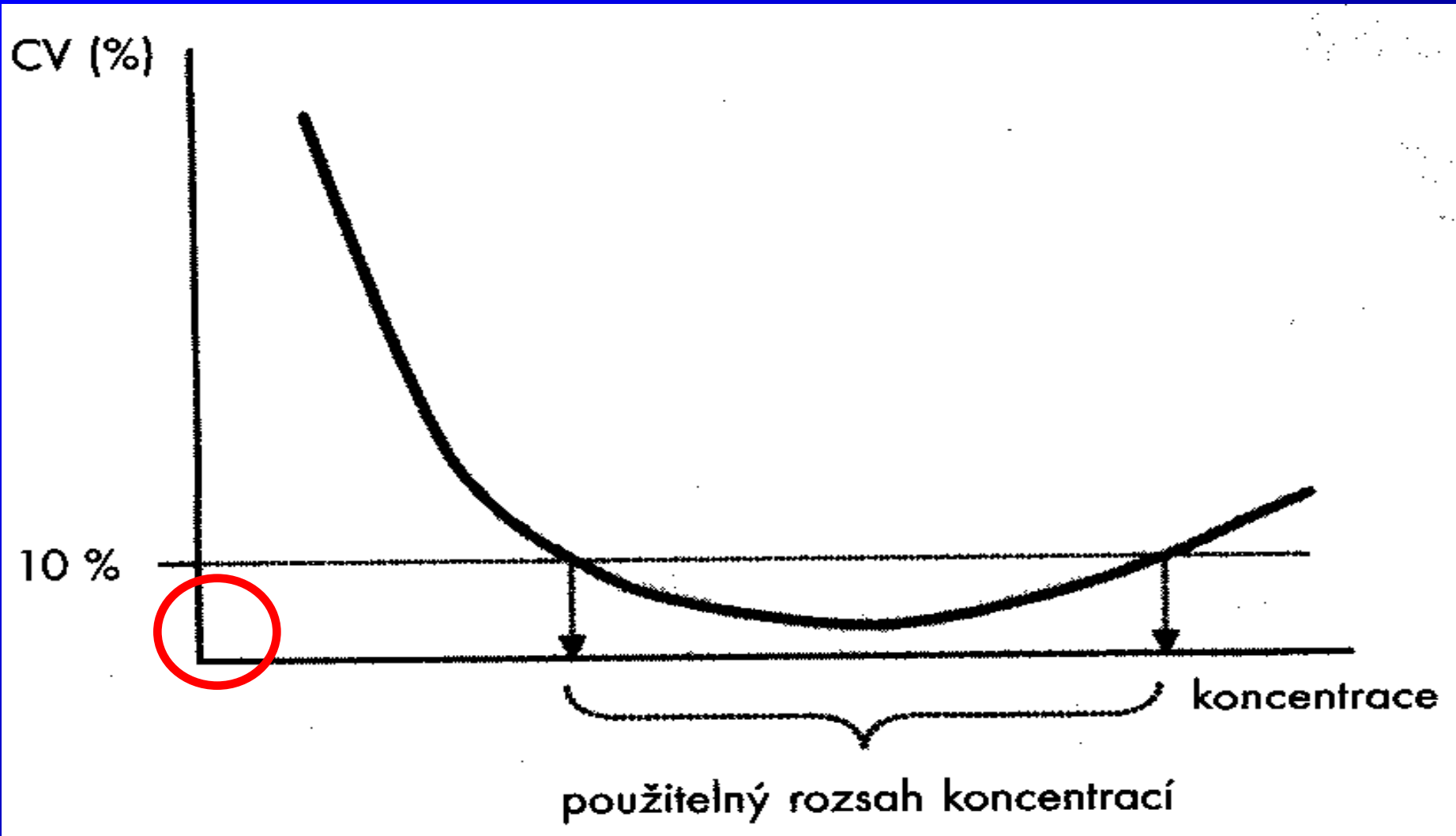


změny v imunoreaktivitě

Doporučení k laboratorní diagnostice AKS

- Používání jediné hodnoty rozhodovacího limitu (cut-off) cTnI nebo cTnT
- 99. percentil referenční („zdravé“) populace
- Požadování hodnoty přesnosti měření:
CV < 10%

Přesnost metody není stejná v celém rozsahu měřených hodnot



Srdeční troponiny a realita

- Pro měření cTnI je k dispozici NIST-CRM 2921
- Soupravy na stanovení cTnI zatím nejsou mezi sebou harmonizovány ~ úkol pro výrobce
- Z toho vyplývá **nesrovnatelnost výsledků** a velká závislost na použité metodě

Příčiny nesrovnatelnosti výsledků

- Nedostatečná definice analytu
- Heterogenní směs
- Rozdílné protilátky

(výrobci diagnostik používají různé dvojice/trojice záchytných protilátek)

Doporučené odběry krve

- Při přijetí
- Za 6 – 9 hodin
- eventuálně za 12 – 24 hodin (pokud předchozí hodnoty byly pod cut-off hodnotou a stále existuje klinické podezření na AIM)

D.Rajdl et al., LA, 02/11

Zvýšená koncentrace srdečního troponinu ještě **neznamená infarkt myokardu,**

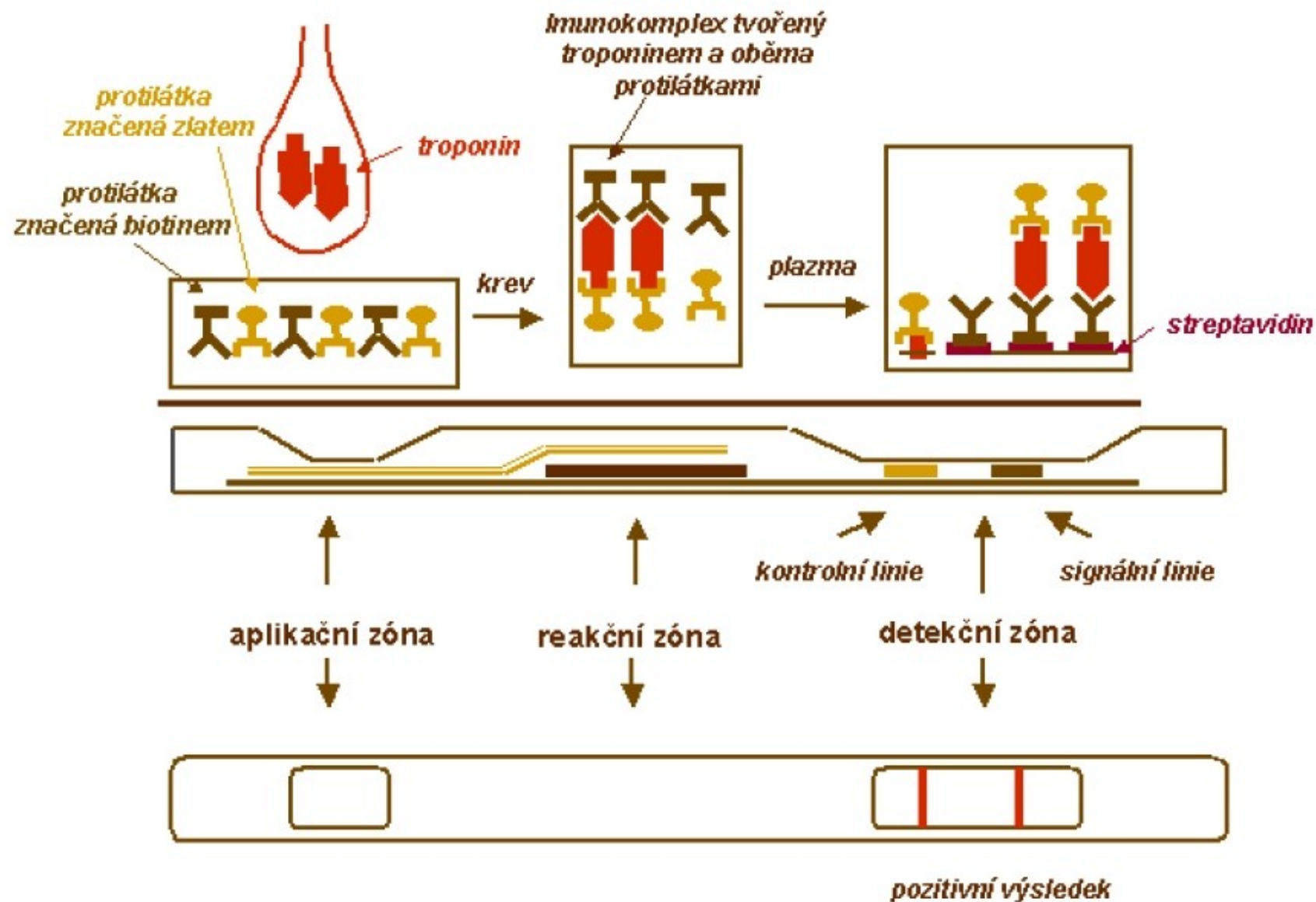
kromě ischemické nekrózy existuje možnost **neischemického** a **iatrogenního** poškození myokardu

Hranice pro odlišení reverzibilních a nevratných (nekróza) změn v myokardu není zcela jasná

Metody stanovení

1. **Referenční metoda:** není k dispozici
CRM: NIST-CRM 2921 (cTnI)
2. **Rutinní metody:** **Imunoanalytické**
 - luminometrická detekce
(LIA, ILMA, CMIA, ECLIA)
 - fluorometrická detekce
(MEIA, FPIA)

cTnT „rychlý test“



MYOGLOBIN

- Hemoprotein ($M_r=17\,800,153$ AK) vyskytuje se především v cytoplazmě kosterních svalů a srdečního svalu
- Funkce: přenos a vazba kyslíku
- Vylučován GF
- Biologický poločas v plazmě 10-20 min
- Myoglobin z kosterního, srdečního i hladkého svalu se navzájem neliší

- zvýšení koncentrace myoglobinu v krvi je nespecifické

infarkt myokardu: zvýšení 0,5-2h

maximum 6-12h

návrat 12-48h

(doporučuje se k detekci reinfarktu myokardu)

Klinický význam

- Poškození kosterního svalstva
(fyzická námaha, dušnost, křeče, i.m.injekce, aj.)
- Zvýšená koncentrace u nemocných s renální insuficiencí
- Onemocnění srdečního svalu
Falešně negativní výsledky:
vyšetření mimo diagnostický interval (2-12 h)
u malých AIM (non-Q)

Využívá se jako kardiomarker s nízkou specifitou, *ale s vysokou negativní prediktivní hodnotou tohoto stanovení* (vyloučení akutní koronární léze při negativním výsledku vyšetření)

1h (40%) 3h(90%) 4h(96%)

Biochemické funkční markery

Natriuretické peptidy (NP)

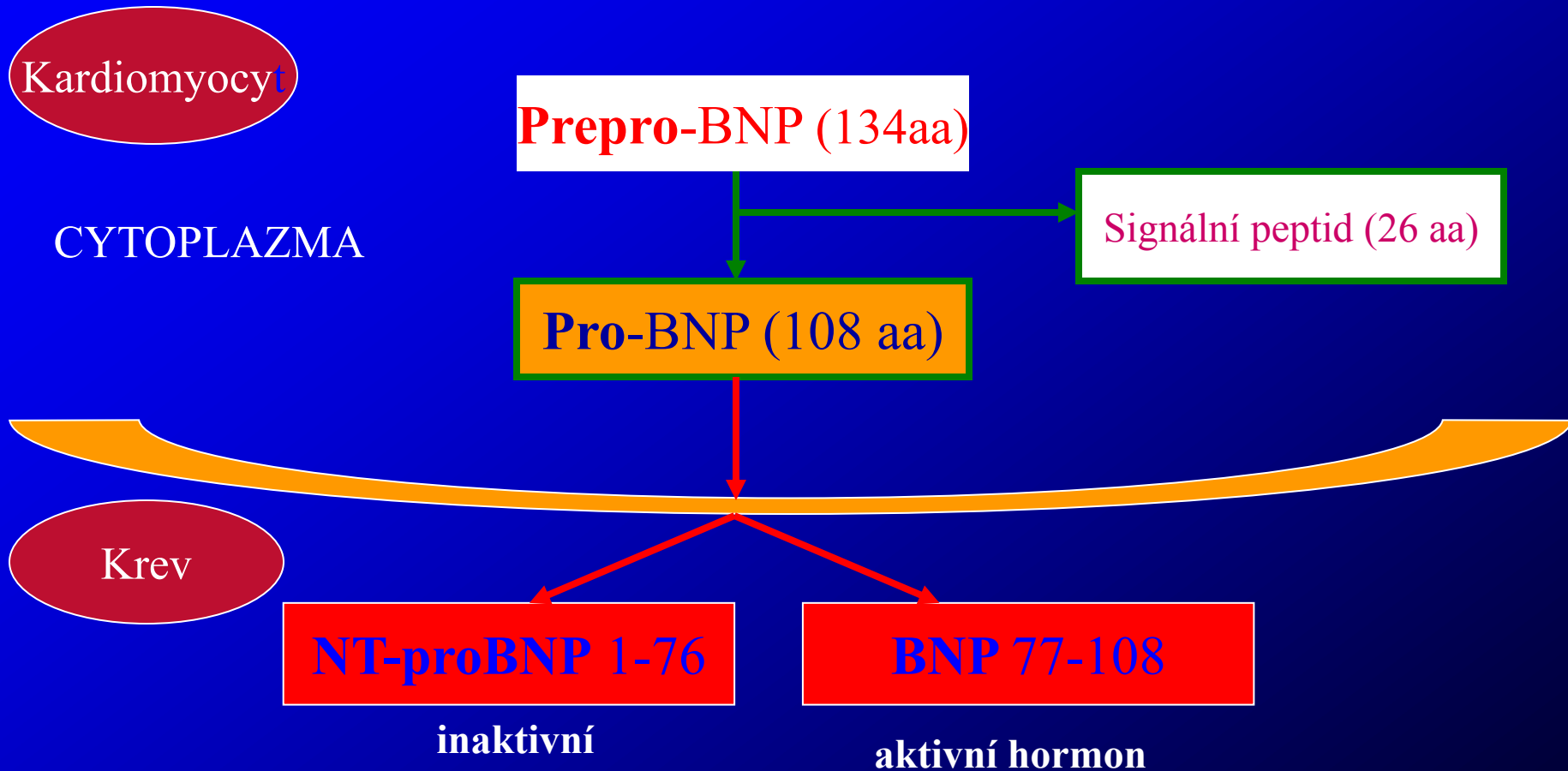
Místa vzniku a příčiny

- Svalovina srdečních komor na síni
- Reakce na objemové přetížení srdce:
→ podpora diurézy a natriurézy (protiklad účinku systému renin-angiotenzin-aldosteron)

Rozdělení NP

- ANP
- **BNP**
- CNP
- DNP
- VNP
- Urodilatin

Syntéza a sekrece BNP



Klinický význam

- Stanovení/vyloučení diagnózy srdečního selhání (ASS)
- Diferenciální diagnostika dušnosti
- Diagnostika objemové nebo tlakové zátěže myokardu (bolest na hrudi)
- Odhad prognózy a stratifikace rizika u nemocných se SS u AKS
- Monitorování efektu terapie SS

Metody stanovení

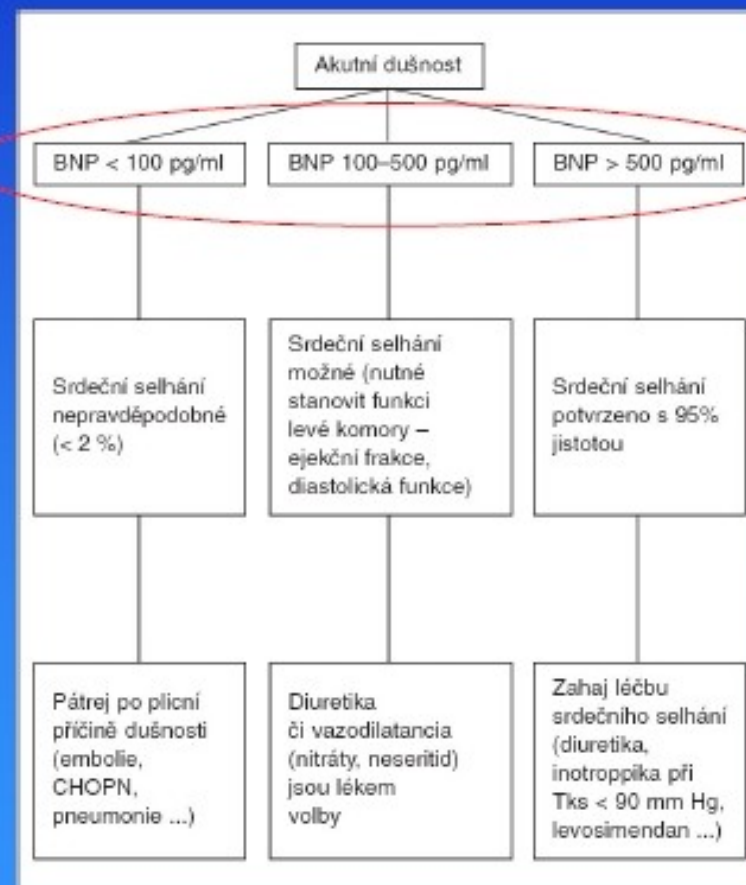
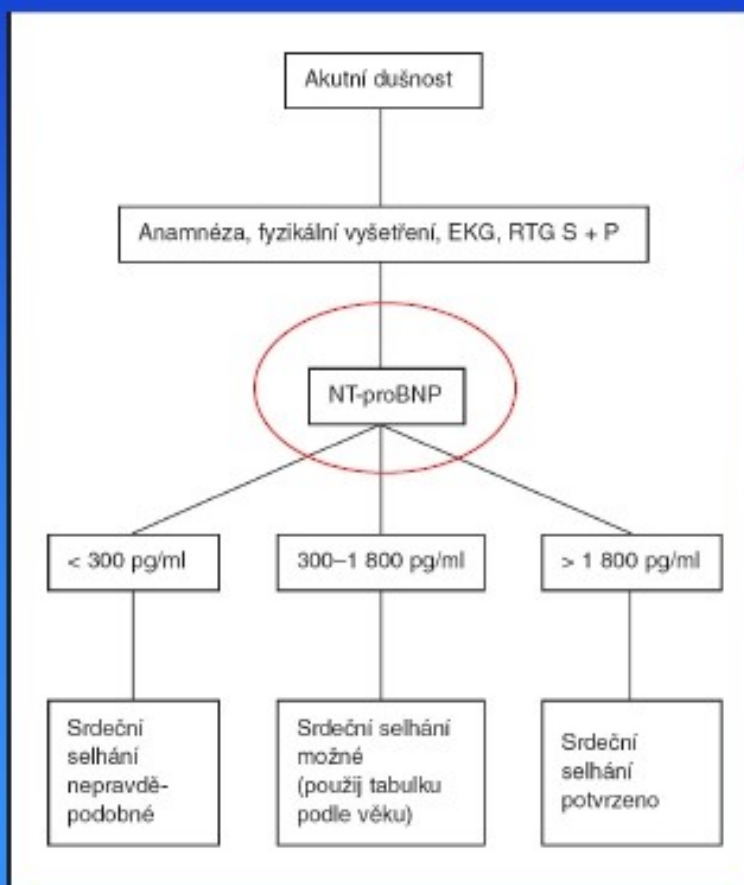
1. **Referenční metoda** – není k dispozici
CRM – není k dispozici
2. **Rutinní metody**
Imunoanalytické
 - luminometrická detekce (LIA, ILMA, CMIA, ECLIA)
 - fluorometrická detekce (MEIA, FPIA)

Doporučení pro diagnostiku a léčbu akutního srdečního selhání

Jindřich Špinar, Petr Janský*, Jiří Kettner**, Ivan Málek**

Interní-kardiologická klinika, Fakultní nemocnice Brno-Bohunice, Brno, *Kardiologická klinika, Fakultní nemocnice Motol,

**Klinika kardiologie, Institut klinické a experimentální medicíny, Praha, Česká republika



Příznaky CHSS

- **ÚNAVA A NEVÝKONNOST**

■ snížená dodávka krve, kyslíku a živin (metabolizujícím tkáním)

- **DUŠNOST**
(městnání krve v

Často u starší populace podceňovány, posuzovány „jako následek věku“ nebo přisuzovány jiným onemocněním

- **Periferní OTOKY**
(městnání krve na periferiích, zejména v oblasti kotníků)

Pomocná vyšetření:

- **ECHOKARDIOGRAFIE** s doplerovským vyšetřením
- **RTG srdce a plic**
- Pravostranná srdeční **KATETRIZACE** (zlatý standard s hodnocením plnicích tlaků levé komory)
- Klidové **EKG**
- Selektivní **KORONAROGRAFIE**
- **RADIOLOGICKÉ** vyšetření (radionuklidová angiografie)

**Vyšetření jsou obtížně dostupná
a spojená s vysokými náklady**

- **LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ** NP a NT-proBNP

Novější markery

1. Markery tvorby aterosklerotických plátů
2. Markery systémového zánětu
3. Markery destabilizace aterosklerotických plátů
4. Markery nenekrotické ischemie
5. Markery nekrózy myokardu
6. Markery funkční výkonnosti myokardu
7. Markery hemokoagulační aktivity
8. Markery fibrinolytické aktivity

C-reaktivní protein (CRP)

- **Protein akutní fáze zánětu** (marker zánětu)
(Cyklický pentamér $M_r=118$ kDa)
- Název: schopnost precipitovat C-polysacharid pneumokoků
- **Syntéza:** v játrech vyvolaná zánětlivými cytokiny, zejména IL-6, méně v endotelu a jiných buňkách
- **Vzrůst:** 6-10 h po začátku zánětu, vrchol za 1-3 dny, zvýšení (až 500x) přetrvává 1 týden i více
- U pacientů s AKS má prognostický význam

Klinický význam

- Marker zánětu
- Rozlišení bakteriálního a virového původu zánětu → napomáhá lékařům v terapeutickém rozhodování o nasazení antibiotické léčby
- Monitorování průběhu bakteriální infekce a efektu terapie

- Stanovení rizika rozvoje aterosklerotického procesu

< 1 mg/l	malé
1-3 mg/l	
> 3 mg/l	vysoké

Metody stanovení

1. Referenční metoda: není k dispozici
CRM: ERM-DA472/IFCC (2009)

2. Rutinní metody: **imunoanalytické**

Imunoturbidimetrie

Latexová imunoturbidimetrie

Zesílení imunoturbidimetrie pomocí částic

Zesílení imunonefelometrie pomocí částic

Chemiluminiscence

ELISA