

51 Kongres *American College of Cardiology*
Atlanta, 17–19 marca 2002 roku

Back to life, czyli powrót do normalności

Maciej Lesiak

W dniach 17–19 marca br. w Atlancie odbył się coroczny kongres Amerykańskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Zarówno na lotniskach, jak i w centrum kongresowym wrzało, co świadczy o tym, że Ameryka wraca do normalności po tragedii z września 2001 roku. W związku z kongresem do Atlanty przybyło blisko trzydzieści tysięcy osób z całego świata. Wszyscy pomieścili się w jednym olbrzymim *Convention Centre*, w którym — jak to w Ameryce — można się było pogubić.

Wiodące tematy kardiologii interwencyjnej to stenty pokrywane lekami, interwencje w ostrych zespołach wieńcowych, a także szeroko rozumiana farmakoterapia jako zabezpieczenie zabiegu oraz prewencja kolejnych epizodów wieńcowych.

Usłyszeliśmy dobre i złe nowiny dotyczące stentów pokrywanych. Te dobre dotyczyły stentu Cypher™ (Cordis), pokrywanego rapamycyną. Obserwacje chorych z takimi stentami sięgają już dwóch lat. Roczne podsumowanie badania RAVEL przedstawił J. Fajadet. Nadal brak restenozy i późnej utraty światła (*late loss*), nie stwierdzono też restenozy brzeżnej. Tak samo dobre wyniki stwierdza się u chorych na cukrzycę, w przypadku małych, średnich oraz dużych naczyń. W żadnym przypadku nie zaistniała konieczność kolejnej interwencji. Po 12 miesiącach przeżycie bez zdarzeń wieńcowych w grupie pacjentów ze stentami pokrywanymi wyniosło 94,2%, w porównaniu z 71,2% w grupie kontrolnej. Dwa

zgon, które wystąpiły w grupie badanej, nie miały związku z użyciem stentu. Restenozę stwierdzono w grupie kontrolnej w 26% i nie wystąpiła ona u nikogo ze stentem pokrywanym. Co ważne, Cypher™ prawdopodobnie nie opóźnia endotelializacji. Mimo że klopidogrel stosowano tylko przez dwa miesiące po zabiegu, nie stwierdzono ani jednej zakrzepicy w stencie. Sousa przedstawił dwuletnie obserwacje badania FIM. W naczyniach ze stentem pokrytym rapamycyną o wolnym uwalnianiu (obecnie tylko takie są produkowane i badane) nadal zupełnie brak utraty światła (*late loss*: -0,09 mm), w porównaniu z wyraźnym ubytkiem w grupie stentów o szybkim uwalnianiu leku (*late loss*: 0,32 mm). Dobre wieści są także efektem badań nad stentami pokrywanymi paklitakselem. Kolejne badania: TAXUS, ASPECT oraz ELUTES, potwierdzają ich bezpieczeństwo i skuteczność. Jest to bardzo pocieszające, ponieważ, jak pamiętamy, pierwsze badanie z paklitakselem — SCORE (duża dawka szybko uwalnianego leku) — wykazało niedopuszczalnie dużą częstość zakrzepicy w stencie, wynoszącą 9%. Choć wszystkie badania nad stentami pokrywanymi charakteryzują się małą liczebnością badanych grup, ich wyniki są tak wymowne, że można w odniesieniu do nich zacytować E. Topola, że nie zawsze potrzeba badania z 10 000 pacjentów, by można mówić o przełomie. Niestety, nie wszystkie substancje pokrywające stenty okazały się korzystne. Minął rok od pierwszych implantacji sten-

tów pokrywanych aktynomycyną D. Zaskakujące wyniki badania ACTION doprowadziły do wstrzymania badań nad tym lekiem. Wśród pacjentów, którym wszczepiono stenty z aktynomycyną D, stwierdzono większą częstość zawałów (*non-Q*) już po 30 dniach, zdarzenia późne — jeden zgon w 44 dobie i zawał Q po 120 dniach oraz przypadki restenozy po 6 miesiącach (także restenozy brzeżnej). Nie tylko leki cytostatyczne okazują się skuteczne w zwalczaniu restenozy. Wyniki badania STRIDE, w którym stosowano stenty *BiodivYsio* pokrywane kortykosteroidem (dek-sametazonem), wykazały istotną redukcję restenozy (13,3% po 6 miesiącach). Szczególnie dobry efekt uzyskano w grupie chorych z niestabilną dławicą piersiową. Badanie COAST wykazało natomiast brak przewagi stentów heparynizowanych (Jostent Flex™) nad stentami niepokrywanymi w leczeniu zwężeń w małych naczyniach. Oba stenty nie różniły się istotnie, zarówno pod względem skuteczności, powikłań, jak i restenozy po 6 miesiącach. Co więcej, przeżycie bez incydentów wieńcowych po 30 i 250 dniach nie różniło się w obu grupach stentowych, jak również w obu grupach stentowych w porównaniu z grupą PTCA bez stentu!

Pisząc o stentach, należy wspomnieć o innych ważnych badaniach dotyczących stentów pokrywanych. Badanie TRENDS to kolejne porównanie stentowania bezpośredniego ze stentowaniem po predylatacji. Ocenie poddano stenty Multilink Tetra™ firmy Guidant.

W 46 ośrodkach europejskich wybrano losowo 1000 pacjentów. Oceniane stenty doskonale nadają się do implantacji bezpośredniej. W grupie 541 chorych przydzielonych do bezpośredniego stosowania predylatacja była konieczna tylko u 5,8% chorych. Metoda ta wiązała się z podobną częstością powikłań w ciągu 30 dni, jaka występuje w przypadku stentowania z predylatacją. Zadziwiająco obie metody nie różniły się pod względem czasu trwania zabiegu, czasu fluoroskopii, ilości kontrastu i kosztów. Wynika to prawdopodobnie z częściej postdylatacji w tym badaniu. Antonio Colombo przedstawił wyniki badania AMIGO. Porównano w nim klasyczne stentowanie ze stentowaniem poprzedzonym aterektomią kierunkową (DCA). W 6 ośrodkach europejskich randomizowano 753 pacjentów. Obie metody nie różniły się istotnie pod względem skuteczności i powikłań. Dotyczyło to także restenozy, która w grupie DCA + stent wyniosła 24,1%, a w grupie bez DCA 19,6%. Trzeba przy tym zaznaczyć, że Colombo odniósł się bardzo krytycznie do tych wyników. Zauważył bowiem, że tam, gdzie wynik aterektomii był optymalny (zwężenie rezydualne < 20%), częstość restenozy po implantacji stentu była bardzo mała (16%). Jeśli zaś operator pozostawił większe zwężenie rezydualne, częstość restenozy przekraczała 30%. Zatem aterektomia przed stentowaniem ma sens pod warunkiem, że aterektom usunie większą część blaszki. W badaniu ISAR-STereo-2 porównano wpływ grubości przeseł stentu na wyniki odległe stentowania. Okazało się, że użycie stentów o przesełach 50 μm (Multilink) wiąże się z istotnie mniejszym odsetkiem restenozy (17,9%) niż stentów o przesełach 140 μm (Bx Velocity) — 31,4%.

Są już wyniki kolejnego badania potwierdzającego skuteczność strategii inwazyjnej w leczeniu ostrego zawału serca. Duńskie badanie DANAMI-2 wykazało, że jeśli czas transportu chorego nie przekracza 3 godzin, to pacjent odniesie korzyść z leczenia inwazyjnego w porównaniu z natych-

miastową fibrynolizą. W badaniu wzięły udział 22 ośrodki. Ponad 1500 chorych w pierwszych 12 godzinach zawału serca z uniesieniem odcinka ST przydzielono losowo do leczenia 100 mg tPA (przyspieszone podanie) lub do transportu do ośrodków interwencyjnych (położonych w odległości 56–153 km). Chorych randomizowano do obu strategii także w ośrodkach posiadających możliwość interwencji (5 ośrodków). Bez wcześniejszego stosowania fibrynolityków wykonano 97,5% zabiegów, u 93% pacjentów leczonych inwazyjnie stosowano stenty, a przepływ TIMI 3 uzyskano u 89%. Łącznie podstawowe kryterium oceny (zgon, dorzut zawału, udar mózgu w ciągu 30 dni) obserwowano u 8% pacjentów z grupy PCI i 13,7% z grupy fibrynolizy ($p = 0,0003$). Przewaga strategii inwazyjnej była tak samo wyraźna dla chorych kierowanych zarówno z ośrodków peryferyjnych (względna redukcja ryzyka o 40%), jak i centrów inwazyjnych (względna redukcja ryzyka o 45%). Choć liczbą zgonów nie różniła się istotnie w obu grupach (6,6% w grupie PCI vs. 7,6% w grupie fibrynolizy), różnica ta sugeruje, że jeśliby leczyć 100 chorych metodą PCI, to należy się spodziewać uratowania jednego życia więcej. Myślę, że najważniejszym przesłaniem tej analizy jest fakt, że odroczenie zabiegu nawet o 3 godziny jest nadal korzystniejsze dla pacjenta niż natychmiastowa tromboliza, i to doskonałym lekiem, bądź co bądź nadal niedostępnym dla większości chorych w naszym kraju.

W czasie zjazdu wiele mówiono na temat farmakoterapii. Przedstawiono między innymi kolejne analizy podgrup z badania CURE. Potwierdziła się skuteczność klopidogrelu w ostrych zespołach wieńcowych zarówno u chorych leczonych zachowawczo, jak i inwazyjnie (względna redukcja ryzyka zgonu lub zawału wyniosła 31%). Wyższa skuteczność leku nad placebo udowodniono także u chorych z cukrzycą, z przebyłym zawałem serca, po rewaskularyzacji chirurgicznej, bez względu na wiek, płeć, obecność

zmian w EKG, czy też podwyższonych stężeń troponin. W przedstawionych nowych wytycznych ACC/AHA klopidogrel włączono jako rutynowy środek w leczeniu ostrych zespołów wieńcowych (klasa I) w połączeniu z kwasem acetylosalicylowym, heparyną drobnocząsteczkową i blokerami receptora płytkowego IIb/IIIa. E. Topol podsumował obecną wiedzę na temat tych ostatnich leków. W Stanach Zjednoczonych ponad 66% interwencji wieńcowych wykonuje się przy zabezpieczeniu blokerami IIb/IIIa. Metaanaliza siedmiu randomizowanych badań oceniających rolę „superaspiryn” w PCI wykazała przewagę tych leków nad placebo (wystąpienie zgonu lub zawału w ciągu 30 dni) o niespotykanej istotności statystycznej ($p < < 0,000000000000001$)! Uzasadnione jest stosowanie abciximabu w przypadku interwencji w zawale serca, natomiast umocniła się pozycja tirofibanu u chorych z cukrzycą. Nadal brak badań porównujących oba leki z eptifibatidem.

Werze szalonego postępu i rozwoju kardiologii jako nauki nie sposób przecenić roli wymiany informacji i szerzenia wiedzy poza granicami państw i kontynentów. Dlatego z uznaniem odebrałem przesłanie prezydenta ACC jako apel o humanizację lub raczej rehumanizację nauk medycznych. P. Zipes, odwołując się do tradycyjnej roli lekarza — uzdrowiciela, przypomniał istotę powołania, które powinno być motorem lekarskiej działalności. Nie tytuł, umiejętności czy kontrakt, lecz chęć niesienia pomocy cierpiącym jest istotą naszego zawodu. Zaufanie chorego jest cenniejszą gratyfikacją niż zapłata za usługę. W naszych gabinetach spotykamy ludzi obnażonych nie tylko fizycznie, ale także emocjonalnie i duchowo. Daje to nam specyficzną przewagę i jednocześnie rodzi szaloną odpowiedzialność za losy nagiego i bezbronnego człowieka.

*Pracownia Hemodynamiki
i Klinika Kardiologii AM,
Poznań*