

Co jest najlepsze dla chorego ze STEMI w drodze do pierwotnej angioplastyki wieńcowej?

prof. dr hab. n. med. Grzegorz Opolski

I Katedra i Klinika Kardiologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa



Odpowiedź wydaje się prosta — wszystko to, co przyczyni się do jak najszybszego przywrócenia przepływu w zamkniętej tętnicy dożawałowej. Potwierdzają to również wyniki komentowanego przeze mnie badania EUROTRANSFER [1].

Rejestr EUROTRANSFER to jedno z największych i dobrze zaprojektowanych badań obserwacyjnych, oceniających skuteczność i bezpieczeństwo

wczesnego podania abciximabu u chorych z ostrym zawałem serca z uniesieniem odcinka ST (STEMI), kierowanych na zabieg pierwotnej angioplastyki wieńcowej (PCI). Nic dziwnego, że badanie doczekało się wielu publikacji i komentarzy w najlepszych czasopismach kardiologicznych [2]. Ostatni raz gościło na łamach „Kardiologii Polskiej” przed 2 laty [3].

Zasadniczym celem komentowanego artykułu była ocena znaczenia wczesnej drożności tętnicy dożawałowej (napływ TIMI 2 lub 3) u pacjentów ze STEMI leczonych abciximabem przed transportem do pracowni hemodynamiki. Autorzy wykazali, że wczesna rekanalizacja tętnicy dożawałowej po wstępnej farmakoterapii u pacjentów ze STEMI leczonych za pomocą PCI wiąże się z mniejszą śmiertelnością w obserwacji rocznej. U chorych z drożną tętnicą dożawałową w wyjściowej angiografii częściej obserwowano rezolucję odcinka ST > 50% w badaniu EKG oraz przepływ TIMI 3 po zabiegu PCI w porównaniu z chorymi z zamkniętą tętnicą dożawałową. Takiego wyniku należało się spodziewać. Nie ma bowiem wątpliwości, że zabieg angioplastyki wieńcowej u pacjenta z drożną tętnicą wieńcową jest bardziej skuteczny zarówno doraźnie, jak i w obserwacji odległej w porównaniu z wyjściowo zamkniętą tętnicą wieńcową. Dlatego też zrozumiałe jest usilne poszukiwanie metod farmakologicznych mających na celu zwiększenie odsetka udrożnionych tętnic dożawałowych przed zabiegiem PCI. Jednym z takich rozwiązań miała być torowana PCI.

Niestety wyniki dotychczasowych badań randomizowanych porównujących różne opcje torowanej PCI (pełna dawka fibrynolityku, połowa jego dawki wraz z inhibitorem GP IIb/IIIa lub tylko inhibitor GP IIb/IIIa) nie wykazały przewagi klinicznej którejkolwiek z powyższych strategii postępowania nad pierwotną PCI. Mimo że odsetek drożnych tętnic wieńcowych przed zabiegiem PCI był wyższy przy zastosowaniu leczenia fibrynolitycznego, to nie odnotowano zmniejszenia śmiertelności, przy zwiększeniu ryzyka istotnych powikłań krwotocznych. Ponadto odsetek drożnych naczyń przed zabiegiem PCI u chorych leczonych jedynie abciximabem lub tirofibanem nie był wyższy

niż w grupie placebo. Uważa się, że w znacznym stopniu związane to było z faktem, że leki te były podawane po wcześniejszym zastosowaniu dawki nasycającej 600 mg kłopidogrelu. W aktualnych wytycznych ułatwiona (torowana) PCI nie jest rekomendowana jako postępowanie rutynowe. Antagoniści GP IIb/IIIa powinni być stosowani jedynie w ramach leczenia ratunkowego w sytuacjach awaryjnych (skrzeplina, wolny przepływ, zamknięte naczynie, złożona morfologia zmiany) [4, 5].

Czy to znaczy, że torowana angioplastyka wieńcowa ma tylko wartość historyczną? Nie sądzę. Biorąc pod uwagę wyniki pracy Rakowskiego i wsp. [1], koncepcja poszukiwania skutecznej i bezpiecznej farmakoterapii wspomagającej przyszłą interwencję mechaniczną jest słuszna. W pewnym sensie podawanie w okresie przedszpitalnym nasycającej dawki kwasu acetylosalicylowego i kłopidogrelu, stanowiących terapię wspomagającą interwencję, można traktować jako uproszczoną formę „torowanej angioplastyki”.

Dalsza poprawa wyników leczenia STEMI zależy przede wszystkim od poprawy skuteczności postępowania w okresie przedszpitalnym. Skrócenie czasu od początku bólu zawałowego do reperfuzji wieńcowej, zastosowanie farmakoterapii wspomagającej reperfuzję mechaniczną (w tym określenie miejsca nowych leków przeciwplatek), fibrynoliza przedszpitalna i wspomaganie hemodynamiczne w wybranych przypadkach to wyzwania, które stoją nie tylko przed środowiskiem kardiologicznym.

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Piśmiennictwo

1. Rakowski T, Siudak Z, Dziewierz A et al. Impact of infarct related artery patency after early abciximab administration on one-year mortality in patients with ST-segment elevation myocardial infarction (data from the EUROTRANSFER Registry). *Kardiol Pol*, 2012; 70: 215–221.
2. Dudek D, Siudak Z, Janzon M et al. European registry on patients with ST-elevation myocardial infarction transferred for mechanical reperfusion with a special focus on early administration of abciximab — EUROTRANSFER Registry. *Am Heart J*, 2008; 156: 1147–1154.
3. Siudak Z, Rakowski T, Dziewierz A et al. Early abciximab use in ST-elevation myocardial infarction treated with primary percutaneous coronary intervention improves long-term outcome. Data from EUROTRANSFER Registry. *Kardiol Pol*, 2010; 68: 539–543.
4. Van de Werf F, Bax J, Betriu A et al. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation: the Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*, 2008; 29: 2909–2945.
5. Wijns W, Kolh P, Danchin N et al. Task force on myocardial revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS); European Association for Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI). *Eur Heart J*, 2010; 31: 2051–2555.