

Stratyfikacja ryzyka wśród chorych z ostrym zespołem wieńcowym bez uniesienia odcinka ST — w poszukiwaniu optymalnego modelu

prof. dr hab. n. med. Krzysztof J. Filipiak, FESC

I Katedra i Klinika Kardiologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa



Porównanie różnych skal stratyfikacji ryzyka wśród chorych z ostrymi zespołami wieńcowymi (OZW) stało się ostatnio modne. Tureccy Autorzy prezentowanej pracy wykonują taki manewr w grupie kolejnych 154 pacjentów, tym razem badając jednak zdolność prognostyczną poszczególnych skal (m.in.: systemy stratyfikacji ACC/AHA, skale

TIMI, GUSTO, GRACE, PURSUIT) do szacowania ryzyka choroby trójnaczyńowej oraz zmiany angiograficznej odpowiedzialnej za incydent wieńcowy (culprit lesion) [1]. Oceniając wartości ROC, chorobę trójnaczyńową najlepiej przepowiadała skala TIMI (skala Antmana, ROC = 0,71), a tuż za nią *ex aequo* skala GRACE oraz system stratyfikacji ACC/AHA (ROC = 0,68). W konkurencji detekcji zmiany angiograficznej odpowiedzialnej za incydent medali nie przyznano (żaden z badanych systemów klasyfikacji nie wykazał satysfakcjonującej zdolności predykcyjnej), warto jednak pamiętać, że badana populacja była dość mała i tylko połowa chorych to pacjenci z zawałem serca bez przetrwałego uniesienia odcinka ST (NSTEMI).

Osobiście cieszę mnie taką „kolejnością miejsc medalowych” porównywanych skal ryzyka. Jak zwykle na placu boju pozostają skale amerykańskie — TIMI oraz preferowana przez Europejczyków skala GRACE. Tak się składa, że porównując prospektywnie roczną wartość predykcyjną 5 skal w przewidywaniu zgonu 931-osobowej grupy pacjentów ze wszystkimi typami OZW (1/3 chorych z NSTEMI), również największe wartości ROC (0,84) odnotowaliśmy dla skali TIMI (skala Morrowa-Antmana) i skali GRACE [2]. Wydaje się zatem, że dla wielu różnych punktów końcowej obserwacji, zarówno krótkofalowych (obecność choroby trójnaczyńowej w badaniu angiograficznym), jak i długofalowych (śmiertelność roczna), skale TIMI i skala GRACE są aktualnie referencyjne. Pamiętając, że Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne zaleca preferowanie skali GRACE, skupmy się już tylko na tym narzędziu stratyfikacyjnym.

Konkluzja pracy Autorów wskazuje na poziom odcięcia > 119 punktów GRACE dla predykcji choroby trójnaczyńowej. Patrząc tylko przez pryzmat skali GRACE i zapominając na chwilę o innych cechach określających wysokie ryzyko, chory > 140 punktów GRACE wymaga zawsze zastosowania wczesnej (< 24 h) strategii inwazyjnej, chorzy w przedziale 120–139 punktów

GRACE są traktowani jako pacjenci średniego ryzyka i koronarografię powinni mieć wykonaną w ciągu 72 h. Być może dla części tych osób sama świadomość, z jakim prawdopodobieństwem mają chorobę trójnaczyńową, przy dołączeniu wiedzy klinicznej i elektrokardiograficznej, może przyspieszyć decyzje diagnostyczne, a także nieco zmodyfikować postępowanie. W tym kontekście praca warta jest lektury.

Moim zdaniem istotniejszym problemem jest jednak niewykorzystywanie danych koronarograficznych w dalszej stratyfikacji odległego ryzyka tej grupy chorych. Komentowana praca tego nie dotyczy, ale chciałbym wykorzystać ramy komentarza, aby o tym przypomnieć. Miałem zaszczyt być kilka miesięcy temu recenzentem bardzo interesującej pracy doktorskiej poświęconej temu zagadnieniu [3]. Nie zdziwicie się Państwo zapewne, że praca powstała w ośrodku kierowanym przez współtwórcę rejestru GRACE — prof. Andrzeja Budaja. Doktorant udowodnił, że można podejmować skuteczne próby poprawy wartości prognostycznej niektórych skal stratyfikacji poprzez wprowadzanie do nich danych z badania koronarograficznego, zwłaszcza tzw. *Extent score*. Co interesujące, skala TIMI jako wyjściowo skala o mniejszej wartości prognostycznej „zyskiwała” znacząco na wprowadzaniu danych angiograficznych, podczas gdy skala GRACE, „wyjściowo dokładniejsza” co do określania odległego rokowania, praktycznie nie zmieniała swojego współczynnika ROC przy próbach jej wzbogacenia o dane angiograficzne. Pracę zrealizowano w grupie 237 chorych hospitalizowanych z rozpoznaniem OZW bez uniesienia odcinka ST w jednym ośrodku. Czekamy na publikację tej znakomitej pracy, moim zdaniem ciekawszej od komentowanego badania oryginalnego naszych tureckich kolegów.

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Piśmiennictwo

1. Isilak Z, Kardesoglu E, Aparci M et al. Comparison of clinical risk assessment systems in predicting three-vessel coronary artery disease and angiographic culprit lesion in patients with non-ST segment elevated myocardial infarction/unstable angina pectoris. *Kardiologia Polska*, 2012; 70: 242–250.
2. Filipiak KJ, Koltowski L, Grabowski M et al. Prospective comparison of the 5 most popular risk scores in clinical use for unselected patients with acute coronary syndrome. *Circulation*, 2010; 122: 167–173.
3. Maciejewski P. Ocena wartości prognostycznej badania koronarograficznego u chorych z ostrym zespołem wieńcowym bez uniesienia odcinka ST. Rozprawa doktorska. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa, 2011.