

# Pierwotna angioplastyka w zawałe serca: czy zawsze dokonujemy optymalnego wyboru?

prof. dr hab. n. med. Mariusz Gąsior, prof. dr hab. n. med. Lech Poloński

III Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii, Śląski Uniwersytet Medyczny, Śląskie Centrum Chorób Serca, Zabrze



Z zainteresowaniem przeczytaliśmy pracę Grajka i wsp. [1], której wyniki są pewnym zaskoczeniem, ale tak jak w każdym badaniu, interpretując jego rezultaty, należy przeanalizować kryteria włączenia chorych. Wybranie do analizy grupy niskiego ryzyka (wiek < 70 lat, klasa Killip-Kimball 1 przy przyjęciu, zawał ściany innej niż przednia) powoduje, że charakterystyka badanych chorych znacznie odbiega od „średniej” w praktyce klinicznej. Najlepszym przykładem jest wiek pacjentów niższy o prawie 10 lat od średniego wieku chorych z zawałem serca (MI). Należy pamiętać, że to właśnie ten parametr, obok stanu hemodynamicznego, jest najsilniejszym niezależnym czynnikiem wpływającym na rokowanie. Autorzy pracy wykazali, że przeżycie w grupie chorych niskiego

ryzyka nie zależy od rodzaju terapii reperfuzyjnej [przezskórna interwencja wieńcowa (PCI), fibrynoliza]. Ponadto jej zastosowanie nie wpłynęło na rokowanie — chorzy leczeni zachowawczo rokowali podobnie.

Wyniki tej pracy należy interpretować bardzo ostrożnie i nie wyciągać zbyt pochopnych wniosków. Według danych z rejestru PL-ACS odsetek chorych z MI o charakterystyce takiej jak w omawianym badaniu nie przekracza 30%, a śmiertelność wewnątrzszpitalna w tej grupie wynosi 1% i jest prawie 8-krotnie niższa niż w całej populacji chorych z MI z uniesieniem odcinka ST (STEMI). Zatem analizowana w pracy grupa praktycznie nie determinuje śmiertelności globalnej w MI. Ograniczenia analizy zostały w pracy omówione, natomiast trzeba zwrócić uwagę na to, że skuteczne leczenie reperfuzyjne to nie tylko wpływ na redukcję śmiertelności, ale również poprawa frakcji wyrzutowej lewej komory, której wielkość ma zasadniczy wpływ na rokowanie długoterminowe. Od wielu lat znane są korzyści leczenia fibrynolitycznego. Analiza 22 randomizowanych badań, obejmująca ponad 50 tys. chorych wykazała, że największe korzyści w postaci redukcji śmiertelności odnoszą pacjenci, u których zastosowano fibrynolizę w bardzo wczesnym okresie [2]. W aktualnych wytycznych dotyczących leczenia STEMI zaleca się wykonanie pierwotnej PCI w przypadkach, gdy czas od pierwszego kontaktu medycznego do napełnienia balonu wynosi < 2 h w każdym przypadku i < 90 min u chorych z wczesnym (np. < 2 h) rozległym MI i niskim ryzykiem krwawienia [3].

Podstawą do wyboru odpowiedniej strategii leczenia reperfuzyjnego jest zatem określenie opóźnienia do pierwotnej PCI. Wiadomo, że zbyt długi czas opóźnienia wiąże się z gor-

szymi wynikami leczenia, zmniejszając korzyści z pierwotnej angioplastyki w porównaniu z fibrynolizą. Oczywiście zmniejszenie korzyści zależy również m.in. od czasu trwania bólu, lokalizacji elektrokardiograficznej czy wieku chorego. Należy również pamiętać, że u pacjentów ze wstrząsem kardiogenym czy przeciwwskazaniami do leczenia trombolitycznego, okna czasowe są odpowiednio inne. Z analizy danych z rejestru zawałów serca ANIN z lat 2005–2007 wiadomo, że tylko 20% chorych transferowanych poprzez szpital pośredni (bez pracowni hemodynamiki) mieści się w czasie < 120 min, a dla osób transportowanych bezpośrednio z domu, odsetek ten wzrasta do niewiele ponad 50%. Podobnie niepokojące dane pochodzą z rejestru opóźnień na Mazowszu (*PolAmi-Delay*). Sądzymy, że tak znaczne opóźnienia występują też w pozostałych regionach kraju, w tym na Śląsku. Jak wynika z ostatnio opublikowanej analizy Rejestru PL-ACS, odsetek chorych leczonych fibrynolitycznie w STEMI zmniejszył się w ciągu lat do 1%. Już prawie 80% chorych leczy się pierwotną angioplastyką [4]. Polska w tym zakresie awansowała do ścisłej europejskiej czołówki. Należy się zastanowić, czy jest to rzeczywiście powód do dumy, mając na uwadze tak znaczne opóźnienia do wypełnienia balonu. Obecna logistyka leczenia MI z dążeniem do wykonania PCI u wszystkich pacjentów (zazwyczaj bez zwracania uwagi na czas opóźnienia), powoduje pozbawienie części chorych korzyści z wczesnego zastosowania fibrynolizy. Wydaje nam się, że w pogoni za zwiększeniem częstości zastosowania pierwotnej PCI zapomina się o naczelną zasadzie w STEMI „czas to mięsień”, niepotrzebnie odstawiając trombolizę do lamusa. Potrzebne są szybkie działania zmniejszające opóźnienia na każdym etapie terapii, z dogłębną analizą wyboru strategii leczenia reperfuzyjnego, w każdym przypadku indywidualnie uwzględniając potencjalne korzyści i zagrożenia. W aktualnych realiach metodą z wyboru pozostaje pierwotna angioplastyka, której efektywność w znacznie mniejszym stopniu niż fibrynolizy maleje w miarę narastania opóźnienia.

**Konflikt interesów:** nie zgłoszono

## Piśmiennictwo

1. Grajek S, Araszkiwicz A, Lesiak M et al. Primary percutaneous angioplasty, thrombolysis and conservative treatment in low-risk patients with ST-elevation myocardial infarction: effects on short- and long-term mortality. *Kardiol Pol*, 2012; 70: 1–5.
2. Boersma H, Maas AC, Deckers JW, Simoons ML. Early thrombolytic treatment in acute myocardial infarction: reappraisal of the golden hour. *Lancet*. 1996; 348: 771–775.
3. 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.
4. Poloński L, Gąsior M, Gierlotka M et al. What has changed in the treatment of ST-segment elevation myocardial infarction in Poland in 2003–2009? Data from the Polish Registry of Acute Coronary Syndromes (PL-ACS). *Kardiol Pol*, 2011; 69: 1109–1118.