

Stosowanie klopidogrelu po PCI — dlaczego pacjenci rezygnują?

prof. dr hab. n. med. Henryk Wysocki

Katedra i Klinika Intensywnej Terapii Kardiologicznej i Chorób Wewnętrznych, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego, Poznań



W ciągu ostatnich kilkunastu lat obserwuje się intensywny wzrost częstości stosowania preparatów ograniczających czynność płytek krwi, a także leków przeciwzakrzepowych. Wiąże się to z zaostrzaniem rygorów terapeutycznych u pacjentów z migotaniem przedsionków, a także z coraz częstszym implantowaniem elementów opracowanych na bazie tworzyw sztucznych (zastawki, protezy naczyń). Największym jednak obszarem narastającego stosowania leków przeciwplatek jest schorzenia układu sercowo-naczyniowego, a zwłaszcza ostry zespół wieńcowy, leczony za pomocą koronaroplastyki ze wszczepieniem stentu. Opracowano odpowiednie reguły czasowe terapii przeciwplatekowej, która powinna zabezpieczyć poddawane interwencji tętnice wieńcowe przed wczesnym powrotem niedrożności. Znajomość tych zaleceń i ich przestrzeganie powinny być obowiązkiem zarówno lekarzy, jak i poddawanych terapii pacjentów. Z codziennej praktyki wiadomo jednak, że przestrzeganie ustalonych standardów postępowania, z wielu przyczyn (często również obiektywnych), jest dalekie od ideału. Następstwa rezygnacji z terapii przeciwplatekowej, przy istniejących zdecydowanych wskazaniach do kontynuowania takiego leczenia, stały się przedmiotem rosnącej liczby publikacji [1, 2]. Problem odstawiania leków przeciwplatekowych wyraźnie się zaostrzył po wprowadzeniu do praktyki klinicznej implantacji stentów uwalniających leki zapobiegające rozplemowi komórek tkanki łącznej (neointymy). Wiadomo, że oprócz uzyskiwanych korzystnych efektów w postaci zmniejszenia częstości reokluzji, upośledzenie reendotelializacji odcinka naczynia uszkodzonego przez zabieg koronaroplastyki wyraźnie zwiększa ryzyko zakrzepicy w stencie oraz w następstwie zawału serca [3].

Jura-Szołtys i Chudek [4] wykazali, że u 20% pacjentów powodem przedwczesnego przerwania terapii klopidogrelem było krwawienie z nosa. Interesujące byłoby poznanie również innych przyczyn przerywania stosowania tego leku. Taką okazję stwarza opublikowane w ostatnich miesiącach badanie [5] obejmujące ponad 3,5 tys. pacjentów poddawanych przezskórnej interwencji wieńcowej (PCI) w dwóch włoskich ośrodkach kardiologicznych (Mantua i Bergamo). Przedstawiono przyczyny i następstwa przedwczesnego zaprzestania terapii klopidogrelem. W cytowanym raporcie występowały krwawienia były odpowiedzialne za ponad 1/3 wszystkich podejmowanych decyzji. Kolejne miejsca na liście przyczyn zajmowały zabiegi chirurgiczne (21,9%) i procedury stomatologiczne (7,6%). Istotne były też przy-

czyny ogólnomedyczne (17,6%) określane jako *medical decisions*. Względy ekonomiczne odpowiadały za 5,9% decyzji zaprzestania leczenia, a w 5,0% przyczyną była konieczność podjęcia terapii doustnymi lekami przeciwzakrzepowymi.

Nietolerancja klopidogrelu lub reakcje alergiczne były powodem odstawienia klopidogrelu w 2,5% przypadków. Zaskakujący jest niezwykle niski udział samodzielnych decyzji pacjentów (1,7%) czy popełnionych przez nich błędów (1,7%).

Wydaje mi się, że te ostatnie dwa rezultaty nie całkiem przystają do naszych realiów. Znaczącą część polskich pacjentów, z ich zaletami i wadami, podejrzewam, że odsetek przypadków ignorowania zaleceń lekarskich, również w zakresie terapii przeciwplatekowej, jest znacznie wyższy. Uważam też, że większą rolę w naszym kraju odgrywają przyczyny ekonomiczne. Codziennie spotykamy chorych, którzy z długiej listy przepisanych leków realizują tylko najtańsze preparaty, niezależnie od ich roli i istotności w procesie terapeutycznym.

Autorzy komentowanego artykułu poruszyli problem bardzo istotny w codziennej praktyce klinicznej, którego znaczenie będzie stopniowo narastać. Spośród wielu ciekawych spostrzeżeń, na szczególną uwagę moim zdaniem zasługuje obserwacja wykazująca, że bardzo ważnym czynnikiem zwiększającym częstość krwawienia z nosa jako przyczyny odstawienia klopidogrelu jest nadciśnienie tętnicze. Może to dla niektórych lekarzy stanowić dodatkowy argument na rzecz bardziej rygorystycznego przestrzegania docelowych wartości ciśnienia tętniczego, zwłaszcza u pacjentów poddawanych terapii przeciwplatekowej.

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Piśmiennictwo

1. Ho PM, Peterson ED, Wang L et al. Incidence of death and acute myocardial infarction associated with stopping clopidogrel after acute coronary syndrome. *JAMA*, 2008; 299: 532–539.
2. Ernst FR, Johnston S, Curkendall S et al. Effect of early clopidogrel discontinuation on rehospitalization in acute coronary syndrome: results from two distinct patient populations. *Am J Health Syst Pharm*, 2011; 68: 1015–1024.
3. Lemesle G, Torguson R, Bonello L et al. Relation between clopidogrel discontinuation and early cardiovascular events after percutaneous coronary intervention with drug-eluting stents. *EuroIntervention*, 2011; 6: 1053–1059.
4. Jura-Szołtys E, Chudek J. Epistaxis as the reason for premature discontinuation of clopidogrel after percutaneous coronary angioplasty with stent implantation. *Kardiologia Polska*, 2011; 69: 817–823.
5. Rossini R., Capodanno D, Lettieri C et al. Prevalence, predictors, and long-term prognosis of premature discontinuation of oral antiplatelet therapy after drug eluting stent implantation. *Am J Cardiol*, 2011; 107: 186–194.