

Ostry zespół wieńcowy z uniesieniem odcinka ST należy leczyć niezależnie od wieku

prof. dr hab. n. med. Janina Stępińska

Klinika Intensywnej Terapii Kardiologicznej, Instytut Kardiologii, Warszawa



Celem komentowanej pracy [1] jest odpowiedź na pytanie, czy postępy leczenia ostrych zespołów wieńcowych z uniesieniem odcinka ST (OZW STEMI) dotyczą również osób starszych. Nie jestem przekonana, czy praca upoważnia do odpowiedzi na zadane pytanie, jednak z wielu powodów jest interesująca.

Pojęcie podeszłego wieku zmienia się z czasem. Autorzy przyjęli wiek 65 lat jako różnicujący populację starszą od młodziej, określając osoby powyżej 75. roku życia jako osoby w wieku podeszłym, a powyżej 85. roku życia w wieku sędziwym. Według danych Rocznika Statystycznego z 2010 roku osoby powyżej 65. roku życia stanowią 13,5% populacji [2]. W praktyce coraz częściej mamy do czynienia z pacjentami z ostrymi zespołami wieńcowymi powyżej 80. roku życia i tej populacji dotyczy większość publikowanych obecnie prac ze Stanów Zjednoczonych i Kanady. W polskim rejestrze PL-ACS w grupie STEMI prawie 23% chorych ma 75 lat lub więcej, a 3,8% ma ≥ 85 lat [3].

Spośród wszystkich chorych leczonych z powodu OZW STEMI w ośrodku, z którego pochodzi komentowana praca, pacjenci powyżej 65. roku życia stanowią aż 55,2%. Opublikowana w 2008 roku praca Ciszewskiego i wsp. [4] dotyczy również populacji osób starszych, wprawdzie ≥ 75 lat, jednak stanowili oni 12% wszystkich leczonych.

Praca jest retrospektywna i porównuje dwie epoki: czasu, kiedy u chorych z uniesieniem odcinka ST możliwa była jedynie fibrynoliza, z okresem całkiem dobrze rozwiniętej w Polsce kardiologii interwencyjnej, czyli latami 2005–2006.

Najważniejszym czynnikiem decydującym o wynikach leczenia OZW STEMI jest czas. Niestety zabrakło tego elementu w omawianej pracy. Wiadomo, że osoby starsze trafiają do szpitala istotnie później niż osoby młodsze. Wynika to z wielu powodów, na przykład z innego odczuwania bólu, związanego między innymi z istniejącym u dużej części chorych krążeniem obocznym, a u części współistniejącej cukrzycy, wpływającej na odczuwanie bólu. Opóźnienie wynika również z tego, że u osób starszych współistnieją liczne choroby, z którymi wiążą dolegliwości bólowe. Często są to osoby samotne, które opóźniają wezwanie pomocy.

Obecnie nie ma wątpliwości, że metodą referencyjną jest pierwotna angioplastyka wieńcowa (PCI) [5]. Polska jest w znakomitej sytuacji — mamy około 101 pracowni hemodynamicznych działających 24 godziny na dobę; wiele zrobiono w celu skrócenia czasu do początku wystąpienia bólu u pacjenta do interwencji [3, 6]. Teletransmisja zapisu EKG pozwala ominąć etap pośredni i skierować chorego bezpośrednio do ośrodka kardiologii interwencyjnej. Wiadomo, że obecnie powinno się pracować przede wszystkim nad edukacją pacjentów, która powinna skutkować skróceniem czasu od początku pojawienia się bólu do wezwania pomocy medycznej [7].

Fibrynoliza w porównaniu z pierwotną PCI jest znacznie mniej skuteczna; TIMI 3 udaje się uzyskać u 60% pacjentów w porównaniu z ponad 90% osób po PCI. Dodatkowo leczenie fibrynolityczne wiąże się z wieloma ograniczeniami, a przede wszystkim ze zwiększonym ryzykiem powikłań krwotocznych i udarowych, zwłaszcza w starszej populacji chorych. Jednak nawet w populacji pacjentów powyżej 75. roku życia leczonych fibrynolitycznie w czasie krótszym niż 12 godzin od początku bólu uzyskuje się istotne zmniejszenie śmiertelności [8].

Obecnie fibrynolizę zalecana się, jeśli PCI nie może być wykonana w czasie krótszym niż 2 godzin od pierwszego kontaktu z lekarzem. Jeśli ból trwa krócej niż 2 godziny, a strefa zagrożenia jest duża, nowe zalecenia dopuszczają jedynie 90-minutowe opóźnienie do wykonania PCI. Czas do PCI może być wydłużony do 3 godzin jedynie u chorych powyżej 65. roku życia, którzy trafiają do ośrodka po czasie dłuższym niż 2 godziny, a zawał nie dotyczy ściany przedniej.

Okazuje się, że w populacji europejskiej nawet 20–30% osób może mieć kłopot z dotarciem do ośrodka kardiologii interwencyjnej w zalecanym czasie. Są to potencjalni kandydaci do leczenia fibrynolitycznego, ale zgodnie z zaleceniami powinni być kierowani do interwencji między 3. a 24. godziną.

Największa niespodzianka w komentowanej pracy [1], czyli brak różnic w śmiertelności szpitalnej, może wynikać właśnie z nieuwzględnienia elementu opóźnienia, czyli czasu od początku wystąpienia bólu do interwencji.

Praca dotyczy populacji osób w podeszłym wieku, ale nie wyodrębnia grup zwiększonego ryzyka: pacjentów z cukrzycą, niewydolnością nerek, nie bierze pod uwagę uszko-

dzenia komory. Nie wiadomo, jak wielu chorych trafiło we wstrząsie kardiogenym. Nie ma również informacji na temat powikłań krwotocznych. Wprawdzie w erze fibrynolizy były one dość liczne w populacji starszych chorych, jednak kryteria wykluczające z tej terapii były na tyle ostre, że najbardziej zagrożeni nie byli leczeni. Autorzy zastrzegają, że dostępna była jedynie streptokinaza. Jest ona lekiem mniej skutecznym od uznawanego w tamym czasie za metodę referencyjną tkankowego aktywatora plazminogenu, jednak powodowała mniej powikłań krwotocznych, zwłaszcza mniej krwawień do ośrodkowego układu nerwowego.

Zabieg PCI to metoda bezpieczniejsza, ale należy pamiętać, że wiąże się z koniecznością jednoczesnego stosowania wielu leków wpływających na układ krzepnięcia. Między innymi dlatego przywiązuje się dużą wagę do oznaczania klirensu kreatyniny — jest to kryterium oceny stopnia niewydolności nerek. Wcześniej nie oznaczano rutynowo klirensu kreatyniny, a jest on czynnikiem decydującym o dawkach leków towarzyszących PCI.

Bardzo interesujące jest porównanie charakterystyki obu populacji. Statystycznie istotnie częściej w latach 2005–2006 rozpoznawano nadciśnienie tętnicze i hipercholesterolemię. Dane te przypominają porównanie populacji polskiej z populacją krajów Europy Zachodniej w latach 90. Wtedy też polscy pacjenci znacznie rzadziej podawali w wywiadach nadciśnienie tętnicze czy hipercholesterolemię, a wynikało to wyłącznie z braku kontroli ciśnienia tętniczego i stężenia lipidów. Nie ma wątpliwości, że w ciągu tych kilkunastu lat istotnie poprawiła się świadomość społeczna, a badania profilaktyczne prowadzi się na szerszą skalę. Kolejna istotna statystycznie różnica dotyczy palenia tytoniu — obecnie liczba palących jest mniejsza, co pokrywa się z innymi danymi epidemiologicznymi.

Mimo że we wszystkich krajach europejskich tworzy się systemy umożliwiające szybkie i nowoczesne leczenie STE-MI, ciagle w tak zwanym *real life* wielu chorych nie jest poddanych żadnej terapii — ani PCI ani fibrynolizie. W przedstawionej pracy w latach 2005–2006 aż 47,8% pacjentów nie leczono żadną z tych metod. Jak najszybsze leczenie wszystkich, niezależnie od wieku, chorych z OZW STEMI jest celem wszystkich kardiologów. Metodę z wyboru stanowi pierwotna angioplastyka; rola fibrynolizy jest w zaleceniach wyraźnie określona [5].

Piśmiennictwo

1. Polewczak A, Janion M, Gąsior M, Gierlotka M, Poloński L. Benefits from revascularisation therapy in the elderly with acute myocardial infarction. Comparative analysis of patients hospitalized in 1992–1996 and in 2005–2006. *Kardiologia Polska*, 2010; 68: 873–881.
2. Mały Rocznik Statystyczny Polski 2010.
3. Poloński L, Gąsior M, Gierlotka M et al. Polish Registry of Acute Coronary Syndromes (PL-ACS). Characteristics, treatments and outcomes of patients with acute coronary syndromes in Poland. *Kardiologia Polska*, 2007; 65: 861–871.
4. Ciszewski A, Karcz M, Kępka C et al. Pierwotna angioplastyka wieńcowa u chorych ≥ 75 . roku życia z zawałem serca z uniesieniem odcinka ST — wyniki rocznej obserwacji. *Kardiologia Polska*, 2008; 66: 829–833.
5. The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology: Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J*, 2008; 29: 2909–2945.
6. www.sins.pl.
7. Walkiewicz M, Krówczyńska D, Kuchta U et al. Acute coronary syndrome — how to reduce the time from the onset of chest pain to treatment? *Kardiologia Polska*, 2008; 66: 1163–1170.
8. White H. Thrombolytic therapy in the elderly. *Lancet*, 2000; 356: 2028–2030.