

W jaki sposób po badaniu SYNTAX podejmować decyzje o wyborze metody rewaskularyzacji wieńcowej?

prof. dr hab. n. med. Tomasz Pasierski

Warszawski Uniwersytet Medyczny



Badanie SYNTAX miało zakończyć z dawna toczony spór o to, czy wyniki przezskórnych zabiegów rewaskularyzacyjnych (PCI) zrównały się na tyle z wynikami chirurgicznej rewaskularyzacji wieńcowej, że można je będzie stosować powszechnie u chorych ze wskazaniami do takiego zabiegu. Wielu komentatorów, formalnie analizując

wyniki tego badania, stwierdza, że postulat *non-inferiority* PCI nie został spełniony, gdyż częstość występowania złożonego pierwotnego punktu końcowego była wyższa w grupie PCI. Jeżeli jednak rozbijemy ten punkt na składowe, to widać jak na dłoni to, o czym wiedzieliśmy od dawna – jedyną wadą PCI to „ograniczona gwarancja” tej metody, która wyraża się zwiększoną częstością powtórnych rewaskularyzacji [1]. Leczenie chirurgiczne wiąże się natomiast z większym zagrożeniem udarem mózgu, którego nie zmniejszyło znacząco wprowadzenie zabiegów bez krążenia pozaustrojowego. Powikłanie to niestety trudno jest przewidzieć.

Konstrukcja badania SYNTAX, uwzględniająca również obserwację chorych, którzy nie zostali zrandomizowani, pokazuje drogę optymalizacji decyzji o wyborze metody rewaskularyzacji. W pierwszym etapie należy wyodrębnić takich chorych, którzy mają zdecydowane wskazania do jednej z metod. Przykładowo: rozległe zmiany w tętnicach, wysoki wskaźnik SYNTAX – optymalne leczenie chirurgiczne; obciążający wywiad chorób naczyniowych ośrodkowego układu nerwowego – wskazane PCI i do poddania się takiemu leczeniu można śmiało chorego przekonywać. Co zrobić, jeżeli chory nie pasuje do żadnej z tych grup i jego profil odpowiada profilowi chorych poddanych rando-

mizacji w badaniu SYNTAX? Wtedy należy przedstawić choremu obiektywnie i w miarę przejrzysto zalety i wady obydwu metod i pomóc w podjęciu najlepszej dla niego decyzji. Pełniejsze uwzględnianie preferencji chorego to ważny kierunek, w jakim zmierza współczesna medycyna [2]. W momencie pytania chorego o jego preferencje mogą wyjść na jaw poważne odrębności kulturowe w stosunku do populacji badania SYNTAX. W naszym kraju, gdzie osoby z rozpoznaniem zaawansowanej choroby wieńcowej rzadko powracają do pracy i nie ma problemu ograniczonego zakresu ubezpieczenia, wizja ponownego zabiegu rewaskularyzacyjnego będzie miała wciąż mniejsze znaczenie niż w Stanach Zjednoczonych. Warto też pamiętać, że udar po chirurgicznej rewaskularyzacji wieńcowej wiąże się zazwyczaj z mniejszym upośledzeniem czynnościowym niż udar występujący samoistnie.

W każdej sytuacji ważne jest, żeby chory nie był zmuszony do podejmowania decyzji jeszcze w trakcie diagnostycznej koronarografii i żeby w skład zespołu lekarzy pomagających choremu podjąć najlepszą dla niego decyzję wchodził nie tylko kardiolog interwencyjny i kardiochirurg, lecz również zapewniający bezstronność specjalista kardiolog, znający dobrze chorego i niezaangażowany (również finansowo) w wykonywanie żadnego ze wspomnianych zabiegów.

Piśmiennictwo

1. Bravata DM, Gienger AL, McDonald KM, et al. Systematic review: the comparative effectiveness of percutaneous coronary interventions and coronary artery bypass graft surgery. *Ann Intern Med* 2007; 147: 703-16.
2. Krahn M, Naglie G. The next step in guideline development: incorporating patient preferences. *JAMA* 2008; 300: 436-8.