

Leki przeciwplatek w ostrym zawał serca

dr hab. n. med. Adam Witkowski

Instytut Kardiologii, Warszawa



Leki przeciwplatek – kwas acetylosalicylowy (ASA), klopidogrel i blokery glikoproteinowego receptora płytkowego GP IIb/IIIa – odgrywają zasadniczą rolę w terapii osób z chorobą niedokrwienną serca, przede wszystkim poddawanych zabiegom przezskórnego poszerzenia tętnic wieńcowych.

Ostry zawał serca z uniesieniem odcinka ST (STEMI) jest szczególnym przypadkiem, w którym leczenie przeciwplatekowe udowodniło swoją skuteczność. Ciągłe jednak pozostają wątpliwości, zarówno co do dawek, jak i czasu stosowania tych leków, stopniowo wyjaśniane w kolejnych badaniach. Praca T. Rakowskiego i wsp. wpisuje się w długi już ciąg badań nad skutecznością farmakologicznego wspomaganie zabiegów pierwotnej angioplastyki wieńcowej (pPCI) za pomocą abciksimabu [1]. Lek ten jest zalecany przez towarzystwa naukowe (ESC, AHA/ACC) do stosowania podczas zabiegów pPCI [2, 3], ale mimo że przeprowadzone metaanalizy badań z randomizacją wskazują na jego skuteczność [4, 5], nadal nie został precyzyjnie określony czas, w którym należy zainicjować jego podawanie. Z 300 chorych ze STEMI włączonych do dawno już przeprowadzonego badania z randomizacją ADMIRAL tylko 78 (25%), u których rozpoczęto podawanie abciksimabu w karetce pogotowia, odniosło wymierną korzyść z tego leczenia, podczas gdy pozostali chorzy, którym lek podano dopiero w izbie przyjęć szpitala z pracownią hemodynamiczną lub w samej pracowni – nie [6]. Dlatego cenna jest obserwacja Autorów omawianej pracy, że wczesne, przed transportem chorego ze STEMI do szpitala z pracownią hemodynamiczną, podanie abciksimabu korzystniej wpływa na funkcję lewej komory w obserwacji odległej. Tu oczywiście rodzi się pytanie, czy istnieją w Polsce możliwości prawne i logistyczne, żeby chorym ze STEMI transportowanym w celu wykonania zabiegu pPCI powszechnie podawać abciksimab w karetkach pogotowia, a nie dopiero w pracowni hemodynamicznej, gdzie jego skuteczność jest już mniejsza. Ponadto, w dobie powszechnego stosowania ASA łącznie z nasycającą dawką klopidogrelu (obecnie 600 mg), powstaje pytanie, czy stosowanie dożylnych blokerów GP IIb/IIIa w ogóle ma jeszcze sens. W badaniu PCI-CLARITY udowodniono, że klopidogrel istotnie zmniejsza częstość występowania złożonego punktu końcowego zarówno przed, jak i po angioplastyce (jednak u chorych uprzednio leczonych trombolitycznie) [7]. Z kolei w wieloośrodkowym rejestrze polskim, obejmującym 7193 chorych ze STEMI poddanych zabiegowi pPCI, stwierdzono redukcję całkowitej 30-dniowej i rocznej umieralności w grupach leczonych abciksimabem lub klopidogrelem, jednak do-

wanie blokera GP IIb/IIIa do klopidogrelu nie powodowało już dalszego zmniejszenia umieralności [8]. Nowym lekiem, który może zmniejszyć mocną do tej pory pozycję blokerów GP IIb/IIIa w inwazyjnym leczeniu chorych ze STEMI, jest bivalirudyna. W badaniu HORIZONS-AMI, którego wyniki opublikowano niedawno, istotnie redukowała ona duże krwawienia, a także zgony z przyczyn sercowych w porównaniu z tradycyjnym leczeniem heparyną i blokerem GP IIb/IIIa [9]. Można się także spodziewać dalszych badań nad prasugrelem, więc przyszłość leczenia przeciwplatekowego u chorych ze STEMI zapowiada się interesująco.

Piśmiennictwo

1. Rakowski T, Mielecki W, Brzozowska-Czarnek A, et al. Impact of early abciximab administration before primary percutaneous coronary intervention on left ventricular function assessed in cardiac magnetic resonance. *Kardiologia Polska* 2008; 66: 617-22.
2. Silber S, Albertsson P, Avilés FF, et al. Guidelines for percutaneous coronary interventions. The Task Force for Percutaneous Coronary Interventions of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2005; 26: 804-47.
3. Antman EM, Hand M, Armstrong PW, et al. 2007 Focused Update of the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: developed in collaboration With the Canadian Cardiovascular Society endorsed by the American Academy of Family Physicians: 2007 Writing Group to Review New Evidence and Update the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction, Writing on Behalf of the 2004 Writing Committee. *Circulation* 2008; 117: 296-329.
4. De Luca G, Suryapranata H, Stone GW, et al. Abciximab as adjunctive therapy to reperfusion in acute ST-segment elevation myocardial infarction: a meta-analysis of randomized trials. *JAMA* 2005; 293: 1759-65.
5. Montalescot G, Antoniucci D, Kastrati A, et al. Abciximab in primary coronary stenting of ST-elevation myocardial infarction: a European meta-analysis on individual patients' data with long-term follow-up. *Eur Heart J* 2007; 28: 443-9.
6. Montalescot G, Barragan P, Wittenberg O. Platelet Glycoprotein IIb/IIIa inhibition with coronary stenting for acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 2001; 344: 1895-903.
7. Sabatine MS, Cannon CP, Gibson CM, et al. Effect of clopidogrel pretreatment before percutaneous coronary intervention in patients with ST-elevation myocardial infarction treated with fibrinolytics: the PCI-CLARITY study. *JAMA* 2005; 294: 1224-32.
8. Witkowski A, Maciejewski P, Wąsek W, et al.; on behalf of the STEMI 2003 Registry Collaborators. The impact of IIb/IIIa GP receptor inhibitors and clopidogrel treatment in 30-day and one-year all-cause mortality of patients with STEMI treated by primary PCI. *J Am Coll Cardiol* 2007; 49 (Suppl A): 251A.
9. Stone GW, Witzenbichler B, Gaugliumi G, et al.; HORIZONS-AMI Trial Investigators. Bivalirudin during primary PCI in acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 2008; 358: 2218-30.