

Leczenie reperfuzyjne w zawale serca – im szybciej, tym lepiej

prof. dr hab. n. med. Robert J. Gil

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



Po lekturze komentowanej pracy najprościej bytoby stwierdzić, że to kolejna już praca na temat regionalnych doświadczeń płynących z pełnienia całodobowych dyżurów dla chorych z zawalem serca z uniesieniem odcinka ST (STEMI). No i taka jest prawda, przy czym przedstawiony materiał jest nie tylko kolejnym

potwierdzeniem, że najlepszą metodą leczenia STEMI jest pierwotna angioplastyka wieńcowa (pPCI), ale dowodzi też sporych możliwości tzw. „wczesnej fibrynolizy”, tj. stosowanej do 4 godz. od początku dolegliwości.

Czas Regionalnych Kas Chorych sprzyjał różnorodności *Programów leczenia STEMI*. Większość z nich opierała się na zasadzie maksymalizowania liczby pPCI z lub bez wykorzystywania wspomaganego farmakologicznego (tzw. torowana PCI). Jednak zgodnie z moją wiedzą żaden z tych *Programów* w tak systemowy w sposób nie wiązał czasu trwania objawów oraz możliwości organizacyjno-technicznych na danym obszarze z wyborem metody leczenia STEMI. I to właśnie, moim zdaniem, jest największą siłą pracy S. Grajka i wsp.

Autorzy z Wielkopolski podzielili badaną populację na cztery grupy: elektywnej pPCI (grupa IS), selektywnej pPCI (grupa PCI), leczonych fibrynolitycznie (rt-PA lub streptokinazą – SK) oraz leczonych zachowawczo (NR). Grupy te nie powstały w wyniku randomizacji, ale determinował je wcześniej wspomniany czas trwania dolegliwości klinicznych oraz miejsce zamieszkania chorego. Warto jednak podkreślić, iż mimo że jest to tzw. rejestr chorych, wielkość analizowanej populacji (>3,5 tys. chorych) powoduje, że uzyskane wyniki mają dużą „moc przekonującą”.

Wśród prezentowanych w pracy S. Grajka i wsp. wyników jest wiele nie tylko ciekawych, ale wręcz intrygujących. Do najciekawszych, moim zdaniem, należy to, iż mimo tak dobrze funkcjonującego *Programu leczenia STEMI*, w Wielkopolsce >30% chorych nie leczono reperfuzyjnie! Śmiertelność w tej grupie chorych była najwyższa (30-dniowa: 12,5%), co tylko potwierdza potrzebę podejmowania wszelkiego rodzaju wysiłków (m.in. edukacja skierowana do społeczeństwa oraz lekarzy rodzinnych i pierwszego kontaktu) w celu ograniczenia liczby chorych ze STEMI niepoddawanych leczeniu reperfuzyjnym. Kolejna ciekawa obserwacja łączy się z faktem, iż

wśród chorych ze STEMI leczonych reperfuzyjnie (czyli za pomocą PCI oraz fibrynolizy) śmiertelność wynosiła 5,9%, przy czym nie różniła się ona pomiędzy grupami leczonymi angioplastyką wieńcową (IS i PCI) oraz rt-PA! Z analizy śmiertelności 30-dniowej chorych leczonych reperfuzyjnie wynika, iż najwyższa śmiertelność wystąpiła w grupie leczonej SK (9,25%), natomiast najniższa w grupie elektywnej pPCI (3,15%). Tę ostatnią grupę chorych można zakwalifikować do populacji średniego stopnia zagrożenia zgonem, dlatego ten wynik nie zaskakuje.

Zapewne wszyscy pamiętamy nieskuteczne boje Nadzoru Kardiologicznego z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) o zwiększenie dostępności fibrynolityków nowych generacji dla chorych ze STEMI. W powszechnej opinii ich wynik nie był zadowalający, a warto zauważyć, iż porównanie wyników uzyskanych w podgrupie SK, leczonej w pierwszych 4 godz. oraz w grupie rt-PA (czyli tzw. wczesnej fibrynolizy) dowodzi, że fibrynolityk nowej generacji zapewnia lepsze wyniki (śmiertelność 30-dniowa: 7,2 vs 4,38%, NS).

Obserwacja odległa (średnio 18,3 mies.) chorych z rejestru WIRE pozwoliła Autorom dokonać analizy śmiertelności odległej w poszczególnych grupach. I tak, najniższą śmiertelność stwierdzono w grupie PCI (4,2%), przy czym podobnie jak w wypadku oceny 30-dniowej nie różniła się ona pomiędzy grupą IS (9,4%) oraz grupą leczoną rt-PA (9,4%). Zdecydowanie wyższa była śmiertelność w grupie SK (14,4%), natomiast najwyższa w grupie nieleczonej reperfuzyjnie (18,5%).

Uzyskane w rejestrze WIRE wyniki dowodzą, jak zasadne jest pamiętanie o bardzo wysokiej skuteczności rt-PA w leczeniu STEMI w wypadku bardzo szybkiego jego wdrożenia (wg zaleceń Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego do 3 godz. od początku dolegliwości). Jest rzeczą oczywistą, iż zwiększenie odsetka chorych leczonych w ten sposób wiąże się z koniecznością szerszego wdrożenia tzw. przedszpitalnej fibrynolizy (bo tylko taka jest naprawdę wczesna!). W dobie rozwijającej się telemedycyny, zapewniającej szybką transmisję krzywej EKG oraz konsultację specjalisty kardiologa „na odległość”, takich działań nie powinien zatrzymać brak lekarza w zakładce karetki pogotowia ratunkowego (do czego dążą decydenci ochrony zdrowia). Ktoś mógłby powiedzieć, iż takie rozwiązanie jest sprzeczne z dotychczas preferowanym modelem, który opierał się na tworzeniu nowych ośrodków pełniących 24-godzinny dyżur kardiologogra-

ficzny. W moim przekonaniu jest to błędne podejście. Należy zauważyć, iż w omawianym *Programie* stwierdzono wysoki odsetek pilnych PCI u chorych leczonych fibrynolitycznie (26% w grupie rt-PA i 10% w grupie SK) w ciągu 7 dni od STEMI! Jeśli do tego dodać, że niemożliwe jest skrócenia czasu do rozpoczęcia leczenia poniżej 3 godz. u wszystkich chorych ze STEMI, że przeciwwskazania do fibrynolizy występują u niemałej grupy chorych ze STEMI oraz że wskazana jest planowa diagnostyka inwazyjna u chorych po STEMI, to bezzasadne są obawy dotyczące konkurencyjności tych dwóch metod, tj. angioplastyki wieńcowej oraz fibrynolizy przedszpitalnej.

Na zakończenie jeszcze jedna uwaga. Wyniki rejestru WIRE dotyczące fibrynolizy nie odbiegają w istotny sposób od wyników uzyskanych we wcześniejszych międzynarodowych badaniach. Myślę, iż nadszedł już czas, aby ten właśnie fakt został wykorzystany w rozmowach z NFZ. Trzeba uzmysłowić decydom NFZ, iż „czas to mięsień”! U chorych ze STEMI naprawdę szkoda każdej

minuty opóźnienia reperfuzji mięśnia sercowego. U sporej ich części fibrynoliza przedszpitalna może nie tylko istotnie zmniejszyć obszar martwicy, ale przede wszystkim wydłużyć ich życie (!).

Piśmiennictwo

1. Keeley EC, Boura JA, Grines CL. Primary angioplasty versus intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: a quantitative review of 23 randomised trials. *Lancet* 2003; 361: 13-20.
2. Bonnefoy E, Lapostolle F, Leizorovicz A, et al.; on behalf CAPTIM study group. Primary angioplasty versus prehospital fibrinolysis in acute myocardial infarction: a randomised study. *Lancet* 2002; 360: 825-9.
3. Danchin N, Blanchard D, Steg PG, et al.; USIC 2000 investigators. Impact of prehospital thrombolysis for acute myocardial infarction on 1-year outcome: results from the French Nationwide USIC 2000 Registry. *Circulation* 2004; 110: 1909-15.
4. De Luca G, Suryapranata H, Ottervanger J, et al. Time delay to treatment and mortality in primary angioplasty for acute myocardial infarction: every minute of delay counts. *Circulation* 2004; 109: 1223-5.