

Nitrogliceryna w trakcie zabiegów przezskórnych interwencji wieńcowych

dr hab. n. med. Sławomir Dobrzycki, lek. med. Marcin Kożuch

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Akademia Medyczna, Białystok



Autorzy opublikowanej w bieżącym numerze *Kardiologii Polskiej* pracy oryginalnej [1] podejmują próbę prospektywnej oceny zasadności rutynowego stosowania nitrogliceryny w dożylnym wlewie u pacjentów poddawanych elektrycznym zabiegom przezskórnych interwencji wieńcowych (PCI). Badanie przeprowadzono w latach 2001–2002. W trakcie 24-miesięcznej obserwacji oceniano częstość występowania zgonu, zawału serca, powtórnej rewaskularyzacji oraz złożonego punktu końcowego. Autorzy wysunęli wniosek, że rutynowe dożylne stosowanie nitrogliceryny po planowym zabiegu PCI nie ma wpływu na wcześnie i odległe rezultaty leczenia.



Leczenie stabilnej choroby wieńcowej ukierunkowane jest na poprawę rokowania poprzez zapobieganie zawałowi serca i zgonowi oraz minimalizację lub likwidację objawów. Temat stosowania nitrogliceryny, jak również innych leków z grupy azotanów, w chorobie wieńcowej był już przeszłości poruszany. Wiemy obecnie, że leki z tej grupy nie wydłużają życia chorych ze stabilną chorobą wieńcową, a jedynie poprawiają jego jakość. Znalazło to odzwierciedlenie w obowiązujących zaleceniach towarzystw kardiologicznych. Azotany zaleca się obecnie w celu zwalczania objawów klinicznych choroby wieńcowej. Nie są one przy tym wskazaniem lekami pierwszego rzutu, ponieważ monoterapia długo działającym azotanem zalecana jest dopiero w razie nietolerancji beta-adrenolityków lub ich słabej skuteczności w leczeniu (klasa I, poziom wiarygodności C). Nitrogliceryna natomiast zalecana jest doraźnie (klasa I, poziom wiarygodności B) w celu zwalczania ostrych dolegliwości dławicowych [2].

Nitrogliceryna jest powszechnie stosowana w diagnostyce inwazyjnej. Często, a w niektórych ośrodkach rutynowo, podaje się dowieńcowo niewielką dawkę tego preparatu, aby wykluczyć element skurczu tętnic wieńcowych obserwowany w trakcie koronarografii [3].

Dotętnicze podanie nitrogliceryny zaleca się również w wypadku skurczu w miejscu implantacji stentu [4].

Opublikowane badanie jest badaniem z randomizacją podejmującym tematykę rutynowego stosowania nitrogliceryny po zabiegach PCI w stabilnej chorobie wieńcowej. Problem dolegliwości bólowych po zabiegach PCI jest dość istotny, dlatego zasadne wydaje się podejmowanie leczenia, które jest ukierunkowane przyczynowo. Jednym z powodów dolegliwości w klatce piersiowej po koronaroplastyce jest skurcz poszerzonego naczynia wieńcowego. Przedłużony skurcz może prowadzić do zawału, a nawet zgonu. W takich sytuacjach zastosowanie dożylnego wlewu nitrogliceryny ma uzasadnienie. Kurz i wsp. wykazali, że rutynowe stosowanie wlewu nitrogliceryny po implantacji stentu ogranicza częstość występowania wzrostu stężenia troponiny po zbiegu [5]. Co ciekawe, rutynowy wlew nitrogliceryny nie wiązał się z ograniczeniem postproceduralnych bólów stenokardialnych, co sugeruje różną etiologię tych dolegliwości [5]. Należy pamiętać, że nieznaczne zwiększenie stężenia troponiny, co zaobserwowali Kurz i wsp., nie pogarsza rokowania chorych po zabiegach PCI. Pomimo to ich badanie mogło się stać przyczynkiem do podjęcia próby oceny wpływu stosowania wlewu nitrogliceryny na śmiertelność.

Prezentowane badanie ma pewne ograniczenia. Po pierwsze, nasuwa się pytanie o podstawy patofizjologiczne zasadności rutynowego stosowania nitrogliceryny po zabiegach PCI. O ile stosowanie wlewu nitrogliceryny u chorych z objawami klinicznymi jest oczywiste i racjonalne, o tyle podawanie jej chorym bezobjawowym budzi w tym względzie wątpliwości. Ograniczeniem jest również liczebność grup, która nie pozwala wyciągnąć jednoznacznych wniosków. Prawdopodobnie większa liczebność populacji badanej wniosłaby więcej informacji, pozwalając z większą siłą statystyczną ocenić twarde punkty końcowe. Nie umniejsza to jednak znaczenia opublikowanej pracy. Utwierdza nas ona w przekonaniu o braku zasadności rutynowego dożylnego stosowania nitrogliceryny u pacjentów poddawanych planowym zabiegom PCI. Wymaga to jednak, jak zauważyli Autorzy, potwierdzenia w badaniach obejmujących większą populację chorych.

Znaczenie azotanów w chwili obecnej uległo marginalizacji ze względu na brak poprawy przeżywalności u stosujących je chorych. Prezentowane badanie jest kolejnym, które na pewno nie zmieni obecnej pozycji tej grupy leków. Należy jednak pamiętać, że pomimo braku poprawy rokowania, azotany często umożliwiają nam stabilizację objawów klinicznych, poprawiając tym samym jakość życia chorych. Po opublikowaniu wyników badania COURAGE należy przypuszczać, że częstość stosowania nitratów wzrośnie, ponieważ objawowi pacjenci z chorobą wieńcową częściej będą leczeni zachowawczo, a co za tym idzie – będą wymagali leczenia przeciwdławicowego [6]. Dlatego też azotany, pomimo braku wpływu na śmiertelność, są grupą leków, z którą w praktyce klinicznej długo jeszcze się nie rozstaniemy.

Piśmiennictwo

1. Foryś J, Peruga J, Plewka M, et al. Nitroglycerin infusion after percutaneous coronary intervention does not influence short- and long-term outcome – a prospective NAPI (Nitroglycerin Administration after Percutaneous Intervention) study. *Kardiologia Polska* 2007; 65: 798-803.
2. Fox K, Garcia MA, Ardissino D, et al. Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary: the Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2006; 27: 1341-81.
3. Kubica J, Gil RJ, Pieniążek P. Wytyczne dotyczące koronarografii. *Kardiologia Polska* 2005; 63: 5 (supl. 3): S491-S500.
4. Witkowski A, Poloński L. Przewłokowa angioplastyka wieńcowa w leczeniu choroby niedokrwiennej serca. *Kardiologia Polska* 2005; 63: 5 (supl. 3): S509-S542.
5. Kurz DJ, Naegeli B, Bertel O. A double-blind, randomized study of the effect of immediate intravenous nitroglycerin on the incidence of postprocedural chest pain and minor myocardial necrosis after elective coronary stenting. *Am Heart J* 2000; 139: 35-43.
6. Boden WE, O'Rourke RA, Teo KK, et al. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease. *N Engl J Med* 2007; 356: 1503-16.