

Pierwotna angioplastyka – stentować czy nie? Powracające pytanie

dr n. med. Jan Z. Peruga

Pracownia Kardiologii Inwazyjnej, II Katedra i Klinika Kardiologii, Uniwersytet Medyczny, Łódź

*Wpierw wierzy się we wszystko bezkrytycznie,
potem przez krótki czas wierzy się z zastrzeżeniami,
potem nie wierzy się wcale i w końcu wierzy się znowu we wszystko,
ale przytacza się powody, dla których się wierzy.*

Georg Christoph Lichtenberg



Zabiegi pierwotnej angioplastyki wieńcowej (pPCI), co potwierdzają liczne wieloośrodkowe badania z randomizacją, są najskuteczniejszą metodą leczenia chorych z ostrym zespołem wieńcowym z uniesieniem odcinka ST (STEMI). Jak najszybsze mechaniczne otwarcie i przywrócenie przepływu krwi w tętnicy dożawałowej

pozwała zminimalizować uszkodzenie mięśnia sercowego i poprawić rokowanie zarówno wczesne, jak i odległe, związane z przebudową lewej komory. Implantacja stentu wieńcowego wspomagana nowoczesną farmakoterapią utrzymuje drożność naczynia dożawałowego, zapobiegając jego wczesnemu zamknięciu i chroniąc perfuzję na poziomie naczyń nasierdziowych i mikrokrążenia.

W opublikowanych w marcu 2005 r. zaleceniach grupy ekspertów Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) pPCI z implantacją stentu ma pierwszy stopień rekomendacji i najwyższy poziom wiarygodności (A) [1]. Skuteczność tej metody leczenia potwierdzają wyniki trzech dużych badań wieloośrodkowych – *Zwolle* [2], *Stent-PAMI* [3] i *CADILLAC* [4], na których grupa ekspertów opierała swoje rekomendacje.

Praca Tajstry i wsp. jest analizą retrospektywną chorych z ostrym zespołem wieńcowym (ACS) leczonych inwazyjnie w latach 1998–2003 [5]. Porównywane są dalsze losy chorych w zależności od techniki postępowania zabiegowego przyjętej w Pracowni Kardiologii Inwazyjnej – w grupie I – stentowania jedynie w wypadku nieoptymalnego wyniku angioplastyki balonowej (POBA) – i w grupie II – rutynowego stentowania. Czas dzielący nas od okresu, który Autorzy poddali analizie, w kardiologii interwencyjnej jest większy niż w rzeczywistości – to epoka. Porównanie kardiologii interwencyjnej wtedy i dzisiaj to porównanie dwóch odległych epok, które dzieli ogromny skok technologiczny.

W latach 1998–2000 w większości pracowni w Polsce dominowała klasyczna angioplastyka balonowa (POBA), co było spowodowane ograniczoną dostępnością stentów, które w tym okresie pochodziły z centralnego rozdzielnika.

Zabiegi angioplastyki trwały znacznie dłużej, wykonywane były w nieporównywalnie trudniejszych warunkach technicznych (posługiwano się mniej doskonałym sprzętem niż obecnie). Wykonywano wówczas kilkakrotne inflacje balonowe pod wzrastającym ciśnieniem, obawiając się dyssekcji naczynia, a w powszechnym użyciu były perfuzyjne cewniki balonowe pozwalające na wydłużenie czasu inflacji i „sklejenie” naczynia. Zastosowanie stentu traktowane było jako konieczność w sytuacji nieoptymalnego wyniku zabiegu. Dla ogromnej większości obecnie aktywnych zawodowo kardiologów interwencyjnych takie postępowanie jest historią, znaną jedynie z opowiadań.

Czy przyjęte wówczas, a wynikające z technicznych możliwości schematy postępowania były niewłaściwe? Czy pogarszały rokowanie w tej grupie chorych?

Na te pytania próbują odpowiedzieć Autorzy komentowanej pracy.

Dane demograficzne obydwu grup były podobne, uwagę zwraca jednak średni wiek chorych 55,7 vs 58,1 lat, różniący tę populację od obecnie leczonych – znacznie starszych chorych.

Cechą różniącą analizowane populacje było również wcześniejsze leczenie trombolityczne stosowane u 45,7% w grupie I i u 24% w grupie II. Uzyskane wyniki angiograficzne w obu grupach były podobne, a przepływ TIMI 3 osiągnięto u odpowiednio 93,3 vs 93,1% chorych.

Ten dobry wynik angiograficzny w obydwu grupach miał niewątpliwie wpływ na zmniejszenie śmiertelności wewnątrzszpitalnej do 2,9 vs 2,4%. W okresie 2-letniej obserwacji Autorzy odnotowali stosunkowo niski, bo 8,0 vs 10,4%, odsetek śmiertelności, nieróżniący statystycznie obydwu grup.

Potwierdza to fakt, że zabieg pPCI zakończony wnikliwą oceną poszerzonego naczynia (jak to miało niewątpliwie miejsce w wypadku zabiegów niezakończonych implantacją stentów) daje dobre wyniki wczesne i odległe. Często zapominają o tym operatorzy „stentomaniacy”, którzy szybko kończą procedurę i tylko pobieżnie analizują finalne angiogramy.

Jak widać w prezentowanym materiale, przyjęta strategia postępowania, która była wynikiem możliwości

technicznych, nie pogarszała rokowania chorych i była wówczas standardem leczenia zawału w większości polskich pracowni [6]. Wykonywane obecnie zabiegi oparte są na szybkim otwarciu naczyń, bez wstępnego jego poszerzenia cewnikiem balonowym, i jedynie bezpośrednim stentowaniu (ang. *direct stenting*) zmienionego odcinka [7]. Czy zatem powinniśmy wrócić do metod leczenia prezentowanych w artykule Tajstry i wsp.?

W świetle obowiązujących zaleceń – zdecydowanie nie. Ale czy w szczególnych sytuacjach jest to dopuszczalne?

Angioplastyka długiej zmiany w wąskim naczyniu do zawałowym do niedawna mogła być takim wyjątkiem, dzisiaj większość operatorów podejmuje decyzję o implantacji stenu uwalniającego leki, mimo że nie ma rekomendacji dla takiego postępowania. Czynnikiem powodującym wahanie przy implantacji stentu była też konieczność wykonania dużego zabiegu chirurgicznego, zmuszająca do odstawienia leków przeciwplatek. Obecnie chirurdzy podejmują (odpowiednio przygotowując pacjentów) ryzyko operacji przy podwójnej terapii przeciwplatekowej.

Podsumowując, należy stwierdzić, że obecnie zabiegi pPCI z implantacją stentów w zawale serca są optymalnym i powszechnie stosowanym sposobem leczenia.

Autorzy pokazują jednak, że stosowane wcześniej metody postępowania były równie skuteczne, mimo że od współczesnych technik dzieli je przepaść technologiczna i zupełnie inne postępowanie farmakologiczne, wykorzystujące nowoczesne leki.

Piśmiennictwo

1. Silber S, Albertsson P, Aviles 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.
2. Suryapranata H, Van't Hof AW, Hoorntje JC, et al. Randomized comparison of coronary stenting with balloon angioplasty in selected patients with acute myocardial infarction. *Circulation* 1998; 97: 2502-5.
3. Grines CL, Cox DA, Stone GW, et al. Coronary angioplasty with or without stent implantation for acute myocardial infarction. Stent Primary Angioplasty in Myocardial Infarction Study Group. *N Engl J Med* 1999; 341: 1949-56.
4. Stone GW, Grines CL, Cox DA, et al. CADILLAC investigators. Comparison of angioplasty with stenting, with or without abciximab, in acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 2002; 346: 957-66.
5. Tajstra M, Gąsior M, Lekston A, et al. Comparison of primary balloon angioplasty with bailout stenting strategy to primary coronary stenting strategy in the treatment of patients with ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI). *Kardiologia Pol* 2007; 65: 1277-84.
6. Peruga JZ. Łódzki program leczenia interwencyjnego zawału serca. Ostry zawał serca – dlaczego leczenie inwazyjne? Program Łódzkiej Regionalnej Kasy Chorych. *Polski Przegląd Kardiologiczny* 2002; 4 (Supl. 2): 53-4.
7. Loubeyre C, Morice MC, Lefevre T, et al. A randomized comparison of direct stenting with conventional stent implantation in selected patients with acute myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 2002; 39: 15-21.