

Komentarz redakcyjny

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

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



Komentowana praca przedstawia wyniki kolejnego już Regionalnego Programu Leczenia Ostrego Zawału Serca, które powstały w pierwszych latach działania w naszym kraju Kas Chorych. W polskim piśmiennictwie były prezentowane już programy: mazowiecki, małopolski, za-brzański, podlaski, wielkopolski oraz opolski. Tym razem mamy możliwość zapoznania się z doświadczeniami łódzkimi.

Warto podkreślić, iż wszystkie te wyniki są do siebie zbliżone i nie odbiegają od najlepszych, uzyskiwanych w renomowanych ośrodkach kardiologicznych na świecie! W swoim opracowaniu Autorzy z Łodzi dowiedli m.in., iż w wypadku stosowania pierwotnej angioplastyki wieńcowej (pPCI) opóźnienie wewnątrzszpitalne jest szczególnie istotne (bo pogarsza rokowanie) w grupie chorych z opóźnieniem wdrożenia terapii >6 godz. Ponadto na podstawie zgromadzonego materiału stwierdzili oni w modelu wieloczynnikowym, że następujące czynniki istotnie obciążają rokowanie pacjentów po pPCI: wstrząs kardiogeny, wiek >75 lat, czas opóźnienia oraz skuteczność samego zabiegu.

Niewątpliwie rozpoczęte w 2000 r. szerokie wprowadzanie do praktyki klinicznej pPCI sprawiło, że ta metoda leczenia ostrych zespołów wieńcowych stosunkowo szybko została okrzyknięta wręcz polską specjalnością. I na tym można by zakończyć ten komentarz. Przecież wyniki kolejnego programu potwierdzają naszą polską klasę. Czego więcej chcieć? Czyżby nie wystarczyło pogratulować Autorom? Jednak uznałem, że takie podejście sugerowałoby, iż kwestia leczenia ostrego zawału serca z uniesieniem odcinka ST (STEMI) jest rozstrzygnięta raz na zawsze, a nasza pozycja w gronie ekspertów jest niezagrożona. Myślę, że nie jestem osamotniony w sądzie, iż nic bardziej błędnego! Stąd dalsza część mojego komentarza.

Otóż w moim przekonaniu, obok dobrze wyszkolonej kadry medycznej, wręcz entuzjastycznie nastawionych do tego sposobu leczenia (tj. pPCI) kardiologów internistycznych, podstawą naszych (tj. polskich) dobrych wyników było (i jest nadal) ominięcie w drodze chorego do miejsca finalnego leczenia pośrednich etapów transportowych, takich jak np. szpital rejonowy bez ośrodka kardiologii inwazyjnej. Takie podejście z całą pewnością skraca czas udrożnienia tętnicy odpowiedzialnej za zawał

serca (IRA), a tym samym ogranicza obszar jego martwicy i poprawia rokowanie chorego. Wagę tego ostatniego zjawiska najlepiej obrazuje powiedzenie „czas to mięsień”. Dlatego nie powinno być żadnym zaskoczeniem, iż w tej sprawie stale toczą się liczne badania. A proponowane działania są wielokierunkowe. Można wśród nich wyróżnić próby poprawy organizacji systemów transportowych (wykorzystanie helikopterów i samolotów ratunkowych) oraz logistyki decyzyjnej (wprowadzanie osiągnięć telemedycyny). W tej ostatniej kwestii spore nadzieje wiąże się z dokonywaną przez załogę karetki ratunkowej teletransmisją 12-odprowadzeniowego zapisu EKG danego chorego do ośrodka konsultującego. Niewątpliwie taka możliwość ułatwia podjęcie właściwej decyzji przez zespół wyjazdowy, co może skutkować szybszym dowiezieniem chorego do ośrodka dysponującego pracownią kardioangiograficzną. Co więcej, taka specjalistyczna konsultacja pozwala na podjęcie decyzji o ewentualnym zastosowaniu fibrynolizy już w domu chorego, nawet jeśli w zespole wyjazdowym nie ma doświadczonego kardiologa. Tak więc rodzi się realna nadzieja na szersze wprowadzenie przedszpitalnej fibrynolizy jako następnej opcji terapeutycznej dla chorych ze STEMI. Jej istotą jest „zmieszczenie się” z podaniem fibrynolityku (powinien być nowej generacji) w stosunkowo wąskim (tj. do 3 godz. od rozpoczęcia dolegliwości) oknie terapeutycznym. A warto pamiętać, iż spełnienie tego warunku zapewnia uzyskanie efektów terapeutycznych podobnych do pPCI. W tej sprawie najczęściej cytowane jest badanie CAPTIM, które dowiodło, iż śmiertelność obu grup chorych, tj. przedszpitalnej fibrynolizy oraz pPCI, nie różniła się istotnie. Jednocześnie jednak należy pamiętać, że u 33% chorych z grupy przedszpitalnej fibrynolizy trzeba było wykonać pilną angioplastykę (!) w trakcie pierwszej hospitalizacji, a jeśli uwzględnić okres 30 dni po fibrynolizie, to PCI wykonano u 70,4% chorych (!!!).

Kolejny kierunek badań nad poprawą wyników leczenia STEMI wiąże się z ułatwioną (zwaną też torowaną) angioplastyką (ang. *facilitated angioplasty*). Idea tego sposobu leczenia polega na wspomaganiu farmakologicznym (fibrynolityk lub bloker receptora płytkowego IIb/IIIa, lub ich połączenie) zabiegu PCI. Z całą pewnością istnieje silne teoretyczne uzasadnienie dla słuszności takiej koncepcji. Dzisiaj już nikt nie poddaje w wątpliwość tezy, że *time is muscle*, co oznacza, że każde opóźnienie udrożnienia IRA przekłada się na zwiększające się uszkodzenie mięs-

nia sercowego. Dlatego, zwłaszcza u chorych wymagających dłuższego transportu do pracowni kardioangiograficznej pełniącej 24-godzinny dyżur, istnieje ewidentna potrzeba dysponowania metodą pozwalającą na „oszczędzenie” mięśnia w trakcie transportu. Trzeba przyznać, iż niestety wieloośrodkowe badania kliniczne nie potwierdzały w pełni naszych oczekiwań w stosunku do ułatwionej PCI. Po badaniu ASSENT-4 już tylko najwięksi optymiści czekali na wyniki badań FINESSE i CARESS, które miały być decydujące dla przyszłości ułatwionej PCI.

Wyniki obu ww. badań (zrealizowanych przy wydatnym zaangażowaniu polskich ośrodków!) zostały ogłoszone podczas Kongresu ESC w Wiedniu (wrzesień 2007). Badanie FINESSE dotyczyło 2453 chorych ze STEMI, podzielonych na 3 grupy. W pierwszych dwóch grupach zabieg PCI był poprzedzony wczesnym podaniem zredukowanej dawki reteplazy oraz abciksimabu (grupa 1.) lub tylko abciksimabu (grupa 2.). W 3. grupie abciksimab podawano tuż przed PCI. Wyniki 90-dniowe wykazały brak różnic w pierwotnych punktach końcowych (śmierć, rehospitalizacja z powodu niewydolności serca, wstrząs kardiogeny oraz migotanie komór resuscytowane) pomiędzy poszczególnymi grupami – czyli generalnie znówu brak istotnych argumentów za ułatwioną PCI.

Podobnie można by podsumować badanie CARESS. Jego populacja liczyła 600 chorych, podzielonych na dwie grupy. W pierwszej znaleźli się chorzy z pilnym transferem na PCI po wdrożeniu fibrynolizy, natomiast drugą tworzyli chorzy kierowani na PCI po fibrynolizie tylko wtedy, gdy po 90 min utrzymywało się uniesienie ST, występowały bóle stenokardialne lub niestabilność hemodynamiczna. Chorych spełniających te ostatnie kryteria

w grupie 2. było 35,7%. Wyniki 30-dniowe były korzystniejsze dla grupy 1., tj. automatycznie transferowanej do pracowni kardioangiograficznej po włączeniu fibrynolizy (4,1 vs 11,1% dla złożonego punktu końcowego, odpowiednio dla grup 1 vs 2; $p < 0001$). Uzyskane wyniki dowodzą tego, iż pomimo skutecznej fibrynolizy, należy u tak leczonych chorych wykonywać wczesną koronarografię (i jeśli to możliwe – następce PCI). Tak więc badanie CARESS jest jeszcze jednym badaniem (po GRACI 1, SIAM 3 oraz CAPITAL-MI) potwierdzającym korzyść z wczesnej PCI u chorych leczonych trombolizą. Niewątpliwie konieczne jest bardziej szczegółowe sformułowanie obecnych obowiązujących Wytycznych ESC w tej sprawie, wskazujących na okres 24 godz. Pozostaje kwestią nierozstrzygniętą, jaki czas jest optymalny. Z badania CARESS wynika, że może to być 2,5 godz. po fibrynolizie, a w badaniu GRACIA było to 17 godz.

Jak widać, jeszcze sporo czasu upłynie do chwili, kiedy będziemy dysponować gotowymi wytycznymi na każdą sytuację kliniczną chorego ze STEMI. Jednak jedno jest pewne – w każdej z tych sytuacji kardiolog interwencyjny będzie potrzebny...

Piśmiennictwo

1. Steg PG, Bonnefoy E, Chabaud S. Impact of time to treatment on mortality after prehospital fibrinolysis or primary angioplasty: data from the CAPTIM randomized clinical trial. *Circulation* 2003; 108: 2851-6.
2. Bonnefoy E, Lapostolle F, Leizerovitch A. Primary angioplasty versus prehospital fibrinolysis in acute myocardial infarction: a randomised study. *Lancet* 2002; 360: 825-9.
3. Ellis S, di Mario C. Hot-line Session podczas Kongresu ESC w Wiedniu, 4 września 2007.