

## Angioplastyka torowana – wciąż więcej pytań niż odpowiedzi

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

Klinika Kardiologii, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



Z oczywistych względów skuteczne leczenie ostrego zawału serca z uniesieniem ST (STEMI) w dalszym ciągu pozostaje jednym z najważniejszych zagadnień współczesnej kardiologii. Ostatnie lata wręcz obfitowały w badania, które miały na celu znalezienie optymalnej formy leczenia STEMI. Dyskusja

dotycząca tego zagadnienia toczy się również w Polsce.

Omawiana praca dotyczy tzw. ułatwionej angioplastyki wieńcowej (*facilitated PCI*) i powstała w wyniku analizy materiału zgromadzonego w ramach rozpoczętego w 2001 r. Małopolskiego Programu Leczenie Ostrego Zawału Serca (kierownicy: J. Dubiel, D. Dudek, K. Żmudka). Mój pierwszy komentarz dotyczący tej formy leczenia STEMI pojawił się w kwietniu 2002 r. (*Kardiologia Polska* 2002; 56: 413) i odnosił się do pierwszych doświadczeń zespołu D. Dudka. W tamtym komentarzu pisałem o zaletach 24-godz. dyżuru kardiologicznego i konieczności tworzenia następnych ośrodków interwencyjnego leczenia STEMI w naszym kraju. Dzisiaj mało kto pamięta, że przełom w batalii o efektywne leczenie zawału serca w ramach 24-godz. dyżuru kardiologicznego dokonał się właśnie w 2001 r. Dzięki temu zabieg pierwotnej angioplastyki wieńcowej przestał być zarezerwowany dla szczęśliwców chorujących do godziny 16. Pod koniec wspomnianego już 2001 r. programy interwencyjnego leczenia zawału serca funkcjonowały w 11 polskich miastach (Zabrze, Katowice, Opole, Kraków, Warszawa, Białystok, Łódź, Szczecin, Gdańsk, Poznań oraz Bydgoszcz). Jakże inną sytuację mamy obecnie, tj. 4 lata po publikacji tego komentarza. Liczba ośrodków prowadzących ww. dyżur przekroczyła 50, a odsetek chorych z ostrym zespołem wieńcowym (OZW) leczonych metodami kardiologii inwazyjnej zbliża się do 25% ogólnej liczby zabiegów PCI.

Ten ostatni fakt jest najlepszym dowodem na to, że wreszcie i w naszym kraju pierwotna angioplastyka zajęła należne jej miejsce. W tym miejscu wypada stwierdzić, że to bardzo dobrze, kiedy akademickie dyskusje prowadzone na licznych sympozjach naukowych zostają zastąpione praktycznymi działaniami klinicznymi.

We wspomnianym komentarzu z 2002 r. wyrażałem nadzieję, że ułatwiona PCI może zwiększyć grono chorych

ze STEMI osiągających istotny zysk z przezskórnej rewaskularyzacji wieńcowej. Na zakończenie postawiłem tezę, że *poprzez poprawę przepływu w tętnicy odpowiedzialnej za zawał (IRA) – zestaw 1/2 Actylise + ReoPro poszerza okno terapeutyczne dla chorych, wymagających dłuższego transportu oraz oczekujących na wolny kardiologograf.*

W swoim artykule z 2002 r. D. Dudek przedstawił wyniki wewnątrzszpitalne grupy 34 chorych ze STEMI, a jego wniosek końcowy brzmiał: *Skójarzona terapia trombolityczna w ostrym zawałe serca wykazuje wysoką skuteczność w przywracaniu drożności IRA. Chorzy tak leczeni mogą być poddani PCI, co nie wiąże się ze wzrostem ryzyka dużych powikłań krwotocznych. Terapia taka może być szczególnie przydatna we wstępnym leczeniu chorych z AMI przysyłanych do pracowni z ośrodków odległych.*

Pracę publikowaną w niniejszym numerze, powstałą prawie 4 lata później, przeczytałem z ogromnym zaciekawieniem. Okazało się, że Autorzy z rejestru 669 chorych ze STEMI leczonych ułatwioną PCI wybrali 187 chorych, dla których uzyskali pełne dane angiograficzne i kliniczne. Na podstawie analizy stosownych danych postawili następujące wnioski: *Wykonanie PCI po zastosowaniu kombinowanej terapii fibrynolitycznej w STEMI wiąże się z wysoką skutecznością PCI oraz poprawą wskaźników perfuzji mięśnia sercowego. Korzyść ta ograniczona jest jednak głównie do chorych z wyjściowo upośledzonym napływem w zakresie IRA (TIMI 0+1) po zastosowanej farmakoterapii. Jednak efekt kliniczny tej strategii postępowania szczególnie dla grupy pacjentów poddanych PCI po skutecznym leczeniu fibrynolitycznym wymaga określenia w badaniach z randomizacją.*

Ktoś mógłby powiedzieć, że po badaniach pilotażowych należało się spodziewać czegoś więcej. Jednak jak zwykle okazało się, że na trudne pytania (a do takich należy kwestia leczenia STEMI u pacjentów wymagających transportu do pracowni kardiologicznej) nie ma prostych i jednoznacznych odpowiedzi. A pamiętać należy, że istnieje silne teoretyczne uzasadnienie dla słuszności koncepcji farmakologicznego wspomaganie PCI. Dzisiaj już nie poddaje w wątpliwość tezy, że *time is muscle*, co oznacza, że każde opóźnienie udrożnienia IRA przekłada się na zwiększające się uszkodzenie mięśnia sercowego. Dlatego zwłaszcza u chorych wymaga-

jących dłuższego transportu do pracowni kardioangiograficznej, pełniącej 24-godz. dyżur istnieje ewidentna potrzeba dysponowania metodą pozwalającą na oszczędzenie mięśnia w jego trakcie. A wiele wskazuje, że kombinowana farmakoterapia (lityk+bloker  $\beta_{2\alpha 3}$ ) jest w stanie zapewnić pewien zakres przepływu w IRA przed wykonaniem pierwotnej angioplastyki.

Uzyskane do tej pory dane dotyczące takiej *ostry dla serca* nie są jednoznaczne i zapewne dlatego pomimo racjonalnych przesłanek Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne (ESC) w swoich najnowszych zaleceniach dotyczących przezskórnej angioplastyki wieńcowej podkreśla, że nie ma obecnie jednoznacznych dowodów pochodzących z badań z randomizacją świadczących o przewadze ułatwionej PCI nad angioplastyką pierwotną czy też leczeniem trombolitycznym [1]. Sekcja Kardiologii Inwazyjnej PTK w swoich Zaleceniach [2] idzie o krok dalej, dopuszczając stosowanie ułatwionej PCI u chorych podwyższonego ryzyka, u których czas transportu do ośrodka, pełniącego 24-godz. dyżur przekracza 90 min.

Śmiem jednak twierdzić, że obecnie działania praktyków w tej materii są bardziej intuicyjne niż powiąza-

ne z *medycyną opartą na faktach*. Pozostaje wierzyć, że wyniki wieloośrodkowych badań z randomizacją takich jak CARESS i FINESSE, w których biorą udział również polskie ośrodki, w sposób bardziej konkretny pozwolą określić miejsce ułatwionej PCI w leczeniu STEMI.

Tak więc jak zwykle należy uzbroić się w cierpliwość i czekać na konkretne wyniki. Przy czym warto pamiętać, że i obecnie obowiązujące zalecenia ESC wskazują, jak powinno wyglądać postępowanie w stosunku do chorych ze STEMI mieszkających w miejscach poza ośrodkami kardiologii interwencyjnej. Chodzi tutaj głównie o wysoką skuteczność tzw. wczesnej fibrynolizy (<3 godz. od początku objawów) w leczeniu STEMI oraz konieczność wczesnej koronarografii (i ewentualnej PCI) u chorych, którzy nie skorzystali z dobrodziejstwa wczesnego leczenia reperfuzyjnego.

#### Piśmiennictwo

1. Przezskórne interwencje wieńcowe. Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. *Kardiologia Polska* 2005; 63: 265-320.
2. Zalecenia postępowania w kardiologii inwazyjnej. *Kardiologia Polska* 2005; 63, Suppl. III.