

Rejestr EUROTRANSFER — w dalszym ciągu wiele do zrobienia dla optymalizacji leczenia ostrego zawału serca z przetrwałym uniesieniem ST

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

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



Ogromna liczba danych zgromadzonych w ostatnich latach bezspornie dowodzi, że pierwotna przeszskórna interwencja wieńcowa (pPCI) jest obecnie najskuteczniejszą metodą leczenia chorych z ostrym zawałem serca z przetrwałym uniesieniem odcinka ST (STEMI) [1, 2]. Szerokie zastosowanie kliniczne pPCI stosunkowo szybko

zaczęło owocować nie tylko wzrostem doświadczenia i umiejętności manualnych osób wykonujących te zabiegi, ale również wprowadzaniem coraz nowszych generacji urządzeń angioplastycznych i leków. Niejako równolegle do tego postępu zwiększyła się liczba ośrodków wykonujących pPCI w trybie całodobowego dyżuru, a to z kolei istotnie zwiększa dostępność tej metody leczenia. Jednak zdobywane dane dowodzą jednocześnie, że mimo osiągniętego postępu daleko nam do wymaganego optimum. I nie chodzi tutaj tylko o zmniejszenie wczesnej śmiertelności z powodu STEMI, ale również o poprawę tego parametru w znacznie dłuższej perspektywie czasowej. Przecież, jak wiadomo, istnieje stosunkowo ścisły związek między wielkością uszkodzenia mięśnia sercowego, a czasem przeżycia chorych po STEMI. Już chociażby z tego powodu dla wszystkich powinno stać się jasne, że należy zrobić wszystko, aby chorzy ze STEMI trafiali jak najszybciej do doświadczonych ośrodków kardiologii inwazyjnej, bo w myśl hasła *time is muscle*, każde opóźnienie otwarcia naczynia odpowiedzialnego za zawał (IRA) zwiększa liczbę bezpowrotnie utraconych kardiomiocytów, a to przekłada się na śmiertelność.

W piśmiennictwie fachowym można znaleźć prace analizujące przyczyny opóźnień rozpoczęcia leczenia reperfuzyjnego [2] oraz takie, w których są prezentowane efekty stosowanych protokołów farmakologicznych [2–4]. Niewątpliwie te dwa zagadnienia są ze sobą bardzo ściśle związane. Przecież aż się prosi, aby u chorych z największym opóźnieniem jak najszybciej rozpoczynać skuteczną terapię, działającą protekcyjnie w stosunku do ostro niedokrwionych kar-

diomiocytów i to na długo przed pPCI. Niestety mimo sporej liczby badań w tym zakresie nie mamy wielkich osiągnięć, chociaż nie wolno zapominać o dużym potencjale przedszpitalnej fibrylizy (środkami nowych generacji) [5, 6]. Stosunkowo duże oczekiwania w tej samej kwestii wiązano z inhibitorami receptora płytkowego GP IIb/IIIa, jednak osiągnięte wyniki dalekie były od jednoznaczności [7–9]. W przypadku STEMI największą liczbę danych zebrano w przypadku abcximabu, który charakteryzuje się potwierdzoną skutecznością w farmakologicznym leczeniu wspomagającym podczas pPCI. Jednak nadal istnieją wątpliwości, czy lek ten powinien być podawany przed pPCI i czy wpływa to na rokowanie każdego chorego, czy też tylko tych najbardziej obciążonych pacjentów.

Rejestr EUROTRANSFER jest badaniem, w którym podjęto próbę zweryfikowania hipotezy dotyczącej skuteczności tzw. wczesnego podawania abcximabu u chorych ze STEMI [10, 11]. Włączono do niego 1650 pacjentów ze STEMI, zakwalifikowanych do leczenia inwazyjnego. Grupę tzw. „wczesnego abcximabu” (lek podany co najmniej 30 min przed pierwszą inflacją balonika angioplastycznego) tworzyło 727 z nich, natomiast grupę „późnego abcximabu” — 359 pacjentów, którzy otrzymali ten lek dopiero w pracowni kardiologii inwazyjnej. Nie trzeba ukrywać, że uzyskane wyniki są bardzo korzystne dla wczesnego podawania abcximabu. W trakcie rocznej obserwacji w grupie, w której lek podawano wcześniej, zmarło istotnie mniej pacjentów niż w grupie, w której lek podawano później (odpowiednio: 5,8% v. 10,3%; $p = 0,007$). Ponadto wynik ten potwierdzono z użyciem dość wysublimowanych analiz statystycznych (*propensity score*: $p = 0,004$).

Druga bardzo ważna obserwacja, którą dostarcza Rejestr EUROTRANSFER [11], dotyczy faktu, że jedynie 36% chorych przekazanych do pracowni kardiologii inwazyjnej zmieściło się w rekomendowanych przez Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne zaleceniach leczenia dotyczącego STEMI, oknie czasowym 90 minut od pierwszego kontaktu medycznego do pPCI oraz 60% dla okna 120 minut. Niewątpliwie te

ostatnie cyfry powinny podzielać jak „zimny prysznic” dla tych, którzy twierdzą, że w kardiologii osiągnęliśmy wszystko, co było możliwe! Prawdą jest przykra i dowodzi konieczności bardzo kompleksowego i długofalowego podejścia do leczenia chorych ze STEMI! Okazuje się, że stworzenie super nowoczesnego ośrodka kardiologii interwencyjnej bez sieci współpracujących z nim lekarzy pierwszego kontaktu, transportu medycznego i akcji informacyjnej dla potencjalnych chorych niewiele zmieni w dotychczasowych wynikach leczenia STEMI.

Oczywiście badanie EUROTRANSFER [10, 11] nie było próbą randomizowaną i charakteryzuje się wszystkimi ograniczeniami rejestru wieloośrodkowego. Jednak warto pamiętać, że w jego ramach zebrano dane dotyczące rocznej obserwacji klinicznej u 93% włączonych chorych, a uzyskany wynik dotyczy tzw. twardego punktu końcowego, jakim jest zgon i chociażby z tego powodu nie powinno się lekceważyć omawianego badania. Pozostaje wierzyć, że znajdą się pieniądze na przeprowadzenie stosownego badania randomizowanego, w którym będzie można w pełni zweryfikować skuteczność wczesnego podawania abciximabu. Natomiast na pytanie, co zrobić do tego czasu, należy odpowiedzieć — abciximab trzeba podawać jak najszybciej od pierwszego kontaktu medycznego tym, u których nie istnieją przeciwwskazania do stosowania inhibitorów GP IIb/IIIa.

Piśmiennictwo

1. Widimsky P, Bilkova D, Penicka M et al. Long-term outcomes of patients with acute myocardial infarction presenting to hospitals without catheterization laboratory and randomized to immediate thrombolysis or interhospital transport for primary percutaneous coronary intervention. Five years' follow-up of the PRAGUE-2 trial. *Eur Heart J*, 2007; 28: 679–684.
2. Van de Werf F, Bax J, Betriu A et al. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation: the Task Force on the Management of ST-Segment Elevation Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*, 2008; 29: 2909–2945.
3. Ellis SG, Tendera M, de Belder MA et al. Facilitated PCI in patients with ST-elevation myocardial infarction. *N Engl J Med*, 2008; 358: 2205–2217.
4. Di Mario C, Dudek D, Piscione F et al. Immediate angioplasty versus standard therapy with rescue angioplasty after thrombolysis in the Combined Abciximab REtreatment Stent Study in Acute Myocardial Infarction (CARESS-in-AMI): an open, prospective, randomised, multicentre trial. *Lancet*, 2008; 371: 559–568.
5. 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: 2851–2856.
6. Bonnefoy E, Lapostolle F, Leizerovicz A. Primary angioplasty versus prehospital fibrinolysis in acute myocardial infarction: a randomized study. *Lancet*, 2002; 360: 827–829.
7. De Luca G, Gibson CM, Bellandi F et al. Early glycoprotein IIb–IIIa inhibitors in primary angioplasty (EGYPT) cooperation: an individual patient data meta-analysis. *Heart*, 2008; 94: 1548–1558.
8. Maioli M, Bellandi F, Leoncini M et al. Randomized early versus late abciximab in acute myocardial infarction treated with primary coronary intervention (RELAX-AMI Trial). *J Am Coll Cardiol*, 2007; 49: 1517–1524.
9. Hassan AK, Liem SS, van der Kley F et al. In-ambulance abciximab administration in STEMI patients prior to primary PCI is associated with smaller infarct size, improved LV function and lower incidence of heart failure: results from the Leiden MISSION! acute myocardial infarction treatment optimization program. *Catheter Cardiovasc Interv*, 2009; 74: 335–343.
10. Rakowski T, Siudak Z, Dziewierz A et al. Early abciximab administration before transfer for primary percutaneous coronary interventions for ST-elevation myocardial infarction reduces 1-year mortality in patients with high-risk profile. Results from EUROTRANSFER registry. *Am Heart J*, 2009; 158: 569–575.
11. Siudak Z, Rakowski T, Dziewierz A et al. Early abciximab use in ST-elevation myocardial infarction treated with primary percutaneous coronary intervention improves long-term outcome. Data from EUROTRANSFER Registry. *Kardiologia Polska*, 2010; 68: 539–543.