

Co způsobuje pokles úmrtnosti na ischemickou chorobu srdeční? – editorial

L. Groch

I. interní kardio-angiologická klinika Lékařské fakulty MU a FN u sv. Anny Brno, přednosta prof. MUDr. Jiří Vítovec, CSc., FESC

Kotík L. Snížení morbidit a mortality nemocných s chronickými formami ischemické choroby srdeční je výsledkem konzervativní léčby. *Vnitř Lék* 2011; 57(5): 497–501.

Autor analyzuje možnosti léčby chronické formy ischemické choroby srdeční v současné době. Z celkového ladění příspěvku je zřejmé, že autor je vášnivým zastáncem konzervativní léčby ischemické choroby srdeční. Na tom neshledávám nic špatného, kdyby ovšem MUDr. Kotík v závěru svého příspěvku nepsal o odvaze „konzervativně smýšlející kardiologů“ léčit své pacienty od počátku konzervativně bez znalosti koronarografického nálezu, nebo kdyby nehrozil novým rizikem trombózy v lékových stentech, či nepodsouval intervenčním kardiologům komerční zájmy při srovnávacích studiích lékových stentů.

Jsem naprosto přesvědčen, že třídění kardiologů na „konzervativně smýšlející“ a invazivní je zcestné, kardiologii škodící a laickou veřejnost matoucí. Stejně tak jsem přesvědčen, že veškeré naše profesní počínání má směřovat ku prospěchu našich pacientů, bez ohledu na to, zda jsme konzervativně či intervenčně ladění a jediným východiskem má být medicína založená na důkazech. A ještě jedno východisko – cílem našeho snažení má být účinná pomoc nemocnému od jeho potíží – a tou je nejenom zlepšení prognózy pacienta, ale též (a často je to pro nemocného zcela zásadní) i snížení symptomů.

Proberme nyní tolik diskutovanou „evidence-based“ medicínu:

V článku MUDr. Kotíka není zpochybněna role kardiologických a kardiochirurgických intervencí u akutních koronárních syndromů. Ani nemůže být: počínaje 90. léty minulého století bylo přineseno řada důkazů odvozených od randomizovaných studií upřednostňujících perkutánní intervenci před konzervativní léčbou u akutního infarktu myokardu typu STEMI, NSTEMI a u nestabilní anginy pectoris. Je potěšitelné, že česká intervenční kardiologie přispěla k této problematice zásadní měrou a české randomizované studie PRAGUE a PRAGUE-2 [1,2] pomohly změnit léčbu akutního infarktu ve světovém měřítku. Nemocní s akutními koronárními syndromy představují na mém pracovišti (a obdobná situace je na ostatních 21 českých centrech intervenční kardiologie) 60–70% intervenovaných pacientů. To znamená, že nemocných s chronickou formou ischemické choroby srdeční je léčeno na našich pracovištích 30–40% z počtu všech intervenovaných.

Na základě jaké evidence tyto pacienty léčíme?

V první řadě je léčíme proto, že se cítí nemocní, mají anginu pectoris – a medikamentózní léčba jejich potíže nedokáže zmírnit – proto k nám přece přišli. Prospíváme provedením koronární angioplastiky (PCI) těmto pacientům i jinak – snížením mortalitního rizika

či rizika vzniku akutního infarktu myokardu (IM)? Většina randomizovaných studií a metaanalýz opravdu u stabilní anginy pectoris neprokazuje snížení mortality a výskytu IM po provedené PCI. Na druhé straně existují ojedinělé studie [3,4] dokazující, že pacienti léčení intervenčně mají ve srovnání s optimální medikamentózní léčbou lepší prognózu.

MUDr. Kotík široce cituje COURAGE studii [5]. Tato studie opravdu vzbudila po svém uveřejnění vzrušený ohlas, poněvadž neprokázala mortalitní benefit a snížení výskytu infarktu myokardu v intervenční skupině. Méně se již diskutuje o tom, že z původně 35 539 pacientů zavzatých do COURAGE studie jich bylo 32 468 vyloučeno, poněvadž měli přítomno alespoň jedno vylučovací kritérium. K nim patřily: významně pozitivní zátěžový test, refrakterní srdeční selhání, ejekční frakce pod 30%, stabilní angina pectoris IV. stupně. To jsou přitom parametry, pro které pacienti se stabilní anginou pectoris rutinně léčíme pomocí PCI! Je proto zapotřebí interpretovat studii COURAGE adekvátně, tzn., že u nemocných se stabilní anginou pectoris (ne IV. stupeň), s ejekční frakcí nad 30%, bez významně pozitivního zátěžového testu, bez známek refrakterního srdečního selhání lze primárně zahájit konzervativní léčbu. Takových pacientů bylo

v COURAGE studii 2 287 z celkových 35 539. A je korektní pacientům léčebných primárně konzervativně oznámit, že v průběhu dalších 5 let jich 32,6% bude mít provedenu PCI.

Co se týče stentů a duální antiagregace: ano, implantace stentů bezpodmínečně vyžaduje duální protidestičkovou léčbu, a to 1měsíční u kovových stentů a alespoň 12měsíční u lékových stentů. Riziko trombózy stentu není zanedbatelné, jednoleté do 2,0% bez ohledu na typ stentu. Stejně tak riziko krvácení při duální antiagregaci je problémem a činilo až 3,7% v často citované studii CURE. Duální antiagregační léčba je daní, placenou za zbavení nemocného anginózních potíží. Je proto nezbytné, a děje se tak, aby byly vyvíjeny stenty s co nejdokonalější endotelizací (a tedy s krátkou nezbytnou dobou duální antiagregace), případně takové, které se plně v tepně resorbují, minimalizují riziko trombózy. Jednoznačně odmítám považovat probíhající studie porovnávající jednotlivé lékové stenty za „spíše komerčně motivované“.

MUDr. Kotík by byl zřejmě překvapen, jaké úporné každodenní diskuze probíhají na našem katetrizačním sále (a nepochybně i na sálech jiných intervenčních pracovišť) nad stanovením optimálního postupu u konkrétního pacienta se stabilní anginou pectoris. Byl by překvapen, jak často nemocnému s angiograficky již významnou stenózou koronární tepny, ale s málo vyjádřenou anginózní symptomatologií, doporučujeme konzervativní medikamentózní postup. Jako příspěvek do diskuze o způsobu další léčby u pacientů po infarktu typu STEMI s další

významnou stenózou na neinfarktové tepně naše pracoviště iniciovalo multicentrickou randomizovanou studii PRAGUE-13, kde polovina pacientů je randomizována do konzervativního způsobu léčby. Na výsledky této studie si musíme ještě 1 rok počkat.

Jsem velmi rád a s plným respektem přijímám pozitivní výsledky farmaceutických studií, které řeší terapii pacientů s různými formami ischemické choroby srdeční, jsem sám v některých studiích hlavním řešitelem a v plánované studii s trimetazidem národním koordinátorem. Nemám nic proti konzervativní léčbě stabilní anginy. Jen mám výhrady proti některým ultrakonzervativním názorům, jako je např. deklarovaná „odvaha léčit nemocného s ICHS od počátku konzervativně (snad i bez znalosti koronarografického nálezu?)“. Ostatně postupy pro invazivní diagnostiku a léčbu stabilní anginy pectoris jsou zakotveny i v doporučení České kardiologické společnosti [6].

Závěrem bych rád ještě jednou zdůraznil svoje pevné přesvědčení: nerozdělujeme kardiologu na konzervativně uvažující a na intervenčně uvažující. Kardiolog musí být pouze jeden, bez ohledu na to, jestli pracuje na oddělení neinvazivní kardiologie, v kardiologické ambulanci nebo na katetrizačním sále. Svoje znalosti musí uplatňovat tak, aby z nich měl pacient prospěch bez ohledu, na kterém pracovišti je vyšetřený a ošetřený.

Z těchto důvodů doporučuji upravit název článku ze „Snížení morbidit a mortality nemocných s chronickými formami ischemické choroby srdeční je především výsledkem konzervativní léčby“ na „Snížení morbidit a morta-

lity nemocných s chronickými formami ischemické choroby srdeční je i výsledkem konzervativní léčby“.

Literatura

1. Widimsky P, Groch L, Zelízko M et al. Multicentre randomized trial comparing transport to primary angioplasty vs immediate thrombolysis vs combined strategy for patients with acute myocardial infarction presenting to a community hospital without a catheterization laboratory. The PRAGUE study. Eur Heart J 2000; 21: 823–831.
2. Widimsky P, Budesinsky T, Vorac D et al. 'PRAGUE' Study Group Investigators. Long distance transport for primary angioplasty vs immediate thrombolysis in acute myocardial infarction. Final results of the randomized national multicentre trial – PRAGUE-2. Eur Heart J 2003; 24: 94–104.
3. Davies RF, Goldberg AD, Forman S et al. Asymptomatic Cardiac Ischemia Pilot (ACIP) study two-year follow-up: outcomes of patients randomized to initial strategies of medical therapy versus revascularization. Circulation 1997; 95: 2037–2043.
4. Hachamovitch R, Hayes SW, Friedman JD et al. Comparison of the short-term survival benefit associated with revascularization compared with medical therapy in patients with no prior coronary artery disease undergoing stress myocardial perfusion single photon emission computed tomography. Circulation 2003; 107: 2900–2907.
5. Boden WE, O'Rourke RA, Teo KK et al. COURAGE Trial Research Group. Optimal Medical Therapy with or without PCI for Stable Coronary Disease. N Engl J Med 2007; 356: 1503–1516.
6. Hradec J, Bultas J, Želízko M. Stabilní angina pectoris. Doporučený diagnostický a léčebný postup České kardiologické společnosti. Cor Vasa 2010; 52: 543–561.

prim. MUDr. Ladislav Groch, Ph.D.

www.fnusa.cz

e-mail: ladislav.groch@fnusa.cz

Doručeno do redakce: 2. 5. 2011