

REVASKULARIZIRANJE KORONARNIH BOLESNIKA U HRVATSKOJ

REVASCLARIZATION FOR CORONARY HEART DISEASE IN CROATIA

S poštovanjem i zanimanjem pročitah članak kolegice Strozzi i suradnika¹ koji razmatra vlastite retrospektivne podatke o liječenju 403 bolesnika s akutnim koronarnim incidentom (akutnim koronarnim sindromom, ACS) tijekom 2005. godine. Bilo bi vrlo korisno kad bi i drugi centri u našoj zemlji (za sada ih ima bar 8; po jedan u Krapinskim Toplicama, Rijeci, Slavonskom Brodu, Splitu, Zadru i tri u Zagrebu) iznijeli vlastite rezultate radi usporedbe i usuglašavanja.

Opažene, nemale razlike u ishodima (mnogo povoljniji za bolesnike podvrgnute perkutanoj koronarnoj intervenciji; PCI) ne mogu se pripisati isključivo izvršenom zahvatu jer su konzervativno liječeni bolesnici bili na znatno višem riziku (stariji, više dijabetičara, više onih s ranijim IM ili CVI), što autori i navode.¹

Neki su me podaci u ovom prikazu iznenadili i držim da bi ih bilo dobro raspraviti, kako s autorima, tako i s drugim stručnjacima.

- 1) Omjer koronarnih incidenata s elevacijom ST-spojnice (STEMI) prema onima bez elevacije (NSTEMI) je neočekivan (288:115 ili 71,5:28,5%)¹ jer se prema podacima iz velikih serija^{2,3} očekuje upravo obrnuti odnos. Je li riječ o za nas specifičnoj patologiji, o stanovitj selekciji bolesnika ili o nekom drugom čimbeniku (npr. različiti dijagnostički kriteriji)?
- 2) Danas se smatra da je prognoza akutnih koronarnih incidenata bez ST-elevacije čak nepovoljnija od STEMI oblika^{4,5} pa bi takvim stanjima trebalo posvetiti posebnu pažnju. Čini mi se štovije da bi prosječni NSTEMI trebao imati interventni prioritet pred STEMI, u čemu nisam usamljen.⁶
- 3) Preporuke za perkutanu koronarnu intervenciju (PCI) kod NSTEMI (odnosno NSTEMI-ACS) čvrsto su utemeljene na znanstvenim činjenicama već niz godina.⁷ Tome u prilog iznosim rezultate dviju nedavnih metaanaliza^{8,9} (tabl. 1): podaci su prikazani omjerom rizika (OR) s pripadajućim 95%-tnim intervalima pouzdanosti (CI – u zagradama), a značajnost opaženih razlika zvjezdicama, gdje * označava $p < 0,05$, a ** $p \leq 0,001$. Plediram dakle za mnogo aktivnije liječenje akutnog koronarnog sindroma u smislu žurne koronarografije, što doduše nije problem samo naše zemlje, već i mnogo bogatijih i razvijenijih (u SAD je primjerice između

2002. i 2006. godine učestalost PCI za NSTEMI-ACS u prvih 48 h po hospitaliziranju porasla tek za nekih 15%; sa 53% na 61%, i to pretežno u bolesnika niskog rizika, gdje je korist od takve intervencije znatno manja).¹⁰

- 4) S druge strane mi se čini (nemam pouzdane podatke pa možda griješim) da se prebrzo odlučujemo za koronarnu angioplastiku kod kronične stabilne angine. Takvi su bolesnici izloženi bitno manjem riziku i probitak interventne kardiologije znatno je manje izdašan, što je pokazao niz kliničkih pokusa, od kojih se u zadnje vrijeme posebno ističe COURAGE (Clinical Outcomes Utilizing Revascularization and Aggressive Drug Evaluation).¹¹ Ipak, prije svrhovite provedbe optimalne farmakoterapije, dobar dio liječnika se tu odlučuje za PCI, a još prije za aortokoronarno premoštenje. To dakako nije samo naš problem. Nedavna anketa o liječenju stabilne angine pectoris (s prikazom bolesnika)¹² pokazala je da između 7632 odgovora diljem svijeta njih 40,2% daje prednost aortokoronarnom premoštenju, 16,8% perkutanoj intervenciji, a samo bi 43% prvo ordiniralo primjereno konzervativno liječenje i pomno pratilo bolesnika.¹³ Postavlja se pitanje da li mi liječnici doista operativno primjenjujemo medicinu utemeljenu na znanstvenim dokazima (EBM) ili je to samo naš deklarativni stav?

Zvonko Rumboldt

Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu
Šoltanska 2, 21 000 Split, e-mail: zr@mefst.hr

LITERATURA

1. Strozzi M, Bulum J, Ernst A i sur. Razlike u mortalitetu bolesnika hospitaliziranih zbog akutnog infarkta miokarda u KBC-u Zagreb ovisno o načinu liječenja. Liječ Vjesn 2007;129:260–4.
2. Rosamond W, Flegal K, Friday G i sur. Heart disease and stroke statistics – 2007 update: a report from the AHA Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Circulation 2007;115:69–171.
3. Fox KAA, Steg PG, Eagle KA i sur. Decline in rates of death and heart failure in acute coronary syndromes, 1999 to 2006. JAMA 2007;297:1892–900.
4. Allen LA, O'Donnell CJ, Camargo CA i sur. Comparison of long-term mortality across the spectrum of acute coronary syndromes. Am Heart J 2006;151:1065–71.
5. Tang EW, Wong CK, Herbison P. Global registry of acute coronary events (GRACE) hospital discharge risk score accurately predicts long-term mortality post acute coronary syndrome. Am Heart J 2007;153:29–35.
6. Giuliano RP, Braunwald E. The year in non-ST-segment elevation acute coronary syndrome. J Am Coll Cardiol 2007;50:1386–95.
7. Braunwald E, Antman EM, Beasley JW i sur. ACC/AHA 2002 guideline update for the management of patients with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction: a report of the ACC/AHA Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol 2002;40:1366–74.
8. Mehta SR, Cannon CP, Fox KA i sur. Routine vs selective invasive strategies in patients with acute coronary syndromes: a collaborative meta-analysis of randomized trials. JAMA 2005;293:2908–17.

Tablica 1. Učinek PCI na prognozu
Table 1. The effects of PCI upon the prognosis

Izvor Source	Fatalni ishod Death	Nefatalni IM Nonfatal MI	Rehospitaliziranje Rehospitalization
Mehta i sur, 2005. ⁸ (9212 bolesnika/pts)	0,92 (0,77–1,09)	0,75 (0,65–0,88)**	0,66 (0,60–0,72)**
Bavry i sur, 2006. ⁹ (8375 bolesnika/pts)	0,75 (0,63–0,90)**	0,83 (0,72–0,96)*	0,69 (0,65–0,74)**

* $p < 0,05$; ** $p \leq 0,001$

9. Bavry AA, Kumbhani DJ, Rassi AN, Bhatt DL, Askari AT. Benefit of early invasive therapy in acute coronary syndromes: a meta-analysis of contemporary randomized clinical trials. *J Am Coll Cardiol* 2006;48:1319–25.
10. Tricoci P, Peterson ED, Mulgund J i sur. Temporal trends in the use of early cardiac catheterization in patients with non-ST-segment elevation acute coronary syndromes (results from CRUSADE). *Am J Cardiol* 2006;98:1172–6.
11. Boden WE, O'Rourke RA, Teo KK i sur. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease. *N Engl J Med* 2007;356:1503–16.
12. Anonimno. Management of stable coronary disease. *N Engl J Med* 2007;357:1762–6.
13. Cheng S, Jarcho J. Management of stable coronary disease – polling results. www.nejm.org (10.1056/NEJMcld0707875). Pristupljeno 4. 11. 2007.

Odgovor autora

Zahvaljujemo na interesu za naš članak. Objavili smo ga sa željom da ovi objavljeni rezultati budu kontrola kvalitete našeg rada. Kao što je dobro primijetio autor komentara, vrlo je malo konzistentnog praćenja rezultata u intervencijskoj kardiologiji u našoj zemlji, iako imamo 11 laboratorija (uključujući i ustanovu prof. Rumboldta) te smatramo da je ovaj članak mali doprinos našoj struci i može biti poticaj i za druge da objave svoje rezultate.

Pokušat ću odgovoriti na pitanje (točka 1) i komentare bez aspiracija da to bude još jedan novi članak.

1. U radu su bili obuhvaćeni svi bolesnici sa STEMI hospitalizirani u tom razdoblju, dok su uključeni samo bolesnici s NSTEMI koji su smješteni u jedinice intenzivnog liječenja (što je i navedeno u članku). Kako je velik broj bolesnika s NSTEMI, osobito onih čiji je tijek nekomplikiran, smješten na hladnim odjelima u našoj ustanovi, oni nisu bili obuhvaćeni. Također, 2005. godine, NSTEMI u praksi nije bio uvijek jasno definiran. Često smo rabili dijagnozu nestabilne angine, pogotovo u situacijama nedostatka testova za troponin. Slažem se s komentarom da NSTEMI ima više u odnosu na STEMI, a koliko je to, ovisi o definiciji, koju u članku nismo jasno definirali. Zbog toga smo prikazali rezultate NSTEMI bolesnika smještenih u Koronarnu jedinicu, ali smo se zbog malog broja potpuno ogradili od zaključaka i uspoređivanja sa STEMI grupom!
2. Danas, u 2008. godini opće je poznato da u bolesnika s NSTEMI, osobito onih višeg rizika treba učiniti invazivnu obradu i eventualnu intervenciju što prije te je u našoj Klinici pravilo (gotovo bez iznimke!) da se to učini unutar 1–3 dana, odnosno tijekom iste hospitalizacije, jer je ova skupina vrlo heterogena, a uključuje i ekvivalent STEMI kod posteriornog infarkta, bolesnike s višezilnom bolešću, bolesnike s bolešću glav-

nog stabla lijeve koronarne arterije, bolesnike s ranije učinjenim aortokoronarnim premoštenjem itd. O potrebi rane intervencije kod NSTEMI stoga više nije potrebna rasprava, ali ne podržavam postavku da NSTEMI treba imati prioritet pred bilo kakvim, pa i »prosječnim« STEMI. Uostalom, nema potrebe da ove dvije ekspresije iste bolesti zbog bilo čega kompetiraju.

3. Zahvaljujem prof. Rumboldtu na lijepu prikazu iz literature rizika tijekom dugoročnog praćenja ovih bolesnika. Poznato je, a i osobno se potpuno slažem s komentarom da se rizične situacije kod NSTEMI upravo pokazuju u dugoročnom praćenju. Naš članak nažalost nije uključivao dugoročne rezultate ni kod STEMI, a ni kod NSTEMI populacije. Nastojat ćemo uskoro prikazati stručnoj javnosti i takve podatke.
4. COURAGE studija omiljena je tema diskusije između kardiologa koji se bave i onih koji se ne bave intervencijskom kardiologijom. Bilo bi vrlo komplicirano analizirati na ovome mjestu neke slabosti ove studije, a ona i nema ništa zajedničko s našim člankom o bolesnicima s akutnim infarkt. Složit ću se s komentarom prof. Rumboldta da nestabilni bolesnici imaju veću korist od intervencijskih zahvata. U našoj Klinici oni zauzimaju više od 60% intervencijskih procedura. Što se pak tiče ankete iz *N Engl J Med*, ne nalazim ništa loše u mogućnosti izbora između tri pristupa stabilnom koronarnom bolesniku i različit odabir kod »virtualnog pacijenta« me ne iznenađuje. Stoga držimo se »evidence based« medicine, ali odlučujemo o svakom bolesniku individualno prema principu »common sense« (engl. zdrav razum)! Vjerujem da će se s time složiti mnogi koji se svakodnevno brinu za bolesnike s koronarnom bolešću.

Maja Strozzi