

CO JE A CO NENÍ DIREKTNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA?

Stanislav Janoušek¹, Petr Janský²

¹Interní kardiologická klinika FN Brno-Bohunice

²Kardiologické oddělení FN v Motole, Praha

Vzhledem k velkému rozvoji intervenční léčby akutního infarktu myokardu v České republice a připravovanému národnímu registru nemocných s tímto onemocněním se autoři zamýšlejí nad přesnou definicí pojmu direktní (primární) perkutánní koronární angioplastika v širším slova smyslu. Uvádějí několik příkladů, které by mohly způsobit interpretační potíže, a vyzývají k diskuzi předních odborníků k této terminologické problematice.

Klíčová slova: akutní srdeční infarkt, intervenční léčba, definice primární (direktní) koronární angioplastiky, celostátní registr nemocných.

WHAT IS AND WHAT IS NOT PRIMARY CORONARY ANGIOPLASTY?

Because of rapid progress in interventional treatment of acute myocardial infarction in Czech Republic and preparation of national register of this disease the authors discuss precise definition of primary percutaneous coronary angiography. They present several cases that could cause problems with interpretation and call for discussion of leading specialist on these terminological aspects.

Key word: acute myocardial infarction, interventional treatment, definition of primary coronary angioplasty, national register of patients.

Interv Akut Kardiolog 2004;3:38

Léčba akutního infarktu myokardu (AIM) je stále jedním ze základních problémů v akutní kardiologii. Od metaanalýzy srovnávající direktní (primární) perkutánní koronární angioplastiku (dPTCA) s trombolytickou léčbou AIM⁽¹⁾ je dPTCA obecně považována při dostupnosti katetrizačního centra rutinně provádějícího tento postup za léčebnou metodu první volby.

Realizace národních multicentrických randomizovaných studií PRAGUE a PRAGUE 2 a jejich výsledky^(2,3) vedly k dalšímu velkému rozvoji intervenční léčby AIM v naší republice, včetně transportu k těmto zákrokům⁽⁴⁾.

Komplikovanou otázkou definice je, které postupy lze považovat za dPTCA v širším slova smyslu. K pochopení složitosti této problematiky uvádíme několik následujících příkladů.

1. Pacient je přijat v nemocnici bez dostupnosti intervenční léčby s bolestmi a typickými elevacemi ST v elektrokardiografickém (EKG) záznamu, intravenózně podán heparin a kyselina acetylsalicylová, je transferován do katetrizačního centra, kam přichází již bez potíží, bez ST elevací v EKG obraze.

a) Pokud není akutně katetrizován, lze tento postup přesto považovat za dPTCA?
b) A pokud je katetrizován, je to dPTCA, i když vlastně nesplňuje indikační kritéria přítomnosti ST elevací?

2. Pacient přichází s typickými bolestmi bez EKG elevací. Vzhledem k hemodynamicky nestabilnímu stavu je katetrizován, zjištěn akutní uzávěr kmene levé koronární arterie,

který je dále intervenčně zprůchodněn. Lze tento postup považovat za dPTCA, i když nesplňuje indikační kritéria (nepřítomnost elevací ST)?

3. Pacient je se známým nálezem nemoci tří tepen přijat pro destabilizaci AP. Během hospitalizace ještě před katetrizací náhle vzniká šokový stav, pak fibrilace komor, je defibrilován, akutně převezen na katetrizační sál a prováděna intervence (bez natočení kvalitní EKG křivky). Zjištěn akutní vysoký uzávěr jedné z koronárních tepen, který je následně zprůchodněn intervenčně, avšak nemocný zemí na kardiogenní šok. Lze tento postup považovat za dPTCA, i když chybí znalost interpretovatelné EKG křivky před zahájením intervence?

4. Nemocný přijat s typickými ST elevacemi a bolestmi na hrudníku, při koronardiografii zjištěna „nemoc tří tepen“ s významnými stenózami, ale bez úplného uzávěru řečiště, dPTCA neprováděna, nemocný indikován k časnému kardiokirurgickému zákroku.

a) Během čekání na kardiokirurgický zákrok náhle umírá – lze toto úmrtí považovat za úmrtí v rámci dPTCA?

b) Nemocný umírá na reinfarkt během kardiokirurgického zákroku nebo po něm – lze i toto úmrtí považovat za úmrtí v rámci dPTCA?

5. Jak hodnotit z hlediska klasifikace úmrtí během transferu k dPTCA?

6. U nemocného dochází třetí den po dPTCA k masivnímu krvácení z místa punkce, které vzhledem k současné oběhové nestabilitě vede k vývoji šokového stavu, který se nedaří intenzivní léčbou zvládnout a pacient umírá. Lze toto úmrtí zahrnout do pozdních komplikací dPTCA?

Bylo by dobré, kdyby došlo k sjednocení názorů předních odborníků na klasifikaci těchto stavů, aby bylo možno léčebný přínos akutních intervenčních zákroků u AIM přesně zhodnotit. Zvláště to nabývá na významu v souvislosti s připravovaným celostátním registrem nemocných s AIM a jejich léčby⁽⁵⁾.

Literatura

1. Weaver WD, Simes RJ, Betriu A, et al. for the Primary Coronary Angioplasty versus Thrombolysis Collaboration Group. Comparison of primary coronary angioplasty and intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: a quantitative overview. JAMA 1997; 278: 2093–2098.
2. Widimský P, Groch L, Zelízko M, Aschermann M, Bednar F, Suryapranata H. 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. Europ Heart J 2000; 21(10): 823–831.
3. Widimský 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. Europ Heart J 2003; 24(1): 94–104.
4. Widimský P, Janoušek S, Vojáček J. Doporučení pro diagnostiku a léčbu akutního infarktu myokardu (Q typ/ s elevací ST/ s raménkovým blokem). Cor Vasa 2002; 44(7/8): K123–K143.
5. Janský P, Bruthans J. Nastal čas pro registr infarktu myokardu v ČR? Cor Vasa 2003; 45(4): 37.

Článek přijat redakcí: 2. 2. 2004
Článek přijat k publikaci: 2. 2. 2004

doc. MUDr. Stanislav Janoušek, CSc.
Interní kardiologická klinika, FN Brno-Bohunice, Jihlavská 20, 602 00 Brno
e-mail: stanislavjanousek@hotmail.com