

Odpověď na komentář J. Widimského a J. Malého

Stanislav Janoušek

Interní kardiologická klinika, FN Brno

Interv Akut Kardiol 2009; 8(1): 53

Nevidím žádný zásadní rozpor mezi mým článkem (1) a komentářem, za který oběma autorům našich národních guidelines děkuji. Jsem rád, že souhlasí s názorem, že aktivátor plazminogenu (tPA) má u závažných plicních embolií v prvních hodinách rychlejší a příznivější ovlivnění hemodynamiky než streptokináza (STK). Ani dále nenacházím žádný protiklad mezi mnou uváděnými dalšími argumenty a jejich názory i guidelines. Souhlasím, že při aplikaci tPA je pravděpodobně vyšší riziko mozkových krvácení, ale jak jsem prezentoval, tento rozdíl bude pravděpodobně jen ve zlomcích procenta.

Co v komentáři nepadlo a já bych proto znovu zdůraznil, že u daného jedince neznáme a ani nejsme schopni v časově dostupném horizontu zjistit, zda nemá protilátky proti STK, a jak už jsem citoval, ukázalo se, že takové protilátky má více jak 30 % populace (2). To vede k tomu, že kromě známé, ale naštěstí vzácné alergické reakce, je u dalších osob s protilátkami trombolytický efekt STK různým stupněm významně oslaben (3). Je otázkou, zda si u těchto ohrožených rizikových

nemocných můžeme dovolit luxus možné snížené účinnosti základního léku. Právě díky této určité nepředvídatelnosti efektu STK u daného konkrétního jedince s klinicky závažnou plicní embolií bychom měli preferovat použití tPA. Nechtěl bych znovu rozebírat další rozdíly mezi oběma léky, které byly v mém sdělení probrány. Jak jsem psal, cílem mého článku není vyloučit STK z léčby akutní plicní embolie, ale ukázat na její nevýhody, které guidelines nezmiňují a přitom nejsou všeobecně známy nebo již byly zapomenuty. Asi by proto stálo za úvahu, kdyby všechny nevýhody jejího podání, respektive výhody podání tPA byly v jejich rámci zmíněny, protože se mi zdá vysoce pravděpodobné, že v dohledné budoucnosti nebude provedena žádná mortalitní studie splňující kritéria „evidence based medicine“, která by reálně prokázala rozdíly mezi oběma léky. Proto se můžeme v našem rozhodování pouze opírat o dílčí, i když důležité poznatky srovnávající oba léky.

Jistě se všichni shodneme na tom, že u tak závažného onemocnění, jakým je akutní plicní

embolie, je na první místě především správná indikace časné trombolytické léčby a až na druhém zvážení, jaké trombolitikum použijeme. Můj článek je jen snahou určitě podrobnější vodítko v tomto dalším rozhodování poskytnout.

Literatura

1. Janoušek S. Trombolytická léčba akutní plicní embolie. Streptokináza znovu na scéně? Interv Akut Kardiol 2008; 7: 184–186.
2. Ojalvo AG, Pozo L, Labarta V, et al. Prevalence of circulating antibodies against a streptokinase C-terminal peptide. Biochem Biophys Res Commun, 1999; 263: 454–459.
3. Gemmill JD, Hogg KJ, Dunn FG, Rae AP, Hillis WS. Pre-dosing antibody levels and efficacy of thrombolytic drugs containing streptokinase. Br Heart J 1994; 72: 222–225.

doc. MUDr. Stanislav Janoušek, CSc.

Interní kardiologická klinika, FN Brno
Jihlavská 20, 625 00 Brno
sjanousek@fnbrno.cz