

Kransæðavíkkun eða segaleysandi meðferð við bráðri kransæðastíflu?

Ragnar Danielsen

KRANSÆÐAVÍKKANIR Hafa verið gerðar hér á landi frá 1987. Árangur hefur verið góður og tíðni fylgikvilla og dauðsfalla lág (1). Í völdum tilfellum hafa verið gerðar kransæðavíkkunir hjá sjúklingum með bráða kransæðastíflu og umræða um hvort auka eigi þá þjónustu er vaxandi (2). Erlendis eru skiptar skoðanir um hvort kransæðavíkkun sé betri kostur en segaleysandi lyf sem fyrsta meðferð við kransæðastíflu (3). Við bráða kransæðastíflu skiptir mestu að stöðva sem fyrst þróun á hjartadrepi. Því fyrr sem meðferð er hafin frá því brjóstverkir byrja, þeim mun líklegri er að hægt sé að minnka skemmd á hjartavöðva. Með segaleysandi meðferð er unnt að opna á ný lokaða kransæð og koma á eðlilegu blóðflæði hjá 50-70% sjúklinga, en með kransæðavíkkun hjá 80-95% þeirra. Kransæðavíkkun gerð innan tveggja tíma frá því brjóstverkir hófust skilar bestum árangri hvað varðar minnkun á hjartadrepi og lækun dánartíðni. Víkkun sem gerð er eftir tvo tíma eða síðar til að enduroppna kransæð, einkum hjá sjúklingum með framveggisdrep, minnkar ekki hjartavöðvaskemmd en dregur ef til vill úr stækkun á vinstri slegli og bætir heildarstarfsgetu hans til lengri tíma lítið. Einn aðalkostur kransæðavíkkunar fram yfir segalausn er samt sem áður lægri skammtímadánartíðni, minni líkur á heilablóðfalli, einkum hjá sjúklingum sem eru eldri en 65 ára, og betri langtímaárangur í allt að fimm ár (4).

Aðalkostur segaleysandi meðferðar er að hægt er að veita hana nánast hvar sem er innan sem utan sjúkrahúss. Kransæðavíkkunir aftur á móti kalla á sérhæfða aðstöðu og mannafla ef þjónusta 24 tíma á sólarhring alla daga ársins. Ef starfsfólk sefur ekki á sjúkrahúsinu tapast tími meðan verið er að kalla það út og undirbúa þræðingarstofu, sem betur væri varið með því að hefja virka segaleysandi meðferð sem fyrst. Ennfremur sýna erlendar rannsóknir að ekki næst sambærilegur árangur og í stærri rannsóknnum nema sá læknir sem gerir víkkunina og aðstoðarfólk sé í viðunandi þjálfun. Talið er að nauðsynlegt sé að framkvæma 200 víkkunaraðgerðir á ári á sjúkrahúsi sem sinnir kransæðavíkkunum til þess að viðhalda lágmarksþjálfun (3). Kransæðavíkkunir og segaleysandi meðferð eru í hraðri þróun og hægt að finna rök með og á móti báðum aðferðunum þegar rannsóknir eru metnar. Í GUSTO-IIb rannsókninni reyndist ekki marktækur munur á kransæðavíkkun eða segaleysandi meðferð með tPA (tissue

plasminogen activator) hvað varðar lífshorfur eftir 30 daga eða sex mánuði. Ef hins vegar er lítið samanlagt á dánarlíkur, nýja kransæðastíflu og alvarlegt heilaáfall, var tíðni þessara þátta lægri við kransæðavíkkun en segalausn eftir 30 daga. Aðrar rannsóknir (PAMI-I) hafa sýnt að víkkun enduroppnar kransæð fyrir en segaleysandi meðferð, dánartíðni og líkur á nýrri kransæðastíflu eru minni, og einnig þörf á endurtekinni kransæðaviðgerð. Frekari rannsóknir styðja að hááhættusjúklingar með framveggisdrep, eldri sjúklingar, og þeir sem eru með óstöðuga blóðveitu, hafa betri horfur við kransæðavíkkun. Á hinn bóginn hefur afturskyggn samanburður á stórum gagnagrunnum í Þýskalandi og Frakklandi ekki staðfest að kransæðavíkkun gefi betri árangur en segaleysandi meðferð. Kann það að lýsa hinum hversdagslega raunveruleika eða að sjúklingahóparnir eru einfaldlega ekki sambærilegir (5).

Abciximab (ReoPro®) er hraðvirkur blóðflöguhamlari gefinn í æð sem nýlegar rannsóknir (EPIC, EPILOG, RAPPORT) hafa sýnt að minnkar fylgikvilla og bætir árangur kransæðavíkkana hjá sjúklingum með bráð kransæðaeinkenni eða hjartadrep. Notkun lyfsins minnkaði dánarlíkur, endurstíflu og þörf á endurviðgerð á kransæðinni. Abciximab eykur blóðflæði í stífluðum kransæðum, dregur sennilega úr smásegaskotum lengra út í kransæðabeðinn, og bætir þannig starfsemi vinstri slegils. Ókostur við notkun abciximabs er að það getur valdið auknum blæðingum frá slagæðastungustað (5). Notkun stöðneta við kransæðavíkkunir hjá sjúklingum með bráða kransæðastíflu hefur enn frekar bætt aðgerðarárangur. Slembiraðaðar rannsóknir (PAMI-STENT, FRESCO) hafa leitt í ljós minni þörf fyrir nýja kransæðaviðgerð ef notað er stöðnet í stað venjulegrar belgvíkkunar. Ennfremur hefur EPISTENT rannsóknin sýnt fram á að gjöf abciximabs við ísetningu stöðnets gefur enn betri árangur og þetta hefur einnig verið staðfest í ADMIRAL rannsókninni (4,6).

Í PACT rannsókninni fengu sjúklingar með bráða kransæðastíflu hraðvirkt segaleysandi lyf með stuttan helmingunartíma (rPA) strax á bráðamóttöku og síðan var metið hvort gera þurfti kransæðavíkkun í kjölfarið. Tíminn var þannig nýttur til þess að enduroppna kransæðina meðan verið var að kalla út starfsfólk til víkkunaraðgerðar ef ástæða þótti til. Reynt hefur verið að gefa sjúklingum með bráða kransæðastíflu glýkóprótín IIb/IIIa blóðflöguhamlara og segaleys-

Höfundur er sérfræðingur í hjartalækningum á Landspítala Hringbraut.

andi lyf saman. Í minni rannsóknum hefur verið gefinn fullur skammtur af abciximab ásamt hálfum skammti af tPA (TIMI-14-rannsóknin), eða reteplase (SPEED-rannsóknin) og góður árangur náðst hvað varðar enduropnun á kransæðum. Bæði þessi meðferðarform verða metin frekar í stórri slembiraðaðri rannsókn (GUSTO-IV) (7). Í nánustu framtíð mun meðferð við bráðri kransæðastíflu tæpast snúast eingöngu um kransæðavíkkun eða segalausn, heldur þróast í að beitt verði saman segaleysandi lyfjum, glýkóprótín IIb/IIIa hömlurum og kransæðavíkkun, með eða án stoðneta. Staðfesta þarf betur hvaða hlutverki lágþólkúler heparín muni gegna í samburði við hefðbundna heparínmeðferð (7).

Þótt í sumum tilvikum sé hægt að bjóða sjúklingum með bráða kransæðastíflu upp á kransæðavíkkun er ekki alltaf hægt að koma því við. Mestu skiptir að hefja meðferð sem fyrst í stað þess að tapa meðferðartíma sem leiðir til stærra hjartadreps og er segalausn því oft nærtækust. Af segaleysandi lyfjum hefur streptókínasi mest verið notaður, þótt hann sé óþarflega flókinn í meðförum, enda ódýrastur. Í völdum tilfellum hefur tPA verið gefið, en samkvæmt rannsóknum skiptir meiru að hefja meðferð sem fyrst fremur en hvaða segaleysandi lyf er gefið. Hraðvirkari annarrar kynslóðar segaleysandi lyf sem auðvelt er að gefa með einni inngjöf í æð eru í þróun og brátt munu líklega segaleysandi og blóðflöguhamlandi lyf saman verða ráðandi meðferð. Segaleysandi meðferð er hægt að gefa á öllum sjúkrahúsum, heilsgæslustöðvum, í heimahúsi eða sjúkrabíl. Fyrri ritstjórnargrein hefur fjallað um segaleysandi meðferð í dreifbýli og framtak og árangur á því sviði í Egilsstaðahéraði er til eftirbreytni (8,9). Hugsanlega fá of fáir sjúklingar með kransæðastíflu hér á landi segaleysandi meðferð (10). Brýnt er að endurskoða leiðbeiningar um segaleysandi meðferð og einfalda í samræmi við nýrri rannsóknir. Segalausn mun áfram oft vera fyrsti valkostur en síðan má flytja sjúkling á sjúkrahús með aðstöðu til kransæðavíkkunar ef ástæða og aðstaða er til. Hér á landi þarf því að vera eitt sjúkrahús með góða aðstöðu og vel þjálfað starfsfólk sem í völdum tilfellum getur tekið á móti sjúklingum til bráðrar kransæðavíkkunar, eða til víkkunaraðgerða síðar eftir segaleysandi meðferð. Setja þarf skýrari vinnureglur um ábendingar fyrir bráðri kransæðavíkkun miðað við þær aðstæður og mönnun sem tiltæk er. Með nútíma fjarskiptatækni er hægt að senda hjartarit og fá ráðgjöf um meðferð hjá vakthafandi hjartasérfræðingi á stærri sjúkrahúsum landsins. Mikilvægt er að samhæfa verklag á þessu sviði og eðlilegt að það sé gert í tengslum við sameiningu sjúkrahúsanna í Reykjavík og hjartadeilda þeirra, og í samvinnu við heimilislækna.

Heimildir

1. Danielsen R, Eyjólfsson K, Sigurðsson AF, Jónmundsson EJ. Árangur kransæðavíkkunaraðgerða á Íslandi 1987-1998. Læknablaðið 2000; 86: 241-9.
2. Guðnason P, Þorgeirsson G, Eyjólfsson K, Jónmundsson EH. Tafarlaus kransæðavíkkun. Nýjung í meðferð bráðrar kransæðastíflu á Íslandi. Læknablaðið 1996; 82: 269-75.
3. Faxon DP, Heger JW. Primary angioplasty. Enduring the test of time [editorial]. N Engl J Med 1999; 341: 1464-5.
4. Zijlstra F, Hoorntje JCA, de Boer M-J, Reiffers S, Miedema K, Ottervanger JP, et al. Long-term benefit of primary angioplasty as compared with thrombolytic therapy for acute myocardial infarction. N Engl J Med 1999; 341: 1413-8.
5. Popma JJ, Piana RN, Prpic R. Clinical trials in interventional cardiology. Curr Opin Cardiol 1999; 14: 412-8.
6. Montalescot G. ADMIRAL study: Abciximab with PTCA and Stent in acute myocardial infarction. Late-breaking clinical trials in interventional cardiology. Presented at the American College of Cardiology 48th Scientific Session, March 7-10, 1999. <http://www.medscape.com>
7. Zeymer U, Neuhaus K-L. Clinical trials in acute myocardial infarction. Curr Opin Cardiol 1999; 14: 392-402.
8. Kristinsson Á. Segaleysandi meðferð í dreifbýli. Læknablaðið 1993; 79: 77-9.
9. Gíslason GH, Baldursson G, Harðarson P. Segaleysandi meðferð í Egilsstaðahéraði. Tveggja ára uppgjör. Læknablaðið 1996; 82: 516-20.
10. Kristjánsson JM, Andersen K. Samanburður á horfum sjúklinga með bráða kransæðastíflu á Íslandi árin 1986 og 1996. Læknablaðið 1999; 85: 691-8.