

Διαδερμική Στεφανιαία Παρέμβαση ή Συντηρητική Αντιμετώπιση στη Στεφανιαία Νόσο

ΗΛΙΑΣ ΣΑΝΙΔΑΣ¹
ΣΩΤΗΡΗΣ ΠΑΤΣΙΛΙΝΑΚΟΣ²

¹ Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

² Καρδιολογική Κλινική,
«Κωνσταντοπούλειο» Γ.Ν. Νέας Ιωνίας

Λέξεις ευρετηρίου

PCI, στεφανιαία νόσος, οξεία στεφανιαία σύνδρομο

Ηλίας Σανίδας MD, PhD, FACC, FESC
Επεμβατικός Καρδιολόγος

Διεύθυνση επικοινωνίας

Καρδιολογικό Τμήμα Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
Αγίου Θωμά 17, 11527, Αθήνα
E-mail: easanidas@yahoo.gr

Στα οξεία στεφανιαία σύνδρομα προτεραιότητα έχει η επεμβατική αντιμετώπιση καθώς αυξάνει την επιβίωση. Επί αδυναμίας ή αντένδειξης διενέργειας αγγειοπλαστικής ο ασθενής μένει μόνον με φαρμακευτική αγωγή. Στην σταθερή στεφανιαία νόσο επεμβατική αντιμετώπιση γίνεται, επιπροσθέτως της μέγιστης φαρμακευτικής αγωγής, όταν υπάρχουν επίμονα συμπτώματα ή όταν από την αγγειοπλαστική προκύπτει πιθανή αύξηση της επιβίωσης.

Εισαγωγή

Η στεφανιαία νόσος (ΣΝ) αποτελεί την πρώτη αιτία θνησιμότητας, ενώ μέχρι το 2030 υπολογίζεται ότι θα ευθύνεται για το 40% των θανάτων παγκοσμίως. Η θεραπεία της είναι φαρμακευτική, επεμβατική με διαδερμική στεφανιαία επέμβαση (PCI) ή και χειρουργική. Όλες οι ανωτέρω θεραπευτικές προσεγγίσεις συντελούν στη μείωση της θνητότητας, την αύξηση της επιβίωσης καθώς και στην βελτίωση της συμπτωματολογίας.¹

Στις βασικές ενδείξεις της PCI συγκαταλέγονται η νόσος στελέχους, η νόσος δύο ή τριών αγγείων με επηρεασμένο κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας και η νόσος ενός αγγείου με στένωση > 50% σε συνδυασμό με FFR < 0,8 ή ενδείξεις ισχαιμίας σε μη επεμβατικό έλεγχο. Ωστόσο, η προγνωστική αξία της PCI σε ασθενείς με ήπιας ή μέτριας βαρύτητας ΣΝ δεν έχει πλήρως διευκρινιστεί. Επίσης, δεν φαίνεται να υπερέχει έναντι της συντηρητικής αντιμετώπισης στους περισσότερους ασθενείς με σταθερή ΣΝ, όπως απέδειξε και η μελέτη ISCHEMIA.^{1,3}

Από την άλλη πλευρά, η συντηρητική αντιμετώπιση προτιμάται έναντι της επεμβατικής θεραπείας σε συγκεκριμένες υποομάδες πληθυσμού, όπως ηλικιωμένοι άνω των 75 ετών, γυναίκες, ασθενείς με πολλαπλές συν-νοσηρότητες (χρόνια νεφρική νόσος – χρόνια νεφρική νόσος (ΧΝΝ), σακχαρώδης διαβήτης, κακοήθεια) ή προηγούμενη επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης. Σε αυτές τις περιπτώσεις είναι υψηλότερος ο αιμορραγικός και ο ισχαιμικός κίνδυνος αυξάνοντας την πιθανότητα επιπλοκών. Δεδομένου, όμως, ότι η μη διενέργεια PCI αυξάνει την καρδιαγγειακή θνησιμότητα, η απόφαση αυτή πρέπει να εξατομικεύεται.³

Οξύ στεφανιαίο σύνδρομο

Σύμφωνα με τις Κατευθυντήριες Οδηγίες στην περίπτωση των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων (ΟΣΣ) προκρίνεται η επεμβατική αντιμετώπιση. Παρ' όλα αυτά σε συγκεκριμένες κλινικές καταστάσεις φαίνεται να προτιμάται η συντηρητική θεραπεία.^{4,5}

Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου με ανάσπαση του διαστήματος ST (STEMI)

Στους ασθενείς με STEMI η πρωτογενής αγγειοπλαστική (primary PCI) είναι η κυρίαρχη θεραπεία επαναιμάτωσης και πρέπει να εκτελείται άμεσα. Το ιδανικό είναι να γίνεται, γενικά, μέσα στις πρώτες 2 ώρες και πάντως όχι μετά τις 48 ώρες. Ωστόσο, δεν είναι ακόμη ακριβώς καθορισμένος ποιος είναι ο καταλληλότερος χρόνος επεμβατικής θεραπείας σε STEMI για τις μη ένοχες βλάβες (non culprit lesions). Κάθε περίπτωση εξαστομικεύεται. Η επικρατούσα πάντως άποψη είναι να ολοκληρώνεται η επαναιμάτωση πριν την έξοδο από το νοσοκομείο.^{5,6}

Όταν η πρωτογενής αγγειοπλαστική δεν είναι δυνατό να διενεργηθεί άμεσα, πρέπει να χορηγείται φαρμακευτική θρομβόλυση (ιδανικά τις 3 πρώτες ώρες) και ακολούθως, οι ασθενείς να μεταφέρονται σε κέντρα που διαθέτουν αιμοδυναμικό εργαστήριο οπότε και εκτελείται παρέμβαση, 2-24h από τη θρομβόλυση (pharmacoinvasive PCI). Σε περιπτώσεις ανεπιτυχούς θρομβόλυσης επιβάλλεται το συντομότερο η αγγειοπλαστική διάσωσης (rescue PCI).⁵

Σε καρδιογενή καταπληξία σήμερα προτιμάται η αρχική αντιμετώπιση μόνο της ένοχης βλάβης, καθώς τόσο η μελέτη SHOCK όσο και η μελέτη CULPRIT-SHOCK έδειξαν ότι η θνητότητα είναι αρκετά υψηλότερη εάν αντιμετωπιστούν και οι μη ένοχες βλάβες. Δεδομένου ότι η καρδιογενής καταπληξία είναι μια φλεγμονώδης και προθρομβωτική κατάσταση, η επαναγγείωση της μη ένοχης βλάβης μπορεί να προκαλέσει μεγαλύτερη βλάβη στο μυοκάρδιο σε αυτή τη φάση.^{7,8}

Ασταθής στηθάγχη ή οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου χωρίς ανάσπαση του διαστήματος ST (NSTEMI)

Τις τελευταίες δεκαετίες με την εφαρμογή της επεμβατικής θεραπείας μειώθηκε κατά 40% περίπου το ποσοστό των ασθενών που

αντιμετωπίζονται μόνο συντηρητικά.^{4,9}

Οι υψηλού κινδύνου ασθενείς (αύξηση τροπονίνης, αιμοδυναμική αστάθεια ή/και επικίνδυνες αρρυθμίες), πρέπει να αντιμετωπίζονται επεμβατικά εντός των δύο πρώτων ωρών από την άφιξη στο νοσοκομείο. Εναλλακτικά, προτείνεται η πραγματοποίηση της στεφανιογραφίας εντός 24 ωρών εφόσον πρόκειται για ασθενείς με ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις που υποδηλώνουν συνεχιζόμενη ισχαιμία, παροδική ανάσπαση του διαστήματος ST στο ηλεκτροκαρδιογράφημα ή GRACEscore > 140. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις το ενδεχόμενο επεμβατικής αντιμετώπισης καθορίζεται από τα ευρήματα της αξονικής στεφανιογραφίας ή άλλων μη επεμβατικών μεθόδων. Είναι σημαντικό να τονισθεί ότι οι τελευταίες Κατευθυντήριες Οδηγίες περιλαμβάνουν μία σημαντική τροποποίηση της μέχρι σήμερα πρακτικής. Αυτή είναι η μη χορήγηση προ-θεραπείας με φόρτιση με αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα (αναστολείς P2Y12) σε περιπτώσεις πιθανής επεμβατικής αντιμετώπισης. Μετά από την εκτέλεση της διαγνωστικής στεφανιογραφίας και εφόσον αποφασιστεί αγγειοπλαστική φορτίζουμε με αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα. Αντίθετα ασπιρίνη χορηγείται εξ' αρχής.⁴

Σταθερή στεφανιαία νόσος

Από τη μελέτη COURAGE και έπειτα η σταθερή ΣΝ αντιμετωπίζεται κατά βάση συντηρητικά στοχεύοντας στην ανακούφιση από τα συμπτώματα, τη διακοπή της εξέλιξης της αθηροσκλήρωσης και την πρόληψη των επιπλοκών. Η επεμβατική αντιμετώπιση ενδείκνυται για βελτίωση της πρόγνωσης ή των συμπτωμάτων.^{2,10,11}

Στη μελέτη ISCHEMIA φάνηκε ότι το πρωτογενές καταληκτικό σημείο (καρδιαγγειακός θάνατος, έμφραγμα του μυοκαρδίου, νοσηλεία για ασταθή στηθάγχη, καρδιακή ανεπάρκεια και καρδιακή ανακοπή) δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των ασθενών της επεμβατικής και της συντηρητικής ομάδας (13,3% έναντι 15,5%). Ωστόσο, από τη μελέτη αποκλείστηκαν υψηλού κινδύνου ασθενείς με σοβαρή αποφρακτική νόσο, νόσο στελέχους, ανθεκτική στηθάγχη, καρδιακή ανεπάρκεια κατά NYHA III και IV και νεφρική δυσλειτουργία (GFR < 30 mL/min/1,73m²).²

Μεταanalύσεις δείχνουν ότι αφορά ουσιαστικά το 5-15% περίπου του πραγματικού πληθυσμού.

σμού με σταθερή στεφανιαία νόσο. Οι τελευταίες Κατευθυντήριες Οδηγίες προτείνουν την επεμβατική αντιμετώπιση μόνον εάν τεκμηριώνεται η ωφελιμότητά της. Γι' αυτό βασιζόμαστε σε, αναίμακτες μεθόδους ελέγχου ισχαιμίας ή/και βιωσιμότητας και στα συμπτώματα του ασθενούς παρά τη βέλτιστη φαρμακευτική αγωγή. Η απόλυτη όμως τεκμηρίωση της διενέργειας ή όχι αγγειοπλαστικής είναι η αξιολόγηση της στένωσης με FFR (iFR ή DFR). Εάν θέλουμε δηλαδή να απλουστεύσουμε το δύσκολο ερώτημα της παρέμβασης ή όχι, η χρησιμοποίηση αυτής της μεθόδου εξασφαλίζει την απόλυτη τεκμηρίωση της απόφασής μας. Ουσιαστικά, όταν βρεθεί τιμή FFR<0,8 ή iFR/DFR<0,9 η διενέργεια αγγειοπλαστικής είναι επιβεβλημένη σε όλες τις περιπτώσεις. Η μελέτη ISCHEMIA βοηθάει πάντως στην τεκμηρίωση της πιθανής αναβολής μίας παρέμβασης με την προϋπόθεση ότι ο ασθενής περιλαμβάνεται στα κριτήρια της μελέτης. Τέτοιες καταστάσεις ζήσαμε δυστυχώς πρόσφατα, λόγω COVID-19, όπου πολλές φορές ήταν αναγκαία η αναβολή αρκετών επεμβάσεων.²

Συμπεράσματα

Η επιλογή της επεμβατικής έναντι της συντηρητικής αντιμετώπισης θα πρέπει να εξετασθεί έχοντας στο επίκεντρο τον ασθενή και το βέλτιστο κλινικό όφελος για εκείνον. Στα ΟΣΣ προκρίνεται η επεμβατική θεραπεία επαναιμάτωσης, ενώ στη σταθερή ΣΝ η επιλογή μεταξύ φαρμακευτικής και επεμβατικής θεραπείας απαιτεί σωστή τεκμηρίωση. Συντηρητική αντιμετώπιση φαίνεται να προτιμάται κυρίως σε ηλικιωμένους και ασθενείς με ΧΝΝ, νόσο μικρών αγγείων, αυτόματο διαχωρισμό στεφανιαίων αγγείων, διάβρωση αθηρωματικής πλάκας ή MINOCA.

Βιβλιογραφία

1. Neumann FJ, Sousa-Uva M, Ahlsson A, et al. 2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. *Eur Heart J*. 2019;40(2):87-165.
2. Maron DJ, Hochman JS, Reynolds HR, et al. Initial Invasive or Conservative Strategy for Stable Coronary Disease. *N Engl J Med*. 2020;382(15): 1395-407.
3. Levine GN, Bates ER, Blankenship JC, et al. 2015 ACC/AHA/SCAI Focused Update on Primary Per-

cutaneous Coronary Intervention for Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction: An Update of the 2011 ACCF/AHA/SCAI Guideline for Percutaneous Coronary Intervention and the 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions. *Circulation*. 2016;133(11): 1135-47.

4. Collet JP, Thiele H, Barbato E, et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2021;74(6):544.
5. Ibanez B, James S, Agewall S, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2017;70(12):1082.
6. Keeley EC, Boura JA, Grines CL. Primary angioplasty versus intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: a quantitative review of 23 randomised trials. *Lancet*. 2003;361(9351): 13-20.
7. Thiele H, Akin I, Sandri M, et al. PCI Strategies in Patients with Acute Myocardial Infarction and Cardiogenic Shock. *N Engl J Med*. 2017; 377(25): 2419-32.
8. Webb JG, Lowe AM, Sanborn TA, et al. Percutaneous coronary intervention for cardiogenic shock in the SHOCK trial. *J Am Coll Cardiol*. 2003;42(8): 1380-6.
9. Fox KA, Clayton TC, Damman P, et al. Long-term outcome of a routine versus selective invasive strategy in patients with non-ST-segment elevation acute coronary syndrome a meta-analysis of individual patient data. *J Am Coll Cardiol*. 2010;55(22):2435-45.
10. Knuuti J, Wijns W, Saraste A, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *Eur Heart J*. 2020;41(3):407-77.
11. Boden WE, O'Rourke RA, Teo KK, et al. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease. *N Engl J Med*. 2007;356(15): 1503-16.