



# Wyzwaniem kardiologii interwencyjnej jest indywidualizacja medycyny

Fot. iStockphoto.com

Jak ważna jest dobra opieka kardiologiczna nad pacjentem po zawale i dlaczego wyniki leczenia można poprawić poprzez edukację chorych, jak to się robi we Francji i Niemczech oraz jakie są wyzwania i problemy współczesnej kardiologii interwencyjnej w tych krajach – w rozmowie z „Menedżerem Zdrowia” wyjaśniają prof. Uwe Zeymer i prof. Thomas Cuisset.

**Sukcesy kardiologii interwencyjnej często są marowane poprzez brak dobrej opieki kardiologicznej nad pacjentami po zawale. Co stanowi istotę takiej opieki? Co jest największym wyzwaniem?**

**Thomas Cuisset:** Opieka nad pacjentem z incydem wieńcowym rozpoczyna się od założenia stentu. Niestety, niektórym wydaje się, że jest to koniec opieki i leczenia, a tak naprawdę to dopiero początek. Kolejnym etapem jest leczenie farmakologiczne. W tej materii lekarze mają bardzo duże pole do edukacji pacjentów. Co bardzo istotne, wyniki leczenia można poprawić właśnie poprzez dobrą edukację chorych.

Pacjent musi zrozumieć, po co przyjmuje leki, robić to zgodnie ze wskazówkami lekarza i systematycznie oraz poczuć się częścią zespołu terapeutycznego. Wówczas można uratować więcej ludzkich istnień niż np. poprzez stosowanie cieńszych nici w trakcie zabiegów. Naszym pacjentom dajemy kartę przypominającą kartę kredytową, na której jest napisane, że mają wszczepiony stent, są informacje na temat przepisanej terapii oraz zalecenie, by leczenia nie zarzucać. W pierwszym miesiącu po implantacji stentu wysyłamy pacjentom SMS-y. Każdego dnia w południe otrzymują inną wiadomość, np.: „proszę nie zapominać o lekach”, „zbliża

się wizyta u lekarza”, „czy pamięta pan/pani o przyjmowaniu leków”.

**Uwe Zeymer:** Mówiąc o istocie takiej opieki i wyzwaniach z nią związanych – uważam, że wszystko sprowadza się do edukacji pacjentów, która powinna się zaczynać już podczas leczenia szpitalnego. Pacjent musi być przekonany do koniecznych zmian w stylu życia, zmiany nawyków, np. rzucenia palenia papierosów, podjęcia aktywności fizycznej, diety. Wiemy, że nie jest to prosta sprawa, ponieważ stanowi proces. Edukacja powinna być kontynuowana w opiece ambulatoryjnej, a z punktu widzenia interwencyjnego, szczególnie w kontekście stentów, bardzo ważna jest terapia przeciwplatek. W naszym szpitalu przedstawiamy pacjentom formularz świadomej zgody, w którym m.in. jest napisane: „wszczepiono panu/pani stent wieńcowy, co wiąże się z tym, że należy przyjmować aspirynę i bloker receptorów ADP, ponieważ występuje ryzyko zakrzepicy w obrębie stentu. Prosimy nie przerywać przyjmowania tych leków bez konsultacji z lekarzem”. Jeden z podpisanych formularzy zostaje w szpitalu, drugi pacjent zabiera do domu, aby mógł sprawdzić, czy to, co zapisuje mu lekarz opieki prywatnej, zgadza się z naszymi zaleceniami. Zdarza się jednak, że chorzy przestają brać leki, bo są one zbyt drogie albo kiedy przygotowują się do ekstrakcji zęba. Dlatego edukacji tego typu nigdy nie jest za dużo.

**Jakie są wyzwania i problemy współczesnej kardiologii interwencyjnej w panów codziennej praktyce klinicznej?**

**Uwe Zeymer:** Sądzę, że największym wyzwaniem jest dobór odpowiedniej, optymalnej dla danego pacjenta terapii, dopasowanie chorego do konkretnej interwencji. Dysponujemy ogromnym instrumentarium obejmującym różne stenty, rusztowania, urządzenia do trombektomii czy leki przeciwzakrzepowe. Nie jest tak, że wszystkie owe narzędzia pasują do każdego. To lekarze muszą podjąć decyzje, co zastosować w konkretnym wypadku i w konkretnej sytuacji. Muszą wykorzystywać przy tym całą swoją wiedzę oraz doświadczenie i głównie na tej podstawie podejmować decyzję o interwencji albo rodzaju leczenia przeciwzakrzepowego. Często lekarz musi to robić w środku

nocy, kiedy jest sam. Mamy oczywiście wytyczne na poziomie europejskim, ale nie są one wystarczająco szczegółowe, by dać jednoznaczne odpowiedzi, co i kiedy zastosować.

**Thomas Cuisset:** Pierwszym i najważniejszym wyzwaniem jest personalizacja medycyny. Są pewne wytyczne, ale decyzje i tak podejmuje się indywidualnie w wypadku konkretnego pacjenta na podstawie dowodów z literatury fachowej, piśmiennictwa i na podstawie własnych doświadczeń. Jeśli chodzi o kardiologię interwencyjną, interwencje wieńcowe przeprowadzane są na podstawie sprawdzonej techniki, ponieważ robimy to od ponad 20 lat. Oczywiście mamy nowe stenty, bioabsorbowalne rusztowania itp., co jest już ugruntowaną technologią. W tej chwili wyzwaniem i nowością są natomiast techniki zastawkowe, np. TAVI. Zastanawiamy się, czy rzeczywiście dzięki nim uda się odłożyć lub zastąpić duży zabieg chirurgiczny. Kolejna sprawa to odpowiedź na pytanie, kiedy należy przestać leczyć z punktu widzenia globalnej ekonomiki zdrowia. Możemy oczywiście odtwarzać i operować zastawki aortalne u 100-latków. Pytanie, czy ma to sens z perspektywy ekonomiki. Z punktu widzenia etycznego sytuacja jest dość jasna, ponieważ możemy leczyć chorego. Naprawiając zastawkę pacjentowi, który pełnego zdrowia już nie odzyska, bo mimo interwencji będzie osobą leżącą lub siedzącą w łóżku, tak naprawdę nie poprawiamy jakości jego życia. A wszystko, co robimy w kardiologii interwencyjnej, sprowadza się do tego, że albo ratujemy ludzkie życie, albo poprawiamy jego jakość. Działając na samą stenozę aortalną, nie poprawimy jakości życia takiego pacjenta. Dlatego bardzo ważny jest odpowiedni dobór chorych do interwencji, by można im było jak najbardziej pomóc i poprawić jakość życia. Trzeba się także zorientować, czy stenozę aortalną jest głównym problemem danego pacjenta. Może się bowiem okazać, że jest to tylko wierzchołek góry lodowej, a pod powierzchnią wody jest przebyty udar, niewydolność nerek itp. Przy obecnym postępie technicznym możemy leczyć praktycznie każdego, tylko trzeba dobrać chorych, którzy najbardziej na tym leczeniu skorzystają.

**Prof. Thomas Cuisset, CHU de la Timone, Marsylia, Francja**

Jest pracownikiem Oddziału Kardiologii Inwazyjnej Szpitala Uniwersyteckiego Timone. Zasiada w Komitecie Programowym EuroPCR, jest członkiem Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC), Europejskiego Stowarzyszenia Przezskórnych Interwen-



Foto: Archiwum

cji Sercowo-Naczyniowych (EAPCI) oraz Grupy Roboczej ESC do spraw Zakrzepicy. Główne obszary jego zainteresowań w zakresie praktyki klinicznej to interwencja wieńcowa i przezskórne wszczepienie zastawki aortalnej (TAVI), natomiast w zakresie badań naukowych – leczenie przeciwzakrzepowe i fizjologia serca. Jest autorem kilku prac opublikowanych w renomowanych pismach naukowych.

**Jaka farmakoterapia powinna być stosowana w leczeniu przeciwplatekcyjnym pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi?**

**Thomas Cuisset:** Jak każde leczenie, także leki przeciwplatekowe, przeciwzakrzepowe powinny być skuteczne i bezpieczne. Jednak w tym wypadku trzeba iść na pewien kompromis. Nie można całkowicie spełnić obu tych warunków. Dlatego trzeba znaleźć lek, który będzie wystarczająco dobrze działał oraz będzie wystarczająco bezpieczny. Tu również leczenie jest zindywidualizowane. U 80-letniego pacjenta może wystąpić duże ryzyko powikłań krwotocznych, które nie pojawi się np. u 40-latka. Ponownie zatem wszystko sprowadza się do odpowiedniego doboru pacjenta do takiego leczenia i doboru leczenia dla pacjenta.

**Uwe Zeymer:** U niektórych pacjentów nakłada się ryzyko powikłań niedokrwiennych i powikłań krwotocznych, dlatego decyzja o podjęciu leczenia musi być indywidualna, oparta na anatomii naczyń wieńcowych. Dopiero na tej podstawie dobiera się odpowiednie leczenie przeciwzakrzepowe. Czasami nie jest to łatwe. Podstawą były i są aspiryna oraz blokery receptorów ADP. U pacjentów ze STEMI lekiem z wyboru jest prasugrel, u chorych z NSTEMI – tikagrelor, a u pacjentów po terapii doustnymi antykoagulantami i u tych, którzy takiego leczenia potrzebują, kłopidogrel.

**Jakie jest znaczenie wprowadzania innowacyjnego leczenia farmakologicznego w kardiologii, szczególnie leczenia przeciwplatekowego?**

**Uwe Zeymer:** W tym wypadku trzeba się oprzeć na najlepszych dostępnych danych dotyczących pacjenta. W naszym ośrodku zawsze staramy się wbudować w schemat terapeutyczny najnowsze, najbardziej innowacyjne leki przeciwzakrzepowe. W Niemczech jest

to możliwe, bo jest refundacja i nie zmusza się nas do rezygnowania z nowoczesnych terapii ze względów ekonomicznych. Leczenie trzeba dobrać w taki sposób, by było jak najprostsze w zastosowaniu. Chodzi o to, by uniknąć błędów terapeutycznych, szczególnie w sytuacjach nagłych, kiedy trafia do nas chory w środku nocy i nie ma zespołu lekarskiego, by przeprowadzić szczegółowe konsultacje. W leczeniu przeciwzakrzepowym zdarza się dużo błędów wynikających ze złego skojarzenia leków, złego dawkowania, co może prowadzić do powikłań zarówno krwotocznych, jak i niedokrwiennych. Nowe terapie muszą być zrozumiałe dla każdego, kto opiekuje się chorym. Każdy musi wiedzieć, co robi i po co.

**Thomas Cuisset:** Przed wprowadzeniem nowych leków mieliśmy jeden, który był stosowany u wszystkich chorych. W tej chwili mamy prasugrel i tikagrelor, które są lekami nowymi, oraz kłopidogrel – wciąż stosowany z sukcesami u pacjentów z niskim ryzykiem. Leki te są we Francji refundowane. U chorych z wyższym ryzykiem, np. ze STEMI czy cukrzycą, stosujemy nowe leki i wciąż wykorzystujemy kłopidogrel. Wszystko to jest skomplikowane, zwłaszcza dla rezydentów, którzy np. mają nocny dyżur i trafi im się taki pacjent. By ułatwić im podjęcie właściwej decyzji, schemat zaleceń, co i kiedy stosować, powinien być jak najprostszy. Aby przejście na nowe leki było płynne, potrzeba wielu spotkań naukowych i akcji informacyjnych. Jednocześnie protokół postępowania powinien także uwzględniać wspomnianego rezydenta dyżurującego w środku nocy, który musi błyskawicznie zdecydować, jakie leczenie zastosować u konkretnego pacjenta. Schemat podejmowania takiej decyzji nie może być skomplikowany.

Rozmawiała Kamilla Gębska

**Prof. Uwe Zeymer, Klinikum Ludwigshafen und Institut für Herzinfarktforschung, Niemcy**



Foto: Archiwum

Jest ordynatorem Oddziału Kardiologii Inwazyjnej w Centrum Kardiologii w Ludwigshafen i wicedyrektorem Institut für Herzinfarktforschung Ludwigshafen. Zajmuje się badaniami klinicznymi w zakresie intensywnej terapii ostrych zespołów wieńcowych. Jest profesorem medycyny na Uniwersytecie w Getyndze. Jest lub był członkiem komitetu sterującego m.in. w badaniach INTRO-AMI, PENTUA, INTEGRITI, ADVANCE-MI, ASSENT-4, CLARITY-TIMI 28, EARLY-ACS, Lancelot, ERASE-MI, INNOVATE-PCI, STREAM, EUROMAX, ATOLL. Od 2000 r. pełni obowiązki krajowego koordynatora programu *Euro Heart Survey* i głównego badacza

w następujących instytucjach: rejestr PREMIR, niemiecki rejestr PCI, niemiecki rejestr zawału mięśnia sercowego, rejestr 3A i rejestr LASER. Jest autorem lub współautorem ponad 250 prac naukowych dotyczących chorób układu krążenia, przewodniczącym Komitetu Naukowego *Acute Cardiovascular Care Association* Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, przewodniczącym Grupy Roboczej Niemieckiego Towarzystwa Kardiologicznego ds. Zakrzepicy oraz przewodniczącym Grupy Roboczej ds. Jakości Ubezpieczenia i Rejestrów Niemieckiego Towarzystwa Kardiologicznego. W 2013 r. został prezesem dorocznego Jesiennego Zjazdu Niemieckiego Towarzystwa Kardiologicznego.