proLékaře.cz | 5.5.2024

Komentář ke kontroverzím

Trombektómia „s“, alebo „bez“ systémovej trombolýzy

Trombektómia a nové metódy endovaskulárnej liečby akútnych ischemických cievnych mozgových príhod (iCMP) sú v súčasnosti ‚hot topics‘. Tieto postupy signifikantne zlepšili outcome vybranej skupiny pacientov, a tak sa nemôžme diviť, že vznikli pochybnosti o potrebe intravenóznej trombolýzy (IVT), ktorá sa štandardne používa ako „bridging trombolýza“ pred mechanickou trombektómiou (MT). Porovnania ukázali nízku efektivitu samotnej IVT, riziko oneskorenia MT a vyššie možné riziko symptomatických intracerebrálnych krvácaní [1–4].

V príspevkoch nájdeme príkladne a vhodnými dátami podložené argumenty aj s poukázaním na metodické nedostatky.

Treba pripomenúť pozitívny mechanizmus účinku rt-PA na menšie tromby, ktoré sa nepodarí extrahovať mechanicky, alebo ktoré embolizujú do cerebrálnej periférie. Tento aditívny účinok rt-PA sa však eliminuje pribúdajúcim časom a rastom objemu infarktu [5].

Typickí kandidáti pre trombektómiu sú pacienti so stredne ťažkou a ťažkou symptomatikou CMP, ktorí majú dokázaný proximálny uzáver mozgovej cievy (súčasne ale nie už demarkáciu veľkého infarktu) a môžu byť liečení do 6 hod od vzniku príznakov. Dosiahnutie excelentných výsledkov bolo spojené s rekanalizáciou do 6 hod, s neprítomnosťou väčších ischémií na akútnom CT mozgu a s predchádzajúcou IVT. Samozrejmosťou je zhodnotenie stavu kolaterál pomocou skóre ASPECTS. Významným faktorom je čo najrýchlejšie konanie [6].

Diagnostika pacientov s akútnou iCMP musí aj naďalej zostať v rukách neurológa, ktorý ako jediný garantuje „patient tailored approach“. To znamená výber najvhodnejšieho akútneho postupu podľa dostupnosti anamnézy, rizikového profilu pacienta, rozsahu mozgového postihnutia, príčiny CMP a logistických možností. To všetko na princípoch evidence-based medicine. Odpoveď, či systémová trombolýza bude nevyhnutnou súčasťou intervencie, nám poskytnú výsledky z prospektívnych randomizovaných štúdií práve s týmto primárnym cieľovým parametrom alebo z registrov pomocou ‚matchingu‘.

Víťazom tejto kontraverzie sa tak stáva „Neurológ-Stroke-ológ“, ktorý zvládne diagnostiku CMP v priebehu niekoľkých sekúnd, zhodnotí anamnézu, určí vhodnú modalitu zobrazovacieho vyšetrenia, dokáže interpretovať laboratórne výsledky (cave DOAK) a okamžite (pokiaľ možno ešte na CT/MR stole) začne s podaním systémovej trombolýzy (ak nie je kontraindikovaná), v prípade proximálneho uzáveru mozgovej cievy zorganizuje intervenčný team a logisticky pripraví transport, ako i optimálnu neuroprotekciu v rámci postintervenčnej starostlivosti.

✉
MUDr. Milan R. Voško, PhD., FESO
Klinik für Neurologie, 2 Kepler Universitätsklinikum, Linz, Österreich

Literatúra

1. Goyal M, Demchuk AM, Menon BK, et al. Randomized assessment of rapid endovascular treatment of ischemic stroke. N Engl J Med 2015;372(11):1019–30.
2. Jovin TG, Chamorro A, Cobo E, et al. Thrombectomy within 8 hours after symptom onset in ischemic stroke. N Engl J Med 2015;372(24):2296–306.
3. Saver JL, Goyal M, Bonafe A, et al. Stent-retriever thrombectomy after intravenous t-PA vs. t-PA alone in stroke. N Engl J Med 2015;372(24):2285–95.
4. Campbell BC, Mitchell PJ, Kleinig TJ, et al. Endovascular therapy for ischemic stroke with perfusion-imaging selection. N Engl J Med 2015;372(24):1009–18.
5. Alexandrov AV, Burgin WS, Demchuk AM, et al. Speed of intracranial clot lysis with intravenous tissue plasminogen activator therapy: sonographic classification and short-term improvement. Circulation 2001;103(24):2897–902.
6. Hacke W, Rigleb P. How to decide quickly if a patient is a candidate for thrombectomy? Available from URL: http://world-stroke.us1.list-manage2.com/track/click?u=c91d12d294998d4007eeb631a&id=08a72170cc&e=ce78d9d3ba.