

STICH trial

Petr Widimský, Zbyněk Straka†

ORIGINAL ARTICLE

Myocardial Viability and Long-Term Outcomes in Ischemic Cardiomyopathy

Julio A. Panza, M.D., Alicia M. Ellis, Ph.D., Hussein R. Al-Khalidi, Ph.D.,
Thomas A. Holly, M.D., Daniel S. Berman, M.D., Jae K. Oh, M.D.,
Gerald M. Pohost, M.D., George Sopko, M.D., Lukasz Chrzanowski, M.D.,
Daniel B. Mark, M.D., Tomasz Kukulski, M.D., Liliana E. Favalaro, M.D.,
Gerald Maurer, M.D., Pedro S. Farsky, M.D., Ru-San Tan, M.D.,
Federico M. Asch, M.D., Eric J. Velazquez, M.D., Jean L. Rouleau, M.D.,
Kerry L. Lee, Ph.D., and Robert O. Bonow, M.D.

N Engl J Med 2019;381:739-48.

Cíle studie

Zda provádět vyšetření viability myokardu před indikací aortokoronárního bypassu u nemocných s těžkou poruchou kinetiky v povodí tepny, která má být revaskularizována.

Dva extrémní přístupy (24 let diskuzí i v Kardiocentru FNKV 😊):

- A) Vyšetření viability je **nezbytným** požadavkem před indikací bypassu. Indikovat k revaskularizaci jen nemocné, u kterých se prokáže neinvazivními vyšetřeními viabilita akinetických oblastí levé komory.
- B) Vyšetření viability je **zcela zbytečné**, protože nelze nikomu upřít operaci jen proto, že nějaké vyšetření neprokáže viabilitu. Neexistuje totiž důkaz, že by pacienti s nemocí tří tepen či kmene a dysfunkcí LK bez viability z operace neprofitovali.

Metody

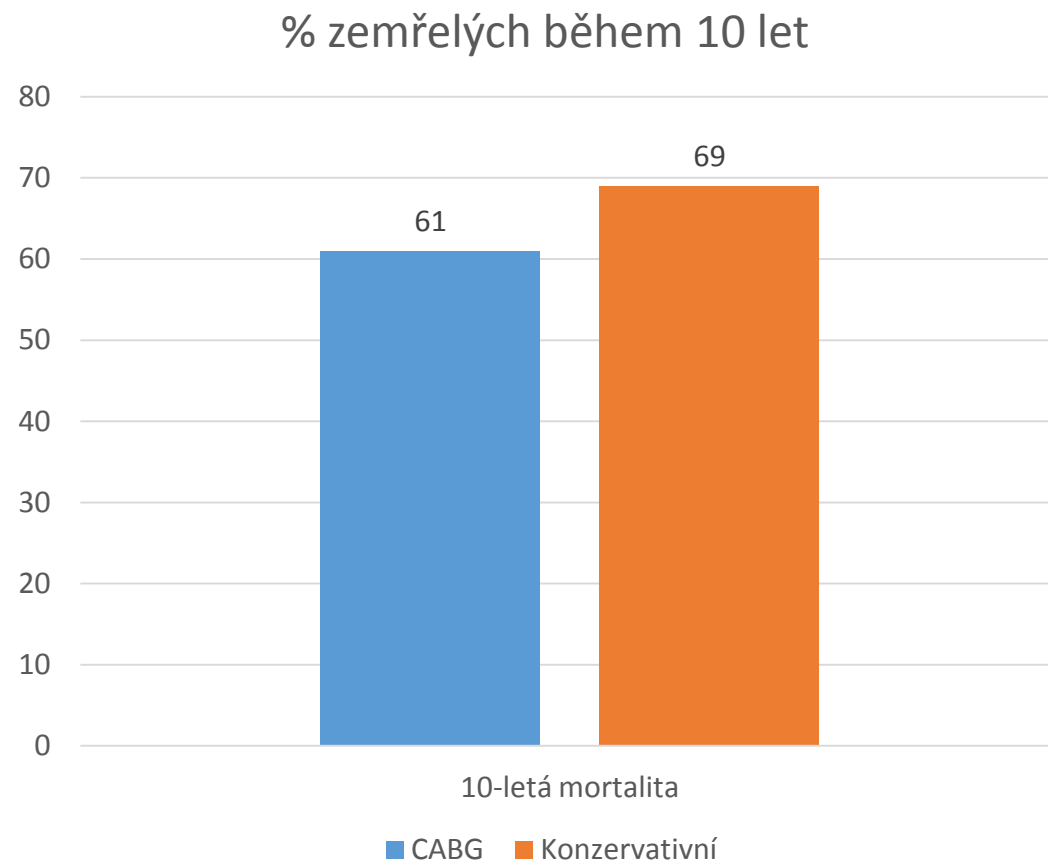
- Prospektivní otevřená randomizovaná studie
- 1212 pac. s ICHS, nemocí více tepen a **těžkou dysfunkcí LK** ($EF \leq 35\%$)
- Polovina (601 pac.) bylo zařazena do substudie s myokardiální viabilitou.
- **Viabilita myokardu** hodnocena prospektivně pomocí SPECT, dobutaminové echokardiografie, nebo obou metod.

- Skupina A: **CABG + farmakoterapie**
- Skupina B: **jen farmakoterapie.**

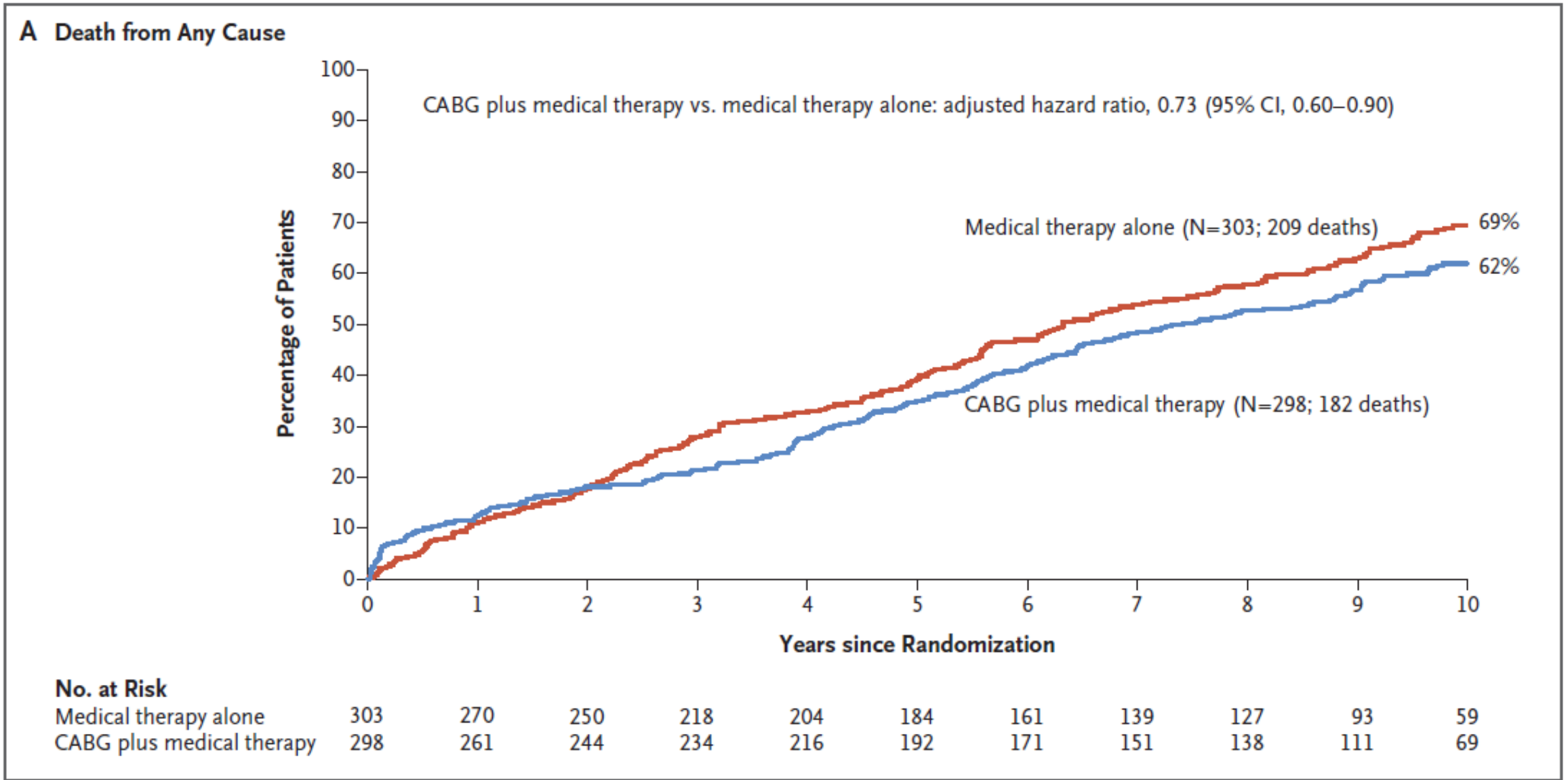
- **Prim. end point: celková mortalita za 10 let** (medián sledování 10,4 roku).

Výsledky

- Nebyla zjištěna interakce mezi přítomností viability a mortalitním benefitem z bypassu ($P = 0.34$).
- Zlepšení EF během sledování se vyskytlo jen u nemocných s viabilitou, avšak nebylo závislé na léčbě (vyskytlo se v obou skupinách).
- Nebyl zjištěn žádný vztah mezi změnami funkce LK a mortalitou ve vztahu ke způsobu léčby.

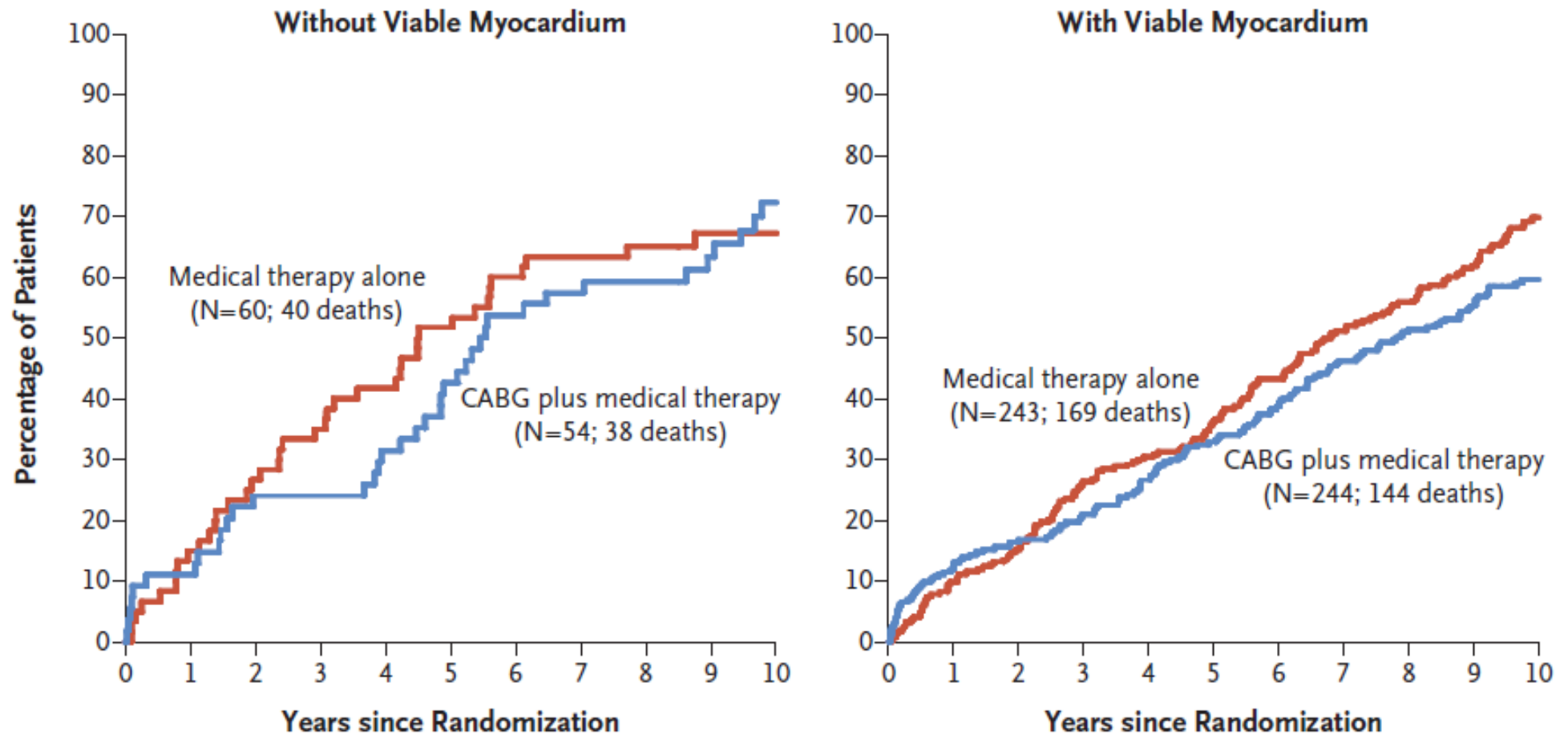


Celková mortalita



Celková mortalita podle viability

B Death from Any Cause, According to Myocardial Viability Status



No. at Risk

Medical therapy alone	60	51	44	39	35	29	24	22	21	14	11	243	219	206	179	169	155	137	117	106	79	48
CABG plus medical therapy	54	48	41	41	37	31	25	23	22	17	11	244	213	203	193	179	161	146	128	116	94	58

Relativní riziko podle přítomnosti viability a způsobu léčby

C Interaction between Treatment Assignment and Myocardial Viability Status

Subgroup	No. of Patients	No. of Deaths	Medical Therapy Alone 10-yr Kaplan–Meier Incidence (%)	CABG plus Medical Therapy	Adjusted Hazard Ratio (95% CI)	P Value for Interaction
Without viable myocardium	114	78	67.2	72.3	0.81 (0.50–1.31)	0.34
With viable myocardium	487	313	69.8	59.6	0.70 (0.56–0.88)	

0.25 0.50 1.00 2.00

← CABG plus Medical Therapy Better Medical Therapy Alone Better →

Závěr

- **Průkaz viability myokardu nemá žádný vztah k tomu, zda nemocný s ischemickou dysfunkcí LK bude či nebude profitovat z CABG pokud jde o dlouhodobé přežívání.**
- **Přítomnost viabilního myokardu je spojena se zlepšením funkce levé komory bez ohledu na léčbu (tedy i v konzervativně léčené skupině).**
- **Vyšetřování viability nehraje roli při indikacích k CABG. Rozhodnutí o operaci se má řídit pouze klinickým stavem pacienta a koronarografickým nálezem.**