

VLIV SEKUNDÁRNÍHO TRANSPORTU NA ČASOVÉ INTERVALY A VÝSLEDKY MECHANICKÉ TROMBEKTOMIE U PACIENTŮ S AKUTNÍ ICMP V PŘEDNÍ CIRKULACI

ÚVOD

Mechanická trombektomie (MT) představuje standardní léčbu u pacientů s akutní ischemickou cévní mozkovou příhodou (iCMP) při uzávěru velké mozkové tepny (large vessel occlusion – LVO). V organizaci péče v ČR jsou uplatňovány dva modely transportu: *primární transport* na pracoviště provádějící MT (Komplexní cerebrovaskulární centrum – KCC) a *sekundární transport* z pracoviště nižšího typu (Iktové centrum – IC).

CÍLE

Zhodnotit vliv typu transportu (primární – do Fakultní nemocnice Olomouc (FNOL) vs. sekundární – konkrétně z IC Zlín) na časové intervaly, technickou úspěšnost a klinický výsledek MT u souboru pacientů léčených ve FNOL v období od 1.7.2023 do 30.6.2025.

METODIKA

Do prospektivní observační studie byli zahrnuti pacienti s iCMP v přední cirkulaci indikovaní k MT. V souboru byla sledována demografická data, vstupní neurologický deficit (škála NIHSS – National Institutes of Health Stroke Scale) a technická úspěšnost rekanalizace (dle skóre TICl). Klíčovými časovými indikátory byly intervaly „vznik iCMP – punkce“ a „vznik iCMP – rekanalizace LVO“. Klinický výsledný stav byl hodnocen modifikovanou Rankinovou škálou (mRS) po 3 měsících od výkonu.

VÝSLEDKY



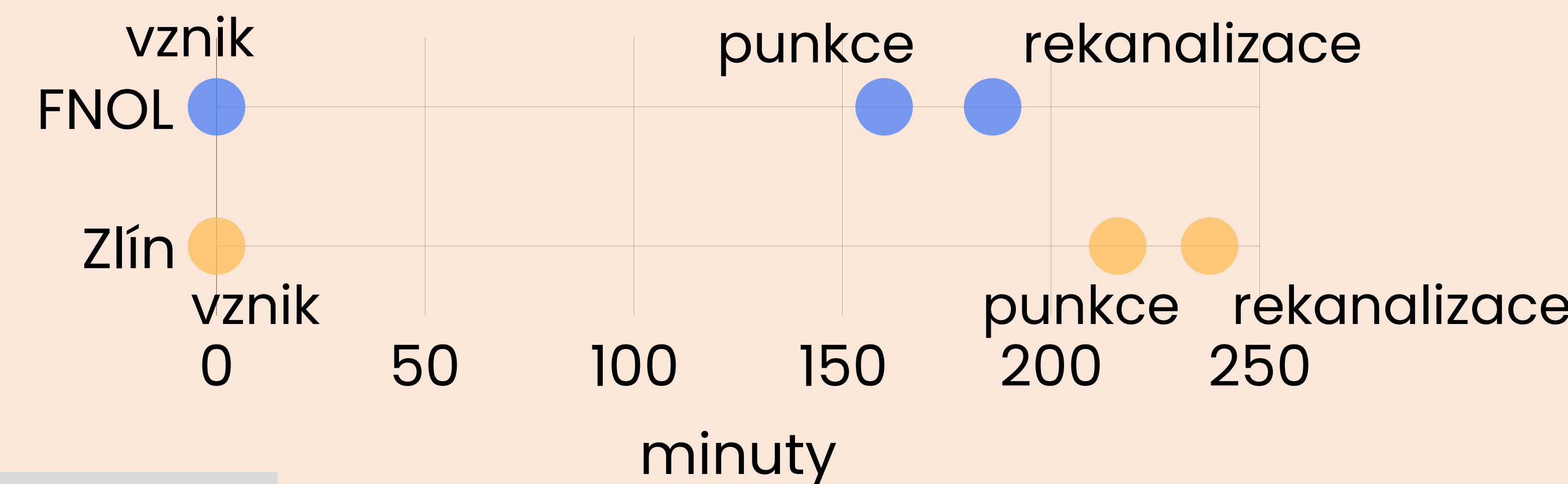
Autor: Čelústková K.
Školitel: Köcher M., prof. MUDr. Ph.D.
Radiologická klinika LF UP v Olomouci a FNOL

Tabulka č.1: Srovnání časových intervalů (min) : primární vs. sekundární transport

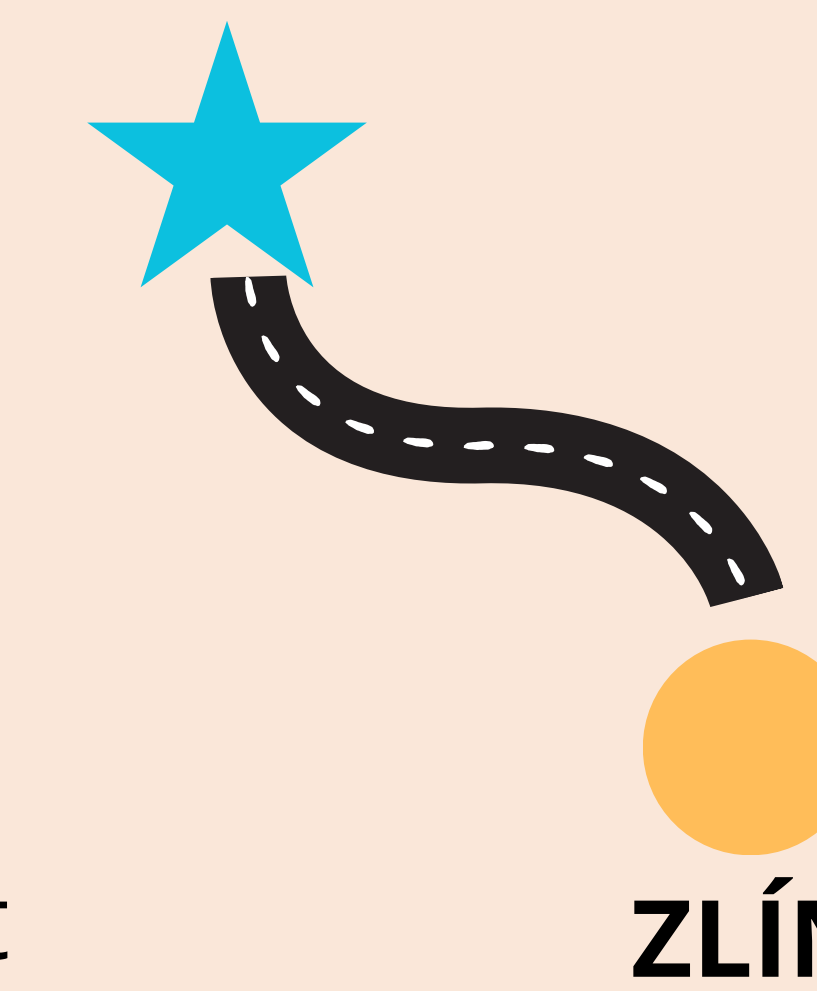
interval	FNOL (medián)	Zlín (medián)	p
vznik - punkce	160	216	< 0,0001
příjezd - punkce	64	133	< 0,0001
zobrazení - punkce	47	121	< 0,0001
vznik - rekanalizace	186	238	< 0,0001
punkce - 1. pasáž	14	15	0,854
punkce - rekanalizace	23	23	0,722

Soubor zahrnoval 308 pacientů (primární transport do FNOL – 75 %, transport z IC Zlín – 25 %). Srovnávané skupiny se statisticky významně nelišily ve věku, vstupním NIHSS ani v zastoupení rizikových faktorů ($p > 0,05$). U sekundárně transportovaných pacientů byl potvrzen signifikantně delší medián intervalu „vznik iCMP – punkce“ (160 min vs. 216 min; $p < 0,0001$) i intervalu „vznik iCMP – rekanalizace LVO“ (186 min vs. 238 min; $p < 0,0001$). Nebyl však prokázán statisticky významný rozdíl v technické úspěšnosti rekanalizace (TICl 2b–3; 91,2 % vs. 96 %, $p = 0,173$) ani v dobrém klinickém výsledném stavu (mRS 0–2; 51,9 % vs. 42,9 %, $p = 0,167$).

Graf č.1: Srovnání časových intervalů: primární vs. sekundární transport



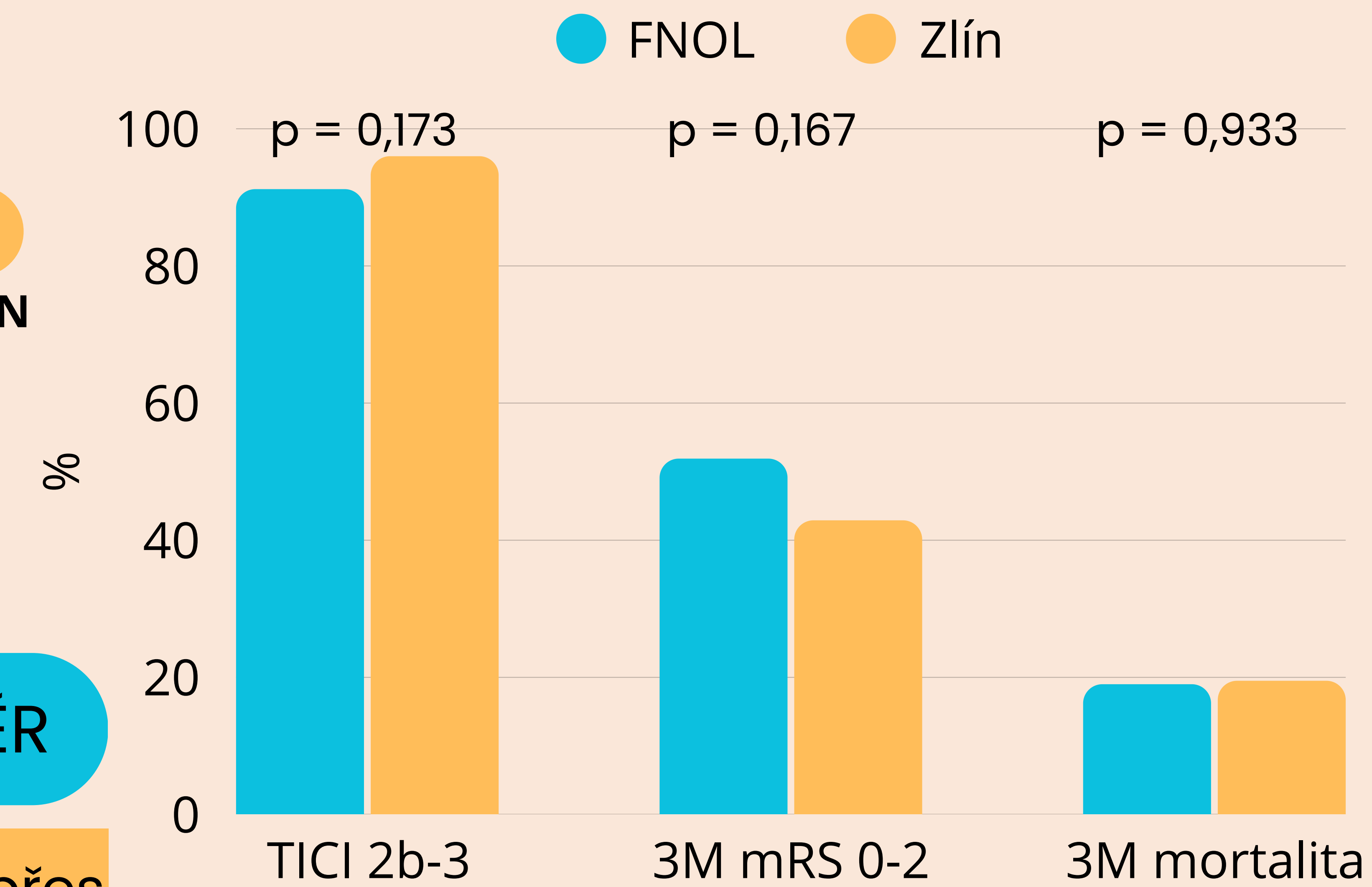
OLOMOUC



ZÁVĚR

Práce prokázala, že sekundární transport i přes signifikantně delší časové intervaly od vzniku iCMP do punkce tržla a rekanalizace nemá vliv na technickou úspěšnost MT ani výsledný klinický stav pacienta.

Graf č.2: Klinické výsledky a úspěšnost rekanalizace



TICl 2b–3 = technická úspěšnost rekanalizace,
3M mRS 0–2 = skóre 0–2 na modifikované Rankinově škále po 3 měsících,
3M mortalita = 3–měsíční mortalita