

Penghambat GPIIb/IIIa pada Intervensi Koroner Perkutan Primer: Kapan dan Dimana?

Doni Firman

Prosedur Intervensi Koroner Perkutan Primer (IKPP) merupakan prosedur pilihan pada pasien STEMI dengan awitan kurang dari 12 jam. Tetapi banyak hal yang masih belum terjawab di antaranya pada pasien dengan awitan dini (2 atau 3 jam) apakah pilihannya langsung dirujuk ke RS dengan fasilitas IKPP tetapi dengan konsekuensi adanya keterlambatan atau langsung diberikan trombolitik. Masalah kedua adalah jenis terapi yang diberikan saat transportasi ke rumah sakit rujukan apakah antitrombin heparin, bivalirudin, penghambat GP IIb/IIIa atau trombolitik? Masalah ketiga adalah IKPP tidak selalu berhasil memberi reperfusi. Masalah lain adalah keberhasilan angiografi yang tidak disertai bukti reperfusi yang diharapkan pada pemeriksaan dengan modalitas imaging.¹

Penggunaan penghambat reseptor GP IIb/IIIa pada tindakan IKPP semakin lazim digunakan. Setidaknya ada 3 trial yang mengevaluasi penggunaan penghambat GP IIb/IIIa pada STEMI sebagai tambahan terhadap antiplatelet oral sebelum dilakukan angiografi yaitu studi BRAVE-3, ON-TIME dan HORIZON-AMI. Berdasarkan ketiga trial tersebut, 2009 *Focused Updates: ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction* menyatakan bahwa penggunaan penghambat GP IIb/IIIa berguna dalam IKPP tapi bukan

sebagai terapi rutin. Penghambat GP IIb/IIIa lebih bermanfaat pada pasien dengan thrombus yang banyak atau pasien yang belum mendapat thienopyridine secara adekuat. Rekomendasi pemakaian abciximab adalah kelas IIa dengan *level of evidence A*, tirofiban atau eptifibatide mempunyai *level of evidence B*.²

Dalam makalahnya Hakim dkk³ meneliti efek salah satu penghambat Gp IIb/IIIa yaitu eptifibatide yang lazim digunakan pada prosedur IKPP di Pusat Jantung Nasional Harapan Kita (PJNHK). Ini adalah penelitian pertama yang meneliti obat tersebut pada subyek populasi Indonesia. Di PJNHK sendiri tindakan IKPP semakin lama semakin meningkat dengan jumlah rata-rata tindakan 250-300 setiap tahunnya. Eptifibatide telah menjadi standar dalam prosedur IKPP di PJNHK.

Pemberian GP IIb/IIIa sedini mungkin dan rutin rutin pada kasus STEMI, telah diteliti pada Finesse Trial. Penelitian ini membandingkan kelompok yang secara dini mendapat abciximab ditambah setengah dosis reteplase (combination-facilitated PCI), kelompok yang mendapat hanya Abciximab (abciximab-facilitated PCI) dan abciximab yang diberikan di ruang kateterisasi. Ditemukan bahwa luaran klinis ketiga kelompok tidak berbeda bermakna.⁴ Hal ini menyebabkan *American Heart Association* mengeluarkan rekomendasi baru yang menyatakan bahwa pemberian GP IIb/IIIa cukup dilakukan di ruang kateterisasi, menggantikan rekomendasi sebelumnya yang menganjurkan pemberian penghambat GP IIb/IIIa sedini mungkin.²

Sebagai sebuah penelitian retrospektif, tentu saja ada beberapa keterbatasan dalam makalah Hakim

Alamat Korespondensi:

dr. Doni Firman, SpJP Divisi Diagnostik Invasif dan Intervensi Non Bedah Departemen Kardiologi dan Kedokteran Vaskular FKUI, dan Pusat Jantung Nasional Harapan Kita. E-mail: httpdoni_f@yahoo.com

dkk₃ tersebut. Makalah tersebut melihat aliran *Infarct Related Artery* (IRA) pada angiogram pertama sebagai *end point*. Ada kemungkinan besar bahwa analisa aliran tersebut menjadi bias karena masing-masing operator mempunyai proyeksi angiografi awal yang berbeda-beda dalam melakukan angiografi diagnostik, karena memang tidak ada kesepakatan untuk menyeragamkan hal tersebut.

Pemilihan *end point* aliran IRA awal dianggap menentukan prognostik jangka pendek dan jangka panjang. Fenomena tersebut disebut reperfusi pre-IKPP. Adanya reperfusi pre-IKPP diduga memperbaiki survival, tetapi hal ini dianggap petanda *surrogate* dengan sensitivitas rendah. Salah satu cara lain yang dipakai adalah dengan memperhatikan perbaikan aliran koroner setelah kawat penuntun dimasukkan melalui oklusi. Jika pasca dimasukkannya kawat penuntun tidak memperbaiki aliran koroner maka hal tersebut dihubungkan dengan besarnya risiko mortalitas dini dan lanjut.⁵

Hal lain yang mungkin tidak berhubungan dengan tujuan makalah Hakim dkk₃ tapi sangat penting dalam audit pelayanan di PJNHHK adalah banyaknya populasi yang mendapat eptifibatide > 90 menit (31.9%). Hal ini menunjukkan secara tidak langsung bahwa sasaran *door to balloon* < 90 menit masih belum tercapai pada sebagian populasi.

Daftar Pustaka

1. Gersh BJ, Stone GW. Pharmacological facilitation of coronary intervention in ST-segment elevation myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol Interv.* 2010;3:1292-4.
2. Kushner FG, Hand M, Smith SC, King SB, Anderson JL, Antman ME, et al. 2009 Focused Updates: STEMI and PCI Guidelines. *Catheter Cardiovasc Interv.* 2009;00:E2-44.
3. Hakim A, Yuniadi Y, Hanafy DA, Firman D, Soerianata S. Hubungan waktu pemberian eptifibatide dengan TIMI flow infarct related artery pada intervensi koroner perkutan primer. *J Kardiologi Indones.* 2011; 33:.....
4. Ellis SG, Tendera M, deBelder MA, vanBoven AJ, Widimsky P, Janssens L, et al. Facilitated PCI in patients with ST-elevation myocardial infarction. *N Engl J Med.* 2008;358:2205-17.
5. Valgimigli M, Campo G, Malagutti P, Anselmi M, Bolognese L, Ribichini F, et al. Persistent coronary no flow after wire insertion is an early and readily available mortality risk factor despite successful mechanical intervention in acute myocardial infarction. A pooled analysis from the STRATEGY (Single High-Dose Bolus Tirofiban and Sirolimus-Eluting Stent Versus Abciximab and Bare-Metal Stent in Acute Myocardial Infarction) and MULTISTRATEGY (Multicenter Evaluation of Single High-Dose Bolus Tirofiban Versus Abciximab With Sirolimus-Eluting Stent or Bare-Metal Stent in Acute Myocardial Infarction Study) Trials. *J Am Coll Cardiol Interv.* 2011;4:51-62.