

Komentarz

doc. dr hab. n. med. Christoph Bara

Klinika Chirurgii Serca, Klatki Piersiowej, Naczyń i Transplantologii Uniwersytetu Medycznego w Hanowerze, Niemcy



Jeżeli przyjrzeć się dokładnie, jaka jest *evidence* odnośnie do Bosentanu i Sildenafilu, to okazuje się, że nie można żadnego z nich jednoznacznie faworyzować. Zarówno Bosentan, jak i Sildenafil mają „evidence level A” i zalecenie I stopnia u pacjentów w klasie czynnościowej WHO II i WHO III. Również u ciężkich pacjentów, tzn. *WHO functional class IV*, jeden i drugi lek mają tylko „evidence level C”

i na tej podstawie zalecenie stopnia IIa (tab. I). Stosownie do tego, zarówno w Europie, jak i Ameryce, nie ma żadnych różnic w zakresie dopuszczenia do leczenia pomiędzy tymi lekami. Oba są w UE dopuszczone do leczenia WHO-FC II i III, a w USA i Kanadzie do leczenia WHO-FC II, III i IV (tab. II).

Ostatnia niemiecka *consensus conference* poświęcona nadciśnieniu płucnemu, która odbyła się przed kilkoma

miesiącami w Kolonii, także stawia oba te leki na równym poziomie i w zaleconym schemacie leczenia (DMW 2010 Oct; 135 Suppl 3) nie faworyzuje oficjalnie żadnego z nich jako leku pierwszego rzutu (tab. III). Jedynie „między wierszami” można spekulować, że raczej należy zaczynać od Sildenafilu, ponieważ w komentarzach zaleca się w opornych przypadkach przed zmianą leku zwiększyć dawkę Sildenafilu nawet do 3 razy 80 mg.

Koniec końców, wydaje mi się, że z czystym sumieniem można zająć następujące stanowisko: **ponieważ oba leki w badaniach klinicznych okazały się jednakowo efektywne, ze względów ekonomicznych należałoby zaczynać terapię od Sildenafilu.**