

Czy wyniki leczenia metodą pierwotnej angioplastyki pacjentów z wielonaczyniową chorobą wieńcową są zadowalające?

dr hab. n. med. Zbigniew Chmielek

Samodzielna Pracownia Hemodynamiki, Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego, Warszawa



Częstość występowania wielonaczyniowej choroby wieńcowej wśród chorych z zawałem serca z uniesieniem odcinka ST (STEMI) leczonych metodą pierwotnej angioplastyki ocenia się na ok. 50%. Wyniki badań wykazały, że stwierdzenie istotnych zwężeń w co najmniej 2 tętnicach wieńcowych u chorych leczonych metodą pierwotnej angioplastyki jest czynnikiem niekorzystnym prognostycznie. Już

w latach 80. ubiegłego wieku Sanz i wsp. [1], obserwując przez 34 miesiące 259 kolejnych pacjentów, którzy z powodu zawału serca byli leczeni trombolitycznie, stwierdzili, że niezależne czynniki wpływające na przeżycie to: wartość frakcji wyrzutowej lewej komory (LVEF), obecność wielonaczyniowej choroby wieńcowej, występowanie nawrotów niewydolności serca. Najlepsze rokowanie wykazano u chorych po zawale z LVEF $\geq 50\%$, natomiast najgorsze w grupie z LVEF $\leq 20\%$. Zaobserwowano również ścisły związek między przeżyciem, LVEF i liczbą tętnic wieńcowych zmienionych miażdżycowo. Stwierdzono bowiem, że wśród chorych z obniżoną LVEF wynoszącą 21–49% przeżycie było gorsze niż w grupie z prawidłową LVEF tylko w przypadku, kiedy obniżonej LVEF towarzyszyła trójnaczyniowa choroba wieńcowa. Na podstawie uzyskanych wyników autorzy cytowanej pracy postulowali, aby u chorych po zawale serca leczonym trombolitycznie wykonywać rutynowo koronarografię w przypadkach, kiedy LVEF wynosi 21–49% [1].

Choroba wielonaczyniowa jest kolejnym, bardziej zaawansowanym etapem miażdżycy tętnic wieńcowych niż choroba jednonaczyniowa. Dlatego pacjenci z chorobą wielonaczyniową są starsi i częściej obserwuje się u nich współistnienie innych schorzeń, takich jak: cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, miażdżycę tętnic obwodowych czy przeżyty zawał serca.

Wyniki badań potwierdziły, że rokowanie chorych po STEMI jest gorsze u pacjentów z wielonaczyniową chorobą wieńcową niż z chorobą jednonaczyniową. Najbardziej przekonujące są wyniki rejestru SHOCK, który wykazał, że wstrząs

kardiogeny w przebiegu zawału serca pojawia się zwykle u pacjentów, którzy mają istotne zwężenia w kilku, a nie tylko w 1 tętnicy wieńcowej [2]. Przyczyny niekorzystnego wpływu wielonaczyniowej choroby wieńcowej na rokowanie chorych po przeżytym zawale serca nie zostały jednoznacznie ustalone. Przypuszcza się, że powodem złego rokowania może być większe niż w przypadku osób z chorobą jednonaczyniową pozawałowe upośledzenie kurczliwości lewej komory lub też nawracające epizody niedokrwienia lewej komory.

Obecnie trwa dyskusja na temat, jakie jest najskuteczniejsze postępowanie terapeutyczne w przypadku pacjentów z wielonaczyniową chorobą wieńcową leczonych metodą pierwotnej angioplastyki — czy poszerzać tylko tętnicę odpowiedzialną za zawał, czy też wszystkie tętnice z istotnymi zmianami miażdżycowymi? Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań (głównie rejestrów) nie wykazano, aby całkowita rewaskularyzacja w trakcie pierwotnej angioplastyki w istotny sposób poprawiała rokowanie. Dlatego według obecnie obowiązujących zaleceń całkowita rewaskularyzacja powinna być wykonywana tylko u chorych we wstrząsie kardiogenym, natomiast u pozostałych pacjentów z chorobą wielonaczyniową w trakcie pierwotnej angioplastyki należy przywrócić przepływ w tętnicy dozawałowej, a pozostałe tętnice wieńcowe rewaskularyzować planowo [3].

Praca Lekstona i wsp. [4] pochodzi z ośrodka posiadającego najdłuższe w Polsce doświadczenie w leczeniu chorych metodą pierwotnej angioplastyki. Na podstawie wieloletniej obserwacji 828 osób z jednonaczyniową i 948 pacjentów z wielonaczyniową chorobą wieńcową leczonych metodą pierwotnej angioplastyki autorzy oceniali częstość występowania zdarzeń niepożądanych w obu badanych grupach. W porównaniu z pracami innych autorów uwagę zwraca duża liczba chorych włączonych do badania i długi czas obserwacji, dzięki czemu uzyskane wyniki są bardzo obiektywne. Oceniając częstość występowania najważniejszego zdarzenia niepożądanego — zgonu, autorzy stwierdzili, że w grupie osób z chorobą wielonaczyniową w trakcie hospitalizacji umiera prawie 10% pacjentów, a po 5 latach ponad 20% [4].

Po przeczytaniu pracy nasuwa się następująca uwaga. W grupie osób z wielonaczyniową chorobą wieńcową w trakcie hospitalizacji dodatkową rewaskularyzację innej tętnicy niż odpowiedzialna za zawał serca wykonano planowo metodą angioplastyki wieńcowej u 19,7% chorych. Następnie w trakcie 12-miesięcznej obserwacji operację pomostowania tętnic wieńcowych wykonano u 14,5% pacjentów, a angioplastykę u 5,1% (w tekście nie wyjaśniono, czy angioplastykę przeprowadzono planowo, czy też z powodu restenozy). To oznacza, że łącznie tylko u ok. 40% chorych z wielonaczyniową chorobą wieńcową dokonano pełnej rewaskularyzacji, natomiast u pozostałych 60% pacjentów zwężenia w innych tętnicach pozostawiono bez interwencji. Szkoda, że w komentowanej pracy nie wyjaśniono, jakie były powody takiego postępowania. Należy przypuszczać, że u części pacjentów nie było wskazań klinicznych do dalszej rewaskularyzacji, a prawdopodobnie u większości kolejna interwencja

nie była możliwa do wykonania z powodów technicznych. Wydaje się, że brak możliwości pełnej rewaskularyzacji jest jednym z ważniejszych powodów złego rokowania w tej grupie chorych.

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Piśmiennictwo

1. Sanz G, Castaner A, Betriu A et al. Determinants of prognosis in survivors of myocardial infarction: a prospective clinical angiographic study. *N Engl J Med*, 1982; 306: 1065–1070.
2. Webb JG, Lowe AM, Sanborn TA et al. Percutaneous coronary intervention for cardiogenic shock in the SHOCK trial. *J Am Coll Cardiol*, 2003; 42: 1380–1386.
3. Wijns W, Kolh P, Danchin N et al. Guidelines on myocardial revascularization. *Eur Heart J*, 2010; 31: 2501–2555.
4. Lekston A, Tajstra M, Gąsior M et al. Impact of multivessel coronary disease on one-year clinical outcomes and five-year mortality in patients with ST-elevation myocardial infarction undergoing percutaneous coronary intervention. *Kardiologia Pol*, 2011; 69: 336–343.