

Inwazyjne leczenie zwężenia pnia lewej tętnicy wieńcowej. Czy jesteśmy na rozdrożu?

prof. dr hab. n. med. Andrzej Bochenek

I Katedra i Klinika Kardiologii, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice



Kardiologia inwazyjna dzięki wprowadzeniu nowych technologii medycznych oraz istotnej poprawie dostępności tej metody dla chorych zajęła pierwszoplanową rolę w inwazyjnym leczeniu choroby wieńcowej. Kardiocyty bronią swojej dominującej pozycji, akcentując konieczność kierowania do leczenia chorych zgodnie z aktualnymi

zaleceniami ESC i ACC/AHA, a także podkreślając, że nadal podstawową wadą i słabością stentowania jest restenoza w stencie oraz związana z tym konieczność reinterwencji. Wprowadzenie nowych generacji stentów lekowych, uzupełnione systematycznym i prawidłowo monitorowanym leczeniem antyagregacyjnym, istotnie zmniejszyło częstość występowania restenozy i konieczność reinterwencji.

Kardiocyty, opierając się na wynikach systematycznie wykonywanych randomizowanych badań, przejęli rolę kardiocyty w leczeniu inwazyjnym jedno- i dwunaczyniowej choroby wieńcowej. Do kardiocyty inwazyjnego kierowani są także wszyscy chorzy z ostrym zespołem wieńcowym. Wyniki wielośrodkowego badania *Syntax* i zastosowanie skali *Syntax Score* pozwalają też na rozszerzenie wskazań do leczenia wybranych pacjentów z obrazem trójnaczyniowej choroby wieńcowej. Badanie *Syntax* dało także podstawy do stosowania stentów w leczeniu izolowanych zmian pnia lewej tętnicy wieńcowej [1].

Nadal jednak terapia trójnaczyniowej choroby wieńcowej, a zwłaszcza zwężenia pnia lewej tętnicy wieńcowej zgodnie z zaleceniami ESC i ACC/AHA to bezwzględne pierwszoplanowe zadanie dla chirurga.

Trudno rezygnuje się z ról pierwszoplanowych, ale przedstawione kolejne badania obserwacyjne oraz randomizowane skłaniają do głębokiej analizy i, być może, częściowej rewizji wskazań oraz rekomendacji towarzystw kardiologicznych. Przeglądając literaturę z ostatnich 3 lat, można napotkać niemal 200 artykułów i komentarzy dotyczących strategii postępowania w inwazyjnym leczeniu zwężenia pnia lewej tętnicy wieńcowej.

Nie ma już wątpliwości, że zwężenie pnia i wstrząs kardiogeny to choroby, którymi powinni się zająć kardiocyty interwencyjni, nadal jednak wiele zastrzeżeń dotyczy stento-

wania pnia u osób ze stabilną chorobą wieńcową. Podstawowy zarzut przeciwników to brak obserwacji odległych. Przedstawione w *Kardiologii Polskiej* badanie Gziut i wsp. [2] oraz opublikowane w *JACC* przez Buszmana i wsp. [3, 4] badanie obserwacyjne *Le Mans* wskazują, że przy korzystnych warunkach anatomicznych zabieg stentowania pnia lewej tętnicy wieńcowej z powodzeniem można wykonać u pacjentów ze stabilną chorobą wieńcową, a wczesne i odległe wyniki terapii nie ustępują, natomiast w wybranych grupach chorych mogą być lepsze od leczenia chirurgicznego. Dobre wczesne wyniki zabiegu stentowania pnia lewej tętnicy wieńcowej zachęcają kolejne ośrodki do stosowania tej metody w zwężeniu pnia. Jedenastoletnie obserwacje przedstawione w pracy Buszmana i wsp. oraz pięcioletnie doświadczenia Gziut i wsp. wykazują, że odległe wyniki stentowania pnia lewej tętnicy wieńcowej mogą być porównywalne z rezultatami operacji pomostowania naczyń wieńcowych. Te przedstawione ostatnio badania obserwacyjne, oparte na codziennej praktyce lekarskiej, są kolejnym dowodem, że o odległym wyniku leczenia nie decyduje tylko rodzaj zastosowanej metody inwazyjnej, ale równie ważne są stan ogólny chorego, czynniki ryzyka zwiększające możliwość powikłań po operacji oraz prawidłowa farmakoterapia po zabiegu.

Uważam, że na obecnym etapie rozwoju techniki stentowania pnia kardiocyty rozważnie stosują ten zabieg, zakładając stenty tylko u chorych z izolowanymi zmianami w pniu, z korzystnymi dla PCI zmianami anatomicznymi, lub w przypadkach niedokrwienia, gdy zabieg ratuje życie pacjenta. Zdarza się też coraz częściej, że chirurg sugeruje wykonanie koronaroplastyki ze względu na wysokie ryzyko zabiegu związane z towarzyszącymi schorzeniami.

Stentowanie pnia można także przeprowadzić, gdy anatomia naczyń obwodowych nie pozwala na wykonanie dobrych zespołów obwodowych.

Należy podkreślić, że dzięki badaniu *Syntax* kardiocyty otrzymali także nowe narzędzie — *Syntax Score*. Dzięki zastosowaniu tej skali łatwiej można zdecydować, które zmiany powinny być leczone metodami chirurgicznymi, a które można stentować.

Nowy rozdział kardiologii inwazyjnej, czyli leczenie zmian obejmujących pień lewej tętnicy wieńcowej, budzi niepokój kardiocyty, gdyż ostatnia bariera została przełamana,

co może spowodować zmniejszenie liczby chorych kierowanych do leczenia chirurgicznego. Dzisiaj trudno jednoznacznie przewidzieć, jaka będzie przyszłość metody stentowania pnia, jednak kolejne badania i obserwacje odległe dostarczają nowych dowodów dla komisji opracowujących wytyczne ESC i AHA, które mogą wpłynąć na decyzje o przesunięciu wskazań dotyczących leczenia zwężenia pnia z II klasy do III. Chirurgi muszą się pogodzić ze zmianą profilu leczonych pacjentów — tym razem na chorych z jeszcze bardziej zaawansowaną miażdżycą, wysokim wskaźnikiem *Syntax Score*, ze współistniejącą niewydolnością zastawek oraz niewydolnością serca i cukrzycą [5, 6].

Na szczęście, równoległy rozwój kardiologii z kardiologii pozwala obecnie także w tej grupie chorych zaproponować bezpieczne leczenie chirurgiczne.

Różne metody leczenia inwazyjnego oraz równoległy postęp w farmakoterapii choroby wieńcowej zmuszają do zmiany zasad kwalifikacji do różnych metod terapii. Nie wystarczy już tylko szybka ocena koronarografii i kwalifikacja do stentowania lub pomostowania naczyń wieńcowych. Istnieje potrzeba ścisłej analizy czynników ryzyka, współpracy chirurgów, kardiologów, diabetologów oraz farmakologów, aby zaproponować najbardziej skuteczną formę leczenia.

Uważam, że w przyszłości tylko taki multidyscyplinarny zespół może kwalifikować, leczyć i zapobiegać powikłaniom choroby wieńcowej.

Piśmiennictwo

1. Serruys PW, Morice MC, Kappetein AP et al. Percutaneous coronary intervention versus coronary-artery bypass grafting for severe coronary artery disease. *N Engl J Med*, 2009; 360: 961–972.
2. Gziut A, Gil R, Kulawik T. Comparative analysis of conservative, percutaneous, and surgical treatment outcomes in patients with significant stenosis of the left main coronary artery during five-year follow-up. *Kardiol Pol*, 2010; 68: 381–390.
3. Buszman PE, Buszman PP, Kiesz S et al. Early and long-term results of unprotected left main coronary artery stenting. *J Am Coll Cardiol*, 2009; 54: 1500–1511.
4. Buszman PP, Bochenek A, Konkolewska M et al. Early and long-term outcomes after surgical and percutaneous myocardial revascularization in patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes and unprotected left main disease. *J Invas Cardiol*, 2009; 21: 564–569.
5. Moses JW, Leon MB, Stone GW. Left main percutaneous coronary intervention crossing the threshold. *J Am Coll Cardiol*, 2009; 54: 1512–1514.
6. Meliga E, Valgimigli M, Buszman P, Serruys PW. Percutaneous coronary intervention or coronary artery bypass graft for unprotected left main coronary artery disease: the endless debate. *J Am Coll Cardiol*, 2008; 52: 577–586.