

Jakie miejsce dla OPCAB zostało po badaniu ROOBY?

prof. dr hab. n. med. Andrzej Bochenek

I Katedra i Klinika Kardiochirurgii, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice



Lata 90. XX wieku to początek triumfalnego pochodu kardiologii inwazyjnej i jej dominacji w leczeniu choroby wieńcowej. W kolejnych latach obserwowano zmniejszanie się liczby przeprowadzanych operacji naczyń wieńcowych i zwiększanie liczby rewaskularyzacji wykonywanych metodą stentowania. Konkurencja kardiologów i zmniejszająca się liczba pacjentów kierowanych do chirurgów skłaniały do poszukiwania metod leczenia charakteryzujących się mniejszą inwazyjnością.

Koncepcja zmniejszenia inwazyjności poprzez wykluczenie z techniki zabiegu krążenia pozaustrojowego i wykonywanie operacji bez zatrzymywania akcji serca jest uzasadniona. Ogólnoustrojowy proces zapalny, zaburzenia hemostazy, zawał okołoperacyjny i powikłania neurologiczne to najczęstsze powody niepowodzeń chirurgicznych, a przyczyną tych powikłań jest krążenie pozaustrojowe i konieczność zatrzymywania serca.

Po pierwszych udanych próbach z zastosowaniem metody OPCAB większość autorytetów ogłosiła przetom w chirurgicznym leczeniu choroby wieńcowej, a w czasie zjazdów kardiochirurgicznych prognozowano, że technika ta zdominuje chirurgię naczyń wieńcowych. Opinie te formułowano na podstawie badań klinicznych przeprowadzanych na niewielkiej liczbie chorych. Podkreślano zalety metody polegające na redukcji utraty krwi po operacji i zmniejszeniu zużycia krwi. Dowodów w tej kwestii dostarczyło 7 udokumentowanych badań z randomizacją. Pojawiały się także niepokojące doniesienia, że chorzy po operacjach OPCAB częściej wymagają ponownych interwencji, metoda nie zawsze pozwala na kompletną rewaskularyzację, a liczba powikłań neurologicznych nie ulega istotnej redukcji. Doniesienia te zmniejszyły zainteresowanie techniką OPCAB i obecnie w większości klinik stosuje się ją u ok. 10% operowanych.

Rok 2009 nie był korzystny dla promocji metody OPCAB. W komentowanym badaniu ROOBY, które jest największym badaniem z randomizacją na świecie, nie potwierdzono wcześniej wysuwanych koncepcji, że metoda ta zmniejsza śmiertelność, liczbę udarów, zapobiega powstawaniu niewydolności nerek i niewydolności serca

po operacji. Wykazano natomiast, że drożność pomostów po 12 miesiącach jest statystycznie mniejsza w grupie chorych operowanych metodą OPCAB. Kolejne niekorzystne badanie dla techniki OPCAB to doniesienie obserwacyjne oparte na bazie danych 63 tys. chorych, u których wykonano rewaskularyzację wieńcową [1].

Porównano wyniki leczenia 48 658 osób operowanych metodą klasyczną i 14 389 operowanych metodą OBCAB. W badaniu tym nie wykazano różnic w śmiertelności wczesnej i występowaniu udarów neurologicznych. Stosując metody statystyczne oparte na wieloczynnikowej regresji, wykazano natomiast, że zabieg OBCAB związany jest z dłuższym pobytem w szpitalu i wyższym kosztem leczenia. Badanie to podważyło więc przekonanie o szybszej rekonwalescencji i niższych kosztach leczenia przy zastosowaniu metody OBCAB.

Pomimo tak niekorzystnych obserwacji i pomimo że nigdy nie byłem entuzjastą tej metody, nadal uważam, że technika OPCAB w rękach doświadczonych operatorów powinna być stosowana u chorych z wysokim ryzykiem, szczególnie u pacjentów w podeszłym wieku, u chorych z rozległym zwapnieniem aorty lub niewydolnością oddechową. Ważne jest, aby metodę operacji dostosowywać do umiejętności chirurga i czynników, dla których krążenie pozaustrojowe może być źródłem powikłań.

Na podstawie licznych doniesień, niestety opartych na niewielkich grupach chorych, oraz bazując na doświadczeniu kliniki, w której pracuję, uważam, że chorzy z grupy wysokiego ryzyka najbardziej korzystają na zastosowaniu metody OPCAB. Nadal brakuje jednak dowodów opartych na dużych badaniach z randomizacją. Badanie ROOBY niestety nie dało odpowiedzi na pytanie, czy chorzy z grup wysokiego ryzyka korzystają z zastosowania metody OPCAB.

Piśmiennictwo

1. Chu D, Bakaeen FG, Dao TK, et al. On-pump versus off-pump coronary artery bypass grafting in a cohort of 63,000 patients. *Ann Thorac Surg* 2009; 87: 1820-7.
2. Briffa N. Off pump coronary artery bypass: a passing fad or ready for prime time? *Eur Heart J* 2008; 29: 1346-9.