

Wczesne oraz późne wyniki wszczepiania stentów do pnia lewej tętnicy wieńcowej w porównaniu z rewaskularyzacją metodą chirurgiczną

Commentary to the article:

Buszman P, Kiesz SR, Bochenek A, et al. Acute and late outcomes of unprotected left main stenting in comparison with surgical revascularization. *J Am Coll Cardiol* 2008; 51: 538-45.

Andrzej Sumiński

Samodzielna Pracownia Hemodynamiki, Instytut Kardiologii, Warszawa

Kardiologia Pol 2008; 66: 361-362

Angioplastyka wieńcowa jako zabieg już z 30-letnią historią ma ugruntowaną pozycję w leczeniu osób z chorobą wieńcową. Pojawienie się stentów metalowych (BMS), a w ostatnich latach także stentów powlekanych lekami antymitotycznymi (DES) stworzyło możliwość wykonywania zabiegów o coraz wyższym stopniu trudności, jednak obarczonych wyższym ryzykiem. Zgodnie z aktualnymi standardami chorzy ze zwężeniem pnia lewej tętnicy wieńcowej (LMCA) są ciągle jeszcze kandydatami do leczenia operacyjnego (CABG). Jednocześnie rośnie liczba zabiegów angioplastyki wieńcowej (PCI) wykonywanych w tej grupie chorych. W prezentowanej pracy przedstawiono wyniki przeprowadzonego w Polsce, jednego z pierwszych badań z randomizacją poświęconych porównaniu tych dwóch metod rewaskularyzacji u chorych z LMCA.

Autorzy włączyli do badania 105 chorych (PCI, n=52; CABG, n=53) ze zwężeniem LMCA >50%, z towarzyszącymi zmianami w innych naczyniach lub bez takich zmian, z objawami choroby wieńcowej i z udokumentowanym niedokrwieniem, u których istniała możliwość wykonania zarówno PCI, jak i CABG. Badane grupy były dobrze do siebie dopasowane zarówno pod względem klasy czynnościowej wg CCS (średnio 3,1 vs 2,8, odpowiednio w grupie PCI i CABG), frakcji wyrzutowej lewej komory (LVEF) (53,5 vs 53,7%), jak też przebytych zawałów serca (MI), obecności hipercholesterolemii i cukrzycy.

Funkcję LV oceniano, wykonując dwuwymiarowe badanie echokardiograficzne przed zabiegiem i 12 mies.

po zabiegu. Każdy z chorych miał wykonywane testy wysiłkowe na bieżni 1, 3, 6 i 12 mies. po zabiegu. U wszystkich chorych z grupy PCI między 4. i 6. mies. od zabiegu wykonano kontrolną koronarografię. Preferowaną techniką wykonywania zabiegów PCI była bezpośrednia implantacja stentu. Jeśli nie było to możliwe, wykonywano predylatację cewnikami balonowymi o średnicy 2,0–2,5 mm. Stenty metalowe wszczepiano, jeśli średnica pnia była $\geq 3,8$ mm, natomiast jeśli była $< 3,8$ mm, stosowano DES (35% chorych). Zabiegi CABG odbywały się z użyciem krążenia pozaustrojowego (tylko w jednym przypadku bez) oraz w hipotermii. U 72% chorych poddanych CABG do wykonania pomostu użyto lewej tętnicy piersiowej wewnętrznej, u 9% – tętnicy promieniowej. Wszyscy chorzy z grupy PCI i CABG otrzymywali podwójne leczenie antyagregacyjne (kwas acetylosalicylowy z pochodną tienopirydyny) przez co najmniej 12 mies.

Pierwszorzędownym punktem końcowym w tym badaniu były zmiany w LVEF ocenianej echokardiograficznie po 12 mies. od zabiegu. Drugorzędowy punkt końcowy zdefiniowano jako poważne zdarzenia niepożądane (ang. *major adverse events*, MAE), poważne zdarzenia niepożądane sercowe i mózgowo-naczyniowe (ang. *major adverse cardiac and cerebrovascular events*, MACCE) w 30 dni i w rok po zabiegu, długość hospitalizacji, tolerancję wysiłku ocenianą w teście wysiłkowym wykonywanym na bieżni, stopień dolegliwości wieńcowych wg CCS, konieczność ponownej rewaskularyzacji oraz samo przeżycie. Do MAE zaliczono następujące zdarzenia niepożąda-

Adres do korespondencji:

dr n. med. Andrzej Sumiński, Samodzielna Pracownia Hemodynamiki, Instytut Kardiologii, ul. Spartańska 1, 02-637 Warszawa, tel.: +48 22 844 06 18, e-mail: a_suminski@tlen.pl

ne: zgony z wszystkich przyczyn, MI, powtórna rewaskularyzacja, epizody ostrej niewydolności serca, udary, zaburzenia rytmu (migotanie komór, częstoskurcz komorowy, migotanie przedsionków), krwawienia wymagające transfuzji krwi, powikłania infekcyjne. Do MACCE zaliczono zgony z przyczyn sercowych, ostre MI, udary, powtórne interwencje wieńcowe oraz ostre i podostre zakrzepice w stentach.

W ciągu pierwszych 30 dni od zabiegu w grupie PCI nie było zgonów, natomiast w grupie CABG były dwa ($p=0,16$). W grupie PCI stwierdzono znamienne niższe ryzyko wystąpienia MAE (8 vs 28%; $p=0,006$) oraz MACCE (2 vs 13%) w porównaniu z CABG. Krótszy był również okres hospitalizacji (6,8 vs 12,0 dni; $p=0,0007$). Stopień zmniejszenia dolegliwości wieńcowych oceniany wg CCS był porównywalny w obu grupach po 30 dniach i po 12 mies. od zabiegu. Po miesiącu od zabiegu zdolność do wykonywania wysiłku oceniana w teście wysiłkowym była większa w grupie PCI (7,3 vs 5,1 MET), jednak po 12 mies. była już porównywalna w obu grupach (7,2 vs 6,4 MET).

Po roku u chorych z grupy PCI w porównaniu z CABG stwierdzono wzrost LVEF (3,3 vs 0,5%; $p=0,047$). W czasie trwającej średnio 28 mies. obserwacji zmarło 3 chorych z grupy PCI i 7 z grupy CABG ($p=0,08$). Występowanie po-

wikłań MACCE i MAE w czasie rocznej obserwacji było porównywalne w obu grupach.

Restenozę w stencie implantowanym do LMCA stwierdzono u 5 (9,6%) chorych, w tym w jednym (5,5%) przypadku DES i w 4 (11,7%) przypadkach BMS. W 4 przypadkach restenozy powtórna PCI okazała się skuteczną metodą leczenia. Jednego chorego poddano CABG z powodu powtórnej restenozy. W grupie PCI u żadnego z chorych nie stwierdzono ostrej, podostrej lub późnej zakrzepicy w stencie. W grupie CABG miały miejsce 3 poważne krwawienia, 2 udary, jeden epizod niewydolności nerek. Powikłania te nie wystąpiły u chorych po PCI. W grupie PCI więcej było przypadków niestabilności wieńcowej (8 vs 3) i powtórnych rewaskularyzacji (15 vs 5).

Na podstawie uzyskanych wyników autorzy wnioskuje, że u chorych ze zwężeniem LMCA leczenie za pomocą PCI z wszczępieniem stentów daje lepsze wczesne wyniki niż CABG. Rok po zabiegu wzrost LVEF występuje tylko u chorych poddanych PCI. Oba typy postępowania wiążą się z podobnym stopniem zmniejszenia dolegliwości wieńcowych. Zdaniem autorów niniejsze wyniki wskazują na potrzebę przeprowadzenia większego badania z randomizacją w celu porównania najważniejszych klinicznych efektów leczenia.

Komentarz redakcyjny

dr hab. n. med. Jan Rogowski

Katedra i Klinika Kardiologii i Chirurgii Naczyń, Akademia Medyczna, Gdańsk



Dobrodziejstwa kardiologii interwencyjnej we współczesnym leczeniu choroby niedokrwiennej serca są bezdyskusyjne. Dlatego z wielkim zainteresowaniem zapoznałem się z omawianą pracą [1]. Ogromną zaletą pracy jest jasna metodyka, ostrożne wysuwanie wniosków i świadomość niektórych ograniczeń badania.

Gwałtowny spadek liczby chirurgicznych rewaskularyzacji spowodowany wieloma sukcesami i publikacjami na temat przewagi interwencji przezskórnych (PCI) nad pomostowaniem tętnic wieńcowych (CABG) w obserwacji krótko- i średnioterminowej spowodował wśród kardiologów powstanie „zespołu oblężonej twierdzy” z ostatnim bastionem – zwężeniem pnia lewej tętnicy wieńcowej (LMCA). Pojawiające się znacznie mniej entu-

zjastyczne publikacje wyników odległych nigdy jednak nie mogą nadążyć za nowymi technologiami przynoszącymi zachęcające wyniki 12-miesięczne. Tak więc angioplastyki balonowe zostały wyparte przez stenty metalowe (BMS), które z kolei zastąpione zostały przez stenty z brachyterapią, odesłane w niebyt przez stenty uwalniające leki (DES). Z pewną konsternacją obserwuję cichy powrót BMS i przechodzę w milczeniu nad nieznanymi skutkami dożywotniej terapii przeciwplatekowej.

Z drugiej strony jednak należy pamiętać o olbrzymim poczuciu komfortu, jakie daje nam, kardiologom, możliwość skierowania do kolegów kardiologów pacjentów z chorobą jednego naczynia (oczywiście pod warunkiem, że nie jest to gataż przednia zstępująca, ale prawa tętnica wieńcowa) – chorych bardzo obciążonych, ze skrajnym ryzykiem operacyjnym i niedługim oczekiwanym okresem przeżycia.