

Wszelkie informacje o mojej przedwczesnej śmierci wydają się mocno przesadzone

Kardiochirurgia

Andrzej Bochenek, Marian Zembala

W imieniu chirurgii wieńcowej i kardiochirurgów

Kardiologia Polska 2006; 64: 556-558

Czy nadchodzi zmiernych chirurgicznego leczenia choroby wieńcowej? Takie pytanie zadaliśmy sobie często po tryumfalnym ogłoszeniu wyników badania z randomizacją RAVEL, w którym wykazano, że u 236 chorych, u których zastosowano stent uwalniający rapamycynę, podczas 6-mies. obserwacji nie pojawiła się restenoza. Po ogłoszeniu wyników tego badania zapanała nerwowa atmosfera, szczególnie wśród chirurgów północnoamerykańskich, gdzie stenty z rapamycyną i paklitaksemem (DES) rutynowo stosuje się w inwazyjnym leczeniu zwężeń naczyń wieńcowych.

Minęło parę lat, przeprowadzono wiele badań porównujących stenty metalowe ze stentami DES, ale wraz z tymi badaniami pojawiły się wątpliwości, czy kardiochirurgiczne leczenie choroby wieńcowej zostanie całkowicie zastąpione leczeniem z zastosowaniem stentów.

W 2000 r. przeprowadzono badanie SIRIUS, które potwierdziło, że stenty DES są skuteczniejsze niż stenty metalowe: więcej chorych żyje bez nowych incydentów sercowych oraz nawrotów zwężenia po 9 mies. Badanie to starano się zaprojektować tak, aby odpowiadało codziennej praktyce klinicznej, mimo to już pobieżna analiza wskazuje, że chorzy stanowili wyselekcjonowaną grupę ze zmianami o niewielkiej długości i w tętnicach o dość dużej średnicy. Można było więc spodziewać się, że tak naprawdę brak restenozy to nadal odległe marzenie kardiologów.

Wraz z badaniami pojawiają się kolejne wątpliwości. Jak prawidłowo rozprężyć stent? Jak długi stent stosować, aby nie pojawiał się problem przesuwania się stentu w naczyniu? Jak zapobiegać tragicznym w skutkach późnym zakrzepom w obrębie stentów DES? Czy u chorych z cukrzycą, którzy mają zakładane stenty

DES, rutynowo stosować blokery receptorów płytkowych? Jak długo stosować Plavix – przez 3, 6 czy 12 mies.? I czy stosowanie Plavixu w połączeniu z aspiryną nie naraża chorych na wzrost liczby powikłań neurologicznych? Jak zapobiegać tworzeniu się tętniaków w obrębie stentów DES? I co najważniejsze – jak walczyć z procesem zapalnym w obrębie stentu, który w efekcie doprowadza do mikrozatorowości i zakrzepów w mikrokrążeniu? Pomimo upływu lat zbyt wcześnie jest, aby postawić końcowe wnioski na temat odległej skuteczności stentów DES.

W czasie ostatnich warsztatów kardiologicznych zorganizowanych w Warszawie (X Warsztaty Kardiologii Interwencyjnej, 6–8 kwietnia 2006 r.) wybitny kardiolog inwazyjny J.J.R.M. Bonnier z Catharina Hospital w Eindhoven w Holandii stwierdził, że kardiochirurg to nadal najlepszy przyjaciel kardiologa i tylko wspólne działania mogą pomóc chorym w walce z chorobą wieńcową. W swoim wykładzie udowodnił, że przedstawione dotychczas badania z randomizacją porównujące stenty z chirurgicznym leczeniem choroby wieńcowej zajmują się wąską grupą chorych i są dalekie od rzeczywistości. Nadal nie ma wystarczającej liczby danych opartych na udowodnionych faktach medycznych, które pozwalałyby na szerokie wprowadzanie stentów DES u chorych z rozsianą miażdżycą (choroba trzech naczyń) ze zmianami w obrębie pnia lewej tętnicy wieńcowej, ze zmianami dotyczącymi rozwidleń tętnic wieńcowych, a także odnoszących się do leczenia restenozy w stencie, restenozy w pomoście wieńcowym oraz leczenia całkowicie i przewlekłe zamkniętych naczyń wieńcowych.

Osobnym problemem jest grupa chorych z wielonaczyniową postacią choroby wieńcowej, znacznie obni-

Adres do korespondencji:

prof. Andrzej Bochenek, I Katedra Kardiochirurgii ŚIAM, ul. Ziołowa 47, 40-653 Katowice, tel: +48 32 359 86 40, e-mail: office@cardiosurg.pl

żoną funkcją lewej komory (EF <35%) i współistniejącą niedomykalnością mitralną. W tej grupie nie ma żadnych podstaw do tego, aby ze spokojnym sumieniem zaproponować choremu stenty, nawet te najlepsze, czyli DES. Jako spoteczność kardiologiczna i kardiochirurgiczna potrzebujemy pilnie kolejnych badań z randomizacją, aby zmienić obowiązujące wskazania *American Heart Association*, a dopóki nie są zmienione, kardiologowie nie powinni, a nawet nie mają prawa leczyć chorych niezgodnie z zasadami. Należy podkreślić, że nadal wskazaniem do leczenia chirurgicznego jest: zwężenie pnia lewej tętnicy wieńcowej >50% i zwężenie >70% trzech tętnic wieńcowych u chorych z upośledzoną funkcją lewej komory serca.

Kardiolog inwazyjny powinien każdorazowo wspólnie z kardiochirurgiem poważnie zastanowić się nad stentowaniem bliższego odcinka tętnicy przedniej zstępującej (LAD), a już szczególnie u chorych z cukrzycą. Wiele badań, także polskich, udowodniło jednoznacznie, że nawet w erze stentów DES nie ma lepszej metody leczenia tego typu zwężenia od chirurgicznego zespolenia tętnicy piersiowej wewnętrznej z LAD (zabiegi MIDCAB, OPCAB). Techniki mało inwazyjne, nadal mało popularne, mogą być stosowane w skojarzeniu z koronaroplastyką pozostałych (poza LAD) tętnic wieńcowych, szczególnie u chorych z licznymi obciążeniami i wielonaczyniową chorobą wieńcową (tzw. rewaskularyzacja hybrydowa). Zwłaszcza teraz, kiedy także w Polsce mamy do dyspozycji coraz więcej stentów DES, metoda ta może okazać się szczególnie korzystna i efektywna dla większej grupy chorych.

Mamy nieodparte wrażenie, że euforia, która zapanowała po ogłoszeniu wyników badania RAVEL, została przez kardiologów przeniesiona na stosowanie klasycznych stentów. Skusiła też niektórych kardiologów inwazyjnych do zdobywania własnych doświadczeń w zakładaniu stentów u chorych z cukrzycą oraz stosowania stentów w wieloetapowym leczeniu rozsianych zmian w naczyniach wieńcowych. Niestety, często bez odległej obserwacji i ze szkodą dla odległego wyniku leczenia.

Zbyt często kardiologowie inwazyjni opierają się na indywidualnych doświadczeniach, a nie na dużych badaniach, szczególnie badaniach z randomizacją, co ostatnio bardzo zaburzyło kryteria kwalifikacji chorych do leczenia inwazyjnego lub kardiochirurgicznego.

Jeżeli w 2006 r. ponownie zadajemy sobie pytanie, kiedy nastąpi zmierzch chirurgicznego leczenia choroby wieńcowej, to możemy z pewnością odpowiedzieć: jeszcze przez wiele lat chirurg będzie leczył chorych z restenozą tętnic po erze niekontrolowanego stentowania tętnic wieńcowych.

Czy problemem dla kardiologii będzie to, że przesunie się średni wiek chorych kierowanych na le-

czenie chirurgiczne? Myślimy, że nie tylko. Podstawowy problem to zwiększająca się liczba chorych z restenozą w stentach i ze znacznym pogorszeniem funkcji lewej komory. Już dzisiaj wiemy, że brachyterapia nie tylko nie spełniła oczekiwań, ale nawet rozczarowała małą skutecznością. Dla zdecydowanej większości chorych z restenozą i nawrotem stenokardii nadal najskuteczniejsza jest kardiochirurgia z jej możliwościami pełnej rewaskularyzacji tętniczej i wieloma technikami mało inwazyjnymi, tak często stosowanymi także w polskiej kardiologii wieńcowej.

Dla nas historia chorego po stentach to nie tylko problem walki z restenozą, ale bardzo często problem pogarszającej się, pomimo działającego stentu, funkcji lewej komory, istotnej niedokrwiennej niedomykalności mitralnej. To także problem przewlekłego procesu zapalnego i mikroatorowości. Nazbyt często w ostatnich 2 latach spotykamy chorych z wielonaczyniową chorobą wieńcową z zajęciem LAD z dwoma, a czasami nawet trzema stentami założonymi nie w ostrym zespole wieńcowym, ale często planowo, elektywnie w wielonaczyniowej chorobie wieńcowej – z argumentacją, że w danym ośrodku kardiologicznym nie ma kardiologii.

Na efekty niekontrolowanej stentomanii my – kardiologowie – nie musieliśmy czekać zbyt długo. Około 20% operowanych obecnie chorych to osoby po zabiegach interwencyjnych. Należy zaznaczyć, że większość tych chorych była leczona w ostrej fazie zawału i kardiolog inwazyjny uratował im życie. Nadal jednak większość z nich wymaga leczenia chirurgicznego. Wyodrębniliśmy więc, jako kardiologowie, nową grupę chorych: na drugim etapie leczenia zawału serca. Jest to grupa o zwiększonym ryzyku okołoperacyjnym i trudna do operowania, szczególnie w obliczu założonych wcześniej stentów i stosowania leków antyagregacyjnych.

Jesteśmy gorącymi zwolennikami zakładania stentów tam, gdzie są do tego wskazania, także stosowania stentów DES, ale nie znajdujemy wytłumaczenia dla kardiologów inwazyjnych, którzy z uporem walczą z 4-krotną restenozą w stencie założonym do proksymalnego odcinka LAD u młodego człowieka, doprowadzając w końcu do znacznego uszkodzenia mięśnia sercowego. Czy nie świadczy o braku wyobraźni założenie dwóch, trzech stentów do wąskich naczyń chorego z cukrzycą, czy nie należy wcześniej pomyśleć o wątpliwym efekcie odległym? Często mamy wrażenie, że zapanowało przekonanie, iż każde naczynie można stentować i to za wszelką cenę. Należy jednak pamiętać, że w razie niepowodzenia nie ucierpi kardiolog, ale chory.

Apelujemy o większą odpowiedzialność za wspólne chorego. Aby pokonać chorobę wieńcową, musimy kierować się zasadami zawartymi w obowiązujących zaleceniach. Po 4 latach od wprowadzenia stentów DES

jesteśmy przekonani, że kardiochirurg to nadal najlepszy przyjaciel kardiologa, a w kardiochirurgii rozpoczęła się nowa era wielkich badań naukowych z randomizacją (SYNTAX, FREEDOM, STICH), które nie odpowiedzą na pytanie: stentować czy operować, ale na pytanie: kiedy stentować, a kiedy operować i dlaczego jest to korzystniejsze dla chorego.

Piśmiennictwo

1. Moses JW, Leon MB, Popma JJ, et al. Sirolimus-eluting stents versus standard stents in patients with stenosis in a native coronary artery. *N Engl J Med* 2003; 349: 1315-23.
2. Hannan EL, Racz MJ, Walford G, et al. Long-term outcomes of coronary-artery bypass grafting versus stent implantation. *N Engl J Med* 2005; 352: 2174-83.
3. Liddicoat JR, De La Torre R, Ho KK, et al. Initial impact of drug-eluting stents on coronary artery bypass graft surgery. *Ann Thorac Surg* 2006; 81: 1239-42.
4. Raja SG. Drug-eluting stents and the future of coronary artery bypass surgery: facts and fiction. *Ann Thorac Surg* 2006; 81: 1162-71.
5. Herz I, Moshkovitz Y, Loberman D, et al. Drug-eluting stents versus bilateral internal thoracic grafting for multivessel coronary disease. *Ann Thorac Surg* 2005; 80: 2086-90.
6. Fraund S, Herrmann G, Witzke A, et al. Midterm follow-up after minimally invasive direct coronary artery bypass grafting versus percutaneous coronary intervention techniques. *Ann Thorac Surg* 2005; 79: 1225-31.
7. Murphy GJ, Bryan AJ, Angelini GD. Hybrid coronary revascularization in the era of drug-eluting stents. *Ann Thorac Surg* 2004; 78: 1861-7.