11. STRESZCZENIE W JĘZYKU POLSKIM

Wstęp

Choroba pnia lewej tętnicy wieńcowej (PLTW) jest rzadką postacią choroby wieńcowej, ale jednocześnie jest to najgroźniejsza lokalizacja zmian miażdżycowych. Klinicznie istotną chorobę PLTW stwierdza się u 3-7% pacjentów poddawanych angiografii wieńcowej. Krytyczne zwężenie PLTW rokuje niepomyślnie, a tylko połowa chorych leczonych zachowawczo przeżywa 3 lata. Zwężenie tętnicy wynoszące 50% w ocenie angiograficznej uważane jest za punkt odcięcia dla istotnego zwężenia PLTW. Na przestrzenie ostatnich 20 lat metody optymalnego postępowania terapeutycznego w chorobie PLTW ulegają nieustającej ewolucji w związku z dynamicznym rozwojem technik diagnostyczno-terapeutycznych. Różnorodny obraz kliniczny w tej grupie chorych ma wpływ na podwyższone ryzyko zgonu i niekorzystne rokowanie odległe w tej grupie chorych. Zgodnie z aktualnymi wytycznymi w istotnym zwężeniu PLTW zalecane jest chirurgiczne pomostowanie tętnic wieńcowych (CABG). Przezskórna angioplastyka wieńcowa (PCI) postrzegana jest jako niezwykle złożona procedura, z wysokim odsetkiem powikłań okołozabiegowych.

Cel pracy

Celem pracy była analiza wczesnego i odległego rokowania pacjentów z chorobą PLTW poddanych koronarografii i leczonych chirurgicznie, przezskórnie lub zachowawczo, a także ocena porównawcza chorych pod względem obrazu klinicznego i angiograficznego w zależności od podjętej strategii leczenia.

Materiały i metodyka

Przeprowadzono badanie retrospektywne 352 pacjentów z chorobą PLTW, hospitalizowanych z powodu przewlekłego i ostrego zespołu wieńcowego, u których stwierdzono co najmniej 50% zwężenie PLTW w koronarografii. Spośród włączonych do badania chorych wyodrębniono trzy grupy w zależności od zastosowanego postępowania: leczonych zachowawczo, PCI PLTW oraz CABG. Analizie poddano dane dotyczące schorzeń przewlekłych, funkcji skurczowej lewej komory i wskaźnika EuroSCORE służącego do oceny ryzyka zgonu na podstawie profilu klinicznego danego pacjenta. Analizowano charakterystykę angiograficzną PLTW oraz wskaźnik Gensini, który wykorzystano do ilościowej oceny zaawansowania miażdżycy w obrębie tętnic wieńcowych. Ponadto oceniono śmiertelność we wczesnym i odległym okresie obserwacji.

Wyniki

W badanej populacji przeważali mężczyźni (81,5%). Średni wiek pacjentów wynosił 61 lat. Większość pacjentów (61%) hospitalizowana była z powodu przewlekłego zespołu wieńcowego. PCI PLTW leczono 28 pacjentów (8%). U przeważającej liczby chorych (63%) wykonano CABG. U 103 pacjentów (29%) chorobę PLTW leczono zachowawczo. We wszystkich trzech grupach u określonej liczby chorych wykonano PCI innej niż PLTW tętnicy nasierdziowej – odpowiednio u 5% w grupie CABG, 4% w grupie PCI PLTW i 8% w grupie leczonej zachowawczo. Wiek pacjentów zakwalifikowanych do PCI PLTW był znamiennie niższy, niż pacjentów zakwalifikowanych do CABG (56 vs. 61, $p<0,001$). Pacjenci leczeni PCI PLTW częściej byli hospitalizowani z powodu zawału mięśnia sercowego (46% vs. 9%, $p<0,001$). Odsetek pacjentów z LVEF≤40% był najmniejszy w grupie CABG,

a porównywalny w grupie PCI PLTW i leczonej zachowawczo (odpowiednio 12% vs. 18% vs. 18%, p=0,019). Wskaźnik EuroSCORE istotnie różnił się i był najwyższy w grupie leczonej zachowawczo i najniższy w grupie PCI PLTW (4 vs. 2, p=0,035). Natomiast nie obserwowano różnic istotnych statystycznie pomiędzy grupami w ocenie wskaźnika Gensini (p=0,487). Wczesna 30-dniowa śmiertelność była największa w grupie leczonej zachowawczo, a najmniejsza w grupie CABG (17% vs. 4%, p<0,001). W obserwacji 10-letniej śmiertelność w grupie leczonej PCI PLTW i CABG była podobna i niższa niż śmiertelność w grupie leczonej zachowawczo (odpowiednio 43% vs. 39% vs. 62%, p<0,001). Ponadto wystąpienie zawału w ciągu 28 dni przed koronarografią nie jest związane ze zmianą przeżycia (p=0,144).

Wnioski

Grupy chorych kierowanych do PCI i CABG wykazały podobną złożoność zmian w tętnicach wieńcowych, ocenianą za pomocą wskaźnika Gensini. Wybór metody leczenia wydaje się zależeć głównie od charakterystyki zmian PLTW oraz całościowego obrazu klinicznego. Wczesna śmiertelność była wyższa u pacjentów leczonych PCI niż CABG, co sugeruje preferowanie takiej taktyki w STEMI jako "leczenie ostatniej szansy" u pacjentów z wielochorobowością. Dla pacjentów z chorobą PLTW i zawałem mięśnia sercowego odroczenie rewaskularyzacji na okres do 28 dni nie wydaje się wpływać na odległe rokowanie, z wyjątkiem szczególnych sytuacji klinicznych. Preferowaną strategią u młodszych pacjentów z niższym wynikiem EuroSCORE jest PCI PLTW. Wysoka wczesna i odległa śmiertelność w grupie leczonej zachowawczo uzasadnia rozważenie bardziej agresywnej strategii leczenia.