

# Αορτο-Στεφανιαία παράκαμψη vs Διαδερμική αγγειοπλαστική: Η μεγάλη αντιπαράθεση Καρδιολόγων και Καρδιοχειρουργών

**Μιχάλης Τούμπουρας**  
Ομ. Καθηγητής Α.Π.Θ.

Μέχρι πρόσφατα, η ειδικότητα της Καρδιοχειρουργικής γνώρισε ανεπανάληπτη επέκταση, κυρίως επεμβαίνοντας στην επαναιμάτωση του μυοκαρδίου. Όμως από το 1998 με την εισαγωγή των σύγχρονων stents, εισήλθε σε δύσκολη περίοδο απρόβλεπτης μείωσης των προς Αορτο-Στεφανιαία Παράκαμψη (CABG) ασθενών, προς όφελος της Διαδερμικής Αγγειοπλαστικής (PTCA), χωρίς σημεία ανάκαμψης. Δεδομένου δε ότι η CABG αποτελούσε το κύριο έργο (80-85%) των περισσότερων Καρδιοχειρουργικών Κλινικών, είναι απόλυτα δικαιολογημένη η ανησυχία και η αντίδραση των χειρουργών.

Τα αίτια ήταν πολλά:

- Οι ασθενείς δεν επιλέγουν την εγχείρηση εφ' όσον τους προτείνεται εναλλακτική θεραπεία.
- Η τεχνολογία των stents βελτίωσε σημαντικά τα πρώιμα αποτελέσματα της PTCA.
- Οι Καρδιολόγοι, που προτείνουν την εναλλακτική θεραπεία, είναι και οι κλειδοκράτορες των εργαστηρίων.
- Η φαρμακευτική αγωγή με στατίνες και αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα, βελτίωσε σημαντικά τη σταθεροποίηση της πλάκας των στεφανιαίων αρτηριών (ΣΑ) και επιβράδυνε την πρόοδο της στεφανιαίας νόσου (ΣΝ).

Κατά την Καρδιολογική άποψη (9<sup>ο</sup> Συνέδριο Επεμβατικής Καρδιολογίας, 2008, Αθήνα)<sup>1</sup>, η ταχεία εξέλιξη της επεμβατικής Καρδιολογίας και της ποιότητας των stents, οδηγεί με βεβαιότητα στην αμφισβήτηση της κυριαρχίας της CABG και στην πολυαγγειακή νόσο. Θεωρούν δηλαδή οι αγαπητοί συνάδελφοι Καρδιολόγοι ως δεδομένη πλέον στο άμεσο μέλλον την πλήρη επικράτηση της PTCA vs CABG και μόνον η αντένδειξη για

PTCA θα αποτελεί ένδειξη για CABG.

Ήδη ακούγονται στα διάφορα διεθνή συνέδρια «πολεμικές» κραυγές, όπως “The stent debate, is the war over?” ή “The end of the Coronary Artery Surgery?”, από πλευράς Καρδιολόγων, ή “Defense, Counterattack, Retreat?” από πλευράς Καρδιοχειρουργών.

Όμως, στην εποχή της τεκμηριωμένης ιατρικής πράξης, πόσο επιστημονικά τεκμηριωμένες είναι αυτές οι απόψεις;

Τα σύγχρονα επικεκαλυμμένα με διάφορες αντιθρομβωτικές ουσίες stents, αποτελούν όντως μεγάλη πρόοδο στην αντιμετώπιση της ΣΝ. Το ερώτημα όμως επί πόσο χρονικό διάστημα θα δρουν αυτές οι ουσίες που αναστέλλουν τη θρόμβωση και τι θα συμβεί όταν εξαντληθούν, δεν έχει απαντηθεί επαρκώς. Προφανώς, οι ινοβλάστες θα επικαλύψουν με νέο ενδοθήλιο το ξένο σώμα, με αποτέλεσμα την επαναστένωση και πιθανή θρόμβωση του stent («σκοτεινή πλευρά των stents»). Επιπλέον, για την αντιμετώπιση αυτής της θρόμβωσης, χορηγούνται μακρόχρονα (= 1 έτος) αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα (ασπιρίνη και κλοπιδογρέλη), με όλους τους γνωστούς κινδύνους που συνεπάγεται αυτή η διπλή θεραπεία. Αυτή η επαναστένωση και θρόμβωση του stent, δημιουργεί μια νέα ομάδα υψηλού κινδύνου ασθενών, οι οποίοι αναμένεται να αποτελούν το 20% των προς CABG ασθενών στις Καρδιοχειρουργικές Κλινικές.

Κατά τη χειρουργική άποψη, οι άρτια τεκμηριωμένες μελέτες, επί πολλών χιλιάδων ασθενών 10ετούς και 20ετούς διάρκειας, κατέδειξαν τα άριστα αποτελέσματα της CABG. Μερικές κλασικές εργασίες επαναιμάτωσης του μυοκαρδίου με

μία ή δύο έσω θωρακικές αρτηρίες (ΕΘΑ), έθεσαν το μέτρο σύγκρισης κάθε άλλης επεμβατικής μεθόδου προς την CABG<sup>2</sup>. Οι εργασίες αυτές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το προσδόκιμο επιβίωσης των ασθενών με αρτηριακό μόσχευμα, πλησιάζει αυτό του μέσου όρου ζωής του γενικού πληθυσμού. Τα αρτηριακά μόσχευμα και ιδίως αυτά της ΕΘΑ, παρέχουν μακροχρόνια άριστες συνθήκες επαναιμάτωσης του μυοκαρδίου. Οι δε σύγχρονες τεχνικές επαναιμάτωσης του μυοκαρδίου, με ή χωρίς εξωσωματική κυκλοφορία, ελαττώνουν στο ελάχιστο το stress του χειρουργικού τραύματος.

Οι διαφορετικές εκτιμήσεις σχετικά με τα απώτερα αποτελέσματα CABG vs PTCA, τροφοδοτούν την αντιπαράθεση μεταξύ Καρδιολόγων και Καρδιοχειρουργών. Και αυτό οφείλεται εν μέρει στην έλλειψη εκτεταμένων, καλά σχεδιασμένων, προοπτικού τύπου τυχαιοποιημένων μελετών CABG vs PTCA. Οι υπάρχουσες σήμερα μελέτες CABG vs PTCA, είναι επί μικρού αριθμού ασθενών, μικρής χρονικής διάρκειας, σε πολύ μικρό βαθμό τυχαιοποιημένες και συγκρίνουν ανόμοια πράγματα, δηλαδή χαμηλού κινδύνου με υψηλού κινδύνου ασθενείς.

Η κλινική έκβαση εξαρτάται κυρίως από τη βαρύτητα της ΣΝ και τον αριθμό των νοσούντων αγγείων. Στην τελική έκβαση συμβάλλει επίσης η μονομερής ενημέρωση των ασθενών εκ μέρους των Καρδιολόγων, οι οποίοι όταν τους προτείνεται η λιγότερο επεμβατική PTCA, θα προτιμούν την PTCA εις βάρος της CABG. Στις συγκριτικές μελέτες επί χαμηλού κινδύνου ασθενών (1 ή 2 αγγεία, κλάσμα εξώθησης > 50%), CABG και PTCA παρουσιάζουν ισάξια αποτελέσματα κατά τον πρώτο χρόνο. Η PTCA όμως επιβαρύνεται με 4πλάσιο αριθμό επανεπεμβάσεων vs CABG<sup>3</sup>. Στις μελέτες CABG vs PTCA επί υψηλού κινδύνου ασθενών με πολυαγγειακή νόσο, διαβήτη και χαμηλό κλάσμα εξώθησης, η CABG επιτυγχάνει απώτερα αποτελέσματα κατά πολύ ανώτερα της PTCA ως προς την ποιότητα ζωής, θνητότητα και επανεπεμβάσεις<sup>4</sup>.

Οι δύο από τις μεγαλύτερες εν εξελίξει σήμερα άρτια τεκμηριωμένες μελέτες FREEDOM και SYNTAX, 5ετούς και 10ετούς διάρκειας CABG vs PTCA, αναμένεται να καταλήξουν σε αξιόπιστα

και δεσμευτικά για το μέλλον συμπεράσματα. Μέχρι τότε η CABG θα παραμένει μακράν η θεραπεία εκλογής επί ορισμένων υποομάδων χαμηλού κινδύνου και επί όλων των υψηλού κινδύνου ασθενών με πολυαγγειακή νόσο ή νόσο του στελέχους + 2 ή 3-αγγεία.

Αλλά και η σχέση «κόστος – όφελος» CABG vs PTCA, διαμορφώνεται εις βάρος της PTCA. Οι μελέτες καταγράφουν κόστος υψηλότερο κατά 15% έως 18% vs CABG, με τις διαρκείς δε αυξήσεις, λόγω τεχνολογίας, του κόστους των stents και του αναμενόμενου υψηλότερου ποσοστού επανεπεμβάσεων, αυτό θα αυξάνεται με την πάροδο του χρόνου. Αντίθετα, το κόστος της CABG θα παραμένει σταθερό, είτε πρόκειται για 2 ή 3-αγγεία, αλλά και λόγω του χαμηλότερου ποσοστού επανεπεμβάσεων.

Η Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρεία συνιστά 1.2 stent ανά ασθενή. Στη χώρα μας ποιος γνωρίζει και ποιος ακολουθεί τέτοια δεσμευτική οδηγία; Οι εφημερίδες ομιλούν πλέον για κατάχρηση, «χρηματιστήριο» των stents. Και δεν μπορώ να μην αναφερθώ στο άρθρο του αγαπητού συναδέλφου Α. Παπαγιάννη «παραπέμποντες και ανταποδόσεις» στο περιοδικό «Ιατρικά Θέματα»<sup>5</sup>. Ποιος μπορεί να αρνηθεί ότι αυτή η πρακτική διογκώνει πλασματικά τον αριθμό των προς CABG ασθενών;

Είναι πλέον επιβεβλημένη και στη χώρα μας η συγκρότηση επιτροπών Καρδιολόγων και Καρδιοχειρουργών, που θα επεξεργάζονται κοινά αποδεκτές κατευθυντήριες οδηγίες CABG vs PTCA, ώστε να τίθενται οι σωστές ενδείξεις CABG vs PTCA και να αποφεύγονται τα ιατρικά λάθη.

## Βιβλιογραφία

1. Χ. Στεφανιάδης. Τελευταίες εξελίξεις στην επεμβατική καρδιολογία. 9<sup>ο</sup> Συνέδριο Επεμβατικής Καρδιολογίας, 26-27 Σεπτ. 2008, Αθήνα.
2. Lytle BW, Blackstone EH, Loop FD, et al. Two internal thoracic artery grafts are better than one. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1999; 177: 855-872.
3. Soran O, Manchanda A, Schueler S. Percutaneous coronary intervention versus coronary artery bypass surgery in multivessel disease: a current perspective. *Interact Cardiovasc and Thorac Surg* 8 (2009): 666-672.
4. Mercado N, et al. One year outcome of CABG vs PTCA with multiple stenting for multivessel disease: a meta-analysis of individual patient data from randomized clinical trials. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2005; 130: 512-519.
5. Παπαγιάννης Α. Παραπέμποντες και ανταποδόσεις. *Ι.Θ.* 2008; 52: 18-19.