

Streszczenie po polsku.

Wstęp:

Wraz z rozwojem cywilizacji w krajach rozwiniętych obserwuje się zjawisko starzenia społeczeństw, proces ten dotyczy również Polski (1). Postęp medycyny zwiększa szansę na przeżycie i zmniejszenie śmiertelności ludzi w wieku zarówno dojrzałym i podeszłym (7). Obecnie choroby układu krążenia, w tym choroba wieńcowa, są jednym z najczęściej rozpoznawanych schorzeń i są główną przyczyną śmierci zarówno u kobiet jak i u mężczyzn po 65 roku życia (9). Przewaskularyzacja wieńcowa jest najczęstszą formą rewaskularyzacji we wszystkich postaciach choroby niedokrwiennej serca. Udowodniono jej skuteczność w leczeniu zarówno stabilnej choroby wieńcowej, jak i w ostrych zespołach wieńcowych (143). Z założeń prowadzenia wielu badań wykluczano chorych w późnej starości uważając, iż schorzenia współistniejące i stosunkowo krótki oczekiwany okres przeżycia istotnie wpłyną na wyniki badania. Nawet w badaniach, w których wiek nie był kryterium wykluczającym, chorzy po 75 roku życia nie byli dostatecznie reprezentowani (20). W większości przeprowadzonych badań naukowych średni wiek chorych z chorobą wieńcową i zawałem mięśnia sercowego to 60 - 70 lat (22). Wytyczne w leczeniu choroby wieńcowej były najczęściej opracowane na populacjach pacjentów dużo młodszych (143). Natomiast faktem jest, że coraz częściej pacjenci w przedziale wiekowym 80 – 100 lat i powyżej są hospitalizowani z powodu choroby wieńcowej i leczeni nie tylko zachowawczo, ale też wymagają zabiegów przezskórnych interwencji wieńcowych zarówno w OZW jak stabilnej chorobie (15) (25).

Cel pracy:

Analiza wieńcowych zabiegów przezskórnych u pacjentów z OZW i stabilną dławicą piersiową w późnej starości z oceną rokowania szpitalnego oraz w 10 letniej obserwacji.

Materiał i metody: Dane pochodziły z systemu komputerowego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku "Solmed", wewnętrznej bazy danych Kliniki Kardiologii Inwazyjnej "Kardmed" oraz tradycyjnej dokumentacji lekarskich. W latach 2008 do 2013 wykonano 14471 przezskórnych zabiegów wieńcowych u chorych we wszystkich przedziałach wiekowych (6724 do 65 roku życia i 7747 powyżej i w 65 r.ż.)

Analizie poddano 3188 zabiegów (22,0%) wykonanych u chorych w późnej starości (wieku 75 lat i powyżej).

Wyniki:

W trakcie badania zanotowano wzrost wykonywania zabiegów u w grupie chorych późnej starości z (409) 17% w roku 2008 do (647) 24,4% w 2013 ($p=0,0000$). W grupie chorych osiemdziesięcioletnich w ciągu badanych 5 lat podwoiła się liczba wykonywanych zabiegów (ze 135 do 275). Nie znaleziono różnicy istotnej statystycznie pomiędzy średnią roczną liczbą zabiegów przezskórnych wykonanych wśród kobiet i mężczyzn okresu późnej starości ($p=0,094$). W grupie badanej więcej zabiegów wykonano u chorych ze stabilną dławicą (79,5%) niż z OZW (30,5%). Wśród zabiegów u chorych z OZW najczęściej wykonano u chorych z NSTEMI (53,8%), ze STEMI (24,5%) i niestabilną dławicą (21,7%). Wraz z przynależnością chorych do coraz starszych podgrup wiekowych (piramida wieku) stwierdzono spadek odsetka wykonywania zabiegów u chorych ze stabilną dławicą a wzrost z OZW ($p=0,000$). U chorych z przedziału wiekowego 75 – 79 lat odsetek zabiegów przezskórnych ze stabilną dławicą wynosił 71,7% a w podgrupie wiekowej pacjentów 85 lat i powyżej 48,5%. Tylko niewielki odsetek koronarografii (2,5%) wykonanych u chorych w wieku 75 – 79 r.ż. ujawnił prawidłowy stan naczyń wieńcowych. U chorych w wieku 75 r.ż. do 79 r.ż. 69,6% wszystkich zabiegów przeprowadzono u pacjentów z chorobą wieńcową wielonaczyniową a u pacjentów powyżej 85 roku życia odsetek MVD wynosił 75,9% ($p=0,034$). Odsetek jednoczasowo wykonanych angioplastyk wieńcowych po koronarografii u chorych ze stabilną dławicą piersiową wynosił 40,2%, a u chorych STEMI 97,5%. Wraz z przynależnością do coraz starszych podgrup wiekowych rósł odsetek wykonywanych jednoczasowo angioplastyk wieńcowych z 50,9% u pacjentów w wieku 75 – 79 lat do 78,9% u chorych powyżej 90 roku życia. Najczęstszym powikłaniem miejscowym był krwiak w miejscu wkłucia (2,8%). W 4,4% interwencji wieńcowych obserwowano wzrost troponiny po zabiegu PCI z czego 2,9% spełniało kryteria OZW t 4a. Świeży udar mózgu po interwencjach wieńcowych wystąpił u 0,19% badanych. Powikłania miejscowe częściej obserwowano u kobiet (4,3% vs 1,6% , $p=0,0000$), po zabiegach u chorych z OZW (4,4% vs 1,8%, $p=0,0000$), jak też wraz z przynależnością do coraz starszych podgrup wiekowych wzrastał odsetek występowania krwinków w miejscu wkłucia ($p=0,0000$). Powikłania miejscowe częściej były związane z dojściem udowym (3,1%) niż promieniowym (1,3%) przy zabiegach w stabilnej dławicy. Chorzy w późnej starości często wymagali dalszego leczenia szpitalnego po przebytym zabiegu wieńcowym. W grupie chorych 75 – 79 lat odsetek ten wynosił 11,4% natomiast u chorych najstarszych 29% ($p=0,000$). Wypis do domu w podgrupie wiekowej pacjentów 75 -79 lat po przezskórnych zabiegach wieńcowych wynosił 87,0% natomiast u

chorych w wieku i ponad 90 lat wynosił 68,4%. Czynnikiem rokowniczym dla zabiegów wykonywanych w stabilnej dławicy dla chorych którzy zostali wypisani do domu vs przekazani do dalszego leczenia było wykonanie angioplastyki wieńcowej ze statystycznie mniejszą ilością stentów, ale z większym odsetkiem plastik wieńcowych u pacjentów wypisanych do domu (41% PCI dla wypisanych do domu i 26% dla przeniesionych, $p=0,0009$). Zastosowanie w większym odsetku dojścia promieniowego (72% wypis do domu, 64% przeniesienie, $p=0,0261$). U chorych ze stabilną dławicą wypisanych do domu stwierdzano wyższy odsetek rytmu zatokowego, lepszą frakcję wyrzutową lewej komory serca oraz lepsze parametry funkcji nerek w porównaniu do pacjentów przekazanych do dalszego leczenia. W zabiegach z powodu OZW u pacjentów którzy zostali wypisani do domu w porównaniu do tych którzy zostali przekazani do dalszego leczenia statystycznie również częściej wykonano zabieg z dostępu promieniowego, stwierdzono mniejszy odsetek choroby wieńcowej trójnaczyniowej (50,3% dom vs 60,% przekazani, $p=0,0093$), wyższy odsetek choroby wieńcowej dwunaczyniowej (28,5% dom vs 18,0%, przekazani, $p=0,0013$), oraz mieli częściej wykonaną angioplastykę wieńcową (86% vs 71%, $p=0,0000$).

Największą śmiertelność w czasie hospitalizacji zanotowano u pacjentów ze STEMI-9.2%. W pozostałych grupach: NSTEMI 2.3%, UA 1.9% i 0.09% ze stabilną CNS. Rok po zabiegu przeżyło 91.3% pacjentów leczonych tylko z powodu stabilnej choroby wieńcowej i 76,0% leczonych z powodu OZW. Od 85 roku życia nie stwierdzono różnicy w przeżywalności pacjentów leczonych z powodu stabilnej choroby wieńcowej i OZW. Połowa badanej populacji mężczyzn w późnej starości zmarła po 6.3 latach, a kobiet po prawie 8,9 latach.

Prawdopodobieństwo przeżycia 10 letnie pacjentów po przezskórnych zabiegach wieńcowych wynosiło 33,9% było mniejsze u mężczyzn (29%) i większe u kobiet (39%). Nie znaleziono różnicy istotnej statystycznie pomiędzy prawdopodobieństwem przeżycia długookresowego w zabiegach z powodu OZW i stabilnej dławicy u pacjentów 85 roku życia i powyżej ($p>0,11$) natomiast w grupie zabiegów u pacjentów 75–79 r.ż. wystąpiła statystycznie istotna różnica w prawdopodobieństwie przeżycia w zabiegach przeprowadzanych z powodu stabilnej dławicy vs OZW ($p=0,0000$).

