

Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Transplantacyjnej Akademii Medycznej
we Wrocławiu
Department of Vascular, General and Transplant Surgery Medical Academy in Wrocław

ANDRZEJ T. DOROBISZ, ARTUR MILNEROWICZ, PIOTR BARĆ

***Quality of sick's life after endarterectomy carotid internal artery
in dependence from operating methods***

**Jakość życia chorych po udrożnieniu tętnicy szyjnej wewnętrznej
w zależności od metody operacyjnej**

Prewencja w udarach mózgu i leczenie następstw zwężeń tętnic szyjnych w ostatnim czasie stała się istotnym problemem chirurgii naczyniowej. Zainteresowanie to zaowocowało licznymi badaniami nad przyczyną zwężeń i powtórnych zwężeń w miejscu operowania [1].

Szczególne doniesienia z dużych prospektywnych, randomizowanych badaniach NASCET, ECST, ACAS czy CASANOVA udowodniły, że zabieg operacyjny udrożnienia tętnicy szyjnej wewnętrznej jest w większości przypadków lepszym rozwiązaniem niż leczenie zachowawcze [2, 3]. Dodatkowa powtórna metaanaliza odległych wyników leczenia operacyjnego zwężeń tętnic szyjnych wewnętrznych, w oparciu o trial ECST i NASCET w obserwacji 10 letniej, wykazała jednoznacznie pozytywne wyniki leczenia operacyjnego u pacjentów ze zwężeniem 70-99% bez prawie całkowitego zamknięcia oraz dobre wyniki w grupie pacjentów ze zwężeniem 50-69%. Gorsze wyniki uzyskano u pozostałych pacjentów [4]. Podkreślić jednak trzeba, że korzyści wynikające z zabiegu operacyjnego są tym większe, im większe jest doświadczenie zespołu operacyjnego. Na podstawie metaanaliz z programów ACAS, ECST czy NASCET ryzyko okołoperacyjne udaru mózgu i zgonu nie może przekraczać 3% dla pacjentów bezobjawowych i 5% dla pacjentów objawowych. Prace te dotyczyły jedynie oceny klinicznej chorych. Brano pod uwagę jedynie zjawisko wystąpienia restenozy oraz ocenę neurologiczną [5,6].

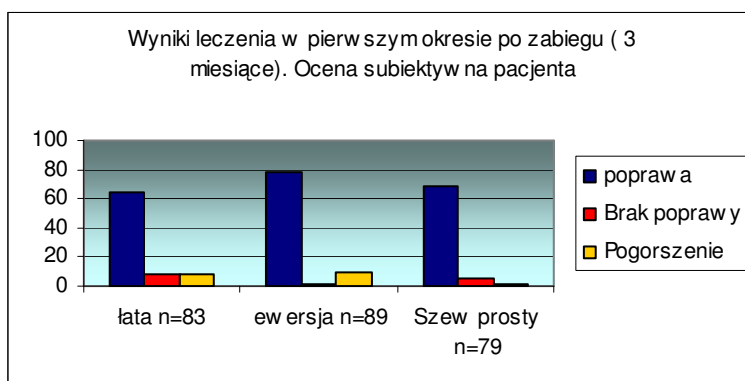
Bardzo istotnym elementem oceniającym poszczególne metody operacyjne jest subiektywna ocena wyników leczenia przeprowadzona przez samych pacjentów oraz ich zdolność do samodzielnego egzystowania. To ich odczucia określają faktyczną przydatność poszczególnych zabiegów operacyjnych. Udowodnienie występowania powtórnego zwężenia tętnicy szyjnej wewnętrznej, które nie daje dolegliwości pacjentowi w sporadycznych przypadkach jest wskazaniem do powtórnego zabiegu. Natomiast współistnienie zwężenia wraz ze złą oceną wyników leczenia przez samego chorego, jest już istotnym wskazaniem do ponownej interwencji chirurgicznej [7]. Ocenę przydatności zabiegu operacyjnego przeprowadzono w dwóch przedziałach czasowych, w krótkim okresie od zabiegu operacyjnego, to jest do 3 miesięcy od operacji i w drugim okresie, po upływie tego czasu.

W ogólnej ocenie wyników leczenia operacyjnego należy podkreślić, że pacjenci dobrze odbierali i oceniali ten sposób leczenia i profilaktyki udarów mózgu.

W pierwszym okresie najlepsze odczucia po zabiegu mieli chorzy, którzy byli operowani metodą udrożnienia ICA przez ewersję. Wartość ta nie była jednak znacząco większa statystycznie $p=0,0757$.

Tab.1 Rodzaj zabiegu a wynik leczenia w krótkim okresie obserwacji p=0,0757

	łata n=83	ewersja n=89	szew prosty n=79
Poprawa	64	78	69
Brak poprawy	8	2	6
Pogorszenie	8	9	2



Z tego powodu analizie statystycznie poddano każdą metodę z osobna porównując do każdego innego rodzaju zabiegu. Ten sposób analizy wykazał w sposób znamieny, że wyniki leczenia w krótkiej obserwacji najlepsze były w przypadku ewersji $p \leq 0,05$.

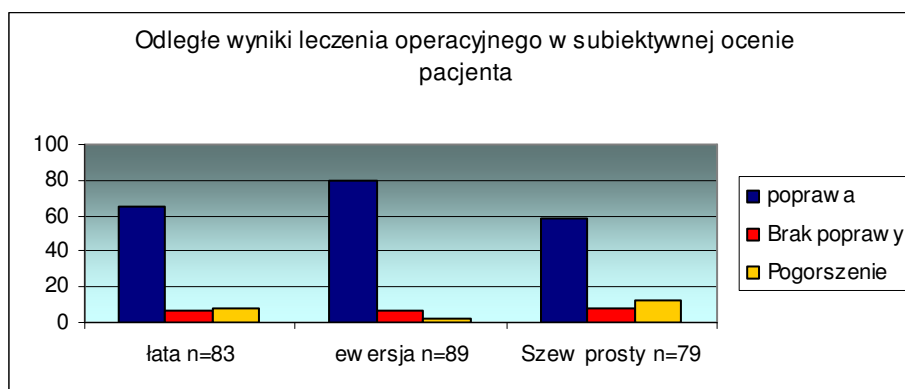
Tab. 2 Wyniki leczenia w krótkim okresie obserwacji porównując każdą metodę z każdą. NS- not significant

	Łata vs ewersja	Łata vs szew prosty	Ewersja vs szew prosty
P	NS	NS	0,0457

W długim okresie obserwacji pacjentów, uzyskano jeszcze lepsze wyniki na korzyść ewersji. W samej analizie wszystkich przypadków jednocześnie wykazano najlepsze wyniki leczenia tą metodą $p \leq 0,05$.

Tab.3 Rodzaj zabiegu a wynik leczenia w długim okresie obserwacji p=0,0455

	łata n=83	ewersja n=89	Szew prosty n=79
Poprawa	65	80	58
Brak poprawy	7	7	8
Pogorszenie	8	2	12



Rozbicie tej tabeli i porównanie każdej metody z każdą dało dodatkowo informację o pozostałych metodach operacyjnych. W ocenie wyników leczenia w długim okresie obserwacji najbardziej zadowoloną grupą pacjentów po zabiegu byli pacjenci operowani metodą ewersji $p=0,006$. Do grupy osób zadowolonych z wyników leczenia należeli także pacjenci, u których wykonano udrożnienia ICA z plastyką zespolenia przy użyciu łaty $p=0,09$. Najgorsze wyniki leczenia uzyskano udrażniając ICA klasycznie i zaopatrując ją szwem prostym.

Tabela 4 Wyniki leczenia operacyjnego w długim okresie obserwacji.
Porównanie każdej metody z każdą

	Łata vs ewersja	Łata vs szew prosty	Ewersja vs szew prosty
P	0,0961	NS	0,00662

Fakt ten tłumaczymy mniejszą ilością powikłań późnych po leczeniu operacyjnym metodą ewersji oraz przy użyciu łaty. Pacjenci Ci rzadziej manifestowali objawy neurologiczne po zabiegu.

Problem jest o tyle istotny, że w mniemaniu pacjentów jak i lekarzy najważniejszym elementem całego procesu leczniczego jest ocena wyników leczenia przez chorego. To najbardziej dobitnie świadczy o skuteczności danej procedury i przewadze jednej metody nad drugą. W celu obiektywizacji tych ocen posłużono się skalami Karnofskiego i WHO. Najczęściej są one wykorzystywane do oceny jakości życia pacjentów z chorobami rozrostowymi gdyż opisują pacjentów przewlekle chorych. Podobnie można ocenić pacjentów z objawami neurologicznymi. W ich ocenie najlepsze wyniki leczenia uzyskano w grupie pacjentów operowanych metodą ewersji. Wiążemy to z faktem występowania najmniejszej ilości powikłań po tej metodzie jak i małą ilością restenoz. Ocena pacjenta w sposób subiektywny potwierdza wyniki leczenia. Pokrywa się ona z oceną kliniczną ich stanu zdrowia. W doniesieniach na temat leczenia operacyjnego ICA nie odnotowano artykułów dotyczących oceny wyników leczenia przez pacjenta. Jedynie wcześniej już cytowane artykuły potwierdzają wysoką skuteczność ewersji i endarterektomii z plastyką przy użyciu łaty w profilaktyce pierwotnej i wtórnej udarów mózgu.

WNIOSKI

- Istotnym elementem oceny zdrowia pacjenta jest jego subiektywna ocena wyników leczenia operacyjnego.
- Występuje ścisła korelacja pomiędzy objawami neurologicznymi a oceną leczenia operacyjnego przez pacjenta. Takiej zależności nie obserwowaliśmy w stosunku do występowania restenozy, która najczęściej jest bezobjawowa.

- Jednym z najważniejszych kryteriów w ocenie skuteczności leczenia przez pacjenta jest bezpośredni kontakt z lekarzem operującym. Pacjenci po zabiegu ewersji znajdowali się pod stałą opieką lekarza operującego a inni pod opieką poradni.
- W ocenie obiektywnej jak i subiektywnej zdecydowanie najlepszą metodą operacyjną okazała się ewersja.

STRESZCZENIE

Chorzy po udarze mózgu lub z objawami neurologicznymi związanymi z niedokrwieniem mózgowia stanowią grupę pacjentów wymagającą szczególnej uwagi i troski. Od sposobu leczenia zależy ich dalsza rehabilitacja i powrót do funkcjonowania w społeczeństwie. Leczenie operacyjne pacjentów z niedokrwieniem mózgowia daje lepsze wyniki niż leczenie zachowawcze. Udowodniono to zarówno w badaniu przedmiotowym jak i podmiotowych. Subiektywna ocena jakości życia po zabiegu operacyjnym w krótkim jak i długim okresie obserwacji pokrywa się z obiektywną oceną wyników leczenia. Obydwie oceny skuteczności leczenia pokrywają się. Spośród leczenia operacyjnego najlepsze wyniki uzyskano po operacji metodą ewersji.

SUMMARY

Ill they after stroke or with neurological connected with cerebral ischaemia symptoms make up patients' exacting special attention and worry group. It from way treatments depends them more far rehabilitation and return to working in society. Patients' operating treatment with cerebral ischaemia lets better results than conservative treatment. It this was proved was both in objective investigation how and subjective. The subjective opinion of quality of life after operating intervention in short how and in long time of observation the cover oneself with objective opinion of results the treatment. Both opinions of effectiveness of treatment agree. It from among treatment operating method was got was postoperatively the best results eversion.

PIŚMIENNICTWO

1. Hobson RWII, Goldstein JE, Jamil Z, Lee BC, Padberg FT Jr, Hanna AK, Gwertzman GA, Pappas PJ, Silva MB Jr. Carotid restenosis: operative and endovascular management. *J Vasc Surg.* 1999; 29: 228–235
2. Henry J.M. Barnett, Heather E. Meldrum and Michael Eliasziw The appropriate use of carotid endarterectomy *CMAJ* April 30, 2002; 166 (9)
3. Larry B. Goldstein, MD et all, Primary Prevention of Ischemic Stroke A Statement for Healthcare Professionals From the Stroke Council of the American Heart Association *Stroke.* 2001;32:280
4. Rothwell. P. M., PhD, FRCP; S. A. Gutnikov, MD, PhD; C. P. Warlow, MD, FRCP for the European Carotid Surgery Trialists' Collaboration Reanalysis of the Final Results of the European Carotid Surgery Trial *Stroke.* 2003;34:514
5. Henry J. M. Barnett, MD; Ramsay W. Gunton, MD; Michael Eliasziw, PhD; Lorraine Fleming, BScN; Brenda Sharpe, BScN; Peter Gates, MB, BS; Heather Meldrum, BA Causes and Severity of Ischemic Stroke in Patients With Internal Carotid Artery Stenosis *JAMA.* 2000;283:1429-1436
6. William H. Baker, MD; Virginia J. Howard, MSPH; George Howard, DrPH; James F. Toole, MD; for the ACAS Investigators Effect of Contralateral Occlusion on Long-Term Efficacy of Endarterectomy in the Asymptomatic Carotid Atherosclerosis Study (ACAS) *Stroke.* 2000;31:2330.)
7. Gary G. Ferguson, MD, FRCSC; Michael Eliasziw, PhD; Hugh W. K. Barr, MD, FRCSC; G. Patrick Clagett, MD, FACS; Robert W. Barnes, MD, FACS; M. Christopher Wallace, MD, FRCSC; D. Wayne Taylor, MA; R. Brian Haynes, MD, FRCPC; Jane W. Finan, BScN; Vladimir C. Hachinski, MD, FRCPC; Henry J. M. Barnett, MD, FRCPC; for the North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial (NASCET) Collaborators The North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Surgical Results in 1415 Patients *Stroke.* 1999; 30:1751-1758.