

Kransæðahjáveituaðgerðir í nútíð og fortíð

Karl Andersen

prófessor í
hjartalækisfræði HÍ



andersen@landspitali.is

Það ríkti eftirvænting á skurðstofu í Albert Einstein College of Medicine – Bronx Municipal Hospital Center að morgni mánudagsins 2. maí 1960. Sjúklingurinn var 38 ára leigubílstjóri í New York sem hafði þjáðst af illvígum kransæðasjúkdómi, svo slæmum reyndar að hann hafði þurft að taka 70-90 nítróglyceríntöflur á dag til að slá á hjartverkinn. Aðgerðin sem var um það bil að hefjast hafði aldrei áður verið gerð í heiminum. Að baki lágu um 10 ára rannsóknir á hundum þar sem tæknin var þróuð. Í aðgerðinni var hægri innri brjóstholsslagæð (a. *mammaria interna dxt*) tengd við hægri kransæð. Þetta var fyrsta hjáveituaðgerðin á manni og hún átti eftir að breyta sögu lækisfræðinnar varanlega.¹⁻³

Skurðlæknirinn var hinn þýskættaði Dr. Robert H. Goetz sem stóð á fimmtugu. Aðgerð hans þótti tilraunakennd og naut ekki stuðnings hjartalækna eða skurðlækna á þeim tíma. Andstaðan var slík að honum var meinað að flytja erindi um aðgerðina á þingi bandarískra brjóstholsskurðlækna um 8 árum síðar með þeim rökum að aðgerðin væri ekki mikilvægt framlag og myndi fljótt gleymast. Reyndar fór það svo að Goetz lýsti ekki aðgerð sinni í læknatímaritum, sjúkaskýrslurnar týndust og öðrum skurðlækni, hinum rússneska Vasílii Kolesov í St. Pétursborg, var eignaður heiðurinn af fyrstu hjáveituaðgerðinni fjórum árum síðar, eða 1964.¹⁻³ Það urðu því örlög Goetz eins og marga annarra að njóta

ekki eldanna sem hann varð fyrstur til að kveikja. Aðgerðartækni Goetz var að vísu nokkuð frábrugðin því sem síðar varð en engu að síður hafa fáar ef nokkrar aðgerðir nútímalækisfræði staðist betur tímans tönn en hjáveituaðgerð á kransæðum. Um 800.000 slíkar aðgerðir eru nú gerðar í heiminum á hverju ári.

Kransæðahjáveituaðgerðir hafa verið framkvæmdar á Landspítalanum frá árinu 1986. Í þessu tölublaði *Læknablaðsins* er lýst árangri þessara aðgerða á 5 ára tímabili, 2002-2006. Þetta er mikilvæg samantekt. Í fyrsta lagi gefur hún mikilsverðar upplýsingar frá sjónarhóli gæðamála. Fram kemur að fylgikvillar við þessar aðgerðir eru að flestu leyti sambærilegir við það sem best þekkest í nágrennlöndunum. Árangur aðgerða, mældur sem lifun, er einnig svipaður. Þessar niðurstöður staðfesta það að gæði þjónustunnar á Íslandi eru mikil og árangur og fylgikvillar við þessar aðgerðir eru mjög í takt við það sem gerist á Vesturlöndum.

Niðurstöðurnar eru ekki síður mikilvægar í klínísku samhengi. Algengi gáttatífs eftir hjáveituaðgerðir virðist heldur hátt hér á landi miðað við önnur lönd. Þetta gefur tilefni til að leita skýringa, til dæmis í notkun taktstillandi lyfjameðferðar fyrir og eftir þessar aðgerðir. Í ljós kemur að áhættustigun með EuroSCORE gefur sterkastar vísbendingar um dánartíðni við kransæðahjáveituaðgerðir. Þessi niðurstaða þarf ekki að koma á óvart þar sem EuroSCORE er vel sannreynd alþjóðleg áhættustigun sem tekur til margra undirliggjandi áhættuþátta. Lærdómurinn er þó sá að mikilvægt er að taka mið af þessari áhættustigun í undirbúningi fyrir skurðaðgerð hjá öllum sjúklingum sem gangast undir hjáveituaðgerð. Þar sem meðalaldur þjóðarinnar hækkar og horfur hjartasjúklinga fara stöðugt batnandi, má búast við að sífellt eldri sjúklingar með lengra genginn sjúkdóm komi til greina í hjáveituaðgerð. Þetta getur leitt til þess að meðallifun eftir aðgerð styttest með tímanum, þrátt fyrir

framfarir í skurðtækni og annarri meðferð. Fróðlegt væri að sjá hvernig EuroSCORE breytist yfir tíma (til dæmis 5 ára tímabil) á þeim aldarfjórðungi sem liðinn er frá því að hjáveituaðgerðir hófust á Íslandi og hvort sú þróun endurspeglar í árangri aðgerða.

Ýmis álitamál varðandi aðgerðartækni, notkun taktstillandi lyfja, blóðþýnningarlyfja og gjörgæslumeðferð geta haft áhrif á niðurstöður hjáveituaðgerða. Rannsóknir eins og þær sem hér birtast eru nauðsynlegur grundvöllur til þess að meta slíka þætti með það fyrir augum að tryggja öryggi sjúklinga. Þess vegna ber að fagna rannsókn sem þessari og ástæða er til að hvetja til áframhaldandi vinnu af sama toga. Aðeins með því móti er unnt að meta hvort fylgt sé alþjóðlegum klínískum leiðbeiningum í starfsemi og greina hugsanleg frávik.

Leigubílstjórinn sem fyrr er getið varð einkennalaus eftir aðgerð Goetz og félagi vorið 1960. Hann sneri aftur til vinnu sinnar en lést af völdum kransæðastíflu rúmu ári síðar. Krufning sýndi að hjáveitutengingin var ennþá opin og starfaði eðlilega.

Heimildir

1. Konstantinov IE, Robert H. Goetz: The Surgeon Who Performed the First Successful Clinical Coronary Artery Bypass Operation. *Ann Thorac Surg* 2000; 69: 1966-72.
2. Mehta NJ, Khan IA. Cardiology's 10 greatest discoveries of the 20th century. *Tex Heart Inst J* 2002; 29: 164-71.
3. Haller JD, Olearchyk AS. Correspondence. To the editor. *Tex Heart Inst J* 2002; 29: 342-3.

Coronary bypass in Iceland

Karl Andersen MD, PhD, professor of Medicine Landspítali University Hospital, Reykjavik