



نقش التهاب در تنگی مجدد استنت بیش از ۱ سال بعد از تعبیه استنت دارویی

حسن شمیرانی^۱، فاطمه نکویی^{۱*}، مسعود پورمقدس^۱

^۱ گروه قلب و عروق، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

چکیده

زمینه: تنگی مجدد استنت (In-Stent Restenosis) بعد از مداخلات عروقی محدودیت اصلی موفقیت دراز مدت آن است. با وجود پیشرفت‌های که در طول سال‌های اخیر به‌منظور کاهش تنگی مجدد انجام گرفته است، این مشکل همچنان به‌عنوان یک چالش بالینی باقی‌مانده است. هدف از این مطالعه بررسی نقش التهاب در ایجاد تنگی مجدد استنت پس از تعبیه استنت دارویی موفق می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه شامل ۷۸ بیمار ۳۵ سال و بالاتر است که بیش از ۱ سال پس از تعبیه استنت دارویی به‌دلیل علائم ایسکمی تحت آنژیوگرافی کرونر قرار گرفته‌اند. بیماران بر اساس نتایج آنژیوگرافی به دو دسته تقسیم شدند: گروه مبتلا به تنگی مجدد استنت (مورد) و گروه با استنت باز (کنترل). در همه بیماران سطح لیپیدهای خون و پروتئین واکنش گر C با حساسیت بالا (hsCRP) هم‌زمان اندازه‌گیری شد.

یافته‌ها: افراد گروه مورد و شاهد از نظر سن، جنس، فشارخون بالا، سیگار کشیدن و پروفایل چربی به جز کلسترول با چگالی بالا (HDL-C) مشابه بودند. $HDL < 40$ میلی‌گرم بر لیتر در گروه مبتلا به تنگی استنت شایع‌تر بود (۶۶/۷ درصد در مقابل ۳۰/۸ درصد، $P=0/002$). سطح hsCRP در گروه مورد $2/98 \pm 2/06$ میلی‌گرم بر لیتر و در گروه کنترل $2/5 \pm 1/8$ میلی‌گرم بر لیتر بود. تفاوت معنی‌داری بین میانگین غلظت hsCRP بین دو گروه نبود ($P=0/14$) با این حال سطح میانگین hsCRP در مردان گروه مورد به‌طور قابل توجهی بالاتر از گروه کنترل بود. ($3/35$ میلی‌گرم بر لیتر در مقابل $2/21$ میلی‌گرم بر لیتر، $P>0/05$)

نتیجه‌گیری: التهاب ممکن است در مردان (و نه در زنان) یک پیش‌گویی کننده تنگی مجدد استنت بیش از یک سال پس از تعبیه استنت دارویی باشد. علاوه بر این، HDL-C اثر محافظتی در برابر تنگی مجدد استنت دارد.

واژگان کلیدی: تنگی مجدد کرونر، پروتئین واکنش گر C، استنت دارویی، التهاب

دریافت مقاله: ۸۸/۱۲/۳- پذیرش مقاله: ۸۹/۲/۴

* اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی، بخش قلب و عروق

Email : f.nekoeei@gmail.com

مقدمه

تنگی مجدد پس از درمان اندواسکولار ضایعات آترواسکلروتیک در عروق محیطی، مغزی و کرونری مهم‌ترین محدودیت این تکنیک تهاجمی است. اگر چه پیشرفت‌های زیادی در طول سال‌های اخیر به منظور بهبود میزان باز بودن (patency rate) پس از آنژیوپلاستی شده است، تنگی مجدد کرونر هنوز هم یک مشکل بزرگ بالینی است (۱ و ۲).

سه مرحله متمایز در پاتوژنز تنگی مجدد کرونر نقش دارند. این موارد عبارتند از:

۱- به حالت اول برگشتن (recoil) سریع عروق بعد از آسیب ناشی از اتساع

۲- ری مودلینگ منفی شریانی

۳- هیپرپلازی جدید

دو فرآیند پاتولوژیک اولیه، علل مهم تنگی مجدد در آنژیوپلاستی با بالون است، اما با استفاده از استنت حذف شده است. مکانیسم سوم، تنها مکانیسم مهم در پاتوژنز ISR تنگی مجدد استنت است (۳). علارغم این‌که استنت‌های دارویی میزان تنگی مجدد لومن را با مکانیسم‌های ضدمهاجرتی و ضدتکثیری کاهش داده‌اند، ولی نگرانی کنونی این است که احتمالاً این نوع استنت‌ها با ایجاد پاسخ مزمن التهابی که فرایند ترمیم عروق آسیب دیده را مختل می‌کند موجب ISR می‌شوند (۴).

تنگی مجدد را می‌توان شکلی از التیام هیپرتروفیک زخم در نظر گرفت که نتیجه تداخل ماکروفاژهای حاصل از مونوسیت، سلول T و اجزا سلولی دیواره شریانی است (۵). آسیب ناشی از بالون و تعبیه استنت موجب ایجاد یک پاسخ التهابی در قطعه اتساع یافته رگ می‌شود که با بررسی سطح پارامترهای فاز حاد سرم مثل پروتیین واکنش گر C

(CRP)، آمیلوئید A سرم (SAA) یا فیبرینوژن بعد از مداخله قابل اندازه‌گیری است (۱ و ۶). از این میان CRP به دلیل ویژگی‌های بیولوژیکی که به راحتی قابل اندازه‌گیری است، برای بررسی بالینی مناسب است (۷). امروزه روش ارجح برای اندازه‌گیری CRP روش ارزیابی با حساسیت بالا است که می‌توان روی پلاسمای تازه یا فریز شده انجام داد (۸).

هدف از مطالعه حاضر تعیین نقش التهاب در تنگی مجدد استنت پس از تعبیه استنت دارویی است.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه مورد - شاهدهی است که پس از تأیید کمیته پژوهشی و اخلاقی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام گرفت. جمعیت مورد مطالعه از میان بیماران بخش آنژیوگرافی بیمارستان‌های نور و شهید چمران اصفهان از مهرماه سال ۱۳۸۷ تا تیرماه ۱۳۸۸ انتخاب شدند. تعداد ۸۲ بیمار ۳۵ سال و بالاتر (۵۹ مرد و ۲۳ زن) که بیش از یک سال قبل از مراجعه برای آنها استنت دارویی تعبیه شده بود و به دلیل علائم احتمالی تنگی استنت توسط متخصصین قلب برای آنژیوگرافی کرونر اعزام شده بودند، وارد مطالعه شدند. بیماران بر اساس نتایج آنژیوگرافی به دو گروه تقسیم شدند:

گروه مبتلا به تنگی مجدد استنت کرونری (مورد) و گروه با استنت باز کرونر (کنترل).

معیارهای خروج از مطالعه شامل موارد زیر بود: دیابت (عدم مصرف داروهای کاهنده قندخون و قندخون ناشتا >126 میلی‌گرم بر دسی‌لیتر، شواهد عفونت حاضر یا اخیر در سه ماه گذشته، بیماری‌های

میلی گرم بر لیتر) و پرخطر ($hsCRP \leq 3$ میلی گرم بر لیتر) تقسیم بندی شدند.

ارزیابی آزمایشگاهی

در همه بیماران، نمونه خون برای تجزیه و تحلیل بیوشیمیایی گرفته شد. میزان رسوب گلبول قرمز (ESR)، قندخون ناشتا (FBS)، پروفایل چربی با روش های استاندارد اندازه گیری شد. برای اندازه گیری $hsCRP$ ، نمونه سرم در دمای $-80^{\circ}C$ درجه سانتی گراد قبل از ارزیابی نگه داری شد. همه آزمایشات در آزمایشگاه مرکز تحقیقات قلب و عروق اصفهان انجام شد. غلظت $HsCRP$ با استفاده از $hsCRP$ پارس آزمون اندازه گیری شد. در این مطالعه سطح $hsCRP \leq 3$ میلی گرم بر لیتر (صدک ۹۰) غیرطبیعی قلمداد شد (۱۰).

تجزیه و تحلیل آماری

پس از جمع آوری اطلاعات، آزمون های آماری به کمک نرم افزار SPSS (SPSS Inc, Chicago IL) ویرایش ۱۶ تجزیه و تحلیل شد. با استفاده از نظرات متخصصین آمار، متغیرهای کمی توسط آزمون آماری t تست، و متغیرهای کیفی توسط آزمون کای-اسکور و در صورت لزوم آزمون دقیق فیشر مقایسه شد. سطح معنی داری نیز ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

از ۸۲ بیمار مورد مطالعه، ۴ نفر از مطالعه حذف شدند که ۱ مورد به دلیل کامل نبودن پروفایل چربی و ۳ بیمار به دلیل $hsCRP > 8$ میلی گرم بر لیتر بود. بنابراین، ۷۸ بیمار نهایتاً مورد ارزیابی قرار گرفتند. (۳۹ بیمار در گروه مورد و ۳۹ بیمار در گروه شاهد).

مزمّن و تب دار، اختلالات ایمنی، بیماری های بافت هم بند، درمان استروئید در طول ۳۰ روز قبل، انفارکتوس حاد میوکارد، درمان کاهنده ایمنی (Immunosuppressive)، بدخیمی و $hsCRP > 8$ میلی گرم بر لیتر (سطوح $hsCRP > 8$ میلی گرم بر لیتر ممکن است به دلیل پاسخ فاز حاد باشد و باید ۲-۳ هفته بعد مجدداً تکرار شود) (۹).

معاینه کامل بالینی توسط دستیار قلب و اندازه گیری سطح میزان لوب گلبول های قرمز برای رد عفونت حاد یا مزمّن صورت گرفت.

تعاریف

ISR: کاهش بیش از ۵۰ درصد در دیامتر لومن رگ در محل تعبیه استنت که توسط آنژیوگرافی تعیین شد. نتایج آنژیوگرافی توسط متخصص اینترونشنال کاردیولوژی تفسیر شد.

پرفشاری بالا زمانی اطلاق شد که بیمار تحت درمان با داروهای کاهنده فشارخون بود یا فشارخون سیستولی بیشتر یا مساوی ۱۴۰ میلی متر جیوه یا فشارخون دیاستولی بیشتر یا مساوی ۹۰ میلی متر جیوه ثبت گردید.

برای تعریف مقادیر غیرطبیعی لیپیدهای سرم از راهنمای (ATP III) Adult Treatment Panel III مورد استفاده قرار گرفت.

۱- کلسترول ≤ 200 میلی گرم بر دسی لیتر، (۲) تری گلیسرید ≤ 150 میلی گرم بر دسی لیتر، (۳) $HDL-C > 40$ میلی گرم بر دسی لیتر، (۴) $LDL-C \leq 130$ میلی گرم بر دسی لیتر.

طبق تعریف انجمن قلب آمریکا بیماران بر اساس سطح $hsCRP$ به گروه های کم خطر ($hsCRP < 1$ میلی گرم بر لیتر)، خطر متوسط ($1 < hsCRP < 3$)

بین hsCRP و تنگی مجدد استنت، سطح hsCRP را در زنان و مردان به طور جداگانه بررسی شد. متوسط سطح hsCRP به طور معنی داری در مردان گروه مورد بیش از مردان گروه شاهد بود (به ترتیب ۳/۳۵ میلی گرم بر لیتر در مقابل ۲/۲۱ میلی گرم بر لیتر، $P < 0.05$)، اما در زنان تفاوت معنی داری بین گروه مورد و شاهد دیده نشد. (به ترتیب ۳/۳ میلی گرم بر لیتر در مقابل ۳/۱ میلی گرم بر لیتر و $P = 0.5$).

ضریب همبستگی پیرسون برای بررسی ارتباط بین hsCRP و پروفایل چربی در دو گروه محاسبه شد. اگر چه ارتباط بین سطح hsCRP و HDL-c به طور معنی داری در گروه مورد منفی بود ($r = -0.295$) و $P < 0.05$ ؛ سایر یافته های پروفایل چربی مثل کلسترول کل، تری گلیسیرید و LDL-c یا hsCRP ارتباطی نداشتند. در گروه کنترل ارتباطی بین پروفایل چربی و سطح hsCRP دیده نشد.

بحث

آسیب لایه اینتیمای و مدیای عروق بعد از آنژیوپلاستی عروق کرونر و پریفرال موجب یک پاسخ التهابی می شود (۱۱) و التهاب مزمن عروق در ایجاد تنگی مجدد بعد از آنژیوپلاستی با بالون و تعبیه استنت نقش دارد (۱۲ و ۱۳) لذا اندازه گیری پارامترها فاز حاد سرم، یک روش حساس برای بررسی کمی فرایند التهابی عروق است (۱۳).

CRP، یک پروتئین فاز حاد است که سیستم کمپلمان را فعال می کند و چسبندگی نوتروفیل را تسهیل می کند و دیده شده است که یک عامل خطر مستقل در بیماری آترواسکلروز است (۱۴). علی رغم مطالعات گسترده انجام شده، هنوز هم ارتباط تنگی مجدد استنت و فاکتورهای التهابی مشخص نشده است و

بیماران گروه مورد و شاهد از نظر سن، جنس، پرفشاری خون، مصرف سیگار، پروفایل چربی به جز سطح HDL-C مشابه بودند. HDL-c > 40 میلی گرم در گروه مورد شایع تر بود (۶۶/۷ درصد در مقابل ۳۰/۸ درصد، $P = 0.002$) (جدول ۱).

جدول (۱) خصوصیات بیماران

متغیر	گروه مورد تعداد/درصد	گروه شاهد تعداد/درصد	P.value
مرد	۷۱/۸۲۸	۷۶/۹۳۰	۰/۶
زن	۷۱/۲۸۲	۲۳/۱۹	۰/۶
سن	۵۷/۳±۸/۲	۵۸/۶±۹/۱	۰/۴
فشار خون بالا	۷۱/۳۸۵	۷۱/۲۸۲	۰/۳
مصرف سیگار	۷۱/۲۸۲	۷۱/۲۵۶	۰/۸
hsCRP (mg/l)*	۲/۹۸±۲/۰۶	۲/۵۰±۱/۸۰	۰/۱۴
کلسترول تام* (mg/dl)	۱۷۸/۹(۱۰۳-۳۲۱)	۱۸۹/۱(۱۰۱-۲۶۶)	۰/۵
LDL-C (mg/dl)*	۱۰۳/۲(۵۳-۱۷۷)	۱۰۸/۹(۵۷-۱۵۸)	۰/۴
HDL-C (mg/dl)*	۳۷/۴۴(۲۲-۵۶)	۴۴/۷(۲۹-۶۷)	۰/۰۲
تری گلیسیرید (mg/dl)	۱۶۳/۲(۴۶-۳۹۵)	۱۶۰/۷(۶۷-۳۴۵)	۰/۵

± میانگین + انحراف معیار

* میانگین دامنه

داروهای مصرفی بیماران در جدول ۲ خلاصه شده است.

جدول (۲)

متغیر	گروه مورد تعداد/درصد	گروه شاهد تعداد/درصد	P.value
آسپرین و ضدپلاکت ها	۷۱/۸۲۸	۷۶/۹۳۰	۰/۶
بتابلوکرها	۷۱/۲۸۲	۲۳/۱۹	۰/۶
استاتین ها	۵۷/۳±۸/۲	۵۸/۶±۹/۱	۰/۴
ACEI&ARB	۷۱/۳۸۵	۷۱/۲۸۲	۰/۳
بلوکر کانال کلسیم	۷۱/۲۸۲	۷۱/۲۵۶	۰/۸

ACEI: Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor
ARB: Angiotensin Receptor Blocker

میانگین سطح hsCRP در گروه مورد 2.98 ± 2.06 میلی گرم بر لیتر و در گروه شاهد 2.5 ± 1.8 میلی گرم بر لیتر بود. تفاوت معنی داری در میانگین سطح hsCRP بین دو گروه وجود نداشت ($P = 0.14$). برای ارزیابی ارتباط

در ایالت اوهایو آمریکا و بر روی ۱۳۳ بیمار که به صورت انتخابی تحت تعبیه استنت قرار گرفته بودند، ارتباطی بین سطح CRP، IL_6، Serum (Amiloid A) SAA و تنگی مجدد استنت مشاهده نشد (۱۷).

در مطالعه دیبرا (Dibra) و همکاران، تنگی مجدد استنت با میزان مشابهی در هر دو گروه با سطح نرمال و بالای CRP مشاهده شد (به ترتیب ۲۴ درصد و ۲۵ درصد) (۱۸).

در مطالعه‌ای که توسط اربل (Erbel) در ارتباط آترواسکلروز و hsCRP بین زنان و مردان انجام گرفت، سطح بالای hsCRP در زنان با خطر بالاتر بیماری کرونر همراه بوده است (۱۹). در مطالعه ما، علیرغم سطح بالاتر hsCRP در زنان، ارتباطی با خطر ایجاد ISR در آنان نبود. با این حال با توجه به تعداد اندک نمونه در مطالعه، نیاز برای مطالعات بیشتر در این زمینه احساس می‌شود.

در مطالعه حاضر ارتباط منفی معنی‌داری بین سطح hsCRP و سطح HDL-c دیده شد که مشابه نتایج مطالعات قبل است (۲۰). علاوه بر این، میانگین سطح HDL-c به طور معنی‌داری در گروه مبتلا به تنگی مجدد استنت پایین‌تر از گروه با استنت باز بود لذا به نظر می‌رسد سطح بالاتر HDL-c بعد از تعبیه استنت اثر محافظتی در مقابل تنگی مجدد استنت داشته باشد. این یافته ممکن است به دلیل اثرات ضدالتهابی HDL-c باشد.

انجام مطالعاتی در این زمینه را می‌طلبد. در ادامه چند مورد از آنها ذکر خواهد شد.

در مطالعه‌ای که در سال ۱۹۹۹ در استرالیا و روی ۴۰ بیماری که به صورت انتخابی تحت آنژیوپلاستی و تعبیه استنت قرار گرفته بودند انجام شد، سطح بالای CRP، ۹۶ ساعت پس از تعبیه استنت با خطر بالای تنگی مجدد همراه بوده است (۱۴).

زوراکوسکی (Zurakowski) و همکاران در مطالعه‌شان نشان دادند که سطح بالاتر مارکرهای التهابی سرم (CPR و IL_6) به مدت شش ماه پس از تعبیه استنت bare metal (BMS) با تنگی مجدد بعد از استنت‌گذاری همراه است (۱۵). برخلاف این مطالعه، مطالعه ما در جمعیت متفاوتی از بیماران که شامل افراد غیر دیابتی که استنت دارویی برای آنها حداقل یک سال قبل تعبیه شده بود انجام شد. در مطالعه ما، نتایج مشابه (سطح بالاتر hsCRP در گروه مبتلا به تنگی مجدد استنت) فقط در مردان دیده شد که ممکن است به دلیل قابلیت استنت دارویی در کاهش اثر التهاب روی تنگی مجدد استنت در زنان باشد.

از طرف دیگر، در مطالعه دیگری در سال‌های اخیر، پروگنوز قلبی بد در بیماران با hsCRP بالاتر قبل از انجام مداخله، بیشتر به علت عوارض آتروترومبوتیک نسبت به تنگی مجدد استنت بود. نتایج آنها نشان داد که التهاب ممکن است نشان‌دهنده ناپایداری کلی بیماری آترواسکلروز باشد تا اینکه پیشگویی‌کننده عوارض مربوط به استنت باشد (۱۶). در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۴

References:

1. Schillinger M, Minar E. Restenosis after percutaneous Angioplasty: The Role of Vascular Inflammation. Vasc Health Risk

Manag 2005; 1: 73-8.

2. Cejna M, Thurnher SA, Illiasch H, et al. PTA vs. Palmaz stent placement in femoropopliteal

- artery obstructions: a multicenter prospective randomized study. *J Vasc Interv Radiol* 2001; 12: 23-31.
3. Htay T, Liu M W. Drug-Eluting Stent: A Review and Update. *Vasc Health Risk Manag* 2005; 1: 263-76.
 4. Speidl WS. Coronary late lumen loss of drug eluting stents is associated with increased serum levels of the complement components C3a and C5a. *Atherosclerosis* 2010; 208: 285-9.
 5. Serrano CV, Ramires JA, Venturinelli M, et al. Coronary angioplasty results in leucocyte and platelet activation with adhesion molecule expression. Evidence of inflammatory responses in coronary angioplasty. *J Am Coll Cardiol* 1997; 29: 1276-83.
 6. Schillinger M, Exner M, Mlekusch W, et al. Fibrinogen and restenosis after endovascular treatment of the iliac arteries: a marker of inflammation or coagulation?. *Thromb Haemost* 2002; 87: 959-65.
 7. Osman R, L'Allier PL, Elgharib N, et al. Critical Appraisal of C-Reactive Protein Throughout the Spectrum of Cardiovascular Disease. *Vasc Health Risk Manag* 2006; 2: 221-37.
 8. Roberts WL, Sedrick R, Moulton L, et al. Evaluation of four automated high-sensitivity C-reactive protein. *Clin Chem* 2000; 46: 461-8.
 9. Ridker PM, Cook N. Clinical usefulness of very high and very low levels of C-reactive protein across the full range of Framingham Risk Scores. *Circulation* 2004; 109: 1955.
 10. Robbert JW. C-reactive protein and coronary events following percutaneous coronary angioplasty. *Am J Med* 2003; 115: 85-90.
 11. Schillinger M, Exner M, Mlekusch W, et al. Balloon angioplasty and stent implantation induce a vascular inflammatory reaction. *J Endovasc Ther* 2002; 9: 59-66.
 12. Glass CK, Witztum JL. Atherosclerosis: the road ahead. *Cell* 2001; 104: 503-16.
 13. Schillinger M, Exner M, Mlekusch W, et al. Vascular inflammation and percutaneous transluminal of the femoropopliteal artery: association with restenosis. *Radiology* 2002; 225: 21-6.
 14. Gottsauner-Wolf M, Zasmata G, Hornykewycz S, et al. Plasma levels of C-reactive protein after coronary stent implantation. *Eur Heart J* 2000; 21: 1152-8.
 15. Zurakowski A, Wojakowski W, Dzielski T, et al. Plasma levels of C-reactive protein and interleukin-10 predict late coronary in-stent restenosis 6 months after elective stenting. *Kardiol Pol* 2009; 67: 623-30.
 16. Delhay C, Sudre A, Lemesle G, et al. Preprocedural high-sensitivity C-reactive protein predicts death or myocardial infarction but not target vessel revascularization or stent thrombosis after percutaneous coronary intervention. *Cardio Revasc Med* 2009; 10: 144-50.
 17. Gomma AH, Hirschfield GM, Gallimore JR, et al. Preprocedural inflammatory markers do not predict restenosis after successful coronary stenting. *Am Heart J* 2004; 147: 1071-7.
 18. Dibra A, Mehilli J, Braun S, et al. Association between C-reactive protein levels and subsequent cardiac events among patients with stable angina treated with coronary artery stenting. *Am J Med* 2003; 114: 715-22.
 19. Erbel R, Möhlenkamp S, Lehmann N, et al. Sex related cardiovascular risk stratification based on quantification of atherosclerosis and inflammation. *Atherosclerosis* 2008; 197: 662-72.
 20. Yeon Ryu S, Sun Lee Y, Park J, et al. Relations of Plasma High-Sensitivity C-Reactive Protein to Various Cardiovascular Risk Factors. *J Korean Med Sci* 2005; 20: 379-83.