

Ostre zespoły wieńcowe. Ryzyko bycia kobietą — czy nadal aktualne?

prof. dr hab. n. med. Zdzisława Kornacewicz-Jach

Klinika Kardiologii, Pomorska Akademia Medyczna, Szczecin



Autorzy komentowanej pracy [1] piszą, że „w Europie około 55% zgonów kobiet jest spowodowanych chorobami układu sercowo-naczyniowego, w tym w 23% chorobą wieńcową i w 18% udarem mózgu”, i dalej: „w Europie co 6 minut umiera 1 kobieta z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego”.

Czy „coś” się zmieniło w pierwszej dekadzie XXI wieku, zwłaszcza że w Europie w porównaniu ze Stanami Zjednoczonymi spóźniliśmy się trochę, ponieważ akcja *Women at Heart* została zainaugurowana przez Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne dopiero w 2005 roku. Jeszcze w 2006 roku, pisząc artykuł wstępny do *Forum Profilaktyki* [2] poświęcony chorobom serca u kobiet, napisałam: „w większości badań, które wpłynęły na ‘kształt współczesnej kardiologii’ do ostatnich lat XX wieku kobiety stanowią 0–30% populacji badanych”.

Badania dotyczące zawału serca, zwłaszcza w latach 70.–90. XX wieku dotyczyły stosunkowo „młodej” grupy chorych, co patrząc na epidemiologię ostrych zespołów wieńcowych (ACS) u kobiet, wykluczało dostateczną ich reprezentację. Gurwitz i Nananda [3] przeanalizowali 214 badań z tego okresu poświęconych zawałowi serca przeprowadzonych wśród 150 920 chorych. Średni wiek osób, które w nich uczestniczyły, wyniósł $57,5 \pm 22,8$ roku. W badaniach tych, zwłaszcza gdy dotyczyły leczenia za pomocą reperfuzji (leczenie trombolityczne lub pierwotna angioplastyka wieńcowa), kobiety stanowiły około 18% populacji.

W rejestrze francuskim USIC (*Unité de Soins Intensifs Coronaires*) I i II (1997 i 2003 r.) kobiety stanowiły około 25% chorych z ACS [4], a w rejestrze amerykańskim NRMI (*National Registry of Myocardial Infarction*) 3 i 4 (1999 i 2002 r.) — 29% [5].

CZY ZASTOSOWANIE LECZENIA REPERFUZYJNEGO BYŁO CZĘSTSZE U Kobiet W MŁODSZYCH PRZEDZIAŁACH WIEKOWYCH?

W materiale EHS-ACS *Euro Heart Survey I* [6] dane dotyczące leczenia inwazyjnego z podziałem w zależności od płci i grup wiekowych dostępne dla zawałów z uniesieniem odcinka ST pokazują, że od 4 września 2000 roku do 15 maja 2001 roku w grupie kobiet poniżej 65. roku życia leczenie inwazyjne

zastosowano tylko u 21%, w wieku ≥ 65 lat jeszcze rzadziej, bo u 15% (u mężczyzn odpowiednio 25% i 19%).

KOBIETY W DNIU SWOJEGO PIERWSZEGO ZAWAŁU SERCA SĄ STARSZE OD MĘŻCZYŹN I OBCIĄŻONE WIĘKSZĄ LICZBĄ CZYNNIKÓW RYZYKA...

Wyniki randomizowanych badań klinicznych wyraźnie wskazują na korzyści z leczenia interwencyjnego w ACS. Praktyka kliniczna to potwierdza.

Powszechnie wiadomo, że pacjenci obciążeni największym ryzykiem choroby odnoszą największe korzyści z intensywnego leczenia, w tym interwencyjnego. Mimo to nawet w przypadkach dobrego dostępu chorych do pracowni hemodynamicznych zbyt mało spośród nich trafia na zabiegi pierwotnej angioplastyki w ACS, a zwłaszcza w zawale z uniesieniem odcinka ST. Ponadto częściej w ten sposób są leczeni młodszy chorzy i mężczyźni, co nie pokrywa się z aktualnymi wskazaniami standardów.

Ocena leczenia ACS w zależności od regionalnych różnic dostępu do pracowni hemodynamicznych, stosowania farmakologicznych standardów i profilu klinicznego chorych przeprowadzona w grupie 158 131 pacjentów *Medicare* [7], wyraźnie wykazała, że lekarze częściej stosują leczenie inwazyjne u chorych z niskim ryzykiem ogólnym, mimo że wnioski z badań wskazują na większą korzyść w grupach starszych i o dużym ryzyku.

W badaniu GRACE (*Global Registry of Acute Coronary Events*) [8] potwierdzono zmiany w leczeniu ACS między 1999 a 2006 rokiem (44 372 pacjentów w 14 krajach) i stwierdzono istotną poprawę leczenia chorych z ACS. Nastąpiła ona dzięki większemu wykorzystaniu inwazyjnych metod leczenia i intensyfikacji terapii zachowawczej. Poprawa leczenia w większym stopniu dotyczyła chorych niskiego ryzyka.

Ryzyko pacjentów z ACS w badaniu GRACE oceniono według ogólnie znanej skali GRACE. Chorzy z ACS i niskim ryzykiem charakteryzują się 1,2-procentowym ryzykiem zgonu sercowo-naczyniowego w okresie okołoszpitalnym, chorzy ze średnim ryzykiem — 3,3%, a chorzy z wysokim ryzykiem — aż 13,0%. Pierwotną angioplastykę częściej wykonywano u osób z niskim ryzykiem (40% w NSTEMI i 60% w STEMI) niż u pacjentów ze średnim ryzykiem (odpowiednio 35% i 54%) oraz wysokim ryzykiem (odpowiednio 25% i 41%).

Tabela 1. Porównanie czynników ryzyka u kobiet i mężczyzn

Czynniki ryzyka	Kobiety; n = 9634 (w wieku 55–64 lat)	Mężczyźni; n = 17 046 (śr. wieku 62,0 ± 12,0 lat)
Wskaźnik masy ciała > 30	28,9%	13,4%
Cukrzyca	25,9%	16,6%
Nadciśnienie tętnicze	74,4%	56,1%
Hipercholesterolemia	53,6%	39,1%
Aktualne palenie tytoniu	23,8%	46,0%
Przebyty zawał serca	18,3%	16,0%

Stwierdzone różnice nie zależały od strefy geograficznej ani od liczby procedur wykonywanych w poszczególnych szpitalach.

Autorzy komentowanej pracy [1] obserwacją objęli 26 035 kolejno hospitalizowanych chorych z zawałem serca z uniesieniem odcinka ST w rejestrze polskim ACS w 2006 roku. Kobiety stanowiły 34,5%, a więc znamiennej ilościowo grupę 8989 chorych. Tak jak we wszystkich tego rodzaju rejestrach kobiety w dniu swojego pierwszego zawału serca były starsze od mężczyzn o około 7,7 roku (średni wiek kobiet 69,7 ± 11,9 roku, średni wiek mężczyzn 62,0 ± 12,0 roku).

Ponieważ wiek jest wysoce znamionym czynnikiem ryzyka dla przebiegu ACS, może należałoby porównać częstość występowania innych czynników ryzyka, przebiegu zawału serca i sposobu leczenia w grupach rówieśniczych kobiet i mężczyzn. Co wynika z tych 8–10 lat różnicy dla wystąpienia zawału serca u kobiet i mężczyzn?

W nieopublikowanych jeszcze danych własnych, również z rejestru ACS w Polsce, przeanalizowano dane 51 323 kobiet leczonych z powodu ACS od października 2003 roku do czerwca 2005 roku, w zależności od przedziału wiekowego: < 55, 55–64 (w tym przedziale wiekowym STEMI stanowił 30,2% spośród 9634 przypadków), 65–74, 75–84 i > 84 lat. Porównując częstość występowania czynników ryzyka u kobiet w przedziale wiekowym 55–64 lat, najbardziej zbliżonym do tego u mężczyzn w komentowanej pracy, w dalszym ciągu potwierdza się fakt częstszego występowania klasycznych czynników ryzyka u kobiet (tab. 1).

Z kolei porównując rodzaj zastosowanej terapii w grupach „rówieśniczych” kobiet i mężczyzn, leczenie interwencyjne (PCI, CABG) zastosowano u 80% kobiet w przedziale wiekowym 55–64 lat w materiale własnym i u 58,2% mężczyzn w komentowanej pracy. Oczywiście zdając sobie sprawę z niedoskonałości obliczeń, można jednak zaryzykować stwierdzenie, że kobiety w młodszych przedziałach wiekowych są leczone metodami inwazyjnymi nawet częściej niż mężczyźni w Polsce.

W przedstawionej pracy [1] śmiertelność szpitalna z powodu zawału serca z uniesieniem odcinka ST była znacznie wyższa u kobiet (11,9% v. 6,9%; $p < 0,001$). Śmiertelność szpitalna w grupie kobiet z ACS w materiale własnym była znacznie różna dla rozpatrywanych dekad życia,

tj. odpowiednio 1,3%; 2,55%; 4,0%; 8,9% i 19,2%. Oczywiście komentująca zdaje sobie sprawę z tego, że wspólna grupa ostrych zespołów wieńcowych to nie to samo co serca z uniesieniem odcinka ST, ale zwraca uwagę na fakt wpływu wieku na powikłanie w postaci zgonu w okresie okołoszpitalnym w ACS.

Podsumowując, nawet własne obserwacje komentującej wskazują jednak na poprawę leczenia chorych z ACS w ostatniej dekadzie i dotyczy to zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Czy nie należałoby wreszcie, co zresztą postuluje akcja *Women and Heart*, zmniejszyć ilości czasu i papieru na porównywanie przebiegu i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego (zresztą wg standardów opracowanych na podstawie badań przeprowadzonych głównie w populacjach mężczyzn) w zależności od płci i wreszcie zacząć tworzyć standardy postępowania u kobiet, co oczywiście będzie wymagać zwiększenia liczby badań randomizowanych w tych populacjach.

Piśmiennictwo

- Sadowski M, Gašior M, Gierlotka M, Janion M, Poloński L. Clinical characteristics of Polish women with ST-segment elevation myocardial infarction. *Kardiologia Pol*, 2010; 68: 627–634.
- Kornacewicz-Jach Z. Choroby serca u kobiet. *Forum Profilaktyki*, 2006; 3: 1–2.
- Gurwitz JH, Nananda F. The exclusion of the elderly and women from clinical trials in acute myocardial infarction. *JAMA*, 1992; 268: 1417–1422.
- Simon T, Mary-Krause M, Cambon JP et al. Impact of age and gender on in-hospital and late mortality after acute myocardial infarction: increased early risk in younger women. Results from the French nation-wide USIC registries. *Eur Heart J*, 2006; 27: 1282–1288.
- McNamara RL, Wang Y, Herrin J et al. Effect of door to balloon. Time on mortality with ST-segment elevation myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol*, 2006; 47: 2180–2186.
- Hasdai D, Behar S, Vallentin L et al. A prospective survey of the characteristics, treatment and outcomes of patients with acute coronary syndromes in Europe and the Mediterranean basin: the Euro Heart Survey on Acute Coronary Syndromes. *Eur Heart J*, 2002; 23: 1190–1201.
- Stukel TA, Lucas FL, Wennberg DE. Long-term outcomes of regional variations in intensity of invasive vs medical management of Medicare patients with acute myocardial infarction. *JAMA*, 2005; 293: 1329–1337.
- Fox KAA, Anderson FA, Dabbous OH et al. Intervention in acute coronary syndromes: do patients undergo intervention on the basis of their risk characteristics? The Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE). *Heart*, 2007; 93: 177–182.