

Miażdżyca u młodych kobiet – problemy diagnostyczne

prof. dr hab. n. med. Wiesława Tracz, dr n. med. Anna Kabtak-Ziembicka

Klinika Chorób Serca i Naczyń, Instytut Kardiologii, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II, Kraków



Praca oryginalna pt.: „Miażdżyca tętnic szyjnych a choroba wieńcowa u młodych kobiet. Odniesienie do profilu hormonów płciowych” autorstwa dr Beaty Kłosiewicz-Wąsek i wsp. jest kolejną pracą tych autorów dotyczącą tej ważnej tematyki [1].



Kobiety w wieku przedmenopauzalnym z chorobą wieńcową (CAD) to dość mała liczebnie grupa chorych w porównaniu z liczebnością ogólnej populacji z CAD. Według danych amerykańskich szacuje się, że częstość zgonów sercowych spowodowanych CAD u kobiet w wieku 35–44 oraz 45–54 lat wynosi odpowiednio 8,4 oraz 20 na 100 tys. kobiet rocznie, podczas gdy u mężczyzn w tych samych przedziałach wiekowych jest ona 5–6-krotnie wyższa [2, 3]. Niemniej warto podkreślić, że prawdopodobieństwo zgonu wśród kobiet <45. roku życia z zawałem serca jest bardzo wysokie i wynosi do 50%, przewyższając ryzyko tradycyjnie „najgorzej” rokującej grupy kobiet, tj. >75. roku życia (46%) [4].

Częstość zgonów sercowych w ciągu ostatnich 20 lat maleje wśród mężczyzn, ale niestety wzrasta wśród kobiet. Problem CAD u młodych kobiet jest niedoceniany, a żyjemy w społeczeństwie o wysokim poziomie stresu, wzrasta liczba kobiet pracujących na eksponowanych, odpowiedzialnych stanowiskach, palących papierosy oraz stosujących antykoncepcję i późno zachodzących w ciążę [5]. Jak powszechnie wiadomo, taki model życia sprzyja CAD. Z danych polskich wynika, że około połowa zdrowych miesiączkujących kobiet w 4. i 5. dekadzie życia ma nieprawidłowo wysokie wartości cholesterolu LDL, co czwarta aktywnie pali papierosy, u ok. 6% zostało rozpoznane nadciśnienie tętnicze, a u 30% stwierdza się wskaźniki depresji [1].

Wiele młodych kobiet skarży się na niecharakterystyczne dolegliwości bólowe w klatce piersiowej, które klinicytom mogą nastręczać sporo trudności diagnostycznych. Wiadomo, że dolegliwości wieńcowe u kobiet mają inną symptomatologię niż dolegliwości stenokardialne u mężczyzn [6], ale u kobiet miesiączkujących w fazie folikularnej cyklu miesięcznego wzrasta predyspozycja tętnic wieńcowych do kurczu, co może powodować nasilenie dolegli-

wości bólowych w klatce piersiowej [7]. Wynik testu wysiłkowego częściej jest fałszywie dodatni u kobiet niż u mężczyzn [6–8]. Szacuje się, że u 36–56% kobiet z dodatnim wynikiem testu wysiłkowego angiografia tętnic wieńcowych wykazuje brak zmian miażdżycowych, podczas gdy u mężczyzn odsetek ten wynosi 8–16% [6, 8]. Dane te powodują często lekceważenie dolegliwości stenokardialnych i zniechęcają do wykonywania koronarografii u kobiet, co uniemożliwia postawienie właściwego rozpoznania.

Dlatego szczególnie w odniesieniu do tej subpopulacji aktualne jest poszukiwanie dodatkowych narzędzi i metod diagnostycznych. Autorzy prezentowanej pracy przedstawili interesujące podejście, polegające na próbie poszerzenia diagnostyki z wykorzystaniem znanego z literatury czynnika, jakim jest grubość kompleksu *intima-media* (IMC-T), i profilu hormonalnego (stężenie estradiolu i hormonu folikulotropowego FSH), którego wartość do tej pory nie została udowodniona. Miało to ułatwić wyodrębnienie kobiet, u których prawdopodobieństwo występowania CAD jest podwyższone.

Zastanawiając się nad przydatnością kliniczną pomiarów IMC-T dla wykrycia CAD u kobiet przed menopauzą, należy uwzględnić kilka faktów. Po pierwsze, u kobiet wartości IMC-T są niższe niż w porównywalnych grupach wiekowych u mężczyzn [9]. Ponadto, kobiety regularnie miesiączkujące (zazwyczaj <45. roku życia) mają na ogół prawidłową grubość IMC-T w tętnicach szyjnych wspólnych, nawet jeżeli występują już zmiany miażdżycowe w tętnicach wieńcowych. Autorzy omawianej pracy stwierdzili, że średnia wartość IMC-T ocenianego w tętnicy szyjnej wspólnej u kobiet z CAD była średnio o 0,15 mm wyższa w porównaniu z kobietami zdrowymi (średnie wartości IMC-T 0,68 vs 0,53 mm, odpowiednio, średnia wieku obu grup 43 lata). Wartości te są porównywalne z danymi uzyskanymi w naszych badaniach (0,88 vs 0,69 mm, różnica w średnich wartościach IMC-T 0,19 mm; średnia wieku obu grup 47,3 roku) [10]. Należy podkreślić, że pomimo istotnych statystycznie różnic w wartościach IMC-T pomiędzy grupą z CAD i z prawidłowymi tętnicami wieńcowymi, poruszamy się wciąż w obszarze wartości IMC-T uznawanych za prawidłowe (norma dla IMC-T do 0,9 mm). Ponadto, zwraca uwagę duży rozrzut wartości IMC-T w obu grupach kobiet, co w praktyce klinicznej bardzo utrudnia wykorzystanie tych danych do podejmowania dalszych decyzji diagnostyczno-terapeutycznych.

Pierwsze zmiany miażdżycowe pojawiają się zazwyczaj w opuszcce tętnicy szyjnej wspólnej i odcinku początkowym tętnicy szyjnej wewnętrznej, więc w poszukiwaniu miażdżycy u chorego uwzględnianie tych obszarów naczyniowych wydaje się właściwe [10]. Z naszych obserwacji wynika, że różnica w średnich wartościach IMC-T u kobiet bez CAD oraz z CAD jest większa, gdy w ocenie uwzględnimy średnią ze wszystkich segmentów tętnic szyjnych (odpowiednio 0,86 vs 1,18 mm) w porównaniu z wartościami IMC-T uzyskiwanymi wyłącznie w tętnicach szyjnych wspólnych [10].

Wartością pracy Beaty Kłosiewicz-Wąsek i wsp. jest wykazanie przydatności oceny IMC-T w określaniu prawdopodobieństwa wykluczenia CAD. Autorzy stwierdzili, że dla wartości IMC-T $\leq 0,6$ mm w tętnicy szyjnej wspólnej CAD można wykluczyć z prawdopodobieństwem blisko 90%. W sprawie relacji pomiędzy wczesnymi zmianami miażdżycowymi w tętnicach szyjnych a poziomem hormonów płciowych u kobiet przed menopauzą nadal błądzimy w ciemnościach. Niejednoznaczne wyniki w małej grupie chorych (21 osób z CAD) nie upoważniają do wnioskowania. Ze względu na ograniczoną liczebność populacji młodych kobiet z CAD interesujące dane mogłyby wnieść badania wieloośrodkowe zapoczątkowane przez Autorów.

Reasumując, Autorzy komentowanej pracy zwrócili uwagę Czytelników na bardzo ważne zagadnienie, które wymaga dalszych badań prowadzących do zwiększenia liczby prawidłowych rozpoznań CAD u młodych, regularnie miesiączkujących kobiet.

Piśmiennictwo

1. Łukaszewicz R, Łukaszewicz M, Ceremużyński L. Risk factors of atherosclerosis in premenopausal women with a sense of well-being. A pilot study. *Kardiologia Polska* 2006; 64: 573-80.
2. Traven ND, Kuller LH, Ives DG, et al. Coronary heart disease mortality and sudden death among the 35-44-year age group in Allegheny County, Pennsylvania. *Ann Epidemiol* 1996; 6: 130-6.
3. Kannel WB, Gordon T. The Framingham Study: An epidemiologic investigation of cardiovascular disease. Section 26. Washington DC: US GPO 1970.
4. Lerner DJ, Kannel WB. Patterns of coronary heart disease morbidity and mortality in the sexes: a 26-year follow-up of the Framingham population. *Am Heart J* 1986; 111: 383-90.
5. Talbot E, Kuller LH, Perper J, et al. Sudden unexpected death in women: biologic and psychosocial origins. *Am J Epidemiol* 1981; 114: 671-82.
6. Sullivan AK, Holdright DR, Wright CA, et al. Chest pain in women: clinical, investigative, and prognostic features. *BMJ* 1994; 308: 883-6.
7. Lloyd GW, McGing E, Cooper AF, et al. Does angina vary with the menstrual cycle in women with premenopausal coronary artery disease? *Heart* 2000; 84: 189-92.
8. Wong Y, Rodwell A, Dawkins S, et al. Sex differences in investigation results and treatment in subjects referred for investigation of chest pain. *Heart* 2001; 85: 149-52.
9. Kablak-Ziembicka A, Przewlocki T, Tracz W, et al. Gender differences in carotid intima-media thickness in patients with suspected coronary artery disease. *Am J Cardiol* 96: 1217-22.
10. Kablak-Ziembicka A, Przewlocki T, Tracz W, et al. Carotid intima-media thickness in pre- and postmenopausal women with suspected coronary artery disease. *Heart Vessels* 2008, in press.