

Ryzyko chirurgii naczyń wieńcowych – wyższe u kobiet niż u mężczyzn

prof. dr hab. n. med. Jerzy Sadowski, dr n. med. Karol Wierzbicki

Klinika Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii, *Collegium Medicum*, Uniwersytet Jagielloński, Kraków



Jeszcze do niedawna choroba niedokrwienna serca (IHD) była postrzegana zarówno w społeczeństwie, jak i w środowisku lekarzy praktyków jako typowo „męska”. Jednak śledząc doniesienia światowe i doświadczenia polskie, nie trudno zauważyć, iż pogląd ten musi ulec modyfikacji. Można nawet zaryzykować stwierdzenie, że IHD staje się chorobą typu *unisex*.



Choroba niedokrwienna serca u kobiet jest szczególnie groźna. Praktykujący kardiochirurg nie ma żadnych wątpliwości: w porównaniu z mężczyznami, kobiety kwalifikowane do rewaskularyzacji chirurgicznej (CABG) mają:

- więcej schorzeń dodatkowych (cukrzyca, nadciśnienie) i związaną z nimi nadwagę,

- bardziej zaawansowany wiek w momencie kwalifikacji,
- węższe naczynia wieńcowe [1].

Te groźne aspekty „kobiecej” IHD muszą negatywnie wpływać głównie na wczesny wynik CABG. Ten właśnie problem w sposób dogłębny porusza komentowana praca [2]. Autorzy starannie przeanalizowali grupę 2881 chorych poddanych CABG zarówno techniką klasyczną, jak i bez użycia krążenia pozaustrojowego. Na podstawie poprawnie przyjętych metod statystycznych wykazali wysoką częstość występowania znanych czynników ryzyka wnikających CABG w grupie kobiet (w porównaniu z grupą mężczyzn), choć w grupie mężczyzn znacznie częściej stwierdzano przebyte zawały (zawały) mięśnia serca.

Wyniki pracy udowodniły częstsze występowanie groźnych powikłań (zespół małego rzutu, zawał okołoperacyjny, przedłużona wentylacja) i w końcu ponad 2-krotnie wyższą śmiertelność, gdy operowana była kobieta.

Kilku słów refleksji wymaga stwierdzenie dużych korzyści płynących z operowania kobiet metodą *off pump*. Nie zominajmy jednak, iż obecność właśnie u kobiet „trudnych” technicznie do pomostowania tętnic nasierdżiowych może w wielu sytuacjach nie pozwolić na wykonanie pełnej (czy nawet równie precyzyjnej) rewaskularyzacji. Wydaje się, iż jedynie bardzo indywidualne podejście, podparte doświadczeniem i rozsądkiem chirurga umożliwia wybór metody rewaskularyzacji.

Zgadzam się w pełni z niezwykle rozsądną propozycją Autorów co do rozważenia tzw. metod hybrydowych, tj. zabiegu rewaskularyzacji chirurgicznej wybranych tętnic uzupełnionego rewaskularyzacją przezskórną pozostałych zwężonych krytycznie naczyń. Korzyści z takiego postępowania powinny być największe u osób najbardziej obciążonych, głównie u kobiet ze skrajną nadwagą, u których minimalizowanie urazu operacyjnego (choćaby przez ograniczenie materiału naczyniowego pobieranego do pomostowania) powinno redukować ryzyko powikłań pooperacyjnych.

Szczególnie ważna bezpośrednio po zabiegu operacyjnym jest troska o prawidłowe gojenie ran i stabilizację mostka po sternotomii, zwłaszcza w grupie kobiet ze znaczną otyłością, często współistniejącą z cukrzycą. Kontrola (jak najściślej!) glikemii została wreszcie doceniona i jest przestrzegana, choć w sytuacjach trudnych gorąco polecam stałą współpracę z doświadczonym diabetologiem! Nie można zapominać, iż duża masa gruczołów sutkowych automatycznie będzie utrudniać gojenie i stabilizację mostka. Dlatego należy zwracać szczególną uwagę na wczesne (nawet bezpośrednio po wzbudzeniu!) unieruchomienie klatki piersiowej (najlepiej specjalnym pasem elastycznym) i wyraźne pouczenie chorej przed operacją o ryzyku wczesnego mechanicznego rozejścia się brzegów mostka.

Autorzy, mając w pamięci wyższe ryzyko operacji właśnie u kobiet, wnioskuje o wzmożoną prewencję IHD w tej części populacji. Z pozycji komentatora mogę jedynie podtrzymać i wzmocnić ten apel.

Komentowana praca jest wartościowym opracowaniem, a imponująca liczba 2881 chorych czyni je wiarygodnym. Najważniejszą „zdobyczą” tej analizy jest wysoka wartość implikacji klinicznej, a to dla praktyków zawsze jest bardzo cenne.

Na koniec nasuwa się bardzo praktyczny wniosek, który tak jasno wynika z naszych wspólnych rozważań – mając na uwadze niewątpliwie wiarygodne wyniki zaprezentowane przez Autorów, trzeba wykazać szczególną ostrożność i rozwagę podczas kwalifikowania do CABG kobiet skrajnie obciążonych i równocześnie zastanowić się, czy tylko jeden punkt ryzyka w skali Euroscore dodawany w wypadku kwalifikowania kobiety to nie za mało.

Piśmiennictwo

1. Mikhail GW. Coronary revascularisation in women. *Heart* 2006; 92 (Suppl 3): iii19-23.
2. Czech B, Kuczewicz-Czech E, Pacholewicz J. Early results of coronary bypass surgery at women. *Kardiol Pol* 2007; 65: 627-33.