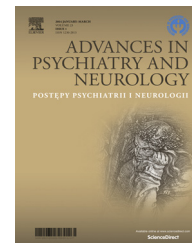


Dostępne online www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: www.elsevier.com/locate/pin

Praca poglądowa/Review

Jak postępować w zwężeniu tętnic szyjnych u kobiet? Krótki przegląd wybranych badań i wytycznych



What should the treatment of carotid artery stenosis in women be? A short review of chosen studies and guidelines

Małgorzata Wiszniewska^{1,*}, Anna Członkowska²¹Szpital Specjalistyczny im. Stanisława Staszica w Pile, Oddział Neurologiczny z Pododdziałem Leczenia Udarów Mózgu, Piła, Polska²Instytut Psychiatrii i Neurologii, II Klinika Neurologiczna, Warszawa, Polska

INFORMACJE O ARTYKULE

Historia artykułu:

Otrzymano: 19.05.2014

Zaakceptowano: 11.08.2014

Dostępne online: 23.08.2014

Słowa kluczowe:

- zwężenie tętnicy szyjnej wewnętrznej
- endarterektomia
- stentowanie
- udar

Keywords:

- Internal carotid artery stenosis
- Carotid endarterectomy
- Carotid stenting
- Stroke

A B S T R A C T

Since the 1990s, stroke in women has been a serious health and socioeconomic problem. Some of the data provided by the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee proves that, in recent years, the prevalence of stroke with an unfavourable outcome is even higher in women than in men, while the risk of suffering from stroke in older women is even higher than in men. Although atrial fibrillation is a more common cause of stroke in women, it is worth remembering that carotid artery stenosis can also be a possible cause.

Until recently, there were no guidelines and recommendations regarding the treatment of carotid stenosis (CS) in women and the available methods were mainly recommended for men. In recent years, however, it has been proven that endarterectomy (CEA) and stenting (CAS) are equally effective in the prevention of stroke induced by carotid stenosis in women and in men, whereas prompt and proper treatment of risk factors reduces the risk associated with both procedures within the first thirty days following the operation. Endarterectomy with patching, considered to be the safest procedure, is the preferred treatment for stenosed artery. In women with symptomatic changes in carotid arteries a CEA should, as is the case with men, preferably be performed within the first two weeks after the vascular event occurred. However, the optimal timing for the performance CAS after the occurrence of cerebral symptoms is yet to be determined. The type and technique of the procedure should be chosen for every

* Adres do korespondencji: Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica, ul. Rydygiera 1, 64-920 Piła, Polska. Tel.: +48 672 106 444; fax: +48 67 21 24 085.

Adres email: mpwisz@gmail.com (M. Wiszniewska).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.pin.2014.08.001>

1230-2813/© 2014 Institute of Psychiatry and Neurology. Published by Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o. All rights reserved.

woman individually. All risk factors should always be treated and patients should be strongly encouraged to alter their lifestyle.

This paper presents a review of current studies and suggested guidelines in treating carotid artery stenosis in women in order to prevent the occurrence of stroke.

© 2014 Institute of Psychiatry and Neurology. Published by Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o. All rights reserved.

Powszechnie uważa się, że na choroby układu krążenia, w tym na udar mózgu, zapadają głównie mężczyźni. Kobiety bardziej obawiają się raka piersi, narządu rodowego czy powikłań okołoporodowych. Mniejszą uwagę zwracają na zagrożenie ze strony układu krążenia. Analiza *American Heart Association* wykazała, że co trzecia kobieta umiera z powodu choroby niedokrwiennej serca, a co szósta z powodu udaru mózgu, podczas gdy na raka piersi zapada co dziewiąta, a co dwudziesta piąta umiera z tego powodu [1, 2]. Od lat 90. ubiegłego stulecia udar stał się poważnym problemem zdrowotnym i socjoekonomicznym dla kobiet [3, 4]. W udarze mózgu nie ma tak wyraźnej różnicy w zapadalności pomiędzy mężczyznami i kobietami jak w chorobie niedokrwiennej serca (5:1). Współczynnik ten wynosi w udarze 1,33, co oznacza, że udar częściej występuje u mężczyzn o 33%, jednak dość znaczne różnice między państwami, grupami wiekowymi sprawiają, że trudno jest porównywać występowanie udaru u kobiet i mężczyzn [5]. Niektóre dane *American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee* pokazują, że w ostatnich latach rozpowszechnienie udaru o niepomysłnym zakończeniu jest nawet częstsze u kobiet w porównaniu z mężczyznami [6]. Ponieważ kobiety żyją dłużej, ryzyko udaru u starszych kobiet jest większe (co piąta kobieta i co szósty mężczyzna) [7].

W wielu analizach podkreśla się, że u kobiet częstszą przyczyną udaru jest migotanie przedsionków (56,1% u kobiet vs 28,3% u mężczyzn w badaniu Barcelona obejmującym okres 1995–2002 [7]), podczas gdy u mężczyzn – zwężenie tętnic szyjnych (t.sz.) (47,9% u mężczyzn vs 29,1% u kobiet; badanie Barcelona) [6–13].

W profilaktyce udaru zmiany miażdżycowe w t.sz. leczą się metodami zabiegowymi za pomocą endarterektomii (*carotid endarterectomy*; CEA) lub stentowania (*carotid stenting*; CAS) oraz wykorzystuje się farmakoterapię do stabilizacji blaszek miażdżycowych.

Obie procedury zabiegowe obarczone są różnymi powikłaniami, które częściej obserwowano u kobiet, a także podkreślano, że kobiety osiągają znacznie mniejsze korzyści aniżeli mężczyźni leczeni tymi metodami [13–16]. Jeszcze do niedawna brakowało wytycznych i rekomendacji co do leczenia zwężenia t.sz. u kobiet jako prewencji udaru i metody te głównie zalecano mężczyznom.

W ostatnich latach przeprowadzono kolejne randomizowane badania, których wyniki zmieniły dawny pogląd ograniczający wykonywanie procedur inwazyjnych na t.sz. u kobiet na nowy. Wykazano, że CEA lub CAS mogą być podobnie korzystne u kobiet jak u mężczyzn w prewencji udaru [17–20].

Subanaliza badania randomizowanego CREST porównująca skuteczność CEA i CAS u kobiet i mężczyzn wykazała, że w przypadku objawowego zwężenia t.sz. >50–99% wskaźnik ryzyka udaru i zgonu w okresie okołoperacyjnym wynosił po CEA dla wszystkich pacjentów, tj. kobiet i mężczyzn 3,2%, co uważa się za wskaźnik dopuszczalny [17]. U pacjentów będących w ramieniu CEA nie zaobserwowano wzrostu ryzyka zdarzeń niepożądanych typu udar/zgon/zawał serca u kobiet objawowych, a nawet było ono mniejsze u kobiet w porównaniu z mężczyznami. Wskaźnik ryzyka udaru wynosił 4,0% dla kobiet i 6,1% dla mężczyzn, wskaźnik ryzyka zgonu – 2,7% dla kobiet i 3,5% dla mężczyzn, natomiast wskaźnik ryzyka zawału serca – 1,3% dla kobiet i 2,8% dla mężczyzn [18]. U pacjentów, u których wykonano CAS zwężonych t.sz., współczynnik ryzyka udaru/zgonu/zawału serca w okresie okołoperacyjnym dla pacjentów z objawowym i bezobjawowym zwężeniem (pacjenci z objawowym i bezobjawowym zwężeniem oceniani byli łącznie) wynosił: u kobiet 6,8%, u mężczyzn – 4,3%. Wskaźnik ten w okresie okołoperacyjnym u kobiet był istotnie wyższy w grupie stentowanej w porównaniu z grupą kobiet, u których wykonano endarterektomię (HR = hazard ratio (ryzyko względne) wynosił 1,84, CI 1,01–3,37; $p = 0,047$) [18]. Porównując ryzyko udaru u kobiet, u których wykonano CAS lub CEA, zauważono, że jest ono znamienne statystycznie wyższe w grupie CAS i wynosi 5,5% vs 2,2% dla CEA (HR 2,63; $p = 0,013$). Nie zaobserwowano takiej znamienności statystycznej u mężczyzn ze zwężoną t.sz. (3,3% w podgrupie CAS vs 2,4% w podgrupie CEA; HR 1,39, $p = 0,26$) [18]. W obserwacji 4-letniej różnice pomiędzy kobietami i mężczyznami zatarły się; $p = 0,34$ [17, 18].

Z kolei w badaniu *Stent-Protected Angioplasty vs Carotid Endarterectomy* (SPACE), w którym 28% kobiet i 78% mężczyzn miało objawowe zwężenie t.sz. (podgrupa CAS liczyła 171 kobiet i 436 mężczyzn, podgrupa CEA – 167 kobiet i 422 mężczyzn), wykazano częstsze występowanie udaru po stronie zwężonej tętnicy/zgonu u kobiet po wykonaniu CAS, ale była to różnica nieistotna statystycznie: 8,2% u kobiet vs 6,4% u mężczyzn ($p = 0,48$). W ramieniu CEA różnica ta była jeszcze mniejsza i udar oraz zgon wystąpił u 6,0% kobiet vs 6,6% mężczyzn ($p = 0,85$) [19]. Łączny wskaźnik udaru i zgonu w ciągu dwu lat od wykonania CAS lub CEA był nawet niższy u kobiet w porównaniu z mężczyznami i wynosił 8,3% vs 9,9% w ramieniu CAS, a w ramieniu CEA wynosił odpowiednio 6,7% vs 9,6%; były to różnice nieistotne statystycznie [20].

Indywidualna analiza 3433 pacjentów z objawowym zwężeniem t.sz. z 3 głównych europejskich, randomizowanych, kontrolowanych badań [21]: EVA-3S, SPACE, ICSS obejmująca

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/331751>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/331751>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)