

Kejadian Kardiovaskular Mayor pada Perempuan

Budhi Setianto

Adalah menarik untuk membagi usia muda dan tua bagi seorang wanita dalam wawasan faktor risiko. Faktor risiko (usia) penyakit jantung koroner untuk pria adalah >45 tahun dan wanita >55 tahun, wanita terlambat 10 tahun dibanding pria karena berbagai teori, antara lain hormonal seperti estrogen dan ferritine. Danny SS membagi wanita dalam penelitiannya sebagai kelompok usia muda bila ≤ 55 tahun dan kelompok usia tua >55 tahun. Apakah wanita berumur 56 tahun sudah pantas dikelompokkan sebagai usia tua?

Perhatikan kesimpulan pada penelitian ini: ... *IMA pada kelompok wanita usia muda merupakan kelompok risiko tinggi yang memiliki spektrum penyakit tersendiri yang sulit diprediksi oleh faktor risiko tradisional*. Perlu diperhatikan faktor risiko yang masih “primordial” seperti sindroma metabolik,¹ dan prediabetes, menarik perhatian akhir-akhir ini. Menurut Polk dan Naqvi, pada wanita, faktor risiko yang perlu diperhatikan adalah diabetes mellitus, rendahnya kadar kolesterol HDL, tingginya kadar trigliserid dan depresi.²

Perlu kita ingat, riwayat-keluarga sakit jantung usia muda, stroke dan mati mendadak, untuk wanita adalah <65 tahun. Pembagian kelompok usia muda ≤ 65 tahun dan kelompok usia tua >65 tahun patut dipertimbangkan guna preventif primer untuk satu generasi dibawahnya.

Pemikiran penulis bahwa pada kelompok wanita muda pasca IMA terdapat faktor risiko yang belum dikenali yang mempengaruhi perjalanan penyakit, sangat kita hargai. Sehingga faktor risiko tradisional yang umum kita pakai tidak dapat digunakan untuk memprediksi KKM. Kalau memang demikian, kita harus fokus pada sindroma metabolik dan prediabetes pada wanita lebih dahulu sebelum mencurigai faktor risiko yang *misterius*, belum dikenali. Sangat mungkin data pada penelitian retrospektif dengan analisis kohort ini tidak tersedia.

Pencerahan yang kita dapatkan pada diskusi tulisan ini adalah mencoba mengamati titik fulkrum pada efek proteksi estrogen pada wanita dengan *setting* khusus. Pada posisi umur tertentu (muda) tetapi proses plak atherosklerotiknya sudah lanjut, adanya estrogen justru dapat meningkatkan kemungkinan ruptur plak. Karena, estrogen menimbulkan *up-regulation* kelompok enzim matrix metalloproteinase (MMP), antara lain MMP-9. MMP mendegradasi matriks ekstraselular di dalam dinding arteri.^{4,5} Sekali lagi titik fulkrum keseimbangan ini pada umur berapa? Apakah faktor risiko keluarga juga patut diperhitungkan? Apakah faktor risiko keluarga juga “non tradisional”, bukan fokus pada mati mendadak, infark dan stroke saja. Tetapi lebih kita pertajam lagi anamnesis kita pada penyakit kardiovaskuler yang dengan risiko tinggi?.

Apakah istilah wanita (berasal kata dari betina) dan perempuan (berasal kata dari empu) juga perlu diperhatikan dalam publikasi ilmiah kita, patut dipertimbangkan terutama oleh penulis ilmiah wanita. Ada wacana emansipasi dikalangan di masyarakat yang pro istilah perempuan.

Alamat Korespondensi:

Prof. Dr. dr. Budhi Setianto, SpJP(K), Divisi Prevensi dan Rehabilitasi, Departemen Kardiologi dan Kedokteran Vaskuler FKUI dan Pusat Jantung Nasional Harapan Kita, Jl. S Parman Kav 87 Jakarta 11420.
E-mail: heybud@rocketmail.com

Banyak yang dapat kita pelajari sebagai tenaga kesehatan pada pembagian usia wanita berbasis angka 65 tahun baik dari segi klinis, prognosis, preventif, faktor risiko maupun segi psiko-sosialnya. Di Eropa yang menerapkan sistim SCORE memasukkan angka 65 tahun untuk wanita, perlu juga diwaspadai banyaknya wanita yang tidak terakomodasi di kelompok ini.³

Ridker et al menganjurkan untuk memakai sistim skor Reynauld bagi wanita, karena memakai data dari the *Women's Health Study* untuk kejadian kardiovaskuler pada 25 558 wanita yang berumur diatas 45 tahun.⁶

Perhatian Danny SS mengenai klasifikasi Killip (dipakai untuk stratifikasi risiko di PJNHK) yang pada penelitian sebelumnya merupakan prediktor mortalitas dalam RS pasca IMA, ternyata tidak terbukti memberikan informasi prognostik dalam penelitian ini, perlu diusulkan alternatifnya.

Siniorakis dkk⁷ serta Widdershoven dkk⁸ mempostulasikan bahwa di era pengobatan modern seperti sekarang ini pola karakteristik pasien telah berubah dan angka mortalitas keseluruhan pun telah bergeser, nilai prognostik kelas Killip yang sederhana tersebut mungkin saja telah berkurang.

Sebenarnya, Killip mendisain kriteria untuk infark miokard akut, secara klinis sederhana *stage I*: Tanpa gagal jantung, *II*: Gagal jantung, *III*: gagal jantung berat, dan *IV*: shok kardiogenik.⁹ Sementara Forrester secara klinis, dan untuk status hemodinamiknya mengukur tekanan baji kapiler paru, PCWP. Forrester juga membagi 4, 1: perfusi normal, 2: perfusi buruk dan PCWP rendah (hipovolemik), 3: edema paru dan 4: shok kardiogenik.¹⁰ Perhatikan Killip-II dan Forrester-2, disinilah seni klinisnya yang paling menonjol, sekarang ekhokardiografi dapat membantu klinisi untuk membedakannya dengan teliti.

Karena menyangkut gagal jantung pada populasi infark, perlu diperhatikan Panduan ESC 2008 untuk diagnosis dan terapi gagal jantung.¹¹ Kelas Killip dan Forrester masih dipaparkan sejajar, belum ada yang lebih baru. Berarti, untuk penelitian seperti ini perlu mencoba dulu kelas Forrester sambil menunggu kelas yang baru sebagai panduan. Untuk mempertajam diagnosis, selain ekhokardiografi sudah dimasukkan

BNP dan NT pro BNP untuk memisahkan keraguan dalam diagnosis dan menyingkirkan sesak afas yang disebabkan penyakit paru.

Daftar Pustaka

1. Evangelista O and McLaughlin MA. Review of Cardiovascular Risk Factors in Women. *Gend Med.* 2009;6[Theme Issue]:17-36
2. Polk DM, Naqvi TZ. Cardiovascular Disease in Women: Sex Differences in Presentation, Risk Factors, and Evaluation. *Current Cardiology Reports* 2005, 7:166-172
3. Schenck-Gustafsson K. Review. Risk factors for cardiovascular disease in women. *Maturitas.* 2009; 63:186-190
4. Ouyang P, Michos ED, Karas RH. Hormone replacement therapy and the cardiovascular system. Lessons learned and unanswered questions. *Journal of the American College of Cardiology.* 2006;47: 1741-1753.
5. Post WS, Goldschmidt-Clermont PJ, Wilhide CC. Methylation of the estrogen receptor gene is associated with aging and atherosclerosis in the cardiovascular system. *Cardiovascular Research.* 1999;43:985-991.
6. Ridker P, Buring EJ, Rifai N, et al. Development and validation of improved algorithms for the assessment of global cardiovascular risk in women. *JAMA.* 2007;297: 6.
7. Siniorakis E, Arvanitakis S, Voyatzopoulos G, Hatziaandreu P, Plataris G, Alexandris A, et al. Hemodynamic classification in acute myocardial infarction: Has anything changed in the last 3 decades? *CHEST* 2000;117:1286-1290.
8. Widdershoven JWMG, Gorgels APM, Vermeer F, L. W. N. Dijkman, Verstraaten GMP, Dassen WRM, et al. Changing characteristics and in-hospital outcome in patients admitted with acute myocardial infarction: Observations from 1982 to 1994. *Eur Heart J.* 1997;18:1073-1080.
9. Killip T, 3rd, Kimball JT. Treatment of myocardial infarction in a coronary care unit. A two year experience with 250 patients. *Am J Cardiol* 1967;20:457-464.
10. Forrester JS, Diamond GA, Swan HJ. Correlative classification of clinical and hemodynamic function after acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 1977;39:137-145.
11. Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, McMurray JJV, Ponikowski P, Poole-Wilson PA, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. *Eur Heart J.* 2008; 29: 2388-2442.