

Alarmstufe Rot für Frauenherzen

Zusammenfassung

FAKTEN ÜBER FRAUEN UND HERZ-KREISLAUF-FORSCHUNG

Es existiert eine Reihe von „hoch alarmierenden“ Problemen hinsichtlich geschlechtsspezifischer und kardiovaskulärer Erkrankungen. Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse des Berichts „Alarmstufe Rot für Frauenherzen“ aufgeführt, die insbesondere für Organisationen von Bedeutung sind, die entweder in der Öffentlichkeit oder bei Experten im Gesundheitswesen ein Bewusstsein für diese Probleme schaffen möchten¹.

Wissenschaftliche Forschung bei Frauen

- Trotz einer wachsenden Zahl und eines steigenden Anteils von Frauen, die in kardiovaskuläre klinische Studien einbezogen werden, sind Frauen immer noch unterrepräsentiert, vor allem im Bereich cholesterinsenkender Therapien, koronarer Herzkrankheit und Herzinsuffizienz. Dieser Umstand könnte die Zuverlässigkeit von Untergruppenanalysen beeinträchtigt haben.
- Klinische Studien und Meta-Analysen bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen zeigten keine signifikant geringere Effizienz von Eingriffen bei Frauen im Vergleich zu Männern, wobei 50 % der Studien die Ergebnisse nicht geschlechtsspezifisch analysierten. Für einige Therapien gibt es sogar Hinweise auf eine größere Effizienz bei Frauen als bei Männern, wie z. B. bei der kardialen Resynchronisationstherapie oder der Thrombolyse nach einem ischämischen Schlaganfall.

Das Herz-Kreislauf-Risiko bei Frauen

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind nahezu weltweit der häufigste Grund für Morbidität und Mortalität bei Frauen – mehr als Osteoporose und Krebs zusammengenommen².

Die Erkennung und Überwachung kardiovaskulärer Risikofaktoren bilden die Grundlage für die Entwicklung einer Präventionsstrategie. Bedauerlicherweise erkennen Frauen weniger häufig als Männer ihre Risikofaktoren und nehmen weniger häufig an Screening-Programmen teil.

¹ Ausführlichere Informationen können dem Bericht „Red Alert for Women’s Hearts – Women and Cardiovascular Research in Europe“, Marco Stramba Badiale, November 2009, entnommen werden.

² Ausführlichere Informationen können dem Artikel „Women’s Health and Menopause: a Comprehensive Approach“, NIH-Veröffentlichung Nr. 02-3284, Juli 2002, entnommen werden.

Rauchen

- Die Mortalität infolge einer Herz-Kreislauf-Erkrankung ist sogar nach Anpassung von anderen Risikofaktoren bei Raucherinnen höher als bei Rauchern. Es wurde gezeigt, dass Frauen Nikotin schneller metabolisieren als Männer, insbesondere bei einer gleichzeitigen Einnahme oraler Kontrazeptiva. Rauchen und orale Kontrazeptiva wirken synergetisch auf das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Hypertonie

- Studien zeigen keinen signifikanten Unterschied zwischen Frauen und Männern (außer bei Schwangerschaft, siehe unten).

Diabetes und metabolisches Syndrom

- Frauen mit Diabetes haben, ungeachtet ihres Menopausenstatus ein 4- bis 6-fach höheres Risiko, eine koronare Arterienerkrankung zu entwickeln, während bei Männern mit Diabetes ein 2- bis 3-faches höheres Risiko vorliegt.
- Frauen mit Diabetes haben im Vergleich zu Männern mit Diabetes nach einem Myokardinfarkt eine ungünstigere Prognose und weisen ein höheres Risiko auf, infolge einer Herz-Kreislauf-Erkrankung zu sterben.
- Die Prävalenz des metabolischen Syndroms steigt bei beiden Geschlechtern, besonders jedoch bei jungen Frauen, wobei hier eine Adipositas hauptsächlicher Auslöser ist.

Cholesterin

- Die Europäischen Leitlinien zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen empfehlen Statine für Männer und Frauen, die ein koronares oder zerebrovaskuläres Ereignis hatten. Des Weiteren werden Statine als Primärprävention für Männer und Frauen mit hohen LDL-Cholesterinwerten empfohlen sowie für Männer und Frauen, bei denen ein hohes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen besteht, z. B. bei Diabetes.

Aspirin

- Aspirin in der Sekundärprävention: Aspirin führt zu einer Reduktion der koronaren Ereignisse und der Gesamtprävalenz des Schlaganfalles bei nichtsignifikantem Anstieg des hämorrhagischen Schlaganfalls. Diese Wirkungen sind bei Männern und Frauen gleich. Alle Leitlinien empfehlen somit die Gabe von Aspirin bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit, zerebrovaskulärer Erkrankung oder peripherer arterieller Verschlusskrankung.
- Für die Primärprävention bei asymptomatischen Patienten bedarf es weiterer Forschungen.

Koronare Herzkrankheit

- Da die koronare Herzerkrankung bei Frauen später als bei Männern auftritt, können die Symptome eines Herzinfarkts durch andere Krankheiten kaschiert werden. Darüber hinaus haben Frauen im Vergleich zu Männern eine höhere Prävalenz einer stillen Ischämie und eines nicht erkannten Myokardinfarkts.
- Es wurde gezeigt, dass einige diagnostische Tests und Verfahren bei Frauen nicht so aussagekräftig sind und Ärzte vielleicht darauf verzichten, sie durchzuführen, so dass bei manchen Frauen eine koronare Herzerkrankung nicht diagnostiziert wird. Dies wiederum kann ernstere Folgen aufgrund der verzögerten Diagnose mit sich bringen.
- Frauen, bei denen klinische Hinweise auf eine koronare Herzkrankheit vorliegen, ohne dass die Angiografie eine obstruktive koronare Herzerkrankung zeigt, stellen ein häufiges klinisches Problem dar und weisen, im Vergleich zu asymptomatischen Frauen, ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse auf.
- Frauen werden weniger oft nichtinvasiven Tests unterzogen oder zu einer Koronarangiografie überwiesen.
- Thrombozytenaggregations- und Statintherapien werden – sowohl bei der Erstvorstellung als auch nach einem Jahr – bedeutend weniger bei Frauen angewendet als bei Männern, sogar in den Fällen, wo eine koronare Herzerkrankung bestätigt wurde.
- Frauen mit einer dokumentierten koronaren Herzerkrankung werden seltener einer Revaskularisation als Männer unterzogen, wobei die Wahrscheinlichkeit doppelt so hoch ist, dass sie im ersten Jahr der Verlaufskontrolle – sogar nach einer altersbezogenen multivariablen Anpassung für Alter, eingeschränkte Ventrikelfunktion, Schwere der koronaren Herzkrankheit und Diabetes – einen tödlich oder nicht tödlich verlaufenden Myokardinfarkt zu erleiden.

Koronare Revaskularisation

- Die Erfolgsrate der perkutanen Revaskularisation (PCI) sowie die Wirkungen neuer antithrombotischer Mittel als Begleittherapie und die Reduzierung der Restenose durch die Anwendung von mit Medikamenten beschichteten (drug-eluting) Stents ist bei Männern und Frau gleich hoch.
- Frauen sind im Vergleich zu Männern in Bezug auf die Verschreibung von GP-IIb/IIIa-Hemmern unterbehandelt, wobei mehrere Studien mehr unerwünschte Ereignisse bei Frauen, insbesondere bei Frauen mit geringerem Risiko, belegen. In der Tat treten bei Frauen öfter Blutungen auf als bei Männern, jedoch unabhängig davon, ob sie mit Glykoprotein-2b/3a-Hemmern behandelt werden oder nicht. Da Überdosierungen bei

Frauen häufig vorkommen, könnte davon ausgegangen werden, dass ein Viertel dieser geschlechtsspezifischen Risikodifferenz in Bezug auf Blutungen vermieden werden kann.

Herzinsuffizienz

- Mehr Männer leiden in jüngeren Jahren an Herzinsuffizienz als Frauen. Nach dem 75. Lebensjahr jedoch ist das Gegenteil der Fall, und es leiden mehr Frauen an Herzinsuffizienz, insbesondere mit normaler linksventrikulärer Auswurfraction, als Männer. Mit der Zunahme der Lebenserwartung, die bei Frauen höher ist als bei Männern, ist zu erwarten, dass der Anteil älterer Frauen mit Herzinsuffizienz in Zukunft steigen wird.
- Frauen mit Herzinsuffizienz scheinen – selbst nach einer Anpassung für Alter und signifikante klinische Merkmale – weniger häufig untersucht und mit evidenzbasierten Medikamenten behandelt zu werden als Männer.

Schwangerschaft

- Frauen mit Gestationshypertonie (Hypertonie während der Schwangerschaft) sind im späteren Leben einem höheren Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen ausgesetzt.
- Frauen mit Gestationsdiabetes (Diabetes während der Schwangerschaft) weisen im Vergleich zu Frauen, die eine normoglykämische Schwangerschaft hatten, ein höheres Risiko auf, einen Diabetes Typ 2 zu entwickeln.
- Den Leitlinien 2008 zur Diagnose und Behandlung von akuter und chronischer Herzinsuffizienz der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) zufolge kann eine Schwangerschaft zu einer Verschlimmerung der Herzinsuffizienz aufgrund des ansteigenden Blutvolumens und des Herzminutenvolumens sowie eines wesentlichen Anstiegs der extravaskulären Flüssigkeit führen. Hinzu kommt, dass viele Medikamente zur Behandlung der Herzinsuffizienz während der Schwangerschaft kontraindiziert sind.

Vorhofflimmern

- Vorhofflimmern ist, insbesondere bei Frauen, mit einem erhöhten Langzeitrisiko für Schlaganfall und Gesamtmortalitätsrisiko verbunden.
- Die Leitlinien 2006 der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie zur Behandlung von Patienten mit Vorhofflimmern behandeln geschlechtsspezifische Besonderheiten. In den Leitlinien wird darauf hingewiesen, dass das weibliche Geschlecht als ein zusätzlicher Schlaganfall-Risikofaktor anzusehen ist, vor allem bei Patientinnen nach dem 75. Lebensjahr. Zur Prävention von Thromboembolien wird eine antithrombotische Behandlung mit Aspirin oder Vitamin K-Antagonisten empfohlen. Den Leitlinien zufolge wird das

weibliche Geschlecht als ein Risikofaktor für häufiges Wiederauftreten von paroxysmalem Vorhofflimmern sowie für medikamenteninduzierte ventrikuläre Arrhythmien angesehen.

Schlaganfall

- Ca. 20 % der Schlaganfälle können nicht auf traditionelle Risikofaktoren zurückgeführt werden, und es besteht die Annahme, dass genetische Faktoren eine Rolle spielen könnten. Beim ischämischen Schlaganfall ist die Erbllichkeit, unabhängig von traditionellen vaskulären Risikofaktoren, in der weiblichen Line höher als in der männlichen.
- Geschlechtsspezifische Unterschiede in der klinischen Präsentation und Diagnose von Schlaganfällen sind inzwischen gezeigt worden. Frauen sind in der akuten Phase, 3 bis 6 Monate nach einem Schlaganfall invalider und die Wahrscheinlichkeit, in ein Pflegeheim eingewiesen zu werden, ist 3,5-mal höher als bei Männern. Diese Ergebnisse stützen die Existenz geschlechtsspezifischer Unterschiede bei der Schlaganfall-Inzidenz, dem lebenslangen Schlaganfall-Risiko, dem Alter beim ersten Schlaganfall, der Invalidität nach einem Schlaganfall und Einweisungsraten in ein Pflegeheim.
- Es wurde gezeigt, dass ferner geschlechtsspezifische Unterschiede in der klinischen Behandlung nach einem akuten Schlaganfall existieren. Eine multizentrische Studie in 7 europäischen Ländern hat gezeigt, dass nach einem akuten zerebrovaskulären Ereignis, weibliche Patienten wesentlich seltener einer bildgebenden Untersuchung des Gehirns, einer Doppleruntersuchung, einem Echokardiogramm und einer Angiografie unterzogen werden als männliche Patienten. Darüber hinaus ist nachgewiesen, dass Frauen, insbesondere ältere Patientinnen, weniger häufig blutfettsenkende und antithrombotische Medikamente zur Schlaganfallsekundärprävention erhalten.

Thrombolytische Behandlung eines ischämischen Schlaganfalls

- Die thrombolytische Behandlung ist die einzige bewährte Behandlung eines akuten ischämischen Schlaganfalls. Eine Meta-Analyse zeigte, dass diese Behandlung bei Frauen mit einem größeren Nutzen verbunden ist. Trotz der größeren Effizienz dieser Therapie ist der prozentuale Anteil an Frauen, die nach einem akuten ischämischen Schlaganfall keine thrombolytische Therapie erhalten, höher als bei Männern.
- Eine thrombolytische Therapie nach einem Schlaganfall sollte in den ersten 3 bis 4,5 Stunden nach dem Eintritt der Symptome erfolgen, da nach diesem Zeitraum das Blutungsrisiko den Vorteil der Behandlung überwiegt. Der Anteil an Frauen, die innerhalb dieses Zeitraums in ein Krankenhaus eingewiesen werden, ist niedriger als bei Männern. Somit könnte diese Beobachtung teilweise die Unterbehandlung von Frauen mit der thrombolytischen Therapie erklären.

EMPFEHLUNGEN

Aufklärung and Prävention

- Es sollten Initiativen angeregt werden, die zu einer erhöhten Aufklärung und Prävention beitragen, und ein Bewusstsein dafür schaffen, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen die Haupttodesursachen bei Frauen sind.
- Es sollten mehr Gelegenheiten geschaffen werden, um „Frauen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen“ und/oder Forschungsergebnisse zu diesem Thema bei wissenschaftlichen Veranstaltungen, Konferenzen, Workshops etc. vorzustellen.

Behandlung und Rehabilitation

- Es sollten Initiativen angeregt werden, die dazu beitragen, das Wissen über Risikofaktoren, die Darstellung und die Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie über die anschließende Rehabilitation bei Frauen zu verbessern.
- Wissenschaftliche Leitlinien sollten systematisch auf geschlechtsspezifische Unterschiede eingehen; sind keine relevanten Unterschiede vorhanden, sollten die Leitlinien dies auch erwähnen, so dass die Leser darüber informiert werden, dass die Geschlechterfrage berücksichtigt wurde.

Frauenspezifische Forschung

- Herzstiftungen und kardiologische Gesellschaften sollten – in Hinblick auf eine Förderung der geschlechtsspezifischen Forschung in der kardiovaskulären Medizin und eine größere Einbeziehung von Frauen in klinische Studien – mit europäischen Institutionen sowie den nationalen Gesundheits- und Aufsichtsbehörden zusammenarbeiten.

Geschlechtsspezifische Forschung

- Es bedarf eines erhöhten Bewusstseins für geschlechtsspezifische Unterschiede, das von multidisziplinären Studien gestützt wird.

Kontrolle der Risikofaktoren

- Die aktuellen Tendenzen zeigen, dass ein gesunder Lebensstil sowohl für Männer als auch für Frauen zwingend notwendig ist.

- Es bedarf besonderer Anstrengungen im Bereich der frühzeitigen Prävention des Rauchens und spezieller Antiraucher-Kampagnen für junge Frauen.
- Es bedarf eines besseren Verständnisses über den reziproken Einfluss des Lebensstils, der Ernährung und der Bewegung auf die Entwicklung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, insbesondere nach der Menopause.

Diabetes

- Gesundheitsexperten im Gesundheitswesen sollten fachübergreifend über die spezifischen Probleme in Bezug auf weibliche Patientinnen mit Diabetes informiert werden.

Koronare Herzkrankheit, Schlaganfall, Herzinsuffizienz, Vorhofflimmern

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die Haupttodesursachen bei Frauen; das Schlaganfall-Risiko steigt drastisch nach dem 75. Lebensjahr. In Verbindung mit der gestiegenen Lebenserwartung, die bei Frauen höher ist als bei Männern, wird erwartet, dass der Anteil älterer Frauen mit Herzinsuffizienz in Zukunft steigen wird.
- Entscheidungsträger und Planer im Bereich der Gesundheitsvorsorge müssen sich dieser demografischen Aspekte bewusst sein und entsprechende Vorsorgemaßnahmen treffen.

Schwangerschaft

- Frauen, die während der Schwangerschaft Hochdruckkrankheiten entwickelt haben, sollten einer strengen Nachbeobachtung unterzogen werden. Auf diese Weise können diejenigen Patientinnen identifiziert werden, die zu einem späteren Zeitpunkt Bluthochdruck entwickeln könnten.
- Das Bewusstsein für das Ausmaß und den Zeitpunkt des Risikos, einen Diabetes Typ 2 nach einem Gestationsdiabetes zu entwickeln, muss bei Patientinnen und Ärzten erhöht werden. Dies könnte eine Möglichkeit sein, eine gesunde Ernährung, einen gesunden Lebensstil und Medikamente zu testen und einzusetzen, die bei betroffenen Frauen das Auftreten des Diabetes Typ 2 verhindern oder verzögern können.
- An Herzinsuffizienz und anderen Herz-Kreislauf-Erkrankungen leidende Frauen sollten ermutigt werden, Kontrazeptiva und eine geplante Schwangerschaft mit ihrem Arzt zu besprechen, um nach Abwägung potenzieller Risiken, eine bewusste Entscheidung treffen zu können.

Klinische Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- Forschungsergebnisse zeigen, dass Frauen mit einer Herz-Kreislauf-Erkrankung nicht in gleichem Maße Zugang zu Behandlungsmöglichkeiten haben wie Männer. Sie zeigen darüber hinaus, dass Frauen oft mit Medikamenten überdosiert sind und sie häufiger als Männer das Krankenhaus nicht rechtzeitig erreichen, um entsprechend behandelt zu werden.
- Es gilt, die Hindernisse, die den gleichen Zugang für Frauen zu einer Krankenhausbehandlung nach einem kardiovaskulären Ereignis verhindern, zu identifizieren und zur Sprache zu bringen.
- Es sollten Schritte eingeleitet werden, die eine systematische Einbeziehung der Geschlechtsspezifität bei der Ausbildung von Spezialisten in der Gesundheitsvorsorge im Allgemeinen und Kardiologen im Besonderen gewährleisten.