



Frauenherzen schlagen anders

Geschlechtsspezifische Aspekte kardiovaskulärer Erkrankungen



DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

Obwohl der Herzinfarkt in vielen Köpfen als „klassische Männerkrankheit“ gilt, ist die Mehrzahl der Todesopfer weiblich. Eine der Ursachen dürfte sein, dass die „klassische“ Symptomatik mit linksthorakalem Schmerz oft fehlt. Wenn überhaupt Schmerzen auftreten, sind sie häufig in der rechten Schulter, im Rücken oder Unterkiefer lokalisiert. Deshalb sollten Hausärzte auch diesen „weiblichen“ Infarkt kennen.

von Natascha Hess

Die Gendermedizin untersucht geschlechtsspezifische Unterschiede einer Erkrankung in Bezug auf Symptome, Diagnostik und Therapie. Den Chromosomen und Geschlechtshormonen kommt dabei die individuell steuernde Funktion zu. Aber auch das Sozialverhalten und die gesellschaftlich geprägte Rolle haben Einfluss auf potenzielle Erkrankungen. Dies macht sich auch bei der Versorgung von Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen bemerkbar.

Die Lebenserwartung der Frauen liegt in den Industrienationen ca. sieben Jahre über der der Männer. Selbst in den Entwicklungsländern liegt der Unterschied noch bei vier Jahren. Frauen haben laut Bericht der WHO „the advantage of a disease-resistant-biology, but the disadvantage of lower social status and less access to wealth“.

Frauenkrankheit Herzinfarkt

65 000 Menschen sterben jährlich in Deutschland an einem Herzinfarkt, 55 % davon sind weiblich. Herzinfarkte verlaufen bei Frauen häufiger tödlich, auch die

Letalität nach einer Bypass-Operation ist bei Frauen höher. Die männlich geglaubte Domäne ist in Wahrheit eher weiblich.

Frauen sind zum Zeitpunkt des ersten Myokardinfarkts ca. acht bis zehn Jahre älter als Männer, die frühe Prä- und Hospitalsterblichkeit beim Infarktgeschehen ist bei Frauen allerdings deutlich höher. 25 % der Männer, aber 38 % der Frauen sterben nach dem ersten Infarkt innerhalb eines Jahres oder erleiden einen zweiten, dann tödlichen Infarkt.

Auch die Herzinsuffizienz stellt sich bei den Geschlechtern unterschiedlich dar. Während sich bei Männern am häufigsten eine echokardiografisch meist gut erkennbare systolische Dysfunktion manifestiert, findet man bei Frauen öfter eine diastolische Herzinsuffizienz.

„Klassische“ Symptome fehlen bei Frauen häufig

Die höhere Sterblichkeit der Frauen dürfte zum Teil durch das höhere Lebensalter zum Zeitpunkt des ersten Myokardinfarkts bedingt sein; in diesem Lebensalter liegen häufiger bereits

Komorbiditäten vor, die die Prognose verschlechtern.

Ein weiterer Grund für die erhöhte Infarktmortalität von Frauen könnte auch das Unwissen über die unterschiedliche Symptomatik des akuten Infarktgeschehens bei Männern und Frauen sein. Die Symptome des Herzinfarkts treten nur bei der Hälfte der Frauen „klassisch“ als linksthorakale Schmerzen mit Ausstrahlung in den linken Arm auf. Häufig befindet sich der Schmerz bei Frauen aber nicht linksthorakal, sondern in der rechten Schulter, im Rücken, Oberbauch oder Unterkiefer. Häufig fehlen Schmerzen sogar ganz und es bestehen nur Übelkeit und Erbrechen, eine Belastungsdyspnoe oder lediglich eine Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit.

Sowohl Patientinnen als auch Ärzte unterschätzen die Symptomatik häufig und deuten sie falsch. Zum einen sind die geschilderten Beschwerden schwer einzuordnen, zum anderen verkennen Frauen oft die Symptome einer Angina pectoris oder eines Infarkts. Auch für den Notfallbehandler stellen die eher „unspezifischen“ Symptome eine Herausforderung dar.

Auch soziologische Gründe können für die erhöhte Infarktmortalität der Frauen mitverantwortlich sein. Ein „falsch verstandenes“ Pflichtbewusstsein der Mutter und Ehefrau, die zunächst die Familie versorgt und ihre Belange und Beschwerden hinten anstellt, kann fatal sein. Denn hierdurch geht kostbare Zeit für die Diagnose verloren.

Ältere Frauen leben ferner häufig allein, nämlich 33 % im Vergleich zu 8 % bei den Männern. Die Hilfestellung des Partners, der im akuten Infarkt den Notarzt benachrichtigt, fehlt diesen Frauen.

Die gleichen Risikofaktoren – aber anders

Die Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind für beide Geschlechter dieselben: arterielle Hypertonie, Hyperlipidämie, Diabetes mellitus, Nikotinkonsum, mangelnde körperliche Aktivität und negative psychosoziale Faktoren. Dennoch gibt es Unterschiede:

- **arterielle Hypertonie:** Sie betrifft Frauen in der Prämenopause seltener als Männer; danach steigt allerdings auch bei Frauen die Inzidenz deutlich stärker an.
- **Hyperlipidämie:** Frauen weisen bis zur sechsten Dekade niedrigere Gesamtcholesterinwerte auf als Männer. Die HDL-Cholesterinwerte sind generell bei Frauen höher als bei Männern, fallen nach der Menopause aber geringgradig ab.
- **Diabetes mellitus:** Er ist einer der wichtigsten kardiovaskulären Risikofaktoren und erhöht das Risiko für das Auf-

treten einer koronaren Herzerkrankung bei Männern um das Zweifache, bei Frauen sogar um das Vierfache.

- **Nikotinkonsum:** Im Jahr 2005 rauchten 28 % der Männer und 19 % der Frauen. Ein Rückgang der Raucherzahlen ist allerdings bei Frauen langsamer erkennbar. Junge Raucherinnen sind, insbesondere wenn sie außerdem orale Kontrazeptiva einnehmen, eine besondere Risikogruppe.
 - **mangelnde körperliche Aktivität:** Vor allem in Kombination mit Übergewicht stellt sie auch bei Frauen einen unabhängigen Risikofaktor dar. Das metabolische Syndrom hat bei Frauen eine höhere Prävalenz als bei Männern. Die Inzidenz des metabolischen Syndroms nimmt gerade bei jüngeren Frauen zu.
 - **psychosoziale Faktoren:** Typische psychosoziale Stressoren bei Frauen sind niedriger sozialer Status, niedrige Schulbildung und Doppelbelastung durch Beruf und Familie. Im Anschluss an einen Myokardinfarkt zeigen Frauen verstärkt Erschöpfungssymptome; außerdem erkranken sie häufiger an einer Depression oder Angststörung als Männer.
- Die Hauptrisikofaktoren bei Männern sind Nikotinkonsum und Hyperlipidämie, bei Frauen Nikotinkonsum und Diabetes.

Nur jeder fünfte Bypass-Patient ist weiblich

Ein weiterer Grund für die erhöhte Mortalität der Frauen könnte ein schlechterer Zugang zur medizinischen Diagnostik sein. Statistisch erfolgen Echokardiografie und Ergometrie bei Frauen und Männern gleich häufig, bei der pharmakologischen Myokardszintigrafie sind Frauen sogar um 10 % stärker vertreten. Doch bei den Herzkatheteruntersuchungen beträgt der Anteil der weiblichen Patienten nur ca. 33 %, und nur 21 % der Patienten, die sich einer Bypass-Operation unterziehen, sind weiblich. Unter diesen findet man statistisch eine deutlich höhere Akutsterblichkeit als bei Männern. Hier zeigt sich wie beim akuten Myokardinfarkt auch die größte Übersterblichkeit der Frauen gerade in den jüngsten Altersgruppen.

Auch bei den Transplantationszahlen offenbaren sich gendermedizinische Un-

terschiede: Die größere Zahl sowohl der Organspender als auch der Organempfänger ist männlich. Nur 18 % der herztransplantierten Patienten sind Frauen.

Fallstricke in Pharmakokinetik und -dynamik

In der Arzneimitteltherapie der Herz-Kreislauf-Erkrankungen ergeben sich aus dem niedrigeren Körpergewicht von Frauen, dem höheren Fettanteil des weiblichen Körpers sowie der unterschiedlichen Enzymaktivität im Gastrointestinaltrakt gravierende Unterschiede. Während die Aktivität der Alkoholdehydrogenase bei Frauen um 30 % niedriger ist als bei Männern, ist ihre CYP 3A4-Aktivität um 20–50 % höher. Dieses Enzym ist an der Metabolisierung von mehr als der Hälfte aller Arzneimittel beteiligt.

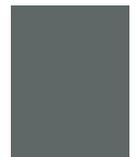
Bereits seit 2002 ist durch eine retrospektiv durchgeführte Analyse bei Patienten mit Herzinsuffizienz eine Übersterblichkeit von Frauen unter Digitalistherapie bekannt. Eine mögliche Erklärung ist eine höhere Serumkonzentration von Digitalis aufgrund der bei Frauen niedrigeren glomerulären Filtrationsrate. Digoxin hat bei Frauen eine um 12–14 % niedrigere Arzneimittelclearance als bei Männern.

Ein weiterer pharmakologischer Unterschied besteht in dem fehlenden Effekt einer niedrig dosierten ASS-Therapie in der Primärprävention des Herzinfarkts bei Frauen. Dagegen ist der Effekt von ASS in der Primärprävention des Apoplex bei Männern und Frauen gleichermaßen nachgewiesen.

Nebenwirkungen einiger Medikamente, z. B. von ACE-Hemmern oder Beta-blockern, sind bei Frauen statistisch häufiger. Darüber hinaus erzeugen Antikoagulanzen und Gerinnungshemmer bei Frauen häufiger Blutungskomplikationen.

Literatur bei der Verfasserin

Dr. med. Natascha Hess,
FA für Allgemeinmedizin sowie für
Innere Medizin/Kardiologie,
Internistisch-kardiologische Praxis,
Rankstrasse 34, 10789 Berlin
E-Mail: n.hess@kardiologie-
rankstrasse.de



Mögliche Interessenkonflikte: keine deklariert

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

- Die Wahrnehmung genderspezifischer Aspekte von Gesundheit und Krankheit sollte in Zukunft sensibler gestaltet und in der Patientenversorgung stärker berücksichtigt werden.
- Gleiches gilt in Bezug auf Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation, klinische Diagnostik und Therapie.
- Letzlich sollte gezieltere Diagnostik und Therapie dazu beitragen, die Lebensqualität jedes Einzelnen – von Mann und Frau – zu verbessern.