

Herzinfarkt bei Frauen: Was ist anders?

DER HERZINFARKT und seine Folgen stellen die häufigste Todesursache bei Frauen dar. Trotz wesentlicher Fortschritte in der Therapie haben Frauen ein höheres Risiko, an einem Herzinfarkt zu versterben, als Männer. In den letzten 15 Jahren erfuhr der Herzinfarkt bei Frauen eine breite wissenschaftliche Aufmerksamkeit.

HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN – HÄUFIGSTE TODESURSACHE

Jährlich sterben in den Staaten der europäischen Union (EU) ca. 2.000.000 Menschen an Erkrankungen des Herz- und Kreislaufsystems. Damit sind diese Erkrankungen für 40% aller Todesfälle verantwortlich. Bei einem Großteil der Betroffenen (53%) handelt es sich nach den Statistiken des European Heart Network um Frauen. Trotz bedeutender Fortschritte in der Diagnostik und Therapie, zählt der akute Herzinfarkt innerhalb der Herz- und Kreislaufkrankungen immer noch zu den häufigsten Todesursachen. Im Speziellen stellt er zusammen mit seinen Komplikationen, wie der ischämischen Herzerkrankung, die häufigste Todesursache bei Frauen in Österreich dar.

HERZINFARKTINZIDENZ BEI FRAUEN

Und das, obwohl der Herzinfarkt bei Frauen eine nur halb so hohe Inzidenz im Vergleich zu Männern aufweist. Internationale Zahlen dazu lassen sich auch mit den österreichischen Daten der Statistik Austria vergleichen. 2011 wurden 10.550 Männer und 6.163 Frauen mit der Diagnose Herzinfarkt aus den österreichischen Krankenhäusern entlassen. Bei den Todesursachen erfolgt jedoch annähernd eine Angleichung: 2.805 Männer und 2.226 Frauen verstarben 2011 an einem akuten Herzinfarkt. Mit diesen Zahlen liegt Österreich gleichauf mit seinen Nachbarn Deutschland, Italien oder der Slowakei.

Fakt ist, dass trotz kontinuierlicher Senkung der Kurzzeitmortalität nach Herzinfarkt in Österreich von etwa 25% zu Beginn der 1990er-Jahre auf etwa 12% zu Beginn der 2000er und schließlich etwa 5% im Jahr 2012 Frauen immer noch häufiger nach Herzinfarkt versterben als Männer. In Österreich ist dieser Unterschied seit Veröffentlichung der letzten Daten des Akut-PCI-Registers 2008 zwar nicht mehr statistisch signifikant (Abb. 1). In der Summe internationaler Daten jedoch liegt die Mortalität von Frauen nach einem Herzinfarkt, vor allem während der ersten sieben bis 30 Tage mit etwa 10% fast doppelt so hoch wie die von Männern. Sollte diese erste Akutphase überlebt werden, unterscheidet sich das Mortalitätsrisiko von Männern und Frauen im ersten Jahr nicht mehr.

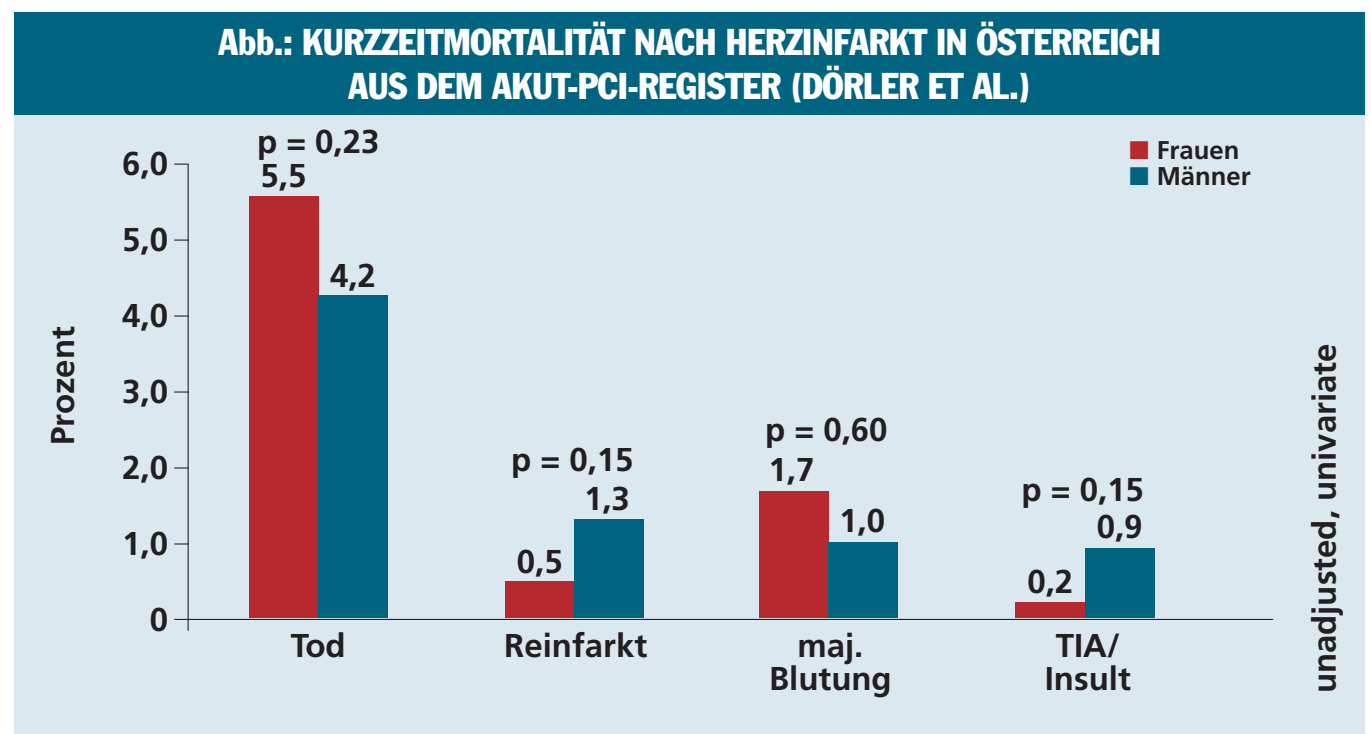
YENTL-SYNDROM

Darunter versteht man, dass Anfang der 1990er-Jahre diese Beobachtungen dadurch erklärt wurden, dass Frauen nicht als „klassischer“ Herzinfarktpatient wahrgenommen, erkannt und behandelt werden. Frauen bildeten einen überproportional niedrigen Anteil an Studienpopulationen und es wurden oft therapeutische Erkenntnisse in Form von Analogieschlüssen von Männern auf Frauen übertragen. Durch die zunehmende Aufmerksamkeit für den weiblichen Herzinfarkt ist es heute aber möglich, auf eine sehr gute Datenlage über den Geschlechterunterschied beim Myokardinfarkt zurückzugreifen.

Mögliche Ursachen eines schlechteren Kurzzeitüberlebens von Frauen liegen demnach in einem anderen kardiovaskulären Risikoprofil, in diagnostischen Schwierigkeiten sowie möglicherweise weniger aggressiven Therapien eines Herzinfarktes bei Frauen. Weiters liegen bei Frauen häufiger Sonderformen des akuten Koronarsyndroms vor, auf welche die therapeutischen Errungenschaften der primären kathetergestützten Koronarintervention nicht, oder nur weniger effektiv, angewandt werden können.

RISIKOPROFIL DER FRAU

Durch vermutlich schützende Effekte des weiblichen Hormonhaushaltes auf das kardiovaskuläre System ist das Auftreten eines atherosklerotischen koronaren Events bei Frauen vor der Menopause untypisch. Nach dem 50. Lebensjahr kommt es allerdings zu einem Angleichen des kardiovaskulären Risikos an das des



Mannes. Es resultiert daraus, dass Patientinnen bei Auftreten eines Herzinfarktes im Schnitt etwa zehn Jahre älter sind als Männer (Mittel: 72 Jahre statt 63 Jahre).

Außerdem rauchen Patientinnen mit Herzinfarkt zwar seltener als Männer und weisen seltener eine Hypercholesterinämie auf. Es liegen jedoch signifikant häufiger ein Diabetes mellitus oder eine bestehende arterielle Hypertonie vor. Rezente Daten aus multivariaten Analysen weisen darauf hin, dass gerade dieses Risikoprofil für die höhere Mortalität von Frauen nach Herzinfarkt verantwortlich zu machen ist. Nach Korrektur um klinische und angiografische Risikofaktoren, stellt das weibliche Geschlecht per se keinen unabhängigen Risikofaktor bezüglich der Mortalität mehr dar.

SYMPTOMATIK DER FRAU

In zwei wesentlichen Punkten unterscheiden sich Frauen mit Herzinfarkt in der klinischen Präsentation von dem „klassischen“ männlichen Bild, welches lange als „typisch“ für einen Herzinfarkt galt.

Gerade bei einem Krankheitsbild bei dem es um frühzeitige therapeutische Maßnahmen geht, werden Frauen im Schnitt eine halbe Stunde später als Männer im Krankenhaus vorstellig. Dadurch geht wertvolle Zeit und damit auch vitales Herzmuskelgewebe verloren. Denn Fakt ist, dass ab Zeitpunkt der Diagnosestellung oder der Ankunft im Akutkrankenhaus Frauen heutzutage gleich schnell wie Männer behandelt werden. Die Gründe für die spätere Präsentation sind statistisch noch nicht ausreichend erklärt. Ein Grund könnten die unterschiedlichen Symptome eines Herzinfarktes bei Frauen sein, welche zu einer falschen Einschätzung der Situation durch die Patientinnen und die Rettungsleitstellen führen. So klagen Frauen signifikant seltener über typische thorakale Schmerzen, dafür jedoch häufiger über Rückenschmerzen, Schwäche oder Hitzegefühle (Tab.).

HERZINFARKTTHERAPIE BEI FRAUEN

Es wurde sowohl in der Ära der Lysetherapie als auch in der heutigen Zeit der akuten kathetergestützten Koronarintervention immer wieder die Beobachtung gemacht, dass Frauen mit Herzinfarkt seltener einer Reperfusionstherapie zugeführt werden als Männer. Entschließt man sich dann allerdings zu einer Koronarintervention, werden bei Frauen dieselben Stents verabreicht und, bis auf die seltenere Gabe von Glykoprotein-IIb/IIIa-Antagonisten und Betablockern, auch dieselben medikamentösen Strategien angewandt. Diese Beobachtungen könnten die oben angeführte höhere Kurzzeit-, jedoch ähnliche Langzeitmortalität bei Frauen zum Teil miterklären.

SONDERFORMEN DES HERZINFARKTES

Unter Sonderformen des Herzinfarktes versteht man kardiale Ereignisse welche sich als akutes Koronarsyndrom präsentieren, jedoch nicht auf dem klassischen pathophysiologischen Weg der Thrombusbildung auf dem Boden eines atherosklerotischen

Tab.: BESONDERE SYMPTOMATIK DES HERZINFARKTES BEI FRAUEN

Häufige Symptome des Herzinfarktes bei Frauen neben Brustschmerzen:

Schwäche

Hitzegefühl

Rückenschmerzen

Schulderschmerzen

Hals- und Nackenschmerzen

Kiefer- und Zahnschmerzen

Kopfschmerzen

Plaques entstehen. Sonderformen sind selten, treten jedoch häufiger bei Frauen auf als bei Männern (etwa 10% vs. 6%). Insbesondere die Stresskardiomyopathie, oder „Tako-Tsubo“-Kardiomyopathie betrifft zu 90% weibliche Patienten. Sie äußert sich als eine transiente Einschränkung der Linksventrikelfunktion, vermutlich als catecholamininduzierte Reaktion auf extreme psychische Belastungssituationen.

Die Spontandissektion einer Koronararterie betrifft ebenfalls überwiegend Frauen, und zwar meist in einem Alter zwischen 35 und 40 Jahren. Ein Drittel der Fälle sind schwangerschaftsassoziiert und stellen da-

her hohe Anforderungen an das therapeutische Management. Da Frauen mit Vorhofflimmern ein höheres Risiko für periphere Thromboembolien aufweisen, ist bei Patientinnen mit scheinbar gesunden Koronarien auch an die Möglichkeit eines systemisch-embolischen Verschlusses einer Koronararterie zu denken und gegebenenfalls gezielt nach Episoden eines klinisch stummen paroxysmalen Vorhofflimmerns zu suchen.

Therapeutisch unterscheiden sich die Sonderformen des Herzinfarktes aufgrund ihrer verschiedenen Ätiologien. So ist bei der „Tako-Tsubo“-Kardiomyopathie initial die Gabe von Betablockern die erste Wahl und primär keine dauerhafte Thrombozytenfunktionshemmung sinnvoll. Bei Spontandissektionen ist eine individualisierte Abwägung der Vor- und Nachteile einer Stentimplantation und Gerinnungshemmung zu treffen. Embolische Sonderformen werden prinzipiell wie systemische Embolien mit kardialer oder paradoxer Emboliequelle antikoaguliert.

ZUSAMMENFASSUNG

Abschließend lassen sich die oben erwähnten aktuellen Daten zum Herzinfarkt bei Frauen zusammenfassen:

- Die Inzidenz des Herzinfarktes bei Frauen ist zwar seltener als bei Männern.
- Trotz Rückgang der Mortalität und neuer Therapieoptionen werden Frauen jedoch nach wie vor seltener revascularisiert und sterben häufiger noch im Krankenhaus an einem Herzinfarkt.
- Das Risikoprofil und die Symptome der Frau unterscheiden sich deutlich von denen der Männer.
- Bei Frauen, auch im jungen Alter, sollte man immer auch an Sonderformen eines Herzinfarktes denken.

Univ.-Prof. Dr.
WOLFGANG-MICHAEL FRANZ
Direktor der Univ.-Klinik für Innere Medizin III
Medizinische Universität Innsbruck
wolfgang-michael.franz@uki.at



Dr. GERT KLUG
Univ.-Klinik für Innere Medizin III
Medizinische Universität Innsbruck
gert.klug@uki.at

