

# “Ik zie nog steeds elke week 2 tot 4 vrouwen die miskend zijn met hun klachten”

Van onze redactie

Hoewel wetenschappelijk al jaren geleden werd aangetoond dat het hart van een vrouw in de aanloop naar een infarct duidelijk andere klachten geeft dan het hart van een man, ziet cardioloog dr. Janneke Wittekoek dat dit bewijs in de praktijk niet altijd serieus genomen wordt. Toch zijn er bewegingen naar een meer vrouwspecifieke vorm van cardiologie. De werkgroep Gender van de NVVC bijvoorbeeld pleit voor nieuwe richtlijnen.

## Wanneer werd je je bewust van de verschillen tussen man en vrouw bij het optreden van cardiologische klachten?

“Ik werkte lang als cardioloog-in-opleiding op de eerste harthulp van het AMC. Daar kwamen uiteraard ook vrouwen binnen met klachten, serieuze klachten. Pijn op de borst, kortademigheid. Dan werden tests gedaan en schreven we daarna ontslagbrieven met heel regelmatig ‘thoracale klachten e.c.i.’. Maar die vrouwen bleven terugkomen en soms zag ik ze nog op de poli. Dat intrigeerde me. Op Pubmed stuitte ik op onderzoek over het ‘Syndroom X’, een soort verzamelnaam voor vrouwen met onbegrepen thoracale pijnklachten. We weten nu dat veel van die klachten niet worden veroorzaakt door een dichtgeslibd bloedvat, zoals zo vaak bij mannen voorkomt. Als cardiologen zijn we gefocust op obstructief vaatlijden. Dat vind je bij vrouwen veel minder, zij hebben niet-obstructief vaatlijden. In de eerste fase van arteriosclerose ontstaat bij hen functioneel vaatlijden, spasmen van de (kleine) bloedvaten met hevige klachten. Als je dat niet goed behandelt, is de kans dat zo’n vrouw binnen twee à drie jaar met obstructieve hartklachten binnenkomt, twee tot drie keer zo groot. De fout is dat we die aanvankelijke klachten altijd afdeden als ‘niet cardiaal’, maar ze zijn wel degelijk cardiaal, maar als gevolg van spasmen en niet als gevolg van een dichtgeslibd vat.”

## Hoe komt het dat de klachten van vrouwen zo lang zijn genegeerd?

“De onderzoeken werden altijd gedaan bij grote groepen mannen en dan geëxtrapolerd naar vrouwen. Vrouwen werden ook niet in onderzoeken geïnccludeerd omdat ze vaak geen typische obstructieve klachten hadden. Over het algemeen zijn vrouwen genegeerd in wetenschappelijk onderzoek omdat de menstruele cyclus en menopauze een storende invloed hebben op onderzoekresultaten. Deze hormonale wisselingen spelen echter een belangrijke rol in het klachtenpatroon en op hoe vrouwen reageren op medicatie.”

## Wat is er gebeurd sinds de Hartstichting in 2002 meer aandacht vroeg voor het vrouwenhart?

“Toch wel veel. Het ging in 2002 nog voornamelijk over de verschillen in de klachtenpatronen. Nu is er niet alleen oog voor de andere klachten, maar ook voor andere pathofysiologie en behandeling. Sinds de bewustwording veel groter is en ook geagendeerd is bij VWS, is meer geld vrijgemaakt voor onderzoek. Bij nieuwe studies wordt veel scherper gekeken of er genoeg vrouwen worden meegenomen in het onderzoek. Binnen de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie is de werkgroep Gender opgezet, die zich onder meer bezighoudt met vrouwspecifieke cardiologie. Met

“Ik zie nog steeds elke week twee tot vier vrouwen die miskend zijn in hun klachten. Dat zou ik graag veranderen en daar maak ik me hard voor.”

de werkgroep werken we momenteel aan nieuwe richtlijnen en behandelprotocollen. Dat is een enorme stap vooruit.”

#### **Wat zijn belangrijke verschillen tussen het mannen- en vrouwenhart?**

“Anatomisch zijn er geen verschillen, hooguit is het vrouwenhart iets kleiner. Het punt is dat het hart op een andere manier ziek wordt. Het proces van arteriosclerose wordt gedreven door risicofactoren als cholesterol, hoge bloeddruk, overgewicht, suiker en roken. Maar er zijn ook vrouwspecifieke risicofactoren: migraine, zwangerschapscomplicaties, PCOS en bepaalde reumatische aandoeningen. Bij vrouwen spelen deze factoren bij het ontstaan van arteriosclerose een belangrijke rol. En zoals gezegd hebben mannen vooral een obstructief patroon van dichtslibben. Bij vrouwen is dat veel meer algemeen en speelt het proces zich ook meer af in de kleinere bloedvaten rondom het hart. Daardoor is het ook lastiger om dat in beeld te krijgen.”

#### **Hoe nu verder?**

“De klachten waarmee veel vrouwen komen, zijn niet atypisch zoals vaak wordt gezegd, maar juist heel typisch. Het gaat erom dat de klachten niet bij obstructief vaatlijden passen, maar wel bij verkrampingen. Ik denk dat het belangrijk is om die bewustwording verder te vergroten. Sinds

anderhalf jaar hebben we diagnostische tests ontwikkeld om de gestoorde motoriek van kleinere bloedvaten rondom het hart te meten. Dat is een enorme winst, want nu kan de diagnose ook daadwerkelijk bevestigd worden. Dat kan met een hartkatheterisatie met een zogenoemde spasme-provocatietest, waarmee je precies kunt zien in welk deel van het hart de spasmen optreden. We kunnen ook nog testen op welke medicatie deze vrouwen goed reageren, zodat je behalve een diagnose ook een gerichte behandeling kunt bieden. En dat is prachtig. De klachten die vrouwen hebben kunnen zo ernstig zijn, dat ze arbeidsongeschikt zijn geraakt en zo in allerlei problemen terecht zijn gekomen en met zoveel stress te maken hebben gehad, dat de klachten alleen maar erger werden. Er was nooit een duidelijke diagnose, waardoor deze vrouwen jarenlang niet serieus zijn genomen.”

#### **Is de verbetering in de bewustwording al merkbaar in de spreekkamer?**

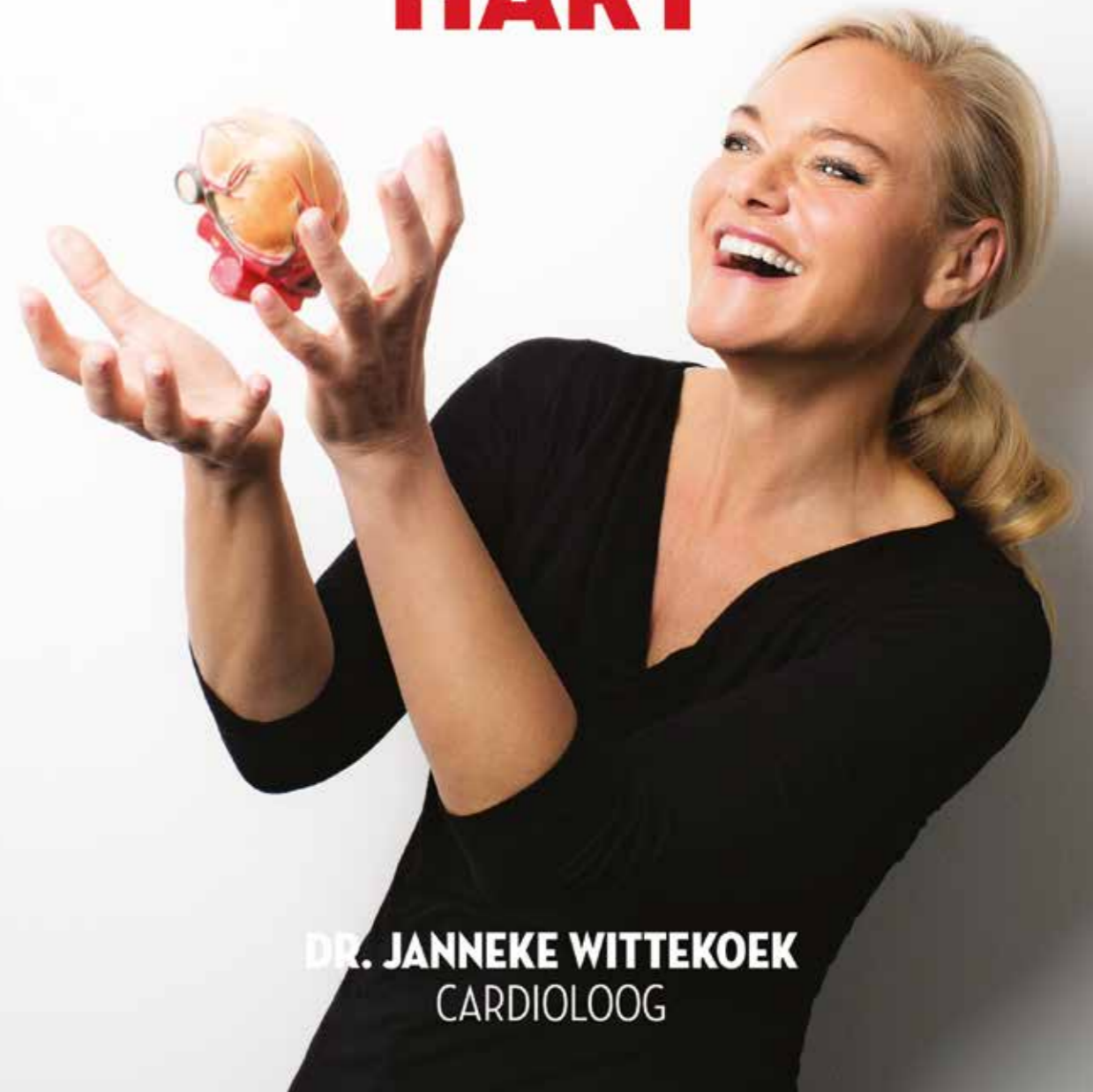
“We zetten allerlei e-learning modules op, geven na- en bijscholing aan huisartsen en cardiologen, schrijven boeken en geven lezingen en werken aan richtlijnen en protocollen. Toch is het nog wel eens zwemmen in een bad met modder: ik zie nog steeds elke week twee tot vier vrouwen die miskend zijn in hun klachten. Dat zou ik graag veranderen en daar maak ik me hard voor.”

“

*“Anatomisch zijn er geen verschillen tussen het mannen- en vrouwenhart, hooguit is het vrouwenhart iets kleiner. Het punt is dat het hart op een andere manier ziek wordt.”*

”

# ♥ HET VROUWEN HART



**DR. JANNEKE WITTEKOEK**  
CARDIOLOOG