

'BEHANDEL VROUWEN NIET ALS KLEINE MANNEN'

In de geneeskunde is steeds meer aandacht voor de verschillen tussen mannen en vrouwen. Ondanks de huidige inzichten krijgen beide groepen nog vaak dezelfde medicamenteuze behandeling. "Het is de hoogste tijd voor een *evidence based* dosisreductie voor vrouwen", meent cardioloog Janneke Wittekoek.

Auteur
Linda de Jonge

HEEL VAAK HEEFT HALVE DOSERING AL HET GEWENSTE EFFECT

"Als mannen heel veel gaan eten, krijgen ze een dikke buik en als vrouwen hetzelfde doen, worden ze overal een beetje vettig", zegt Janneke Wittekoek, cardioloog en eigenaar van de Heart-Life klinieken, die zich richten op het vrouwenhart. "Dit verschil zien we ook in het atherosclerotische proces (aderverkalking, waardoor de bloedvaten nauwer worden, wat kan leiden tot een hartinfarct). Waar bij mannen de kransslagaders en grote bloedvaten vaak obstructief dichtslibben, krijgen vrouwen vaker te maken

NIET STANDAARD OESTROGENEN IN DE OVERGANG

Ondanks het beschermende effect van oestrogenen, vindt cardioloog Janneke Wittekoek het geen goed idee om bij vrouwen in de overgang standaard in te zetten op hormoonsubstitutie therapie (HST) om hart- en vaatziekten (HVZ) te voorkomen. "Het is niet zo dat wanneer je hormonen neemt, je geen HVZ krijgt. Ook voor vrouwen met hartklachten, die deels worden veroorzaakt door hormonale wisselingen, is HST niet geïndiceerd. We passen het alleen toe wanneer iemand veel last heeft van overgangsklachten, waardoor allerlei nevenklachten kunnen ontstaan, zoals hartklachten."

BIJ VROUWEN VAKER SPRAKE VAN (MICRO)CORONAIRE DYSFUNCTIE

met aderverkalking van de grote en kleine vaten. Bij hen is er sprake van een functioneel vaatprobleem, ook wel (micro)coronaire dysfunctie.”

De klachten die hiermee gepaard gaan, zijn ook verschillend. “We hebben uit onze geneeskundeboeken geleerd dat een hartinfarct, waarbij een bloedvat van het hart wordt afgesloten, leidt tot typische klachten zoals pijn op de borst, uitstralend naar de linkerarm en kaken. In mijn praktijk hoor ik dat sommige vrouwen die klachten inderdaad hebben bij een acuut hartinfarct, maar er zijn er ook die hier helemaal niet mee te maken krijgen. Bij hen uit het zich juist in atypische klachten als extreme vermoeidheid, griepachtige verschijnselen, braken en angstgevoelens.”

VERKEERDE DIAGNOSE

Dat deze vage klachten lang niet altijd goed worden herkend als een hartinfarct, blijkt wel uit een enquête die Wittekoek uitvoerde in haar eigen kliniek. Van de zeshonderd patiënten die een hartinfarct of cerebrovasculair accident (CVA) meemaakten werd bij 41% een verkeerde diagnose gesteld bij het eerste doktersbezoek.

Beginnende aderverkalking bij vrouwen kan leiden tot niet goed functionerende bloedvaten, wat zich kan uiten in verkrampingen en vaatspasmen. Wittekoek omschrijft het klachtenpatroon als ‘grillig’. “Ze krijgen bijvoorbeeld te maken met pijn tussen de schouderbladen en het gevoel dat hun bh te strak zit en dat ze niet goed kunnen doorzuchten. Deze klachten zijn niet inspanningsgebonden. Sterker nog, bij inspanning worden ze vaak minder, omdat het hart dan beter wordt doorbloed. Juist na een activiteit, wanneer de bloedvaten weer hun normale diameter krijgen, treden ze op. Dit is typerend voor een functioneel hart- en vaatprobleem.”

Dat onbegrepen kwalen vaker tot foute diagnoses leiden, illustreert ze aan de hand van voorbeeld. “Een 58-jarige dame had zo’n vier jaar geleden de diagnose fibromyalgie gekregen vanwege vage klachten. Daarnaast had ze ook last van haar borstkas. Lopen lukte bijna niet meer en ze stond op het punt om een rollator aan te vragen. Ten einde raad kwam ze bij mij langs. Toen ik haar onderzocht, kwamen we erachter dat haar kransslagaders

grotendeels waren dichtgeslibd. Een *bypass*-operatie, waarbij met (slag)aders elders uit het lichaam een omleiding om de vernauwde kransslagaders wordt gemaakt, volgde en sindsdien loopt mevrouw weer vrolijk rond.”

Naast de klassieke risicofactoren die van invloed kunnen zijn op het cardiovasculaire systeem, zoals een hoog cholesterol, een hoge bloeddruk en diabetes, zijn er ook vrouwspecifieke factoren die een belangrijke rol spelen in de vaatgezondheid. Eén daarvan is stress. “Dit speelt een belangrijke rol bij het ontstaan van hartproblemen en we zien dat vrouwen in het algemeen veel stressgevoeliger zijn dan mannen.”

Een ander voorbeeld is dat van zwangerschapshypertensie en -diabetes. “Als deze aandoeningen optreden tijdens de zwangerschap, kan dit een aanwijzing zijn voor cardiovasculaire problemen in het latere leven. En ook gynaecologische aandoeningen als het polycysteus ovarium syndroom (PCOS) blijken een risico met zich mee te brengen.”

Ook het dalen van de oestrogeenspiegel, wat gebeurt tijdens de overgang, heeft invloed (zie kader). “Oestrogenen zorgen voor elasticiteit van de vaatwanden en hebben een gunstig effect op het endotheel (de ‘binnenbekleding’ van de bloedvaten), de vetstofwisseling en de bloeddruk. Als de overgang haar intrede doet, gaan de eierstokken steeds minder van het vrouwelijke geslachtshormoon produceren, waardoor het beschermende effect afneemt en de kans op een obstructief hartinfarct groter wordt.”

ZONDE

Volgens Wittekoek zou er een verschil moeten zijn in de behandeling van mannen en vrouwen met hart- en vaatziekten. “Lange tijd is aangenomen dat vrouwen ‘kleine mannen’ zijn, maar inmiddels is wel duidelijk dat dat niet het geval is. Zo hebben ze gemiddeld een lager lichaamsgewicht, kleinere organen, een hoger percentage lichaamsvet, een lagere glomerulaire filtratiesnelheid, een tragere maaglediging, een lagere pH in de maag, een lager plasmavolume en een hormonale cyclus. Het is de hoogste tijd voor een *evidence based* dosisreductie voor vrouwen.”



“VAN DE STATINES ZOU ROSUVASTATINE EERSTE KEUZE MOETEN ZIJN BIJ VROUWEN”, ZEGT CARDIOLOOG JANNEKE WITTEKOEK.

In haar eigen kliniek start ze bij de meeste vrouwen met de helft van de standaarddosering. “Heel vaak heeft een halve dosering al het gewenste effect. Het is zonde als ik bijvoorbeeld volgens protocol amlodipine-5 mg voorschrijf bij vaatspasmen en dat de medicatie wordt gestopt vanwege oedeemvorming, terwijl uit de praktijk blijkt dat een dosering van 2,5 mg vaak al doeltreffend is en de patiënt minder of geen vocht vasthoudt. En mocht het toch nodig zijn, dan kan de dosering altijd nog worden opgehoogd.”

GROTERE KANS

Uit een studie van het bijwerkingencentrum Lareb en onderzoekers van de Rijksuniversiteit Groningen blijkt dat vrouwen 50% meer kans hebben op bijwerkingen bij gebruik van medicatie in het algemeen [1,2]. “Zo hebben heel veel vrouwen bijwerkingen van metoprolol en simvastatine. Van de statines geeft rosuvastatine de minste nevenwerkingen bij deze groep. Dit middel zou wat mij betreft dan ook eerste keuze moeten zijn bij vrouwen.”

Om therapietrouw te vergroten zou er volgens Wittekoek ook meer aandacht moeten zijn voor de begeleiding bij medicatiegebruik. “Neem bijvoorbeeld nitraten. Die zijn

heel effectief bij een motorische vaatfunctiestoornis, maar ze kunnen behoorlijke hoofdpijn veroorzaken. Als je aan iemand uitlegt dat ze de eerste drie weken last kan hebben van deze nevenwerking – dat het erbij hoort, dat ze daarvoor paracetamol kan slikken – maar dat ze daarna veel baat zal hebben bij het middel omdat de nare pijn op de borst of tussen de schouderbladen verdwijnt, zal ze veel eerder geneigd zijn om het medicijn door te blijven gebruiken.”

Wittekoek ziet het instellen van een patiënt op een bepaald medicijn echt als maatwerk. “Natuurlijk moeten er richtlijnen en protocollen zijn, maar alleen daarmee kom je er niet. Mijn ervaring is dat hoe meer maatwerk je levert, des te meer therapietrouw de patiënt wordt en des te effectiever de behandeling zal zijn.”

‘KEN JE GETALLEN’

Om hart- en vaatziekten te voorkomen, moet volgens Wittekoek ook meer worden ingezet op preventie. Een apotheek zou hierin volgens haar een rol kunnen spelen, bijvoorbeeld door gezondheidschecks uit te voeren waarbij de BMI, het cholesterol en de bloeddruk worden bepaald. “Ik roep altijd ‘ken je getallen’. Een apotheek is een laagdrempelige zorginstelling en apothekers zijn best in staat om deze parameters te meten en vervolgens aan iemand uit te leggen wat de meetresultaten inhouden. Iedereen moet zich bewust zijn van z’n risicofactoren, zodat hij of zij eraan kan werken. Hoe jonger je bent, des te meer ruimte er is voor leefstijlinterventies.”

HOE MEER MAATWERK JE LEVERT, DES TE EFFECTIEVER DE BEHANDELING

Dat er de afgelopen jaren meer interesse is gekomen voor het verschil tussen mannen en vrouwen stemt Wittekoek positief over de toekomst. “Ik verwacht dat er nog meer aandacht zal komen voor gender- en seksverschillen in de geneeskunde en dat de leerboeken en protocollen ook op basis daarvan worden aangepast. *Big data* en *artificial intelligence* zullen ons helpen om ons vak nog preciezer, persoonlijker en meer op maat uit te oefenen. We gaan alsmaar meer richting *personalized medicine*.” ■

Zie voor de literatuurreferenties: pw.nl.