



Gender Medicine - Kardiovaskuläre Gesundheit und Menopause



Univ.-Prof. Dr. Andrea Podczeck-Schweighofer,
Kardiologin und Vizepräsidentin
des Österreichischen Herzfonds

Kürzlich wurde ein Consensus-Dokument europäischer KardiologInnen, GynäkologInnen und EndokrinologInnen publiziert, das zu vielen Fragen möglicher Veränderungen der kardiovaskulären Gesundheit bzw. Krankheitsmanifestationen im Zusammenhang mit der veränderten hormonellen Situation bei Frauen nach der Menopause Antworten zu geben versucht. Seit dem letzten gemeinsamen Consensus 2007 haben viele neue Studien und damit Erkenntnisse zu diesem Thema stattgefunden, die auch in den diagnostischen und therapeutischen kardiologischen Alltag eingehen sollten.

Auch neuere Untersuchungen betonen immer wieder das häufigere Auftreten von Angina pectoris-Symptomatik bei weniger ausgeprägter atherosklerotischer koronarer Herzkrankheit (KHK) im Vergleich zu Männern. Dies wird oft als „unbestimmtes Brustschmerz-Syndrom“ im Rahmen von Stress oder eben als „menopausales Syndrom“ charakterisiert. Jedoch belegen Studien, dass Frauen mit diesem „unbestimmten Brustschmerz-Syndrom“ ein doppelt so hohes Risiko haben, in den nächsten fünf Jahren eine Herz-Kreislaufkrankung zu entwickeln!

Natürlich sind hormonelle Veränderungen im Körpergewicht, die Entwicklung von viszeralen Fettansammlungen mit der vermehrten Ausschüttung inflammatorischer Zytokine etc. begünstigend für Veränderungen des Lipidprofils und veränderte Insulinresistenz. Auch die plötzliche Entwicklung von Hypertonie nach der Menopause wird neben Gefäßveränderungen als Folge hormoneller Veränderungen angesehen.

Ein wichtiges Kapitel ist der Stellungnahme zur Hormonersatztherapie gewidmet. Nach den Ergebnissen etwa der WHI-Studie vor nahezu 20 Jahren, die eine Zunahme der KHK bei Frauen unter Hormonersatztherapie fanden, wurde diese in den Folgejahren von kardiologischer Seite stets kritisch eingeschätzt. Zwischenzeitlich gibt es neuere Daten sowie Metaanalysen, die unterschiedliche Ergebnisse im Hinblick auf KHK-Entwicklung zeigten. Bei allen Für und Wider des Hormonersatzes gilt für die KHK, dass diese bei bekanntem erhöhtem kardiovaskulärem Risiko und erst recht nach einem bereits stattgehabten kardiovaskulären Ereignis vermieden werden sollte; bei Unsicherheit bezüglich des tatsächlichen kardiovaskulären Risikos sollte vor geplanter Hormonersatztherapie eine Coronar-CT durchgeführt werden.

Wichtig sind die Hinweise für Frauen mit früher Menopause, also vor dem 45. Lebensjahr – für diese wird angesichts des erhöhten Risikos für eine KHK und Diabetes mellitus eine strengere Kontrolle von kardiovaskulären Risikofaktoren einerseits, andererseits Hormonersatztherapie für einige Jahre empfohlen.

Einige Punkte sind auch zu Schwangerschaft und kardiovaskulärem Risiko formuliert: Wiederholter Verlust einer frühen Schwangerschaft (vor der 24. Woche) ist mit einem erhöhten KHK-Risiko assoziiert. Frauen die während der Schwangerschaft Hypertonieprobleme entwickeln, scheinen im weiteren Leben ein höheres Risiko für Bluthochdruck in sich zu tragen. Dennoch fehlen bis dato bis auf sorgfältigere Selbstkontrollen klare Empfehlungen für die Zeit post partum. Dasselbe gilt im Wesentlichen für die Entwicklung eines Gestationsdiabetes, hier werden zunächst ebenfalls häufiger Kontrollen postpartal empfohlen.

Noch einige wichtige Statements zur oralen Kontrazeption bei Frauen mit erhöhtem kardiovaskulärem Risiko, besonders bei Raucherinnen. Orale Kontrazeptiva sind für Frauen mit anamnesischen Venenthrombosen und kardiovaskulären Ereignissen kontraindiziert, aber auch für rauchende, übergewichtige Frauen mit Dyslipidämie über 35 Jahre lediglich ausschließlich gestagenhaltige Kontrazeption ist erlaubt.

Eine große Zahl von Publikationen der vergangenen Dekade aus den genannten drei Disziplinen haben zu diesem sehr begrüßenswerten Consensus-Statement geführt, das uns hilft, in der täglichen Praxis Empfehlungen für unsere Patientinnen abzugeben.

Erschienen in „Cardio News Austria“, Ausgabe 5/2021 (Seite 36)