

Getty Images/Stockphoto

CHRONISCHES KORONARSYNDROM (CCS)

Geschlechts- spezifische Aspekte bei chronischer KHK



Dr. med. Susanne
Berrisch-Rahmel

Das chronische Koronarsyndrom (CCS) – vormals koronare Herzkrankheit (KHK) – zählt unabhängig von Geschlecht und Alter zu den häufigsten Todesursachen. Im Praxisalltag hat man den Eindruck, dass kardiovaskuläre Erkrankungen bei Männern überwiegen. Doch mit einer Fallzahl von mehr als 20.000 Personen versterben jährlich in Deutschland fast genauso viele Frauen an einer ischämischen Herzkrankheit wie Männer.¹

Keine typische Angina pectoris bei Frauen

Frauen zeigen in der Regel ein breiteres KHK-Symptomspektrum. Insbesondere das typische Leitsymptom, die klassische Angina pectoris, manifestiert sich bei Frauen oft anders als bei Männern. Häufig berichten Patientinnen über untypische Beschwerden wie Übelkeit, Bauchschmerzen oder Schwindel sowie ungewöhnliche Müdigkeit und Erschöpfung. Noch immer

werden sie seltener zur kardiologischen fachärztlichen Abklärung überwiesen und in Akutsituationen deutlich später adäquat behandelt.

Aufklärung für Ärzte und Patientinnen nötig

Die Evidenzbasis für geschlechterspezifische Unterschiede in Pathophysiologie, Symptomatik, Diagnostik, Therapieansprechen und

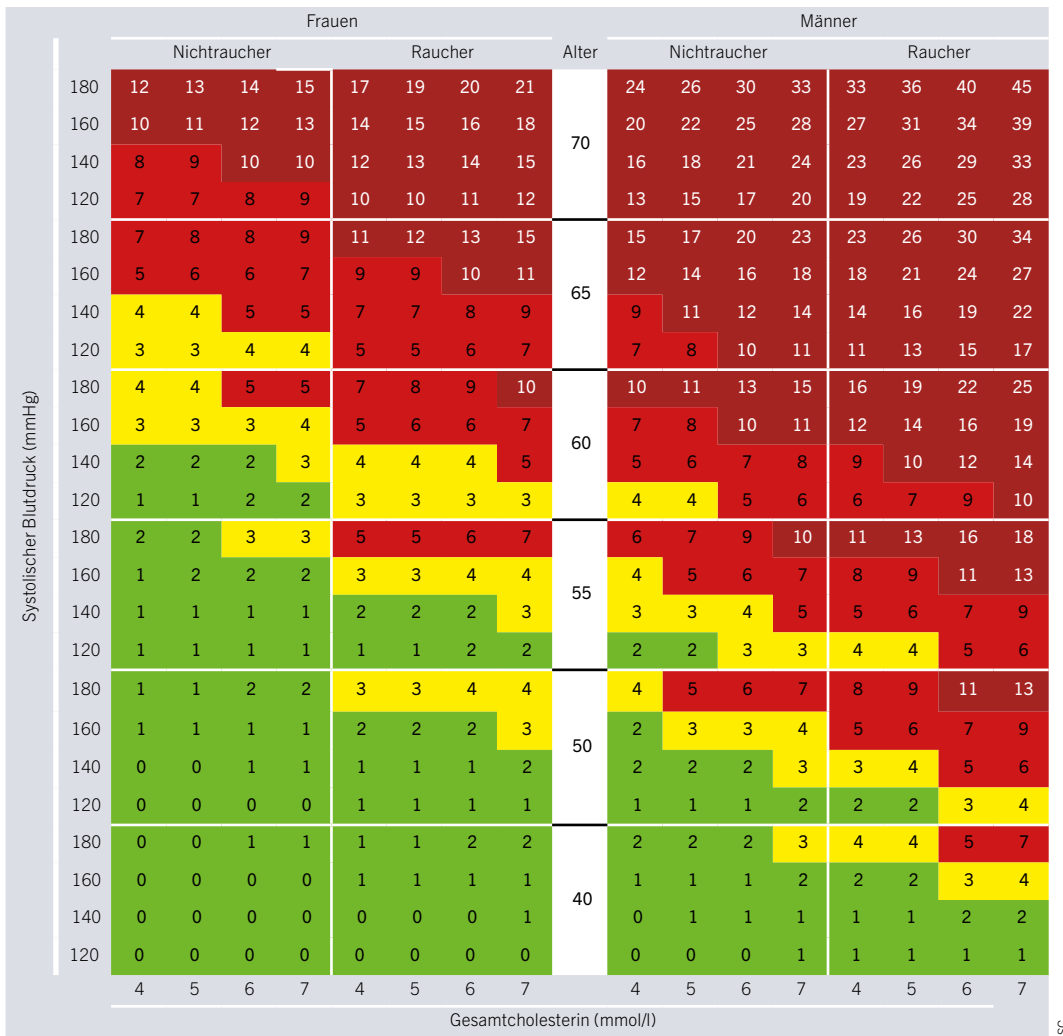


Abb. 1: SCORE: 10-Jahres-Risiko für eine tödliche kardiovaskuläre Krankheit¹⁰

Patientinnen, bei denen man verstärkt auf kardiovaskuläre Krankheiten achten sollte:

Hohes Risiko: 10

- Hyperlipidämie: Gesamtcholesterin > 310 mg/dl, LDL-Cholesterin > 190 mg/dl
- Familiäre Disposition für KHK
- Diabetes mellitus mit Dauer über 10 Jahre
- Auftreten eines Diabetes mellitus Typ 2 vor dem 50. Lebensjahr
- Nikotinabusus
- Blutdruck > 180/110 mmHg
- Risiko-Score > 5% und < 10% für das Auftreten eines kardiovaskulären Ereignisses

Prognose der KHK wurde in den letzten Jahren stetig erweitert. Trotz der bekannten Unterschiede in Morphologie und Funktion der Koronargefäße geben die Leitlinien wenig geschlechtsspezifische Empfehlungen.

In einer aktuellen Publikation zeigt A. Haider geschlechtsspezifische Aspekte bei Patientinnen mit Myokardinfarkt auf.² Er weist darauf hin, dass Genetik, Hormone, Umweltfaktoren und soziale Aspekte eine bedeutsame Rolle im unterschiedlichen Outcome bei Frauen spielen.

Angina pectoris – obwohl die Coro o. B. war?

Klinische Symptome können eine deutliche Diskrepanz gegenüber nichtinvasiven Untersuchungen und der Koronaratomie und -funktion zeigen. Neben der arteriosklerotischen Herzkrankung treten gerade bei Frauen häufig

funktionelle und mikrovaskuläre Erkrankungen der Koronararterien auf. Im Praxisalltag treffen wir nicht selten auf Patientinnen mit Angina pectoris, obwohl epikardiale Koronarstenosen in einer Linksherzkatheteruntersuchung ausgeschlossen wurden. Gerade diese Patientinnen berichten über häufige Angina pectoris-Attacken unabhängig vom objektiven KHK-Befund. Diese Beobachtungen bestätigte eine Post-hoc Analyse der ISCHEMIA-Studie.³

Bei einer Analyse der Zusammenhänge zwischen Stresstest, Koronarangiografie und klinischer Beschwerdesymptomatik zeigte sich, dass bei Frauen – unabhängig von den objektiven Befunden – die Symptome der Angina pectoris deutlich schwerer waren. Als Auslöser für die eher „weibliche“ nicht-obstruktive KHK wurden eine mikrovaskuläre Koronararterienkrankung oder Koronarspasmen diskutiert.

Eine Angina pectoris bei Frauen zeigt andere Symptome als bei Männern; die Beschwerden sind oft schwerer als der objektive Befund vermuten lässt.

Die Diagnose der nichtobstruktiven KHK (INOCA: ischemia and no obstructive coronary artery disease) beruht auf klinischer Angina pectoris und pathologischer nichtinvasiver Ischämietestung.

Invasive Flussmessung und Acetylcholin-Testung

In der ESC-Leitlinie zum chronischen Koronarsyndrom 2019 werden Empfehlungen zur Abklärung von Störungen der koronaren Vasomotion gegeben.⁴ Für Patienten mit vasospastischer Angina pectoris oder Verdacht auf Mikrozirkulationsstörungen sollte bei der invasiven Diagnostik neben der Koronarangiografie eine invasive Messung der koronaren Flussreserve (CFR) erfolgen. Die intrakoronaren Druckmessungen mittels fraktioneller Flussreserve (FFR) bzw. „instantaneous wave-free ratio“ (iFR) und ggf. Darstellungen der Koronaratomie durch intravaskuläre Bildgebung (intravaskulärer Ultraschall [IVUS], optische Kohärenztomografie [OCT]) werden empfohlen. Im Rahmen der intrakoronaren Testung sollte ein Acetylcholin-Provokationstest erfolgen.

Abhängig von Häufigkeit und Intensität der Angina-Beschwerden ist die Lebensqualität der Betroffenen oft erheblich reduziert. Gleichzeitig besteht ein deutlich erhöhtes Risiko für das Auftreten von klinischen kardiovaskulären Ereignissen. Das MACE-Risiko (major adverse cardiac event) war bei symptomatischen Patienten mit normalen Koronararterien im Vergleich zu asymptomatischen Kontrollen unabhängig vom Geschlecht um das 1,52-Fache erhöht.⁵

Vasospastische Angina pectoris

Eine vasospastische Angina tritt in Ruhe, gehäuft nachts und frühmorgens, oft bei jungen Patienten ohne klassische Risikofaktoren auf. Transiente ST-Streckenveränderungen während einer Schmerzattacke (in der Regel in Ruhe) sind oft selbstlimitierend.⁶

Therapie

Antianginosa als Dauertherapie

In der randomisierten CorMiCa-Studie konnte gezeigt werden, dass eine nach CFR/Acetylcholintestung eingeleitete spezifische Therapie die Anginasymptomatik signifikant reduziert.⁷ Für eine symptomatische medikamentöse Dauertherapie sind Antianginosa mit verschiedenen Wirkansätzen verfügbar. Als Medikation werden Kalziumantagonisten (CCBs) und/oder Nitrate und Ranolazin empfohlen.⁸ Ranolazin ist gut verträglich und hämodynamisch neutral, wenngleich der Wirkmechanismus noch nicht vollständig geklärt ist.

Risikofaktoren aktiv angehen

Beide Erkrankungen, die Mikroangiopathie ebenso wie die koronare Herzkrankheit als

Wann sportlich aktiv werden?¹⁰

- Patienten mit einem niedrigen oder moderaten Risiko können sportliche Freizeitaktivitäten beginnen ohne sich vorher einer kardialen Untersuchung zu unterziehen.
- Patienten mit hohem oder sehr hohem kardiovaskulären Risiko und Ältere über 60 Jahre sollten sich vor Aufnahme eines sportlichen Trainings klinisch einem maximalen Belastungstest unterziehen.
- Bei Patienten mit sehr hohem Risiko (Score > 10 %, Familienvorgeschichte oder familiäre Hypercholesterinämie), die eine intensive oder hochintensive Belastung planen, wird empfohlen eine zusätzliche Ischämietestung vorzunehmen.

Welcher Sport ist zu empfehlen?⁹

- Empfohlen werden Sportarten mit regelmäßiger, aerober Belastung: Schwimmen, Walken, Laufen, Nordic-Walking, Fahrradfahren oder Ergometertraining.
- Beliebt sind auch Golfen und Freizeit-Tennispielen.
- Rhythmische Sportarten wie Gymnastik, Yoga, Pilates und Tanz werden als positiv bewertet.
- Wassergymnastik ist eine effektive Sportart bei Begleiterkrankungen.



Getty Images/Stockphoto



KeyPoints: Therapieziele: verbesserte Lebensqualität und höhere Lebenserwartung

- Im Praxisalltag sind kardiovaskuläre Erkrankungen noch immer „Männerdomäne“. Das geringere Bewusstsein für das chronische Koronarsyndrom bei Frauen spielt eine wichtige Rolle in der geschlechterspezifischen Primär- und Sekundärprävention.
- Das Wissen um Unterschiede in Symptomatik, Diagnostik und Behandlung ist wichtig, um kardiovaskuläre Erkrankungen frühzeitig zu identifizieren und adäquat zu therapieren. Damit kann gerade der Hausarzt einen wesentlichen Beitrag leisten, um die Versorgung der Patientinnen mit chronischer KHK zu verbessern.
- In Zukunft bedarf es weiterer Thematisierung geschlechterspezifischer Aspekte in nationalen und internationalen Leitlinien. Die in klinischen Studien gewonnenen Daten sollten geschlechterstratifiziert analysiert werden, auch wenn Männer in klinischen Studien zu kardiovaskulären Erkrankungen weiterhin überrepräsentiert sind.



Getty Images/Stockphoto

Manifestation der Atherosklerose an den Koronararterien, werden von den klassischen Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Rauchen, Diabetes mellitus und Hypercholesterinämie negativ beeinflusst. Aufgrund des unterschätzten Risikos sind Frauen weniger offen für Präventivmaßnahmen bezogen auf die drei Parameter Bewegung, Nikotinverzicht und Ernährung. Frauen fällt es schwerer mit dem Rauchen aufzuhören. Dafür ernähren sich häufig gesünder als Männer. Nach der Menopause ist aber eine Gewichtsnormalisierung trotz Lifestyle-Änderungen oft nur schwer zu erreichen.

Frauen treiben weniger Sport. Bereits eine geringe körperliche Aktivität wirkt sich vorteilhaft auf die langfristige Prognose aus. Zusätzlich wird durch eine Trainingsintervention schon bald die symptomfreie körperliche Belastbarkeit verbessert. Eine verbesserte endothelabhängige Vasodilatation koronarer Leitungs- und Widerstandsgefäße ist nach wenigen Wochen eines regelmäßigen körperlichen Trainings bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit nachweisbar.⁹

Prävention durch körperliche Aktivität

Im Alltag ist es aber so, dass 65 % aller Frauen weniger als 2,5 Stunden pro Woche körperlich aktiv sind – sie erfüllen also nicht die Aktivitätsempfehlungen der WHO. Angeraten wird wöchentlich mindestens 150 Minuten modera-

Online

Die vollständige Literaturliste finden Sie unter www.allgemeinarzt-digital.de



Autorin

Dr. med. Susanne Berrisch-Rahmel

Ärztin für Innere Medizin und Kardiologie, Sportmedizin, Präventivmedizin DGPR
Zusatzqualifikation Sportkardiologie DGK
Gendermedizinerin DGesGM
KardioPro
Praxis für Kardiologie/Innere Medizin
Sportmedizin und Sportkardiologie
Düsseldorf

INTERESSENKONFLIKT:
Die Autorin hat keine deklariert.

te Bewegung oder 75 Minuten anstrengendes Training oder eine Kombination aus beiden. Optimal ist es diesen Umfang zu verdoppeln. Ergänzend soll an zwei Tagen pro Woche ein Muskel-Kraft-Training ausgeführt werden. Eine ausreichende körperliche Aktivität (und der dadurch erzielte Energieverbrauch) spielen auch eine Schlüsselrolle in der Prävention von Übergewicht und Adipositas.

Die aktuelle ESC-Leitlinie „Sportkardiologie und körperliche Aktivität bei Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen“ weist im Kapitel „Sex differences“ auf die Notwendigkeit der gendermedizinischen Aspekte in der Sportberatung von Gesunden, Patienten mit Risikofaktoren und kardial Erkrankten hin.¹⁰ Bei der Trainingsgestaltung sollten frauenspezifische leistungsphysiologische, metabolische und hormonelle Unterschiede berücksichtigt werden, besonders beim Festlegen von Umfang, Intensität und Periodisierung des Trainings. Das Training sollte regelmäßig zwei- bis dreimal pro Woche stattfinden. Es sollte zu Beginn nicht als anstrengend empfunden werden (Borg-Skala 10–12) und kann auf moderates Leistungsniveau gesteigert werden.

Die Trainingsempfehlungen sollten individualisiert und an den Zielen, Wünschen, Bedürfnissen sowie Präferenzen der Frauen orientiert sein, die oft anders sind als die der Männer. ♦