

KADIN KALBİNDE KIRMIZI ALARM SONUÇ RAPORLARI

Avrupa Kalp Sağlığı Stratejisi, Avrupa Kalp Sağlığı Projesi, Modül 6,

Kadınlar ve Kalp Damar Hastalıkları ESC-EHN Proje Ekibi

Bilimsel uzmanlık örgütleri için özet rapor ve öneriler

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH) ve cinsiyetle ilişkili “kırmızı alarm” niteliğinde bazı sorunlar vardır. Aşağıda “Kadın kalbi için kırmızı alarm” raporunun en önemli bulguları özellikle de genel toplumun veya sağlık çalışanlarının farkındalığını artırmayı isteyen dernek veya kuruluşlara yönelik olarak sunulmuştur.¹

Kadınlarda bilimsel araştırmalar

- Klinik kardiyovasküler çalışmalara dahil edilen kadınların sayısında ve oranında artış olmasına rağmen, kadınlar hala başta kolesterol-düşürücü tedavi, iskemik kalp hastalığı ve kalp yetersizliği alanları olmak üzere çalışmalarda yetersiz oranda temsil edilmektedirler. Bu durum çalışmaların altgrup analizlerinin güvenilirliğini de etkilemektedir.
- Çalışmaların %50'sinde sonuçlar cinsiyete göre değerlendirilerek sunulmamasına rağmen, kardiyovasküler hastalıklar üzerine yapılan klinik çalışmalar ve meta-analizler, erkeklerle karşılaştırıldığında tedavilerin yararlarının kadınlarda daha az olduğunu göstermemiştir. Hatta bazı tedavilerin kadınlarda erkeklere göre daha etkili oldukları ileri sürülmüştür; örneğin kalp yetersizliğinde resenkronizasyon tedavisinde veya iskemik inme sonrası trombolitik tedavi uygulamalarında olduğu gibi.

Kadınlarda kardiyovasküler risk

- Osteoporoz ve kanserler birlikte değerlendirildiğinde bile dünyanın çoğunda kardiyovasküler hastalıklar, kadınlardaki en sık morbidite ve mortalite nedenidir.²
- Kardiyovasküler risk faktörlerinin tanımlanması ve kontrolü, koruyucu strateji geliştirmenin esasını teşkil etmektedir. Ancak, maalesef kadınlar, erkeklere göre kendi risk faktörlerini daha az fark etmekte ve tarama programlarına daha az katılmaktadırlar.

Sigara alışkanlığı

- Sigara içen kadınlarda kardiyovasküler hastalıklara bağlı mortalite, diğer risk faktörlerine göre ayarlama yapıldıktan sonra bile sigara içen erkeklere göre daha yüksektir. Ayrıca, kadınların nikotini erkeklere oranla daha hızlı metabolize ettikleri gösterilmiştir, özellikle de oral kontraseptif kullanımında daha belirgin olmak üzere. Sigara ve oral kontraseptifler, kardiyovasküler hastalık riski üzerine sinerjik etki gösterirler.

Hipertansiyon

- Çalışmalar, kadın ve erkekler arasında anlamlı fark göstermemiştir (gebelik dönemi hariç, aşağıda ilgili bölüme bakınız).

Diyabet ve metabolik sendrom

- Diyabetik kadınlarda, menopozal durumdan bağımsız olarak, koroner arter hastalığı gelişme riski 4-6 kat artmıştır. Diyabetik erkeklerde ise bu risk artışı 2-3 kattır.
- Diyabetik kadınlarda, diyabetik erkeklere göre miyokart enfarktüsü sonrası prognoz daha kötüdür ve kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölüm riski daha yüksektir.
- Metabolik sendrom prevalansı her iki cinsiyette de artmaktadır. Bu artış, özellikle genç kadınlarda daha belirgindir ve esas olarak obeziteden kaynaklanmaktadır.

Kolesterol

- “Avrupa Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma” kılavuzu, koroner veya serebrovasküler olay geçirmiş kadın ve erkeklerle primer korunmada LDL-kolesterol düzeyi yüksek olan veya kardiyovasküler hastalık riski

¹ Daha ayrıntılı bilgi için bakınız 'Red Alert for Women's Hearts - Women and cardiovascular research in Europe', Marco Stramba Badiale, November 2009

² Daha ayrıntılı bilgi için bakınız "Women's health and Menopause : a comprehensive approach" NIH publication no 02-3284 July 2002

yüksek olan (örn: diyabetik) kadın ve erkeklere statin kullanımını önermektedir.

Aspirin

- Sekonder korunmada Aspirin: aspirin, hemorajik inmede anlamlı olmayan bir artışla birlikte, koroner olaylarda ve toplam inme gelişiminde azalmaya yol açar. Bu etkiler hem erkek hem de kadınlarda benzerdir ve tüm kılavuzlar iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler hastalığı veya periferik arter hastalığı olanlarda aspirin kullanımını önermektedir.
- Asemptomatik bireylerin primer korunmasında aspirin açısından daha fazla araştırmaya gereksinim vardır.

İskemik kalp hastalığı

- Koroner kalp hastalığı, kadınlarda erkeklere göre daha ileri yaş döneminde geliştiği için kalp krizi semptomları diğer hastalıklar tarafından maskelenebilir. Üstelik, kadınlarda sessiz iskemi ve fark edilmemiş miyokart enfarktüsü prevalansı erkeklerden daha fazladır.
- Bazı tanısal test ve girişimlerin kadınlarda yetersiz kalabileceği gösterilmiştir. Hekimler bu testleri kullanmaktan kaçınabilir ve bazı kadınlarda koroner kalp hastalığının fark edilmemesine ve tanıda gecikme ile daha ciddi sonuçlara neden olabilirler.
- İskemiye düşündürülen klinik bulguları olan kadınlarda anjiyografide tıkaçıcı koroner arter hastalığı saptanmaması sık karşılaşılan bir sorundur ve bu kadınlarda asemptomatik kadınlara oranla kardiyovasküler olay riski artmıştır.
- Kadınlarda invaziv olmayan tanısal testler daha az uygulanmakta ve koroner anjiyografi daha az önerilmektedir.
- Koroner hastalığı saptanmış bile olsa, kadınlarda antitrombosit tedavi ve statinler hem ilk değerlendirmede hem de 1. yıl sonunda erkeklere göre anlamlı olarak daha az kullanılmaktadır.
- Koroner hastalığı saptanmış kadınlarda, benzer özellikleri olan erkeklere göre daha az oranda revaskülarizasyon uygulanmaktadır. Bu kadınlarda yaş, anormal ventrikül işlevi, koroner hastalık ciddiyeti veya diyabet varlığı gibi çoklu değişkenlere göre ayarlama yapıldıktan sonra bile 1 yıllık izlemde erkeklere göre 2 kat daha fazla ölüm ve ölümcül olmayan miyokart enfarktüsü görülebilmektedir.

Koroner revaskülarizasyon

- Perkütan revaskülarizasyonda başarı oranı kadın ve erkeklerde benzerdir. Aynı şekilde yandaş tedavide kullanılan yeni antitrombotik ajanlar ve daha yaygın olarak kullanılan ilaç kaplı stentlerin restenozu azaltıcı etkileri de kadınlarda erkeklerde benzerdir.
- GP IIb/IIIa inhibitörleri, kadınlarda erkeklere göre daha az reçetelenmektedir ve muhtelif çalışmalarda özellikle düşük riskli kadınlarda olmak üzere daha fazla yan etki bildirilmiştir. Aslında, GP IIb/IIIa inhibitörü kullansın veya kullanmasın kadınlarda kanama erkeklerden daha sık olmaktadır. Kadınlarda sıklıkla ilaç dozu fazla geldiğinden, cinsiyete bağlı kanama farkının dörtte birinin önlenilebilir olduğu düşünülebilir.

Kalp yetersizliği

- Kalp yetersizliği, genç yaşlarda erkeklerde daha sık görülürken, 75 yaştan sonra durum tam tersine döner. İleri yaşta, özellikle normal sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetersizliği kadınlarda daha sık gelişmektedir. Artan yaşam beklentisi ile, ki kadınlarda bu beklenti erkeklere göre daha fazladır, gelecekte kalp yetersizliği olan yaşlı kadın oranının artacağı tahmin edilmektedir.
- Yaş ve önemli klinik özelliklerine uyarlama yapıldıktan sonra bile kalp yetersizliği olan kadınlarda tanıya yönelik incelemeler daha az yapılmakta ve kanıta dayalı tedavi yöntemleri daha az uygulanmaktadır.

Gebelik

- Gestasyonel hipertansiyon öyküsü olan kadınlar, ileri yaşamları için artmış kardiyovasküler hastalık riski taşırlar.
- Gestasyonel diyabeti olan kadınlarda, gebeliğinde normoglisemik olanlara göre artmış tip 2 diyabet gelişme riski vardır.
- Avrupa Kardiyoloji Derneğinin 2008 “Akut ve kronik kalp yetersizliği tanı ve tedavi” kılavuzunda gebelik için öneriler yer almaktadır. Buna göre, gebelikte kan hacmi ve kalp debisinin artmasıyla beraber ekstrasvasküler sıvıda belirgin artış olması kalp yetersizliğinin kötüleşmesine yol açabilir. Üstelik, kalp yetersizliği tedavisinde kullanılan ilaçların çoğu gebelikte kontrendikedir.

Atriyal fibrilasyon

- Atriyal Fibrilasyon, uzun dönemde özellikle kadınlarda artmış inme, kalp yetersizliği ve tüm nedenlere bağlı mortalite riski ile ilişkilidir. Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin "2006 Atriyal Fibrilasyon" kılavuzunda cinsiyet farklarına değinilmiştir. Özellikle 75 yaş üstünde kadın cinsiyeti, inme için ek risk faktörü olarak tanımlanmıştır ve tromboembolizmin önlenmesi için aspirin veya K vitamini antagonistisiyle antitrombotik tedavi önerilmiştir. Kılavuzda, kadın cinsiyet, aynı zamanda sık paroksizmal atriyal fibrilasyon nüksü ve ilaca bağlı ventriküler aritmi gelişimi için de risk faktörü olarak yer almaktadır.

İnme

- İnmelerin yaklaşık %20'si geleneksel risk faktörlerinin varlığı ile açıklanamamaktadır ve genetik faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir. İskemik inmede kalıtsal geçiş kadınlarda geleneksel vasküler risk faktörlerinden bağımsız olarak erkek soya göre daha fazladır.
- İnmenin klinik prezantasyon ve seyirinde, cinsiyet farklılıkları gösterilmiştir. Kadınlar inmenin akut döneminde ve inmeyi izleyen 3-6 ayda anlamlı olarak daha fazla oranda sekellidirler ve 3,5 kat daha fazla rehabilitasyon veya bakım evlerine yerleştirilmektedirler. Bu sonuçlar, inme insidansı, yaşam boyu inme riski, ilk inmedeki yaş, inme sonrası sekel ve kısıtlılık gelişiminde cinsiyet farklılıklarının varlığını desteklemektedir.
- Akut inme sonrası klinik yaklaşımda da cinsiyet farklılıkları söz konusudur. Yedi avrupa ülkesinde yürütülen çok merkezli bir çalışmada, akut serebrovasküler olay sonrasında beyin görüntülenmesi, Doppler incelemesi, ekokardiyografi ve anjiyografinin kadınlarda erkeklere göre anlamlı derecede daha az uygulandığı görülmüştür. Ayrıca, inmeden ikincil korunmada özellikle ileri yaşta belirgin olmak üzere kadınlara lipit düşürücü tedavi ve antitrombotik uygulamasının daha az oranda olduğu belirlenmiştir.

İskemik inmede trombolitik tedavi

- Trombolitik tedavi, sadece akut iskemik inmeye müdahalede onaylanmıştır. Bir meta-analizde bu tedaviden kadınların erkeklerden daha fazla yarar gördükleri gösterilmiştir. Trombolitik tedavinin daha fazla yararına rağmen, akut iskemik inmede trombolitik tedavi almayan kadın oranı erkeklerden fazladır.

- İnme sonrası trombolitik tedavi, semptomların başlangıcından itibaren ilk 3 - 4,5 saatte uygulanmalıdır, aksi halde bu süreden sonra kanama riski tedavinin yararından daha ağır basmaktadır. Bu erken dönemde hastaneye ulaşan kadın oranı, erkeklerden azdır ve bu gözlem kadınlara neden daha az trombolitik tedavi uygulandığını kısmi de olsa ortaya koymaktadır.

Öneriler

Farkındalık ve korunma

- Kardiyovasküler hastalıkların kadınlarda başlıca ölüm nedeni olduğu konusunda farkındalığı artırmaya, eğitim ve korunmaya yönelik girişimler desteklenmelidir.
- Bilimsel toplantı ve konferanslarda kadın ve KVH ile kadınlarda KVH'taki klinik gidişi gösteren araştırmaların sunulması için olanak sağlanmalıdır.

Tedavi ve rehabilitasyon

- Kadınlarda kardiyovasküler hastalıkların risk faktörleri, prezentasyonu, tedavisi ve rehabilitasyonu konusundaki bilgileri geliştirmeye yönelik girişimler desteklenmelidir.
- Bilimsel kılavuzlar, sistematik olarak cinsiyet farklarını ortaya koymalıdır; fark olmadığı durumda ise okuyucuyu cinsiyet farklılığı olmadığı konusunda bilgilendirmelidir.

Kadınlara özgü araştırmalar

- Kardiyoloji dernekleri ve kalp vakıfları, kardiyovasküler alanda cinsiyet farklarını araştıran bilimsel çalışmaları ve kadınların daha fazla temsil edildikleri klinik çalışmaları desteklemek üzere Avrupa enstitüleri, ulusal sağlık hizmeti yetkilileri ve mevzuatın temsilcileri ile işbirliği yapmalıdır.

Cinsiyete özgü araştırmalar

- Cinsiyet farklılıkları konusunda multidisipliner çalışmalarla desteklenecek farkındalık artışı gereklidir.

Risk faktörlerinin kontrolü

- Her iki cinsiyette de daha etkin yaşam tarzı değişikliği sağlayacak girişimlere gereksinim vardır.
- Genç kadınlarda sigaraya başlamanın engellenmesi ve de sigaranın bırakılmasının desteklenmesi için özel çaba harcanması gereklidir.
- Özellikle menopoz sonrası yaşam tarzı, beslenme, egzersiz ve kardiyovasküler hastalık gelişimi arasındaki karşıt etkileşimlerin daha iyi anlaşılması gerekmektedir.

Diyabet

- Farklı alanlarda uzmanlaşmış hekimler, yaygın olarak diyabetik kadınlara özgü sorunlar hakkında bilgilendirilmelidirler.

İskemik kalp hastalığı, inme, kalp yetersizliği, atriyal fibrilasyon

- KVH'lar kadınlardaki bir numaralı ölüm nedenidir; inme riski ise 75 yaşından sonra belirgin şekilde artmaktadır. Yaşam beklentisinin artmasıyla birlikte - ki bu artış kadınlarda erkeklere göre daha fazladır, kalp yetersizliği olan kadın hasta oranının gelecekte artması beklenmektedir.
- Sağlık planlayıcıları, yeterli teşviki sağlamak için bu demografik farklılıkların farkında olmalıdırlar.

Gebelik

- Gebeliği döneminde hipertansiyonu olan kadınlar, ileri yaşamlarında hipertansiyon gelişme olasılığına karşı sıkı izlem altında tutulmalıdırlar.
- Gestasyonel diyabet sonrasında tip II diyabet gelişiminin sıklığı ve zamanlaması konusunda hasta ve hekimlerin farkındalığının artırılması gereklidir. Bu sayede bu

kadınlara inceleme yapılarak diyet, yaşam tarzı ve farmakolojik girişimlerin erken uygulanmasıyla tip II diyabet gelişimi önenebilir veya geciktirilebilir.

- Kalp yetersizliği ve diğer KVH'ı olan kadınlar, planlanmış bir gebeliğin taşıdığı potansiyel riskler hakkında tartışmak ve kontraseptif kullanımı konusunda bilgilendirilmek üzere hekimleriyle iletişime yönlendirilmelidir.

KVH'lara klinik yaklaşım

- Araştırmalar, KVH olan kadınların yetersiz tedavi edildiklerini göstermiştir. Kadınlarda ilaç dozlarının sıklıkla yüksek kaldığı ve de kadınların uygun tedaviye başlanmak üzere hastaneye zamanında ulaşma oranlarının erkeklere göre daha az oranda olduğu ortaya konmuştur.
- Kardiyovasküler olay sonrasında tedaviden eşit faydalanılmasına engel olan faktörler mutlaka belirlenmelidir.
- Genel olarak uzmanlık eğitiminde cinsiyete özgü faktörler sistematik olarak işlenmelidir (özellikle kardiyologların eğitiminde).