

Hoogleraar Angela Maas zet feminiene cardiologie op de kaart

‘Hartklachten vrouwen apart definiëren’

Henk Maassen

beeld: UMC St Radboud

Toen ze wilde promoveren op de rol van oestrogenen bij het ontstaan van cardiovasculaire ziekten, kreeg ze van de professoren nul op het rekest. Nu is Angela Maas zelf hoogleraar en twijfelen weinigen nog aan het nut van cardiologie voor vrouwen.

Vrouwen zijn anders dan mannen, ook als het om hartziekten gaat. Zo krijgen ze gemiddeld op latere leeftijd een hartinfarct, maar sterven ze er vaker aan, vertelt prof. Angela Maas, sinds mei 2012 hoogleraar cardiologie voor vrouwen aan het UMC St Radboud Nijmegen. Vorige week gaf ze in haar oratie een overzicht van de stand van zaken in haar vakgebied. Ze haalde onder meer Frans onderzoek aan, waaruit blijkt dat de afgelopen vijftien jaar het risico op een hartinfarct bij vrouwen onder de 60 is verdubbeld en bij vrouwen onder de 50 zelfs verdrievoudigd. Maas: ‘Vooraf overgewicht en roken zijn daar debet aan.’

Vrouwen en hartziekten hadden van meet af aan Maas’ belangstelling. Ze is nog bij diverse hoogleraren langs geweest op zoek naar een promotieonderwerp over oestrogenen en hun rol bij het ontstaan van cardiovasculaire ziekten bij vrouwen. ‘Het werd een teleurstellende missie want de teneur was overal

hetzelfde: we moesten het probleem niet groter maken dan het was, over de hormonen gingen de gynaecologen en vrouwen maakten het artsen erg lastig met hun vele en moeilijk te begrijpen klachten.’

Aanvankelijk werd gedacht dat oestrogene hormonen een beschermende werking hadden. Nu weten we dat ze na de menopauze niet langer beschermen tegen hart- en vaatziekten, dus

dat het ook niet verstandig is ze dan op recept te geven. ‘De stofwisseling van de vaatwand verandert met de leeftijd en hormonen die gunstig zijn voor een jonge vaatwand blijken later ontstekingsreacties te kunnen bevorderen en atherosclerose te kunnen verergeren.’

Diagnose gemist

Een van de zaken waar Maas aandacht voor vraagt, is dat de diagnose hartinfarct bij vrouwen vaker wordt gemist dan bij mannen. ‘Dat komt mede doordat vrouwen zelf hun klachten niet herkennen of daar een andere interpretatie aan geven’, vertelt Maas. En de klachten zijn soms ook anders. ‘Vrouwen hebben ook wel pijn op de borst, maar ervaren dat vaak als een gevoel van benauwdheid en het gaat gepaard met misselijkheid en overgeven.’

Het is, vindt Maas, hoog tijd om te komen tot een herdefiniëring van de symptomen van stabiele en instabiele angina pectoris en deze in te delen in een ‘masculien’ en ‘feminien’ klachtenpatroon. Ze legt uit: ‘Bij de meeste hartinfarcten is er sprake van een zogeheten type-1-infarct waarbij een plotselinge scheur in een plaque van een coronairarterie ontstaat, waardoor de bloedstolling wordt geactiveerd en het bloedvat geheel of gedeeltelijk wordt afgesloten. Vrouwen hebben in alle levensfasen minder ernstige vernauwingen in de kransslagaderen en ook de samenstelling van de atherosclerotische plaques in de vaatwand laat verschillen zien met mannen. Bij type-2-infarcten spelen spasmen of verkrampingen een belangrijke rol.

‘Veel cardiologen voelen zich bij de neus genomen door vrouwen’



Angela Maas: 'Hartklachten bij vrouwen worden vaak ten onrechte toegeschreven aan de overgang of stress. Vrouwen voelen zich onbegrepen.'

Dat zien we relatief vaker bij vrouwen.' Vrouwen, zo stelt Maas vast, hebben vaker een hartinfarct bij een open coronairarterie. 'Ten onrechte worden deze kransvaten bij hen vaak als normaal bestempeld, terwijl er langs de wand van de vaten wel degelijk plaques te vinden zijn.'

Onbegrepen

Bijna 80 procent van de vrouwen met hartklachten onder de 60 jaar heeft vooral functionele coronaire afwijkingen. Hartkatheterisatie – de gouden standaard voor het vaststellen van vernauwingen in de kransslagaderen – schiet tekort in de diagnostiek van deze afwijkingen. Maas geeft als voorbeeld microvasculaire angina pectoris. 'De bijbehorende klachten, zoals pijn op de borst en kortademigheid, ontstaan door een verhoogde wandspanning en structurele veranderingen in de talloze microscopisch kleine vaatjes die overal in de hartspier liggen en een belangrijke rol spelen in de doorstroming van de individuele hartspiercellen. Dat wordt getriggerd door de bekende risicofactoren en vasoactieve eiwitten die vanuit de wand van de bloedvaten naar perifeer stromen. Met de huidige beeldvormende technieken kunnen we dit onvoldoende zichtbaar maken. Ook ontbreekt het ons aan effectieve medicatie om dit syndroom goed te behandelen. Omdat deze vasculaire disfunctie nog slecht zichtbaar is te maken, worden

klachten vaak ten onrechte toegeschreven aan de overgang of aan stress. Vrouwen voelen zich onbegrepen.'

En, voegt ze daaraan toe, cardiologen voelen zich nogal eens bij de neus genomen door vrouwen. Ze kunnen immers niets vinden. Dat veel 'gynaecardiologische' kennis zijn weg naar de praktijk nog niet heeft gevonden, wijt ze aan de cardiologische beroeps cultuur. Maas: 'Cardiologen zijn doeners: ze zijn gespitst op het plaatsen van pacemakers en kunstkleppen en op dotteren. Juist bij vrouwen onder de 60 jaar is dat meestal niet aan de orde.'

Inmiddels zijn er in de VS instrumenten in ontwikkeling waarmee de typisch vrouwelijke afwijkingen wel in beeld zijn te brengen. Maas: 'Het gaat om een combinatie van myocardscans met nieuwe radioactieve tracers. Die kunnen we op termijn inzetten om de problemen in de kleine bloedvaatjes zichtbaar te maken. Er komt ook een nieuw type katheter, dat bloedstroomveranderingen in de kleine vaten verfijnder en betrouwbaarder kan registreren. Maar er zijn ook niet-invasieve meetinstrumenten in ontwikkeling. Zo weten we dat bij risicopatiënten problemen met de kleine vaatjes zich waarschijnlijk als eerste uiten in verminderde zuurstofopname in de longen. We zijn al bezig protocollen te maken voor deze nieuwe methodieken en zoeken samenwerking met andere specialismen.'

Zwangerschap

Vrouwen hebben, zegt Maas, een aantal unieke momenten in hun leven waarin ze een signaal afgeven dat ze een hoog risico hebben. Zo is een zwangerschap te beschouwen als een stress-test voor het vaatstelsel en de 'uitkomst' kan een vroeg signaal zijn voor een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. De huidige risicomodellen voor preventie houden hier nog geen rekening mee, maar er is verandering op til: 'In preventierichtlijnen staat nu eindelijk dat ernstige hoge bloeddruk of een HELLP-syndroom in de zwangerschap een risicofactor is.'

En er is nog een veronachtzaamde risicogroep: dragers van een erfelijk risico op eierstok- of borstkanker. Maas: 'Zij worden vaak op jonge leeftijd geopereerd en we bezorgen ze dus al heel vroeg in hun leven een kunstmatige overgang. Ze krijgen geen kanker, maar lopen wel een hoog risico op hart- en vaatziekten. Alleen in mijn ziekenhuis zijn dat er zeker tachtig per jaar. Wie kijkt naar deze groep? Cardiologen niet. Ik zit daarom ook met gynaecologen rond de tafel.'

