

Sehr geehrte, liebe Frau Kollegin, sehr geehrter, lieber Herr Kollege,

Frauen mit KHK werden untertherapiert. Das wissen wir schon lange. Es geht schon bei der Diagnostik los (Stichworte: Übelkeit statt AP, „dran denken“) und es hört bei der Sekundärprophylaxe nach STEMI nicht auf. Frauen bekommen weniger oft eine leitlinien-gerechte Therapie, ihre 90-Tage-Mortalität ist höher und ihr Gesamtüberleben ist geringer. Doch die Sensibilität für dieses bislang sträflich vernachlässigte Problem wächst. Auf dem Weg zu einer geschlechtersensiblen personalisierten Pharmakotherapie gibt es überraschend viele neue Ansätze und Daten.

Herzliche kollegiale Grüße aus der medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT
Ihr Christian Herdeg

DAS SPANNENDE THEMA

BRAUCHEN FRAUEN EINE ANDERE THERAPIE DER KHK ALS MÄNNER?

HINTERGRUND

Ein Grund für die medikamentöse Untertherapie von Frauen ist die Furcht vor Nebenwirkungen. Tatsächlich treten unerwünschte Nebenwirkungen bei Frauen häufiger auf. Ein Grund hierfür sind die hormonellen Phasen der Frau (prä- und postmenstruell, prä- und postmenopausal, Verhütung, Schwangerschaft, Hormontherapie). Hier besteht noch großer Forschungsbedarf. Klar ist in jedem Fall, dass es pharmakologische Unterschiede zwischen Männern und Frauen gibt, und dass hier auch hormonelle Einflüsse eine wichtige Rolle spielen.

Einige Stichworte in diesem Zusammenhang sind:

- » Bioverfügbarkeit, Verteilungsvolumina der lipophilen und hydrophilen Substanzen
- » Altersabhängige Fett- und Wasserverteilung in der Körperzusammensetzung
- » Unterschiedliche Aktivierung und Inaktivierung der Substanzen, auch durch hormonelle Effekte
- » Unterschiede in der renalen Elimination (Frauen haben ein 15–20% langsamere Ausscheidung über die Nieren)

KONKRETE BEISPIELE

Betablocker sollten nach der Cytochrom-P-Stoffwechselaktivität eingeteilt werden. Männer haben eine höhere Aktivität des CYP2D6-Isoenzym des Cytochrom P450 als Frauen. Vorsicht also bei Metoprolol. Besser sind CYP2D6-unabhängige Betablocker wie Bisoprolol oder Atenolol.

Bei den ACE-Hemmern gibt es sogar einen echten Geschlechterdimorphismus, da die Gene für ACE2 und den AT2-Rezeptor auf dem X-Chromosom liegen. Dies ist auch der Grund, warum ACE-Hemmer bei Frauen mehr typische Nebenwirkungen – wie bspw. den ACE-Hemmer-Husten – auslösen. Empfohlen werden deshalb eher Angiotensin-II-Typ-1-Rezeptor-Antagonisten.

KOMMENTAR

Männer und Frauen sind unterschiedlich. (Um mit dieser Aussage niemanden zu traumatisieren, möchte ich betonen, dass ich mich damit auf das biologische Geschlecht und nicht das soziale Gender beziehe). Geschlechtsspezifische Aspekte wurden bislang viel zu wenig berücksichtigt, zum Beispiel in der Analyse klinischer Studien. Gerade das Beispiel KHK zeigt, wie gravierend die Folgen davon sind. Ein Herzinfarkt wird bei Frauen seltener diagnostiziert, seltener behandelt und seltener richtig behandelt. Als Folge davon ist die Mortalität höher und das Gesamtüberleben kürzer. Das ist unstrittig und messbar. Die hier nur kurz angerissenen Punkte zeigen aber, dass die Sensibilität für das Thema nun zumindest rasch wächst.



Prof. Dr. med. Christian Herdeg
Chefarzt der Klinik für Innere Medizin,
Herz- und Kreislauferkrankungen

TELEFON 0711 / 4488-11450
FAX 0711 / 4488-11459
E-MAIL c.herdeg@medius-kliniken.de

medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT
AKADEMISCHES LEHRKRANKENHAUS
DER UNIVERSITÄT TÜBINGEN
Hedelfinger Straße 166
73760 Ostfildern

