

Red Alert for Women's Heart

Compendio

LE DONNE E LA RICERCA CARDIOVASCOLARE

Molti sono gli "allarmi rossi" legati al genere e alle malattie cardiovascolari. Di seguito sono descritti i risultati più importanti della relazione "Red Alert for Women's Heart", di particolare rilevanza per le organizzazioni che desiderino stimolare la sensibilizzazione, sia nel pubblico in generale che negli operatori sanitari. ¹

La Ricerca Scientifica nelle Donne

- Malgrado il numero e la percentuale di donne arruolate negli studi clinici sulle malattie cardiovascolari siano aumentati, le donne sono ancora sottorappresentate, in particolare nel campo delle terapie per la riduzione del colesterolo, delle ischemie miocardiche e delle insufficienze cardiache, fattore che può aver influito sull'affidabilità dell'analisi dei sottogruppi.
- Gli studi clinici e le metanalisi sulle malattie cardiovascolari non hanno dimostrato che gli interventi sulle donne sono nettamente inferiori per efficacia a quelli sugli uomini sebbene il 50% degli studi non indichi un'analisi dei risultati in base al genere. Alcune terapie sembrano invece suggerire una maggiore efficacia nelle donne rispetto agli uomini come ad esempio la terapia di risincronizzazione cardiaca nelle insufficienze cardiache o nei casi di trombolisi dopo un ictus ischemico.

Rischio cardiovascolare nelle Donne

- Le malattie cardiovascolari sono la principale causa di morbilità e di mortalità nelle donne in gran parte dei paesi del mondo, più dell'osteoporosi e dei tumori messi insieme.²
- L'identificazione e il controllo dei fattori di rischio cardiovascolare rappresenta la base per lo sviluppo di una strategia preventiva. Sfortunatamente, le donne hanno meno probabilità degli uomini di identificare i loro fattori di rischio e di partecipare a programmi di screening.

¹ Per maggiori informazioni consultare la relazione 'Red Alert for Women's Hearts – Women and cardiovascular research in Europe', Marco Stramba Badiale, Novembre 2009

² Per maggiori informazioni consultare "Women's health and Menopause : a comprehensive approach" NIH n° 02-3284 Luglio 2002

Fumo

- La mortalità per malattie cardiovascolari è maggiore nelle donne che fumano rispetto ai fumatori uomini, anche dopo aggiustamento per altri fattori di rischio. E' stato dimostrato che le donne metabolizzano la nicotina più rapidamente degli uomini, soprattutto se assumono contraccettivi orali. Il fumo e i contraccettivi orali agiscono in maniera sinergica sul rischio di malattie cardiovascolari.

Ipertensione

- Gli studi non mostrano differenze significative tra uomini e donne (ad eccezione della gravidanza come di seguito indicato)

Diabete e Sindrome Metabolica

- Nelle donne affette da diabete, indipendentemente dalla menopausa, il rischio di sviluppare cardiopatie coronariche aumenta di 4-6 volte mentre negli uomini con diabete il rischio aumenta di 2-3 volte.
- Le donne con diabete registrano un maggior numero di prognosi infauste dopo un infarto del miocardio e un maggior rischio di morte per malattie cardiovascolari rispetto agli uomini affetti da diabete.
- La prevalenza della sindrome metabolica è in aumento in entrambi i sessi ma soprattutto nelle giovani donne, causata principalmente dall'obesità.

Colesterolo

- Le Linee Guida europee per la prevenzione delle malattie cardiovascolari raccomandano l'uso di statine agli uomini e alle donne che abbiano avuto un evento coronarico o cerebrovascolare, così come nella prevenzione primaria negli uomini e nelle donne con livelli elevati di colesterolo LDL o ad alto rischio di malattie cardiovascolari, ad es. il diabete.

Aspirina

- L'aspirina nella prevenzione secondaria: l'aspirina induce una riduzione degli eventi coronarici e degli ictus totali, con un aumento non significativo degli ictus emorragici. Questi effetti sono simili negli uomini e nelle donne e tutte le Linee Guida raccomandano l'uso dell'aspirina nei pazienti colpiti da ischemia miocardica, malattie cerebrovascolari o arteriopatia periferica.

- Per quanto riguarda la prevenzione primaria negli individui asintomatici, sono necessari ulteriori studi.

Ischemia miocardica

- Poiché la coronaropatia si sviluppa nelle donne più tardi che negli uomini, i sintomi di un infarto del miocardio possono essere interpretati come sintomi di altre malattie. Non solo, ma nelle donne si registra una maggiore diffusione di ischemia silente e di infarto miocardico non riconosciuto rispetto agli uomini.
- E' stato dimostrato che alcuni test e procedure diagnostiche possono non risultare accurati nelle donne e che i medici possono giudicare opportuno non utilizzarli mancando di rilevare nelle donne delle coronaropatie che possono portare a più gravi conseguenze a causa della diagnosi ritardata. PROPOSTA in alcuni casi le procedure diagnostiche più invasive sono meno utilizzate nelle donne rispetto agli uomini
- Le donne i cui dati clinici siano indicativi di un'ischemia ma in assenza di coronaropatia ostruttiva nell'angiografia rappresentano un problema clinico frequente e sono a rischio elevato di eventi cardiovascolari rispetto alle pazienti asintomatiche.
- Le donne hanno meno probabilità di essere sottoposte a interventi invasivi e meno probabilità che venga presa in considerazione un'angiografia coronarica.
- Le terapie con antiaggreganti e statine sono molto meno usate nelle donne che negli uomini, sia nella valutazione iniziale che a distanza di 1 anno, anche nelle donne in cui è stata confermata una coronaropatia.
- Le donne con coronaropatia accertata hanno meno probabilità di essere rivascolarizzate rispetto alla loro controparte maschile e il doppio delle probabilità di morire o di subire un infarto miocardico non fatale durante il periodo di follow-up di 1 anno anche dopo vari aggiustamenti per età, funzione ventricolare anormale, coronaropatie gravi e diabete.

Rivascolarizzazione Coronarica

- La percentuale di successi nella rivascolarizzazione percutanea (PCI) è simile in uomini e donne così come gli effetti dei nuovi agenti antitrombotici come terapia concomitante e la riduzione della ristenosi grazie all'ampio utilizzo di stent medicati.
- Rispetto agli uomini, alle donne vengono prescritti meno frequentemente gli inibitori della GP IIb/IIIa; tuttavia, molte sperimentazioni hanno rivelato un maggior numero di eventi avversi nelle donne, soprattutto in quelle a basso rischio. Indubbiamente nelle donne si verificano più emorragie che negli uomini, siano esse trattate o meno con gli inibitori della GP IIb/IIIa. Poiché nelle donne si verificano frequentemente casi di sovradosaggio, possiamo ritenere che fino a un quarto di questa differenza di rischio emorragico legata al sesso possa essere evitato.

Insufficienza Cardiaca

- Un numero maggiore di uomini soffre di insufficienza cardiaca in giovane età ma dopo i 75 anni questa tendenza si inverte perché più donne sono affette da insufficienza cardiaca, in particolare con normale frazione di eiezione. Con l'aumento dell'aspettativa di vita, maggiore nelle donne che negli uomini, si prevede che in futuro il numero di donne di età avanzata con insufficienza cardiaca sia destinato ad aumentare.
- Le donne con insufficienza cardiaca sembra siano meno studiate e trattate con farmaci basati su prove di efficacia, anche dopo aggiustamento per età e per importanti caratteristiche cliniche.

Gravidanza

- Le donne affette da precedente ipertensione gestazionale sono a maggior rischio di malattie cardiovascolari in età più avanzata.
- Le donne con diabete gestazionale avevano un maggior rischio di sviluppare il diabete di tipo 2 rispetto a quelle con gravidanza normoglicemica.
- Le Linee Guida 2008 per la diagnosi e il trattamento delle insufficienze cardiache acute e croniche della Società Europea di Cardiologia forniscono le indicazioni per la gravidanza dichiarando che tale condizione può determinare un deterioramento dell'insufficienza cardiaca a causa dell'aumento del volume sanguigno e della gittata cardiaca nonché un aumento sostanziale del fluido extravascolare. E' importante sottolineare che alcuni farmaci usati per trattare l'insufficienza cardiaca sono controindicati in gravidanza.

Fibrillazione Atriale

- La fibrillazione atriale è associata ad un maggior rischio a lungo termine di ictus, insufficienza cardiaca e mortalità totale, soprattutto nelle donne. Le Linee Guida 2006 della Società Europea di Cardiologia per la gestione dei pazienti affetti da fibrillazione atriale prendono in considerazione la questione del genere. Esse definiscono il genere femminile come un ulteriore fattore di rischio dell'ictus, in particolare le pazienti di oltre 75 anni di età, e consigliano pertanto la terapia antitrombotica o con aspirina o con antagonisti della vitamina K per la prevenzione del tromboembolismo. Le Linee Guida indicano anche il genere femminile come fattore di rischio per la frequente ricomparsa di fibrillazione atriale parossistica e per le aritmie ventricolari indotte da farmaci.

Ictus

- Circa il 20% degli ictus non è spiegabile con la presenza di fattori di rischio tradizionali e si è ipotizzato che possano essere coinvolti dei fattori genetici. L'ereditarietà degli ictus ischemici è maggiore nelle donne rispetto agli uomini, indipendentemente dai tradizionali fattori di rischio vascolari.
- Sono state dimostrate differenze di genere nella manifestazione clinica e nelle conseguenze dell'ictus. Le donne registrano una disabilità di gran lunga maggiore in fase acuta, da 3 a 6 mesi dopo l'ictus e una probabilità di ricovero 3,5 volte superiore. Questi risultati comprovano l'esistenza di differenze di genere nell'incidenza degli ictus, "lifetime risk" di ictus, disabilità post-ictus e percentuali di ricovero.
- E' stata anche dimostrata l'esistenza di differenze di genere nella gestione clinica successiva a un ictus acuto. Uno studio multicentrico condotto in 7 paesi europei ha dimostrato che dopo un evento cerebrovascolare acuto, il brain imaging, gli esami Doppler, l'ecocardiogramma e l'angiografia erano eseguiti meno nelle donne. E' inoltre provato che le donne, specialmente in età avanzata, hanno meno probabilità di ricevere dei farmaci ipolipemizzanti e antitrombotici per la prevenzione secondaria dell'ictus.

Terapia trombolitica per ictus ischemico

- La terapia trombolitica è il solo intervento approvato in caso di ictus ischemico acuto. Una metanalisi ha dimostrato che i vantaggi di questa terapia sono maggiori nelle donne che negli uomini. Tuttavia, malgrado la maggiore efficacia della terapia trombolitica, la percentuale di donne che non riceve una terapia trombolitica dopo un ictus ischemico acuto è maggiore rispetto a quella degli uomini.
- La terapia trombolitica dopo un ictus deve essere somministrata entro le prime 3-4, 5 ore dalla comparsa dei sintomi poiché trascorso questo periodo di tempo il rischio di emorragia supera i benefici della cura. La percentuale di donne che raggiunge l'ospedale entro questo periodo di tempo è inferiore rispetto a quella degli uomini e questa osservazione potrebbe spiegare parzialmente il minor numero di donne sottoposte a terapia trombolitica.

RACCOMANDAZIONI

Consapevolezza e Prevenzione

- E' necessario incoraggiare le iniziative che contribuiscono alla sensibilizzazione, all'informazione e alla prevenzione delle malattie cardiovascolari che sono la principale causa di morte nelle donne.
- E' necessario creare maggiori opportunità per discutere di Donne e Malattie Cardiovascolari e/o di risultati della ricerca su Donne e Malattie Cardiovascolari in meeting scientifici, conferenze, workshop, etc.

Trattamento e Riabilitazione

- E' necessario incoraggiare le iniziative che contribuiscono a migliorare la conoscenza dei fattori di rischio, la presentazione, il trattamento e la riabilitazione relativi alle malattie cardiovascolari nelle donne.
- Le linee guida scientifiche devono trattare sistematicamente la questione delle differenze di genere; laddove non pertinenti, le linee guida devono nondimeno indicarle in modo che i lettori sappiano che sono state prese in considerazione.

Ricerca specifica sulle Donne

- Le Fondazioni per il cuore e le Società di Cardiologia devono lavorare di concerto con le istituzioni europee, le autorità sanitarie nazionali e gli enti di regolamentazione per promuovere la ricerca scientifica sulle differenze di genere nella medicina cardiovascolare e per una maggiore presenza delle donne nelle sperimentazioni cliniche.

Ricerche Specifiche sul Genere

- E' necessaria una maggiore conoscenza delle differenze di genere supportata da studi multidisciplinari.

Controllo dei Fattori di Rischio

- I trend temporali mostrano un'impellente necessità di una gestione più efficace dello stile di vita di entrambi i sessi.
- E' necessario uno sforzo particolare volto a prevenire l'iniziazione al fumo e a favorire la sua cessazione nelle giovani donne.

- E' necessaria una maggiore comprensione delle reciproche influenze dello stile di vita, dell'alimentazione, dell'esercizio fisico e dello sviluppo delle malattie cardiovascolari, in particolare dopo la menopausa.

Diabete

- Gli operatori sanitari delle varie specializzazioni devono essere informati delle specifiche questioni relative alle pazienti diabetiche.

Ischemie miocardiche, Ictus, Insufficienza Cardiaca, Fibrillazione Atriale

- Le malattie cardiovascolari sono la prima causa di morte tra le donne; il rischio di ictus aumenta fortemente dopo i 75 anni. Con l'aumento dell'aspettativa di vita, maggiore nelle donne che negli uomini, si prevede che in futuro il numero di donne di età avanzata con insufficienza cardiaca sia destinato ad aumentare.
- I responsabili delle decisioni e quelli della pianificazione sanitaria devono conoscere gli aspetti demografici per garantire che vengano adottate adeguate disposizioni.

Gravidanza

- Le donne affette da problemi di ipertensione durante la gravidanza devono ricevere un follow-up rigoroso al fine di identificare coloro che potrebbero sviluppare l'ipertensione in età avanzata.
- Deve essere approfondita la conoscenza dell'importanza e della determinazione del rischio di diabete di tipo 2 dopo il diabete gestazionale tra le pazienti e i medici. Ciò darebbe l'opportunità di testare e utilizzare gli interventi relativi al regime dietetico, allo stile di vita e ai farmaci che possono prevenire o ritardare la comparsa del diabete di tipo 2 nelle donne affette da questa patologia.
- Le donne con insufficienza cardiaca e altri tipi di malattie cardiovascolari devono essere incoraggiate a parlare con un medico di contraccettivi e di gravidanza pianificata affinché possano prendere una decisione informata basandosi sulla valutazioni dei rischi potenziali.

Gestione clinica delle malattie cardiovascolari

- La ricerca indica un accesso disuguale ai trattamenti nelle donne affette da malattie cardiovascolari. Essa dimostra che nelle donne si registra frequentemente un eccessivo dosaggio dei farmaci e che le donne più spesso degli uomini non raggiungono l'ospedale in tempo per iniziare il trattamento.



- E' necessario identificare e considerare le barriere al fine di garantire un uguale accesso ai trattamenti negli ospedali dopo un evento cardiovascolare.
- Devono essere prese delle misure al fine di garantire l'inclusione sistematica della specificità dei generi nella formazione degli operatori sanitari in generale e dei cardiologi in particolare.