



**FAKTABLAD för vårdpersonal**

**GENCAD**

**Könsskillnader i kranskärslsjukdom inom  
kranskärslsjukdomar i Europa**



## Könsskillnader i klassiska riskfaktorer

- Kranskärlssjukdomar utvecklas 7-10 år senare hos kvinnor jämfört med män. Sammantaget drabbas fler kvinnor, eftersom de lever längre och sjukdomarna utvecklas är vanligare hos äldre.<sup>1</sup>
- Hypertoni förekommer oftare hos män före 50 års ålder och hos kvinnor efter 50 års ålder. Hypertoni leder till fler fall av stroke och hjärtsvikt hos kvinnor än hos män.<sup>2,3</sup>
- Diabetes ökar risken för kardiovaskulär sjukdom mer hos kvinnor än hos män.<sup>4,5</sup> Kvinnor med diabetes och relaterade riskfaktorer är patienter med hög risk och behöver intensiv behandling.<sup>6</sup>
- Dyslipidemi är en lika stark riskfaktor hos kvinnor som hos män. Lipidsänkningsterapi bör därför användas lika för kvinnor och män.<sup>1</sup>
- Rökning är en relativt större riskfaktor hos yngre kvinnor än hos män och rökning hos kvinnor har minskat mindre än hos män.<sup>7</sup>

- *Ålder*
- *Hypertoni*
- *Diabetes*
- *Rökning*



## Könsskillnader inom icke-klassiska riskfaktorer

- Lågt socioekonomisk status bidrar till könsskillnader inom kardiovaskulär hälsa.<sup>8,9</sup>
- Depression och ihållande psykisk stress förekommer oftare hos kvinnor än hos män och är viktigare som riskfaktorer hos kvinnor.<sup>10,11</sup>
- Autoimmuna och reumatiska sjukdomar är vanligare hos kvinnor och är ofta relaterade till kardiovaskulär sjukdom.<sup>12</sup>
- Preeklampsi är en alltmer erkänd riskfaktor hos kvinnor.<sup>13</sup> Kvinnor som utvecklar preeklampsi har dubbelt så stor risk att utveckla kardiovaskulär sjukdom senare i livet.<sup>14-17</sup>
- Genetiska faktorer är viktiga vid tidig hjärtsjukdom både hos kvinnor och hos män.<sup>18</sup>
- Erektill dysfunktion är förknippat med allmänna metaboliska och kardiovaskulära hälsorisker hos män.<sup>19</sup>
- För tidigt klimakterium, polycystiskt ovariesyndrom, hypogonadism kan medföra ökad kardiovaskulär risk hos kvinnor.<sup>2,13,19,20,21</sup>

- *Socioekonomisk status*
- *Mental stress*
- *Autoimmuna och reumatiska sjukdomar*
- *Preeklampsi*
- *Könshormoner*



## Könsspecifika sjukdomsmekanismer

- Hos män är ateroskleros i de stora kranskärlen den dominerande orsaken till ischemi i kranskärlen I och hjärtinfarkt.<sup>22</sup>
- Medelålders kvinnor har oftare kärlkramp och ischemi i hjärtat i närvaro av normala kranskärl. Termen ischemisk hjärtsjukdom används för denna sjukdomsform.<sup>23-25</sup>
- Funktionsstörningar och spasm i stora kranskärl och i de mindre kärlen i hjärtat eller en ökad press på hjärtmuskeln kan orsaka ischemisk hjärtsjukdom, vilket oftast inträffar hos kvinnor.<sup>23,25,26</sup>

- *Ateroskleros i de stora kranskärlen*
- *Ischemisk hjärtsjukdom*
- *Icke-obstruktiv kranskärlssjukdom*
- *Ischemi med normala kranskärl*
- *Stressinducerad hjärtsjukdom, spasm och dissektioner*

- Stressinducerad hjärtsjukdom, kranskärlsspasm och spontana kransartärdissektioner (långsgående bristningar i väggen) är vanligare vid akuta kranskärlssyndrom hos kvinnor än hos män.<sup>27-30</sup>
- Under graviditeten och alldeles efter bör preeklampsi, peripartumkardiomyopati och kranskärlsdissektion misstänkas om kvinnorna har hjärtbesvär.<sup>29, 31</sup>

## Betydelsen av kön vid primärprevention

- Kvinnor underskattar oftare än män risken för kardiovaskulär sjukdom och kan ibland negligera förebyggande åtgärder.<sup>21</sup> Kvinnor jämfört med män uppnår därför mindre sällan de uppsatta målen att förhindra kranskärlssjukdom.<sup>32-34</sup>
- Träning kan vara en starkare skyddande faktor hos kvinnor, men kvinnor tränar mindre än män.<sup>5,35</sup>
- Att sluta röka är svårare för kvinnor än för män.<sup>7</sup>
- Hälsosam kost är en viktig och outnyttjad förebyggande faktor hos kvinnor och män.<sup>5,21</sup> Män äter i allmänhet mindre hälsosamt än kvinnor.<sup>36</sup>
- Hormonbehandling och selektiva östrogenreceptormodulatorer (SERM) bör inte användas för primär eller sekundär prevention av hjärt- och kärlsjukdom.<sup>21</sup>
- Rutinmässig användning av aspirin hos friska kvinnor under 65 år rekommenderas inte för att förhindra hjärtinfarkt.<sup>37</sup> Emellertid används aspirin i vissa länder men inte i Sverige som primär prevention av hjärtinfarkt hos män.<sup>21,38</sup>

- *Medvetenhet*
- *Motion*
- *Rökning*
- *Kost*
- *Hormonbehandling och SERM*
- *Aspirin*



## Kön i klinisk manifestation och diagnos

- Kvinnor med myokard ischemi och infarkt kan uppvisa fler symptom än män.<sup>29</sup>
- Arbets EKG förändringar kan indikera myokard ischemi. Kvinnor uppvisar dock oftare än män EKG förändringar orsakade av andra faktorer än i.<sup>39, 40</sup>
- Kvinnor har relativt lägre träningstolerans än män och tränings-EKG är mindre känslig för CAD.<sup>39, 40</sup>
- Användning av högkänsliga troponiner och könsspecifika tröskelvärden förbättrar diagnosen av hjärtinfarkt hos kvinnor.<sup>41-43</sup>
- Koronarangiografi bör inte användas som ett första test för att diagnostisera angina pectoris/hjärtinfarkt hos unga eller medelålders kvinnor som har få andra riskfaktorer för CAD.<sup>44</sup> Nyare bildteknik rekommenderas i ESC-riktlinjerna för dessa patienter.<sup>39, 40</sup>
- Bildteknik utan strålning bör föredras hos yngre kvinnor med misstänkt myokardiell ischemi.<sup>39, 40, 45, 46</sup>

- *Könsspecifika symptom*
- *Icke-specifika EKG-förändringar hos kvinnor*
- *Lägre träningstolerans hos kvinnor*
- *Koronarangiografi inte i första hand vid ischemiutredning hos patienter med låg risk*
- *Bildteknik och diagnostik utan strålning för yngre kvinnor*



## Kön, hantering och resultat

- Kvinnor, i synnerhet äldre med misstänkt hjärtinfarkt, anländer senare till akutmottagningar på sjukhus än män.<sup>29</sup>
- Hjärt rehabilitering efter hjärtinfarkt utnyttjas inte lika hos kvinnor och män.<sup>47</sup>
- Behandling av kranskärslssjukdom bör utföras i enlighet med gällande riktlinjer för kvinnor och män. Kvinnor har samma effekt av bypassoperation och PCI som män.<sup>39</sup>
- Kvinnor har mer komplikationer och mer kvarvarande bröstsmärta efter koronarinterventioner.<sup>48, 49</sup>
- Kvinnor har högre dödlighet och livskvalitet efter bypassoperation av elektiv koronararterie.<sup>10, 50-52</sup>

- Senare ankomst till akutmottagning för kvinnor med hjärtinfarkt än för män
- Ojämlig tillgång till hjärtrehabilitering
- Följ ESC:s riktlinjer för CAD-behandling hos kvinnor och män
- Könsskillnader efter koronarinterventioner och bypassoperation
- Sämre livskvalitet och mer komplikationer hos kvinnor efter koronarintervention



### Slutsats

- **Kranskärslsjukdomar skiljer sig avsevärt mellan kvinnor och män i Europa, i åldersfördelning, prevention, klinisk manifestation, behandlings svar t och i resultat.**
- **Vid hantering av kvinnor och män med riskfaktorer för eller etablerad kranskärslssjukdom, tänk på skillnaderna i prevention, diagnos och terapi.**
- **Beakta könsskillnader i riskfaktorer hos kvinnor och män. Hormonell dysfunktion och dålig livsstil ökar risken hos båda.**
- **Välj lämpliga och riskanpassade non-invasiva och invasiva undersökningar för diagnos av kranskärslsjukdomar hos kvinnor och män.**
- **Välj könsanpassad läkemedels och invasiv /noninvasiv behandling av kranskärslsjukdomar hos kvinnor och män.**

© Europeiska unionen, 2017

GenCAD:s projektpartners: Institutet för genus i medicin, Berlins folkhälsöhögskola, Andalusiska folkhälsöhögskolan, Europeiska folkhälsoorganisationen, Institutet för hälsa och välbefinnande, Radboud universitetsmedicinska centrum, Europeiska föreningen för kardiiovaskulärt förebyggande och rehabilitering.

**Pilotprojekt** är ett initiativ "av experimentell karaktär utformad för att testa genomförbarheten av en åtgärd och dess användbarhet" och tillåter medelstillelning för att den ska införas i EU-budgeten i mer än två på varandra följande budgetår.

För eventuell reproduktion av texter eller foton som inte omfattas av © Europeiska unionen måste tillstånd sökas direkt från dess upphovsrättsinnehavare: Shutterstock.de, iStock.de.

Informationen och synpunkterna i denna publikation är författarnas egna (GenCAD-konsortiet) och återspeglar inte nödvändigtvis Europeiska kommissionens officiella uppfattning. Kommissionen garanterar inte noggrannheten i den information som ingår i denna publikation. Varken kommissionen eller någon som agerar på kommissionens vägnar kan hållas ansvarig för användning av informationen i den.

Detta dokument har reviderats i enlighet med rekommendationerna från generaldirektoratet för hälsa och livsmedelssäkerhet.