.

Kadınlarda Kalp Sağlığı ve Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma: 2022'de Neredeyiz?

Dr. Sanem Nalbantgil, Dr. Burcu Yağmur

Dr. Sanem Nalbantgil, Dr. Burcu Yağmur

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH), dünya çapında kadınlarda önde gelen ölüm nedenidir. Küresel Hastalık Yükü [Global Burden of Disease [GBD] study] çalışma verilerine göre 2019'da toplam kadın ölümlerinin %35'inden sorumludur (1). Kadınlarda KVH'ın büyüklüğü hakkında farkındalık artmasına rağmen son on yıldaki epidemiyolojik veriler insidansın halen yüksek olduğunu göstermektedir. Bu nedenle kardiyovasküler (KV) risk faktörlerinin erken tespiti ve yönetimi, kadınların KV sağlığını iyileştirmek ve erken ölümleri azaltmak için çok önemli olmaya devam etmektedir. Mevcut KVH'dan korunma kılavuzları, cinsiyetin risk değerlendirmesi ve klinik yönetime dahil edilmesinin önemini kabul etmektedir. Klinik uygulamada KVH'ın önlenmesine ilişkin 2021 ESC kılavuzuna da cinsiyetin risk değiştirici etkisine ilişkin kanıtları veya cinsiyete özgü klinik koşulların ve klinik yönetim stratejilerinin mevcut olduğu durumlar dahil edilmiştir (2).

Kadınlarda KVH için risk faktörleri Tablo 1'de özetlenmiştir. İyi belirlenmiş risk faktörleri arasında, hipertansiyon (HT) dünya genelinde kadınlarda yaşa göre standardize edilmiş KV mortaliteye en önemli katkıyı yapan faktördür ve bunu yüksek LDL kolesterol, yüksek açlık plazma glukozu ve yüksek vücut kitle indeksi izlemektedir. GBD 2013 verileri kullanılarak 188 ülkeyi içeren ve 2025 yılına kadar KVH mortalitesini tahmin etmede kullanılabilecek risk faktörleri analizinde kadın ve erkeklerde farklı risk faktörlerinin öne çıktığı anlaşılmıştır. HT, sigara , diyabet (DM) ve obezite risk faktörlerinden kadınlarda mortaliteyi en çok azaltanın HT ve obezite kontrolünün olduğu anlaşılmıştır. Bununla birlikte bu çalışmada yüksek gelirli Asya-Pasifik ve Batı Avrupa gibi belirli bölgelerde tütün içiminin hedeflenmesinin, kadınlarda erken KVH ölümlerini azaltacağı tahmin edilmektedir (3).

Tablo 1: Kadınlarda kardiyovasküler hastalık için risk faktörleri

İyi belirlenmiş risk faktörleri	**Cinsiyete özgü risk faktörleri**	**Yeterince tanınmayan risk faktörleri**
Hipertansiyon	Erken menapoz	Psikososyal risk faktörleri
Dislipidemi	Gestasyonel diyabet	Taciz ve yakın partner Şiddeti
Diyabet	Gebeliğin hipertansif bozuklukları	Sosyoekonomik yoksunluk
Obezite	Erken doğum	Kötü sağlık okuryazarlığı
Sağlıksız beslenme	Polikistik over sendromu	Çevresel risk faktörleri
Sedanter yaşam şekli	Sistemik inflamatuar ve otoimmun hastalıklar	
Sigara		

Kadınlar ergenlikten ileri yaşlara kadar KV fizyolojiyi etkileyen hormonal değişiklikler yaşarlar. Ne yazık ki, klinik araştırmaların çoğunda yeterince temsil edilmediklerinden, kadınlarda KVH ve çeşitli tedavi yöntemlerinin kadın sağlığı üzerindeki genel etkileri hakkında sınırlı bilgi mevcuttur. Cinsiyete özgü risk faktörlerinde gebelik, başlı başına KV sistem için stres testidir, aynı yaştaki gebe olmayan kadınlarla karşılaştırıldıklarında, akut miyokart infaktüsü (AMI) riskinde 3-4 kat artış ile ilişkilendirilmiştir. Koroner arter hastalığının (KAH) çoğunluğu, gebelikle ilişkili spontan koroner arter diseksiyonu (%43), anjiyografik olarak normal koroner arterler (%18) ve koroner tromboz (%17) dahil olmak üzere aterosklerotik olmayan mekanizmalara sahiptir. Risk faktörleri sigara, anne yaşı, HT, DM, obezite ve dislipidemidir. Ek risk faktörleri arasında (pre-) eklampsi, doğum sonrası enfeksiyon, madde kullanımı, çoklu doğum ve doğum sonu kanama yer alır (4). Gerçekleşebilecek erken doğum ve de ölü doğum, KVH riskinde orta derecede bir artış ile ilişkilendirilmiştir (2).

Pre-eklampsi tüm gebeliklerin %1-2'sinde görülür ve tüm kadınlara kıyasla KVH riskinde 1.5-2,7 kat artış ile ilişkilidir. Artan riskin KV risk faktörlerinden bağımsız olarak oluşup oluşmadığı belirlenmemiştir fakat bu kadınların sonraki yaşamlarında HT ve DM geliştirme riskleri oldukça yüksektir. Gestasyonel DM ise hamilelikten sonraki 5 yıl içinde etkilenen kadınların yaklaşık %50'sinde DM gelişmesine neden olarak KVH riskini iki katına kadar artırır. Polikistik over sendromu, doğurgan oldukları yıllarda tüm kadınların %5'ini etkiler ve artmış KVH riski ile ilişkilendirilmiştir. Bu hastalarda DM gelişimi için önemli bir risk oluştururken HT geliştirme riski muhtemelen artmıştır, ancak veriler çelişkilidir. Bu nedenle bu hasta grupları için kılavuz önerilerine Tablo 2' de yer verilmiştir (2).

Tablo 2 Cinsiyete özel durumda kardiyovasküler hastalıkların değerlendirmesi

Öneri	Sınıf	Düzey
Preeklempsi ve/veya gebeliğin indüklediği HT öyküsü olan kadınlarda periyodik hipertansiyon ve diyabet taraması düşünülmelidir.	Iıa	B
Polikistik over sendromu veya gestasyonel diyabet öyküsü olan kadınların diyabet açısından periyodik değerlendirilmesi düşünülmelidir	Iıa	B
Prematüre veya ölü doğum öyküsü olan kadınların hipertansiyon ve diyabet açısından periyodik taraması düşünülebilir	Iıb	B

Kadınların %10'u, 45 yaş ve önecesinde meydana gelen olarak tanımlanan erken menopoz yaşarlar ve artmış KVH riski ile yakından ilişkilidir. Erken menopoz ve KAH riski arasında doğrusal bir ters ilişki bulunmuştur, bu nedenle menopoz yaşında her 1 yıllık düşüş KAH riskini %2 oranında artırmaktadır (2). Endojen östrojenler, menopoz öncesi kadınlarda vazodilatasyonu korur, endotel fonksiyonunu iyileştirir ve kan basıncı kontrolüne katkıda bulunur. Menopoz sonrası kadınlar östrojenin kardiyoprotektif etkilerini kaybeder ve HT geliştirme riski yüksektir. Ayrıca santral obezite, insülin direnci ve proaterojenik lipid profili gelişmesi nedeniyle geleneksel KV risk faktörlerinin insidansı bu dönemde artmaktadır. Perimenopozda her yıl metabolik sendrom gelişme olasılığı önemli ölçüde artar ve hastaların lipid düzeyleri ve kan basıncı KVH korunma kılavuzlarına göre değerlendirilmelidir. Hormon replasman tedavisinin (HRT) rolü, KVH'ı hafifletmede büyük ilgi görmüştür. Menopoz sonrası HRT üzerine yapılan gözlemsel çalışmalar KV riski düşürmede umut verici sonuçlar gösterse de, daha büyük randomize kontrollü çalışmalar birincil veya ikincil korunmada herhangi bir faydayı doğrulamamıştır (5).

En önemlisi, henüz yeterince tanınmayan risk faktörlerinden, kadınların sosyokültürel, sosyoekonomik ve politik bağlamlardan kaynaklanan sağlık eşitsizliklerine maruz kalma olasılıkları erkeklerden daha fazladır. Örneğin, cinsiyet ayrımcılığı, sosyoekonomik yük ve fiziksel hareketlilik üzerindeki kısıtlamalar, genellikle kadınların genel olarak optimal sağlık hizmetlerine ve özel olarak KVH bakımına erişimini sınırlandırmaktadır.

Kadınlara özgü koşulların eklenmesinin risk sınıflandırmasını iyileştirip iyileştirmediğine ilişkin bilgiler veya erken menopozla birlikte artan HT veya DM riskine ilişkin sonuçlara varmak için yeterli veri bulunmamaktadır. Ancak genel popülasyonda sistematik KVH risk değerlendirmesi kadınlarda menopoz yaşı göz önünde bulundurularak erkeklere göre 10 yıl sonra başlamaktadır. Bu nedenle mevcut risk değerlendirme sistemleri sıklıkla 45 yaşın altındaki sağlıklı kadınlarda KVH riskini doğru değerlendirmemektedir. İyileştirmeler yapılmış olsa da, mevcut kanıtlar, kadınların kılavuzlar tarafından önerilen KV tedavileri alma olasılığının hâlâ erkeklerden daha düşük olduğunu ve en büyük eksikliklerin genç kadınlarda meydana geldiğini göstermektedir (6). Klinik sunum ve komorbiditelerdeki cinsiyete bağlı farklılıklar bu duruma katkıda bulunabileceğinden kadınlara en uygun bakımı sağlamak için bu faktörlerin dikkate alınmasına ve acilen cinsiyete özgü stratejilerin geliştirilmesine ihtiyaç vardır.

Özetle, kadınlarda KVH, dünya çapında yeterince incelenmemekte, yeterince tanınmamakta, yetersiz teşhis edilmekte ve yetersiz tedavi edilmektedir. Bu nedenle KVH cinsiyete özgü eşitsizlikler konusunda küresel farkındalığı arttırmak ve gelecekteki araştırmaları arttırabilmek amacıyla 'Lancet Kadın ve Kardiyovasküler Hastalık Komisyonu: 2030 yılına kadar küresel yükün azaltılması" raporunu yayınlamıştır (6). Küresel olarak kadınlarda önde gelen ölüm nedeni olan KVH'dan ölüm oranını azaltmak, politikacılar, klinisyenler, araştırmacılar ve toplum arasında koordineli çaba ve üretken ortaklıklar gerektirecektir.

Referanslar

1. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) results. Seattle, WA, USA: Institute for Health Metrics and Evaluation, 2020. http://ghdx.healthdata.org/ gbd-results-tool (accessed April 23, 2021).
2. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M, Benetos A, Biffi A, Boavida JM, Capodanno D, Cosyns B, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J 2021;42(34):3227-3337.
3. Roth GA, Nguyen G, Forouzanfar MH, Mokdad AH, Naghavi M, Murray CJ. Estimates of global and regional premature cardiovascular mortality in 2025. Circulation 2015; 132: 1270–82.
4. Regitz-Zagrosek V, Roos-Hesselink JW, Bauersachs J, et al. ESC Scientific Document Group, 2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy: The Task Force for the Management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2018;39(34):3165e3241.
5. Maas A, Rosano G, Cifkova R, Chieffo A, van Dijken D, Hamoda H, Kunadian V, Laan E, Lambrinoudaki I, Maclaran K, et al. Cardiovascular health after menopause transition, pregnancy disorders, and other gynaecologic conditions: a consensus document from European cardiologists, gynaecologists, and endocrinologists. Eur Heart J 2021;42:967-984.

6. Vogel B, Acevedo M, Appelman Y, Merz CNB, Chieffo A, Figtree GA, Guerrero M, Kunadian V, et al. The Lancet women and cardiovascular disease Commission: reducing the global burden by 2030. Lancet 2021; 397: 2385–438