



Fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione femminile

Obiettivo della ricerca, condotta nell'Ambulatorio Ipertensione Arteriosa e Prevenzione Cardiovascolare dell'Asl Torino 5, è stato di valutare la differente prevalenza dei fattori di rischio cardiovascolare fra uomini e donne. È stato rilevato che la presenza di fattori di rischio cardiovascolare è percentualmente maggiore nelle donne. Ancora oggi, vi è una minore consapevolezza, sia dei medici sia della donna stessa, dimostrata dal ritardo di presentazione delle donne, rispetto agli uomini, all'osservazione clinica per la prevenzione cardiovascolare

Antonio Ferrero
Maria Teresa Spinnler
 S.C. Cardiologia
 ASL T05
 CdL Professioni Sanitarie
 Università degli Studi di Torino

La cardiopatia ischemica (CAD) è stata a lungo considerata una prerogativa maschile a causa della minore prevalenza della malattia nelle donne in età premenopausale, della difficoltà a interpretare i sintomi cardiovascolari nelle donne e soprattutto per carenza di studi specifici nella popolazione femminile e per la bassa percentuale di donne arruolate nei trial (figura 1).

La minore incidenza di eventi cardiovascolari nelle donne in età fertile è associata agli effetti protettivi esercitati dagli estrogeni, caratterizzati da:

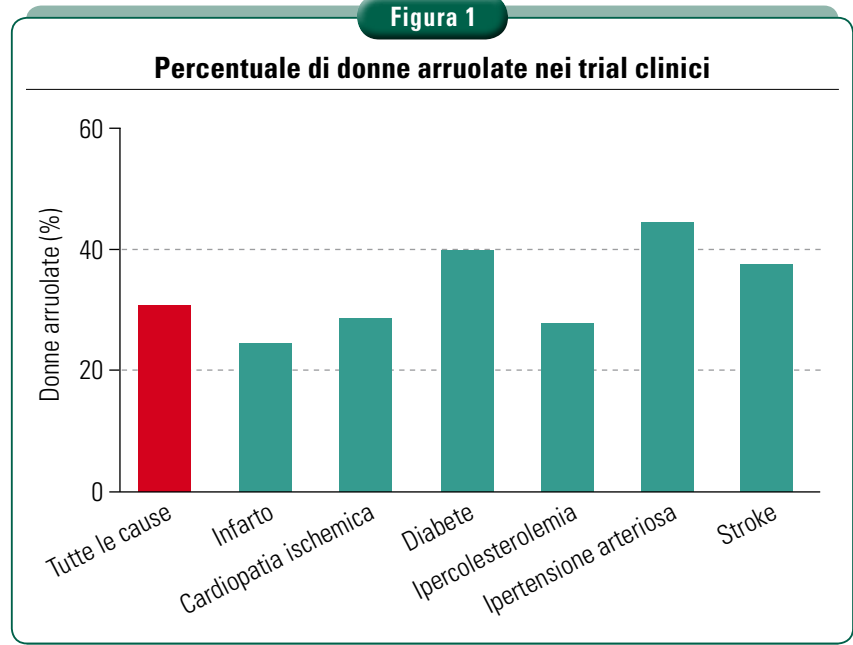
- azione antiossidante;
- inibizione della proliferazione cellulare;
- miglioramento della funzione endo-

teliale e dell'equilibrio emostatico;

- modulazione favorevole del sistema RAA;
- riduzione dei livelli di LDL-LP (a) - APO A1 APO B e aumento HDL.

Tuttavia, è ormai acclarato che nella donna in età post-menopausale la CAD è la prima causa di morte e di ospedalizzazione con tasso pari al 39% dei decessi nel sesso femminile contro il 32% dei decessi nel sesso maschile negli Stati Uniti e, in Italia, con un tasso di mortalità del 46.8% contro il 37.5%. Tutto questo assume particolare rilievo sul piano epidemiologico, diagnostico e di programmazione sanitaria, in quanto l'aspettativa di vita media nella donna è comunque maggiore, ma il rapporto costo/be-

Figura 1



nefici degli atti medici è inferiore a quello dell'uomo e vi è dispersione di risorse nel tentativo di adattare alla donna quello che è efficace nell'uomo, sia dal punto di vista diagnostico sia terapeutico.

Inoltre la prevalenza e l'impatto dei fattori di rischio cardiovascolari (FRC) sono, secondo i dati della letteratura, diversi nei soggetti di sesso femminile essendo maggiore nelle donne il rischio relativo di sviluppare diabete, ipertrigliceridemia e bassi valori di colesterolo HDL.

Anche il rischio di sviluppare patologie cardiovascolari appare maggiore nelle donne a parità di FRC: per quanto riguarda il diabete, la mortalità per CAD è 3-5 volte maggiore nella donna diabetica rispetto alla non diabetica, mentre negli uomini l'incremento del rischio è di 2-3 volte.

La prevalenza dell'ipertensione arteriosa aumenta con l'età: 22% sotto i 45 anni, 40% tra 50 e 60 anni, oltre il 50% sopra i 60 anni e nella donna vi è maggior associazione tra ipertensione e CAD (aumento del rischio 3.5 volte rispetto ai maschi).

Anche l'obesità (definita come BMI >29 kg/m²), riscontrabile nel 30-40% delle donne in menopausa, determina nella donna un rischio tre volte maggiore di CAD rispetto all'uomo e si associa ad insulino-resistenza, aumento LDL e aumento del catabolismo delle HDL e ad inattività fisica, riscontrabile nel 48% delle donne in menopausa.

► Materiali e metodi

Allo scopo di valutare la differente prevalenza dei principali fattori di rischio cardiovascolare fra soggetti di sesso femminile e maschile è stato valutato un campione di 228 pazienti (122 maschi e 96 femmine) visitati, per la prima volta, su richiesta del

Tabella 1
Presenza (%) dei fattori di rischio coronarico nel campione esaminato

	Donne	Uomini
• Ipertensione	76.1%	62.6%
• Ipercolesterolemia	43.3%	37.3%
• Obesità	54.3%	40.4%
• Diabete	17.8%	8.7%
• IFG	26.1%	15.8%
• Ipertrigliceridemia	21.7%	33.3%
• Basso HDL	21.2%	26.1%
• Fumo	21.9%	42.1%

medico curante, presso l'Ambulatorio Ipertensione Arteriosa e Prevenzione Cardiovascolare della struttura complessa di Cardiologia dell'Azienda Sanitaria Locale TO 5, Ospedale Santa Croce di Moncalieri.

L'età media delle donne era 63.1 ± 10.3 anni, mentre i pazienti di sesso maschile avevano un'età media pari a 58.9 ± 11.8 anni.

Considerando queste due coorti di pazienti abbiamo rilevato la presenza percentuale dei fattori di rischio coronarico (tabella 1).

► Analisi statistica

Per verificare l'eventuale presenza di differenze statisticamente significative fra i due gruppi abbiamo valutato i dati di prevalenza dei singoli fattori di rischio ottenuti nei due gruppi, valutandoli col test del confronto fra proporzioni (z test).

Non sono emerse differenze statisticamente significative per quanto riguarda la prevalenza di ipercolesterolemia (p=0.44), bassi valori di colesterolo HDL (p=0.48), obesità (p=0.55) e ipertrigliceridemia (p=0.07).

Viceversa l'ipertensione arteriosa è risultata più significativamente presente nella popolazione femminile (p<0.05%) e ancora più evidente è

stata la maggior prevalenza di diabete (p<0.001); l'abitudine al fumo di sigaretta era invece significativamente maggiore nei maschi (p=0.002).

Un dato a nostro avviso importante è quello riguardante l'età. Risulta infatti che le donne si presentano all'osservazione medica per prevenzione cardiovascolare in età significativamente più avanzata rispetto agli uomini: 63.1+/- 10.3 vs 58.5 +/- 11.8 (p<0.05).

► Discussione

Le MCV rappresentano la principale causa di morbidità e mortalità nelle donne nel mondo occidentale. Anche in Italia si hanno percentuali paragonabili a quelle riscontrate negli altri paesi sviluppati, con cifre che superano di molto le percentuali di decesso per patologia neoplastica.

Nonostante le donne presentino, in questo senso, un profilo vantaggioso in età fertile provocato dall'azione protettiva degli ormoni estrogenici, dopo la menopausa la manifestazione di MCV e i relativi decessi manifestano un notevole incremento spesso con un quadro clinico più complicato per la presenza di maggiori fattori di rischio.

A oggi, gli studi sull'insorgenza di

MCV e la presenza di FRC, riguardano principalmente la popolazione maschile con conseguente trasposizione dei dati rilevati e dei risultati ottenuti, nella popolazione femminile.

Questa induzione non sempre porta ad una corretta consapevolezza, sia da parte del medico curante sia da parte della donna stessa, del ruolo della CAD nel sesso femminile con conseguente sottostima dei fattori di rischio cardiovascolare.

Dalla nostra osservazione è possibile rilevare come, nonostante il campione di donne preso in esame fosse numericamente inferiore rispetto al campione maschile, la presenza dei FRC è percentualmente maggiore.

Questo rispecchia i dati presenti in letteratura internazionale che denotano un'incidenza maggiore dei FRC nella donna rispetto all'uomo. La maggior percentuale di fumatori risulta essere ancora una prerogativa del sesso maschile anche se, col passare degli anni, il numero delle donne fumatrici sta crescendo sempre più, soprattutto nelle fasce di età più giovani.

Per quanto riguarda il profilo lipidico generale, diversi studi riportano l'esistenza di differenze qualitative legate al sesso; nel nostro studio non risultano significative differenze di prevalenza di ipercolesterolemia e di bassi livelli di colesterolo HDL. L'ipertrigliceridemia è invece significativamente più presente nei soggetti di sesso maschile.

L'obesità addominale (si noti bene detta di tipo androide) è più presente nelle donne pur non raggiungendo la significatività, le alterazioni del metabolismo glicidico e l'ipertensione arteriosa sono statisticamente più prevalenti nel sesso femminile, definendo in modo piuttosto preciso, l'assetto della sindrome metabolica (insulino-resistenza, iperinsulinemia, obesità,

intolleranza glicidica), descritto nelle donne in postmenopausa.

► Conclusioni

La cardiopatia ischemica è la principale causa di morbilità e mortalità nelle donne. Essa si manifesta generalmente in età più avanzata, ma quando esordisce si presenta con un quadro clinico più complicato anche per la presenza di maggiori fattori di rischio. Vi è ugual beneficio della terapia medica e della rivascolarizzazione (tramite angioplastica e/o intervento cardiocirurgico nei due sessi). Ciò nonostante l'approccio diagnostico e terapeutico è attual-

mente meno aggressivo nella donna rispetto all'uomo.

La distribuzione, la prevalenza e l'impatto dei FRC sono molto diversi nei due generi, ma spesso si tende ad accomunare i soggetti di ambo i sessi, nella valutazione clinica e prognostica, facendo riferimento al profilo maschile, più studiato e riconosciuto. Vi è purtroppo ancora oggi una minore consapevolezza, sia da parte dei medici sia da parte della donna stessa dell'impatto dei FRC, confermata dalla nostra osservazione che mostra il significativo ritardo di presentazione delle donne, rispetto agli uomini, all'osservazione clinica per prevenzione cardiovascolare.

Bibliografia

1. Mendelsohn ME, Karas B. The protective effects of estrogen on the cardiovascular system. *N Engl J Med* 1999; 340: 1801.
2. Lee P, Alexander K. Representation of elderly persons and women in published randomized trials of acute coronary syndrome. *JAMA* 2001; 286: 708.
3. Kennel WB, Sorlie P, MC Namara PM. Prognosis after myocardial infarction. The Framingham Study. *Am J Cardiol* 1979; 44: 53.
4. Sclavo M. Fattori di rischio cardiovascolare e prevenzione nel sesso femminile: somiglianze e differenze. *Ital Heart J Suppl* 2001; 2: 481.
5. Pope JH, Aufderheide T. Missed diagnosis of acute cardiac ischemia in the emergency department. *N Engl J Med* 2000; 342: 1163.
6. Mosca L, Ferris A. Tracking women's awareness of heart disease. *Circulation* 2004; 109: 573.
7. Sharren AR. The atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. *Circulation* 2001; 104: 1108.
8. Garrow JS. Is obesity an independent risk factor? In Poulter N, Sewer P, Thom S eds. *Cardiovascular disease: risk factors and intervention*. Oxford: Radcliffe press, 1993: 153.
9. Diamond GA, Forrester JS. The diagnosis of coronary artery disease. *New Engl J Med* 1979; 300: 1350.
10. Merz NB, Johnsons BD. Diagnostic, prognostic and cost assessment of coronary disease in women. *Am J Maneg Care* 2001; 7: 959.
11. Shaw LJ, Vasey C. Impact of gender on risk stratification by exercise and dobutamine stress echocardiography: long term mortality in 4234 women and 6898 men. *Eur Heart J* 2005; 26: 447.
12. Jochmann N, Stangl K. Female-specific aspects in the pharmacotherapy of chronic cardiovascular diseases. *Eur Heart J* 2005; 26: 1585.
13. Malenka DJ, Wennberg DE. Gender related changes in practice and outcomes of percutaneous coronary interventions in Northern New England from 1994 to 1999. *J Am Coll Cardiol* 2002; 40: 2092.
14. Okrainec K, Platt R. Cardiac medical therapy in patients after undergoing coronary artery by-pass graft surgery. A review of randomized controlled trials. *J Am Coll Cardiol* 2005; 45: 177.
15. Williams CM. Cardiovascular risk factors in women. *Proceedings of the Nutrition Society* 1997; 56: 383-91.
16. Writing Group for the WHI Investigators Risks and benefits of estrogen and progestin in healthy postmenopausal women. Principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288: 321-33.
17. Stangl V, Baumann G, Stangl K. Coronary atherogenic risk factors in women. *Eur Heart J* 2002; 23: 1738-52.
18. Kesteloot H. Cardiovascular risk factors and mortality in women. *Herz* 1987; 12: 248-54.
19. Mosca L et al. Effectiveness-Based Guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women. 2011 Update; *Circulation* 2011; 123: 1243-62. 20. Huxley R, Woodward M. Cigarette smoking as a risk factor for coronary heart disease in women compared with men: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Lancet* 2011; 378: 1297-1305.