



**FOGLIO INFORMATIVO per operatori sanitari**

**GENCAD**

**Differenze di genere nella malattia coronarica  
in Europa**



## Differenze di genere nei fattori di rischio classici

- La cardiopatia coronarica si sviluppa 7-10 anni più tardi nelle donne rispetto agli uomini. Nel complesso, le donne ne sono affette in numero maggiore, dal momento che vivono più a lungo e la malattia si sviluppa in età avanzata<sup>1</sup>.
- L'ipertensione è più frequente negli uomini prima dei 50 anni, mentre nelle donne dopo i 50 anni. L'ipertensione è causa più frequente di ictus ed insufficienza cardiaca nelle donne rispetto agli uomini<sup>2,3</sup>.
- Il diabete aumenta maggiormente il rischio di malattia cardiovascolare nelle donne rispetto agli uomini<sup>4,5</sup>. Le donne affette da diabete e con fattori di rischio associati sono ad alto rischio e hanno bisogno di una gestione e di un trattamento intensivi<sup>6</sup>.
- La dislipidemia è un fattore di rischio ugualmente rilevante nelle donne e negli uomini. Pertanto, una terapia ipolipemizzante deve essere utilizzata ugualmente in entrambi i sessi<sup>1</sup>.
- Il fumo è un fattore di rischio relativamente più rilevante nelle donne più giovani rispetto agli uomini e la prevalenza del tabagismo è diminuita nelle donne meno che negli uomini<sup>7</sup>.

- *Età*
- *Iipertensione*
- *Diabete*
- *Fumo*



## Differenze di genere nei fattori di rischio non classici

- Un basso stato socioeconomico contribuisce alle disparità di genere nell'ambito della salute cardiovascolare<sup>8,9</sup>.
- Depressione e stress mentale prolungato si verificano con maggiore frequenza nelle donne rispetto agli uomini e sono fattori di rischio più importanti nelle donne<sup>10,11</sup>.
- Le malattie reumatiche ed autoimmuni sono più frequenti nelle donne e sono spesso associate alla malattia cardiovascolare<sup>12</sup>.
- La pre-eclampsia è un fattore di rischio sempre più riconosciuto nelle donne<sup>13</sup>. Le donne che sviluppano pre-eclampsia hanno un rischio raddoppiato di sviluppare la malattia cardiovascolare con il progredire dell'età<sup>14-17</sup>.
- I fattori genetici sono importanti nella cardiopatia ad esordio precoce sia negli uomini che nelle donne<sup>18</sup>.
- La disfunzione erettile è associata a fattori generici di rischio cardiovascolare e metabolico negli uomini<sup>19</sup>.
- La menopausa, la sindrome dell'ovaio policistico, l'andropausa e l'ipogonadismo sono associati ad un aumentato rischio cardiovascolare negli uomini e nelle donne<sup>2, 13, 19, 20, 21</sup>.

- *Stato socioeconomico*
- *Stress mentale*
- *Malattie reumatiche ed autoimmuni*
- *Pre-eclampsia*
- *Ormoni sessuali*



## Meccanismi specifici per genere della malattia

- Negli uomini l'aterosclerosi delle grandi arterie coronarie è il meccanismo dominante che porta ad ischemia miocardica e infarto<sup>22</sup>
- Le donne di mezza età presentano spesso angina pectoris ed ischemia miocardica in presenza di arterie coronarie normali. Il termine cardiopatia ischemica è adatto per questo tipo di malattia<sup>23-25</sup>.
- Disturbi funzionali e spasmi delle grandi arterie e dei vasi minori (microcircolo) del cuore oppure un aumentato fabbisogno del tessuto miocardico possono essere causa di cardiopatia ischemica, e ciò si verifica in via preferenziale nelle donne<sup>23,25,26</sup>

- *Aterosclerosi delle grandi coronarie*
- *Cardiopatia ischemica*
- *Malattia coronarica funzionale non ostruttiva*
- *Cardiopatia indotta da stress, spasmi e dissezioni*
- *Cardiopatia in gravidanza e periodo peri-parto*

- La cardiopatia indotta da stress, gli spasmi delle arterie coronarie e le dissezioni spontanee delle arterie coronarie (lacerazioni longitudinali nella parete) sono causa relativamente più frequente di sindromi coronariche acute nelle donne rispetto agli uomini<sup>27-30</sup>
- In gravidanza e nel periodo peri-parto, si devono sospettare la pre-eclampsia, la cardiomiopatia peri-parto e la dissezione delle arterie coronarie nelle donne sintomatiche<sup>29,31</sup>

## Il genere nella prevenzione

- Le donne sottovalutano il loro rischio di malattia cardiovascolare e sono meno disposte ad azioni di prevenzione rispetto agli uomini<sup>21</sup>. Gli obiettivi di prevenzione secondaria vengono raggiunti meno frequentemente nelle donne che negli uomini<sup>32-34</sup>.
- L'esercizio fisico è un fattore di protezione più importante per le donne; tuttavia, le donne praticano meno attività fisica rispetto agli uomini<sup>5,35</sup>.
- L'astensione dal fumo è più difficile per le donne che per gli uomini<sup>7</sup>
- Un'alimentazione sana è un fattore di protezione preminente ma poco utilizzato sia nelle donne che negli uomini<sup>5,21</sup>. Gli uomini generalmente seguono un'alimentazione meno sana rispetto alle donne<sup>36</sup>.
- La terapia ormonale e i modulatori selettivi dei recettori estrogenici (SERM) non dovrebbero essere utilizzati per la prevenzione primaria o secondaria della malattia cardiovascolare<sup>21</sup>.
- L'uso di routine dell'aspirina nelle donne sane al di sotto dei 65 anni non è raccomandato per la prevenzione dell'infarto del miocardio<sup>37</sup>. Tuttavia, l'aspirina è utile nella prevenzione primaria dell'infarto del miocardio negli uomini<sup>21,38</sup>.

- Consapevolezza
- Esercizio fisico
- Fumo
- Alimentazione
- Terapia ormonale e SERM
- Aspirina



## Il genere nella manifestazione clinica e nella diagnosi

- Le donne con ischemia e infarto del miocardio possono presentare una maggiore varietà di sintomi rispetto agli uomini<sup>29</sup>.
- L'ECG normalmente è un indicatore di ischemia miocardica. Tuttavia, le donne, più spesso degli uomini, presentano alterazioni ECG che sono causate da fattori diversi dall'ischemia miocardica<sup>39,40</sup>.
- Le donne hanno una tolleranza all'esercizio fisico minore rispetto agli uomini e l'ECG da sforzo è meno sensibile per la cardiopatia coronarica<sup>39,40</sup>.
- L'uso di troponine ad alta sensibilità e di valori soglia sesso-specifici migliorano la diagnosi dell'infarto miocardico nelle donne<sup>41-43</sup>.
- L'angiografia coronarica percutanea non deve essere usata come esame di primo livello per diagnosticare l'ischemia miocardica nelle donne giovani o di mezza età che abbiano pochi altri fattori di rischio per la cardiopatia coronarica<sup>44</sup>. In queste pazienti tecniche di diagnostica per immagini più recenti sono raccomandate dalle linee guida ESC<sup>39,40</sup>.
- Le tecniche di diagnostica per immagini che non prevedono l'uso di radiazioni devono essere preferite nelle donne più giovani con sospetto di ischemia miocardica<sup>39,40,45,46</sup>.

- Sintomi specifici per genere
- Alterazioni ECG non specifiche nelle donne
- Minore tolleranza all'esercizio fisico nelle donne
- Angiografia coronarica percutanea non esame di primo livello per l'ischemia miocardica nelle donne a basso rischio
- Diagnostica per immagini senza radiazioni nelle donne più giovani con sospetto di cardiopatia coronarica



## Genere, gestione e prognosi

- Le donne e, in particolare, le anziane con sospetto di infarto del miocardio accedono con maggior ritardo alle strutture ospedaliere d'emergenza rispetto agli uomini<sup>29</sup>.
- La riabilitazione cardiovascolare dopo infarto del miocardio non coinvolge in egual misura uomini e donne<sup>47</sup>.
- Il trattamento della cardiopatia coronarica deve essere impostato secondo le linee guida correnti negli uomini e nelle donne. Le donne ottengono gli stessi benefici degli uomini dagli interventi chirurgici di bypass e dagli interventi coronarici percutanei<sup>39</sup>.
- Dopo interventi coronarici per l'ischemia miocardica, le donne manifestano più complicazioni e più dolore toracico residuo<sup>48,49</sup>.
- Le donne hanno una più alta mortalità e una peggiore qualità di vita correlata alla salute dopo interventi chirurgici in elezione di bypass coronarico<sup>10,50-52</sup>.

- *Arrivo ritardato nelle strutture di emergenza per le donne con infarto del miocardio rispetto agli uomini*
- *Ineguale accesso alla riabilitazione cardiaca*
- *Aderenza alle linee guida ESC per il trattamento della cardiopatia coronarica nelle donne e negli uomini*
- *Differenze di genere dopo gli interventi coronarici percutanei e chirurgici con bypass*
- *Peggioramento della qualità della vita e più complicazioni nelle donne dopo gli interventi coronarici*



### Conclusioni

- ***La malattia coronarica differisce significativamente nelle donne e negli uomini in Europa per quanto attiene alla distribuzione per età, alla prevenzione, alla manifestazione clinica, alla risposta alle terapie ed alla prognosi.***
- ***Quando si gestiscono donne e uomini con fattori di rischio o malattia coronarica, pensate alle differenze in termini di prevenzione, diagnosi e terapia.***
- ***Considerate seriamente i fattori di rischio convenzionali nelle donne e negli uomini. Le disfunzioni ormonali e uno stile di vita poco sano aumentano il rischio in entrambi i sessi.***
- ***Scegliete esami appropriati ed adeguati in base al rischio, sia invasivi che non invasivi, per la diagnosi della cardiopatia coronarica nelle donne e negli uomini.***
- ***Scegliete una gestione farmacologica e invasiva appropriata ed adeguata in base al rischio per il trattamento della cardiopatia coronarica nelle donne e negli uomini.***

© Unione europea, 2017

Partner del progetto GenCAD: Institute of Gender in Medicine, Scuola Berlese di Sanità Pubblica, Scuola Andalusia di Sanità Pubblica, Associazione Europea di Sanità Pubblica, Institute of Health and Wellbeing, Radboud University Medical Centre, Associazione Europea per la Prevenzione e Riabilitazione Cardiovascolare.

**Pilot Projects** è un'iniziativa "di natura sperimentale pensata per testare la fattibilità di un'azione e la sua utilità" e permette l'inserimento di stanziamenti nel budget della UE per più di due esercizi finanziari consecutivi.

Per la riproduzione di testi o foto non coperti da diritti ©Unione europea, l'autorizzazione deve essere richiesta direttamente ai titolari dei diritti d'autore relativi: Shutterstock.de, iStock.de.

Le informazioni e i pareri presentati in questa pubblicazione sono degli autori (Consorzio GenCAD) e non riflettono necessariamente l'opinione ufficiale della Commissione Europea. La Commissione non garantisce l'esattezza delle informazioni incluse in questa pubblicazione. Né la Commissione né chiunque agisca per conto della Commissione stessa possono essere ritenuti responsabili per l'utilizzo che può essere fatto delle informazioni ivi contenute.

Questo documento è stato rivisto in linea con le raccomandazioni della DG Salute e sicurezza alimentare.