

Geschlechterunterschiede bei Schlaganfall

Dr. Christian Nolte,

Oberarzt der Neurologischen Klinik der Charite, Center for Stroke Research (CSB)

Die durchschnittliche, altersadjustierte Inzidenz des Schlaganfalls ist in Europa für Männer mit ca. 150/100.000 signifikant höher als die für Frauen (ca. 100/100.000). In absoluten Zahlen erleiden jedoch weitaus mehr Frauen in Europa einen Schlaganfall als Männer. Die höhere Zahl von Frauen mit Schlaganfall ist durch die höhere Lebenserwartung von Frauen bedingt und dadurch, dass das Schlaganfallrisiko im höheren Alter deutlich ansteigt. Frauen erleiden nicht nur zahlenmäßig mehr Schlaganfälle, sondern sie haben auch eine vergleichsweise schlechtere Prognose: Die Erholung nach Schlaganfall ist geringer, der Grad der Abhängigkeit nach Schlaganfall größer, die Angabe von Symptomen einer Depression nach Schlaganfall sind häufiger und die Lebensqualität nach einem Schlaganfall ist bei Frauen schlechter.

Bereits in der Primärprävention zeigt sich, dass die Einnahme von täglich 100mg Aspirin Frauen vor einem Schlaganfall schützt. Diese konnte bei Männern nicht gezeigt werden.

Das Risikoprofil und die Versorgungssituation von Frauen mit Schlaganfall unterscheiden sich in vielerlei Hinsicht von Männern mit Schlaganfall: Frauen sind bei ihrem ersten Schlaganfall circa 5 Jahre älter, haben häufiger Vorhofflimmern und arteriellen Hypertonus, aber haben seltener bereits einen Herzinfarkt erlitten. Sie leben häufiger allein oder in einer Pflegeeinrichtung. Die Unterschiede in Risikoprofil und Versorgungssituation wirken sich auf die Prognose aus und müssen in entsprechenden Studien berücksichtigt werden.

Unterschiede finden sich auch in der Therapie der Carotisendarteriektomie (CEA). Die CEA dient der Vorbeugung von (weiteren) Schlaganfällen bei Patienten mit Carotisstenose. Unterschieden werden Patienten mit symptomatischer Carotisstenose, die im Versorgungsgebiet der Arteria carotis einen Schlaganfall erlitten haben von Patienten mit asymptomatischer Carotisstenose. Das (Rezidiv-)Risiko unterscheidet sich zum einen zwischen symptomatischer und asymptomatischer Carotisstenose und zum anderen in Abhängigkeit vom Geschlecht erheblich. Während 60 Männern mit einer asymptomatischen Carotisstenose operiert werden müssen (CEA) um einen Schlaganfall zu verhindern (Number-Needed-to-Treat; NNT=60, absolute Risikoreduktion bei 1-2%), so müssen für den gleichen Nutzen (ein verhinderter Schlaganfall) doppelt so viele Frauen einer CEA unterzogen werden (NNT=125, absolute Risikoreduktion <1%). Auch bei der symptomatischen Carotisstenose gibt es für den Nutzen der CEA einen geschlechtsspezifischen Unterschied: die absolute Risikoreduktion für einen Rezidiv-Schlaganfall liegt durch CEA für Frauen (mit >70% Stenose) bei 10%, im Vergleich dazu liegt sie für Männer bei circa 15%.

Viele Studien haben nur Frauen oder Männer oder deutlich mehr Männer als Frauen rekrutiert haben. Geschlechtsspezifische Subgruppenanalysen sind dadurch erschwert. Auch werden zu adjustierende Faktoren wie Alter, Ko-Morbiditäten (die ebenfalls mit höherem Alter häufiger werden), Versorgungssituation oder Schlaganfallschweregrad in den Analysen häufig nicht berücksichtigt.

Die erste Primärpräventionsstudie zum Schlaganfall bei Frauen wurde erste 2005 publiziert. Erst in den letzten Jahren werden zunehmend auch sex- und genderspezifische Unterschiede analysiert. Genderaspekte finden zunehmend Berücksichtigung in der Risiko-Nutzen-Bewertung von Diagnose- und Behandlungsansätzen, so zum Beispiel im CHA₂DS₂-VASc Score. Wir sind auf dem Weg zu einer individuelleren Medizin.