

---

# Hjertesykdom er vanlig – også hos kvinner

---

## LEDER

EVA GERDTS

eva.gerds@uib.no

Eva Gerds er professor ved Senter for forskning på hjertesykdom hos kvinner, Universitetet i Bergen og overlege ved Hjernteavdelingen, Haukeland universitetssjukehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt podksthonorar fra Bayer og foredragshonorar fra NOKLUS og Fürst.

ESTER KRINGELAND

Ester Kringeland er stipendiat ved Senter for forskning på hjertesykdom hos kvinner, Universitetet i Bergen, og lege ved Hjernteavdelingen, Haukeland universitetssjukehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

HELGA MIDTBØ

Helga Midtbø er seniorforsker ved Senter for forskning om hjertesykdom på kvinner, Universitetet i Bergen og lege ved Hjernteavdelingen, Haukeland universitetssjukehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

---

## Hjertesykdom kan arte seg annerledes hos kvinner enn hos menn. Derfor trenger vi mer forskning på hjertesykdom hos kvinner.

Hjertesykdom er fortsatt en hovedårsak til redusert livskvalitet og død blant kvinner i Norge (1). Reduksjonen i dødelighet av hjertesykdom de siste 50 årene har vært mindre for kvinner enn for menn. Fortsatt dør to norske kvinner

hver dag av hjerteinfarkt. Mens insidensen av hjerteinfarkt avtar for begge kjønn, så øker forekomsten av atrieflimmer og hjertesvikt. Til tross for høyere prevalens blant menn er det på grunn av forskjellen i levetid like mange kvinner og menn som lever med hjertesvikt, og flere kvinner enn menn som lever med atrieflimmer.

Kvinner har andre risikofaktorer for hjertesykdom enn menn (2). Hypertensjon og diabetes i svangerskap og svangerskapskomplikasjoner som preeklampsi og eklampsi gir økt risiko for hjertesykdom, også før menopausen inntreffer (3). Kvinner har dessuten større forekomst av autoimmune sykdommer som disponerer for prematur hjertesykdom. Det er også viktige kjønnsforskjeller i konvensjonelle risikofaktorer som følge av kjønns-hormonenes regulering av metabolisme, blodtrykk og arteriefunksjon (4, 5).

***«Dyslipidemi er særlig viktig for utvikling av hjertesykdom hos menn, mens hypertensjon er viktigst hos kvinner»***

Nettoeffekten av disse faktorene er at dyslipidemi er særlig viktig for utvikling av hjertesykdom hos menn, mens hypertensjon er viktigst hos kvinner. Verdens helseorganisasjon har slått fast at systolisk blodtrykk > 140 mm Hg er den vanligste årsaken til at kvinner dør (6). 90 % av disse dødsfallene skyldes hjerte- og karsykdom. Hypertensjon fører lettere til venstre ventrikkel-hypertrofi hos kvinner (7). Mens kvinner generelt har lavere risiko for hjertesykdom, så har kvinner med venstre ventrikkel-hypertrofi samme risiko som menn for hjerteinfarkt, hjertesvikt og atrieflimmer (8).

Kvinner har andre symptomer ved koronarsykdom enn menn, og de utvikler ofte andre varianter av vanlige hjertesykdommer enn menn. Hva som er den beste behandlingen av hjertesykdom hos kvinner, er ofte ukjent, siden forskning i all hovedsak er gjort på menn (2, 5). Mens koronarstenose er den vanlige årsaken til akutt hjerteinfarkt hos menn, har nærmere en firedel av kvinner med hjerteinfarkt ikke slik koronarobstruksjon. Disse kvinnene har ikke behov for dagens standardbehandling med stentimplantasjon.

***«Hva som er den beste behandlingen av hjertesykdom hos kvinner, er ofte ukjent, siden forskning i all hovedsak er gjort på menn»***

Hjerteinfarkt er den vanligste årsaken til hjertesvikt hos menn, hos kvinner er det langvarig hypertensjon. Typisk utvikler kvinner hjertesvikt med normal tømning, en type hjertesvikt som ikke har samme nytte av dagens hjertesviktbehandling. Heller ikke her vet vi hva som er beste behandling.

Ny forskning basert på Helseundersøkelsen i Hordaland viser at risikoen for akutt koronarsyndrom øker ved et lavere blodtrykk hos kvinner enn hos menn (9). Det vi i Norge betrakter som høyt normalt blodtrykk, var blant 41 år gamle kvinner i denne studien assosiert med en dobbelt risiko for å få akutt koronarsyndrom før fylte 60 år, mens en slik risiko ikke ble påvist blant menn (9). Analyser av amerikanske befolkningsstudier har nylig bekreftet at risikoen for hjertesykdom øker ved lavere blodtrykk hos kvinner.

Dagens anbefalinger for forebygging av hjerte- og karsykdom tar ikke ny kunnskap om hvor viktig kjønn er for hjertesykdom inn over seg. Mange kvinner og helsearbeidere tror fortsatt at kvinner i liten grad rammes av hjertesykdom (5). Realiteten er det motsatte: Hjertesykdom er en vanlig årsak til nedsatt kvinnehelse, med store kostnader for kvinnen selv og for samfunnet. Den beste behandlingen av kvinnevarianter av hjertesykdom kan kun finnes ved forskning på kvinner. Dette er en forutsetning for å kunne tilby like god helsetjeneste til kvinner og menn.

---

## REFERENCES

1. Bartz D, Chitnis T, Kaiser UB et al. Clinical Advances in Sex- and Gender-Informed Medicine to Improve the Health of All: A Review. *JAMA Intern Med* 2020; 180: 574–83. [PubMed][CrossRef]
2. Gerdts E, Regitz-Zagrosek V. Sex differences in cardiometabolic disorders. *Nat Med* 2019; 25: 1657–66. [PubMed][CrossRef]
3. Cífková R, Johnson MR, Kahan T et al. Peripartum management of hypertension: a position paper of the ESC Council on Hypertension and the European Society of Hypertension. *Eur Heart J Cardiovasc Pharmacother* 2020; 6: 384–93. [PubMed][CrossRef]
4. Wenger NK, Arnold A, Bairey Merz CN et al. Hypertension Across a Woman's Life Cycle. *J Am Coll Cardiol* 2018; 71: 1797–813. [PubMed][CrossRef]
5. Vogel B, Acevedo M, Appelman Y et al. The Lancet women and cardiovascular disease Commission: reducing the global burden by 2030. *Lancet* 2021; 397: 2385–438. [PubMed][CrossRef]
6. GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020; 396: 1223–49. [PubMed][CrossRef]
7. Gerdts E, Okin PM, de Simone G et al. Gender differences in left ventricular structure and function during antihypertensive treatment: the Losartan Intervention for Endpoint Reduction in Hypertension Study. *Hypertension* 2008; 51: 1109–14. [PubMed][CrossRef]
8. Gerdts E, Izzo R, Mancusi C et al. Left ventricular hypertrophy offsets the sex difference in cardiovascular risk (the Campania Salute Network). *Int J Cardiol* 2018; 258: 257–61. [PubMed][CrossRef]
9. Kringeland E, Tell GS, Midtbø H et al. Stage 1 hypertension, sex, and acute coronary syndromes during midlife: the Hordaland Health Study. *Eur J Prev Cardiol* 2022; 29: 147–54. [PubMed][CrossRef]

---

Publisert: 8. mars 2022. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.22.0176

