

Aletta Jacobs lezing 2019

Behandel haar met Respect

Het is een eer en een bijzonder groot genoegen om vandaag de Aletta Jacobs lezing te mogen uitspreken aan mijn Alma Mater, waar ik in 1974, ongeveer 100 jaar na Aletta Jacobs, geneeskunde ben gaan studeren. Eerlijk gezegd heb ik me toen weinig met haar beziggehouden, maar naarmate je langer in het vak zit ga je steeds meer realiseren hoe belangrijk de pioniers van vroeger eigenlijk geweest zijn.

Dit jaar vieren we in Nederland dat vrouwen 100 jaar geleden het kiesrecht hebben gekregen en Aletta Jacobs heeft als activiste daar een belangrijke rol in gespeeld. Als arts ben ik vooral geraakt door haar pionierswerk voor arme vrouwen in Amsterdam en de ontwikkeling van het pessarium als belangrijk voorbehoedsmiddel. *Aletta nam de vrouwelijke patiënt serieus. Dat is echter nog steeds niet vanzelfsprekend in de gezondheidszorg.*

De oude Grieken vonden vrouwen inferieur; ze beschouwden hun naar binnen gekeerde genitaliën als een mislukking, terwijl de naar buiten gekeerde genitaliën van de man veel beter geslaagd waren. Hier ziet u de bekende 'human body' tekening van Leonardo Da Vinci, die het mannenlijf in alle glorie weergeeft. *Langs deze mannelijke meetlat heeft de geneeskunde zich eeuwenlang ontwikkeld en wordt de vrouwelijke patiënt nog vaak getoetst.*

Bij vrouwen was er vooral interesse in de voortplantingsorganen. Vrouwen zijn eeuwenlang vooral benaderd en onderzocht volgens de zogenaamde 'bikini-approach' en dat vond iedereen normaal.

Omdat vrouwen minder goed werden begrepen, werden aan hen vaak *persoonlijkheidsstoornissen en emotionele gedragsstoornissen* toegeschreven, ook wel benoemd als hysterie, afgeleid van het woord baarmoeder. Hieronder scharen we tegenwoordig angst- en paniekstoornissen, die uiteraard ook bij mannen kunnen voorkomen. Hier ziet u het beroemde schilderij waarin neuroloog Charcot onderwijs geeft aan mannelijke studenten over een vrouwen met hysterie.

Het kijken door de blauwe mannenbril heeft geleid tot een scheefgroei aan kennis in de geneeskunde, waarbij vrouwen ook in celkweken en dierexperimenteel onderzoek altijd in de minderheid geweest zijn. De Amerikaanse autoriteiten hebben in 2014 harde onderzoeksregels opgesteld, waarin het verplicht is om in experimenteel onderzoek te vermelden of het gaat over mannelijke of vrouwelijke celkweken en proefdieren. Anders worden de wetenschappelijke data ook niet meer gepubliceerd.

Ook bij de grote Europese subsidiegevers is sekse en gender, dus het biologische man/vrouw verschil maar ook de verschillen in cultuur en gedrag, een essentieel onderdeel geworden van het verstrekken van subsidies. Vanuit Stanford is het platform Gendered Innovations opgericht, waarbij het belang van sekse en gender in alle stromingen van de wetenschap wordt uitgelegd en benadrukt. Dit vormt nu de basis voor de Horizon 2020 subsidieaanvragen.

Gezond oud worden is een steeds groter maatschappelijk thema. De levensverwachting van vrouwen mag dan iets langer zijn dan van mannen, u ziet hier weergegeven dat we ook in Nederland nog een slag te maken hebben *om het aantal gezonde levensjaren* bij vrouwen te verbeteren, zeker in vergelijking met veel andere Europese landen.

We moeten ons goed realiseren dat mannen en vrouwen vanaf het eerste begin tot in iedere cel van het lichaam verschillend zijn en dat dit consequenties heeft voor onze gezondheid en de ziektes die we krijgen. Mijn eigen vakgebied de cardiologie, is daar tot dusver het meest aansprekende voorbeeld van.

De cardiologie heeft zich in de afgelopen 50 jaar ontwikkeld als een vakgebied voor en door mannen. Toen ik vijfenveertig jaar geleden hier in Groningen geneeskunde ging studeren waren het mannen die hartinfarcten kregen. In die tijd werd de schuld van de hartinfarcten vaak bij hun vrouw gelegd, die ongetwijfeld teveel eisen hadden gesteld, terwijl die mannen toch al zo hard moesten werken. *Vrouwen konden zelfs cursussen volgen om beter voor hun man te zorgen.*

Pas in 1991 kwam de vrouwelijke hartpatiënt voor het eerst op de agenda, ik was toen al 3 jaar cardioloog. Het waren vooral de vrouwelijke patiënten zelf die mij attendeerden op het feit dat ik geen goede antwoorden had op hun klachten en daar lastige vragen over stelden. Het thema heeft mij sindsdien niet meer losgelaten.

Aanvankelijk waren er helemaal geen publicaties over de vrouwelijke hartpatiënt, maar dit heeft sinds begin van de negentiger jaren een enorme vlucht heeft genomen. Zodra echter de aandacht verslapt nemen de publicaties weer af. Het moge duidelijk zijn dat de kennis over de vrouwelijke hartpatiënt nog op een grote achterstand staat.

Anecdotisch is dat Aletta Jacobs in 1899 al melding maakt van het Vrouwenhart in het boek over het vrouwenlichaam dat zij toen uitbracht.

Wat weten we: de belangrijke hormonale verschillen tussen mannen en vrouwen leiden ertoe dat vrouwen tot aan de overgang feitelijk gezonder zijn dan mannen. Mn ook de gevoeligheid voor ontstekingen is kleiner bij jonge vrouwen, maar dit draait om na het 50^e jaar. Op oudere leeftijd hebben vrouwen een grotere ontstekingsgevoeligheid en dat vinden we terug in sterke toename van hart- en vaatziekten die we dan krijgen.

Er zijn veel sekseverschillen in ontstekingsziekten en met name vrouwen krijgen veel vaker allerlei auto-immuun ziekten, denk aan reumatische ziekten, die vooral aan de oppervlakte komen als ze in de veertig zijn en de hormoonspiegels de daling hebben ingezet richting de overgang. Juist deze ontstekingsziekten kunnen we beschouwen als ‘risico-variabelen’, die ook een grote rol spelen in het ontstaan van hart- en vaatziekten bij vrouwen.

De overgang, het stoppen van de menstruaties, is een belangrijke mijlpaal in een vrouwenleven. Gelukkig hebben velen er helemaal geen last van, maar er zijn wel een aantal risicofactoren die daarna in negatieve zin veranderen. Denk aan het hoger worden van het cholesterol en de bloeddruk, de activatie van het stollingssysteem, een grotere ontstekingsgevoeligheid en het meer ontregeld raken van ons adrenerge hormoonstelsel. Veel vrouwen merken in die periode dat hun conditie minder is dan vroeger en lossen dat op met de aanschaf van een eBike.

Die verhoogde ontstekingsgevoeligheid speelt ook een belangrijke rol in de vormen van hartklachten door spasme en vaat-disfunctie, die we veel zien bij vrouwen op middelbare leeftijd. Vrouwen hebben dan nog meer weinig vernauwingen in de kransvaten, maar wel klachten die een andere aanvliegroute en aanpak nodig hebben.

Bij vrouwen jonger dan 60 jaar blijkt onze verouderde gouden standaard, een hartkatheterisatie een slechte manier te zijn om te beoordelen wat er aan de hand is. Ze hebben in die levensfase weinig vernauwingen aan de grote kransvaten en spasme kan je op deze manier niet aantonen. Het is wel zinvol om op die leeftijd een CT scan van de kransvaten te maken, dan kan je meten hoeveel kalk er is en of er aderverkalking in de vaatwand zit.

Hier ziet u een spasme-provocatie-test bij een jonge vrouw van 46 jaar, die al 4 jaar klachten had en niet door haar cardioloog werd begrepen. Ze werd uiteindelijk naar de psychiater gestuurd. U kunt zien dat het hele kransvatsysteem links dichtknijpt en hiermee is de diagnose vaatspasme gesteld.

Hier ziet u schematisch weergegeven wat de belangrijkste seksverschillen zijn in veroudering van de kransvaten.

We zien in de laatste decennia dat het aantal hartinfarcten bij vrouwen boven de 65 jaar duidelijk afneemt en dat heeft alles te maken met betere preventie. Dat geldt helaas niet voor de categorie jongere vrouwen, die juist steeds meer hartinfarcten krijgen. Hier ziet u gegevens uit een Franse database. Onze veranderende leefstijl en drukke samenleving eisen hun tol, maar we onderschatten ook nog steeds het risico op HVZ bij vrouwen op jonge en middelbare leeftijd, terwijl dan juist goede preventie zou moeten beginnen.

Een recente publicatie uit de VS bevestigt dit, ook bij de groep vrouwen onder de 55 jaar neemt het aantal hartinfarcten toe, terwijl dit bij mannelijke leeftijdgenoten niet duidelijk verandert.

Als we dan kijken naar de soorten hartinfarcten die vrouwen krijgen, dan worden deze relatief vaker veroorzaakt door spasme, of een plotselinge scheur in een kransvat. Hartinfarcten door het dichtslibben van de bloedvaten zien we veel minder vaak en pas in de leeftijdsfase na het 70^e jaar. In de grote databases van de klassieke hartinfarcten zien we altijd 75% mannen en 25% vrouwen. Vrouwen krijgen dus vaker andere typen hartinfarcten dan mannen.

We zijn geneigd om hartklachten bij vrouwen als *atypisch te* bestempelen, maar we kunnen beter zeggen dat deze juist *karakteristiek* zijn voor de onderliggende afwijkingen die ze hebben.

Hoe beter we kijken, hoe meer sekse- en genderverschillen we zien. De afgelopen 5 jaar is onze kennis in een stroomversnelling geraakt. Maar er zijn nog steeds veel losse eindjes en ziektebeelden die we onvoldoende begrijpen.

Zo zien we maar een tipje van de ijsberg van de kransvaten bij een gewone hartkatheterisatie en hier rechts ziet u hoeveel miljoenen kleine haarvaatjes er in het hart eigenlijk zijn. Deze vaten worden ook ouder, zijn te klein om dicht te slibben, maar worden stijver en stugger waardoor er klachten kunnen ontstaan. Dit zien we vooral bij vrouwen tussen de 45 en 65 jaar. Vroeger noemden we dit Syndroom X, waarmee we eigenlijk alle onbegrepen hartklachten bij vrouwen in een verzamelbak gooiden. Gelukkig groeit de aandacht voor dit ziektebeeld en dat komt vooral de vrouwelijke patiënt ten goede. Het valt op dat de beroepsgroep het liever heeft over specifieke

ziektebeelden dan over hartklachten bij vrouwen. Vanuit het perspectief van de patiënt is dat niet goed uit te leggen.

Stress is een net zo'n grote risicofactor als een te hoge bloeddruk of verhoogd cholesterol en het heeft veel nadelige effecten op hart en vaten. Je kan er ritmestoornissen en hartinfarcten van krijgen en het kan je levensverwachting sterk verkorten. Hier ziet u dit mooi weergegeven.

Vrouwen hebben ook unieke risicofactoren, die gekoppeld zijn aan problemen in de zwangerschap of hormonale veranderingen in de overgang. Het zijn belangrijke risicovariabelen die ons goed kunnen helpen om al op middelbare leeftijd de hoogrisico vrouw ertussenuit te halen.

Een zwangerschapsvergiftiging is het meest aanspreekbare voorbeeld en nu een internationaal erkende risicofactor voor HVZ bij vrouwen. Het geeft een 4x zo hoog risico op hoge bloeddruk, vaak al op jonge leeftijd en de kans om een hartinfarct te krijgen is tweemaal zo groot. Veel van deze vrouwen vallen na een dergelijke zwangerschap tussen wal en schip, ze hebben vaak vroege vaatschade en hoge bloeddruk, die nog onvoldoende op waarde wordt geschat. Na een dergelijke zwangerschap zien we ook vaker ontstekingsachtige ziekten zoals reuma de kop opsteken als deze vrouwen de veertig passeren.

Hier ziet u een paar opvallende kenmerken van de hoogrisico vrouw, zoals we die al op middelbare leeftijd ertussenuit kunnen pikken. Vaak is er sprake van erfelijkheid, migraine als tiener of twintiger, problemen in de zwangerschap en dan als veertiger steken allerlei ziekten de kop op. U ziet ook dat het van belang is te kijken naar de levensloop en niet naar alleen aparte ziektebeelden. Gebeurtenissen uit het verleden hebben consequenties voor de toekomst.

Ik heb u vanavond geprobeerd uit te leggen dat je door beter te kijken en te luisteren naar de vrouwelijke patiënt, veel problemen die we vroeger niet begrepen een plek kan geven. In andere sectoren van de gezondheidszorg liggen er nog genoeg ziektebeelden bij vrouwen te wachten op duidelijke antwoorden, die nu nog te makkelijk als containerbegrip worden weggezet. Ik pleit er sterk voor om de komende jaren hierop te gaan inzoomen, want het levert veel gezondheidsproblemen en onbegrip op en hiermee kunnen we het aantal gezonde levensjaren bij vrouwen vergroten.

Vrouwen zelf accepteren niet langer om met een kluitje in het riet gestuurd te worden: ze willen duidelijkheid en niet met vage antwoorden afgescheept worden. Vrouwen zijn belangrijke gesprekspartners geworden om de gezondheidszorg te verbeteren.

Dat is geen makkelijk te bewandelen route. Zoals Mary Beard, hoogleraar klassieke talen in Cambridge zegt, zullen we eerst ons denken in het systeem, in dit geval de gezondheidszorg, moeten veranderen om resultaat te kunnen boeken.

We moeten in de spreekkamer vaker de roze bril opzetten in plaats van altijd via het mannenperspectief te kijken. Vrouwen verdienen het om als vrouwen behandeld te worden en niet als een mislukte kopie van de mannelijke patiënt.

Internationaal hebben vooraanstaande cardiologen zich nu verenigd in de *WomenAs1* beweging, waarin we de gezondheidszorg voor vrouwen een belangrijke duw voorwaarts willen geven.

Dames en heren, het was mij een eer om vandaag deze lezing te mogen houden aan mijn eigen Alma Mater, ter ere van Aletta Jacobs, die voor zoveel

vrouwelijke artsen en ikzelf een groot voorbeeld is geweest. Mocht u meer over het vrouwenhart willen lezen, dan attendeer ik u graag op mijn boek, dat voor iedereen te begrijpen is en in mei in de boekwinkels ligt.