Endometriose schlägt aufs Herz

Die Endometriose steht unter dem Verdacht, arteriosklerotische Prozesse zu forcieren. Das bestätigt nun eine prospektive Kohortenstudie.

Die Endometriose ist eine chronisch entzündliche Erkrankung, was sich in einer hohen Konzentration an Entzündungsfaktoren (Interleukin-1, Interleukin-6, Tumornekrosefaktor α) und Markern für oxidativen Stress in Blut und Peritonealflüssigkeit widerspiegelt. Meist sind bei Endometriosepatientinnen zudem die LDL-Spiegel zu hoch und die HDL-Spiegel zu niedrig – alles Faktoren, die eine entscheidende Rolle in der Pathogenese der koronaren Herzkrankheit (KHK) spielen. Ob mit der Endometriose tatsächlich das KHK-Risiko steigt, haben der Mediziner Fan Mu vom Brigham and Women's Hospital in Boston und seine Kollegen prospektiv an 116.430 Frauen aus der Nurses' Health Study II (1989–2009) überprüft. Sie haben verglichen, wie viele Frauen mit laparoskopisch bestätigter Endometriose und wie viele Frauen ohne Endometriose innerhalb des 20-jährigen Beobachtungszeitraums an einer KHK erkrankt sind. Insgesamt waren es 1.438 Teilnehmerinnen, die entweder einen Myokardinfarkt erlitten oder bei denen angiografisch eine Angina pectoris bestätigt oder eine Bypassoperation bzw. eine koronare Angioplastie durchgeführt bzw. ein

Stent eingesetzt wurde. Frauen mit Endometriose hatten dabei ein deutlich höheres Erkrankungsrisiko, unabhängig von anderen begünstigenden Parametern, wie demografische und anthropometrische Faktoren sowie Lebensstil, Familienanamnese und Fertilität. Das Herzinfarktrisiko (RR 1,63; 95 %-KI 1,27–2,11), das Risiko für Bypass/Angioplastie/Stent (RR 1,49; 95 %-KI 1,19–1,86) wie auch das Risiko für kombinierte KHK-Endpunkte (RR 1,62; 95 %-KI 1,39–1,89) waren um etwa 50 % höher als bei Frauen ohne Endometriose. Das Risiko für eine angiografisch bestätigte Angina stieg auf das Doppelte (RR 2,07; 95 %-KI 1,73–2,47). Besonders deutlich war der Effekt bei jungen Endometriosepatientinnen bis maximal 40 Jahre (RR kombinierter KHK-Endpunkte 3,08; 95 %-KI 2,02–4,70). Danach sank das relative Risiko wieder, und ab 55 Jahren machte es keinen Unterschied mehr, ob eine Endometriose vorlag oder nicht (RR 0,98; 95 %-KI 0,56–1,72). Hysterektomie oder Oophorektomie schlugen sich ebenfalls im KHK-Risiko nieder (RR für kombinierte KHK-Endpunkte 1,51; 95 %-KI 1,34–1,71). Für Mu und Kollegen steht somit ein Zusammen-

hang zwischen Endometriose und KHK fest. Besonders ausgeprägt war die Korrelation bei jungen Frauen und Frauen, die bereits in jungen Jahren Gebärmutter und/oder Ovarien entfernen haben lassen. Der biologische Mechanismus für die Korrelation zwischen Endometriose und KHK lasse sich plausibel mit den chronischen Entzündungsvorgängen, dem erhöhten oxidativen Stress und dem artherogenen Lipidprofil erklären, so die Studienautoren. Zudem scheint die Pathogenese beider Erkrankungen durch das CDKBN2B-AS1 Gen im Chromosom 9p21 beeinflusst zu sein. Dennoch seien nach Ausführung der US-amerikanischen Ärzte etwa 42 % der KHK-Risikoerhöhung auf die in dieser Patientengruppe häufiger und bereits in jüngeren Jahren durchgeführten Hysterektomien und Oophorektomien zurückzuführen.

Die Studienergebnisse weisen Endometriosepatientinnen als Risikoklientel für eine KHK aus, resümieren Mu et al., was in der Betreuung entsprechend Beachtung finden müsse. Betroffene Frauen seien, so ihre Forderung, ausführlich über ihr KHK-Risiko aufzuklären, zu einem gesunden Lebensstil anzuhalten und regelmäßig auf KHK-Anzeichen zu untersuchen.

Dr. Dagmar Kraus

Mu F et al. Endometriosis and Risk of Coronary Heart Disease. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2016, online 29. März

Anzeige

Hier steht eine Anzeige.