



LABconnect

Genderspecifieke zorg is kwalitatief betere zorg

Wanneer een vrouw met hartklachten op de SEH komt, dan heten haar klachten “atypisch” te zijn voor angina pectoris of een hartinfarct. Dat ligt niet aan haar klachtenpresentatie, maar aan het feit dat er altijd meer aandacht was voor mannen en hun presentatie van een hartinfarct. Veel wetenschappelijk onderzoek is en wordt gedaan naar mannen of naar mannen en vrouwen zonder onderscheid te maken naar geslacht. Het is een goede zaak dat de minister van VWS 12 miljoen extra investeert in een kennisagenda Gender en Gezondheid.

Op 19 maart was ik bij een symposium van de Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen (VNVA) over Gender. Een van de statutaire doelstellingen is het bevorderen van ‘sekspecifieke geneeskunde’. Nu zouden we dat ‘genderspecifieke gezondheidszorg’ noemen. Toen de VNVA in 1933 werd opgericht bestond een discipline als psychologie nog niet. Gender is een breed begrip: het gaat om medische, biologische, psychische en sociale man/vrouw verschillen.

Huisarts Prof. Toine Lagros werd voor haar werk als hoogleraar aan de Radboud Universiteit een aantal jaren gefinancierd door de VNVA. Mede dankzij haar aanhoudende inspanningen zijn genderstudies op de kaart gezet en is aandacht voor man-vrouwverschillen overal in onderwijscurricula aan het doordringen (Kenniscentrum Sekse & Diversiteit in Medisch Onderwijs).

Tijdens het symposium maakte ik kennis met MDL-arts Wybrich Cnossen. Ze was in contact gekomen met de VNVA naar aanleiding van haar onderzoeksbevindingen over polycyesteuze leverziekte en erfelijkheid. Bijna 90% van de patiënten met klachten van hepatomegalie zijn van het vrouwelijke geslacht.

De presentaties en workshops lieten tal van verschillen zien tussen mannen en vrouwen: top 15 aandoeningen van jonge adolescenten bij de huisarts, cardiovasculaire aandoeningen, ADHD, chronische pijn en pijnbehandeling, en het beschikken over alcoholdehydrogenase.

Wat betreft medicatie is meer en meer duidelijk dat mannen en vrouwen verschillend kunnen reageren op een geneesmiddel. Pas vanaf 1997 moeten zowel mannen als vrouwen in de geneesmiddelen trials zitten. Het softenon drama was hieraan voorafgaan. Niet meenemen van vrouwen in onderzoeksgroepen had als reden dat de wisselende hormoonspiegels van



vrouwen een storend effect gaf op de bevindingen. Nu we meer en meer naar 'personalized medicine' toe gaan, wordt het ook tijd om daar wat op te vinden. Op zijn minst bij studies waar hormoon-schommelingen van invloed zijn (migraine, depressie), moet in het ontwerp meegenomen worden dat de oestrogene fase en de progestagene fase van de cyclus van vrouwen vastgelegd wordt - wellicht soms ook met de bijnierhormoon spiegels.

Op het gebied van antistolling loopt wereldwijd de Garfield-AF studie. Gekeken wordt naar de beste antistollingswijze bij mensen met boezemfibrilleren. Doel is 57 000 nieuw gediagnostiseerde patiënten te includeren, waarbij ook het geslacht van de deelnemers geregistreerd wordt (de teller staat op 52 190). Het beschermend (anti-stollend) effect naast het aantal complicaties, zal zichtbaar worden bij vitamine K antagonisten en bij de zogeheten NOAC's; vanwege de populatieomvang zal dat effect onderscheiden kunnen worden voor mannen en vrouwen.

Terug naar de boodschap van het Gendersymposium.

Het gezondheidszorgsysteem mag geen ongelijkheid reproduceren. "Als je het niet weet dan zie je het niet." Om het bewustzijn te vergroten wil ik graag het TED-filmpje aanbevelen van Alyson McGregor:

https://www.ted.com/talks/alyson_mcgregor_why_medicine_ofen_has_dangerous_side_effects_for_women

Verder:

<https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2016/03/07/minister-schippers-steekt-12-miljoen-extra-in-genderspecifieke-zorg>

<https://www2.radboudumc.nl/Research/Organisationofresearch/Departments/medischevrouwenstudies/Pages/DatabankSDMO.aspx>

<http://www.garfieldregistry.org/>