

De 'tristesse van het vrouwenhart'

Interview met cardioloog Janneke Wittekoek

Henk Maassen



Janneke Wittekoek

Cardioloog Janneke Wittekoek is een van de bekendste pleitbezorgers van genderspecifieke cardiologische zorg in Nederland. Ze richtte [HeartLife Klinieken](#) op, met speciale aandacht en expertise voor vrouwelijke patiënten, en zet zich in voor meer bewustwording van sekseverschillen in diagnostiek en behandeling. Maar ze maakt zich ook sterk voor preventie van hart- en vaatziekten. Ze schrijft daarom publieksboeken, is geregeld in de media te vinden en is momenteel op tournee door het land met de [Vrouwenhartshow](#).

Wittekoek is een arts en ondernemer met een missie. Een missie uit noodzaak, benadrukt ze halverwege het interview: 'Door de komst van

statines en diverse technische interventies is de sterfte aan hart- en vaatziekten jarenlang gedaald. Na decennia van dalende cardiovasculaire sterfte zien we sinds ongeveer 2010–2015 echter een zorgwekkend plateau, en in sommige jongere leeftijdsgroepen zelfs weer een stijging. Vooral bij vrouwen tussen de 35 en 55 jaar zijn signalen zichtbaar dat de vooruitgang stagneert. Als deze trend zich voortzet en de epidemie van obesitas en diabetes doorzet, kan de cardiovasculaire ziektelast richting 2050 weer sterk toenemen.'

Welke verschillen bestaan er tussen het mannen- en vrouwenhart? En sinds wanneer kennen we die?

'Laat ik beginnen met het goede nieuws: anatomisch zijn de verschillen gelukkig klein. Zowel mannen als vrouwen hebben twee kamers, twee boezems en vier hartkleppen. Er zijn wel subtiele verschillen. Het vrouwenhart is gemiddeld wat kleiner, en ook de bloedvaten zijn fijner en smaller. Maar de écht belangrijke verschillen zitten niet zozeer in de bouw van het hart, maar in de manier waarop het ziek wordt. Dat is ook wat mij altijd heeft gefascineerd.

Hart- en vaatziekten is natuurlijk een breed begrip. Je kunt denken aan aangeboren hartafwijkingen of hartritmestoornissen. Maar als mensen het over hartziekten hebben, gaat het meestal over het hartinfarct. Het onderliggende proces van een hartinfarct is atherosclerose, oftewel aderverkalking. En juist daar zien we belangrijke verschillen tussen mannen en vrouwen.

Als je terugkijkt in de geschiedenis, is het interessant om te zien vanaf wanneer we ons eigenlijk zijn gaan realiseren dat die verschillen bestaan. Dat gebeurde zo rond de jaren negentig van de vorige eeuw. Voor die tijd, zeker tot in de jaren zeventig, gingen meer mannen dood aan de

gevolgen van hart- en vaatziekten dan vrouwen. Dat konden we goed verklaren, want dat kwam doordat vooral mannen waren blootgesteld aan risicofactoren als hoog cholesterol, roken en hoge bloeddruk. Ze hadden bovendien stressvolle banen en gingen minder bewegen omdat ze hun rijbewijs hadden gehaald. De emancipatie heeft die verschillen verkleind, zo werd eind jaren tachtig duidelijk, vooral dankzij een groep activistische vrouwen die de alarmklok luidden.’

Na de menopauze

Wittekoek legt uit hoe het proces van atherosclerose verschilt tussen de seksen. Mannen van middelbare leeftijd hebben een grotere hoeveelheid atherosclerotische plaques dan vrouwen in dezelfde levensfase. Deze plaques geven bij mannen meer vernauwingen, terwijl de atherosclerose bij vrouwen meer diffuus verspreid is over de vaatwand. Na de menopauze verandert de samenstelling van plaques en gaat meer op het mannelijke type lijken, waardoor vrouwen ook vaker vernauwingen krijgen in de kransslagvaten. Maar bij vrouwen komt een hartaanval zonder een acute afsluiting van een kransslagvat relatief vaker voor. Hieraan kan een atherosclerotische oorzaak ten grondslag liggen, maar ook een ander pathofysiologisch mechanisme zoals een spontane coronaire dissectie of coronair spasme.

Bij stabiele klachten van pijn op de borst hebben vrouwen minder vaak vernauwingen in de kransslagvaten, maar vaker een disfunctie van de allerkleinste vaatjes van het hart: *Angina with Non-Obstructive Coronary Artery disease*. Als dit leidt tot een myocardinfarct door langdurig dichtgeknepen (kleine) coronair arteriën wordt dat *Myocardial Infarction with Non-Obstructive Coronary Arteries* (hartinfarct zonder vernauwde kransslagaders) genoemd.

Hoewel cardiologen daar steeds meer aandacht voor hebben, overheerst toch nog het stereotype beeld van een hartinfarct: een drukkende pijn op de borst — ‘alsof er een olifant op zit’ — met uitstraling naar de kaak en de linkerarm. Wittekoek: ‘Dat typische klachtenpatroon komt bij vrouwen echter minder vaak voor. Hierdoor worden signalen bij hen vaker gemist en wordt bij vrouwen minder snel gedacht aan een hartinfarct. Dit leidt regelmatig tot vertraging in het stellen van de juiste diagnose en het inzetten van passende medische hulp. Door die vertraging kan het infarct groter worden, met

als gevolg een verhoogde kans op complicaties en een grotere kans op overlijden in het eerste jaar na het hartinfarct.’

Oestrogeen speelt een belangrijke rol. Hoe zit dat?

‘Oestrogeen beschermt vrouwen tot aan de overgang tegen het proces van atherosclerose. Die beschermende werking is tweeledig. Enerzijds heeft oestrogeen een gunstig effect op risicofactoren zoals cholesterolwaarden en vaatstijfheid. Anderzijds heeft het hormoon ook een direct effect op de vaatwand zelf. Oestrogeen beïnvloedt de endotheelfunctie - de binnenbekleding van de bloedvaten - door de afgifte van stikstofoxide te stimuleren, dat een vaatverwijdend effect heeft. Wanneer de oestrogeenspiegel rond de overgang daalt, verslechtert deze functie.’

‘Tegelijkertijd nemen ook de risicofactoren toe in aantal en ernst. Daardoor kan het proces van atherosclerose versnellen. Dat markeert wat wel de ‘tristesse van het vrouwenhart’ wordt genoemd: rond het vijftigste levensjaar zie je bij vrouwen klachten die niet direct passen bij klassieke obstructieve vernauwingen, maar eerder bij een functioneel vaatprobleem. Daarbij spelen niet alleen hormonale veranderingen een rol, maar ook het autonome zenuwstelsel, dat rond de overgang vaak sterker onder druk komt te staan dan bij mannen. Die combinatie - verlies van oestrogeen en ontregeling van het autonome zenuwstelsel - kan funest zijn voor een goede functie van met name de kransslagaders.’

‘Het gevolg is dat vrouwen veel klachten kunnen ervaren, zoals pijn op de borst of tussen de schouderbladen, zonder dat er sprake is van een duidelijke vernauwing van meer dan zeventig procent in de slagaders. En juist dát is waar de huidige diagnostiek voornamelijk op is ingericht: het opsporen van deze obstructieve afwijkingen. Functionele vaatproblemen blijven daardoor vaak buiten beeld. Bovendien zijn die klachten bij vrouwen niet altijd gebonden aan inspanning, wat niet past binnen het klassieke cardiologische verwachtingspatroon.’

‘Inmiddels weten we dat veel vrouwen beginnen met zo’n functioneel vaatprobleem en pas jaren later een obstructief infarct ontwikkelen. Tegen die tijd hebben zij vaak al een lange medische weg afgelegd waarin hun klachten niet volledig zijn erkend. Dat kan ertoe leiden dat zij bij

nieuwe, ernstigere klachten aarzelen om opnieuw hulp te zoeken - met soms ernstige hartschade en een verhoogd overlijdensrisico als gevolg. Deze inzichten onderstrepen hoe belangrijk het is om hart- en vaatziekten bij vrouwen anders te benaderen en breder te kijken dan alleen naar zichtbare vernauwingen. We hebben nu gelukkig diagnostische testen om de micro-vasculatuur goed te testen. Maar de diagnose kan ook worden gesteld met een goede anamnese en risicofactorinventarisatie.'

Samenwerking tussen specialismen

Uit onderzoek blijkt dat mannen over het algemeen minder gevoelig zijn voor de schadelijke effecten van chronische stress op het hart dan vrouwen. Testosteron werkt bij hen namelijk als een stressdemper. Wittekoek: 'Rond de overgang - vaak zo rond het vijftigste levensjaar - komen meerdere kwetsbaarheden samen: hormonale schommelingen, slaapproblemen en verhoogde stressgevoeligheid. Je kunt het vergelijken met een koorddanser die begint te wankelen: het lichaam registreert dat het evenwicht verstoord raakt en reageert onmiddellijk om dat te herstellen. Wanneer die verstoring aanhoudt, komt het stresssysteem in actie. De hypothalamus-hypofyse-bijnier-as (de HPA-as) wordt geactiveerd, waardoor het lichaam stresshormonen zoals cortisol aanmaakt. Cortisol helpt om een immuunrespons te reguleren en het lichaam weer in balans te brengen. Maar als stress chronisch wordt, blijft dit systeem voortdurend actief. Dat kan leiden tot een aanhoudende, laaggradige ontstekingsreactie.'

'Daar komt nog bij dat mensen die langdurig onder stress staan of psychisch uit balans zijn, vaak gevoeliger zijn voor emotieteten, verslavingsgedrag of roken. Deze factoren versterken op hun beurt weer de ontstekingsprocessen en verhogen het risico op hart- en vaatziekten. Zo ontstaat een vicieuze cirkel waarin stress, leefstijl en lichamelijke ontregeling elkaar wederzijds beïnvloeden.'

U heeft gezegd dat vrouwen met hartproblemen u hebben gedwongen anders te kijken. Voorbij het hart alleen — richting brein, hormonen en inflammatie. Hart en hoofd spreken dezelfde taal.

'Ja, de specialismen cardiologie, gynaecologie en

neuropsychiatrie hebben elkaar nodig. Want bij vrouwen ligt de werkdiagnose vaak niet binnen één specialisme - maar op het snijvlak tussen specialismen. We worden gedwongen om bij elkaar over de schutting te kijken in plaats van dingen over elkaars schutting te gooien. Maar tot mijn spijt zitten veel cardiologen nog in dat 'orgaandenken', ze zitten in die silo waarin het alleen over het hart gaat.'

Inmiddels is mede op initiatief van Janneke Wittekoek het H3 (Hoofd, Hart, Hormonen)-netwerk van start gegaan. Met subsidie van ZonMw is dat in de twaalf provincies uitgerold om de samenwerking tussen specialismen te bevorderen. Er blijkt vooral veel animo vanuit de psychiatrie en de gynaecologie, terwijl de cardiologen nog achterblijven, zegt Wittekoek. De samenwerking werpt inmiddels vruchten af: 'Juist door de samenwerking met de psychiatrie zijn we er bijvoorbeeld achter gekomen dat een groot deel van de mentale stress, die ook ik vroeger schaarde onder slaapttekort en klachten van de overgang, teruggaat op niet goed gediagnosticeerde ADHD.'

Behalve dat zulke samenwerking belangrijk is, vindt u ook dat er veel meer werk moet worden gemaakt van preventie. Hoe precies?

'Ken je getallen: cholesterolgehalte, bloeddruk, gewicht, buikomvang - met name de hoeveelheid buikvet - en bloedsuikerspiegel. Deze vijf getallen bepalen in grote mate het risico op hart- en vaatziekten. Wie echt wil inzetten op preventie, doet er goed aan juist deze waarden structureel te monitoren en waar nodig te verbeteren. Belangrijk daarbij is het besef dat deze risicofactoren niet alleen optellen, maar elkaar exponentieel versterken. En dat hoe langer verhoogde waarden onopgemerkt blijven, hoe groter de schade aan de bloedvaten is. Wachten tot iemand vijftig is en pas ingrijpen wanneer een bepaalde drempelwaarde wordt overschreden, betekent dan ook vaak dat er al vaatschade heeft plaatsgevonden.'

'Daarom zou een brede, laagdrempelige risico-inventarisatie in de vorm van een bevolkingsonderzoek veel kunnen opleveren. Het in kaart brengen van deze vijf factoren is relatief eenvoudig en goedkoop; er zijn geen dure scans voor nodig.'

'Idealiter begint bewustwording al op jonge leeftijd. Als mensen, en misschien zelfs kinderen,

leren hoe belangrijk het is om deze vijf waarden op orde te houden, levert dat op lange termijn winst op voor hart- en vaatgezondheid. Dat is een individuele verantwoordelijkheid. Maar er is ook een collectieve: werkgevers en overheden zouden daarbij een ondersteunende rol kunnen spelen, bijvoorbeeld door periodieke controles aan te bieden of door de omgeving gezonder in te richten. Denk aan het verminderen van de beschikbaarheid van sterk bewerkt voedsel en het makkelijker maken van gezonde keuzes.’

‘Daarnaast is het belangrijk om, waar nodig, eerder gebruik te maken van de medicijnen die beschikbaar zijn. We beschikken over effectieve cholesterol- en bloeddrukverlagers. Bovendien weten we dat erfelijke factoren soms een rol spelen bij overgewicht, waardoor afvallen niet voor iedereen haalbaar is met alleen leefstijlinterventies. Ook daarvoor zijn inmiddels medicijnen.’

Is de huidige behandeling van hartziekten bij vrouwen voldoende op hen afgestemd?

‘Ongeveer zestig procent van de vrouwen krijgt te maken met bijwerkingen van de protocolmedicatie die standaard wordt voorgeschreven. Dat vraagt om een kritische herziening van de manier waarop we behandelen. In mijn kliniek werken we daarom met lagere doseringen, afgestemd op de individuele patiënt. In de reguliere cardiologie worden vaak hogere doseringen gehanteerd, waarbij klachten van vrouwen soms onvoldoende serieus worden genomen. De behandelprotocollen zouden meer rekening moeten houden met sekseverschillen en individuele gevoeligheid. Gelukkig is er intussen wel meer aandacht gekomen voor tijdige hormonale ondersteuning. Dat is geen vanzelfsprekende ontwikkeling geweest, maar het resultaat van een langdurige discussie over de rol van hormonen en stress in de cardiovasculaire gezondheid van vrouwen.’ Met enige nadruk: ‘Ik schrijf vaak hormonen voor.’

Nog lang niet moe

Wittekoek heeft ook kritiek op het cardiovasculair risicomanagement van de huisartsen: ‘Een vrouw van veertig tot vijftig jaar met een totaal cholesterolgehalte van acht en een bloeddruk van 160/90 valt volgens de huidige risicotabellen nog in een zogeheten ‘groen blokje’. Dat betekent dat haar geschatte risico op hart- en vaatziekten

binnen tien jaar als laag wordt beschouwd. Maar je moet niet alleen maar naar dat tienjaarrisico kijken — je moet naar het *lifetime*-risico kijken, vind ik. Vrouwen op middelbare leeftijd kunnen formeel weliswaar een laag korte-termijnrisico hebben, maar dan nog kan hun cumulatieve risico over de rest van hun leven aanzienlijk zijn. Ik zie wekelijks vrouwen van begin veertig met een bloeddruk van 150/90 die bovendien al klachten hebben. In zo’n geval ga ik bloeddruk en het cholesterolgehalte behandelen, juist om te voorkomen dat deze vrouwen op latere leeftijd alsnog ernstige cardiovasculaire problemen ontwikkelen.’

Kortom: er is nog veel te veranderen in de hartzorg voor vrouwen.

Ze lacht instemmend: ‘Jazeker, maar ik ben ook nog lang niet moe.’



Boeken van Janneke Wittekoek

Het Vrouwenhart (volledig herziene editie), Hilversum: Uitgeverij Lucht, 2025.

Het Mannenhart, Hilversum: Uitgeverij Lucht, 2025.

De hart / hoofd connectie. Hilversum: Uitgeverij Lucht, 2023.