

Mise au point

## L'angioplastie coronaire chez la femme

### Coronary angioplasty in women

H. Benamer<sup>a,b,\*</sup>, B. Chevalier<sup>a</sup>, M.-C. Morice<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> ICPS, institut Jacques-Cartier, Massy, France

<sup>b</sup> Service de cardiologie interventionnelle, hôpital européen de Paris La-Roseaie,  
120, avenue de la République, 93300 Aubervilliers, France

<sup>c</sup> Hôpital Foch, Suresnes, France

Disponible sur Internet le 16 octobre 2008

---

#### Résumé

Le risque cardiovasculaire chez la femme augmente avec l'âge pour rejoindre celui des hommes et constitue la première cause de mortalité. De nombreuses thérapies cardiovasculaires appliquées à la population féminine ne sont en fait qu'une extrapolation des résultats obtenus dans la population générale représentée dans les études par une majorité d'hommes, en moyenne 85 %. Les spécificités de l'angioplastie coronaire chez la femme sont nombreuses dans les différents cadres cliniques : angor stable et syndromes coronariens aigus. Il est important de les connaître pour améliorer la prise en charge des patientes. En effet, malgré le fait que l'angioplastie coronaire soit réalisée avec un taux de succès comparable aux hommes, le pronostic reste toujours plus sombre dans la population féminine. On explique cela en partie par des stratégies souvent plus attentistes mais aussi par des données anatomiques comme la plus petite taille des vaisseaux. De plus, on note une plus grande fréquence de complications vasculaires. Une façon de réduire ce risque accru de complications vasculaires est d'utiliser la voie d'abord radiale. Par ailleurs, l'utilisation des stents actifs dans la population féminine semble donner des résultats très satisfaisants comparables aux hommes. Mais il convient de noter que pour le moment aucune étude n'a été réalisée de façon ciblée dans la population féminine. Pour améliorer nos pratiques, il nous paraît important de réaliser des études dédiées dans cette population.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

#### Abstract

The cardiovascular risk is the main cause of mortality and is increasing with age in women. In old women, this risk is similar to men. Many cardiovascular treatments are used in women without a clear demonstration of their efficiency in this population. It is only extrapolations of studies enrolling a large majority of males (more than 85%). It is very important to improve our therapeutic strategies in women, for all clinical presentations (stable angina or acute coronary syndromes), to perform dedicated studies. In fact, the rate of success of coronary angioplasty in women is similar to men but the prognosis is worse. This is partly explained by a waiting-game in the strategy and some anatomic differences such as smaller vessels diameters and also a high rate of vascular complications. To decrease this risk of vascular complications, the use of transradial seems to be a good solution. In another hand, in women, the use of drug eluting stent (DES) gives good results comparable to men. But no study has been dedicated to this group of patients.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Mots clés** : Angioplastie coronaire ; Femme ; Genre ; Complications

**Keywords** : Coronary angioplasty; Women; Gender; Complications

---

Comme pour l'ensemble de la population, les pathologies cardiovasculaires constituent la première cause de mortalité

chez la femme. Chez les jeunes, l'athérome coronaire est beaucoup moins fréquent que chez l'homme. Avec l'âge, le risque cardiovasculaire augmente progressivement pour devenir l'égal de l'homme. Du fait de ce moindre risque cardiovasculaire, la population féminine a une espérance de vie plus importante. C'est pour cette raison que dans la population

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [hbenamer@club-internet.fr](mailto:hbenamer@club-internet.fr) (H. Benamer).

âgée on retrouve une importante et croissante proportion de femmes.

La problématique de l'angioplastie dans la population féminine est multiple. L'athérome chez la femme jeune est plus rare et est très fréquemment en rapport avec une comorbidité importante ou une hérédité coronaire masquant des déterminants biologiques encore inconnus. Il est fort probable que la pathologie coronaire et le terrain soient totalement différents entre femmes et hommes coronariens. Malgré tout, notre pratique et nos *guidelines* sont construits avec des études réalisées sur une population représentée par une majorité d'hommes, parfois plus de 85 %. L'extension des résultats à la population féminine n'est donc qu'une vague extrapolation. Plusieurs raisons sont incriminées dans le fait que la population féminine soit moins représentée dans les études sur la cardiopathie ischémique. En premier lieu parce qu'elle est moins fréquente mais aussi parce que les patientes ne sont pas incluses dans les études. L'éventualité d'une grossesse pour les femmes préménopausées constitue un critère d'exclusion du fait du risque tératogène éventuel des molécules évaluées et des rayons X. C'est probablement en partie un héritage du désastre engendré par l'utilisation de la thalidomide dans les années 1950. L'utilisation de cette molécule avait chez les femmes enceintes eu pour conséquences la naissance d'enfants porteurs de très importantes malformations des membres supérieurs.

Certaines études retrouvent des résultats très divergents en fonction du sexe. C'est ainsi que Ridker et al. dans leur méta-analyse retrouvent une franche différence d'efficacité de l'aspirine, médicament phare dans le traitement de la pathologie cardiovasculaire [1]. En prévention primaire, l'aspirine réduit significativement le risque de survenue d'infarctus du myocarde chez l'homme, pas chez la femme. Des résultats inverses sont retrouvés pour la prévention du risque d'accident vasculaire cérébral avec une efficacité démontrée de l'aspirine en prévention primaire chez la femme mais pas chez l'homme [1].

Le fait que l'on se base sur des données scientifiques approximatives pour cette population se retrouve dans les chiffres avec une efficacité des thérapeutiques cardiovasculaires moindres chez les femmes. Depuis le début des années 1970, la mortalité cardiovasculaire n'a pas diminué, voire augmenté dans la population féminine, alors que dans la population masculine, elle a franchement diminué (Fig. 1).

## 1. Angor stable

Dans l'angor stable, de nombreuses études montrent l'absence d'efficacité de la stratégie de revascularisation par angioplastie sur la mortalité dans une population traitée médicalement de façon très énergique. Ces résultats se basent sur des études où la proportion de femme est de l'ordre de 15 %. La question qui se pose est de savoir si là encore nous sommes en droit de considérer ces résultats comme démontrés pour la population féminine. Certaines études montrent que la stratégie est souvent moins agressive dans la population féminine, avec notamment moins souvent recours à la coronarographie en cas de symptomatologie évocatrice d'angor sans preuve d'ischémie. Cette différence de stratégie montre une plus grande méfiance

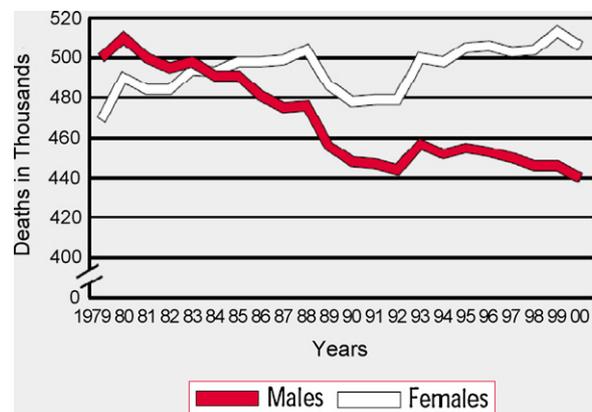


Fig. 1. Pathologie cardiovasculaire chez la femme.  
Cardiovascular disease in women.

dans l'interprétation des symptômes. C'est d'ailleurs pour cette raison que lorsque l'ischémie est étayée par un test de stimulation, il n'existe plus de différence significative entre les deux sexes pour le recours à la coronarographie [2].

L'analyse des données du Euro Heart Survey permet de montrer que dans la population des patients présentant un angor stable, les femmes sont significativement plus âgées que les hommes et ont un angor plus sévère et plus ancien [3]. De plus, les femmes ont moins souvent d'antécédents d'infarctus du myocarde. La fréquence de l'hypertension est plus élevée (66 % versus 59 %,  $p < 0,001$ ), alors que le tabagisme est moins fréquent (30 % versus 69 %,  $p < 0,001$ ) [3]. Au décours de l'analyse clinique, les patientes avaient une probabilité significativement moindre d'avoir une coronarographie (*odd ratio* : 0,6) ou une épreuve d'effort (*odd ratio* : 0,81). En revanche, il n'existait pas de différence pour les autres tests de stimulation [3]. Le traitement prescrit était aussi significativement différent avec moins d'antiagrégants plaquettaires pour les patientes (76 % versus 84 %,  $p < 0,001$ ) dont moins d'aspirine (73 % versus 81 %,  $p < 0,001$ ) mais aussi moins de statines (45 % versus 51 %,  $p < 0,001$ ). En revanche, le traitement bêtabloquant était prescrit à la même fréquence dans la population féminine et masculine (65 % versus 67 %, NS) [3]. Les résultats de l'angiographie coronaire, lorsqu'elle était réalisée, étaient très différents dans ces deux populations, avec notamment une proportion importante de coronarographies angiographiquement normales (plus de 35 % contre moins de 15 %) et une moindre proportion d'atteintes pluritrunculaires [3]. La stratégie de revascularisation était significativement moins fréquente dans la population féminine (*odd ratio* : 0,38) et même lorsque la population est ajustée à la présence d'une atteinte coronaire (*odd ratio* : 0,7). En revanche, malgré une stratégie plus invasive, le risque de survenue d'un décès ou d'un infarctus était significativement plus important dans la population masculine (*odd ratio* : 2,07) [3]. Cela montre l'hétérogénéité de pronostic de l'angioplastie coronaire dans les différentes études publiées.

Les patientes faisant l'objet d'une angioplastie coronaire sont aussi différentes de la population masculine bénéficiant du même traitement. C'est ainsi que l'on retrouve, dans la population féminine traitée par angioplastie avec mise en place

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2869387>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2869387>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)