



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com

**Annales de
cardiologie
et d'angéiologie**

Annales de Cardiologie et d'Angéiologie 65 (2016) 385–389

Mise au point

Le syndrome coronaire aigu avec sus-décalage du segment ST chez la femme

ST segment elevation myocardial infarction in women

S. Manzo-Silberman

Département de cardiologie, université Paris VII, Inserm UMRS 942, CHU Lariboisière, AP-HP, 2, rue Ambroise-Paré, 75475 Paris cedex 10, France

Disponible sur Internet le 4 novembre 2016

Résumé

En France, la maladie coronaire est responsable de 11,9 décès/100 000 femmes de 35 à 74 ans chaque année. En France, le nombre d'hospitalisation et de décès pour infarctus du myocarde (IDM) croît de manière plus importante chez les femmes, notamment de moins de 65 ans. Jusqu'à ce jour, les femmes présentant un IDM avaient 5 à 10 ans de plus que les hommes, plus de facteurs de risque et de co-morbidités, notamment en ce qui concerne le diabète, l'hypertension artérielle et le profil lipidique. Cependant, une étude comparative récente des registres FAST-MI relève une modification des caractéristiques de ces patientes avec de plus en plus de femmes jeunes, tabagiques et obèses. Leurs symptômes comportent plus souvent des atypies. Elles présentent également la particularité d'une plus grande fréquence d'IDM sans lésion obstructive. Cependant, même à âge égal, lors d'un IDM, les femmes présentent un pronostic plus sombre avec des taux de mortalité, surtout précoce, hospitalière, significativement supérieurs à ceux des hommes. Il existe néanmoins des moyens à mettre en œuvre afin de limiter les complications et d'améliorer le pronostic par des stratégies d'information et de prévention primaire de dépistage et de prise en charge adaptée des facteurs de risque. Il est également important de sensibiliser la population et l'ensemble des acteurs de soins sur le risque chez la femme même jeune, ses formes parfois atypiques et la nécessité de prise en charge rapide et agressive. Une meilleure compréhension des mécanismes physiopathologiques spécifiques apparaît nécessaire et doit faire l'objet d'études prospectives dédiées.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Femmes ; Infarctus du myocarde ; Syndrome coronaire aigu ; Mortalité ; Revascularisation

Abstract

In France, coronary disease is responsible for 11.9 deaths/100,000 women aged 35 to 74 years old every year. In France, the number of hospitalizations and deaths for myocardial infarction (MI) increases more significantly in women, particularly under 65. To date, women with MI were 5–10 years older than men, with more risk factors and comorbidities, especially regarding diabetes, high blood pressure and lipid profile. However, a recent comparative study of the FAST-MI registry notes a change in the characteristics of these patients with more and more young women, active smoking and obesity. Their symptoms include more often atypical ones. They also have the particularity of a higher frequency of MI without obstructive lesion. Though, even at the same age, women have a worse prognosis with significantly higher mortality rate, especially early, in-hospital, than those of men. However, there are means to implement in order to reduce complications rate and improve the prognosis through information campaign and primary prevention screening and appropriate care and correction of risk factors. It is also important to raise awareness of general population and care actors about women MI risk even young, about its atypical forms and the necessity of to rapid and aggressive care processes. A better understanding of specific pathophysiological mechanisms appears mandatory and should be supported by prospective dedicated studies.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Women; Myocardial infarction; Acute coronary syndromes; Mortality; Revascularization

Adresse e-mail : stephane.manzosilberman@aphp.fr

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ancard.2016.10.018>

0003-3928/© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Pourquoi parler d'infarctus et spécifier le sexe ?

Depuis les années 1990, l'analyse d'Ayanian [1] a alerté sur la différence de prise en charge de l'infarctus chez les femmes se traduisant par un pronostic plus sombre. Depuis de nombreux travaux sont venus confirmer les différences entre hommes et femmes face à la maladie coronaire, notamment dans sa forme aiguë. Les sociétés savantes ont même dû inclure dans leur recommandation non seulement la nécessité de traiter les deux sexes de la même façon [2]. Depuis plus de 10 ans, l'AHA a institué l'obligation d'inclure une analyse selon le genre dans les différents travaux et a lancé un programme de recherche Women Health. Une déclaration scientifique de l'AHA a été publiée cette année [3].

Alors que les maladies cardiovasculaires ont rétrogradé en France à la deuxième cause de décès chez l'homme, elle reste la première cause de mortalité chez la femme devant les pathologies néoplasiques. En effet, les engagements réalisés sur la prévention et le dépistage précoce appuyé par un soutien médiatique puissant ont permis une amélioration de leur pronostic ces dernières années.

L'infarctus du myocarde (IDM) chez la femme se singularise par plusieurs aspects. Les présentations peuvent différer en termes de symptomatologie [4] mais également de facteurs de risque [5–10] notamment chez les plus jeunes [11]. Une surmortalité est observée chez la femme présentant un IDM [9,12–21]. La différence est encore plus marquée en phase précoce [6,15,18,21–25].

2. Épidémiologie

La maladie coronarienne aiguë est rarement la première manifestation de la maladie athéromateuse chez la femme [26] cependant, celle-ci n'a pas un pronostic anodin. Aux États-Unis, la maladie coronaire touche 43 millions de femmes et est responsable de 400 000 décès annuels. Alors que la mort subite de cause cardiaque touche 2,4 femmes/10 000 chaque année aux États-Unis, la moitié seulement se savait porteuse d'une atteinte coronaire [27]. En France, les maladies cardiovasculaires sont responsables de 51,4 décès pour 100 000 femmes de 35 à 74 ans, dont 11,9 sont liés à la maladie coronaire [28]. L'analyse des registres français FAST-MI de 1995 à 2010 montre une augmentation significative de la proportion de femmes jeunes, de moins de 60 ans, touchées par l'infarctus du myocarde (IDM) [29] : moins de 10 % en 1995, elles représentent plus de 20 % des infarctus de la femme en 2010. Près de 40 % des SCA admis dans les unités de soins intensifs sont des femmes. Alors que l'incidence des maladies cardiovasculaires reste supérieure chez les hommes, depuis 30 ans cette incidence tend à diminuer chez les hommes alors qu'elle reste stable pour les femmes [30]. Le bulletin épidémiologique hebdomadaire du 8 mars 2016 [31] rapporte une forte croissance des taux d'hospitalisation pour infarctus chez les femmes de moins de 65 ans en France entre 2008 et 2013. De plus, les femmes présentent les plus hauts taux de complications et les pronostics les plus défavorables.

3. Pronostic : hommes et femmes pas égaux

À âge égal, les femmes présentent un pronostic plus sombre avec des taux de mortalité hospitalière significativement supérieurs à ceux des hommes [21,32], pouvant dépasser le double, et s'observent également chez les plus jeunes [6,11] ! Ceci pourrait être l'effet combiné des facteurs de risque [33], de présentation clinique d'emblée plus sévères et ou moins typiques [34]. La mortalité de l'infarctus du myocarde à 30 jours ne cesse de diminuer mais celle des femmes reste supérieure : à 30 jours, la mortalité qui était de 13,7 % en 1995, est passée à 4,4 % en 2010. Il existe cependant une forte disparité hommes–femmes : la mortalité a chuté de 9,8 % à 2,6 % chez les hommes contre une baisse de 23,7 % à 9,8 % chez les femmes [29]. Cette surmortalité est d'ailleurs principalement observée en phase aiguë, lors de la prise en charge initiale, elle n'est plus retrouvée lors du suivi à un an [10,18]. Ainsi, durant la période hospitalière de l'IDM, les femmes vont présenter plus d'évènements majeurs aigus cardiovasculaires, qu'il s'agisse de la mortalité toute cause, de la mortalité cardiovasculaire, des complications hémorragiques ou vasculaire et même plus de néphropathie induite au produits de contraste [35,36].

Un autre paramètre impactant le pronostic est bien évidemment le type de prise en charge. En effet, les femmes bénéficient moins fréquemment de revascularisation et sont plus à risque de reperfusion au-delà des délais recommandés [11]. Cependant, même après ajustement, la surmortalité semble être liée au sexe indépendamment des caractéristiques cliniques et des délais d'ischémie (Tableau 1).

Tableau 1
Différence femmes-hommes dans l'IDM : en résumé.

Femmes	Épidémiologie	Hommes
	Cause de mortalité : 1 ^{re} vs 2 ^e	
	Incidence stable vs décroissante	
	Survenue 10 ans plus tard	
	> Mortalité précoce (même après ajustement)	
	Mortalité similaire à 1 an après ajustement	
	Facteurs de risque	
	> Diabète	
	> HTA	
	> Hypercholestérolémie	
	Jeunes	
	> Diabète	
	> Obésité	
	> Tabac (tabac > nocif)	
	Symptômes	
	70 % forme typiques	
	> symptômes associés	
	> signes atypiques	
	Prise en charge	
	Délai appel plus long	
	Moins de reperfusion	
	Caractéristiques angiographiques	
	Plus de formes non obstructives	
	Physiopathologie thrombose coronaire aiguë varie selon le statut hormonal	
	Plus de dissection coronaire spontanée, plus de spasme	

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5596448>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5596448>

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