



Mise au point

Recherche de l'ischémie myocardique chez les femmes

Myocardial ischaemia detection in women

S. Duval, M. Leroux, Y. Davienne, C. Brasselet*

Unité de cardiologie interventionnelle, polyclinique de Courlancy, 38, rue de Courlancy, 51100 Reims, France

Disponible sur Internet le 31 octobre 2016

Résumé

Rechercher une ischémie myocardique consiste à utiliser un ou plusieurs tests permettant le diagnostic de coronaropathie avec le double objectif de rapidité et d'à-propos diagnostique. Chez les femmes en comparaison aux hommes, la puissance diagnostique des différents tests est généralement plus faible. Ainsi, pour s'affranchir de cette pénalisation liée au sexe, il faut définir une stratégie diagnostique basée sur la stratification du niveau de risque a priori, et identifier avec précision les patientes relevant d'une exploration invasive. Cette mise au point reprend les performances des différents tests diagnostiques non invasifs au travers d'une approche volontairement féminine et définit en fonction du niveau de risque de coronaropathie et du caractère symptomatique ou non les outils de l'arsenal thérapeutique.

© 2016 Publié par Elsevier Masson SAS.

Mots clés : Femmes ; Coronaropathie ; Ischémie myocardique ; Test diagnostique

Abstract

Screening of myocardial ischemia refers to the use of one or more diagnostic tests for coronary heart disease with a dual objective of appropriateness and promptness. In women, as compared to men, the accuracy of the different tests is worse. Thus, to overcome this sex-related penalty, we must define a diagnosis strategy based on risk stratification, enabling the identification of patients requiring invasive investigations. This review discusses various non-invasive diagnostic tests focusing on a female-specific approach and defines the use of numerous diagnostic tests with respect to both risk stratification and symptoms.

© 2016 Published by Elsevier Masson SAS.

Keywords: Women; Coronary artery disease; Myocardial ischemia; Diagnosis

1. Introduction

Dans les pays industrialisés, les décès de cause cardiovasculaire sont loin d'être l'apanage des hommes. Parmi eux, la maladie coronarienne et ses conséquences sont responsables d'un décès sur quatre chez les femmes [1]. Le pronostic d'une maladie coronarienne avérée est alors plus péjoratif chez les femmes, et ce, quel qu'en soit l'âge de révélation. Une hypothèse avancée pour expliquer cette différence liée au sexe est une méconnaissance du diagnostic, obérant alors une prise en

charge précoce et adaptée [2]. Un dépistage efficace est alors la première étape obligatoire d'un ambitieux projet visant à homogénéiser les pronostics de la coronaropathie entre les hommes et les femmes.

Néanmoins, la détection de la maladie coronaire est difficile chez les femmes. Tout d'abord parce que le bilan de douleurs thoraciques conduira in fine moins fréquemment au diagnostic de coronaropathie chez les femmes que chez les hommes. De plus, les signes fonctionnels rapportés par nos patientes sont moins évocateurs et souvent très atypiques, comparés à ceux allégués par les hommes [3]. Implicitement plus âgées au moment de l'évocation du possible diagnostic, les comorbidités dont elles souffrent limitent leur tolérance à l'exercice, impactant alors négativement la performance diagnostique des différents tests

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : camille.brasselet@orange.fr (C. Brasselet).

de recherche d'ischémie. La maladie coronaire étant ainsi sous-diagnostiquée, son extension et sa gravité seront plus péjoratives au moment où le diagnostic sera redressé [4].

2. Facteurs de risque

L'évaluation du niveau de risque et l'appréhension du possible diagnostic de coronaropathie doivent commencer en intégrant que pour un bilan de douleurs thoraciques, seules 50 % des femmes contre 80 % des hommes feront effectivement la preuve d'une atteinte coronaire. Une coronarographie réalisée à visée libératoire permettra ainsi d'éliminer 5 fois plus souvent une atteinte coronaire chez les femmes que chez les hommes [5].

Si l'expression clinique de la maladie est ainsi prise en défaut chez les femmes, l'adéquation entre les niveaux des facteurs de risque cardiovasculaires conventionnels et la présence d'une coronaropathie est néanmoins plus congruente. L'hypertension artérielle est un facteur de risque plus puissamment associé à une coronaropathie chez les femmes que chez les hommes [6]. Si l'intoxication tabagique a longtemps concerné plus les hommes que les femmes, une augmentation de la quantité totale de tabac consommée est associée à un risque accru d'événement coronarien chez les femmes [7]. Les paramètres métaboliques ont aussi leurs spécificités féminines. Un taux bas de HDL cholestérol sera un meilleur prédicteur d'événement coronarien chez les femmes que ne le serait un taux élevé de LDL cholestérol [8]. De la même façon, les triglycérides semblent impacter plus l'existence d'une coronaropathie chez les femmes que chez les hommes.

3. Stratification et scores de risque

Les recommandations actuelles préconisent chez les femmes, comme chez les hommes, le choix d'un test non invasif basé sur dans un premier temps sur leur caractère symptomatique ou non, et dans un second temps sur la probabilité de risque de maladie coronaire estimée basse, intermédiaire ou élevée [9,10]. Classées dans un sous-groupe de niveau de risque, le test diagnostique proposé sera choisi en adéquation avec le niveau de risque ainsi défini [11]. Le plus habituel est le modèle Score, qui repose sur 12 cohortes européennes sommant 205 178 sujets, et qui permet une estimation à 10 ans du risque de premier événement athérosclérotique. Le score de risque de Reynolds est spécifique des femmes. Il optimise la précision de prédiction du risque cardiovasculaire en y adjoignant les données de la CRP ultrasensible, et des antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire [12].

4. Test d'effort

Le test d'effort est historiquement l'outil de première ligne du dépistage de l'ischémie myocardique stable. Il offre une évaluation des compétences d'effort en étant très diffusé et facilement accessible, pour un faible coût de réalisation. Cependant, son utilisation et de fait l'interprétation de ses résultats doivent se faire en maîtrisant parfaitement les limites. Si sa spécificité diagnostique oscille entre 74 et 89 % chez les hommes, elle s'effondre

franchement chez les femmes, entre 33 et 73 %. Bien entendu, ces mauvais résultats statistiques qui se rapprochent de ceux du test de la pièce de monnaie, sont dus à la grande variabilité des données publiées, comprenant des situations cliniques différentes (symptomatique–asymptomatique ; patient à faible–haut risque), impactant ainsi massivement la probabilité prétest d'une ischémie myocardique [13–15].

Kwok et al. ont précisé au travers d'une méta-analyse la puissance diagnostique des tests de provocation d'ischémie pour le dépistage d'une maladie coronaire définie par la mise en évidence d'un rétrécissement de 50 à 70 % du diamètre coronaire. En elle-même, cette définition porte à discussion, d'une part, du fait de valeurs variables entre les séries mais aussi, d'autre part, du fait d'une définition aussi « simpliste » de la maladie coronaire.

Les auteurs rapportent alors une valeur de spécificité globale pour le test d'effort chez les femmes de 70 %. Il peut se traduire en 30 % de tests qui seront faussement positifs chez des femmes indemnes d'une atteinte coronaire épicaudique significative [16]. Les sensibilités sont encore plus faibles dans les 2 sexes, mais plus particulièrement chez les femmes. Ces sensibilités sont rapportées entre 53 et 60 % chez les femmes [16,17]. Cela se traduit en 40 à 47 % des femmes qui auront un test d'effort avec un résultat faussement rassurant face à une sténose coronaire qui serait jugée angiographiquement significative. Reste alors à dissenter du risque réel ou putatif rattaché au mépris d'une sténose coronaire qui eut été jugée angiographiquement significative, mais abandonnée sur l'autel d'un test de dépistage faussement rassurant. Néanmoins, cette patiente avait été jugée éligible à un test de dépistage. . . Par simple extrapolation, la valeur prédictive positive du test de dépistage d'une lésion coronaire épicaudique significative par une épreuve d'effort se situe donc aux alentours de 50 %, soit une piètre performance diagnostique.

Maîtriser l'explication d'une médiocrité si marquée chez les femmes n'est pas acquise. Une anatomie coronaire différente de celle des hommes a été évoquée, ainsi que le rôle de l'environnement hormonal. L'imprégnation en œstrogène est une piste probablement plus crédible, corroborée par l'indexation aux cycles menstruels et aux traitements hormonaux substitutifs des performances du test d'effort chez les femmes [18,19]. De plus, les femmes sont réputées avoir une résistance moindre aux épreuves d'efforts, impactant alors négativement la sensibilité du test d'effort. D'autres facteurs sont évoqués comme l'existence de troubles microcirculatoires ou spastiques, rattachés alors à une modification du segment ST sans atteinte franche du réseau épicaudique.

L'optimisation des performances diagnostiques du test d'effort chez les femmes passe probablement par son enrichissement par d'autres paramètres d'analyse comme le seuil d'exercice, la fréquence cardiaque maximale atteinte, le temps de récupération, le ratio segment ST/fréquence cardiaque, le temps de récupération du segment ST ou le QRS score [10]. Si la valeur prédictive positive du test d'effort est mauvais chez les femmes, le corolaire en est une intéressante valeur prédictive négative. Un test positif impliquera la poursuite des investigations pour déterminer qui du faux positif ou du test de dépistage

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5596455>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5596455>

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