

# Infarctus de la femme : entre propagande et réalité

Nicolas DANCHIN,

Hôpital St Joseph et Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris

Les registres FAST-MI ont été soutenus par les laboratoires Amgen, AstraZeneca, Bayer, BMS, Daïchi-Sankyo, Eli-Lilly, GSK, MSD, Novartis, Pfizer, Sanofi et Servier et par une bourse de la CNAM-TS

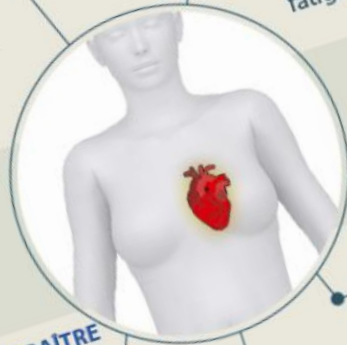
# Contexte

## Infarctus du myocarde chez la femme, 5 INFORMATIONS ESSENTIELLES À CONNAÎTRE



### 1 LE CŒUR DES FEMMES EST DIFFÉRENT

Fréquence cardiaque 10% plus rapide  
Artères coronariennes est 15% plus étroite  
Cœur plus fragile, se fatigue plus vite



### 2 DES SYMPTÔMES PEU SPÉCIFIQUES ET DIFFÉRENTS DE CHEZ L'HOMME

Symptômes peu marqués dans 70% des cas  
Mal de dos, troubles du sommeil,  
douleurs dans le cou et la mâchoire,  
fatigue, brûlure d'estomac ou nausées et vomissements

### 4 LA SÉDENTARITÉ, UN IMPORTANT FACTEUR DE RISQUE

Une femme devrait effectuer  
20 minutes d'exercice par jour : marche,  
course à pied ou exercices musculaires (fitness)

### 3 LES SYMPTÔMES PEUVENT APPARAÎTRE DES MOIS AVANT LA CRISE

Jusqu'à 12 mois avant l'infarctus  
Fatigue (inhabituelle), troubles du sommeil  
et de la peine à respirer  
Fourmillements dans les bras, douleurs,  
anxiété ou troubles digestifs

## LES SIGNES de l'infarctus du myocarde

Les plus courants  
**CHEZ L'HOMME ...**



Gêne ou picotement au niveau des bras, épaules, dos, cou ou mâchoire



Douleurs thoraciques



Essoufflement

Les symptômes supplémentaires les plus courants  
**CHEZ LA FEMME ...**



Étourdissement soudain



Sensation de brûlures d'estomac



Sueurs froides



Nausées ou vomissements



Fatigue inhabituelle

Soyez particulièrement vigilant lorsque vous cumulez plusieurs facteurs de risque cardio-vasculaire : tabac, stress, inactivité physique, hypertension artérielle, diabète, cholestérol...

Parlez-en à votre médecin ou appelez le 15.  
[www.agirpourlecoeurdesfemmes.com](http://www.agirpourlecoeurdesfemmes.com)

# Les deux types d'infarctus

## **Infarctus avec sus-décalage de ST (ST+, STEMI)**

- C'est l'infarctus classique
- Dû à l'occlusion brutale d'une artère coronaire, généralement par un thrombus qui se forme sur une simple plaque d'athérome dont la chape fibreuse s'est rompue.
- Provoque une ischémie profonde de la partie du myocarde qui n'est plus alimentée
- Gravité immédiate : risque de mort subite
- Traitement par désobstruction en urgence de l'artère responsable

## **Infarctus sans sus-décalage de ST (ST-, NSTEMI)**

- Différents mécanismes possibles, aboutissant à une ischémie myocardique moins profonde, moins durable : thrombus qui se dissout plus ou moins, phénomènes de spasme surajoutés. Symptômes moins typiques
- Survient généralement au niveau d'un rétrécissement conséquent
- A un âge nettement plus tardif
- Atteinte de plusieurs artères coronaires nettement plus fréquente
- Gravité immédiate moindre, mais mortalité à moyen/long terme plus élevée (malades plus âgé(e)s, atteinte coronaire plus diffuse)

# Données épidémiologiques : trois différences notables en fonction du sexe

- **Infarctus moins fréquent chez la femme :**

- PMSI 2013 : 61 611 hospitalisations pour infarctus, **31,6 % de femmes**
- FAST-MI 2005-2015 : 31,6 % en 2005 → 27,5 % en 2015

- **Différence d'âge :**

- PMSI 2013 : 74,6 vs 64,6 ans **Femmes plus âgées d'environ 10 ans**
- FAST-MI 2005-2015 : 72,4 vs 63,6 ans **lors de la survenue d'un infarctus**

- **Type d'infarctus : % STEMI un peu moindre chez les femmes**

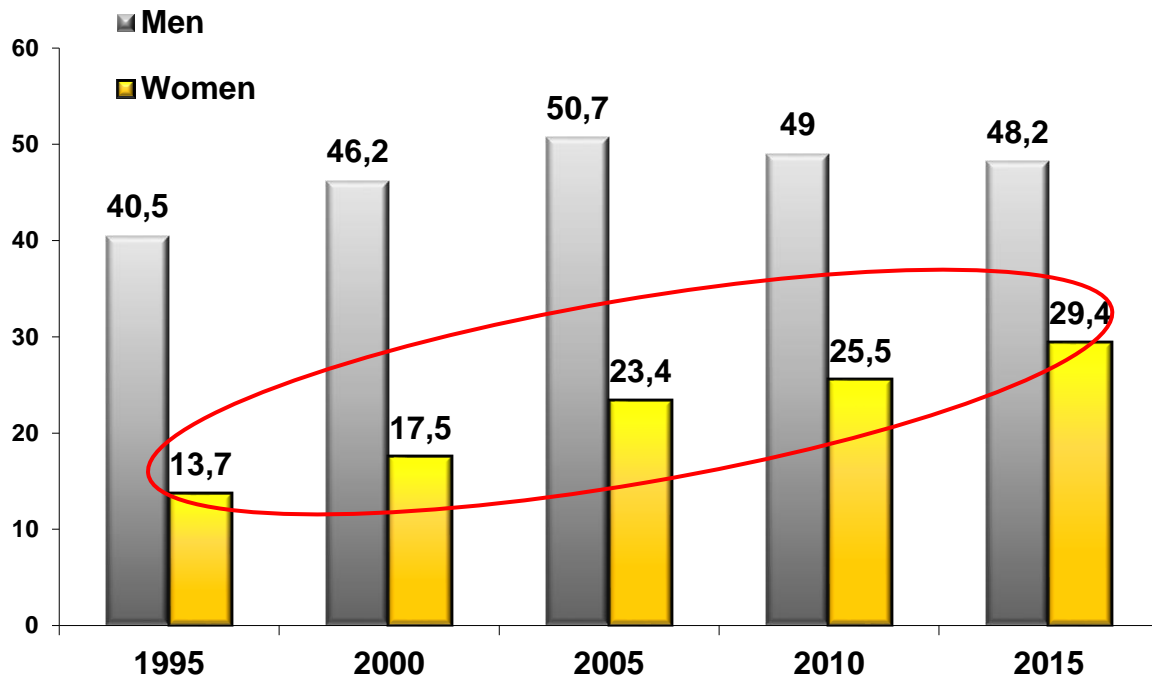
- FAST-MI 2005-2015 : 47 % vs 54 %

# Données épidémiologiques évolution sur deux décennies

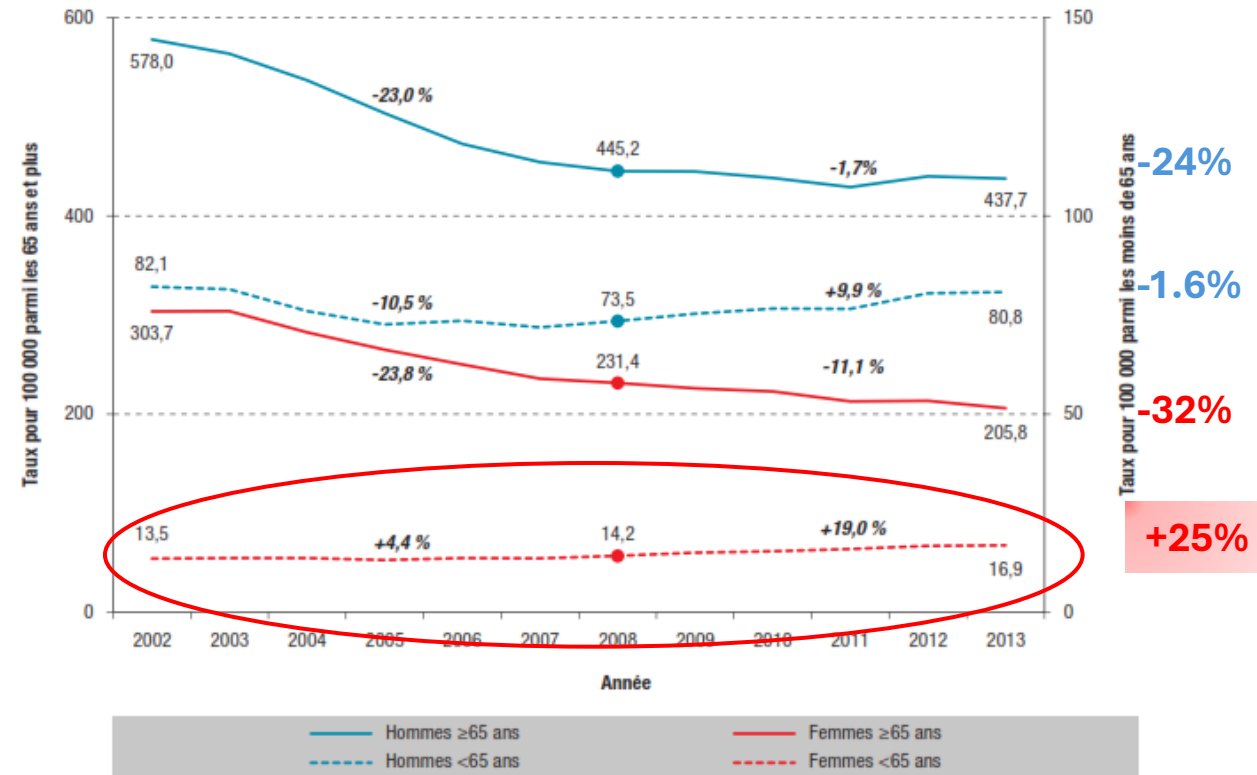
*Augmentation des infarctus chez les femmes jeunes*

*Diminution des infarctus chez les femmes et les hommes plus âgé(e)s*

Proportion de patients de 60 ans ou moins parmi les patients hospitalisés pour STEMI



Incidence standardisée de l'infarctus



# Physiopathologie : des mécanismes qui peuvent différer

- Absence de lésion significative plus fréquente chez les femmes :

STEMI : 4.9 vs 2.2 %      NSTEMI : 20,4 vs 7,9 %

- Occlusion coronaire complète aussi fréquente

STEMI : 57,5 vs 60,1 %      NSTEMI : 26,1 vs 30,4 %

- Dissection coronaire plus fréquente chez la femme ; 90 % des malades avec dissection sont des femmes. Mais on estime que moins de 4 % des infarctus sont dus à une dissection coronaire spontanée ...

# Physiopathologie : des mécanismes qui peuvent différer

- Absence de lésion significative plus fréquente chez les femmes :

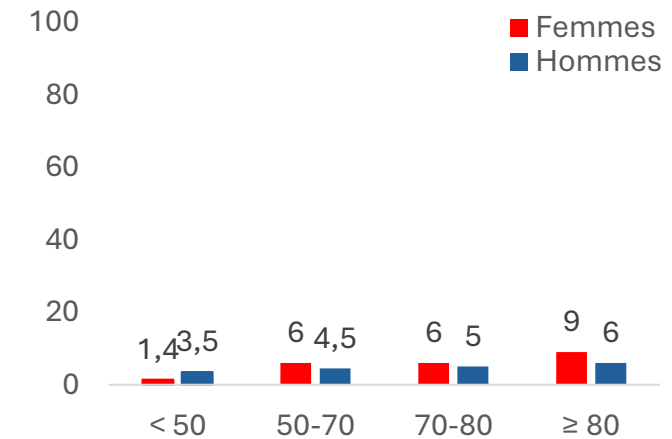
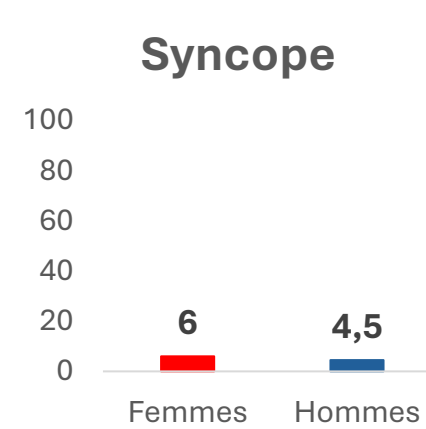
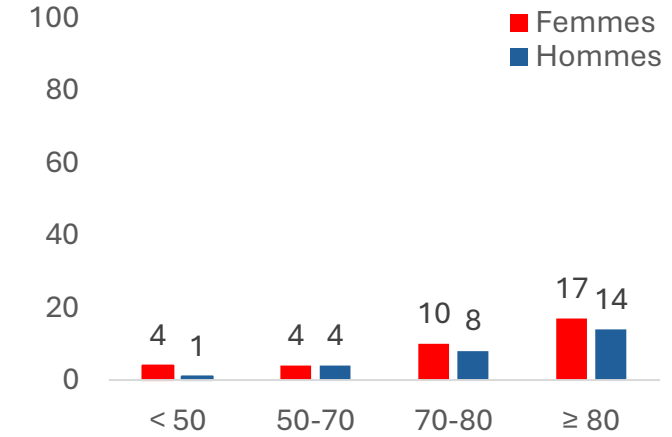
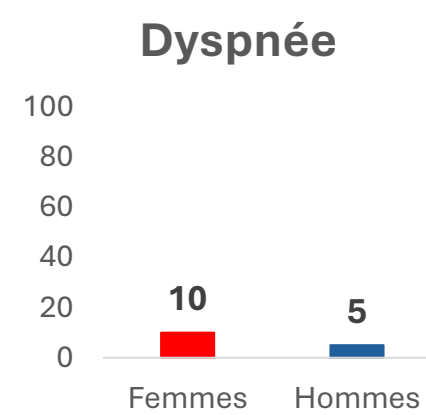
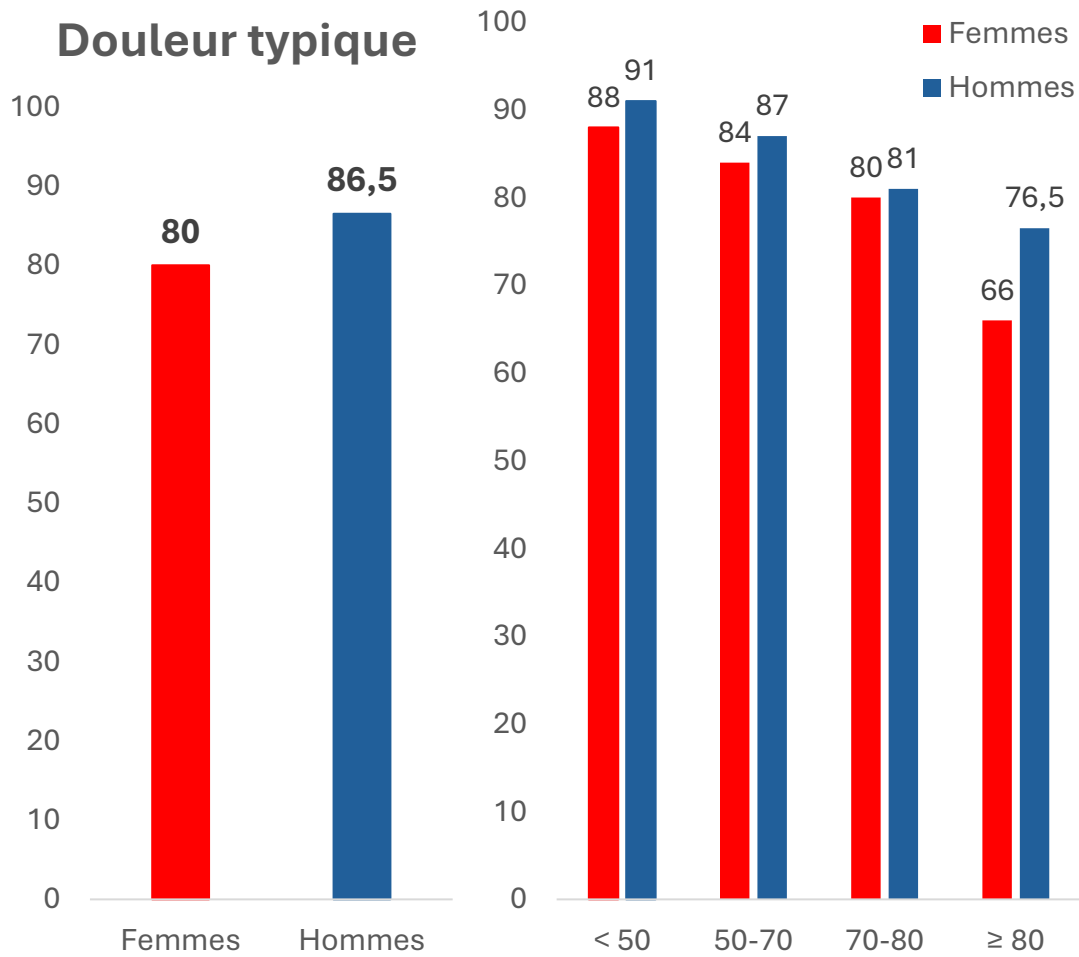
STEMI : 4.9 vs 2.2 %      NSTEMI : 20,4 vs 7,9 %

- Occlusion coronaire complète aussi fréquente

STEMI : 57,5 vs 60,1 %      NSTEMI : 26,1 vs 30,4 %

- Dissection coronaire plus fréquente chez la femme ; 90 % des malades avec dissection sont des femmes. **Mais on estime que moins de 4 % des infarctus sont dus à une dissection coronaire spontanée ...**

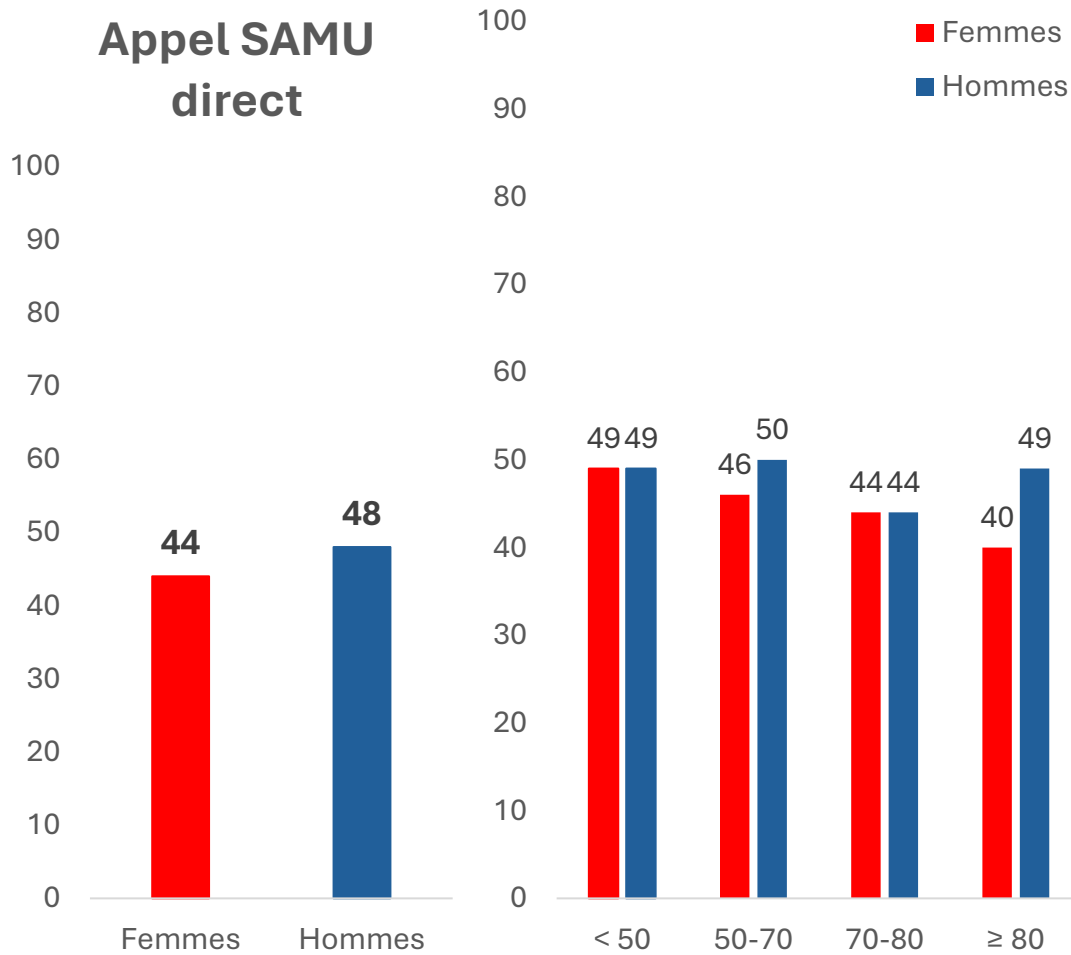
# Présentation clinique : de vraies différences ?





# Prise en charge initiale

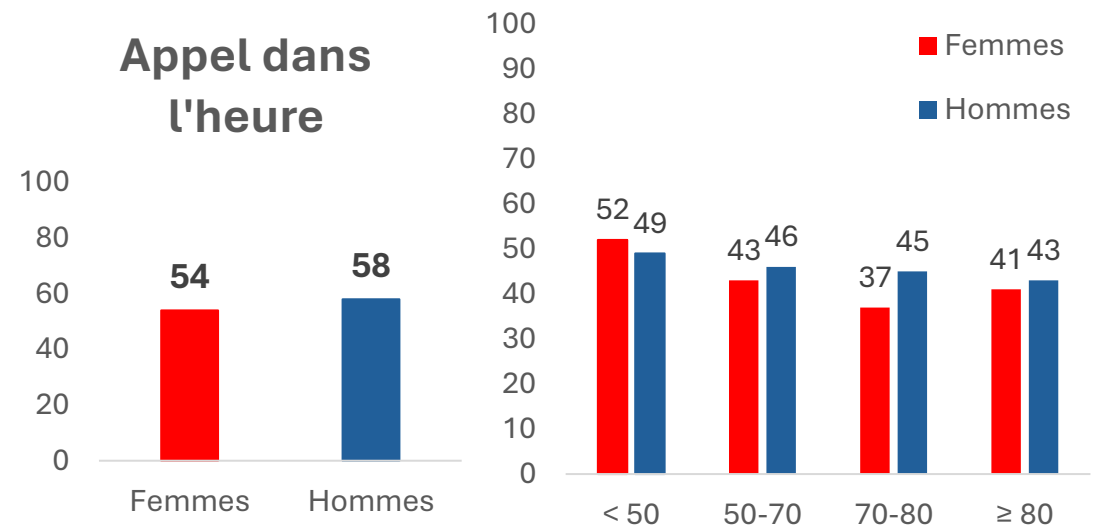
## Appel SAMU direct



## Délais médians

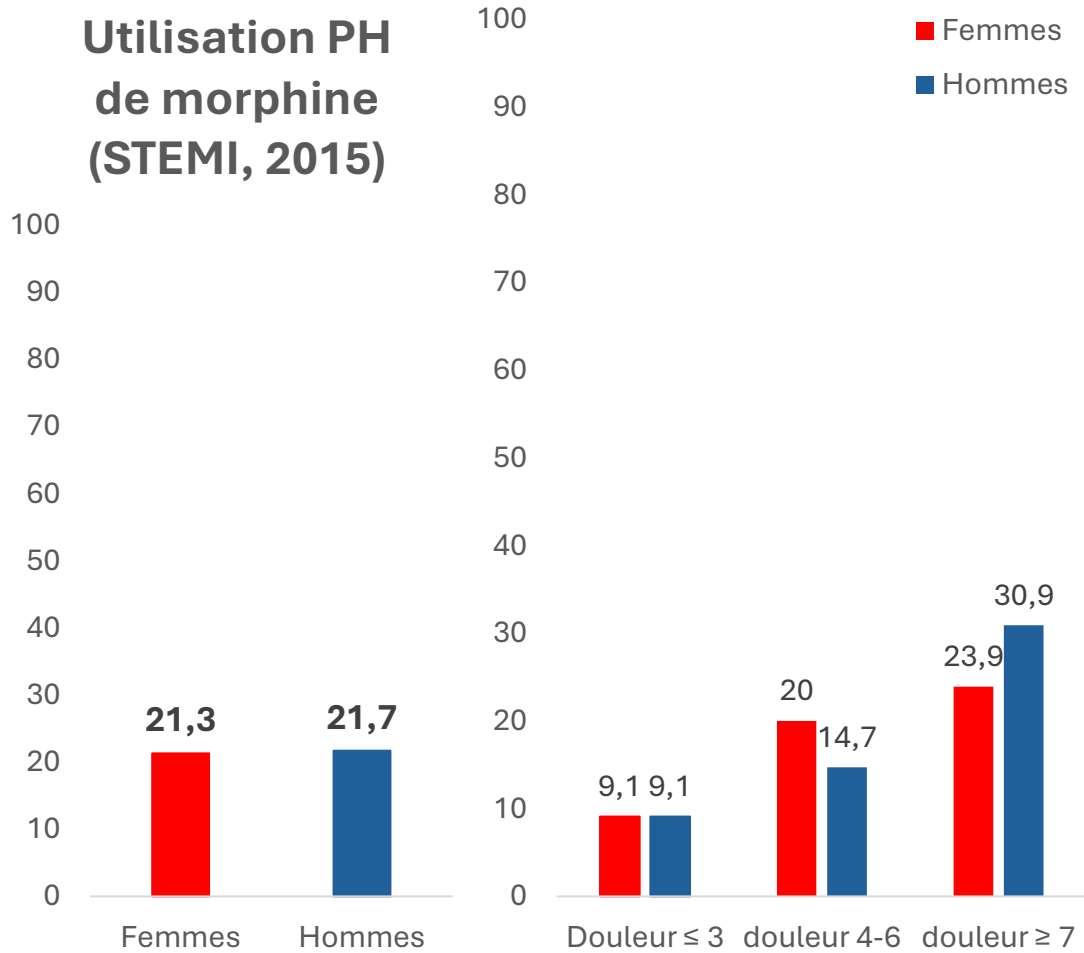
- **1<sup>ers</sup> symptômes-appel** **100 vs 76 min**
- **2005** 118 vs 86 min
- **2010** 70 vs 75 min
- **2015** 123 vs 78 min
- **appel-angioplastie (STEMI)** **100 vs 90 min**
- **délai symptôme-reperfusion** **270 vs 220 min**

## Appel dans l'heure

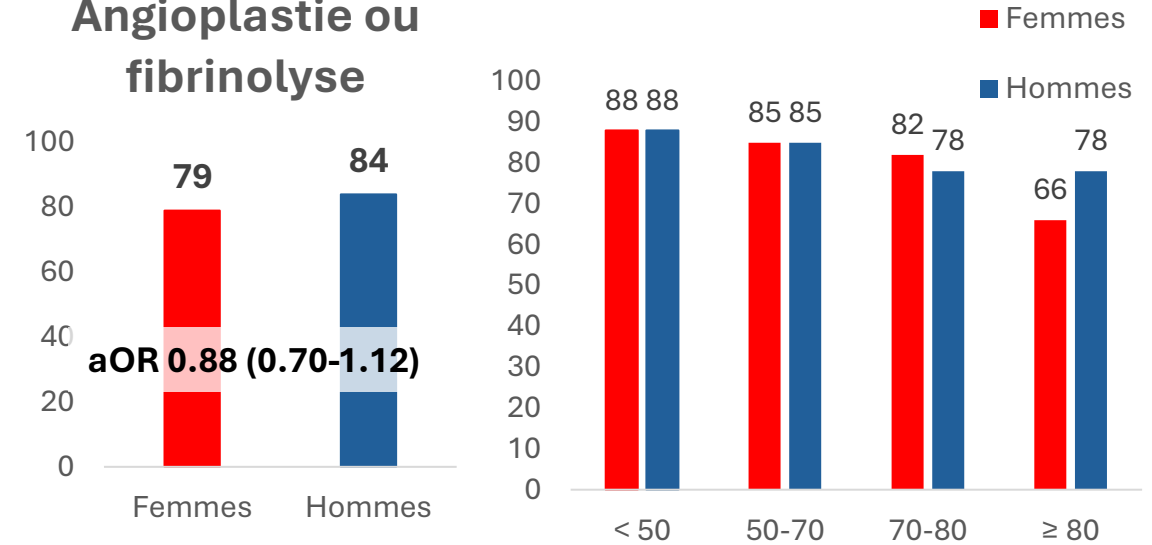


# Prise en charge initiale (STEMI, 2015)

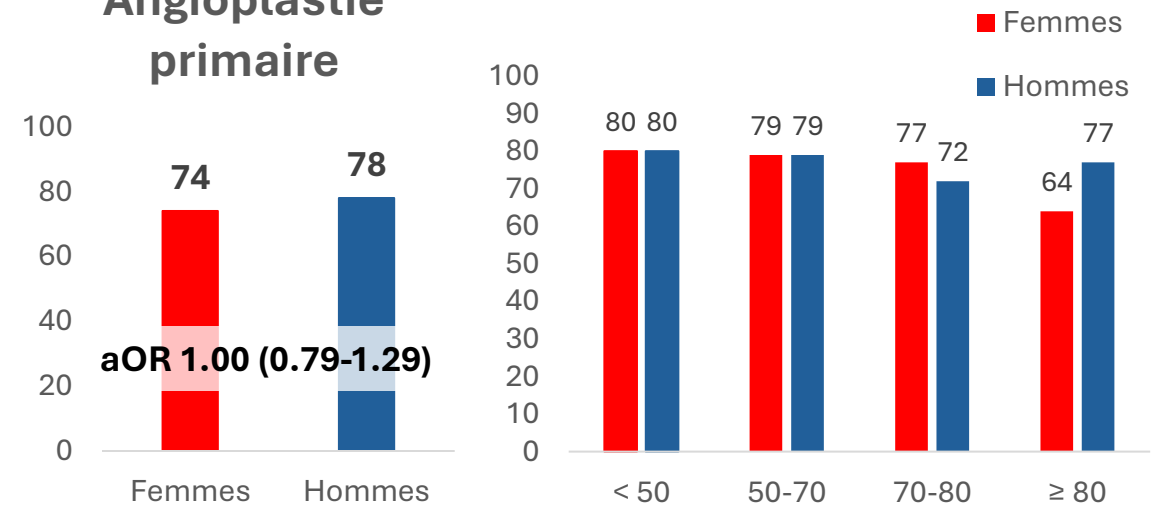
## Utilisation PH de morphine (STEMI, 2015)



## Angioplastie ou fibrinolyse

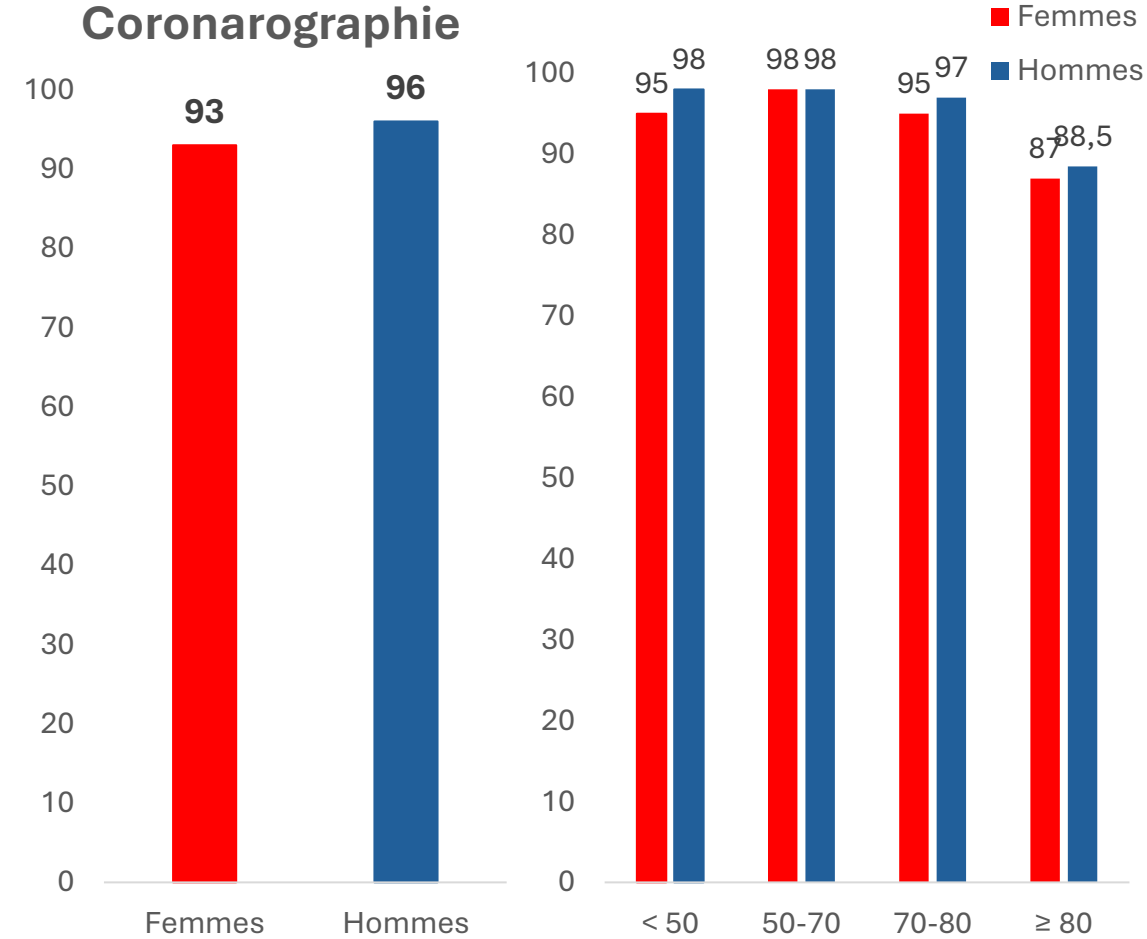


## Angioplastie primaire



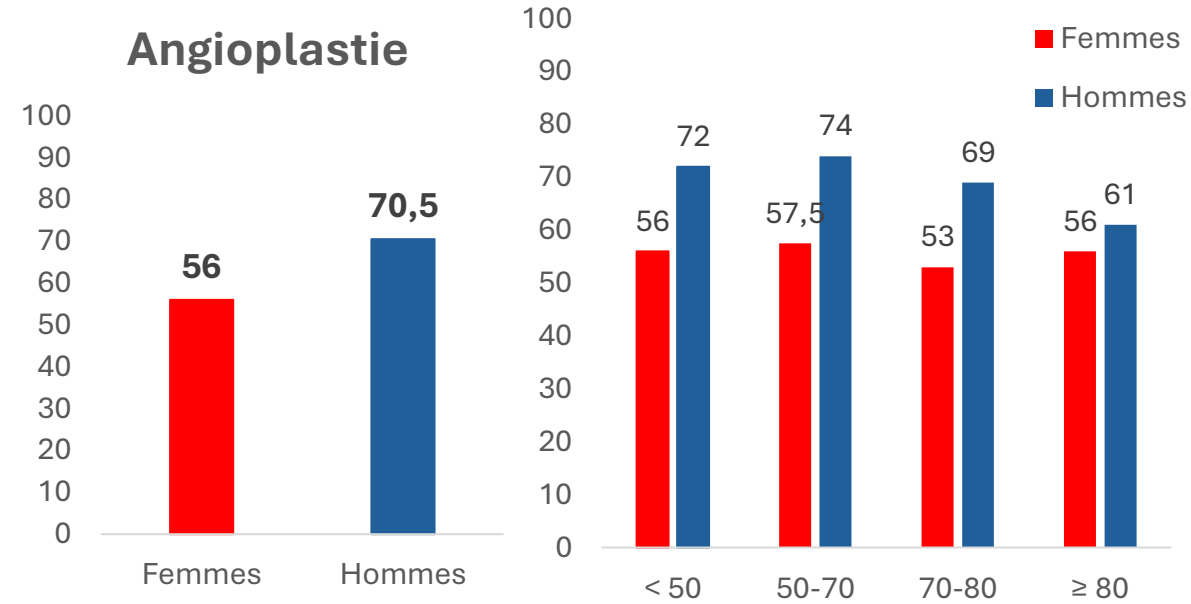
# Prise en charge initiale (NSTEMI, 2015)

## Coronarographie

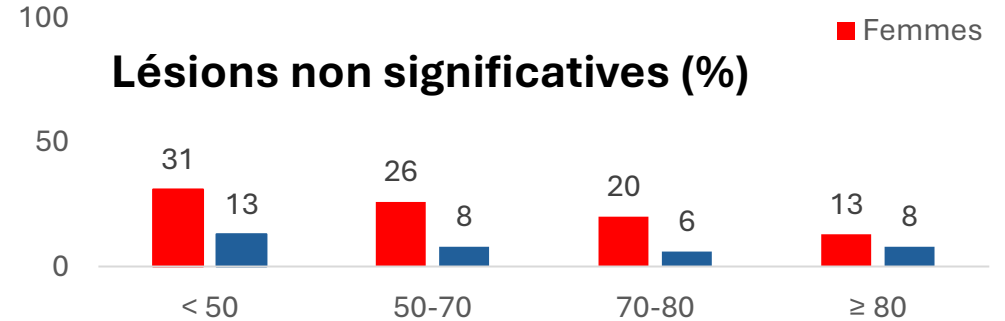


aOR 0.76 (0.52-1.10)

## Angioplastie



## Lésions non significatives (%)



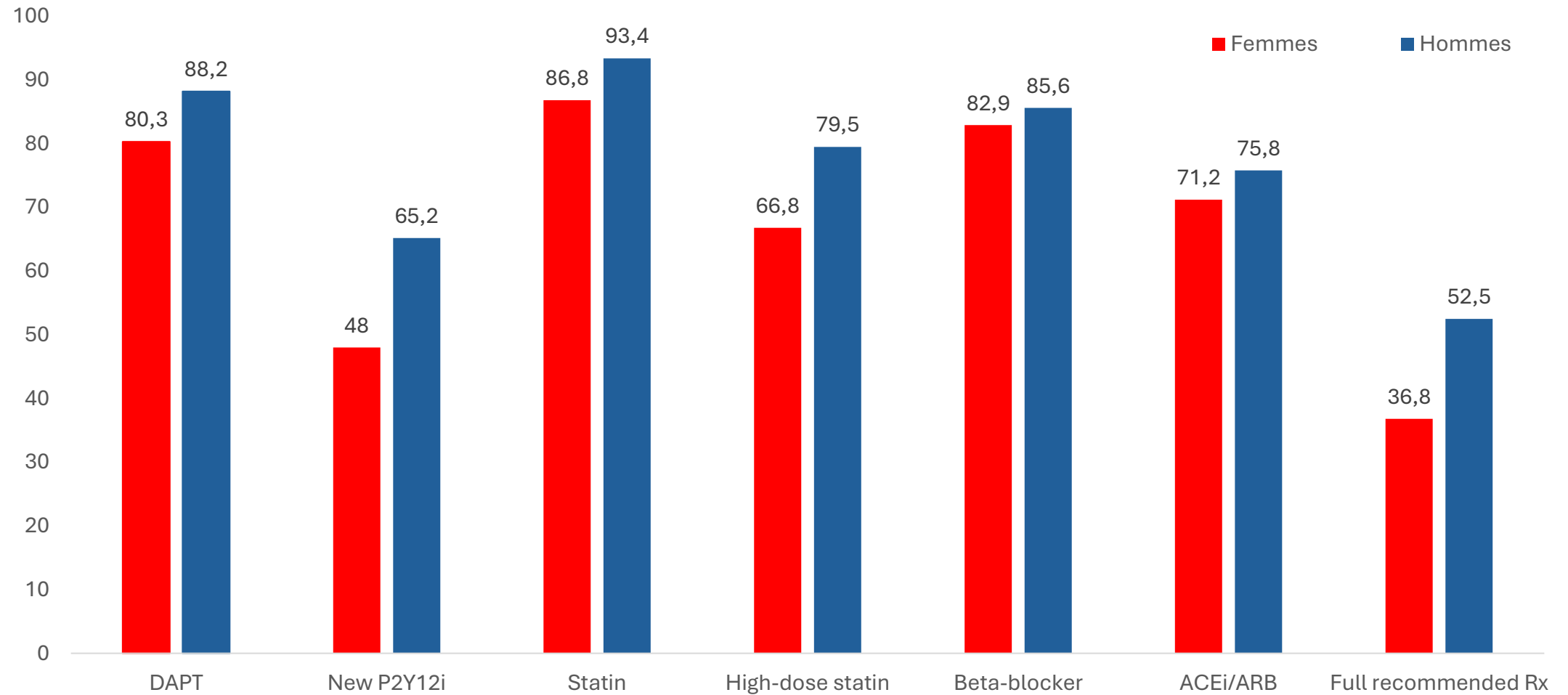
aOR 0.57 (0.48-0.68)

(âge)

aOR 0.86 (0.69-1.70)

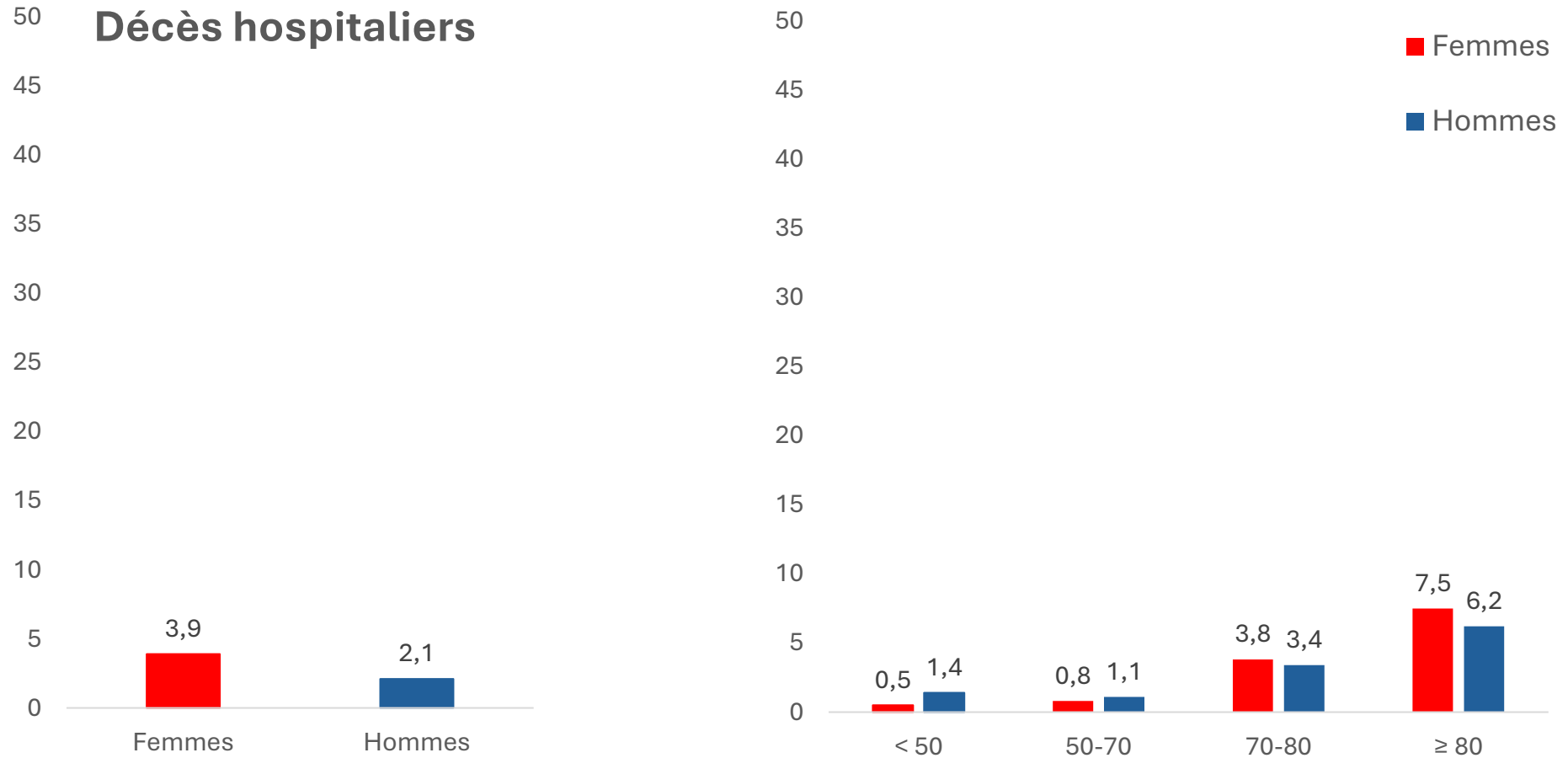
(âge, lésion NS)

# Médicaments de prévention à la sortie (2015)



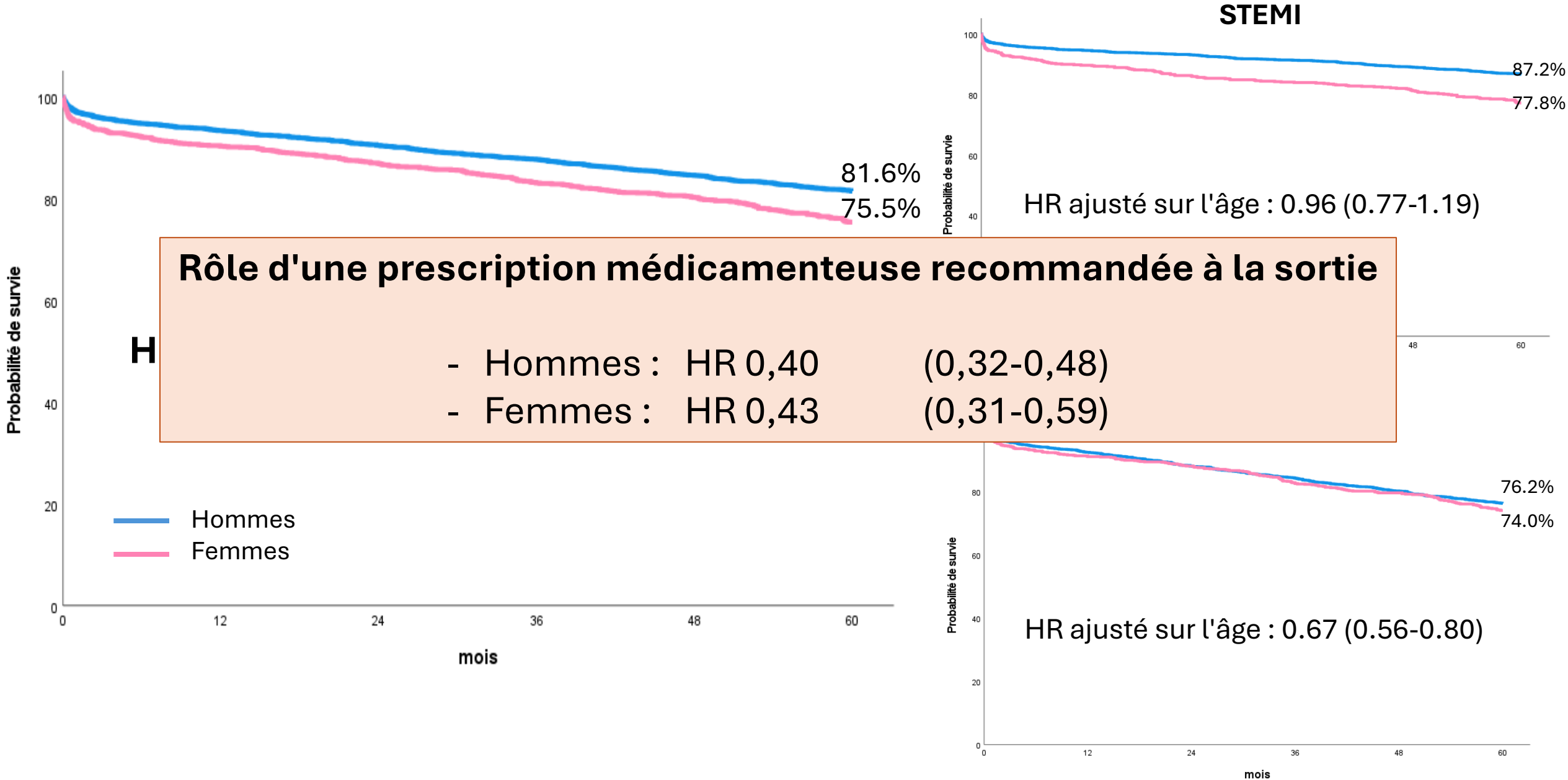
**Adjusted OR**      **0.93 (0.76-1.14)**    **0.88 (0.75-1.02)**    **0.73 (0.58-0.91)**    **0.80 (0.69-0.94)**    **1.15 (0.96-1.38)**    **0.90 (0.77-1.04)**    **0.83 (0.71-0.96)**

# Pronostic en fonction du genre



**aOR 1.09 (0.75-1.58)**

# Pronostic en fonction du genre : mortalité à 5 ans



# Conclusion

- Ne pas transformer une significativité statistique en un message de santé publique susceptible de masquer le cas le plus général.
- Plutôt que de lancer des slogans militants irraisonnés, essayons de comprendre la raison des disparités persistantes et d'agir pour les faire disparaître : **le retard d'appel dans les infarctus avec sus-décalage doit être comblé.**
- La prescription de statines à la sortie, y compris aux fortes doses, ne doit pas être réservée aux hommes.