

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

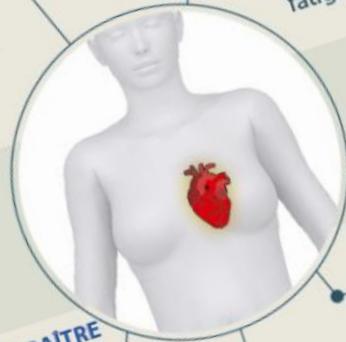
Contexte

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

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**

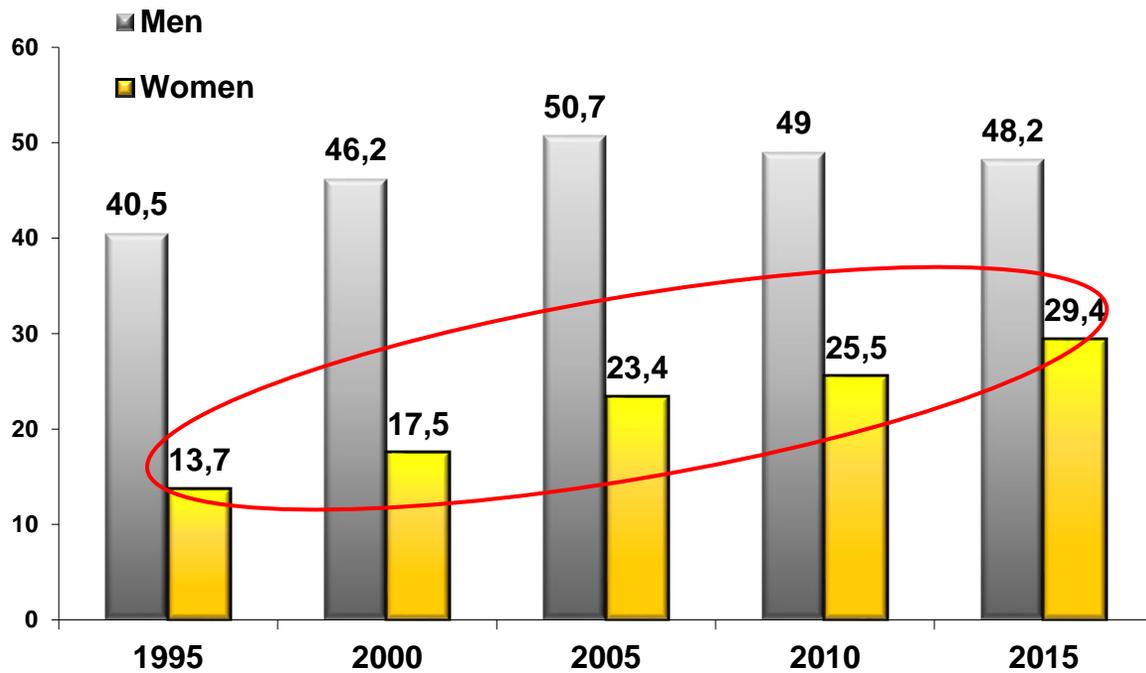
- FAST-MI 2005-2015 : 47 % vs 54 %

Données épidémiologiques évolution sur deux décennies

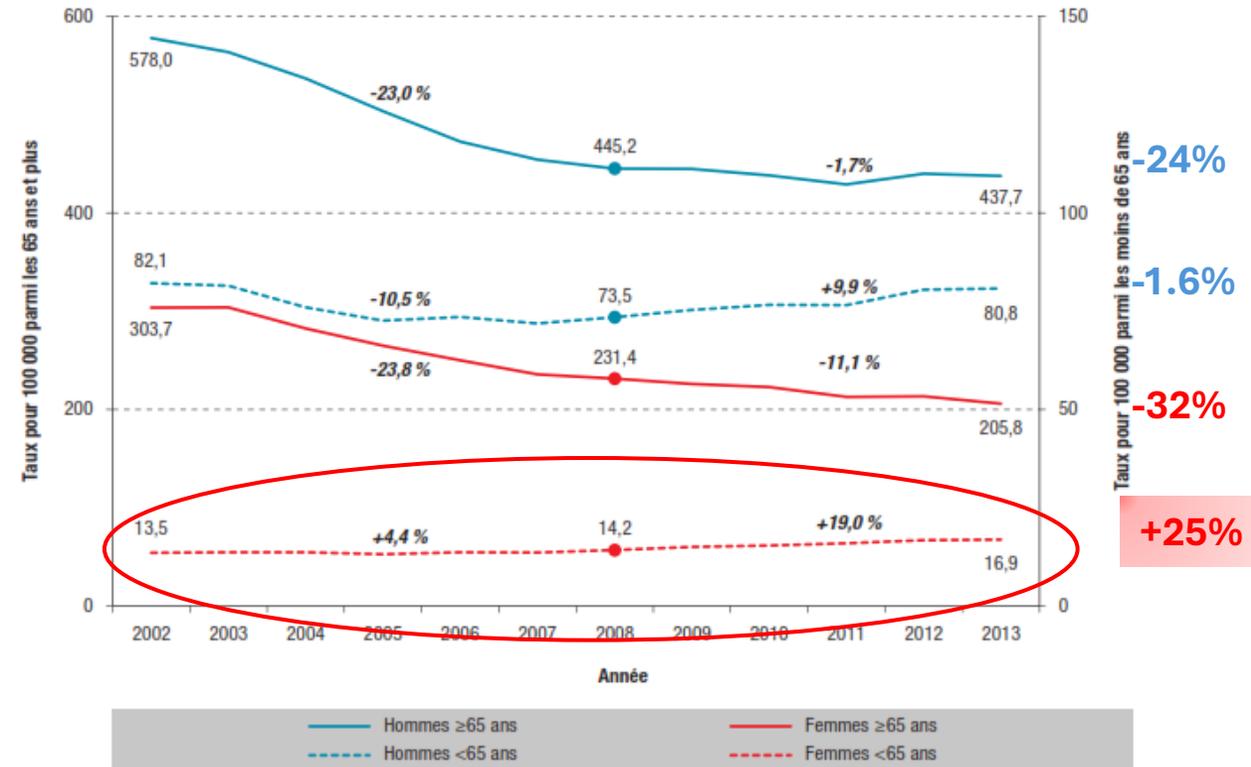
Augmentation des infarctus chez les femmes jeunes

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 :

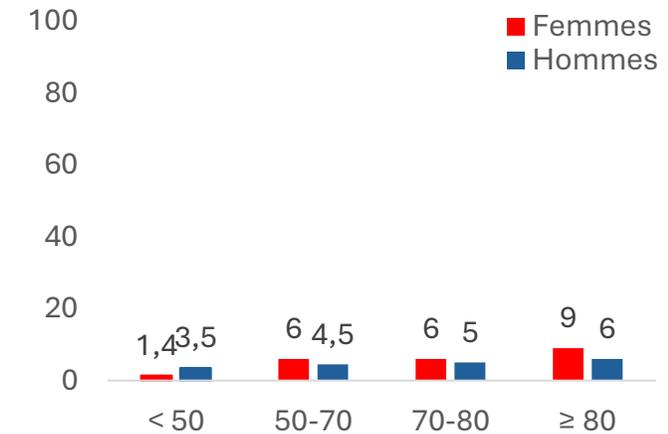
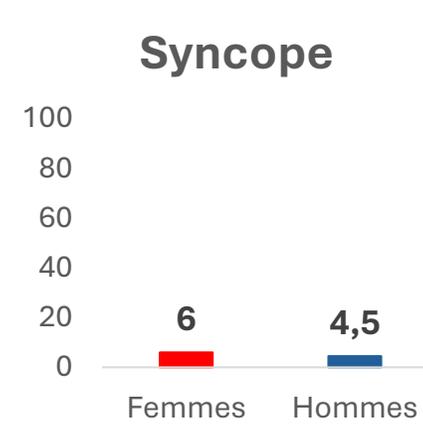
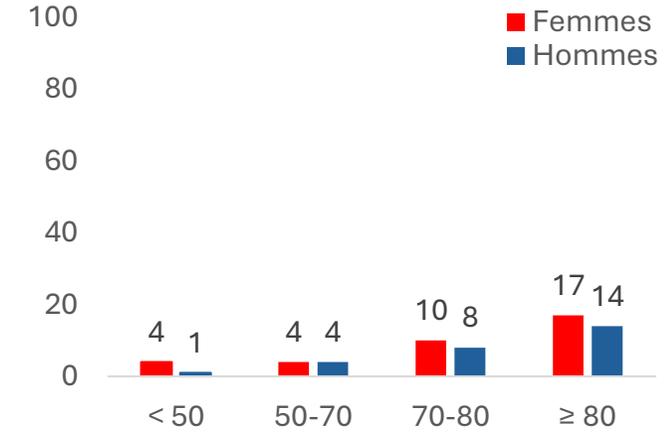
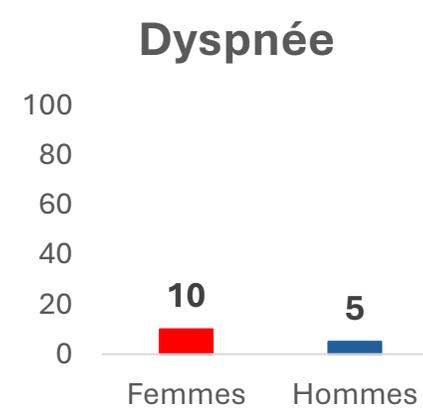
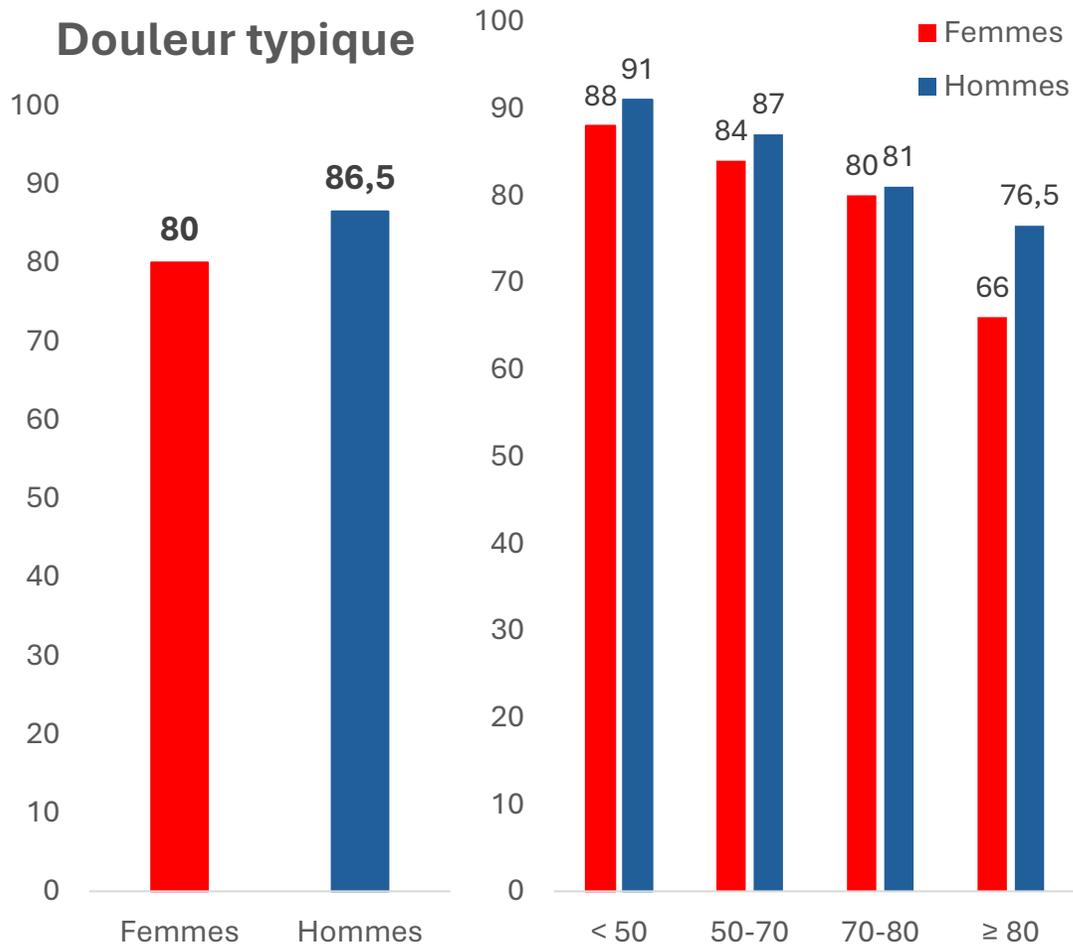
STEMI : 4.9 vs 2.2 % NSTEMI : 20,4 vs 7,9 %

- Occlusion coronaire complète aussi fréquente

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

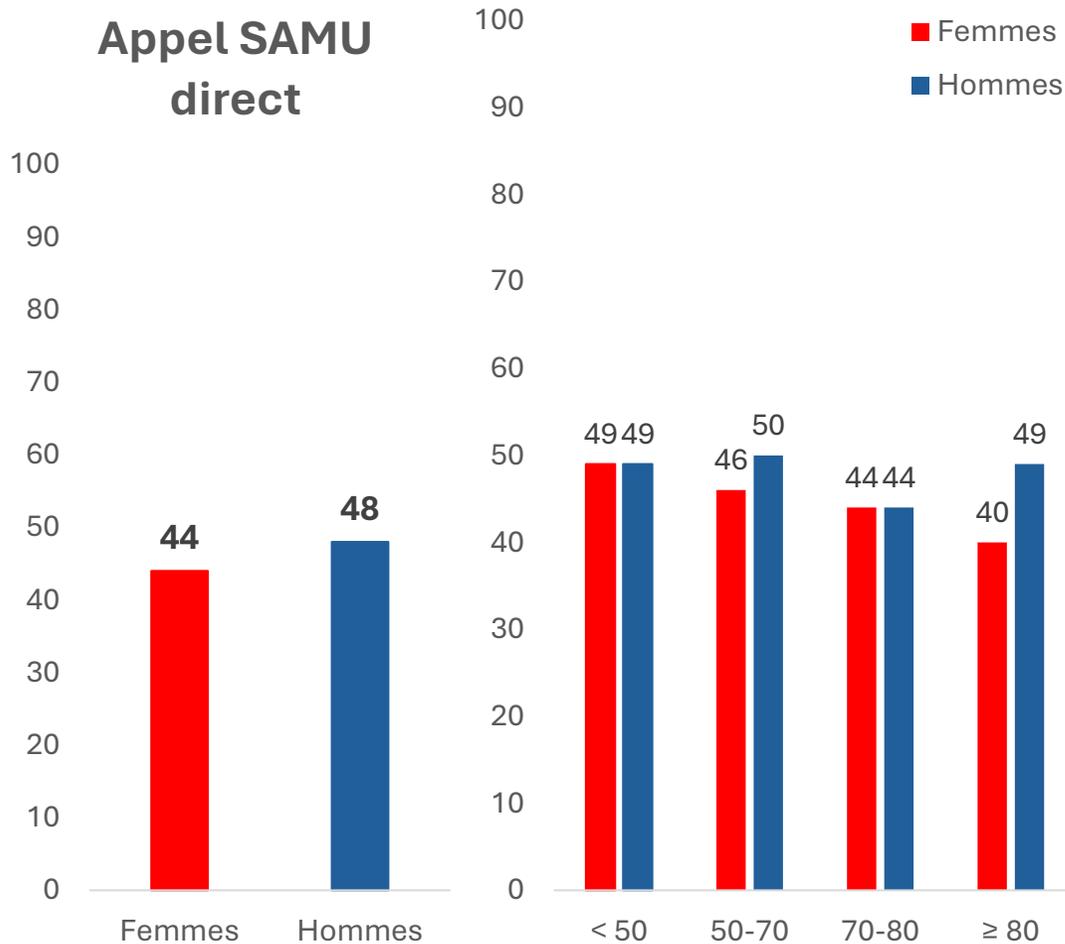
- Dissection coronaire plus fréquente chez la femme ; 90 % des malades avec dissection sont des femmes. **Mais on estime que moins de 4 % des infarctus sont dus à une dissection coronaire spontanée ...**

Présentation clinique : de vraies différences ?



Prise en charge initiale

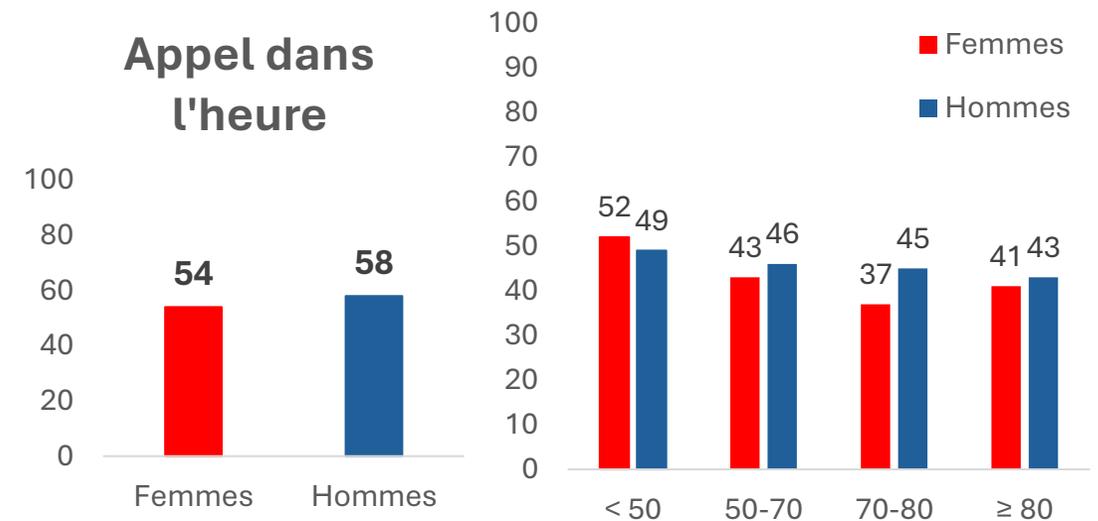
Appel SAMU direct



Délais médians

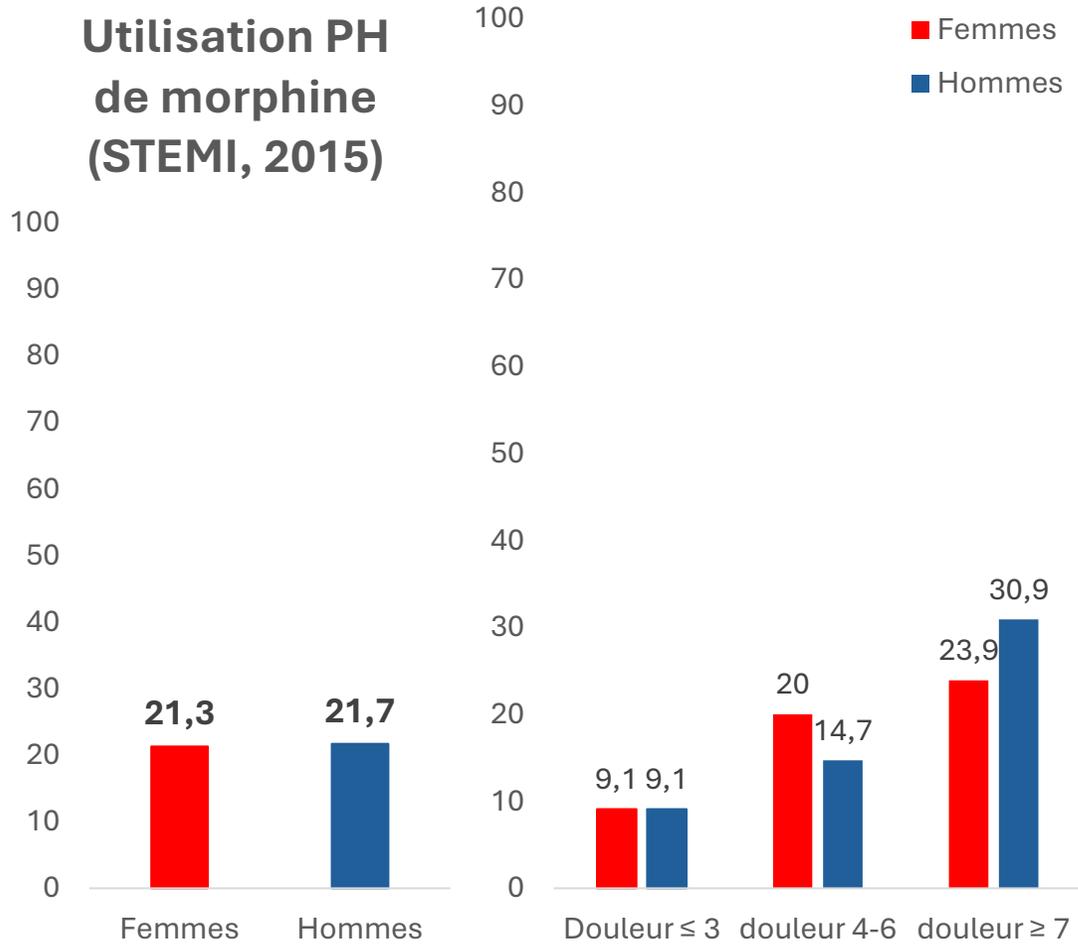
- **1^{ers} symptômes-appel** **100 vs 76 min**
- **2005** 118 vs 86 min
- **2010** 70 vs 75 min
- **2015** 123 vs 78 min
- **appel-angioplastie (STEMI)** **100 vs 90 min**
- **délai symptôme-reperfusion** **270 vs 220 min**

Appel dans l'heure

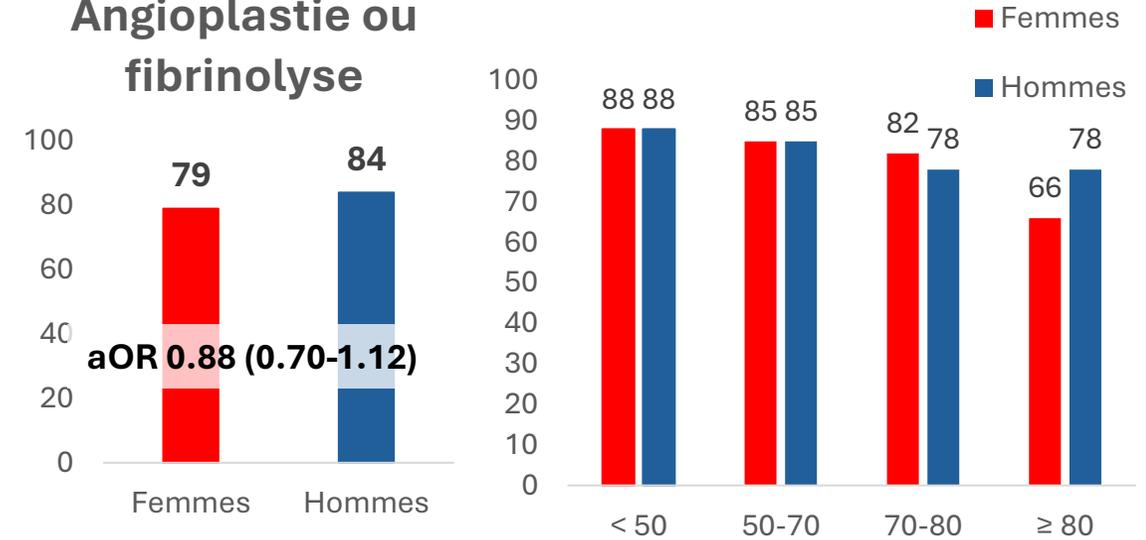


Prise en charge initiale (STEMI, 2015)

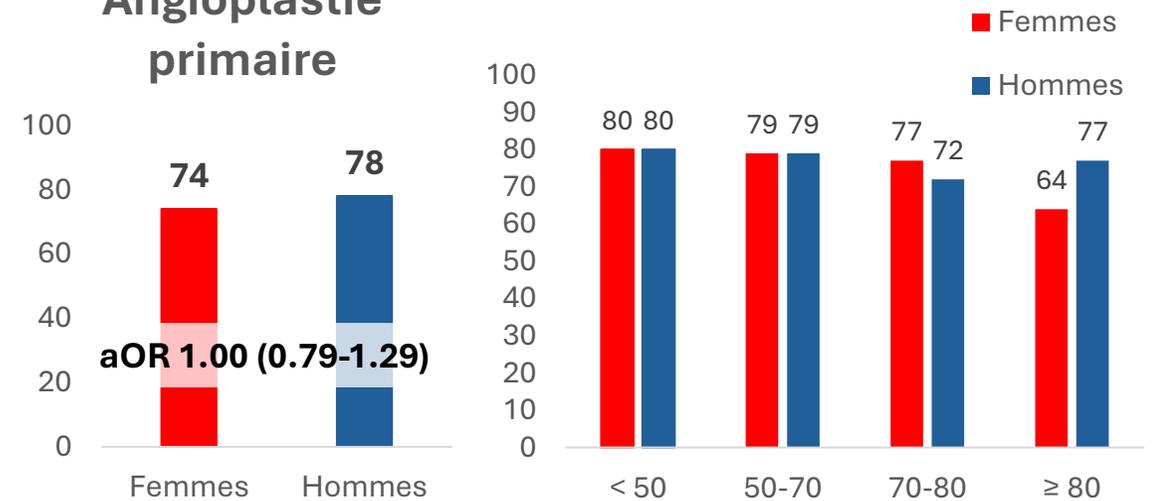
Utilisation PH de morphine (STEMI, 2015)



Angioplastie ou fibrinolyse

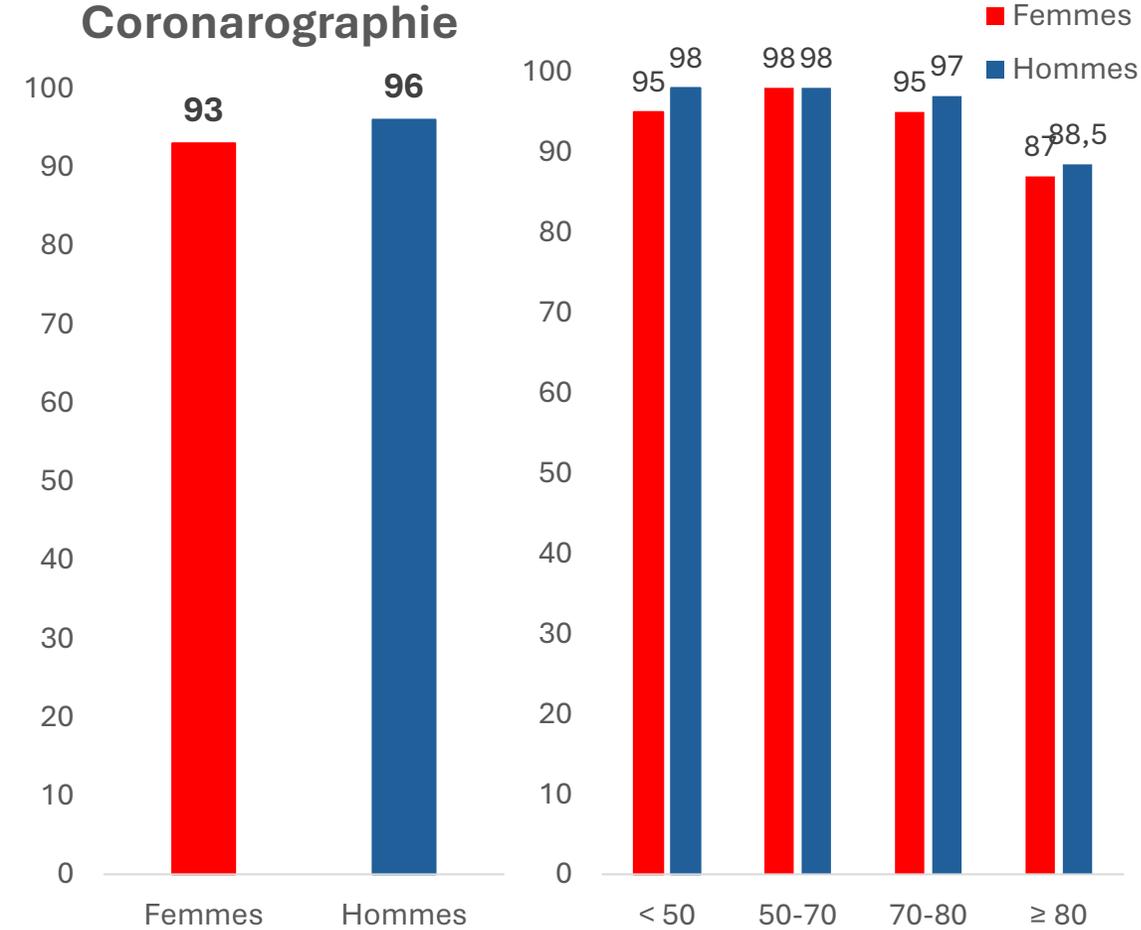


Angioplastie primaire



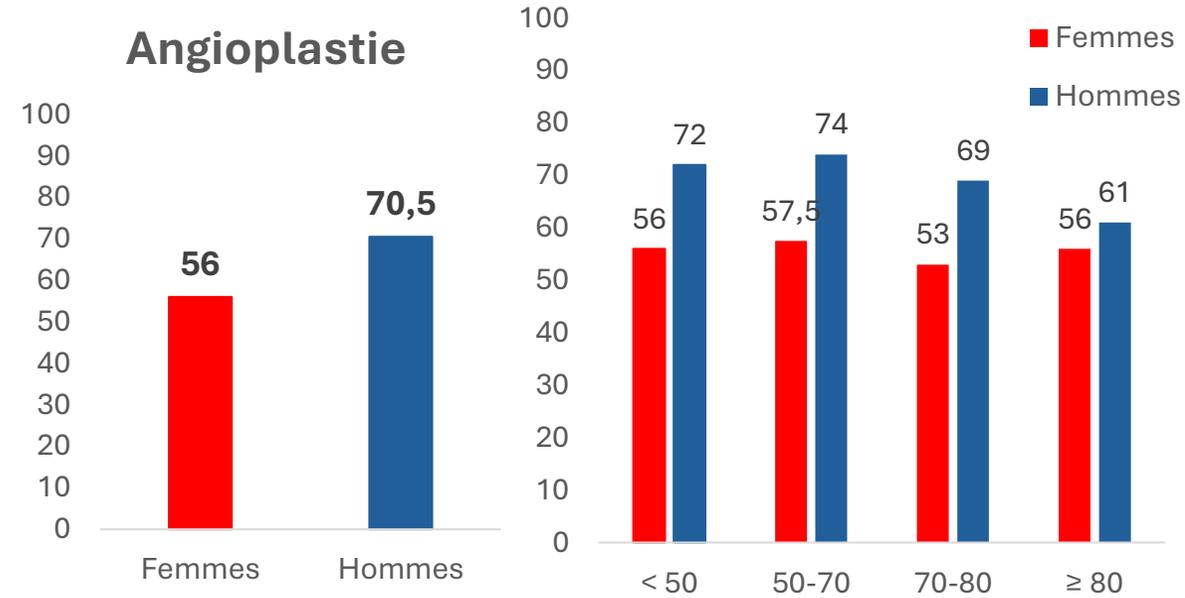
Prise en charge initiale (NSTEMI, 2015)

Coronarographie



aOR 0.76 (0.52-1.10)

Angioplastie



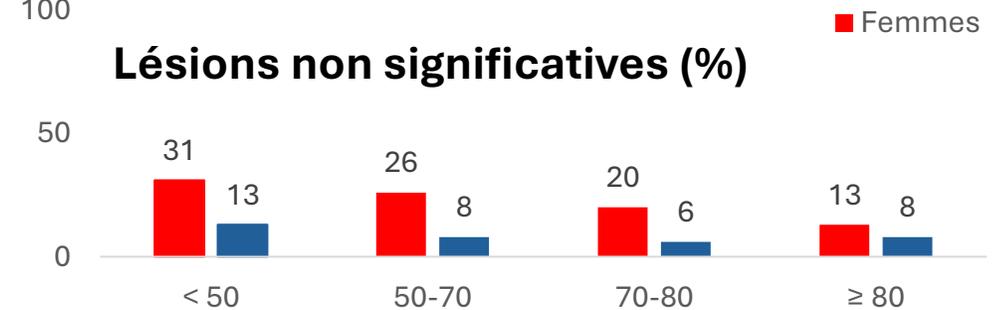
aOR 0.57 (0.48-0.68)

(âge)

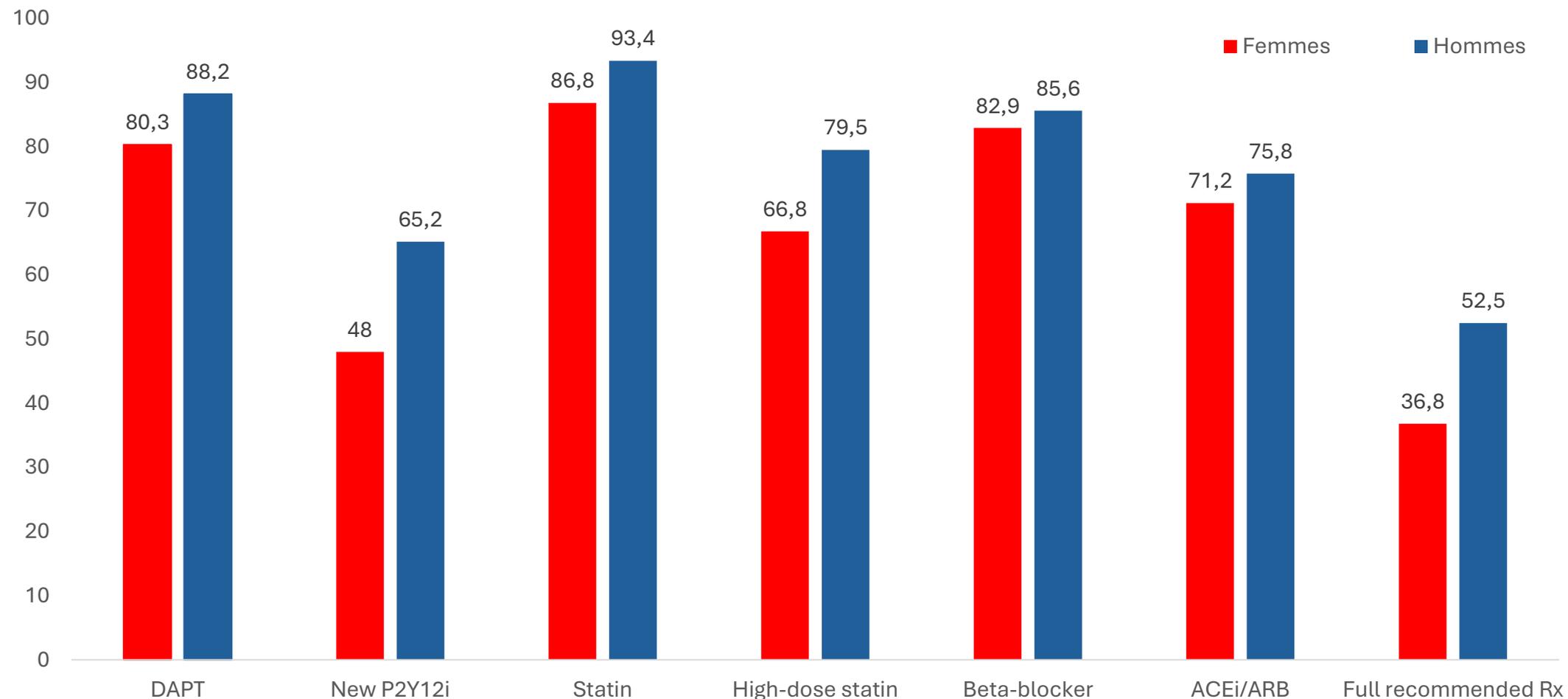
aOR 0.86 (0.69-1.70)

(âge, lésion NS)

Lésions non significatives (%)

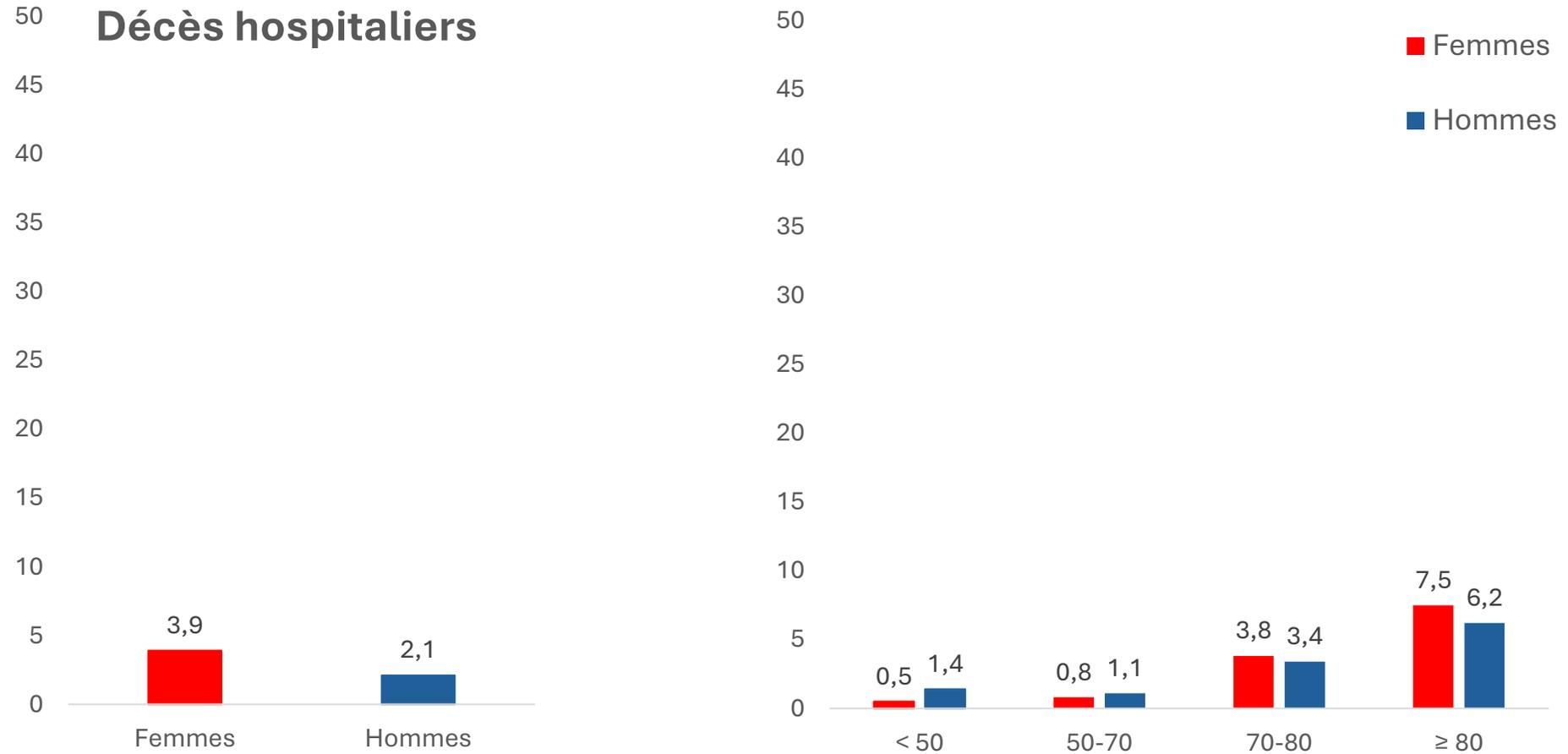


Médicaments de prévention à la sortie (2015)



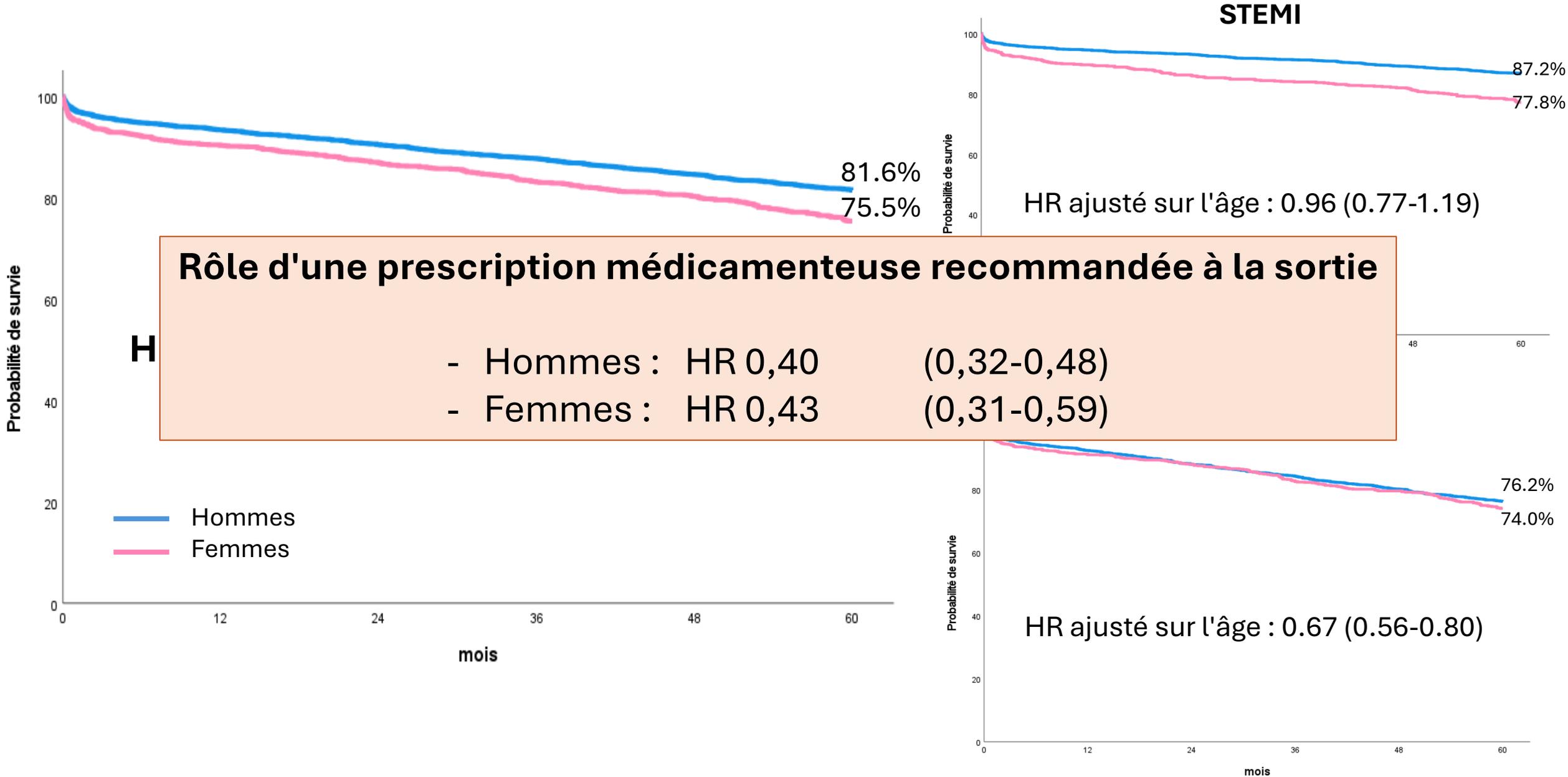
Adjusted OR **0.93 (0.76-1.14)** **0.88 (0.75-1.02)** **0.73 (0.58-0.91)** **0.80 (0.69-0.94)** **1.15 (0.96-1.38)** **0.90 (0.77-1.04)** **0.83 (0.71-0.96)**

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.