

# La maladie coronarienne chez la femme

moins spectaculaire, mais tout aussi mortelle !

par Hélène Mayrand

**Une femme de 48 ans meurt subitement d'un infarctus, laissant dans le deuil son mari et ses deux enfants. L'histoire vous surprend ?**

**E**N EFFET, CE N'EST PAS LE TABLEAU TYPIQUE de la maladie coronarienne chez la femme. Habituellement, celle-ci sera plus âgée au moment où elle présentera une maladie coronarienne athéroscléreuse (MCAS), et la première manifestation sera plus souvent l'angine que l'infarctus. De ce fait, le tableau clinique peut paraître moins spectaculaire que dans le cas d'un infarctus chez l'homme d'âge moyen, mais il n'en demeure pas moins qu'il s'agit de la première cause de décès chez les deux sexes. Pourtant, la majorité des femmes sous-estiment leur risque de MCAS, et pensent souvent que c'est le cancer du sein qui constitue pour elles la plus grande menace. Cela entraîne des délais de consultation de la part des patientes lorsqu'elles souffrent de maladie coronarienne. De plus, lorsqu'il s'agit d'une MCAS, le corps médical n'évalue ni ne traite de la même façon les femmes et les hommes. Revoyons alors le tableau clinique particulier de la MCAS chez la femme à l'aide de deux exemples fréquemment rencontrés, soit l'évaluation des douleurs rétrosternales (DRS) et l'infarctus.

## L'évaluation des DRS chez la femme

### Les facteurs de risque

L'évaluation d'une DRS chez un patient de quelque sexe qu'il soit comporte l'analyse des facteurs de risque de MCAS,

*La D<sup>e</sup> Hélène Mayrand, cardiologue, exerce à la Cité de la Santé de Laval.*

analyse qui est encore plus importante chez la femme. Ainsi, alors que chez un homme qui se plaint de DRS le simple fait d'être âgé de plus de 55 ans nous fera suspecter d'abord un tableau coronarien, chez une femme la probabilité d'une MCAS dépendra de la présence ou de l'absence de facteurs de risque. Parmi ces facteurs, le diabète a une importance particulière, augmentant de trois à sept fois le risque de MCAS chez la femme, comparativement à deux fois chez l'homme<sup>1</sup>. De plus, la présence du diabète élimine la protection conférée par l'état préménopausique<sup>2</sup>. En effet, l'état hormonal d'une patiente est un facteur déterminant au moment de l'établissement du risque de MCAS lors de l'évaluation de DRS, car après la ménopause (naturelle ou chirurgicale), le risque de MCAS devient élevé.

Bien que les études à répartition aléatoire aient démontré que la baisse des LDL à l'aide de statines diminue l'incidence de la MCAS et de la mortalité qui en résulte chez les femmes, le taux sanguin de LDL reste, chez elles, un paramètre faiblement prédictif de MCAS<sup>3</sup>. Un taux bas de HDL est un meilleur indicateur de MCAS chez la femme que chez l'homme, et les taux élevés de triglycérides (TG), quant à eux, sont importants surtout chez la femme âgée<sup>3</sup>.

La présence de souffles artériels ou la diminution des pouls périphériques décelés à l'examen augmentent également la probabilité qu'une femme présente une douleur d'origine angineuse. Les autres facteurs de risque de MCAS

**La présence du diabète élimine la protection conférée par l'état préménopausique.**

## T A B L E A U

### Facteurs de risques de MCAS

<b>Importants</b>	Diabète État hormonal Maladie vasculaire périphérique
<b>Modérés</b>	Taux de HDL bas / de TG élevés Hypertension artérielle Tabagisme
<b>Faibles</b>	Sédentarité Antécédents familiaux Âge > 65 ans Obésité (surtout abdominale)

Adapté de Douglas PS, Ginsburg GS. The evaluation of chest pain in women. *N Engl J Med* 1996; 334: 1311-5. Reproduit avec permission.

74

et leur importance particulière chez la femme sont indiqués dans le *tableau* ci-dessus.

#### Présentation clinique

Les femmes peuvent présenter un tableau classique d'angine à l'effort, mais auquel se rajouteront souvent, des douleurs nocturnes, au repos ou à la suite d'une émotion<sup>3</sup>. Il ne faut donc pas éliminer la possibilité d'un diagnostic d'angine chez une patiente qui présente des éléments qui peuvent nous sembler atypiques de la MCAS.

#### Les tests diagnostiques

Dans le cas des patientes ayant une probabilité prétest intermédiaire à élevée de MCAS, l'évaluation des douleurs doit débiter par une épreuve d'effort standard. Les patientes sans facteur de risque de MCAS ne devraient pas subir de test, car leur probabilité de MCAS est trop faible et le taux de faux positifs aux différents tests est trop élevé. La sensibilité et surtout la spécificité plus grande de l'échographie à l'effort en font un outil précieux chez la femme, mais cette technique est moins répandue et donc moins

accessible. La technique d'imagerie nucléaire avec le MIBI ou le thallium, couplée à une épreuve d'effort ou à l'injection de dipyridamole, offre également une meilleure sensibilité et spécificité que l'épreuve d'effort standard. Néanmoins, le premier test demeure l'épreuve d'effort, car un résultat normal lors de cette modalité diagnostique élimine en bonne partie la probabilité de MCAS. Il faut, par contre, se souvenir que l'hormonothérapie à base d'œstrogènes peut donner des faux positifs à l'électrocardiogramme (ÉCG) à l'effort. De plus, la prise de digitaline et la présence d'un bloc de branche gauche ou d'une hypertrophie ventriculaire gauche à l'ÉCG rendent les tracés impossibles à interpréter. Finalement, il existe encore un biais de la part des médecins lorsqu'il s'agit d'investiguer les femmes. En effet, pour un même résultat anormal lors du test au thallium, on orientera un homme six fois plus souvent qu'une femme vers la coronarographie<sup>2</sup>.

#### L'infarctus chez la femme

##### Retards indus

Les femmes connaissent des retards dans le traitement de leur infarctus. Sous-estimant la probabilité de subir un infarctus, elles se présentent plus tardivement à l'urgence en raison de leurs malaises, et le corps médical est moins prompt à intervenir, car lui non plus, ne reconnaît pas que les femmes peuvent souvent être à risque de MCAS. De plus, la présentation atypique de l'infarctus chez la femme en retarde le diagnostic.

##### Une présentation, une évolution et un traitement différents

Chez la femme, la douleur provoquée par l'infarctus est souvent atypique, siégeant plus souvent au niveau des épaules, de l'épigastre et des mâchoires, plutôt que dans la région rétrosternale, qui est le mode de présentation classique<sup>2</sup>. Cependant, les symptômes et les signes associés, tels les nausées, les vomissements et les présyncopes sont plus fréquents et peuvent même être les seuls indices de l'infarctus. L'infarctus silencieux est aussi plus fréquent chez la femme<sup>2</sup>.

Les études effectuées vers le milieu des années 1990 ont

**L'hormonothérapie à base d'œstrogènes peut donner des faux positifs à l'électrocardiogramme à l'effort.**

R E P È R E

montré que, comparativement aux hommes, les femmes qui subissent un infarctus étaient plus âgées, et que, chez elles, la prévalence de tous les facteurs de risque de MCAS sauf le tabagisme était plus grande<sup>2</sup>. Bien que chez les femmes, à leur arrivée à l'urgence, présentent un infarctus plus grave, caractérisé entre autres par une classe de Killip plus élevée et par une prévalence plus élevée de tachycardie et de trouble de conduction, elles bénéficient moins souvent et plus tardivement d'une thrombolyse, et ce, même après l'ajustement selon les facteurs de risque<sup>2</sup>. La thrombolyse est, cependant, aussi efficace chez les deux sexes.

Les taux de complications après la thrombolyse et de mortalité pendant l'hospitalisation sont plus élevés chez les femmes, en partie en raison de leur âge plus avancé ainsi que d'une plus grande prévalence des facteurs de risque chez elles<sup>2</sup>. La revascularisation chirurgicale ou par angioplastie entraîne également une plus grande morbidité chez la femme. Par contre, une étude récente montre l'avantage de l'angioplastie primaire dans le traitement de l'infarctus aigu comparativement à la thrombolyse, du fait qu'elle diminue, entre autres, le taux de saignement intracrânien. En effet, les femmes sont plus sujettes à cette complication étant donné leur âge plus avancé et la prévalence plus grande d'hypertension artérielle<sup>4</sup>. Le taux de mortalité à long terme, après infarctus et après revascularisation est, par contre, similaire chez les deux sexes<sup>2</sup>.

### L'hormonothérapie et la MCAS

Les études d'observation avaient toutes démontré l'avantage de la prise d'œstrogènes en prévention primaire et secondaire de la MCAS. La publication de l'étude HERS<sup>6</sup> et, plus récemment, de l'étude Women's Health Initiative<sup>7</sup> ont changé le dogme. HERS, étude à répartition aléatoire et à double insu, qui évaluait l'avantage de l'hormonothérapie en prévention secondaire de la MCAS, a démontré l'effet neutre de cette dernière. On a même noté pendant la première année du suivi un excès de complications thromboemboliques dans le groupe traité. L'étude Women's Health Initiative, qui étudiait la prise d'œstrogènes

équins (0,625 mg) associés à l'acétate de médroxyprogestérone (MPA, 2,5 mg) chez des femmes ménopausées en bonne santé, âgées de 50 à 79 ans, a été arrêtée prématurément en raison d'un excès d'événements cardiovasculaires et de cancers du sein. Le Women's Health Initiative était une étude de prévention primaire, car seulement 7,7% des participantes souffraient de MCAS lors de la répartition aléatoire (les résultats de HERS étaient alors inconnus). Il n'y a donc actuellement aucune indication qui justifie l'amorce d'une hormonothérapie en prévention primaire ou secondaire, dans le seul but de prévenir la MCAS.

**L**E DIAGNOSTIC DE LA MALADIE CORONARIENNE chez la femme repose sur le fait de l'envisager d'emblée comme une des possibilités. Son traitement constitue un défi plus grand, car il concerne une population plus âgée et plus malade. Les études sur l'hormonothérapie font comprendre aux femmes qu'elles sont à risque de MCAS, et le médecin doit également adapter son approche et son traitement de la première cause de décès chez la femme. ☞

**Date de réception :** 7 février 2003.

**Date d'acceptation :** 26 février 2003.

**Mots clés :** femme, maladie coronarienne, infarctus, hormonothérapie.

### Bibliographie

1. Chiamvimonvat V, Sternberg L. Coronary artery disease in women. *Can Fam Physician* 1998 ; 44 : 2709-17.
2. Douglas PS. Coronary artery disease in women. Dans : Braunwald E. *Heart Disease, A Textbook of Cardiovascular Medicine*. 5<sup>e</sup> éd. W.B. Saunders, 1997 : 1704-14.
3. Douglas PS, Ginsburg GS. The evaluation of chest pain in women. *N Engl J Med* 1996 ; 334 : 1311-5.
4. White HD, et al. After correcting for worse baseline characteristics, women treated with thrombolytic therapy for acute myocardial infarction have the same mortality and morbidity as men except for a higher incidence of hemorrhagic stroke. The Investigators of the International Tissue Plasminogen Activator/Streptokinase Mortality Study. *Circulation* 1993 ; 88 : 2097.
5. Stone GW, Grines CL, Browne KF, et al. Predictors of in-hospital and

**Il n'y a actuellement aucune indication qui justifie l'amorce d'une hormonothérapie en prévention primaire ou secondaire, dans le seul but de prévenir la MCAS.**

REPÈRE



## Congrès de formation médicale continue FMOQ

### Juin 2003

12, 13 **Urologie/Néphrologie/Allergies**

Hôtel Le Montagnais, Saguenay

### Septembre 2003

18, 19 **La santé des femmes**

Palais des congrès, Montréal

### Octobre 2003

16, 17 **La gastro-entérologie**

Hôtel Radisson Québec

### Novembre 2003

6, 7 **ORL et ophtalmologie**

Hôtel Radisson Québec

**La FMOQ sous d'autres cieux**

Riviera Maya, Mexique

### Décembre 2003

4, 5 **L'appareil locomoteur**

Hôtel Delta Centre-ville, Montréal

### Février 2004

12, 13 **La pneumologie**

Québec

### S U M M A R Y

#### **Coronary artery disease in women: not as spectacular but just as fatal!**

Coronary artery disease (CAD) is the leading cause of death in women despite the popular myth among women that breast cancer is their major threat. Diagnosis of heart disease in women is challenging because women tend to have a more atypical symptom presentation than men. Identifying a woman's risk factors is the key to determining her degree of risk of having CAD. Diabetes confers a particularly high risk for heart disease as it withdraws the protection offered by a premenopausal status. Standard treadmill exercise remains the best diagnostic test for women with moderate to high risk of heart disease.

Myocardial infarction affects women at an older age than men. Furthermore, the general medical condition of women with myocardial infarctions tends to be poorer than that of men with myocardial infarctions. Women are also more likely to suffer from complications as a result of their infarction and subsequent treatment. At the same time, long time survival rates post myocardial infarction and post revascularisation are similar for women and men.

Recent published studies provide no indications for starting hormonal therapy as a means of primary or secondary prevention of heart disease in women.

**Key words:** women, coronary artery disease, myocardial infarction, hormone replacement therapy.

6 months out come after acute myocardial infarction in the reperfusion area: the PAMI trial. *J Am Coll Cardiol* 1995; 25: 370-7.

6. Hulley S, et al. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. *JAMA* 1998; 280: 605-13.
7. Rossouw JE, et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. *JAMA* 2002; 288: 321-3.