

Les femmes ne sont pas des hommes... et pourtant !

Philippe Gabriel Steg, MD

Il existe des différences importantes dans la présentation, le pronostic et la prise en charge de la maladie coronaire chez la femme par rapport à l'homme. Jusqu'à la ménopause, les femmes sont protégées par l'imprégnation oestrogénique naturelle ainsi que par une prévalence plus faible des facteurs de risque que les hommes, de telle sorte que chez les sujets d'âge moyen, la maladie coronaire est essentiellement une maladie de l'homme. Malheureusement, après la ménopause, les femmes rattrapent leur retard et la maladie coronaire devient extrêmement prévalente chez les femmes et devient une cause de mortalité à peu près équivalente à ce qu'elle est chez l'homme. On sait depuis longtemps que la présentation clinique de la maladie coronaire est souvent différente chez la femme, avec des symptômes volontiers considérés comme traditionnellement atypiques, avec des explorations non invasives dont l'interprétation est souvent plus délicate, notamment la positivité électrique des modifications induites par l'effort et on sait enfin que l'aspect anatomique et angiographique des lésions coronaires chez la femme est différent de celui observé chez l'homme et qu'elles surviennent sur un réseau coronaire volontiers plus grêle et plus tortueux. Pour cette raison, les techniques interventionnelles de revascularisation coronaire sont considérées comme plus délicates et donnant des moins bons résultats globalement chez les femmes que chez les hommes. Si l'on tient compte du fait que les femmes présentent leur maladie en moyenne 15 ans plus tard que les hommes, qu'elles ont des atypies importantes de présentations clinique et coronarographique, et que les procédures percutanées donnent plutôt de moins bons résultats et sont plus difficiles, on comprend que l'utilisation des techniques de revascularisation coronaire dans le cadre des syndromes coronaires aigus soit moindre chez la femme que chez l'homme.

Une analyse des données nationales du PMSI pour 1999 avait montré une sous-utilisation majeure des techniques interventionnelles et notamment des techniques de reperfusion chez les femmes par rapport aux hommes à la phase aiguë de l'infarctus du myocarde, utilisation qui était largement mais pas seulement expliquée par les différences d'âge. Cette sous-utilisation des techniques interventionnelles était

associée à une sur-mortalité et, lorsqu'on simulait une utilisation plus large des techniques interventionnelles chez la femme, on parvenait à combler une grande partie de cette surmortalité (mais pas la totalité, ce qui témoigne bien d'une efficacité marginale moindre de la revascularisation chez la femme que chez l'homme).¹

Qu'en est-il du rôle de la revascularisation coronaire dans les syndromes coronariens aigus sans sus-décalage de ST ? Dans la plupart des essais randomisés qui ont comparé une stratégie invasive et une stratégie conservatrice dans la prise en charge des syndromes coronariens aigus, la très grande majorité des patients inclus étaient des hommes. Les analyses en sous groupes réalisées a posteriori ont généralement montré un bénéfice clair des stratégies invasives chez l'homme à travers la quasi-totalité des études et des résultats inconstants chez les femmes, mais la taille de l'effectif féminin dans chacune des études ne permettait pas de conclure clairement quant à l'existence ou l'absence d'existence d'une interaction. Dans ce numéro du JAMA, une méta-analyse² regroupe une grande série d'essais randomisés sur le sujet et permet d'étudier plus précisément les bénéfices éventuels d'une stratégie invasive par rapport à une stratégie conservatrice chez la femme. Les conclusions en sont parfaitement claires : chez les sujets à haut risque, quel que soit leur sexe, la stratégie invasive est bénéfique. Ceci contribuera à régler une fois pour toute la question d'une différence éventuelle de comportement des femmes et des hommes par rapport au bénéfice de la revascularisation et au doute qui s'était installé à ce sujet. Il n'y a pas de raison de traiter différemment les hommes et les femmes souffrant de syndrome coronarien aigu sans sus-décalage de ST lorsqu'ils sont à haut risque. A contrario, les auteurs confirment que chez les femmes à faible risque, une stratégie conservatrice initiale est parfaitement raisonnable et donne d'excellents résultats. Il faut rappeler que cette affirmation est également parfaitement vraie pour les hommes à faible risque présentant un syndrome coronarien aigu, de telle sorte que la conclusion globale de l'article pourrait être que

Affiliation de l'auteur : INSERM U-698. Recherche Clinique en Athérombose. Université de Paris VII – Denis Diderot. Centre Hospitalier Bichat-Claude Bernard. 46 rue Henri Huchard 75877 PARIS Cedex 18. France.

Correspondance : PG Steg. INSERM U-698. Recherche Clinique en Athérombose. Université de Paris VII – Denis Diderot. Centre Hospitalier Bichat-Claude Bernard. 46 rue Henri Huchard 75877 PARIS Cedex 18. France. Tél. 33 (0) 1 40 25 86 68 ; Fax : 33 (0) 1 40 25 88 65 ; e-mail : gabriel.steg@bch.aphp.fr

Voir article page 71

le sexe ne doit pas avoir d'influence majeure sur la décision d'utiliser une stratégie invasive et une revascularisation dans les syndromes coronariens aigus, c'est le risque du patient qui est déterminant. Voilà un message clair et pratique pour les cliniciens.

Liens financiers : Aucun déclaré

BIBLIOGRAPHIE

1. Milcent C et al. Gender Differences in Hospital Mortality and Use of Percutaneous Coronary Intervention in Acute Myocardial Infarction. Microsimulation Analysis of the 1999 Nationwide French Hospitals Database. *Circulation* 2007;115:833-9
2. O'Donoghue et al. Early invasive vs conservative treatment strategies in women and men with unstable angina and non ST segment elevation myocardial infarction. *JAMA* 2008 300 71-80