

KALON

La maladie coronaire est la première cause de mortalité chez la femme (7 fois plus que le cancer du sein !). Chez la femme ménopausée cette maladie a les mêmes caractéristiques que chez l'homme et répond à la description que nous en avons faite dans les numéros précédents de KALON. Il n'en est pas de même chez la femme jeune (avant la ménopause). Cette maladie coronaire de la femme jeune doit retenir toute notre

attention car elle est en constante augmentation. Entre 2002 et 2008 la mortalité coronaire a progressé de 6,7% chez les femmes de moins de 50 ans alors qu'elle diminuait, dans le même temps, de 23,7% chez les femmes de plus de 65 ans. Pourquoi ?

Les facteurs de risque :

Ce phénomène inquiétant est dû avant tout à l'augmentation du tabagisme actif qui est passé de 37,5 à 73% et de l'obésité qui est passée de 17,6 à 27%. Si on y ajoute le stress et la sédentarité...

Les plaques d'athérome : (cf. Kalon N°79)

Elles ne touchent pas les gros troncs mais plutôt les vaisseaux de petit calibre. Leur noyau lipidique est de petite taille. La

sclérose est dominante et composée d'une grande quantité de cellules musculaires lisses et de protéoglycanes. Le rétrécissement artériel lié à ce type de plaque est peu important mais cette sclérose est sujette à l'érosion (destruction de l'endothélium et formation de petits caillots au contact de la plaque, caillots qui embolisent en périphérie).

La maladie coronaire de la femme jeune

Cette particularité est due au statut hormonal qui change la « cible » de la toxicité artérielle du tabagisme (qui, chez l'homme, est avant tout représentée

par les artères de gros calibre).

La mode actuelle du véganisme n'arrange pas les choses, cette pratique étant souvent à l'origine d'un déficit en Vitamine B12 générateur d'une hyperhomocystéinémie qui est un facteur de risque vasculaire...

La présentation clinique :

La douleur de type angineux, telle que nous l'avons décrite précédemment (K. 81), est, ici, souvent peu intense et peut survenir en dehors de tout effort significatif, notamment lors des

activités quotidiennes banales, ou de stress psychologique .

Elle peut être de localisation inhabituelle, notamment abdominale, ou être remplacée par des symptômes atypiques comme un essoufflement, une sensation de grande fatigue, des sueurs abondantes, une faiblesse musculaire, une anxiété non



expliquée...

Ce qui doit attirer l'attention c'est l'apparition récente de ces symptômes, tout à fait inhabituels pour la patiente.

Cette atypie des signes cliniques, ajoutée au fait que l'on considère souvent que la femme jeune est « protégée par ses hormones face au risque cardio-vasculaire », est malheureusement très souvent à l'origine d'un retard diagnostique et donc d'un retard à la prise en charge de la maladie, en aggravant inévitablement le pronostic.

L'électrocardiogramme de repos : (cf K. 82)

Des troubles électrocardiographiques sont souvent présents au repos même en dehors de toute pathologie.

Ils peuvent être atypiques (aplatissement de l'onde T) ou évocateurs d'une ischémie.

Ils sont parfois d'interprétation difficile.

En présence de facteurs de risque (tabagisme ++) et si la symptomatologie est évocatrice, des investigations complémentaires doivent être réalisées.

Le test d'effort : (cf. K.82)

Il est parfois, lui aussi, difficile à interpréter car l'influence

hormonale œstrogénique peut être responsable de faux positifs, ces hormones modifiant la repolarisation .

De plus le seuil de souffrance ischémique (lorsqu'une authentique maladie coronaire est présente) varie selon le niveau d'imprégnation par ces hormones; la sensibilité du test d'effort sera donc variable selon le moment du cycle menstruel où il aura été enregistré (avec possibilité de faux négatif...).

Les autres explorations fonctionnelles : (cf. K.83)

On préférera les explorations non irradiantes (écho ou IRM de stress) surtout si la probabilité d'être en présence d'une coronaropathie est grande et qu'il faudra donc vraisemblablement compléter le bilan par une coronarographie.

Le coroscaner : (cf. K. 84)

Mieux vaut l'éviter chez ces patientes en raison de l'importance de l'irradiation thoracique qui augmente le risque de cancer du sein.

La coronarographie : (cf. K. 85)

L'atteinte des gros troncs est moins fréquente.

Et surtout il n'y a parfois aucun rétrécissement des artères visible à la coronarographie.

Si la souffrance ischémique a bien été authentifiée par les tests fonctionnels (essentiellement écho de stress ou IRM de stress) cela signifie qu'on est en présence d'une atteinte coronaire microvasculaire, spécifique de la femme jeune.

Les vaisseaux malades sont de très petite taille (moins de 500 μ m) et intra-myocardiques (ils ne sont donc pas visibles à la coronarographie).

Ils sont rétrécis (ce qui est mis en évidence par la mesure de la résistance coronaire) et souvent contractés (phénomène spastique) en raison d'un comportement pathologique de leur endothélium, ce qu'on peut mettre en évidence par certains tests pharmacologiques au cours de la coronarographie.

Cette pathologie doit être confirmée par certains examens complémentaires (doppler de l'IVA, PET scan...).

La maladie coronaire chronique de la femme jeune se distingue donc très franchement de sa forme masculine ou de celle de la femme plus âgée. Ses atypies tant cliniques que paracliniques sont souvent responsables d'un retard dia-

gnostique et d'une prise en charge thérapeutique insuffisante.

Lorsqu'elle se complique (infarctus) les symptômes révélateurs de cette complication sont souvent peu spécifiques conduisant à évoquer d'autres diagnostics et finalement à hospitaliser la patiente trop tardivement (en moyenne une heure plus tard que les hommes ! Quand on sait qu'une artère occluse doit être ouverte le plus tôt possible, idéalement moins de 3 heures après le début des symptômes, pour espérer sauver le maximum de myocarde en voie de nécrose...).

Il faut donc insister encore et encore sur la lutte contre les facteurs de risque vasculaire et plus particulièrement ici le tabagisme (cf. K.29) et la surcharge pondérale (cf. K.23).



Docteur J-F. HOUËL (cardiologue).

Association pour le Développement de la Cardiologie à Douarnenez