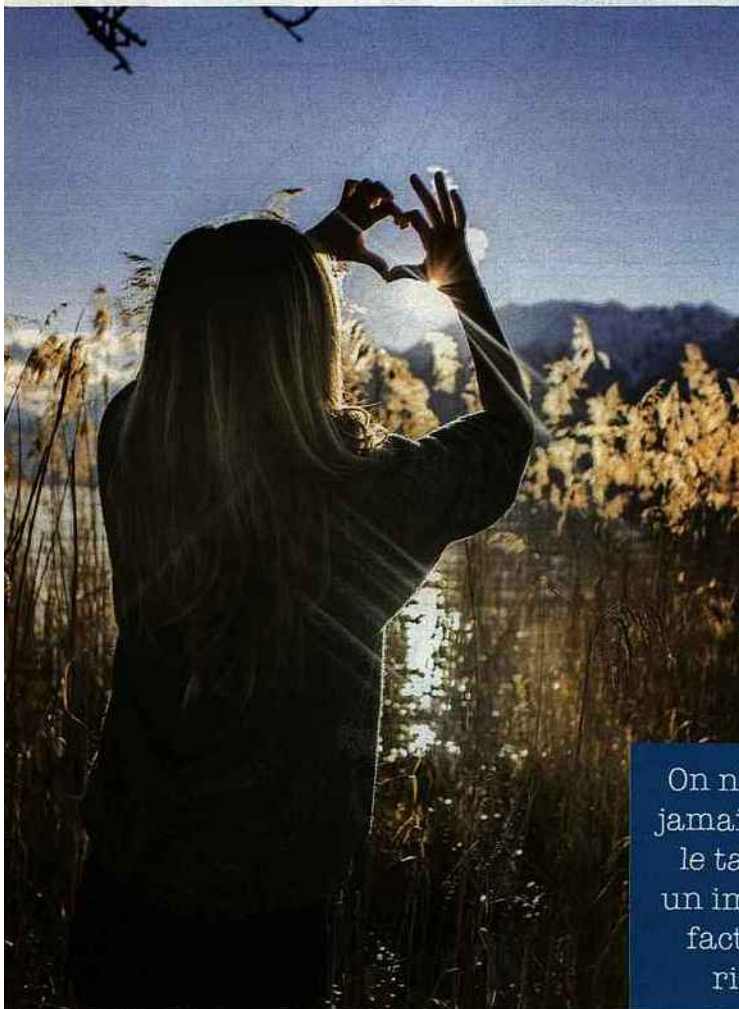




santé ON EN PARLE

Les femmes et leur cœur, du nouveau!

Diagnostic plus affiné, matériel de pointe et prise en charge post-opératoire sont des avancées thérapeutiques majeures dont les femmes commencent à bénéficier. **PAR H. JOUBERT**



On ne le dira jamais assez : le tabac est un important facteur de risque.

On le sait depuis des années, mais le message a pourtant du mal à passer: les maladies cardio-vasculaires restent un fléau largement sous-estimé chez les femmes, qui sont toujours aussi peu conscientes des risques. A la question: « De quoi avez-vous peur de mourir? », toutes mentionnent le cancer du sein, alors que la maladie cardio-vasculaire est leur première cause de mortalité et tue dix fois plus. Avec en tête l'AVC, suivi de l'insuffisance cardiaque et de l'infarctus du myocarde (IDM). La mort subite de cause cardiaque touche 2,4 femmes sur 10000 chaque année aux États-Unis. Et elles sont touchées de plus en plus jeunes et de plus en plus fortement.

Elles paient plus cher leur mode de vie à risque

En effet, 30 % des femmes fument (50 % entre 20 et 25 ans), 50 % sont en surpoids ou obèses, avec l'idée tenace – et qui leur porte préjudice – que leurs hormones féminines les protègent envers et contre tout. Or, certains facteurs de risque sont plus néfastes chez la femme que chez l'homme (tabac, diabète, stress, hypertension, dépression, sédentarité, fibrillation atriale) ou spécifiques (pré-éclampsie, migraine avec aura, diabète gestationnel, contraception, ménopause). « Le nombre d'hospitalisations pour un infarctus du myocarde a progressé chez les femmes jeunes, précise le Pr Claire Mounier-Vehier cardiologue au CHRU de Lille, et tout particulièrement sur la tranche d'âge 45-54 ans. Cette envolée s'explique probablement par l'association pilule-tabac de plus en plus fréquente. » D'ailleurs, un syndrome coronarien sur deux avant 50 ans est dû au tabagisme.

FINNISTOCK/GETTY IMAGES



VIGILANCE...

Existe-t-il des interactions entre les bêta-bloquants et la pilule ? Il semble que les contraceptifs oraux (stéroïdes) pourraient accroître le taux de bêta-bloquants dans le sang. Mais c'est tout à fait gérable, à condition de contrôler régulièrement la tension artérielle, et surtout la fréquence cardiaque. Au soleil en revanche, en particulier avec l'amiodarone (anti-arythmique), on constate une hausse de la photosensibilité et du risque de coup de soleil.

Un matériel de pointe adapté

Les artères de la femme sont plus petites que chez l'homme et, de ce fait, elles se bouchent d'autant plus rapidement. Les stents actifs de dernière génération (ce sont des petits ressorts en métal placés dans les artères afin de maintenir un diamètre suffisant pour un flux sanguin optimal, et qui libèrent un principe actif), disponibles depuis 5 ans environ, sont enfin plus souvent utilisés chez la femme. « Ces prothèses sont nettement plus efficaces que les premières générations, assure Stéphane Manzo-Silberman, cardiologue à l'hôpital Lariboisière, à Paris. Et leur bénéfice est encore plus marqué chez la femme que chez l'homme, comme l'a montré SPIRIT WOMEN, une des trop rares études basées, entre autres, sur les lésions coronaires chez la femme. »

Un suivi féminin spécifique

Un nouveau parcours de soins cardiogynécologique, « Cœur, artères et femmes », est testé depuis deux ans dans le Nord-Pas-de-Calais. Destiné aux femmes à risque cardio-vasculaire, il repose sur la coordination entre les médecins de ville et ceux du CHRU de Lille. Elles en bénéficient quand elles nécessitent un bilan cardio-vasculaire et/ou une expertise gynécologique, à l'occasion de trois phases hormonales cruciales : mise en route ou changement d'une contraception, programmation et suivi d'une grossesse à risque, péri-ménopause. Car, contrairement à une idée malheureusement bien ancrée, les hormones ne sont pas toutes-puissantes. Si l'effet protecteur des œstrogènes existe bel et bien, il est aussi battu en brèche par l'hygiène de vie à risque. « Les œstrogènes naturels favorisent le bon métabolisme du cholestérol et protègent du diabète. Cependant, le fait d'être obèse et diabétique amoindrit cet effet bénéfique », avertit le Pr Claire Mounier. Il disparaît aussi progressivement à la péri-méno-

pause, dès 45 ans. C'est pourquoi, rapidement après la ménopause, en à peine cinq ans, elles subissent de plein fouet la carence en œstrogènes protecteurs et vont développer, en dix ans environ, ce que les cardiologues appellent « un risque vasculaire ». Encore plus que chez les hommes, leurs artères se rigidifient très vite, donnant une hy-

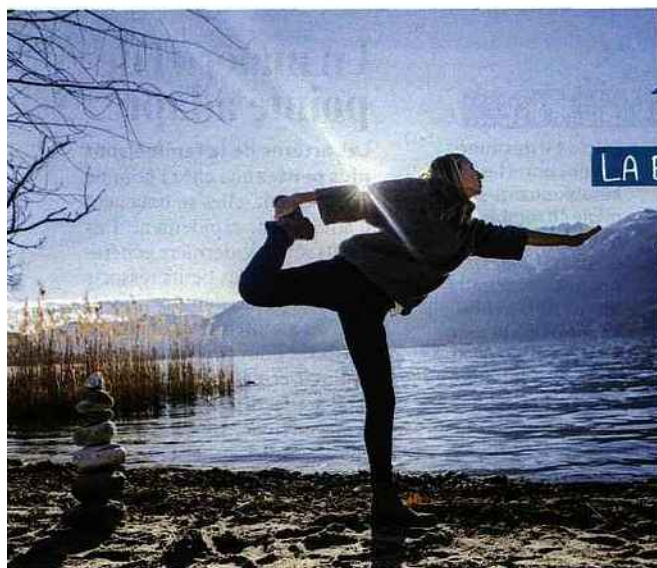
pertension dite systolique très sévère qui favorise les AVC. De plus, privées de leurs œstrogènes, elles ont tendance à développer une obésité abdominale, le fameux « syndrome métabolique de la ménopause », qui favorise la synthèse de mauvais cholestérol (LDL) et une résistance à l'insuline – le premier pas dans la maladie diabétique.

AVC et infarctus du myocarde, les signes qui doivent alerter

AVC : difficulté à parler, à bouger un bras ou une jambe. « On peut gagner de précieuses minutes, notamment chez les femmes, en appelant le 15, sans passer par les urgences ou le médecin traitant », souligne le Dr Stéphane Manzo-Silberman, cardiologue.

Infarctus du myocarde : chez les femmes, les symptômes peuvent être atypiques. En plus d'un es-

soufflement à l'effort et d'une grosse fatigue – comme chez les hommes –, des douleurs à l'estomac ou à la mâchoire, avec des palpitations. L'oppression thoracique classique n'est pas toujours prépondérante « mais il faut y penser en cas de douleur forte et inhabituelle dans la poitrine, surtout à l'effort », insiste le Dr Patrick Henry, cardiologue à l'hôpital Lariboisière, Paris.



LA BONNE IDÉE

La Fédération française d'éducation physique et de gymnastique volontaire permet de reprendre une activité physique adaptée, et à prix abordable (entre 71 € et 171 € maximum par an). 6700 clubs en France. Infos sur www.ffepgv.fr.

La réadaptation : ça bouge lentement... mais sûrement

Moins d'un quart des Français ayant fait un infarctus du myocarde suit une réadaptation cardiaque dans les six mois. Ces données parues en février⁽¹⁾ révèlent aussi que les femmes sont, là encore, moins nombreuses que les hommes. Elles doivent en effet faire le choix corrélien entre leur santé, leur travail et leur

vie de famille ! Car il faut y consacrer au minimum 3 demi-journées par semaine (ou 3 semaines d'hospitalisation pour les cas les plus graves). Mais la situation devrait évoluer grâce à la sensibilisation du grand public vis-à-vis d'un programme qui a fait ses preuves pour réduire le risque de décès et de récidives. Il consiste, après évaluation des capacités physiques, limites et facteurs de risque de la personne, à pratiquer, souvent en groupe, une série d'exercices cardio-vasculaires et musculaires, type vélo d'appartement. Les conférences, elles, portent sur le mode de vie (dont l'équilibre diététique), mais aussi les maladies du cœur, l'optimisation des traitements, le contrôle des facteurs de risque (diabète, hypercholestérolémie, hypertension artérielle) et les signes d'urgence. Sans oublier un suivi psychologique pour gérer une éventuelle dépression, l'anxiété ou le retour à la vie active. « J'ai suivi le programme (20 séances) de l'hôpital Lariboisière, raconte Ghislaine, hospitalisée pour insuffisance cardiaque et pose d'un stent. Un soutien formidable, je me suis sentie maternée, dans une ambiance conviviale et une prise en charge globale. »

⁽¹⁾ BEHN° 5-4/02/2014. Brochure Cœur, artère et femmes, téléchargeable sur Fedecardio.org.

DU BON SENS

Pour protéger son cœur et ses artères

- Adopter une alimentation de type méditerranéen : huile d'olive, poissons, 5 fruits et légumes par jour, etc.
- Limiter l'apport en sel (dans les aliments préparés et à table), avec pour objectif 6,5 g maxi/jour chez les femmes.
- Pratiquer 20 min minimum, deux fois par semaine, un sport qui mise plutôt sur la durée que sur la puissance (marche rapide, natation...).
- Ne pas fumer



L'aspirine, systématique ou non ?

A petite dose journalière, elle permet d'éviter la formation de caillots sanguins. En prévention primaire, l'intérêt n'est pas vraiment prouvé. C'est pourquoi on la prescrit uniquement dans des cas particuliers, diabète sévère par exemple, car l'aspirine préviendrait la survenue de l'infarctus du myocarde chez l'homme, de l'AVC chez la femme. En prévention dite « secondaire », c'est-à-dire après l'événement cardiovasculaire (crise cardiaque, IDM, dilatation, pontage), le traitement doit, en revanche, systématiquement comprendre de l'aspirine.

Un diagnostic plus poussé

Chez la femme, en particulier de moins de 50 ans, il existe des formes d'infarctus du myocarde appelée « dissections spontanées » (du sang s'infiltre dans la paroi de l'artère), parfois difficiles à mettre en évidence. En outre, dans 10 à 25 % des infarctus du myocarde, la coronarographie habituelle ne permet pas de retrouver l'origine. « Le développement de l'imagerie endo-coronaire (images de l'intérieur de la paroi artérielle), de l'échographie endo-coronaire (IVUS) ou de la tomographie par cohérence optique (OCT) permet d'affiner encore le diagnostic, et de soigner enfin ces femmes. Car leur risque de récurrence n'est pas négligeable », insiste le Dr Stéphane Manzo.

L'AVIS DE LA
SPECIALISTE



Pr. Claire
Mounier-
Vérier

Chef du service
cardiologie au
CHRU de Lille*

« Les femmes sont victimes du sexisme. »

Les femmes restent-elles sous-dépistées par rapport aux hommes ?

Oui. L'étude Parité (2010) conduite chez des femmes hypertendues à risque, a montré qu'une femme a moins de dépistage (épreuve d'effort), parce que l'idée persiste que la maladie coronaire n'existe pas chez elle.

Est-ce que cela concerne aussi l'artérite ?

Chez des fumeuses depuis l'adolescence, les médecins découvrent depuis quelques années des artérites, c'est-à-dire des plaques de cholestérol dans l'aorte, la plus grande et la plus grosse artère de l'organisme. Le danger actuel est que ces obturations de l'aorte sont très souvent confondues chez les femmes avec des sciatiques, voire à une arthrose de hanche ou à un canal lombaire étroit (la compression des nerfs entraîne des douleurs dans le bas du dos, de la fesse ou du membre inférieur) chez la femme plus âgée.

Continuent-elles aussi à être sous-traitées ?

Que l'on soit homme ou femme, aujourd'hui, l'AVC et l'hypertension sont aussi bien soignés. Ce qui pose problème, c'est l'infarctus, ainsi que les maladies athéromateuses (artérite, athéromes des artères digestives ou rénales). Le plus souvent, elles ne bénéficient pas de la « trithérapie » recommandée (aspirine/statines/bloqueur du système rénine angiotensine) et, lorsque c'est le cas, le traitement est sous-dosé. Même constat pour l'insuffisance cardiaque, pour laquelle on prescrit des doses inférieures et donc, forcément moins efficaces !

Quels sont les risques avec le traitement hormonal de la ménopause et la contraception ?

Les précautions d'emploi des THM s'assouplissent : il n'y a plus de raison d'en priver une femme qui n'a pas fait d'accident cardio-vasculaire, même si elle souffre d'une hypertension, a du cholestérol, voire du diabète, à la condition que ces facteurs de risque soient contrôlés et que son check-up cardio-vasculaire soit bon. Quant à la contraception, avant 35 ans, quand il n'y a aucun antécédent de phlébite ou d'embolie pulmonaire, ni d'hypertension, et avec un bilan métabolique normal (pas de diabète, etc.), la pilule de seconde génération est sans risque. En revanche, chez la femme fumeuse âgée de plus de 35 ans, on ne peut plus prescrire d'œstrogènes de synthèse. Tout comme une femme ménopausée fumeuse ne doit pas recevoir de THM.»

*Et 1^{re} vice-présidente de la Fédération française de cardiologie