

MALADIES CARDIAQUES : LES FEMMES AU CŒUR DU PROBLÈME

LONGTEMPS CONSIDÉRÉES COMME DES PROBLÈMES TYPIQUEMENT MASCULINS, LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES N'ÉPARGNENT PAS LES FEMMES. BIEN AU CONTRAIRE. LA MORTALITÉ CORONARIENNE EST PLUS ÉLEVÉE CHEZ ELLES QUE CHEZ LES HOMMES. POURTANT, A SOULIGNÉ LE DR MALIKA FIVAZ-ARBANE, MÉDECIN SPÉCIALISTE EN CARDIOLOGIE FMH, LA POPULATION FÉMININE EST SOUVENT MOINS BIEN TRAITÉE. ELLE S'EXPRIMAIT AU COURS DE LA CONFÉRENCE PUBLIQUE ORGANISÉE PAR HIRSLANDEN, LE 14 JUIN 2017, À L'HÔTEL ALPHA-PALMIERS À LAUSANNE. À SES CÔTÉS, LES DRS FABRICE RAPP, MÉDECIN SPÉCIALISTE EN CARDIOLOGIE FMH, ETIENNE DELACRÉTAZ, MÉDECIN SPÉCIALISTE EN CARDIOLOGIE FMH ET RYTHMOLOGIE, ET JAVIER ORRIT, MÉDECIN SPÉCIALISTE EN CHIRURGIE CARDIOVASCULAIRE FMH ONT PRÉSENTÉ LES TRAITEMENTS DISPONIBLES POUR LE CŒUR.

LES FEMMES, ELLES AUSSI, SOUFFRENT DU CŒUR. LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES (MCV) SONT, CHEZ ELLES AUSSI, LA PREMIÈRE CAUSE DE DÉCÈS ET SONT D'AILLEURS DEUX FOIS PLUS MORTELLES QUE CHEZ LES HOMMES, A RAPPELÉ LE DR MALIKA FIVAZ-ARBANE, MÉDECIN SPÉCIALISTE EN CARDIOLOGIE FMH. EN SUISSE, UNE FEMME SUR TROIS PERD EN EFFET LA VIE À LA SUITE D'UNE AFFECTION CARDIAQUE (CONTRE UNE SUR VINGT-SIX POUR LE CANCER DU SEIN).

POURTANT, LES FEMMES SONT PLUS TARDIVEMENT PRISES EN CHARGE. CELA VIENT NOTAMMENT DU FAIT QUE LEURS SYMPTÔMES SONT SOUVENT ATYPIQUES ET QUE LA MALADIE PEUT ÊTRE SILENCIEUSE. EN OUTRE, LE DIAGNOSTIC EST PLUS DÉLICAT, CAR LES TESTS D'EFFORT SONT PLUS DIFFICILES À INTERPRÉTER. SANS COMPTER QU'ELLES SONT SOUS-REPRÉSENTÉES DANS LES ÉTUDES SCIENTIFIQUES.

LES FEMMES FONT D'AUTRE PART L'OBJET DE TRAITEMENTS MOINS AGRESSIFS QUE LES HOMMES ET ELLES BÉNÉFICIENT DE MOINS DE RÉADAPTATION APRÈS AVOIR ÉTÉ OPÉRÉES. LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES ENTRAÎNENT DONC UNE MORBIDITÉ ET UNE MORTALITÉ PLUS IMPORTANTE DANS LA POPULATION FÉMININE QUE DANS LA MASCULINE, D'AUTANT QUE LES FEMMES SONT PLUS ÂGÉES AU MOMENT DE L'OPÉRATION.



FIGURE 1 - Anatomie du cœur

Partant du cœur, les artères (en rouge) conduisent le sang oxygéné jusqu'aux différents organes et tissus du corps, alors que les veines (en bleu) ramènent au cœur du sang chargé de gaz carbonique.

ANGINE DE POITRINE ET INFARCTUS

Il existe plusieurs types d'affections cardiovasculaires : les maladies coronariennes (infarctus, angine de poitrine et insuffisance cardiaque), les maladies cérébro-vasculaires (accident vasculaire cérébral) et d'autres qui touchent les artères (anévrisme).

La maladie coronarienne est due à une affection touchant une ou plusieurs des trois artères coronaires qui irriguent le cœur. Il y a d'une part l'angor et de l'autre l'infarctus du myocarde qui est provoqué par la rupture d'une plaque d'athérosclérose qui bouche l'artère. Cette maladie est souvent méconnue des femmes ainsi que du corps médical.

L'angor provient d'un rétrécissement du diamètre des artères coronaires provoqué par des plaques d'athérome (formées de carbonate de calcium et de cristaux de cholestérol). Souvent appelé angine de poitrine, il provoque des douleurs au niveau du thorax qui peuvent irradier dans la mâchoire, l'épaule gauche et il donne une sensation d'oppression. Ces symptômes se manifestent quand on fait des efforts ou en cas de stress, mais ils cessent au repos. L'angor peut aussi être atypique, surtout chez les femmes, et les symptômes apparaissent alors au repos (essoufflement,

oppression, douleurs à l'estomac et nausées, sueurs froides, épuisement, vertiges ou douleurs dorsales).

Cette maladie est souvent méconnue dans la population féminine, ainsi que dans le corps médical. À un âge donné, les femmes sont moins touchées que les hommes mais, comme elles vivent plus longtemps qu'eux, elles sont finalement plus nombreuses à en souffrir. Les femmes âgées ne sont toutefois pas les seules concernées : de plus de plus de jeunes femmes peuvent souffrir d'un infarctus, surtout parmi celles qui fument ou qui ont un diabète.

Deux types particuliers de maladies coronariennes affectent les femmes à différentes périodes de leur vie. Le syndrome X ou angor « à coronaires normales » est lié à des atteintes de petits vaisseaux sanguins et survient entre 50 et 60 ans, alors que le syndrome de Tako-tsubo ou infarctus « à coronaires normales » frappe entre 60 et 80 ans. Appelé aussi « syndrome du cœur brisé », car il est souvent provoqué par un stress émotionnel, il se présente comme un infarctus en phase aigüe, mais il est souvent transitoire et disparaît alors en une à quatre semaines.

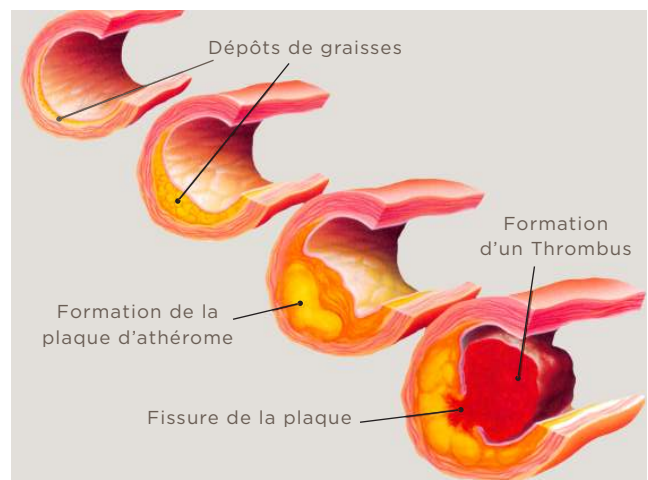
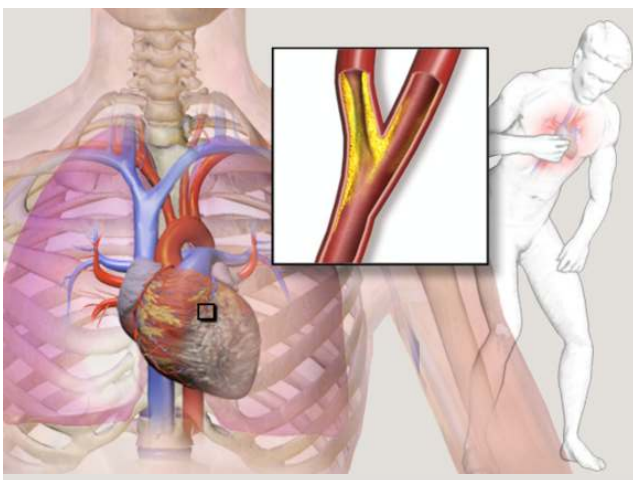


FIGURE 2 et 3 - Les maladies coronariennes

L'angor ou angine de poitrine est dû à un rétrécissement du diamètre des artères coronaires provoqué par des plaques d'athérome (formées de carbonate de calcium et de cholestérol). Lorsque ces plaques se rompent, elles bouchent les artères et provoquent un infarctus du myocarde.

ÉVALUER SES PROPRES RISQUES

Les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires sont variés. Y figurent la consommation de tabac, le diabète de type II (qui entraînent des risques deux à quatre fois plus grands pour les femmes que pour les hommes), l'obésité, l'hyperlipidémie (taux trop élevé de cholestérol et de sucre dans le sang), l'hypertension artérielle, l'insuffisance rénale et les maladies inflammatoires. À cela, il faut ajouter l'âge (le risque augmente à partir de 55 ans), l'histoire familiale, le stress et la sédentarité. En fonction de ces différents facteurs, il est possible d'établir un score qui évalue le risque qu'a un individu de mourir

d'une maladie cardiovasculaire ou de faire un infarctus du myocarde non mortel dans les dix ans. Chacun peut d'ailleurs calculer son score en allant sur le site du GSLA (www.gsla.ch).

Le dépistage d'une MCV chez la femme se fait à l'aide d'un test d'effort, mais sa valeur diagnostique est moins bonne que chez l'homme, raison pour laquelle on lui préfère souvent une imagerie de stress (échocardiographie de stress, imagerie nucléaire, IRM cardiaque), plus spécifique chez la femme.

TRAITER LES CORONAIRES SANS OUVRIR

Une fois le diagnostic posé, il est possible d'avoir recours à la cardiologie interventionnelle qui consiste à traiter le cœur sans ouvrir le thorax et donc sans laisser de cicatrices, a expliqué le Dr Fabrice Rapp, médecin spécialiste en cardiologie FMH.

À cette fin, on utilise un cathéter pour acheminer un médicament ou un stent jusqu'aux artères coronaires. Ce tube souple peut être introduit soit dans une veine (jugulaire ou fémorale), soit dans une artère. Auparavant, on utilisait principalement l'artère fémorale. On préfère maintenant passer par l'artère radiale du poignet, car cette voie d'accès diminue les complications locales, comme les hématomes et les hémorragies, qui sont plus fréquentes chez les femmes.

En cas d'infarctus, on rompt la plaque d'athérome à l'aide d'un ballonnet placé à l'extrémité du cathéter que l'on déploie dans l'artère obstruée afin de la libérer. Cette technique, l'angioplastie, a été utilisée pour la première fois en Suisse en 1977. À l'époque, on déplorait entre 30 et 40% d'échecs. Depuis, la méthode a été améliorée et la mise sur le marché de nouvelles générations de stents actifs - c'est à dire recouverts de médicaments - a permis de baisser à 5% le taux de récurrences locales. Le cathétérisme est donc aujourd'hui un traitement sûr et efficace dont les femmes bénéficient autant que les hommes.

RYTHME CARDIAQUE PERTURBÉ

Le cœur peut aussi être atteint d'arythmie, ce qui signifie que la cadence de ses battements est perturbée. Ce trouble peut provenir d'une tachycardie (le cœur s'emballe), d'une extrasystole (contraction anarchique et anormale du cœur qui peut faire peu souffrir ou au contraire beaucoup) ou d'une fibrillation auriculaire, a expliqué le Dr Etienne Delacretaz, médecin spécialiste en cardiologie FMH et rythmologie.

La fibrillation auriculaire (FA) résulte d'une désorganisation de la mécanique cardiaque. Les mouvements du cœur sont naturellement produits par une onde partant d'un petit foyer électrique qui donne des impulsions très régulières. Celles-ci traversent les oreillettes

puis, à travers un relais, sont conduites vers les ventricules qu'elles franchissent très rapidement. Ces décharges assurent ainsi la synchronisation des millions de cellules que renferme le cœur.

Ce système électrique est fragile et il peut faire l'objet de perturbations qui sont de plus en plus fréquentes quand on avance en âge. Lorsqu'il est totalement désorganisé, le rythme cardiaque devient chaotique. Les deux oreillettes battent très vite et il en va de même pour les ventricules, véritables pompes qui envoient le sang, du côté droit, vers les poumons et, du côté gauche, vers tous les organes et tissus de l'organisme.

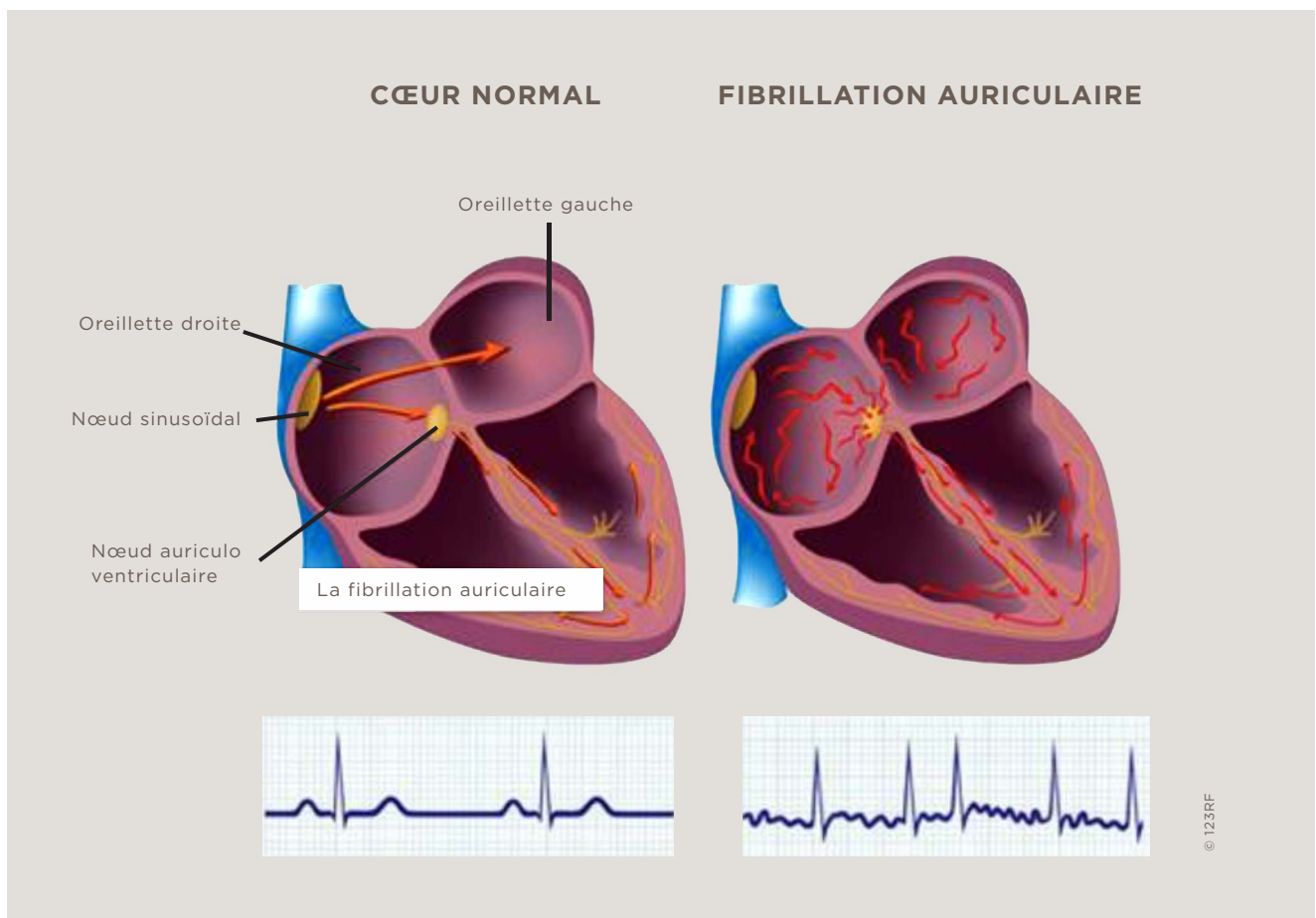


FIGURE 4 - La fibrillation auriculaire

Cette maladie provient d'une perturbation des impulsions électriques qui régulent le rythme cardiaque, lequel devient alors chaotique.

DES IMPULSIONS PARASITES

La fibrillation auriculaire est déclenchée par des impulsions parasites, venant des derniers centimètres des veines pulmonaires aboutissant à l'oreillette gauche, qui bombardent le cœur et le déstabilisent.

Cette arythmie est liée à l'âge et le pourcentage des personnes touchées augmente à chaque décennie : alors qu'un jeune sur mille est touché, 6 à 7% des 80-89 ans sont affectés. Avec le vieillissement de la population, on s'attend donc à une recrudescence de FA.

Les symptômes varient selon les individus : certains n'en ont aucun ou sont simplement fatigués, alors que d'autres ont l'impression qu'ils vont mourir. Les patients se plaignent généralement de palpitations, de difficultés à

souffler, ou même d'une sensation d'oppression dans le thorax.

À long terme, ces battements accélérés peuvent entraîner une faiblesse du cœur - une insuffisance cardiaque. Les complications les plus graves restent toutefois les attaques cérébrales (AVC) ; un cinquième ou un quart d'entre elles sont dues à la fibrillation auriculaire.

Les femmes sont plus fréquemment affectées que les hommes par une fibrillation auriculaire qui, chez elles, s'accompagnent de plus de risques de complications graves. Cette maladie a donc un plus grand impact sur leur pronostic vital.

MÉDICAMENTS OU CAUTÉRISATION

Le traitement consiste à freiner le rythme cardiaque à l'aide de médicaments qui soulagent immédiatement le(la) patient(e) et préviennent les complications. Dans certains cas, ralentir le cœur ne suffit pas et il faut lui permettre de retrouver son rythme initial, ce qui implique d'avoir recours à des médicaments plus agressifs. On prescrit aussi des anticoagulants aux personnes qui présentent un risque d'avoir des caillots sanguins dans les artères et donc de faire un AVC.

Chez 1 à 2% des patients, on peut aussi pratiquer une thermoablation. L'intervention consiste à introduire un cathéter dans la veine fémorale et à l'amener jusqu'à l'oreillette droite. En perçant un trou dans une membrane, on fait ensuite passer le tube souple dans l'oreillette gauche. On cautérise alors tout autour des veines pulmonaires, afin de neutraliser leurs impulsions désordonnées et de protéger l'oreillette.

LA CHIRURGIE CARDIAQUE

En Suisse Romande, il se pratique chaque année environ 1300 interventions de chirurgie cardiaque majeures. Ce nombre est globalement resté stable durant les dernières années, mais le pourcentage des femmes opérées est en augmentation constante, constate le Dr Javier Orrit, médecin spécialiste en chirurgie cardiovasculaire FMH.

La véritable révolution de la chirurgie cardiaque a eu lieu en 1953 avec l'arrivée de la circulation extra-corporelle qui permet d'opérer un cœur exsangue et à l'arrêt. Le sang qui arrive au cœur est envoyé dans la machine cœur-poumon où il est oxygéné avant d'être réintroduit dans la circulation du patient.

Aujourd'hui, en plus, certains cas de maladies coronariennes sont opérés à cœur battant. La Clinique Cecil dispose d'ailleurs d'une salle hybride cardiovasculaire permettant au cardiologue et au chirurgien cardiaque de collaborer et de traiter un patient en partie par angioplastie et en partie par chirurgie.

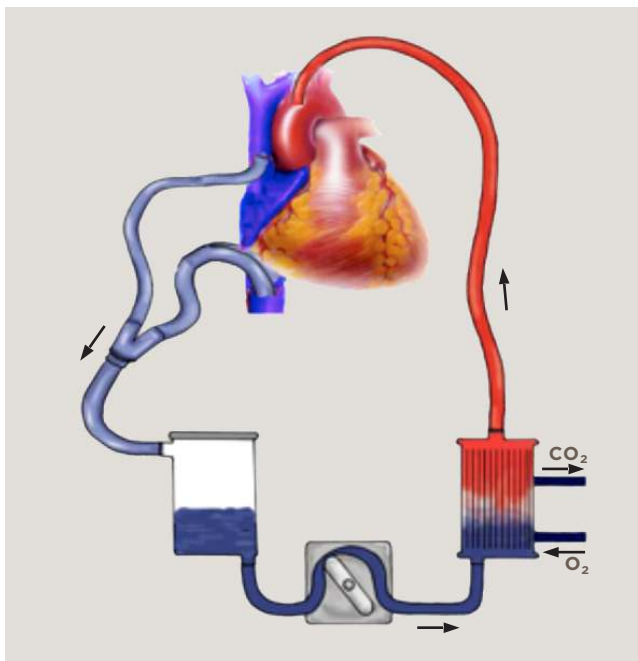


FIGURE 4 - La circulation extra-corporelle a révolutionné la chirurgie du cœur

Le sang qui arrive au cœur est envoyé dans une machine cœur-poumon où il est oxygéné avant d'être réintroduit dans la circulation du patient. Cette méthode permet d'opérer avec un cœur exsangue et à l'arrêt.

CONTOURNER LA LÉSION ARTÉRIELLE

Pour traiter une maladie coronarienne, on a recours au pontage (bypass) qui consiste à établir un « pont » pour contourner le principal segment artériel obstrué. Le sang peut ainsi circuler « normalement » et aller oxygéner les différents territoires du cœur.

On peut réaliser le pontage en prélevant la veine saphène interne de la jambe, les artères mammaires (ce qui, chez la femme, n'entraîne aucun problème au niveau du sein) ou l'artère radiale. La tendance actuelle est d'utiliser en premier lieu l'artère mammaire interne gauche.

Cette opération n'est pas sans risque. Toutefois, dans la très grande majorité des cas, les patients peuvent ensuite à nouveau travailler, refaire du sport et reprendre leurs activités quotidiennes habituelles.

RÉPARER OU REMPLACER UNE VALVE CARDIAQUE

Lorsque l'une des valves cardiaques est malade, on s'efforce de la réparer, donc de garder les propres tissus du patient.

Si la réparation n'est pas possible, il faut remplacer la valve endommagée par une prothèse qui peut être mécanique ou biologique. Les implants mécaniques ont une durée de vie illimitée, contrairement aux biologiques qui se dégradent au bout de dix à vingt ans. Mais ils nécessitent de prendre des anticoagulants, médicaments qui contre-indiquent une grossesse. C'est pourquoi on préfère avoir recours à la réparation ou éventuellement à une prothèse biologique pour traiter des femmes jeunes susceptibles d'avoir des enfants.

Qu'il s'agisse de pontage coronarien ou de chirurgie valvulaire, les femmes ont légèrement plus de risques de complications que les hommes durant le mois qui suit l'intervention. Mais ensuite, leur longévité et leur qualité de vie sont identiques à celles des hommes.

L'EXPERTISE EN TOUTE CONFIANCE

HIRSLANDEN LAUSANNE

CLINIQUE BOIS-CERF

AVENUE D'OUCHY 31

CH-1006 LAUSANNE

T +41 21 619 69 69

F +41 21 619 68 25

CLINIQUE-BOISCERF@HIRSLANDEN.CH

HIRSLANDEN LAUSANNE

CLINIQUE CECIL

AVENUE RUCHONNET 53

CH-1003 LAUSANNE

T +41 21 310 50 00

F +41 21 310 50 01

CLINIQUE-CECIL@HIRSLANDEN.CH

WWW.HIRSLANDEN.CH/LAUSANNE