

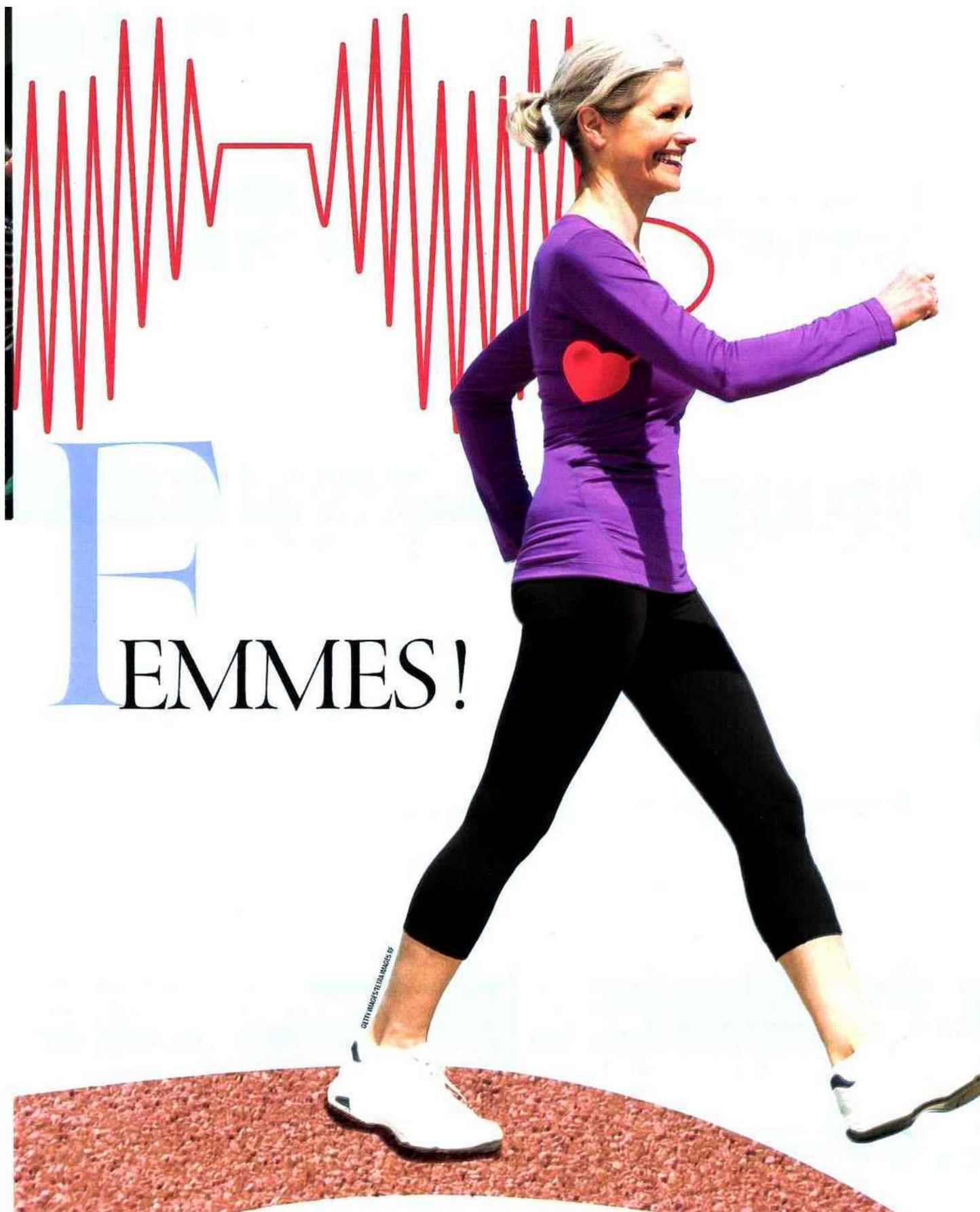


SANTÉ-FORME

MALADIES DU CŒUR ELLES TOUCHENT AUSSI LES

Savez-vous que les femmes sont davantage victimes d'infarctus que les hommes? Qu'elles meurent plus de maladies cardio-vasculaires que du cancer du sein? Les spécialistes lancent un appel pour mieux protéger, dépister et soigner le cœur des femmes.

MARIE-CHRISTINE COLINON
ET AGNÈS DUPERRIN
ILLUSTRATION ÉMILIENNE





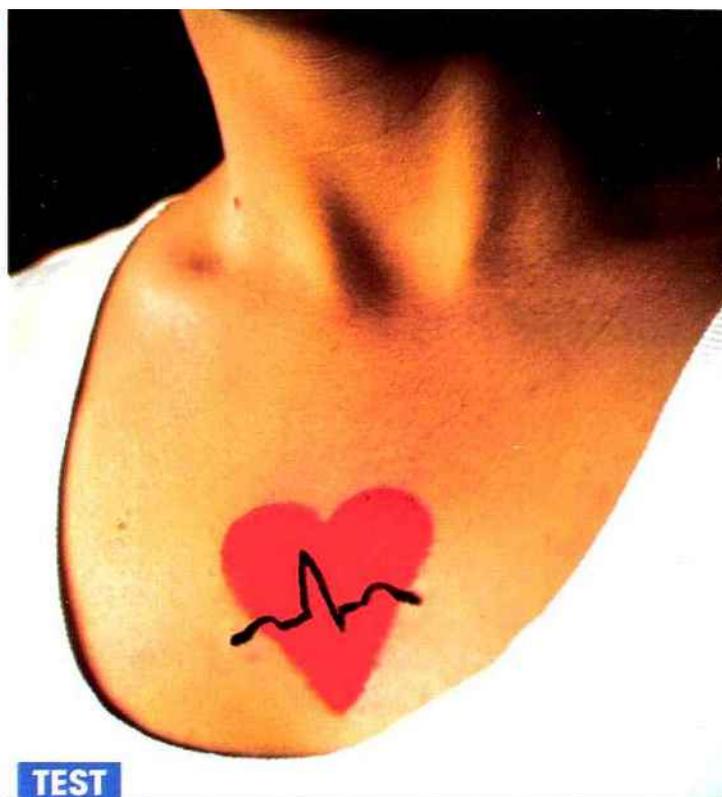
SANTÉ DOSSIER

La prise de conscience est tardive mais réelle : alors que les affections cardio-vasculaires diminuent chez les hommes, elles constituent aujourd'hui la première cause de décès des femmes, faisant huit fois plus de victimes que le cancer du sein. Les spécificités féminines sont d'ailleurs l'objet du premier chapitre du *Livre blanc* pour un plan Cœur remis au Conseil économique et social en octobre 2014 (téléchargeable sur www.fedecardio.org). Ce printemps sonne l'heure de la mobilisation pour sauver le cœur des femmes : que ce soit à l'occasion des parcours du cœur qui se sont déroulés à la fin mars (www.fedecardio.org) ou de la campagne de la fondation Ajila jusqu'à la fin de l'été (www.ajila.org).

Plus de risques pour les femmes

« Les maladies cardio-vasculaires explosent chez les femmes et elles frappent aussi de plus en plus jeune », affirme le Pr Claire Mounier-Vehier, chef du service de médecine vasculaire au CHRU de Lille. Vice-présidente de la Fédération française de cardiologie, elle ne cesse d'interpeller les pouvoirs publics et les patientes : « Les infarctus avant 55 ans ont augmenté de 18 % chez les femmes, tandis qu'ils baissaient de 8 % chez les hommes du même âge. » L'explication commence à être connue : si les quatre « bourreaux du cœur » sont identiques pour les deux sexes – tabac, obésité, stress, sédentarité –, les femmes paient plus cher l'adoption récente de ces conduites à risque. Leurs vaisseaux sanguins de plus petite taille sont plus vulnérables au cholestérol. Elles souffrent davantage de maladies inflammatoires (polyarthrite...) qui favorisent la formation de caillots. Même le diabète est plus agressif : il augmente deux fois plus que chez l'homme le risque de mortalité cardio-vasculaire. Enfin, elles réagissent plus fortement aux hormones du stress qui « ferment » leurs artères. Laurence Nizart avait 50 ans à peine lors de son infarctus. Elle a dû revoir totalement son style de vie : « Je fumais beaucoup, je subissais un gros stress au travail et je faisais peu de sport. »

Longtemps, les femmes ont cru être protégées jusqu'à la ménopause par leurs œstrogènes. Ce n'est que partiellement vrai. Chez elles, la maladie cardiaque ne s'installe pas progressivement comme chez l'homme mais par paliers, avec une vulnérabilité accrue au moment de la contracep-



TEST

AURIEZ-VOUS
LES BONS RÉFLEXES FACE
À UN INFARCTUS ?

JE RECONNAIS UN INFARCTUS :

1. La personne porte sa main au cœur.
2. Elle se plaint d'une douleur brutale au cou, au bras ou à la mâchoire.
3. Elle a du mal à respirer et des nausées ou palpitations.

LA BONNE RÉPONSE : tous ces symptômes peuvent traduire une crise cardiaque.

JE DÉCIDE DE :

1. L'emmener aussitôt à l'hôpital.
2. Contacter son médecin.
3. Appeler le 15.

LA BONNE RÉPONSE : la n° 3 et elle seule ! Le Samu dispose d'un défibrillateur pour relancer le cœur s'il est arrêté, et de médicaments pour calmer la douleur et effectuer si besoin une tromboolyse (perfusion pour dissoudre le caillot).

EN ATTENDANT LE MÉDECIN :

1. J'allonge le patient.
2. Je lui fais un massage cardiaque.
3. Je fais chercher un défibrillateur.

LA BONNE RÉPONSE : 1 dans tous les cas, 2 et 3 si la personne est inconsciente. À noter : l'appareil de défibrillation ne se déclenche qu'en cas de besoin.

Pour en savoir plus : le livret *Cœur, artères et femmes*, sur le site www.fedecardio.org



tion hormonale, pendant la grossesse et à la ménopause. Après la cinquantaine, la maladie cardiaque peut se développer très vite, en quelques mois parfois. D'où la nécessité de mener un bilan sérieux (voir encadré).

Des symptômes atypiques

« C'est une émission de télévision qui m'a alertée, raconte Patricia Motte, 68 ans. J'étais hypertendue et je ne prenais pas sérieusement mes médicaments, malgré des antécédents dans ma famille. » La situation s'est déréglée très vite vers 50 ans : « J'ai eu des problèmes de thyroïde, pris du poids, mon cholestérol et ma tension ont grimpé. » Nicole Maréchal, elle, a découvert en testant le tensiomètre d'un ami une hypertension qui grimpait à 19 (contre 14 recommandé) ! « J'avais 53 ans, mon généraliste m'a adressée à un cardiologue pour un bilan. »

Nicole a eu de la chance. « Souvent, les médecins eux-mêmes minimisent les risques féminins », déplore le Pr Jacques Mansourati, cardiologue au CHU de Brest. Ils ignorent la spécificité de leurs symptômes, couramment atypiques, ce qui retarde la prise en charge. Alors que chez l'homme, la maladie coronaire se manifeste traditionnellement par une douleur thoracique irradiant dans le côté gauche, la femme se plaint juste d'essoufflement et de fatigue, ou d'une vague douleur dans l'épaule, le cou ou le creux de l'estomac. Laurence Nizart se souvient d'une sensation d'essoufflement et d'une légère oppression dans la poitrine. « Je ne pensais pas que c'était grave, j'ai demandé à mon mari d'ouvrir la fenêtre. » Heureusement, son époux a préféré appeler les pompiers : c'était un infarctus.

Autre écueil : la difficulté à lire les résultats des examens. « Si les troubles cardiaques féminins restent sous-diagnostiqués, c'est aussi que l'électrocardiogramme n'est souvent pas clair, note le Pr Claire Mounier-Vehier. De même, le test d'effort sera faussement négatif 4 fois sur 10 chez une femme présentant des symptômes. L'échographie cardiaque d'effort est plus performante mais insuffisamment prescrite aux femmes à risque. » À ce jour, la maladie reste encore trop souvent découverte au stade de l'insuffisance cardiaque (avec un œdème au poumon ou au niveau des jambes) alors qu'une simple analyse de sang révélant une élévation de la troponine permettrait un dépistage. Les femmes elles-mêmes, après l'accident, fréquentent moins un centre de réadaptation, se sentant peut-être trop indispensables à la maison... Plus le dia-

UN BILAN CARDIAQUE, C'EST...

DIFFÉRENTS EXAMENS

Analyse de sang, électrocardiogramme, mesure de la tension sur 24 heures ou automesures sur trois jours, épreuve d'effort, doppler vasculaire et échographie du cœur.

POUR QUI ?

Toute femme à partir de la ménopause ou avant pour celles qui ont cumulé tabac et contraception hormonale, en cas d'antécédent de phlébite, d'embolie pulmonaire, de migraine ophtalmique, d'hypertension ou de diabète durant la grossesse ou encore de prééclampsie (hypertension artérielle gravidique durant la deuxième partie de la grossesse).

55%

DES ACCIDENTS

CARDIAQUES

SONT FATALS

CHEZ LA FEMME

CONTRE 43 %

CHEZ L'HOMME.

Source : Fondation pour la recherche cardio-vasculaire.

gnostic est établi tôt, plus le traitement est efficace. Se limiter aux médicaments (antiagrégants plaquet-taires, statines...) ne suffit pas. Pour diminuer les facteurs de risques, il faut surtout modifier ses habitudes. Le séjour en rééducation, indispensable après un premier accident, tout comme les ateliers d'éducation thérapeutique peuvent aider à suivre quatre recommandations :

1/ ARRÊTER DE FUMER. Trois ou quatre cigarettes par jour triplent déjà le risque cardiaque. Avant 50 ans, plus d'un infarctus sur deux chez la femme est dû au tabac.

2/ MISER SUR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE régulière, surtout chez les femmes, la masse musculaire pouvant fondre vite après la ménopause. Bouger entretient le muscle cardiaque et diminue stress, diabète et cholestérol. Les clubs Cœur et Santé proposent de la gymnastique douce, de la randonnée, de la danse, du vélo ou de la natation (sur www.fedecardio.org)

3/ OPTER POUR UNE ALIMENTATION DE TYPE MÉDITERRANÉENNE, dont les bienfaits ont encore été confirmés par l'étude Predimed (*New England Journal of Medicine*, 2013). Elle réduit de 30 % les risques d'infarctus et d'accident vasculaire cérébral. Le principe : beaucoup de fruits et légumes (frais et secs), de fruits à coque (amandes), de l'huile d'olive vierge, du poisson et des viandes blanches, peu de viandes rouges, de céréales raffinées. Remplacer une part du sel (3 g par jour en moins évitent 12 % d'infarctus) par des épices (curcuma, cumin...). Et pour le plaisir, un peu de chocolat et un verre de vin (mais pas plus).

4/ S'INITIER À LA RELAXATION ou, rapide et efficace, s'entraîner à la cohérence cardiaque (il existe des applications sur internet) pour mieux gérer le stress. « Et rire le plus souvent possible ! » conclut le Dr Claire Mounier-Vehier. **M.-C. C.**



SANTÉ DOSSIER

INFARCTUS AU CŒUR DE LA CHIRURGIE DE POINTE



Prise en charge
de l'infarctus
du myocarde au
Centre hospitalier
sud-francilien de
Corbeil-Essonnes.

Réagir vite face à un infarctus, c'est le plus important pour rester en vie. Les chirurgiens disposent aujourd'hui de nouveaux outils pour secourir une artère malade. Reportage au bloc opératoire du Centre hospitalier sud-francilien de Corbeil-Essonnes (91).

« J'ai eu la peur de sa vie... » Dans les vestiaires, l'infirmière m'aide à m'équiper et me raconte en quelques mots l'histoire de l'infarctus de Philippe, 51 ans, arrivé cette nuit, qui nous attend au bloc opératoire. Pantalon et blouse, sur-chaussures, bonnet et masque en textile couvrant mon nez et ma bouche : me voilà prête à rejoindre le chirurgien qui démarre l'intervention. Une seule consigne : ne pas toucher la table sur laquelle Philippe, qui n'est pas endormi, est allongé sur le dos. Tout doit rester stérile. Au-dessus de lui, une lampe orientable et un grand écran plat sur lequel tout est inscrit : les informations du dossier médical, le rythme cardiaque, la saturation et, plus impressionnant, les images en temps réel de l'intervention réalisée sous contrôle radiologique grâce à un produit de contraste à base d'iode qui rend visible le système vasculaire.

Objectif : déboucher l'artère

Le Dr Luc Doutrelant, cardiologue, a repéré deux zones empêchant la bonne circulation du sang dans ce cœur déjà bien abîmé. Son objectif : déboucher l'artère coronaire malade à l'origine de l'accident cardiaque et y placer un stent, une prothèse en forme de tube métallique grillagé qui va maintenir ouverte l'artère et assurer une bonne oxygé-

nation du muscle cardiaque. Tout le monde est concentré autour du médecin, les ordres fusent avec clarté. L'infirmière tend rapidement les instruments demandés. Il s'agit de faire monter vers le cœur un petit guide métallique introduit au niveau du poignet via l'artère radiale. Nous avons tous le regard rivé sur l'écran, même Philippe, sous anesthésie locale, pourrait suivre l'intervention mais il préfère fermer les yeux. Nous visualisons la montée d'un petit ballonnet le long du guide dans l'artère. Le chirurgien indique du menton la zone rétrécie : « Je vais gonfler le ballonnet pour préparer la place du stent. Tout le monde est prêt ? »

INFARCTUS : QUI EST À RISQUE ?

Contrairement à ce que nous croyons, souvent, les infarctus touchent les femmes comme les hommes, y compris avant 60 ans. Passé 40 ans, tout le monde est à risque, notamment en cas de sédentarité (activité physique inférieure à l'équivalent de trente minutes par jour), de tabagisme et de stress.

Un stent à mémoire de forme

La pression du ballonnet écrase le dépôt. J'ose une question à Philippe, qui me répond doucement : « Non, ce n'est pas douloureux, juste un peu désagréable. » Chacun reste concentré. Le ballonnet a préparé le terrain, c'est le moment de mettre en place le petit ressort. Parmi les différents modèles disponibles, le Dr Luc Doutrelant a opté pour un stent de nouvelle génération Stentys, dit « à mémoire de forme » (voir schéma page suivante). Il pointe l'écran du doigt : « Sa particularité est d'épouser la paroi de l'artère, quelle que soit sa taille, alors que les autres modèles ont un cylindre fixe. Ici, c'est vraiment adapté car le diamètre de l'artère varie d'un endroit à l'autre du rétrécissement. » L'infirmière apporte un stent de démonstration pour que je puisse toucher le grillage : il est étrangement souple et reprend en effet sa forme dès que je relâche la pression. « Plus le contact avec l'artère est doux, moins il y a de risque de complication », m'explique le cardiologue. Il ajoute : « Si la lésion est placée à une bifurcation de l'artère, il est même



possible de faire du sur-mesure en taillant dans l'alliage en titane une fois qu'il est en place. » Lors d'un infarctus aigu, cela évite aussi le dilemme du choix de la taille de la prothèse.

Un bon réflexe qui sauve la vie

Tout est en place, le Dr Doutrelant est satisfait, il va pouvoir retirer le guide métallique et poser un solide pansement sur le poignet de Philippe, qui a ouvert les yeux et sourit. Avant de quitter le bloc, il me raconte en détail sa soirée de la veille et la douleur brutale, intense, au milieu du thorax, alors qu'il regardait la télévision. « J'ai essayé de me calmer, de respirer dehors, rien à faire : c'était comme un volcan dans ma poitrine, alors j'ai réveillé mon épouse. » Derrière lui, le cardiologue hoche la tête : ce bon réflexe et celui de sa femme lui valent d'être en vie. « En cas d'oppression dans la poitrine, brutale ou par vagues, qui dure plus de vingt minutes, il faut

30

ANS DE RECU

EN 2016...

LE PREMIER

STENT A ÉTÉ

POSÉ EN 1986.

ÉVITANT BIEN

DES DÉCÈS.

de jour comme de nuit contacter le 15 ou le 112 », rappelle le Dr Doutrelant. Le traitement anticoagulant mis en place par les pompiers a permis à Philippe d'arriver au bloc opératoire sain et sauf. Philippe retrouve doucement ses forces : « C'est une leçon, ça va changer ma vie, assure-t-il. Je vais apprendre à gérer mon stress autrement qu'à coup de cafés et de cigarettes, faire de vrais repas, changer de travail et, surtout, abandonner le tabac, mon médecin me l'a tant répété, j'ai perdu mon frère il y a douze ans du même problème, il avait mon âge... » Le cardiologue semble douter : « Ils disent tous cela en sortant du bloc, puis souvent ils oublient et font un nouvel accident cardiaque. » Philippe affirme : « J'ai eu si peur... je ne vais pas oublier. » ■ A. D.



SAVEZ-VOUS DÉCODER LES SIGNAUX DE VOTRE CŒUR ?
POUR LE SAVOIR, FAITES NOTRE QUIZ SUR
notretemps.com/sante/coeur

STENT : COMMENT ÇA MARCHE ?

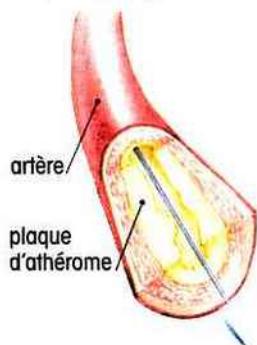
LE PRINCIPE

Un cathéter (petit ballon) introduit vers le cœur à partir de l'aîne (artère fémorale) ou du poignet (artère radiale) vient se placer à l'endroit du rétrécissement. Il est gonflé afin de plaquer contre la paroi vasculaire le dépôt qui empêche la circulation du sang. La prothèse (stent) est alors positionnée à sa place pour garder l'artère ouverte.

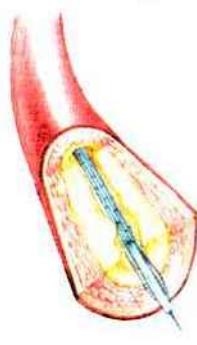
LE CHOIX DU STENT

Il existe des modèles en cobalt + chrome ou platine. La plupart (environ 70 %), dits « actifs », sont recouverts d'un médicament qui favorise la cicatrisation dans l'artère et diminue les récives. Des nouveaux modèles (Stentys en titane + nickel, actifs ou non) sont dits « auto-apposants » car ils s'adaptent

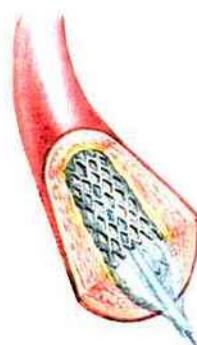
à la forme de l'artère sur la zone malade, y compris sur une zone de bifurcation de l'artère (en Y). Autres nouveautés : un modèle hybride (Biotronik) permet de contrôler la libération du médicament, un autre en polymère biorésorbable en deux à quatre ans est en voie d'évaluation.



1 Un fin guide métallique est introduit dans l'artère malade.



2 Un petit ballonnet est monté le long de ce guide et positionné à l'endroit du rétrécissement.



3 Le ballonnet est gonflé pour écraser la plaque d'athérome contre la paroi.



4 Le stent est déployé pour garder l'artère ouverte et permettre un bon flux sanguin.