

Sexe et infarctus : une surmortalité féminine en rapport avec la clinique

21 SEPTEMBRE 2009 | Pascale Solère

Durham, É.-U. — « Il existe des différences de mortalité à 30 jours suivant le sexe qui varient avec la clinique. Mais elles semblent très largement expliquées par les différences de présentation clinique et la sévérité des lésions à la coronarographie » résume **Jeffrey S Berger**, principal coordinateur de l'analyse menée sur une vaste base de données du *Duke Institute* destinée à examiner les différences de pronostic après infarctus en fonction du sexe. [1]

Globalement, dans cette analyse portant sur près de 140 000 patients, la mortalité à 30 jours après un SCA est de 9,5 % pour les femmes contre 5,3 % pour les hommes (RR = 1,91; 1,83-2,00). Mais après ajustement multivarié la différence n'est plus significative (RR = 1,06; 0,99-1,15). On a toutefois une interaction sexe/type de SCA. Dans les ST+, les femmes souffrent d'une surmortalité (RR = 1,15; 1,06-1,24) tandis qu'après ST- et angor instables, elles décèdent moins que les hommes (RR = 0,55; 0,43-0,70).

« Cependant, chez les 35 000 patients dont on a les données coronarographiques, après ajustement incluant la coronarographie, les mortalités ne diffèrent plus entre sexe quel que soit le type de SCA : ST+ , ST- ou angor instable » précise le Dr Berger.

Les différences de mortalité après SCA à 30 jours suivant le sexe varient avec la clinique. Elles semblent très largement expliquées par les différences de présentation clinique et la sévérité de la maladie à la coronarographie — Dr Berger (Duke Institute)

Près de 140 000 données.patients analysées

L'analyse porte sur 136 000 patients dont 28 % de femmes, extraits de 11 essais internationaux randomisés sur les SCA, menés entre 1993 et 2006, dont les données étaient conservées dans la base de données du *Duke Institute*. Parmi eux, 102 000 avaient fait un ST+ dont 26 % de femmes, 14 000 un ST- dont 29 % de femmes et 20 000 un angor instable dont 40 % de femmes.

Le critère primaire est la mortalité à 30 jours.

Sexe et mortalité à 30 jours sur les 140 000 patients : RR bruts et ajustés

	N/Femmes	N/Hommes	Mortalité à 30J/Femmes	Mortalité à 30J/Hommes	RR brut	RR ajusté*
tous SCA	37 904	97 768	3654 (9,6 %)	5166 (5,3 %)	1,91 (1,83-2,00)	1,06 (0,99-1,15)
ST+	25 903	75 577	3196 (12,3 %)	4385 (5,8 %)	2,29 (2,18-2,40)	1,15 (1,06-1,24)
ST-	4 156	10 297	265 (6,4 %)	447 (4,3 %)	1,50 (1,28-1,75)	0,77 (0,63-0,95)
Angor instable	7 845	11 894	191 (2,4 %)	334 (2,8 %)	0,86 (0,72-1,03)	0,55 (0,43-0,70)

*Variables d'ajustement : âge, classe Killip, âge x classe Killip, Fc, PAS, poids, taille, ATCD d'IC, d'infarctus, de revascularisation coronaire (pontage ou angiographie), de diabète, d'HTA,

de tabac, statut fumeur actuel et type de SCA.

« Si la mortalité des femmes à 30 jours est supérieure, cette différence est atténuée après ajustement sur les différences à la présentation incluant des paramètres comme les co-morbidités, la présentation clinique. Comme dans d'autres études, les femmes sont plus âgées et souffrent de plus de co-morbidités que les hommes en termes de HTA, hyperlipidémie, diabète, IC. Les hommes sont en revanche plus fumeurs et ont plus d'ATCD d'infarctus ou pontage. Et ceci est retrouvé globalement dans tous les sous-groupes de SCA (ST+, ST-; angor instable » commentent les auteurs. Et la réduction des RR après ajustement en témoigne. Ce qui suggère que la différence de mortalité entre hommes et femmes soit très largement liée aux différences à la présentation.

Le plus étonnant peut être dans cette analyse est le fait qu'elle mette en évidence une interaction sexe/type de SCA ($p < 0,001$) avec une modeste augmentation de la mortalité des femmes en ST+ tandis que leur mortalité après ST- est plus faible que celle des hommes. Un résultat en partie soutenu par le fait que d'autres études avaient mis en évidence une réduction du risque chez les femmes après ST- par rapport aux hommes. Et qui vient soutenir le choix d'évaluer séparément, pour cette analyse sur le sexe, les divers types de SCA.

Analyse restreinte aux 35 000 sujets avec données coronarographiques

Cette analyse est restreinte aux 35 000 sujets dont les données de coronarographie étaient dans la base. Or, après ajustement incluant les données de coronarographie, la différence de mortalité ne sort plus.

« Bien que les différences entre sexe ne soient probablement pas totalement explicables par une moindre extension de la maladie chez les femmes — certaines études suggèrent un plus mauvais pronostic chez un monotronculaire, peut-être lié à moins de circulation collatérale et un moindre préconditionnement du cœur — l'anatomie coronaire peut expliquer partiellement la différence de mortalité lors d'angor instable et le fait que les RR sont atténués après prise en compte de l'angiographie. D'autant que dans cette étude il n'y a pas d'interaction sexe/sévérité coronarographique au regard de la mortalité à 30 jours, ce qui suggère un impact similaire de l'anatomie sur les décès chez les hommes comme chez les femmes » commentent les auteurs.

Sexe et mortalité à 30 jours chez les patients avec données angiographiques : RR bruts et ajustés

	N/Femmes	N/Hommes	Mortalité à 30J/Femmes	Mortalité à 30J/Hommes	RR brut	RR ajusté**
Tous SCA	9375	25 653	354 (3,8 %)	625 (2,4 %)	1,57 (1,38-1,79)	0,96 (0,77-1,18)
ST+	4771	15 506	230 (4,8 %)	355 (2,3 %)	2,16 (1,83-2,56)	1,23 (0,96-1,57)
ST-	1770	4966	61 (3,5 %)	135 (2,7 %)	1,28 (0,94-1,74)	0,76 (0,53-1,10)
Angor instable	2834	5181	63 (2,2 %)	135 (2,6 %)	0,85 (0,62-1,15)	0,65 (0,46-0,93)

**Variables d'ajustement : âge, classe Killip, âge x classe Killip, Fc, PAS, poids, taille, ATCD d'IC, d'infarctus, de revascularisation coronaire (pontage ou angiographie), de diabète, d'HTA, de tabac, statut fumeur actuel, type de SCA plus sévérité angiographique.

Tenir compte de la présentation clinique

« Cette analyse montre qu'il faut prêter la plus grande attention au syndrome clinique, aux caractéristiques cliniques et à l'anatomie coronaire pour démontrer et comprendre les différences de pronostic entre hommes et femmes » conclut J Berger.

Référence

1. Berger JY, Elliot L, Gallup L et coll. Sex differences in mortality following acute coronary syndromes. *JAMA* 2009;302:874-82. 

Liens

- **Femmes et maladies coronaires**
[Rendez-vous éditoriaux > Au cœur du débat ; 7 juin 2007]
- **Angor au féminin: aussi fréquent, au moins aussi délétère et moins bien pris en charge**
[heartwire > Actualités; 11 avril 2006]
- **L'infarctus tue plus les femmes jeunes dès les premiers jours**
[heartwire > Actualités ; 7 février 2006]
- **Les femmes pénalisées par les réticences à la revascularisation**
[heartwire > ESC Actualités ; 5 septembre 2006]
- **Risque cardiovasculaire des femmes : le besoin d'information reste considérable**
[heartwire > Actualités ; 14 février 2006]

Tous droits réservés © 1999-2009 theheart.org par WebMD
Politique de confidentialité
info-fr@theheart.org

