

# DOULEURS THORACIQUES CHEZ LES FEMMES À L'URGENCE : REGARD SUR LE SYNDROME CORONARIEN AIGU

## 1. PORTÉE DU PROBLÈME :

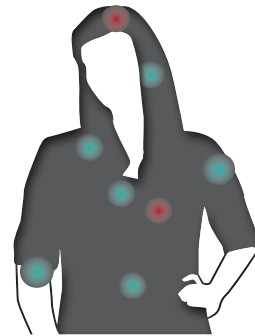
Les maladies cardiovasculaires (MCV) sont la principale cause de décès prématuré chez les femmes au Canada<sup>1</sup>. Le taux de mortalité chez les hommes s'est stabilisé au cours de la dernière décennie, mais il a continué d'augmenter chez les femmes au Canada<sup>2</sup> et touchent les femmes de toutes les tranches d'âge. On constate des différences propres au sexe et au genre au niveau de la sensibilisation, des symptômes, du diagnostic, du pronostic et du traitement<sup>3</sup>. Il est parfois difficile de diagnostiquer le syndrome coronarien aigu (SCA) chez les femmes se présentant à l'urgence. Or, il est essentiel de diagnostiquer et de traiter le SCA rapidement.

## 2. SYMPTÔMES :

Chez plus de 50 % des femmes qui subissent une SCA, les symptômes ne sont pas reconnus par le personnel soignant<sup>4</sup>. Les femmes sont sept fois plus susceptibles que les hommes d'être renvoyées chez elles<sup>5</sup>. Un malaise au niveau de la poitrine est la plainte la plus fréquente dans 90 % des cas de SCA, et ce, **TANT** chez les hommes que chez les femmes<sup>4</sup>. Toutefois, les femmes ne décrivent pas leurs symptômes comme les hommes : elles parlent d'un « malaise/inconfort » ou d'une « pression » plutôt que d'une « douleur ». Les **équivalents angineux**, comme la dyspnée, les douleurs épigastriques et une douleur entre les omoplates, sont plus souvent signalés par les femmes et peuvent entraîner des retards de diagnostic et traitement. Les crises cardiaques sont à la hausse et touchent les femmes de tout âge. La possibilité d'une maladie cardiaque est la première chose à évaluer chez les femmes qui présentent une douleur ou une pression à la poitrine.

### Symptômes de SCA LES PLUS SOUVENT SIGNALÉS par les femmes

- Douleur ou malaise/inconfort au niveau de la poitrine (p. ex. pression, oppression, brûlure)  
**et/ou**
- Douleur à la mâchoire, au cou, au bras ou au dos
- Essoufflement
- Diaphorèse
- Trouble épigastrique, nausée ou indigestion



### Autres symptômes ASSOCIÉS

- Faiblesse ou fatigue intense
- Étourdissements
- Palpitations

Les femmes sont plus susceptibles de présenter au moins 3 symptômes, en plus de la douleur thoracique<sup>4</sup>.

3+

## 3. FACTEURS DE RISQUE :

L'évaluation du risque de MCV chez les femmes nécessite l'évaluation des facteurs de risque traditionnels, ainsi que de ceux propres au sexe et au genre, insuffisamment reconnus, et insuffisamment reconnus<sup>6</sup>.



### ÉVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE DE MCV CHEZ LES FEMMES

#### FACTEURS DE RISQUE TRADITIONNELS

L'hypertension, le diabète, l'obésité, le tabagisme et la dyslipidémie entraînent un fardeau de mortalité et de morbidité disproportionnellement plus élevé chez les femmes<sup>7-10</sup>.

#### FACTEURS DE RISQUE PROPRES AU SEXE ET AU GENRE

Apparition précoce des premières règles, maladie ovarienne polykystique, hypertension et diabète gestationnel, prééclampsie, accouchement prématuré, décollement placentaire, troubles auto-immuns inflammatoires, traitements contre le cancer du sein et ménopause précoce (<40 ans)<sup>11,12</sup>.

#### FACTEURS DE RISQUE INSUFFISAMMENT RECONNUS

Activation des mastocytes, facteurs de risque psychosociaux, économiques, de santé mentale et culturels tels que l'anxiété, la dépression, la solitude, la pauvreté, les agressions et la violence conjugale<sup>13,14</sup>.



MALADIE  
CARDIOVASCULAIRE

**LA GROSSESSE EST CONSIDÉRÉE COMME LA PREMIÈRE « ÉPREUVE D'EFFORT » D'UNE FEMME.  
Après le système reproducteur, c'est le système CV qui présente le plus de différences entre les sexes.**

## 4. PHYSIOPATHOLOGIE :

Les MCV incluent la coronaropathie, qui peut-être obstructive ou non-obstructive. La maladie coronarienne obstructive causant un infarctus du myocarde avec ou sans élévation du segment ST est fréquente chez les hommes et les femmes. Toutefois, dans 5 à 15 % des cas de SCA, un **infarctus du myocarde sans obstruction des artères coronaires** (MINOCA) peut survenir, en particulier chez les femmes<sup>15</sup>. Une angiographie coronarienne ou coronarographie dans les cas de MINOCA révélera une sténose de < 50 % dans une artère épicaudique majeure. La mesure des troponines en série (de préférence hypersensibles) en se basant sur des seuils spécifiques au sexe est essentielle, car les premiers résultats peuvent être normaux. Le prélèvement initial de troponines doit être suivi d'un nouveau prélèvement de 1 à 3 heures plus tard pour les troponines hypersensibles et de 3 à 6 heures plus tard pour les troponines conventionnelles<sup>16</sup>. Les indicateurs de qualité de vie sont moins favorables chez les patientes atteintes de MINOCA, comparativement à celles ayant eu un SCA avec maladie coronarienne obstructive.

## 5. CAUSES POTENTIELLES DU MINOCA :

Les causes possibles du MINOCA sont notamment la rupture/érosion de la plaque, le vasospasme des artères coronaires (y compris le SCA qui accompagne l'activation des mastocytes causée par une réaction allergique, anaphylactique ou l'hypersensibilité : syndrome de Kounis<sup>17</sup>), la dysfonction microvasculaire, l'embolie coronarienne et la dissection spontanée de l'artère coronaire (DSAC)<sup>15</sup>.

## 6. TESTS ET SOINS MÉDICAUX :

### PATIENTES CHEZ QUI ON SOUPÇONNE UN SCA/IM

Réaliser et interpréter un ECG dans les 10 minutes suivant le premier contact médical, faire un prélèvement de troponines en série.

**Définition universelle d'infarctus du myocarde aigu** | Lésion myocardique aiguë avec preuve clinique d'ischémie myocardique aiguë, détection d'une augmentation et/ou d'une diminution du taux de troponines où au moins une valeur dépasse le 99<sup>e</sup> percentile de la limite supérieure de référence, et incluant au moins un des éléments suivants<sup>18</sup> :

- Symptômes d'ischémie myocardique
- Nouveaux changements ischémiques à l'ECG
- Développement d'ondes Q pathologiques
- Preuve par imagerie d'une nouvelle perte de myocarde viable ou d'une nouvelle anomalie ischémique des mouvements de la paroi du cœur
- Détection d'un thrombus coronaire par angiographie ou autopsie

**Angiographie coronaire et traitement approprié conformément aux lignes directrices en vigueur**

- Délais cibles**
- Centre d'intervention coronarienne percutanée (ICP) < 90 min.
  - Transfert vers le centre d'ICP < 120 min.
- IAMEST :**
- Fibrinolyse < 30 min si le centre d'ICP est à > 120 min.

#### Maladie coronarienne obstructive

Modification des habitudes de vie, continuer le double traitement antiplaquettaire, statines, IECA/ARA, β-bloquants, réadaptation cardiaque et optimisation des facteurs de risque cardiovasculaire

#### Rupture/érosion de la plaque

Modification des habitudes de vie. Aspirine, statines, IECA/ARA et β-bloquants. Envisager le clopidogrel ou le ticagrelor.

#### Spasme coronarien\*

Modification des habitudes de vie. BCC de préférence. Les nitrates, le nicorandil et le cilostazol peuvent être utilisés. Envisager les statines.

#### Dysfonction microvasculaire

Modification des habitudes de vie. Thérapies antiangineuses (p. ex. BCC, nitrates, β-bloquants, IECA, statines), envisager les alpha/β-bloquants, la ranolazine (L-arginine, dipyridamole, aminophylline et imipramine déjà testés).

#### Embolie coronaire

Antiplaquettaire ou anticoagulant. Traiter les états hypercoagulables s'il y a lieu. Envisager les IECA, les statines.

#### Dissection spontanée de l'artère coronaire (DSAC)

Aspirine, β-bloquant. Possibilité d'envisager le clopidogrel. Envisager les IECA. Éviter les déclencheurs.

#### Déséquilibre entre besoins et apports en oxygène

Traiter la maladie sous-jacente

#### Infarctus du myocarde sans obstruction des artères coronaires (MINOCA)<sup>19</sup>

\*ÉI, IRM, TCO, test de provocation des spasmes, test de réserve de flux coronarien pour la dysfonction microvasculaire

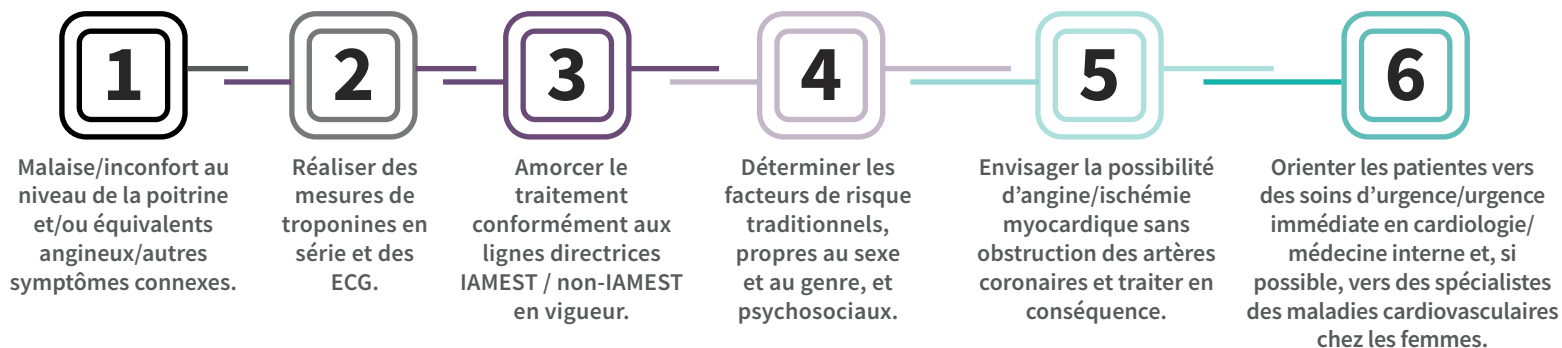
\* Les spasmes des artères coronaires liés au syndrome de Kounis sont une cause complexe et unique de MINOCA nécessitant le traitement à la fois de la dysfonction cardiaque et de la réaction/sensibilité allergique. Il faut envisager la mesure de la tryptase sérique lorsqu'une patiente arrive en phase aiguë si l'on soupçonne cette possibilité. Outre les médicaments pour soigner les spasmes des artères coronaires, le traitement doit inclure des corticostéroïdes, des antihistaminiques H1 et H2 et des stabilisateurs de mastocytes. La prudence s'impose en cas d'utilisation d'inhibiteurs de l'ECA, d'épinéphrine et d'allergie potentielle de la patiente à un médicament.

#EI : échographie intravasculaire; TCO : tomographie par cohérence optique; BCC : bloqueurs des canaux calciques; IECA : inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine; ARA : antagonistes des récepteurs de l'angiotensine. Libre accès (adapté de) : Mukherjee, D. Journal of the American Heart Association. Myocardial Infarction With Nonobstructive Coronary Arteries: A Call for Individualized Treatment, volume 8, numéro 14, p. 1-3. IAMEST: Infarctus du myocarde avec élévation du segment ST

## 7. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL :

Outre dans les cas de MINOCA, on observe aussi des taux élevés de troponines dans d'autres affections non-coronariennes sans obstruction de l'artère coronaire comme la myocardite, la cardiomyopathie liée au stress (Tako-tsubo) et les maladies critiques non ischémiques comme la septicémie, l'embolie pulmonaire, la maladie rénale chronique et la dissection aortique.

## 8. LISTE DE CONTRÔLE DU SCA CHEZ LES FEMMES :



## 9. RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES :

1. [Atlas de l'Alliance canadienne de la santé cardiaque des femmes sur l'épidémiologie, le diagnostic et la prise en charge de la maladie cardiovasculaire chez les femmes](#)
2. [Formation et outils gratuits et reconnus sur la santé cardiaque des femmes au Canada](#)

## 10. REMERCIEMENTS :

Ce matériel éducatif vous est offert par le Groupe de travail sur l'application et la mobilisation des connaissances de l'Alliance canadienne de santé cardiaque pour les femmes. Font partie de l'équipe de rédaction la Dre Shahin Jaffer, la Dre Christine Pacheco, la Dre Najah Adreak, Dre Jill Bruneau, Ph.D., Helen Robert, Karen E. Jacques et Meagan Noble. L'Alliance est pilotée par le Centre canadien de santé cardiaque pour les femmes à l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa.

## RÉFÉRENCES :

1. Jaffer, S. Epidemiology, Diagnosis, and Management of Cardiovascular Disease in Women—Scope of the Problem (2020) CJC Open. [https://www.cjopen.ca/article/S2589-790X\(20\)30168-2/fulltext](https://www.cjopen.ca/article/S2589-790X(20)30168-2/fulltext)
2. Lopez, AD. Is the long-term decline in cardiovascular-disease mortality in high-income countries over? Evidence from national vital statistics (2019) Int J Epidemiol. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31378814>
3. Pacheco, C. Epidemiology, Diagnosis, and Management of Cardiovascular Disease in Women—Sex- and Gender-Unique Manifestations of Cardiovascular Disease (2021) CJC Open. [https://www.cjopen.ca/article/S2589-790X\(21\)00303-6/fulltext](https://www.cjopen.ca/article/S2589-790X(21)00303-6/fulltext)
4. Lichtman JH, et al. Sex Differences in the Presentation and Perception of Symptoms Among Young Patients With Myocardial Infarction: Evidence from the VIRGO Study (Variation in Recovery: Role of Gender on Outcomes of Young AMI Patients). Circulation. 2018;137(8):781-790. <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.031650>
5. Bugiardini R, Ricci B, Jenko E, et al. SEX-RELATED DIFFERENCES IN ACUTE CORONARY CARE AMONG PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION: THE ROLE OF PREHOSPITAL DELAY. J Am Coll Cardiol. 2015 Mar, 6-5 (10. Supplement) A8. <https://www.jacc.org/doi/abs/10.1016/s0735-1097%2815%2960008-0>
6. Vogel B et al., The Lancet women and cardiovascular disease Commission: reducing the global burden by 2030, Lancet 2021 Jun 19;397(10292):2385-2438. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00684-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00684-X/fulltext)
7. Mosca, L. Effectiveness-Based Guidelines for the Prevention of Cardiovascular Disease in Women—2011 Update: A Guideline From the American Heart Association (2011) JACC. <https://www.jacc.org/doi/full/10.1016/j.jacc.2011.02.005>
8. Steptoe, A. Stress and cardiovascular disease (2012) Nat Re Cardiol. <https://www.nature.com/articles/nrcardio.2012.45>
9. Cohen, BE. State of the Art Review: Depression, Stress, Anxiety, and Cardiovascular Disease (2015) American J Hypertension. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25911639>
10. Garcia, M. Cardiovascular Disease in Women: Clinical Perspectives (2016) Cir Res. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27081110>
11. Mehta, L S. Acute Myocardial Infarction in Women: A Scientific Statement From the American Heart Association (2016) Circulation. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26811316>
12. Norris, C M. State of the Science in Women's Cardiovascular Disease: A Canadian Perspective on the Influence of Sex and Gender (2020) JAHA. <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/JAHA.119.015634>
13. Coutinho, T. Hypertensive Disorders of Pregnancy and Cardiovascular Diseases: Current Knowledge and Future Directions (2018) Curr Treat Options Cardiovasc Med. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29923067>
14. Aggarwal, N R. Sex Differences in Ischemic Heart Disease (2018) Circulation. <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/circoutcomes.117.004437>
15. Tamis-Holland, JE. Contemporary Diagnosis and Management of Patients With Myocardial Infarction in the Absence of Obstructive Coronary Artery Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association (2019) Circulation. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30913893>
16. Gulati, M. 2021 AHA/ACC/AASE/CHEST/SAEM/SCCT/SCMR Guideline for the Evaluation and Diagnosis of Chest Pain: A Report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines (2021) Circulation. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34709879>
17. Kounis, Nicholas G. Kounis syndrome: an update on epidemiology, pathogenesis, diagnosis and therapeutic management (2016) Clinical Chemistry and Laboratory Medicine. <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/cclm-2016-0010/html>
18. J Am Coll Cardiol. 2018 Oct, 72 (18) 2231-2264. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109718369419>
19. Wong, G.C. Armstrong, P.W. et al. (2019) Canadian Cardiovascular Society/Canadian Association of Interventional Cardiology Guidelines on the Acute Management of ST-Elevation Myocardial Infarction: Focused Update on Regionalization and Reperfusion. CJC V35, Issue 2; 107-132. [https://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X\(18\)31321-7/fulltext](https://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X(18)31321-7/fulltext)
20. Collet et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC) (2021) Eur Heart J. <https://academic.oup.com/eurheartj/article/42/14/1289/5898842>
21. Amsterdam EA, Wenger NK, Brindis RG, et al. 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients with Non-ST-Elevation Acute Coronary Syndromes: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol 2014;64:e139-e228. <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/cir.000000000000134>