



**5^{ÈME} CONGRÈS NATIONAL &
1^{ER} CONGRÈS PANAFRICAIN**
DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET DE MÉDECINE DE FAMILLE

11 12 13 NOV
2022
CENTRE DE CONGRES
MÉDINA HAMMAMET

PARTICULARITÉS DU SYNDROME CORONARIEN AIGU SANS SUS-DÉCALAGE PERSISTANT DU SEGMENT ST DE LA FEMME

Présenté par Sarra Skouri

Co-auteurs : K. Taamallah, W. Fehri

Service de cardiologie : Hôpital militaire principal
d'instruction de Tunis

Communication Orale N°C102





5^{ÈME} CONGRÈS NATIONAL & 1^{ER} CONGRÈS PANAFRICAIN DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET DE MÉDECINE DE FAMILLE

11 12 13 NOV
2022
CENTRE DE CONGRES
MÉDINA HAMMAMET

• Introduction

- Le syndrome coronarien aigu sans sus-décalage persistant du segment ST (SCA-NSTE) est l'une des premières causes de mortalité chez la femme. Les connaissances sont limitées sur le diagnostic et la prise en charge adéquate.
- La prévalence du SCA NSTE chez la femme augmente après la ménopause par la perte de l'effet protecteur des œstrogènes. Les femmes rentrent dans la pathologie coronaire 10 ans plus tard que les hommes avec une charge plus importante de facteurs de risque cardiovasculaire > risque accru d'évènements cardiovasculaires majeurs.



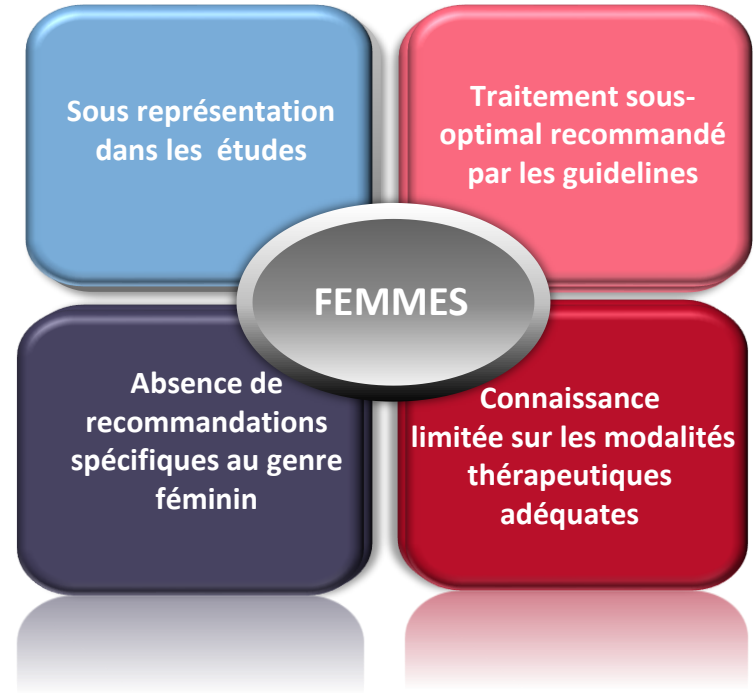
Introduction

➤ Aucune stratégie de diagnostic précoce

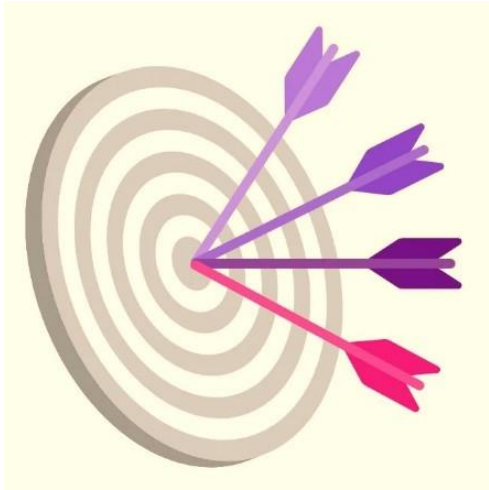
- Diagnostic complexe : Symptômes atypiques et sous-estimation du risque.

➤ Facteurs de sévérités du pronostic controversés.

- Pronostic du SCA-NSTE plus sévère chez la femme
- Predisposition féminine.
- Atteinte microvasculaire.
- Impact plus important des FRCV sur la survenue de MACE.



Objectifs de l'étude



Objectif 1

Dégager les particularités cliniques, paracliniques et évolutives du SCA-NSTE chez la femme.

Objectif 2

Évaluer le pronostic à court et à moyen terme de ces patientes.

Matériels et méthodes

- Etude rétrospective, descriptive et comparative regroupant 100 patients hospitalisés dans le service de cardiologie à l'Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis « HMPMIT » pour SCA-NSTE, sur une période de 4 ans allant du mois de janvier 2015 au mois de juin 2019.
- Ces patients étaient repartis en deux groupes :
 - **Le groupe A** comportait les patientes de genre féminin âgées de 40 ans ou plus : 50 femmes (50%).
 - **Le groupe B** comportait les patients de genre masculin âgés de 40 ans ou plus : 50 hommes (50%).

Résultats

Données relatifs à l'âge

Population globale (N=100)

- Age moyen = $61 \pm 8,13$ ans [40-82]

Groupe A (N=50)

- Age moyen = $61,18 \pm 8,75$ ans

Groupe A (N=50)

- Age moyen = $60,17 \pm 7,5$ ans

Données relatifs au genre

Genre-ratio = 1 (50H/50F)

Femmes

Pic d'âge : 60-69 ans



48%(n=24)

Hommes

Pic d'âge : 50-59 ans

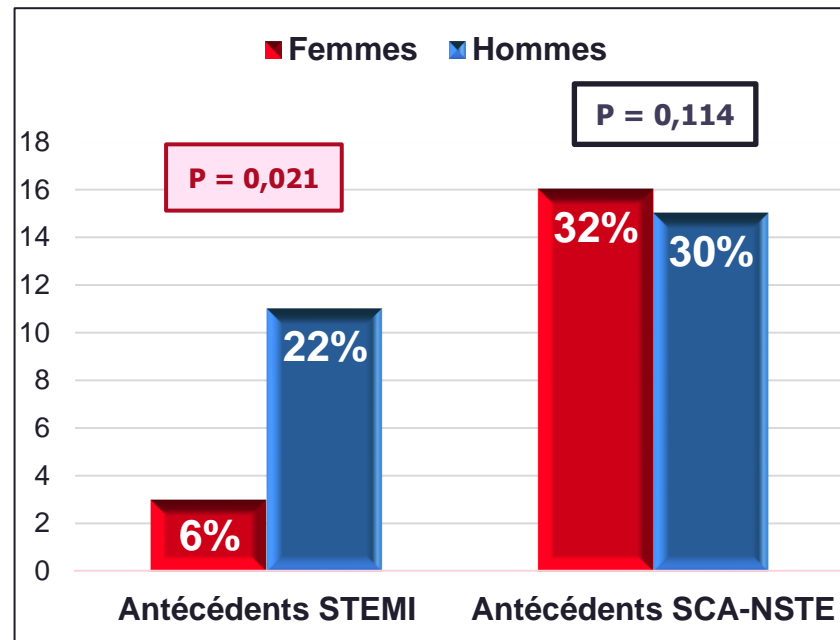


46%(n=23)

Résultats

Les facteurs de risque et les antécédents cardiovasculaires

	Population générale (N=100)	Femmes (N=50)	Hommes (N=50)	P-value
Age	88% (n=88)	38% (n=19)	58% (n=25)	0,002
Diabète	61% (n=61)	72% (n=36)	50% (n=25)	0,024
HTA	60% (n=60)	76% (n=38)	44% (n=22)	0,001
Tabagisme	51% (n=51)	16% (n=8)	86% (n=43)	< 0,0001
Obésité	24% (n=24)	40% (n=20)	8% (n=4)	< 0,0001
Dyslipidémie	56% (n=56)	64% (n=32)	48% (n=24)	0,079
Hérédité coronaire	18% (n=18)	16% (n=8)	20% (n=10)	0,603
≥ 3 FRCV	60 (60%)	35 (70%)	25 (50%)	0.041

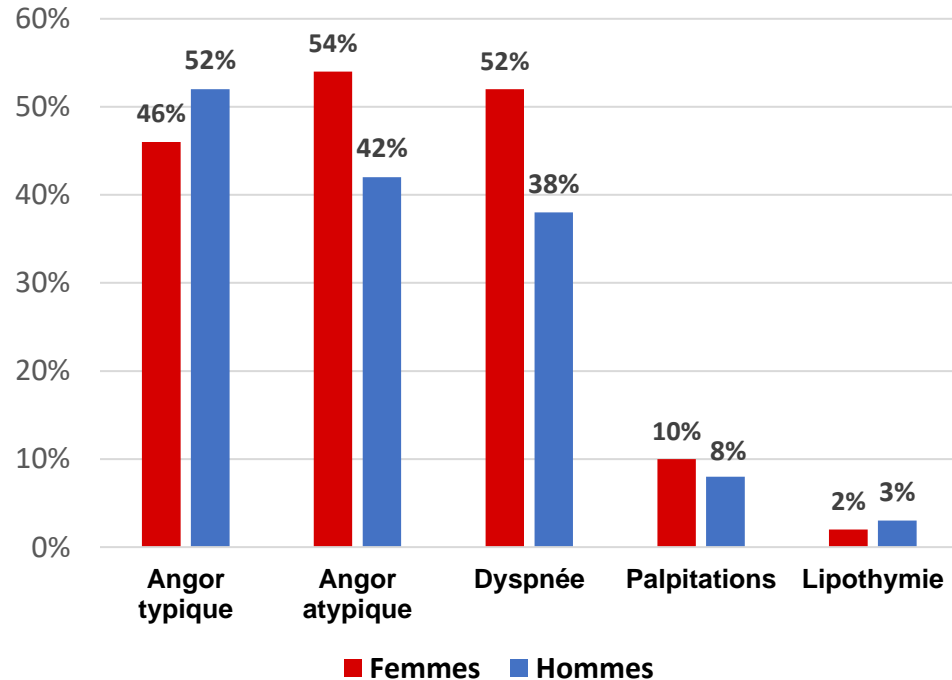


Résultats

Antécédents cardiovasculaires et comorbidités



	Population générale (N=100)	Femmes (N=50)	Hommes (N=50)	P-value
Antécédents de PAC	5 (5%)	0 (0%)	5 (10%)	0,022
Antécédents d'ATC	21 (21%)	9 (18%)	13 (26%)	0,140
Anémie	28 (28%)	20 (40%)	8 (16%)	< 0,0001
Insuffisance cardiaque	16 (16%)	5 (10%)	11 (22%)	0,046
IRC	15 (15%)	11 (22%)	4 (8%)	<0,0001
AOMI	10 (10%)	1 (2%)	9 (18%)	0,008
AVC ischémique	9 (9%)	7 (14%)	2 (4%)	0,080
Pathologie respiratoire	9 (9%)	1 (12%)	8 (16%)	0,032
Antécédents de MTEV	2 (2%)	1 (2%)	1 (2%)	-



Présentation clinique



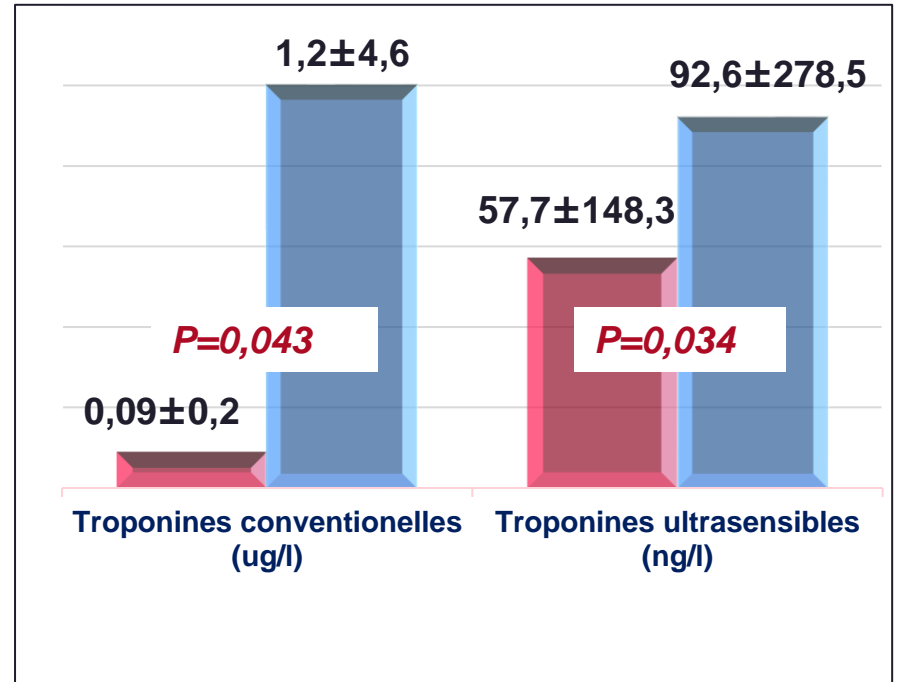
Résultats

Les données de l'ECG et de l'échocardiographie trans-thoracique

	Population générale (N=100)	Femmes (N=50)	Hommes (N=50)	P-value
Les troubles de la repolarisation 	69 (69%)	36 (72%)	33 (66%)	0,006
Les séquelles de nécrose	7 (7%)	1 (2%)	6 (12%)	0,001
Territoire antérieur étendu	5 (5%)	5 (10%)	0 (0%)	0,028
Le bloc auriculo-ventriculaire	2 (2%)	0 (0%)	2 (4%)	0,041
La fibrillation auriculaire 	13 (13%)	10 (20%)	4 (6%)	0,037






	Population générale (N=100)	Femmes (N=50)	Hommes (N=50)	P-value
FEVG (%) 	59,7±12,12	63.38±7,8	56±14,43	0,002
Dysfonction systolique du VG FEVG < 40% 	14 (14%)	2 (4%)	12 (24%)	<0,0001
Anomalies de la cinétique segmentaire	29 (29%)	7 (14%)	22 (44%)	0,001

La comparaison des troponines

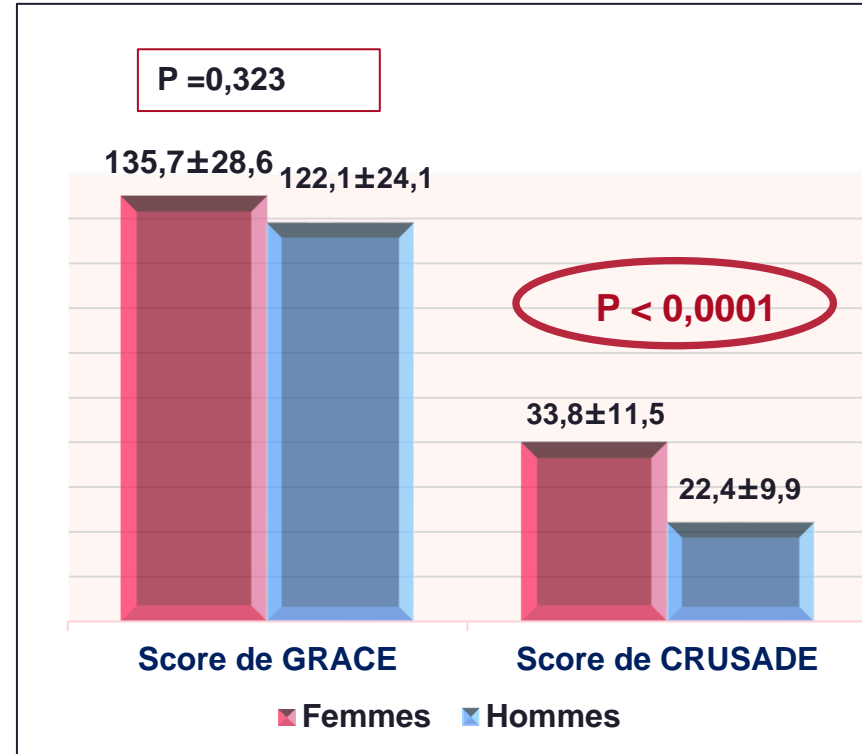


Résultats

Les données de la coronarographie

	Population générale (N=100)	Femmes (N=50)	Hommes (N=50)	P-value
Monotronculaire 	39 (39%)	24 (48%)	15% (30%)	0,065
Tritronculaire 	28 (28%)	9 (18%)	19 (38%)	0,026
TCG	6 (6%)	1 (2%)	5 (10%)	0,008
IVA	75 (75%)	35 (70%)	40 (80%)	0,061
Nombre total des lésions 	299	125	174	0,06
Lésions calcifiées	112 (37,45%)	66 (52,8%)	46 (26,4%)	0,07
Lésions classe B2/C (ACC/AHA) 	69 (28,1%)	28 (22,4%)	41 (23,6%)	0,006
Sténoses significatives	88 (88%)	42 (84%)	47 (94%)	0,01
Lésions non-obstructives 	11 (11%)	8 (16%)	3 (6%)	0,01

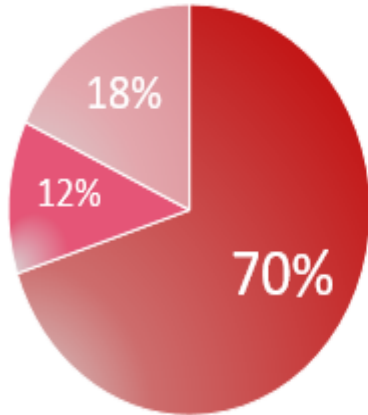
La stratification du risque



Résultats

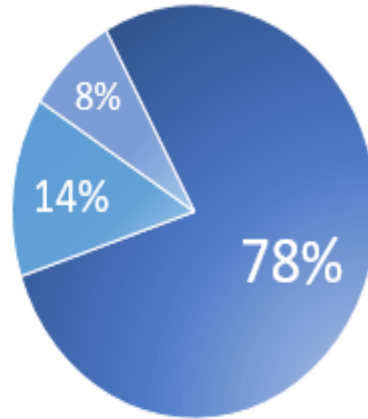
La stratégie thérapeutique selon le genre

FEMMES

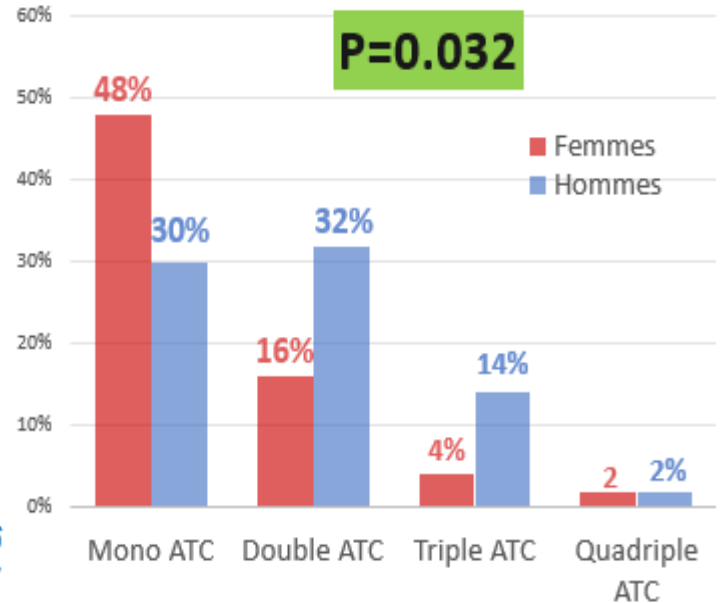


- Angioplastie coronaire $P=0,362$
- Pontage aorto-coronaire $P=0,766$
- Traitement médical $P=0,137$

HOMMES



- Angioplastie coronaire $P=0,362$
- Pontage aorto-coronaire $P=0,766$
- Traitement médical $P=0,137$



Résultats

Les complications intra-hospitalière et les MACE à 12 mois de suivi

	Population générale (N=100)	Femmes (N=50)	Hommes (N=50)	P-value
- Fibrillation auriculaire	13 (13%)	10 (20%)	3 (6%)	0,037
- Insuffisance mitrale ischémique	10 (10%)	4 (8%)	14 (28%)	0,025
- hémorragies	23 (23%)	16 (32 %)	7 (14 %)	0,032
- Tachycardie ventriculaire	3 (3%)	0 (0%)	3 (6%)	0,07
- Thrombose intra-stent	1 (1%)	0 (0%)	1 (2%)	0,5

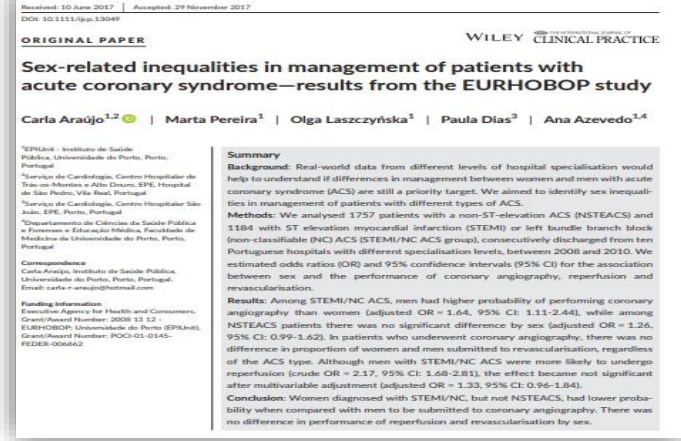
	Population générale (N=100)	Femmes (N=50)	Hommes (N=50)	P-value
MACE	45 (45%)	23 (46%)	22 (44%)	0,687
Décès	4 (4%)	2 (4%)	2 (4%)	-
STEMI	14 (13%)	3 (6%)	11 (22%)	0,037
SCA-NSTE	18 (18%)	15 (30%)	3 (6%)	0,002
Thrombose intra-stent	1 (1%)	0 (0%)	1 (2%)	0,5
Insuffisance cardiaque aiguë	9 (9%)	3 (6%)	6 (12%)	0,295
AVC ischémique	9 (9%)	7 (14%)	2 (4%)	0,08

Discussion

Nos résultats étaient similaires à ceux de l'étude EURHOBOP publiée en 2017.

- Etude multinationale rétrospective et comparative
- Total = 1757 patients consécutifs inclus
- L'âge moyen était de 64 ans
- L'objectif de l'étude : les Inégalités liées au sexe dans la prise en charge du SCA .

- ✓ Les femmes présentaient plus fréquemment **d'HTA, de diabète et de dyslipidémie**. Elles avaient plus **d'IRC et d'anémie** et avaient également **moins d'antécédents d'IDM** et moins **de revascularisations**. A la coronarographie, Ces patientes avaient **moins de lésions tri-tronculaires et plus de lésion coronaires non-obstrucives**
- ✓ Le **recours à l'ATC était comparable** entre les deux groupes. Ce qui était concordant avec nos résultats.



Discussion

- **L'étude TIMI** : méta-analyse publiée en 2019 par Sarma et al.
- 10 études comparatives et randomisés
- > 2500 patients inclus suivis pour SCA-NSTE.
- L'âge moyen des patients était de 67 ans .
- Objectif : étudier la disparité entre les deux genres dans les résultats et le pronostic du SCA-NSTE.

JOURNAL OF THE AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY
© 2019 BY THE AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY FOUNDATION
PUBLISHED BY ELSEVIER

VOL. 74, NO. 24, 2019

Outcomes of Women Compared With Men After Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes



Amy A. Sarma, MD,^a Eugene Braunwald, MD,^b Christopher P. Cannon, MD,^c Jianping Guo, MAS,^b KyungAh Im, PhD,^b Elliott M. Antman, MD,^b C. Michael Gibson, MD, MS,^d L. Kristin Newby, MD, MHS,^e Robert P. Giugliano, MD, SM,^b David A. Morrow, MD, MPH,^b Stephen D. Wiviott, MD,^b Marc S. Sabatine, MD, MPH,^b Michelle L. O'Donoghue, MD, MPH^b

- D'après cette méta-analyse, les femmes étaient plus âgées, cumulaient plus de **facteurs de risques et plus de comorbidités** à type **d'insuffisance rénale et d'insuffisance cardiaque** . Elles avaient moins souvent d'antécédents **d'IDM et de PAC** et moins souvent de **troponines positives** . Ces résultats étaient concordants avec notre étude
- L'étude TIMI a montré que les femmes étaient **moins traitées** par la stratégie invasive et moins soumises aux traitements médicamenteux. Ces inégalités de prise en charge liées au sexes n'était pas observé dans notre étude.

Discussion

✓ L'étude TIMI a montré que la différence dans la survenue de MACE n'était pas significative avec des taux respectifs de **11,7%** chez les femmes versus **11,36%** chez les hommes.

➡ **en accord avec notre étude .**

✓ La mortalité cardiovasculaire, dans cette étude , était plus élevée chez les femmes : **4,47%** vs **4,12%** avec une DS.

➡ **Un taux similaire de mortalité (4%)** a été retrouvé dans notre étude mais sans différence significative entre les deux groupes.



TABLE 2 The Unadjusted and Adjusted Risk of Cardiovascular Outcomes in Women Versus Men After NSTEACS Across TIMI Trials

	Total Events	Unadjusted Incidence Rate, %		Unadjusted HR (95% CI),		Between-Trial Heterogeneity	
		Women	Men	Women vs. Men	p Value	I ² , %	p Value
Unadjusted model							
CVD, MI, or stroke	8,109	11.79	11.36	1.04 (0.99-1.09)	0.16	<0.01	0.74
All-cause death	3,974	4.47	4.12	1.12 (1.01-1.24)	0.03	38.63	0.06
CVD	2,429	3.34	2.82	1.16 (1.02-1.32)	0.03	46.56	0.04
MI	1,174	8.03	8.14	1.00 (0.94-1.06)	0.94	<0.01	0.95
Stroke	1,040	1.40	1.23	1.19 (1.03-1.37)	0.02	5.67	0.36
Adjusted Incidence Rate, % Adjusted HR (95% CI), Women vs. Men							
Adjusted model 1*							
CVD, MI, or stroke		11.02	12.34	0.93 (0.88-0.98)	<0.01	<0.01	0.17
All-cause death		3.71	4.66	0.84 (0.78-0.90)	<0.01	0.02	0.34
CVD		2.80	3.24	0.85 (0.76-0.96)	<0.01	25.48	0.11
MI		7.82	8.54	0.96 (0.91-1.03)	0.23	<0.01	0.62
Stroke		1.28	1.50	0.91 (0.75-1.10)	0.35	26.41	0.13
Adjusted model 2†							
CVD, MI, or stroke		11.09	12.51	0.92 (0.87-0.97)	<0.01	0.02	0.23
All-cause death		3.90	5.03	0.82 (0.76-0.88)	<0.01	<0.01	0.29
CVD		3.13	3.63	0.83 (0.73-0.93)	<0.01	23.71	0.11
MI		7.84	8.59	0.96 (0.90-1.02)	0.19	<0.01	0.60
Stroke		1.20	1.39	0.90 (0.74-1.09)	0.28	29.01	0.12

CONCLUSIONS



- La prévalence du SCA-NSTE ne cesse d'augmenter chez les femmes en raison de l'âge plus avancé et l'aggravation du profil de risque cardiovasculaire.
- L'atteinte monotronculaire et les coronaropathies non-obstructives sont plus fréquentes chez les femmes.
- Bien que des progrès dans l'arsenal thérapeutique des SCA ont amélioré le pronostic des hommes, le pronostic des femmes reste défavorable.
- La particularité des femmes atteintes de SCA-NSTE correspond à un risque hémorragique et ischémique plus élevé qui semble en rapport avec une charge plus importante de FRCV, de comorbidités et une physiopathologie distincte.



