

# L'infarctus du myocarde au féminin

Cynthia Savard <sup>a</sup>, B.Sc. et Hélène Provencher <sup>b</sup>, Ph.D.

<sup>a</sup> Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, Université Laval

<sup>b</sup> Professeure, Faculté des sciences infirmières, Université Laval.

---

## Introduction

Les maladies coronariennes représentent la première cause de décès chez les femmes étatsuniennes et la deuxième cause de décès chez les femmes canadiennes (Heron, 2019, Statistique Canada, 2018). Regroupées sous l'appellation de « coronaropathie », ces maladies affectent l'apport en flux sanguin au cœur par l'atteinte des artères coronaires. Les causes de ces maladies concernent principalement l'athérosclérose, soit un dépôt graisseux sur les parois des coronaires (athérome) qui rétrécit la lumière et durcit la paroi des vaisseaux en question. L'obstruction totale ou partielle des artères coronaires risque d'entraîner l'infarctus du myocarde (Heart and Stroke Foundation of Canada, 2020).

Sur le plan de la recherche, la fin des années 1990 dirige l'attention sur le besoin d'en savoir plus à l'égard du genre et de son rapport à l'infarctus du myocarde (Mosca et al., 2011). Ceci s'arrime avec des statistiques démontrant un important taux de prévalence de cette maladie autant chez l'homme que la femme malgré les croyances populaires en faveur d'une maladie réservée au genre masculin (Lau, O'Donoghue, Hamilton, & Goldhaber, 2016).

Au cours des trois dernières décennies, des différences ont été documentées entre les hommes et les femmes, dont les facteurs de risque ainsi que les manifestations cliniques et les conséquences de l'infarctus du myocarde (Donataccio et al., 2015; D'Onofrio et al., 2015; Mosca et al., 2011). Toutefois, les connaissances demeurent limitées à l'égard d'une compréhension approfondie du vécu de l'infarctus du myocarde chez la femme. En effet, une majorité des études portant sur les individus ayant souffert d'un infarctus du myocarde ont été réalisées chez les hommes et généralisées aux femmes et seulement 30% des études disponibles portent uniquement sur les femmes (Khamis, Ammari, & Mikhail, 2016; Heart and Stroke Foundation of Canada, 2020). Autrement dit, la population féminine reste à ce jour sous-représentée dans les études portant sur le sujet (Shah, Palaskas, & Ahmed, 2016).

Le but de ce court article est d'argumenter en faveur de la conjugaison de l'infarctus du myocarde au féminin. Le vécu de la femme est ici l'objet d'un survol en s'attardant aux facteurs de risque, aux manifestations cliniques ainsi qu'au retour à domicile à la suite de l'infarctus du myocarde.

## Les facteurs de risque

Les femmes sont exposées à certaines phases hormonales significatives au cours de leur vie qui ont un impact sur leur risque cardiovasculaire, notamment lors de la prise de mesures contraceptives, de la grossesse et de la ménopause (Vautrin, Marlière, Bouvaist, Guerbaai, & Barone-Rochette, 2016). Tout d'abord, l'interaction entre le tabac et la contraception estroprogestative (par voie orale, transdermique ou anneau vaginal) est un facteur de risque à l'infarctus du myocarde puisque cela peut augmenter l'effet thrombotique, surtout si la femme a plus de 35 ans (Lidegaard, Løkkegaard, Jensen, Skovlund, & Keiding, 2012). En ce qui a trait à la grossesse, certains changements physiologiques prédisposent aux maladies coronariennes. Citons notamment une hypercoagulabilité combinée à une tachycardie et à une augmentation du volume sanguin en plus du risque de diabète gestationnel et de la pré-éclampsie/éclampsie (Heart and Stroke Foundation of Canada, 2020; Vautrin et al., 2016). Finalement, la ménopause, qui est caractérisée par une cessation de la fonction ovarienne entraîne une carence en œstrogène. L'œstrogène est reconnu pour son effet athéroprotecteur (Yang, & Reckelhoff, 2011). Ce déficit hormonal entraîne donc une modification vasculaire, mais également des changements métaboliques prédisposant à divers facteurs de risque pour l'infarctus du myocarde (diabète, hypertension, obésité, dyslipidémie) (Vautrin et al., 2016).

En raison des rôles multiples de la femme dans le contexte social actuel, la gestion des priorités entre la vie personnelle et professionnelle, ainsi que leurs responsabilités respectives occasionnent également un stress important et peuvent amener les femmes à remplir leurs multiples engagements

au détriment de leur santé (Galick, D'Arrigo-Patrick, & Knudson-Martin, 2015). Outre le stress, la dépression est à la fois un facteur de risque et une conséquence fréquente de l'infarctus du myocarde et le taux est plus particulièrement élevé chez les femmes que chez les hommes en période pré et post infarctus (Allan & Fisher, 2011; Feng et al., 2019).

Finalement, les travaux empiriques indiquent que les femmes qui ont subi un infarctus du myocarde sont majoritairement plus âgées, atteintes de comorbidités et plus susceptibles de vivre seules que les hommes (Feola, Garnero, & Daniele, 2015). Ces facteurs font état d'une fragilité physique et psychologique et rajoutent des difficultés supplémentaires à leur prise en charge par les professionnels de la santé.

### Les manifestations cliniques

L'infarctus du myocarde, communément appelé la « crise cardiaque », est une condition nécessitant une assistance médicale immédiate. Certains symptômes sont présentés via les médias et la littérature en santé afin de conscientiser la population sur l'attention que l'on doit leur porter. Citons notamment, une sensation de pesanteur ou de serrement à la poitrine irradiant dans la mâchoire, le cou ou aux bras (Lau et al., 2016). Toutefois, les manifestations cliniques sont souvent atypiques chez les femmes, d'où l'importance de renseigner la population sur les diverses manifestations de l'infarctus (Dreyer et al., 2017). Comparativement aux hommes, les femmes ressentent plus souvent des signes moins évidents et moins bien définis, tels que, des nausées, des vomissements, une douleur abdominale, une cervicalgie ou une dorsalgie (Bennett, Lavie, & Grace, 2017; Campo, 2016). De plus, l'infarctus du myocarde peut se présenter sans douleur thoracique plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes (Khamis et al., 2016). Par ailleurs, un décalage entre les symptômes attendus et réels chez la femme peut parfois entraîner des diagnostics erronés et interprétés comme une douleur musculo-squelettique, un reflux gastro-oesophagien ou de l'anxiété, ainsi qu'engendrer un délai considérable avant de confirmer l'infarctus (Campo, 2016; Rubini et al., 2014). En effet, les signes précoces de l'infarctus ne sont pas détectés dans 78% des cas chez les femmes (Heart and Stroke Foundation of Canada, 2018). Finalement, le diagnostic peut s'avérer plus difficile chez l'individu de sexe féminin puisqu'elles sont plus enclines à ne pas présenter d'élévation du segment ST (NSTEMI) à l'électrocardiogramme lors de l'infarctus comparativement à l'homme (STEMI) (O'Donnell et al., 2014). L'électrocardiogramme est la première

mesure qui renseigne sur la possibilité d'une ischémie cardiaque.

### Le retour à domicile

Concernant le plan de congé, certaines études soutiennent que les femmes sont moins portées à participer aux programmes de réadaptation cardiaque en raison de différentes barrières (Bennett et al., 2017; Wieslander, Martensson, Fridlund, & Svedberg, 2016; Samayoa, Grace, Gravely, Benz Scott, Marzolini, & Colella, 2014). Citons notamment des consignes imprécises lors du congé médical, un manque d'encouragement et de soutien social, des obligations familiales, des contraintes financières, une peur de l'exercice physique reliée à l'expérience vécue, de la fatigue et de la douleur y étant associées ainsi qu'une difficulté de transport vers les établissements (Bennett et al., 2017). En effet, 36% moins de femmes y participent que les hommes (Samayoa et al., 2014). Ces lacunes peuvent être comblées par une évaluation du soutien social lors du séjour hospitalier et d'une référence à des ressources adaptées à cette clientèle ainsi qu'une poursuite de la recherche sur le rétablissement de l'infarctus du myocarde chez les femmes.

L'infirmière, dans son rôle de proximité, est dans une position privilégiée afin de déceler les défis que rencontre la femme dans son cheminement post-infarctus et d'offrir le soutien psychologique nécessaire. Elle peut notamment faire de l'enseignement sur les signes avant-coureurs et les actions à prendre lors de leur survenue afin que la femme se sente outillée lors du retour à domicile. Les femmes doivent être conscientisées sur le fait qu'elles ne sont pas guéries et qu'elles doivent prendre des mesures afin d'éviter la récurrence d'un événement aigu ou la progression de la maladie (Davis, 2018). La réadaptation cardiaque est une étape majeure de la prévention secondaire et continue d'être sous-utilisée par cette clientèle, d'où l'importance d'en faire sa promotion (Wieslander et al., 2016). Que ce soit par son écoute, par la transmission d'informations à la patiente et sa famille ou par le soutien à chaque obstacle encouru, une approche infirmière adaptée apparaît comme un des éléments clés à l'amélioration des soins offerts à cette clientèle.

## Références

- Benjamin, E. J., Blaha, M. J., Chiuve, S. E., Cushman, M., Das, S. R., Deo, R., ... On, behalf of the A. H. A. S. C. and S. S. S. (2017). Heart disease and stroke statistics—2017 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 135(10), 603. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000485>
- Bennett, A. L., Lavie, C. J., & Grace, S. L. (2017). Cardiac rehabilitation following acute coronary syndrome in women. *Current Treatment Options in Cardiovascular Medicine*, 19(8), 1–10. <https://doi.org/10.1007/s11936-017-0559-x>
- Campo, D. L. (2016). Recognizing myocardial infarction in women: a case study. *Ajn, American Journal of Nursing*, 116(9), 46–49. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000494694.48122.46>
- Claassen, M., Sybrandy, K. C., Appelman, Y. E., & Asselbergs, F. W. (2012). Gender gap in acute coronary heart disease: myth or reality? *World Journal of Cardiology*, 4(2), 36–47. <https://doi.org/10.4330/wjc.v4.i2.36>
- Davis, L. L. (2018). Listening to stories from women with heart disease: my experience as a nurse practitioner. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 30(5), 248–250. <https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000046>
- D'Onofrio, G., Safdar, B., Lichtman, J. H., Strait, K. M., Dreyer, R. P., Geda, M., ... & Krumholz, H. M. (2015). Sex differences in reperfusion in young patients with ST-segment–elevation myocardial infarction: results from the VIRGO study. *Circulation*, 131(15), 1324–1332.
- Donataccio, M. P., Puymirat, E., Parapid, B., Steg, P. G., Eltchaninoff, H., Weber, S., ... & Ferrières, J. (2015). In-hospital outcomes and long-term mortality according to sex and management strategy in acute myocardial infarction. Insights from the French ST-elevation and non-ST-elevation Myocardial Infarction (FAST-MI) 2005 Registry. *International journal of cardiology*, 201, 265–270.
- Dreyer, R. P., Sciria, C., Spatz, E. S., Safdar, B., D'Onofrio, G., & Krumholz, H. M. (2017). Young women with acute myocardial infarction: current perspectives. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 10(2), 003480. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.116.003480>
- Feng L, Li L, Liu W, et al. Prevalence of depression in myocardial infarction: A PRISMA-compliant meta-analysis. *Medicine* (Baltimore). 2019;98(8):e14596. doi:10.1097/MD.00000000000014596
- Feola, M., Garnerò, S., Daniele, B., Mento, C., Dell'Aira, F., Chizzolini, G., & Testa, M. (2015). Gender differences in the efficacy of cardiovascular rehabilitation in patients after cardiac surgery procedures. *Journal of Geriatric Cardiology*, 12(5), 575–579. <https://doi.org/10.11909/j.issn.1671-5411.2015.05.015>
- Galick, A., D'Arrigo-Patrick, E., & Knudson-Martin, C. (2015). Can anyone hear me? Does anyone see me? a qualitative meta-analysis of women's experiences of heart disease. *Qualitative Health Research*, 25(8), 1123–38. <https://doi.org/10.1177/1049732315584743>
- Heron, M. P. (2019). Deaths: leading causes for 2017. *National Statistics Reports*; 68(6). Récupéré de <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/79488>
- Khamis, R. Y., Ammari, T., & Mikhail, G. W. (2016). Gender differences in coronary heart disease. *Heart*, 102(14), 1142–1142. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2014-306463>
- Lau, E. S., O'Donoghue, M. L., Hamilton, M. A., & Goldhaber, S. Z. (2016). Women and heart attacks. *Circulation*, 133(10), 428–9. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018973>
- Lidegaard, Ø., Løkkegaard, E., Jensen, A., Skovlund, C. W., & Keiding, N. (2012). Thrombotic stroke and myocardial infarction with hormonal contraception. *The New England Journal of Medicine*, 366(24), 2257–66. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1111840>
- McDonnell, L. A., Pipe, A. L., Westcott, C., Perron, S., Younger-Lewis, D., Elias, N., ... Reid, R. D. (2014). Perceived vs actual knowledge and risk of heart disease in women: findings from a Canadian survey on heart health awareness, attitudes, and lifestyle. *The Canadian Journal of Cardiology*, 30(7), 827–34. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2014.05.007>
- Mendes, B., Roux, G., & Ridosh, M. (2010). Phenomenon of inner strength in women post-myocardial infarction. *Crit Care Nurs Q*, 33(3), 248–258. doi:10.1097/CNQ.0b013e3181e6d809
- Mosca, L., Benjamin, E. J., Berra, K., Bezanson, J. L., Dolor, R. J., Lloyd-Jones, D. M., ... Wenger, N. K. (2011). Effectiveness-based guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women—2011 update: a guideline from the American Heart Association. *Circulation*, 123(11), 1243–1262. <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e31820faaf8>

- O'Donnell, S., McKee, G., Mooney, M., O'Brien, F., & Moser, D. K. (2014). Slow-onset and fast-onset symptom presentations in acute coronary syndrome (ACS): New perspectives on prehospital delay in patients with ACS. *The Journal of Emergency Medicine*, 46, 507–515.
- Rubini, G. M., Reiter, M., Twerenbold, R., Reichlin, T., Wildi, K., Haaf, P., ... Mueller, C. (2014). Sex-specific chest pain characteristics in the early diagnosis of acute myocardial infarction. *Jama Internal Medicine*, 174(2), 241–9. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.12199>
- Samayoa, L., Grace, S.L., Gravely, S., Benz Scott, L., Marzolini, S., & Colella, T. (2014). Sex differences in cardiac rehabilitation enrolment: a meta-analysis. *Can J Cardiol*, 30:793–800.
- Shah, T., Palaskas, N., & Ahmed, A. (2016). An update on gender disparities in coronary heart disease care. *Current Atherosclerosis Reports*, 18(5), 28–28. <https://doi.org/10.1007/s11883-016-0574-5>
- Vautrin, E., Marlière S, Bouvaist, H., Guerbaai, R., & Barone-Rochette, G. (2016). Coronaropathie de la femme : rôle des hormones sexuelles. *Annales de cardiologie et d'angéiologie*, 65(6), 404–410. <https://doi.org/10.1016/j.ancard.2016.10.007>
- Wieslander, I., Svedberg, P., Martensson, J., & Fridlund, B. (2016). Women's experiences of how their recovery process is promoted after a first myocardial infarction: implications for cardiac rehabilitation care. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 11. <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.30633>
- Yang, X. P., & Reckelhoff, J. F. (2011). Estrogen, hormonal replacement therapy and cardiovascular disease. *Current Opinion in Nephrology and Hypertension*, 20(2), 133–8. <https://doi.org/10.1097/MNH.0b013e3283431921>
- Carrie, A. G., Grymonpre, R. E., & Blandford, A. A. (2006). Impact of residence on prevalence and intensity of prescription drug use among older adults. *Ann Pharmacother*, 40, 1932-1938.
- Chan, D. C., Hao, Y. T., & Wu, S. C. (2009). Polypharmacy among disabled Taiwanese elderly: a longitudinal observational study. *Drugs Aging*, 26(4), 345-354. doi:10.2165/00002512-200926040-00005