

Repérer, dépister et accompagner les femmes aux phases clés hormonales, pour une prévention offensive!

Claire Mounier-Véhier

Centre HTA-Vasculaire. Institut Cœur-Poumon



European Hypertension
Excellence Center



Société Française
d'Hypertension Artérielle



Women's Cardiovascular Healthcare Foundation

DÉCLARATION DE LIENS D'INTÉRÊT

Pr Claire Mounier-Vehier - Institut Cœur-Poumon, Université de Lille

- Je déclare avoir des liens d'intérêt avec des industriels qui commercialisent des produits de santé : <https://www.transparence.sante.gouv.fr/>
- Mise à jour le 21 août 2021

Une urgence sociétale et médicale !

76 000 décès
par an



1^{ère} cause de
mortalité
chez les
femmes



Touchent les
femmes de
plus en plus
jeunes dès
45 ans



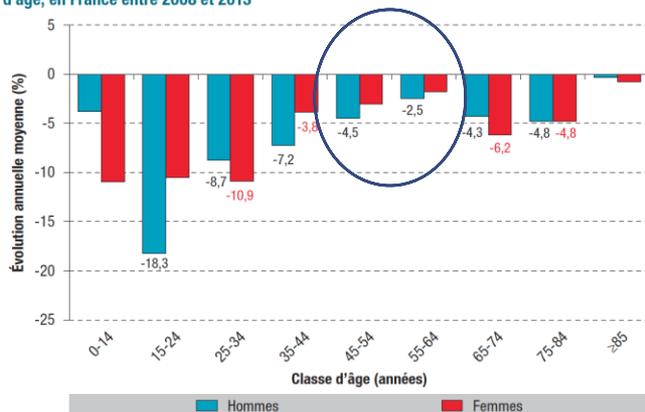
Les maladies cardio-vasculaires tuent
6 fois plus de femmes que le cancer du sein !
200 décès par jour

→ **On peut agir ensemble pour ne plus subir !**

Accident vasculaire cérébral

Figure 2

Évolution annuelle moyenne des taux de mortalité par accident vasculaire cérébral, tous types, en fonction du sexe et de la classe d'âge, en France entre 2008 et 2013



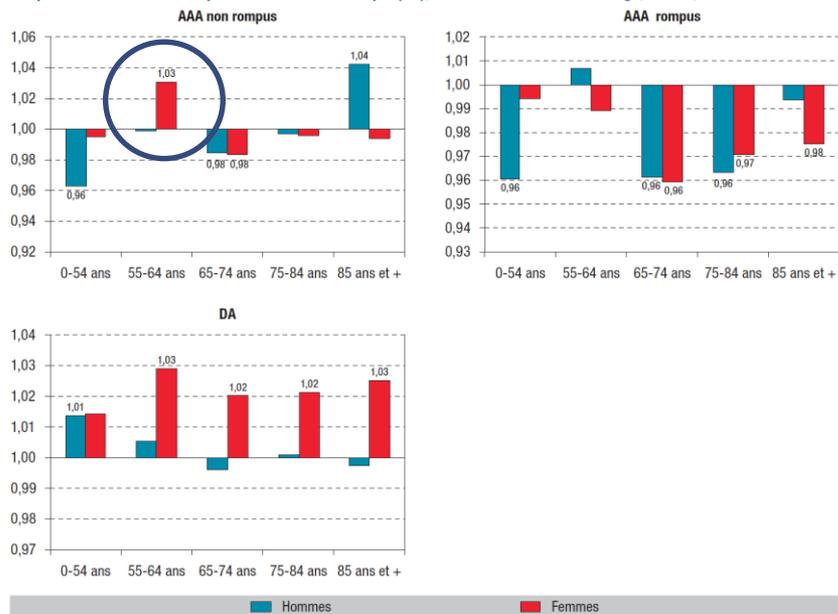
NB : seules les évolutions significatives figurent sur les graphiques.
Source : Causes médicales de décès 2008-2013 (Inserm-CépiDc).
Champ : France entière (hors Mayotte), tous âges.t

	Total AVC		
	Hommes	Femmes	Total
Nombre d'AVC, N	55 944	54 494	110 438
Prise en charge en UNV, réanimation ou soins intensifs (hors UNV), N (%)	30 625 (54,7)	25 191 (46,2)	55 816 (50,5)
Prise en charge en UNV, N (%)	26 414 (47,2)	21 221 (38,9)	47 635 (43,1)
En unité de soins intensifs neuro-vasculaires (USINV), N (%)	22 597 (40,4)	17 808 (32,7)	40 405 (36,6)
En UNV hors soins intensifs, N (%)	3 817 (6,8)	3 413 (6,3)	7 230 (6,5)
Taux standardisés* de prise en charge en UNV (%)			
Tous âges	44,6	41,4	43,1
<65 ans	55,3	49,2	53,2
≥65 ans	41,0	38,8	39,8

Pathologies de l'Aorte → AAA et DA

Figure 2

Évolution annuelle moyenne des taux standardisés de personnes hospitalisées pour anévrisme de l'aorte abdominale (AAA) rompu ou sans mention de rupture et dissection aortique (DA), selon le sexe et la classe d'âge, France, 2002-2013



Note : les exponentielles des coefficients de régression de Poisson sont présentées pour caractériser l'évolution annuelle. Seules les valeurs significativement différentes de 1 sont indiquées (risque alpha=5%).

Tableau 1

Caractéristiques des personnes hospitalisées pour anévrisme de l'aorte abdominale (AAA) rompu ou sans mention de rupture et dissection aortique (DA), selon le sexe, France, 2013

	AAA sans mention de rupture (codes CIM10 : I71.4, I71.6, I71.9)			AAA rompu (codes CIM10 : I71.3, I71.5, I71.8)			DA (code CIM10 : I71.0)		
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes
Taux standardisés (/100 000 PA)	12,6	23,1	2,6	1,6	2,7	0,6	2,9	3,9	2,0
<65 ans	3,59	6,8	0,5	0,4	0,7	0,1	1,5	2,3	0,7
>65 ans	57,42	120,4	11,3	7,7	14,6	2,6	10,1	13,5	7,4
Durée de séjour (jours), m (ET)	9,0 (9,2)	8,9 (9,1)	9,8 (9,5)	11,7 (17,5)	12,1 (18,0)	9,8 (14,3)	13,6 (15,7)	14,3 (16,2)	12,2 (14,5)
Létalité hospitalière, n (%)	245 (2,9)	206 (2,7)	39 (4,4)	507 (45,8)	409 (45,0)	98 (49,5)	491 (24,9)	289 (22,5)	202 (29,4)
Prise en charge									
Chirurgie par voie ouverte, n (%)	3 305 (38,6)	2 997 (35,0)	308 (34,9)	573 (51,7)	506 (55,6)	67 (33,8)	816 (41,4)	551 (42,9)	265 (38,5)
Voie endovasculaire, n (%)	3 666 (42,8)	3 369 (43,8)	297 (33,7)	113 (10,2)	96 (10,5)	17 (8,6)	158 (8,0)	123 (9,6)	35 (5,1)
Autres actes*, n (%)	1 464 (17,1)	1 212 (15,7)	252 (28,5)	387 (34,9)	282 (30,9)	105 (53,0)	946 (48,0)	575 (44,8)	341 (54,0)
Aucun acte mentionné, n (%)	137 (1,6)	112 (1,5)	25 (2,8)	35 (3,2)	26 (2,9)	9 (4,6)	51 (2,6)	34 (2,6)	17 (2,5)

Grossesse et MCV → alerte épidémiologique



- **150 000** femmes porteuses d'une maladie CV, en âge de procréer, en France
- **MCV** → risque de mortalité maternelle **X 100**
- **4 alertes** à bien connaître* :
 - MCV : **1^{ère}** cause de mortalité maternelle
 - **66%** des décès de cause CV sont évitables
 - **40 %** des décès CV : femmes en situation de précarité sociale et financière → perte de chance majorée
 - **Fréquence des comorbidités** (HTA, obésité, diabète, tabac et âge > 35 ans)
- **Classification WHO (I-IV)** des maladies cardiaques maternelles (faible risque à risque majeur) (Ropac, Eur Heart J 2013- Eur Heart J 2019)

MCV de la femme → un engrenage puissant

*Un mode de vie stressant et sédentaire
depuis plus de 30 ans*

Des traitements souvent *insuffisants*

Peu ou pas de rééducation

Peu de recherche ciblée

Un *retard* de prise en charge

Des *tests diagnostiques*

parfois pris en défaut

Une *méconnaissance*
par les femmes et les médecins

Des facteurs de risque *classiques plus délétères*

Des facteurs de risque *spécifiques*

Un *défait de prévention*
et de *dépistage*

Une *maladie spécifique*

Des symptômes *atypiques souvent trompeurs*



→ **Sexe** et **Genre** étroitement intriqués

Des situations à risque spécifiques chez la femme

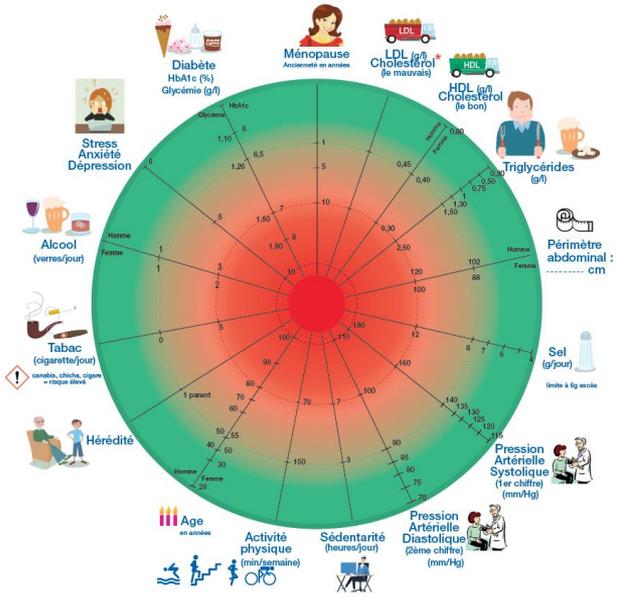
Liées au statut hormonal

- Age des 1^{ères} règles (< 11 ans ou > 15 ans)
- Contraception œstro-progestative
- Syndrome des ovaires polykystiques
- Endométriose
- Grossesse (HTA, PE, Diabète, N ≥ 3)
- Hystérectomie et/ou ovariectomie
- Insuffisance ovarienne prématurée (< 40 ans)
- Ménopause prématurée (< 45 ans)
- Ménopause (BVM** ; Traitement hormonal par voie orale)
- Cancer sein : chimio et radiothérapie

** **BVM** : bouffées vasomotrices > 6 par jour

Autres situations émergentes

- Migraine avec aura (ou sans aura avec FRCV)
- Maladies auto-immunes et/ou inflammatoires
- Précarité et isolement social +++
- Anxiété - Syndrome dépressif
- **Confinement Covid**
- Charge mentale au travail et à la maison
- Syndrome d'apnée du sommeil
- Fibrillation atriale



Traditional Factors:
age, hypertension, smoking, hyperlipidemia, diabetes, physical inactivity, sedentary behavior, poor diet, family history

Other Factors:
adverse pregnancy, outcomes, autoimmune disorders, chronic kidney disease, chest wall radiation, cardio-toxic chemotherapy

Hormonal Factors:
premature menopause, menopause hormone therapy, polycystic ovarian syndrome, obesity, and cardio-metabolic risk

Social Determinants of Health:
race/ethnicity, education, income, zip code

Psychological Risk Factors:
depression, anxiety, loneliness, perceived stress

Inflammation

Endothelial Dysfunction, Subclinical Atherosclerosis, Autonomic Dysfunction, Immune Dysfunction

Cardiovascular Disease
(myocardial infarction, heart failure, stroke, sudden cardiac death)

Cho, L. et al. J Am Coll Cardiol. 2020;75(20):2602-18.

**La mauvaise hygiène de vie
→ ennemi public n° 1 des femmes !**

3 périodes de dépistage → les « 6 » consultations

Contraception

- 1^{ère} consultation longue
- Consultations de renouvellement

Grossesse

- Consultation post-partum
- Consultation pré-conceptionnelle

Ménopause

- Consultation pré-ménopause du risque cardio-vasculaire
- Consultation de suivi du RCV de la ménopause
- Connaître et savoir informer sur la balance bénéfice-risque du traitement hormonal
 - Symptômes climactériques
 - < 60 ans, fenêtre d'intervention, durée de traitement, voie transdermique,
 - Connaître les contre indications gynécologiques et CNV

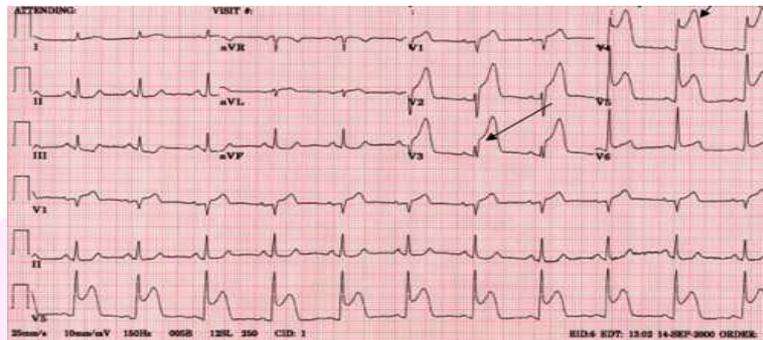


Collins P. *European heart J* 2007; Mosca L. *Circulation* 2011. contraception HAS Juillet 2013; Recommandations IMS, climacteric 2016 ; Recommandations Nice BMJ 2015 ; Recommandations Endocrine Society. *J clin endocrinol metabol* 2015.

Valente AM, Bhatt DL, Lane-Cordova A. Pregnancy as a Cardiac Stress Test: Time to Include Obstetric History in Cardiac Risk Assessment? *J Am Coll Cardiol*. 7 juill 2020;76(1):68-71

Anticiper → préparer sa consultation avec sa check-list

- 🩺 Antécédents cardio-neuro-vasculaires et gynéco-obstétricaux
- 🩺 Préparer ordonnances thérapeutiques
- 🩺 Signes d'alerte cardio-neuro-vasculaires?
- 🩺 Symptômes climatiques?
- 🩺 Facteurs de risque CNV/ facteurs de risque hormonaux?
- 🩺 Bilan biologique récent < 6 mois?
 - Cholestérol total, LDL et HDL CT, Triglycérides
 - Glycémie à jeun/HBA1C
 - Ionogramme sanguin/créatininémie
 - Bilan hépatique complet
- 🩺 Ramener tout son dossier médical, ses ECG
- 🩺 Se peser et mesurer sa circonférence abdominale
- 🩺 Faire un relevé d'automesure tensionnelle à la maison sur 3 jours.



Repérer l'HTA → porte d'entrée majeure dans le risque CV de la femme

≈ 1 femme sur 2 après 50 ans

Consultation



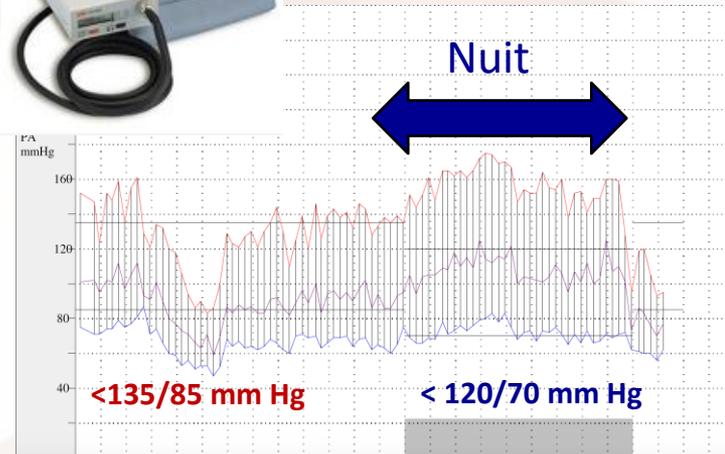
140
90

Automesure



135
85

Holter tensionnel



Stratifier le risque cardio-vasculaire

FAIBLE

A PRECISER

ELEVE



- 📌 Base de la prévention
- 📌 Adaptation comportement « style de vie »
- 📌 Introduction thérapie préventive

Chez la femme, les scores de risque classiques ne sont pas adaptés!

- ❖ Etablis avec des cohortes où les femmes sont sous représentées.
- ❖ Sous estiment le risque réel chez la femme avec des conséquences thérapeutiques.
- ❖ 20 % des évènements coronaires chez la femme surviennent en l'absence des facteurs de risque majeurs utilisés dans le score de Framingham.
- ❖ Aucune femme française n'est incluse dans la construction du score européen et la validation externe a porté sur 12 femmes décédées.
- ❖ Aucune prise en compte des spécificités du risque hormonal.

Risque CV élevé à très élevé

→ Suivi cardio-vasculaire
régulier

(au moins un des éléments suivants)

- + Maladie coronaire ou cérébro-vasculaire
- + Artériopathie oblitérante des membres inférieurs; artériopathie des artères rénales ou des artères digestives; anévrisme de l'aorte abdominale
- + Fibrillation atriale
- + Plaque d'athérome significative documentée (sténose $\geq 50\%$)
- + Insuffisance rénale modérée (CKD-eDFG : 30-50 mL/min/1.73 M²) ou sévère (CKD-eDFG < 30mL/min/1.73 m²); et/ou ratio albumine/créatinine urinaire > 30mg/g
- + Diabète, avec ou sans atteinte d'organe cible
- + Hypercholestérolémie sévère familiale (> 310 mg/dl)
- + HTA de grade 3 (PA $\geq 180/110$ mm Hg) ou avec hypertrophie ventriculaire gauche
- + Risque cardio-vasculaire selon le SCORE $\geq 5\%$

Risque CV à préciser

→ Avis
cardio-vasculaire

(au moins un des éléments suivants)

Facteurs de risque majeurs

- + Tabagisme actif ou arrêt < 3 ans*
- + HTA grade 1 ou 2 non traitée, ou traitée et non contrôlée
- + Dyslipidémie traitée ou non traitée
- + Antécédent familial de maladie cardio-vasculaire au 1^{er} degré < 55 ans chez l'homme et < 65 ans chez la femme
- + Antécédent familial d'AVC au 1^{er} degré < 45 ans
- + Obésité abdominale (circonférence abdominale ≥ 88 cm)

Autres facteurs ou situations à risque dont certains spécifiques chez la femme**

- + Antécédents d'HTA de la grossesse (HTA gravidique, pré-éclampsie, HELLP syndrome) et/ou de diabète gestationnel**
- + Migraine avec aura**
- + Ménopause (surtout si < 40 ans) **
- + Syndrome métabolique
- + Athérosclérose infra-clinique (plaques d'athérome) de découverte fortuite non significative < 50%)
- + Maladie systémique auto-immune
- + Maladie inflammatoire chronique
- + Sédentarité
- + Désadaptation cardio-vasculaire à l'effort

Risque CV faible à modéré

- + HTA grade 1 ou grade 2 traitée et contrôlée, sans autre facteur de risque cardio-vasculaire
- + Risque cardio-vasculaire selon le SCORE < 5%

Stratifier le risque CV de la femme

Patient(e) reçue par son gynécologue, sa sage femme ou son MT

Pharmacien → Repérage

ATCD ou risque thrombo-embolique veineux?
Facteurs et situations à risque artériels?
Antécédents connus CV?
Symptômes cardio-vasculaires?
Ordonnances des traitements en cours ?
Check-list bilan biologique – ECG? - mesure PA

Risque CV
élevé à très
élevé

Organiser le suivi
cardio-vasculaire

Risque CV à préciser

Consultation
cardiovasculaire :
Prescription d'un bilan
personnalisé

Anormal

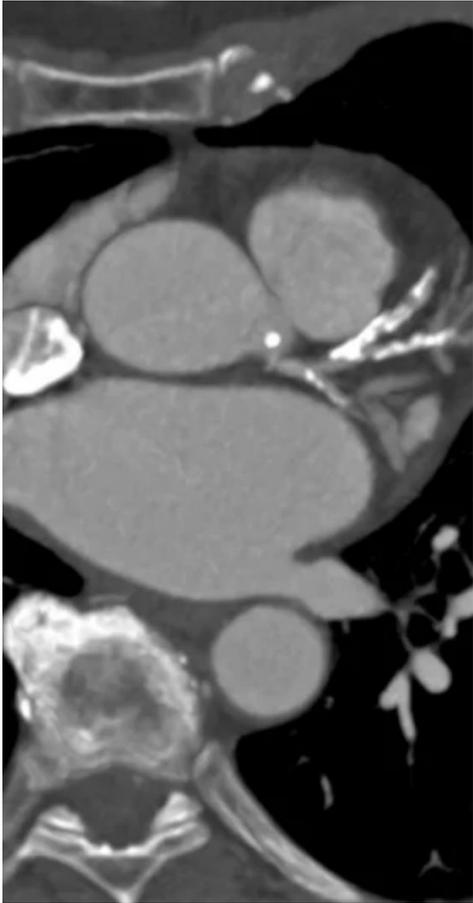
Normal

Risque CV
faible à modéré

Réévaluation CV
à 2 -3 ans

← Organisation d'un parcours de soins cardio-gynécologique // optimisation de l'hygiène de vie →

Score calcique & coroscanner





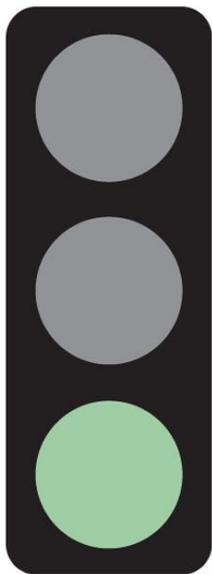
Aspirin for ASCVD Prevention in Women



Yes

No

Maybe



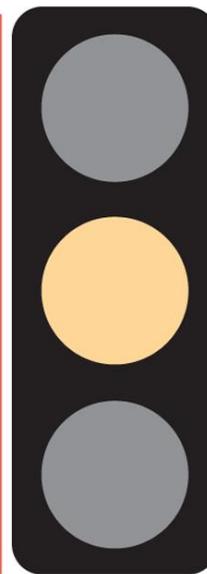
Secondary Prevention

- Coronary heart disease
- Prior TIA/stroke
- Peripheral artery disease



Primary Prevention

- Healthy women with no major CVD risk factors
- Routine use after age 70 years
- Prior bleeding or at risk for bleeding



Primary Prevention

- Current smokers
 - Elevated CAC score ≥ 100 or carotid plaque
 - Strong FHx of premature ASCVD
 - Suboptimal controlled lipids or blood pressure
 - High ASCVD risk
- AND low risk for bleeding



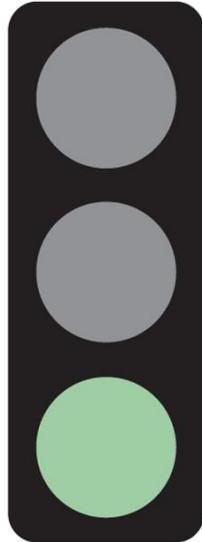
Statins for ASCVD prevention in women



Yes

No

Maybe



Secondary Prevention

- Clinical ASCVD

Primary hyperlipidemia

- LDL-C ≥ 190 mg/dl

Diabetes mellitus

Primary Prevention

Age 40-75 years and

- High risk ($\geq 20\%$) or
- Intermediate risk ($\geq 7.5\%$ to $< 20\%$) with risk enhancers*

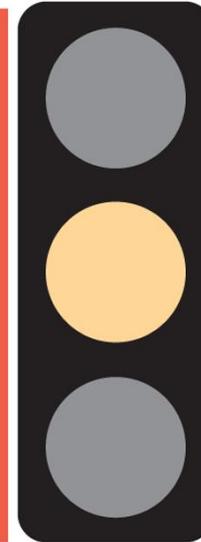


Primary Prevention

- Age 40-75 years at low risk ($< 5\%$)

Pregnancy

- Pregnant
- Intending to get pregnant in the next 1-2 months



*Primary Prevention**

- Age 40-75 years at borderline risk (5% to $< 7.5\%$) with risk enhancers*

* If clinician-patient risk discussion favors statin

* Consider sex-specific risk enhancers: premature menopause and pregnancy-associated conditions that increase ASCVD risk

Contraception avec oestrogènes de synthèse

- ❖ **Après l'accouchement** → 6 semaines
- ❖ **Age** > 40 - 45 ans
- ❖ **Tabac** > 15 cigarettes/j, surtout après 40 ans
- ❖ **Migraine** avec aura ou sans aura + FRCV
- ❖ Hypertension artérielle
- ❖ Dyslipidémie non contrôlée
- ❖ Diabète non contrôlé, compliqué ou ancien (> 10 ans)
- ❖ Obésité sévère > 30 kg/m²
- ❖ Prévention secondaire cardio-neuro-vasculaires & cardiopathie congénitale
- ❖ ATCD familial ou personnel de **phlébite ou d'embolie pulmonaire**



Traitement hormonal de la ménopause (THM)

- Voie transdermique → pas d'effets délétères sur la PA ni sur les paramètres métaboliques.
- Traitement le plus efficace sur le syndrome climatérique
- Peut être prescrit chez la femme hypertendue à faible risque, de moins de 60 ans, dans les 5 à 10 ans qui encadrent la ménopause (fenêtre d'initiation thérapeutique), en privilégiant la voie transdermique, après une information éclairée sur la balance bénéfice risque consigné dans le dossier médical.
- **Contre-indiqué chez la femme à risque CV élevé à très élevé (score > 10% ou diabète ou en prévention secondaire)**
- **Pas indiqué en prévention primaire CV**

Stuenkel CA, Davis SR, Gompel A et al. Treatment of Symptoms of the Menopause: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2015 ;100(11):3975-4011.

de Villiers, T. J. et al. Global Consensus Statement on Menopausal Hormone Therapy. Climacteric. 2013; 16: 203–4 Baber RJ, Panay N, Fenton A; IMS Writing Group. 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. Climacteric. 2016 ;19(2):109-50.



**Les HTA de la femme :
De vraies spécificités hormonales
Une tueuse silencieuse**

Isabelle consulte sa gynécologue



🚫 Infirmière, en couple, 47 ans

🚫 **Migraine avec aura ophtalmique**

🚫 Héritéité: HTA du coté maternel, AVC chez le père à 60 ans, coronarien et fumeur

🚫 Insuffisance veineuse chronique **depuis l'âge de 25 ans**

🚫 4 grossesses, un antécédent de pré-éclampsie à 34 SA

🚫 **Tabagisme, toujours actif**

🚫 **Contraception avec œstrogène de synthèse**

🚫 Pas de bilan biologique récent. Ne connaît pas ses chiffres tensionnels...sédentaire...

🚫 Isabelle se reprend « en mains », consulte une nouvelle gynécologue, souhaite refaire du sport...essayer d'arrêter de fumer peut être ...

🚫 En consultation:

- **PA > 160/100 mm Hg** en position assise (tensiomètre électronique)
- Poids= 60 kg; Taille= 1,68 m; IMC=23; Périmètre abdominal = 70cm

L'HTA → puissant facteur de risque CV chez la femme

- Plus d'HTA systolique, témoignant d'une rigidité aortique accrue, notamment après la ménopause.
- Une HTA systolique nocturne, plus délétère chez la femme (F).
- Un ventricule gauche moins compliant chez la F âgée Vs l'homme (H)
- Des conséquences à long terme de l'HTA plus sévères chez la F que chez l'H :
 - fibrillation auriculaire
 - hypertrophie ventriculaire gauche*
 - insuffisance cardiaque à FE conservée
 - néphroangiosclérose* et AVC*
- Études Euroaspire III and Euroaspire IV : en prévention secondaire, les F sont moins bien traitées et moins bien contrôlées pour leur HTA que les H.

*Kotseva K et al. Lancet 2009; 373: 929-40 Reckelhoff hypertension 2004 ;
Péchère ajh 2004. regnault jacc2012 ; coylewright hypertension 2008 ; Vasan V
hypertension 2008; Boggia J. Hypertension 2011.*

**Fiche technique: HTA du sujet noir. www.sfhta.eu*

Alerter, Anticiper et Agir

- Le dépistage et la prise en charge de l'HTA, à **tout âge** → une **nécessité de santé publique** !
- L'élévation de la PA → **très souvent symptomatique**, notamment chez la jeune F avec maux de tête, palpitations, fatigue → Le cardiologue doit être en alerte sur ces symptômes **non spécifiques** de l'HTA.
- **Symptômes, variables dans le temps**, augmentent dans un contexte de stress ou d'activité physique.
- **Une cause doit être recherchée** :
 - chez la jeune F (< 35 ans),
 - en cas de signe cliniques ou biologiques évocateurs,
 - devant une situation d'HTA résistante ou maligne (HTA-MOD),
 - après une pré éclampsie.

Certaines étiologies plus fréquentes ou spécifiques chez la femme

- Contraception œstro-progestative
- Pré-éclampsie, HELPP* syndrome
- Ménopause avec son syndrome métabolique et vasculaire :
 - Rigidité artérielle et HTA « volodépendante »
- Sténose dysplasique des artères rénales
- Maladie de Takayasu
- Maladie de Horton
- Causes endocriniennes :
 - **HTA essentielle rénine basse****; **hyperaldostéronismes primaires****; néoplasie endocriniennes multiples; syndrome de cushing; syndrome de cushing.
- Rhumatismes inflammatoires
- Antidépresseurs, AINS...
- Sans oublier le SAS, le **sel**, l'**alcool**, l'**obésité**, le **tabac** : maladie de l'environnement

**Hellp : hémohémolyse intra vasculaire, cytolyse hépatique, thrombopénie, variante d'une pré éclampsie sévère.*

***Fiche technique: HTA du sujet noir. www.sfhta.eu*

ESC- ESH 2018

Adapter le traitement hypertenseur selon la phase hormonale

- Toutes les familles d'antihypertenseurs sont aussi efficaces chez la F que chez l'H
- Chez le sujet noir, les bloqueurs du SRA moins efficaces en monothérapie*.
- **La consultation pré-conceptionnelle** : arrêter les traitements tératogènes (IEC, ARA II +++, antialdostérone), contre-indiqués aux deuxième et troisième trimestres de la grossesse.
- **Durant la grossesse** : alpha methydopa, labétalol, nicardipine, nifédipine (Crat.fr). La clonidine peut être aussi utilisée en seconde intention.
- **Pendant l'allaitement** :
 - β -bloquants : labétalol, propranolol
 - Calcium bloqueurs : nicardipine, nifédipine
 - Alpha-méthylidopa
 - IEC : bénazépril, captopril, énalapril, quinapril, sauf en cas de prématurité ou chez les enfants nés avec une insuffisance rénale

*ESH 2009; Boggia J. Hypertension 2011; 6. ; Turnbull F, Woodward M, Neal B, et al. Eur Heart J. 2008;29:2669–2680. Recommandations NICE 2011; Essai TOHMS; Puttnam et al. JAMA Intern Med. 2017 Jan 1;177(1):67-76. French HAS recommandations 2016; French consensus hypertension and pregnancy 2017**Fiche technique: HTA du sujet nor. www.sfhta.eu.

ESH -ESC2018, SF HTA 2018

Adapter le traitement selon le terrain chez la femme

- Il n'y a pas de différences d'effets des antihypertenseurs selon le sexe.
- **Bloqueurs du système rénine angiotensine :**
 - traitement de choix chez la F à risque, moins efficace en monothérapie
 - toux plus fréquente sous IEC, notamment chez la femme noire
- **Calcium bloqueurs :** tolérance moindre chez la F, notamment à la ménopause, très efficace chez la femme noire
- **Diurétiques thiazidiques :**
 - chez la femme ménopausée à haut risque de fracture ostéoporotique
 - plus d'hyponatrémie et d'hypokaliémie
- **Spirolactone :**
 - pas d'impact sur le risque de cancer du sein ou de l'endomètre
 - utile dans le syndrome des ovaires polykystiques
 - à arrêter devant des mastodynies ou des métrorragies
- **Bêta-bloquants :** traitement de choix chez la jeune femme migraineuse (métoprolol, avlocardyl)

Boggia J. Hypertension 2011; 6.

Turnbull F, Woodward M, Neal B, et al. Eur Heart J. 2008;29:2669–2680.

Recommandations NICE 2011; Puttnam et al. JAMA Intern Med. 2017 Jan 1;177(1):67-76. French HAS recommandations 2016; 27.

*Linstra KM et al. Maturitas. 2017 Mar;97:28-31. 28. Neaton JD, Jama 1993; ;270:713–724. *Fiche technique: HTA du sujet noir.*

Obtenir un contrôle tensionnel strict

- **Pour toutes avant 80 ans :**

- PAS entre 130 et 139 mm Hg et PAD < 90 mm Hg, en consultation
- PA MAPA diurne/automesure < 135/85 mmHg

- **Après 80 ans :**

- PAS < 150 mm Hg en consultation; < 145 mm Hg en automesure
- Dépister l' hypotension orthostatique (- 20 mm Hg PAS)/MMSE
- Pas plus de 3 anti hypertenseurs



HTA et statut hormonal

HTA et contraception œstroprogestative : toujours y penser !

- indépendant de la durée et du mode d'administration
- 5% des prescriptions si $> 50 \mu\text{g}^*$ ethinyl-estradiol
- HTA légère à HTA maligne
- production accrue d'angiotensinogène hépatique + rétention hydrosodée par une action sur les récepteurs minéralocorticoïdes
- faussent les dosages endocriniens (activité rénine plasmatique-aldostéronémie) : 6 semaines
- facteurs prédisposants :
 - âge > 35 ans
 - surpoids-obésité
 - antécédents familiaux ou personnel d'HTA

**Chasan Taber L et al, Circulation 1996;94:483 ; Shufelt CL, Bairey Merz CN. Contraceptive Hormone Use and Cardiovascular Disease. Contraceptive hormone use and cardiovascular disease. J Am Coll Cardiol 2009; 53(3): 221 - 31. Petitti DB. Clinical practice. N Engl J Med 2003; 349(15):1443-50 ; HAS 2013; ESH -ESC2018*

HTA et contraception œstro-progestative (COP)

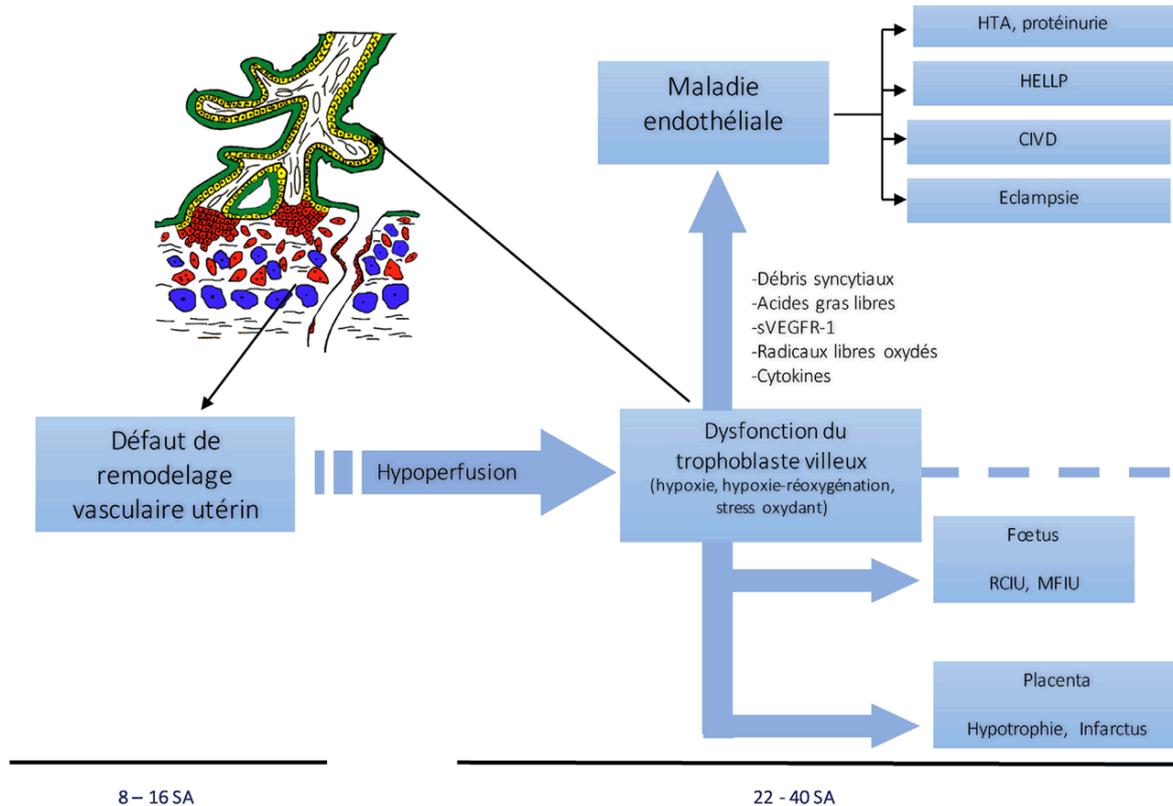
- mesurer la PA avant de débuter la COP
- tenir compte de l'âge et de l'environnement
- prescrire de faibles doses d'œstrogène de synthèse (25-30µg)
- mesurer la PA au moins tous les 6 mois :
 - si significative PA : mesure ambulatoire PA et arrêt OP; proposer une alternative: progestatif, microprogestatif, DIU.
 - si ↗ pas de normalisation PA à 3 mois : bilan d'HTA et traiter l'HTA
- risque inacceptable ➡ contre-indique les OP si :
 - HTA non contrôlée et/ou compliquée
 - HTA associée à d'autres FRCV non contrôlés, au tabac après 35 ans...
 - après 40 ans + HTA ± autres FRCV

Shufelt CL, Bairey Merz CN. *J Am Coll Cardiol* 2009; 53(3): 221 - 31.

Petitti DB. *Clinical practice. N Engl J Med* 2003; 349(15):1443-50.

ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology. *Obstet Gynecol.* 2006 Jun;107(6):1453-72; ESH-ESC 2018.

Hypertensions et grossesse





RECOMMANDATION 3 - (Grade A - Classe 1)

Il est recommandé de traiter sans délai toutes les hypertensions artérielles sévères (PAS \geq 160 mm Hg ou PAD \geq 110 mm Hg).



RECOMMANDATION 4 - (Grade C - Classe 2)

En cas d' HTA légère à modérée en consultation (PAS = 140-159 mm Hg ou PAD = 90-109 mm Hg), confirmée par l'AMT ou la moyenne diurne de la MAPA (PAS \geq 135 ou PAD \geq 85 mm Hg), la présence d' antécédent cardio-vasculaire, de diabète pré-gestationnel, de maladie rénale chronique ou d' un niveau de risque cardio-vasculaire élevé en prévention primaire, suggère l'initiation d'un traitement antihypertenseur.



RECOMMANDATION 5 (Grade A - Classe 1)

Lors qu'un traitement antihypertenseur est prescrit, il est recommandé d'obtenir, en milieu médical, un objectif de pression artérielle diastolique compris entre 85 mm Hg et 100 mm Hg et un objectif de pression artérielle systolique inférieur à 160 mm Hg.



RECOMMANDATION 15

Pour prévenir la survenue d'une pré-éclampsie, il est recommandé de prescrire de l'aspirine à faible dose (75-160 mg) uniquement chez les patientes ayant un antécédent de pré-éclampsie. Ce traitement doit être débuté avant 20 SA, idéalement à la fin du premier trimestre. **(Grade A - Classe 1)**

Il est suggéré de poursuivre le traitement par aspirine au moins jusqu'à 35 SA. **(Grade C - Classe 2)**

Un risque d'accidents cardio-vasculaires majoré à la ménopause !

Stress vasculaire et métabolique :
marqueur précoce de RCV, indépendamment de la présence des autres FRCV.

MERE	Risque relatif
HTA chronique	X 3
Coronaropathie (infarctus fatal et non fatal)	X 2
Infarctus cérébral	X 2
Maladie thrombo-embolique veineuse	X 2
Diabète de type II	X 2 à 3
Syndrome métabolique	X 3
Insuffisance rénale chronique	X 2 à 3

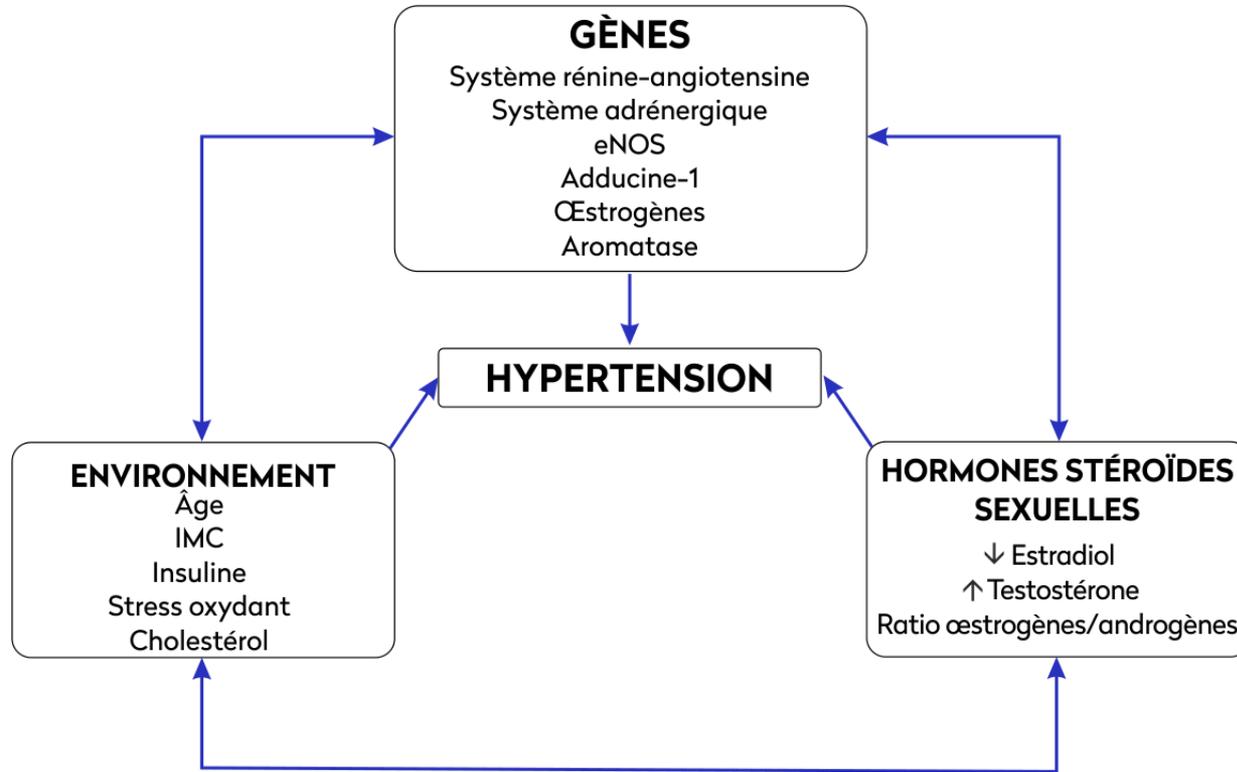
Berends AL, de Groot CJ; Hypertension 2008; 51(4):1034-41. Harskamp RE. Am J Med Sci. 2007; 334 (4): 291-5;

Newstead J. Expert Rev Cardiovasc Ther 2007;5 (2):283-29. 85.

Magnussen EB. Obstet Gynecol 2009; 114(5): 961-70. Carty DM, et al. J Hypertens. 2010 Jul;28(7):1349-55.

T Männistö et al. Circulation 2013; 127: 681-90. ; MACC-AHA 2011; ESC 2011; AHA 2014;

HTA & ménopause → multifactorielle



HTA et ménopause

- Augmentation relative des taux d'androgènes (vasoconstricteur)
- Activation du SRA avec élévation de la rénine
- Majoration de la sensibilité au sel
- Insulino-résistance
- élévation du tonus sympathique
- Prise de poids, obésité
- Facteur d'influence reconnu:
 - ✓ ménopause précoce < 45 ans
 - ✓ antécédents vasculaires de la grossesse

Syndrome climatérique de la ménopause (SCM)

Défini par la présence d'un ou plusieurs symptômes cliniques suivants :

- Bouffées vasomotrices nocturnes et/ou diurnes
- Sueurs nocturnes et/ou diurnes
- Douleurs articulaires
- Troubles génito-urinaires
- Troubles de l'humeur : anxiété, dépression ou tendance dépressive, irritabilité, pertes d'attention, pertes de mémoire
- Troubles du sommeil
- Baisse de la libido
- Asthénie
- Frilosité



CONSENSUS D'EXPERTS

HTA ET GROSSESSE

Consensus d'Experts de la Société Française d'Hypertension Artérielle* (SFHTA)

**SFHTA filiale de la Société Française de Cardiologie*



Société Française
d'HyperTension Artérielle

GROUPE DE TRAVAIL

Claire MOUNIER-VEHIER (Cardiologue),

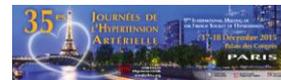
Jacques AMAR (Cardiologue), Jean-Marc BOIVIN (Médecin Généraliste),

Thierry DENOLLE (Cardiologue), Jean-Pierre FAUVEL (Néphrologue),

Geneviève PLU-BUREAU (Gynécologue), Vassilis TSATSARIS (Gynécologue-Obstétricien),

Jacques BLACHER (Cardiologue)

www.sfhta.org



HTA, HORMONES ET FEMME

Avec le partenariat

*du Collège des Enseignants de Gynécologie Médicale (CEGM),
du Collège des Enseignants de Médecine Vasculaire (CEMV),
du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF),
de la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale (FNCGM),
du Groupe d'Étude sur la Ménopause et le vieillissement Hormonal (GEMVI),
de la Société Française d'Endocrinologie (SFE),
de la Société Française de Médecine Vasculaire (SFMV),
de la Société Francophone de Néphrologie Dialyse et Transplantation (SFNDT).*

GROUPE DE TRAVAIL

Claire MOUNIER-VÉHIER (Cardiologue, Médecin vasculaire) Coordination du groupe,

Theodora BEJAN-ANGOULVANT (Cardiologue, Pharmacologue),

Jean-Marc BOIVIN (Médecin Généraliste),

Jacques AMAR (Cardiologue, Thérapeute),

Pierre LANTELME (Cardiologue),

Jacques BLACHER (Cardiologue, Thérapeute),

Laurence AMAR (Endocrinologue, Médecin Vasculaire),

Geneviève PLU-BUREAU (Gynécologue).

Informers les femmes et les professionnels de santé



📢 Communiqués de presse originaux à hauts résultats

● 2020 → 42,7 millions de personnes sensibilisées

📢 Un écosystème médiatique puissant et impliqué

www.agirpourlecoeurdesfemmes.com