

La femme, l'hypertension artérielle et les maladies cardiovasculaires

Comme le remarque un groupe de femmes médecins américaines [1], on dispose de peu de données épidémiologiques sur l'hypertension artérielle (HTA) chez la femme. La prévalence de l'HTA est plus grande chez les femmes noires que chez les blanches. Comme les femmes sont plus nombreuses que les hommes, dans l'ensemble de la population, il y a plus d'hypertendues que d'hypertendus. Beaucoup d'essais thérapeutiques (mais pas tous) n'ont inclus que des hommes hypertendus. Les données disponibles ne démontrent pas d'effet bénéfique du traitement de l'HTA modérée chez la femme blanche ; en revanche, la femme noire hypertendue tire bénéfice du traitement. On ne connaît rien (ou presque) sur les effets indésirables sexuels des médicaments anti-hypertenseurs chez la femme (alors que quelques études ont été faites chez l'homme). Deux articles récents ont également attiré l'attention sur les attitudes thérapeutiques différentes devant la maladie coronaire, selon le sexe du malade [2, 3]. Les femmes hospitalisées pour maladie coronaire subissent moins d'explorations à visée diagnostique et thérapeutique. Cette attitude est peut-être appropriée, mais elle peut témoigner soit d'explorations insuffisantes chez la femme, soit d'explorations excessives chez l'homme [2]. L'étude de Steingart *et al.* [3] indique que parmi les malades ayant une fonction ventriculaire gauche anormale après un infarctus du myocarde, les femmes subissent moins souvent un cathétérisme cardiaque ou un pontage coronaire que les hommes. Comme le remarquent les auteurs, cette conduite thérapeutique pourrait être fondée sur le fait que la mortalité post-opératoire après pontage coronaire est plus élevée chez la femme que chez l'homme. Pour décrire l'attitude des médecins, Bernadine Healy, la nouvelle présidente du NIH, invente le terme « syndrome de Yentl » — cette jeune

héroïne d'un roman d'Isaac Bashevis Singer qui doit se déguiser en homme pour fréquenter l'école et étudier le Talmud [4]. Pendant longtemps, la maladie coronaire a été considérée comme l'apanage de l'homme, entraînant une mortalité « indue » chez l'homme de 50 ans environ. Tous les efforts ont été concentrés pour réduire cette mortalité. En fait l'infarctus du myocarde est aujourd'hui la cause principale de mort chez les femmes aux États-Unis — mais en moyenne, sept ans plus tard que chez les hommes. Parmi les personnes âgées, la maladie coronaire a une fréquence égale chez les femmes et chez les hommes. On manque d'information sur la maladie coronaire et son traitement chez la femme, et Bernadine Healy s'en plaint. Néanmoins, des études épidémiologiques prospectives portent exclusivement sur des femmes : dans le même journal, l'enquête faite chez les infirmières (*Nurses' Health Study*) montre que l'utilisation des estrogènes chez les femmes ménopausées réduit l'incidence de la maladie coronaire et la mortalité cardiovasculaire, sans modifier le risque d'accident vasculaire cérébral [5]. Que les femmes se rassurent, leur état cardiovasculaire intéresse les médecins.

J.P.G.

1. Anastos K, Charney P, Charon RA, *et al.* Hypertension in women: what is really known? *Ann Intern Med* 1991; 115: 287-93.
2. Ayanian JZ, Epstein AM. Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease. *N Engl J Med* 1991; 325: 221-5.
3. Steingart RM, Packer M, Hamm P, *et al.* Sex differences in the management of coronary artery disease. *N Engl J Med* 1991; 325: 226-30.
4. Healy B. The Yentl syndrome. *N Engl J Med* 1991; 325: 274-6.
5. Stampfer MJ, Colditz GA, Willett WC, *et al.* Postmenopausal estrogen therapy and cardiovascular disease: ten year follow-up from the Nurses's Health Study. *N Engl J Med* 1991; 325: 756-62.

BRÈVES

Une cause d'erreur du diagnostic prénatal précoce : le jumeau évanescent. Au cours d'une série de 200 prélèvements chorioniques au 1^{er} trimestre, un fœtus fut reconnu de caryotype 46 XX en préparation directe comme en culture. A 20 semaines se produisit un avortement d'un fœtus de sexe masculin. Le réexamen des cultures du prélèvement chorionique confirma le caryotype 46 XX et permit, par l'observation de marqueurs paternels et maternels, d'affirmer la participation des deux parents et d'éliminer une contamination maternelle de la culture. Par ailleurs, l'ADN du fœtus avorté s'hybridait à une sonde du chromosome Y, éliminant l'hypothèse d'un mâle 46 XX. Il ne s'agissait donc pas d'une erreur technique [1]. Parmi les cas antérieurs de discordance entre un prélèvement chorionique et l'examen à la naissance, un seul [2] était identique à celui que nous rapportons, les autres comportant des anomalies chromosomiques. L'explication reste entièrement hypothétique. Plutôt que de faire appel à des non-ségrégations post-zygotiques complexes, Reddy *et al.* [1] suggèrent la possibilité d'un « jumeau évanescent ». On sait par l'échographie que la fréquence des grossesses multiples est plus élevée qu'on ne le pensait. Un travail de 1986 [3] estime qu'elles se produisent dans 3,3 à 5,4 % des cas, et qu'environ la moitié de ceux-ci perdent un des fœtus ; plus le prélèvement chorionique est précoce et plus on a de chances qu'il tombe sur un fragment résiduel du jumeau en voie de disparition. Les auteurs [1] pensent que les chances d'avoir le risque d'un jumeau évanescent sont de 1,1 à 1,8 %. Bien entendu, même dans ce cas, les chances de ne pas tomber sur ce tissu résiduel sont largement prédominantes, et ces erreurs « faux-négatifs » ne dépassent pas en pratique 1 p. 100.

- [1. Reddy KS, *et al.* *Prenatal Diagnosis* 1991; 11: 679-84].
- [2. Saura R, *et al.* *Clin Genet* 1988; 34: 342-4.]
- [3. Laudy HJ, *et al.* *Am J Obstet Gynecol* 1986; 155: 12-9]