

Documentation du Réseau Amylose DIAGNOSTIC DES FEMMES

POUR LES
SOIGNANTS

L'amylose cardiaque ATTR touche autant les femmes que les hommes, mais reste diagnostiquée plus tard chez les femmes. Les raisons : signes moins typiques, seuils échographiques basés sur des populations masculines, biomarqueurs interprétés sans tenir compte du sexe, manifestations extracardiaques attribuées à l'âge. Une vigilance accrue permet de réduire nettement les retards diagnostiques.

Chez les femmes, l'hypertrophie est souvent moins marquée : un **septum entre 10-12 mm peut déjà être anormal**, et un **seuil de 11 mm** est plus adapté. La **fraction d'éjection reste longtemps normale**, donnant une fausse impression de normalité. Le **VG est plus petit**, ce qui peut rassurer à tort.

Après 65-70 ans, toute femme présentant **R'EPOF** ou des anomalies biologiques doit bénéficier d'un dépistage ciblé.

De nombreuses manifestations extracardiaques précèdent les signes cardiaques de 5 à 10 ans : **canal carpien, Dupuytren, canal lombaire étroit, rupture du long biceps**. Elles doivent être systématiquement réintégrées dans l'évaluation cardiologique.



➤ Un outil simple pour dépister une amylose chez la femme

R : Atteintes rhumatologiques précoces (canal carpien, Dupuytren, canal lombaire étroit, rupture du long biceps, arthropathies précoces). Ces signes peuvent précéder la cardiopathie de 5 à 10 ans.

E : Essoufflement inexplicable, souvent attribué à l'âge ou à un déconditionnement.

P : Prise de poids rapide, généralement liée à une rétention hydrique précoce.

O : Cédèmes des membres inférieurs.

F : Fatigue persistante, symptôme très fréquent et parfois premier signe chez les femmes.

Chez les femmes, la présence même incomplète de R'EPOF doit faire suspecter une amylose ATTRwt.



➤ Biologie : spécificités féminines

La troponine a une valeur diagnostic particulière. Les études montrent que les femmes présentent souvent une troponine plus élevée que les hommes au diagnostic. L'augmentation de la troponine survient plus tôt dans l'évolution et prédit fortement le risque de décès, en particulier chez les femmes plus jeunes.

Une troponine élevée chez une femme doit faire évoquer une amylose, même si l'hypertrophie n'est pas visible. Une troponine normale n'élimine pas la maladie, car les femmes peuvent présenter une infiltration importante avec une élévation modérée.

Le NT-proBNP s'élève souvent tôt, parfois avant l'apparition d'une hypertrophie visible.

Association NT-proBNP élevé + fatigue + petit VG + strain altéré = indication forte de scintigraphie

➤ Pronostic : éléments essentiels pour les soignants

- Avant 77 ans : formes souvent plus agressives, avec un GLS très altéré, une LVEF diminuée, des biomarqueurs élevés et un risque plus important d'événements cardiaques graves.
- Après 77 ans : meilleure fonction systolique que les hommes, strain mieux préservé et progression plus lente. Mais incidence plus élevée de mort subite, même avec une hypertrophie moins marquée.

→ Une surveillance rythmologique renforcée est recommandée.

➤ Imagerie : clés d'interprétation pour éviter les faux négatifs

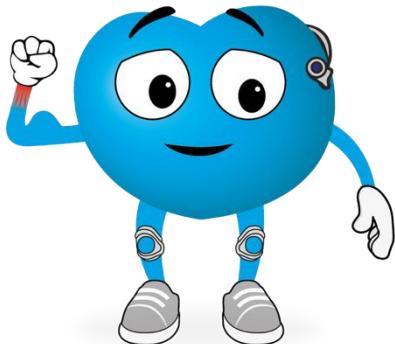
Un septum de 11 mm ou plus doit être considéré comme anormal chez une femme. Le strain longitudinal global est l'indicateur le plus sensible, souvent altéré avant la fraction d'éjection. La LVEF peut rester normale longtemps malgré une infiltration avancée. L'aspect d'apical sparing doit être recherché systématiquement. La scintigraphie peut montrer une fixation plus discrète chez les femmes, ce qui ne doit pas éliminer le diagnostic. L'interprétation doit rester intégrative.

Lors des examens d'imagerie, même un épaississement modéré des parois peut être significatif chez une femme. L'analyse du mouvement du muscle cardiaque peut montrer un aspect particulier, et la scintigraphie peut aider à visualiser les dépôts d'amylose, même si la fixation du traceur est parfois discrète chez les femmes.

L'amylose cardiaque ATTR n'est pas une maladie masculine. Chez les femmes, les seuils doivent être adaptés, les biomarqueurs interprétés avec prudence et les signes rhumatologiques revalorisés. R'EPOF, l'analyse fine du strain, la vigilance face aux troponines élevées et l'intégration de l'âge permettent un diagnostic plus précoce et une meilleure prise en charge.

R'EPOF

- Surdité
- Canal carpien
- Doigt à ressaut
- Arthrose rapide
- Rupture tendineuse (coiffe, tendon du long biceps)
- Syndrome du canal rétréci (cervical lombaire)
- Prothèses de hanche/genou/épaule
- Essoufflement
- Prise de poids
- œdèmes
- Fatigue



Et si c'était une
Amylose
Cardiaque à
transthyréotide ?



reseau-amylose.org



LinkedIn HEAR



Pour plus d'informations, consultez notre site web
www.reseau-amylose.org

Ou notre chaîne YouTube : « réseau amylose »



Optimiser le dépistage de l'amylose cardiaque ATTR chez les femmes



Document PROTYPE rédigé par Mme Clotilde BAFOIN, Pr Thibaud DAMY, Pr Olivier LAIREZ, Dr Silvia OGHINA

R'EPOF

➤ Simplifiez le diagnostic de l'amylose !

- **R** : Atteintes Rhumatologiques précoces (ex : canal carpien bilatéral, Dupuytren, canal lombaire étroit, rupture tendon bicipital (muscle de Popeye)...)
- **Essoufflement inexplicable**
- **Prise de Poids rapide et inexplicable**
- **œdème des membres inférieurs**
- **Fatigue inhabituelle et persistante**

Tableau comparatif :

➤ Comment repérer l'amylose chez les femmes vs les hommes ?

Ce tableau peut être utilisé en consultation ou en réunion de service.



Élément comparé	Femmes	Hommes
Âge au diagnostic	Souvent plus tardif, en partie à cause d'un dépistage insuffisant	Plus précoce car suspicion plus fréquente
Hypertrophie	Moins marquée ; septum souvent 10–12 mm ; seuil abnormal dès 11 mm	Hypertrophie plus franche ; seuil classique 12 mm
Taille du VG	Plus petit, donnant une impression rassurante	VG plus volumineux et hypertrophique
Fraction d'éjection	Longtemps normale malgré une infiltration avancée	Peut diminuer plus tôt dans l'évolution
Strain (GLS)	Plus altéré que la LVEF ; meilleur indicateur	Altéré mais souvent plus cohérent avec la LVEF
Scintigraphie	Fixation parfois discrète ; risque de faux négatif relatif	Fixation souvent plus intense
Biomarqueurs	Troponine plus élevée au diagnostic, augmente tôt ; NT-proBNP souvent élevé précocement	Troponine et NT-proBNP augmentent plus tardivement pour un même niveau d'infiltration
Symptômes	Fatigue fréquente ; dysautonomie ; effort limité ; douleurs diffuses	Symptômes plus typiques d'insuffisance cardiaque
Signes extracardiaques	Canal carpien, Dupuytren, canal lombaire étroit, biceps, neuropathie discrète	Signes proches mais souvent identifiés plus tôt
Mode de décès	Davantage de morts subites malgré une hypertrophie moindre	Décès plus liés à progression de l'insuffisance cardiaque