

# Profil épidémiologique et facteurs pronostiques des personnes âgées présentant une hyperglycémie admis à la Salle d'Accueil des Urgences Vitales (S.A.U.V)

B Salah C, Ammar Y, B Hadji Ali M, Guerbouj Y, Jallouli R, Lamouchi A, \*B Ahmed I, \*Amri R, Khelil A.  
Service des Urgences- SMUR, \*Médecine interne Hôpital Maamouri Nabeul Tunisie

## Introduction

Une hyperglycémie peut être découverte chez un sujet âgé (diabétique ou non) admis pour une urgence vitale. Elle peut être d'étiologies diverses, avec retentissement sur le pronostic vital immédiat et ultérieur

## Patients et méthodes

Etude rétrospective s'étalant sur 36 mois (1<sup>er</sup> Janvier 2012 au 31 Décembre 2014), incluant 96 patients âgés de plus de 65 ans admis à la S.A.U.V pour une pathologie médicale ou traumatique et chez qui une glycémie initiale  $\geq 11,1$  mmol/l a été objectivée.

Les données sont analysées par le logiciel SPSS version 18.

## Résultat

### Epidémiologie

L'âge moyen de nos patients était de 72,4 $\pm$ 10,5 ans (extrêmes : 65 à 94 ans), avec prédominance masculine (SR=3). 46,87% de notre population étaient des diabétiques. L'ancienneté du diabète était en moyenne de 16 $\pm$ 8 ans. Le diabète type 2 était présent dans 68,8%

antécédents	N	%
Diabétiques	45	46,87
Type 1	14	31,2
Type 2	31	68,8
Non diabétiques	31	53,12

### Motif d'admission et examen clinique

Les troubles de la conscience et la dyspnée étaient les principaux motifs d'admission dans respectivement 59,38% et 31% des cas.

Dans notre série :

Le tableau clinique était grave d'emblée (IGSA>8) dans 56,25%

Un coma (CGS $\leq$ 8) était retrouvé chez 28,13% de nos patients

31,25 de nos patients présentaient des signes d'insuffisance respiratoire aiguë (SIRA)

40,62% des admissions étaient en état de choc (EDC).

Examen clinique	N	%
IGSA >8	45	56,25
SGC: 3-5	18	18,75
6-8	9	9,37
9-15	69	71,87
Anisochorie/mydriase	18	18,75
EDC	39	40,25
SIRA	30	31,25
S de localisation	21	21,87

### Etiologies

Dans notre série, les étiologies médicales étaient dominées par : les pathologies cardiaques (37,5%), neurologiques et respiratoire dans 15,62% respectivement.

L'hyperglycémie a été notée dans un tableau post-traumatique dans 9,37%.

6,25% de nos patients présentaient un coma hyper-osmolaire.

Étiologie	N	%
Neurologiques	15	15,62
AVC	15	15,62
Respiratoires	15	15,62
Cardiaques	36	37,5
SCA	12	12,5
Rénales	9	9,37
Hépatiques	0	0
Infectieuses	0	0
Endocrinologiques	9	9,37
Toxiques	3	3,12
Traumatiques	9	9,37
TC	6	6,25

### Traitement

L'insulinothérapie était instituée chez 12,5% de nos patients.

Le recours aux drogues vaso-actives était indiqué dans 46,87% des cas.

L'intubation et la ventilation mécanique ont été indiqués chez 53,12% de nos patients.

traitement	N	%
insulinothérapie	12	12,5
Remplissage	54	53,15
Drogues vaso-actives	45	46,87
Hémodialyse	9	9,37
intubation	57	53,12

### Orientation des patients

La durée moyenne de séjour à la salle de déchoquage était de 22,31  $\pm$  19h (1h à 6j). 84,38% de nos patients étaient hospitalisés, 34,37% étaient admis à la SAUV et seulement 18,75% étaient hospitalisés au service de réanimation. La mortalité était de 34,37%.

orientations	N	%
Admission:	81	84,38
Réanimation	18	18,75
Autres services	30	31,25
SAUV	33	34,37
Retour à domicile	15	15,62
décès	33	34,37

### Etude des facteurs pronostiques

Facteurs pronostiques	Décès (%)	Vivants (%)	P	OR
Age				
<65	15,4	53,3		
$\geq 65$	84,6	46,7	0 < 0,025	6,3
Diabète +	63,6	38,1	< 0,01	2,8
Glycémie > 16 mmol/l	72,7	23,8	< 0,025	8,5
IGSA $\leq$ 8	90,9	38,1	< 0,001	16,25
SGC $\leq$ 8	63,6	9,5	< 0,001	16,63
EDC +	81,8	19,04	< 0,001	19,13
Anlie pupilles	54,5	0	< 0,001	-
Intubation	100	38,1	< 0,001	-
drogues vaso-actives	100	19,04	< 0,001	-
Cardiaque	72,7	19,04	< 0,001	
SCA	73	28	< 0,001	2
Diabétiques	71,4	33,3		
Non diabétiques	28,6	66,7	< 0,001	5
AVC	77,8	22,2	< 0,001	
Diabétique	14,3	50	< 0,025	6
Non diabétique	85,7	50	< 0,001	
TC	85,7	14,3	< 0,001	37,1

Au terme de notre étude, nous avons retenu comme facteurs de mauvais pronostic : l'âge  $\geq 65$  ans ( $p < 0,025$ ), une hyperglycémie  $\geq 16$  mmol/l ( $p < 0,025$ ), un IGSA  $> 8$  ( $p < 0,001$ ), un CGS  $\leq 8$  ( $p < 0,01$ ), un état de choc ( $p < 0,001$ ), une assistance ventilatoire ( $p < 0,001$ ), le recours aux drogues vaso-actives ( $p < 0,001$ ), et une étiologie cardiaque ( $p < 0,001$ ), un AVC ( $p < 0,001$ ) et un traumatisme crânien ( $p < 0,001$ ).

## Discussion

L'hyperglycémie n'est pas inhabituelle dans une S.A.U.V et elle peut être attribuée à un certain nombre de facteurs, dont la sécrétion d'hormones de contre-régulation associées au stress et l'effet des médicaments administrés.

L'âge moyen de nos patients était de 72,4 ans, avec prédominance masculine. 46,87% de notre population étaient des diabétiques (diabète type 2 68,8%). L'âge est un facteur pronostic déterminant la mortalité précoce et paraît être indépendant de la sévérité du tableau initial. Un âge  $\geq 65$  ans, augmente de façon significative le taux de mortalité et multiple le risque par 6,3. Le sexe n'est pas un facteur pronostic.

Le SCG est corrélé de façon significative au taux de mortalité ( $p < 0,001$ ), qui passe de 63,6% dans le groupe des patients comateux à 36,4% dans le groupe des patients ayant un SCG  $\geq 8$ . L'évaluation de la gravité du tableau clinique à la phase initiale est réalisée par l'IGSA qui a été identifiée comme facteur prédictif de mortalité. La taille des pupilles est corrélée de façon significative à la mortalité. La présence d'une anomalie pupillaire est associée à une mortalité de 54,5%, elle atteint 75% en cas de mydriase bilatérale. L'hypotension était l'un des paramètres prédictif de mortalité, elle multiplie le risque de mortalité par 19.

Le diabète augmente le risque de mortalité par AVC de 1,4 à 3,7 fois. En effet, la mortalité chez les patients diabétiques varie de 14,3 à 45%.

Certains auteurs ont démontré que le risque de mortalité précoce est multiplié par 3 en présence d'une hyperglycémie à la phase initiale d'un AVC chez les non diabétiques, ce risque est de 6 dans notre étude. La présence d'une hyperglycémie à la phase initiale d'un TC augmente significativement le taux de mortalité dans notre série ( $p < 0,001$ ), nos résultats rejoignent ceux de la littérature.

Une cardiopathie associée à une hyperglycémie à la phase initiale est un facteur péjoratif, le risque est multiplié par 2 chez les patients présentant un SCA, et par 5 chez les patients diabétiques. En effet, l'hyperglycémie initiale chez les diabétiques est multifactorielle et est responsable de :

- ♦ une augmentation des acides gras libres en rapport avec une insulino-déficience ayant pour conséquence une augmentation des lésions membranaires, une altération de l'homéostasie calcique et une augmentation des arythmies
- ♦ une diminution de la captation du glucose par le muscle cardiaque en raison de l'insulino-résistance relative
- ♦ l'hyperglycémie peut entraîner une augmentation de la diurèse osmotique avec toutes ses conséquences sur les mécanismes adaptatifs
- ♦ pour certains auteurs l'hyperglycémie serait un reflet de l'étendu des lésions myocardiques et par conséquent en relation avec les hormones de stress.

Certains états ont démontré le bénéfice d'une bonne équilibration de la glycémie sur le pronostic à court et à long terme de l'infarctus du myocarde chez le diabétique.

Le diabète est associé à des anomalies de la fonction endothéliale au niveau des coronaires, à une réserve coronaire diminuée et à un mauvais pré-conditionnement à l'ischémie. Ces éléments contribuent à une re-perfusion myocardique imparfaite.

Sur le plan biologique, il a été noté une activation et une adhésion plaquettaire plus importantes chez le diabétique

## Conclusion

La prise en charge des sujets âgés présentant une hyperglycémie nécessite une démarche diagnostique et thérapeutique adaptée à la pathologie en cause et à son retentissement. Certains facteurs de mauvais pronostics doivent être considérés dès la prise en charge afin d'améliorer le pronostic.