

Reperfusion pharmacologique en pré-hospitalière des syndromes coronariens aigus avec sus décalage du segment ST : Etude comparative diabétique vs non diabétique

Mekki M¹, B Mefteh N¹, B Kahla N¹, Mehrez K¹, Korbsi B¹, Naffeti E¹, Marzougui S¹, Rbia E¹, Sayhi A¹, B Dahméne F², B Ahmed I³, Amri R³, , Khelil A¹.
Service des Urgences- SMUR¹, Médecine interne³ Hôpital Universitaire Maamouri Nabeul, Service de Médecine interne Hôpital B Arous² Tunisie

INTRODUCTION.

Le SCA ST+ est l'une des principales causes de mortalité dans le monde. Il représente la première cause de morbidité et de mortalité chez le diabétique. Malgré l'amélioration de la prise en charge du SCA ST+, l'état glycométabolique des diabétiques à la phase aiguë reste souvent négligé. Le but de notre travail est d'étudier les particularités épidémiologiques, cliniques et pronostiques du SCA ST+ chez les diabétiques vs les non diabétiques, et de déterminer si l'hyperglycémie à la phase initiale est un facteur pronostique chez les diabétiques.

PATIENTS ET METHODES

Etude rétrospective s'étalant sur 5 ans (1^{er} Janvier 2011 au 31 Décembre 2015), portant sur 80 patients présentant un SCA ST+, pris en charge par l'équipe de SMUR de Nabeul et ne présentant pas une contre indication à la thrombolyse. Notre population est divisée en deux groupes :

- Groupe 1 : Sujets diabétiques (N=32)
- Groupe 2 : Sujets non diabétiques (N=48)

RESULTATS

<u>Epidémiolo</u>	G1	G2	P
Age	59,7±11 [52,76]	52,6±13 [33,75]	NS
Sexe	100%H	100%H	-
FR CV	%	%	
Tabac	75	83.3	NS
HTA	87.5	41.6	<0,001
Dyslipidémie	62.5	20.8	<0,001
Obésité	25	20.8	NS
ATCD Coronar	25	4.1	NS
Hérédité coronar	50	62.5	NS

Examen Clinique

Données cliniques	G1	G2	P
Tachycardie	25%	25%	NS
Bradycardie	25%	16.6%	NS
Hypertension	37.5%	12.5%	NS
Hypotension	12.5%	12.5	NS
Râles crépitant	12.5%	20.8%	NS
Hyperglycémie	62,5%	20,8%	<0,001
GAD g/l	2,9±1,2	1,3±0,2	<0,001

Electrocardiogramme

Territoire	G1	G2	P
AS	12.5%	37.5%	NS
ASA	12.5%	33.3%	NS
Antérieur étendu	12.5%	25%	NS
Latéral	12.5%	41.6%	NS
Inférieur	87.5%	54.1%	<0,04
Extension au VD	0	4.1%	NS

Déla de PEC: Le délai moyen entre l'apparition de la DT et la thrombolyse était de 330±162 min pour le G1 et 250±180 min pour le G2 sans DS. La distance moyenne entre notre base et le lieu d'intervention était de 44,5±23 Km (extrême : 31 à 62 Km) pour le G1 et 31,2±18,5 Km (extrême : 8 à 72 Km) pour le G2 sans qu'il y ait une différence entre les deux groupes.

Traitement et orientation des patients Dans plus que 2/3 des cas la thrombolyse est réalisée par la Métalyse dans les deux groupes. Les patients non diabétiques (83,3%) thrombolysés avant la 4^{ème} heure étaient significativement plus nombreux que ceux diabétiques (25%). Le taux d'échec de la thrombolyse était de 50% dans le G1 et 29,2% dans le G2 sans différence significative. Plus que la moitié de nos patients étaient hospitalisés au service de cardiologie. 43,75% des patients du G1 étaient acheminés directement dans une salle de cathétérisme pour ATC primaire, 70% de ses patients avaient une hyperglycémie à la phase initiale de l'IDM.

Facteurs pronostiques

Facteurs Pc	G1	G2	P
Age≥65	87,5%	14,3%	<0,001
Tabac actif	66,7%	20%	<0,025
Hyperglycémie	90%	20%	<0,025
Durée dl-throm >4h	87,5%	0	<0,01

DISCUSSION

Le diabète, affection fréquente touchant les sujets jeunes et âgés avec atteinte de la micro et de la macro-circulation. L'atteinte coronarienne est fréquente et pourvoyeuse de décès. Dans notre étude, la moyenne d'âge des patients diabétiques a été de 59,7 ans contre 68 ans dans l'étude DIGAMI et 70 ans dans l'étude USIK. Le FR le plus fréquemment associé au diabète était l'HTA puis le tabagisme comme l'étude de Mukamal. Nous avons noté que la fréquence des patients non diabétiques thrombolysés avant la 4^{ème} heure a été significativement plus élevée que celle des patients diabétiques du à un retard d'apparition de la symptomatologie qui est souvent atypique et paucisymptomatique entraînant un retard diagnostique et thérapeutique (thrombolyse). Dans notre série, nous avons constaté que l'H.Gmie à la phase initiale de SCA ST+ chez les diabétiques est un facteur prédictif d'échec de la thrombolyse. Certaines études ont montré le bénéfice d'une bonne équilibration de la glycémie sur le pronostic à court et à long terme du SCA ST+ chez le diabétique

CONCLUSION

l'hyperglycémie à la phase initiale du SCA ST+ chez les diabétiques est un facteur prédictif d'échec de la thrombolyse. Un contrôle strict du diabète et des différents FR est nécessaire afin d'améliorer le pc. On souligne l'importance capitale du dépistage précoce d'une coronaropathie chez les diabétiques et surtout la prévention primaire chez ce groupe de patients à risque.