



Thrombolyse pré-hospitalière du syndrome coronarien aigu ST+ (SCA ST+) chez les patients présentant une hyperglycémie à la phase initiale

B Salah C¹, B Kahla N¹, Korbsi B¹, Ammar Y¹, B Ahmed I², Jazi R², Rbia E¹, Marzougui S¹, Sayhi A¹, Bawandi R¹, Khelil A¹.
Service des Urgences- SMUR¹, Service de Médecine interne² CHU Maamouri Nabeul, Tunisie.

INTRODUCTION

Le SCA ST+ est l'une des principales causes de mortalité dans le monde. Sa prise en charge thérapeutique est actuellement bien codifiée afin d'optimiser la revascularisation urgente de l'artère occluse. Cette stratégie laisse une grande place à la thrombolyse notamment pré-hospitalière. Le but de notre travail est d'étudier les particularités épidémiologiques et cliniques du SCA ST+ chez les patients présentant une hyperglycémie à la phase initiale, et de déterminer si ce facteur est responsable d'un échec de la thrombolyse.

PATIENTS ET METHODES

Etude rétrospective s'étalant sur 5 ans portant sur 53 patients, présentant un SCA ST+ avec une hyperglycémie à la phase initiale, pris en charge par l'équipe de SMUR de Nabeul et ne présentant pas une contre indication à la thrombolyse.

RESULTATS

Epidémiologie:

Age	61.05 ± 13.5 ans	
SR	7.83 (M+++)	
Fréquence	43.09% (53/123)	
FR CV	N	%
Tabac	35	66.04
HTA	19	35.85
Diabète	20	37.74
Dyslipidémie	4	7.55
Obésité	1	1.89
Hérédité coronarienne	4	7.55

Examen Clinique:

Données cliniques	N	%
Tachycardie	19	35.85
Bradycardie	4	7.55
Hypertension	12	22.64
Hypotension	8	15.09
Râles crépitant	10	18.87
GAD g/l	2.68±1.1	

81.13% de nos patients ont été classés Killip I.

Electrocardiogramme:

Territoire	N	%
Antérieur	14	26.42
Antérieur étendu	9	16.98
asa	10	18.87
Inférieur	20	37.74

L'atteinte d'un seul territoire a été observée dans 75.47% des cas.

Délai de PEC: Plus que la moitié de nos interventions ont été au cours de la journée. Le délai moyen entre l'apparition de la douleur thoracique et la thrombolyse a été de 261±181 minutes. La distance moyenne entre notre base et le lieu d'intervention était de 44,5±23 Km (extrême : 31 à 62 Km).

Traitement et orientation des patients: Nous avons eu recours :

- Morphine dans 71.7% Drogues vasoactives dans 16.98%
- Oxygénothérapie 66.04% Remplissage 21,05%
- Insulinothérapie 16.98%

La thrombolyse est réalisée par la Métalyse dans 100% des cas. La fréquence des patients thrombolysés avant la 6ème heure a été de 60,53%. Le taux d'échec de la thrombolyse a été de 67.92%, dont 66.67% des patients ont été acheminé dans une salle de cathétérisme pour ATC primaire.

Complications post-thrombolyse: IVG (11.32%), Trouble du rythme et de la conduction (16.98%), récurrence angineuse (11.32%), EDC cardiogénique (19.98%) et HypoTA (9.43%).

DISCUSSION

L'hyperglycémie lors d'un SCA est fortement associée au risque de morbidité et de mortalité à court et à plus long terme. Une méta-analyse a montré que chez les diabétiques, une glycémie à l'admission ≥180-200 mg/dl augmente le risque de décès intra-hospitalier de 70%, alors que chez les patients non diabétiques, une glycémie à l'admission ≥110-144 mg/dl s'accompagne d'un risque 4 fois plus élevé. La prévalence de l'hyperglycémie lors d'un SCA serait supérieure à 50%, ce qui rejoint nos résultats. L'hyperglycémie lors d'un SCA est un marqueur de risque indépendant de mortalité, chez les diabétiques comme chez les non-diabétiques. Les bénéfices d'une correction de l'hyperglycémie ne sont pas clairement démontrés, mais des données cliniques convergentes plaident en faveur d'un recours à l'insulinothérapie à partir d'une glycémie à 180 mg/dl, avec des objectifs entre 90 et 140 mg/dl, en évitant d'induire des hypoglycémies sévères. Dans notre étude, l'insulinothérapie n'a été administré seulement chez les diabétique dans 16.98% des cas. D'autres études confirment que l'hyperglycémie initiale constitue un marqueur de risque relatif de mortalité beaucoup plus fort chez les non-diabétiques que chez les diabétiques, ceci peut être expliquer par une hyperglycémie liée à une réaction de stress avec atteinte cardiaque plus sévère. Dans notre série, le taux d'échec de la thrombolyse a été de 67.92%, dont 66.67% des patients ont été acheminé dans une salle de cathétérisme pour ATC primaire

CONCLUSIONS

l'hyperglycémie à la phase initiale de l'IDM est un facteur prédictif d'échec de la thrombolyse. Un contrôle glycémique pourrait être nécessaire à fin d'améliorer le pronostic