

O. Labidi<sup>a</sup> (Dr), M. Hassine<sup>a</sup> (Dr), MT. Ach<sup>\*b</sup> (Dr), M. Ben Messaoud<sup>a</sup> (Dr), A. Najjar<sup>a</sup> (Dr), M. El Ghardallou<sup>c</sup> (Dr), H. Sarray<sup>a</sup> (Dr), M. Mahjoub<sup>a</sup> (Dr), Z. Dridi<sup>a</sup> (Dr), F. Betbout<sup>a</sup> (Dr), K. Ach<sup>b</sup> (Pr), H. Gamra<sup>a</sup> (Pr)

<sup>a</sup> service de cardiologie A\_ CHU Fattouma Bourguiba \_ Monastir, Monastir, TUNISIE ; <sup>b</sup> service d'endocrinologie\_ CHU farhat Hached, Sousse, TUNISIE ; <sup>c</sup> département de médecine communautaire\_ faculté de médecine de Sousse, Sousse, TUNISIE

## Introduction

Le syndrome coronarien aigü avec sus décalage de ST (SCA ST+) est un évènement ischémique grave qui entraîne une perturbation du métabolisme glucidique. La reperfusion par thrombolyse est une alternative thérapeutique en cas d'indisponibilité de salle de cathétérisme cardiaque,

## Objectif

Etudier la relation entre l'hyperglycémie (HG) et les résultats cliniques après thrombolyse au cours de la phase aigüe du SCA ST+.

## Patients et méthodes

On a inclus rétrospectivement 445 patients présentant un SCA ST+ entre 1995 et 2015 admis dans le service de cardiologie A\_ Hopital Fattouma bourguiba\_Monastir et dont la stratégie de reperfusion était la thrombolyse.

On a comparé les résultats cliniques intrahospitaliers des patients ayant une HG (HG + ; n=154) avec ceux sans HG (HG- ; n=293). HG a été définie par une glycémie mesurée à l'admission > 11 mmol / L (198 mg / dL).

## Résultats

La moyenne d'âge était comparable dans les deux groupes et le sexe ratio était plus faible en cas de HG+. Dans le groupe HG+, 73,9 % des patients avaient un diabète sucré (vs 16,2% dans HG-, p<10<sup>-3</sup>) et l'intoxication tabagique y était moins fréquente (29,5% vs 48,4% ; p<10<sup>-3</sup>) .

La prévalence des autres facteurs de risque cardiovasculaires était similaire sans les deux groupes. Le taux de succès de la thrombolyse était comparable dans les 2 groupes (HG+ : 74,2% vs HG- : 69 %, p=0,26).

**Tableau 1: caractéristiques cliniques initiales des patients**

	HG- (n=291) n (%)	HG+ (n=154) n(%)	P value
<b>hommes</b>	258 (88,7)	125 (81,2)	0,03
<b>Age (moy ± ET)</b>	59 ± 12,2	58,9 ± 11,8	0,98
<b>HTA</b>	78 (26,8)	50 (32,5)	0,2
<b>Diabète</b>	37 (12,7)	105 (68,2)	<10-3
<b>dyslipidémie</b>	21 (7,2)	19 (12,3)	0,07
<b>tabac</b>	227 (78,3)	95 (61,7)	<10-3
<b>Insuffisance cardiaque</b>	48 (16,5)	34 (22,1)	0,42
<b>ATCD de coronaropathie</b>	21 (7,2)	14 (9,1)	0,48
<b>succès</b>	204 (74,2)	98 (69)	0,26
<b>Fc (moy ± ET)</b>	78 ± 19	84 ± 20	0,01
<b>PAS (moy ± ET)</b>	124 ± 20	125 ± 24	0,54
<b>PAD (moy ± ET)</b>	73 ± 12	74 ± 14	0,47

L'évolution intrahospitalière du groupe HG+ était grevée d'une mortalité plus élevée que dans le groupe HG- (12,1% vs 5,5%; p=0,017).

La survenue d'autres complications en intrahospitalier était comparable dans les 2 groupes en termes de troubles de rythme grave (8,3% vs 8,4% ; p=0,94) et de complications hémorragiques (4% vs 6,2% ; p=0,37).

De même, les résultats cliniques étaient comparables chez les diabétiques et les non diabétiques dans le groupe HG+.

**Tableau 2: caractéristiques de l'évolution intrahospitalière**

	HG- (n=291) n (%)	HG+ (n=154) n(%)	P value
<b>hémorragie</b>	13 (4,9)	5 (3,9)	0,66
<b>décès</b>	15 (5,5)	17 (12,1)	0,017
<b>Insuffisance cardiaque</b>	60 (20,9)	32 (21,9)	0,8
<b>Etat de choc</b>	9 (14,8)	9 (29,0)	0,1
<b>Trouble du rythme ventriculaire</b>	28 (5,1)	15 (5,3)	0,7
<b>BAV</b>	21 (7,3)	11 (7,6)	0,92

## Conclusion

L'hyperglycémie à l'admission n'était pas corrélée au pronostic à court terme des patients reperfusés par thrombolyse à la phase aigüe de l'infarctus du myocarde.

\* Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts.