

O. Labidi^a (Dr), I. Ben Mrad^a (Dr), MT. Ach^{*b} (Dr), M. El Ghardallou^c (Dr),
F. Abcha^a (Dr), K. Ach^b (Pr), N. Barakett^a (Pr)

^a service de cardiologie_ Hopital universitaire Taher Maâmouri, Nabeul, TUNISIE ; ^b service d'endocrinologie_ CHU farhat Hached, Sousse, TUNISIE ; ^c département de médecine communautaire_ faculté de médecine de Sousse, Sousse, TUNISIE

Introduction

Les syndromes coronariens aigus (SCA) sont une urgence diagnostique et thérapeutique. Plusieurs études ont essayé de chercher les facteurs prédictifs de mauvais pronostics au cours des SCA.

L'hémoglobine glyquée (HbA1c) permet d'évaluer l'équilibre glycémique sur une plus période (environ deux à trois mois).

Objectif

Etudier en fonction du taux d'hémoglobine glyquée les caractéristiques cliniques et l'évolution intra-hospitalière des patients présentant un SCA.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective menée auprès de 213 patients admis pour SCA au service de cardiologie de l'hôpital universitaire de Nabeul entre janvier 2016 et décembre 2016.

Les données ont été recueillies à partir des dossiers des patients.

On a réparti les patients sur 3 groupes en fonction du taux d'HbA1c = G1 : HbA1c < 7% (n=107) et G2 : HbA1C entre 7 et 8,5% (n=36) et G3 : HbA1c > 8,5 % (n=73).

Résultats

La moyenne d'âge était de 62,9 ± 12 ; 65,0 ± 11 et 60,6 ± 10 chez les groupes 1, 2 et 3 respectivement, avec une nette prédominance masculine dans les 3 groupes,

Les patients appartenant aux groupes 2 et 3 présentaient plus de SCA sans sus-décalage du segment ST(65% vs 45% dans le groupe 1; p=0,004) et ils souffraient plus d'hypertension artérielle et d'hypercholestérolémie (p<0,05).

Dans le groupe 3, les patients consultaient plus tardivement (53,1% ; n=26 dans les 12h après le début des douleurs, vs 71,6% dans les autres groupes ; p=0,02).

Tableau 1: caractéristiques cliniques initiales des patients

	G1 (n=107) n (%)	G2 (n=36) n (%)	G3 (n=73) n (%)	P value
SCA ST+	58 (54,2)	14 (38,9)	24 (32,9)	0,014
SCA ST-	49 (45,8)	22 (61,1)	49 (67,1)	
Age (moy± ET)	62,9 ± 12	65,0 ± 11	60,6 ± 10	
homme	86 (80,4)	28 (77,8)	50 (68,5)	0,18
HTA	40 (37,4)	23 (63,9)	37 (50,7)	0,015
Diabète	15 (14,0)	25 (69,4)	72 (98,6)	<10-3
tabac	61 (57,5)	21 (58,3)	37 (50,7)	0,61
dyslipidémie	35 (32,7)	17 (47,2)	37 (50,7)	0,04
Hérédité coronarienne	20 (18,7)	4 (11,4)	13 (17,8)	0,56
ATCD de coronaropathie	10 (9,3)	6 (17,1)	11 (15,1)	0,35
ATCD d'AVC	4 (3,7)	2 (5,6)	4 (5,5)	0,82
PAS (moy± ET)	135 ± 25	138 ± 22	138 ± 18	ns
PAD (moy± ET)	77 ± 14	78 ± 13	19 ± 12	ns
Fc (moy± ET)	79 ± 20	19 ± 19	82 ± 19	ns
PCM <12h	57 (71,3)	16 (72,7)	26 (53,1)	0,08
Killip ≥2	13 (12,1)	3 (8,3)	9 (12,3)	0,8
Douleur thoracique	97 (90,7)	31 (86,1)	67 (91,8)	0,63

PCM: premier contact médical

Le taux de mortalité intra-hospitalière était plus élevé dans le groupe 2 et 3 sans différence statistiquement significative (2,8% et 4,1% respectivement vs 0,9% dans le groupe 1 ; p=0,3).

En termes de réinfarctissement et de survenue d'insuffisance cardiaque ou de complications rythmiques, on n'a pas aussi noté de différence significative entre les différents groupes.

Tableau 2: caractéristiques de l'évolution intra-hospitalière

	G1 (n=107) n (%)	G2 (n=36) n (%)	G3 (n=73) n (%)	P value
Décès intrahospitalier	1 (0,9)	1 (2,8)	3 (4,1)	0,37
Récidive ischémique	5 (4,7)	3 (8,3)	4 (5,5)	0,7
Insuffisance cardiaque	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (2,7)	0,13
Etat de choc	2 (1,9)	3 (8,3)	2 (2,7)	0,15
AVC	1 (0,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,59
hémorragie	2 (1,9)	1 (2,8)	0 (0,0)	0,42

Conclusion

Un taux élevé d'HbA1C s'associe à un retard de consultation expliqué par la non perception des douleurs thoraciques chez les patients diabétiques. Cependant le taux d'HbA1c ne semble pas être corrélé au pronostic intra-hospitalier.

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