

Article original

Intérêt du coroscanner en urgence pour l'exclusion de la maladie coronaire chez les patients souffrant de douleur thoracique à risque faible ou intermédiaire

Interest of emergency coronary computed tomography for exclusion of coronary artery disease in patients with acute chest pain and low to intermediate risk

B. Hounkpatin^{a,*}, I. Hamani Saibou^b, N. Oloudé^a, V. Tixier^a, N. Ferrier^a, X. Marcaggi^a

^a Unité de réanimation polyvalente et soins intensifs cardiaques, médecine interne et cardiologie, exploration cardiaque, centre hospitalier Jacques-Lacarin, boulevard Denière, 03207 Vichy, France

^b Service de cardiologie, centre hospitalier Henri-Mondor, 50, avenue de la République, 15000 Aurillac, France

Reçu le 3 juin 2014 ; accepté le 24 août 2014

Disponible sur Internet le 16 septembre 2014

Résumé

Objectif. – Démontrer l'intérêt du coroscanner chez les patients ayant une douleur thoracique aiguë suspecte, sans modification électrique ni montée enzymatique, et ayant un faible risque cardiovasculaire.

Patients et méthodes. – Cinquante-trois patients ayant une douleur thoracique à risque faible ou intermédiaire de maladie coronaire explorés en urgence par un coroscanner ont été inclus. Le résultat du coroscanner a été classé en normal, sténose non obstructive (de sténose $\leq 50\%$ en diamètre), sténose obstructive (sténose $> 50\%$ en diamètre). La mortalité et la survenue d'évènements cliniques ont été évaluées au cours des quatre ans de la période d'étude.

Résultats. – L'âge moyen était de 61 ans (36–86 ans), 43 % étaient des femmes. Le coroscanner était normal chez 35 patients (66 %), a montré une sténose non obstructive chez 7 patients (13 %) et une sténose obstructive chez 11 patients (21 %). Le taux d'hospitalisation en unité de soins intensifs cardiaques a été de 8,5 % dans le groupe coroscanner normal, 57 % dans le groupe sténose non obstructive et 91 % dans le groupe sténose obstructive. Aucun décès n'a été enregistré à quatre ans dans le groupe des patients ayant un coroscanner normal.

Conclusion. – Cette étude confirme la bonne valeur prédictive négative du coroscanner pour l'exclusion de la maladie coronaire et le risque ultérieur d'évènement ischémique cardiaque chez les patients à risque faible ou intermédiaire se présentant aux urgences pour une douleur thoracique aiguë.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Douleur thoracique ; Maladie coronaire ; Urgence ; Risque faible ; Risque intermédiaire ; Scanner coronaire

Abstract

Purpose. – To demonstrate the usefulness of the multislice computer tomography coronary angiography (CCTA) in patients with suspected acute chest pain without electrical changes or enzyme rise, and with low cardiovascular risk.

Patients and methods. – Fifty-three patients at low or intermediate risk for coronary artery disease, who were admitted in the emergency department for an acute chest pain, and who underwent a CCTA, were included in the study. Results of the CCTA were classified as normal, non-obstructive stenosis ($\leq 50\%$ stenosis in diameter), obstructive stenosis ($> 50\%$ stenosis in diameter). The mortality was assessed during a 4-years follow-up period.

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : hobo472001@yahoo.fr, maellesegolene4@gmail.com (B. Hounkpatin).

Results. – Mean age was 61 years (36–86), 43% of patients were women. The CCTA was normal in 35 patients (66%), seven patients (13%) had non-obstructive stenosis and 11 (21%) had obstructive stenosis. In the group of normal CCTA, 8.5% of patients were admitted in cardiac intensive care unit, 57.1% in the non-obstructive stenosis and 90.9% in the group of obstructive stenosis. No deaths occurred during the 4-year follow up in the group of patients with normal CCTA.

Conclusion. – This study confirms the negative predictive value of CCTA for the diagnosis of coronary artery disease and for further clinical events in patients at low or intermediate risk referred to emergency department for an acute chest pain.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Chest pain; Coronary artery disease; Emergency; Low risk; Intermediate risk; CCTA

1. Introduction

La douleur thoracique aiguë est une urgence fréquente en cardiologie et dans les services d'accueil des urgences [1]. Elle doit faire évoquer et éliminer systématiquement un syndrome coronaire aigu (SCA), qui représente la cause la plus fréquente de décès dans les pays occidentaux [2]. L'American College of Cardiology et l'American Heart Association, associées aux sociétés américaines d'imagerie médicale, recommandent le coroscanner comme une alternative possible aux tests d'ischémie (l'IRM de stress, l'échocardiographie de stress, l'électrocardiogramme d'effort ou la scintigraphie myocardique d'effort) pour l'évaluation de la douleur thoracique aiguë suspecte de SCA [3].

Le but de cette étude est de définir l'intérêt potentiel de la réalisation précoce d'un coroscanner chez les patients consultant en urgence pour une douleur thoracique aiguë suspecte de SCA, sans modification électrique ni montée enzymatique, et ayant un niveau de risque cardio-vasculaire faible ou intermédiaire.

2. Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective et prospective menée au Centre Hospitalier Jacques Lacarin de Vichy de janvier 2009 à mai 2013.

2.1. Patients

2.1.1. Critères d'inclusion

Patients consultant au service d'accueil des urgences pour une douleur thoracique aiguë suspecte de SCA, sans modification électrique ni élévation enzymatique, et n'ayant pas un risque cardio-vasculaire élevé, défini par un score GRACE inférieur à 108 [4].

2.1.2. Critères d'exclusion

Ont été exclus : les patients ayant une douleur thoracique avec modification électrique et/ou montée enzymatique ; les patients ayant une coronaropathie connue, une insuffisance cardiaque, une dissection aortique, une embolie pulmonaire, un choc cardiogénique, une fibrillation auriculaire ; enfin les patients chez qui une coronarographie était programmée avant la consultation au service des urgences.

2.2. Réalisation du coroscanner

Le coroscanner a été réalisé dans les 24 h suivant l'arrivée au service d'accueil des urgences.

2.2.1. Équipement radiologique

De 2009 à juillet 2012, les coroscanners ont été réalisés avec un scanner 16 barettes de marque General Electric (Fairfield, États-Unis) puis à partir de juillet 2012, un scanner 64 barettes 128 coupes de marque Philips (Amsterdam, Pays-Bas).

2.2.2. Déroulement de l'examen

Une prémédication par bêta-bloquant a été réalisée si besoin afin que la fréquence cardiaque avoisine 60 battements par minute pour une meilleure analyse des vaisseaux. La technique a été standard : le patient est allongé sur une table qui se déplace dans un large anneau, sur le dos, les bras derrière la tête. L'examen est synchronisé à l'électrocardiogramme, et une voie veineuse est posée pour permettre l'injection de produit de contraste iodé. L'acquisition des images a été réalisée lors d'une apnée de 7 à 9 secondes en fonction de la fréquence cardiaque. Le temps d'acquisition a été compris entre 10 et 15 minutes. Le post-traitement a reconstruit les images à différents moments du cycle pour sélectionner celui où l'immobilité des structures cardiaques et le bon remplissage des coronaires permettent la meilleure analyse des artères.

2.3. Définition des groupes. Suivi clinique

Les patients ont été séparés en 3 groupes selon le résultat du coroscanner : coroscanner normal, coroscanner « non obstructif », correspondant à une sténose mesurée à < 50 % en diamètre, et coroscanner « obstructif », correspondant à une sténose mesurée à \geq 50 % en diamètre.

Tous les patients inclus ont été suivis en consultation annuelle programmée dans le service pendant une durée minimale de 1 an et maximale de 4 ans (médiane de suivi de 2,5 ans). Ils ont bénéficié d'un examen clinique, d'un électrocardiogramme, d'une échocardiographie et éventuellement d'un écho-doppler artériel des vaisseaux du cou ou des membres inférieurs, d'un test d'ischémie ou d'une coronarographie si nécessaire. Les décès ont été enregistrés, ainsi que les événements ischémiques majeurs définis par une insuffisance coronaire, un accident vasculaire cérébral ou la découverte d'une artériopathie des membres inférieurs.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2868689>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2868689>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)