



ELSEVIER
MASSON



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

Annales de
cardiologie
et d'angéiologie

Annales de Cardiologie et d'Angéiologie 62 (2013) 308–315

Article original

Le syndrome coronarien aigu chez le sujet âgé : expérience du centre hospitalier d'Aix-en-Provence

Acute coronary syndrome in elderly patients: Experience of Aix-en-Provence general hospital

H. Khachab*, Y. Rahal, L. Boulain, C. Barnay, R. Morice, J. Taieb, T. Benchaâ, B. Jouve

Service de cardiologie, centre hospitalier d'Aix-en-Provence, avenue des Tamaris, 13616 Aix-en-Provence cedex 1, France

Reçu le 29 juillet 2013 ; accepté le 12 août 2013

Disponible sur Internet le 27 août 2013

Résumé

Introduction. – Les décès cardiovasculaires sont la première cause de mortalité chez les sujets âgés. Pourtant cette population est sous-représentée dans les études consacrées au syndrome coronarien aigu (SCA) et sa prise en charge soulève de nombreuses problématiques.

Méthodes et résultats. – Pour étayer ces problématiques et évaluer notre prise en charge, nous avons réalisé une étude rétrospective portant sur les patients âgés de plus de 75 ans et admis dans le service de cardiologie du centre hospitalier d'Aix-en-Provence pour SCA en 2010 (Groupe A) et 2012 (Groupe B) que nous avons comparé. La présentation initiale était une douleur thoracique dans seulement 78,6 % dans le Gr A contre 81,6 % dans le Gr B (NS) ; une insuffisance rénale était retrouvée chez 41,4 % des patients du Gr A contre 50,5 % du Gr B (NS) ; une anémie chez 34,3 % dans le Gr A versus 40,2 % dans le Gr B (NS). Concernant la prise en charge, elle est moins systématiquement invasive avec une revascularisation chez 74,2 % dans le Gr A et 73,6 % dans le Gr B (NS), il y a moins de recours aux stents actifs avec 14,3 % dans le Gr A contre 14,7 % dans le Gr B (NS), la voie d'abord de l'angioplastie était radiale dans 61,2 % dans le Gr A versus 80,3 % dans le Gr B ($p=0,02$), l'anticoagulation se faisait majoritairement par héparine non fractionnée avec 74,3 % dans le Gr A versus 68 % dans le Gr B (NS).

Discussion et conclusions. – La prise en charge du SCA du sujet âgé pose une problématique diagnostique du fait de la fréquence des symptomatologies atypiques et thérapeutiques du fait de la fragilité de ces patients aux comorbidités fréquentes, sources de complications hémorragiques et d'un moindre recours à une stratégie invasive. En l'absence de recommandation spécifique, leur prise en charge ne devrait pas différer de celle des sujets plus jeunes. Ce travail a permis d'évaluer nos pratiques professionnelles tenant compte des dernières recommandations, ainsi une évolution positive est notée dans l'usage de la voie radiale, le recours à la revascularisation devrait être plus systématique, et l'usage des HBPM et surtout du fondaparinux devrait être plus important.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Syndrome coronarien aigu ; Sujet âgé ; Comorbidités

Abstract

Introduction. – Cardiovascular causes are the first causes of death in elderly patients. Nevertheless, elderly patients are underrepresented in randomized studies of acute coronary syndromes although treatment of ACS for elderly patients has specificities that need special attention.

Methods and results. – To discuss these specificities, we realized a retrospective study involving patients aged more than 75 years old and admitted for ACS in the cardiology department of Aix-en-Provence General Hospital in the first six months of 2010 (Group A) and 2012 (Group B) which we compared. Initial presentation was chest pain in only 78.6% of Group A versus 81.6% in Group B (NS), renal insufficiency was found in 41.4% of the patients of Group A versus 50.5% of the patients in Group B (NS), anaemia was found in 34.3% of Group A patients versus 40.2% of Group B (NS), invasive strategy is less systematic with 74.2% of Group A patients having a revascularization versus 73.6% of Group B (NS), Drug Eluting Stents were less frequently used with 14.3% of Group A patients versus 14.7% of Group B (NS), radial access was used for angioplasty in 61.2% of Group A patients versus 80.2% of Group B ($P=0.02$), unfractionated heparin was used in 74.3% of the cases in Group A versus 68% in Group B (NS).

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : hadi_kha@hotmail.com, hadi.khachab@gmail.com (H. Khachab).

Discussion and conclusion. – Acute coronary syndrome of the elderly patients has numerous specificities, first there are frequent unusual presentation making diagnosis more difficult, second they have frequent co morbidities making them frail patients with higher risk of hemorrhagic complications and lesser tendency to invasive evidence based treatment. In the absence of specific recommendations, their treatment should not differ from younger patients. This work allowed us also to evaluate our professional practices in order to improve them; we note a positive evolution with the significant raise in the use of radial access, invasive strategy though should be more systematic and use of low molecular weight heparin and Fondaparinux should be more frequent.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Acute coronary syndrome; Elderly patients; Comorbidities

1. Introduction

La plupart des études cliniques retiennent l'âge de 75 ans comme limite pour définir une personne âgée, il s'agit également de l'âge retenu pour le calcul des taux d'équipement et de services destinés aux personnes âgées. Dans notre travail, nous avons choisi cette limite d'âge. Les causes cardiovasculaires constituent la première cause de mortalité dans le monde et la deuxième cause en France après le cancer. Chez les personnes âgées, il s'agit de la première cause de mortalité. Les sujets âgés sont pourtant sous-représentés dans les études randomisées évaluant les syndromes coronaires aigus (SCA). Un travail de Lee et al. [1] montre que malgré une augmentation au fil des années de la proportion des sujets âgés dans les différentes études sur le syndrome coronarien aigu, leur proportion reste largement inférieure aux registres et à la pratique clinique où ils représentent plus d'un tiers des patients admis pour syndrome coronarien aigu. Ces données ont été confirmées plus récemment par le travail d'Alexander et al. Dans le SCA sans sus-décalage du segment ST [2], ils représentent seulement 18 % des patients dans les études cliniques contre 38 % dans les registres. Dans le SCA avec sus-décalage du segment ST [3], ils représentent 14 % des patients dans les études contre 28 % dans les registres.

Cette sous-représentation dans les études est problématique puisque les patients âgés de 75 ans et plus admis pour SCA posent des problèmes diagnostiques et thérapeutiques étant donné qu'ils se présentent fréquemment avec une symptomatologie atypique et qu'ils présentent souvent des co-morbidités telles que l'insuffisance rénale et l'anémie qui impactent sur le pronostic. Il s'agit également d'une population à haut risque d'évènements ischémiques et à haut risque de complications hémorragiques induites par le traitement anticoagulant dont le choix doit être attentif.

Pour étayer notre propos, nous rapportons dans ce travail, l'expérience du centre hospitalier d'Aix-en-Provence dans la prise en charge du syndrome coronarien aigu chez les personnes âgées à partir d'une population englobant les patients admis durant les six premiers mois de 2010 et 2012.

2. Patients et méthodes

2.1. Objectif de l'étude

L'objectif de l'étude était :

- comparer l'expérience du centre hospitalier d'Aix-en-Provence dans la prise en charge des personnes âgées aux données de la littérature ;
- étudier son évolution dans le temps et réaliser de ce fait une évaluation des pratiques professionnelles chez une population à haut risque de complications et dont la prise en charge reste compliquée du fait de nombreuses comorbidités, de la sous-représentation dans les études et de l'absence de recommandations spécifiques.

2.2. Population et critères d'inclusion et d'exclusion

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique incluant tous les patients âgés de plus de 75 ans et hospitalisés pour un syndrome coronarien aigu dans le service de cardiologie du centre hospitalier d'Aix-en-Provence entre le 01/01/2010 et 30/06/2010 et du 01/01/2012 au 30/06/2012.

Tous les types de syndrome coronarien aigu ont été retenus. Ont été exclus de l'étude, tous les patients dont la présentation initiale où l'élévation des marqueurs sériques de nécrose pouvait être compatible avec un syndrome coronarien aigu à l'admission mais dont l'évolution et les examens complémentaires durant l'hospitalisation ont permis d'exclure une insuffisance coronarienne.

2.3. Définitions

Une anémie a été définie par un taux d'hémoglobine inférieure à 13 g/dL chez l'homme et 12 g/dL chez la femme.

La clairance de la créatinine a été calculée selon la formule MDRD et une insuffisance rénale modérée a été définie par une clairance entre 30 et 60 mL par minute et une insuffisance rénale sévère pour une clairance inférieure à 30 mL par minute.

Pour les complications hémorragiques, la classification retenue est la classification TIMI :

- saignement majeur : saignement mortel, intracérébral ou chute de l'hémoglobine supérieure à 5 g/dL avec un saignement extériorisé (inclus l'imagerie) ;
- saignement mineur : chute de l'hémoglobine entre 3 et 5 g/dL avec un saignement extériorisé ;
- saignement minime : saignement extériorisé avec une chute de l'hémoglobine inférieure à 3 g/dL.

2.4. Recueil des données

Le recueil des données a été fait à partir des dossiers patients sur le logiciel Dx Care et des comptes rendus de coronarographie

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2868910>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2868910>

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