

Article original

Particularités cliniques et thérapeutiques de l'infarctus du myocarde chez l'artériitique : étude à partir du registre USIC 2000

Clinical and therapeutic specificities of myocardial infarction in patients with peripheral arterial disease: the USIC 2000 registry

V. Aboyans^{a,b,*}, J.P. Cambou^{a,*}, G. Hanania^c, C. Cantet^a, J. Ferrières^a, P. Guéret^d,
D. Blanchard^e, J.-M. Lablanche^f, P. Lacroix^b, Y. Boutalbi^g,
N. Danchin^h, les investigateurs USIC 2000

^a U558 Inserm, 31, allée Jules-Guesde, 31037 Toulouse cedex, France

^b Service de chirurgie thoracique et cardiovasculaire et angiologie, CHU Dupuytren, 2, avenue Martin-Luther-King, 87042 Limoges, France

^c Service de cardiologie, Aulnay-sous-Bois, France

^d Service de cardiologie, hôpital Henri-Mondor, Créteil, France

^e Clinique Saint-Gatien, Tours, France

^f Service de cardiologie B, hôpital cardiologique, Lille, France

^g Laboratoire Aventis, Paris, France

^h Service de cardiologie, HEGP, Paris, France

Reçu le 17 septembre 2004 ; accepté le 5 avril 2005

Disponible sur internet le 13 juillet 2005

Cette étude a bénéficié du soutien des laboratoires Aventis, Paris, France

Résumé

Objectif. – Plusieurs études rapportent un pronostic plus sombre après un infarctus du myocarde (IdM) chez ceux ayant une artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI). Notre objectif a été de décrire la présentation et la prise en charge d'une cohorte de patients avec AOMI victimes d'IdM, comparée à ceux sans AOMI.

Matériel et méthode. – Le registre USIC 2000, colligeant les données des patients pris en charge pour un IdM aigu dans les soins intensifs français en novembre 2000, a été utilisé.

Résultats. – Parmi les 2311 sujets, une AOMI était rapportée chez 215 sujets (9,3 %). En analyse multivariée, les facteurs positivement liés ($p \leq 0,05$) à une AOMI sont : âge supérieur à 75 ans (OR = 2,3), diabète (OR = 2,0), hypertension (OR = 1,4), tabagisme actif (OR = 4,6), insuffisance rénale (OR = 3,1), les antiagrégants (OR = 3,9), antivitamine K (OR = 1,9), statines (OR = 1,7) et HBPM (OR = 6,8). En introduisant dans le modèle les données à l'arrivée, le sexe masculin (OR = 1,6) et les antécédents de coronaropathies (OR = 2,2) étaient également plus fréquents. Ces patients présentaient plus souvent un bloc de branche gauche (OR = 1,8) et moins souvent un sus-décalage du segment ST (OR = 0,7). Une prise en charge tardive supérieure six heures était plus fréquente (OR = 1,4). L'introduction des données des 48 premières heures révèle un moindre recours au stent (OR = 0,7), et les bêtabloquants (OR = 0,6). À la sortie de l'hôpital, les taux de prescription des thérapeutiques de prévention secondaire sont moindres chez l'artériitique.

Conclusion. – Au-delà de l'AOMI, un grand nombre de facteurs péjoratifs et une sous-prescription de traitements à intérêt pronostique, existent chez ces patients.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

* Auteurs correspondants.

Adresse e-mail : aboyans@unilim.fr (V. Aboyans).

Abstract

Objective. – Several studies underlined the worse prognosis of myocardial infarction (MI) among patients with peripheral arterial disease (PAD). We sought to describe the presentation and management modalities of a cohort of PAD patients presenting an acute MI, compared to those without PAD.

Materials and methods. – The USIC 2000 registry, a nationwide database on all patients admitted to a CCU for an acute MI < 48 hours in France in November 2000 was used for this study.

Results. – Among the 2311 patients included, PAD was reported in 215 subjects (9.3%). In multivariate analysis, the following factors were positively related to the presence of PAD ($P \leq 0.05$): age >75 y (OR = 2.3), diabetes (OR = 2.0), hypertension (OR = 1.4), active smoking (OR = 4.6), renal failure (OR = 3.1), and treatments with antiplatelets (OR = 3.9), anti-vitamin K (OR = 1.9), statins (OR = 1.7) and low molecular weight heparins (OR = 6.8). By introducing the data concerning the arrival in CCUs in the model, the following factors were also significantly more frequent among PAD patients: male sex (OR = 1.6), past history of coronary artery disease (OR = 2.2), left bundle branch block (OR = 1.8) and late management >6 hours (OR = 1.4). Conversely, ST-segment elevation was less frequent (OR = 0.7). When the CCU stay data were introduced in the model, a lower rate of coronary stenting (OR = 0.7) and betablockers use within 48 hours of admission (OR = 0.6) were noted.

Conclusion. – Beyond the presence of PAD *per se*, several particularities do exist, especially the coexistence of a high number of pejorative factors and an under-utilization of treatments presenting prognostic benefits.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Infarctus du myocarde ; Artériopathie oblitérante des membres inférieurs ; Pronostic

Keywords: Myocardial infarction; Peripheral arterial disease; Prognosis

1. Introduction

Chez un patient victime d'un infarctus aigu du myocarde (IdM), une artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) n'est pas rare [1]. Plusieurs travaux évoquent le pronostic plus péjoratif de ces patients comparés aux non-artéritiques [2–4]. La présence de l'AOMI chez un coronarien est considérée comme un facteur pronostique indépendant, en tenant compte de facteurs potentiellement confondants tels que l'âge [2,3,5–7]. Cependant, il est possible que des particularités cliniques ou thérapeutiques puissent expliquer cette gravité pronostique. Notre objectif est de décrire une population d'artéritiques présentant un IdM, et de souligner ses particularités par rapport aux autres victimes d'un IdM. Le registre USIC 2000 nous a donné l'occasion de réaliser cette étude au sein de notre pays.

2. Matériels et méthodes

La méthodologie de l'étude USIC 2000 a déjà été préalablement détaillée [8,9]. En bref, il s'agit d'un registre prospectif incluant les patients pris en charge en unité de soins intensifs dans les 48 heures suivant un IdM au cours du mois de novembre 2000 dans l'ensemble des établissements français. Parmi eux, 369 centres (83 % des centres français) ont participé à cette étude. Dans chaque centre, un investigateur a relevé l'ensemble des caractéristiques initiales ainsi que les données cliniques et thérapeutiques des cinq premiers jours d'hospitalisation. Il s'agissait de l'ensemble des facteurs de risque cardiovasculaire majeurs (tabagisme actif ou ancien si arrêté depuis plus de trois mois, antécédent de HTA, ou traitement pour hypertension, hypercholestérolémie (>2,5 g/l) ou une hyperlipémie traitée, diabète, antécédents familiaux), des

antécédents cardiovasculaires, des traitements déjà présents, des événements cliniques et les données thérapeutiques survenant les cinq premiers jours. Parmi les antécédents cardiovasculaires, la présence d'une AOMI était systématiquement notée. Il pouvait s'agir d'une artériopathie clinique (quel que soit le stade) ou un antécédent de revascularisation des membres inférieurs. Ces données étaient obtenues de l'interrogatoire du patient ou des correspondances des médecins adressant le patient.

2.1. Méthodes statistiques

Les paramètres quantitatifs sont présentés par la moyenne et l'écart-type. Les paramètres qualitatifs sont présentés par le nombre de sujets concernés par ce paramètre et le pourcentage rapporté à la population totale. Ces paramètres ont été comparés dans les deux sous-groupes : les sujets ayant une AOMI vs ceux indemnes de cette artériopathie. La comparaison des paramètres qualitatifs s'est faite par le test de χ^2 et celle des paramètres quantitatifs par le test *t* de Student. Le seuil de significativité statistique a été posé à $p < 0,05$.

Lors de l'analyse multivariée à l'aide de régression logistique, un premier modèle a été obtenu après l'intégration de l'ensemble des données présentes avant l'arrivée aux soins intensifs (modèle 1). Secondairement, à ce premier modèle ont été rajoutées les données à l'arrivée aux soins intensifs (modèle 2), après l'exclusion des données concernant le traitement avant l'infarctus (une forte interdépendance avec les paramètres concernant les antécédents du patient). Le modèle 3 correspond à l'intégration des données de prise en charge durant le séjour aux soins intensifs à celles du modèle 2. Chacun des trois modèles a été construit pour identifier les facteurs liés de manière indépendante au statut de l'artéritique. Chacun des trois modèles a été obtenu après l'introduction

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9157138>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9157138>

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