

Mise au point

Glycémie d'admission et glycémie à jeun, marqueurs pronostiques dans les syndromes coronaires aigus

Admission and fasting blood glucose are important prognostic markers in acute coronary syndromes

Z. Kadri, A. Chaib, V. Henegariu, C. Bensouda, T. Damy, N. Danchin *

Hôpital européen Georges-Pompidou, 20, rue Leblanc, 75015 Paris, France

Disponible sur internet le 06 juin 2005

Résumé

Cet article passe en revue les données de la littérature sur le rôle pronostique de la glycémie d'admission et de la glycémie à jeun dans les syndromes coronaires aigus. Ces deux paramètres fournissent des renseignements complémentaires et constituent des facteurs prédictifs indépendants de mortalité à court et long terme. La mesure de la glycémie doit donc faire partie des paramètres systématiquement mesurés dans les syndromes coronaires aigus.

© 2005 Publié par Elsevier SAS.

Abstract

This paper reviews current evidence on the role of admission and fasting glycaemia as prognostic markers in patients with acute coronary syndromes. Though both parameters are correlated, they give different prognostic information and are related to both in-hospital complications, including death, and long-term outcomes. As hyperglycemia at the acute stage of myocardial infarction is an independent predictor of untoward cardiovascular events, blood glucose measurements should become routine in all patients presenting with acute coronary syndromes.

© 2005 Publié par Elsevier SAS.

Mots clés : Glycémie ; Hyperglycémie ; Syndrome coronaire aigu ; Infarctus ; Pronostic

Keywords: Glycaemia; Hyperglycaemia; Acute coronary syndrome; Infarction; Prognosis

Avec l'augmentation régulière de la prévalence du diabète, une proportion de plus en plus importante des patients coronariens est diabétique. De longue date, le diabète a été reconnu comme un facteur de mauvais pronostic dans l'infarctus et, plus généralement, dans les syndromes coronaires aigus, tant pour ce qui est de la mortalité hospitalière que de l'évolution clinique à long terme [1–4]. Plus récemment, l'attention s'est portée sur l'importance du métabolisme glucidique au stade aigu de l'infarctus chez les patients qui n'étaient pas connus jusque là comme diabétiques [5–7]. À partir de constatations concordantes émanant de plusieurs tra-

vaux cliniques récents, il est maintenant établi que les anomalies du métabolisme glucidique, pouvant répondre à la définition d'un diabète authentique ou à celle d'une « simple » intolérance au glucose sont particulièrement fréquentes au cours des syndromes coronaires aigus et que l'hyperglycémie constatée à l'admission chez des patients non diabétiques est un puissant marqueur de la mortalité précoce et à long terme.

1. Prévalence des anomalies du métabolisme glucidique dans les syndromes coronaires aigus

Dans l'observatoire des infarctus de Côte d'Or RICO, Zeller et al. [7] ont évalué la fréquence des anomalies du métabolisme glucidique dans une population tout venant de

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : nicolas.danchin@egp.ap-hop-paris.fr (N. Danchin).

999 infarctus hospitalisés. Un diabète authentifié, caractérisé par une glycémie à jeun ≥ 7 mmol/l ou une histoire clinique de diabète est retrouvé chez 38 % des patients. En plus de ce groupe, 15 % ont une intolérance au glucose (glycémie à jeun comprise entre 6,1 mmol/l et 7 mmol/l). Ainsi, au total, moins d'un patient sur deux a un métabolisme glucidique normal. Bien que corrélée à la glycémie à jeun, la glycémie mesurée à l'admission ne paraît pas être un témoin parfaitement fiable de l'existence d'un diabète ou d'une intolérance au glucose. En revanche, la glycémie à jeun, mesurée dès les premiers jours suivant l'épisode aigu, est fortement corrélée à l'existence d'une intolérance au glucose à distance (3 mois) de l'épisode initial [5].

2. Rôle pronostique des anomalies du métabolisme glucidique dans les syndromes coronaires aigus

2.1. Mortalité, insuffisance cardiaque et complications au stade aigu

Si le rôle pronostique défavorable du niveau d'hyperglycémie est connu de longue date et n'est pas discuté chez les patients diabétiques [1–4], c'est plus récemment qu'il est apparu également important chez les patients non diabétiques [5–7]. Dans une méta-analyse de 15 études de cohorte rapportant le lien entre glycémie à l'admission et mortalité, Capes et al. [8] ont ainsi mis en évidence le lien existant entre l'hyperglycémie de stress et la mortalité hospitalière. Les études sélectionnées étaient cependant toutes assez anciennes, remontant à une époque où le traitement de reperfusion n'était pas encore la règle au stade aigu de l'infarctus, et où les traitements de prévention secondaire étaient encore mal codifiés. En outre, s'agissant d'études dont la méthodologie différait sensiblement, le seuil retenu pour définir une hyperglycémie de stress était très variable, allant de plus de 6,7 mmol/l à plus de 11 mmol/l. Nonobstant ces réserves méthodologiques, l'hyperglycémie de stress apparaît fortement liée à la mortalité hospitalière. Dans la population diabétique, le risque relatif de décès en cas d'hyperglycémie est de 1,71 (intervalle de confiance à 95 % : 1,22–2,40) ; dans la population non diabétique, il atteint 3,93 (intervalle de confiance à 95 % : 2,86–5,39). Dans l'observatoire RICO [7], la présence d'une intolérance au glucose, évaluée sur la glycémie à jeun, est associée à un risque de décès hospitalier deux fois supérieur (8 contre 4 %) ; après ajustement sur les autres variables pronostiques, l'intolérance au glucose reste fortement liée au risque de décès (OR : 2,35), mais sans atteindre la significativité statistique ($p = 0,077$). En revanche, la survenue d'un choc cardiogénique est beaucoup plus fréquente en cas d'intolérance au glucose (12 contre 6 %) et l'intolérance au glucose reste un prédicteur indépendant de la survenue d'un choc cardiogénique après analyse multivariée (OR : 2,84 ; intervalle de confiance à 95 % : 1,08–7,49).

Le lien entre hyperglycémie au stade aigu et dysfonction ventriculaire gauche est retrouvé dans d'autres études, mais

sans qu'il soit aisé de savoir si l'hyperglycémie constitue un facteur de risque authentique de dysfonction ventriculaire, ou bien seulement un marqueur d'une atteinte ventriculaire gauche importante. Ainsi, dans une large population de 2127 patients hospitalisés pour syndrome coronaire aigu (dont une minorité seulement avaient des infarctus avec sus-décalage du segment ST), Foo et al. [9] ont bien retrouvé une association linéaire entre niveau de glycémie (exprimé par quartiles) et mortalité hospitalière. Mais il existe aussi une forte corrélation entre niveau glycémique et insuffisance ventriculaire gauche, si bien que la glycémie n'est plus un facteur prédictif indépendant de mortalité au stade aigu, une fois l'insuffisance ventriculaire gauche prise en compte.

À l'inverse, dans l'étude USIC 2000 [10], qui a inclus l'ensemble des patients hospitalisés pour infarctus en France en novembre 2000, la glycémie à l'admission est aussi corrélée à la mortalité hospitalière chez les patients non diabétiques et ce, indépendamment de l'existence d'une insuffisance ventriculaire gauche à l'entrée et du type de traitement de reperfusion utilisé (Fig. 1). De plus, la glycémie d'admission est également corrélée aux autres complications hospitalières graves : fibrillation ventriculaire, fibrillation auriculaire, bloc auriculoventriculaire et apparition ou aggravation d'une insuffisance cardiaque (Tableau 1). En analyse multivariée, un niveau de glycémie supérieur à 1,24 g/l (valeur médiane dans la population considérée) reste un facteur prédictif indépendant majeur de mortalité hospitalière, augmentant le risque de décès d'un facteur deux à trois. Lorsque la population est divisée en six sextiles en fonction de la glycémie d'entrée, on remarque une mortalité hospitalière un peu plus élevée chez les patients ayant le niveau de glycémie le plus bas, avec un aspect de courbe en U, suggérant en outre un possible effet délétère de l'hypoglycémie dans ces circonstances d'ischémie aiguë (Fig. 2).

2.2. Glycémie d'admission ou glycémie à jeun ?

En fonction des études, la glycémie est tantôt analysée comme glycémie à l'admission, tantôt comme glycémie à jeun. Récemment, Suleiman et al. [11] ont comparé les renseignements apportés par ces deux indicateurs. La première constatation est qu'il existe une assez bonne corrélation entre ces deux paramètres, ce qui n'est évidemment pas surprenant. Mais les deux méthodes n'ont pas exactement la même

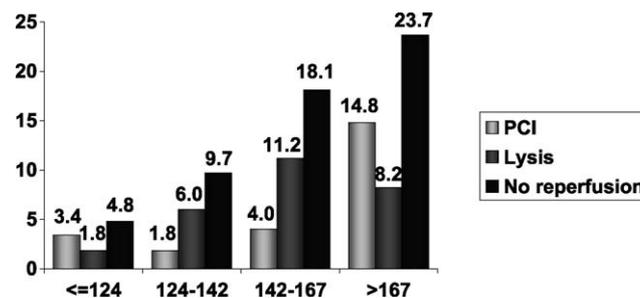


Fig. 1. Étude USIC 2000. Mortalité à 30 jours selon le type de traitement de reperfusion.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9157177>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9157177>

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