

CP093 : Valeur prédictive de la FEVG dans les 24 heures de la prise en charge d'un infarctus aigu du myocarde

*ERIC ROUSSEL (1), LAURIE FRATICELLI (2), NICOLAS EYDOUX (3),
ALEXANDRA PEIRETTI (3), PATRICE SERRE (4), CARLOS EL KHOURY (5, 6),
ERIC BONNEFOY-CUDRAZ (7), GROUPE OSCAR (6)*

Mots clefs

FEVG, infarctus, échographie

Introduction

Nous avons étudié l'évolution de la gravité des infarctus aigu du myocarde dans le temps et la valeur pronostique de la FEVG sur la mortalité à un mois et un an.

Matériel et méthode

Entre janvier 2011 et décembre 2016, nous avons réalisé une étude observationnelle multicentrique avec inclusion de 6822 patients ayant présenté un STEMI. Tous ont bénéficié d'une coronarographie puis d'une évaluation de la FEVG dans les 24 heures. 3 groupes ont été défini : FEVG inférieure à 30%(G1), entre 30 et 50%(G2), supérieure à 50%(G3). L'étude du risque relatif de décès a utilisé un modèle de régression multiparamétrique de Cox, le groupe de référence étant le G3. La méthode de recueil de la FEVG n'était pas imposée ; les patients ont été traités selon les habitudes locales.

Résultats

Les effectifs étaient : G1=245 ; G2=2843 ; G3=3734. On observe dans le temps une diminution des formes sévères (G1). Dans le G1, les patients sont plus âgés, avec moins d'hommes, plus souvent hypertendus, diabétiques, avec plus d'antécédents cardiovasculaire et une atteinte préférentielle du territoire antérieur. L'alerte et le délai de transport sont allongés, la voie radiale moins fréquente. On observe 39,6% de KILLIP ≥ 2 , vs 16,4%(G2) et 5,7%(G3) ($p < 0,0001$). Le suivi à un an de 6371 patients (93,4%), a montré une diminution marquée de la survie le premier mois, plus importante dans le G1. Ces résultats se maintiennent à un an où la mortalité relative est de 40% dans le G1, 10% dans le G2 et 3,5% dans le

G3. L'ajustement sur l'âge, le sexe, l'HTA, le diabète, la dyslipidémie, le tabagisme et le KILLIP, montre pour le G2, un risque de décès multiplié par 2,81 à 1 mois et 1,71 à 1 an par rapport au G3. Pour le G1, le risque de décès est multiplié par 10,5 à 1 mois et 5,8 à 1 an par rapport au G3 ($p < 0,0001$).

Discussion

La diminution des formes sévères dans le temps pourrait être liée à une alerte plus précoce et aux progrès des stratégies de prise en charge. La FEVG mesurée dans les 24 premières heures semble avoir une valeur prédictive sur la survie à 1 mois et 1 an d'autant plus que l'on est dans la phase précoce post-infarctus et que la FEVG est basse.

Conclusion

Des études complémentaires doivent confirmer nos résultats qui sont en adéquation avec la littérature récente. Elles devraient permettre de cibler au sein du G1 les patients qui pourraient bénéficier d'une prévention secondaire plus spécifique.

-
1. Service d'Accueil des Urgences, Centre hospitalier de Vienne, Vienne, France
 2. réseau des urgences de la vallée du Rhône, RESUVal, CH Vienne, Vienne, France
 3. Cellule de Coordination, Centre hospitalier de Vienne, Vienne, France
 4. Service d'Accueil des Urgences, Centre hospitalier de Bourg en Bresse, Bourg En Bresse, France
 5. Urgences, Centre hospitalier de Vienne, Vienne, France
 6. réseau des urgences de la vallée du Rhône, RESUVal, CH Vienne, vienne, France
 7. USIC, H Louis Pradel, Lyon, France