

Comment le poids impacte-t-il le pronostic après un STEMI ?

B. Plaine¹, L. Fraticelli², C. Claustre², P. Serre^{2,3}, T. Bochaton¹, E. Bonnefoy-Cudraz¹, C. El Khoury^{2,4}, Groupe OSCAR

¹ Soins intensifs de cardiologie, Hôpital Cardiologique Louis Pradel, Hospices Civils de Lyon - Lyon

² RESUVal - Réseau des Urgences de la Vallée du Rhône, Centre Hospitalier Lucien Husel - Vienne

³ Service d'Accueil des Urgences, Centre hospitalier Fleyriat - Bourg-en-Bresse

⁴ Service d'Accueil des Urgences, Centre hospitalier Lucien Husel - Vienne

Congrès Urgences 2018 – Session : Communication libre / Médecins SCA (vendredi 15 juin à 14H)

INTRODUCTION

Après un STEMI (Infarctus du Myocarde avec ST+), une réduction de la mortalité chez les sujets en surpoids a été décrite dans la littérature par rapport aux sujets de poids normal et surtout par rapport aux sujets maigres. Ce phénomène est appelé le paradoxe de l'obésité. Sa réalité est actuellement toujours débattue.

OBJECTIFS

- Mettre en évidence une relation entre l'IMC et la mortalité post-STEMI
- Si une relation existe, est-elle expliquée par une différence de traitement ?

MATERIEL ET METHODE

Etude rétrospective observationnelle multicentrique
A partir de l'Observatoire des Syndromes Coronariens Aigues (OSCAR, Association RESCUE)

5 groupes de patients selon leur IMC :

- Maigre IMC < 18 kg/m²
- Poids normal 18 < IMC < 25 kg/m²
- Surpoids 25 < IMC < 30 kg/m²
- Obésité 30 < IMC < 35 kg/m²
- Obésité morbide IMC > 35 kg/m²

N=6803 patients inclus entre 01/2010 et 12/2016

RESULTATS

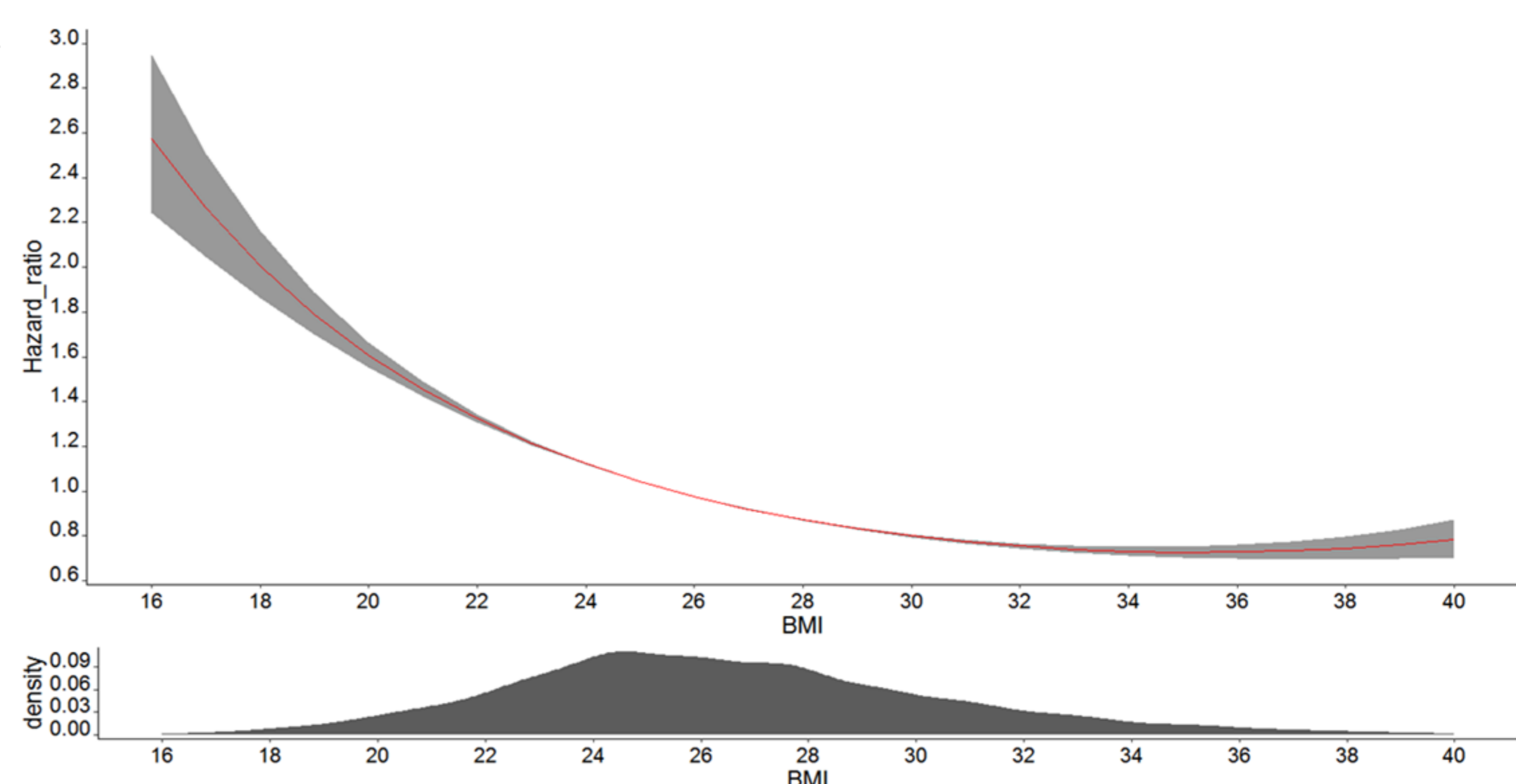
Les patients maigres étaient plus âgés, les patients obèses et obèses morbides avaient plus de diabète, d'hypertension artérielle et de dyslipidémie.

A la prise en charge initiale, les patients maigres bénéficient moins souvent d'un inhibiteur de P2Y12 de dernière génération, d'un IEC, d'un β-bloquant et d'une statine.

| | 1 - Maigreur (n = 40) | 2 - Poids normal (n = 2939) | 3 - Surpoids (n = 2741) | 4 - Obésité (n = 855) | 5 - Obésité morbide (n = 228) | p-value |
|--|--------------------------|--------------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------------|----------|
| IMC | 17 [16;17] | 23 [22;24] | 28 [26;29] | 32 [31;33] | 38 [36;40] | < 0,0001 |
| Démographie : | | | | | | |
| Age | 60 [44.25;69.5] | 49 [39;62] | 48 [38.75;59] | 47 [37;56] | 45 [37;55] | < 0,0001 |
| Sexe Homme | 9 (22.5%) | 2157 (73.39%) | 2232 (81.43%) | 649 (75.91%) | 146 (64.04%) | < 0,0001 |
| Facteurs de risques cardiovasculaires : | | | | | | |
| Hypertension | 17 (42.5%) | 1089 (37.05%) | 1192 (43.49%) | 472 (55.2%) | 139 (60.96%) | < 0,0001 |
| Dyslipidémie | 5 (12.5%) | 836 (28.45%) | 977 (35.64%) | 333 (38.95%) | 93 (40.79%) | < 0,0001 |
| Diabète | 1 (2.5%) | 345 (11.74%) | 482 (17.58%) | 242 (28.3%) | 82 (35.96%) | < 0,0001 |
| Tabagisme actif | 15 (37.5%) | 1267 (43.11%) | 1081 (39.44%) | 331 (38.71%) | 87 (38.16%) | < 0,0001 |
| Traitements administrés en urgence : | | | | | | |
| Aspirine | 34 (85%) | 2759 (93.88%) | 2594 (94.64%) | 808 (94.5%) | 218 (95.61%) | 0.0680 |
| Clopidogrel | 18 (45%) | 972 (33.07%) | 850 (31.01%) | 270 (31.58%) | 77 (33.77%) | 0.1841 |
| Prasugrel | 2 (5%) | 437 (14.87%) | 491 (17.91%) | 152 (17.78%) | 45 (19.74%) | 0.0028 |
| Ticagrelor | 12 (30%) | 1137 (38.69%) | 1088 (39.69%) | 343 (40.12%) | 78 (34.21%) | 0.3232 |
| Beta-Bloquant | 9 (22.5%) | 758 (25.79%) | 767 (27.98%) | 252 (29.47%) | 72 (31.58%) | 0.9040 |
| Statines | 9 (22.5%) | 830 (28.24%) | 844 (30.79%) | 263 (30.76%) | 77 (33.77%) | 0.9297 |
| IEC | 7 (17.5%) | 606 (20.62%) | 610 (22.25%) | 194 (22.69%) | 59 (25.88%) | 0.4619 |
| ARA2 | 0 (0%) | 119 (4.05%) | 130 (4.74%) | 49 (5.73%) | 14 (6.14%) | 0.5386 |
| En salle de Coronarographie interventionnelle : | | | | | | |
| Voie radiale ou cubitale | 31 (77.50 %) | 2621 (89.18 %) | 2518 (91.86 %) | 792 (92.63 %) | 214(93.86 %) | < 0.0001 |
| Voie fémorale | 9 (22.5%) | 299 (10.17%) | 207 (7.55%) | 60 (7.02%) | 14 (6.14%) | < 0.0001 |
| Stent | 32 (80%) | 2328 (79.21%) | 2143 (78.18%) | 669 (78.25%) | 182 (79.82%) | 0.6675 |
| Chirurgie en urgence (< 24h) | 0 (0%) | 6 (0.2%) | 5 (0.18%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0.6954 |
| Chirurgie programmée | 1 (2.5%) | 57 (1.94%) | 70 (2.55%) | 14 (1.64%) | 2 (0.88%) | 0.2277 |

Un an après le STEMI, il n'y a pas de différence entre les groupes quant à la poursuite des traitements du post-infarctus.

La mortalité toutes causes à un an est liée à l'IMC selon une courbe en U, avec une mortalité plus importante chez les patients obèses morbides (5,26%) et surtout maigres (12,5%). La mortalité la plus faible se retrouve chez les patients en surpoids (2,74%). Il n'y a pas de différence entre les groupes sur les taux de mortalité cardio-vasculaire (33,48%) et non cardio-vasculaire (66,52%).



CONCLUSION

Il existe bien une relation entre l'IMC et la mortalité après un STEMI dans notre bassin de population, avec une mortalité plus élevée pour les poids extrêmes. Cela nous permet de distinguer 3 groupes de patients ; les patients en surpoids/obèses modérés, les patients obèses morbides et les patients maigres ou s'amaigrissant, en vue de leur proposer une meilleure prise en charge post-STEMI .