

Facteurs prédictifs de mortalité hospitalière et à 1 an après angioplastie du tronc commun

O. Labidi¹ ; A. Canville¹ ; M. Godin¹ ; Q. Landolff¹ ; R. Koning¹ ; J. Howeyer² ; G. Rangé³

- 1 Unité de cardiologie interventionnelle, Clinique Saint Hilaire, Rouen
2 France PCI Normandie
3 Service de cardiologie, centre hospitalier de Chartres



INTRODUCTION

L'angioplastie du tronc commun gauche est une bonne alternative à la revascularisation chirurgicale. Parfois, elle s'impose dans des situations de sauvetage comme les STEMI et le choc cardiogénique ou en cas de haut risque opératoire.

OBJECTIFS

L'objectif de notre étude est d'identifier les facteurs prédictifs de mortalité hospitalière et à 1 an après angioplastie du tronc commun.

PATIENTS ET METHODES

Le registre France-PCI (initialement dénommé CRAC : Club Régional des Angioplasticiens de la région Centre) est un registre prospectif, multicentrique, débuté en janvier 2014 et recueillant les données cliniques et des coronarographies ou angioplasties coronaires des patients admis dans des centres de cardiologie interventionnelle participants dans des régions françaises différentes.

La participation des centres était progressive et a débuté avec 6 centres en 2014 pour atteindre 41 centres en 2021.

Il s'agit d'une analyse des données des patients ayant bénéficié d'une angioplastie percutanée du tronc commun non protégé et ayant un suivi à 1 an. Pendant la période de l'étude, 16 centres étaient inclus dans ce registre.

Nous avons effectué une analyse univariée puis multivariée des facteurs prédictifs de mortalité hospitalière et à 1 an.

RESULTATS

Sur la période d'étude, 1420 patients ont été inclus avec une moyenne d'âge de 74,2 ans \pm 11,3.

Tableau 1: Caractéristiques cliniques et procédurales

	Total N= 1420 n (%)
Age (moy \pm ET)	74,2 \pm 11,3
Sexe	
Homme	1055 (74,3)
Femme	365 (25,7)
BMI (moy \pm ET)	26,9 \pm 4,5
Antécédents et facteurs de risque	
Antécédent d'angioplastie	513 (36,2)
Antécédent d'IDM	234 (16,5)
Antécédent AVC/AIT	99 (7,0)
Atteinte vasculaire périphérique	258 (18,3)
Insuffisance rénale sévère	169 (12,0)
Diabète	447 (31,7)
Dyslipidémie	760 (54,5)
Tabagisme	
Non-fumeur	800 (56,9)
Ancien fumeur	411 (29,2)
Fumeur actuel	196 (13,9)
Hypertension artérielle	958 (68,0)
Hérédité coronaire	259 (18,8)
Présentation initiale	
Stable	738 (52,0)
Instable	680 (48,0)
Taille du désilet	
6F	1079 (80,0)
7F	264 (19,6)
8F	5 (0,4)
Voie d'abord artériel	
Fémorale	243 (17,2)
Radiale	1171 (82,2)
Statut tronculaire	
Tronc commun seul	360 (25,4)
bitronculaire	540 (38,1)
tritrunculaire	519 (36,6)
SYNTAX Score	21,3 \pm 10,5
≤ 22	826 (59,2)
23 - 32	231 (30,9)
≥ 33	121 (16,2)
Tronc commun seul	
1 stent	229 (65,8)
2 stents ou plus	119 (34,2)

Moy: Moyenne, ET: Écart-Type
IDM: infarctus du myocarde ; AVC: accident vasculaire cérébral
AIT : accident ischémique transitoire

Tableau 2: facteurs prédictifs de mortalité après analyse multivariée

Facteurs indépendants	Événement n (%)	p Value	OR	IC 95%
Mortalité hospitalière				
Présentation clinique instable	74 (10,9)	<10 ⁻³	4,54	[2,25 – 9,18]
Voie fémorale	36 (14,8)	<10 ⁻³	4,00	[2,34 – 6,80]
Insuffisance rénale sévère	17 (10,1)	0,036	1,97	[1,04 – 3,71]
FEVG <50%	60 (11,5)	<10 ⁻³	4,65	[2,34 – 6,83]
SYNTAX ≥ 23	52 (9,1)	0,032	1,83	[1,05 – 3,18]
MACCE intra-hospitalier				
Présentation clinique instable	82 (12,1)	<10 ⁻³	3,76	[2,08 – 6,81]
Voie fémorale	36 (14,9)	<10 ⁻³	3,15	[1,92 – 5,18]
FEVG <50%	63 (12,1)	<10 ⁻³	3,25	[1,88 – 5,67]
SYNTAX ≥ 23	59 (10,4)	0,043	1,67	[1,02 – 2,74]
Mortalité à 1 an				
Age ≥ 75 ans	144 (18,9)	0,008	1,6	[1,13 – 2,29]
Diabète	90 (20,1)	0,01	1,6	[1,11 – 2,20]
Présentation clinique instable	147 (21,6)	0,003	1,7	[1,19 – 2,38]
Voie fémorale	65 (26,7)	<10 ⁻³	2,1	[1,44 – 3,09]
Insuffisance rénale sévère	50 (29,6)	<10 ⁻³	2,1	[1,38 – 3,25]
FEVG <50%	128 (24,5)	<10 ⁻³	2,2	[1,53 – 3,10]
SYNTAX ≥ 23	126 (22,1)	<10 ⁻³	1,8	[1,31 – 2,60]
MACCE à 1 an				
Présentation clinique instable	191 (29,0)	<10 ⁻³	1,7	[1,23 – 2,22]
Voie fémorale	88 (37,0)	<10 ⁻³	2,2	[1,58 – 3,09]
Insuffisance rénale sévère	53 (33,8)	0,005	1,8	[1,19 – 2,67]
FEVG <50%	155 (30,8)	<10 ⁻³	1,8	[1,30 – 2,38]
SYNTAX ≥ 23	151 (27,6)	0,017	1,4	[1,07 – 1,91]

OR: odds ratio ; IC: intervalle de confiance
MACCE: major adverse cardiac and cerebrovascular events
FEVG: fraction d'éjection du ventricule gauche

DISCUSSION

Le taux de mortalité intrahospitalière était de 5,9%, proche du taux rapporté dans le registre américain à 5% et dépassant celui décrit dans le registre japonais (3,5%) et dans les essais cliniques randomisés (entre 0 et 1%). Ce taux pourrait être expliqué par l'âge avancé des patients dans notre registre par rapport aux autres études y compris le registre américain et japonais ainsi que l'importance des présentations cliniques instables par rapport aux essais cliniques randomisés.

CONCLUSION

L'identification des facteurs prédictifs de mortalité pourraient attirer l'attention des opérateurs à certaines populations à risque.

Le taux de mortalité dans notre registre demande une analyse plus approfondie, surtout pour les sujets âgés de < 75 ans, quant à l'indication de l'angioplastie, la discussion en Heart Team, le refus du patient de la chirurgie et les délais de chirurgie cardiaque par centre.

Le taux de mortalité intra-hospitalière était de 5,9 % (n= 84).

Le taux de mortalité totale à 1 an était de 15,4 % (n= 218) avec une cause cardiovasculaire dans presque la moitié des cas (54,6 %).

Le taux de mortalité à 1 an était significativement plus marqué chez les sujets âgés de plus de 75 ans (18,9% vs 11,2% ; p<10⁻³).

Après l'analyse univariée, nous avons procédé à une analyse multivariée permettant de déterminer les facteurs prédictifs de mortalité en intra-hospitalier et à 1 an.

La présentation clinique instable, la voie d'abord fémorale, l'altération de la fonction ventriculaire gauche (FEVG <50%) et la complexité anatomique (SYNTAX ≥ 23) étaient des facteurs prédictifs communs à la mortalité intra-hospitalière et à 1 an. A ces facteurs, se rajoutent l'âge > 75 ans et le diabète comme facteurs prédictifs de la mortalité à 1 an.

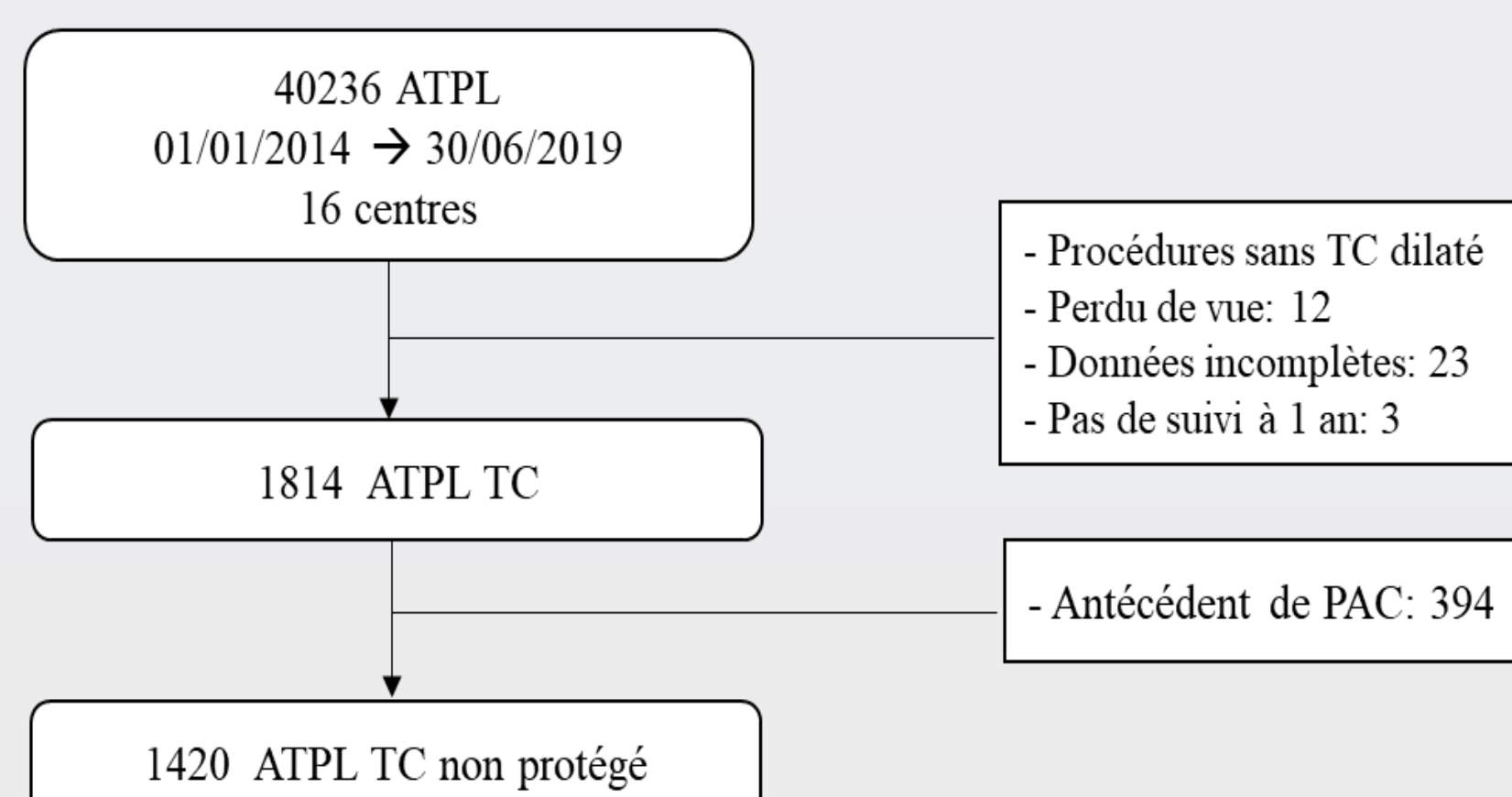


figure 1: flowchart de l'étude