

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

Université Abou Bekr Belkaid
Tlemcen Algérie



تلمسان الجزائر

جامعة أبي بكر بلقايد

FACULTE DE MEDECINE

CHU DE TLEMEN

SERVICE DE CARDIOLOGIE



**MEMOIRE DE FIN D'ETUDE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE**

THEME

L'infarctus du myocarde chez le sujet âgé.

Présenté par : TEKOUK Nadjib

Encadreur : Dr. ABOU Amine

Année universitaire : 2012/2013

Dr. A. ABOU
Cardiologue
C. H. U. L. Tlemcen

Remerciement

MR LE PR MEZIAN . T le chef service de cardiologie CHU Tlemcen, mon encadreur DR ABOU.AMINE

Je vous remercie de m'avoir donné l'opportunité de réaliser ce travail avec vous.

Vous m'as guidé pas à pas en m'assurant de votre confiance.

J'ai beaucoup appris à vos côtés avec rigueur et bienveillance ; vous êtes toujours à l'esprit de faire profiter les plus jeunes de vos connaissances.

Votre patience semble sans limite.

Je vous remercie pour tout.

SOMMAIRE

1. CONTEXTE DE L'ETUDE

1.1 Le sujet âgé : définition, démographie, pathologie cardiovasculaire

1.2 Effet du vieillissement sur la paroi artérielle

1.3 Les facteurs de risques cardiovasculaires chez le sujet âgé

1.4 Les spécificités cliniques et électrocardiographiques de l'infarctus du

myocarde chez le sujet âgé :

1.5 Type et localisation des infarctus du myocarde du sujet âgé

1.6 Complications à courts termes des infarctus du myocarde du sujet âgé

1.7 Le traitement l'infarctus du myocarde chez le sujet âgé

2. BUT DE L'ETUDE

3. MATERIEL ET METHODE

3.1 Population

3.2 Recueil des données

3.3 Paramètres étudiés

3.3.1 A l'admission et pendant l'hospitalisation

3.3.1.1 Classement démographique

3.3.1.2 La coronarographie

3.3.2 Après hospitalisation, suivi de dix à trente quatre mois

3.4 Analyse statistique

4. RESULTATS

4.1 La population générale

4.2 La coronarographie

4.2.1 Les résultats

4.2.2 Incidents survenus pendant la phase hospitalière

4.3 Évolution à dix mois et plus

5. DISCUSSION

6- CONCLUSION

1. CONTEXTE DE L'ETUDE

Le sujet âgé : définition, démographie, pathologie cardiovasculaires

Il existe plusieurs définitions. Nous retiendrons celle de l'OMS, qui officiellement a choisi l'âge du départ à la retraite dans les pays développés en 1950 : 65 ans comme la limite.

Mais pour le médecin, plus que l'âge, c'est un certain profil de maladies particulières qui définira la vieillesse :

- La poly pathologie

- L'intrication de problèmes médico-psycho-sociaux. Qu'elles sont les conséquences de la pathologie (ex: autonomie, prise en charge du patient dans un centre spécialisé)... défaillance de ces aspects dans le système de santé actuel...

En pratique, sujet âgé : supérieur à 80 ans

Du simple fait du vieillissement de la population, il y a de plus en plus de sujets âgés. La réduction de la mortalité est double : infantile et tardive; d'où l'augmentation de l'espérance de vie :

- à la naissance: Femme : 83 ans

Homme : 75 ans

- à 60 ans:

Femme : 24 ans (d'où $60+24=84...$)

Homme : 18,8 ans. (78)

% de sujet âgé en Tlemcen	1950	1990	2002	2005
+ de 60 ans	19	19,5	26,8	33,7
+ de 65 ans	11	14	20,6	28
+ de 75 ans		35,6	45,8	61,5
+ de 85 ans		8,1	16	24,7

Tableau n°1 : **Évolution de la population âgée en Tlemcen.**

Le sujet âgé se rencontre dans tout exercice médical : dans la médecine spécialisée et surtout en médecine générale où la gériatrie constitue aujourd'hui 40 % de l'activité.

Deux tiers des admissions hospitalières concernent les sujets âgés et on estime à 100.000 le nombre de centenaires en 2005...

Au niveau de la région Tlemcen l'indice de vieillissement, c'est à dire le nombre de personnes de 75 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans, s'élevait à 40 % en 2005. Il a augmenté de 17 points depuis 1975.

L'infarctus du myocarde est la nécrose ischémique systématisée d'un territoire du myocarde. C'est la manifestation, dans la très grande majorité des cas, de l'athérosclérose coronarienne et en particulier de la fissuration d'une plaque d'athérome. Cette fissuration entraîne une agrégation plaquettaire au niveau de la plaque, plus ou moins sténosante, aboutissant à un thrombus occlusif.

L'athérosclérose est une modification physiologique de la paroi artérielle. Ces modifications dues à l'âge commencent très tôt. Elles aboutissent à un épaissement, à une rigidité et à une dilatation compensatrice de la paroi artérielle [1]. Le vieillissement de l'artère s'accompagne d'épaissement de l'intima et conduit à la formation de myocytes et de fibres élastiques néoformées. On assiste, dans l'intima et la media, à une augmentation du nombre et du calibre des fibres de collagène et à une augmentation de la matrice amorphe extra-cellulaire riche en glycosaminoglycannes. Les fibres élastiques de la paroi des artères musculaires et élastiques s'altèrent. La fibrose apparaît au niveau de la média des artères musculaires. Ces phénomènes sont dus à des changements de la biologie de la paroi artérielle. Plusieurs facteurs extérieurs modulent ce vieillissement. Le LDL cholestérol augmente la synthèse du collagène et de protéases susceptibles d'attaquer l'élastine [2] (qui n'est pas synthétisée chez l'adulte(1/2 vie : 72 ans))[3]

L'âge est donc en soit un facteur de risque indépendant de l'ischémie myocardique.

Les facteurs de risques cardiovasculaires chez le sujet âgé

De nombreux facteurs de risques cardiovasculaires prédisposent à l'infarctus du myocarde chez le sujet âgé. La répartition de ces facteurs de risques est différente entre la population âgée et la population jeune. Les causes en sont l'âge et la prédominance du sexe féminin dans cette population. Le pourcentage de la population féminine âgée ayant fait un infarctus du myocarde est de 53,6% alors qu'il est de 34,4% chez le sujet féminin de moins de 75ans [4]. La disparition de la protection oestrogénique vasculaire de la femme après la ménopause explique cette augmentation des infarctus du myocarde. L'hypertension artérielle est le facteur de risque cardiovasculaire prédominant dans la population âgée. 46,7% des patients âgés sont hypertendus contre 26,5% chez le sujet jeune. Par ailleurs, 33,3% des sujets de plus de 75ans sont fumeurs (77,6 % dans la tranche d'âge inférieur) et doublent ainsi leur risque d'avoir un événement coronarien. 30% de ces mêmes patients ont une hypercholestérolémie au lieu de 40,8 % pour les sujets de moins de 75 ans. 14% des sujets âgés sont diabétiques (12,2% chez le sujet de moins de 75 ans) . L'hérédité familiale n'est pas un facteur de risque majeur chez le sujet âgé. Sa prévalence est de 6% au lieu de 30% chez le sujet jeune. Par contre les antécédents personnels d'angor, de nécrose sont observés plus souvent dans la population âgée faisant un infarctus du myocarde. Le profil type du sujet de plus de 75ans qui fait un infarctus du

myocarde est représenté le plus souvent par une femme hypertendue, aux antécédents d'angor ou d'infarctus du myocarde.

Paramètres	uAge supérieur à 75 ANS	Age inférieur à 75ans
Femmes	56,6%	34,4%
Tabac	33,3%	77,6%
Dyslipidémie	30%	40,8%
HTA	46,7%	26,5%
Diabète	14%	12,2%
Angor	33,8%	7,3%
Antécédents d'IDM	19,2%	12,6°/°

Tableau n°2 : **Facteurs de risques cardiovasculaires chez un sujet coronarien. Différence sujet jeune /sujet âgé.**

Les spécificités cliniques et électrocardiographiques de l'infarctus du myocarde chez le sujet âgé :

La triade : douleur thoracique, sus décalage du segment ST à l'ECG et élévation des enzymes cardiaque n'est pas toujours retrouvée intégralement dans la population âgée. Les formes atypiques de la maladie coronaire sont très fréquentes, en particulier, la dyspnée d'effort et la blockpnée deviennent les symptômes les plus fréquents. Les douleurs angineuses sont souvent relativement atypiques, prenant parfois un caractère pseudo-rhumatismal ou dorsal, voire s'exprimant seulement par une asthénie d'effort et une altération de la capacité fonctionnelle.

Une autre caractéristique importante de l'insuffisance coronarienne du sujet âgé est la fréquence des co-morbidités associées qui vont être autant de facteurs aggravants de l'ischémie myocardique et de difficultés pour mettre en route un traitement efficace. Parmi ces co-morbidités, la

prévalence de l'hypertension artérielle est très importante, dépassant 50 % chez le coronarien de plus de 75 ans, l'existence d'une anémie, d'une insuffisance rénale, d'une insuffisance hépatique.....

La lecture de l'électrocardiogramme peut être délicate du fait de la grande fréquence des troubles de conduction (en particulier le bloc de branche gauche) et de la présence possible d'une élèctro-stimulation [5]. Cette symptomatologie trompeuse et atypique est source d'erreurs diagnostiques, de retard thérapeutique et de là, de choix thérapeutique.

1.5 Type et localisation des infarctus du myocarde du sujet âgé

La proportion de nécrose transmurale ou non transmurale chez le sujet âgé est discutée. Certains auteurs ont montrés une proportion équivalente de nécrose murale et transmurale [6]. D'autre ont rapporté une proportion plus grande de nécrose non transmurale [1] [7]. Le siège antérieur de l'infarctus du myocarde est plus fréquent chez le sujet âgé. Il est retrouvé dans plus de la moitié de toutes les nécroses myocardiques dans cette tranche d'âge [1] [6].

1.6 Complication à court terme des infarctus du myocarde du sujet âgé

L'infarctus du myocarde du sujet âgé est le plus souvent compliqué d'événements pathologiques cardiologiques intercurrents. Le décès à la phase initiale complice 23,2% des infarctus du myocarde chez le sujet âgé alors qu'il ne survient que chez 2,6% des patients de moins de

75ans [8]. L'insuffisance cardiaque gauche accompagne 40 à 60% des nécroses selon les études chez le sujet âgé alors qu'elle est de 14 à 16% dans la population plus jeune [8] [9]. La fréquence des états de choc cardiogénique est également supérieure et estimé à environ 17% des cas d'infarctus du myocarde chez le sujet de plus de 75ans [8]. La fibrillation auriculaire est présente chez 16% des sujets âgés faisant un infarctus du myocarde qu'elle soit ancienne ou de novo (4,2%chez le sujet plus jeune)[4]. Les troubles du rythme ventriculaire, la tachycardie ventriculaire sont sensiblement inférieurs chez le sujet âgé par rapport au sujet jeune sans qu'aucune explication ne soit avancée [4]. A ces complications spontanées s'ajoutent l'iatrogénie avec en particulier les accidents hémorragiques divers et les accidents vasculaires cérébraux.

Paramètres	Supérieur à 75 ans	Inférieur à 75 ans
Décès	23,2%	2,6%
Insuffisance cardiaque	40%	14%
Choc cardiogénique	17%	0,7%
Fibrillation auriculaire	16%	4%
Récidive ischémique	8,3%	4,2%
Troubles du rythme ventriculaire	14%	19%

Tableau n°3 : Complications cardiovasculaires à la phase aiguë d'un infarctus du myocarde

1.8 Le traitement de l'infarctus du myocarde du sujet âgé

Les objectifs des traitements instaurés lors d'un infarctus du myocarde sont de limiter au maximum la nécrose myocardique, de prévenir les complications et donc de diminuer le taux de décès. Le traitement à la

phase aiguë peut être médical ou reperfusion avec la thrombolyse et l'angioplastie coronaire. En théorie il n'existe pas de contre indication particulière liée à l'âge pour l'utilisation de chacun de ces traitements chez le sujet âgé. Dans l'étude TIME [12] en 2001, les auteurs montrent sur une étude randomisée, prospective, multicentre avec trois cents patients âgés de plus de 75ans la nette supériorité du traitement invasif sur le traitement médicale en terme de qualité de vie après six mois. D'autres études plus récentes tendent à montrer la supériorité de l'angioplastie coronaire sur la thrombolyse dans l'infarctus du myocarde du sujet âgé de plus 75ans : dans l'étude de Menko-Jan de Boer en 2002 [24], « Reperfusion Therapy in elderly patients with acute myocardial infarction » : 87 patients âgés de plus 75 ans et faisant un infarctus du myocarde sont randomisés en un groupe traité par angioplastie (46 patients) et un groupe traité par fibrinolyse (streptokinase) (41 patients). Le taux de décès à un mois post angioplastie coronaire était de neuf pour cent (9%) versus vingt neuf pour cent (29%) pour les patients ayant été thrombolysés (par streptokinase) et à un an treize pour cent (13%) pour l'angioplastie contre quarante quatre pour cent (44%) pour la thrombolyse. Si on compare ces études récentes à d'autres un peu plus anciennes, on s'aperçoit de la nette évolution des pratiques courantes vers l'utilisation massif de l'angioplastie coronaire chez le sujet âgé par exemple dans l'étude de Mahon en 1998 [4], 12,6% des patients âgés ont bénéficiés d'une thrombolyse(versus 36,3% chez le sujet jeune),4,3% (versus 44,2% des sujets jeunes) d'une angioplastie et 83,1 % d'un traitement médicale.

Mais toutes ces études sont limitées par la faiblesse du nombre de la population très âgé (supérieur à 80ans) inclus dans les études, en moyenne la moyenne d'âge se situe à moins de 80 ans.

2. BUT DE L'ETUDE

L'infarctus du myocarde est une pathologie fréquente et sévère dans la population âgée. Comme on vient de le voir la population âgée ne cesse de croître dans les pays développés ! Or toutes les études tendent à montrer que l'âge reste l'un des principaux facteurs prédictifs de mortalité dans ce type de pathologie.

De nombreuses publications, concernant le sujet âgé, traite de l'angioplastie coronaire. Mais peu de travaux concerne le sujet très âgé (supérieur à 80 ans).

Une évaluation rétrospective et monocentrique a donc été réalisée au CHR de Perpignan dans une population de sujets âgés de plus 80ans pris en charges en angioplastie primaire pour un infarctus du myocarde avec sus-décalage du ST ou bloc de branche gauche avec troponine positif dans la période 2005/2006. Le devenir à plus long terme de cette population a ensuite été étudié sur le plan médical et social. La dimension sociale du problème nous a semblé importante car une hospitalisation en urgence pour une pathologie d'organe est souvent considérée comme un facteur précipitant de dépendance chez le patient âgé.

3. MATERIEL ET METHODE

3.1 Population

Nous avons inclus de manière rétrospective de janvier 2005 à décembre 2006 tous les patients de plus 80ans ayant fait l'objet d'une angioplastie primaire sur infarctus du myocarde pris en charge en moins de 24 heures (délais entre le début des symptômes et l'arrivée sur la table de coronarographie) après le début des symptômes au C.H.R de perpignan. Le diagnostic d'infarctus reposait sur l'association de précordialgies prolongées avec des modifications électrocardiographiques (onde de pardee). Un seul patient présentera l'association douleur sub-intrante depuis 24 heures avec un bloc de branche gauche à l'électrocardiogramme et une élévation des enzymes cardiaques (troponine I).

Ces patients ont par la suite bénéficiés d'un suivi à long terme (9 à 30mois) évaluant leurs degrés de dépendances et leurs taux de survies.

3.2 Recueil des données

Les informations ont été recueillies pour la partie hospitalière à partir des dossiers médicaux (dossier des urgences, dossier de cardiologie et dossiers de soins infirmiers). Le suivi à long terme a été établi à partir de contact téléphonique auprès des patients, de leur entourage ou du médecin traitant (cf. annexe).

3.3 Paramètres étudiés

3.3.1 A l'admission et pendant l'hospitalisation

3.3.1.1 Classement démographique

L'âge (supérieure ou égal à 80ans), le sexe, les facteurs de risques cardiovasculaires comprenant l'hypertension artérielle (systolique supérieur à 16, diastolique supérieur à 90), le taux de troponine I et le délais de prise en charge(délais entre le début des symptômes et l'arrivé en salle d'angioplastie) sont les premiers paramètres étudiés pour chaque patient.

Parallèlement nous avons évalué et estimé le niveau de dépendance de ces personnes à partir des échelles IADL et IADL-E de Lawton (cf. annexe) correspondant respectivement à l'appréciation de l'autonomie physique et de l'activité instrumentale.

3.3.1.2 La coronarographie

Toujours réalisée en urgence. On évaluera la voie d'abord, le nombre de lésion, les coronaires touchées, et enfin on étudiera les accidents précoces survenus pendant la coronarographie et l'hospitalisation (no reflow, décès, accidents vasculaire cérébraux, hémorragie, poussée d'insuffisance cardiaque, infection).

3.3.2 Après hospitalisation, suivi de dix à trente quatre mois

Pour obtenir les renseignements souhaités, les patients(ou leur entourage) et/ou leur médecin traitant ont été appelés. Nous avons ainsi pu évaluer le devenir de 27 (81,8%) des patients inclus dans l'étude. Un patient a été perdu de vue, cinq sont décédés pendant la phase hospitalière

Une analyse du traitement de sortie, la survenue d'un décès ou d'événements cliniques graves (démence, dyspnée chronique stade III, accident vasculaire cérébral) a aussi été étudié pour évaluer le niveau de dépendance de ces patients.

3.4 Analyse statistique

Les valeurs sont présentées sous forme de moyenne et écarts types. Les comparaisons intergroupes ont été réalisées au moyen de test du chi-2 ou du test exact de fisher. Les données ont été analysées à l'aide des logiciels Access et sas (sas Institute Inc, Cary,

4. RESULTATS

Les résultats seront présentés successivement en prenant compte la population, les résultats de la coronarographie avec ses conséquences immédiates et les résultats de l'évaluation à distance (entre dix mois et trente quatre mois).

4.1 Population générale

La population considérée était composée de 33 patients. La moyenne d'âge était de 84,7ans (8092). Seule 32 patients ont pu être suivis à dix mois. Le seul patient perdu était un touriste qui était de passage dans la région.

Notre population correspond à dix neuf virgule quatre pour cent (19,4 %) des patients pris en charges en phase aiguë d'un infarctus du

myocarde dans le service de cardiologie du C.H.R de Perpignan durant cette même période (2005-2006). Sur un total de deux cent trois (203) infarctus du myocarde, trente trois (33) patients étaient âgés de plus quatre vingt ans (>80ans) et cents soixante dix (170) de moins de quatre vingt ans (<80ans).

Sexe, âge, facteurs de risques cardiovasculaires et délai de prise en charge

Cinquante quatre virgule cinq pour cent (54,5%) des patients étaient de sexe féminin, avec une moyenne d'âge chez ses patientes de 85,7 ans [82-90].

	SEXE FEMININ	SEXE MASCULIN
Pourcentage de la population	54,5%	45,4%
Moyenne d'âge	85,7[82-92]	83,5[80-91]

Tableau n°4 : **Age et sexe des patients de l'étude.**

L'ensemble des données démographiques et cliniques de la population de l'étude est résumé dans le tableau 5. Un tiers de l'effectif étaient hypertendus (33,3%), six virgule un pour cent (6,1%) étaient diabétique. Douze virgule un pour cent (12,1%) avaient une dyslipidémie. Dix huit virgule vingt six pour cent (18,26%) avait une association d'au moins de deux facteurs de risque cardiovasculaire. On notait par ailleurs, une fréquence élevée de patient ne présentant aucun facteur de risque (27,3%) sous traitement et l'absence du facteur tabac souvent sevré depuis plus de vingt ans.

Le délai de prise en charge des patients est calculé du début des symptômes à l'arrivée sur la table de coronarographie.

Soixante neuf virgule sept pour cent (69,7%) des patients ont été pris en charge en moins de six heures dont près de la moitié en moins de trois heures. Neuf patients ont été pris en charge en moins de 12 heures et un entre 12 et 24 heures.

Total patient	33
Age moyen	84,7 [80-92] ans
Sexe ratio (H/F)	1,2
FDR	
HTA isolée	11 (33,3%)
Diabète isolé	02 (6,1%)
Dyslipidémie isolée	04 (12,1%)
HTA+dyslipidémie +diabète	06 (18,3%)
Délai de prise en charge	
Moins de 6 heures	23 (69,7%)
Entre 6 heures et 12 heures	09 (27,3%)
Entre 12 heures et 24 heures	01 (03,0%)
Topographie de l'infarctus : échocardiographique	
Nécrose Antérieur	57,6%
Nécrose Inférieur ou latéral	27,3%
Nécrose Diffuse	9,1%
Absence de nécrose	3%
Echo non faite	3%
FEVG après angioplastie coronaire	45% [23-60]

Tableau n°5 : Données démographiques et cliniques de la population pendant l'hospitalisation

La localisation de l'infarctus concernait le plus souvent le territoire antérieur (57,6%).

Une patiente (3,0%) présentait dès son arrivée des signes de choc cardiogénique.

La fraction d'éjection du ventricule gauche a été évaluée par échographie cardiaque, avec une moyenne de FEVG à 45% après angioplastie. Une seule patiente n'avait pas eu d'échographie. **.2 La coronarographie**

Le vaisseau considéré comme coupable avait soit une occlusion complète à 100% soit une subocclusion à 90% avec un flux TIMI 1 dans le territoire concordant avec l'électrocardiogramme. On considérait comme sténose significative toutes les sténoses supérieures ou égales à 60%.

Les critères de succès de reperfusion étaient une sténose résiduelle inférieure à 10% avec un flux TIMI III.

Le blush n'est pas pris en compte.

Tout flux TIMI I ou II est considéré comme un no reflow..

Il y a eu deux no reflow donc six pour cent (6%) des patients, soit un taux de succès de reperfusion de quatre vingt quatorze pour cents (94%).

Nous n'avons pas analysé

l'électrocardiogramme en post angioplastie

Le protocole médicamenteux durant la coronarographie comportait :

- lovénox ou héparine iv
- plavix 4 comprimés
- aspégic iv
- agrastat dans quarante virgule soixante trois pour cent des cas (13 patients)

4.2.1. Les résultats

La coronarographie, réalisée préférentiellement par voie radiale gauche : soixante dix huit virgule huit pour cent (78,8%) des coronarographies réalisées objectivaient une moyenne de deux virgule un (2,1) lésions par patient (sur un total de 71 lésions objectivées sur les 33 patients).

L'inter ventriculaire antérieure était la coronaire la plus touché avec une lésion présente chez quatre vingt un virgule huit pour cent (81,8%) des patients. La coronaire droite présentait une lésion dans quarante huit virgule cinq pour cent (48,5%) des cas, la circonflexe dans quarante cinq virgule quatre pour cent (45,4%) des cas.

	FEMMES	HOMMES	TOTAL
Inter ventriculaire antérieure	15	12	27 (81,8%)
Coronaire droite	9	7	16 (48,5%)
Circonflexe	6	9	15 (45,4%)
Diagonale	4	4	08 (24,2%)
Marginale	1	2	03 (09,1%)
Tronc	1	1	02 (06,1%)

Tableau n°6 : Lésion par coronaire dans la population considérée.

Un seul vaisseau était touché dans quarante huit virgule cinq pour cent (48,5%) des cas, deux vaisseaux dans vingt et un virgule deux pour cent

(21,2%) des cas. Trois vaisseaux dans trente virgule trois pour cent (30,3%) des cas.

Un seul vaisseau atteint	16(48,5%)
Deux vaisseaux atteints	7 (21,2%)
Trois vaisseaux atteints	10 (30,3%)

Tableau7 : **Sévérité de l'atteinte coronaire**

Pour les lésions uniques l'inter ventriculaire antérieur était la coronaire la plus touchée avec soixante huit virgule sept pour cent (68,7%) des lésions. La coronaire droite représentait dix huit virgule sept pour cent (18,7%) et la circonflexe douze virgule cinq pour cent (12,5%).

	Nombre de lésion unique(=16)
Inter ventriculaire antérieure	11 (68,7%)
Coronaire droite	3 (18,7%)
Circonflexe	2 (12,5%)
Tronc commun	0
Diagonale	0
Marginale	0

Tableau n°8 : **Localisation des lésions quand elles ne touchaient qu'un vaisseau**

Toutes les lésions responsables d'infarctus étaient des sténoses de novo sauf un patient qui avait déjà eu un stent.

Cinquante quatre virgule cinq pour cent (54,5%) des lésions responsables des symptômes se trouvaient sur l'inter ventriculaire antérieur. Trente

neuf virgule quatre pour cent (39,4%) sur la coronaire droite et six virgule un pour cent (6,1%) sur l'artère circonflexe.

Inter ventriculaire antérieur	18 (54,5%)
Coronaire droite	13 (39,4%)
Circonflexe	02 (06,1%)

Tableau n°9 : **Lésion coupable de l'infarctus**

Les reprises en coronarographie

A concernée huit patients sur les trente trois de départ (24%). Trois patients chez les bi tronculaire, quarante deux virgule huit pour cent (42,8% des bi tronculaires). Cinq patients chez les tri tronculaire, cinquante pour cent (50% des tri tronculaire). Tous ces patients ont été repris afin de compléter la revascularisation. Aucun patient n'a fait de thrombose intra stent.

	Nombres de patients au début	Nombres de patients repris	
Mono tronculaire	16 (48,5%)	0	
Bi tronculaire	07 (21,2%)	3 (42,8%)	
Tri tronculaire	10 (30,3%)	5 (50%)	

Tableau 10 : **Reprise coronarographique**

Les stents utilisés sont des stents non actifs sauf chez un patient qui a été repris sur l'ostium du tronc et l'inter ventriculaire antérieur proximal avec stent Taxus.

Ci dessous :

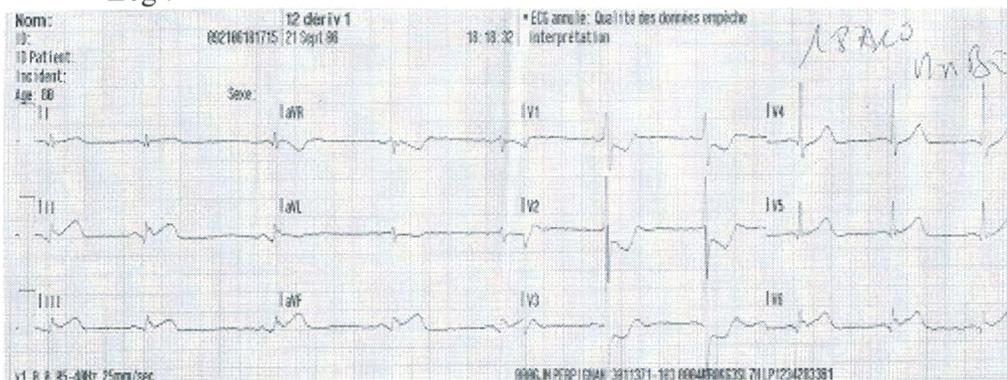
Pour la patiente de la nécrose inférieure : patiente âgée de 83 ans transférée par le S.A.M.U pour une douleur thoracique évoluant depuis 3heures sans facteur de risque particulier. Pas de signes de choc. La

Coronarographie retrouvait une thrombose de la circonflexe qui à été dilaté. L'ECG montrait une onde de pardee en inférieure.

- Pour la patiente de la nécrose antérieure : patiente âgée de 87ans, prise en charge aux urgences pour une douleur thoracique typique évoluant depuis moins de 2 heures.

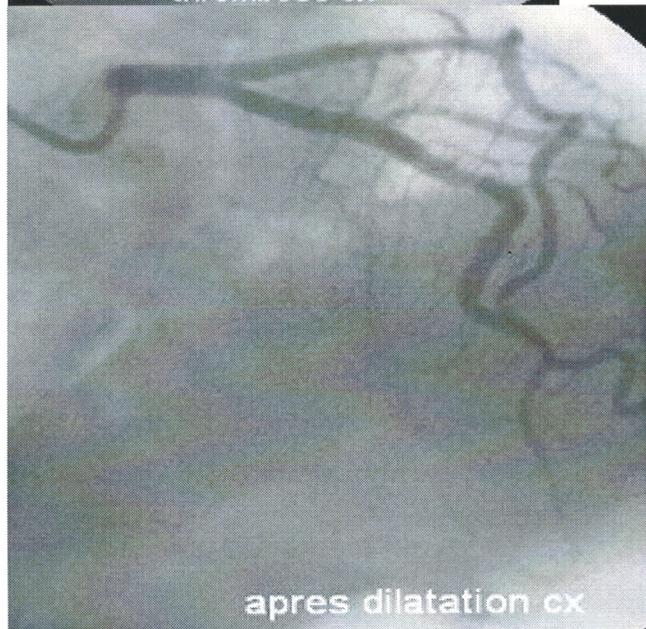
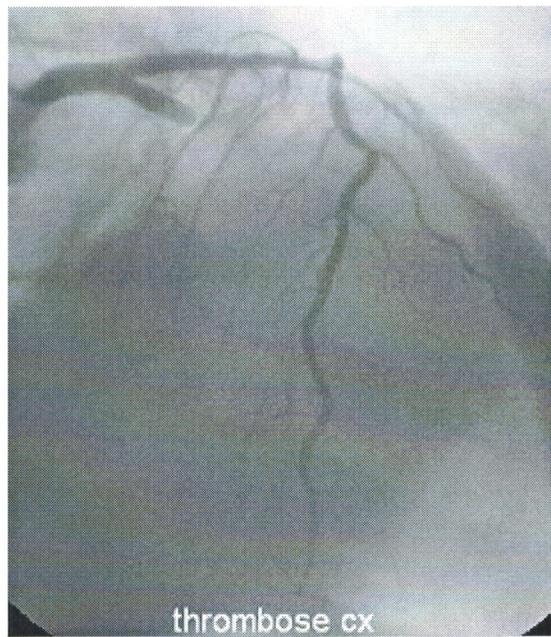
Patiente présentant une nécrose inférieure :

Ecg :



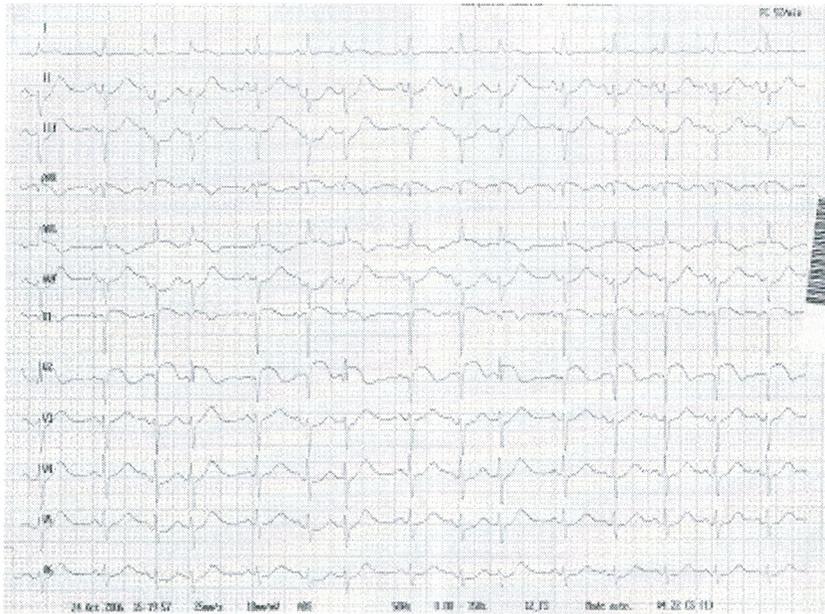
Coronarographie :

dilatation circonflexe



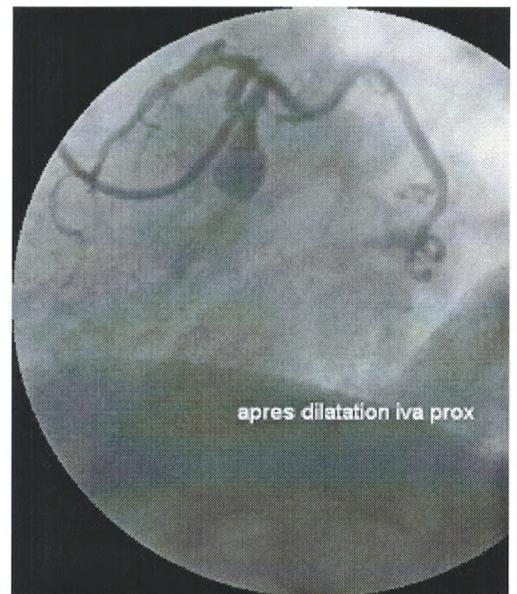
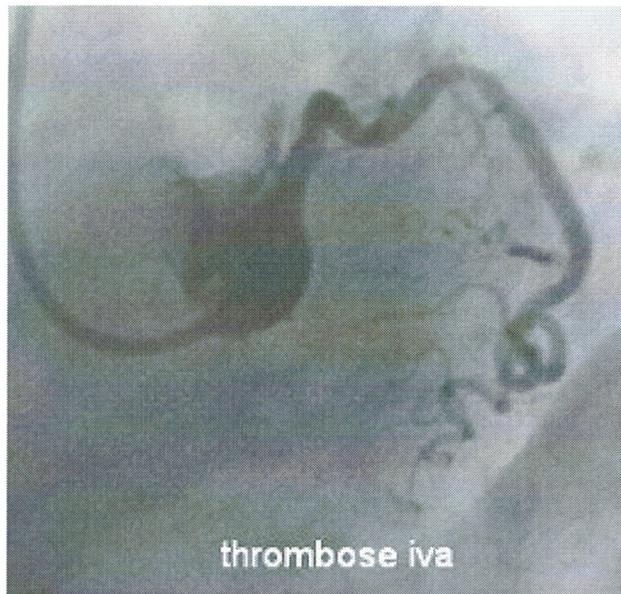
Patiente présentant un tableau de nécrose antérieure

Ecg :

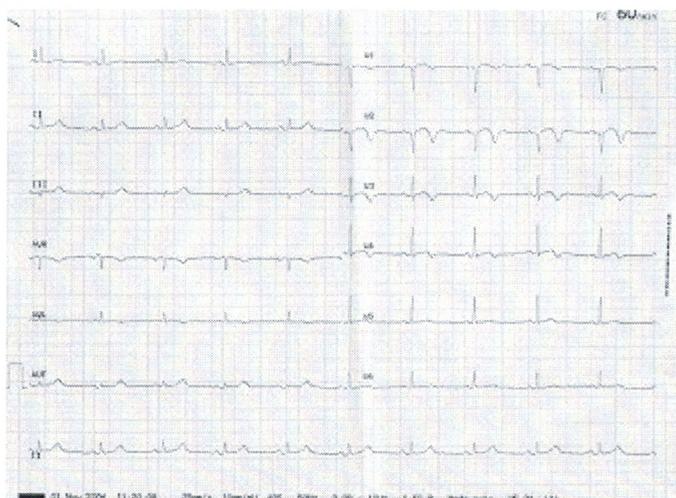


coronarographie :

dilatation iva



Ecg de sortie :



4 .2.2. Incidents survenus pendant la phase hospitalière.

Les décès dans la population étudiée.

Le taux de mortalité durant cette phase est de quinze virgule un pour cent (15,1%), survenant en moins de trois jours après l'hospitalisation, tous de sexe féminin avec une moyenne d'âge de 88,8ans et ayant tous comme facteur de risque cardiovasculaire l'hypertension artérielle. La moyenne du délai de prise en charge de ces patientes était de moins de douze heures (12 heures). Une patiente est décédée sur la table de coronarographie pour infarctus massif mais avec un vaisseau ouvert. Quatre sont décédées en hospitalisation : trois pour insuffisance cardiaque globale avec O.A.P.

massif, une sur embolie de cholestérol (une artéritique).

Taux de décès	5 (15,1%)
Sexe féminin	5 (100%)
Moyen d'âge	88,8 ans

Délai de survenue	< 3jours
Facteur de risque cardiovasculaire	

Hypertension artérielle	100%
-------------------------	------

Autre facteur de risque cardiovasculaire	0%
--	----

Délai de prise en charge	< 12heures
--------------------------	------------

Tableau n°11 : Données démographiques sur les décès à la phase hospitalière

Relation décès et résultat de la coronarographie

Parmis les décès, trois (60%) avaient une lésion mono tronculaire : l'inter ventriculaire antérieur (un patient décédé sur table avec le vaisseau ouvert, un no reflow décédé en hospitalisation et une artéritique décédé sur embolie de cholestérol) . Deux patients étaient bi tronculaire (40%) : circonflexe-coronaire droite et inter ventriculaire antérieur- coronaire droite. Il n'y a pas eu de décès précoce chez les patients tri tronculaires.

Voie d'abord artérielle

Fémorale droite	60%
-----------------	-----

Radial gauche	40%
---------------	-----

Sévérité de l'atteinte coronaire

Un vaisseau	60 %
-------------	------

Deux vaisseaux 40 %

Localisation de l'artère coupable

Inter ventriculaire antérieur 80 %

Coronaire droite 20 %

Circonflexe 0 %

Tableau n° 12 : Relation décès précoce et lésion coronaire

NB : On ne peut pas mettre en évidence de facteur prédictif de décès précoce vu le faible nombre de décès(5)

AUTRES COMPLICATIONS

Les autres complications, douze virgule un pour cent des patients (12,1%) sont représentées par :

- Les infections : six virgule un pour cent des patients (6,1%). Il s'agissait de pneumopathie résolutive sous antibiothérapies.
- Oedème aigu du poumon : trois pour cent des cas (3,0%). Résolutifs sous traitement médical.
- Insuffisance rénale aiguë ayant nécessité la dialyse et réversible : trois pour cent (3,0%) : il s'agissait d'une patiente bi tronculaire et qui avait eu une deuxième dilatation

A noter l'absence d'hémorragie durant la phase hospitalière.

Infections	2 (6,1 %)
Insuffisance cardiaque gauche après angioplastie	1 (3,0 %)
Insuffisance rénale avec dialyse	1 (3,0 %)

Tableau n°13 : **Complications hospitalières autres que les décès de la population étudiée.**

4.3 Evolution (de dix mois à trente quatre mois)

Nous avons donc suivi vingt sept patients sur une durée de dix à trente quatre mois suivant la date de la coronarographie.

Les traitements de sortie

Les médicaments de sortie faisais partis des familles suivantes :anti-agrégant plaquettaires (kardégic), bêta bloquant (cardensiel) , plavix , inhibiteur de l'enzyme de conversion (triatec) , dérivé nitré (discotrine), anti arythmique (cordarone) , anti coagulant (lovénox , préviscan), diurétique (lasilix).

Médicaments	Nombre de patients sortis avec le médicament
PLAVIX	23 (85,2%)
CARDENSIEL	22 (81,5%)
KARDEGIC	20 (71,1%)
TRIA TEC	18 (66,7%)
LASILIX	17 (63,0%)

CORDARONE	08 (30,1%)
DISCOTRINE	03 (11,5%)
LOVENOX	02 (07,7%)
PREVISCAN	02 (07,7%)

Tableau n°14 : **Liste des médicaments prescrits.**

Les décès

Le taux de décès parmi les survivants de la phase hospitalière est de vingt neuf virgule six pour cent (29,6%). Deux femmes pour six hommes. La moitié des décès ont pu être rattachés à une insuffisance cardiaque. Un patient est décédé d'hémorragie interne d'origine médicamenteuse. Un patient d'accident vasculaire cérébral. Un patient suite à une fracture du col du fémur, et enfin un patient de cause inconnu.

La fraction d'éjection du ventricule gauche à la sortie de l'hôpital de ces patients décédés est en moyenne de 40%.

Total population suivie	27
Taux de décès	8 (29,6%)
Sexe	
Masculin	6 (75%)
Féminin	2 (25%)

Fraction d'éjection du ventricule gauche	40%
Etiologies	
Insuffisance cardiaque	4 (50%)
Hémorragie	1 (12,5%)
Accident vasculaire cérébral	1 (12,5%)
Fracture du col du fémur	1 (12,5%)
Inconnu	1 (12,5%)

Tableau n°15 : **Les décès chez les survivants de la phase extra hospitalière et causes**

Relation décès et facteur de risque cardiovasculaire

Absence de facteur de risque cardiovasculaire sous traitement (mis à part l'âge bien sur) dans vingt cinq pour cent des cas.

Une dyslipidémie isolée était présente chez vingt cinq pour cent des patients décédés durant cette phase. L'hypertension artérielle isolée était présente chez vingt cinq pour cent (25,0%) des cas. Douze virgule vingt cinq pour cent (12,5%) des patients avaient une association dyslipidémie, diabète, hypertension artérielle et douze virgule vingt cinq pour cent (12,5%) avaient juste le facteur hérédité.

Aucun facteur de risque cardiovasculaire	2 (25%)
Dyslipidémie	2 (25%)

Hypertension artérielle isolé	2 (25%)
Dyslipidémie+HTA+diabète	1 (12,5%)
Hérédité	1 (12,5%)

Tableau n°16 : **Relation décès et facteur de risque cardiovasculaire**

Relation décès et délais de prise en charge

Sur les huit patients décédés cinq (62,5%) ont été prises en charge en moins de 6 heures et trois (37,50%) en moins de 12 heures.

Relation décès et lésion coronaire

Sur ces huit patients décédés, quatre étaient mono-tronculaire et quatre tri-tronculaire. Parmi les patients repris en coronarographie pour revascularisation complète aucun n'est décédé.

La coronaire la plus touchée était l'inter ventriculaire antérieur avec soixante six virgule sept pour cent (66,7%) des lésions. Puis la coronaire droite avec vingt deux virgule deux pour cent de lésion (22,2%). Enfin la diagonale représentait onze virgule onze pour cent des lésions (11,11%).

Nombre total de lésion chez les patients décédés	9
Inter ventriculaire antérieur	6 (66,7%)
Coronaire droite	2 (22,2%)

Diagonales	1 (11,1%)
Type de lésions :	
Mono tronculaire	4
Bi tronculaire	4
Localisation nécrose	
Antérieure	7 (87,50%)
Diffuse	1 (12,50%)

Tableau n°17 : **Relation décès extra-hospitalier et lésion coronaire**

Relation décès et traitements de sortie

L'association antiagrégant plaquettaire, plavix, bêta bloquant et inhibiteur de l'enzyme de conversion (à savoir kardégic, plavix, cardensiel, triatec) est présente chez soixante quinze pour cent (75%) des patients décédés. Cette association avec du lasilix est présente dans soixante deux virgule cinq pour cent des cas (62,5%) et enfin cette association avec du lasilix et de la cordarone est présente dans trente sept virgule cinq pour cent des cas (37,5%).

Donc sur les dix sept patients sortis sous diurétique (lasilix), vingt neuf virgule quatre (29,4%) pour cent sont décédés.

Sur les huit patients sortis avec de la cordarone trente sept virgule cinq (37,5%) sont décédés.

Les autres complications survenues à long terme

Présence d'une insuffisance cardiaque sévère avec une dyspnée grade III chez onze virgule un pour cent (11,1%) des patients de cette phase. Onze virgule un pour cent des patients (11,1%) ont fait durant le suivi un accident vasculaire cérébral avec séquelle moteur. Deux patients présentes une démence vasculaire débutante : sept virgule quatre pour cent (7,4%). Enfin une patiente est grabataire : Trois virgule sept pour cent (3,7%).

D'après ces résultats on constate une dégradation significative à la fois de l'autonomie physique et mentale des patients survivants de cette étude. En effet sur les dix neuf patients vivants (57,6% de la population de départ) dix mois après l'angioplastie, quarante deux virgule un pour cent (42,1 %) ont une dépendances physique ou mentale. Si on fait une comparaison des scores moyens des échelles IADL(cf. annexe) : 1,1 au départ versus 3 en fin d'étude(p NS), on constate une dégradation significative de l'autonomie physique par rapport à la phase pré hospitalière. De même, pour l'échelle IADL-E estimant les activités instrumentales, le score moyen se détériore sur le long terme : 1,5 au départ versus 2 en fin d'étude (p NS). Ainsi il y a une aggravation

significative de l'état de dépendance des patients âgés de plus de 80 ans traités par angioplastie primaire suite à un infarctus du myocarde.

Donc seul huit patients sur les trente deux suivis ont une vie normale, soit vingt cinq pour cent (25%).

Le taux de décès global (de l'étude) et recherche de facteur prédictif de décès

Le taux de décès global est de quarante et un virgule quatre vingt treize pour cent (41,93%) (13 patients).

Vu la faiblesse de notre population nous ne pouvons trouver de facteurs prédictifs de décès, par contre on peut remarquer que :

1. le sexe féminin représente 76,92% des patients décédés avec une différence significative ($p=0,046$) par rapport au sexe masculin
2. L'inter ventriculaire antérieur est la coronaire la plus touché chez les patients décédés (92,31%) mais ont ne trouve pas de différence significative par rapport au autres coronaire ($p=0,35$).

3. Sept des patients décédés avaient une atteinte mono tronculaire (53,85%) mais la encore on observe pas de différence significative ($p=0.40$).
4. 84,62% des patients décédés avaient une nécrose antérieure ($p=0,01$).
5. Plus de la moitié des patients décédés avaient été prise en charge en moins de 6 heures (61,54% des décès mais $p=0,70$). Mais si on regarde par rapport au patients pris en charge en moins de 6heures on remarque que seule 38,10% de ces patients font partis des décès. Alors que près de la moitié des patients pris en charge entre 6 et 12 heures sont décédés ($p=1$). Le seul patient qui avait été pris en charge entre 12 et 24 heures fait partis des décès.
6. Le fait d'avoir été repris en coronarographie (la revascularisation coronaire complète) semble être un facteur protecteur de décès ($p=0,02$).

4.4 CONCLUSION

On constate que malgré un taux de succès important de l'angiographie primaire et la prise en charge optimum(les recommandations actuelles sur la prise en charge de l'infarctus du myocarde ont été suivi pour la majeure partie des patients de l'étude) de nos patients, on reste avec un taux élevé de mortalité et pour les survivants un pourcentage important de patients dépendants.

Est-ce le meilleur choix thérapeutique ?

Quand dit la littérature ?

5. DISCUSSION

Les principaux résultats

Notre étude met en évidence un taux de mortalité important, chez les patients âgés traités à la phase aiguë d'un infarctus du myocarde par angioplastie coronaire primaire. Ce taux de mortalité qui est de quinze virgule un pour cent (15,1%) durant la phase hospitalière, double après dix mois de suivie (29,6%).

Le taux de complications (hors décès) pendant la phase hospitalière est faible alors que ce taux devient significatif après dix mois : cinquante pour cent (50%) des patients survivants ont une insuffisance cardiaque sévère (dyspnée grade III) et le taux de patient ayant une dépendance physique et /ou mentale est aussi de cinquante pour cent.

L'angioplastie coronaire primaire est aujourd'hui considérée comme le traitement de référence de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë. Toutes les études confirment la supériorité de cette méthode de reperfusion chez le sujet jeune. Mais peu d'études viennent confirmer cela chez le sujet très âgé malgré l'augmentation croissante de l'angioplastie primaire chez les sujets de plus soixante quinze ans [13]. Cette classe d'âge qui présente un pronostic naturel catastrophique en

l'absence de revascularisation précoce avec une mortalité hospitalière approchant parfois les 50% [10, 11, 12, 14].

La plupart des études randomisées traitant de l'angioplastie coronaire chez le sujet âgé montrent un important taux de décès jusqu'à trente jours après la coronarographie [12,13]. Ces résultats rejoignent donc nos observations chez le sujet âgé de plus de 80ans.

Sur le tableau suivant (n°18) extrait de l'étude de Wayne B. Batchelor « Contemporary outcome trends in the elderly undergoing percutaneous coronary interventions : Results in 7,472 Octogenarians » [66], est récapitulé l'ensemble des études traitant de l'angioplastie chez le sujet âgé de plus de 80 ans (dans les années 1980 et 1990). On remarque un taux de mortalité hospitalier élevé (sauf pour les études de Peterson et Lefevre qui sont des taux de mortalité à 30 jours) majoritairement, avec un nombre souvent très faible de patients inclus.

Table 1. Studies Reporting Angioplasty Outcomes in Octogenarians

Reference (year) (ref.)	n	Mean Age (years)	Clinical Success (%)
Kern (1988) (11)	21	82	67
Rizo-Patron (1990) (14)	53	83	83
Rich (1990) (13)	22	82	89
Jeroudi (1990) (10)	54	82	91
Myler (1991) (12)	74	82	90
Thompson (1991) (17)	193	79	93
Jackman (1991) (18)	31	82	90
ten Berg (1992) (19)	212	78	91
Santana (1992) (8)	53	>80	76
Bonnier (1993)	93	80	NA
Little (1993) (9)	118	83	93
Kaul (1994) (20)	150	84	89
Peterson (1994) (7)	~19,000†	NA	NA
Rozenman (1995) (15)	72	83	92
Lefevre (1998) (22)	233	79	NA

*All studies reported in-hospital mortality, except for Peterson (1994) and Lefevre (1998), who each reported 30-day mortality. †Calculated as 8.5% (proportion of overall sample of 222,915 patients undergoing PCI).
NA = not available.

Tableau n°18 : Etudes traitant de l'angioplastie chez l'octogénaire

Dans l'étude OCTOGENAIRE du JACC de septembre 2000 [15] les auteurs vont même plus loin en montrant une relation croissante et linéaire entre taux de décès précoce post angioplastie et l'âge des patients (cf. figure ci dessous).

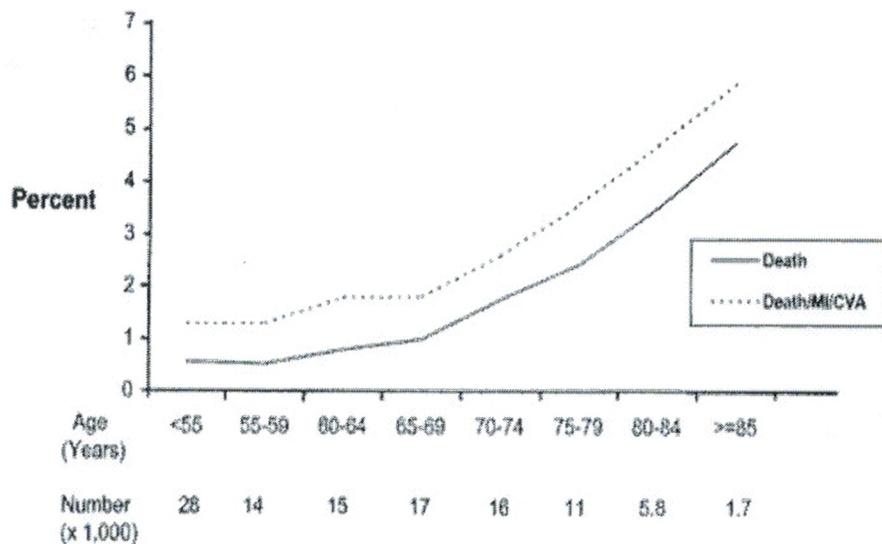


Figure 1. Observed rates of death/MI/CVA (dashed line) and mortality (solid line) according to age.

Figure n°1 : Taux de mortalité (ligne continue) et accident cardiovasculaire (ligne discontinue) selon l'âge des patients.

Pour de nombreux auteurs l'explication se trouve au niveau de l'état même des coronaires du sujet âgé : en vieillissant ceux-ci deviennent sinueux, se calcifient avec des lésions endothéliales [15,16,17], rendant la coronarographie plus difficile. D'autres études ajoutent à ces altérations physiopathologiques la prévalence marquée des co-morbidités chez le sujet octogénaire traité par angioplastie percutanée [15,18,19].

Dans notre étude la présence d'une insuffisance cardiaque apparaît comme un facteur déterminant de décès précoce post angioplastie: cinquante pour cent (50%) des décès de la phase hospitalière sont dus à

une défaillance hémodynamique. La encore nos résultats sont en accord avec la littérature: dans l'étude « Infarctus du myocarde chez l'octogénaire traité par angioplastie primaire...»[23] L.Jacquemin avec 47 patients ayant une moyenne d'âge de 83,5 ans, trouve un mortalité hospitalière élevée (17 à 26%), significativement plus faible en l'absence de choc cardiogénique identifié la plupart du temps comme un facteur pronostic déterminant[20,21]. Dans les études plus récentes la mortalité en présence d'un choc cardiogénique dépasse les soixante pour cent (60%).

Comme dans la population plus jeune l'appartenance au sexe féminin est considérée comme un facteur de mauvais pronostic hospitalier [22,23] : cent pour cent des patients décédés lors de cette phase sont des femmes dans notre étude. Peu de travaux évaluent le sexe comme élément pronostic de mortalité hospitalière chez le sujet âgé. De plus il existe des études contradictoires : l'étude de L.Jacquemin [23] a tendance à identifier le sexe masculin comme facteur prédictif de mortalité hospitalière mais avec une moyenne d'âge plus faible.

Le délai de prise en charge des patients semble être un facteur déterminant dans notre groupe. En effet plus de la moitié des patients décédés ont été pris en charges à plus de 6 heures après le début des symptômes même si on ne trouve pas de différence statistiquement significative entre les groupes. Des auteurs ont montré sur le modèle animal la relation étroite qui existe entre la durée de l'occlusion coronaire et l'étendue de la nécrose myocardique [58]. La nécrose des cellules myocardie débute au plutôt 20 minutes après l'occlusion coronaire et est

complète en 6 heures environ (voir plus selon l'existence ou non de collatérales)[59]. Une reperfusion rapide peut donc limiter la nécrose. Giuseppe De Luca [60] a montré sur une série de 1791 patients (dont 237 plus ou moins 149 étaient âgés de plus 70 ans) traités par angioplastie primaire pour infarctus du myocarde ST+, une relation étroite entre la durée de l'ischémie et la mortalité à un an (cf. figure). Selon cette étude la mortalité à un an a augmenté de 7,5% pour chaque 30 min de retard.

Le diagramme suivant (figure 2) tiré de l'étude de Giuseppe De Luca montre la relation entre le risque de décès hospitalier et le retard à la prise en charge :

- Les barres représentent le nombre de décès pour 1000 patients traités.
- La ligne bleue représente le risque relatif de décès hospitalier associé au délai de prise en charge (délai entre le contact médical et l'angioplastie) des patients comparativement à une prise en charge effectuée en moins de 90 minutes.

En conclusion plus le délai de prise en charge est long plus le taux de décès hospitalier est important.

De même le risque relatif de décès hospitalier augmente avec le retard de prise en charge des patients.

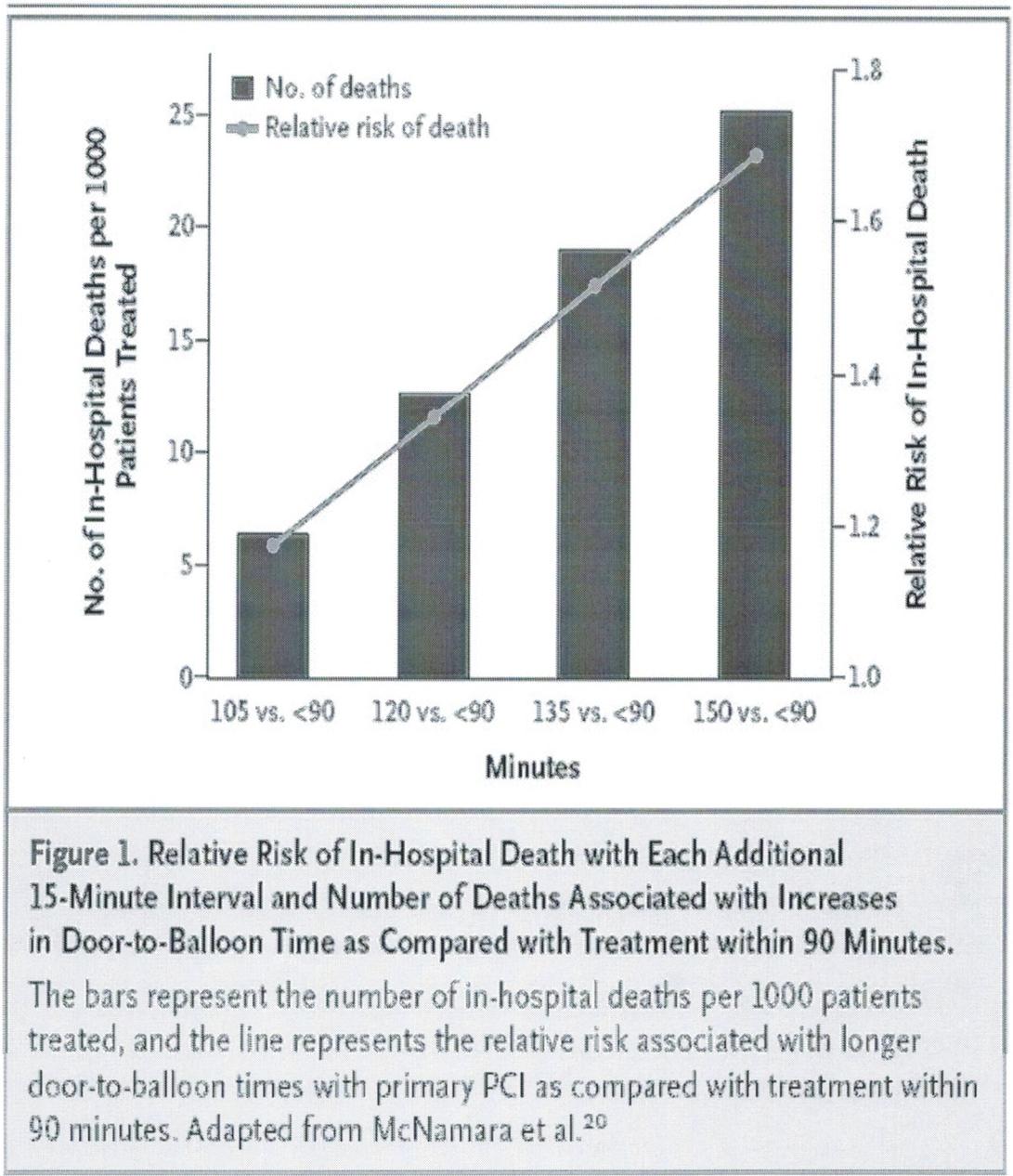


Figure n°2 : Evolution du risque relatif de décès par rapport à délai de prise en charge

Les recommandations actuelles de la société européenne de cardiologie en terme de délai de prise en charge des infarctus du myocarde est qu'il faut atteindre un temps de prise en charge des patients entre le contacte médicale et l'angioplastie inférieur à 90minutes [59].

La question que l'on pourrait se poser est : en terme de délai à partir de quel moment la fibrinolyse

(qui est plus accessible) devient-il supérieur à l'angioplastie?
 En ce qui concerne la localisation et la sévérité de l'atteinte coronaire nos résultats concordent avec la littérature. Par comparaison avec l'étude de Jacquemin L.[23] qui comportait 47 patients octogénaires pris en angioplastie primaire pour infarctus du myocarde de moins de douze heures on trouve les mêmes résultats : à savoir une atteinte préférentielle de l'inter ventriculaire antérieur (48,9% vs 68,7% dans notre étude), ensuite de la coronaire droite (34% vs 18,7% ans notre étude) et enfin la circonflexe (12,8% vs 12,5% dans notre étude). Les lésions mono tronculaire dominant (51,1% vs 48,5 dans notre étude). Par contre nous avons une proportion de patients tri tronculaire plus important que les bi tronculaire et c'est le contraire dans le groupe de Jacquemin.

ussi de plus en plus en pratique comme le traitement de choix de l'infarctus du myocarde chez le sujet âgé [53].

Nicolas Danchin a permis en 2002 [54], avec les données d'USIC 95[53] de voir les caractéristiques dans la population âgé, des patients susceptibles d'avoir ce type de traitement en France. Sur 1838 patients inclus dans son étude 785 étaient âgés de plus de 70 ans. Les résultats sont les suivants par comparaison au patients ayant reçus un traitement conventionnel :

	Traitement reperfuseur	Traitement conventionnel
Sexe Féminin	31%	50%
Délai de prise en charge <6 H	84%	54%
Antécédent HTA	48%	60%
Artérite Périphérique	8%	18%
Insuffisance Cardiaque	5%	20%

Antécédent d'infarctus du myocarde	12%	25%
Localisation antérieure de l'infarctus	40%	28%
Survie à 1an	78%	64%

Tableau 22 : **Résultats de l'étude de Nicolas Danchin JACC 2002 [54]** .

Ainsi ces données issues d'un registre large (USIC 95)[53] prouvent bien l'amélioration du taux de survit chez les patients âgés de plus de 70 ans et traité par thrombolyse ou angioplastie coronaire.

D'autres auteurs ont montrés les mêmes résultats [55][56]. De même Alan K. Berger a montré avec 37983 patients âgés de plus 65 ans une nette supériorité en terme de mortalité du traitement de reperfusion par rapport à un traitement conventionnel.

de sauvetage) portes à discussions.

7.CONCLUSION

L'infarctus du myocarde est une pathologie fréquemment rencontrée dans la population âgée. L'évolution à court terme est souvent grave voir mortelle. Sa prévention, comportant la prévention des facteurs de risques cardiovasculaires, est indispensable. La précocité du diagnostic, la gravité

immédiate de la pathologie et le choix thérapeutique conditionnent l'évolution.

De nombreuses études comparatives chez l'adulte jeune se sont intéressées aux résultats du traitement conventionnel, de la thrombolyse et de l'angioplastie à la phase aiguë de l'infarctus du myocarde. Quelques études faites chez le sujet âgé, comparant les traitements en post infarctus immédiat, conseillent une attitude « interventionnelle » et en particulier le traitement par angioplastie coronaire.

Mais peut d'étude ce sont intéressée à la population très âgé, les octogénaires. C'est pourquoi, nous avons tenté, avec les limitations d'une étude rétrospective, d'évaluer le profil évolutif, des patients octogénaires victimes d'un infarctus du myocarde et traité par angioplastie primaire.

L'étude descriptive a porté sur trente quatre mois (janvier 2005-octobre 2007). Trente trois patients ont été inclus.

Le recueil de donnée fut difficile et limité. En effet, les pathologies survenues dans l'année suivant l'infarctus ont régulièrement été oubliées chez les patients, parfois décédés depuis plusieurs mois.

Le facteur de risque cardiovasculaire majeur, après l'âge, est l'hypertension artérielle. L'insuffisance cardiaque, les accidents vasculaires cérébraux voire même le décès sont les complications les plus souvent rencontrées.

Nos résultats en terme de survie sans décès et de complications cardiovasculaires à deux ans rejoignent la plupart des études monocentriques chez l'octogénaire faisant l'objet d'une angioplastie primaire en phase aiguë d'infarctus. Ils sont cependant à considérer avec prudence compte tenu du caractère rétrospectif de l'étude.

Cependant, Minai et al.[65], dans une étude randomisée comparant l'angioplastie primaire au traitement médical, retrouvaient un taux de survie sans décès à trois ans chez 61 patients octogénaires, identique dans les deux groupes (61 versus 58%). L'angioplastie n'apparaissait donc pas être un facteur prédictif protecteur de survie sans événement comparativement au traitement médical.

L'appréciation et l'évolution du degré de dépendance des patients nous a semblé être un point important dans ce travail. Une information sur l'autonomie du patient est un élément fondamental dans son mode de prise en charge. La détérioration des scores moyens des échelles IADL et IADL-E montre clairement que la population de notre étude présentait dès le début une indépendance complète dans la vie de tous les jours. Ce profil a certainement joué un rôle déterminant dans la décision d'une angioplastie primaire. Par contre dans les mois suivant l'angioplastie apparaît une perte importante d'autonomie secondaire pour la plupart à des accidents vasculaires cérébraux avec des séquelles moteurs et l'apparition de démence vasculaire et sénile. Toutefois, notre étude ne nous a pas permis d'établir de relation causale entre d'une part, le geste d'angioplastie et le traitement médical mis en œuvre et d'autre part, la tenue des capacités physiques et cognitives.

Ainsi, le pronostic de l'infarctus du myocarde chez l'octogénaire traité par angioplastie primaire reste grevé d'une lourde mortalité à court et à long terme. Pour les survivants la principale complication réside dans une perte importante d'autonomie au quotidien.

Une étude randomisée, prospective, comparant l'angioplastie primaire et les autres thérapeutiques de l'infarctus du myocarde s'intéressant à la dimension sociale des sujets octogénaires, pourrait être un projet permettant d'améliorer la prise en charge de ces patients.