

**PREVALENCE DE L'ASSOCIATION ARTERIOPATHIE
OBLITERANTE DES MEMBRES INFERIEURS ET
CORONAROPATHIE**

R. MERGHIT . M .AIT ATHMANE A.TRICHINE

SERVICE DE CARDIOLOGIE , HÔPITAL MILITAIRE CONSTANTINE

INTRODUCTION :

ATHEROSCLEROSE VÉRITABLE MALADIE SYSTÉMIQUE:

- ❖ Atteinte artérielle diffuse (coronaires, carotides , artères rénales, artères mésentériques, aorte, artères des membres inférieurs, etc.)
- ❖ Mode d'entrée variable d'un sujet a l'autre

-L'ATTEINTE POLY ARTÉRIELLE EST FRÉQUENTE :

- ❖ Environ un 1/3 de poly artériel sont asymptomatique et à très haut risque cardiovasculaire
- ❖ Globalement en cas de coronaropathie , la prévalence de l'AOMI peut atteindre 30 % a 40%.
- ❖ **L'association coronaropathie et AOMI alourdit le pronostic cardiovasculaire du malade** , avec un risque d'ECV $\times 2$ à moyen terme
- ❖ **Disponibilité d'une méthode simple**, peu onéreuse pour la détection de l'AOMI, représenté par l'indice de pression systolique (IPS)

OBJECTIFS DE NOTRE TRAVAIL :

- Estimer la fréquence de l'AOMI chez les patients coronariens, recrutés en cardiologie dans les centres hospitalo-universitaires de Constantine (HMRUC,CHU) ainsi que l'EHS ERRIADH
- Déterminer les facteurs éventuels de risques de l'association AOMI et coronaropathie.

TYPE DE L'ETUDE

- ❖ Observationnelle
- ❖ Descriptive
- ❖ Analytique
- ❖ 300 coronariens **Taille= P (1- P) Z²/I²**

SOURCE DE RECRUTEMENT

Patients ayant subi une coronarographie récente, durant les 06 mois par rapport à leur date d'inclusion dans l'étude pour :

- ❖ **SCA avec sus décalage persistant de ST avec une viabilité conservée**
- ❖ **SCA sans sus décalage persistant de ST à haut risque cardiovasculaire.**
- ❖ **Autre cardiopathie ischémique : Angor d'effort ou une ischémie myocardique silencieuse ou une cardiomyopathie dilatée ou SCA sans sus décalage persistant de ST à troponine négative, bien sûr en présence d'une preuve d'ischémie myocardique significative.**

TROIS SERVICES DE CARDIOLOGIE ONT ÉTÉ CIBLÉ :

Service de cardiologie HMRUC

Service de cardiologie EHS ERRIADH

Service de cardiologie CHUC dont la coronarographie faite a l'EHS

CRITÈRES D'INCLUSION

- ❖ **Les patients ayant une lésion $\geq 50\%$ sur une artère coronaire principale, quel que soit leur âge et leur sexe.**
- ❖ **Sujets ayant accepté de participer à l'étude.**

CRITÈRES DE NON INCLUSION

- ❖ **Refus du patient a participé à l'étude.**
- ❖ **Les patients en ischémie aiguë des membres inférieurs**

Salle de KT

Malade coronarographie par voie radiale, à défaut la voie fémorale

Mesure anthropométriques : (Poids normal ;20 24,9 25 Kg /m² ,Surpoids >25 Kg /m² , obésité ≥30 Kg / m² , Tours de taille (NCEP III/ATP) : **TTP** > 102♂ , **TTP** > 88 cm♀).

Réalisation de l'ECG : (Rythme, Fréquence cardiaque ,Troubles de repolarisations , HVG)

Bilan biologique plasmatique: Cholestérol total (g/l) Triglycérides (g/l) Cholestérol-LDL (g/l) Cholestérol-HDL (g/l) Chol non HDL Glycémie (g/l), à jeun HbA1c et calcul de la clairance de la créatinine (MDRD)

Interrogatoire(FRCV,IRC MCV)

Examen clinique complet, prise de TA

Mesure de L'IPS ch de repos ± mesure de l'IPS effort et IPSo

Echographie doppler cardiaque

Coronariens avec AOMI associée

Coronariens sans AOMI associée

Unité des explorations cardio-vasculaires

ANALYSE STATISTIQUE Logiciel SPSS 22

- ❖ Une étude descriptive globale de la population recrutée
- ❖ Une étude analytique comparative visant à identifier :

-La fréquence de l'association coronaropathie et AOMI

-Les Facteurs de Risque éventuels de l'association coronaropathie et AOMI

ETUDE DESCRIPTIVE GLOBALE DE LA POPULATION RECRUTEE

VARIABLES	RESULTAT
Âge moyen	61 ,3 ± 11,3 ans
Sexe ratio H/F	3,6
Nombre moyen de FRV	4,09
Nombre ≥ trois FRCV	72,7%
Âge ≥ 50ans (H) et ≥ 60ans (F)	69%
HTA	58,7%
Sédentarité	57,3%
La dyslipidémie	52,7%
Surcharge pondérale	49%
Le diabète	47,4%
Tabagisme actif	32,3 %
Obésité	29,3%
Obésité androïde	32%
Coronaropathie familiale	26,4%
IRC	Légère (9,7%), modérée (5%), sévère (1,3%)
ATCDS personnels CV	2,7%

VARIABLES	RESULTAT
Présentation clinique de la maladie coronaire	60,7% maladie coronaire instable
	39,3% maladie coronaire stable
ECG : troubles de repolarisation ventriculaires	63,34%
ECG :Hypertrophie ventriculaire gauche	31,3%
Masse VG augmentée	54%
Fraction d'éjection globale VG altérée	16,6%
Fonction diastolique VG altérée	54,3%
Mono tronculaire	41,67%
Bi tronculaire	30,7%
Tri tronculaire	22%.
Atteinte du TCG	5,6%

ETUDE DESCRIPTIVE GLOBALE DE LA POPULATION RECRUTEE

PROFIL IPS DE LA POPULATION GLOBALE

	hommes	femmes	Total
IPS normal $1 \leq \text{IPSch} \leq 1,3$	97(41,3%)	37(56,9%)	134(44,7%)
IPS douteux $0,91 \leq \text{IPSch} < 1$	41(17,4%)	10(15,4%)	51(17,0%)
$\text{IPSch} \leq 0,90$	46(19,6%)	6(9,2%)	52(17,3%)
$\text{IPSch} > 1,30$	51(21,7%)	12(18,5%)	63(21,0%)
Total	235(100%)	65(100%)	300(100%)

Caractéristiques	IPS	Pourcentage	
AOMI isolée	$\text{IPSch} \leq 0,9$	52(17,33%)	
Media calcose	Mediacalcose isolée	$\text{IPSch} > 1,3$ et $\text{IPSo} > 0,7$	25(8,33%)
	AOMI associée	$\text{IPSch} > 1,3$ et $\text{IPSo} \leq 0,7$	38(12,7%)
AOMI infra clinique	$0,9 \leq \text{IPSch} < 1$ au repos	14(4,67%)	
	$\text{IPSch} \leq 0,9$ après effort		
Absence d'AOMI		171 (57%)	

**La Fréquence de l'association coronaropathie et AOMI à l'aide de l'IPS est de 34,7% $\pm 5,3$, IC a 95%(29,3% - 40%)
104 malades coronariens artéritiques ce ci répond objectif principal**

ETUDE ANALYTIQUE UNI VARIÉE DES FACTEURS LIÉS DE MANIÈRE PRÉDICTIVE À LA SURVENUE D'UNE AOMI CHEZ NOTRE CORONARIEN

FRÉQUENCE DE L'ASSOCIATION AOMI ET CORONAROPATHIE

FONCTION DES TRANCHES D'ÂGES

Classe d'Age population globale	AOMI Associée	Pas d'AOMI	Total
< 35ans	0(0,0%)	8(4,1%)	8(2,7%)
35-44 ans	0(0,0%)	18(9,2%)	18(6,0%)
45-54 ans	9(8,7%)	34(17,3%)	43(14,3%)
55-64 ans	27(26,0%)	72(36,7%)	99(33,0%)
65-74 ans	46(44,2%)	51(26,0%)	97(32,3%)
>= 75 ans	22(21,2%)	13(6,6%)	25(11,7%)
Total	104(100,0%)	96(100,0%)	300(100,0%)

FONCTION DU SEXE

	AOMI associée	Pas d'AOMI	Total	P
Hommes	90(86,5%)	145(74,0%)	235(78,3%)	P=0,012
Femmes	14(13,5%)	51(26,0%)	65(21,7%)	
Total	104(100%)	196(100%)	300(100%)	

ETUDE ANALYTIQUE UNI VARIÉE DES FACTEURS LIÉS DE MANIÈRE PRÉDICTIVE À LA SURVENUE D'UNE AOMI CHEZ LE MALADE CORONARIEN

RÉPARTITIONS DES CORONARIENS EN FONCTION DU NOMBRE DES FRCV

	AOMI associée	Pas d'AOMI	Total	P
≥3FRCV	94(90,4%)	124(63,3%)	218(72,7%)	P<0,0001
<3FRCV	10(9,6%)	72(36,7%)	82(27,3%)	
Total	104(100%)	196(100%)	300(100)	

RÉPARTITION DE L'OBÉSITÉ ET OBÉSITÉ ANDROÏDE

LA RÉPARTITION PAR CLASSE DE BMI ET PAR SEXE

BMI population globale	AOMI associée	Pas d'AOMI	P
Poids normal	32(30,8%)	33(16,8%)	P<0,0001
Surcharge pondérale	62(59,6%)	85(43,4%)	
Obésité	10(9,6%)	78(39,8%)	
Total	104(100,0%)	196(100,0%)	

RÉPARTITION EN FONCTION DU PÉRIMÈTRE ABDOMINAL

Profil Population globale	Taille	AOMI associée	Pas d'AOMI	Total	P
Normal		84(80,8%)	120(61,2%)	204(68,0%)	P=0,01
Pathologique		20(19,2%)	76(38,8%)	96(32,0%)	
Total		104(100,0%)	196(100,0%)	300(100,0%)	

ETUDE ANALYTIQUE UNI VARIÉE DES FACTEURS LIÉS DE MANIÈRE PRÉDICTIVE À LA SURVENUE D'UNE AOMI CHEZ LE MALADE CORONARIEN

DIABÈTE

RÉPARTITION DE LA POPULATION EN FONCTION DU STATUT DIABÉTIQUE

Sexe Population Globale	AOMI associée	Pas d'AOMI	Total
Non Diabétique	36(34,6%)	122(62,2%)	158(52,7%)
Diabétique	68(65,4%)	74(37,8%)	142(47,3%)
Total	104(100,0%)	196(100,0%)	300(100,0%)

RÉPARTITION EN FONCTION DE L'ÉQUILIBRE DIABÉTIQUE

	AOMI associée	Pas d'AOMI	Total	P
Bon équilibre	15(27,8%)	51(58,0%)	66(46,5%)	0,002
Equilibre moyen	12(22,2%)	11(12,5%)	23(16,2%)	
Mauvais équilibre	27(50,0%)	26(29,5%)	53(37,3%)	
Total	54(100%)	88(100%)	142(100%)	

TABAC

RÉPARTITION DE LA POPULATION EN FONCTION DU STATUT TABAGIQUE

Population globale	AOMI associée	Pas d'AOMI	Total
Non-Fumeur	26(25,0%)	88(44,9%)	114(38,0%)
Fumeur	78(75,0%)	108(55,1%)	186(62,0%)
Total	104(100,0%)	196(100,0%)	300(100,0%)

QUANTITÉ MOYENNE D'INTOXICATION TABAGIQUE

	AOMI associée	Pas D'AOMI	P
Quantité moyenne d'intoxication tabagique	37,95 ± 19,36	28 ± 17,80	P=0,002

ETUDE ANALYTIQUE UNI VARIÉE DES FACTEURS LIÉS DE MANIÈRE PRÉDICTIVE À LA SURVENUE D'UNE AOMI CHEZ LE MALADE CORONARIEN

HYPERTENSION ARTERIELLE

RÉPARTITION DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Population globale	AOMI associée	Pas d'AOMI	Total
HTA (Oui)	78(75,0%)	98(50,0%)	176(58,7%)
HTA(Non)	26(25,0%)	98(50,0%)	124(41,3%)
Total	104(100,0%)	196(100,0%)	300(100,0%)

RÉPARTITION EN FONCTION DE L'EQUILIBRE HTA

	AOMI associée	PAS d'AOMI	Total	P
HTA non-équilibre	51(65,7%)	57(57,9%)	108(61,1%)	P=0,003
HTA équilibre	27(34,3%)	42(42,1%)	68(38,9%)	
Total	78(100%)	99(100%)	176(100%)	

RÉPARTITION DES MOYENNE DES CHIFFRES DE PA

	AOMI	N	Moyenne	Ecart type	P
PAS	AOMI Associée	104	141,92	24,852	P = 0,001
	Pas d'AOMI	196	131,71	22,090	
PAD	AOMI Associée	104	80,19	10,882	P = 0,007
	Pas d'AOMI	196	76,58	11,015	
PP	AOMI Associée	104	61,73	18,718	P = 0,002
	Pas d'AOMI	196	54,97	16,943	

ETUDE ANALYTIQUE UNI VARIÉE DES FACTEURS LIÉS DE MANIÈRE PRÉDICTIVE À LA SURVENUE D'UNE AOMI CHEZ LE MALADE CORONARIEN

DYSLIPIDÉMIE

RÉPARTITION DES VALEURS MOYENNES DES PARAMÈTRES LIPIDIQUES STANDARDS

	AOMI	N	Moyenne	Ecart type	P
Chol T	AOMI Associée	104	1,74	0,43	0,071
	Pas d'AOMI	196	1,67	0,32	
HDL	AOMI Associée	104	0,36	0,11	0,001
	Pas d'AOMI	196	0,41	0,10	
CholT / HDL	AOMI Associée	104	4,09	1,31	0,001
	Pas d'AOMI	196	3,39	0,81	
LDL	AOMI Associée	104	1,18	0,37	0,002
	Pas d'AOMI	196	1,09	0,27	
TG	AOMI Associée	104	1,42	0,80	0,212
	Pas d'AOMI	196	1,31	0,65	

RÉPARTITION EN FONCTION DU TAUX DE LDL PATHOLOGIQUE

	AOMI associée	PAS d'AOMI	Total	P
LDL Pathologique	56(53,84%)	86(43,87%)	142(47,3%)	P=0,001
LDL Normal	48(46,16%)	110(56,12%)	158(52,7%)	
Total	104(100,0%)	196(100,0%)	300(100,0%)	

RÉPARTITION EN FONCTION DU TAUX DE HDL PATHOLOGIQUE

	AOMI associée	PAS d'AOMI	Total	P
HDL Pathologique	72(69,2%)	78(39,8%)	150(50,0%)	P=0,0001
HDL Normal	32(30,8%)	118(60,2%)	150(50,0%)	
Total	104(100,0%)	196(100,0%)	300(100,0%)	

RÉPARTITION EN FONCTION DU TAUX RAPPORT CHOLEST/HDL

	AOMI associée	PAS d'AOMI	Total	P
Cholest/HDL ≥ 5	28(26,9%)	2(1,0%)	30(10%)	P=0,0001
Choles T/HDL <5	76(73,1%)	194(99,0%)	270(90%)	
Total	104(100,0%)	196(100,0%)	300(100,0%)	

ETUDE ANALYTIQUE UNI VARIÉE DES FACTEURS LIÉS DE MANIÈRE PRÉDICTIVE À LA SURVENUE D'UNE AOMI CHEZ LE MALADE CORONARIEN

SÉDENTARITÉ

Caractéristiques		AOMI Associée	Pas d'AOMI	Total	
Hommes	Sédentarité	Oui	60(66,7%)	81(55,9%)	141(60,0%)
		Non	30(33,3%)	64(44,1%)	94(40,0%)
		Total	90(100,0%)	145(100,0%)	235(100,0%)
Femmes	Sédentarité	Oui	10(71,4%)	21(41,2%)	31(47,7%)
		Non	4(28,6%)	30(58,8%)	34(52,3%)
		Total	14(100,0%)	51(100,0%)	65(100,0%)
Total	Sédentarité	Oui	70(67,3%)	102(52,0%)	172(57,3%)
		Non	34(32,7%)	94(48,0%)	128(42,7%)
		Total	104(100,0%)	196(100,0%)	300(100,0%)

STATUT RÉNAL

	AOMI associée	Pas d'AOMI	Total
IR sévère	5(4,8%)	2(1,0%)	7(2,3%)
IR modérée	5(4,8%)	7(3,6%)	12(4,0%)
IR légère	11(10,57%)	18(9,18%)	29(9,7%)
Pas d'IR	83(79,8%)	169(86,2%)	252(84,0%)
Total	104(100%)	196(100%)	300(100%)

ATCDS PERSONNELS AVC

Caractéristiques		AOMI Associée	Pas d'AOMI	Total	
Hommes	AVC	Oui	3(3,3%)	2(1,4%)	5(2,1%)
		Non	87(96,7%)	143(98,6%)	230(97,9%)
		Total	90(100,0%)	145(100,0%)	235(100,0%)
Femmes	AVC	Oui	3(21,4%)	0(0,0%)	3(4,6%)
		Non	11(78,6%)	51(100,0%)	62(95,4%)
		Total	14(100,0%)	51(100,0%)	65(100,0%)
Total	AVC	Oui	6(5,8%)	2(1,0%)	8(2,7%)
		Non	98(94,2%)	194(99,0%)	292(97,3%)
		Total	104(100,0%)	196(100,0%)	300(100,0%)

ETUDE ANALYTIQUE UNI VARIÉE DES FACTEURS LIÉS DE MANIÈRE PRÉDICTIVE À LA SURVENUE D'UNE AOMI CHEZ LE MALADE CORONAIREN

PRÉSENTATION CLINIQUE DE LA MALADIE CORONAIRE

RÉPARTITION DE L'ANGOR D'EFFORT

	AOMI associée	Pas d'AOMI	Population Globale
Angor d'effort	34(32,7%)	65(33,2%)	99(33,0%)
Pas d'angor d'effort	70(67,3%)	131(66,8%)	201(67,0%)
Total	104(100,0%)	196(100,0%)	300(100,0%)

ISCHÉMIE MYOCARDIQUE SILENCIEUSE

	AOMI associée	Pas d'AOMI	Population globale	P
Bilan IMS +	5(4,8%)	4(2,0%)	3,4%	P=0,16 3
AUTRES	99(95,2%)	199(98,0%)	96,6%	
Total	104(100%)	196(100%)	300(100%)	

RÉPARTITION DU SCA ST-

	AOMI associée	Pas d'AOMI	Population Globale
SAC ST -	19(18,3%)	46(23,5%)	65(21,7%)
Pas SCA ST -	85(81,7%)	150(76,5%)	235(78,3%)
Total	104(100,0%)	196(100,0%)	300(100,0%)

RÉPARTITION DE LA CARDIOMYOPATHIE DILATÉE

	AOMI associée	Pas d'AOMI	Population globale	P
Bilan CMD	4(3,8%)	7(3,6%)	11(3,7%)	P=0,5
AUTRES	100(96,2%)	189(96,4%)	289(96,3%)	
Total	104(100%)	196(100%)	300(100%)	

RÉPARTITION DU SCA ST+

	AOMI associée	Pas d'AOMI	Population Globale	P
SCA ST +	42(40,4%)	75(38,3%)	117(39,0%)	P=0,4
Pas SCA ST +	62(59,6%)	121(61,7%)	183(61,0%)	
Total	104(100,0%)	196(100,0%)	300(100,0%)	

ETUDE ANALYTIQUE UNI VARIÉE DES FACTEURS LIÉS DE MANIÈRE PRÉDICTIVE À LA SURVENUE D'UNE AOMI CHEZ LE MALADE CORONARIEN

DONNES ECHO TT LIEES A L'AOMI CHEZ LE CORONARIEN

RÉPARTITION DE LA MASE VG

	AOMI associée	Pas d'AOMI	Total	P
Masse VG normale	33(31,7%)	105(53,6%)	138(46,0%)	P<0,0001
Masse VG augmentée	71(68,3%)	91(46,4%)	91(54,0%)	
Total	104(100,0%)	196(100,0%)	300(100,0%)	

RÉPARTITION DE LA FE GLOBALE

	AOMI associée	Pas d'AOMI	Total	P
FE Globale altérée	32(30,77%)	18(9,2%)	50(16,6%)	P=0,03
FE Globale normale	72(69,23%)	178(90,8%)	250(83,4%)	
Total	104(100,0%)	196(100,0%)	300(100,0%)	

RÉPARTITION DES PRVG

	AOMI associée	Pas d'AOMI	Total	P
PRVG élevée	68(65,4%)	95(48,5%)	163(54,3%)	P=0,005
PRVG normale	36(34,6%)	101(51,5%)	137(45,7%)	
Total	104(100,0%)	196(100,0%)	300(100,0%)	

DONNES CORO LIEES A L'AOMI CHEZ LE CORONARIEN

RÉPARTITION DE L'ATTEINTE TRONCULAIRE CORONAIRE

	AOMI associée	Pas d'AOMI	Population Globale
Mono tronculaire	14 (13,46%)	111(56,63%)	125(41,7%)
Bi tronculaire	26(25%)	66(33,67%)	92(30,7%)
Atteinte sévère	64(61,53%)	19 (9,70%)	83(27,7%)
Total	104(100,0%)	196(100,0%)	300(100,0%)

LES FACTEURS ASSOCIES A L'AOMI CHEZ LE CORONARIEN: ANALYSE MULTI VARIÉE

variables	OR ajusté	IC de l'ORa a 95%		P
Age ≥65ans	3,67	1,975	6,851	0,0001
Diabète	3,48	1,843	6,589	0,0001
HTA	3,30	1,703	6,406	0,0001
Tabagisme	4,10	1,674	10,069	0,002
Dyslipidémie	2,32	1,234	4,381	0,009
IR sévère	0,17	0,027	1,089	0,062
Sédentarité	2,14	1,159	3,971	0,015
AVC	6,40	1,60	14,20	0,0001
FE Globale Altérée	0,58	0,164	2,025	0,390
PRVG Augmentée	0,90	0,422	1,948	0,801
Masse VG augmentée	0,36	0,164	2,02	0,7
Atteinte coronaire sévère	2,36	1,159	3,82	0,015

DISCUSSION:

FRÉQUENCE DE L'ASSOCIATION CORONAROPATHIE ET AOMI

Étude/1 ^{er} auteur	Âge moyen	Prévalence	Méthode diagnostique
CASS USA 1979 (n=16249)	54,4	10,4%	Histoire clinique
Sprint 1983 (n=4258)	63,9	6,3%	Histoire clinique
Scudlova 1991 (Europe est) (n= 111)	57,3	39%	IPS
Leherissier, 1992 France (n = 91)	51,8	22%	Echo Doppler
Aronow et Han USA 1994 (n=1886)	81,5	33%	IPS
Al Zahrani et al 1995 Arabie Saoudite (n=402)	55	42,5%	IPS
Registre Monica-Toulouse 1998 France (n= 4368)	55,3	13,4%	Histoire clinique et IPS
Le registre USIC 2000 (n= 2311)	65,4	9,3%.	IPS
Le registre international REACH 2003 (n=67 800)	68,5± 10,1	25%	IPS
L'étude NHANES2004 USA (n=2381)	56,54	12,9%	IPS
Le registre international AGATHA 2005 (n=7099)	66,3	13,8%	IPS

Étude/1 ^{er} auteur	Âge moyen	Prévalence	Méthode diagnostique
PATHOS 2006 Italie (n= 1 758)	66.6 ± 11.9	33,5 %	IPS
Le registre PAMISCA 2007 en Espagne (1410)	66 ± 11.9	39,8%	IPS
Al-Sheikh et al en 2007 Arabie saoudite (n=471)	56	23,6%	IPS
L'étude ELLIPSE 2008 France (n=2146)	72,4±10,04	44,1%	IPS
L'étude Ipsilon 2009 France (n=1340)	70.9	26,6%	IPS
Mekarnia et al 2010 Algérie	-	24.8%	IPS
Khellaf et al 2013(n=300)	58.6± 7.4	29,7%	IPS
Imori et al 2014 Japon (n=1734)	71 ± 9	16%	IPS
Mahad et al 2016 Maroc(n=160)	62,09± 9,96	27,5%	IPS
Rada 2016 Maroc(n=370)	65,51± 8,71	28,3%	IPS
Laraba et al 2016 Algérie (n=336)	63,3	16,1%	IPS
Notre étude 2017(n=300)	61	34,7%	IPS

NOMBRES DES FRCV

- ❖ **C.Rada en 2016** sur le dépistage de l'AOMI chez les patients à haut risque montraient que:
 - les patients artéritiques cumules plus de FRCV par rapport au groupes témoins
 - le risque d'AOMI augmentait avec le nombre FRCV (20 % pour les sujets avec 1 facteur de risque et 62,5 % pour ceux avec ≥ 4 FRCV)
- ❖ **Kessal et al en 2013** révélaient que :

La prévalence de l'artériopathie était faible chez les sujets ayant deux FRCV et moins (3.27%), elle augmentait de façon significative avec le nombre de FRCV pour atteindre une prévalence de 58.82% chez les sujets ≥ 4 FRCV
- ❖ Les mêmes constatations ont été observées pour **H.Bougrin et al en 2013**
R.Mahad et al en 2016, le registre USIC 2000 Alzahrani et al 1995, le registre international AGATHA 2005

Notre étude 2017 (Algérie): 72,7% de la population globale \geq FRCV, beaucoup plus chez la population artéritique (P<0,0001)

AGE

Étude/1 ^{er} auteur	Prévalence de l'AOMI en fonction de l'âge
Sprint 1983 (USA)	3,1% avant 50ans, 9,9% après 70ans, P<0,01
Le registre USIC 2000 2000(France)	ORa de l'âge ≥ 65 ans = 2,25
l'étude AGATHA 2006 (Italie)	ORa l'âge >60 = 2,47
Registre Monica-Toulouse 1998 (France)	5,8 % entre 25 et 44 ans versus 19,2 % entre 60 et 64 ans pour les deux sexes
L'étude NHANES 2004 (USA)	1% entre 40- 49 ans, a 2,3, 4, 8 et 12% chez ceux de 50-59, 60-69 et 70-79 ans
Khellaf et al 2013 (Algérie)	ORa =2,76 pour la tranche d'âge (60 – 69 ans)
Bougrini et al 2013(Maroc)	ORa =1,3 pour un âge ≥ 65 ans
Imori et al 2014 (Japon)	ORa = 1,01
Notre étude 2017 (Algérie)	ORa = 3,68 pour un âge ≥ 65ans

DISCUSSION:

LES FRCV ASSOCIÉES A L'AOMI CHEZ LE CORONARIEN

DIABETE

Étude/1 ^{er} auteur	Diabète (ORa , IC 95% / P value)
Belhadj 2007(Algérie)	ORa 3,11 ; IC (1,04 -9,33)
Khellaf et al 2013 (Algérie)	ORa 2,02 ; IC (1,10- 3,70)
Le registre USIC 2000 2000(France)	ORa 2,1
Papamichael 2000 (Grèce)	P = 0.025
Le registre PAMISCA 2007(Espagne)	ORa 1.30 ; IC (1,02-1,65)
Al-Sheikh et al 2007(Arabie saoudite)	ORa 4,1 ; IC (2,1 -8,3)
L'étude Ipsilon 2009(France)	ORa 1,51 ; IC (1,14 - 2 ,02)
Sarangi et al 2005 (Inde)	P<0,0001
l'étude AGATHA 2006 (Italie)	P<0,0001
Al Zahrani 1995(Arabie S)	P<0,0001
Notre étude2017 (Algérie)	ORa 3,484 ; IC (1,843 -6,589)

TABAC

Étude/1 ^{er} auteur	Tabac (ORa, IC 95% / P value)
Framingham Offspring Study1999 (internationale)	2,00 (1,10 - 3,40)
Cardiovascular Health Study1993 (internationale)	2,55 (1,76 - 3,68)
L'étude NHANES 2004 (USA)	4.23 (1,95–9,17)
Le registre USIC 2000 2000(France)	3,68 (2,3 - 5,88)
L'étude Ipsilon 2009(France)	2,96 (1,62 - 5,40)
Al-Thani 2011(Moyen-Orient)	1.8 (1,23–2,63)
Bougrini et al 2013(Maroc)	2,01 (1,3 - 3,9)
Khellaf et al 2013 (Algérie)	3,16 (1,38 - 7,24)
Imori et al 2014 (Japon)	1,21 (0,73- 2,02)
Notre étude2017 (Algérie)	4,105 (1,67 -10,06)

DISCUSSION:

LES FRCV ASSOCIÉES A L'AOMI CHEZ LE CORONARIEN

HYPERTENSION ARTERIELLE

Étude/1 ^{er} auteur	HTA (ORa, IC 95% / P value)
Le registre USIC 2000(France)	1,55
L'étude NHANES 2004 (USA)	1,75
Le registre PAMISCA	2
Al-Sheikh et al 2007(Arabie saoudite)	1,2 ; IC (0,83 -1,8)
L'étude Ipsilon 2009(France)	1,55 ; IC (1,02- 2,35)
Imori et al 2014 (Japon)	1,22 ; IC (0,69 – 2,14)
Sarangi et al 2005 (Inde)	<1
Bougrini et al 2013(Maroc)	<1
Papamichael 2000 (Grèce)	<1
Al-Thani 2011(Moyen-Orient)	<1
Notre 'étude2017 (Algérie)	3 ; IC (1,703-6,406)

DYSLIPIDÉMIE

Étude/1 ^{er} auteur	Dyslipidémie (ORa ,IC 95% /P value)
Bougrini et al 2013(Maroc)	2,3
Al Zahrani 1995 (Arabie Saoudite)	2
L'étude NHANES 2004 (USA)	1,67
L'étude Ipsilon 2009(France)	2,90 ; IC (1,31 6,43)
Al-Thani 2011(Moyen-Orient)	2.3 ; IC (1,54-3,22)
Khellaf et al 2013 (Algérie)	<1
Papamichael 2000 (Grèce)	<1
Le registre PAMISCA 2007(Espagne)	<1
Al-Sheikh 2007(Arabie saoudite)	<1
Notre etude2017 (Algerie)	2,32 IC (1,23 -4,38)

SÉDENTARITÉ

- ❖ Dans notre étude, la sédentarité est modérément liée à la survenue d'une AOMI chez le coronarien (ORa 2,14 ; IC (1,16- 3,97)).
- ❖ Ce paramètre n'a pas été traité dans de nombreuses études .

ATCDS CERABRO VASCULAIRES (AVC)

Étude/1 ^{er} auteur	AVC (ORa ,IC 95% /P value)
L'étude NHANES 2004 (USA)	1.98 ; IC (0,69-5,64)
Le registre PAMISCA 2007(Espagne)	1.90; IC (1,28-2,80)
Al-Sheikh et al 2007(Arabie saoudite)	1,3 ; IC (0,6 - 2,2)
Imori et al 2014 (Japon)	8,74 ; IC (5,17- 14,77)
Rada 2016 (Maroc)	P < 0,01
Notre étude 2017 (Algérie)	ORa : 6,41 ;IC (1,60 -14,20)

IRC

Étude/1 ^{er} auteur	Dyslipidémie (ORa ,IC 95% /P value)
Le registre USIC 2000	(2,99
étude NHANES 2003 USA	(ORa 2,17
Al-Thani 2011 (the Gulf Register)	((OR 2.5 ; IC 95%(11.79-3.43).
Imori et al 2014 Japon	(ORa 0,77 ; IC 0,47-1,27)
Notre étude 2017(Algerie)	P=0,062

ATTEINTE CORONAIRE SÉVÈRE

Étude/1 ^{er} auteur	Atteinte coronaire sévère (ORa, IC 95% /P value)
Le registre USIC 2000 2000(France)	p<0,0001
Brevetti et al 2004 (Italy)	P =0,01
Chang et al 2006(USA)	ORa =2,88
Pullara et al 2012(Italy)	P<0,0001
Imori et al 2014 (Japon)	2,61 ; IC (1,11 - 6,15)
Khellaf et al 2013 (Algérie)	2,73
Notre étude 2017 (Algérie)	ORa :2,36 ;IC(1,16 -3,82)

CONCLUSION

- **Actuellement, la mesure de l'IPS est reconnue par la majorité des recommandations internationales comme un moyen rapide, de faible coût, non invasif, et reproductible, pour la prise en charge de l'AOMI.**
- **En outre, elle doit être à la portée de tout praticien spécialiste ou non, prenant en charge ce type de malade en s'inscrivant dans un bilan vasculaire systématique. Ceci, afin d'établir ou au contraire, éliminer une AOMI symptomatique ou asymptomatique.**
- **Mais malgré, ses performances, l'IPS reste peu utilisée dans notre pratique quotidienne puisque plusieurs contraintes représentent des obstacles majeurs à son utilisation de routine comme la contrainte de temps, l'absence de remboursement par la caisse de sécurité sociale, et enfin le manque de disponibilité du personnel.**