

Évaluation de la prise en charge du syndrome coronaire aigu avec sus-décalage du segment ST chez les patients âgés de plus de 75 ans. Résultats d'un registre observationnel.

Auteurs

C. EL KHOURY (1),
O. CAPEL (2),
N. EYDOUX (3),
A. DESPLANQUES (4),
L. BANAEI (4),
X. JACOB (5),
P. SERRE (6),
E. BONNEFOY (7)

1. *Service d'Accueil des Urgences, Centre Hospitalier Lucien Husel, VIENNE, France*
2. *SAMU 69, Hôpital Edouard Herriot, LYON, France*
3. *Cellule de Coordination et de Recherche Clinique, RESeau Cardiologie Urgence, RESCUe, VIENNE, France*
4. *Haute Autorité de Santé, Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins, 2 avenue du Stade de France, SAINT-DENIS LA PLAINE, France*
5. *Service d'Accueil des Urgences, Centre Hospitalier Lyon Sud, LYON, France*
6. *SAMU 01, Centre Hospitalier de Bourg en Bresse, BOURG EN BRESSE, France*
7. *Soins Intensifs de Cardiologie, Hôpital Louis Pradel, LYON, France*

Introduction

Urgentistes et cardiologues de notre zone sanitaire ont élaboré ensemble un référentiel régional pour la prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde (IDM). L'objectif de notre étude est d'évaluer l'application du référentiel et la mortalité chez les patients de plus de 75 ans.

Méthode

Nous avons analysé les données issues d'un registre bservational régional multicentrique ayant inclus 1573 patients avec sus-décalage du segment ST entre février 2008 et juin 2010. Les indicateurs recueillis sont ceux recommandés par la HAS. Nous avons étudié les caractéristiques cliniques, les facteurs de risque, les délais de recours, les résultats d'angioplastie coronaire chez tous les patients et analysé la mortalité hospitalière et à 30 jours. Nous avons comparé deux groupes de patients : groupe 1 (âge < 75 ans) et groupe 2 (âge >= 75 ans).

Résultats

29 % des patients sont dans le groupe 2, dont 41 % de femmes (vs. 16 % de femmes dans le groupe 1). Ils ont plus de facteurs de risque (hypertension artérielle, diabète) et leur score de gravité TIMI simplifié à la prise en charge est plus élevé (35 vs. 18, $p < 0,001$). Le délai entre la survenue de la douleur et le premier contact médical est de 80 min dans le groupe 2, vs. 58 min dans le groupe 1 ($p < 0,01$). Le nombre de patients ayant bénéficié d'une stratégie de reperfusion est similaire dans les deux groupes (94 % dans le groupe 2 vs. 96 % dans le groupe 1). Le taux de patients avec un flux TIMI 0-1 à l'admission en cardiologie interventionnelle est similaire dans les deux groupes (58 % dans le groupe 2 vs. 55 %). Le taux de TIMI 0-1 après procédure est de 8 % dans le groupe 2 vs. 3 % dans le groupe 1 ($p < 0,001$). La mortalité hospitalière et à un mois est plus élevée dans le groupe 2, respectivement de 10 % et 16 %, vs. 3 % et 4 % dans le groupe 1 ($p < 0,001$ dans les deux cas).

Conclusion

Dans notre zone sanitaire, la prise en charge de l'IDM chez les patients de plus de 75 ans est équivalente à celle des plus jeunes avec un taux identique de stratégie de reperfusion à la phase aiguë. Une comorbidité plus importante, un délai de recours supérieur, et une réponse moins favorable à la reperfusion peuvent expliquer une mortalité plus élevée chez les patients de plus de 75 ans. Cette mortalité est conforme à celle prédite par le score de gravité TIMI simplifié.

