

Congrès Urgences 2012 - Session Évaluation SAMU 1 - CP 126 - jeudi 31 mai 2012 à 10h30

INTRODUCTION

L'infarctus du myocarde en France concerne 120 000 patients par an. La mortalité globale à 1 mois est de 4 à 6% selon les études et jusqu'à deux fois plus dans les registres observationnels. La mise en place un registre a évalué l'impact d'un réseau de santé sur l'application des recommandations européennes de 2008.

METHODE

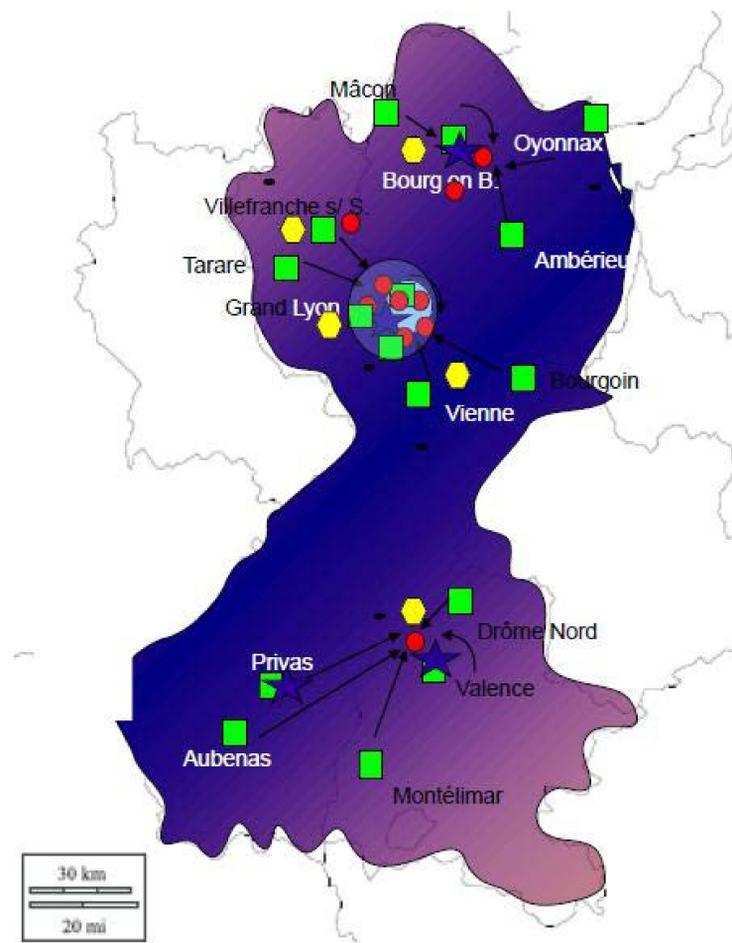
De 2003 à 2006 puis de 2008 à 2010, notre registre a inclus respectivement 899 puis 1601 patients. La seconde période reflète la prise en charge des patients après la mise en place du réseau début 2006. Nous avons analysé les caractéristiques de base, les délais de prise en charge, les stratégies de reperfusion, les traitements administrés et la mortalité des patients à 1 mois.

douleur-PEC	PEC-gonflement		
	< 90 min	>=90 et <120 min	>=120 min
<120 min	AP	TL	TL
>=120 min	AP	AP	TL

douleur-PEC	PEC-arrivée en CCI		
	< 40 min	>=40 et <70 min	>=70 min
<120 min	AP	TL	TL
>=120 min	AP	AP	TL

RESULTATS

Les deux populations étudiées sont considérées comme similaires. L'implémentation du réseau montre une augmentation de 10% du taux de patients reperfusés, au profit de l'angioplastie primaire. Il existe au cours de la deuxième période une réduction importante du taux de thrombolyse, de 65% à 23%. L'analyse des pratiques en fonction du délai « contact médical – salle de coronarographie » en 2008-2010 met en évidence un choix préférentiel envers l'angioplastie primaire chez les patients qui auraient dû bénéficier d'une thrombolyse : 51% d'angioplastie primaire vs 49% de thrombolyse quand « douleur - contact médical » <120 min et « contact médical - gonflement du ballonnet » > 90 min, et 80% d'angioplastie primaire vs 20% de thrombolyse quand « douleur - contact médical » >=120 min et « contact médical - gonflement du ballonnet » > 90 min.



Ce choix de stratégie est associé à une surmortalité à 1 mois : 12% de mortalité dans le premier cas et 10% dans le dernier.

<i>n</i> = 1601	PEC Arrivée >= 70 min	
	Thr 135 (49%)	PPCI 137 (51%)
Symptôme PEC < 120	Stratégie	OR 4,45 [1,7-11,66]
	Age	62 [54-74]
	Sexe (M)	202 74%
	Antérieur	128 47%
	Diabète	36 13%
	PAS	139 [120-154]
	Killip	9 3%
	ScoreTIMI	20 [15-29]
	Deces 30J	32 12%
	Symptôme PEC >= 120	Stratégie
OR		3,79 [1,43-10]
Age		67 [54-78]
Sexe (M)		189 69%
Antérieur		117 43%
Diabète		53 19%
PAS		142 [125-161]
Killip		5 2%
ScoreTIMI		23 [16-32]
Deces 30J		28 10%

CONCLUSION

La structuration de la médecine d'urgence en réseau a facilité la mise en place de filières en privilégiant bien involontairement l'angioplastie primaire. Bien que la mortalité globale soit inchangée entre les deux périodes (6.8%), il existe une tendance à la surmortalité dans le groupe de patients qui auraient dû bénéficier d'une thrombolyse mais qui a reçu une angioplastie primaire. Le recours à cette dernière stratégie quand elle est indiquée reste conforme aux recommandations. L'indication de thrombolyse est sous-estimée. Il en résulte une augmentation de la mortalité chez les patients traités en dehors des recommandations.

¹ Hôpital cardiologique L. Pradel – Lyon (69), ² CH de Vienne (38), ³ RESCUe RESUVal – Vienne (38),

⁴ CH Fleuryat - Bourg en Bresse (01)