

Évaluation de l'impact de la mise en place d'un réseau de santé sur l'application des recommandations européennes pour la prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde

Auteurs

C. el Khoury (1)
 A. Gasser (1)
 P. Serre (2)
 E. Flocard (3)
 A. Peiretti (4)
 O. Matas (1)
 E. Bonnefoy (5)

1. *Service d'Accueil des Urgences, Centre Hospitalier Lucien Husse, VIENNE, France.*
2. *SAMU 01, Hôpital Fleyriat, BOURG EN BRESSE, France.*
3. *RESeau Cardiologie Urgence, RESCUe, Centre Hospitalier Lucien Husse, VIENNE, France.*
4. *Cellule de Coordination et de Recherche Clinique, RESeau Cardiologie Urgence, RESCUe, VIENNE, France.*
5. *Soins Intensifs de Cardiologie, Hôpital Louis Pradel, LYON, France.*

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. Nous avons mis en place un registre pour évaluer l'impact de l'implémentation d'un réseau de santé sur l'application des recommandations européennes de 2008.

Méthode

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.

Résultats

Les deux populations étudiées sont considérées comme similaires. L'implémentation du réseau est associée à une augmentation de 10% du taux de patients reperusés, au profit de l'angioplastie primaire. Nous observons 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 – arrivée en salle de coronarographie » en 2008-2010 met en évidence un choix préférentiel porté sur 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.

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.

