



Article original

Épidémiologie des arrêts cardiaques extrahospitaliers recensés en Basse-Normandie par le registre RéAC



Epidemiology of out-of-hospital sudden cardiac arrest in « Basse-Normandie » according to RéAC registry

G. Zamparini ^{a,*,b,c}, C. Buléon ^{a,c}, D. Bonnioux ^{a,c}, H. De Facq Regent ^{a,c}, G. Oriot ^{a,c}, O. Rebet ^{a,c}, B. Al Afandi ^{a,c}, X. Arrot ^{a,c}, A.-S. Genain Soulier ^{a,c}, L. Halbout ^{a,c}, D. Harel ^{a,c}, T. Leraître ^{a,c}, M. Moneron ^{a,c}, J.-L. Gérard ^{a,b}, J.-L. Hanouz ^{a,b}, GR-RéAC^c

^a Département de réanimations et d'anesthésie ; SAMU-SMUR, CHU de Caen, avenue de la Côte-de-Nacre, 14033 Caen cedex, France

^b EA.4650-Signalisation, électrophysiologie et imagerie des lésions d'ischémie reperfusion myocardique, UFR de médecine, université Caen Basse-Normandie, avenue de la Côte-de-Nacre, 14032 Caen cedex, France

^c Groupe de recherche RéAC, 59120 Loos, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 19 novembre 2013

Accepté le 21 octobre 2014

Disponible sur Internet le 15 novembre 2014

Mots clés :

Arrêt cardiaque extrahospitalier

Épidémiologie

Évaluation des pratiques professionnelles

RÉSUMÉ

Objectif. – Recenser à partir du registre RéAC, les arrêts cardiaques extrahospitaliers survenus sur l'agglomération caennaise afin d'étudier l'épidémiologie et d'analyser nos pratiques professionnelles.

Type d'étude. – Étude observationnelle et prospective, monocentrique.

Patients et méthodes. – De mars 2012 à mars 2013, nous avons recensé 151 patients. Les paramètres démographiques, les délais, les thérapeutiques et le devenir des patients ont été analysés à partir des données saisies dans le registre RéAC. Selon le type de variable étudiée, l'analyse statistique a utilisé le test de Mann et Whitney ou du Chi².

Résultats. – Après exclusion de 22 patients (absence de réanimation spécialisée et transport à « cœur arrêté »), 129 arrêts cardiaques ont été analysés : 107 (83 %) d'origine médicale et 22 (17 %) d'origine traumatique. Un témoin direct était présent pour 94 (73 %) d'entre eux. Les gestes élémentaires de survie étaient débutés pour 59 (46 %) des patients et un conseil téléphonique était délivré par le médecin régulateur pour 47 (36 %) d'entre eux. Après une réanimation cardiopulmonaire spécialisée, 74 (57 %) patients sont décédés sur place. Sur les 55 patients arrivés vivants à l'hôpital, 39 (71 %) sont décédés en réanimation et 16 (29 %) sont sortis vivants de l'hôpital, dont 14 (88 %) avec un pronostic neurologique favorable.

Conclusion. – Le registre national RéAC nous a permis d'analyser les données épidémiologiques concernant les arrêts cardiaques dans notre centre. Ce registre nous a également permis de mettre en évidence des axes de prises en charge perfectibles dont il faudra tenir compte pour améliorer nos pratiques professionnelles.

© 2014 Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Objective. – Identify from the RéAC registry, out-of-hospital sudden cardiac arrest in Caen and its suburbs, to study epidemiology and assess our medical practices.

Study design. – Observational, prospective and monocentric study.

Patients and methods. – From March 2012 to March 2013, we identified 151 patients. Demographic parameters, delays until treatment, drugs given and patient outcomes were analyzed from the RéAC data registry. Depending on the variable studied, the statistical analysis used Mann-Whitney or the Chi² tests.

Keywords:

Out-of-hospital sudden cardiac arrest

Epidemiology

Assessment of professional practices

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : zamparini-g@chu-caen.fr (G. Zamparini).

Results. – Twenty-two patients were excluded (no resuscitation attempt and patients who were transported to hospital with chest compressions only, in the absence of spontaneous circulation). One hundred and twenty-nine sudden cardiac arrests were analyzed: 107 (83%) with medical origin and 22 (17%) with traumatic origin. Direct witnesses were present for 94 (73%) of them. Basic life support actions were begun for 59 (46%) patients and a telephone advice was issued by the medical response team for 47 (36%) of them. After an advanced life support, 74 (57%) patients died on the spot. Of the 55 patients reaching the hospital alive, 39 (71%) died in the intensive care unit and 16 (29%) were discharged alive from hospital, of whom 14 (88%) with a favorable neurological outcome.

Conclusion. – RéAC national registry has allowed us to analyze epidemiological data on out-of-hospital sudden cardiac arrests in our center. This register has also allowed us to highlight areas for improvement. They should be taken into account to improve our medical practices.

© 2014 Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar). Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Abréviations

AC	arrêt cardiaque
FV	fibrillation ventriculaire
GES	gestes élémentaires de survie
IOT	intubation orotrachéale
RACS	retour à une activité cardiaque spontanée
RéAC	registre électronique des arrêts cardiaques
Samu	service d'aide médicale urgente
SCA ST+	syndrome coronarien aigu avec sus-décalage du segment ST
Smur	structure mobile d'urgence et de réanimation
TV	tachycardie ventriculaire

2. Introduction

La prise en charge de l'arrêt cardiaque (AC) est un enjeu majeur de santé publique. Aux États-Unis (281 millions d'habitants), on estime que 155 000 personnes présenteront un AC durant une année civile, dont 60 000 rythmes en fibrillation ventriculaire (FV) [1]. La survie globale est de 8,4 % ; 17,7 % si le patient présente une FV [1]. En Europe (729 millions d'habitants), il existe un registre européen des arrêts cardiaques (EuReCa) qui retrouve une disparité en termes d'incidence, de réanimation et de survie globale en cas d'AC [2]. On estime à 275 000/an le nombre d'AC (dont 123 000 FV/an) [3]. La survie y est de 10,7 % (tous rythmes confondus) et 21 % en cas de FV [3].

En France, on estime entre 40 000 et 50 000 le nombre de morts subites. Une étude multicentrique française ayant inclus 2894 patients victimes d'un AC extrahospitalier a été publiée en 2008 [4]. Il existait 2396 asystolies (83 %), 267 rythmes choquables (9 %) et 231 rythmes spontanés et efficaces (8 %) [4]. Il n'existe pas d'autre étude qui se soit intéressée précisément aux données épidémiologiques françaises relatives à cette pathologie.

Cette hétérogénéité mondiale et européenne a conduit depuis janvier 2012 à la création d'un registre national français sur l'arrêt cardiaque, baptisé « RéAC ». L'objectif de ce registre est de recenser et d'analyser de manière statistique l'ensemble des données épidémiologiques relatives à la prise en charge des AC extrahospitaliers sur l'ensemble du territoire français (métropole et DOM-TOM). Ce registre est destiné à tous les praticiens ayant une activité dans les urgences préhospitalières (Samu/Smur). La participation est volontaire, déclarative, mais doit être exhaustive. C'est dans cette démarche globale que s'est inscrit notre centre (Samu 14–Smur de Caen), de mars 2012 à mars 2013, afin de

dresser un état des lieux relatif à l'épidémiologie et à la prise en charge des AC dans le Calvados.

3. Patients et méthodes

Notre étude s'est déroulée de mars 2012 à mars 2013, après accord du comité d'éthique local. Elle s'inscrivait dans une étude nationale multicentrique initiée par le groupe de recherche RéAC.

3.1. Critères d'inclusion et de non-inclusion

Était inclus de manière prospective et observationnelle tout AC extrahospitalier pris en charge par le Smur de Caen. Cela représentait une superficie de 3400 km² autour de Caen et une population estimée à 250 000 habitants.

N'était pas inclus dans cette étude :

- tout AC extrahospitalier pour lequel aucune réanimation médicale spécialisée n'était entreprise par l'équipe du Smur de Caen ;
- tout AC ayant bénéficié d'un transport dit « à cœur arrêté » en vue de la pose d'une assistance circulatoire à visée thérapeutique, en urgence, au bloc opératoire.

3.2. Renseignement des données

Toutes les données de l'étude ont été renseignées dans le registre informatique RéAC.

Les principales variables quantitatives analysées sont résumées dans la Fig. 1. Par convention, T₀ correspondait à l'heure supposée de l'AC, T₁ correspondait à l'heure de l'appel des premiers secours et T₂ à l'arrivée du Smur sur les lieux de l'AC. Le *no-flow* correspondait à la période pendant laquelle le débit cardiaque était nul (et donc, par définition, avant la réalisation de toute réanimation cardiopulmonaire (RCP) par un tiers). Le *low-flow* était défini par la période de bas débit cardiaque (c'est-à-dire, entre le moment où une RCP était débutée, et le retour à une activité cardiaque spontanée). Ces deux variables sont exprimées en minute(s) dans le texte. D'autre part, nous avons séparé la réanimation de l'AC en deux temps. Le premier se déroulait entre l'heure supposée de l'AC (T₀) et l'arrivée du Smur sur les lieux de l'événement (T₂) et était défini par le terme de « réanimation non médicalisée ». Le second, dit « réanimation médicalisée », se déroulait de T₂ jusqu'au retour à une activité cardiaque spontanée (RACS) ou le constat du décès du patient par le médecin. La survie à court terme était définie par la survenue d'un RACS en préhospitalier.

Pour chaque AC, plusieurs variables qualitatives étaient recueillies en rapport :

- avec le patient, la tierce personne témoin de l'AC et l'anamnèse précédant l'AC ;

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2745164>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2745164>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)