

Article original

Évolution de la prise en charge interventionnelle et des délais de reperfusion à la phase aiguë de l'infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST

Evolution of the interventional reperfusion strategy and reperfusion times in acute ST-segment elevation myocardial infarction

S. Azzaz^a, C. Charbonnel^a, B. Ajlani^a, G. Cherif^a, R. Convers^a, E. Blicq^a, S. Augusto^a, G. Gibault-Genty^a, N. Baron^a, M. Koukabi^b, S. Almeida^a, A. Vienet-Legué^a, S. Da Costa^c, G. Galuscan^a, J. Schwob^a, B. Livarek^a, J.-L. Georges^{a,*}

^a Unité de soins intensifs cardiologiques et cardiologie interventionnelle, service de cardiologie, hôpital André-Mignot, 177, rue de Versailles, 78157 Le Chesnay cedex, France

^b Service d'accueil des urgences, hôpital André-Mignot, 78157 Le Chesnay, France

^c SAMU 78/SMUR, hôpital André-Mignot, centre hospitalier de Versailles, 78157 Le Chesnay, France

Reçu le 24 juillet 2015 ; accepté le 3 septembre 2015

Disponible sur Internet le 9 octobre 2015

Résumé

Contexte. – Chez les patients traités par angioplastie primaire pour infarctus du myocarde avec sus-décalage du ST (IDMST+), les objectifs recommandés de délais (premier contact médical-inflation du ballon (M2B) < 120 ou < 90 min, arrivée en salle de coronarographie-ballon (D2B) < 45 min) sont atteints chez moins de la moitié des patients.

Objectif. – L'objectif de ce travail est d'analyser l'évolution entre 2007 et 2012 de la stratégie de reperfusion et des délais de prise en charge des patients avec IDMST+ adressés pour angioplastie primaire dans les 12 heures suivant le début des symptômes.

Méthodes. – L'étude a inclus rétrospectivement 182 patients, 87 admis entre février 2007 et mars 2008 (période 1) et 95 entre janvier et décembre 2012 (période 2). Les caractéristiques de la procédure interventionnelle et les différents délais de reperfusion ont été mesurés et comparés par tests non paramétriques.

Résultats. – Comparativement à la période 1, la période 2 est associée à l'utilisation plus fréquente de la voie radiale, de la thromboaspiration et des stents actifs, et à une diminution de la fréquence des chocs cardiogéniques. Le délai médian premier contact médical-inflation du ballon (M2B) a diminué de 26 % (135 min, [quartiles : 113–183] en 2007 versus 100 min [76–137] en 2012 ; $p < 0,001$), par baisse conjointe des délais préhospitaliers et des délais en salle de coronarographie (D2B passant de 51 [44–65] à 44 min [37–55] ; $p < 0,01$).

Conclusions. – Les délais « porte-ballon » et « premier contact médical-ballon » ont significativement diminué dans notre centre entre 2007 et 2012, et sont inférieurs aux seuils recommandés dans > 60 % des cas. Ceci peut traduire une meilleure coordination entre les services d'urgence et de cardiologie, une meilleure organisation, et la présence réglementaire de deux paramédicaux en astreinte au lieu d'un depuis 2010.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Infarctus aigu du myocarde ; Angioplastie primaire ; Délai ; Reperfusion ; Indicateurs de qualité

Abstract

Background. – In patients with acute ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI) treated with primary percutaneous coronary intervention (pPCI), the recommended times (first medical contact-to-balloon (M2B) < 120 or < 90 min, and door-to-balloon (D2B) < 45 min) are reached in less than 50% of patients.

Purpose. – To compare the interventional reperfusion strategy and reperfusion times between two series of consecutive STEMI patients referred for pPCI within 12 hours of symptom onset, in 2007 and 2012.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jgeorges@ch-versailles.fr (J.-L. Georges).

Methods. – Retrospective study of 182 patients, 87 admitted from January 2007 to March 2008 (period 1), and 95 admitted from January to December 2012 (period 2). The procedural characteristics and the different times between onset of pain and mechanical reperfusion were gathered and compared by non-parametric tests.

Results. – Radial access, thromboaspiration, and drug eluting stents were more frequent, and cardiogenic shock was less common during period 2, compared with the period 1. The median time from first medical contact to balloon (M2B) decreased by 26% (135 min, [quartiles: 113–183] in 2007 versus 100 [76–137] in 2012, $P < 0.001$), in relation to the reduction in both prehospital times and time in the catheterization laboratory (D2B: 51 [44–65] and 44 min [37–55], respectively, $P < 0.01$).

Conclusions. – The D2B and M2B times significantly decreased in our centre between 2007 and 2012, and reached the recommended values in >60% of the cases. This may be explained by better coordination between emergency medical units and interventional cardiologists, and by the presence of two paramedics in the catheterization laboratory for 24/24 7/7 pPCI since 2010 in France, in accordance with recent national regulation. © 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Myocardial infarction; STEMI; Primary PCI; Reperfusion; Door-to-balloon time; Quality indicators

1. Introduction

L'angioplastie coronaire percutanée urgente en première intention (ICP primaire) a été validée comme traitement de premier choix en phase aiguë d'infarctus du myocarde aigu (IDM) avec sus-décalage du segment ST (ST+) car elle a montré sa supériorité sur la thrombolyse hospitalière et préhospitalière, sous réserve qu'elle soit mise en œuvre sans retard [1–4]. En effet, il existe une relation entre la précocité de la reperfusion coronaire, la limitation de la taille de l'infarctus et le pronostic à court et moyen termes [5]. En 2008, l'ICP primaire était recommandée dès qu'elle paraissait réalisable dans les 120 minutes suivant le premier contact médical (ECG qualifiant) [6], ce délai étant abaissé à 90 minutes dans les recommandations américaines [7] et en cas d'IDMST+ vu tôt, de topographie antérieure, ou mal toléré hémodynamiquement pour les recommandations de la Société européenne de cardiologie (ESC) [6]. En 2012, les recommandations européennes confirment qu'en cas d'ICP primaire, le délai entre le premier contact médical (PCM) et l'insertion du guide dans l'occlusion coronaire doit être préférentiellement inférieur à 90 minutes (acceptable dans les 120 min), et dans les centres disposant de l'ICP 24 heures sur 24, le délai entre la porte du centre et l'angioplastie doit être de 60 min ou moins [1].

Les délais de prise en charge pré- et intra-hospitalière, en particulier en salle de coronarographie, deviennent donc des indicateurs importants de la qualité de la prise en charge des patients souffrant d'IDMST+ et de la performance des organisations. La plupart des registres ou observatoires français [8–15] indiquent que, malgré une organisation et des moyens importants mis en œuvre, associant SAMU-centre 15, SMUR, services d'accueil des urgences maillant tout le territoire, permanence de cardiologie interventionnelle 24 h/24 et 7 j/7 (24/7) dans la quasi-totalité des centres équipés, campagnes d'information pour le public, moins de 50% des patients traités par ICP primaire en France ont une reperfusion dans les délais recommandés.

L'analyse détaillée des différents délais de prise en charge de l'IDMST+ dans notre centre avait montré qu'un tiers des patients satisfaisaient un délai « premier contact médical-inflation du ballon » (M2B) inférieur à 120 minutes, les délais supplémentaires étant essentiellement liés à la phase préhospitalière, mais

également à la phase intra-hospitalière, y compris en salle de coronarographie [16]. L'objectif de cette étude rétrospective est de comparer deux séries de patients admis pour coronarographie de première intention dans les 12 heures suivant la survenue d'un IDMST+ à 5 années d'intervalle (2007–2012), afin d'analyser l'évolution de leur prise en charge, et plus particulièrement des délais de reperfusion.

2. Matériel et méthodes

2.1. Population

Ont été inclus dans l'étude tous les patients consécutifs admis au centre hospitalier de Versailles (CHV) entre le 1^{er} février 2007 et le 30 mars 2008 (période 1) et ceux admis entre le 1^{er} janvier 2012 et 31 décembre 2012 (période 2) pour un IDMST+ évoluant depuis moins de 12 heures et adressés en urgence pour une coronarographie de première intention, y compris ceux compliqués de choc cardiogénique ou d'arrêt cardiaque préhospitalier. Les patients avec IDMST+ dont les symptômes dataient de plus de 12 heures ou n'étaient pas datables ont été exclus. Lors des deux périodes, les patients inclus ont été adressés selon trois circuits principaux :

- patients adressés directement en coronarographie par le SAMU/SMUR (SMUR primaire) ;
- patients adressés en coronarographie en provenance du service d'accueil des urgences (SAU) du CHV ou par un autre service d'hôpital, USIC incluse ;
- patients adressés en coronarographie par un SAU d'un autre centre de proximité ne disposant pas de salle de coronarographie et transférés via le SAMU (SMUR secondaire).

2.2. Recueil des variables

Les différentes variables, recueillies à partir des dossiers médicaux, bordereaux de transport SAMU/SMUR, comptes rendus de coronarographie/angioplastie (Cardioreport[®], Medi-report Inc., Paris, France) et des dossiers informatisés utilisés au CHV, ont été les suivantes : l'âge, le sexe, la topographie de l'IDM, le choc cardiogénique initial (classification Killip),

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2868448>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2868448>

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