

Article original

Évaluation départementale des délais de reperfusion des syndromes coronariens aigus avec élévation du segment ST en fonction de la filière de recours aux soins

Departmentwide evaluation of reperfusion delays in acute coronary syndromes with ST segment elevation (STEMI) depending on the management of prehospital health care chain

M. Loirat, L. Orion, P. Fradin, J. Dimet, E. Boiffard*

Centre hospitalier départementale Vendée, Les Oudairies, 85925 La Roche-sur-Yon cedex 9, France

Reçu le 28 juillet 2013 ; accepté le 12 août 2013

Disponible sur Internet le 2 septembre 2013

Résumé

Introduction. – Le syndrome coronarien aigu ST+ (SCA ST+) reste une cause de morbi-mortalité importante en France, directement corrélée au délai de prise en charge du patient et à la précocité de la revascularisation. Or le délai de reperfusion est lié au parcours du patient jusqu'à la revascularisation.

Méthodes. – Pour évaluer les pratiques départementales, nous avons réalisé une étude rétrospective, monocentrique sur les SCA ST+ pris en charge sur quatre années (2008–2011) au CHD de La Roche-sur-Yon en comparant les délais de reperfusion dans deux groupes : les patients ayant emprunté la filière recommandée = filière Directe (Appel 15->Smur->coronarographie ou soins intensifs) et les patients ayant emprunté une autre filière = filière Longue.

Résultats. – Sur 838 patients ayant présenté un SCA ST+, 356 (soit 42,5 %) ont emprunté la filière recommandée. Le délai moyen de reperfusion dans le groupe filière Directe est de 4,28 heures ($\pm 3,12$) alors qu'il est de 6,17 heures ($\pm 4,82$) dans le groupe filière Longue. Il y a une différence significative de 1,9 heures ($p < 0,001$) entre les deux groupes. Sur 186 patients ayant consulté un médecin généraliste, 40,3 % des patients n'ont pas été pris en charge par le Samu.

Conclusion. – Ces résultats doivent conduire à une amélioration des pratiques, une poursuite de la formation médicale continue auprès de tous les intervenants de la filière et à une information des patients pour raccourcir au maximum les délais de reperfusion.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Syndrome coronarien aigu ST+ ; Reperfusion ; Vendée ; Registres ; Filière ; Fast-MI ; Stent for Life

Abstract

Introduction. – Acute coronary syndrome with ST segment elevation (STEMI) remains a major cause of morbidity and mortality in France, directly correlated with the time management of the patient to achieve reperfusion of the artery as early as possible. But the delay of reperfusion is related to the course that will take the patient to the revascularization.

Methods. – To make an observation of departmental practices, we conducted a retrospective monocentric study on the STEMI supported on 4 years in the Departmental Hospital of La Roche-sur-Yon by comparing the time of reperfusion in two groups: patients who used the recommended chain = diRect chain (Call the emergency number–specialist mobile emergency unit–Cardiac intensive care unit or cardiac catheterization laboratory), and patients who used another chain = Long chain.

Results. – On 838 patients with STEMI, 356 (42.5%) used the Direct chain. The average time of reperfusion in the Direct chain group is 4.26 hours (± 3.12), 6.17 hours (± 4.82) in the Long chain group. There is a significant difference between the two groups of 1.9 hours ($P < 0.001$). Of 186 patients who consulted a general practitioner, 40.3% of patients were not supported by the mobile emergency unit.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : emmanuel.boiffard@chd-vendee.fr (E. Boiffard).

Conclusion. – These results should lead to improved practices, to carry on continuing medical education with all actors in the chain and patient information to shorten up the time of reperfusion.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: ST elevation myocardial infarction; Revascularization; Vendée; Registries; Chain; Fast-MI; Stent for Life

1. Introduction

Le syndrome coronarien aigu avec (SCA ST+) ou sans (SCA non ST+) sus-décalage du segment ST est une des premières causes de mortalité en France, les maladies cardiovasculaires étant la deuxième cause de décès dans les pays industrialisés [1]. Chaque année en France, plus de 100 000 patients sont victimes d'un SCA ST+ sans qu'ils soient tous hospitalisés. Malgré les importants progrès des 20 dernières années, la mortalité liée à un SCA ST+ hospitalisé reste de 13 % dont 7 % à la phase aiguë [2]. Les dernières données du registre FAST-MI sont cependant plus encourageantes avec une mortalité de 4,4 % à 30 jours [3]. La prise en charge s'appuie sur des structures pré-hospitalières (Samu/Smur et SOS médecin), sur des unités de soins intensifs cardiologiques (USIC) et des salles d'angioplastie qui ont contribué à l'amélioration du pronostic vital [4]. La précocité de la prise en charge est déterminante pour réduire la morbi-mortalité [5–8]. Le délai entre le premier contact médical et le début de la reperfusion dépend de la coordination entre tous les acteurs depuis le domicile jusqu'en cardiologie. Le recours à la prise en charge pré-hospitalière et l'optimisation des réseaux locaux inter-hospitaliers sont indispensables [9–11]. La stratégie actuelle a pour objectif la reperfusion rapide par thrombolyse intraveineuse ou par angioplastie coronaire primaire pour diminuer la mortalité et les risques de complications [12–16]. Il y a plusieurs composantes au délai de reperfusion [17,18] :

- le délai patient : il s'agit du délai entre le premier symptôme et le premier contact médical. Pour diminuer au maximum ce délai, le public doit être alerté sur les symptômes d'un SCA et savoir appeler les secours au plus vite ;
- le délai entre le premier contact médical et le diagnostic ECG : le but est de réduire ce délai à 10 minutes ;
- le délai entre le premier contact médical et la reperfusion : en fonction de ce délai estimé (précisément le délai entre le premier contact médical et la salle de coronarographie), le type de stratégie de reperfusion sera choisi.

Une prise en charge pré-hospitalière par une équipe médicalisée est indispensable pour optimiser les délais de prise en charge mais également pour prévenir des complications potentielles pouvant survenir à la phase aiguë comme l'insuffisance cardiaque, l'état de choc, les troubles du rythme et de conduction. C'est pourquoi la filière de prise en charge par le SMUR est la filière recommandée.

Les études prospectives randomisées constituent la base de la médecine fondée sur les preuves, ou « médecine factuelle ». Pourtant, les contraintes méthodologiques imposées par de telles études sont telles qu'elles ne peuvent inclure qu'une très faible proportion des malades présentant la maladie qu'elles ont pour

objet d'étudier. Les registres offrent 2 types de renseignements : d'une part, des données épidémiologiques sur la pathologie considérée ; d'autre part, des données scientifiques sur l'impact de telle ou telle approche thérapeutique sur le pronostic de cette pathologie [19]. Il existe 2 registres nationaux sur le syndrome coronarien en France actuellement.

1.1. Le registre Stent For Life

Cet observatoire français a été mis en place durant le mois de novembre 2010 puis 2011, sous forme d'un registre dans lequel ont été consignées les modalités de prise en charge des patients présentant un SCA ST+ au cours des 48 premières heures dans 5 départements pilotes représentatifs. Les premiers résultats ont mis en évidence des dysfonctionnements : mauvais réflexes de 50 % des patients qui n'appellent pas le 15, un taux d'angioplastie primaire trop faible, trop d'intermédiaires dans le circuit de prise en charge. Dans l'intervalle des 2 études, des campagnes d'information ont été réalisées. Les résultats de 2011 ont montré des résultats satisfaisants pour le taux de reperfusion puisque seulement 9,5 % (contre 14 % en 2010) des patients n'ont pas été reperfusés. Cependant, en termes de prise en charge, l'évolution est décevante puisqu'on note seulement 47 % d'appels au 15. Les campagnes d'information n'ont donc pas eu la répercussion escomptée [20,21].

1.2. Le registre FAST-MI

Le registre FAST-MI est tenu tous les 5 ans depuis 1995, en France, sur des patients admis pour SCA ST+. Le recueil se déroule sur un mois pour évaluer prise en charge et devenir [3]. Les résultats de 2010 ont montré un taux de reperfusion de 78 % (avec 64 % d'angioplastie primaire), soit en amélioration constante depuis 1995 [22,23]. Afin d'évaluer les pratiques locales, un registre est tenu depuis 2008 au CHD de La Roche-sur-Yon. L'analyse du registre de Vendée a pour objectif, entre autres, de mesurer le délai de reperfusion.

2. Patients et méthodes

C'est une analyse de cohorte, rétrospective, monocentrique (centre hospitalier de La Roche-sur-Yon) de 2008 à 2011. Tous les patients ayant présenté un SCA ST+ pris en charge sur le CHD de La Roche-sur-Yon entre le 1^{er} janvier 2008 et le 31 décembre 2011 ont été enregistrés dans un registre tenu par le service de cardiologie de La Roche-sur-Yon. L'analyse de ce registre a été faite de façon rétrospective sur 4 années. À chaque admission d'un patient pour SCA ST+, une fiche de renseignement a été remplie par une infirmière de recherche clinique et validée secondairement après relecture du dossier par un cardiologue senior. Les informations recueillies concernent

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2868907>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2868907>

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