

Article original

Facteurs associés à la réalisation d'une coronarographie précoce en présence d'un syndrome coronarien aigu sans sus-décalage du segment ST. Résultats d'une étude multicentrique

Factors associated with early invasive strategy in patients with acute coronary syndrome. A multicenter study

L. Belle ^{a,b,*}, J. Labarere ^c, O. Meunier ^a, V. Amon ^a, M. Fourny ^c, H. Bouvaist ^d, O. Guenot ^e,
V. Hugon ^f, P. Broin ^g, P. Fromage ^h, C. Haddad ⁱ, P. François ^c

^a Réseau des urgences coronariennes (RESURCOR), réseau nord-alpin des urgences, centre hospitalier de la région d'Annecy, BP 2333, 74011 Annecy, France

^b Service de cardiologie, centre hospitalier de la région d'Annecy, BP 2333, 74011 Annecy, France

^c Unité d'évaluation médicale, centre hospitalier universitaire, Grenoble, France

^d Service de cardiologie, centre hospitalier universitaire, Grenoble, France

^e Service de cardiologie, clinique Belledonne, Grenoble, France

^f Service de cardiologie, centre hospitalier, Chambéry, France

^g Service de cardiologie, centre hospitalier intercommunal, Sallanches, France

^h Service de cardiologie, centre hospitalier intercommunal, Annemasse, France

ⁱ Service de cardiologie, centre hospitalier, Saint-Jean de Maurienne, France

Disponible sur internet le 27 septembre 2005

Résumé

Objectif. – Identifier les facteurs associés à la réalisation d'une coronarographie précoce dans les 48 heures suivants l'admission des patients avec un syndrome coronarien aigu sans sus-décalage du segment ST (SCA).

Méthode. – Registre temporaire des patients admis pour un SCA (douleur thoracique de repos associée à une élévation des enzymes cardiaques ou à un électrocardiogramme évocateur) entre le 1^{er} janvier et le 31 mars 2005 dans sept établissements de l'arc alpin dont trois avaient une salle de cardiologie interventionnelle.

Résultats. – Des 264 patients évalués, 208 étaient éligibles et ont été analysés. Quarante-vingt-sept patients (42 %) ont été initialement admis dans un établissement avec cardiologie interventionnelle. Cent dix patients (53 % [46–60]) ont eu une coronarographie précoce. Outre l'admission dans un établissement avec cardiologie interventionnelle, l'élévation des enzymes cardiaques chez les patients admis dans un établissement sans cardiologie interventionnelle était le seul facteur associé à une probabilité augmentée de coronarographie précoce (OR ajusté = 34,5 [4,4–268,0]). La probabilité de coronarographie précoce était réduite chez les patients diabétiques (OR ajusté = 0,4 [0,2–0,9]) et était indépendante du score de risque TIMI. Au cours du séjour hospitalier, six patients (3 %) sont décédés, sept (3 %) ont eu un œdème aigu du poumon, trois (1 %) ont eu un accident hémorragique, et aucun n'a eu d'infarctus avec sus-décalage du segment ST.

Conclusion. – Trois ans après la publication des recommandations internationales, la réalisation d'une coronarographie précoce reste davantage, liée à la présence d'une salle de cardiologie interventionnelle qu'à une réelle évaluation du risque des patients avec un SCA.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Objectives. – To identify the factors associated with early cardiac catheterization in patients with a non ST-segment elevation acute coronary syndrome.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : lbelle@ch-annecy.fr (L. Belle).

Methods. – We analyzed data collected by retrospective chart review for 208 patients presenting at seven French hospitals with an acute coronary syndrome (chest pain at rest within 24 h prior to presentation with positive cardiac markers and/or electrocardiographic changes) between January and March 2005.

Results. – Eighty-seven patients (42%) were first admitted to hospitals with cardiac catheterization facilities. One hundred ten patients (53%, 95% confidence interval [95% CI], 46–60) underwent early cardiac catheterization less than 48 h following presentation. In addition to presentation at hospitals with catheterization facilities, factors independently associated with early catheterization included positive cardiac markers in patients first admitted to hospitals without catheterization facilities (adjusted odds ratio [aOR] 34.5, 95% CI, 4.4–268.0) and diabetes mellitus (aOR, 0.4, 95% CI, 0.2–0.9). With the exception of positive cardiac markers, no risk factors comprising the TIMI risk score were associated with increased odds of early cardiac catheterization. During the index hospital stay, six patients (3%) died, seven patients (3%) had pulmonary edema, three patients (1%) had major or minor bleeding, and none had ST segment elevation myocardial infarction.

Conclusion. – Despite the dissemination of international guidelines, the use of early cardiac catheterization remains related to initial presentation at hospitals with catheterization facilities rather than risk assessment in patients with a non ST-segment elevation acute coronary syndrome.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Syndrome coronarien aigu ; Traitement ; Stratification du risque

Keywords: Acute coronary syndrome; Traitement; Risk stratification

Le syndrome coronarien aigu sans sus-décalage du segment ST (désigné ci-dessous par syndrome coronarien aigu) est une entité nosologique qui regroupe l'angor instable et l'infarctus du myocarde sans sus-décalage du segment ST [1,2]. Il désigne des présentations cliniques différentes d'un même mécanisme physiopathologique mais de pronostic vital et fonctionnel hétérogène [1,2].

Les recommandations européennes et nord-américaines recommandent d'évaluer le risque de décès et de complications encouru par le patient pour guider le praticien dans le choix de la stratégie diagnostique et thérapeutique la plus adaptée [1,2]. Une stratégie invasive précoce, fondée sur la réalisation d'une coronarographie suivie d'une angioplastie et de la mise en place d'un stent si nécessaire, est recommandée chez les patients à risque élevé [1,2]. En effet, trois essais randomisés récents ont démontré la supériorité d'une stratégie invasive dans les 48 heures suivant l'admission comparativement à une stratégie non invasive, à l'aune d'un critère de jugement combinant le décès, la survenue d'un infarctus, un geste de revascularisation, et la réhospitalisation [3–5]. Les analyses en sous-groupes planifiées a priori des essais TACTICS et FRISC II ont, de plus, montré que le bénéfice de la stratégie invasive n'était observé que chez les patients à risque élevé ou intermédiaire [3,4,6].

Plusieurs règles prédictives permettant de stratifier les patients en fonction de leur risque de décès ou de complications à court ou moyen terme ont été dérivées et validées [7–10]. Parmi celles-ci, le score de risque TIMI, qui combine sept variables disponibles à l'admission du patient, est fréquemment utilisé dans la littérature [7]. Ce score a montré une très bonne corrélation avec l'aspect angiographique des lésions coronaires [11]. De plus, dans l'essai TACTICS, un bénéfice significatif de la stratégie invasive précoce était observé chez les patients de niveau de risque intermédiaire ou élevé mais pas chez les patients de faible niveau de risque identifiés par le score TIMI [4].

Des études observationnelles ont montré que, dans la pratique, la réalisation d'une coronarographie précoce dépen-

dait surtout de la présence d'une salle de cardiologie interventionnelle sur le site d'admission du patient [12–14]. Il en résultait une sous-utilisation de la stratégie invasive précoce chez les patients admis avec un syndrome coronarien aigu et notamment chez ceux à risque élevé [1,12,15–18]. Cependant, ces études ont été conduites entre 1999 et 2003, soit avant ou peu de temps après la publication des recommandations internationales et des résultats des essais qui les supportent.

L'objectif de cette étude était d'identifier les facteurs associés à la réalisation d'une coronarographie précoce sur une série récente de patients admis avec un syndrome coronarien aigu. L'hypothèse principale de l'étude était que la réalisation d'une coronarographie dans les 48 heures suivant l'admission des patients était associée au niveau de risque estimé à l'aide du score TIMI ou des variables originelles permettant son calcul.

1. Population et méthode

1.1. Sites d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle multicentrique conduite dans sept hôpitaux de l'arc alpin formé par les départements de la Savoie, de la Haute-Savoie, et du sud du département de l'Isère [19]. Les établissements participants se répartissaient en cinq centres hospitaliers généraux, une clinique privée, et un centre hospitalier universitaire. Trois des sept établissements étaient dotés d'une salle de cardiologie interventionnelle.

1.2. Population

Du 1^{er} janvier au 31 mars 2005, tous les patients admis pour suspicion d'un syndrome coronarien aigu ont été évalués de façon prospective pour inclusion dans l'étude, dans

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2869467>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2869467>

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