

Article original

Prise en charge préhospitalière de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë dans la région sanitaire VI. Évaluation prospective sur l'année 2002

Prehospital management of acute myocardial infarction. Data from a consecutive cohort of 115 patients in a french region in 2002

X. Iriart *, N. Delarche, P. Auzon, M. Denard, G. Estrade

Service de cardiologie, centre hospitalier, 4, boulevard Hauterive, BP 1156, 64046 Pau–Université cedex, France

Reçu le 17 novembre 2004 ; accepté le 5 avril 2005

Disponible sur internet le 11 mai 2005

Résumé

Les modalités de prise en charge de l'infarctus du myocarde (IDM) à la phase aiguë sont en évolution permanente. Loin de vouloir opposer la thrombolyse et l'angioplastie primaire, la complémentarité des deux techniques permet d'obtenir un compromis temps–efficacité très intéressant dans l'optique d'une revascularisation précoce. Nous avons observé la prise en charge de l'ensemble des IDM à la phase aiguë régulés par le Samu 64B durant l'année 2002 dans la région sanitaire VI, afin d'évaluer si elle était conforme aux recommandations internationales. Sur un effectif total de 115 patients, 83 (72,1 %) ont bénéficié d'une tentative de revascularisation à la phase aiguë : 56 (48,7 %) par angioplastie primaire, et 27 (23,4 %) par thrombolyse (92,6 % ayant été effectuées par les Smur en préhospitalier). On a observé 13 échecs (48 %) lors de la tentative de revascularisation par thrombolyse. Tous ces patients ont bénéficié d'une angioplastie de sauvetage dès l'admission à l'hôpital, excepté quatre patients décédés durant le transport. Pour les 14 patients thrombolysés présentant les critères de reperfusion, cinq ont bénéficié d'une angioplastie facilitée dès l'admission, huit ont eu une angioplastie différée et un patient n'a pas eu de coronarographie. Le nombre de thrombolyse est faible dans cette étude, alors qu'elle a permis de gagner en moyenne 62 minutes par rapport à l'angioplastie primaire. Compte tenu des délais incompressibles de l'angioplastie et de la faisabilité de la thrombolyse, ces résultats incitent à proposer plus largement l'association d'une thrombolyse préhospitalière complétée par une angioplastie facilitée.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

The treatment of acute myocardial infarction is in evolution. Several strategies are utilized ranging from thrombolysis to percutaneous angioplasty (PCI), and the combination of both treatments; the latter providing an interesting compromise between treatment delay and efficiency of early myocardial reperfusion. We reviewed the early treatment strategies of acute myocardial infarctions undertaken by Samu in region 6 (south west of France) in 2002. Of a cohort of 115 patients, 83 patients (72.1%) had a revascularisation strategy: 56 (48.7%) had a primary PCI, and 27 (23.4%) had thrombolysis (92.6% being performed in the prehospital treatment). In those undergoing thrombolysis, 13 patients (48%) had ongoing features of ischaemia; excluding 4 patients who died during transport, all had a PCI at the admission in hospital. For the 14 patients with successful thrombolysis, 5 had facilitated PCI at the admission, 8 had a delayed angioplasty and 1 patient did not have angiography. Although the number of patients receiving thrombolysis in this study was small, this treatment was begun 62 minutes before primary PCI. There are important intra and extra hospital delays to the commencement of PCI. The easy utility of thrombolysis together with the potential to PCI argue in favour for a strategy of prehospital thrombolysis associated with a facilitated angioplasty.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Infarctus du myocarde ; Thrombolyse préhospitalière ; Angioplastie primaire ; Samu

Keywords : Myocardial infarction; Prehospital thrombolysis; Primary angioplasty

* Auteur correspondant. Hôpital cardiologique du Haut-Leveque, avenue Magellan, Pessac, France.
Adresse e-mail : xabi.iriart@free.fr (X. Iriart).

1. Introduction

Les modalités de prise en charge thérapeutique de l'infarctus du myocarde (IDM) à la phase aiguë sont en évolution permanente. L'objectif principal reste la repermeabilisation précoce de l'artère coronaire en cause dans l'événement aigu, en assurant au mieux sa perméabilité dans le temps. Depuis une dizaine d'années, les progrès de la pharmacologie et des techniques interventionnelles ont étoffé l'arsenal thérapeutique à disposition des praticiens. Les différentes stratégies thérapeutiques découlent de nombreux essais cliniques de référence qui permettent de définir et d'actualiser les procédures les plus efficaces concernant tout particulièrement la prise en charge préhospitalière de l'IDM à la phase aiguë. L'objectif de cette étude prospective est d'observer la prise en charge préhospitalière et la stratégie de revascularisation des patients ayant un IDM en phase aiguë régulé par le Samu dans la région sanitaire VI durant l'année 2002, afin de définir si elle est en accord avec les recommandations internationales. Il ne s'agit plus désormais d'opposer la thrombolyse et l'angioplastie primaire. Pour affirmer plutôt une complémentarité entre ces deux attitudes, un état des lieux de ce qui est effectué en pratique quotidienne nous a paru nécessaire.

2. Matériel et méthode

2.1. Conditions géographiques

La région sanitaire VI couvre un bassin de population de 365 000 habitants. Un Samu y coordonne trois Smur ayant à leur disposition deux centres de cardiologie interventionnelle (à PAU), et trois pôles à orientation cardiologique (2 à Oloron et 1 à Orthez). Les structures d'Oloron sont situées à 40 km environ des centres interventionnels, et celle d'Orthez à environ 50 km.

2.2. Méthode

Il s'agit d'une étude prospective sur l'année 2002. Tous les patients présentant un IDM à la phase aiguë dont la prise en charge initiale a été effectuée par l'un des trois Smur après appel au Samu 64 B ont été inclus.

Le diagnostic d'IDM en phase aiguë repose sur l'association d'une douleur thoracique typique supérieure à 20 minutes avec, sur l'électrocardiogramme, un sus-décalage du segment ST supérieur à 2 mm dans au moins deux dérivations et une cinétique enzymatique significative rétrospectivement.

Le recueil de données a été constitué par :

- un fichier relevant l'ensemble des éléments cliniques et anamnestiques à la prise en charge ainsi que les contre-indications éventuelles pour une thrombolyse (Tableau 1) ;
- la fiche de régulation du Samu comportant l'heure d'appel, la qualité de la personne appelant, le lieu de survenue de l'infarctus, l'heure du départ et de l'arrivée du Smur sur les lieux, l'heure du bilan médical communiqué par le

Tableau 1
Description de la population

	Total (n = 115) n (%)	Hommes (n = 83) n (%)	Femmes (n = 32) n (%)
Âge > 70 ans, n (%)	57(49,6)	33 (39,7)	24 (75)
Tabac	50 (43,5)	42 (50,6)	8 (25,0)
HTA	55 (47,8)	35 (42,2)	20 (62,5)
Hyperlipidémie	43 (37,4)	34 (41,0)	9 (28,1)
Diabète	15 (13,0)	12 (14,6)	3(9,3)
FDR ≥ 2	50 (43,5)	39 (47)	11(34,4)
Antécédents coronariens	17 (14,7)	16(19,3)	1 (3,1)
Hérédité coronaire	22 (19,1)	16 (19,2)	6(18,75)
Grade Killip 1–2	102 (88,7)	74 (89,1)	28 (87,5)
Grade Killip 3–4	13 (11,3)	9 (10,8)	4 (12,5)
Signes ECG :			
Sus-décalage	112 (97,4)	81 (97,6)	31 (96,9)
Images en miroir	57 (49,6)	41 (49,4)	16 (50,0)
Bloc de branche gauche	3 (2,6)	1 (1,2)	2 (6,3)
Localisation ECG :			
Antérieure	49 (42,6)	34 (41,0)	15 (46,9)
Inférieure	64 (55,7)	48 (49,4)	16 (50,0)
Latérale	2 (1,7)	1 (1,2)	1 (3,1)
Décès	12 (10,4)	8 (9,6)	4 (12,5)
Décès préhospitaliers	5 (4,3)	4 (4,8)	1 (3,1)

médecin du Smur au médecin régulateur du Samu, l'heure du départ des lieux d'intervention et d'arrivée dans la structure hospitalière ;

- le compte rendu d'hospitalisation établissant le diagnostic définitif, la cinétique enzymatique, le compte rendu de la coronarographie ou de l'angioplastie.

3. Analyse statistique

Les résultats sont exprimés en pourcentage ou en écart-type. Les différences entre les groupes ont été comparées de façon univariée avec le test de χ^2 ou le test de Fisher quand les échantillons étaient peu importants. La valeur de $p < 0,05$ a été considérée comme significative.

4. Résultats

Effectifs : en 2002, 149 patients dont l'appel a été régulé par le Samu 64 B ont été pris en charge pour suspicion d'IDM en phase aiguë sur des critères cliniques et électrocardiographiques. Pour 16 patients le diagnostic n'a pas été retenu, et pour 18 autres, il s'agissait d'IDM pris en charge par le Samu pour transport secondaire. Au total, 115 patients présentant un IDM en phase aiguë ont bénéficié d'une prise en charge préhospitalière par les Smur d'Oloron, d'Orthez ou de Pau après appel au centre de régulation du Samu 64 B (80 par le Smur de Pau, 23 par le Smur d'Oloron, 12 par le Smur d'Orthez).

Les principales données cliniques et électrocardiographiques sont résumées dans le Tableau 1. Sept patients (6 %) ont

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9157140>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9157140>

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