

Article original

Comparaison de la prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde dans les établissements de l'arc alpin et les autres établissements français. Résultats de l'étude USIC 2000¹

Variations in the management of patients with acute myocardial infarction in alpine hospitals compared to other French hospitals. Secondary analysis of the USIC 2000 study data

L. Belle ^{a,b,*}, J. Labarere ^c, M. Fourny ^c, J.P. Cambou ^d, N. Danchin ^e

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

^b Service de cardiologie, centre hospitalier de la région d'Annecy, 1, avenue de Tresum, BP 2333, 74011 Annecy, France

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

^d Société française de cardiologie, Paris, France

^e Service de cardiologie, hôpital européen Georges-Pompidou, Paris, France

Reçu le 16 mai 2005 ; accepté le 31 mai 2005

Disponible sur internet le 05 juillet 2005

Résumé

Objectif. – Comparer la prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde entre les patients admis dans les établissements de l'arc alpin et ceux admis dans les autres établissements français qui ont participé à l'étude USIC 2000.

Méthode. – Étude prospective, de type registre, des patients admis pour un infarctus du myocarde (avec ou sans sus-décalage du segment-ST) datant de moins de 48 heures dans 369 unités de soins intensifs en novembre 2000.

Résultats. – Cinquante-cinq patients ont été admis dans neuf établissements de l'arc alpin et 2265 patients dans 360 autres établissements français. Les caractéristiques à l'inclusion ne différaient pas entre les deux groupes, à l'exception de la fréquence d'infarctus avec sus-décalage du segment ST ou bloc de branche gauche moindre chez les patients de l'arc alpin (71 vs 83 %, $p = 0,02$). Moins de patients de l'arc alpin ont été admis dans un établissement équipé d'une salle de cardiologie interventionnelle (42 vs 60 %, $p < 0,01$), même si la fréquence d'angioplastie primaire (20 %) et secondaire (24 %) ne différait pas significativement entre les deux groupes. Les traitements médicamenteux étaient comparables dans les deux groupes à l'exception des traitements par héparine. La mortalité et les complications hospitalières étaient comparables dans les deux groupes mais la mortalité à un an était inférieure chez les patients de l'arc alpin (5 vs 16 %, $p = 0,04$).

Conclusion. – En 2000, les patients de l'arc alpin étaient moins souvent pris en charge dans un centre de cardiologie interventionnelle que ceux du reste du territoire français. Cela a motivé l'implantation d'un centre de cardiologie interventionnelle supplémentaire et d'un réseau d'urgences coronariennes.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Objective. – To compare processes of care for acute myocardial infarction among patients admitted to alpine vs other French hospitals.

Methods. – Prospective observational study of patients with ST-elevation and non ST-elevation myocardial infarction of less than 48 hours hospitalized in 369 intensive care units in November 2000.

* Auteur correspondant.

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

¹ L'étude USIC 2000 a été réalisée grâce au soutien du laboratoire Sanofi-Aventis, Paris (Dr Laurent Vaur, Dr Nathalie Genès).

Results. – Fifty-five patients were enrolled in nine alpine hospitals and 2265 patients in 360 other French hospitals. Patients baseline characteristics did not differ between the two groups with the exception of ST-elevation myocardial infarction which was less frequent in patients admitted to alpine hospitals (71 vs 83%, $P = 0.02$). Patients living in the alpine area were less likely to be admitted to hospitals with on-site cardiac catheterization facilities (42 vs 60%, $P < 0.01$) although the use of primary (20%) and rescue (24%) percutaneous coronary intervention did not differ significantly between the two groups. There were no differences in the use of medical treatments between the two groups with the exception of low-molecular-weight heparin. The risk of in-hospital death and complications did not differ significantly between the two groups while the risk of death at one year was lower in patients admitted to alpine hospitals (5 vs 16%, $P = 0.04$).

Conclusion. – In 2000, a lower proportion of patients living in the alpine area had access to hospitals with cardiac catheterization facilities compared to other French patients. This finding supports the creation of an additional cardiac catheterization laboratory with experienced operators performing percutaneous coronary interventions 24 hours/7 days and the implementation of an emergency medical care network for acute coronary syndromes in the alpine area.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Infarctus du myocarde ; Angioplastie coronaire ; Hôpitaux ; Pratiques cliniques

Keywords: Myocardial infarction; Angioplasty; Transluminal; Percutaneous Coronary; Physician's practice patterns

Les essais randomisés et les méta-analyses d'essais randomisés ont démontré le bénéfice clinique de la réalisation d'une angioplastie coronaire précoce à la phase aiguë de l'infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST. Deux méta-analyses récentes ont conclu à la supériorité de l'angioplastie coronaire primaire par rapport à la thrombolyse, à l'aune de la survie, de la fréquence d'accidents vasculaires cérébraux, et de la fréquence de réinfarctus à moyen et long terme [1,2]. De plus, l'essai GRACIA-1 a montré que la réalisation systématique d'une coronarographie couplée à une angioplastie en cas d'indication, dans les 24 heures suivant une thrombolyse, diminuait significativement la fréquence d'un critère de jugement combinant le décès, la récurrence de l'infarctus, et la réalisation d'un geste de revascularisation à un an, par comparaison à une stratégie non-invasive [3]. Concernant les syndromes coronariens aigus sans sus-décalage du segment ST, plusieurs essais randomisés récents ont montré le bénéfice clinique de la réalisation d'une angioplastie précoce comparativement à une stratégie non invasive [4–7].

En dépit des résultats des essais randomisés, les études observationnelles ont montré que, dans la pratique, la réalisation d'une angioplastie coronaire précoce à la phase aiguë de l'infarctus du myocarde était liée à la présence d'une salle de cardiologie interventionnelle sur le site de prise en charge du patient [8,9].

En France, il existe des disparités régionales notables de la répartition des centres de cardiologie interventionnelle [10]. Ces disparités dans la répartition des centres de cardiologie interventionnelle sur le territoire sont doublées de variations géographiques du nombre annuel d'angioplasties coronaires rapporté au nombre d'habitants [10]. En région Rhône-Alpes, l'arc alpin est un espace à prédominance montagnaise formé des départements de la Savoie et de la Haute-Savoie et du sud du département de l'Isère (secteur sanitaire 4). Sa population compte 1,8 million d'habitants, avec de fortes variations saisonnières liées à l'activité touristique. En 2000, la population de l'arc alpin était desservie par 13 établissements dotés d'une unité cardiologique ou assimilée prenant en charge des patients ayant un infarctus du myocarde et

par deux établissements équipés d'une salle de cardiologie interventionnelle, tous deux situés à Grenoble au sud du département de l'Isère (Fig. 1).

L'objectif de cette étude était de comparer les modalités de prise en charge hospitalière à la phase aiguë de l'infarctus du myocarde entre les patients admis dans les établissements de l'arc alpin et ceux admis dans les autres établissements français qui ont participé à l'étudeUSIC 2000. L'hypothèse principale était que l'accès précoce à un centre de cardiologie interventionnelle était moins fréquent chez les patients admis dans les établissements de l'arc alpin du fait de la situation excentrée des deux centres existant.

1. Population et méthode

1.1. Population

Cette étude est une analyse secondaire de l'étudeUSIC 2000 dont la méthodologie et les principaux résultats ont été publiés par ailleurs [11,12]. Il s'agissait d'une étude observationnelle, prospective, multicentrique, de type registre temporaire, des patients admis en unité de soins intensifs dans les 48 heures d'un infarctus du myocarde, conduite en novembre 2000. Des 443 établissements français prenant en charge des patients avec un infarctus du myocarde, 369 (83 %) ont participé à l'étude, avec une excellente représentativité de toutes les formes d'hospitalisation (hôpitaux généraux, hôpitaux universitaires et cliniques privées). Étaient inclus tous les patients ayant un infarctus du myocarde défini par l'association d'une augmentation des marqueurs biologiques de nécrose (CPK, CPK-MB, ou troponines) et d'une douleur thoracique de 30 minutes ou plus résistante à la trinitrine, ou d'anomalies électriques dans deux dérivations au moins (sus-ou sous-décalage du segment ST d'au moins 0,1 mV, onde Q, ou inversion de l'onde T).

1.2. Informations recueillies à l'inclusion et suivi

Les informations recueillies à l'inclusion et durant toute la phase hospitalière index incluaient les caractéristiques

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9157278>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9157278>

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