

Article original

## Angioplastie coronaire dans un centre de petit volume

### Results of percutaneous coronary intervention in a hospital with a low case load

X. Marcaggi \*, G. Bitar, N. Ferrier, G. Amat

*Service de cardiologie, centre hospitalier de Vichy, boulevard Dénière, 03200 Vichy, France*

Reçu le 10 mars 2005 ; accepté le 31 mai 2005

Disponible sur internet le 01 juillet 2005

#### Résumé

L'efficacité de l'angioplastie coronaire a été évaluée dans un centre de faible volume. En 2003, 669 examens coronaires ont été réalisés dans le service (moyenne d'âge 68 ans, 67 % d'hommes) avec 215 angioplasties. La prise en charge était essentiellement celle des syndromes coronariens aigus pour 99 % avec 37 % d'infarctus du myocarde en phase aiguë. La voie radiale a été utilisée dans 15 % des cas. Pour Anti-GP IIb/IIIa, l'abciximab utilisé exclusivement dans 67 % des cas, le taux d'endoprothèse était de 84 % avec 43,6 % de *stenting* direct. Les résultats angiographiques primaires étaient satisfaisants dans 98 % des cas. Le taux de resténose était de 6 %. La mortalité hospitalière est de 2,8 %. L'angioplastie coronarienne dans un centre de petit volume peut donc être effectuée avec une sécurité et un taux de succès conforme aux données de la littérature.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

#### Abstract

Since efficacy of small volume centers performing coronary and angioplasty is questioned, we present our data for 2003. In 2003, 669 coronary examinations were performed in our unit (average age 68 years, 67% men) with 215 angioplasties. We take charge essentially Acute Coronary Syndroms (99%), with 37% ACS ST + . The radial approach was taken in 15% of cases. We used anti GP IIb/IIIa in 67% of cases (only abciximab), the rate of stenting was 84% with 43.6% of Direct Stenting. The primary angiographic results were good in 98% of cases. The rate of Restenosis was 6%. The hospital mortality was 2.8%. So we think that coronary and angioplasty in a small volume center can be performed with safety and a level of success in accordance with the data of the literature.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

*Mots clés* : Angioplastie coronaire ; Syndrome coronaire aigu ; Centre de cardiologie interventionnelle de petit volume

*Keywords*: Coronary angioplasty; Acute coronary syndrom; Coronary center of small-volume

L'angioplastie coronaire est reconnue désormais comme un traitement efficace de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë [1–6] et sa réalisation précoce dans l'angor instable permet l'amélioration du pronostic des patients à haut risque initial [7–9]. Cela a été surtout démontré dans des centres entraînés et spécialisés réalisant un grand volume d'angioplasties [10–12]. Ainsi, à une époque où ce chiffre seuil d'angioplas-

tie est opposable à tous les centres pratiquant cette technique nous nous risquons à présenter notre rapport d'activité pour l'année 2003.

#### 1. Méthodes

L'unité de cardiologie interventionnelle existe depuis 11 ans dans notre établissement, l'acquisition d'une salle d'angiographie numérisée mixte cardiovasculaire *General*

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [cardiologie@ch-vichy.fr](mailto:cardiologie@ch-vichy.fr) (X. Marcaggi).

*Electric LCV+* depuis quatre ans nous a permis de développer l'angioplastie. L'équipe est constituée d'une infirmière, d'une manipulatrice en radiologie, du médecin réanimateur de garde, et de trois cardiologues poursuivant une activité dans des centres de référence. Il y a une garde 24 heures sur 24, et sept jours sur sept. Une télémédecine intégrée dans le réseau ATHOS régional nous permet de transmettre les séquences significatives au centre hospitalier régional universitaire pour permettre une discussion des cas difficiles. L'objectif est d'offrir la prise en charge la plus complète et la plus rapide aux patients souffrant de syndrome coronarien aigu avec ou sans sus-décalage du segment ST selon les recommandations [13–16]. Les études de fibrinolyse ont souligné depuis longtemps que le bénéfice du traitement de reperfusion diminuait rapidement dans le temps, en particulier après les deux premières heures, il est donc primordial de pouvoir offrir, d'emblée, aux patients les deux méthodes de reperfusion pour éviter la perte de chance due au retard par transferts secondaires.

La politique du service en terme de traitement antithrombotique concomitant est la suivante : traitement par clopidogrel 75 mg par 24 heures après doses de charge de 300 mg, associés à 160 mg d'acétylsalicylate de lysine. L'héparine utilisée est non fractionnée, le bolus est de 65 unités/kg en cas d'utilisation d'abciximab puis une perfusion de 7 unités/kg par heure durant les 12 heures de l'administration de l'anti-GP IIb IIIa. L'abciximab n'est utilisé que lors d'angioplastie aux doses recommandées par le fabricant : bolus 0,25 mg/kg, dix minutes avant, puis perfusion intraveineuse continue de 10 µg/minute pendant 12 heures, avec contrôles hématologiques et de la coagulation itératifs les 24 premières heures. En cas d'angioplastie de sauvetage, il n'est pas réalisé d'injection supplémentaire d'héparine, et s'il est posé un stent, du clopidogrel avec doses de charge est associé à l'aspirine per os. Dans tous les cas, en plus du bolus d'héparine, est administré un bolus de 500 mg d'aspirine intraveineux avant l'angioplastie coronarienne. En cas d'abord fémoral, le désilet est enlevé le plus rapidement possible.

Dans le cas de patient stable, prétraité par aspirine et clopidogrel depuis au moins une semaine, le bolus d'héparine est de 30 unités/kg, suivi deux heures après d'une injection sous-cutanée de 1 mg/kg d'énoxaparine sodique. On n'administre pas de bolus d'héparine si le patient a reçu une injection d'héparine de bas poids moléculaire depuis moins de six heures, ou s'il est hépariné à doses efficaces.

Dans les suites de l'angioplastie pour syndrome coronarien aigu avec sus-décalage de ST, l'héparine à dose efficace est poursuivie au moins 48 heures, et pour syndrome coronarien aigu sans sus-décalage de ST, le traitement est d'au moins 48 heures par enoxaparine sodique à 1 mg/kg par 12 heures, en relais éventuel de l'abciximab et de l'héparine.

## 2. Résultats

En 2003, 669 examens coronaires (Tableau 1) ont été réalisés dans le service avec :

Tableau 1  
Examens coronaires (n = 669)

Type (%)	
Coronographies seules	67
Coronarographies et angioplasties dans le même temps	27
Angioplasties isolées	5
Cathétérismes cardiaques droits isolés	1
Âge moyen (ans)	
Total (33 à 95)	68
Hommes	66
Femmes	71
Sexe (%)	
Hommes	67
Femmes	33
Fraction d'éjection moyenne (%) (n = 305)	58
Antécédents (%)	
Angioplastie coronaire	17
Infarctus du myocarde	15
Pontage coronaire	7
Valvulopathie	4
AOMI	4
Insuffisance rénale	3
AVC	2
Insuffisance respiratoire	1
Chirurgie valvulaire	1
Facteurs de risques artériels (%)	
HTA	29
Dyslipémie	26
Tabac	24
Diabète	18
Hérédité	8
Voie d'abord (%)	
Fémorale	85
Radiale	15
Pourcentage de vaisseaux lésés	
Normal	14
Lésion non significative	9
Monotronculaire	23
Bitronculaire	21
Tritronculaire	22
Tronc gauche	7
Pontage	4

AOMI, artériopathie oblitérante des membres inférieurs ; AVC, accident vasculaire cérébral ; HTA, hypertension artérielle.

- 450 coronarographies seules pour 417 patients ;
- 183 coronarographies et angioplasties dans le même temps ;
- 32 angioplasties isolées ;
- quatre cathétérismes cardiaques droits isolés.

L'âge moyen était de 68 ans, avec 67 % d'hommes.

La fraction d'éjection moyenne était de 58 % pour 305 examens.

Dans les antécédents, 17 % avaient des antécédents d'angioplastie coronarienne, 7 % de pontage coronarien.

Parmi les facteurs de risques artériels, 29 % étaient hypertendus.

Dans 15 %, la voie d'abord était radiale. Quatorze pour cent des coronarographies étaient normales.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9157279>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9157279>

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