

P010 : Devenir des patients présentant un SCA ST+ compliqués d'un arrêt cardiaque à la prise en charge

VIRGINIE BERNARD (1), PIERRE AUBERTAIN (1), LAURIE FRATICELLI (2),
NICOLAS EYDOUX (3), ALEXANDRE GUY (4), PATRICE SERRE (5),
CARLOS EL KHOURY (6, 7), GROUPE OSCAR (7)

Mots clefs

syndrome coronaire aigu, SCA, arrêt cardiaque

Introduction

Les délais de prise en charge conditionnent la stratégie thérapeutique et le pronostic des syndromes coronaires avec sus-décalage de ST (SCA ST+). Qu'en est-il des SCA ST+ d'emblée compliqués d'un arrêt cardiaque (AC) ? Notre objectif est de comparer le devenir des patients compliqués d'un AC à un groupe contrôle.

Matériel et Méthode

De 2009 à 2014, notre registre multicentrique et observationnel a inclus 4694 patients avec un SCA ST+ confirmé. Parmi eux, deux groupes sont comparés : 280 (6%) patients avec AC comme motif de recours principal ou survenant à la prise en charge pré-hospitalière (groupe AC) et 4414 (94%) SCA ST+ transférés vivants en centre de cardiologie interventionnelle (CCI) (groupe contrôle).

Résultats

L'âge médian des patients du groupe AC est de 58 [49-69] ans et du groupe contrôle de 62 [52-74] ans ($p < 0,001$). Le groupe AC se distingue du groupe contrôle par plus de fumeurs actifs, moins d'hypertendus et moins de dyslipidémiques. Il s'écoule 10 [5-45] min pour le groupe AC entre le début des symptômes et l'appel au centre 15, et 45 [20-106] min dans le groupe contrôle ($p < 0,001$), 55 [37-94] min avant le premier contact médical pour le groupe AC et 108 [60-212] min pour le groupe contrôle ($p < 0,001$). Le transfert vers un CCI est de 53 [36-78] min pour le groupe AC et 60 [41-93] min pour le groupe contrôle ($p < 0,001$). La mortalité hospitalière est plus élevée dans le groupe AC (30% vs. 3%, $p < 0,001$) malgré une revascularisation efficace (20% avec TIMI 3 initial, 88% avec TIMI 3 final). La

mortalité à 1 mois parmi les survivants à la sortie est de 5% pour le groupe AC contre 2% pour le groupe contrôle ($p < 0.001$), mais il n'existe pas de différence significative entre les survivants à 1 mois de chaque groupe en terme de mortalité à 1 an ($p = 0.7264$).

Discussion

Malgré une prise en charge précoce et une revascularisation efficace, l'AC survenu à la phase aiguë du SCA ST+ reste de mauvais pronostic.

Conclusion

Pour une prise en charge optimale des patients SCA ST+ avec AC extrahospitalier, il est nécessaire d'identifier et de caractériser les facteurs pronostiques, notamment pré-hospitaliers, afin de regrouper les principaux critères en un score de risque et guider au mieux la prise en charge initiale

-
1. Urgences, Hôpital Edouard Herriot, Lyon, France
 2. réseau des urgences de la vallée du Rhône, RESUVal, CH Vienne, Vienne, France
 3. Cellule de Coordination, Centre hospitalier de Vienne, VIENNE, France
 4. Urgences, H Edouard Herriot, LYON, France
 5. Service d'Accueil des Urgences, Centre hospitalier de Bourg en Bresse, BOURG EN BRESSE, France
 6. Urgences, Centre hospitalier de Vienne, VIENNE, France
 7. réseau des urgences de la vallée du Rhône, RESUVal, CH Vienne, vienne, France