

Impact de l'organisation en réseau sur le recours aux stratégies de reperfusion de l'infarctus aigu du myocarde en préhospitalier.

Auteurs

P. SERRE (1),
 O. CAPEL (2),
 E. FLOCARD (3),
 N. EYDOUX (4),
 A. PEIRETTI (4),
 X. JACOB (5),
 E. BONNEFOY (6),
 C. EL KHOURY (7)

1. SAMU 01, Centre Hospitalier de Bourg en Bresse, BOURG EN BRESSE, France
2. SAMU 69, Hôpital Edouard Herriot, LYON, France
3. RESeau Cardiologie Urgence, RESCUe, Centre Hospitalier Lucien Hussenel, VIENNE, France
4. Cellule de Coordination et de Recherche Clinique, RESeau Cardiologie Urgence, RESCUe, VIENNE, France
5. Service d'Accueil des Urgences, Centre Hospitalier Lyon Sud, LYON, France
6. Soins Intensifs de Cardiologie, Hôpital Louis Pradel, LYON, France
7. Service d'Accueil des Urgences, Centre Hospitalier Lucien Hussenel, VIENNE, France

Introduction

La mise en place d'un réseau de santé sur notre bassin a modifié la prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde en préhospitalier. Nous décrivons à travers cette étude son impact sur l'évolution des stratégies de revascularisation de 2004 à 2010.

Méthodes

Nous avons analysé l'incidence de l'angioplastie coronaire et de la fibrinolyse intraveineuse à partir d'un registre observationnel multicentrique mis en place en 2004, 2005 et 2006 avant l'organisation en réseau de la médecine d'urgence autour des centres de cardiologie interventionnelle (CCI). Nous l'avons de nouveau remis en place en 2008, 2009 et 2010 pour évaluer l'apport de cette organisation.

Résultats

Nous avons inclus un total de 1699 patients pris en charge en SMUR : 256 en 2004, 217 en 2005, 68 en 2006, 450 en 2008, 510 en 2009 et 198 en 2010. 23 % des patients ont bénéficié d'une angioplastie primaire en 2004, 19 % en 2005, 22 % en 2006, 64 % en 2008, 48 % en 2009 et 60 % en 2010 ($p < 0,001$). 62 % des patients ont bénéficié d'une fibrinolyse préhospitalière en 2004, 70 % en 2005, 71 % en 2006, 27 % en 2008, 18 % en 2009 et 26 % en 2010 ($p < 0,001$). Le taux de patients directement transférés en CCI a progressivement augmenté de 63 % en 2004 à 98 % en 2010 ($p < 0,001$). Le délai depuis la douleur jusqu'au contact médical était de 100 min en 2004, 97 min en 2005, 75 min en 2006, 90 min en 2008, 80 min en 2009 et 85 min en 2010 ($p < 0,05$). Le délai depuis le contact médical jusqu'à la fibrinolyse est resté à 20 min de 2004 à 2010, celui jusqu'à la ponction a augmenté sur la même période de façon non significative de 88 min à 97 min.

Conclusion

L'organisation de la médecine d'urgence en réseau autour des CCI explique l'augmentation du recours à l'angioplastie primaire en préhospitalier et la réduction du taux de fibrinolyse. Le taux de transferts directs en CCI est significativement amélioré. Les délais depuis le contact médical jusqu'à la reperfusion, quelque soit la stratégie, semblent incompressibles.

