



La définition d'une procédure commune entre cardiologues et urgentistes dans le cadre d'un réseau de soins améliore la prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde

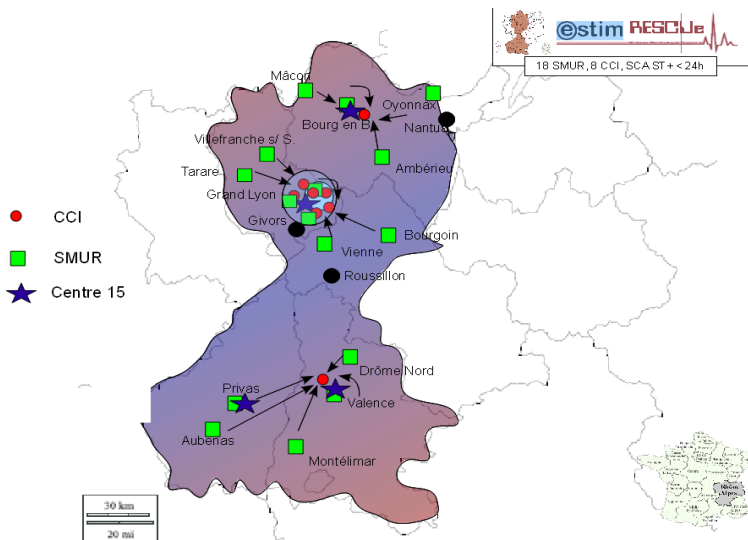
C. El Khoury¹, N. Eydoux², A. Peiretti², O. Capel³, X. Jacob⁴, P. Serre⁵, E. Bonnefoy⁶

Congrès Urgences 2010 - Session poster – mercredi 2 juin 2010 de 9h30 à 10h30

Session Communications libres Médecins – CARDIOLOGIE 1 – mercredi 2 juin 2010 de 10h30 à 12h00 – Niveau 2 – Salle 243

INTRODUCTION

Nous avons cherché à évaluer l'effet sur la prescription médicamenteuse dans l'infarctus aigu du myocarde (IDM), de l'application d'un référentiel régional rédigé en commun entre cardiologues et urgentistes.



RESULTATS

Entre février 2008 et mai 2009, 568 patients présentant un IDM à la phase aiguë de moins de 24 heures ont été inclus par les 18 SMUR et les 8 Centres de Cardiologie Interventionnelle (CCI) de la zone sanitaire du réseau.

- L'aspirine a été administrée dans 97% des cas en 2008, contre 91% seulement en 2005.
- Le clopidogrel a été prescrit dans 87% des cas en 2008, alors qu'il n'était pas administré en 2005.
- Le pourcentage de patients mis sous antalgique passe de 33% en 2005 à 50% en 2008
- Dans le même temps la prescription d'héparine (HNF et HBPM confondues) augmente de 69% à 90%.
- L'utilisation des bêta-bloquants et de la trinitrine intraveineuse baisse respectivement de 5% à 2%, et de 48% à 12% entre 2005 et 2008.

En même temps, 90% des patients ont bénéficié d'une stratégie de reperfusion à la phase aiguë en 2008 contre 86% en 2005.

Un pourcentage similaire de réanimation cardiopulmonaire et de chocs cardiaques externes délivrés est observé entre les deux registres.

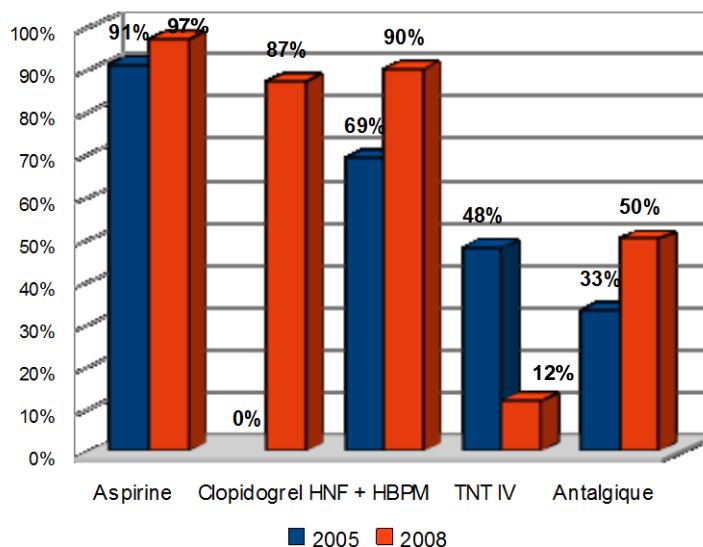
METHODE

Pour optimiser la prescription médicamenteuse à la phase aiguë de l'IDM avec sus-décalage du segment ST, nous avons défini et mis en place un référentiel commun à 30 établissements de santé.

La procédure détaille la démarche thérapeutique et la stratégie de reperfusion à choisir selon le délai d'intervention et le délai de transfert prédit.

Dans le but d'évaluer son impact sur les pratiques, nous avons inclus dans un registre tous les IDM pris en charge en pré-hospitalier sur la zone sanitaire du réseau.

Nous avons comparé les données de ce registre avec celles d'un registre antérieur à la diffusion du référentiel (544 inclusions en 2005).



CONCLUSION

- L'administration des traitements adjuvants est de plus en plus conforme aux recommandations.
- La mise en place d'un référentiel améliore la prise en charge pré-hospitalière des patients à la phase aiguë de l'IDM.
- Notre registre est non seulement un outil d'évaluation mais aussi un instrument à part entière de l'amélioration des pratiques.