

Mortalité des SCA ST+ <12h en fonction du respect des délais d'ATL primaire recommandés et de l'accessibilité au centre de cardiologie interventionnelle (CCI)

Laurent REBILLARD (1), Lionel LAMHAUT (2), Aurélie LOYEAU (3),
Sophie BATAILLE (3), Amandine ABRIAT (4), Yves LAMBERT (5),
Jean-Michel JULIARD (6), Frédéric LAPOSTOLLE (7)

1. SAMU77 SMUR Melun, CH Melun, Melun
2. SAMU de Paris, Hôpital Necker, APHP, Paris
- 3. Service des registres ARS Ile-de-France, AP-HP, Paris,**
4. Département de médecine d'urgence, Brigade des Sapeurs Pompiers de Paris , Paris
5. SAMU 78, Centre Hospitalier de Versailles, Versailles
6. Département de cardiologie, Hôpital Bichat, APHP, Paris
7. SAMU 93, Hôpital Avicenne, APHP, Bobigny

Objectifs



European Heart Journal (2012) 33, 2569–2619
doi:10.1093/eurheartj/ehs215

1. Primary PCI vs PI ?

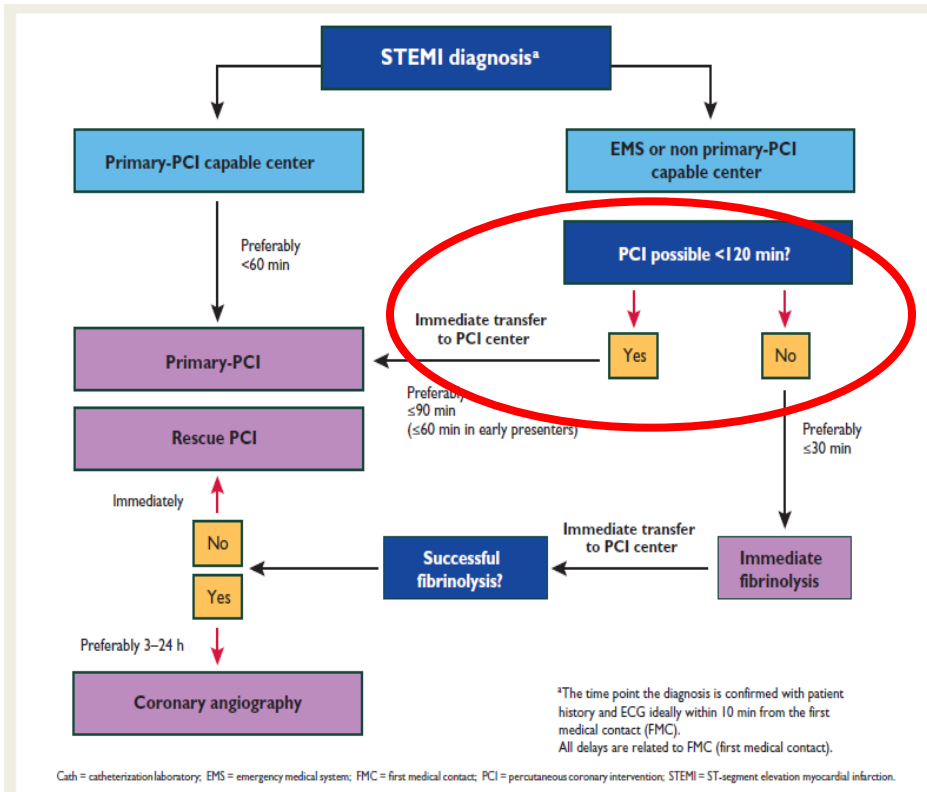


Figure 2 Prehospital and in-hospital management, and reperfusion strategies within 24 h of FMC (adapted from Wijns et al.).⁴

ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation

2. Délais cible et acceptable

Table 10 A summary of important delays and treatment goals in the management of acute ST-segment elevation myocardial infarction

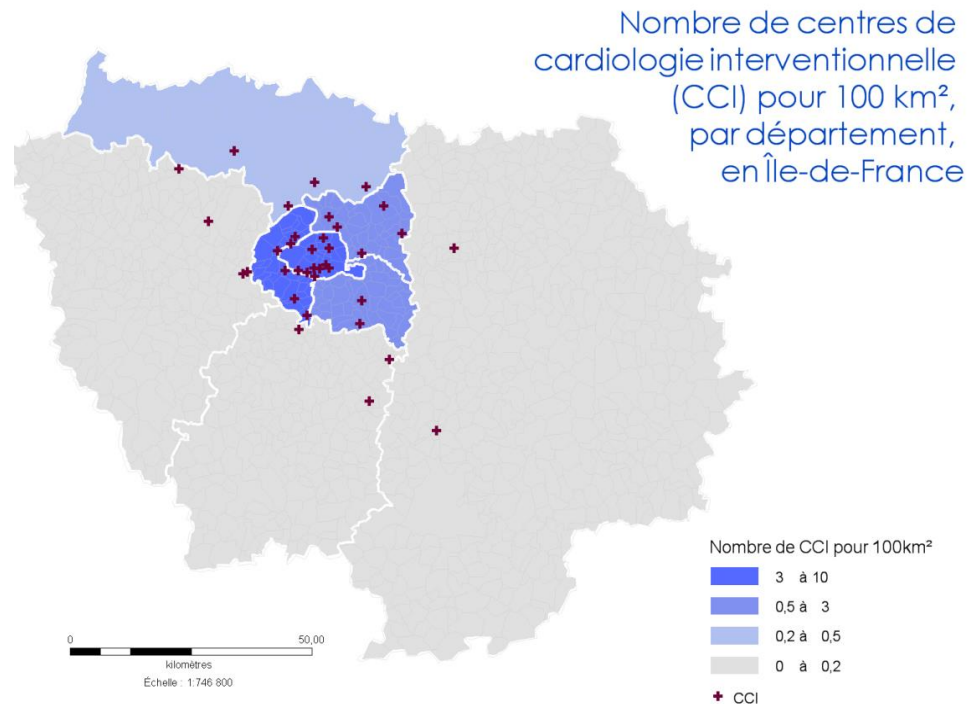
Delay	Target
Preferred for FMC to ECG and diagnosis	≤10 min
Preferred for FMC to fibrinolysis ('FMC to needle')	≤30 min
Preferred for FMC to primary PCI ('door to balloon') in primary PCI hospitals	≤60 min
Preferred for FMC to primary PCI	≤90 min (≤60 min if early presenter with large area at risk)
Acceptable for primary PCI rather than fibrinolysis	≤120 min (≤90 min if early presenter with large area at risk) if this target cannot be met, consider fibrinolysis
Preferred for successful fibrinolysis to angiography	3–24 h

FMC = first medical contact; PCI = percutaneous coronary intervention.

- Evaluer le taux de respect des recommandations
- Evaluer si le non respect des recommandations
 - A un impact sur la mortalité
 - Varie en fonction de l'accessibilité au CCI définie par le nombre de CCI pour 100 km²

Méthode : registre e-MUST

- Recensement de tous les SCA ST+<24h, pris en charge en primaire et en secondaire par les 8 SAMU / 40 SMUR de la région Ile-de-France
- Registre développé depuis 2000 par l'ARS IDF
- 95% des bases de données sont réceptionnées tous les ans
- Contrôle annuel de l'exhaustivité des cas inclus (plus de 90%) et de la qualité des données
- Validation de la mortalité hospitalière par le PMSI
- Particularité de la région IDF : 12 millions d'habitants, 12 000 km², 36 CCI différemment réparties à Paris, en petite couronne et en grande couronne



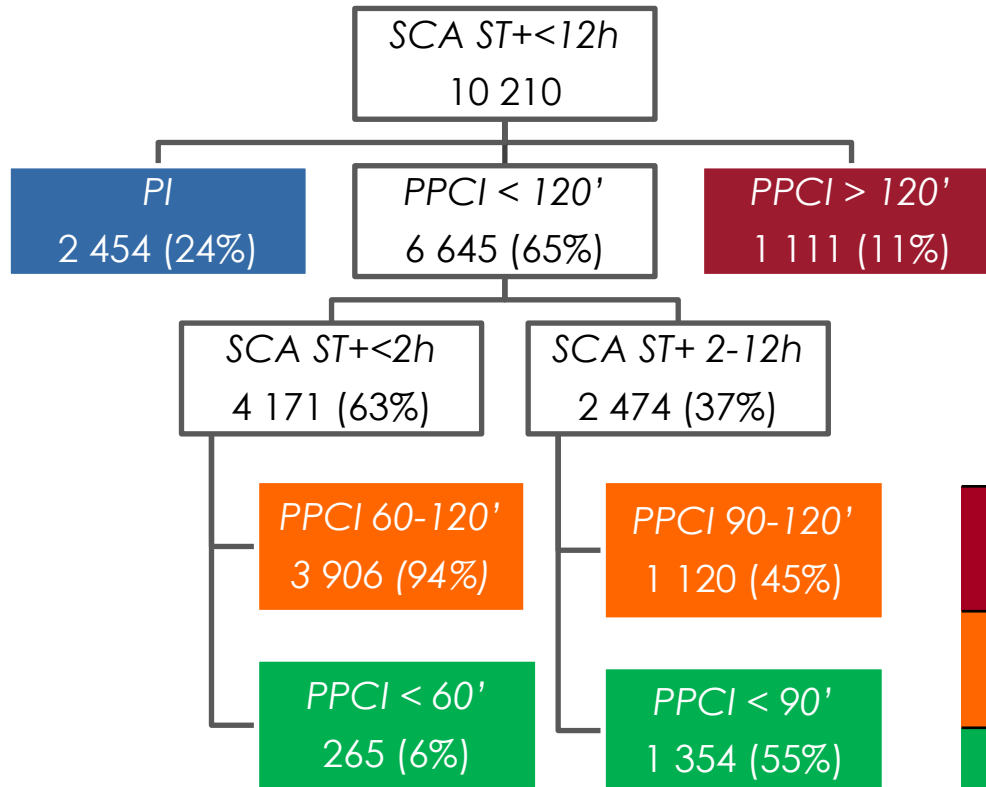
Résultats 1

Sélection de la population

23 451 SCA ST<24h inclus de 2003-2013

- 5 299 **secondaire** (22%)
- 1 386 **sans décision de désobstruction** (7%)
- 1 763 **décision de PPCI sans PCI réalisée** (10%)
- 2 291 **avec 1 délai inconnu ou >12h** (15%)
- 61 **décès pré-hospitaliers** (0,5%)
- 2 441 **avec facteur de gravité** (19%)

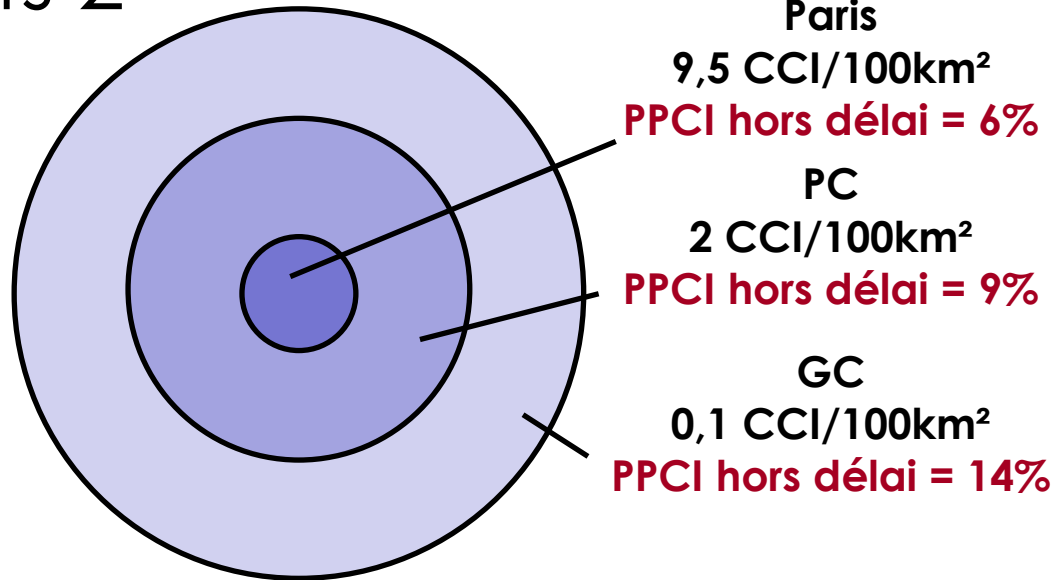
=10 210



	N	Mortalité*	* DM
PPCI hors délai	1.111 (11%)	46 (4,3%)	37 (3%)
PPCI délai acceptable	5.026 (49%)	94 (1,9%)	134 (3%)
PPCI délai cible	1.619 (16%)	28 (1,8%)	44 (3%)

P <0.0001 <0.0001

Résultats 2



Conclusion

- 1. Surmortalité dans le groupe des PPCI > 120'**
 - ⇒ Mieux évaluer le risque de dépasser le délai de 120'
 - ⇒ Reconsidérer la technique PI pour ces patients
- 2. Plus l'accessibilité au CCI est faible plus le taux de PPCI hors délai est élevé**
 - ⇒ Adapter le choix de la stratégies de reperfusion à l'accessibilité en CCI
- 3. Pour les early présenter, la cible de PPCI n'est atteinte que dans 6% des cas**

Merci pour votre attention