

## **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 ?

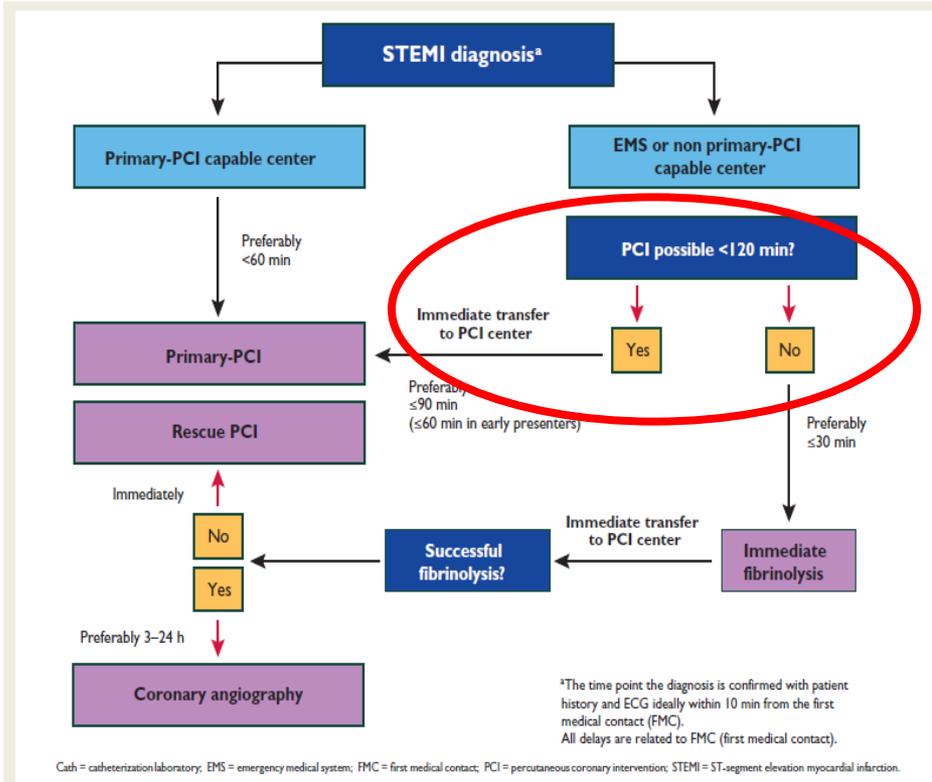


Figure 2 Prehospital and in-hospital management, and reperfusion strategies within 24 h of FMC (adapted from Wijns et al.).<sup>4</sup>

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

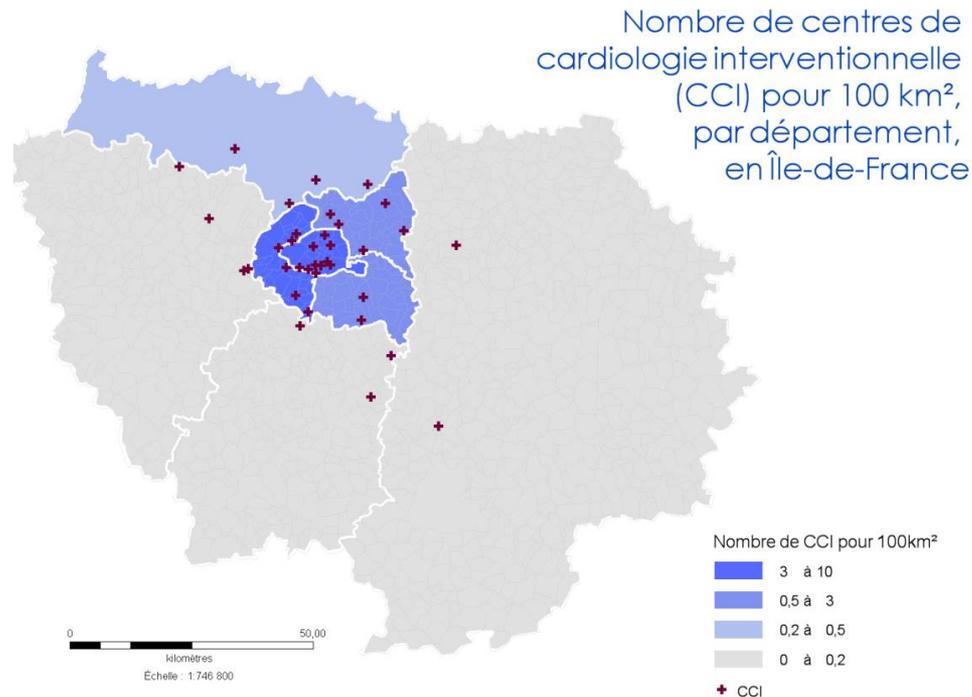
Delay	Target
Preferred for FMC to ECG and diagnosis	≤10 min
Preferred for FMC to fibrinolysis ('FMC to needle')	≤30 min
Preferred for FMC to primary PCI ('door to balloon') in primary PCI hospitals	≤60 min
Preferred for FMC to primary PCI	≤90 min (≤60 min if early presenter with large area at risk)
Acceptable 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 km<sup>2</sup>

# 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 km<sup>2</sup>, 36 CCI différemment réparties à Paris, en petite couronne et en grande couronne



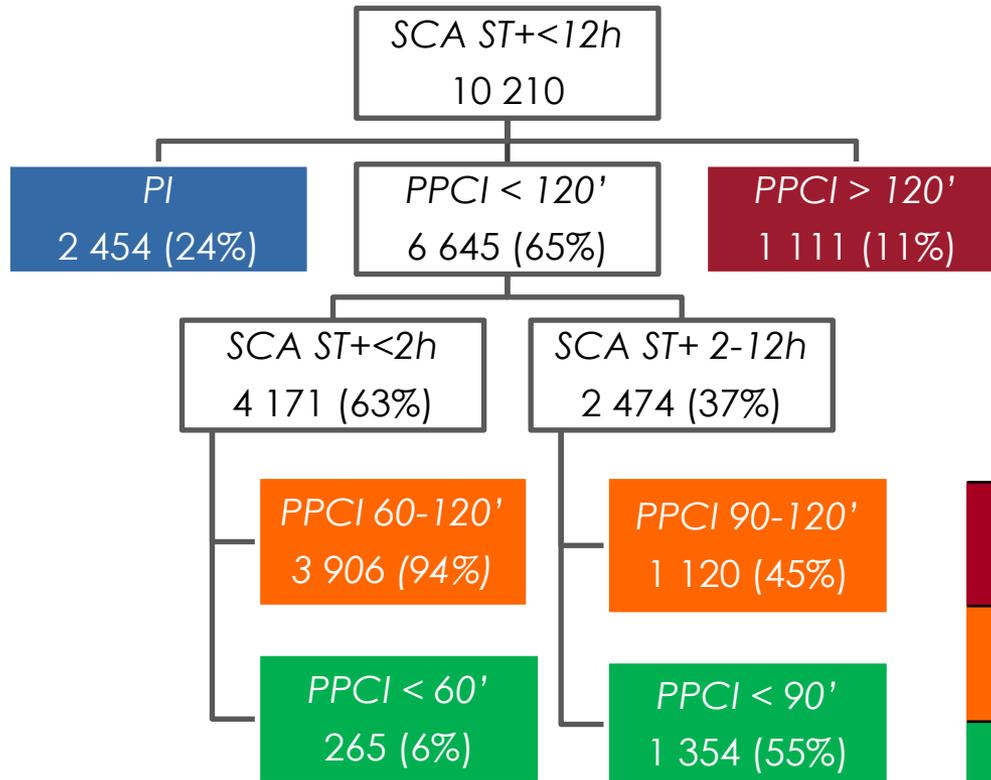
# Résultats 1

## 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%)

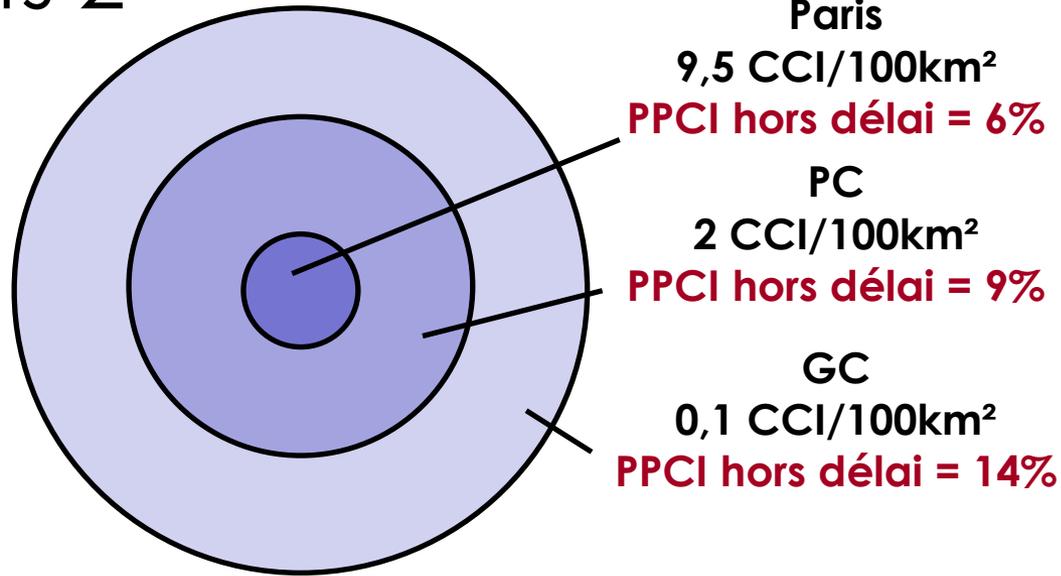
=10 210



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