

Abstracts acceptés pour le Congrès Urgences 2025

#44426 : Risque de réhospitalisation d'une cohorte d'Infarctus aigus du Myocarde (IDM) pris en charge en préhospitalier - Parcours-IDM – Etude SCA-LONG

Anzelin L.	Département Traitement de l'information, GIP SESAN
Rivera C.	Département Traitement de l'information, GIP SESAN
Bataille S.	Département de l'Offre de soin, Agence Régionale de Santé d'Île-de-France
Hanf M.	Département Traitement de l'information, GIP SESAN
Lamhaut L.	Hôpital Necker, Assistance Publique-Hopitaux de Paris
Jost D.	Brigade des Sapeurs Pompiers de Paris
Lambert Y.	Centre Hospitalier de Versailles
Lapostolle F.	Hôpital Avicenne, Assistance Publique-Hopitaux de Paris

Programmation

Mercredi 04 juin - 12:00-13:00 - Salle 352B Zone poster 2

Format Flash communications – Thème Cardiologie 2

Durée prévue : 7 minutes, discussion comprise

Introduction

Si l'impact de la prise en charge préhospitalière des IDM est bien documenté à court terme, peu de données existent sur les conséquences à long terme, en particulier sur la réhospitalisation.

Objectif

Identifier les facteurs associés à la réhospitalisation dans les 5 ans suivant un IDM.

Méthode

Inclusion. Patients du registre régional e-MUST appariés au Système National des Données De Santé (SNDS)

Exclusion. Décès durant l'hospitalisation initiale ; sans date d'hospitalisation initiale retrouvée dans le SNDS;

Période. 2009-2022

Paramètres. 39 facteurs de risque potentiels analysés : antécédents, facteurs de risque, caractéristiques cliniques et modalités de prise en charge pré-hospitalière et hospitalière.

Suivi. Dates de décès, de dernière consommation de soins, de réhospitalisation

Critère de jugement. Réhospitalisation dans les 5 ans

Analyses multivariées. Modèles de Cox

Résultats 10584 patients ont été suivis, d'âge moyen 61 ans, 8204 (78%) hommes; 1284 (12%) décédés dans les 5 ans après la 1ère hospitalisation et 8408 (66%) réhospitalisés dans les 5 ans. Âge avancé,

antécédent de maladie cardiaque, hypertension et de diabète, prise d'anticoagulant, Killip II à IV, arrêt cardiaque préhospitalier, prescription de morphine et réalisation d'une angioplastie étaient des variables identifiées comme facteurs de risque d'une réhospitalisation à 5 ans.

Conclusion

La gravité clinique initiale influence significativement le risque de réhospitalisation à 5 ans après un IDM

Figure : Analyse multivariée avec modèles de Cox sur le risque de réhospitalisation

Variable	RR	lower IC95%	upper IC95%	p-value
Age du patient				
<55 ans	1	-	-	-
55-64 ans	1,102	1,041	1,167	0,0008
65-74 ans	1,349	1,263	1,440	<0,0001
>=75 ans	1,565	1,458	1,681	<0,0001
Année de l'IDM				
2014-2016	1	-	-	-
2017-2018	0,944	0,893	0,999	0,0378
Anti coagulant				
Non	1	-	-	-
Oui	1,399	1,135	1,752	0,0017
Antécédent coronarien perso				
Non	1	-	-	-
Oui	1,110	1,043	1,181	0,00010
Antécédent HTA				
Non	1	-	-	-
Oui	1,056	1,005	1,110	0,0322
Antécédent diabète				
Non	1	-	-	-
Oui	1,197	1,129	1,269	<0,0001
Elément de gravité : Arrêt cardiaque				
Non	1	-	-	-
Oui	0,178	1,008	1,378	0,0397
Elément de gravité : Killip				
I	1	-	-	-
II	1,101	0,990	1,224	0,0765
III et IV	1,239	1,061	1,445	0,0066
Antalgique : Morphine				
Non	1	-	-	-
Oui	1,084	1,024	1,148	0,0055
Angioplastie				
Non	1	-	-	-
Oui	1,149	1,033	1,278	0,0104

#44395 : Impact de l’assouplissements des délais dans les recommandations de 2017 sur la cinétique de prise en charge préhospitalière des SCA ST+. Etude RELAX-SCA

Lambert Y.	Centre Hospitalier de Versailles
Chassaing F.	Département Traitement de l'information, GIP SESAN
Naji N.	Centre Hospitalier de Pontoise
Arnoux B.	Brigade des Sapeurs Pompiers de Paris
Lafay M.	Centre Hospitalier Sud Francilien
Bataille S.	Département de l'Offre de soin, ARS-IDF
Irbouh F.	Département Traitement de l'information, GIP SESAN
Lapostolle F.	Hôpital Avicenne, Assistance Publique-Hopitaux de Paris

Programmation

Jeudi 05 juin - 08:45-10:15 - Salle 252A
 Format Communications Libres Médecins– Syndromes coronariens aigus : mon cœur souffre
 Durée prévue : 10 à 12 minutes, discussion comprise

Introduction

Les recommandations de l’ESC ont effacé en 2017 la notion de ‘early presenter’ et proposé un délai de réalisation d’angioplastie (ATL) de 120 min pour tous les patients. Nous nous sommes demandé si cet allongement du délai (vs 60 min dans les recommandions de 2012) avaient conduit à une dérive des délais de mise en œuvre de l’ATL

Méthode

Source: registre régional incluant tous les patients SCA ST+ <24h pris en charge en préhospitalier de 2003 à 2022

Exclusion: secondaires, traitement par thrombolyse, délais inconnus

Analyse des délais : temps Patient (TPat=douleur-appel), temps Urgentiste (TUrg=appel-hôpital), temps Cardiologue (TCard=hôpital-ATL) et temps d’ischémie total (douleur-ATL=TIT). Recherche des points de rupture = coefficients passant d’une relation de régression (linéaire) stable à une autre (sur au moins 8 points)

Résultats

23735 patients inclus: 18850 (79%) hommes et 4827 (21%) femmes. Age médian : 60 (52-72) ans. TPat médian: 60(25-157) min ; rupture de pente au S1 2016, avec poursuite d’une pente descendante TUrg médian: 62(62-95) min ; rupture de pente avec inversion début 2018 TCard médian: 37(28-50) min baisse continuellement, sans rupture de pente TIT médian : 190(141-296) min ; rupture de pente avec infléchissement en 2013

Conclusion

Les délais imputables aux patients en 2016 et aux urgentistes en 2018 augmentaient quand le délai du cardiologue continuait de se réduire.

Figure : Délai ischémie total (douleur – ATL) par semestre de 2003 à 2022 avec identification de point de rupture

