

Registre de prise en charge et de suivi des Infarctus du myocarde du Maine et Loire

Information Patient

L'infarctus du myocarde a fait l'objet de nombreuses publications internationales afin de préciser l'impact de diverses thérapeutiques sur la morbi-mortalité aussi bien à court terme qu'à long terme. Ces essais randomisés multi-centriques d'intervention réalisés sur de grands nombres de patients dans des sous groupes bien définis ont montré des effets bénéfiques tant à court terme qu'à long terme, de la revascularisation myocardique précoce que ce soit par angioplastie ou par fibrinolyse et de diverses thérapeutiques essentiellement les anti agrégants plaquettaires, les statines, les bêta bloquants et les inhibiteurs de l'enzyme de conversion. Cependant les résultats de ces essais multi-centriques doivent être pondérés par le décalage qui existe fréquemment entre les grandes études épidémiologiques et la réalité de la pratique quotidienne.

Notre objectif est donc la mise en place d'un observatoire départemental de la prise en charge et de suivi à court et long terme des infarctus du myocarde aigu. La mise en place de ce registre a débuté en 2003 et a permis la collecte de manière exhaustive de l'ensemble des données médicales sur la prise en charge de la totalité des infarctus du myocarde hospitalisés dans le service de Cardiologie du C H U d'ANGERS. Dans un deuxième temps, nous souhaitons impliquer les différentes filières de soins du Département de MAINE ET LOIRE.

METHODE

Les données concernant la prise en charge des patients hospitalisés pour infarctus du myocarde en phase aiguë dans le service de Cardiologie du C H U d'ANGERS seront recueillies de manière prospective. Les critères d'inclusion dans le registre suivront les nouvelles définitions de l'infarctus éditées par la Société Européenne de Cardiologie : patients présentant un infarctus du myocarde dont le diagnostic est affirmé par une élévation de la troponine ou des CPK MB à au moins deux fois la valeur supérieure de la normale du laboratoire, ceci à au moins un des dosages réalisés dans les cinq jours suivant le début des symptômes d'un infarctus. Les patients devront par ailleurs avoir présenté soit une douleur thoracique rétrosternale trinitro résistante durant au moins 20 minutes, soit des modifications E C G évocatrices d'un infarctus du myocarde sur au moins deux dérivations (modifications persistantes du segment ST sous forme d'un sus ou d'un sous décalage supérieur à 1 mm associé ou non à la présence d'une onde Q pathologique ou d'une inversion de l'onde T.

RECUEIL DES DONNEES

Le recueil des données sera prospectif et réalisé par un Attaché de Recherche Clinique.

Les données démographiques, les facteurs de risque cardio vasculaire et les antécédents cardio vasculaires de chaque patient seront notés. Les données cliniques recueillies à l'admission en phase aiguë d'infarctus seront notées de même que les paramètres biologiques et les modifications électrocardiographiques sur l'ECG initial au cours de la reperfusion et une heure après reperfusion chez les patients ayant bénéficié d'une thrombolyse ou d'une angioplastie.

Les thérapeutiques seront également notées ceci au cours de la phase hospitalière ainsi que l'ordonnance de sortie.

Les données concernant la fonction ventriculaire gauche (FE, volumes, masse, ...) seront recueillies à partir des données échocardiographiques, de ventriculographie isotopique, angiographiques ou I R M.

Les différentes procédures de revascularisation seront précisées. Au cours de la phase hospitalière seront notées les différentes complications possibles (infarctus du myocarde, récurrence ischémique, réocclusion coronaire, troubles du rythme de la conduction, atteinte du ventricule droit, décès et la cause du décès, survenue d'un épanchement péricardique voire une tamponnade).

Enfin, les données médico-économiques seront également notées (durée d'hospitalisation aux Soins Intensifs et en unité de Cardiologie).

ORGANISATION DU SUIVI DES PATIENTS

Le cardiologue et le médecin traitant habituels du patient seront contactés afin de recueillir les différents éléments cliniques et para cliniques du suivi au cours de la première année. Les suivis se feront au troisième mois, au sixième mois et à un an puis un suivi annuel sera organisé soit par contact avec le médecin traitant ou le cardiologue du patient, soit par appel direct du patient par téléphone.

PRISE EN CHARGE DES FACTEURS DE RISQUE CARDIO VASCULAIRE

Au cours de la phase hospitalière, une éducation des patients sera débutée avec la collaboration de l'Infirmière de Recherche Clinique et d'une diététicienne. Les patients seront contactés par l'Infirmière de Recherche Clinique à la fin de la première année et à la cinquième année afin de réévaluer les facteurs de risque et les modifications des habitudes alimentaires (questionnaire).

MOYENS NECESSAIRES ET BUDGET

Le travail de l'Attaché de Recherche Clinique consistera à :

- recueillir les données cliniques à la phase initiale et au cours du suivi
- collecter les examens complémentaires (ECG, épreuve d'effort, scintigraphie myocardique,...)
- participer à la saisie des données
- assurer le suivi téléphonique des patients ne se rendant pas aux consultations habituelles chez leur médecin traitant ou leur cardiologue
- participer à la gestion globale du registre
- animation d'éventuels réseaux
- fax de rappel pour les lettres d'information des cardiologues et des médecins traitants (etc)

Ce travail nécessite l'emploi d'un Attaché de Recherche Clinique à plein temps (soit 42 000 euros par an). Les autres postes de dépenses comporteront les cahiers d'observation, les supports numériques et informatiques et les différents surcoûts engendrés par la prise en charge des facteurs de risque (éducation du patient et éventuellement de sa famille, hygiène alimentaire, manœuvres de réanimation, appel des premiers secours, ...).