

IV^{ème} journée normande d'anesthésie-réanimation

THROMBOLYSE PRE-HOSPITALIERE LE POINT DE VUE DU CARDIOLOGUE

R. KONING

*Service de cardiologie - Hopital Charles-Nicolle CHU Rouen - 1 rue de Germont -
76031 Rouen Cedex*

Au terme de 10 années de grandes études (GUSTO, PAMI, RESCUE,..) (1,2,3), la meilleure prise en charge possible d'un infarctus du myocarde à la phase aiguë consiste à proposer une technique de reperfusion qui doit être l'élément clef et le but premier du traitement. Cette stratégie doit être proposée chez le plus grand nombre de malades possibles et dans les meilleures conditions: celle-ci doit être le plus précoce possible et recourir au meilleur moyen possible à savoir thrombolyse ou angioplastie en fonction des contre-indications, du lieu et de l'équipe. L'objectif de la reperfusion précoce est de préserver la fonction systolique du ventricule gauche qui est corrélée à une amélioration de la survie immédiate et à long terme. Cette reperfusion doit être d'excellente qualité, c'est-à-dire la plus complète et la plus soutenue possible .

L'efficacité de la thrombolyse étant directement proportionnelle à la précocité de la mise en route de celle-ci, il était tentant de proposer ce traitement avant l'arrivée du patient à l'hôpital et dès la confirmation du diagnostic. La crainte d'erreurs diagnostiques et les risques potentiels d'accidents essentiellement hémorragiques survenant en dehors de l'hôpital ont freiné dans un premier temps la réalisation d'études à grande échelle de thrombolyse pré-hospitalière. Les premières études françaises effectuées à la fin des années 80 ont démontré la faisabilité de la méthode, quelque soit le produit utilisé et l'absence de surmortalité pré-hospitalière. L'erreur diagnostique était rare et il existait un gain de temps significatif pour la mise en route du traitement thrombolytique (gain de 60 mn environ) (4). Après avoir démontré la possibilité de réaliser une thrombolyse pré-hospitalière grâce à des unités mobiles médicalisées compétentes, il restait à démontrer la supériorité de cette thérapeutique par rapport à la thrombolyse hospitalière par des études randomisées. Tels ont été les objectifs des études EMIP (European Myocardial Infarction Project), MITI (Myocardial Infarction Triage and Intervention Project) et GREAT (Grampian Region Early Anistreplase Trial) (5, 6, 7). L'étude EMIP (6) était une étude prospective randomisée concernant plus de 5000 patients et comparant l'administration de l'Eminase soit en pré-hospitalier, soit à l'admission du patient après validation par le cardiologue hospitalier du diagnostic d'infarctus. Cette étude a confirmé un très net gain de temps de la mise en route du thrombolytique (55 minutes). Les erreurs de diagnostic n'ont jamais été fatales. L'incidence des fibrillations ventriculaires a été plus élevée dans le groupe pré-hospitalier que dans le groupe hospitalier (2,5 % vs 1,6 %, $p < 0.02$). La mortalité hospitalière avant 30 jours a été plus faible en cas d'administration pré-hospitalière de l'Eminase (7,8% vs 9,6%, $p < 0.003$).

Il apparaît donc qu'en 1997, la thrombolyse pré-hospitalière est un traitement efficace, sûr et qui doit être entrepris sous certaines conditions: diagnostic ECG 12 dérivations confirmé par un médecin qualifié et une ambulance équipée d'un défibrillateur pour traiter les éventuels troubles du rythme de reperfusion. Si la thrombolyse intra-veineuse reste incontestablement le traitement de référence pour rétablir de manière rapide la perméabilité de l'artère coronaire, dans certaines situations l'angioplastie coronaire peut ou doit se substituer à la thrombolyse pour parvenir à cet objectif. Cette technique de désobstruction mécanique éventuellement complétée de la mise en place de prothèse endocoronaire ou Stent est extrêmement efficace mais n'a pas encore été évaluée par rapport à la thrombolyse. Elle a des indications obligatoires: les contre indications formelles de la thrombolyse et les situations où la thrombolyse est peu efficace (choc cardiogénique, infarctus par occlusion de greffon aorto-coronaire saphéne). De plus en plus, une angioplastie primaire avec mise en place systématique d'une prothèse endocoronaire est proposée au patient quand on suppose que celui-ci va tirer un bénéfice d'une reperfusion mécanique et ce avant tout

quand l'infarctus du myocarde apparaît de gravité spontanée élevée (infarctus étendu à l'ECG ou insuffisance cardiaque). Cependant, cette technique de reperfusion mécanique reste limitée par les moyens nécessaires à sa réalisation (plateau technique sophistiqué et équipe experte).

CONCLUSION

Il faut démystifier la thrombolyse pré-hospitalière qui est une thérapeutique efficace et sûre, peu dangereuse et extrêmement bénéfique pour les patients présentant un infarctus aigu du myocarde vu précocement. Son institution en phase pré-hospitalière doit être discutée avec le cardiologue hospitalier de garde qui accueillera ce patient et qui tentera d'apprécier quelle stratégie de reperfusion sera la plus adaptée au cas par cas.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - The GUSTO angiographic investigators. The effects of tissue plasminogen activator, streptokinase, or both on coronary artery patency, ventricular function and survival after acute myocardial infarction. N Engl J Med 1993;329:1615-22.
- 2 - Grines CL, Browne KF, Marco J et al, for the Primary Angioplasty in Myocardial Infarction Study Group. A comparison of immediate angioplasty with thrombolytic therapy for acute myocardial infarction. N Engl J Med 1993;328:673-679.
- 3 - Ellis SG, Van de Werf F, Ribeiro da Silva E, Topol EJ. Present status of rescue coronary angioplasty: current polarization of opinion and randomized trials. J Am Coll Cardiol 1992;19:681-686.
- 4 - Villemant D, Barriot P, Riou B et al. Achievement of thrombolysis at home in cases of acute myocardial infarction. Lancet 1987;i:228-229.
- 5 - The European Myocardial Infarction Project Group. Prehospital thrombolytic therapy in patients with suspected acute myocardial infarction. N Engl J Med 1993;329:383-389.
- 6 - GREAT Group. Feasibility, safety and efficacy of domiciliary thrombolysis by general practitioners. Grampian region early anistreplase trial. Br Med J 1992;305:548-553.
- 7 - Weaver WD, Cerqueira M, Mallstrom et al for the Myocardial Infarction Triage and Intervention Project Group. Prehospital initiated vs hospital-initiated thrombolytic therapy. The myocardial infarction triage and intervention trial. JAMA 1993;270:1120-1216.