

Syndrome aortique aigu : une évaluation des prises en charges sur le RENAU



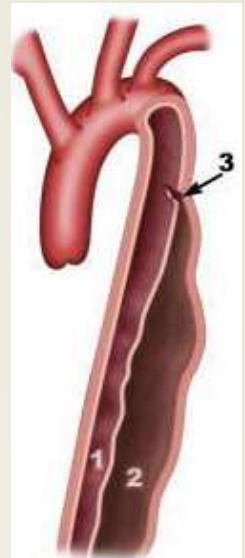
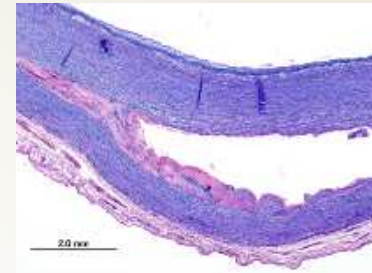
Dr BRUNA Franklin

Assistant USIC Centre Hospitalier Alpes Léman

Syndrome aortique aigu (SAA):

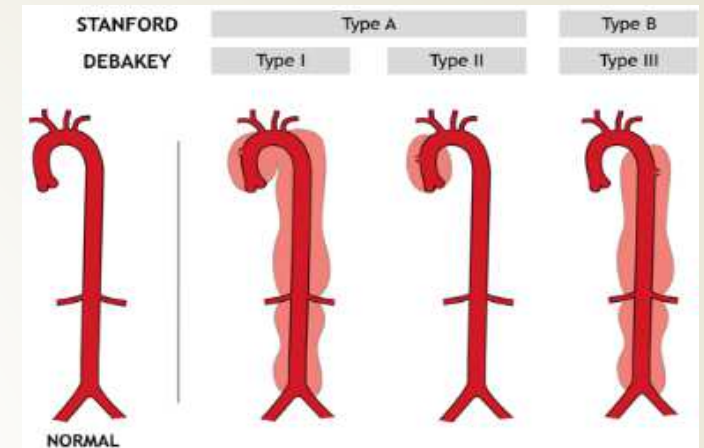


- ☐ Dissection aortique
- ☐ Hématome intra-mural
- ☐ Ulcère athéro-scléreux pénétrant
- ☐ Rupture aortique iatrogène ou traumatique



Dissection aortique aigue

- ❑ Incidence : 3-6 cas / 100 000 personnes /an
- ❑ Pronostic spontané redoutable [1] :
 - ✓ **40% décès immédiat**
 - ✓ **1 à 2% de décès par heure après début des symptômes**
 - ✓ Jusqu'à 50% à 5 jours
- ❑ 22% de décès avant l'arrivée à l'hospital [2]



[1] 2010 Guidelines on Thoracic Aortic Disease. Circulation. 2010;121:e266–369

[2] Olsson C et al. Thoracic aortic aneurysm and dissection: increasing prevalence and improved outcomes reported in a nationwide population-based study of more than 14,000 cases from 1987 to 2002. Circulation. 2006 Dec 12;114(24):2611-8

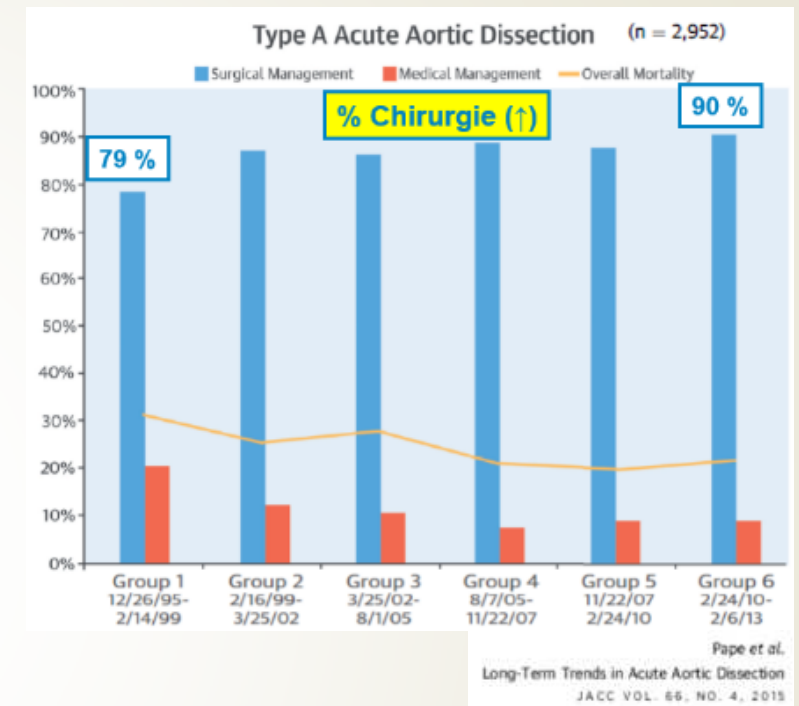
❑ Traitement : chirurgie en urgence

- ✓ 90 % de décès à 30 jours sans chirurgie [1]
- ✓ Cas particulier des malperfusions digestives

❑ Objectifs du traitement médical


- PAS 100 – 120 mmHg
- et
- FC 60 – 80 bpm

[1] Erbel R et al. 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases. Eur Heart J. 2014 Nov 1;35(41):2873–926.





Syndrome aortique aigu de type A :

- Délais de prise en charge
 - Thérapeutiques avant chirurgie
- 



Evaluation des délais

- ❑ Objectif principal : Evaluer les délais de prise en charge :
 - ✓ Diagnostique : premier contact médical hospitalier → diagnostic confirmé imagerie
 - ✓ Chirurgical : diagnostic confirmé imagerie → incision





Matériels et Méthodes

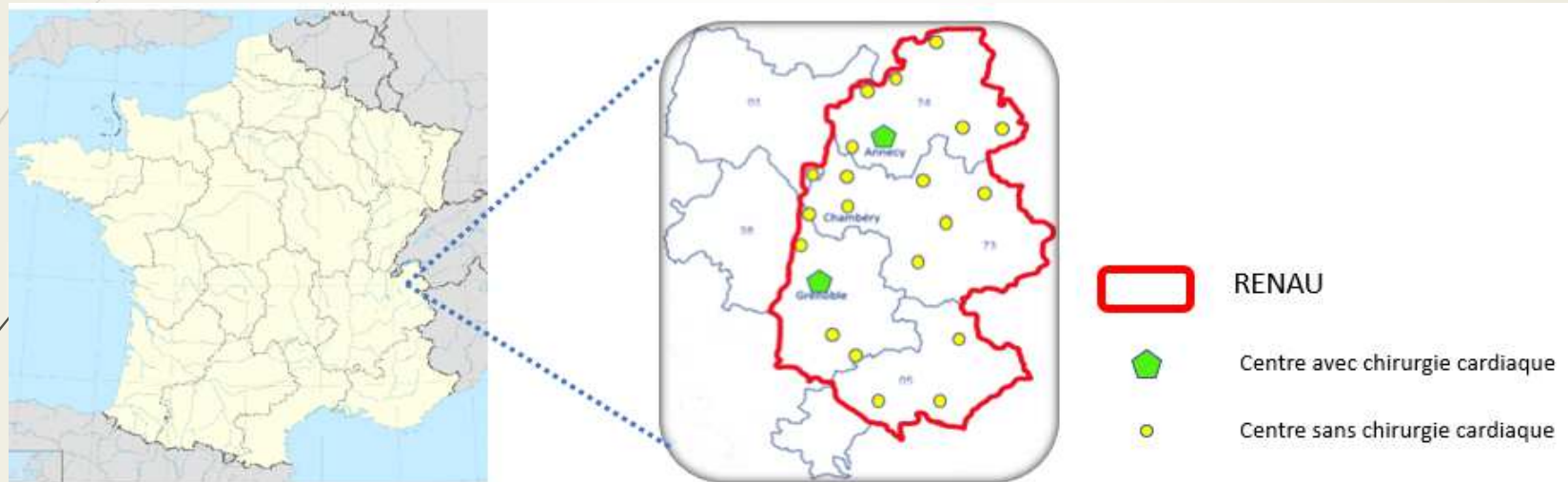
- ❑ Etude : descriptive, rétrospective, multicentrique
 - ✓ Dans le RENAU : Grenoble, Annecy
 - ✓ Entre le 01/01/2012 et le 31/12/2016

- ❑ Critères d'inclusion :
 - ✓ Patients opérés d'un syndrome aortique de type A
 - ✓ De présentation aigue (14 jours)
 - ✓ Majeurs

- ❑ CNIL numéro d'autorisation R 20171201

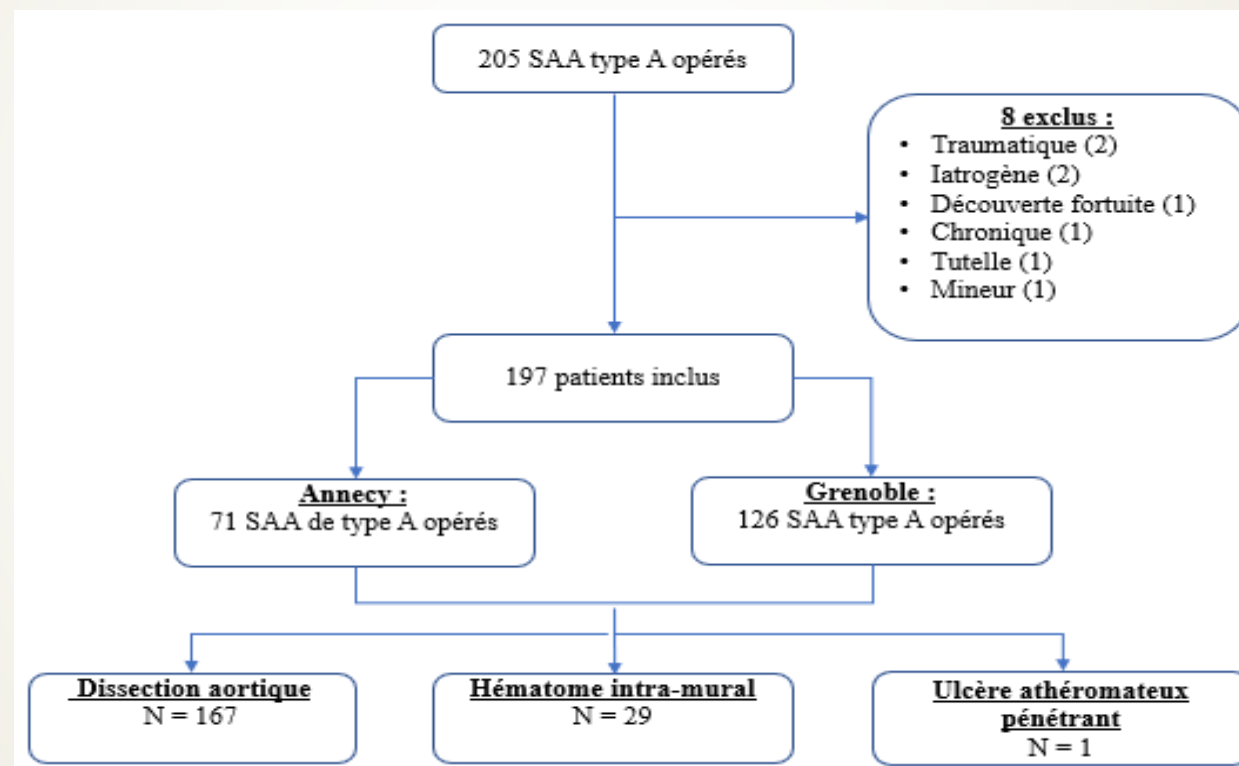
- 
- 
- ☐ Recueil : Annecy et Grenoble
 - ☐ PMSI avec codage « dissection aortique aigue »
 - ☐ Fiches SMUR, IAO, CR urgences et imagerie, CR d'hospitalisation
 - ☐ Dossier médical informatisé et papier
 - ☐ Logiciel d'anesthésie
 - ☐ Logiciel des urgences

Le RENAU : Réseau Nord Alpin des Urgences



- 1 860 000 habitants
- 22 centres
- 2 pôles de chirurgie cardiaque
- 10 filières de soins

Résultats



Flow-chart



Caractéristiques de la population

Caractéristiques cliniques

Douleur thoracique	145 (75)
Douleur dorso-lombaire	53 (27)
Irradiation dorso-lombaire	39 (20)
Douleur intense	108 (55)
Douleur brutale	168 (86)
Déchirure/Arrachement	2 (1)
Signes digestifs / Diarrhées	72 (37)
Abolition pouls	48 (24)
Asymétrie tensionnelle	51 (26)
Déficit neurologique	69 (35)
Souffle d'insuffisance aortique non connu	28 (15)
Instabilité tensionnelle	33 (22)
Malaise	67 (34)

Examens réalisés

**Premier ECG
(n=197)**



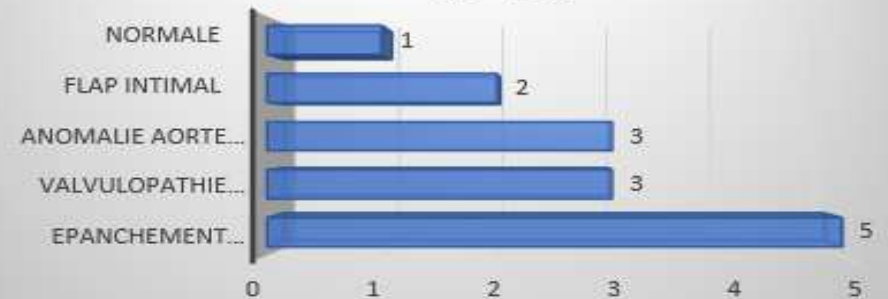
**Examen diagnostique
(n=197)**



**D-dimères
(n=74)**

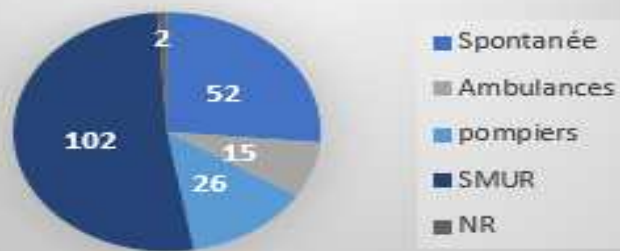


**ETT réalisée par le SMUR
(n=14)**

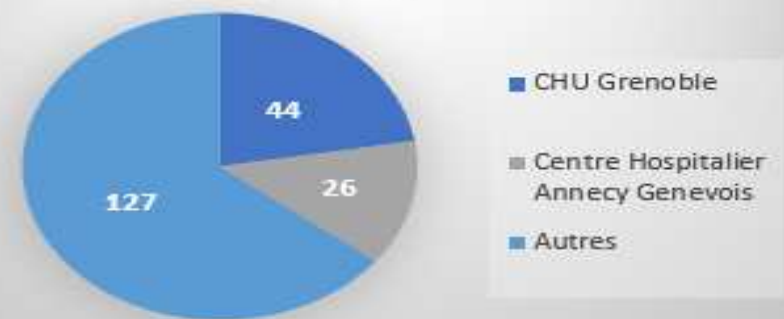


Prise en charge

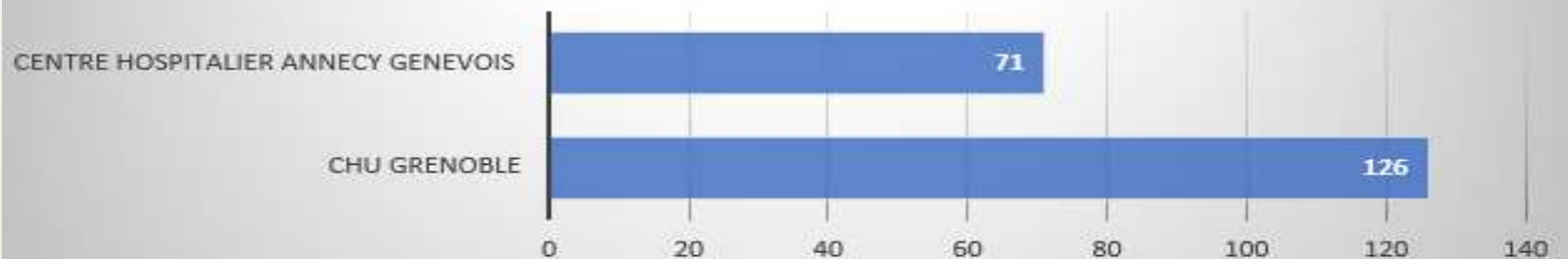
Mode de présentation Hopital



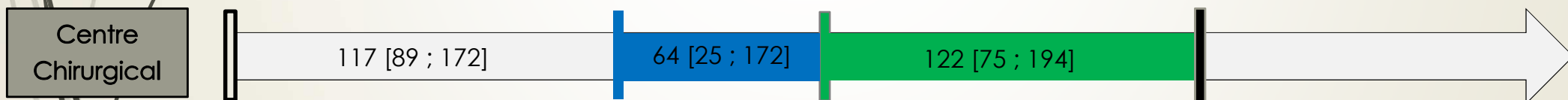
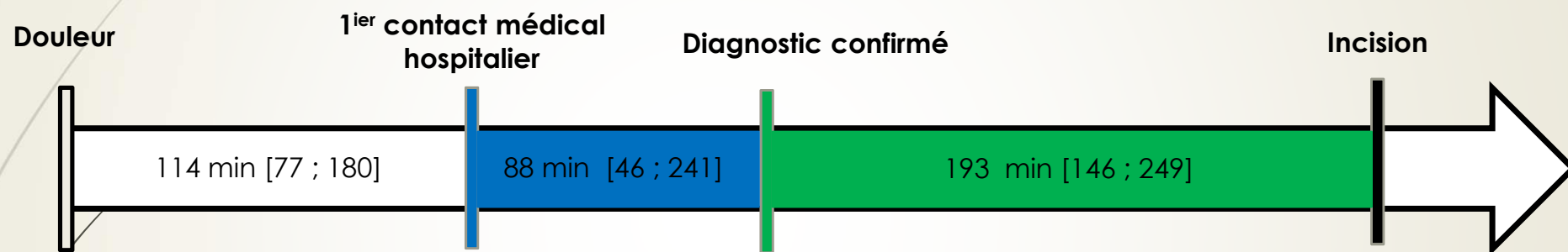
Prise en charge initiale



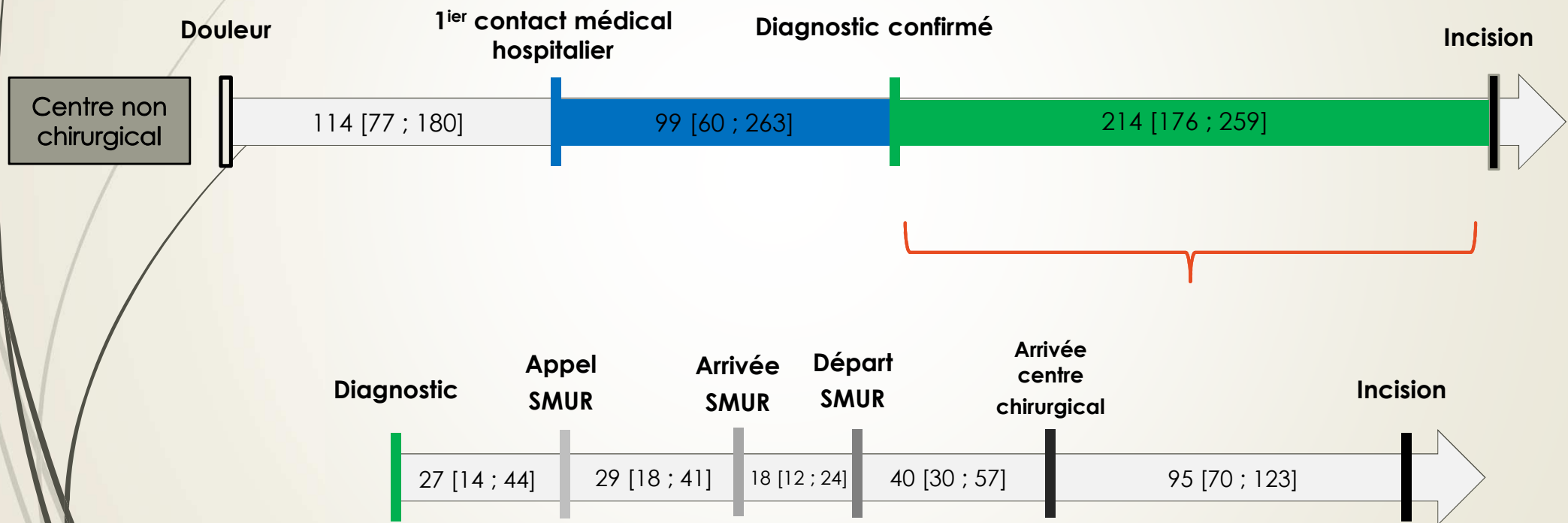
Prise en charge chirurgicale



■ Délai diagnostic
■ Délai chirurgical



Délais « intermédiaires »





Discussion

- ❑ Peu d'études sur les délais de prise en charge


Cardiovascular Surgery

Correlates of Delayed Recognition and Treatment of Acute Type A Aortic Dissection

The International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD)

Kevin M. Harris, MD; Craig E. Strauss, MD, MPH; Kim A. Eagle, MD; Alan T. Hirsch, MD;
Eric M. Isselbacher, MD; Thomas T. Tsai, MD; Hadas Shiran, MD; Rossella Fattori, MD;
Arturo Evangelista, MD; Jeanna V. Cooper, MS; Daniel G. Montgomery, BS; James B. Froehlich, MD;
Christoph A. Nienaber, MD; for the International Registry of Acute Aortic Dissection
(IRAD) Investigators

- ❑ 894 patients, inclus de 1996 à 2007
- ❑ Délai diagnostique (88 min vs 258 min) et délai chirurgical (193 min vs 258 min) plus courts dans le RENA
- ❑ Période différente, nombre inclusion, registre international

- 
- ❑ Patients sont volontairement opérés à distance (ATCD de chirurgie cardiaque, malperfusion digestives ou rénales)
 - ❑ Difficultés diagnostiques par le SMUR et les urgences : diagnostic évoqué dans 36% des cas
 - ✓ Seulement 15% dans les années 2000 [1]
 - ❑ Mortalité dans le RENAU comparable à la littérature

[1] Mészáros I, Mórocz J, Szlávi J, Schmidt J, Tornóci L, Nagy L et al. Epidemiology and clinicopathology of aortic dissection. Chest. 2000 May;117(5):1271-8



Délais et prise en charge améliorés dans deux autres filières du RENAУ :

- ❑ Etude FIRST Tissier et al [1], traumatisés graves fermés avec première consultation en centre périphérique :
 - ✓ Délai médian entre prise en charge et admission au centre référence de 6,4 h [5 ; 8,4] vs 3 h dans le RENAУ
 - ✓ Mortalité globale moins importante dans le RENAУ (12% vs 17%)

- ❑ Labarère et al [2], Infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST :
 - ✓ Fibrinolyse pré-hospitalière et angioplastie de sauvetage après fibrinolyse plus fréquentes dans le RENAУ que dans le reste de la France : 45% versus 17% (p=0,02) et 35% versus 15% (p=0,01) respectivement.

- [1], Tissier C et al. Statement of severe trauma management in France; teachings of the FIRST study. Ann Fr Anesth Reanim. 2013 Jul-Aug;32(7-8):465-71
- [2], José Labarère, Loic Belle et al. Regional system of care for ST-elevation myocardial infarction in the Northern alpes A controlled pre- and post-intervention study. Archives of Cardiovascular diseases. 2012;414-423



Limites

- ❑ Etude rétrospective
- ❑ Inclusion : série chirurgicale donc patients décédés avant le bloc non inclus
- ❑ Données recueillis à partir des dossiers médicaux : données manquantes



Conclusion

- ❑ SAA : penser au diagnostic ! **URGENCE**
- ❑ 65% des patients admis initialement dans un centre non chirurgical : importance du réseau !
- ❑ Organisation du RENAУ pourrait être en lien avec une réduction des délais. Pour autant, encore trop long
- ❑ Perspectives : description du parcours patient, évaluer l'évolution des délais dans le temps, travail sur le respect de la procédure RENAУ pour l'orientation en fonction du score ADD



Evaluation des thérapeutiques

- ❑ Objectif principal : Evaluer la prise en charge thérapeutique des SAA avant l'arrivée au bloc opératoire, obtention des objectifs cibles ?
- ❑ Objectif secondaire : Evaluer les traitements médicamenteux administrés

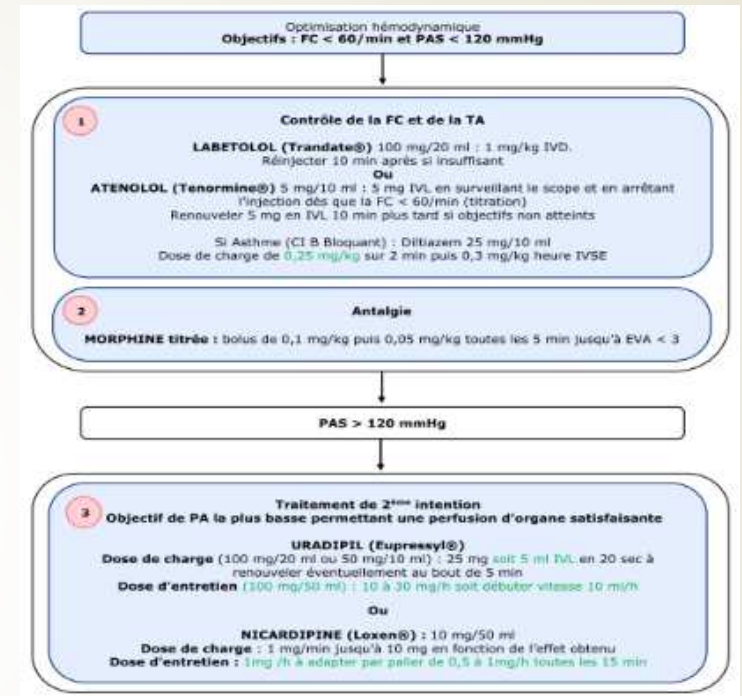
Critère de jugement principal

❑ Obtention des objectifs recommandés par le RENA

➤ PAS < 120 mmHg

et

➤ FC < 60 bpm





Prise en charge initiale

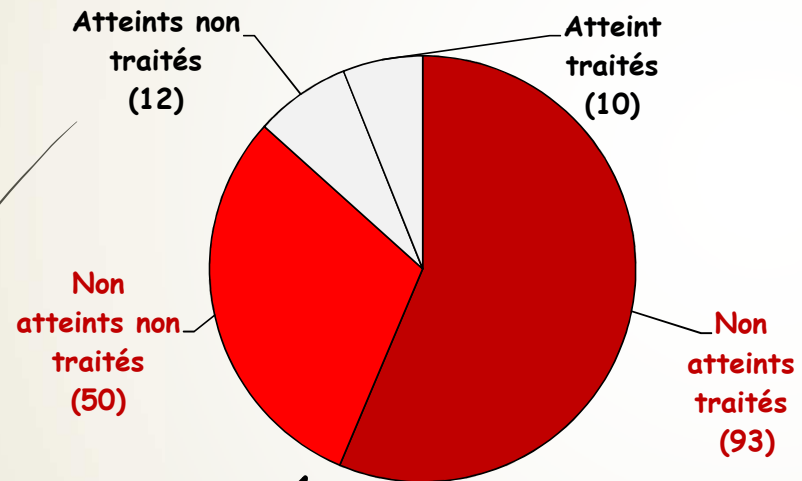
- PAS médiane **128 mmHg** [104 ; 152]
- FC médiane **72 bpm** [79 ; 85]
- EVA non renseignée dans **49%** dossiers

➔ **51% patients : PAS > 120 mmHg**

➔ **69% patients : FC > 60 bpm**

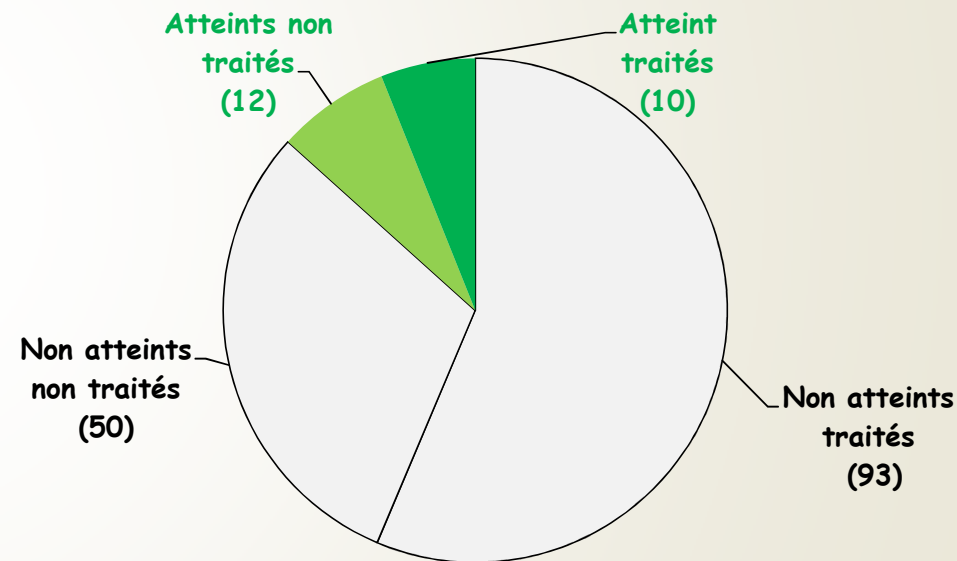
A l'arrivée au bloc

- PAS médiane **130 mmHg** [100 ; 150]
- FC médiane **72 bpm** [68 ; 88]
- EVA non renseignée dans **91%** dossiers

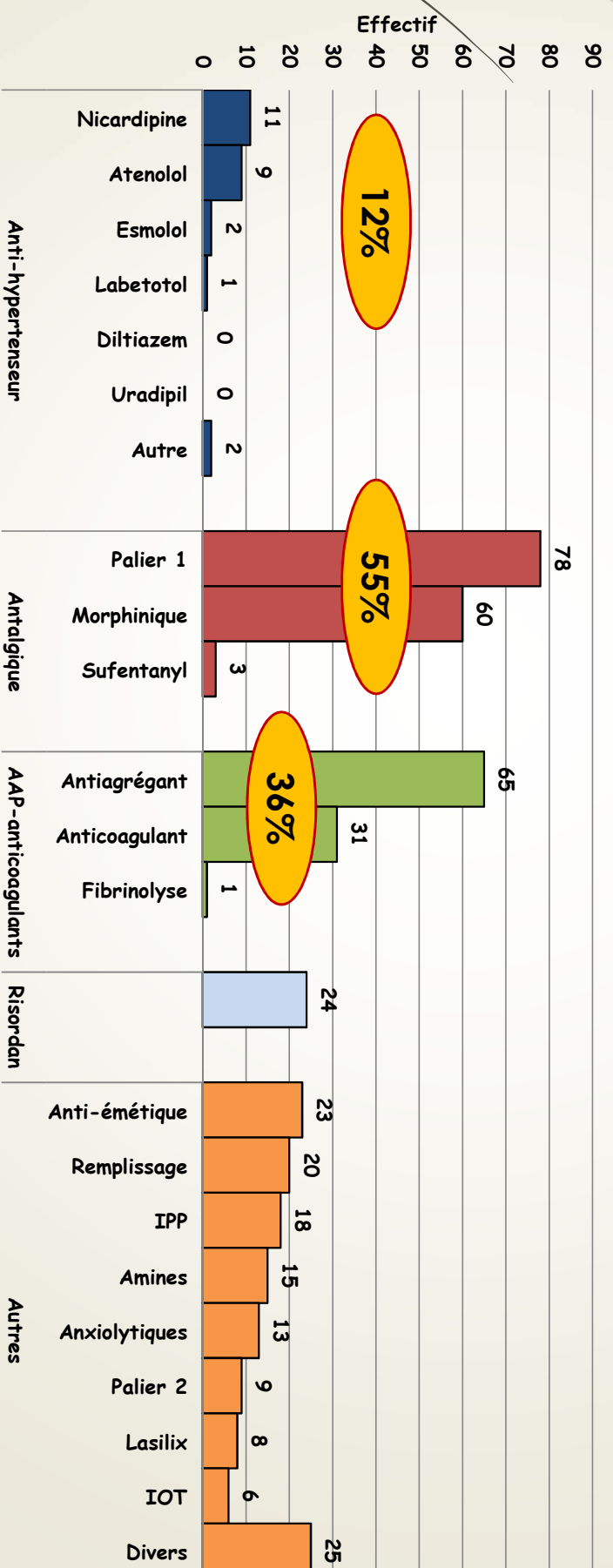


87% = NON atteints
(dont 65% = traités)

13% = Atteints
(dont 45% traités)



Thérapeutiques à la prise en charge

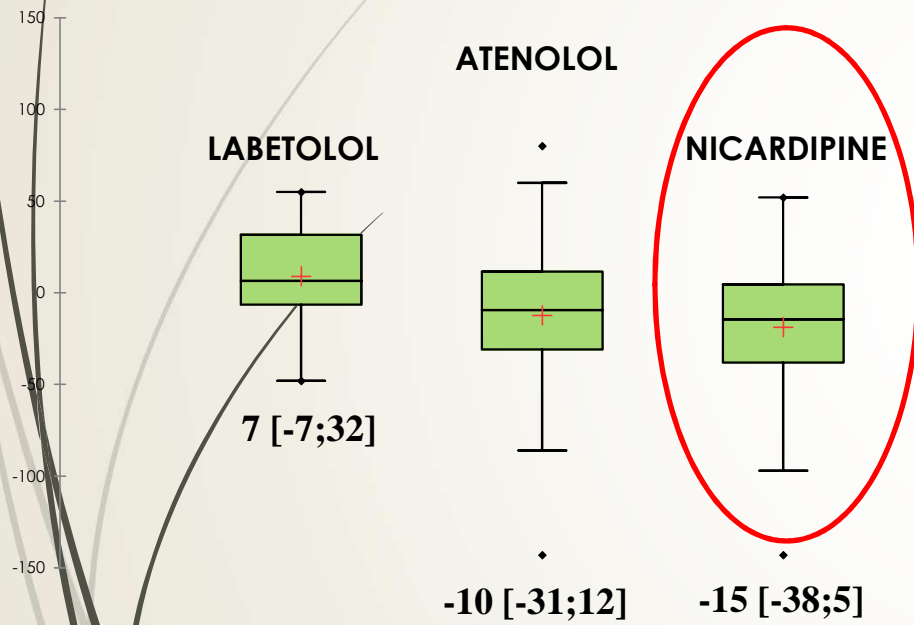




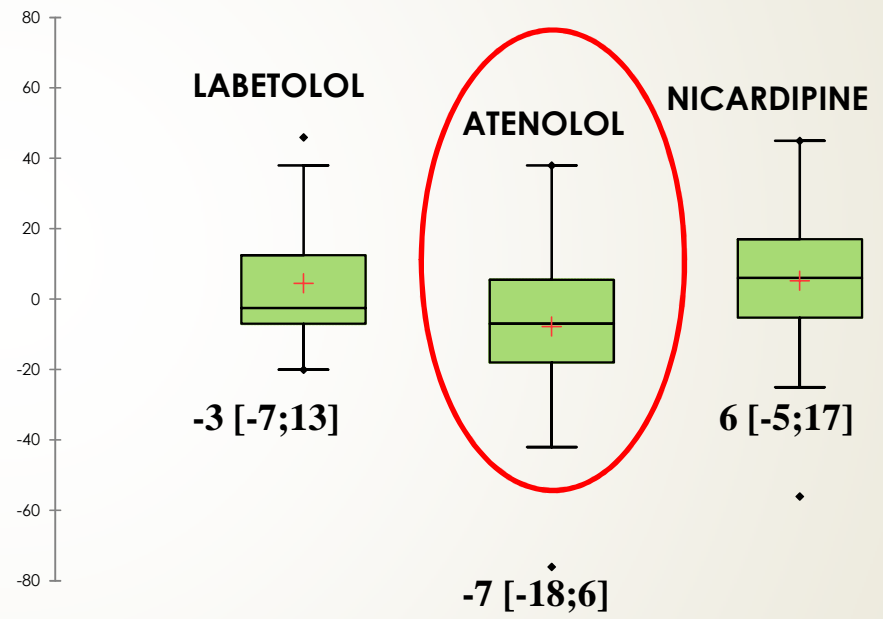
Thérapeutiques une fois le diagnostic établi

- ❑ 37% traitement antalgique
- ❑ 54% traitement anti-hypertenseur
 - **66% = 1 seule ligne de traitement**
 - Atenolol ou Labetolol = 41%
 - Nicardipine = 42%
 - 28% : bithérapie
 - 6% : trithérapie

Variations de PAS (mmHg)



Variation de la FC (bpm)






Discussion



- ❑ Recommandations du RENAU peu suivies
 - ✓ Nicardipine trop prescrite !
- ❑ Seulement la moitié des patients traités (54%)
- ❑ Objectifs atteints : 13% des patients
 - ✓ 1 seule ligne de traitement dans la majorité des cas
- ❑ Prise en charge de la douleur non évaluable



Traitements AAP – anticoagulants ?

- ▶ =33 % des patients sous AAP dont 10% sous double AAP, 16% sous anticoagulants
 - ▶ versus 8% avec STEMI à l'ECG
 - ▶ Place des recos pour anti-agrégation devant douleur thoracique ?

▶ Surmortalité ?

Pourafkari et al [1] :

- ▶ 189 dissections type A aux urgences
- ▶ 24.8% = traitement inapproprié
- ▶ PAS de surmortalité hospitalière (48.9% vs 43.7%, p 0.64)
- ▶ Surmortalité à 1 an

[1] Pourafkari L, Tajili A, Ghaffari S, Parvizi R, Chavoshi M, Kolahdouzan K, et al. The frequency of initial misdiagnosis of acute aortic dissection in the emergency department and its impact on outcome. Intern Emerg Med. 2017 Dec;12(8):1185–95.



Limites

- ❑ Etude rétrospective
- ❑ Données recueillis à partir des dossiers médicaux
- ❑ Série chirurgicale
- ❑ Pas d'indication sur le traitement de fond



Conclusion

- ❑ Traitements mis en place
 - Pas en accord avec les recommandations
BETA-BLOQUANTS !
- ❑ Majorité de patient dont les objectifs tensionnels et de fréquence cardiaque ne sont pas atteints : traitements insuffisant
- ❑ Perspective : mise à jour de la procédure RENAUI, proposition fiche de recueil SMUR

SUSPICION DE SYNDROME AORTIQUE AIGU

Fiche à remplir lors de toutes suspicions de Syndrome Aortique Aigu (Dissection Aortique A ou B, Hématome disséquant, Ulcère athéro scléreux pénétrant) lors de la régulation téléphonique au centre 15

Date et heure appel : _____

Commune : _____

Nom : _____

Age : _____ ans

Prénom : _____

Sexe : ☐ Homme ☐ Femme

ANTECEDENTS

☐ Marfan

☐ ATCD familiaux SAA ☐ Anévrisme aorte thoracique

Total = ☐ 1 point ☐ 0 point

Autres = ☐ HTA ☐ Diabète ☐ Dyslipidémie ☐ Tabac

☐ ATCD familiaux cardio-vasculaires

DOULEUR

☐ Brutale ☐ Intense

☐ Thoracique / Abdominale / Dorsale (entourer)

☐ Déchirure / Arrachement

Total = ☐ 1 point ☐ 0 point

CLINIQUE

Heure d'arrivée du SMUR : _____

SMUR : ☐ Terrestre ☐ Hélicoptère

Constantes à l'arrivée : TA : _____ FC : _____

EVA : _____

☐ Abolition pouls

☐ Asymétrie tensionnelle

☐ Déficit neurologique focalisé

Total = ☐ 1 point ☐ 0 point

PROBABILITE

☐ Faible (0 – 1 point)

☐ Forte (2 – 3 points)

PRISE EN CHARGE

ECG : _____

Thérapeutiques instaurées : _____

Patient décédé au cours de la prise en charge : ☐ Oui ☐ Non

Patient confié à : _____

Heure de fin de prise en charge : TA : _____ FC : _____

Dernières constantes : EVA : _____



Merci de votre attention