



Mots-clés

Prévention
secondaireRecommanda-
tions comme
sujetInfarctus
du myocarde

Key words

Secondary
preventionGuidelines
as topicMyocardial
infarction

Les recommandations face à la pratique

Suivi biologique et médicamenteux
du post-infarctus en médecine générale*Biological and therapeutic follow-up after myocardial
infarction in general practice*

Dibao-Dina C, Abdallah El Hirtsi K, Lehr Drylewicz A-M.

exercer 2013;(suppl 1):305-15.

clarissedd@gmail.com

Contexte

L'infarctus du myocarde (IDM) affecte 100 000 patients par an en France¹. La mortalité à 1 an est estimée à 10 %. Le médecin généraliste est acteur à part entière dans la prise en charge des patients en post-infarctus². Cette prévention secondaire repose sur deux piliers fondamentaux : la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaires (FRCV) et l'utilisation de 4 médicaments connus sous le terme « BASI » : un bêtabloquant, un antiagrégant plaquettaire (AAP), une statine et un inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) ou un antagoniste du récepteur de l'angiotensine II (ARAII)³.

Objectifs

L'objectif principal était de décrire la prise en charge thérapeutique à 6 mois et à un an de patients traités pour un IDM au centre hospitalo-universitaire de Tours. Trois critères ont été étudiés : les prescriptions médicamenteuses, le suivi biologique et le sevrage tabagique.

Les objectifs secondaires étaient d'analyser l'atteinte des objectifs fixés par les sociétés savantes et la modification des traitements selon la spécialité du médecin assurant le suivi (médecin généraliste et/ou cardiologue).

Méthode

Étude observationnelle de cohorte monocentrique menée au CHU de Tours. Tous les patients souffrant d'un IDM et ayant bénéficié d'une coronarographie entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2009 ont été inclus. Les critères de non-inclusion étaient les suivants : diagnostic différentiel, coronarographie diagnostique, décès avant la sortie de l'hôpital, patient suivi par un cardiologue au CHU et données administratives indisponibles. Les données ont été recueillies en 3 temps. Les FRCV, la biologie d'entrée, la prise en charge initiale et le traitement médical de sortie ont été enregistrés à la sortie

d'hospitalisation. À 6 mois et à 1 an, le recueil de données a été effectué par questionnaire auprès des médecins généralistes des patients.

Résultats

118 patients ont été inclus. Le taux de participation était de 90,7 %. Tous les objectifs thérapeutiques fixés ont été atteints pour 38 % des patients à 6 mois et 30 % des patients à 1 an. Le pourcentage de prescription optimale des traitements BASI à la sortie de l'hospitalisation était de 74 %. À 1 an, moins de la moitié des patients (48 %) avaient tous les traitements médicamenteux recommandés. Les pourcentages de prescriptions optimales à la sortie de l'hospitalisation, à 6 mois puis à 1 an étaient de 95 %, 88 % puis 68 % pour la bithérapie antiagrégante ; de 98 %, 93 % puis 90 % pour les statines ; de 90 %, 85 % puis 84 % pour les bêtabloquants et de 85 %, 78 % et 78 % pour les IEC/ARAII. À 1 an, la dose optimale recommandée était atteinte dans respectivement 31 % et 32 % des cas pour les IEC/ARAII et les bêtabloquants.

Concernant les FRCV, moins de la moitié des patients ont atteint les objectifs fixés pour l'HbA1c : 45,8 % à 6 mois et 42,9 % à 1 an. Environ 70 % des patients ont atteint l'objectif de LDL-cholestérol inférieur à 1g/L à 6 mois et à 1 an².

Les patients diabétiques atteignaient significativement moins les objectifs thérapeutiques et biologiques à 6 mois (OR = 0,07 ; IC95 = 0,009-0,551 ; $p = 0,002$) et à 1 an (OR = 0,136 ; IC95 = 0,035-0,527 ; $p = 0,001$). Le suivi conjoint des patients par leur médecin généraliste et leur cardiologue était de 67 % à 6 mois et 68 % à 1 an. Les modifications thérapeutiques étaient effectuées par le médecin généraliste seul dans 5 % des cas à 6 mois et 7 % des cas à 1 an. Elles étaient conjointes dans respectivement 13 % et 14 % des cas à 6 mois et 1 an. L'atteinte des objectifs ne différait pas selon la spécialité du médecin.



Résultat principal

Les objectifs thérapeutiques médicamenteux, biologiques et de sevrage tabagique sont atteints par 38 % des patients à 6 mois et 30 % à 1 an.

Commentaires

La solidité méthodologique, le taux important de participation et le peu de perdus de vue (9.3 % à 1 an) sont garants de la robustesse et de la représentativité – au moins régionale – des résultats de cette étude. L'écart entre les recommandations et leur mise en pratique était important et s'est creusé à distance de l'épisode initial. Plusieurs hypothèses pourraient expliquer ce non-respect des recommandations : les recommandations ne sont pas toutes claires et parfois contradictoires entre elles, le renforcement des exigences concernant le contrôle des paramètres biologiques rend plus difficile l'obtention des objectifs thérapeutiques. De plus, le recueil de données n'a pas pris en compte les contre-indications, interactions médicamenteuses et effets secondaires qui auraient pu interférer avec les prescriptions : bêtabloquants et trouble de conduction, IEC et sténose des artères rénales, AAP et anticoagulants, etc. Ces éléments sont pourtant essentiels dans la prescription et dans la poursuite de ces traitements et sont des limites au respect strict des recommandations³. Il est possible que les recommandations aient été mieux suivies que les résultats ne le montrent, mais adaptées et personnalisées en fonction du patient et de la situation.

La spécialité du médecin assurant le suivi (médecin généraliste et/ou cardiologue) n'a pas influencé l'atteinte des objectifs thérapeutiques. Près de 70 % des patients ont eu un suivi conjoint par leur médecin généraliste et leur cardiologue, mais dans 6 % des cas seulement le médecin généraliste a pris seul l'initiative de modifier le traitement. Des recommandations véritablement adaptées à l'exercice de la médecine générale et à l'élaboration desquelles auraient participé des médecins généralistes, pourraient favoriser l'initiative des prescriptions des médecins généralistes et l'atteinte des objectifs thérapeutiques. Le dossier

médical partagé pourrait faciliter la communication entre les différents professionnels de santé et améliorer les prises en charge diagnostiques et thérapeutiques. Enfin l'éducation thérapeutique des patients a toute sa place dans la gestion du risque cardiovasculaire. Elle autonomise les patients qui deviennent acteurs de leur maladie. Des études montrent des résultats encourageants sur les modifications des modes de vie avec une amélioration des FRCV, et une baisse des récurrences et de la mortalité⁴.

*Amélie Calvez – UFR Brest
Juliette Chambe – UFR Strasbourg*



© nito – Fotolia.com

Références

1. Delahaye F, Bory M, Cohen A, et al. Recommandations de la Société française de cardiologie concernant la prise en charge de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë. Arch Mal Cœur Vaiss 2001;94:697-738.
2. Haute autorité de santé. Actes et prestations - Affection de longue durée - Maladie coronarienne. Paris : HAS, 2012. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/liste_ald_maladie_coronarienne.pdf.
3. Werf FV, Bax J, Betriu A, et al. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2008;29:2909-45.
4. Labrunée M, Pathak A, Loscos M et al. Therapeutic education in cardiovascular diseases: state of the art and perspectives. Ann Phys Rehabil Med 2012;55:322-41.