

# Les infarctus passés au crible: AMIS a atteint 30.000 patients

Le registre suisse est une réussite. Ses 76 hôpitaux recensent depuis 12 ans tous les infarctus survenant dans notre pays.

ERIC SCHAERLIG

Tous les patients hospitalisés en Suisse à la suite de ce que les médecins appellent un syndrome coronarien aigu, à savoir une douleur thoracique évoquant un infarctus ou une angine de poitrine, font systématiquement l'objet d'une analyse très stricte de leur état cardiaque, avant et après leur hospitalisation, alors que la manière dont ils sont traités est par ailleurs protocolée de façon extrêmement détaillée. Le mérite revient au registre AMIS (pour Acute Myocardial Infarction in Switzerland), dont les animateurs tenaient hier à Berne conférence de presse à l'occasion de l'enregistrement récent de leur 30.000<sup>e</sup> patient.

De l'impressionnante somme de données ainsi engrangées depuis 12 ans ont découlé non seulement des statistiques d'une valeur inestimable, mais aussi de nombreuses découvertes médicales, parfois surprenantes, qui ont donné lieu à des publications scientifiques dans les revues médicales les plus réputées. La démarche s'inscrit directement dans le souci de rigueur qui caractérise la médecine helvétique en général et sa cardiologie en particulier, ce qui a d'ailleurs valu à notre pays de partager le podium de tête, avec le Luxembourg et la Norvège, de l'«Euro Cardiovascular Healthcare Index 2008».

## Peu importe l'heure

Comme l'ont expliqué les médecins présents à Berne, le registre AMIS permet non seulement de disséquer les nombreuses données qui caractérisent les coronariens suisses, mais il permet aussi d'utiles comparaisons internationales, en termes de qualité des soins. Il a permis par exemple de mettre en évidence que le Suisse moyen souffrant d'un syndrome coronarien aigu mettait un peu plus de temps à être acheminé à l'hôpital que son homologue européen, mais qu'une fois arrivé à l'hôpital il était pris en main plus rapidement qu'ailleurs. La thrombolyse (visant à désagréger le caillot sanguin obstruant l'artère) était réa-

lisée en une demi-heure, contre 40 minutes en moyenne européenne, alors qu'une angioplastie (l'introduction d'un ballonnet et la pose d'un stent destinés à déboucher l'artère malade et à en rétablir la diamètre utile) survenait un peu plus d'une heure après son arrivée à l'hôpital, contre une bonne heure et demie ailleurs en Europe.

**EN MOYENNE, LES HÔPITAUX SUISSES PRENNENT EN MAINS LES VICTIMES D'UN SYNDROME CORONARIEN AIGU PLUS RAPIDEMENT QUE LES ÉTABLISSEMENTS EUROPÉENS.**

A propos de l'hospitalisation des patients, on ne cesse d'insister sur le fait qu'elle doit survenir le plus tôt possible. Mais peut-on craindre une différence de traitement, selon que l'arrivée à l'hôpital ait lieu «aux heures de

bureau» ou en pleine nuit, voire le week-end? Les données du registre AMIS ont permis d'apporter pour la première fois une réponse claire à cette question. Réponse qui va d'ailleurs franchement à l'encontre des idées reçues. L'étude sur plus de 12.000 patients que vient de publier un groupe de cardiologues de Lausanne, Genève, Zurich et

Lucerne, arrive en effet à la conclusion que ni la mortalité ni d'autres événements majeurs comme une attaque cérébrale ou la nécessité d'une nouvelle angioplastie, ne diffèrent significativement selon l'heure de

l'admission d'un patient souffrant d'infarctus.

## Moins de chocs cardiaques

Dans la même veine optimiste, une autre étude effectuée grâce au registre AMIS vient de montrer que, depuis 10 ans, le taux des «chocs cardiogéniques» survenant à l'hôpital avait sensiblement baissé en Suisse. S'agissant d'un phénomène (baisse brutale de la circulation sanguine et alimentation déficiente du tissu cardiaque) qui est véritablement à l'origine, une fois sur deux, d'un décès consécutif à un infarctus majeur, la nouvelle est évidemment réjouissante.

«Ce résultat traduit les progrès que nous avons faits en matière d'interventions coronariennes percutanées (pose de stents), progrès qui ressortent aussi des statistiques d'AMIS», nous a expliqué le Dr. Philip Urban, qui dirige la cardiologie interventionnelle à l'hôpital de la Tour à Genève. Les graphiques présen-

tés à Berne montrent en effet qu'en 10 ans le taux d'angioplasties a passé de 8% à plus de 80% aujourd'hui! «Cela pourrait expliquer aussi que la durée moyenne d'hospitalisation pour infarctus soit tombée en 10 ans d'un peu plus de 12 jours à 6 jours environ aujourd'hui», ajoute Philip Urban.

## Les vieux défavorisés?

Plusieurs autres résultats majeurs peuvent être mis au crédit de ce registre AMIS. Des données glanées sur près de 12.000 patients dans 55 hôpitaux suisses du réseau ont par exemple permis de montrer que les personnes âgées victimes d'infarctus étaient soignées de manière moins active que les patients plus jeunes. Qu'ils recevaient notamment moins souvent les médicaments réputés nécessaires, et qu'ils bénéficiaient plus rarement d'une angioplastie. Cela pourrait partiellement expliquer que, comparé à un individu âgé de 61 à 70 ans, un coronarien de plus de 80 ans ait 5,4 fois plus de risque de décéder dans les 24 heures après son hospitalisation, et que ce risque relatif soit encore de 2,5 pour un coronarien de 71 à 80 ans. «Il est toutefois raisonnable de penser que cette différence de risque de décès soit en partie due à l'âge avancé lui-même, ainsi qu'aux autres maladies dont souffrent habituellement les personnes âgées», relativisent les médecins réunis à Berne. Ils ont d'ailleurs l'intention de lancer une analyse spécifique sur ce point, toujours basée sur le réseau AMIS, afin de mieux faire la part des choses entre facteurs strictement cardiaques et autres pathologies, qu'ils nomment les «comorbidités».

Après 12 ans de succès incontestable, ce registre suisse devrait pouvoir poursuivre sur sa lancée, et permettre d'améliorer encore la mise en réseau de tous les intervenants concernés par l'infarctus. De telle façon que la chaîne diagnostic/transfert/traitement puisse gagner encore en rapidité, dans l'intérêt de tous les patients, quelle que soit leur proximité d'un grand hôpital ou leur niveau socio-économique.

## Optimiser les progrès en pensant aux coûts

A l'heure où les milieux politiques n'ont à l'esprit que ce que coûte la médecine, et non ce qu'elle rapporte, notamment en qualité de vie, il est intéressant de relever qu'en plus de l'impact majeur que les progrès de la cardiologie interventionnelle ont pu avoir sur la durée du séjour hospitalier (voir ci-contre), un registre tel qu'AMIS peut largement contribuer à optimiser la pratique médicale, de même que ses coûts.

On peut en trouver une illustration directe dans l'une des dernières publications inspirées par le registre helvétique, et signée par une équipe dirigée par le Dr. Philip Urban, de l'hôpital genevois de la Tour. Cette étude s'est attachée à évaluer quel pourrait être l'impact des nouvelles recommandations édictées par l'ensemble des grandes sociétés de cardiologie, en particulier quant au diagnostic d'infarctus en cas de douleur thoracique aiguë. Un tel diagnostic repose notamment sur le

dosage dans le sang de marqueurs très spécifiques, les troponines, qui à partir d'une concentration donnée signalent qu'il y a eu infarctus ou qu'il y a risque de rechute. Or, ces nouvelles directives internationales souhaiteraient que les médecins abaissent le seuil d'alerte d'un facteur dix environ, ce qui ne manquerait pas d'avoir d'importantes conséquences.

## 6% d'infarctus en plus

Les auteurs de cette étude ont donc décidé de procéder à une simulation, sur la base des données du registre AMIS, pour mesurer les éventuelles conséquences d'un tel changement de norme. La première conclusion était attendue: si l'on abaisse le seuil d'alerte, il est clair que le nombre de situations qualifiées d'infarctus avéré seront plus nombreuses. Les calculs montrent ainsi qu'il y aurait en Suisse, si l'on suivait ces recommandations, une augmentation

d'au moins 6% des cas d'infarctus!

Mais la seconde conclusion n'est pas moins intéressante: même si la mortalité hospitalière précoce de ces «nouveaux infarctus» apparaît comme nettement plus faible que celle des infarctus d'aujourd'hui, le pronostic à 3 mois ou à une année semble ne pas changer, et le bénéfice à moyen terme est quasiment inexistant.

D'où la réserve qu'expriment les auteurs de l'étude: en prenant en compte à la fois la charge psychologique et émotionnelle supplémentaire que l'on imposerait à ces «nouveaux patients», et l'augmentation des frais que cela entraînerait, il semble peu raisonnable de franchir ce pas. Sans compter qu'en augmentant le nombre de patients présentant moins de risques les statistiques de décès pourraient indiquer à tort que la fréquence de l'infarctus serait en augmentation, et que sa mortalité aurait baissé... - (ES)