



SUIVI DES PATHOLOGIES CHRONIQUES

Infarctus du myocarde

Améliorer le traitement post infarctus du myocarde

ENJEUX

En France, on estime la fréquence de l'infarctus du myocarde (IDM) à environ 70 000 cas par an [1]. La mortalité pendant la première année est de l'ordre de 10%, elle est ensuite d'environ 5% par an [2] [3].

Après un infarctus du myocarde (IDM), une quadrithérapie médicamenteuse est recommandée en prévention secondaire pour réduire la mortalité et la morbidité cardiaque [1]. Elle inclut un bêtabloquant, un traitement antiagrégant plaquettaire, une statine et un inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) ou un antagoniste de l'angiotensine II (ARA II ou sartan). Ce traitement est prescrit dès la sortie de l'hôpital.

Les recommandations françaises [2] et européennes [4] préconisent que tous les patients, en l'absence de contre-indication, bénéficient d'un traitement bêtabloquant. Le traitement doit être commencé dans les premiers jours suivant l'IDM et continué indéfiniment. De nombreuses études et méta-analyses ont en effet démontré que les bêtabloquants réduisent la mortalité après IDM et la récurrence de 20 à 25% [4].

En prévention secondaire, il est recommandé de prescrire durant l'année suivant un IDM, soit aspirine (75-160 mg/j) + clopidogrel (75 mg/j), soit aspirine (75-160 mg/j) + prasugrel (10 mg), soit aspirine (75-160 mg/j) + ticagrelor (180 mg/j). L'aspirine sera poursuivie en

monothérapie au long cours [5] [6].

L'effet bénéfique des antiagrégants plaquetitaires a largement été démontré, essentiellement l'aspirine sur la mortalité, réduisant de 25% la récurrence ou le décès après IDM [7].

La prescription de statine est préconisée pour tous les patients en prévention secondaire, en l'absence de contre-indication, et sans tenir compte du niveau initial de LDL cholestérol. L'objectif thérapeutique est d'obtenir un taux de LDL cholestérol inférieure ou égal à 1,0g/l (2.5 mmol/l). Pour les patients à haut risque, ce taux devrait être inférieur ou égal à 0,8g/l (2 mmol/l) [6].

Dans l'IDM, les IEC limitent à court terme l'expansion de la zone infarctée, et diminuent à long terme la dilatation ventriculaire et l'hypertrophie du myocarde non infarcté [2].

Les recommandations françaises [2] [8] et européennes [6] préconisent qu'un traitement par IEC (ARA II en cas d'intolérance) soit débuté dès les premières 24 heures de l'infarctus du myocarde, en l'absence de contre-indication, car ils sont associés à une baisse significative de la mortalité dans les 30 jours. A long terme un IEC doit être systématiquement poursuivi chez tous les patients à haut risque hémodynamique, c'est-à-dire ceux ayant présenté une altération de la fonction systolique ventriculaire gauche (FEVG \leq 40%) [8].

ÉTAT DES PRATIQUES

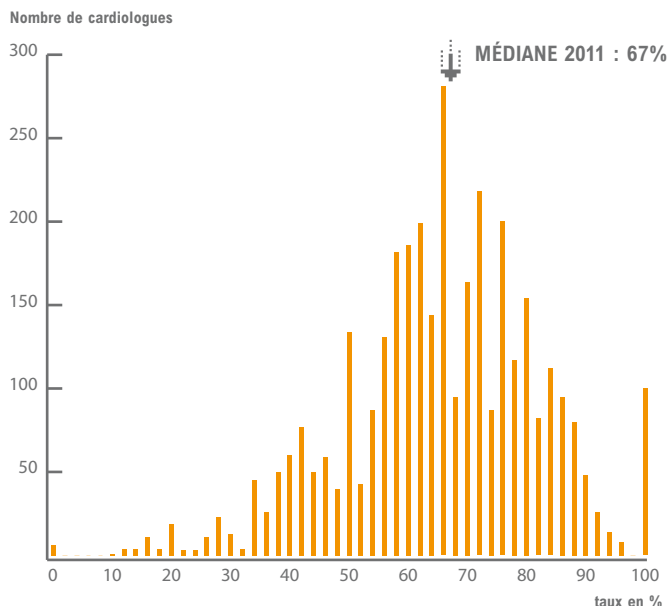
En France, une étude réalisée via le système d'information de l'Assurance Maladie (SNIIRAM) sur les patients hospitalisés pour IDM au cours du premier semestre 2006 portait sur les remboursements de médicaments pendant les 6 mois suivants la prise en charge de l'événement aigu. Le pourcentage de prescription d'un bêtabloquant était de 82% , d'un antiagrégant plaquettaire de 92% , d'une statine de 85% , d'un IEC ou Sartan de 79% ; 62% avaient reçu l'ensemble du traitement.

La consommation de chacune des classes de médicament était améliorée notamment quand le patient avait été vu par un

cardiologue en consultation après l'hospitalisation [1].

Une seconde étude, menée sur 30 mois, a cherché à évaluer le taux d'adhérence au traitement après une hospitalisation pour IDM et son impact sur la mortalité et les réadmissions pour syndrome coronarien aigu. La proportion de non adhérents était de 32 % pour les bêtabloquants, 24% pour les statines, 22% pour les IEC/ARA, 18,3% pour les antiagrégants plaquetitaires et 50% pour leur association. L'adhérence au traitement était corrélée à une réduction de 38 % de la mortalité et des réadmissions pour syndromes coronariens aigus [9].

Données à fin décembre 2011
Seuls les cardiologues éligibles à l'indicateur sont représentés



La figure ci-contre représente la distribution des cardiologues en fonction de la proportion de leurs patients "patientèle correspondante" en post infarctus du myocarde pour lesquels une thérapie par bêtabloquant, IEC ou sartans, et statines a été délivrée.

La médiane est à 67 %, ce qui signifie que la moitié des cardiologues se situe en dessous de ce taux.

INDICATEUR ET OBJECTIF CIBLE

L'indicateur choisi est le pourcentage de patients suivi par le cardiologue* avec antécédent d'infarctus du myocarde dans les 2 ans précédents suivis par le cardiologue et traités par bêtabloquant, statine et IEC ou ARAII parmi l'ensemble des patients avec antécédent d'infarctus du myocarde dans les 2 ans précédents suivis par le cardiologue. Le seuil minimal requis pour l'indicateur est de 5 patients.

* La patientèle prise en compte pour le calcul des indicateurs est la « patientèle correspondante », elle est constituée des patients de l'ensemble des régimes pour lesquels au moins deux actes ont été réalisés par le cardiologue au cours des deux années civiles précédant la date de mise en œuvre du dispositif.

Ne sont pas pris en compte les actes de chirurgie ou technique interventionnel par voie vasculaire portant sur le coeur, les artères ou les veines et actes de surveillance sur 24 heures ou forfaits de cardiologie ou de réanimation et actes de scanner, IRM ou scintigraphie cardiovasculaire et actes de réadaptation. Cette patientèle de référence est actualisée au début de chaque année civile.



L'objectif à atteindre est que **80% des patients avec antécédent d'infarctus du myocarde dans les 2 ans soient traités par une association médicamenteuse comportant un bêtabloquant, une statine, un IEC ou ARA II**

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Tuppin P, Neumann A, Danchin N, Weill A, Ricordeau P, de Peretti C, Allemand H. Combined secondary prevention after hospitalization for myocardial infarction in France: analysis from a large administrative database. Arch Cardiovasc Dis 2009; 102:279-292.

[2] Delahaye F, Bory M, Cohen A, Danchin N, de Gevigney G, et al. Recommandations de la Société française de cardiologie concernant la prise en charge de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë. Archives des maladies du coeur et des vaisseaux 2001; 94 :697-738.

[3] Dujardin J-J, Cambou J-P. Epidémiologie de l'infarctus du myocarde. EMC (Elsevier SAS, Paris) Cardiologie 2005 ; 11-030-P-04.

[4] Hamm CW, Bassand J-P, Agewall S, Bax J, Boersma E, et al. The taskforce for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of cardiology (ESC). European Heart Journal 2011; 32, 2999-3054.

[5] Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et Haute Autorité de santé (HAS). Recommandations de bonne pratique concernant le « Bon usage des agents antiplaquettaires ». ANSM, juin 2012 [consulté le 28/06/2012] : [11 pages]. Disponible sur <http://ansm.sante.fr>.

[6] Van de Werf F, Bax J, Betriu A, Blomstrom C, Crea F, et al. The taskforce for the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of cardiology (ESC). European Heart Journal 2008; 29, 2909-2945.

[7] Antithrombotic Trialists' Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. BMJ 2002; 324:71-86.

[8] Haute Autorité de santé (HAS). Syndromes coronariens aigus, infarctus du myocarde : modalités de prise en charge. Mai 2007, mise à jour septembre 2010 [consulté le 23/03/2012]. Disponible sur <http://www.has.fr>

[9] Tuppin P, Neumann A, Danchin N, de Peretti C, Weill A, Ricordeau P, Allemand H. Evidence-based pharmacotherapy after myocardial infarction in France: adherence-associated factors and relationship with 30-month mortality and rehospitalization. Arch Cardiovasc Dis 2010; 103:363-375.