

00076

Caractéristiques cliniques et épidémiologiques des arrêts cardiaques intra-hospitaliers décrits dans les évènements indésirables graves au cours de la procédure d'accréditation des MAR français.

Gestion des risques, organisation

Médecin

Position du problème et objectif(s) de l'étude

De nombreux pays (Suède, Royaume uni, USA, Japon) disposent d'un registre national permanent ou temporaire des arrêts cardiaques intra-hospitaliers (ACIH) (1,2). Ce dispositif n'existe pas en France et la situation épidémiologique et pronostique nationale des ACIH est inconnue. Il apparaît qu'un nombre important d'ACIH sont décrits comme EIAS dans la base REX-HAS au cours de la procédure d'Accréditation des MAR. Le collège des experts accréditeurs du CFAR propose d'analyser rétrospectivement la base REX afin de déterminer les caractéristiques des ACIH décrits et d'évaluer la possibilité des déclarations d'EIAS comme "proto-registre" national d'ACIH.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective sur données anonymisées (base REX – HAS, Paris). Les EIAS sont définis par l'application d'un MCE et / ou d'un CEE au cours d'une situation de soin déclarée comme EIAS. La base REX est soumise à une lecture électronique avec repérage de mots-clés puis 2 lectures par des observateurs afin de valider l'existence d'un ACR dans la déclaration. La base de donnée finale est exploitée statistiquement par des méthodes descriptives et comparatives (KHI2, Kruskall Wallis et test t de Student).

Résultats & Discussion

12.253 EIAS sont analysés et 283 sont porteurs d'au moins un ACR (Fig1). L'âge moyen est de 62.2+/- 5 ans, le rapport H/F est de 55/45. Les classes ASA 2 et 3 représentent 56% des cas ; on note 2,33 comorbidités/patient, les 3 plus fréquentes étant : obésité, cardiopathie non ischémique et cancer en évolution. La cartographie des ACR révèle 55% de survenue au bloc opératoire (Fig2). Les rythmes initiaux non chocables (Asystole+ EM) prédominent (82.8%) par rapport aux rythmes chocables (FV+TV ; 17.2%). Les cas pédiatriques (n = 12 ; 3%) sont exclus de l'analyse. Les 271 ACR adultes présentent une survie immédiate (SI) de 68.6% et une survie hospitalière (SH) de 41.8%. Les ACR survenant en zone interventionnelle ont une SI de 79.2 % et une SH de 50,2 %. Les ACR survenant ailleurs ont une SI de 34.4% et une SH de 14,3%. Une surveillance scopique est présente dans 82,3% des cas ; une ventilation et contrôle des VAS dans 44% . Un MCE est décrit dans 89% , une intubation / ré-intubation dans 45% et un CEE dans 24%. Le recours à l'ECMO est décrit dans 3,7% des cas, le MCE automatisé dans 1,1% et l'hypothermie contrôlée post ACR dans 1 cas (0,4%). Les survivants développent 3,6 +/-11 jours en réanimation, 2,2 +/-10 jours de ventilation et 5,35 +/-14 jours d'hospitalisation post ACR. Dans 152 cas (56%), l'étiologiques est décrite. Dans 45 cas (29,6%) une cause cardiaque est retenue (IDM / STEMI : n = 13) avec une fréquence inédite de syndrome de Tako-Tsubo (n = 11 ; 7,2% de toutes les étiologies). Dans 30 cas (19.7%), l'étiologie est respiratoire dont 12 cas (7.9%) dus à la perte du contrôle des VA. L'anaphylaxie grave est la troisième étiologie des ACR avec 23 cas (15.1%). Dans 22 cas (14,5%) l'ACR est directement lié à un accident ou un défaut d'un opérateur (chirurgien= 8, anesthésiste= 7, cardiologue= 3, structure= 4).

Conclusion

Les résultats offre un rendement satisfaisant pour l'analyse des ACR péri-opératoires et faible pour les ACR en zone non interventionnelle. Aucune incidence globale ne peut être déduite mais des éléments épidémiologiques inédits (Tako Tsubo) rendent nécessaire un recueil plus systématisé. Le caractère incomplet des description et le faible taux de recours à l'eCPR et à l'hypothermie contrôlée traduit une faible compliance aux recommandations internationales.

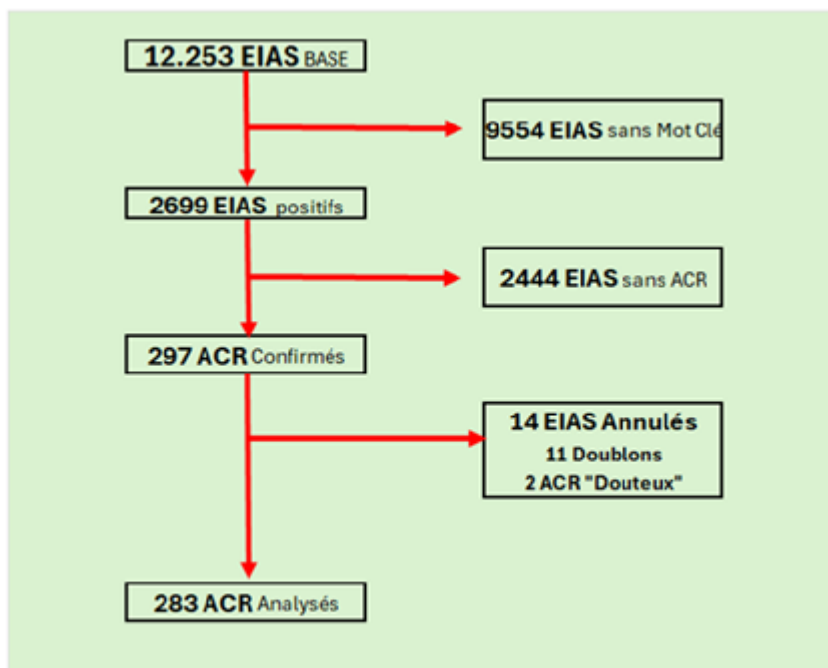


Figure 1 : Flow Chart de l'analyse rétrospective – Base REX - HAS

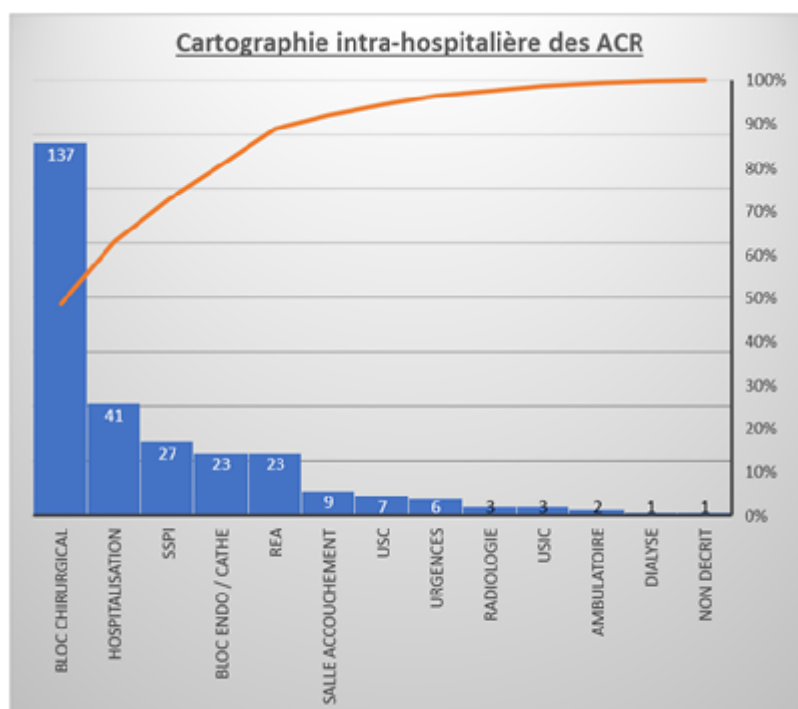


Fig 2: Cartographie des ACH déclarés