# REGULATION PAR LE SAMU DES DOULEURS THORACIQUES ATYPIQUES QUELLE PLACE POUR SOS MEDECINS ?



Louis Rouxel, Fabrice Cadery, Florian Holmière, Bernard Jouves SOS Médecins - 202 Boulevard Wilson - 33000 Bordeaux Urgence Pratique, Mai 2005;70:41-43

La douleur thoracique est un motif fréquent de recours au centre 15, où elle représente près de 2% des appels et environ 20% des sorties SMUR. Une cause coronarienne n'est cependant identifiée après visite que dans 20 à 40 % des cas (1). Toute la difficulté pour le médecin régulateur consiste à faire le meilleur choix du premier intervenant, en tenant compte des moyens disponibles (2), et dans de bonnes conditions de sécurité pour le patient.

Des recommandations ont été émises par le SAMU de France en 1997 (3): l'envoi d'une équipe SMUR d'emblée doit être le plus large possible pour toutes les douleurs évocatrices, chez un patient présentant des facteurs de risques de maladie coronarienne, ou des signes de gravité. L'objectif reste la prise en charge médicalisée la plus précoce possible des SCA (Syndromes Coronariens Aigus), pour permettre une revascularisation rapide (fibrinolyse précoce et/ou angioplastie coronaire).

Néanmoins, une part importante de ces appels concerne des douleurs atypiques ou peu évocatrices, sans signes de gravité ni facteurs de risque pour lesquels l'envoi systématique de moyens lourds n'est pas indiqué. Il est alors recommandé de faire intervenir un médecin généraliste muni d'un électrocardiographe, au domicile du patient, et ce dans un délai maximum d'une heure (3). Certains ont montré que l'appel initial au médecin traitant s'il allonge légèrement le délai de prise en charge, n'a pas de répercussion sur le taux de reperfusion ni sur la mortalité hospitalière (4).

Dans notre secteur, ces appels sont confiés à SOS Médecins Bordeaux, association de 60 médecins urgentistes libéraux, tous équipés d'électrocardiographe, de matériel de première urgence (oxygène, perfusion, ventilation), et de drogues à visée cardiologique (aspirine, adrénaline, atropine, diurétique). S'il le juge nécessaire, le médecin régulateur a la possibilité de faire intervenir conjointement une ambulance munie d'un DSA (Défibrillateur Semi Automatique). Les deux standards sont interconnectés par une ligne téléphonique directe.

A l'heure où de nombreux auteurs prônent la création de réseaux cardiologiques, intégrant la médecine de ville (5) (6), nous avons voulu évaluer ce mode de fonctionnement précurseur, pour tenter de définir sa place dans la chaîne de soins du patient coronarien.

## MATERIEL ET METHODE

Nous avons recueilli, de façon prospective, l'ensemble des visites pour douleur thoracique transmises par le SAMU-centre 15 au standard de SOS Médecins Bordeaux sur une période de 6 mois (du 01/06/2004 au 30/11/2004). Ont été étudiés les délais d'intervention, diagnostic après visite, taux d'hospitalisation et moyens engagés.

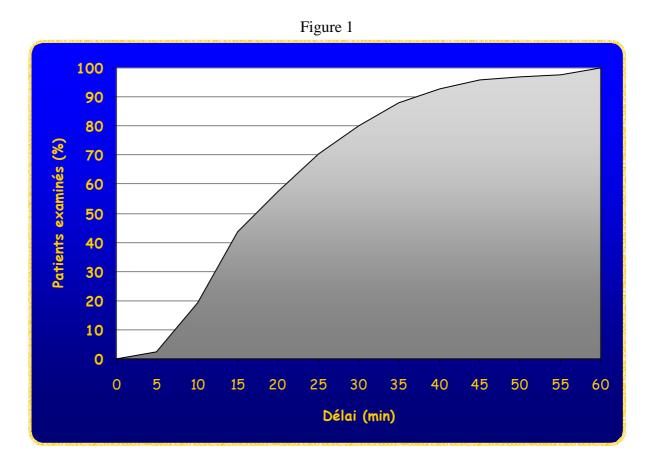
#### **RESULTATS**

Les 279 visites transmises ont pu être incluses, elles concernent 113 femmes (40,5 %) et 166 hommes (59,5 %), moyenne d'age : 55,8 ans [11-96 ans].

Ces visites représentent 18 % de l'ensemble des appels pour douleur thoracique au SAMU sur la même période, ce chiffre n'est cependant qu'un minimum puisque SOS Médecins Bordeaux ne couvre que 60 % de la population du département.

#### **Délais d'intervention:**

Le délai moyen entre la transmission de l'appel au standard de SOS Médecins et l'arrivée du médecin sur les lieux est de 21 minutes. Plus de 80 % des patients sont vus dans la demiheure, et 95 % dans les 45 minutes (Figure 1). Aucun délai n'a dépassé une heure, ce qui nous place bien dans le cadre des recommandations du SAMU de France



# Diagnostic après visite :

Il s'agit du diagnostic porté par le médecin de SOS à l'issue de sa visite, il repose donc principalement sur des critères cliniques et électrocardiographiques.

Le rôle de tri de cet acte médical semble d'emblée important : plus de la moitié des visites transmises (53,8 %) n'étaient pas d'origine cardiologique, avec une nette prédominance de douleurs psychogènes (17,2 %) et pariétales (15,4 %) qui sont bien du ressort de la médecine de ville. (Figure 2 et 3)

Une cause coronarienne, au sens large, est néanmoins retrouvée dans plus d'un quart des cas (26,5 %), on regroupe sous ce terme, de la crise angineuse isolée jusqu'au syndrome

coronarien aigu ainsi que les douleur supposées coronariennes hospitalisées pour dosage enzymatique et avis cardiologique.

Dans 19,7 % des cas, le diagnostic est cardiologique mais non coronarien, il s'agit principalement de troubles du rythme (fibrillation auriculaire, bouveret), de poussées d'hypertension artérielle, et de quelques OAP non ischémiques.

19 SCA (dont 14 ST+) ont été diagnostiqués dans cette série. Tous ont ainsi pu bénéficier d'une prise en charge médicalisée préhospitalière, et d'un transport SMUR vers un service de cardiologie interventionelle.

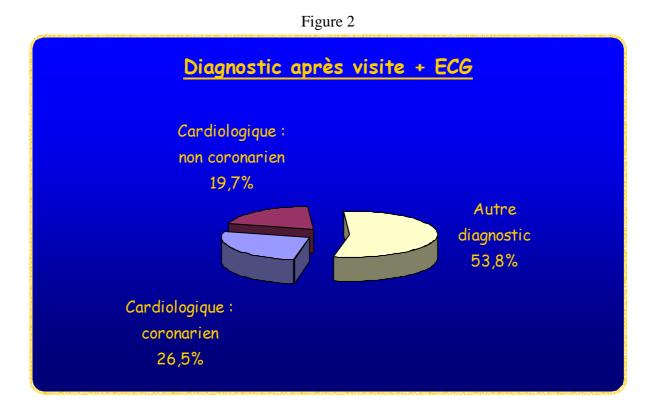


Figure 3 : Diagnostic après visite et nombre d'hospitalisations

Diagnostic médical après visite + ECG		n (%)	Hospitalisés
Cordiologique		74 (26,5 %)	57
Cardiologique Non Coronarien		55 (19,7 %)	26
Psychogène (angoisse, dépression)		48 (17,2 %)	3
Digestif		31 (11,2 %)	7
Ostéo articulaire / musculaire		27 (9,7 %)	1
Neurologique (névralgies, zona)		16 (5,7 %)	1
Respiratoire		12 (4,3 %)	6
Divers / Autres		16 (5,7 %)	4
	Total	279 (100 %)	105

#### Hospitalisations et moyens engagés :

Une hospitalisation a pu être évitée pour 62,4 % des patients (Figure 4).

29,7 % ont été hospitalisés par un moyen de transport non médicalisé (ambulance privée, VSAV ou moyen personnel), un quart d'entre eux vers un service de soins intensifs cardiologiques, le reste vers un service d'urgence polyvalent.

Seuls 22 patients (7,9 %) ont nécessité l'envoi d'une équipe SMUR a posteriori, on y retrouve les 19 SCA diagnostiqués, 2 tachycardies ventriculaires, et une suspicion de dissection aortique.

Hospitalisations et moyens engagés

Hospitalisation
: transport
SMUR
7,9%

Pas
d'hospitalisatio
n
62,4%

Hospitalisation
: transport non
médicalisé
29,7%

#### **DISCUSSION:**

Ces résultats confirment l'intérêt d'une collaboration ville /hôpital pour la gestion des douleurs thoraciques atypiques ayant fait appel au centre 15. Plus de la moitié des pathologies rencontrées ne nécessitent pas d'hospitalisation, néanmoins leur tri ne peut se faire par une seule régulation téléphonique. En l'absence d'effecteur dans certaines zones le médecin régulateur n'a d'autre solution que d'adresser un moyen de transport pour le service d'urgence le plus proche. En dehors des considérations de coût financier (bien supérieur à celui d'une visite), cet état de fait contribue à l'engorgement des services d'urgences, et fait courir le risque du transport non médicalisé d'un SCA avec sa potentialité de troubles du rythme. Un premier tri clinique et électrocardiographique de ces patients à domicile semble permettre d'affiner leur orientation.

Le délai moyen de prise en charge des douleurs thoraciques atypiques, mais authentiquement coronariennes, est donc ici amélioré. Il permet d'initier la prise en charge rapide des SCA par le SMUR et leur bonne orientation vers un service de cardiologie interventionelle, en évitant

pour ces patients le passage par un service d'urgence polyvalent dont on sait qu'il rallonge inutilement les délais de reperfusion (7). Il est établi qu'en matière de SCA, le gain de survie est d'autant plus important que le délai de revascularisation est précoce par rapport au début de la douleur : 60 à 80 vies sauvées pour 1000 patients traités durant les 3 premières heures, contre 30 au delà de ce délai (8). Un nombre non négligeable de SCA ont ainsi pu être « récupérés » malgré une présentation initiale non évocatrice, et bénéficier d'une prise en charge médicalisée préhospitalière conforme aux recommandations actuelles.

La collaboration entre nos deux structures existe depuis de nombreuses années, elle a été formalisée par la signature d'une convention qui définit les modalités de nos interventions. Elle comprend de plus une formation continue des effecteurs par le biais du CESU (Centre d'Enseignement des Soins d'Urgences). Ce fonctionnement pose les bases d'un réseau de prise en charge des douleurs thoraciques, qui pourrait facilement se généraliser à d'autres régions sans coût financier supplémentaire pour la collectivité.

#### **CONCLUSION:**

La reperfusion coronarienne précoce des SCA reste un des objectifs majeurs des années à venir. L'avènement des stratégies combinées (fibrinolyse à domicile + angioplastie hospitalière) renforce l'importance de la prise en charge sur le lieu même de la douleur. Si l'envoi d'une équipe mobile de réanimation d'emblée doit être la règle pour toute suspicion d'infarctus évolutif, il existe un vrai besoin en effecteurs de terrain rapides, expérimentés, et équipés d'électrocardiographes, pour effectuer le tri des douleurs atypiques à domicile. SOS Médecins avec ses 70 associations couvre environ 60 % de la population française, il pourrait constituer la base d'un réseau préhospitalier pour assister le SAMU dans la prise en charge de ces patients.

## **REMERCIEMENTS:**

Aux Docteurs : Michel Thicoïpé, Eric Tentillier, Franck Reydy et Catherine Pradeau (SAMU 33 – SMUR de Bordeaux) pour leur aide.

Au Docteur Lionel Leroux (USI Cardiologique-Hôpital du Haut-Lévêque) pour la relecture

#### **BIBLIOGRAPHIE**

- 1 Goldstein P, Assez N, Marel V. Le coronarien : du domicile à la coronarographie. SFAR 2001.
- 2 Goldstein P, Hannebicque G, Sauval P. Application en France des critères de gravité dans la stratégie thérapeutique du syndrome coronarien aigu. La lettre de la thrombolyse 2001;35:74-81.
- 3 Delacoussaye JE, Cristofini P, Goldstein P, Blanc JL, Chadal M, Taillandier T. *Prise en charge préhospitalière et orientation des infarctus myocardiques aigus*. 7<sup>ème</sup> symposium de réanimation préhospitalière de Montluçon juin 1997. La revue des SAMU 1998 ;41-46.

- 4 Terrussot JP, Schmitt SE, et al. Influence de l'appel au médecin traitant sur les délais de prise en charge des patients présentant un infarctus du myocarde. Données de RICO (Observatoire des infarctus de côte d'or). JEUR hors série n°1 avril 2004;17:44
- 5 Charpentier S, Parant M., Puel J, Virenque C, *Stratégie intégrée de prise en charge d'un IDM en phase aiguë*. Urgence pratique 2004 ;64:19-21
- 6 Pradeau C, Tentillier E, Reydy F, Dindart JM, Boussarie C, Mathieu F, Thicoïpé M. *Régulation médicale des appels au SAMU pour douleur thoracique non traumatique*. JEUR hors série n°1 avril 2003;16:143
- 7 The European Myocardial Infarction Project Group. *Prehospital thrombolytic therapy inpatients with suspected acute myocardial infarction*. N Engl J Med 1993; 329: 383-9.
- 8 Juliard JM, Quelle est actuellement la meilleure stratégie de reperfusion en phase aiguë d'infarctus du myocarde ? Cardiologie pratique 2005;712: 4-6