

RENAU

Réseau Nord Alpin des Urgences : registre des arrêts cardiaques

Il s'agit d'un véritable registre médical des ACR survenus dans le RENAU dont les auteurs* ont fourni un document très exhaustif pouvant en tous points être comparé au registre CARE LA (Los Angeles)⁽¹⁾ ou au registre suédois des arrêts cardiaques⁽²⁾ ou au registre PHENYCS (New York)⁽³⁾. Cette étude prospective type registre permanent inclut tous les arrêts cardiaques extrahospitaliers des 3 départements du réseau alpin des Urgences [38, 73, 74] entre le 1^{er} janvier 2004 et le 31 décembre 2005, soit 3062 patients dont 835 pour le département 38**, 901 pour le 73, 1236 pour le 74.

L'âge médian des victimes est de 67 ans en 2004 et de 68 ans en 2005. L'ACR touche plus fréquemment les hommes que les femmes (70 % en 2004, 68 % en 2005; $p=0,09$). Les appels arrivent plus fréquemment au 18 qu'au Centre 15 (58 % vs 42 % en 2005; $p=0,05$) Mais le pourcentage de tentatives de réanimation baisse de 2 % en 2005 (59,7 %) par rapport à 2004 (61 %) alors que le pourcentage d'ACR survenant en présence d'un témoin passe de 71 % en 2004 à 78 % en 2005 ($p=0,001$), et 59 % des témoins sont des spectateurs. On observe plus de tentatives de réanimation dans le 74 et le 38 (63 % et 60,8 %) que dans le 73 (53,8 %) ($p<0,001$) mais moins fréquemment qu'en Suède (79 %)⁽⁴⁾. La RCP est réalisée par des spectateurs dans 34,2 % des cas c'est-à-dire plus souvent qu'à New York (32,8 %) et en Suède 32 % mais moins souvent qu'à Los Angeles (38 %).

Dans le registre RENAU, les ACR de causes cardiaques sont moins fréquents (66 %) que dans le registre américain CARE LA (84 %)⁽¹⁾ mais plus fréquents qu'en Suède (61 %). Les auteurs se sont également penchés sur les autres causes d'ACR :

traumatiques 9 %, respiratoires 9 %, noyades 1 %, hémorragiques 3 %, autres 11 %. Dans les départements alpins 67 % des ACR ont lieu au domicile, 21 % dans un lieu public et 2 % sur le lieu de travail. Le rythme initial lors de la PEC est l'asystolie dans 71 % des cas, l'AESP dans 9 % des cas et la FV/TV dans 20 % des cas.

L'utilisation du DSA déjà fréquente en 2004 (80 %) augmente de 10 % en 2005 (88 %). Les taux de RACS restent stables sur les 2 années (27 %) de même que les taux d'hospitalisations (19 %) alors que le taux de patients vivants à 24 h qui était de 11 % en 2004 passe à 10 % en 2005, avec 4,6 % de patients vivants à 1 an. En ce qui concerne les 281 patients ayant fait une FV devant spectateurs, le taux de survivants est de 17,4 % dans les départements alpins vs 5,3 % à Los Angeles, 9,6 % à New York et 11,6 % en Suède, on observe un taux plus élevé seulement à Seattle (32 %). Les délais appel-arrivée secours se situent entre 5 et 14 min (moyenne 10 min) et le délai appel-1^{er} CEE est entre 7 et 15 min (moyenne 11 min).

Le registre du RENAU fournit également une analyse de la survie à un an en fonction des différents facteurs : présence d'un témoin spectateur ou professionnel, lieu de survenue, présence d'une FV comme premier rythme, délais appel-RCP, délais appel-arrivée des secours, délais appel-RACS.

Dans l'ensemble ce registre médical de la prise en charge des ACR dans les 3 départements du RENAU a non seulement une valeur statistique mais est surtout très riche en enseignements sur les méthodes de prise en charge et sur les devenir des victimes. Les données du registre prises par des médecins de SAMU en collaboration avec des responsables des SDIS régionaux et exploitées par des spécialistes universitaires indiquent que ce registre est au niveau de ceux des anglo-saxons et que certains résultats sont légèrement au-dessus du niveau européen. **RS**

* Drs Debaty (Samu 38), Monnet (SDIS 38), Usseglio et Barre (SAMU73), Vittoz (SDIS 73), Savary (SAMU 74), Gaillard (SDIS 74), Labarère et Mme Magaly Fourny (Unité d'Évaluation Médicale CHU de Grenoble). www.renaul.org ou gdebaty@chu-grenoble

** à partir d'octobre 2004.

RÉFÉRENCES

1. ECKSTEIN M, STRATTON SJ, CHAN LS. Cardiac arrest resuscitation: Evaluation in Los Angeles CARE LA. *Annals Emerg med* 2005;45(5):504-9.
2. HERLITZ J, EBGDAHL J, SVENSSON I et al. Changes in demographic factors and mortality after out of hospital cardiac arrest in Sweden. *Coro Artery dis* 2005;16(1):51-7.
3. ASAEDA G, CLAIR JJ, GABRIEL E. Public access defibrillation: New York City Experience. *Prehosp Emerg Care* 2002;6(4):489-91.
4. HERLITZ J, ENGDAHL J, SWENSSON I et al. Can we define patients with no chance of survival after out of hospital cardiac arrest? *Heart* 2004;90(10):1114-8.

