Sortie précoce après syndrome coronaire aigu : Quand ? Pour qui ? Pour où ?

D. KARILA-COHEN
Centre Cardiologique du Nord,
SAINT-DENIS.

La prise en charge des syndromes coronariens aigus étant de plus en plus précoce et efficace, la question d'une sortie précoce se pose donc de plus en plus fréquemment, surtout pour les infarctus du myocarde (pour les "angors instables", les sorties sont presque toujours précoces).

Une sortie précoce ne peut concerner que les infarctus non compliqués, ne présentant pas de facteurs de risque (comme par exemple un âge > 70 ans, une FEVG < 45 %, un échec d'angioplastie de l'artère responsable de l'infarctus…).

Chez ces patients, les études ont montré que passé J3, le risque d'événement majeur motivant le maintien à l'hôpital était très faible, et que chaque journée supplémentaire correspondait à un surcoût important, sans bénéfice clinique évident.

Certaines équipes vérifient, avant toute sortie précoce, l'absence d'ischémie résiduelle par un test d'effort ou une échographie de stress. Une sortie précoce est donc possible, entre le 3e et le 6e jour pour un infarctus non compliqué, mais à condition de ne pas faire l'économie d'une prise en charge énergique des facteurs de risque et d'une prise de conscience par le patient de sa pathologie. Idéalement, une réadaptation ambulatoire doit permettre de consolider la prise en charge initiale, surtout si celle-ci est volontairement courte.

Les progrès médicaux immenses réalisés ces 20 dernières années ont amélioré le pronostic des patients hospitalisés pour un syndrome coronarien aigu (SCA). La prise en charge est maintenant, hors complications, souvent banalisée ou en tout cas facilitée, rendant possible une sortie précoce du service de cardiologie. Pourtant, la maladie coronaire reste une pathologie sévère, complexe, et dont le traitement doit être envisagé sur le très long terme, avec la participation active du patient qui doit avoir bien compris les enjeux de la prise en charge. Il faut donc concilier ces deux aspects contradictoires, c'est-à-dire ne pas refuser une sortie précoce à un patient, mais tout en organisant sa prise en charge et en le rendant acteur de celle-ci.

Dans cet article, nous allons discuter des modalités de sortie précoce d'un patient après un SCA : quand ? (donc définir le délai de sortie précoce), pour qui ? (cette sortie précoce est-elle applicable à tous les patients, et comment le déterminer) et pour où ? (modalités de la prise en charge ultérieure). Préalablement à ces trois questions, une autre se pose : pourquoi ? En effet, avant de savoir si une sortie précoce est possible, il faut se demander si elle est utile.

POURQUOI ?

La réponse peut sembler évidente : un séjour "trop" prolongé à l'hôpital est forcément délétère : il fait courir au patient des risques de complications "nosocomiales", de complications iatrogènes,… Chez certains patients à la psychologie fragile, il peut induire une forme "d'hospitalisme", c'est-à-dire de dépendance excessive à la structure hospitalière, de peur du retour à domicile. A contrario, chez des patients très actifs et indépendants, un séjour prolongé peut induire une opposition à la prise en charge et au corps médical, en l'absence de compréhension précise du motif de la prolongation du séjour ("Mon artère a été dilatée, tous les examens ont été réalisés, pourquoi dois-je rester encore ?"). De manière générale, un séjour prolongé à l'hôpital après un infarctus non compliqué a tendance à dramatiser la pathologie malgré un pronostic généralement bon (et dont on sait de toute façon que les complications

hors phase aiguë peuvent survenir à tout moment, y compris à distance). Ce séjour "trop long" (mais ce "trop long" reste à définir) peut être un frein à la reprise rapide d'une vie normale et la resocialisation, chez des patients souvent dans la force de l'âge.

Il existe aussi une pression du système de Santé pour réduire les coûts de prise en charge, donc la durée de séjour à l'hôpital. Cette pression repose sur l'idée qu'une partie de l'hospitalisation a peu de conséquences pronostiques et est peu utile sur le plan médical (pas d'examens majeurs, pas d'événements majeurs), mais constitue une charge financière. Cette logique est renforcée par la mise en place de la TAA (Tarification A l'Activité) qui impose pour chaque pathologie une borne basse et une borne haute de durée de séjour. Dans un éditorial récent [1], des auteurs américains ont calculé qu'au-delà du 3e jour d'hospitalisation pour un infarctus non compliqué, chaque année de vie gagnée coûte 100 000 $.

A l'inverse, une sortie "trop précoce" risque de banaliser la pathologie, chez des patients qui n'en comprendront pas l'éventuelle gravité. En effet, le développement des nouvelles techniques de revascularisation et l'efficacité de l'arsenal thérapeutique peuvent donner au patient une impression de facilité, et donc de bénignité de sa pathologie. Les jours "inutiles" (sans examens, sans modifications thérapeutiques) qui suivront la phase aiguë du SCA doivent donc servir à expliquer sa pathologie au patient, et à l'impliquer dans la prise en charge ultérieure, en particulier dans la prévention secondaire des récidives.

Pour une sortie après un SCA, on pourra donc dire avec Lapalisse "qu'avant l'heure c'est pas l'heure, et qu'après l'heure c'est plus l'heure". Comme toujours en médecine, il n'y a pas de règle absolue, et un équilibre devra être trouvé entre le raccourcissement de la période de l'hospitalisation (qui est dans la logique étant donné les progrès thérapeutiques) et la prise en charge globale du patient, athéromateux et coronarien à vie.

QUAND ?

A partir de quand une hospitalisation devient-elle "trop longue" ? A quel moment de la prise en charge la sortie devient-elle précoce ?

Tout d'abord, cette notion ne peut s'appliquer qu'en cas de SCA non compliqué. En effet, en cas de complication, c'est le traitement de celle-ci qui prend généralement le pas sur la gestion du SCA.

Dans les pays occidentaux, la durée moyenne de séjour après un infarctus du myocarde (IDM) est d'environ une semaine. On pourra donc parler de sortie précoce avant une semaine. Mais cette définition est empirique : au Japon, la durée moyenne de séjour après un infarctus est de 4 semaines ! Une sortie au 8e jour est donc considérée comme précoce [2].

Le caractère précoce de la sortie dépend aussi du type de SCA. En cas d'IDM, on vient de voir qu'une sortie avant la fin de la première semaine est considérée comme précoce, et c'est ce sujet précis qui fait couler beaucoup d'encre. En cas de SCA sans élévation de la troponine ("angor instable"), la sortie est presque toujours précoce, et elle fait beaucoup moins débat. Dans ce cas précis, la marge entre la possibilité "technique" d'une sortie (soit 24-48 heures après l'angioplastie) et la pratique quotidienne (sortie 48-72 heures après l'angioplastie, soit 3-4 jours après l'entrée) est très faible et n'est donc pas sujet à polémique.

Par ailleurs, le caractère précoce de la sortie dépendra beaucoup du contexte et de la localisation de l'infarctus : une sortie au 5e ou 6e jour pour un quadragénaire présentant un infarctus inférieur traité sur une occlusion monotronculaire semblera normale, tandis qu'elle sera considérée comme précoce pour un octogénaire présentant un infarctus antérieur étendu, même s'il n'est pas compliqué.

Enfin, le caractère précoce de la sortie, notion très subjective, va dépendre du médecin qui la prescrit, de son expérience, de ses convictions en l'intérêt d'une telle pratique. La lecture de la littérature fait clairement apparaître que la durée de séjour considérée comme "normale" après un infarctus est au moins autant (voire plus) le résultat d'une culture médicale locale et d'une expérience de service que celui d'une démarche scientifique et médicale raisonnée.

Si l'on s'en tient strictement aux résultats des études [1], le délai après lequel le risque de complication vitale chute de manière significative après un infarctus revascularisé non compliqué est de 3 jours. Dans l'étude GUSTO [3], le nombre de patients nécessitant une défibrillation chute dès le 3e jour (***fig. 1***), pour atteindre un minimum qui reste à peu près stable jusqu'au 30e jour. On pourra donc parler de sortie précoce après un infarctus non compliqué si elle survient entre le 3e jour (minimum en deçà duquel les complications graves sont encore significatives) et le 6e jour (puisque la sortie moyenne habituelle, non précoce, est au 7e jour).

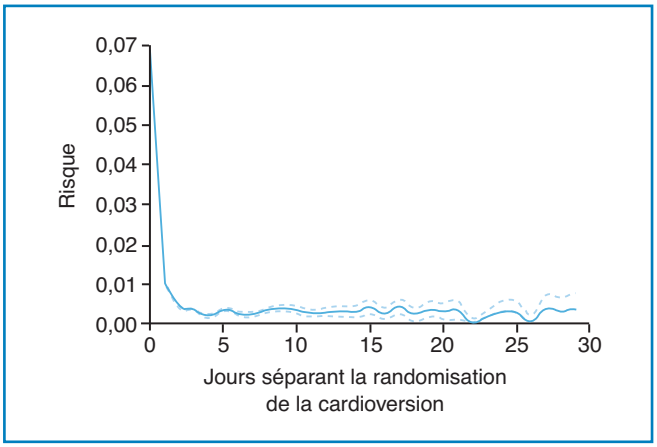

Fig. 1 : *Risque de cardioversion selon la durée d'hospitalisation chez les 41 021 patients de l'étude GUSTO (*N Engl J Med*, 2000 ; 342 : 749-55).*

POINTS FORTS

- **Une sortie précoce ne doit concerner que les infarctus non compliqués.**
- **Une sortie est considérée comme précoce lorsqu'elle survient 6 jours ou moins après l'infarctus.**
- **Faire sortir un patient précocement après un infarctus n'est pas une fin en soi. Cela doit s'inscrire dans une prise en charge globale du patient, au-delà de l'angioplastie.**
- **Une prise en charge en réadaptation ambulatoire est un complément utile à une sortie précoce, surtout s'il s'agit d'un premier événement ischémique.**

POUR QUI ?

Dans un article japonais [2], parmi 3 739 patients hospitalisés pour un infarctus et traités par angioplastie dans les 24 premières heures, seuls 48 % ne présentaient pas de complications dans les 7 premiers jours et étaient donc potentiellement éligibles à une sortie au 8e jour (considérée comme précoce pour les Japonais). Parmi ces patients éligibles à une sortie précoce, un peu plus de la moitié présentaient des facteurs de risque associés à une plus grande fréquence de complications après J8 : il s'agissait des patients avec un antécédent d'infarctus et/ou dont l'artère responsable de l'infarctus est l'IVA, et/ou ceux avec échec d'angioplastie. Dans cette étude, moins d'un quart des patients sont donc considérés comme éligibles à une sortie "précoce" (J8). Toutefois, les complications présentées par les patients éligibles mais à haut risque ont été décomptées jusqu'au 6e mois, ce qui rend peu recevables ces conclusions (ces patients sont effectivement à plus haut risque, mais faut-il pour autant les garder 6 mois à l'hôpital ? !). On peut par contre s'inspirer du principe qu'il faut identifier parmi les patients n'ayant pas présenté de complications ceux qui présentent le moins de risques à sortir précocement.

Cette identification peut se faire en réalisant une recherche d'ischémie : dès 1988, Topol *et al*. [4] proposaient de réaliser une épreuve d'effort au 3e jour après un infarctus non compliqué traité par thrombolyse ou angioplastie. Les patients ne présentant pas d'ischémie étaient randomisés entre une sortie immédiate (J3) et une sortie à J8. Le suivi à 6 mois n'a pas mis en évidence de différence de pronostic entre les deux groupes. Plus récemment, l'étude COSTAMI [5] a utilisé le même type de stratégie : 458 patients présentant un infarctus récent (mais sans revascularisation systématique) non compliqué ont été randomisés entre une échographie de stress à J3-J5, puis une sortie (à J5 ou J6) ou une sortie à J7-J9, puis un test d'effort à 2-4 semaines. Le suivi à un an ne mettait en évidence aucune différence entre les deux groupes.

L'identification des patients pouvant bénéficier d'une sortie précoce peut aussi se faire sur des critères cliniques et morphologiques plus simples [6]. En effet, la plupart des études se basant sur la recherche d'une ischémie ont été réalisées sur des cohortes de patients assez limitées et présentant un infarctus transmural, le plus souvent thrombolysé, et n'ayant pas toujours bénéficié de coronarographie, ni d'angioplasties. Actuellement, chez des patients dont la morphologie coronaire est connue et souvent traités par angioplastie (immédiate ou au pire rapide), le cardiologue dispose d'assez d'éléments de décision pour repérer et faire sortir précocement les patients à bas risque (cette notion de bas risque restant à déterminer). Une recherche d'ischémie peut être alors réservée aux patients chez lesquels une sténose résiduelle pose un problème de quantification : en effet, si la ou les sténoses résiduelles sont serrées, menaçantes, une décision d'angioplastie sera prise, soit avant la sortie, soit au cours d'une seconde hospitalisation ; si les sténoses ne sont pas serrées, il ne sera pas utile de rechercher une hypothétique ischémie avant la sortie.

Cette démarche "sans épreuve d'effort" a été appliquée par Grines *et al*. pour le groupe PAMI [7]. Les auteurs ont inclus 471 patients présentant un infarctus aigu et ayant bénéficié d'une coronarographie (et si besoin d'une angioplastie) en phase aiguë. Ces patients étaient à bas risque : moins de 70 ans, FEVG > 45 %, maladie coronaire mono- ou bitronculaire, succès d'angioplastie, pas d'arythmie après la phase aiguë. Ils ont été randomisés entre une sortie à J3 (sans rester en Soins intensifs) ou une prise en charge "traditionnelle" (c'est-à-dire une sortie à J6-J7 après un

court séjour en réanimation et une épreuve d'effort éventuelle). Le suivi à 6 mois n'a révélé aucune différence de pronostic, mais un coût de prise en charge bien plus bas dans le groupe des sorties précoces.

On peut donc schématiquement dire qu'une sortie précoce après un infarctus doit être réservée au patient n'ayant pas présenté de complications et n'ayant pas de facteurs de risque de complications (âge de plus de 70 ans, dysfonction ventriculaire gauche, arythmie ventriculaire, échec d'angioplastie, lésion menaçante sur un autre vaisseau). Dans certains cas, la décision de sortie peut être confortée par la réalisation d'une épreuve d'effort ou d'une échographie de stress. Ces éléments sont des conditions nécessaires mais pas toujours suffisantes pour décider d'une sortie, qui doit aussi tenir compte du contexte général : profession du patient, conditions psychologiques, entourage familial, compréhension de la maladie, prise en charge des facteurs de risque, suivi régulier par un cardiologue… Dès la phase aiguë passée, que ce soit à domicile ou à l'hôpital, tout doit être mis en œuvre pour assurer la prévention secondaire.

POUR OU?

Le plus logique, lorsque tout est mis en œuvre pour qu'un patient sorte précocement, est un retour à domicile. Toutefois, plus la sortie sera précoce, plus elle devra être "encadrée" afin d'assurer une éducation du patient, une prévention secondaire, et donc la prise en charge énergique des facteurs de risque.

En cas d'infarctus transmural, et a fortiori chez un patient encore actif, le retour à domicile associé à une réadaptation ambulatoire est une formule intéressante ; elle permet un retour très rapide à domicile, mais avec une prise en charge immédiate et intensive des facteurs de risque (et l'on sait que la réceptivité des patients aux mesures hygiéno-diététiques est beaucoup plus importante juste après l'événement clinique). Cette réadaptation permet aussi de reprendre très rapidement une activité physique, voire sportive, avec un encadrement médical initial.

Dans certains cas, si le patient est âgé ou seul à domicile par exemple, cette réadaptation peut se faire en milieu hospitalier. En l'absence de réadaptation, et surtout si le patient reprend rapidement son travail, il faut organiser cette prise en charge des facteurs de risque par une consultation assez précoce et un suivi cardiologique initialement rapproché. Cette surveillance s'impose surtout s'il s'agit d'un premier accident coronarien et que le patient semble minimiser sa pathologie.

CONCLUSION

De nos jours, la sortie de l'hôpital après un syndrome coronarien aigu non compliqué est **techniquement** possible très tôt, dès le 3e jour pour un infarctus du myocarde. Pourtant, si le principe de sortie précoce est le résultat d'une avancée médicale, il ne doit pas être une fin en soi, et la prise en charge de l'infarctus ne doit pas se limiter à déboucher une artère puis laisser sortir le patient.

La sortie doit donc être la plus précoce possible, mais en laissant entre ce 3e jour et celui de la sortie, s'il est nécessaire, un temps moins technique, moins vital, mais qui permet de mieux connaître le patient, de lui expliquer sa pathologie et d'organiser sa prise en charge future, à domicile et/ou en réadaptation. ■

Bibliographie

1. Mark DB, Newby L. Early hospital discharge after uncomplicated myocardial infarction : are further improvements possible ? *Eur Heart J*, 2003 ; 24 : 1 613-5.

2. Kinjo K, Sato H, Sakata Y, Nakatani D, Mizuno H, Shimizu M *et al*. Identification of uncomplicated patients with acute myocardial infarction undergoing percutaneous coronary intervention. Are these patients suitable for early discharge ? *Circ J*, 2005 ; 2005 : 1 163-9.

3. Newby L, Eisenstein E, Califf R, Thompson T, Nelson C, Peterson E *et al*. Cost effectiveness of early discharge after uncomplicated acute myocardial infarction. *N Engl J Med*, 2000 ; 342 : 749-55.

4. Topol E, Burek K, O'Neill W, Kewman D, Kander N, Shea M *et al*. A randomized controlled trial of hospital discharge three days after myocardial infarction in the era of reperfusion. *N Engl J Med*, 1988 ; 318 : 1 083-8.

5. Desideri A, Fioretti P, Cortigiani L, Gregori D, Coletta C, Vigna C *et al*. Cost of strategies after myocardial infarction (COSTAMI). A multicentre, international, randomized trial for cost-effective discharge after uncomplicated myocardial infarction. *Eur Heart J*, 2003 ; 24 : 1 630-9.

6. De Luca G, Suryapranata H, van't Hof AWJ, de Boer MJ, Hoorntje JCA, Dambrink J *et al*. Prognostic assessment of patients with acute myocardial infarction treated with primary angioplasty. Implication for early discharge. *Circulation*, 2004 ; 109 : 2 737-43.

7. Grines C, Marsalese D, Brodie B, Griffin J, Donohue B, Costantini C *et al*. Safety and cost-effectiveness of early discharge after primary angioplasty in low risk patients with acute myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol*, 1998 ; 31 : 967-72.