

## POINTS IMPORTANTS

- La répétition de l'ECG non positif, toutes les dix minutes si la situation clinique l'exige, permet d'identifier plus de IAMEST et d'orienter ces patients vers un centre d'hémodynamie.
- Si la situation clinique le nécessite, effectuer un ECG tôt chez un patient qui sera victime d'un ACR devant les TAP, permet d'identifier un IAMEST et d'orienter correctement ce patient, s'il est réanimé.

## Un ECG précoce et la répétition de l'ECG peuvent faire la différence

Le but de ce communiqué est d'informer les TAP d'une étude des interventions IAMEST qui n'ont pas été orientées en hémodynamie.

### L'ÉTUDE EN QUESTION

Lors du dernier comité régional IAMEST, nous avons objectivé les grandes améliorations que nous avons eues dans la prise en charge des patients qui sont victimes d'un IAMEST. Ceci nous a aussi permis de constater que certains patients, victimes d'un IAMEST, n'avaient pas été orientés vers un hôpital avec capacité d'hémodynamie, tel que prévu.

Ces patients, en provenance du préhospitalier, qui sont transportés en ambulance, n'avaient pas un ECG positif d'un IAMEST lorsqu'effectués par les TAP. Ainsi, ces patients ont été transportés la plupart du temps vers un hôpital sans hémodynamie. Ces patients ont dû être transportés par la suite dans un hôpital d'hémodynamie avec les délais que cela engendre et de façon concomitante, avec une mortalité et une morbidité augmentées.

L'étude de ces interventions nous a permis de dégager deux causes principales, détaillées par ordre d'importance :

### 1. UN ECG QUI NE DÉMONTRE PAS UNE INTERPRÉTATION DE IAMEST EN PRÉHOSPITALIER

Près de 50 % de ces IAMEST, non orientés vers un centre d'hémodynamie, n'avaient pas un ECG diagnostique lorsque les TAP ont effectué l'examen paraclinique. Soit qu'il était trop tôt dans la présentation clinique d'infarctus aigu, soit que les changements n'étaient pas assez prononcés. Ces patients ont tous eu un ECG positif lorsqu'ils sont arrivés à l'urgence. Comme mentionné précédemment, ils n'étaient pas nécessairement à la bonne urgence (urgence sans hémodynamie).

#### Comment faire pour éviter cette situation ?

Parfois, il est impossible d'éviter cette situation et l'ECG ne deviendra positif qu'à l'urgence. Cependant, si le patient présente toujours le même tableau clinique ayant provoqué l'ECG, si ce dernier n'est pas positif, de le répéter toutes les dix minutes permettra, dans plusieurs cas, d'objectiver le IAMEST avant de se mettre en direction pour l'urgence permettant ainsi l'orientation du patient vers le bon hôpital.

Ainsi, devant un tableau clinique persistant, il est important devant un ECG qui n'est pas positif de le répéter environ toutes les dix minutes et d'en effectuer un dernier avant de quitter le site d'intervention, dans l'ambulance. Si le transport est prolongé, de la même façon, toujours si la symptomatologie persiste, il faut répéter l'ECG toutes les dix minutes, car devant un ECG qui devient positif, l'orientation du patient changera si l'on ne se dirige pas vers un centre d'hémodynamie.



## 2. ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE AVANT D'EFFECTUER L'ECG

La deuxième raison de ne pas avoir un ECG positif en préhospitalier pour une victime d'un IAMEST, est que ce même patient soit victime d'un événement plus grave soit, un ACR.

### Que pouvons-nous faire devant cette situation ?

Nous avons objectivé que pour certains patients, un ECG aurait pu être effectué bien avant l'ACR. Ainsi, devant un ECG positif suivi d'un ACR, la mise en tension des ressources hospitalières aurait pu être « plus musclée » et plus spécifique permettant ainsi d'orienter le patient conscient et avec des signes vitaux acceptables vers un centre d'hémodynamie.

### **Conclusion**

Notre prise en charge des patients victimes d'un IAMEST a beaucoup changé depuis la venue des ECG en préhospitaliers. Nous avons changé le portrait de la prise en charge préhospitalière et hospitalière de ces patients pour leur bien-être.

Avec les quelques ajustements proposés (ECG répété et ECG lorsque la situation clinique le nécessite), il est clair que nous allons encore améliorer ce type de prise en charge préhospitalière.

Chers collègues, merci pour votre expertise et votre implication.

Cordialement,

**Dave Ross, M.D.**