

## Points importants

- En présence d'un IAMEST potentiel, faire un 10-10 précoce après la télémétrie de l'ECG 12 dérivations, et ce, du chevet du patient.
- La plupart du temps, deux 10-10 sont nécessaires en présence d'un IAMEST : un sur le site d'intervention et l'autre avant de quitter vers l'hôpital.

## Télémétrie : l'importance de communiquer précocement avec l'hôpital receveur et de transmettre les informations cliniques dans la situation potentielle d'un infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST)

### Étude de cas

Dernièrement, nous avons objectivé que certaines équipes, après avoir effectué un électrocardiogramme en 12 dérivations (ECG 12 D) présentant un infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST, avisent l'hôpital tardivement, ce qui allonge le délai à la reperfusion. Il faut se rappeler que pour chaque strate de 30 minutes de délai à la reperfusion du myocarde, nous augmentons la mortalité de 10 %. Pour bien comprendre ce qui se passe sur le terrain, voici les deux situations que nous avons objectivées.

### Situation 1 : la télémétrie est faite à l'hôpital régional (qui n'a pas de capacité d'hémodynamie)

Les techniciens ambulanciers paramédics (TAP) sont au chevet du patient et ils sont en présence d'un ECG positif d'un IAMEST. L'ECG est télémétrisé à l'hôpital régional, qui n'a pas de capacité d'hémodynamie. Les TAP n'avisent pas, pour l'instant, l'hôpital. Ils évacuent le patient et débutent le transport de ce dernier vers ce même hôpital (l'hôpital régional). Durant le transport, quelques minutes avant leur arrivée à l'hôpital régional, les TAP communiquent (10-10) avec le personnel médical et les avisent de la télémétrie de l'ECG. Le médecin les avisent de procéder vers un autre hôpital, lequel a la capacité d'hémodynamie. Les TAP rebroussement chemin pour procéder avec le « bon hôpital », celui avec capacité d'hémodynamie. Le délai à la reperfusion est allongé de façon significative. Si les TAP avaient communiqué de la scène avec l'urgence et confirmé la réception de l'ECG ainsi que le diagnostic de IAMEST, le patient aurait été orienté dès le départ vers le bon hôpital, celui ayant la capacité d'hémodynamie.

### Situation 2 : la télémétrie est faite à l'hôpital ayant la capacité (Hôpital Pierre-Boucher)

Les TAP sont au chevet du patient et ils sont en présence d'un ECG positif d'un IAMEST. L'ECG est télémétrisé à l'Hôpital Pierre-Boucher qui a la capacité d'hémodynamie. Les TAP n'avisent pas, pour l'instant, l'hôpital. Ils évacuent le patient et débutent le transport de ce dernier. Durant le transport, quelques minutes avant leur arrivée à l'Hôpital Pierre-Boucher, les TAP communiquent (10-10) avec le personnel médical et l'avise de la télémétrie de l'ECG. L'équipe d'hémodynamie n'étant pas sur place à ce moment, celle-ci est immédiatement avertie. Le patient est pris en charge à l'urgence en attendant l'arrivée de l'équipe d'hémodynamie. Le délai à la reperfusion est allongé de façon significative. Si les TAP avaient communiqué de la scène avec l'urgence et confirmé la réception de l'ECG ainsi que le diagnostic de IAMEST, l'équipe d'hémodynamie aurait été avisée précocement et aurait pu se rendre à l'hôpital en même temps que le transport du patient était effectué, diminuant ainsi grandement le délai à la reperfusion.

### Conclusion face à ces deux situations

Dans les deux cas, la communication n'a pas été effectuée de la scène et a donc été faite trop tardivement. L'impact se traduit en un délai indu à la reperfusion, augmentant ainsi, par ce simple fait, la mortalité.

Voici la séquence qu'il faut suivre lorsqu'on est en présence d'un ECG de qualité diagnostique, présentant un des 5 messages<sup>1</sup> informatiques pouvant présumer un IAMEST et requérant une télémétrie.

Message informatique devant être télémétrisé : « \*\*\*\* IM/MI AIGUË \*\*\*\* », « Suspicion d'infarctus aigu », « Segment ST sus-décalé », « Péricardite » et « Repolarisation précoce » .

Séquence d'intervention :

1. Si présence d'un ECG de qualité diagnostic présentant un des 5 messages informatiques<sup>1</sup> pouvant présumer un IAMEST, télémétriser l'ECG à l'hôpital du secteur.
2. Procéder à l'installation des électrodes de défibrillation pendant que la télémétrie s'effectue.
3. Poursuivre le protocole clinique (réf. : MED. 10 Douleur thoracique et tout autre protocole que requiert l'état clinique du patient).
4. Préparer son rapport clinique pour communiquer (10-10) avec l'hôpital du secteur.
5. Approximativement 2 minutes après avoir télémétrisé l'ECG (après la fin de la télémétrie), on communique avec l'hôpital et on transmet les informations de la façon suivante :
  - A. Numéro de véhicule et entreprise ambulancière;
  - B. Transmettre l'information de la façon suivante : « Nous vous avons envoyé un ECG 12 dérivations par télémétrie » ;
  - C. L'identificateur de l'ECG 12 dérivations est le : ...
  - D. « Voici un bref rapport de l'état clinique du patient :
    - a. Le sexe du patient;
    - b. L'âge;
    - c. Une brève description du tableau clinique du patient (douleur, autres symptomatologies);
    - d. L'heure du début des symptômes ;
    - e. SV : FR, SpO2, FC, T/A ;
  - E. L'estimation du temps d'arrivée à l'établissement receveur (hôpital de la région) ;
  - F. « Nous restons à l'écoute pour la confirmation du diagnostic et l'établissement receveur ».

Si l'équipe médicale est incapable pour l'instant de vous confirmer l'établissement receveur, aviser que vous communiquerez avec elle, juste avant de quitter les lieux pour confirmer l'hôpital.

Dans le cas de l'Hôpital Pierre-Boucher, à moins d'une situation exceptionnelle, tel un bris d'équipement majeur rendant la salle d'hémodynamie inopérable, le personnel ne vous confirmera pas d'établissement receveur puisqu'il va admettre votre patient dans leur salle d'hémodynamie (en passant par l'urgence toujours en ce qui concerne l'HPB).

Durant le transport, le plus tôt possible, nous vous demandons de communiquer avec l'hôpital receveur (deuxième 10-10) afin de transmettre l'ensemble des informations cliniques et l'estimation de votre temps d'arrivée. Si le médecin de l'urgence ne pouvait prendre la décision d'orienter le patient vers un centre d'hémodynamie lors du premier 10-10, il va le signifier lors de ce deuxième.

Pour l'Hôpital Pierre-Boucher, à moins qu'on vous le demande lors du premier appel, le deuxième 10-10 n'est pas requis si vous avez déjà communiqué l'ensemble des informations cliniques de vive voix au personnel de cet hôpital. Autrement, vous devez faire un deuxième 10-10.

Je vous remercie de l'attention que vous porterez à cette communication visant l'amélioration des soins aux patients.



Dave Ross, M.D.