

8 novembre 2011 / n° 40-41

Numéro thématique – Des registres de l'infarctus du myocarde... aux registres de l'insuffisance coronaire aiguë

Special issue – From myocardial infarction registries... to acute coronary disease registries

p. 413 **Éditorial / Editorial**

p. 415 **Évolution de la maladie coronaire en France de 2000 à 2007 / Trends in coronary heart disease in France from 2000 to 2007**

p. 419 **Fréquence et mortalité à 28 jours des divers épisodes d'insuffisance coronaire aiguë dans trois régions françaises en 2006 / Frequency and 28-day mortality of acute coronary insufficiency episodes in three French regions, 2006**

p. 423 **Caractéristiques cliniques, biologiques et électriques des épisodes inauguraux d'insuffisance coronaire dans trois régions françaises en 2006 : relation avec la survie à 28 jours / Clinical, biological and electrical characteristics of inaugural acute coronary insufficiency episodes in three French regions in 2006: relationship with 28 days survival**

p. 426 **Prise en charge thérapeutique de l'insuffisance coronaire aiguë inaugurale dans trois régions françaises en 2006 / Healthcare management in patients presenting with a first acute coronary insufficiency episode in three French areas in 2006**

Coordination scientifique du numéro / *Scientific coordination of the issue*: Pierre Ducimetière, Inserm, Université Paris-Sud, Villejuif, France et pour le comité de rédaction : Juliette Bloch, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Paris, France et Bertrand Gagnière, Cire Ouest, Institut de veille sanitaire, Rennes, France

Éditorial / Editorial

Dominique Arveiler

Laboratoire d'épidémiologie et de santé publique, EA3430, Université de Strasbourg, Faculté de médecine, Strasbourg, France

En dépit de la diminution considérable de leur fréquence observée depuis les années 1980, la pathologie coronaire et l'infarctus du myocarde en particulier restent une cause majeure de mortalité et de morbidité dans le monde. Des données épidémiologiques sur les indicateurs de fréquence de la maladie coronaire sont d'un grand intérêt pour apprécier l'importance de cette pathologie au sein des populations et entre les populations. Ceci a bien été démontré par le projet Monica (*Multinational monitoring of trends and determinants in cardiovascular disease*) coordonné par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui a permis de documenter ces indicateurs et leurs évolutions dans de nombreuses régions du milieu des années 1980 au milieu des années 1990 [1].

Au début des années 2000, un consensus de l'*American College of Cardiology* et de la Société européenne de cardiologie a été publié, faisant état d'une évolution du diagnostic clinique de l'insuffisance coronaire aiguë (ICA) [2]. Ce consensus a été corroboré en 2003 puis en 2007 par de nouvelles publications cosignées par plusieurs sociétés savantes, précisant une nouvelle définition opérationnelle de l'infarctus du myocarde [3]. Elle s'appuie principalement sur de nouveaux marqueurs biologiques plus sensibles, les troponines, dont le dosage est aujourd'hui à peu près généralisé, et sur des modifications électrocardiographiques prenant en compte l'apparition d'une onde Q et/ou la surélévation du segment ST. Ainsi, le vocabulaire des cliniciens privilégie actuellement le terme « syndrome coronaire aigu » suivi de la désignation d'un mouvement ou non de troponines et/ou de la présence ou non d'une surélévation du segment ST (ICA ST+, ICA non ST+), dans des situations dénommées auparavant « infarctus du myocarde ». Cette nouvelle définition aura à coup sûr un impact sur les données épidémiologiques de l'infarctus du myocarde, comme l'ont montré plusieurs publications [4-6].

En France, trois registres de population de l'infarctus du myocarde et des décès coronaires fonctionnent de manière coordonnée depuis le milieu des années 1980, surveillant les populations de la Communauté urbaine de Lille, du département du Bas-Rhin et du département de la Haute-Garonne. La participation de ces registres au projet Monica de l'OMS jusqu'en 1995 a mis en évidence, d'un côté, une baisse importante de la mortalité coronaire en France sur la période de 10 ans, due à une baisse de l'incidence et de la létalité de l'infarctus du myocarde, et de l'autre, la part élevée des décès extra-hospitaliers d'origine coronaire ou présumée coronaire dans notre pays.

Les trois équipes ont repris l'enregistrement à partir de 1997, selon un protocole voisin de celui défini par l'OMS, mais fondé sur le diagnostic clinique d'infarctus du myocarde notifié dans la lettre de sortie de l'hôpital ou dans le dossier clinique, et non plus sur le recueil des critères cliniques classiquement admis.

Afin de mieux cerner les conséquences potentielles induites par les changements de définition de l'infarctus du myocarde, les registres français ont étendu en 2006 l'enregistrement à tous les épisodes d'insuffisance coronaire aiguë, identifiés sous les termes infarctus du myocarde, syndrome coronaire aigu, angor instable, complication aiguë d'une cardiopathie préexistante ; ils ont par ailleurs recueilli des informations sur les nouveaux critères de définition de l'infarctus et sur la prise en charge extra- et intra-hospitalière des épisodes.

Les articles de ce numéro du BEH rapportent, dans une première partie, l'évolution des principaux indicateurs de morbidité et de mortalité de l'infarctus du myocarde et des décès coronaires dans la période 2000-2007. Les trois autres articles sont consacrés à l'enregistrement effectué en 2006 de tous les épisodes d'insuffisance coronaire aiguë : ils décrivent les principaux indicateurs des différentes formes de l'insuffisance coronaire aiguë et leur répartition selon les régions et, pour les épisodes inauguraux, leurs caractéristiques cliniques, électriques et biologiques ainsi que leur prise en charge thérapeutique.

Globalement, l'incidence et la mortalité de l'infarctus du myocarde et des décès coronaires ont diminué entre 2000 et 2007. Cette baisse est essentiellement retrouvée chez les personnes de plus de 55 ans et est moins marquée voire inexistante chez les plus jeunes, particulièrement chez les femmes. Ceci pourrait laisser craindre une stabilisation ou même une augmentation des taux dans les années à venir. Le gradient nord-sud de fréquence décroissante est bien sûr retrouvé. En revanche, la létalité hospitalière et la létalité générale restent stables pendant cette période ; d'importants écarts de la létalité entre les régions semblent être le reflet d'une gravité différente de la maladie coronaire.

L'étude menée spécifiquement en 2006 sur l'ensemble des épisodes d'insuffisance coronaire aiguë souligne plusieurs faits :

- par rapport à l'enregistrement habituel, le nombre d'événements enregistrés est augmenté de 60% ;
- la répartition des différentes formes cliniques et de leur diagnostic est hétérogène entre les régions, ceci étant sans doute lié en grande partie à des habitudes de vocabulaire différentes des cliniciens ;
- les signes de gravité de la maladie sont plus fréquents à Lille que dans les deux autres centres, ceci pouvant être mis en parallèle avec la létalité à 28 jours plus élevée dans ce centre ;
- concernant la prise en charge thérapeutique, une revascularisation est effectuée chez plus de trois quarts des patients, un peu moins fréquemment à Lille que dans les deux autres régions. Le traitement médicamenteux délivré pendant l'hospitalisation ou prescrit à la sortie de celle-ci est très similaire dans les trois centres et globalement en accord avec les recommandations internationales.

Ces résultats montrent que la tendance à la baisse de la fréquence de la maladie coronaire observée en France depuis le début des années 1980 se poursuit. L'étude spécifique menée en 2006, enregistrant tous les épisodes coronaires aigus et adaptée à la nouvelle définition de l'infarctus du myocarde, met en évidence des différences nosologiques entre les centres. L'enregistrement de ces différentes formes de l'insuffisance coronaire aiguë, incluant le recueil d'information sur le dosage de troponines et sur les anomalies électriques, paraît aujourd'hui indispensable pour fournir des indicateurs épidémiologiques valides ; il a été repris de façon continue par les trois centres depuis 2009. Enfin, la part élevée de la mortalité extra-hospitalière ne diminue pas dans le temps. Elle souligne la nécessité de poursuivre les efforts de prévention primaire et les efforts d'information de la population sur l'urgence à agir devant des signes de pathologie coronaire aiguë.

Références

- [1] Tunstall-Pedoe H, Kuulasmaa K, Mähönen M, Tolonen H, Ruokokoski E, Amouyel P, for the WHO MONICA (Monitoring trends and determinants in cardiovascular disease) Project. Contribution of trends in survival and coronary-event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 WHO MONICA Project populations. *Lancet* 1999;353:1547-57.
- [2] The Joint European Society of Cardiology / American College of Cardiology Committee. Myocardial infarction redefined – A consensus document of the Joint European Society of Cardiology / American College of Cardiology Committee for the Redefinition of Myocardial infarction. *Eur Heart J* 2000;21:1502-13 ; *Am Coll Cardiol* 2000;36:959-69.
- [3] Thygesen K, Alpert JS, White HD on behalf of the Joint ESC/ACCF/AHA/WHF Task Force for the Redefinition of Myocardial infarction. *Eur Heart J* 2007;28:2525-38 ; *Circulation* 2007;116:2634- 53.
- [4] Roger VL, Killian JM, Weston SA, Jaffe AS, Kors J, Santrach PJ, *et al.* Redefinition of Myocardial Infarction: Prospective evaluation in the community. *Circulation* 2006;114:790-7.
- [5] Salomaa V, Ketonen M, Koukkunen H, Immonen-Raiha P, Lehtonen A, Torppa J, *et al.*, for the FINAMI study group. The effect of correcting for troponins on trends in coronary heart disease events in Finland during 1993-2002: the FINAMI Study. *Eur Heart J* 2006;27:2394-9.
- [6] Lundblad D, Holmgren L, Jansson JH, Näslund U, Eliasson M. Gender differences in trends of acute myocardial infarction events: the Northern Sweden MONICA Study 1985-2004. *BMC Cardiovasc Disord*. 2008;8:17.