

# Prise en charge médicamenteuse des patients post-infarctus: état des lieux et mise en place de recommandations

Pernoux Séverine<sup>1</sup>, Beney Johnny<sup>1</sup>, Petignat Pierre-Auguste<sup>2</sup>,  
Girod Grégoire<sup>3</sup>, Marty Stefan<sup>1</sup>, von Gunten Vera<sup>1</sup>  
[vera.vongunten@ichv.ch](mailto:vera.vongunten@ichv.ch)

<sup>1</sup>Service de Pharmacie, Institut Central (ICHV), Sion

<sup>2</sup>Service de Médecine Interne, CHCVs, Hôpital du Valais, Sion

<sup>3</sup>Service de Cardiologie, CHCVs, Hôpital du Valais, Sion

## Introduction

Les maladies cardiovasculaires sont une des principales causes de morbidité et de mortalité dans les pays industrialisés (37% des décès en Suisse en 2007 selon l'Office Fédéral de la Statistique). Les différentes recommandations pour la prévention secondaire préconisent toutes un traitement médicamenteux associant quatre classes thérapeutiques dont l'efficacité est bien établie : bêtabloquants, antiagrégants, statines et IECA/ou sartans (=BASI).

## Objectifs

- 1) mesurer la conformité des traitements médicamenteux post-infarctus à la sortie de l'hôpital de Sion par rapport aux recommandations BASI et
- 2) mettre en place et renforcer des recommandations propres à l'hôpital de Sion.

## Méthode

Projet réalisé en collaboration avec les services de Médecine Interne et de Cardiologie de l'hôpital de Sion et approuvé par la commission d'éthique valaisanne. Etude rétrospective des dossiers de tous les patients de médecine hospitalisés pour un infarctus du myocarde (classification CIM-10) entre octobre 2007 et octobre 2008. Le pourcentage de patients dont le traitement médicamenteux post-infarctus est en accord avec les recommandations pour chacune des classes thérapeutiques préconisées ainsi que pour l'association BASI a été mesuré. D'éventuelles contre-indications à la prescription d'une ou plusieurs des classes thérapeutiques ont été recherchées lorsqu'elles manquaient. Lorsqu'une ou plusieurs contre-indications expliquaient cette absence, il était considéré que le traitement médicamenteux était quand même en accord avec les recommandations BASI. Dans un second temps, une carte des recommandations a été rédigée et distribuée aux médecins lors d'une présentation orale des résultats.

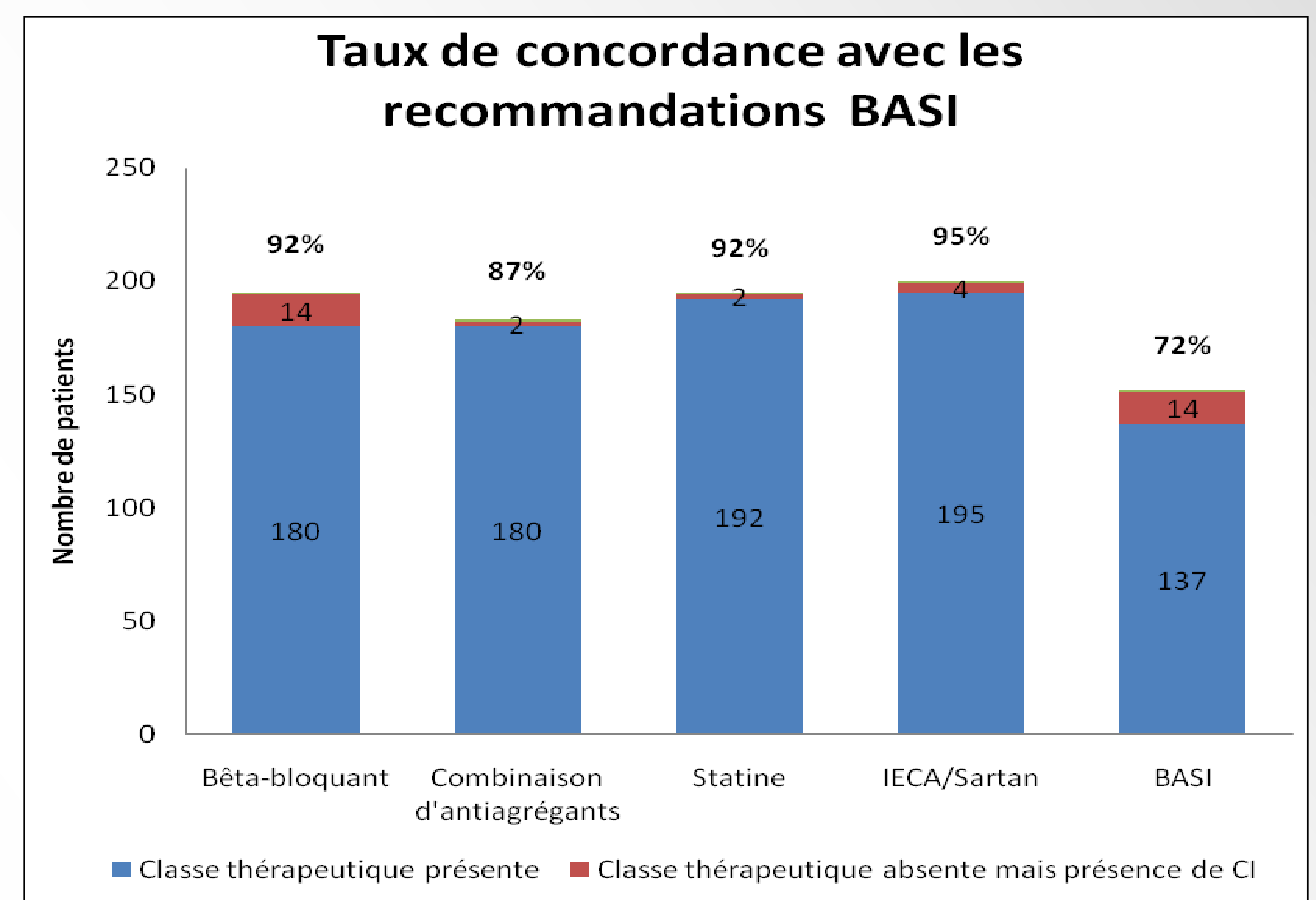
## Discussion - Conclusion

Comparés aux études récentes sur la prévention post-infarctus, les pourcentages de concordance individuels mesurés ici sont élevés. Toutefois, le pourcentage de patients recevant l'association BASI peut encore être amélioré. A cet effet, des recommandations internes ont été préparées et diffusées aux médecins. Elles sont actuellement renforcées par des pharmaciens. Le taux de concordance sera remesuré pour évaluer l'impact de la mise en place de ces recommandations.

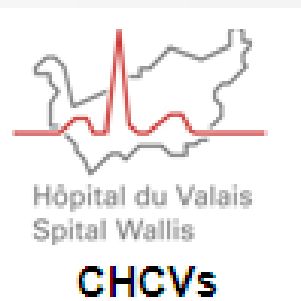
Ce travail a été réalisé dans le cadre de la formation post-graduée en pharmacie clinique de l'ICHV, en partie financée par pharmaSuisse

## Résultats

Sur les 246 patients identifiés, 210 patients ont été inclus. À la sortie de l'hôpital de Sion, les pourcentages de prescription des classes thérapeutiques étaient les suivants : bêtabloquants 92%, antiagrégants 87%, statines 92%, IECA/sartans 95% et BASI 72%. Ces pourcentages incluent ceux où la classe thérapeutique était absente mais où une contre-indication était présente. Dans la plupart des cas de non respect BASI, une seule classe thérapeutique manquait.



## RECOMMANDATIONS pour la PREVENTION POST-INFARCTUS



**CAVE !** Il est important d'associer toutes les classes thérapeutiques (+ celles des cas particuliers, si indication)

	OBJECTIFS THERAPEUTIQUES	TRAITEMENT MEDICAMENTEUX
<b>B</b>	<b>Fréquence cardiaque</b> 60-80/min au repos	<b>Bêtabloquants :</b> Beloc <sup>®</sup> ZOK (métoprolol) : 25 - 200 mg 1x/j Concor <sup>®</sup> (bisoprolol) : 5 - 10 mg 1x/j Dilatrend <sup>®</sup> (carvédilol) : 6.25 - 25 mg 2x/j Nebilet <sup>®</sup> (nébivolol) : 5 mg 1x/j
<b>A</b>	<b>Anti-agrégation</b>	<b>Antiplaquettaires<sup>1</sup> :</b> Aspirin <sup>®</sup> CARDIO ou Kardegic <sup>®</sup> (AAS) : 100 mg 1x/j ET Plavix <sup>®</sup> (clopidogrel) : 75 mg 1x/j (pour tous pendant min. 1 mois après l'événement aigu et pendant min. 12 mois pour les porteurs de stents actifs)
<b>S</b>	<b>Taux de lipides</b> LDL-cholestérol < 2.6 mmol/L	<b>Statines :</b> Sortis <sup>®</sup> (atorvastatine) : 40 mg 1x/j Pravastatine Sandoz <sup>®</sup> (pravastatine) : 40 mg 1x/j
<b>I</b>	<b>Tension artérielle</b> < 130/80 mmHg	<b>IEC/Sartans :</b> privilégier les IEC en 1 <sup>er</sup> lieu ! Coversum <sup>®</sup> N (péridopril) : 2.5 - 10 mg 1x/j HL Lisinopril Teva <sup>®</sup> (lisinopril) : 2.5 - 10 mg 1x/j Epril <sup>®</sup> (énalapril) : 2.5 - 10 mg 2x/j Atacand <sup>®</sup> (candésartan) : 4 - 32 mg 1x/j

CAS PARTICULIERS	
Si FEVG < 40% et IC	<b>Antagoniste sélectif de l'aldostérone<sup>1</sup> :</b> Inspra <sup>®</sup> (éplérénone) : 25 - 50 mg 1x/j HL
Si IM antérieur avec large akinésie (FEVG < 35%) ou présence d'un thrombus apical	<b>Antivitamine K :</b> Sintrom <sup>®</sup> (acénocoumarol) : INR 2-3 pendant 3 à 6 mois et à réévaluer par échographie

<sup>1</sup> Consensus local  
HL = Hors liste ICHV