

**IMPACT CLINIQUE DE L'UTILISATION D'UN REGISTRE DE PRATIQUES :
EXPÉRIENCE DU REGISTRE DE CÔTE D'OR (RICO)**

¹Aurélié Gudjoncik, ¹Luc Lorgis, ²Laurent Mock, ¹Philippe Buffet, ¹Richard Carole, ³Luc Janin-Manificat, ¹Jean-Claude Beer, ⁴Luc Rochette, ⁵Armelle Desplanques- Leperre, ¹Yves Cottin, ⁶Marianne Zeller. ¹Cardiologie, Centre de Cardiologie, CHU, Dijon, France; ²Cardiologie, Service de Cardiologie, Clinique de Fontaine les Dijon, Fontaine les Dijon, France; ³Cardiologie, Service de Cardiologie, CH Beaune, Beaune, France; ⁴Recherche, LPPCE, Faculté de Médecine, Dijon, France; ⁵HAS, St Denis la Plaine, France; ⁶Recherche, LPPCE, IFR 100, Faculté de Médecine, Dijon, France

VERSION FRANCAISE :

Le registre de Côte d'Or (RICO), mis en place en 2001, compte aujourd'hui près de 8000 patients hospitalisés pour SCA dans 6 centres de cardiologie. Il couvre une région de 500 000 habitants. L'utilisation d'un registre permet-elle de réduire la morbi-mortalité par infarctus du myocarde ? Deux exemples pour illustrer deux utilisations efficaces pour améliorer les prises en charge : Exemple 1 : L'analyse de 1002 patients ayant eu un IDM suivis dans le registre RICO a permis :

1. de faire un constat « Seulement un patient sur deux est normoglycémique au cours d'un infarctus et un diabétique avéré sur trois n'est pas reconnu par le cardiologue. Chez ces patients, on relève un sous-emploi des bêtabloquants et de la thrombolyse. A 1 an après la sortie de l'hôpital, près de la moitié des diabétiques ne reçoivent pas de traitement à visée glycémique, tandis que les traitements à visée cardiovasculaire sont sous-utilisés. En conséquence, la mortalité cardiovasculaire et la fréquence de l'insuffisance cardiaque sont significativement plus élevées chez les diabétiques ».
2. de mettre en place des démarches d'amélioration: en particulier sensibiliser les urgentistes mais également les cardiologues interventionnels ou les cardiologues responsables des Unités de soins intensifs au dépistage mais également aux traitements des anomalies glycémiques en phase aigue et orienter les patients dépistés dans un circuit de soins organisé
3. d'en mesurer l'impact en terme de morbi-mortalité: augmentation significative du taux de patients présentant une hyperglycémie à la phase aigue recevant une insulinothérapie à la phase aigue (plus de 60% en 2008- 2009 contre moins de 20% en 2006-2007). L'impact de cette démarche sur la mortalité cardiovasculaire sera disponible lors du symposium.

Exemple 2 : Les axes de recherche clinique associés au registre permettent également d'améliorer l'optimisation de la prise en charge des patients présentant un infarctus du myocarde. Ainsi, sur une importante cohorte de 3291 patients consécutifs AMI, inclus entre le 1^{er} Janvier 2001 et le 31 Décembre 2006, nos données soulignent l'impact et l'intérêt d'un dosage de NT-ProBNP en effet : (1) le NT-pro-BNP est un facteur prédictif indépendamment de la mortalité à 1 an quelque soit le groupe d'âge (2) le NT-proBNP peut donc être utilisé dans la pratique clinique pour la stratification du risque chez les patients âgés en post-infarctus alors que sa valeur reste très controversée chez les insuffisants cardiaques âgés voir très âgés (3) l'impact clinique de ce marqueur est l'amélioration de la prise en charge pharmacologique, et en particulier l'optimisation de la titration des bêta-bloquants et des inhibiteurs du système rénineangiotensine, et donc de la réduction de la mortalité à 30 jours et à 1 an (4) ces résultats seront disponibles pour le symposium.

Discussion, conclusions : La mise en place d'un registre continu de pratiques a permis d'établir :

- un bénéfice immédiat pour les patients pris en charge dans la filière dont les pratiques sont tracées, suivies et analysées au sein d'un registre.
- un bénéfice à moyen terme avec le développement d'interventions et/ou axes de recherche issus de l'analyse des pratiques réelles.

ENGLISH VERSION:

CLINICAL IMPACT AND USE OF A REGISTRY OF PRACTICES: EXPERIENCE OF THE RICO REGISTRY OF THE CÔTE D'OR (FRANCE)

The RICO registry of the Côte d'Or (France), created in 2001, now counts almost 8000 patients hospitalised for ACS in six cardiology centres. It covers a region of 500 000 inhabitants. Can the use of a registry lead to a reduction in morbi-mortality due to myocardial infarction? Two examples to illustrate two effective uses that can improve patient management: Example 1: The analysis of 1002 patients with MI followed by the RICO registry made it possible:

1. to show that « Only 50% of patients with MI had normal blood glucose levels, and that for one diabetic patient in three the cardiologist was unaware of the patient's diabetes. In these patients, it was found that beta-blockers and thrombolysis were underused. At 1 year after discharge from hospital, almost half of the diabetic patients were not receiving treatment for control of their glycaemia, and that treatments for their cardiovascular condition were underused. As a result, in diabetic patients, cardiovascular mortality and the incidence of heart failure were significantly higher »
2. to implement approaches to improve management: in particular informing emergency care teams, interventional cardiologists and cardiologists in charge of Intensive Care Units about screening and treatments for abnormal glycaemia in the acute phase and orienting screened patients towards organised care systems.
3. to measure the impact in terms of morbi-mortality: significant increase in the proportion of patients presenting with hyperglycemia in the acute phase who received insulin therapy during the acute phase (more than 60% in 2008-2009 compared with less than 20% in 2006e2007). The impact of this approach on cardiovascular mortality will be available at the symposium.

Example 2: The themes of clinical research associated with the registry have also led to improved management of patients with myocardial infarction. In a large cohort of 3291 consecutive MI patients included between the 1st January 2001 and the 31st December 2006, our data underline the impact and interest of measuring levels of NT-proBNP. Indeed: (1) NT-pro-BNP is an independent predictor of death at 1 year whatever the age group (2) NT-proBNP can therefore be used in clinical practice to stratify risk in elderly post-infarction patients. However, the relevance of NTpro- BNP in elderly and very elderly patients with heart failure remains controversial. (3) The clinical impact of the marker lies in the fact that it can lead to improved pharmacological management, in particular by optimisation of titration for beta-blockers and angiotensin-converting enzyme inhibitors, therefore reducing mortality at 30 days and at 1 year (4). These results will be available at the symposium.

Discussion/Conclusions The creation of a continuous registry of clinical practices has resulted in:

- an immediate benefit for patients managed in the speciality whose practises are recorded, followed and analysed by the registry team.
- a benefit in the medium term with the development of interventions and/or research topics derived from analysis of practices in real life.

