

Corse : spécificité insulaire et prise en charge du SCA ST+

M. TOMI, C. DE SIMONE, IDE, Centre hospitalier de Bastia

Le terme « île-montagne » définissant très bien la Corse, nous pouvons facilement imaginer les difficultés de la prise en charge d'un patient présentant un syndrome coronaire aigu avec un sus-décalage du segment ST (SCA ST+). Dans ce contexte, le délai d'intervention diffère selon l'endroit où le patient se trouve, entre les magnifiques plages bordant l'île de beauté ou les rigoureuses étapes du GR20. Suite à la visite de la ministre de la Santé en août 2017, cette inégalité territoriale est devenue l'une des priorités du gouvernement pour les 5 années à venir.

En Corse, l'activité coronaire se concentre exclusivement au sein des deux centres hospitaliers de la région, ceux de Bastia et d'Ajaccio (figure 1)⁽¹⁾. Afin de pallier les contraintes géographiques et l'urgence myocardique liée à une thrombose coronaire, la région Corse s'est ainsi dotée de deux hélicoptères de la Sécurité civile (avec la possibilité exceptionnelle d'en faire décoller un troisième depuis la base militaire de Solenzara). Les délais moyens de transit vers l'un des deux centres de cardiologie interventionnelle sont ainsi réduits et se situent aux alentours de 45 minutes (figure 2)⁽²⁾.

TOUR D'HORIZON DE L'ACTIVITÉ INTERVENTIONNELLE EN HAUTE-CORSE

À l'heure actuelle, le centre hospitalier de Bastia est doté d'une salle de cathétérisme cardiaque. En 2018, l'activité a recensé 1 835 coronarographies diagnostiques, pour 954 angioplasties coronaires. Face aux lésions complexes, l'unité dispose d'un Rotablator® permettant des artériectomies directionnelles, d'un outil d'imagerie endocoronaire avec l'OCT (optical coherence tomography), ainsi que d'un système de mesure de la FFR (fractional flow reserve) pour estimer le retentissement hémodynamique des lésions observées. Au début de cette même année, un programme de CTO (chronic total occlusion) a été lancé pour

le traitement des lésions chroniques (15 patients en 2018). Toujours au décours de cette année 2018, 101 patients présentant un SCA ST+ ont été admis au centre hospitalier et revascularisés par angioplastie primaire. Dans ce cadre, depuis 2016, une assistance ventriculaire, l'ECMO (extra corporeal membrane oxygenation) permettant de faire face aux arrêts cardiaques réfractaires, a été mise en route chez 13 patients. La particularité de notre insularité nous a aussi contraints à élargir notre champ d'activité. C'est ainsi que depuis 2015, une activité de rythmologie interventionnelle (implantation de pacemakers et de défibrillateurs, etc.) est venue s'ajouter aux procédures effectuées en salle de cathétérisme (figure 3).

ACTIVITÉ PARAMÉDICALE

L'insertion du cathéter Impella™ Quatorze paramédicaux, essentiellement des IDE, composent l'équipe paramédicale dont l'activité est partagée entre :

- **L'activité de salle de cathétérisme**, décrite ci-dessus, qui couvre une ouverture du service 24 h/24, 7 j/7. Deux infirmiers constituent le binôme d'astreinte comme l'exige le décret d'avril 2009⁽³⁾. Dans notre fonctionnement, un infirmier de l'équipe assiste l'opérateur pour les examens réalisés pendant les heures d'ouverture du service.
- **Les examens non invasifs** tels que les échographies cardiaques (échographie transthoracique, échographie transœsophagienne,

<p>Une île de 8 680 km² Nb d'habitants : 330 000 Accroissement de la population : + 1,1 %/an Densité faible : 37 hab/km² 2 communautés d'agglomération (Ajaccio et Bastia) regroupent 43 % de la population Taux de natalité 8,7 % (France métropolitaine : 12 ‰) Taux de mortalité : 9,4 ‰ (France métropolitaine : 9 ‰)</p>	<p>¼ de la population a 60 ans ou plus – Indice de vieillissement : 107 En 2050, 2 insulaires sur 10 auront plus 75 ans Espérance de vie à la naissance : homme 79,2 ans / femme 85,1 ans Taux de pauvreté : 20,3 %, le taux le plus élevé des régions françaises 1/5 des ménages vit en dessous du seuil de pauvreté 11,6 % de familles monoparentales</p>
<p>Facteurs de surmortalité : cancer du poumon, maladies cardiovasculaires, maladies du système nerveux, accidents de la route Facteurs aggravants de surmortalité : tabac, radon (Corse du sud), amiante (Haute Corse)</p>	

Figure 1. Démographie de la Corse⁽¹⁾.

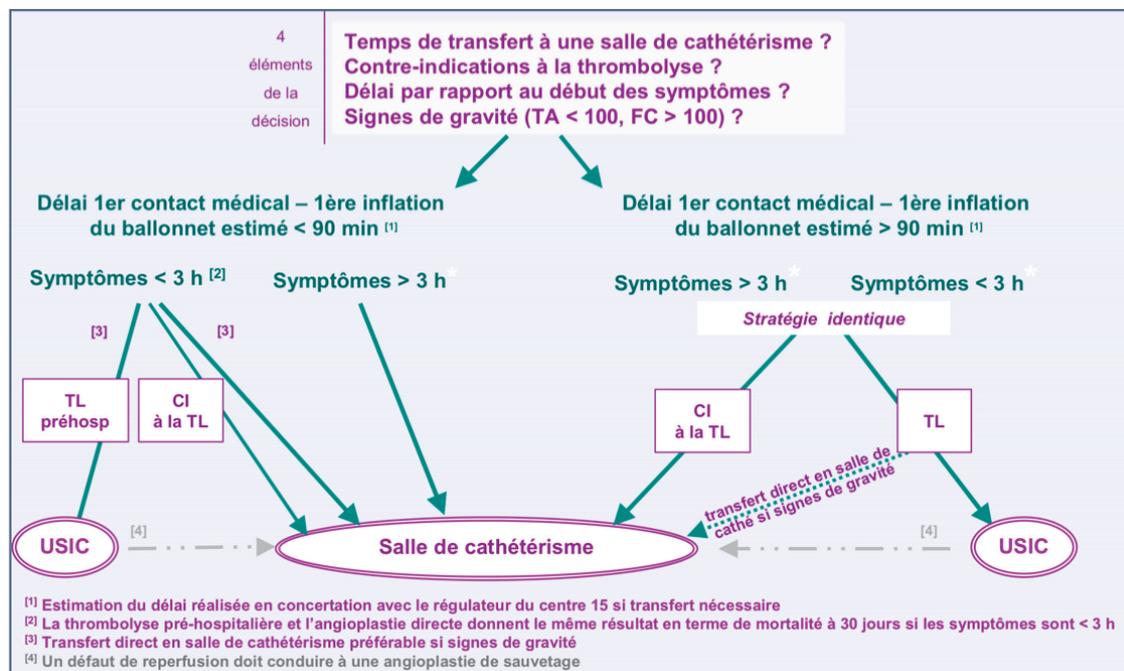


Figure 2. SCA ST+, prise en charge et orientation selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).

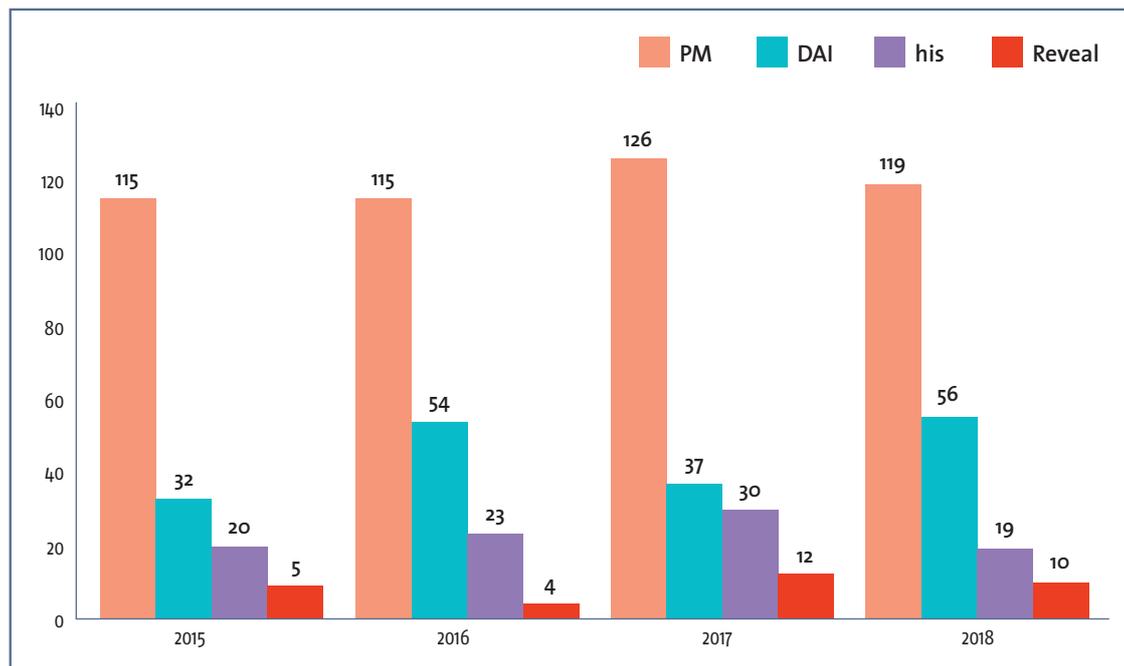


Figure 3. Évolution de l'activité de rythmologie de la salle de cathétérisme du CH de Bastia depuis 2015.

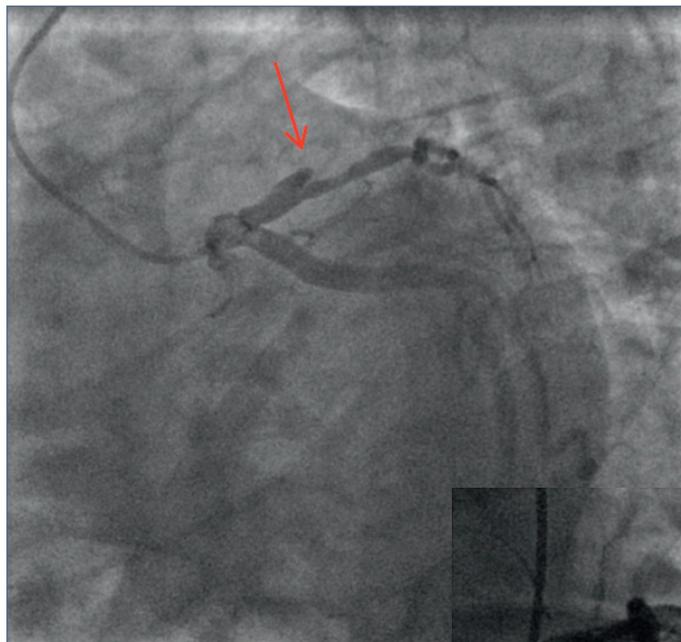


Figure 4. Occlusion de l'interventriculaire antérieure (IVA) mise en évidence à la coronarographie.

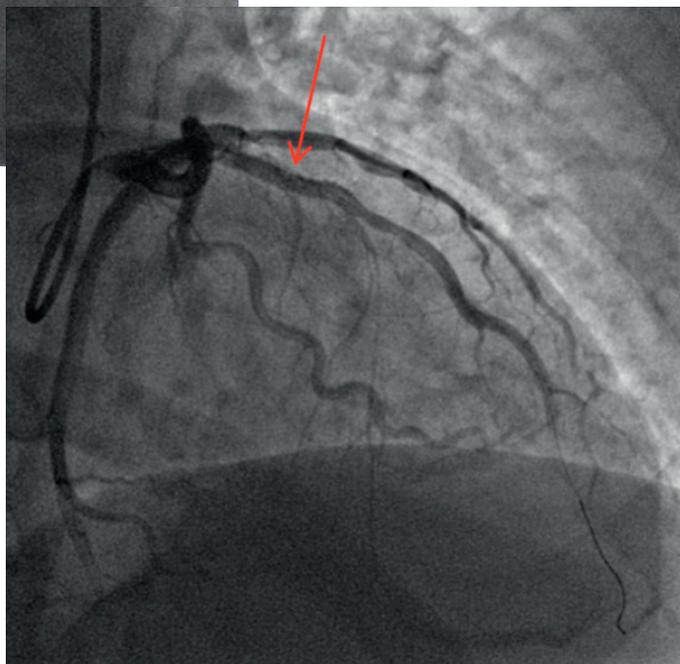


Figure 5. Artère IVA recanalisée après mise en place d'une endoprothèse.

échographie de stress et d'effort, pédiatriques) et vasculaires (tronc supra-aortique, échodoppler des membres inférieurs artériel et veineux, échodoppler des membres supérieurs artériel et veineux, aorte abdominale, rénales), les épreuves d'efforts, les Holters ECG et TA.

• **Les contrôles des paramètres et des cicatrices** dans les suites des implantations des pacemakers et défibrillateurs.

▸ CAS CLINIQUE

Monsieur M. âgé de 58 ans, contacte le Samu pour une douleur thoracique persistante alors qu'il effectue une étape du GR20.

Dès les premières informations transmises au médecin régulateur, la décision d'envoyer l'hélicoptère de la Sécurité civile est rapidement prise devant les facteurs de risque cardiovasculaire et les signes cliniques typiques que présente le randonneur.

À l'arrivée du Samu, un bilan hémodynamique est réalisé et

un ECG met en évidence un SCA ST+ dans le territoire antérieur. Après contact avec le cardiologue de garde du Centre hospitalier de Bastia, le déclenchement de l'équipe d'astreinte est validé afin de prendre en charge le plus rapidement le patient pour une revascularisation par angioplastie.

Le patient arrive en salle de coronarographie, stable sur le plan hémodynamique, 45 minutes après son appel. Le traitement protocolisé par les cardiologues et administré par les premiers secours comprend 250 mg d'aspirine, 600 mg de clopidogrel, 0,8 mg d'héparine de bas poids moléculaire (HBPM) en sous-cutané et 0,4 mg en intraveineux. À l'angiographie, les premières injections de produit de contraste montrent une obstruction de l'IVA (figure 4).

Après une quinzaine de minutes de temps de procédure, l'IVA est recanalisée et après mise en place d'un stent (figure 5), le résultat est jugé satisfaisant par l'équipe médicale. Le patient est

alors transféré vers une Unité de soins intensifs de cardiologie (USIC).

Malgré la distance éloignant le patient d'une structure hospitalière, le temps entre le 1^{er} contact téléphonique jusqu'à la recanalisation de l'artère était de 60 min.

Après un court séjour enUSIC puis dans une unité de soins de cardiologie, avec des suites opératoires favorables, le patient est adressé vers son cardiologue traitant pour la suite de son suivi. ■

Références

1. Rapport d'activité 2017 de l'ARS de Corse.
2. Syndromes coronariens aigus : prise en charge aux Urgences. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/brochure_scaurg.pdf
3. Décret n° 2009-410 du 14 avril 2009 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie. www.legifrance.gouv.fr



À l'occasion des **Rencontres Corses de Cardiologie Interventionnelle (RCCI)** qui se sont déroulées à Saint-Florent (28-30 septembre 2018), une session paramédicale a été organisée par le Dr Ziad Boueri et toute l'équipe paramédicale du Centre hospitalier de Bastia.

Durant cette session, les équipes de cardiologie interventionnelle et de réanimation des centres hospitaliers d'Ajaccio et Bastia ont pu partager leurs expériences et le fonctionnement de leurs services respectifs sur les sujets proposés :

SESSION PARAMÉDICALE

Modérateurs :

Antonia ARENA, Hervé FALTOT et Mika TOMI

- Apport de la consultation cicatrisation systématique après implantation d'un pacemaker/défibrillateur.

Mika TOMI

- ECMO : notion d'IDE référents en dehors des centres de chirurgie cardiaque.

Carole BERNARDINI, Carulina COLOMBANI

- Expertise de l'IDE dans les procédures de CTO.

Hervé FALTOT

- Surveillance d'un patient sous ECMO en réanimation.

Sandrine BONNELLI

- Apport de l'infirmier référent en rythmologie pendant la procédure de resynchronisation.

Clément DE SIMONE

- De la coronarographie vers la réadaptation, retour d'expériences.

Serena JASSOIS, Aurélie TUDISCO

Le congrès ayant lieu tous les 2 ans, et au regard du succès de cette 1^{re} session paramédicale, nul doute qu'une nouvelle session aura lieu en septembre 2020.

CATH'LAB
REVUE DE CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Édité par AXIS Santé

56, bd de la Mission Marchand - 92400 Courbevoie - Tél. : 01 47 55 31 41
cathlab@axis-sante.com

Rédacteurs en chef : Romain CADOR (Paris), Philippe DURAND (Paris)

Conseiller de la rédaction : Jean CHAPSAL (Paris)

Comité éditorial : Alexandre AVRAN (Marignane), Nicolas BOUDOU (Toulouse), Hervé FALTOT (Colmar), Nicolas LHOEST (Strasbourg), Olivier VARENNE (Paris)

Secrétariat de rédaction : Catherine LAVAUD

Directeur de la publication : E. ELGOZI

Réalisation : Code à P-E

Photos : Adobe Stock, DR.