

Place de la thrombolyse dans l'infarctus du myocarde sur l'île de La Réunion

Jean-Bernard PAUSÉ, IDE, CHU La Réunion

Au pied du Piton des Neiges, du volcan de la Fournaise ou tout simplement dans les endroits enclavés ou difficiles d'accès (Grand-Îlet dans le cirque de Salazie, etc.), l'infarctus du myocarde n'attend pas : chaque minute de délai grignote le muscle cardiaque et enracine l'ischémie.

Or, sur une île escarpée où l'unique réseau de cardiologie interventionnelle gravite autour de deux salles de cathétérisme situées dans le Nord de l'île, toutes deux situées à Saint-Denis (figure 1), le temps-parcours dépasse souvent la barre critique des 120 minutes définie par l'European Society of Cardiology⁽¹⁾.

Dans ce contexte, la thrombolyse est bien plus qu'une solution de secours, elle est le premier chaînon d'une stratégie pharmacoinvasive devenue vitale.

UN CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE AGGRAVANT

Cette spécificité réunionnaise se nourrit de deux réalités épidémiologiques. D'une part, la prévalence record du diabète - 13,6 % des adultes en 2021⁽²⁾, soit plus du double de la moyenne hexagonale (5,7 %, étude ESTEBAN 2014-2016⁽³⁾) -, alourdit le fardeau coronarien et précipite des syndromes coronariens aigus (SCA) survenant souvent à un âge plus jeune qu'en métropole. D'autre part, les distances géographiques et les reliefs volcaniques imposent au SAMU 974 de conserver une politique de thrombolyse préhospitalière qui a démontré son efficacité lorsque le plateau technique se situe à plus d'une heure de route. Loin d'être un vestige, la thrombolyse s'inscrit au cœur d'une stratégie de revascularisation adaptée aux contraintes et aux atouts de l'île de La Réunion. Quasiment 50 % des SCA ST+ de moins de 12 h pris en charge par angioplastie primaire à l'île de La Réunion auraient dû bénéficier de la thrombolyse selon les recommandations.

RAPPEL : LA THROMBOLYSE EN PRATIQUE

La thrombolyse consiste à injecter un activateur du plas-

minogène. Le ténecteplase désormais privilégié, est injecté par voie intraveineuse en bolus unique pondérodépendant (1/2 dose si > 75 ans) grâce à sa demivie plus longue et conçue pour être 15 fois plus spécifique de la fibrine afin de transformer rapidement le plasminogène en plasmine et dissoudre le caillot qui obstrue l'artère coronaire. Cette technique se réserve

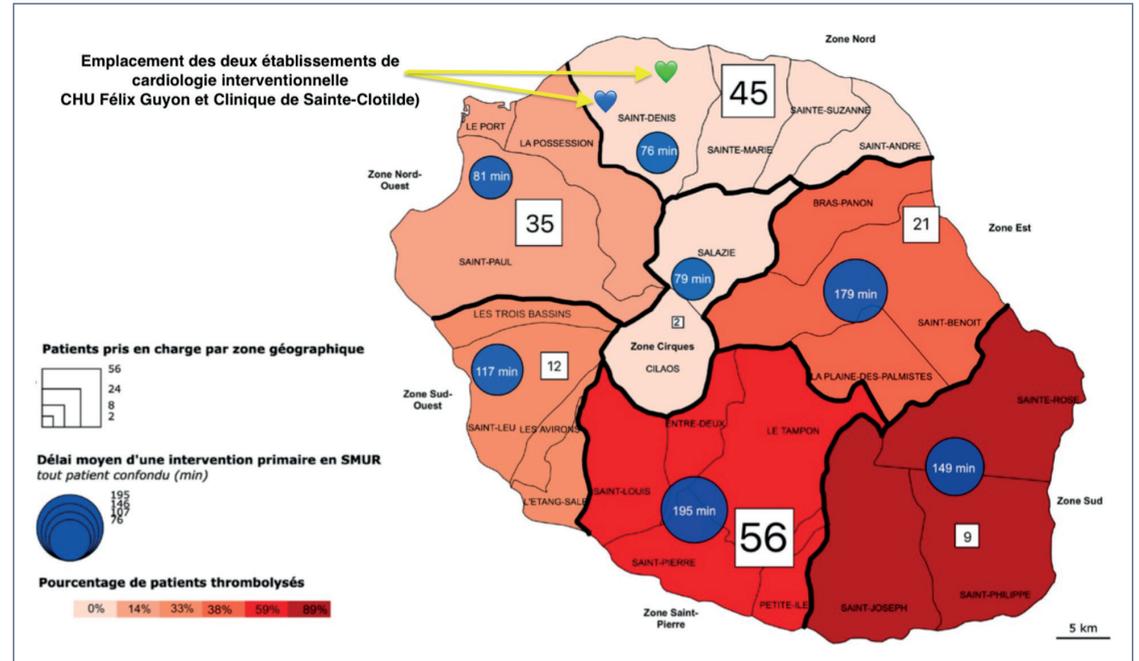


Figure 1. Carte de l'île de La Réunion montrant le pourcentage des SCA ST+ thrombolysés, le délai moyen de transport des patients vers la salle d'angioplastie ainsi que le nombre de patients pris en charge pendant 4 mois consécutifs à la Réunion.

au SCA avec sus-décalage du segment ST (SCA ST+) survenant depuis moins de 12 heures quand l'angioplastie primaire ne peut pas être réalisée dans

les 120 minutes suivant le premier contact médical. Dans ce cas, l'injection, idéalement préhospitalière ou au plus tard dans les 30 minutes après

l'arrivée aux urgences (door-to-needle) est suivie d'un transfert vers un centre de cathétérisme pour coronarographie systématique et angioplastie

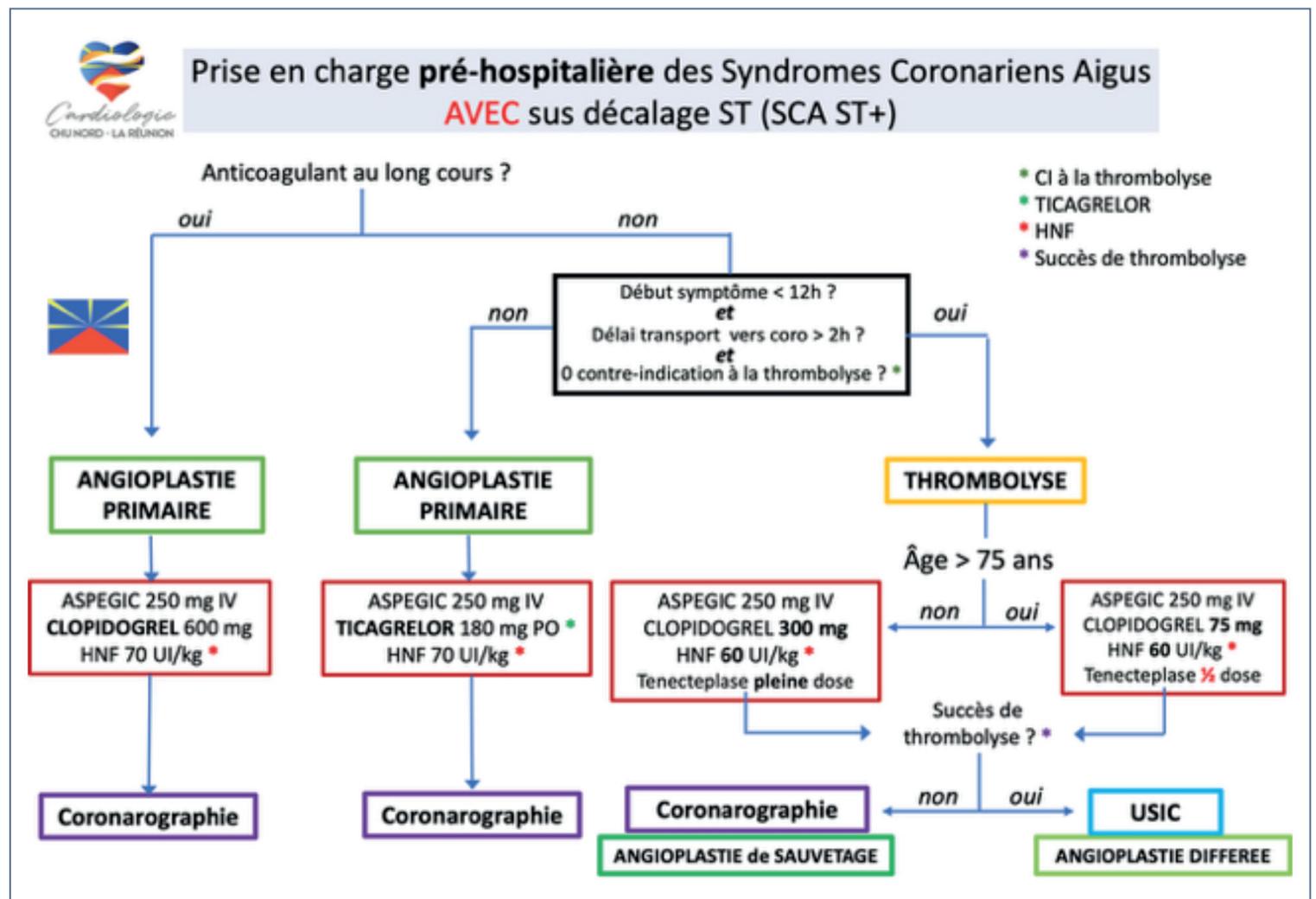


Figure 2. Protocole régional de prise en charge préhospitalière des SCA utilisés sur l'île de La Réunion.

de sauvetage en l'absence de reperfusion clinique ou ECG ou angioplastie facilitée dans les 2 à 24 h (figure 2).

Le ténecteplase se prépare simplement en clipsant la seringue préremplie de 10 ml d'eau PPI au flacon lyophilisé du kit, puis en faisant tourner doucement jusqu'à dissolution limpide. On aspire ensuite le volume nécessaire pour injecter le bolus IV (tableau). Cette thrombolyse s'administre conjointement avec : Aspégic 250 mg IV, clopidogrel 300 mg per os et anticoagulation au choix entre HNF (60 UI/kg IV bolus + 12 UI/kg/h IVSE) ou énoxaparine (30 mg IV + 1 mg/kg SC).

À noter que chez les patients de plus de 75 ans, la dose doit être divisée par deux pour limiter le risque hémorragique.

LES CONTRE-INDICATIONS À LA FIBRINOLYSE

Pour limiter les complications graves, estimées à environ 1 % des cas⁽⁴⁾, le respect rigoureux des contre-indications est indispensable.

Contre-indications absolues (PAS DE FIBRINOLYSE !)

- Hémorragie intracrânienne ou AVC hémorragique antérieur quelle qu'en soit la date.
- Lésion ou tumeur intra-crânienne, malformation artérioveineuse (MAV) ou anévrisme cérébral non traité.
- AVC ischémique ≤ 3 mois.
- Dissection aortique suspectée.
- Chirurgie crânienne ou rachidienne, traumatisme crâniofacial majeur < 3 mois.
- Saignement actif majeur, diathèse hémorragique sévère, plaquettes < 100 g/l.
- Hypertension réfractaire > 180/110 mmHg malgré traitement.
- Ponction vasculaire non compressible < 24 heures (biopsie du foie, ponction lombaire).

Contre-indications relatives (balance bénéfice/risque)

- Réanimation cardiopulmonaire (RCP) traumatique ou prolongée > 10 min.
- Chirurgie majeure ou traumatisme < 3 semaines.
- Hémorragie digestive ou uri-

naire < 1 mois, ulcère gastro-duodéal actif.

- AVC ischémique > 3 mois ou AIT < 6 mois.
- Grossesse et post-partum < 1 semaine.
- Anticoagulation orale (INR > 2) ou AOD, maladie hépatique sévère.
- Endocardite infectieuse ou péricardite aiguë.
- Âge > 75 ans ou poids < 60 kg → privilégier 1/2 dose de ténecteplase.

ET DEMAIN ?

À l'avenir, l'administration systématique de demi-dose de thrombolyse, y compris chez les patients de moins de 75 ans, pourrait représenter une piste prometteuse pour réduire les complications hémorragiques, comme le suggèrent les résultats de l'étude EARLY-MYO⁽⁵⁾.

THROMBOLYSE ET GESTION PARAMÉDICALE

À l'île de La Réunion, la thrombolyse dans le cadre d'un SCA ST+ est réalisée par les infirmiers du SMUR ou des urgences, sur prescription médicale et selon les protocoles établis, en particulier pour les patients géographiquement isolés et hors délais pour une angioplastie primaire.

La surveillance post-thrombolyse pendant le transport comprend un monitoring rigoureux : tracé ECG continu pour détecter les troubles du rythme (arythmies de reperfusion fréquentes), mesure répétée de la pression artérielle, de la fréquence cardiaque, de la SpO₂ (saturation en oxygène), du score de Glasgow et de la surveillance de signes cliniques évocateurs d'une complication hémorragique (céphalées, agitation, hématomés, méléna, saignement aux points de ponction).

À l'arrivée en salle de coronarographie, les transmissions doivent être claires et structurées : heure exacte d'injection du thrombolytique, molécule et posologie administrées, effets secondaires observés et réponse clinique (disparition de la douleur, rythme de reperfusion, diminution du sus-décalage ST).

Le rôle du paramédical est essentiel pour garantir la sécu-



L'IDE en charge de l'échographie cardiaque

Titulaires de l'Attestation d'études universitaires d'échocardiographie (AE) et d'imagerie cardiovasculaire non invasive depuis juillet 2022 et inscrits dans un protocole de coopération avec l'ARS ; dossier motivé par la Dr T. Si Moussi. Deux IDE ont réalisé 25 % des échographies cardiaques (ETT) du laboratoire d'ETT du CHU Nord en 2024 (figure).

Dans le cadre du protocole de coopération avec les cardiologues, l'infirmier échographiste réalise les échographies cardiaques de suivi, 2 semaines après les infarctus antérieurs avec dysfonction ventriculaire gauche ou akinesis apicale. L'objectif est de dépister d'éventuels thrombus et de réévaluer simultanément la fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG).

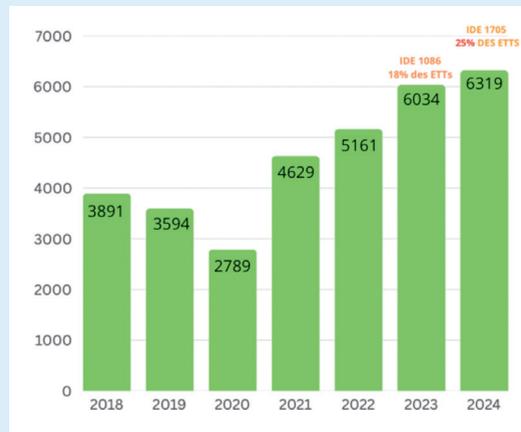


Figure. Graphique présenté lors des sessions paramédicales des Journées Cardiologiques de l'Océan Indien 2025.

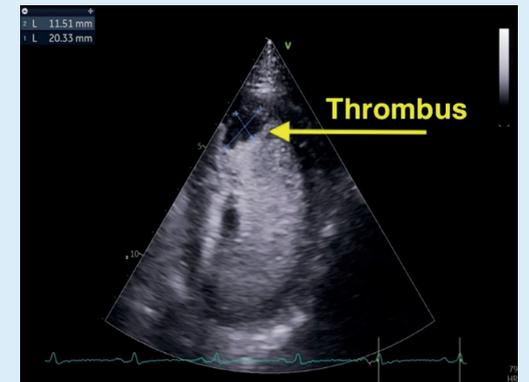


Tableau. Protocole d'administration du ténecteplase (bolus IV en ~5 secondes).

Poids du patient (kg)	Poids du patient (kg)	Poids du patient (kg)
Moins de 60 kg	6 ml	30 mg
60 à 69 kg	7 ml	35 mg
70 à 79 kg	8 ml	40 mg
80 à 89 kg	9 ml	45 mg
90 kg ou plus	10 ml	50 mg

rité du patient et la continuité des soins, notamment par une traçabilité précise et une communication rigoureuse avec l'équipe d'angioplastie.

Mes remerciements au Dr Jérôme Corré, chef de Service de cardiologie du CHU Nord de La Réunion.

Références

1. RA Byrne et al. *Eur Heart J* 2023 doi: 10.1093/eurheartj/ehad191.
2. Ricquebourg M et al. *Bull Épidémiol Hebd* 2023 (20-21) : 431-9. http://beh.santepubli-quefrance.fr/beh/2023/20-21/2023_20-21_3.html

3. Balcou-Debussche M. *Bull Épidémiol Hebd* 2023 (20-21) : 440-6. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/20-21/2023_20-21_4.html
4. Armstrong PW et al. *N Engl J Med*

2013 ; 368(15) : 1379-87. doi: 10.1056/NEJMoa1301092.
 5. Pu J et al. *Circulation* 2017 ; 136(16) : 1462-1473. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.117.030582.

CONCLUSION

➤ **A La Réunion, la thrombolyse reste un pilier incontournable de la stratégie de revascularisation dans les SCA ST+, en particulier en zones isolées. Son efficacité repose sur une administration précoce, une rigueur protocolaire, et une coordination étroite entre les équipes de terrain et les centres d'intervention.**