



La cardiologie ambulatoire au CNCH

► W. AMARA

Unité de rythmologie, Groupe hospitalier Grand Paris-Est, Le Raincy-Montfermeil

Belle dynamique pour le congrès du CNCH qui a abordé l'édition 2018 avec un plein de nouveautés et des formats renouvelés. Rajeunissement de l'auditoire et participation en hausse de 25 % autour de cas cliniques et de quiz n'étaient pas en reste. Pour cet article, le choix a été de faire un focus sur la cardiologie ambulatoire, abordée dans une des sessions de vie des services.

• Pourquoi l'ambulatoire ?

La médecine ou la chirurgie ambulatoire sont un mode de prise en charge permettant de raccourcir à une seule journée une hospitalisation pour une prise en charge médicale, ou une intervention.

Le patient rentre donc le matin pour une prise en charge le jour même et ressortir le soir. La durée de séjour à l'hôpital est de quelques heures à moins de 12 heures.

Cette modalité de prise en charge est pratiquée avec l'accord du patient et sous certaines conditions, tenant compte à la fois du type de prise en charge réalisée, des conditions de vie

du patient (présence d'un accompagnant) et de l'organisation du service.

C'est une démarche innovante dont le but est d'améliorer :

- la fluidité des parcours avec une organisation centrée sur le patient ;
- la qualité de la prise en charge, le confort et la satisfaction du patient et des équipes ;
- le fonctionnement de l'hôpital, en libérant des lits pour des prises en charge complexes.

L'enjeu est un enjeu national mis en avant par les ARS dans le cadre des SROS (PRS 2018-2022). Il s'agit, par ailleurs, d'une pratique européenne bien développée en chirurgie vasculaire, ainsi qu'en cardiologie interventionnelle aux Pays-Bas et dans les pays nordiques.

• Cardiologie interventionnelle ambulatoire

D'après R. DELAUNAY (Saint-Brieuc)

En cardiologie interventionnelle, les complications attendues sont vasculaires au point de ponction, et coronaires avec le risque d'occlusion aiguë pour l'angioplastie. Ces complications sont devenues exceptionnelles avec la voie d'abord radiale, les stents de dernière génération et la double antiagrégation plaquettaire.

R. Delaunay a présenté l'expérience du CH de Saint-Brieuc, avec maintenant près de 70 % des séjours pour coronarographie qui sont en ambulatoire

(figure 1). Il a également montré que le taux de repli vers une hospitalisation traditionnelle n'est à peine que de 6 % (figure 2) et ce chiffre est en diminution constante.

Cette évolution de l'ambulatoire en angioplastie en France n'est pas aussi avancée que dans les pays du Nord (figure 3). Ce fort taux d'hospitalisation pour angioplastie est simplement lié à une réalité économique. La cotation de l'hospitalisation et de son GHS reste pour le moment favorable à l'hospitalisation.

Et pourtant, l'évolution vers l'ambulatoire est une nécessité, étant donné la tendance indéni- niable de baisse de la capacité d'hospitalisation avec une augmentation de la capacité de l'ambulatoire.

La coordination de ce type de séjour reste une nécessité et demande un interlocuteur direct pour patients et médecins, une sélection des patients sur critères sociaux et cliniques (l'âge, l'éloignement du centre, l'isolement,

la compréhension, une CI < 60, une FEVG basse), comorbidités et interférences médicamenteuses, une organisation de séjour, ainsi qu'une communication orale et une transmission de documents écrits (dont consentement et ordonnance de biologie).

Ainsi, cette organisation comprend un appel de la veille systématique, qui comporte de nouvelles explications sur le parcours, la nécessité d'être accompagné, les réponses aux questions, une vérification des traitements habituels, une analyse des résultats biologiques, ainsi qu'un contrôle ultime des paramètres d'éligibilité à l'ambulatoire.

Une surveillance rythmique en box est effectuée pendant 2 heures post-procédure.

À la sortie, une ordonnance de médicaments et de prise de sang à J1 si ATL ou J3 sont remis au patient. Des consignes en cas d'événement + numéros d'urgence (coordination et cardiologue de garde) sont également remis.

54€

Offre d'abonnement

CARDIOLOGIE PRATIQUE

1 AN D'ABONNEMENT À LA REVUE (20 N°)

INDIQUEZ VOS COORDONNÉES COMPLÈTES

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

eMail : _____

SÉLECTIONNEZ VOTRE FORMULE

France métropolitaine : 54 €

DOM-TOM et Étranger : 84 €

Étudiant : 31 €
(merci de joindre une photocopie de votre carte d'étudiant en cours de validité)

Vous recevrez votre facture sous 10 jours.
Pensez à bien la conserver pour déduction fiscale.

RETOURNEZ VOTRE BULLETIN ACCOMPAGNÉ DE VOTRE RÈGLEMENT

AXIS SANTÉ
56 boulevard de la Mission Marchand
92400 Courbevoie
www.cardiologie-pratique.com
Pour tout renseignement :
www.mon-abonnement.info

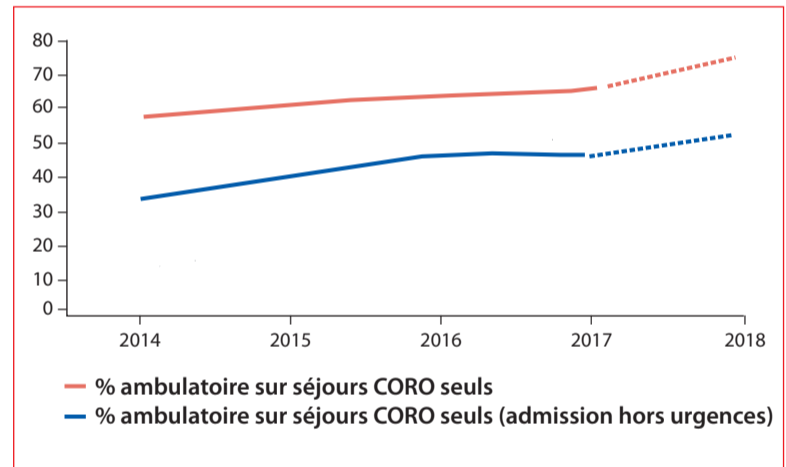


Figure 1. Part des séjours en ambulatoire pour coronarographie.

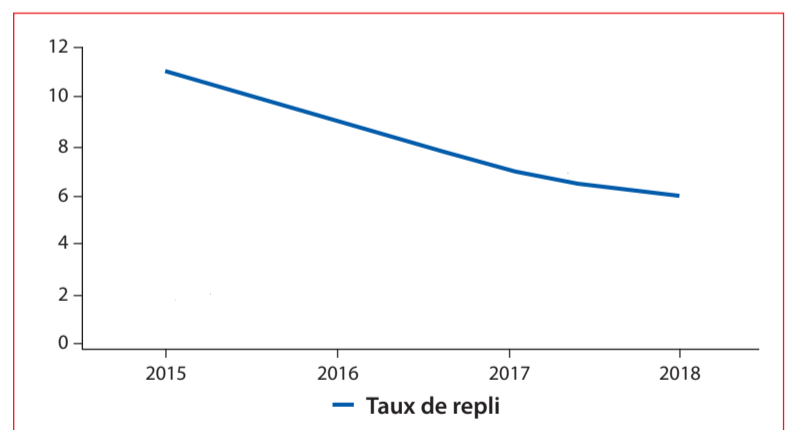


Figure 2. Taux de repli d'ambulatoire vers une hospitalisation traditionnelle.

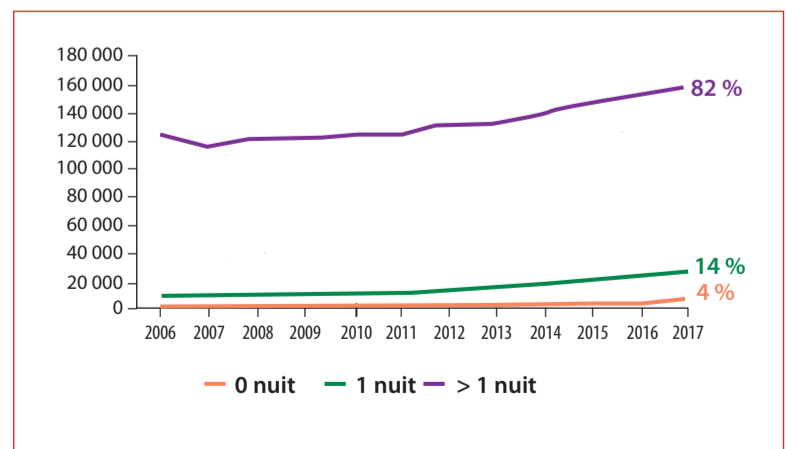


Figure 3. Évolution du nombre d'angioplasties coronaires selon la durée de séjour.

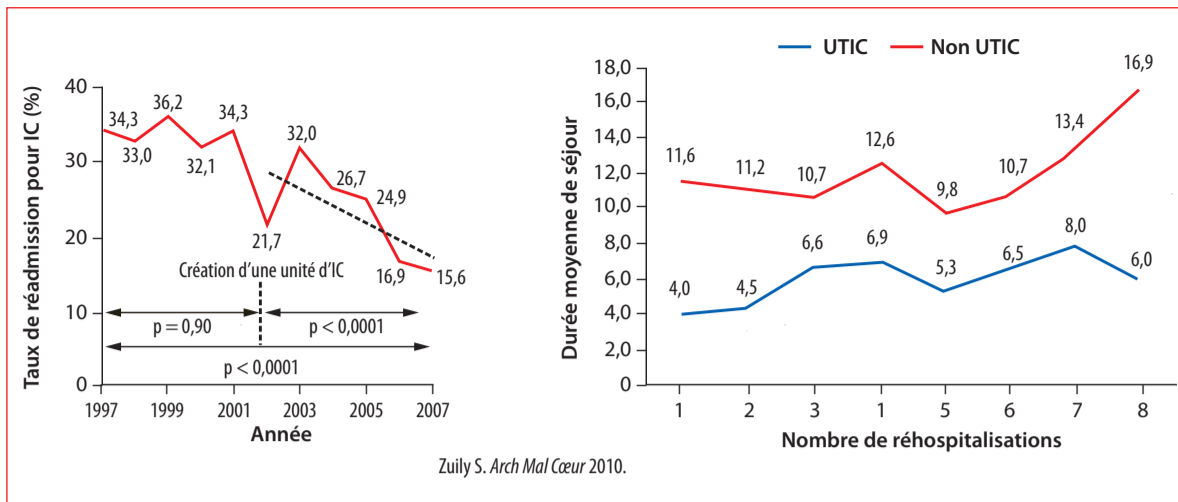


Figure 4. Efficacité : impact sur les réhospitalisations précoces. UTIC : unité de traitement de l'insuffisance cardiaque.

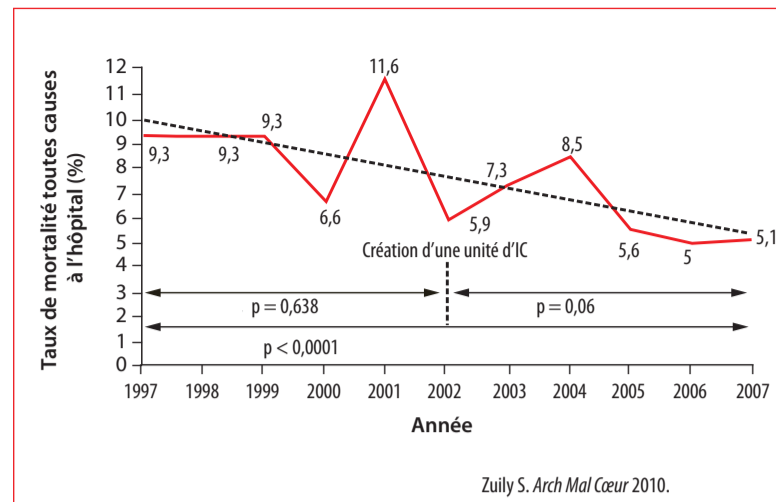


Figure 5. Impact sur la mortalité hospitalière.

À J1, un appel téléphonique est effectué et consigné.

● Unité de traitement ambulatoire de l'insuffisance cardiaque

D'après N. Hrynchshyn (Pontoise)

Dans les recommandations européennes, il est indiqué en classe I niveau de preuve A que les patients insuffisants cardiaques doivent être enrôlés dans un programme de prise en charge multidisciplinaire afin de réduire le risque d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque et la mortalité.

L'unité de traitement de l'insuffisance cardiaque (UTIC) est un concept de parcours du patient insuffisant cardiaque, qui comprend le diagnostic, le traitement et le suivi.

Ces unités ont démontré un impact avec diminution des réhospitalisations précoces (figure 4). Ces unités ont également un impact avec baisse de la mortalité hospitalière (figure 5).

Ces unités permettent la prise en charge initiale de l'insuffisance cardiaque ou sa prise en charge après décompensation. Elle nécessite l'intervention de 3 professionnels de santé (médecin, IDE, diététicien) et 2 plateaux différents (sauf ECG, bio et radiographie thoracique).

Un troisième type d'HDJ existe (terrain à risque), c'est-à-dire un état de patient qui conduit le corps médical à ne pas le considérer comme un patient « habituel » et qui justifie le fait de prendre les précautions particulières lors de la réalisation

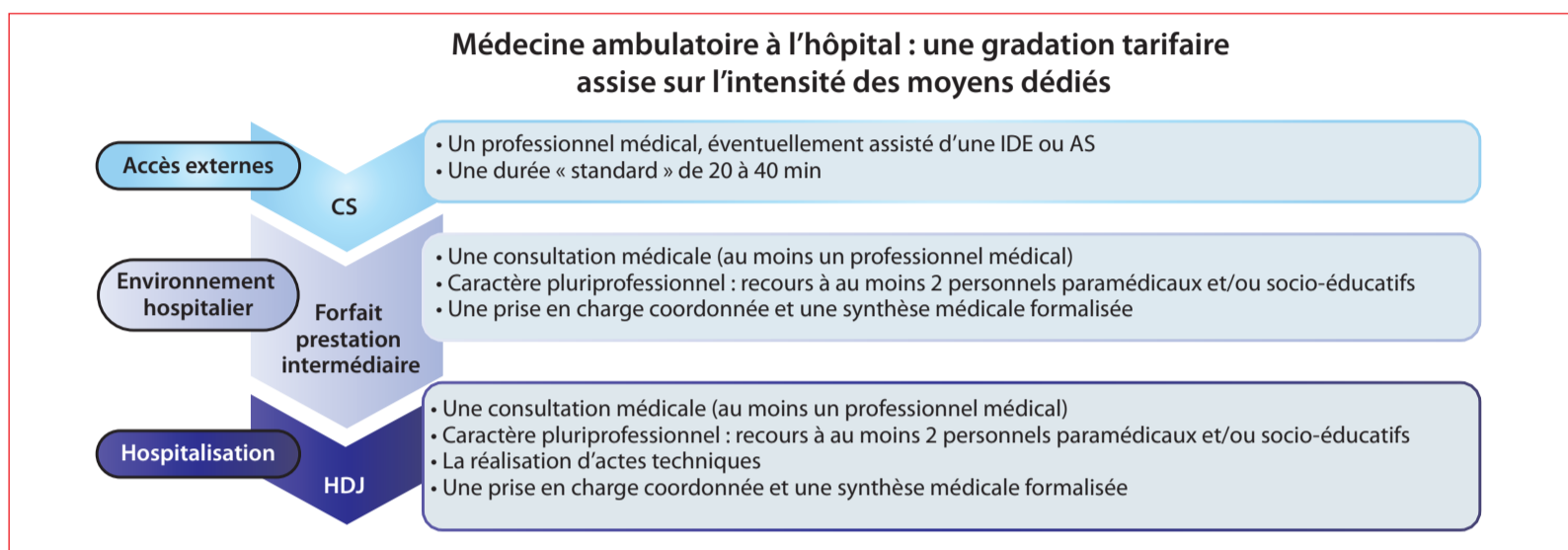


Figure 6. Organisation de la médecine ambulatoire.

Tableau. Recours à l'ambulatorio en rythmologie.				
Racines de GHM	Libellé simplifié	Nb de séjours 2014	DMS	Taux d'ambulatorio, %
05C15	Pose stimulateur sans IDM	40 174	5,2	1
05K15	Ablations simples	20 856	3,2	5
05C22	Remplacement stimulateur	15 443	2,6	8
05K19	Ablation complexe	11 949	3,8	0
05C19	Pose défibrillateur	13 340	6,1	1
05C14	Pose stimulateur avec IDM	7 801	10,5	0
05K23	Ablation, reposition et pose sondes, > 17 ans	3 065	5,8	7
05C20	Remplacement ou ablation d'électrodes ou repositionnement boîtier de stimulation	748	5,9	13
05K17 et 0CM08	Arythmies et troubles de la conduction cardiaque et affections cardiovasculaires sans actes opératoires + filtre chocs électriques (cardioversion hors urgences)	19 054	1,2	41
Total		132 970	4,3	8

des certains examens ou la délivrance de certains soins (figure 6).

● La rythmologie ambulatoire

D'après J. Taieb (Aix-en-Provence)

Il n'y a pas de référentiel, ni de recommandation quant au recours à l'ambulatorio en rythmologie. Ce changement d'habitude n'est pas simple à implé-

menter en pratique : horaires d'accueil (matin), disponibilité pour protocoles (rasage, douches, antibiotiques, gestion des dossiers et du codage).

On peut classer les actes de rythmologie en 3 niveaux de difficulté (figure 7). Les complications peuvent être évaluées en ambulatorio, exemple

loge par IDE à domicile. Cependant, des complications retardées sont possibles : point de ponction, hématome, fonction rénale si iode, mais aussi tamponnade ou récurrence de FA.

Le recours à l'ambulatorio reste toutefois limité : 40 % pour les CEE et moins de 15 % pour les changements de pacemakers (tableau).

Au total, cette session a traité de la place de l'ambulatorio aujourd'hui, son organisation, et les pistes d'amélioration, que ce soit dans la prise en charge de la coronaropathie, de la rythmologie et de l'insuffisance cardiaque, avec la description ici d'expériences réussies qui vont certainement en inspirer d'autres.

PRESSE INTERNATIONALE

L. E.

HTA : le mieux est souvent l'ennemi du bien

L'American College of Cardiology et l'American Heart Association ont récemment modifié leurs recommandations pour les stratégies de prise en charge de l'hypertension artérielle. Le seuil d'hypertension est maintenant fixé à 130 mmHg pour la systolique et 80 mmHg pour la diastolique. Le seuil de traitement est quant à lui fixé à 140 mmHg et 90 mmHg, sauf pour les personnes de 65 ans et plus avec facteurs de risque cardiovasculaire. Une étude observationnelle américaine et chinoise a eu pour objectif d'évaluer l'impact de ces nouvelles recommandations. L'adoption des recommandations augmenterait considérablement le nombre de patients étiquetés hypertendus et ceux qui seraient éligibles au traitement ce qui représenterait une augmentation relative 26,8 % aux États-Unis et de 45,1 % en Chine. Les auteurs rappellent que le bénéfice d'un traitement antihypertenseur n'a pas été démontré pour les patients à faible risque et à hypertension modérée.

Sécurité d'emploi rassurante des AOD

Une équipe du Royaume-Uni a réalisé une étude prospective de cohorte incluant des patients chez qui était initié un traitement par warfarine (n = 132 231), ou par un des 3 anticoagulants oraux directs (AOD), dabigatran (n = 7 744), rivaroxaban (n = 37 863) ou apixaban (n = 18 223) et suivis pendant 5 ans. L'apixaban semble être la molécule la plus sûre, avec une réduction des risques d'hémorragie sévère par rapport à la warfarine de 34 % en cas de fibrillation atriale et de 40 % en l'absence de fibrillation atriale. Le risque de saignement intracrânien est quant à lui réduit de 60 % et celui de saignement digestif de 45 %. Le risque de saignement intracrânien est réduit aussi avec le dabigatran chez les patients en fibrillation atriale (-55 %) et avec le rivaroxaban pour les patients sans fibrillation atriale (-46 %).

Khera R et al. BMJ 2018 ; 362 : k2357.

Vinogradova Y et al. BMJ 2018 ; 362 : k2505.

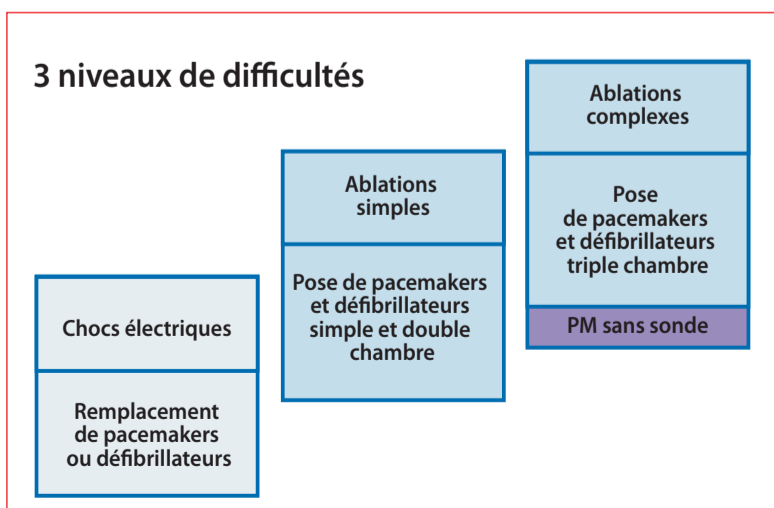


Figure 7. Efficacité : impact sur les réhospitalisations précoces.