

Mala tempora currunt, sed « meliora » parantur

LAURETTA, L., ABUGATTAS DE TORRES J.-P. et CASADO-ARROYO R.

Service de Cardiologie, Hôpital Erasme, Université libre de Bruxelles (ULB)

L'année qui vient de s'achever restera dans l'histoire comme celle marquée par la pandémie du virus SARS-Cov-2. La propagation exponentielle de ce virus a mis à rude épreuve, parfois au bord de l'effondrement, les systèmes de soins de santé de nombreux pays. L'Europe a été fortement touchée par l'épidémie, impactant le bon fonctionnement de ses services de soins, comme dans d'autres parties du monde.

Depuis le début de l'épidémie, la presse relaie de manière continue le nombre de décès directement causés par la maladie à SARS-Cov-2 pendant que la communauté scientifique s'attèle à comprendre la physiopathologie de cette infection à la présentation et gravité cliniques variables. L'accent a été nettement moins mis sur la diminution de l'accès aux soins des patients ayant besoin d'une prise en charge cardiovasculaire urgente. *A contrario*, peu de données sont disponibles et peu d'informations sont diffusées concernant les dommages collatéraux liés au manque d'accès aux services de soins de santé, en particulier pour les patients nécessitant une prise en charge cardio-vasculaire urgente durant cette période de crise sanitaire.

En effet, notre équipe a pu remarquer, dans la pratique clinique de ces derniers mois, une augmentation de la morbi-mortalité secondaire à des problèmes cardiovasculaires. Ce phénomène, probablement conséquence d'une insuffisance de suivi médical et d'accès aux soins, est décrit dans la littérature scientifique. De Rosa et son groupe ont rapporté¹, dans une large étude multicentrique, une baisse des admissions pour infarctus aigu du myocarde (IAM) avec élévation du segment ST (STEMI) de 26,5 %, des IAM sans élévation du segment ST (NSTEMI) de 65 % par rapport à l'année précédant celle de la pandémie¹. Cette baisse d'admission pour des STEMI était plus importante pour les femmes (41,2 %) que pour les hommes (25,4 %). De plus, dans cette étude et dans d'autres, les patients présentant un syndrome coronarien aigu se présentaient plus tardivement aux urgences^{1,2} et la réorganisation des trajets de soins, dans le contexte épidémiologique, a prolongé le délai entre l'arrivée du patient et la dilatation coronaire temps « *time-to-balloon* » dans les STEMI.

Par ailleurs, il semble que ces changements dans la prise en charge intra-hospitalière sont responsables d'une diminution de la réalisation d'interventions coronaires percutanées (ICP) du NSTEMI¹. La détermination qui avait imprégné les recommandations des dernières décennies, afin de solliciter une prise en charge rapide des syndromes coronariens aigus, semble mise à mal pendant cette période de pandémie. De manière tout aussi inquiétante, une diminution des admissions pour d'autres pathologies comme l'insuffisance cardiaque (46,8 %) et la fibrillation atriale (53,4 %) a aussi été communiquée¹.

A l'échelle de notre territoire, les hôpitaux belges ont également connu une baisse du nombre de patients présentant un STEMI (26 %), mais cette diminution était moins importante que dans d'autres pays³. Il est encourageant de constater que grâce à une évaluation rapide de la continuité des soins essentiels durant cette période de pandémie, les meilleurs traitements ont pu être offerts aux patients, contrairement aux propositions de certaines organisations de remplacer les ICP, références dans le traitement des syndromes coronariens aigus, par des thrombolyse⁴.

Parmi les causes responsables de la diminution des admissions pour maladies cardiovasculaires, il y a certainement une diminution du facteur déclencheur représenté par l'activité physique, restreinte pendant le confinement, mais ceci ne suffit pas à expliquer cette baisse aussi importante. La peur de se rendre à l'hôpital, malgré l'apparition de symptômes et d'être confronté à des cas de SARS-Cov-2, est une autre cause possible. Une étude récente décrit d'ailleurs une augmentation, jusqu'à 58 % en plus, du nombre de cas d'arrêts cardiaques extrahospitaliers confirmant ainsi l'idée qu'il n'y a pas moins de pathologies cardiovasculaires aiguës nécessitant une prise en charge urgente, mais que celles-ci sont sous les radars des systèmes de soins⁵.

Enfin, cette pandémie et ses conséquences désastreuses ont révélé de nombreuses défaillances dans nos systèmes de santé, démontrant la nécessité d'améliorer l'organisation des services de soins, non seulement en contexte épidémique mais également au-delà.

BIBLIOGRAPHIE

1. De Rosa S, Spaccarotella C, Basso C, Calabrò MP, Curcio A, Filardi PP *et al.* Reduction of hospitalizations for myocardial infarction in Italy in the COVID-19 era. *Eur Heart J.* 2020;41(22):2083-8.
2. Tam CF, Cheung KS, Lam S, Wong A, Yung A, Sze M *et al.* Impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak on ST-Segment-Elevation Myocardial Infarction Care in Hong Kong, China. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2020;13(4):e006631.
3. Claeys MJ, Argacha JF, Collart P, Carlier M, Van Caenegem O, Sinnaeve PR *et al.* Impact of COVID-19-related public containment measures on the ST elevation myocardial infarction epidemic in Belgium: a nationwide, serial, cross-sectional study. *Acta Cardiol.* 2020:1-7. .
4. Jing ZC, Zhu HD, Yan XW, Chai WZ, Zhang S. Recommendations from the Peking Union Medical College Hospital for the management of acute myocardial infarction during the COVID-19 outbreak. *Eur Heart J.* 2020;41(19):1791-4.
5. Baldi E, Sechi GM, Mare C, Canevari F, Brancaglione A, Primi R *et al.* Out-of-Hospital Cardiac Arrest during the Covid-19 Outbreak in Italy. *N Engl J Med.* 2020;383(5):496-498.

Travail soumis le 31 janvier 2021 ; accepté dans sa version définitive le 2 février 2021.

CORRESPONDANCE :

R. CASADO ARROYO
Hopital Erasme
Service de Cardiologie
Route de Lennik, 808 - 1070 Bruxelles
E-mail : Ruben.Casado.Arroyo@erasme.ulb.ac.be