

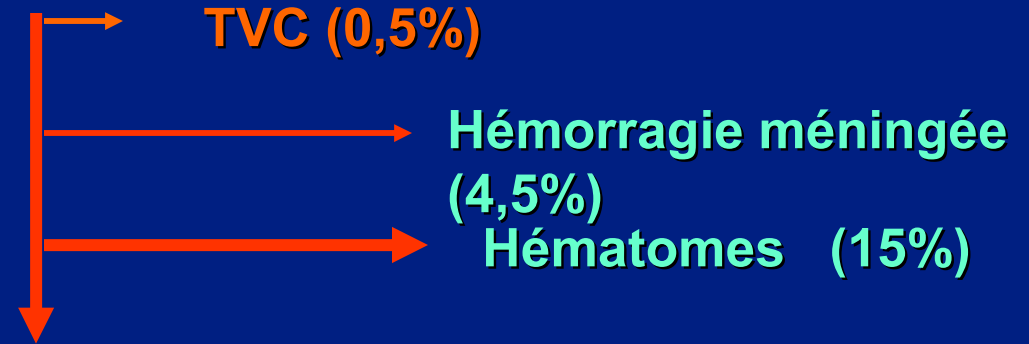
**FEDERATION DES UNV RHONE-
ALPES (OUEST)**

**Collège des neurologues
vasculaires de la région RA (O)**

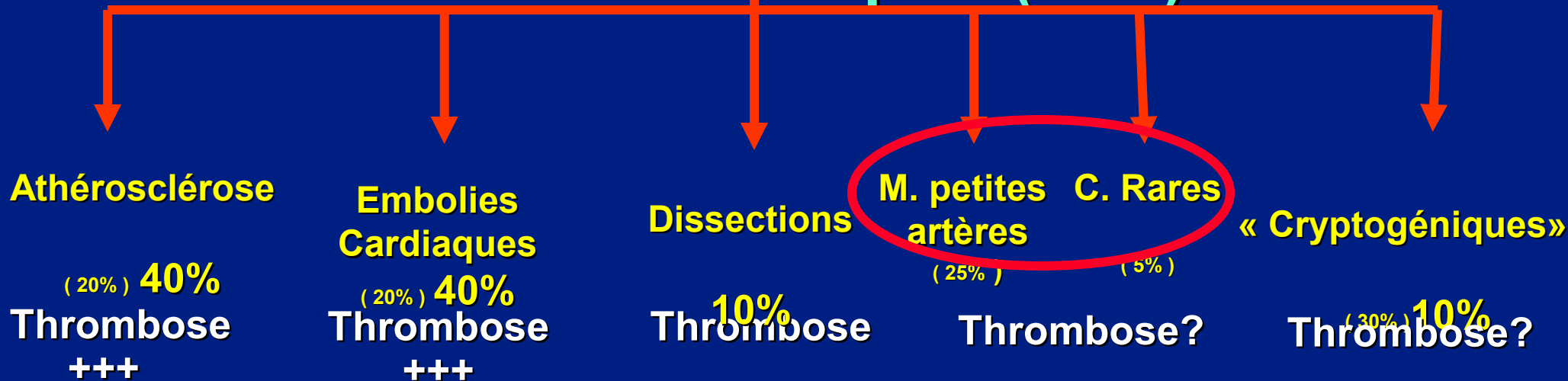
P. TROUILLAS

Lyon 24 octobre 2008

Accidents vasculaires cérébraux



Ischémiques (85%)



La cause détermine le choix de l'antithrombotique préventif



La chaîne à 7 temps de l'accueil de l'AVC

1. Detection



2. Appel centre Urgence 15

3. Transport urgent

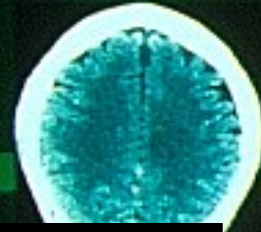


Urgences



4. entrée

5. Scanner



6. Décision thérapeutique



7. Unité Neurovasculaire Traitement



Source: Adapted from Hazinski MF. *Currents in Emergency Cardiac Care*. 1996;7:8.

Activase® (Alteplase, recombinant)

Unité Neuro-Vasculaire (UNV) méta-analyse de la collaboration Cochrane

- Devenir des AVC à 1 an selon type de prise en charge
- 3 critères de jugement de l'efficacité des UNV

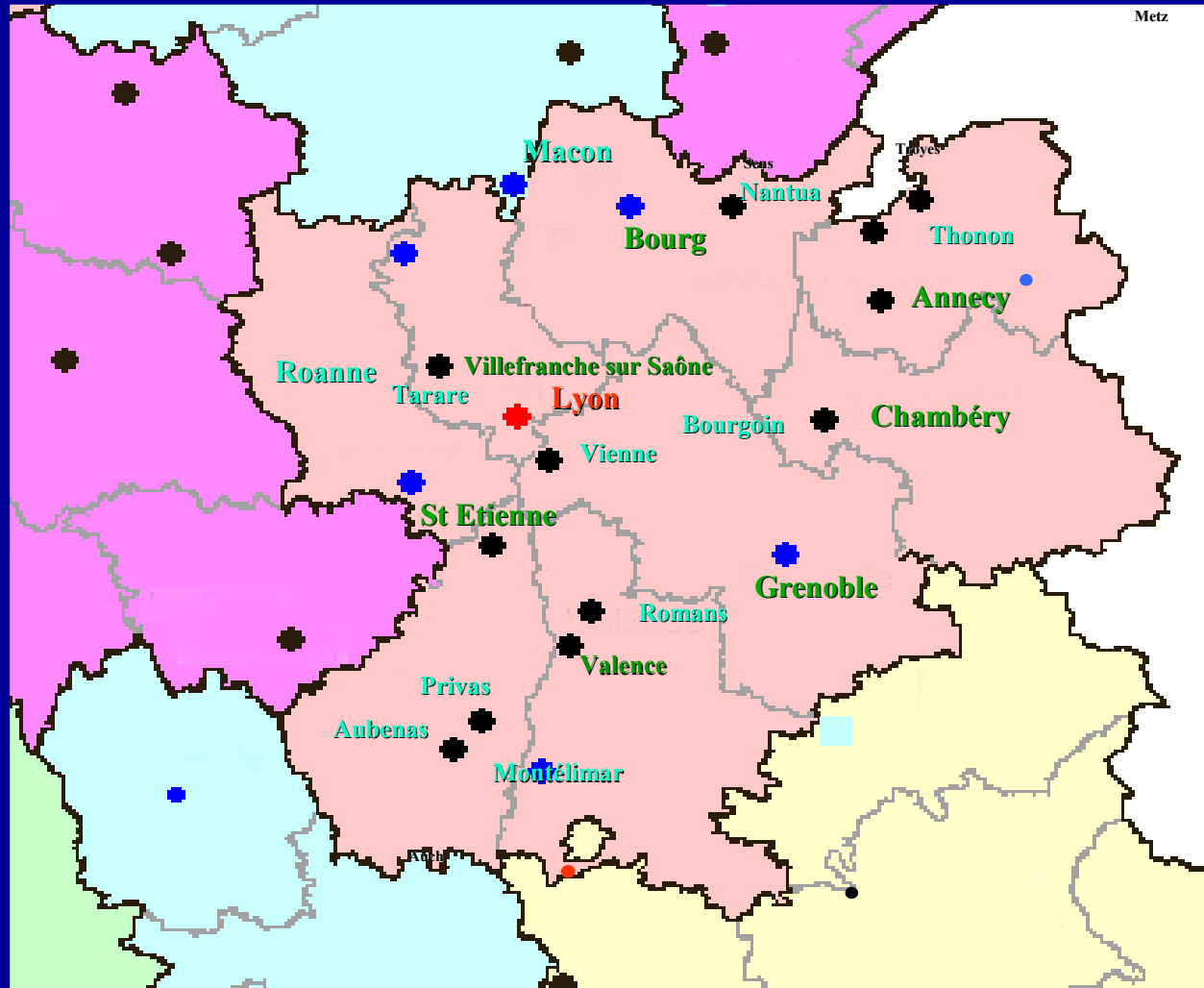
Critère	Unité UNV	Contrôle	OR (IC 95 %)	Evènements /1000 pat. UNV	NNT** (IC 95 %)
Retour à domicile (indépendant)	39 %	33 %	1.4 (1.2-1.7)	+ 50	20 (13-100)
Institutionnalisation	20 %	22 %	0.8 (0.7-1.0)	- 10	—
Décès	23 %	28 %	0.8 (0.7-1.0)	- 40	25 (14- 100)

- à la fin de la période de suivi (médiane: 1 an)
- ** NNT: nombre de patients à traiter en UNV pour éviter un évènement

Quels patients bénéficient le plus des

UINV?

- **Bénéfice observé indépendamment**
 - de l'âge,
 - du sexe,
 - du type d'AVC,
 - de la gravité de l'AVC,
 - du délai d'hospitalisation,
 - de la structure de référence : neurologie générale ou médecine
- **Bénéfice persistant avec le temps**
 - Persistance du bénéfice à 10 ans (*Indredavik et al . 1999*)



UNV EXISTANTES

Saône et Loire :

Rhône : Lyon, Villefranche

Ain : Bourg

Isère Ouest :

Drôme: Valence (Romans, Montelimar)

Pôles à créer

Saône et Loire : Macon

Rhône : Tarare

Ain : Belley

Isère : Bourgoin, Vienne

Drôme: Valréas?

Jura: Oyonnax

Ardèche : Annonay, Privas

LE CONTENU DE L'ACTION

Mobilisation annuelle le jour mondial de l'AVC, fin octobre: 28 octobre

Réunion annuelle en Octobre

Harmonisation des pratiques, référentiel régional

Actualisation des connaissances scientifiques

Régistre des AVC rhone-Alpes O, études organisationnelles

Actualité administrative et légale

Contacts avec les SAMU, les urgentistes et les radiologues, Résuval

Contacts avec les structures privées

Contacts avec l'ARH, organisation des nouveaux pôles

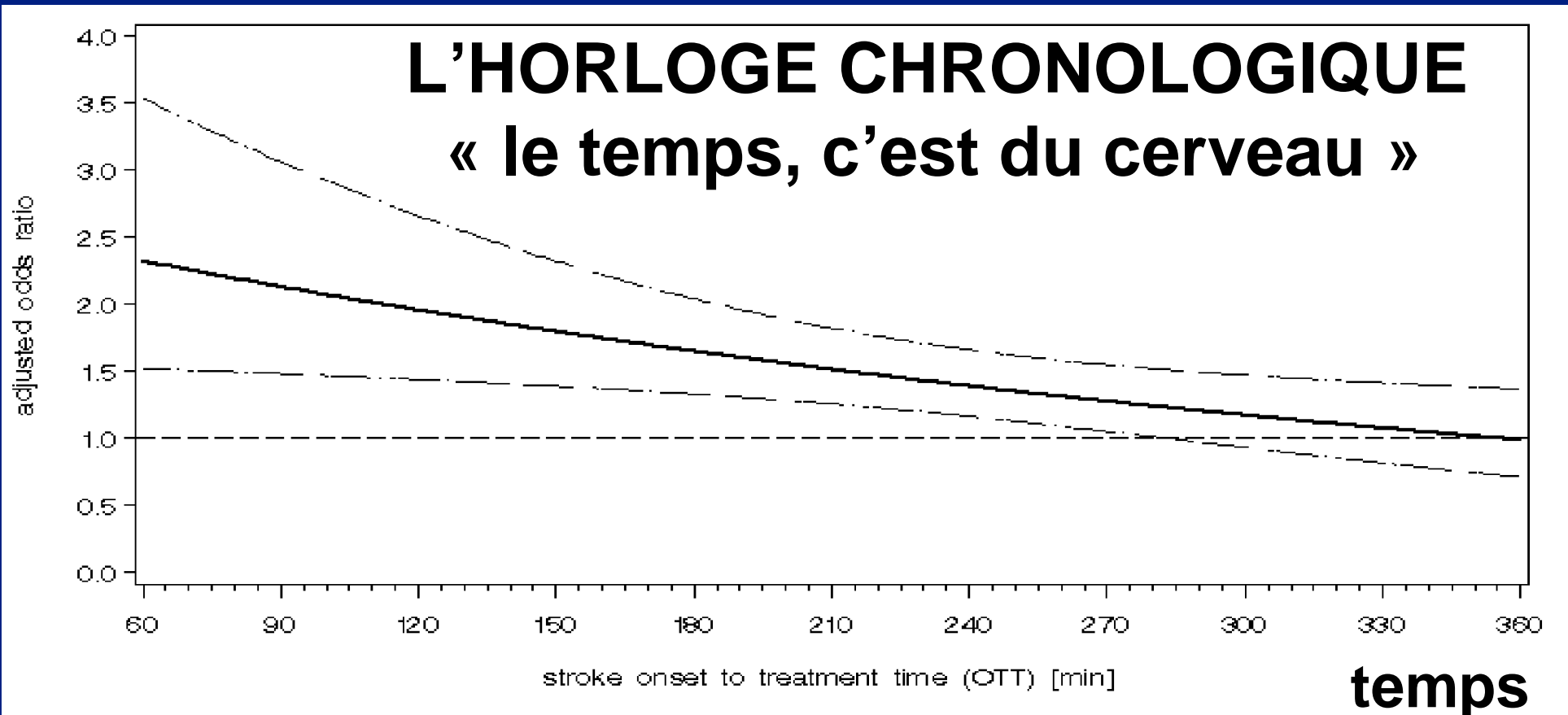
EXEMPLE DE COOPERATION INTER UNV et SAMU

Temps d'éligibilité

Age d'éligibilité

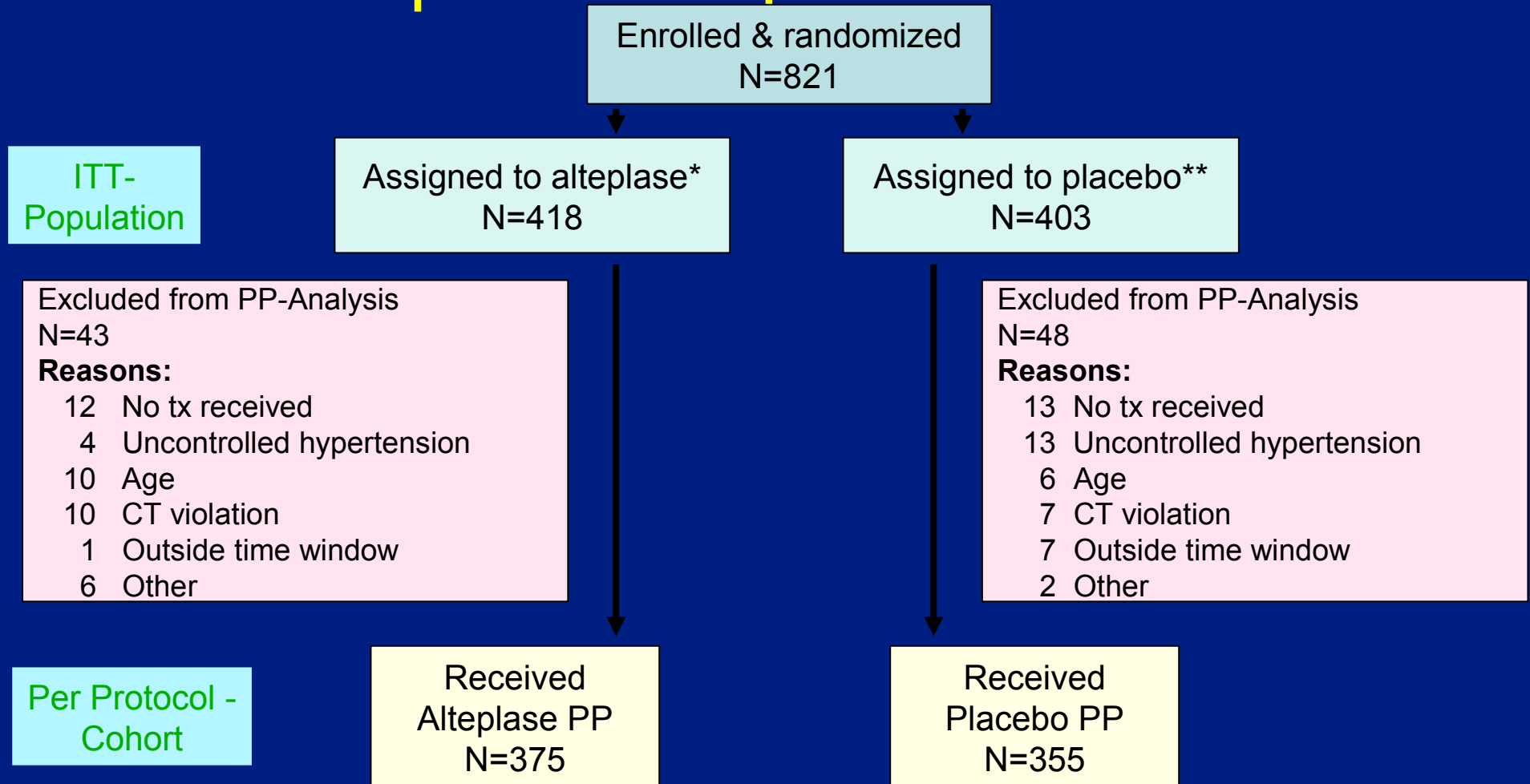
Numéros des systèmes d'urgence

Pronostic fonctionnel mRS 0-1 au jour 90, en fonction de l'intervalle début-temps de traitement ("OTT"), pool NINDS, ECASS, ATLANTIS (6 études Odds ratio ajusté avec un IC 95%, population IT (n=2776))



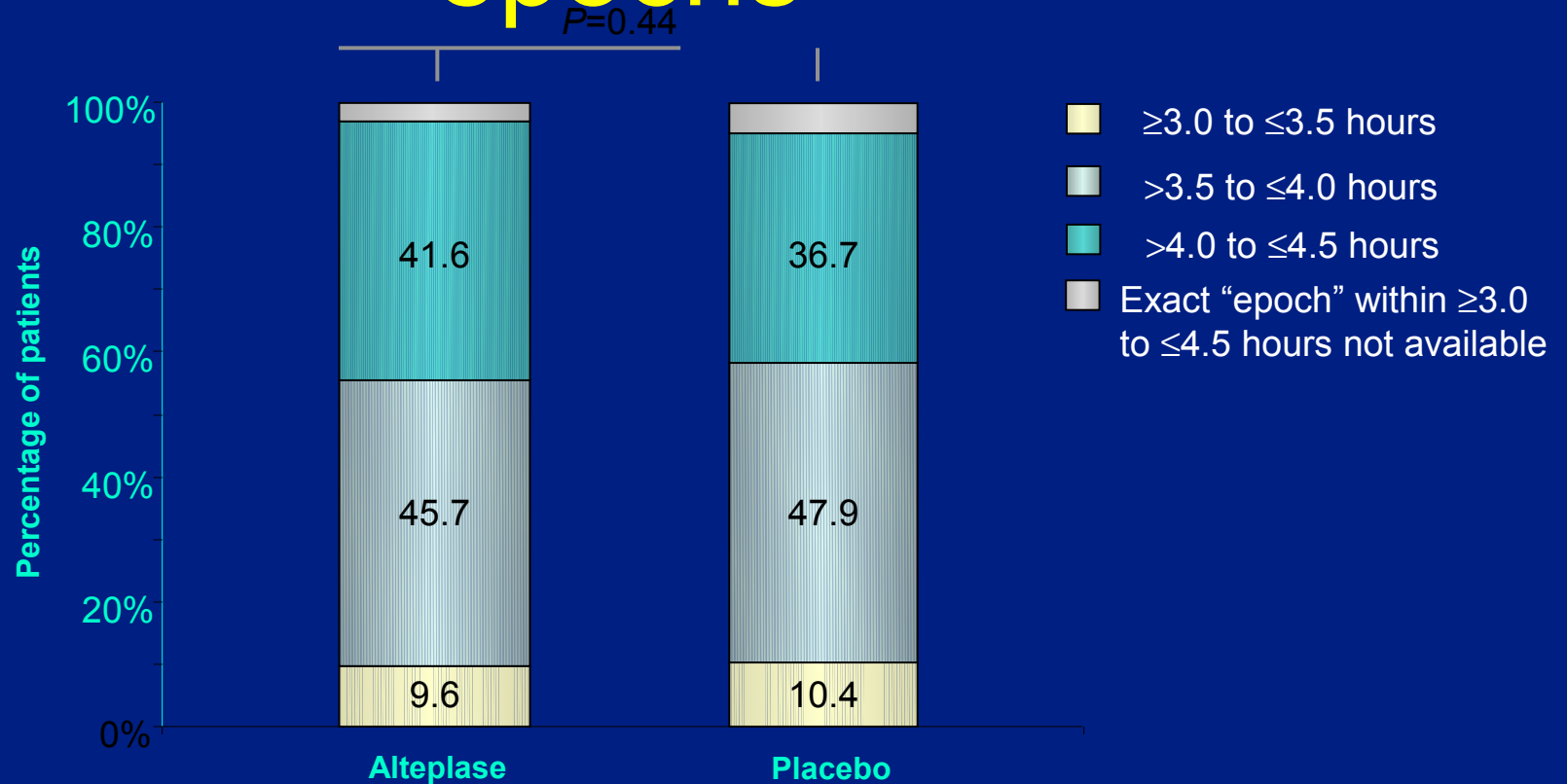
ECASS 3

patient disposition



Includes *13 or **10 patients, respectively, lost to follow up, with imputation of worst possible outcome for the primary endpoint

Time to Treatment by 30 min epochs



Median time to treatment:

3 hours 59 min

3 hours 58 min

$P=0.49$

SAFETY RESULTS

ICH and sICH

	Alteplase (N=418)	Placebo (N=403)	OR (95% CI)	<i>P</i>
Any ICH	113 (27.0%)	71 (17.6%)	1.73 (1.24–2.42)	0.001
sICH as per ECASS III	10 (2.4%)	1 (0.2%)	9.85 (1.26–77.32)	0.008

0.1 1 10 100

← Favours Alteplase Favours Placebo →

Oedema and mortality

	Alteplase (N=418)	Placebo (N=403)	OR (95% CI)		P
Sympt. oedema	29 (6.94%)	29 (7.20%)	0.96 (0.56–1.64)		0.885
Overall mortality	32 (7.66%)	34 (8.44%)	0.90 (0.54–1.49)		0.681

Primary endpoint (ITT)

Day 90: mRS 0,1 “Excellent recovery”

Analysis	Alteplase n/N (%)	Placebo n/N (%)	OR (95% CI)	<i>P</i>
Unadjusted	219/418 (52.4%)	182/403 (45.2%)	1.34 (1.02–1.76)	0.038
Adjusted*	—	—	1.42 (1.02–1.98)	0.037

0.5 1 1.5

← Favours Placebo Favours Alteplase →

*Adjusted for prognostic variables: treatment, baseline NIHSS, smoking history, stroke onset to treatment time, and prior hypertension

Secondary Endpoint (ITT)

Day 90: NINDS global endpoint statistic

(mRS 0,1; BI \geq 95; NIHSS 0,1 or >8 point improvement; GOS 1)

	Alteplase (N=418)	Placebo (N=403)	OR (95% CI)	<i>P</i>
Global outcome	n/a	n/a	1.28 (1.00–1.65)	0.048
mRS score 0,1	219 (52.4%)	182 (45.2%)	1.34 (1.02–1.76)	0.038
BI score \geq 95	265 (63.4%)	236 (58.6%)	1.23 (0.93–1.62)	0.156
NIHSS score 0,1	210 (50.2%)	174 (43.2%)	1.33 (1.01–1.75)	0.043
GOS score 1	213 (51.0%)	183 (45.4%)	1.25 (0.95–1.64)	0.112

0.5 1 1.5

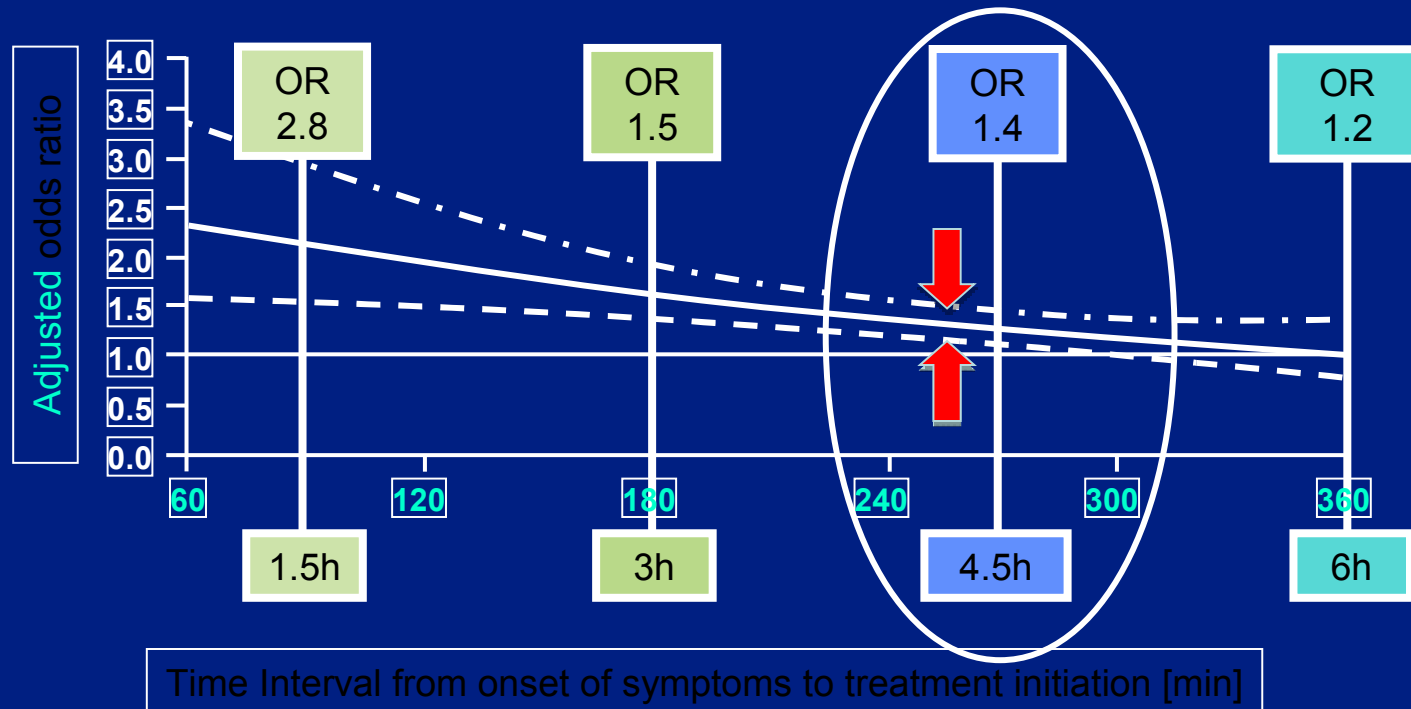
Favours Placebo Favours Alteplase

Summary Safety Endpoints

- sICH
 - Low overall incidence with alteplase (2.4%)
 - Significantly more frequent with alteplase than placebo
- Mortality
 - Low overall mortality rate (8%), not different between treatment arms
 - Probably due to the mild to moderate initial stroke severity
- Consistent with results from other randomized controlled trials of thrombolysis in acute ischaemic stroke
- No safety concerns in the longer time window

Early Treatment Remains Essential

- The effect size (OR 1.4) in the 3-4.5h is confirmed by ECASS III, and the confidence intervals will significantly narrow in the new pooled analysis, however, the difference in effect size compared with early treatment (OR 2.8) remains



Thrombolyse > 80 ans

- patients > 80 ans 1/3 des patients AVC
- méta-analyse d'Engelter et al. 2006:
 - 477 patients > 80 ans comparaison avec < 80 ans
 - moindre fréquence de la guérison mRS
 - taux équivalents d'hémorragies symptomatiques
- SITS-MOST 643 patients > 80 ans Consistent with
 - pas d'augmentation significative des hemorr. symptom. (8,9% vs 7,4%)

Les patients > 80 ans ont des tableaux plus sévères