

États généraux de l'AVC

Quelle plateforme pour une prise en charge optimale de l'AIT ?

Laura Mechtouff
Unité neurovasculaire, Hôpital Neurologique Lyon

QUELLE PLATEFORME POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE DE L'AIT ?*

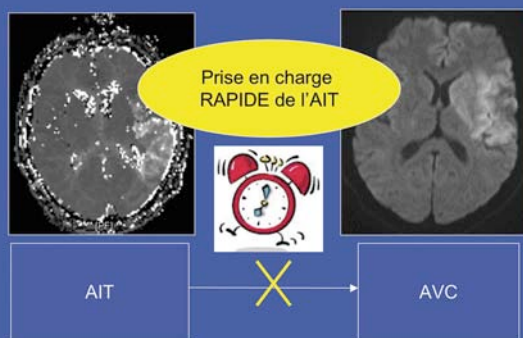
D'après la communication du Dr Laura MECHTOUFF**

INTRODUCTION

En introduction, le Dr MECHTOUFF a rappelé la définition de l'accident ischémique transitoire selon l'OMS : "déficit neurologique focal d'installation brutale de moins de 24 h d'origine ischémique". Cette définition a été remplacée en 2002 par "absence d'infarctus cérébral aigu"⁽¹⁾.

1 Étiologie et prévention : idem infarctus cérébraux

(recommandations HAS, 2008)



ÉPIDÉMIOLOGIE

Sur le plan épidémiologique, le risque de transformation d'un AIT en AVC est de 3 % au deuxième jour, de 5 % au septième et de 10 % à 90 jours⁽²⁾. Mais 25 % des AVC sont précédés d'un AIT⁽³⁾. Comme l'ont souligné les recommandations 2008, le seul moyen d'éviter cette évolution est une prise en charge rapide de l'AIT⁽⁴⁾ (figure 1).

Les facteurs pronostiques à 90 jours sont cliniques : score ABCD 2 (figure 2)^(5, 6). Mais ils peuvent être paracliniques⁽⁷⁾ - score ABCD2-I⁽⁸⁾, score ABCD3-I⁽⁹⁾ - et clinico-radiologique, notamment par l'apport de l'IRM de diffusion.

À 90 jours, une prise en charge rapide à partir d'un tri MT en urgences selon le score ABCD2 ou une imagerie en 1^{ère} intention permet de parvenir à un taux d'AVC de 2,36 % à 80 jours⁽¹⁰⁾. En 2007, une étude de l'hôpital Bichat (SOS TIA)⁽¹¹⁾ incluant 1 085 patients dont 80 % présentant un AIT possible ou probable, a montré qu'une entrée directe après appel téléphonique suivie d'un bilan biologique, d'un ECG, d'une imagerie cérébrale et vasculaire, puis d'une hospitalisation ou un retour à domicile avec le reste du bilan en ambulatoire et un traitement préventif permet de réduire à 1,24 % le taux d'AVC à 90 jours. La réalité est cependant bien différente. En France, il existe une seule structure de prise en charge rapide de l'AIT à Bichat.

L'ÉTAT DES LIEUX DANS LE RHÔNE

L'étude AVC 69 menée par le pôle IMER sur 7 mois en 2006-2007 a colligé tous les cas de suspicion d'AIT ou d'AVC.

Sur 112 AIT, seulement la moitié a été prise en charge dans une structure de neurologie. Les autres ont été disséminés au gré des places disponibles en médecine ou en chirurgie (figure 3).

Ce manque de structures de prévention transversales en France a pour conséquence une mise en place et une surveillance du traitement insuffisantes.

Une solution envisagée à Lyon, et devant démarrer début 2013, consiste en la mise en place d'une structure permettant une extension de l'offre de soins neurovasculaires et la présence sur le GHE des cardiologues et des radiologues endocrinologues.

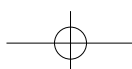
2 Facteurs pronostiques cliniques (Johnston, 2007)

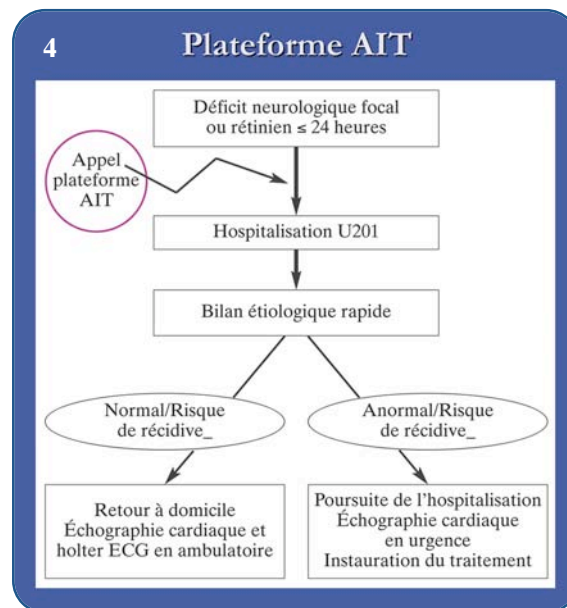
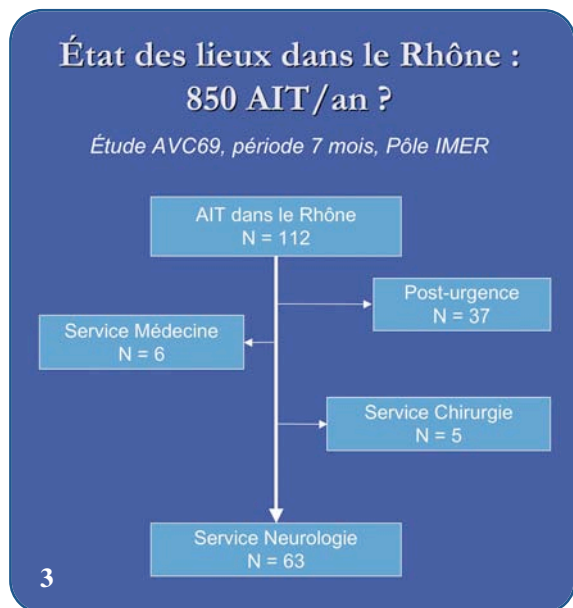
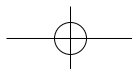
→ Développement du Score ABCD2

Risk Factor	Points
Age	
≥ 60 years	1
Blood pressure	
Systolic BP ≥ 140 mm Hg OR Diastolic BP ≥ 90 mm Hg	1
Clinical features of TIA (choose one)	
Unilateral weakness with or without speech impairment OR Speech impairment without unilateral weakness	2
Duration	
TIA duration ≥ 60 minutes	2
TIA duration 10-59 minutes	1
Diabetes	1
Total ABCD² score	0-7

* RESUVAL-RESCUe -États généraux de l'AVC - 5^e édition - Lyon, 25 octobre 2012

** UNV, Hospices Civils de Lyon, Hôpital neurologique Pierre-Wertheimer, 59 boulevard Pinel - F-69677 Bron.





Seront admis dans ce service les patients présentant un déficit neurologique ou rétinien transitoire sur un appel à un numéro unique 24 h/24 largement diffusé à tous les professionnels de santé. Dès la prise en charge, la priorité est donnée à l'imagerie cérébrale, suivie d'un bilan étiologique de première intention : biologie, ECG, imagerie vasculaire. Un retour à domicile est prévu si les résultats de ces examens sont négatifs et si le risque apparaît faible. L'hospitalisation et la poursuite d'un traitement seront réalisées en cas de résultat positif. Sur une estimation de 650 patients par an si la moitié appelle cela représente environ 25 AIT par mois (figure 4).

Mais dans le département du Rhône, le nombre d'AIT est estimé à 850/an, d'après les données de l'étude AVC 69 - 2006/2007. Compte tenu du fait que ce service ne récupérera pas les AIT de tout le département, la charge devrait être de l'ordre de 300 à 400 AIT/an, une grande partie des patients étant

reçue en ambulatoire et une partie seulement des AIT sera hospitalisée pour un bilan, voire un traitement. Cette création conduira à la création d'un poste médical.

Les retombées attendues sont une amélioration de la qualité des soins avec une diminution des AVC et donc des décès, du handicap, des troubles cognitifs, ainsi qu'un développement de la recherche clinique (registres) : neurologues, cardiologues, endocrinologues, radiologues (Pr BERTHEZENE, Pr DOUEK), Pôle IMER (Pr SCHOTT, Pr COLIN), CIC (Pr OVIZE), ensemble des partenaires cardiologiques (Pr DERUMEAUX, Pr CHEVALIER, Pr FINET) et urgences (Pr BONNEFOY, Pr KIRKORIAN), partenariat industriel, valorisation SIGAPP, MERRI etc...

De la discussion en fin de réunion, ressort cependant un certain flou dans l'organisation de ce service avec de nombreux points d'interrogation : numéro de téléphone spécifique ou non, prise en charge en dehors des heures ouvrables ...

RS

RÉFÉRENCES

- ALBERS GW, CAPLAN LR, EASTON JD, et al; TIA Working Group. Transient ischemic attack: Proposal for a new definition. *N Engl J Med* 2002;347(21):1713-6.
- GILES MF, ROTHWELL PM. Risk of stroke early after transient ischaemic attack: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol* 2007;6(12):1063-723.
- ROTHWELL PM, GILES MF, FLOSSMANN E, et al. A simple score (ABCD) to identify individuals at high early risk of stroke after transient ischaemic attack. *Lancet* 2005;366(9479):29-36.
- Étiologie et prévention des infarctus cérébraux. HAS 2008.
- JOHNSTON SC, GRESS DR, BROWNER WS, et al. Short-term prognosis after emergency department diagnosis of TIA. *JAMA* 2000; 284(22):2901-7.
- JOHNSTON SC, Short-term prognosis after a TIA: A simple score predicts risk. *Cleve Clin J Med* 2007;74(10):729-36.
- CALVET D, TOUZÉ E, OPPENHEIM C, et al. DWI lesions and TIA etiology improve the prediction of stroke after TIA. *Stroke* 2009;40(1): 187-92.
- GILES MF, ALBERS GW, AMARENCO P, et al. Addition of brain infarction to the ABCD2 Score (ABCD2I): A collaborative analysis of unpublished data on 4574 patients. *Stroke* 2010;41(9):1907-13. [Epub 2010 Jul 15].
- MERWICK A, ALBERS GW, AMARENCO P, et al. Addition of brain and carotid imaging to the ABCD² score to identify patients at early risk of stroke after transient ischaemic attack: a multicentre observational study. *Lancet Neurol* 2010;9(11):1060-9.
- SANDERS LM, SRIKANTH VK, JOLLEY DJ, et al. Monash transient ischemic attack triaging treatment: Safety of a transient ischemic attack mechanism-based outpatient model of care. *Stroke* 2012;43(11):2936-41.
- LAVALLÉE PC, MESEGUER E, ABOUD H, et al. A transient ischaemic attack clinic with round-the-clock access (SOS-TIA): Feasibility and effects. *Lancet Neurol* 2007;6(11):953-60.

