

Thrombolyse des AVC mineurs

Prise en charge des patients et évolution post thrombolyse

Résultats du registre RESUVal

Etats généraux des AVC
16 octobre 2014

Chloé Laurencin
Laurent Derex

Les AVC ischémiques mineurs

- Absence de NIHSS seuil consensuel définissant un AVCi comme mineur
- AVCi mineur = contre indication fréquente à la thrombolyse
- Rapport bénéfice-risque de la thrombolyse mal étudié

Objectif de l'étude

- Etude observationnelle rétrospective
- Evaluer chez nos patients ayant présenté un AVC mineur :
 - L'évolution clinique
 - Le risque hémorragique
 - Les données d'imagerie (notamment présence d'une occlusion artérielle)
 - Les données de prise en charge pré et intrahospitalière

Recueil des données

- Entre octobre 2010 et février 2014
- 170 patients avec un AVCi ayant bénéficié de la thrombolyse avec NIHSS ≤ 4
- Comparés à 873 patients avec un NIHSS > 4

Résultats

1/ Données démographiques

	AVCi M (n = 170)	AVCi NM (n = 873)	P
Age, médiane (EQR)	67 (58-79)	74 (63-81)	<0.001
Sexe masculin, n (%)	112 (66)	463 (53)	<0.01
NIHSS à l'entrée, médiane (EQR)	3 (2-4)	12 (8-17)	<0.01
TAs, mmHg, médiane (EQR)	151 (135-164)	148 (132-165)	NS
TAd, mmHg, médiane (EQR)	80 (73-83)	80 (70-90)	NS
Glycémie, mmol/L, médiane (EQR)	6.1 (5.3-7)	6.5 (5.7-7.7)	NS

Résultats

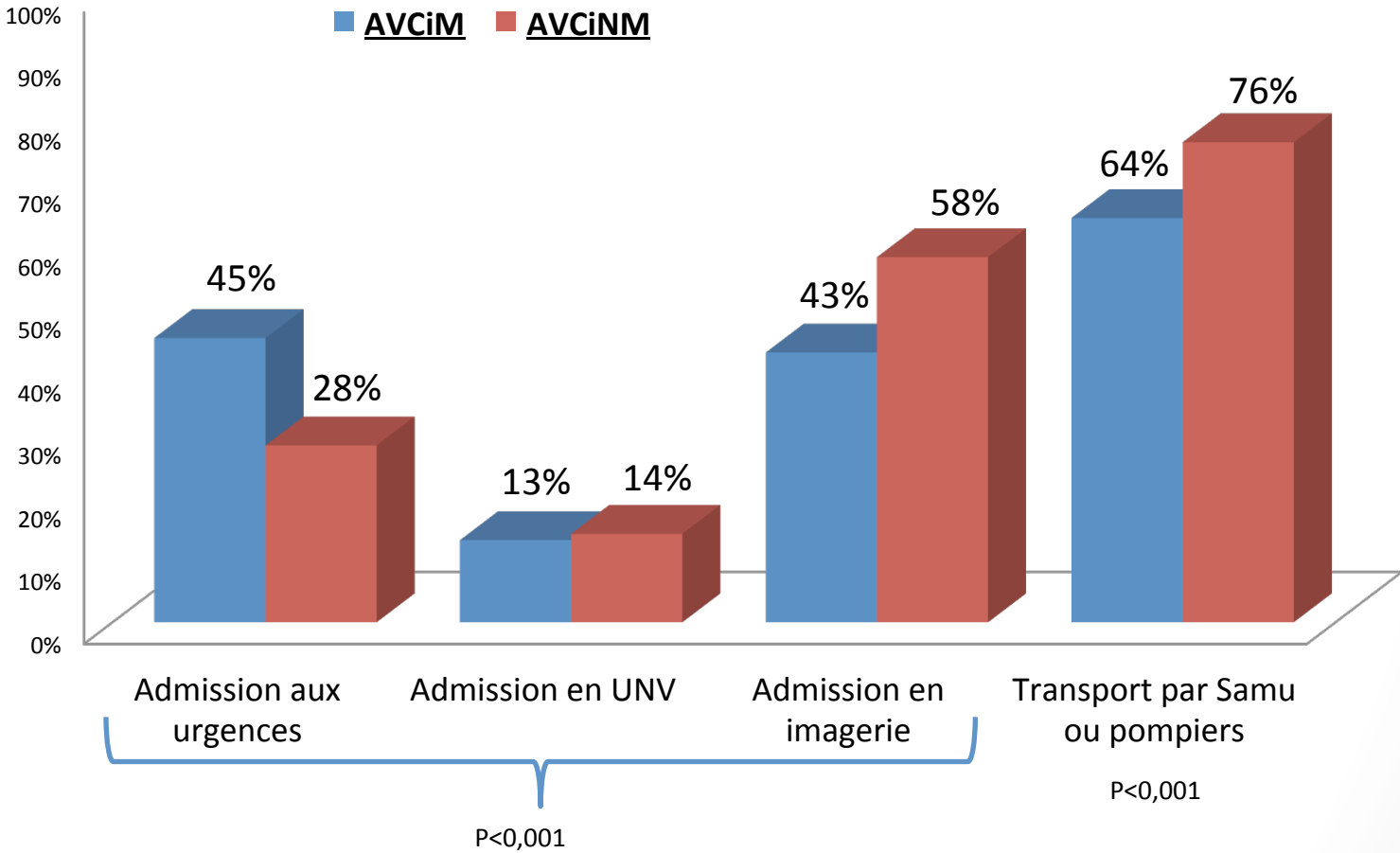
1/ Données démographiques

	AVCi M (n = 170)	AVCi NM (n = 873)	P
Age, médiane (EQR)	67 (58-79)	74 (63-81)	<0.001
Sexe masculin, n (%)	112 (66)	463 (53)	<0.01
NIHSS à l'entrée, médiane (EQR)	3 (2-4)	12 (8-17)	<0.01
TAs, mmHg, médiane (EQR)	151 (135-164)	148 (132-165)	NS
TAd, mmHg, médiane (EQR)	80 (73-83)	80 (70-90)	NS
Glycémie, mmol/L, médiane (EQR)	6.1 (5.3-7)	6.5 (5.7-7.7)	NS

2/ Données de prise en charge pré et intra-hospitalière

	AVCi M (n = 170)	AVCi NM (n = 873)	P
Taux d'appel aux centres 15 et 18 (%)	78	80	NS
Délais pré-hospitalier, min, médiane (EQR)			
1ers symptômes - 1 ^{er} contact médical	40 (15-88)	30 (15-65)	NS
1ers symptômes - admission à l'hôpital	97 (69-120)	87 (60-115)	<0.05

2/ Données de prise en charge pré et intra-hospitalière



2/ Données de prise en charge pré et intra-hospitalière

	AVCi M (n = 170)	AVCi NM (n = 873)	P
Délais intra-hospitalier, min, médiane (EQR)			
Admission à l'hôpital – imagerie	24 (10-43)	18 (10-41)	<0.05
Admission à l'hôpital – RtPA	61 (47-90)	60 (45-87)	NS
1ers symptômes – Admission UNV, min, médiane (EQR)	150 (110-205)	140 (110-180)	NS
Admission UNV - RtPA, min, médiane (EQR)	10 (7-20)	10 (7-20)	NS
1ers symptômes - RtPA, min, médiane (EQR)	167 (131-216)	140 (110-180)	<0.05
Fenêtre d'admission du RtPA (%)			
< 3 heures	56	65	<0.001
≥ 3 heures - 4 heures 30 minutes	44	35	

2/ Données de prise en charge pré et intra-hospitalière

	AVCi M (n = 170)	AVCi NM (n = 873)	P
Délais intra-hospitalier, min, médiane (EQR)			
Admission à l'hôpital – imagerie	24 (10-43)	18 (10-41)	<0.05
Admission à l'hôpital – RtPA	61 (47-90)	60 (45-87)	NS
1ers symptômes – Admission UNV, min, médiane (EQR)	150 (110-205)	140 (110-180)	NS
Admission UNV - RtPA, min, médiane (EQR)	10 (7-20)	10 (7-20)	NS
1ers symptômes - RtPA, min, médiane (EQR)	167 (131-216)	140 (110-180)	<0.05
Fenêtre d'admission du RtPA (%)			
< 3 heures	56	65	<0.001
≥ 3 heures - 4 heures 30 minutes	44	35	

3/ Données d'imagerie

	AVCiM (n = 170)	AVCiNM (n = 873)	P
Réalisation d'une IRM (%)	75	72	NS
Réalisation d'un TDM (%)	25	28	NS
Occlusion visible (%)	54	80	p<0,001
Occlusion artérielle proximale (%)	28	65	p<0,001
Occlusion artérielle distale (%)	72	35	p<0,001

4/ Evolution post-thrombolyse

	AVCiM (n = 170)	AVCiNM (n = 873)	P
Score NIHSS, médiane (EQR)			
1 ^{er} jour	3 (2-4)	12 (8-17)	<0.001
7 ^{ème} jour	1 (0-2)	7 (3-15)	<0.001
3 ^{ème} mois	0 (0-0)	1 (0-6)	<0.001
Score de Rankin à 3 mois (%)			
Score de Rankin ≤ 1	77	38	<0.001
Score de Rankin ≤ 2	89	51	<0.001
Taux de mortalité à 3 mois (%)	2	12	<0.001
Hémorragie intracérébrale			
Toute transformation hémorragique (%)	5	17	<0.001
Hémorragie intracrânienne symptomatique (%)	0	4	<0.05

4/ Evolution post-thrombolyse

	AVCiM (n = 170)	AVCiNM (n = 873)	P
Score NIHSS, médiane (EQR)			
1 ^{er} jour	3 (2-4)	12 (8-17)	<0.001
7 ^{ème} jour	1 (0-2)	7 (3-15)	<0.001
3 ^{ème} mois	0 (0-0)	1 (0-6)	<0.001
Score de Rankin à 3 mois (%)			
Score de Rankin ≤ 1	77	38	<0.001
Score de Rankin ≤ 2	89	51	<0.001
Taux de mortalité à 3 mois (%)	2	12	<0.001
Hémorragie intracérébrale			
Toute transformation hémorragique (%)	5	17	<0.001
Hémorragie intracrânienne symptomatique (%)	0	4	<0.05

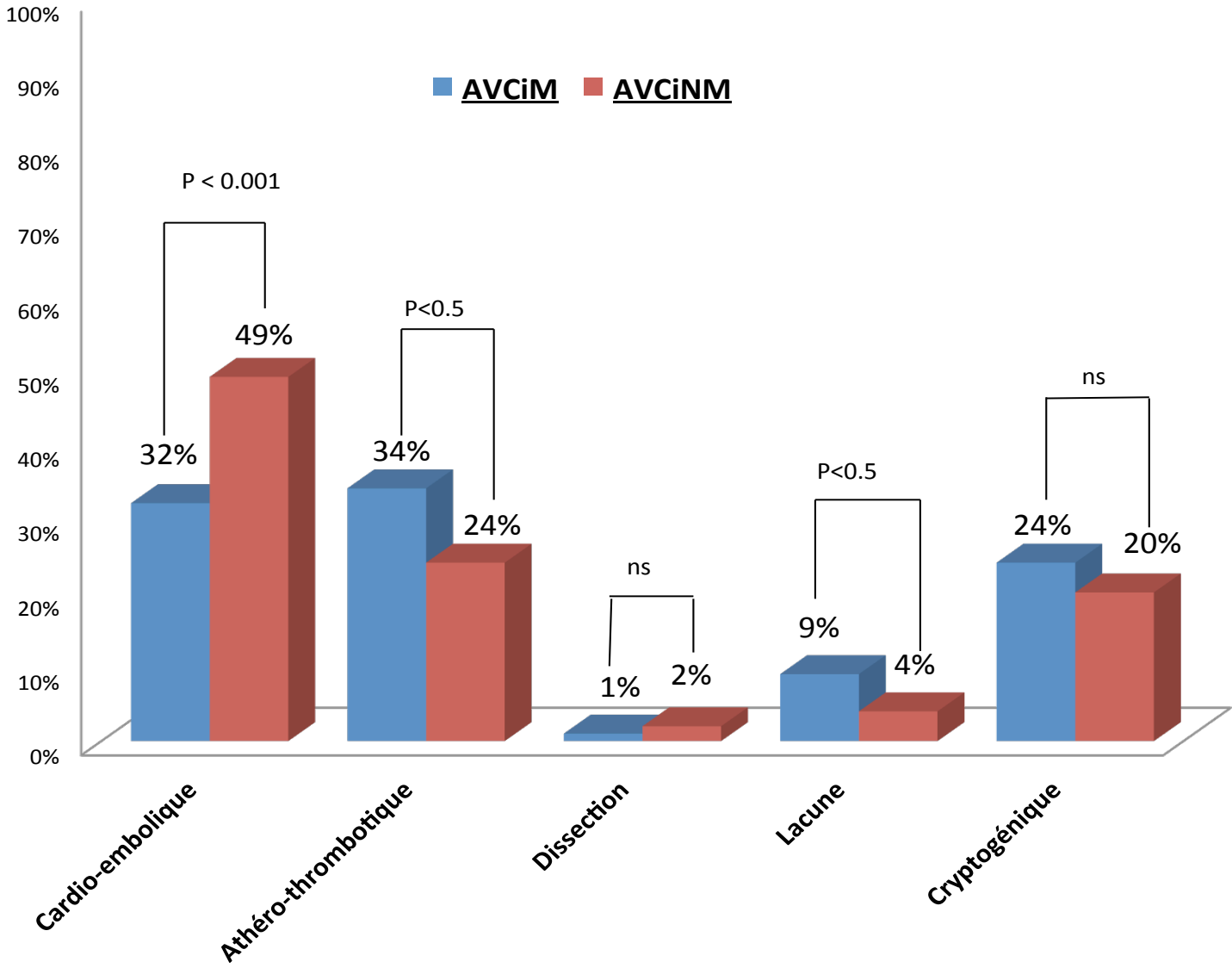
4/ Evolution post-thrombolyse

	AVCiM (n = 170)	AVCiNM (n = 873)	P
Score NIHSS, médiane (EQR)			
1 ^{er} jour	3 (2-4)	12 (8-17)	<0.001
7 ^{ème} jour	1 (0-2)	7 (3-15)	<0.001
3 ^{ème} mois	0 (0-0)	1 (0-6)	<0.001
Score de Rankin à 3 mois (%)			
Score de Rankin ≤ 1	77	38	<0.001
Score de Rankin ≤ 2	89	51	<0.001
Taux de mortalité à 3 mois (%)	2	12	<0.001
Hémorragie intracérébrale			
Toute transformation hémorragique (%)	5	17	<0.001
Hémorragie intracrânienne symptomatique (%)	0	4	<0.05

4/ Evolution post-thrombolyse

	AVCiM (n = 170)	AVCiNM (n = 873)	P
Score NIHSS, médiane (EQR)			
1 ^{er} jour	3 (2-4)	12 (8-17)	<0.001
7 ^{ème} jour	1 (0-2)	7 (3-15)	<0.001
3 ^{ème} mois	0 (0-0)	1 (0-6)	<0.001
Score de Rankin à 3 mois (%)			
Score de Rankin ≤ 1	77	38	<0.001
Score de Rankin ≤ 2	89	51	<0.001
Taux de mortalité à 3 mois (%)	2	12	<0.001
Hémorragie intracérébrale			
Toute transformation hémorragique (%)	5	17	<0.001
Hémorragie intracrânienne symptomatique (%)	0	4	<0.05

5/ Etiologie des AVC



Discussion de nos résultats

1. Une prise en charge pré-hospitalière moins efficace

- Transport par pompiers et SMUR moins fréquent
- Moins souvent admis à l'imagerie et en UNV
- Plus souvent admis aux urgences
- Délais allongés
 - 1ers symptômes → admission à l'hôpital
 - 1ers symptômes → réalisation d'une imagerie cérébrale
 - 1ers symptômes → thrombolyse

2. Une proportion notable de patient avec une occlusion artérielle

- Occlusion artérielle retrouvée chez 54% de nos patients avec un AVCi mineur
- Parmi eux : 28% d'occlusion proximale

Risque de dégradation précoce (Rajajee et al, Neurology 2006 & Nedeltchev et al., Stroke, 2007)

3 . Une bonne évolution chez nos patients

- Pas d'hémorragie intracrânienne symptomatique
- Taux de mortalité à 3 mois : 2%
- Score de Rankin à 3 mois dans 77% des cas ≤ 1
- Score de Rankin à 3 mois dans 89% des cas ≤ 2
- Comparable à d'autres études (Greisenegger et al, Stroke 2014)

Dans la littérature

Une mauvaise évolution des patients avec un AVC mineur qui n'ont pas bénéficié de thrombolyse :

- 230 patients avec un AVCi mineur pris en charge dans les 3h
➔ 1/3 ont un score de Rankin > 2 à la sortie de l'hôpital
(Barber et al., Neurology, 2001)

- 162 AVCi mineurs
➔ 25% ont un score de Rankin ≥ 2 à 3 mois
(Nedeltchev et al., Stroke, 2007)

Efficacité de la thrombolyse pour les AVCi mineurs ?

- L'étude IST-3 (The IST-3 Collaborative Group, Lancet 2012) :
Pas de bénéfice de la thrombolyse dans les AVC mineurs
Mais l'étude manque de puissance pour ce sous groupe
- L'étude autrichienne (Greisenegger et al, Stroke 2014) :
Les patients traités par thrombolyse présentent une meilleure évolution
Score de Rankin à 3 mois significativement plus bas
- Méta analyse récente (Huang et al., Neurol Sci 2014) :
Pas de bénéfice de la thrombolyse chez les patients avec des AVC mineurs

Conclusions de notre étude

- La prise en charge pré hospitalière des AVCi mineurs est moins efficace que celle des autres AVCi
- Occlusion artérielle visible dans 54% des cas chez nos patients
- Bonne évolution post thrombolyse chez nos patients dans 89% des cas

REMERCIEMENTS

- Elodie Flocard
- Norbert Nighoghossian, Tae-Hee Cho, Laura Mechtouff, Thomas Ritzenthaler
- Frédéric Philippeau, Karine Blanc-Lasserre, Anne-Evelyne Vallet, Serkan Cakmak, Magali Bischoff, Carlos El Khoury