

## Impact du retransfert vers une unité neuro-vasculaire des patients victimes d'AVC et admis dans un établissement non doté d'UNV

### Auteurs

Christelle PIDOUX-BABORIER (1),  
Frédéric PHILIPPEAU(2),  
Marc DU BESSET (3),  
Réseaux d'urgence  
RESCUe.RESUVal (4)

1. *Service d'Accueil des Urgences, Centre hospitalier de Villefranche, Villefranche sur Saône, France*
2. *UNV, Centre hospitalier de Bourg en Bresse, Bourg en Bresse, France*
3. *Service d'Accueil des Urgences, Centre hospitalier de Villefranche, Villefranche, France*
4. *Cellule de coordination et de recherche clinique, Centre hospitalier de Vienne, Vienne, France*

### Introduction

L'infarctus cérébral est une urgence médicale. Pour les patients pris en charge dans les 4 heures 30 suivant le début des symptômes, un traitement fibrinolytique permet d'améliorer les chances de récupération neurologique et fonctionnelle à 3 mois et diminue le risque d'institutionnalisation du patient.

### Méthode

Au travers d'un registre régional prospectif et multicentrique de prise en charge des AVC thrombolysés, nous avons évalué l'impact du retransfert vers une unité neuro-vasculaire (UNV) des patients présentant un AVC et arrivant dans un centre hospitalier non doté d'UNV. L'analyse porte sur les délais de prise en charge, le recours à la régulation par le Centre 15, le mode de transport et le devenir du patient en termes de récupération fonctionnelle, par rapport aux patients arrivant directement dans un centre hospitalier pourvu d'une UNV.

### Résultats

Entre octobre 2010 et septembre 2013, 956 patients ont présenté un AVC ischémique et bénéficié d'un traitement par thrombolyse au sein des 5 UNV du réseau régional. 152 d'entre eux ont nécessité un retransfert. Les patients transférés ont un âge médian de 71 ans (versus 73 ans pour les patients non transférés), ne sont pas plus loin d'une UNV que les autres (20 km versus 19 km), ont significativement moins recours au Centre 15 (48% versus 86%), et sont plus souvent amenés par la famille aux urgences (22% versus 2%). Le délai médian entre le début des symptômes et la première prise en charge médicale est de 60 minutes (versus 30 min), le délai de thrombolyse de 215 minutes (versus 150 min) et le délai d'imagerie après admission de 78 minutes (versus 15 min). Le devenir fonctionnel à 3 mois ne diffère pas entre les deux groupes de patients (Rankin 0-1 : 45% versus 43%).

### Conclusions

Le temps est compté et l'orientation initiale du patient est primordiale. La régulation par le Centre 15 permet un gain significatif de temps pré-hospitalier qu'il faut encourager auprès du grand public. Dans notre étude, qui n'inclut que des patients fibrinolytés, on ne retrouve pas de différence de récupération fonctionnelle entre les deux groupes. Les bénéfices de la thrombolyse restent pourtant corrélés à la précocité du traitement. Le recours à la télé-médecine dans les centres non dotés d'UNV devrait permettre de raccourcir les délais de prise en charge et d'augmenter le nombre de patients traités.