

## P169 : Thrombolyse au sein d'un réseau organisé de prise en charge des AVC, existe-t-il une différence selon l'activité des centres ?

*PATRICE SERRE (1), PATRICIA TRINQUET (2), ELODIE FLOCARD (3),  
EMMANUELLE ADELAIDE (1), GROUPE RESUVAL (4)*

### Mots clefs

accident vasculaire cérébral, AVC, réseau

### Introduction

La prise en charge précoce des AVC nécessite une orientation vers une unité neurovasculaire (UNV) pour une éventuelle recanalisation. L'expertise de l'UNV a-t-elle un impact sur le devenir du patient ? Notre objectif est d'analyser le devenir en fonction de l'activité du centre.

### Matériel et méthode

Notre réseau d'urgence a mis en place un registre d'évaluation observationnel multicentrique des AVC thrombolysés (au sein des 5 UNV de notre bassin), suivis jusqu'à 3 mois. Notre étude a porté sur l'analyse des UNV de type 1  $\leq 150$  thrombolyses par an et les UNV de type 2  $> 150$  thrombolyses par an.

### Résultats

Les patients pris en charge en UNV de type 1 et 2 ont un âge, un sex-ratio et un score de Rankin avant l'AVC identiques. Les patients arrivant en UNV de type 1 parcourent un trajet plus long (25[12-43] vs 13[6-21] km,  $p < 0,001$ ) et leurs paramètres vitaux à l'admission sont superposables. Leur score NIHSS est discrètement inférieur (10[6-16] vs 11[6-17],  $p < 0,001$ ). Le délai symptôme-admission en UNV de type 1 est supérieur (90[67-119] vs 80[60-113] min,  $p < 0,001$ ), le délai admission-imagerie l'est également (25[11-43] vs 14[5-32] min,  $p < 0,001$ ). Le délai imagerie-thrombolyse en UNV type 1 est raccourci (33[25-45] min vs 39[30-21],  $p < 0,001$ ). Le délai médian symptôme-thrombolyse est allongé dans les UNV de type 1 (160[130-195] vs 150[120-195] min,  $p < 0,001$ ). Les

complications sont superposables au sein des 2 groupes sauf une augmentation du nombre de détérioration neurologique dans les UNV de type 2 (16% vs 10%,  $p = 0,0517$ ). L'évolution des patients semble meilleure dans les UNV de type 2 (Rankin  $\leq 1$  : 47% vs 39%  $p < 0,01$ , Rankin  $\leq 2$  53% vs 60%  $p < 0,01$ ). Les patients des UNV de type 1 ont une mortalité hospitalière identique (13% vs 11%,  $p = 0,1917$ ) mais supérieure à 3 mois (27% vs 23%,  $p < 0,05$ ).

## Discussion

Parmi les 5 UNV de notre bassin géographique, une seule est de type 2. Elle est adossée au seul site de neuroradiologie interventionnelle, est dépourvue de structure d'urgence et draine à elle seule un bassin aussi peuplé que les 4 autres réunis. Ces facteurs influencent les trajectoires des patients et les modalités de prise en charge.

## Conclusion

La prise en charge des AVC sur les UNV de notre bassin est de qualité équivalente, mais ce travail met en évidence une amélioration du pronostic en termes de mortalité et de récupération à 3 mois en lien avec l'expertise des centres.

- 
1. Service d'Accueil des Urgences, Centre hospitalier de Bourg en Bresse, BOURG EN BRESSE, France
  2. Urgences, CH Vienne, Vienne, France
  3. réseau des urgences de la vallée du Rhône, RESUVal, CH Vienne, Vienne, France
  4. réseau des urgences de la vallée du Rhône, RESUVal, Centre hospitalier de Vienne, Vienne, France