

## Particularités de prise en charge de l'AVC du réveil en médecine d'urgence : données extraites d'un registre observationnel.

### Auteurs

Attali Alexis (1), Carlos El KHOURY (2), Elodie FLOCARD (3), Magali BISCHOFF (3), Patrice SERRE (4), Véronique POTINET (1), Groupe de Recherche RESUVal (5)

1. *Urgence, Hôpital de la Croix Rousse, Lyon, France*
2. *Service des Urgences-SMUR, Centre Hospitalier de Vienne, Vienne, France*
3. *Réseau RESUVal, Centre Hospitalier de Vienne, Vienne, France*
4. *Urgence/SMUR, Centre Hospitalier de Bourg en Bresse, Bourg en Bresse, France*
5. *cellule de coordination, Centre Hospitalier de Vienne, Vienne, France*

### Introduction

La difficulté à dater le début des symptômes de l'accident vasculaire cérébral (AVC) du réveil a tendance à le priver d'un accès à la thrombolyse. Nous avons évalué la prise en charge de ces AVC à travers le registre des AVC thrombolysés de notre réseau des urgences.

### Méthode

L'analyse porte sur la prise en charge pré-hospitalière, hospitalière et en unité neuro-vasculaire (UNV), ainsi que sur le devenir du patient en terme de complications et de mortalité.

### Résultats

Depuis septembre 2010 jusqu'en août 2014, 1440 patients ont présenté un AVC ischémique et bénéficié d'un traitement au sein des 5 UNV du réseau régional. Les AVC du réveil représentait 4% des patients thrombolysés (64 patients), avec un âge médian de 67 ans (versus 73 ans groupe hors réveil) et un score NIHSS à l'admission plus élevé (15 versus 10). Le transport était médicalisé pour 11% des patients du groupe AVC du réveil contre 16% pour les autres. 86% des AVC du réveil ont bénéficié d'une IRM en première intention contre 72% pour les autres, 27% d'un scanner contre 31% pour les autres. 83% des AVC du réveil ont bénéficié d'une thrombolyse IV et 17% d'une thrombectomie contre 95% et 5% pour les autres. L'évolution de ces deux groupes était similaire en terme de complications (ECASS 0 dans 81% vs 83%) et de séquelles à la sortie d'hospitalisation (score NIHSS 2 vs 1). La mortalité à 3 mois est de 9% pour les AVC du réveil contre 13% pour les autres, dont 50% dans les deux groupes liée à l'AVC.

### Conclusion

Une orientation systématique en UNV et la réalisation d'une IRM en première intention permettent à l'AVC du réveil de bénéficier d'une thrombolyse. L'évolution en terme d'événements indésirables liés au traitement est similaire au groupe des AVC hors réveil.