

Organisation de l'orientation

CARLOS EL KHOURY

Dès la reconnaissance d'un accident vasculaire cérébral (AVC), une course contre la montre doit être engagée pour la mise en place du traitement dans les meilleurs délais. L'orientation du patient dans le bon chemin clinique conditionne son devenir. Elle implique tous les acteurs de la filière, médecin urgentiste, neurovasculaire, et neuroradiologue interventionnel. Ils doivent tenir compte du délai d'installation du déficit, des délais d'accessibilité aux ressources et de leur disponibilité.

En France moins d'un AVC sur deux est régulé par le Centre 15. Parmi les AVC ayant bénéficié d'une thrombolyse intraveineuse, cette proportion augmente à près de neuf patients sur dix. Cette constatation confirme le rôle primordial du médecin régulateur permettant l'orientation du patient d'emblée vers l'unité neurovasculaire (UNV) la plus proche, optimisant ses chances d'accéder à une stratégie de reperfusion dans la bonne fenêtre thérapeutique.

A l'ère de la thrombectomie, la tentation d'orienter d'emblée le patient suspect d'une occlusion proximale vers un centre de neuroradiologie interventionnelle (NRI) est légitime. Plus de 30% des AVC thrombolysés sont éligibles à la thrombectomie. Encore faut-il pouvoir les repérer dès l'appel, sachant que moins de 10% seulement des AVC régulés par le Centre 15 sont concernés par une prise en charge médicalisée en préhospitalier. Aujourd'hui les patients bénéficiant de thrombectomie sont transférés après initiation de la thrombolyse dans l'UNV vers un centre de NRI. Certains sont déjà présents dans une UNV adossée à une NRI, d'autres doivent bénéficier d'un transfert secondaire. Compte tenu du recours croissant à la thrombectomie, de l'éventualité d'une équipe médicalisée non disponible à temps et en l'absence de recommandations spécifiques, l'indication de médicaliser ces transferts est de plus en plus remise en question.

Certains patients sont toutefois admis dans des établissements dépourvus d'UNV. Si la télé-médecine a facilité l'accès à la thrombolyse dans certains territoires, la formation et le maintien des compétences des médecins urgentistes est la meilleure garantie d'une prise en charge dans le respect des recommandations. L'orientation secondaire du patient depuis ces établissements vers l'UNV de référence doit se faire en concertation avec le Centre 15 et le médecin neurovasculaire. Si le patient non éligible à la thrombolyse peut bénéficier d'un transfert par ambulance, le timing et le mode de transport des patients thrombolysés doivent être définis au préalable grâce à des référentiels partagés.

En conclusion, l'orientation de l'AVC peut avoir un impact sur la réduction du handicap. Pour permettre au patient d'être admis dans les bons délais au bon endroit, elle doit répondre à des impératifs organisationnels et logistiques qui doivent être connus de tous les acteurs. Pour cela une concertation régionale est indispensable, fondée sur une organisation en réseau et le partage de référentiels communs entre médecins urgentistes, radiologues, neurovasculaires et neuroradiologues interventionnels (cf. Figure). De prochaines études devront pouvoir lever l'incertitude quant à la sécurité des transferts non médicalisés des AVC thrombolysés vers les centres de NRI pour thrombectomie ou valider des outils de reconnaissance de l'occlusion proximale dès l'appel au Centre 15 permettant éventuellement une orientation directe en NRI.

Références :

1. Fery-Lemonnier E. La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France : rapport à Madame la ministre de la santé et des sports. Ministère de la santé et des sports; 2009. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/AVC_-_rapport_final_-_vf.pdf.
2. Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonnes pratiques pour la prise en charge précoce de l'accident vasculaire cérébral. Août 2009.
3. Données 2010-2014 du registre du RESeau des Urgences de la Vallée du Rhône (RE-SUVal).
4. Palaniswami M, Yan B. Mechanical Thrombectomy Is Now the Gold Standard for Acute Ischemic Stroke: Implications for Routine Clinical Practice. *Interv Neurol*. 2015;4:18–29.
5. Nenert E, Pretalli J-B, Bouamra B, Puyraveau M, Fehner L, Labourey J-M, et al. Transfert interhospitalier vers une unité de neurologie vasculaire des accidents vasculaires cérébraux ischémiques téléthrombolysés : pertinence d'une médicalisation systématique ? *Ann Fr Médecine Urgence*. 2016;6:166–71.