

LAURENT E.^{1,2}, GODILLON L.¹, LECUYER A.-I.^{1,2}, GRAMMATICO-GUILLON L.^{1,3} et le groupe d'étude Suspi-AVC

¹ Unité d'Epidémiologie des Données cliniques en Centre-Val de Loire (EpiDcliC) - CHRU de Tours ; ² Equipe de recherche EA7505 « Education, Ethique, Santé » - ³ Université de Tours Remerciements à Mélanie Ramon, Alexia Lahondère et Cécile Brizard

LAURENT E. et al. Factors associated with delayed revascularization in patients with ischemic stroke: a prospective study in one French region, Eur J Emerg Med. 2021
doi: 10.1097/MEJ.0000000000000875

Introduction

- Recommandations nationales pour optimisation des prises en charge des AVC, dont revascularisation < 4h30 pour meilleur pronostic

- Incidence d'AVC élevée
- CVL : 5 Unités Neurovasculaires (UNV) dont 1 centre de thrombectomie
- Persistance d'hétérogénéités dans les parcours et les délais

Objectifs : Analyses des parcours / délais de prise en charge des patients suspects d'AVC en CVL + focus AVC ischémique

Méthodes

- Inclusions** : 1^{er} mars - 30 avril 2019 dans 22 établissements CVL
 - Patients adultes ≥ 18 ans
 - Admis aux urgences ou en UNV pour suspicion d'AVC
- Recueil prospectif** par urgentistes et neurologues
- données cliniques, horaires, revascularisation (thrombolyse et thrombectomie)

Résultats 1^{er} mars - 30 avril 2019

Toute suspicion d'AVC

991 patients
↓
65 % AVC/AIT
69 % appel 15
69 % des AVC/AIT sur la période (PMSI), bonne représentativité
Délai d'arrivée médian **3h10**, plus court si appel 15 (figure 1)

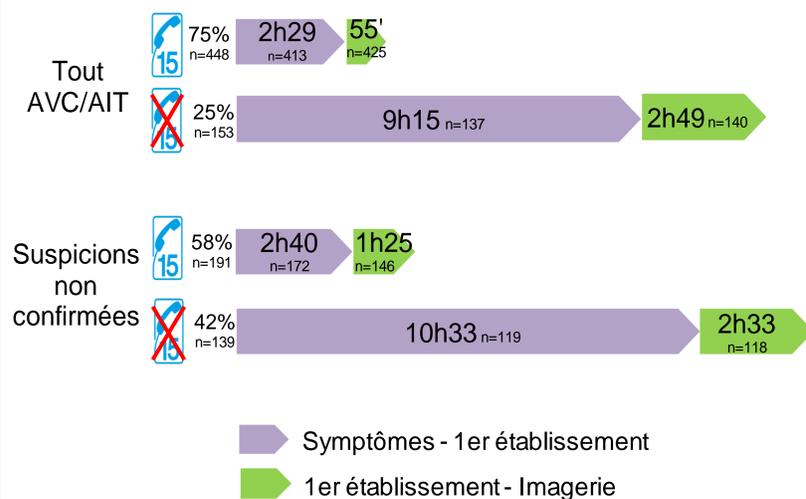


Figure 1 : Délais médians avant l'imagerie

Délai symptômes-imagerie > 4h (64 %) si :

- Absence d'appel du 15 (OR=5,2 IC_{95%} [3,4-8,1])
- Présentation clinique atypique (2,0 [1,3-3,1])
- Autonomie diminuée avant symptômes (2,0 [1,3-2,9])

Pas d'association avec le département de survenue

Focus AVC ischémique

385 AVC ischémiques
↓
38 % imagerie < 4h
71 % passage UNV
24 % revascularisation

Délai d'arrivée médian **3h20** (figure 3)

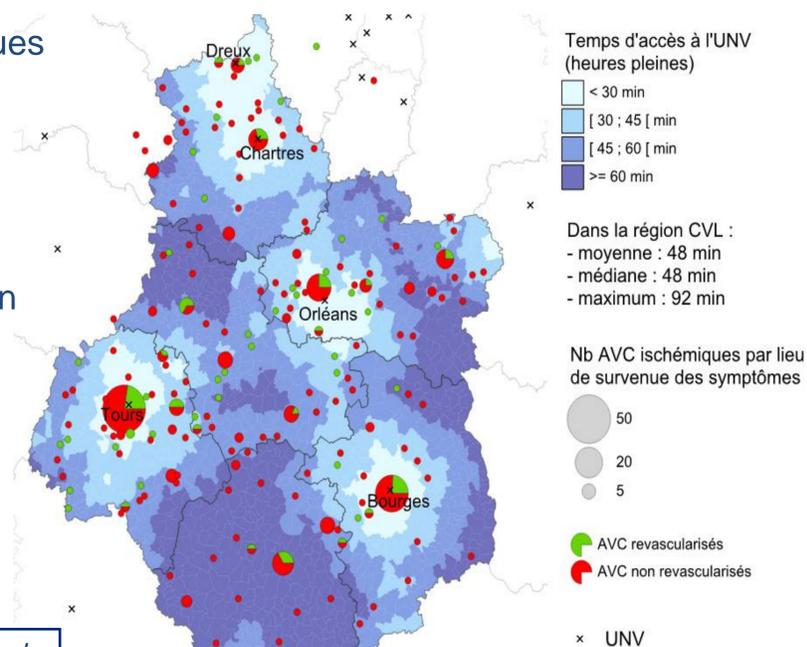


Figure 2 : Revascularisation selon lieu de survenue

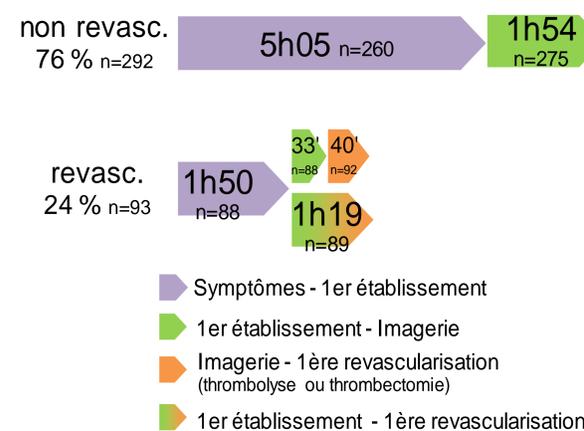


Figure 3 : Délais médians de prise en charge

| | OR ajusté | IC95% |
|---|-----------|-----------|
| Age ≥ 85 | 1,2 | 0,5-2,6 |
| Sexe masculin | 1,0 | 0,5-2,0 |
| Autonomie diminuée avant symptômes | 5,0 | 2,2-11,6 |
| Présentation clinique atypique | 24,3 | 3,1-192,1 |
| Absence d'appel du 15 | 60,5 | 7,7-477,6 |
| Département de survenue des symptômes | | |
| Cher | ref | ref |
| Eure-et-Loir | 1,8 | 0,4-8,7 |
| Indre | 0,6 | 0,1-3,1 |
| Indre-et-Loire | 0,8 | 0,3-2,3 |
| Loir-et-Cher | 0,4 | 0,1-1,5 |
| Loiret | 1,1 | 0,3-3,6 |
| Extra-régional | 1,0 | 0,0-18,7 |
| Absence d'UNV dans le premier établissement | 3,1 | 1,1-8,6 |

Tableau 1 : Facteurs associés à l'absence de revascularisation

Discussion

- 1^{ère} étude en CVL des délais médians de prise en charge des suspicions d'AVC depuis l'instauration de la filière AVC
- Meilleure prise en charge si appel du 15 et symptômes cliniques typiques de l'AVC
→ Intérêt des **campagnes d'information du grand public : APPEL PRECOCE DU 15** devant suspicion d'AVC
- Place du dispositif de Télé-AVC dans un projet régional global à évaluer de manière plus précise et approfondie

Pour en savoir +

