

INTRODUCTION

La prise en charge précoce des AVC nécessite une orientation vers une unité neurovasculaire (UNV) pour une éventuelle recanalisation. On suppose que l'expertise de l'UNV est liée à son volume d'activité qui impacte favorablement la prise en charge et le devenir des patients.

Notre objectif est donc d'analyser le devenir en fonction de l'activité du centre.

MATERIEL ET METHODE

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 ≤ 150 thrombolyses par an et les UNV de type 2 > 150 thrombolyses par an.

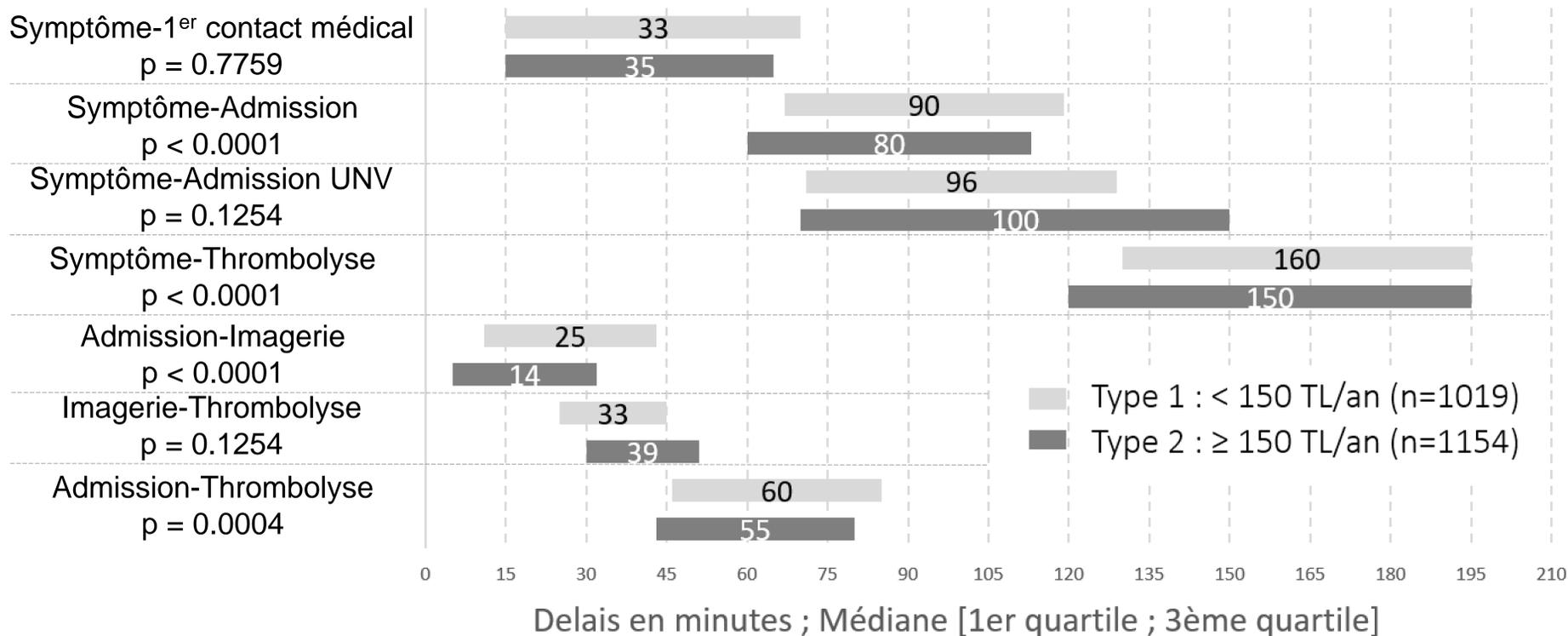
RESULTATS

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 distances et délais sont présentées dans le tableau.

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 ≤ 1 : 47% vs 39% $p < 0,01$, Rankin ≤ 2 53% vs 60% $p < 0,01$).

Les patients des UNV de type 2 ont une mortalité hospitalière identique (13% vs 11%, $p = 0,1917$) mais inférieure à 3 mois (23% vs 27%, $p < 0,05$).



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.