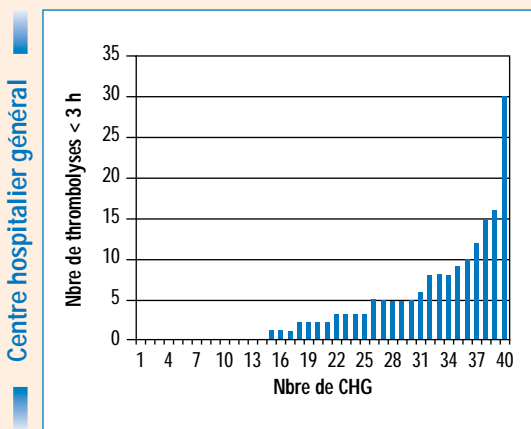


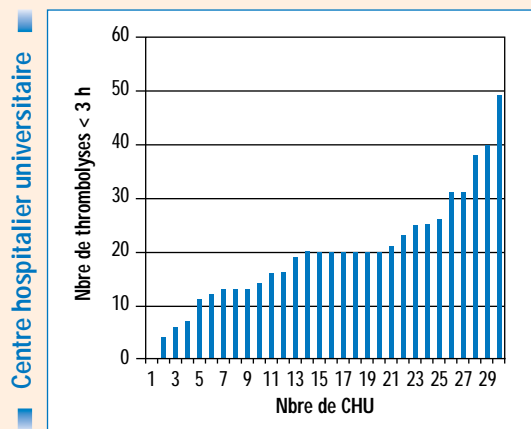
LA QUESTION

Combien avez-vous pratiqué de thrombolyses i.v. pour un infarctus cérébral dans les trois premières heures dans votre hôpital/clinique en 2005 ?

LA RÉPONSE DES NEUROLOGUES



Total : 170 tPA i.v. < 3 h
 0 à 30 thrombolyses/CHG
 moyenne : 4,3
 écart-type : 6



Total : 593 thrombolyses
 0 à 49 thrombolyses/CHU
 moyenne : 19,8
 écart-type : 10,6



Total :
 0 thrombolyses

Total : 763

Par ordre alphabétique :

40 centres hospitaliers généraux

Aix-en-Provence, Albi, Angoulême, Argenteuil, Auch, Aulnay, Belfort, Bergerac, Bourg-en-Bresse, Calais, Cherbourg, Colmar, Corbeil, Dax, Dijon-Chartreuse, Épinal, Foch-Suresne, La Rochelle, Le Havre, Lens, Macon, Mantes-la-Jolie, Meaux, Montbéliard, Montluçon, Mulhouse, Orsay, Perpignan, Poissy, Pontoise, Rambouillet, Rodez, Sarrebourg, Saint-Brieuc, Saint-Denis, Saint-Malo, Sud-Réunion, Toulon, Tourcoing, Versailles

30 centres hospitaliers universitaires

Amiens, Anger, Besançon, Bichat (Paris), Bordeaux, Brest, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Marseille, Mondor (Créteil), Montpellier, Nantes, Nice, Nîmes, Poitiers, Rennes, Rouens, Pitié-Salpêtrière, Sainte-Anne (Paris), Saint-Étienne, Strasbourg, Tenon (Paris), Toulouse P, Toulouse R, Tours.

10 cliniques/hôpitaux privés

Pasteur (Toulouse), Clinique (Montauban), Clairval (Marseille), Parc&Beauregard (Marseille), Sévigné (Rennes), Clinique (Périgueux), Saint-Sauveur (Anger), Millénaire (Montpellier), Clinique du Tonkin (Villeurbanne), Ouest-Parisien (Paris).

LE COMMENTAIRE

La rtPA i.v. dans les 3 heures : échec ou espoir ?

Moins de 800 thrombolyses i.v. dans les 3 heures en 2005, c'est très peu ! Cela représente moins de 1 % des accidents vasculaires cérébraux (AVC). Moins de 20 structures (16 CHU et 1 CHR) ont traité 20 patients ou plus dans l'année ; aucune n'a traité plus de

50 patients. Ces chiffres sont à comparer avec ceux relevés en cardiologie, puisque les cardiologues effectueraient 25 000 à 50 000 reperfusiones aiguës d'infarctus du myocarde (l'estimation varie d'un facteur 2 selon les sources) dans environ 350 centres actifs en France, en sachant qu'une unité très active de 12 lits traite environ 300 infarctus en phase aiguë par an.



C'est très peu, donc, surtout si l'on considère l'écho médiatique que certains ont contribué à donner à la thrombolyse et les efforts consentis pour ouvrir des unités neurovasculaires (UNV). Les tutelles, voire certains collègues pourraient se gausser...

Ils auraient tort, car 800 thrombolyse en 2005, c'est déjà beaucoup. C'est 80 à 120 patients "miraculés" sans handicap résiduel à 3 mois, alors qu'il aurait fallu traiter environ 10 fois plus d'infarctus du myocarde pour éviter le même nombre d'événements. C'est malheureusement beaucoup aussi car environ 50 à 60 patients ont fait une hémorragie symptomatique, la moitié d'entre eux étant décédés dans les suites et l'état de l'autre moitié s'étant considérablement aggravé, même si statistiquement le rapport bénéfice/risque de la thrombolyse dans les 3 heures est incontestablement favorable. Cela explique, bien sûr, bien des réticences face à ce traitement. C'est beaucoup enfin si l'on pense que l'AMM ne date que de 2003 et que la même enquête en 2002 aurait probablement identifié moins de 200 patients traités. La thrombolyse connaîtrait-elle une croissance "googlelienne" ?

Et sinon, que faire pour qu'elle la connaisse ? Certaines recettes sont connues, d'autres moins. Il faut d'abord lutter contre le scepticisme, voire le négativisme, de certains professionnels. Cesser déjà de laisser croire que 150 000 AVC, c'est 150 000 candidats à la thrombolyse. Personne ne sait aujourd'hui en France combien d'accidents ischémiques sont assez graves pour justifier une thrombolyse et ne présentent pas de contre-indication (autre que le délai d'arrivée) à ce traitement : 100 000, 50 000, 20 000... ? À titre de réflexion, la limite inférieure du NIHSS généralement retenue pour la thrombolyse est de 6, alors que la médiane de gravité des accidents ischémiques cérébraux (AIC) des patients hospitalisés dans les UNV généralistes se situe autour de 5. Il faut comprendre aussi que la thrombolyse n'est que la partie émergée de l'iceberg et que, pour chaque patient thrombolysé, 4 autres ont été hospitalisés en urgence dans une UNV, bénéficiant en urgence à un haut niveau de compétence et d'exploration et à l'accès immédiat à l'effet *stroke center*.

Il faut aussi bien sûr continuer à ouvrir de nouveaux centres : les cardiologues ont environ 350 centres actifs... Il est également nécessaire d'optimiser le fonctionnement des centres existants. Si certains centres traitent 30 à 50 patients par an, tous devraient y arriver... Les recettes sont simples sur le papier : filières d'aval et filières d'amont efficaces pour que des lits soient toujours disponibles afin d'accueillir les patients pendant la fenêtre thérapeutique. Mais tout le monde sait que les choses sont plus complexes dans la réalité quotidienne. Elles le seraient peut-être un peu moins si la T2A valorisait correctement les patients thrombolysés, voire

tous les patients hospitalisés dans la fenêtre thérapeutique. On a même le droit de rêver à une "nouvelle gouvernance hospitalière éprise de productivité" qui aurait l'intelligence de favoriser "financièrement" et directement l'efficacité des filières d'amont et d'aval. En attendant, la seule méthode est la concertation étroite entre les UNV d'une même Région, et le dialogue constant avec les filières d'amont, dominées par le Samu et les pompiers, et avec les rééducateurs et les gériatres, qui auront de plus en plus à gérer le difficile problème de "l'aval de l'aval", c'est-à-dire du devenir des patients trop âgés ou trop handicapés pour retourner à domicile au terme de leur hospitalisation.

La recherche a aussi son rôle à jouer. Développer des traitements moins dangereux et chercher à prévenir les hémorragies symptomatiques du tPA doivent être des objectifs prioritaires. Inventer de nouvelles stratégies de thrombolyse est non moins essentiel. La télémédecine est l'un des aspects les plus prometteurs, comme le montre l'exemple des Bavarois et comme le montrera, sans nul doute, l'expérience du Pr P. Amarenco en région parisienne. Allonger la fenêtre thérapeutique grâce à l'IRM est une autre voie possible : à la Pitié-Salpêtrière, plus de la moitié des thrombolyse i.v. sont faites dans les 3 à 4 heures et la méta-analyse des essais au scanner a montré que, si les résultats sont bien meilleurs dans les 90 premières minutes, ils sont sensiblement équivalents entre 90 minutes et 4 heures 30 minutes.

Enfin, l'information du public est essentielle. Encore faut-il que l'offre de soins soit suffisamment organisée pour répondre à la demande. Et que ni le public ni les médecins ne confondent l'urgence avec l'urgence. Il est réaliste d'envisager à court terme l'organisation de filières d'accès aux USI-NV qui fonctionnent, **quand chaque minute compte**, c'est-à-dire devant une hémiplegie manifeste survenue moins d'une ou 2 heures plus tôt. Il est beaucoup moins réaliste de croire ou de laisser croire que pourront passer par le même circuit, sans l'emboliser mortellement, toutes les suspicions d'AIT, dont le bilan est urgent... dans les 12 à 24 heures.

Est-il possible de conclure ces quelques réflexions, qui, bien sûr, n'engagent que leur auteur, sans souhaiter une croissance à 2 (voire à 3) chiffres pour l'année 2006 et sans espérer que les résultats de l'étude FAST sur le facteur VIIa recombinant (Novoseven®) soient positifs, ce qui ouvrirait la porte au premier traitement efficace de l'hématome intracérébral dans les 3 ou 4 heures ?

*Y. Samson,
service de neurologie,
hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris*



Journées de neurologie de langue française

du 12 au 15 avril 2006 – TOULOUSE (Centre de congrès Pierre-Baudis)

Président : Pr Michel Clanet

Collège des enseignants de neurologie
Collège national des neurologues
des hôpitaux généraux
Association des neurologues libéraux
de langue française
Association des assistants et internes
en neurologie de France

Organisation scientifique

Pr Lucien Rumbach

Organisation pratique

BCA
6, boulevard du Général-Leclerc
92115 Clichy

Tél. : 01 41 06 67 70 – Fax : 01 41 06 67 79

BCA