



Comment répondre au défi de la prise en charge de l'AVC ?



DOCTEUR JÉRÔME
BERGE Service de
neuroradiologie
diagnostique et
interventionnelle,
CHU de Bordeaux



PROFESSEUR-
JEAN-PIERRE
PRUVOT Service de
neuroradiologie
diagnostique et
interventionnelle,
CHU de Lille

L'accident vasculaire cérébral (AVC) ou « attaque cérébrale » est la première cause de handicap en France. Progrès de la neuroradiologie interventionnelle, la thrombectomie mécanique est une nouvelle tech-

nique qui permet d'extraire en urgence le caillot sanguin qui a causé l'AVC. Cette révolution thérapeutique pour une pathologie fréquente et grave nous impose de remporter un triple enjeu : médical, organisationnel et de formation, dans le respect de l'éthique et de l'équité.

L'objectif est d'assurer l'égalité d'accès aux soins pour tous les patients sur le territoire français. Le réseau très efficace des 140 unités neuro-vasculaires de nos hôpitaux reçoit les patients tandis que neurologues, neuroradiologues interventionnels, urgentistes et anesthésistes copèrent chaque jour et chaque nuit pour orienter les patients pouvant bénéficier d'une thrombectomie vers l'un des 37 services de neuroradiologie interventionnelle pouvant les réaliser.

Le défi médical réalisé par ces 37 services est évident et permet de disposer de médecins aptes et légitimes à pratiquer ces thrombectomies mécaniques. Chaque service est relié à un réseau d'unités neuro-vasculaires permettant de démultiplier géographiquement l'expertise diagnostique par les moyens modernes de la transmission d'images et de la télé-médecine. Les excellents résultats évitant les séquelles fonctionnelles font que le nombre de thrombectomies mécaniques réalisées en urgence en France est passé de 1 200 en 2014 à 2 900 en 2015, pour atteindre 4 600 en 2016 et 5 800 en 2017, soit près de 50 interventions par praticien et par an.

Optimiser le maillage

territorial

Les perspectives médicales d'activité pour la décennie à venir, extrapolées à partir des données de la littérature, estiment que 10 % des 140 000 AVC survenant annuellement en France seraient éligibles à une thrombectomie. Ces 14 000 patients potentiels représentent près de 3 fois le nombre actuellement réalisé.

Le défi organisationnel nous impose de proposer un schéma national d'offre de soins pour optimiser les soins. La première étape repose sur les conditions d'admission des patients avec deux étapes clés : d'abord l'admission en unité neuro-vasculaire (UNV), car actuellement seulement 60 % des patients victimes d'AVC y sont admis, puis le transfert vers le service de neuroradiologie interventionnelle (NRI) qui est le principal paramètre d'égalité d'accès aux soins. Le nombre actuel de centres de NRI est nettement insuffisant et ils sont inégalement répartis, ce qui impose d'optimiser le maillage territorial selon des recommandations émises de manière consensuelle par les sociétés savantes médicales et le ministère.

La pérennité et le renforcement des 37 équipes existantes doivent être la priorité. Pour optimiser notre couverture territoriale de façon pragmatique et réaliste, il faudrait créer 10 à 12 nouveaux centres, de préférence dans des hôpitaux des grandes régions où les patients sont trop éloignés des centres actuels de NRI en CHU. L'Allemagne vient récemment de passer de 40 à 114 centres en deux

ans au prix d'une baisse importante du nombre d'actes réalisés par chaque praticien et d'une perte d'expertise.

Le défi de la formation complète cette optimisation de l'offre de soins. Nos capacités de formation restent insuffisantes (il n'existe actuellement que 27 postes de chefs de clinique dédiés à la neuroradiologie interventionnelle). De plus, près de la moitié des actes étant réalisés la nuit et les week-ends, la mise en place d'une astreinte pour la permanence des soins est nécessaire, contrainte majeure pour les équipes, source de fatigue et de surmenage quand les effectifs ne sont pas suffisants. C'est la principale justification à l'augmentation prioritaire des effectifs universitaires et hospitaliers dans les centres existants.

La formation continue pour la pratique de la thrombectomie, à partir de services de radiologie interventionnelle vasculaire et non spécialisés en neuroradiologie interventionnelle permettrait aussi, en respectant tous les décrets de compétences, d'obtenir des praticiens compétents pour ces nouveaux actes. Une expérience pilote en cours en région Aquitaine a montré que cette mise en place pragmatique d'une filière de formation médicale continue était tout à fait compatible avec une offre de soins de qualité.

Il y a près de trente ans, notre pays a été reconnu comme assurant l'une des meilleures prises en charge au monde des patients atteints d'infarctus du myocarde, par désobstruction précoce de l'artère coronaire. Des bénéfices d'un même ordre sont à notre

portée grâce à la thrombectomie pour les AVC graves, au prix d'une action résolue en faveur de l'organisation des soins et de la coopération entre praticiens spécialistes. La fragilité du cerveau rend son évaluation en phase aiguë de l'AVC très exigeante en IRM ou en scanner et c'est l'association des expertises cliniques, du bilan radiologique multimodal et d'une optimisation des moyens de transport qui permettra d'assurer une réelle égalité d'accès aux soins pour tous les patients en France. L'ouverture d'une dizaine de centres de thrombectomie et la formation de praticiens experts sont nos objectifs à court terme. Ce défi nous oblige. Il devient maintenant une exigence médicale et éthique. | ■

