

## **Bureau visio-conference RENAU-AVC, 11/06/2020, 14h-16h15**

Excusé : V. Breckman, G. Rodier, O. Detante, F. Grailles, A. Boissieux

Présents : S. Berroir, I. Favre, J. Papassin, S. Marcel, I. Berger, F. Bing, T. Roupioz, Y. Normand, S. Gay, S. Hautefeuille, I. Exertier, P. Levrard, V. Fleury, E. Launet

Rédaction CR : C. Vallot

*OdJ :*

- *Point registre :*

- *Optimisation du remplissage du registre : Score de Rankin : quelle échelle utiliser? comment remplir si handicap déjà existant? cette variable semble hétérogène au niveau des UNV*

- *Validation rapport registre 2019*

- *Point procédure :*

- *Discussion métalyse dans procédure TIV*

- *AVC grave et neuroréanimation : quid de la mise à jour*

- *AIT mineur et double anti-agrégation plaquettaire : faut-il modifier nos pratiques?*

- *MAJ de la procédure de "Régulation des AVC en Savoie" : Télé-AVC direct pour bassin de St Jean de Maurienne*

- *Point thèse et travaux scientifiques*

### **Point Registre :**

- Rankin

Constat de non uniformité de la cotation du Rankin sur les 4 UNV

On propose la grille utilisée sur Grenoble qui convient à tous, en précisant :

- La notion « d'aide » est une aide ou assistance humaine
- Le score côté est le score de ce que le praticien constate (même si autonomie antérieure est dégradée)
- L'arrêt de travail n'influence pas sur la cotation du Rankin

Proposition de grille en pj

- Rapport d'analyse 2019

Les délais de PEC, notamment arrivée-imagerie et door-to-needle ré-augmentent cette année dans l'ensemble du réseau (sauf Chambéry).

Quelles sont les explications de cette évidente difficulté à améliorer les temps de PEC :

- Proposition de travailler en simulation dans chaque service (le RENAU va voir budget pour se rapprocher de chaque CESI et organiser formation). Cécile Vallot propose de construire une trame de formation pour aider à une mise en route facilitée de ces formations
- Aide externe (type audit) pour comprendre les freins et axes d'amélioration

- Le nb d'alerte important explique aussi peut être une certaine « lassitude »  
On va aussi regarder les délais en horaire diurne et nocturne de chaque UNV qui peut être expliquent des temps médians allongés.

Activité télé-TIV : les délais d'arrivée dans les CH sont courts mais par contre délai imagerie et door-to-needle très longs : indices à surveiller dans les années à venir. Ces SAU doivent aussi bénéficier de la formation en simulation.

A noter encore des pb de connexion assez récurrent par défaut des systèmes informatiques. Mme Targy qui avait été sollicitée, en vain, par plusieurs médecins, semble donner signe de vie depuis la semaine dernière. Cécile Vallot va voir de son côté avec l'ARS. Y a-t-il un porteur de projet au niveau régional pour pouvoir reporter les insuffisances informatiques ? On propose qu'au niveau des UNV et SAU que des tests soit refait régulièrement.

#### Point Procédures :

- Métalyse : Pas de recommandations nationales donc difficile dans ce cadre d'imposer des reco RENAU d'autant plus que l'utilisation des 2 thrombolytiques (métalyse ou d'actilyse) selon les indications différentes (TIV seule ou bridging) est à grand risque d'erreur de reconstitution, dilution et injection.  
L'ensemble des neurovasc souhaitent attendre les reco nationales avant de se positionner. Pour autant tout le bureau souligne la facilité de la métalyse en injection bolus unique.  
L'équipe de Chambéry nous rapporte leur expérience depuis novembre : 8 métalyse vs 6 actilyse (toute en pré-NRI, choix du thrombolytique laisser à chaque praticien) :

	TNK (n=8)	ALT (n=6)
Onset-Door time	79	61
Door-to-needle	78	90
DI-DO	127	126
Early recanalization	1	3
TICI ≥ 2b	DM (2)	3
Transfo Hémorrag sympto	0	0
Hémorrag extra-neuro	1	1
Angioedeme	0	1
Décès précoce	1	0

On attend leur bilan à 1 an sur un plus gros effectif.

Donc consensus pour ne pas modifier la procédure RENAU.

- AVC grave et neuroréanimation : Serge Hautefeuille et Samuel Gay (réa Annecy) ont revu la procédure et la littérature : pas de changement. En pratique, les neurovasculaires les sollicitent bien devant des AVC sylvien malin, les urgentistes plutôt devant des tr de conscience.

Il faut continuer à insister sur le fait que l'appel se fait au neuroréanimateur (et non au neurochirurgien) car réponse + rapide et permet d'imaginer un traitement en neuroréanimation même si pas d'indication neurochirurgicale.

Discussion sur les AVC de la fosse postérieure. Demande de neurovasculaires de rajouter dans les critères d'appel au neuroréa : « si atteinte de 50% d'un hémisphère : avis neurovasculaire systématique » (Cf proposition procédure).

- AIT mineur et double anti-agrégation plaquettaire : Suite aux reco américaines questionnement sur l'intérêt de proposer cette double anti-agrégation plaquettaire chez les patients avec AIT mineur. Cette systématisation sans avis neurovasculaire est à risque. Donc non retenue.

Il n'existe pas de procédure régionale sur les AIT car chaque établissement à une organisation différente. Pour autant probable nécessité de décrire la PEC nécessaires aux urgences et selon quel critère certains patients peuvent potentiellement être gérés en ambulatoire. Cécile Vallot transfère document mise en place sur Annecy pour discussion.

- Mise à jour procédure régulation, annexe Savoie avec adressage systématique en télé-AVC des suspicions dans le bassin de St Jean de Maurienne. En pratique c'est ainsi que cela se fait depuis plusieurs mois mais cela n'a jamais été régularisé sur la procédure. Sébastien Marcel en a discuté avec Francois Albasini qui aimerait que pour les « gros AVC » (suspicion forte de gros troncs) il soit précisé que ces patients soient directement adressés sur plateau NRI. Discussion de tous les neurologues : difficile sans préciser des critères cliniques (ce qu'aucune étude ou score ne permet actuellement). Les neurovasculaires rappellent que s'ils ont un doute, l'adressage large sur Grenoble est favorisé.

Point thèses, travaux scientifiques :

- AVC du sujet âgé : analyse épidémiologique des patients >80 et >90 en UNV avec notamment l'efficacité des tt (30% des patients d'UNV >80ans)
- Facteur prédictif de gros tronc (suite de la thèse d'Alphane Baquerre) : étude dossiers 2014 et 2016 avec gros travail de recueil données en régulation. Le « score » sera testé en prospectif (les variables « délai symptôme-appel » et « tabagisme actif » pourrait être discriminant).
- Travail sur l'aide de l'intelligence artificielle pour prédire risque de transformation hémorragique