

## Compte-Rendu du bureau AVC

Mardi 24/04/2018

Présents : Dr Rodier, Dr Detante, Dr Baquerre, Mme Setnikar, Mme Levrard, Mme Exertier  
Excusés : Dr Marcel, Dr Lenormand, Dr Héraud, Dr Boissieux, Dr Tahon, Dr Brenckman, Mme Fleury  
Rédacteur du CR : Dr Vallot

Le registre des UNV a été créé il y a une dizaine d'année pour accompagner la mise en place des UNV et faire une veille sanitaire des patients thrombolysés (taux de saignement intracrânien, évolution des patients, récupération, etc...). Ce registre a permis d'accompagner le développement de la thrombolyse IV et des UNV. Actuellement le registre est complexe, riche en variables mais ne répond plus aux problématiques actuelles : comment et qui orienter en thrombectomie ? Nos procédures régionales sont-elles adaptées et suivies ?

Pour les instances régionales (ARS), les 3 questions primordiales concernant l'AVC sont :

- L'accès à un traitement de recanalisation dans le bon timing (thrombolyse IV et thrombectomie)
- L'appel au C15 fondamental dans le déclenchement de la chaîne de secours
- Augmentation de la proportion d'AVC en UNV

Les chiffres actuels nationaux estiment à 95% de taux d'AVC hospitalisé à la phase aigüe.

La proportion d'AVC en environnement neurologique (neuro + UNV) est estimée à 75% et à peu près 50% en UNV pur. Pour l'ARS c'est l'expertise neurovasculaire en aigue puis en post-aigue qui est fondamental pour le bon parcours patient.

On propose donc de diminuer le nombre de variable du registre actuel des UNV : permettra de continuer à monitorer à minima l'activité des UNV (proportion d'AVC en UNV, % recanalisation par TIV et NRI, timing d'imagerie, door-to-needle, etc..). Cette diminution de travail sur l'UNV permettra de libérer du temps de TEC de manière à développer un (ou +) nouveau(x) projet(s) plus axé sur le pré-hospitalier.

Actuellement plusieurs pistes de travail :

- Haute-Savoie : Revoir le nb d'AVC (ou suspicion d'AVC) transféré sur les HUG + récupérer le nombre de NRI réalisé par les HUG.
- Travail ponctuel sur la régulation des AVC : Faire une photographie (1mois ? plusieurs fois par an : 2? 3?) de la qualité de la régulation : bonne orientation? Respect des procédures? Et éventuellement essayer de tester le score d'Alphane de prédiction de gros troncs.
- Faire un focus ponctuel sur les patients hospitalisés dans l'ensemble des hôpitaux du réseau. Requête via les PMSI locaux pour retrouver les patients codés en dg AVC et connaître leur parcours :

- UF d'H / durée d'H
- Retrouver leur provenance et mode d'arrivée sur l'hôpital (régulation C15) / respect procédures ?

Pour ces 2 derniers projets, il faut affiner la méthodologie et notamment réfléchir à fréquence des recueils d'un point de vu faisabilité (ressource TEC limitée) et épidémiologique.