



---

# UNV DE CHERBOURG 5 ANS APRES

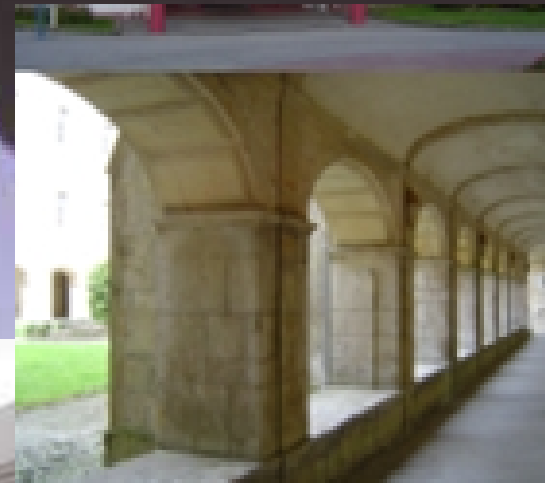
---

1<sup>ère</sup> Journée régionale AVC Basse-Normandie

Thierry TCHOUMI



# e CHPC



Accueil

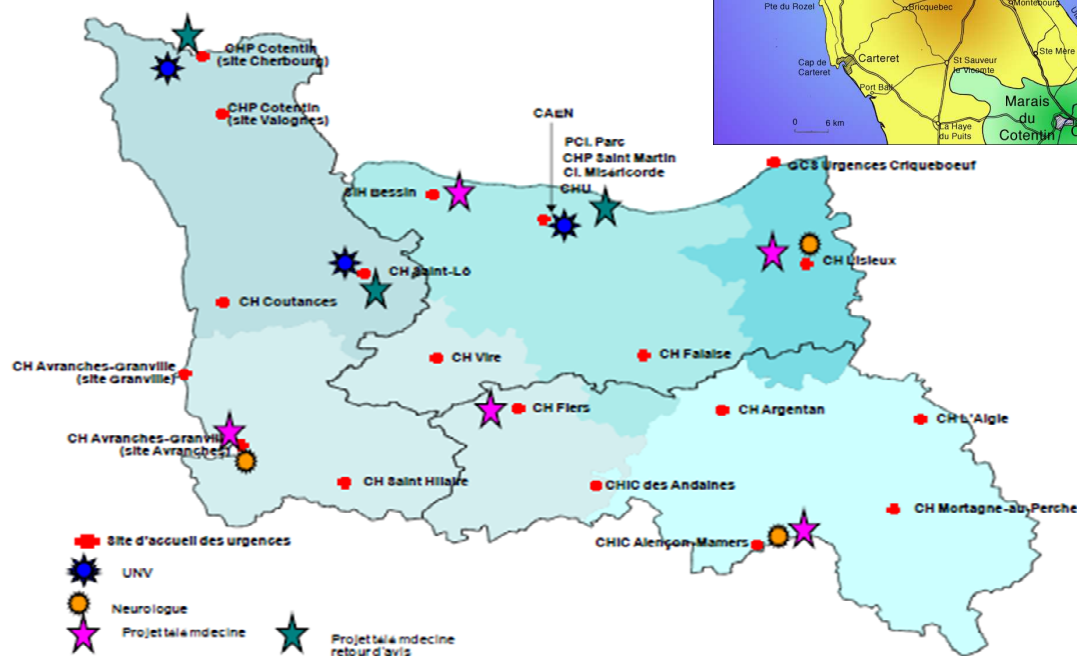
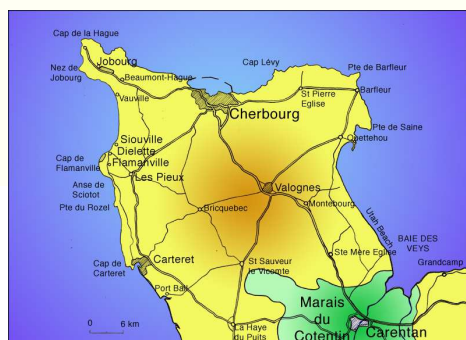


Site de Cherbourg



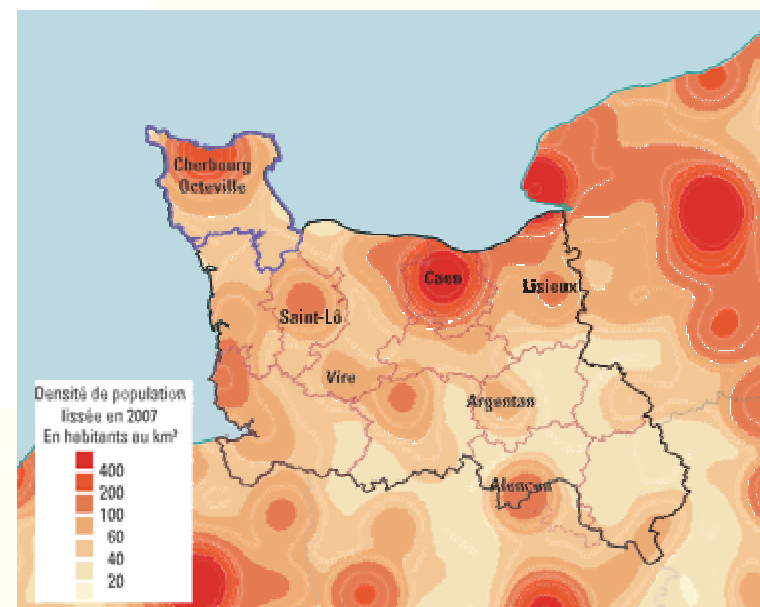
Site de Valognes

# Le CHPC dans la région



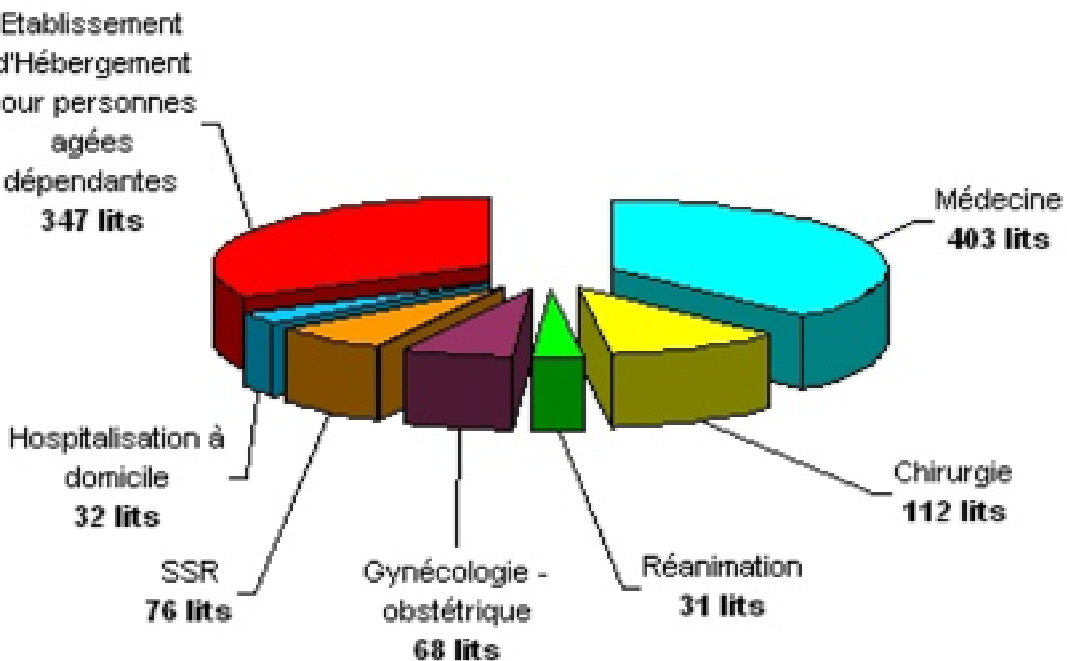
Superficie	<b>1 825 km<sup>2</sup></b>
Nombre de communes	<b>205</b>
Population 2007	<b>205 100 habitants</b>
Évolution 1999-2007	<b>+ 800 habitants</b>
Densité	<b>112 hab/km<sup>2</sup></b>
Part des moins de 20 ans en 2007	<b>26 %</b>
Part des 60 ans et plus en 2007	<b>22 %</b>
Nombre d'emplois en 2006	<b>80 300</b>
Population active ayant un emploi en 2006	<b>81 200</b>

Région **83 hab/km<sup>2</sup>**  
 Région **25 %**  
 Région **23 %**



# Service de Neurologie Cherbourg

## Le CHPC: Capacité de 1069 lits



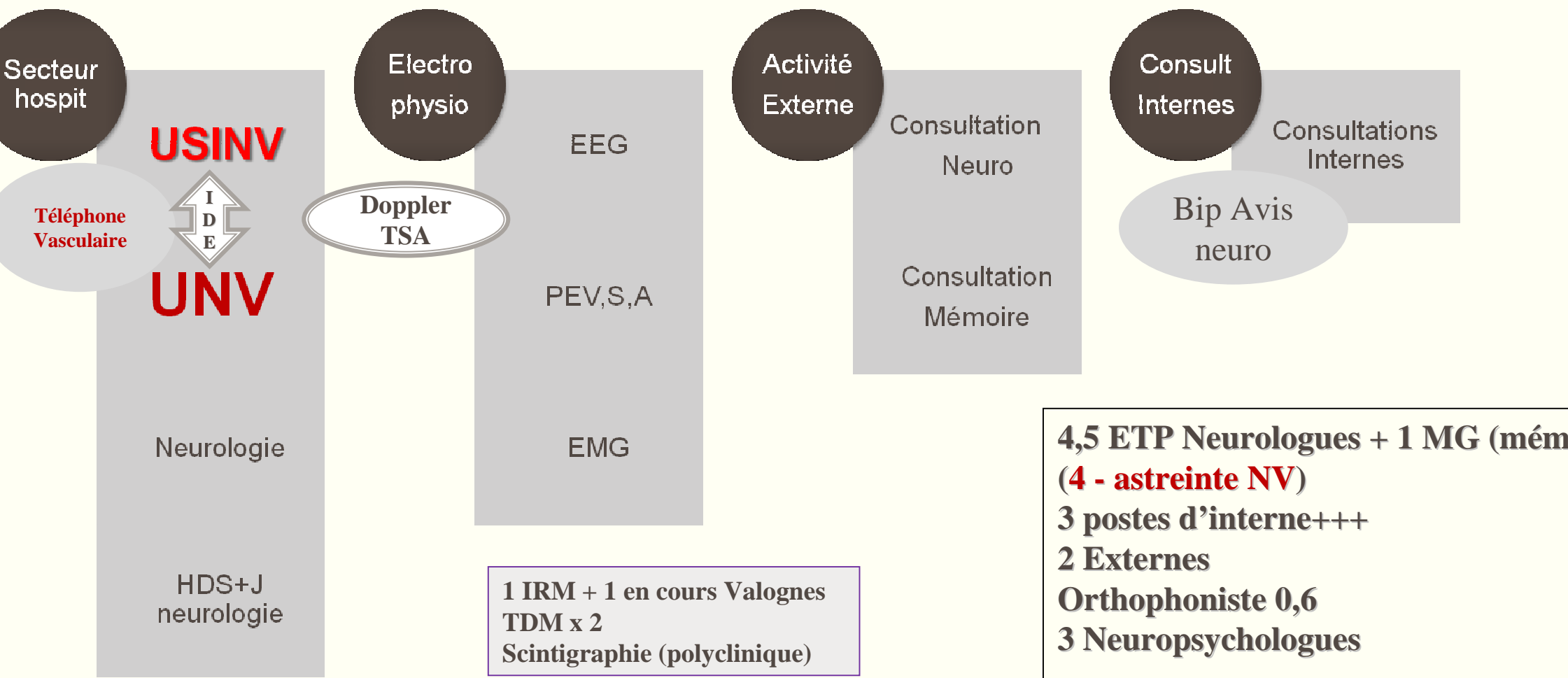
## SERVICE DE MEDECINE A NEUROLOGIE

- USINV: 6 LITS
- UNV: 14 LITS
- NEUROLOGIE GENERALE
  - 12 LITS D'HOSPITALISATION
  - 6 LITS HDS
- UNITE MEMOIRE
- LABORATOIRE D'ELECTROPHYSIOLOGIE
- UNITE DOULEUR





# L'UNV du CHPC



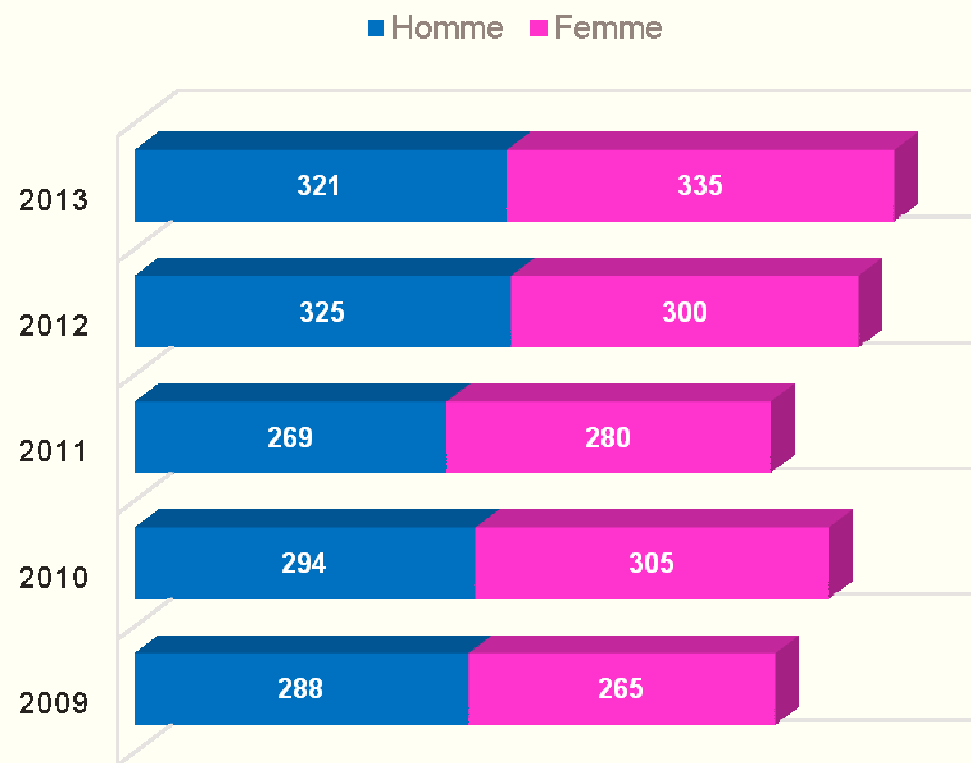
# Quelques données générales UNV Cherbourg

---

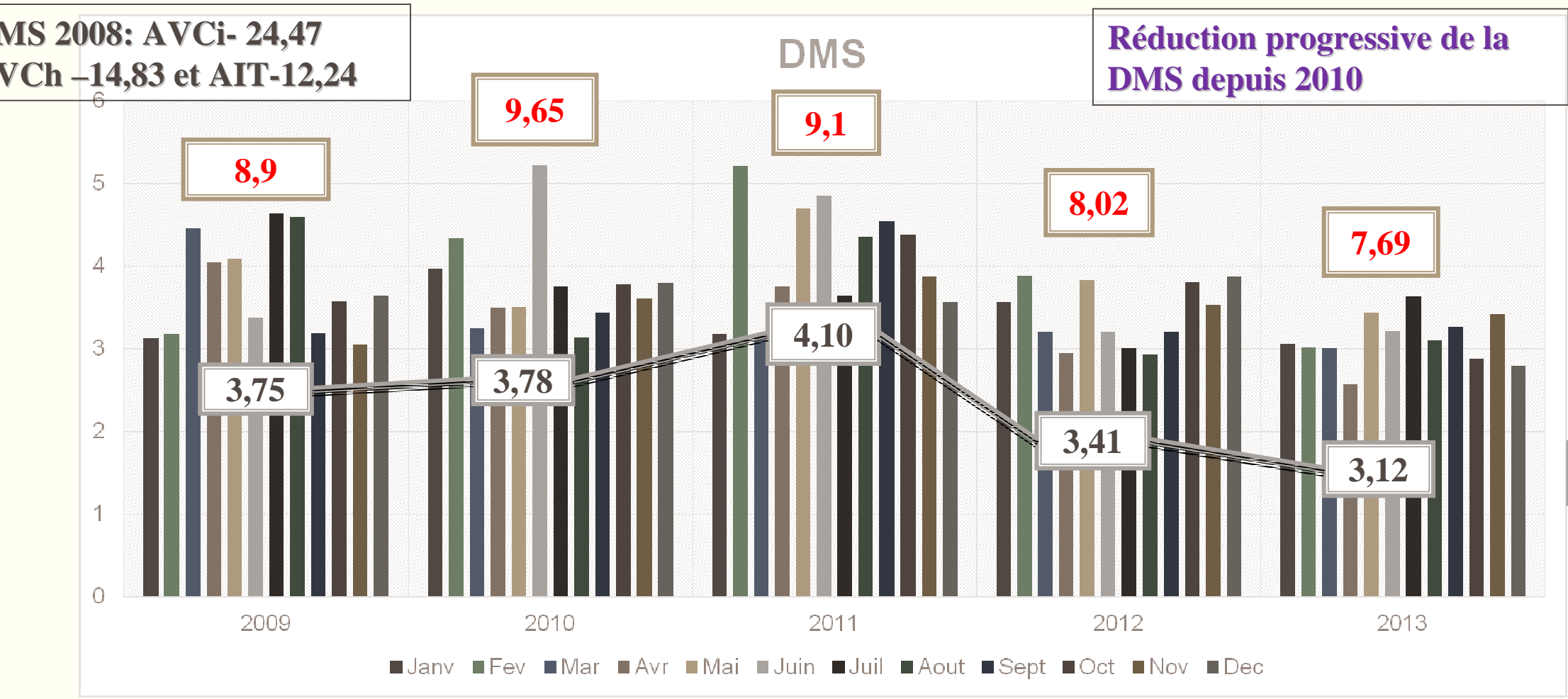
---

- **Nombre de passages (Nombre de RUM) ~642/an**
- **Taux d'occupation: 80%**
- **Sexe ratio H/F= 1:1**
- **Age moyen: 69,4 ans**

## POPULATION UNV 2009-2013

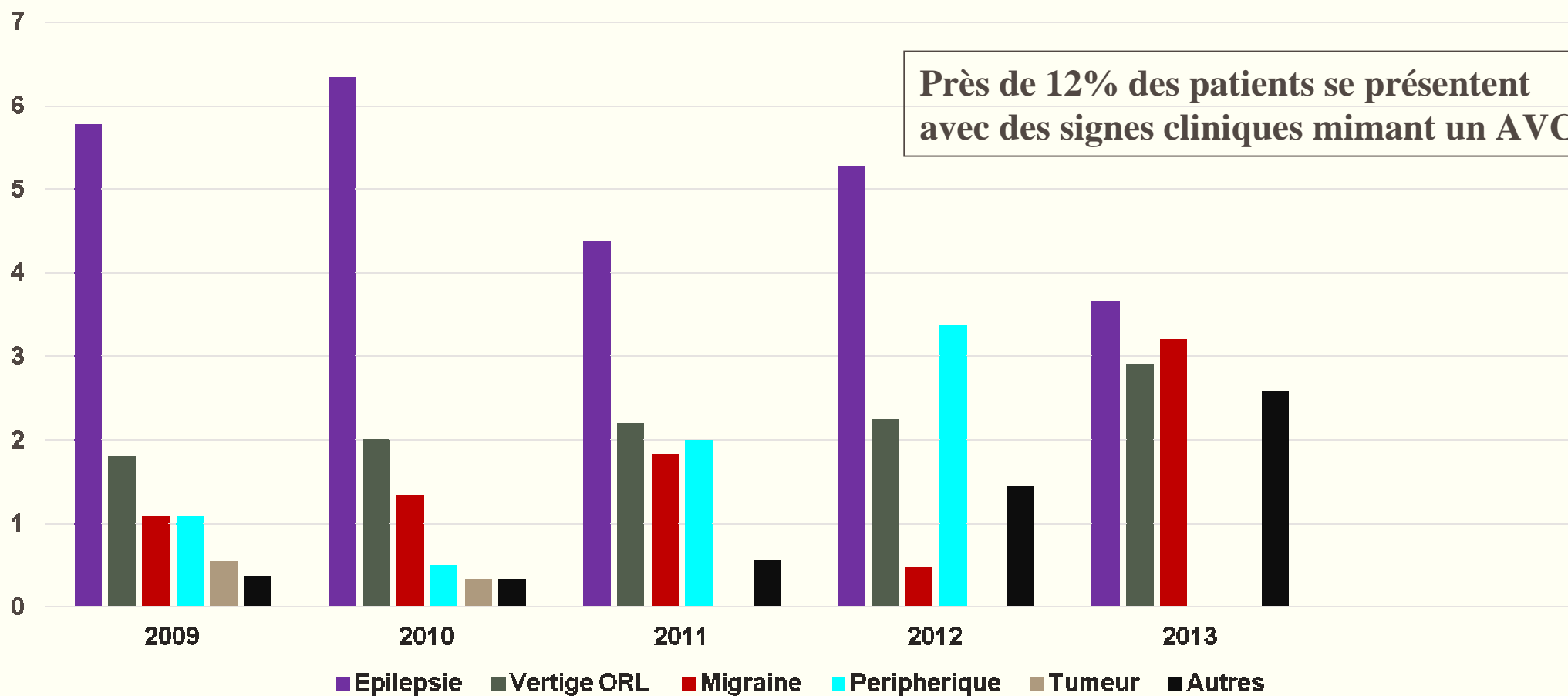


# La DMS en USINV/UNV 2009-2013



# « Stroke mimic » en USINV 2009-2013

## Profil des « Stroke mimic »



Périph: Miller Fisher, PC... Autres: Méningite, conversion...



# AVC UNV Cherbourg

Tableau 1

Codage des AVC et AIT en phase aiguë dans le PMSI

Diagnostic Principal	Codes CIM-10
<b>AVC hémorragique</b>	
Meningée (hémorragie sous-arachnoïdienne, rupture d'anévrisme)	I60
Intracérébrale	I61
Hémorragie intracrâniennes (extradurale, sous durale...)	I62
<b>AVC ischémique</b>	I63
<b>AVC non précisé hémorragique ou par infarctus</b>	I64
(uniquement en l'absence d'imagerie diagnostique)	
<b>AIT</b>	G45, G46

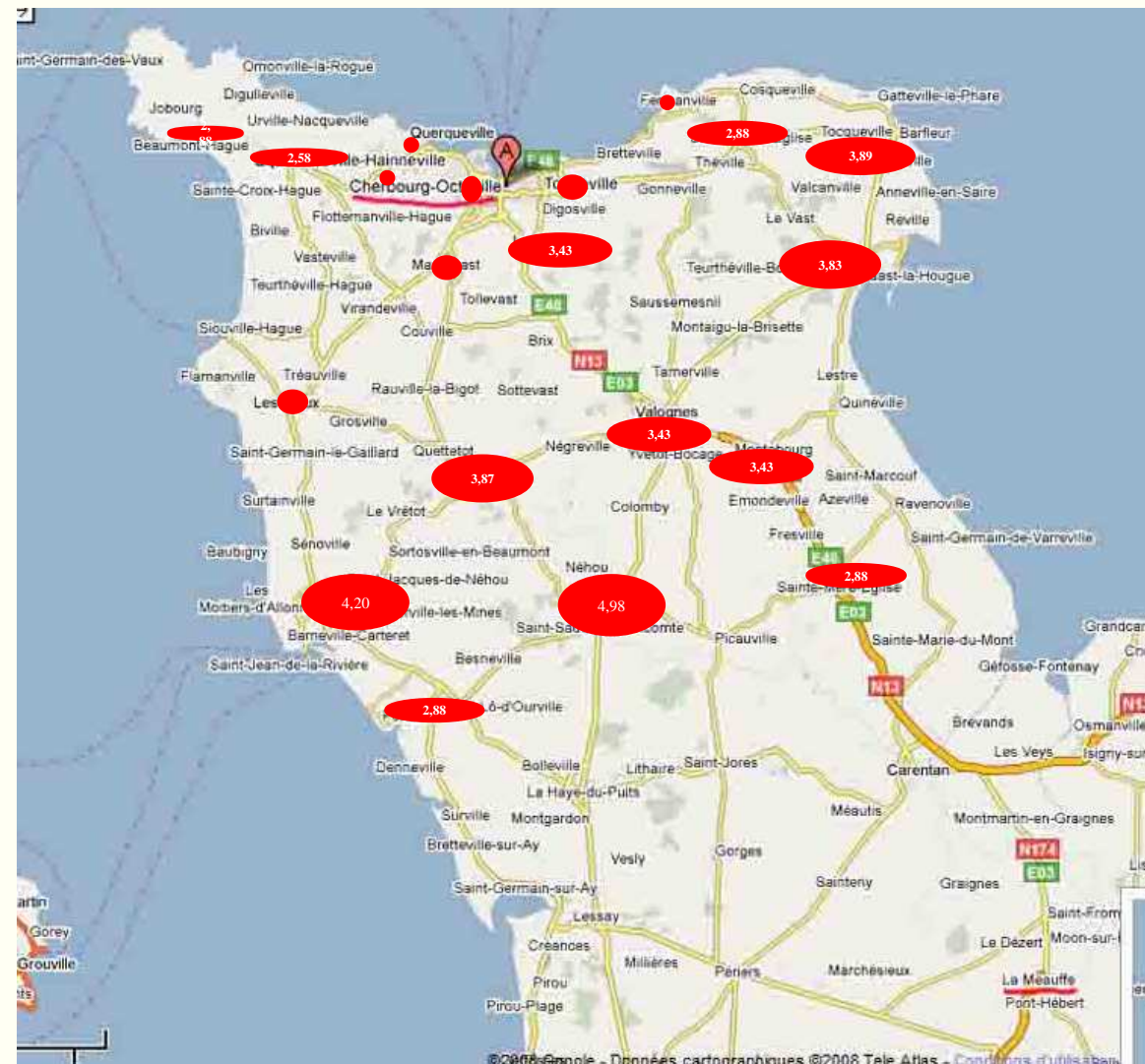
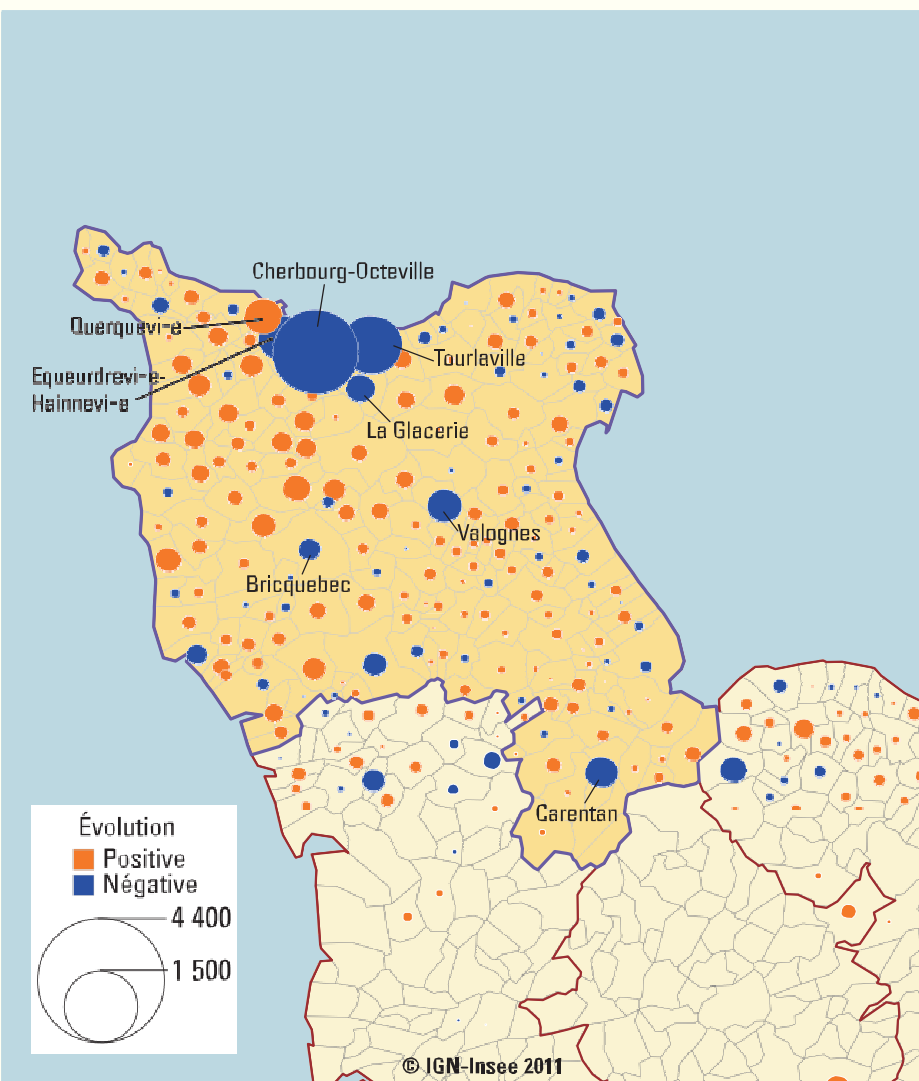
Donnes PMSI		2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>AVCi</b>	I63	139	94	127	344	411	387
<b>AVCh</b>	I60; I61; I62	72	75	64	85	72	82
<b>AIT</b>	G45; G46	89	47	127	45	44	25
<b>Total</b>		308	216	244	474	527	494

Erreurs de codage!

DP : -G46 ("Synd. Vasculaires cérébraux au cours de maladies cérébrovasculaires") ou  
 -G81 ("Hémiplégies") ou  
 -I670 ("Dissection d'artères cérébrales, non rompue")

DA: I63, I60, I61, I62, G45 ou G46

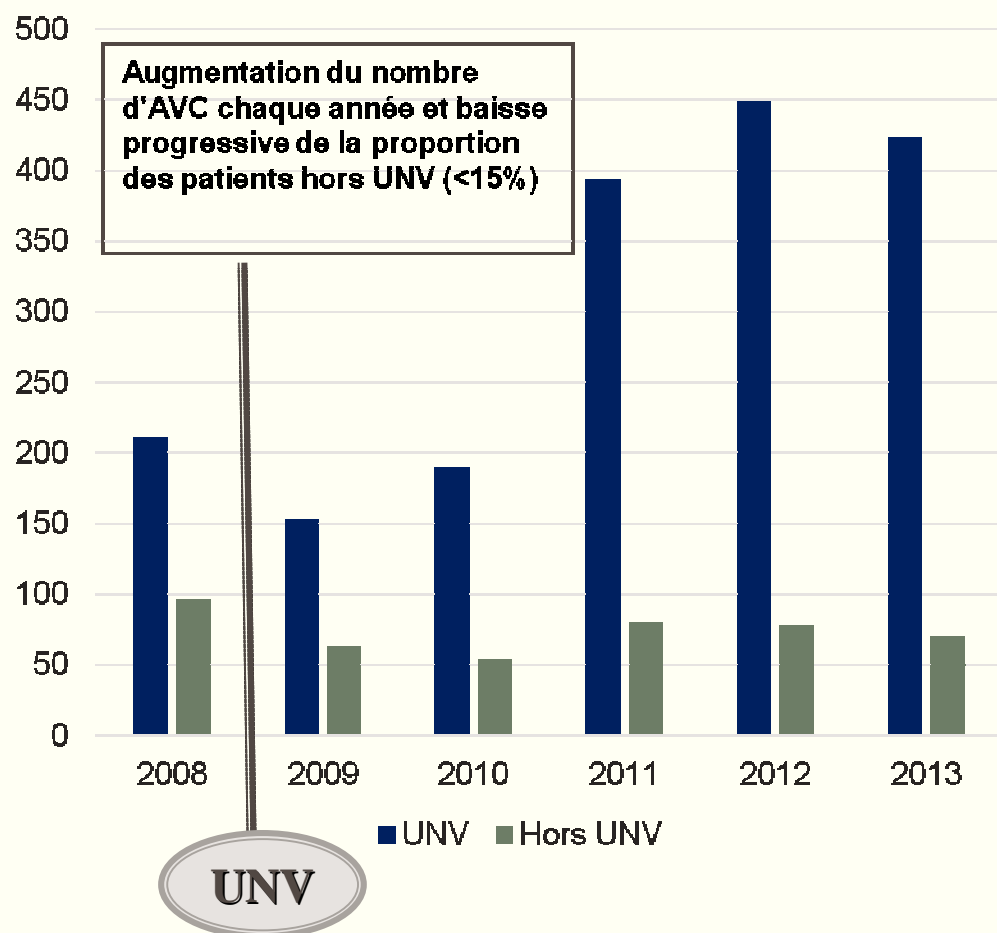
# AVC (CHPC) où dans le Nord Cotentin (n/1000 hbt)



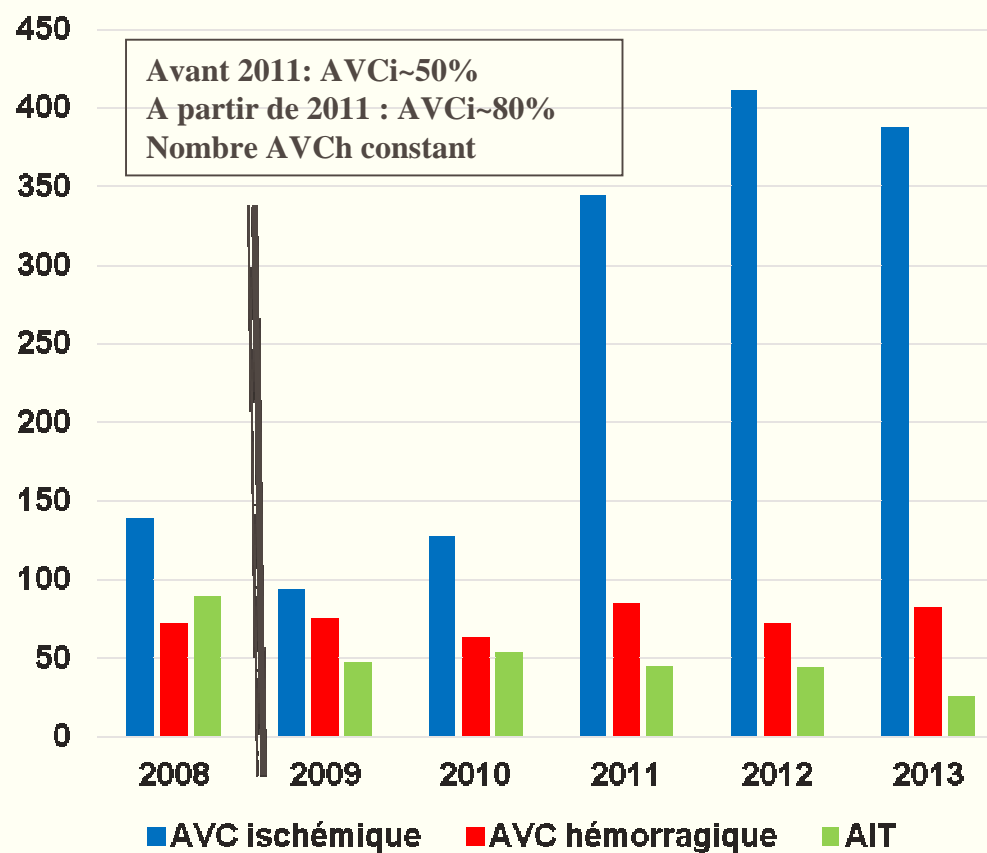
Données PMSI

# AVC CHPC 2008 - 2013

## AVC UNV/Hors UNV



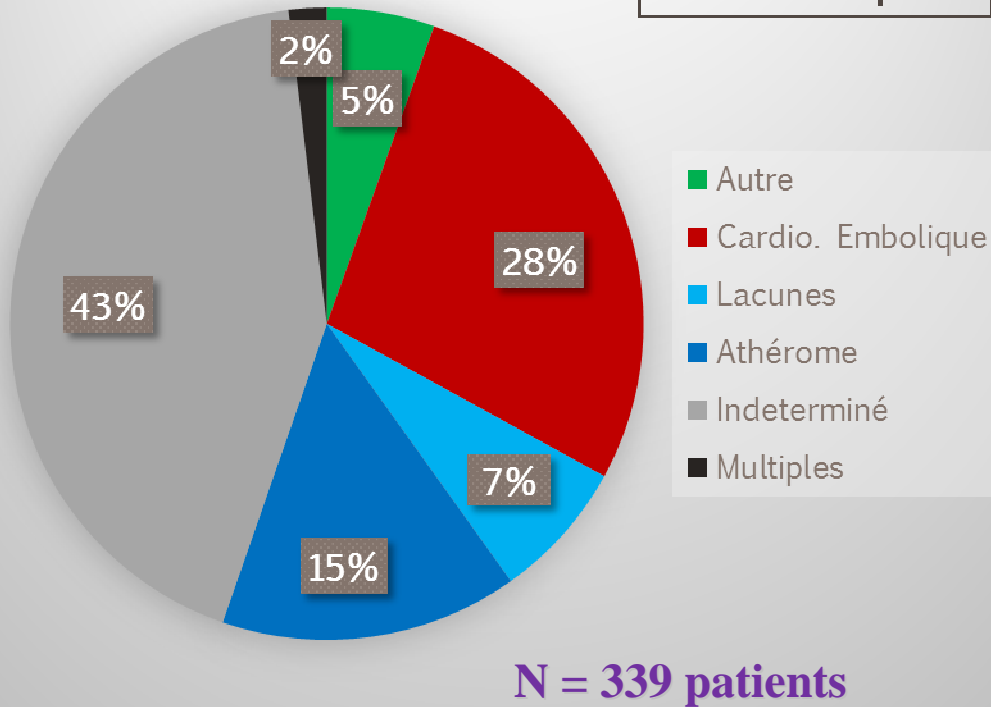
## AVC CHPC



# Les AVCi en 2013: Quelles étiologies?

## AVCi et étiologies

La **FA** est toujours retrouvée dans les causes multiples



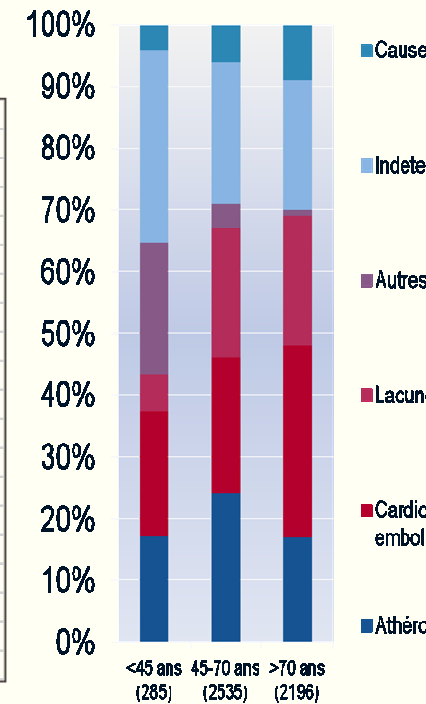
## New Approach to Stroke Subtyping: The A-S-C-O (Phenotypic) Classification of Stroke

P. Amarenco, J. Bogousslavsky, L.R. Caplan, G.A. Donnan, M.G. Hennerici

Department of Neurology and Stroke Center, INSERM U-698 and Paris-Diderot University, Bichat University Hospital, Paris, France; Department of Neurology, Genolier Swiss Medical Network, Valmont-Genolier, Glion-sur-Montreux, Switzerland; Division of Cerebrovascular Stroke, Beth Israel Deaconess Medical Center, Boston, Mass., USA; National Stroke Research Institute, Austin Health, University of Melbourne, Melbourne, Vic., Australia; Department of Neurology, University of Heidelberg, Universitätsklinikum Mannheim, Mannheim, Germany

Nom	A	A <sub>c</sub>	S	S <sub>c</sub>	C	C <sub>c</sub>	O	O <sub>c</sub>
AD	1	c	0	0	0		0	
BE	3	aomi	0	0	1	c	1	th
VE	3	c	3	0	1	f	0	
KO	3	c+v	1	0	0		0	
TE	0		0	0	0		0	
DR	0		0	0	3	FOP	0	
OU	0		0	0	0		3	A°
BE	0		3	0	1	f	0	
VI	3	c	0	0	0		0	
ET	1	aofte	3	0	0		0	
FU	3	c	2	0	0		0	
FE	9		1	0	0		0	
DE	3	ao+c	3	0	1	f	0	
RE	1	c	3	0	0		0	
ET	0		0	0	0		9	
NE	9		0	0	9		0	
NRE	3	c	0	0	0		0	
PR	1	c	0	0	0		0	
TI	1	c	0	0	0		0	

Base de données UNV 2013



Grau et al. Stroke 2001;32:2559

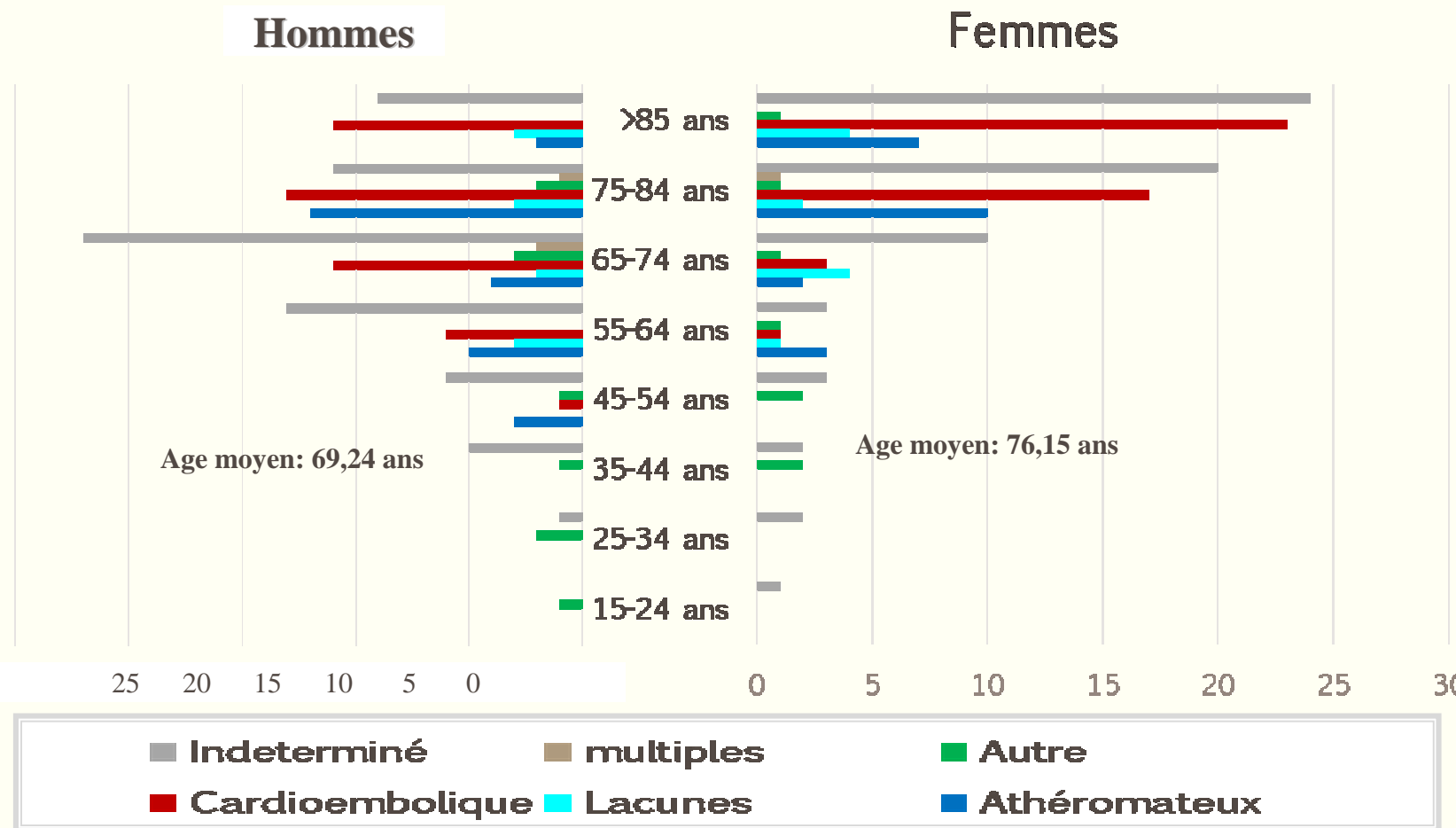
# Les AVCi en 2013: Quelles étiologies?

Plus de **2/3 AVC** survient  
après 65 ans

- 1/2 entre 65 et 84 ans

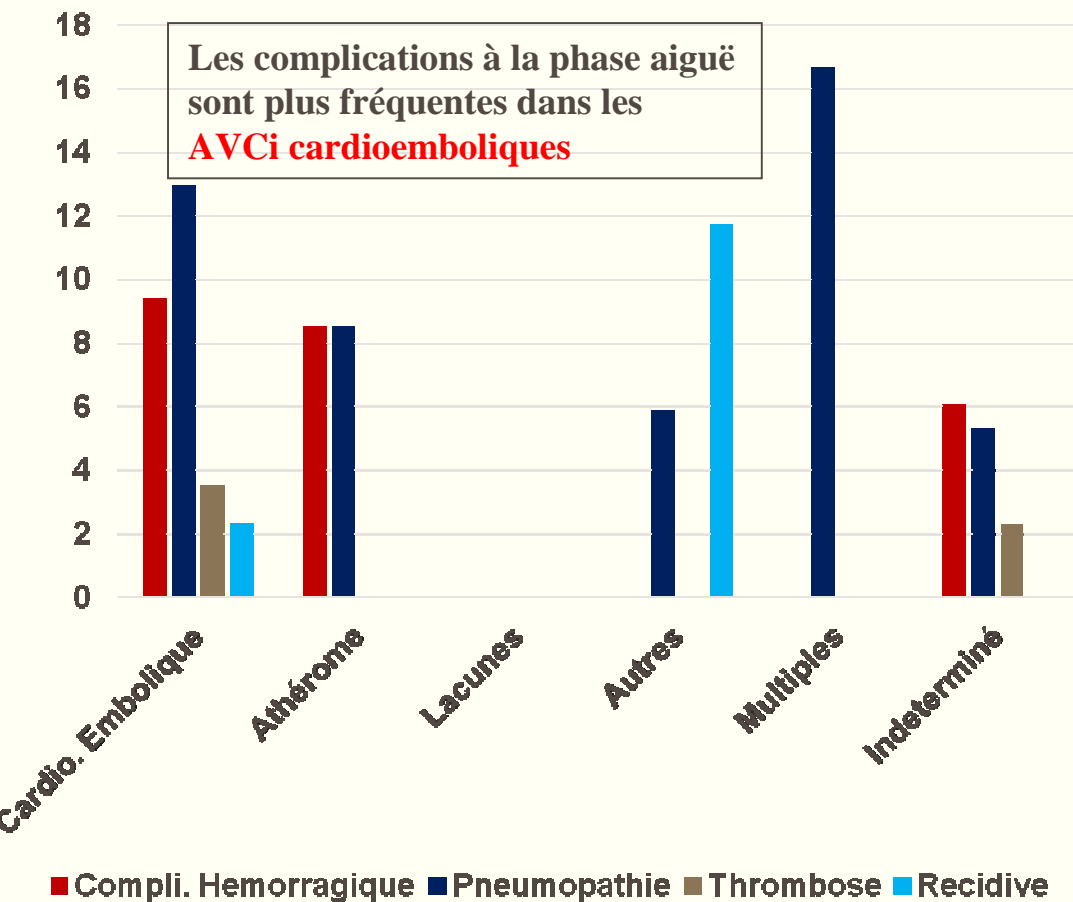
- 2/3 après 75 ans

La prévalence des **étiologies**  
**cardioembolique (FA++)**  
augmente régulièrement avec  
l'âge à partir de 55 ans +  
la prévalence **féminine**

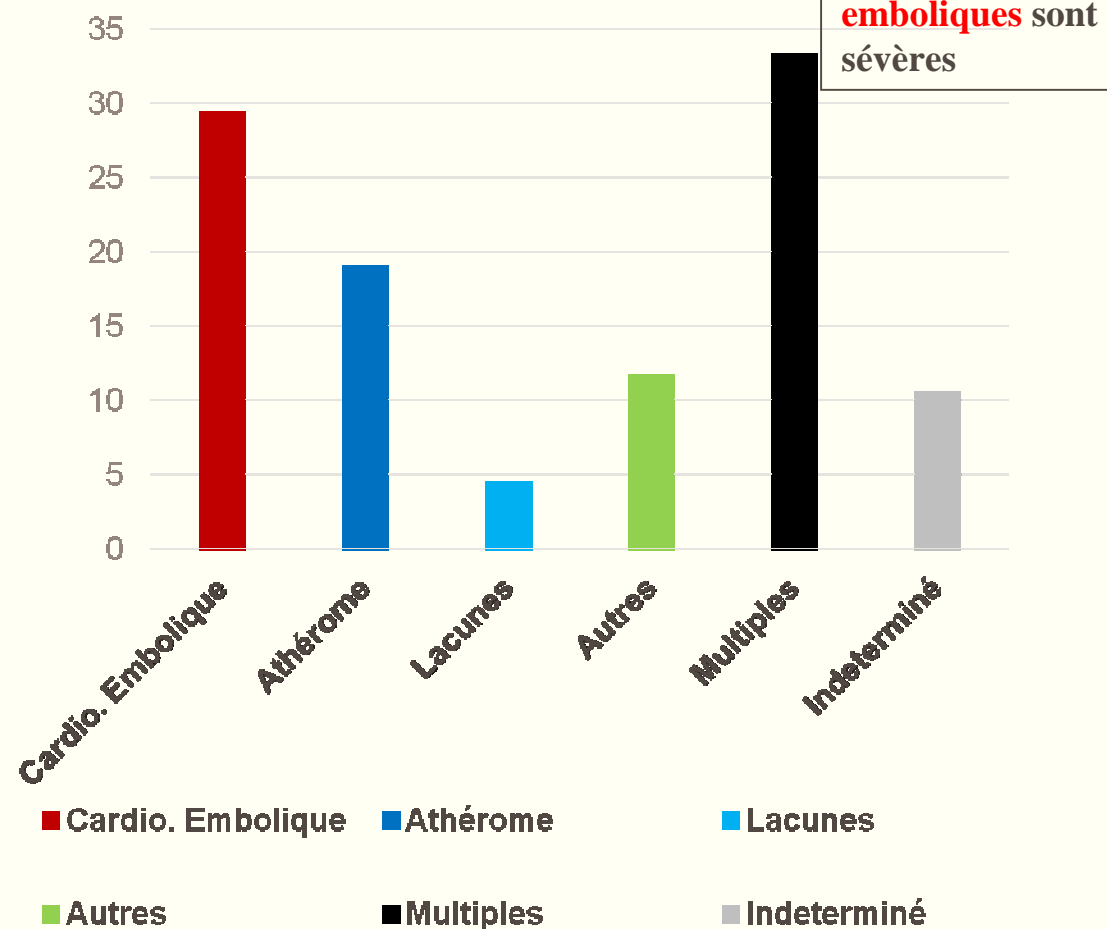


# Les AVCi en 2013

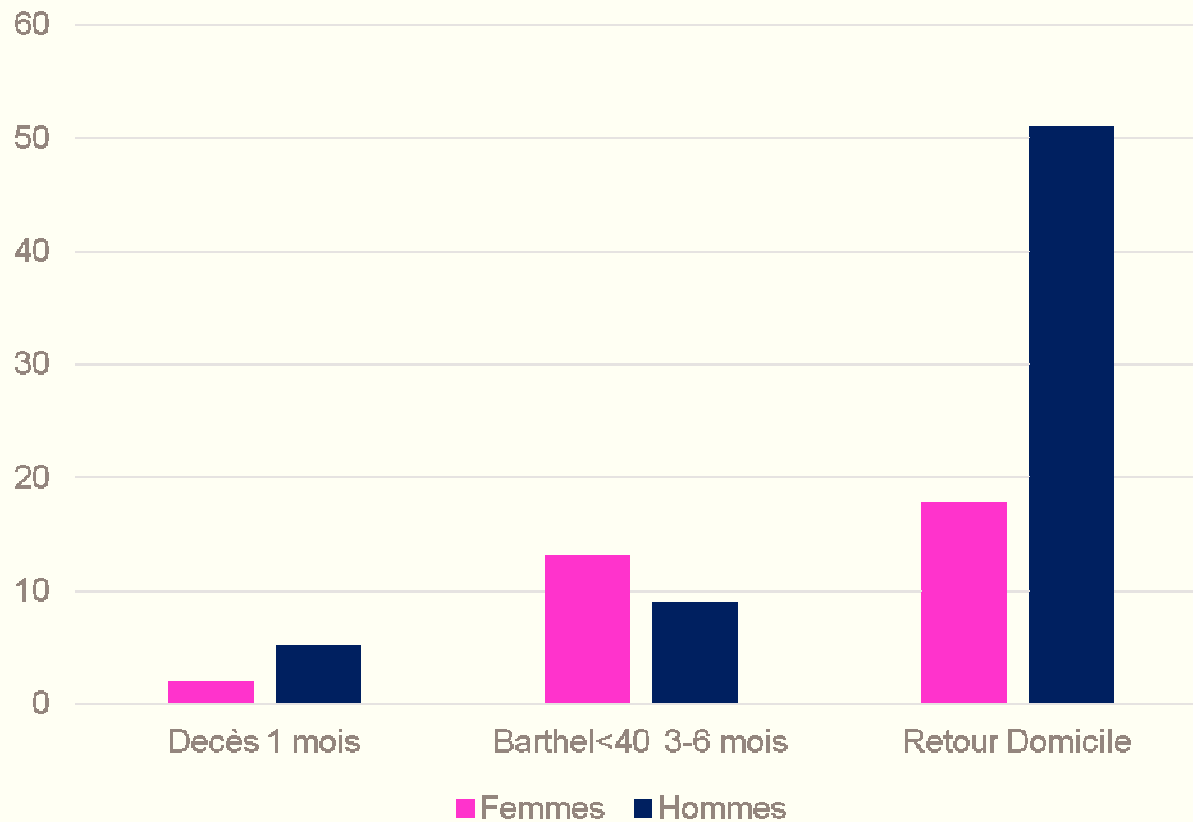
## Comorbidités phase aiguë



## Barthel < 40 à 3 - 6 mois



# Les AVCi en 2013: ♂ ♀

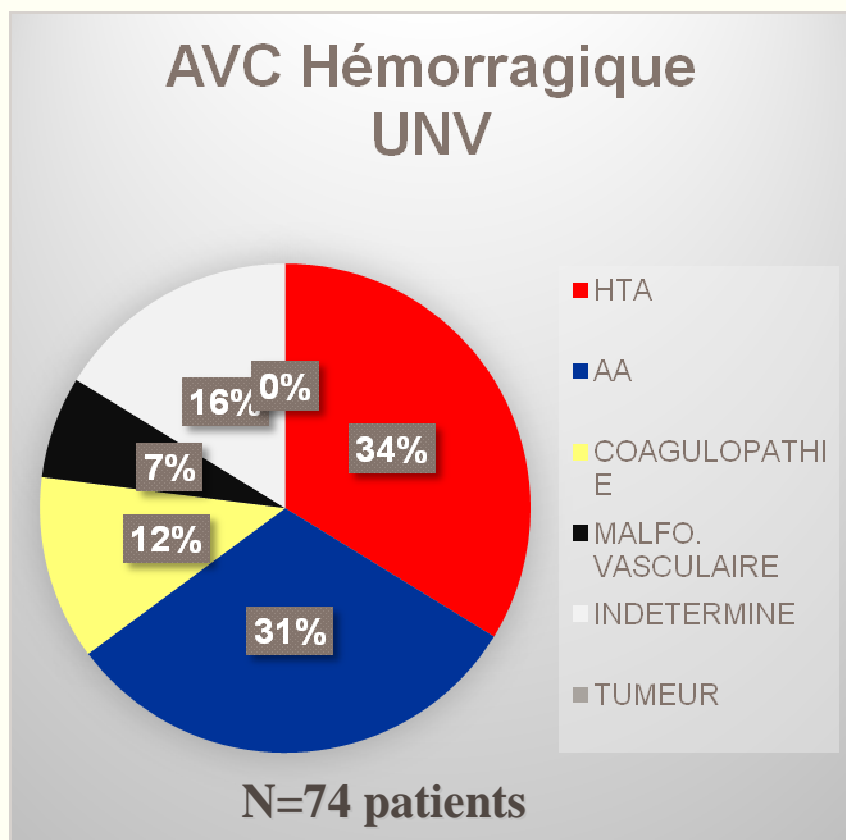


**Mortalité à 1 mois plus élevée chez les hommes**

**Handicap à 3-6 plus important chez les femmes**

**1 homme sur 2 retourne au domicile**

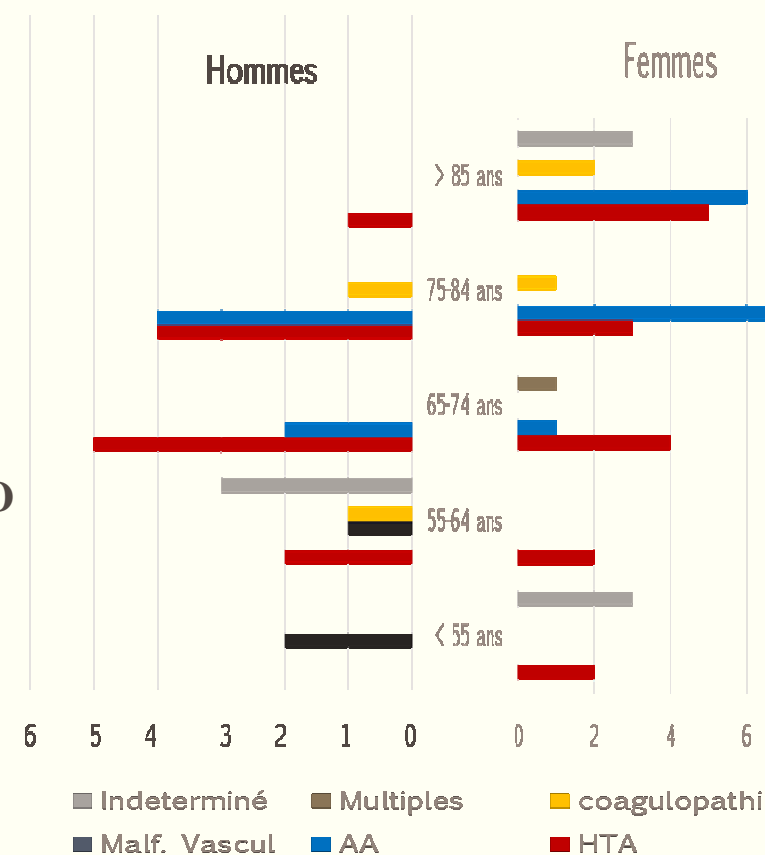
# AVCh et étiologies UNV 2013



Près de  $\frac{3}{4}$  des HIC après 65 ans

AA après 65 ans

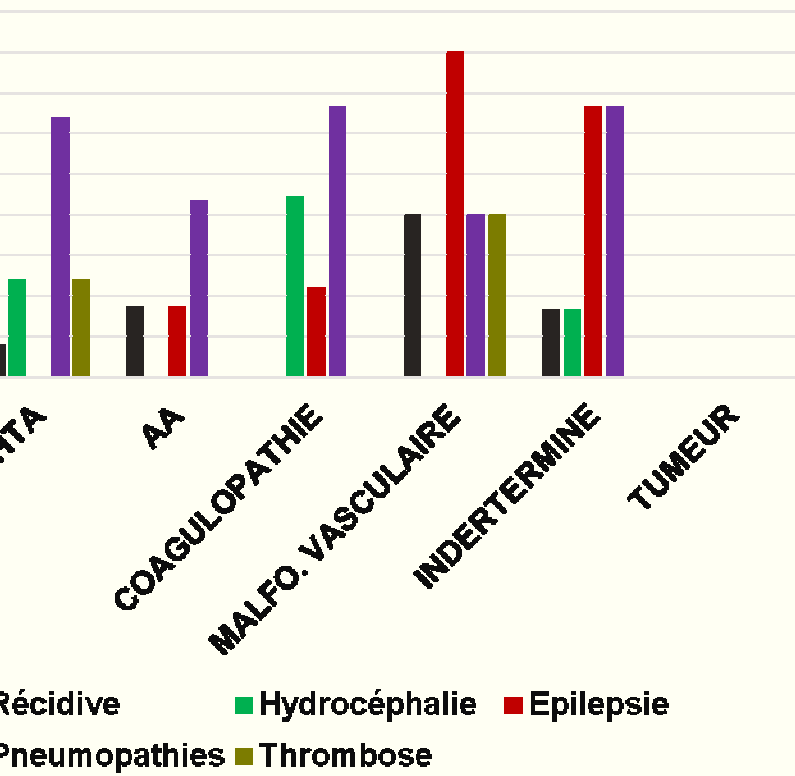
AVK en cause. Pas de NACO





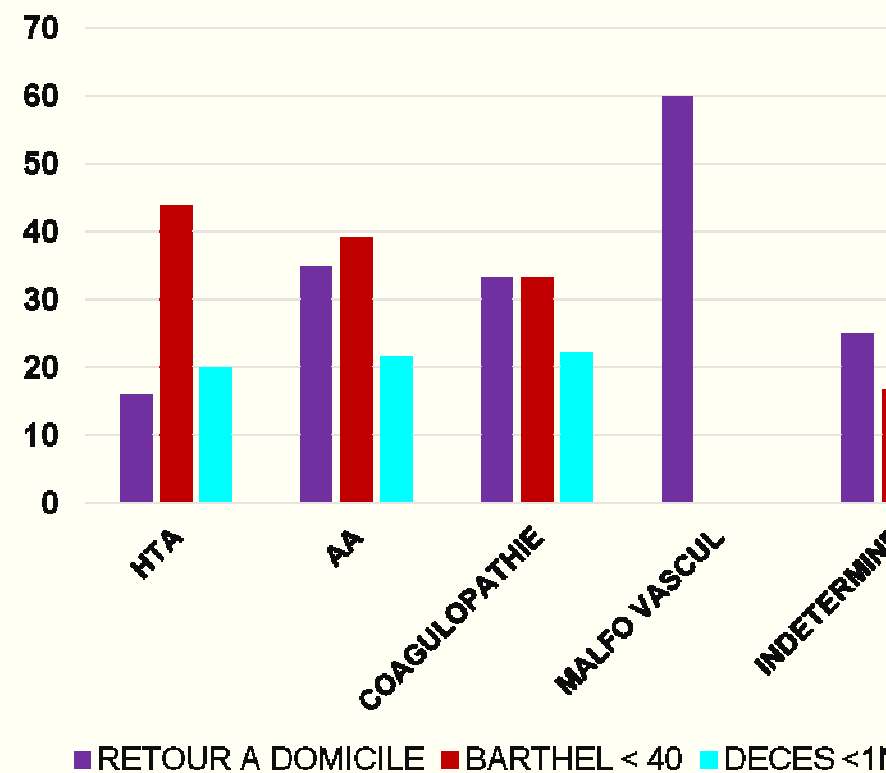
# Les AVCh selon leurs étiologies: phase aiguë et 3-6 mois

## Complications en fonction des étiologies



La mortalité à la phase aiguë et le handicap à 3-6 mois ne diffère pas selon que l'étiologie soit HTA, AA ou coagulopathie acquise

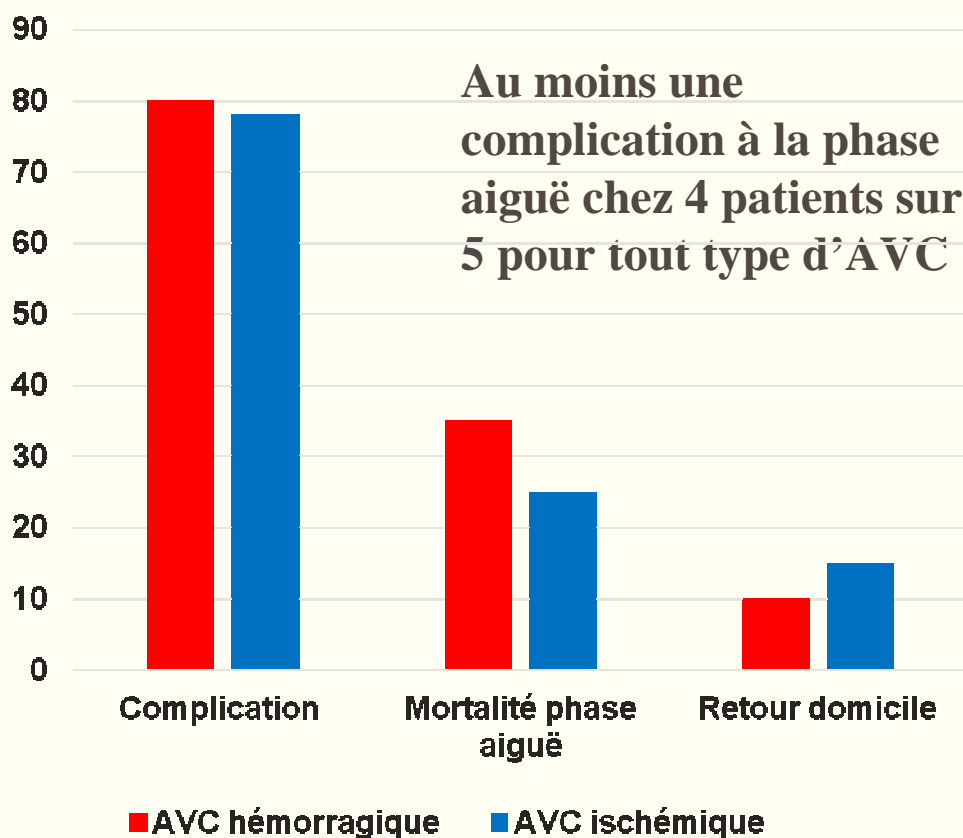
## Devenir des AVCh selon leurs étiologies



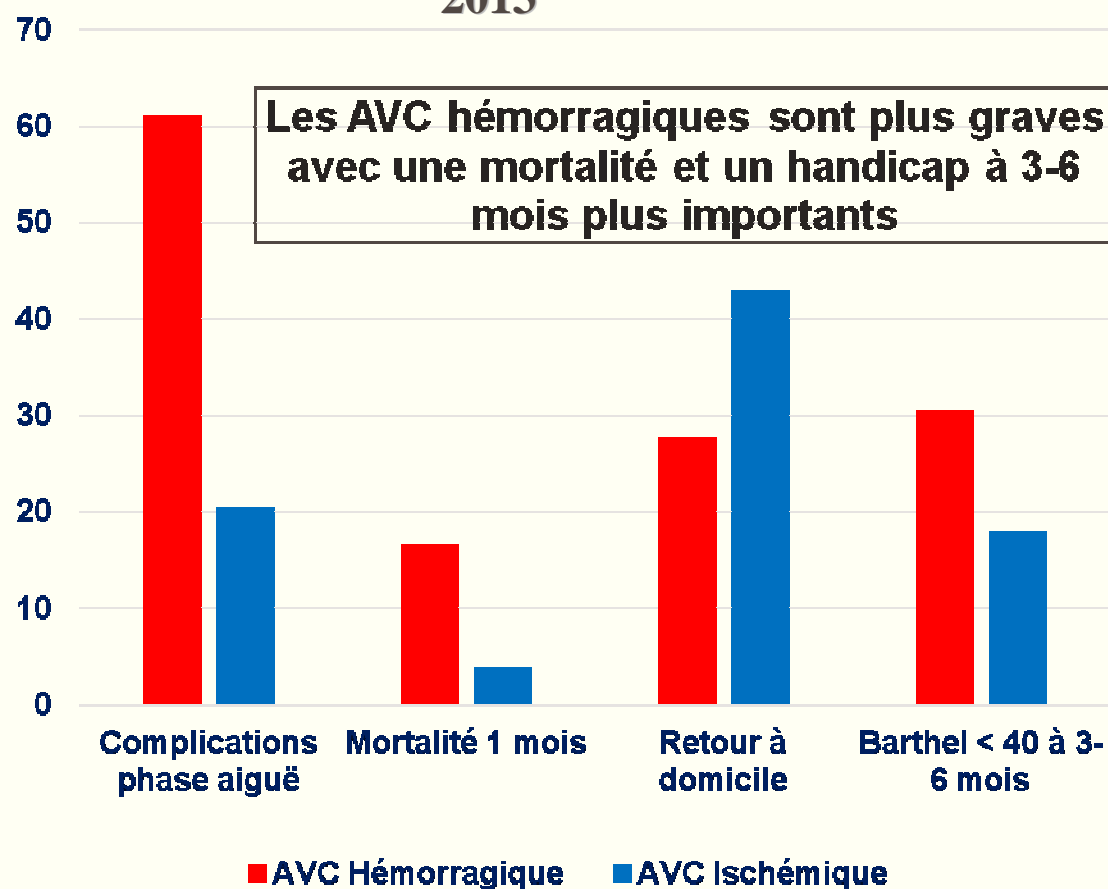
■ RETOUR A DOMICILE ■ BARTHEL < 40 ■ DECES < 11

# AVCi et AVCh UNV 2013

2008

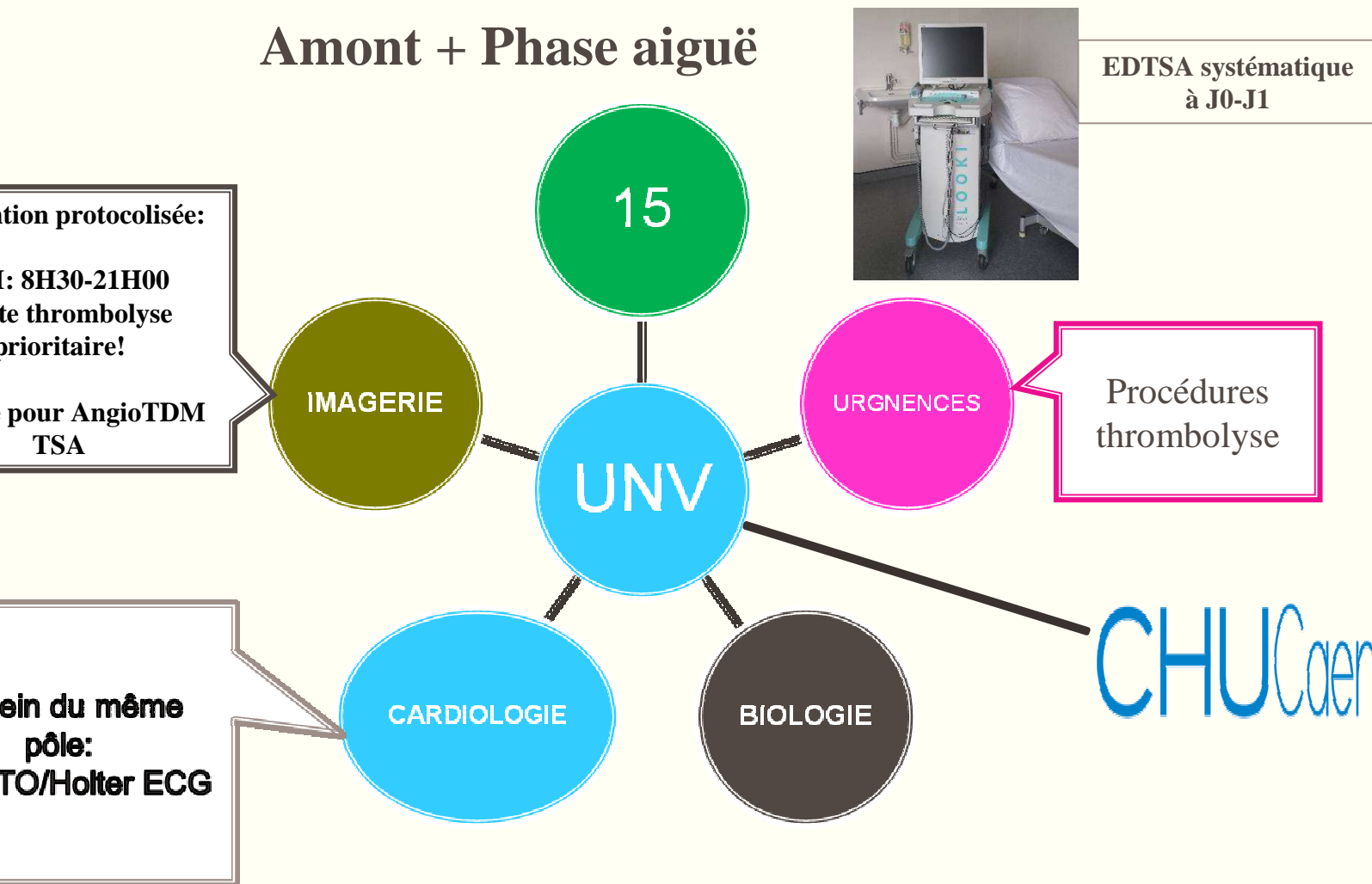


2013

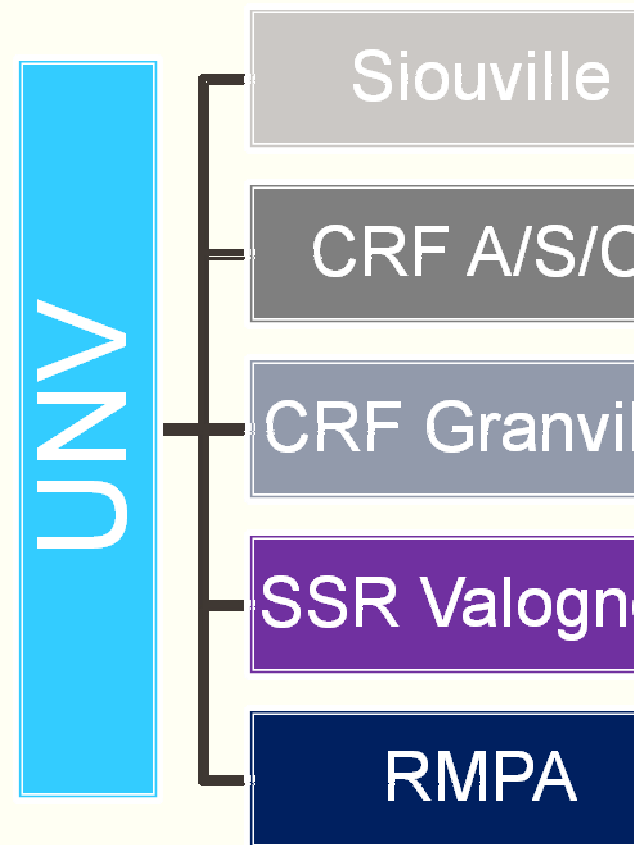


# Conventions et organisation filière NV

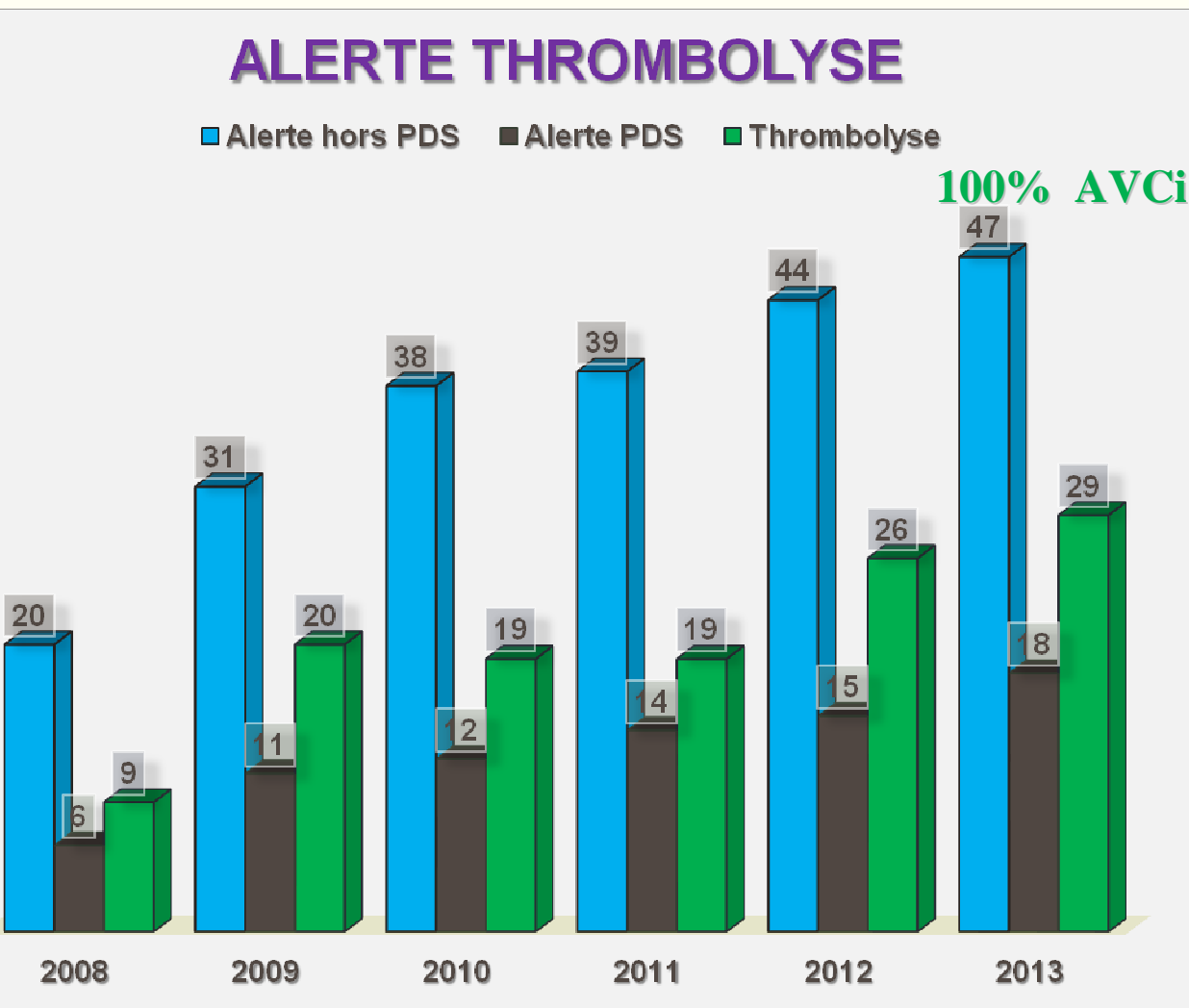
## Amont + Phase aiguë



## Aval



# UNV et Thrombolyse



## Motif d'exclusion à la thrombolyse

- Hors délai (>4h30)
- Stroke mimick
- AVC hémorragique
- AVC < 3 mois
- Hémorragie digestive récente
- AVC du réveil Flair+
- Déficit mineur ou s'améliorant + absence occlusion artérielle
- Patient sous AVK (INR>1,7)
- Patient sous NACO

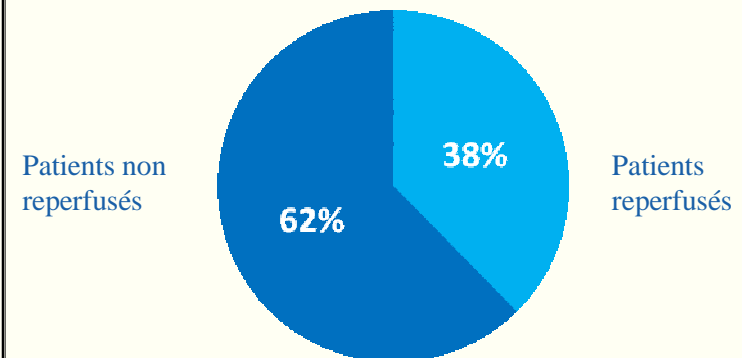
## UNV et Thrombolyse

- Sur les 16 patients pour lesquels une fiche AVC a été remplie entre mai et juillet 2013, 14 ont effectivement été victimes d'un AVC et 6 ont bénéficié d'une reperfusion médicamenteuse.

### Bilan d'activités (Mai- Juillet 2013)

- ✓ Nombre de fiches de prise en charge complétées : **16**
- ✓ Patients pris en compte : tout patient admis à l'hôpital pour **une suspicion d'AVC**
- ✓ Nombre de patients ayant réellement été victimes d'un AVC : **14** soit un taux de **88%**
- ✓ Nombre de patients ayant été victimes d'un AIC : **11** soit un taux de **69%**
- ✓ Nombre de patients ayant bénéficié d'une reperfusion médicamenteuse : **6** soit **38%** de l'ensemble des patients pour lesquels une fiche a été remplie





### Patients candidats à la reperfusion médicamenteuse Mai- Juillet 2013



Total = 16 patients

# UNV et Thrombolyse

- Les taux clés de prise en charge sont bas, sauf les taux d'appel à un numéro d'urgence et de reperfusion médicamenteuse qui sont bons.

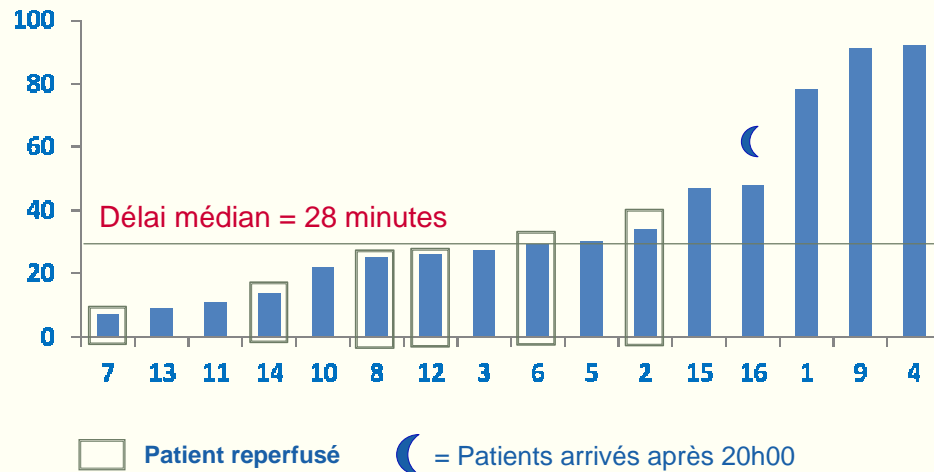
Chiffres clés de prise en charge (Mai- Juillet 2013)		
Taux d'appel à un numéro d'urgence	81%	
Taux de contact du neurologue vasculaire avant l'arrivée à l'hôpital	46%	
Taux de réalisation de l'IRM en 1 <sup>ère</sup> intention	45%	
Taux de reperfusion médicamenteuse	38%	

# UNV et Thrombolyse

- Par ailleurs, les délais entre l'arrivée à l'hôpital et la prise en charge par le neurologue ont une médiane élevée et sont plutôt variables.

Délai entre l'arrivée à l'hôpital et la prise en charge par le neurologue

Délais en minutes pour les 16 patients

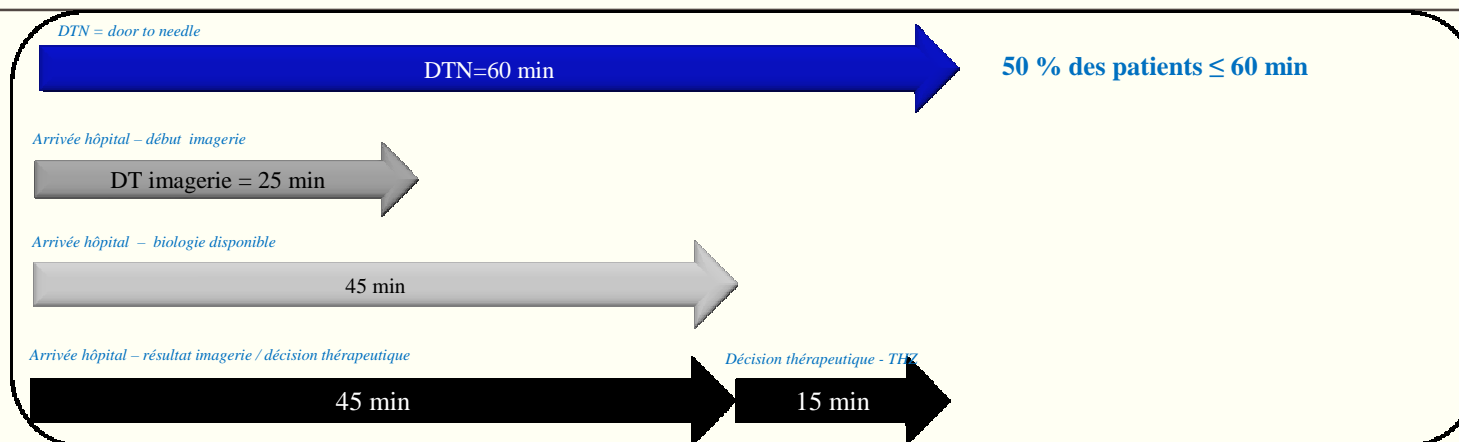


Délai minimum	Délai maximum	Délai médian	Ecart-type
7	92	28	28

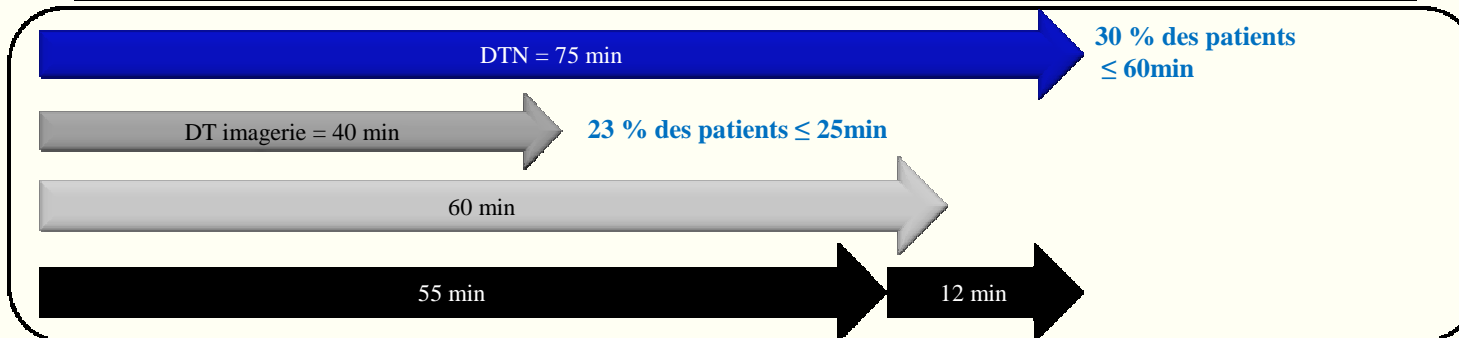
Délais variables et parfois trop longs

# Délais de prise en charge intra hospitalier : objectifs AHA/ASA (Médianes)

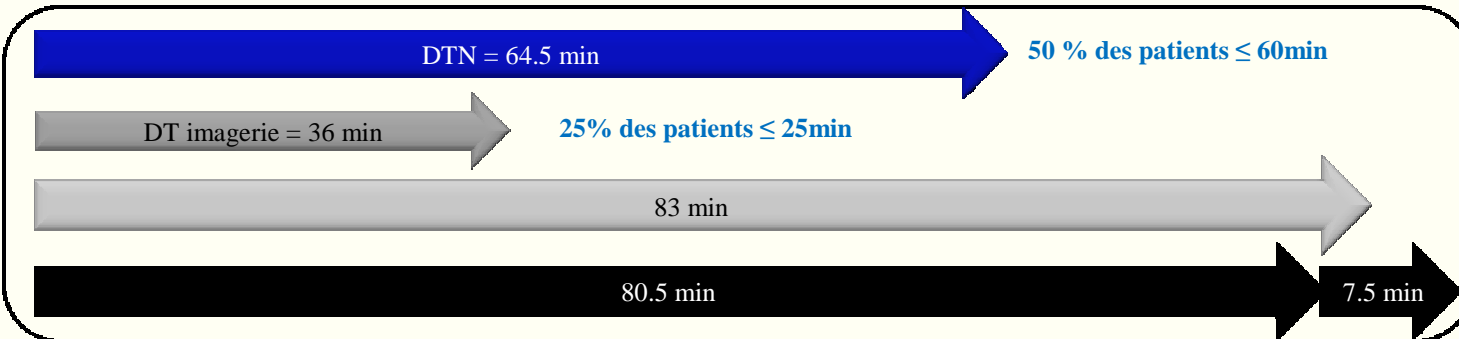
Objectif  
ASA



1<sup>ère</sup>  
Photographie  
nationale



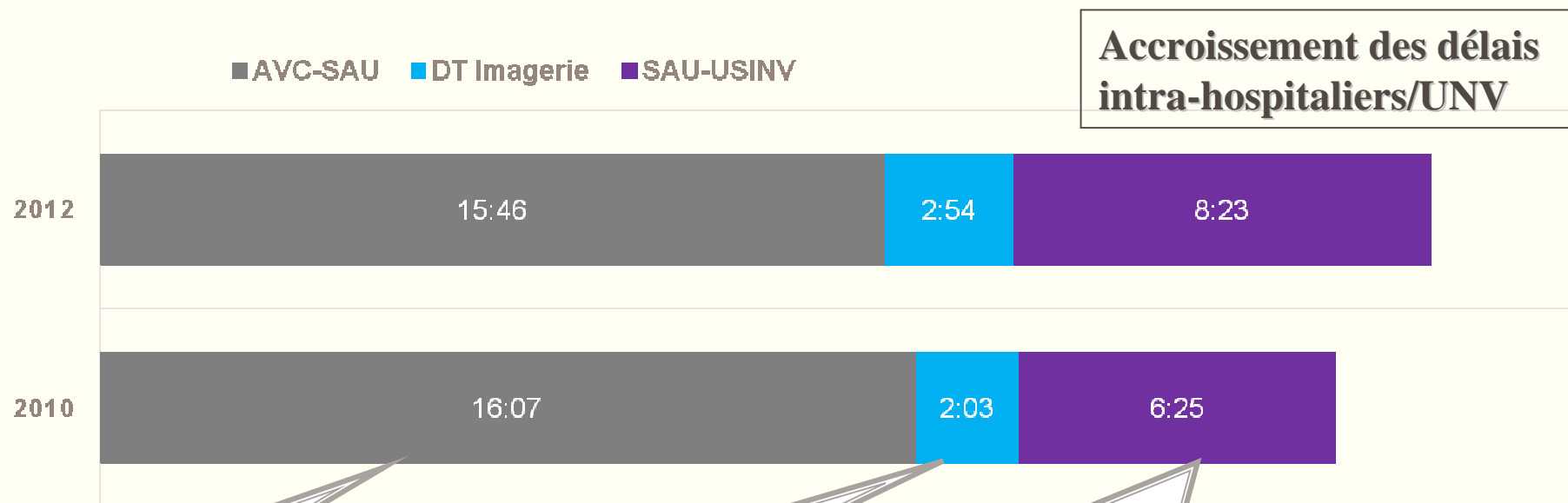
1<sup>ère</sup>  
Photographie  
Cherbourg





# Délais de prise en charge pour tout AVC

Des AVC confirmés durant les périodes du 1<sup>er</sup> au 31 janvier 2010 (n=33) et du 1<sup>er</sup> au 31 janvier 2012 (n=34)



**Délais d'admission encore trop grand**  
**Information grand public!**

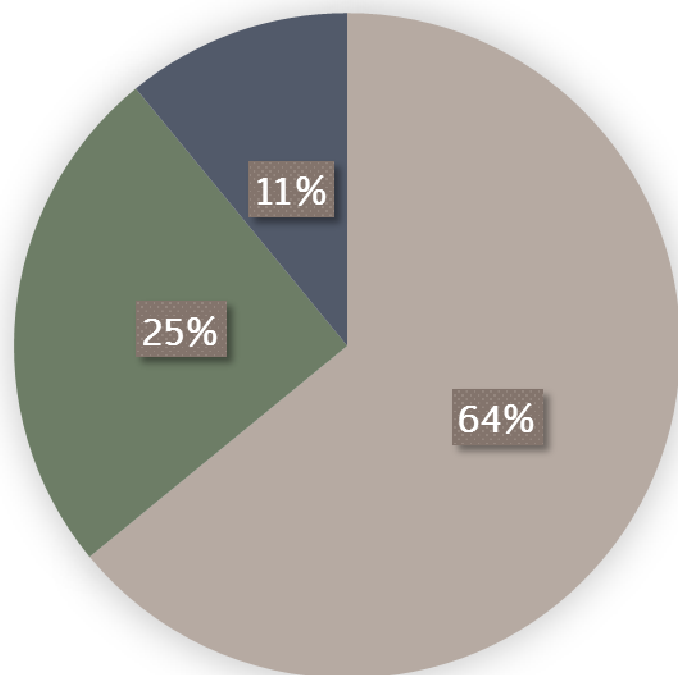
**Cibles:**  
**Radiologue-dépendant**  
**Urgentiste-dépendant**

**Cibles:**  
-Mauvaise orientation des patients à l'admission  
-Neurovasculaire non ou tardivement prévenu  
-L'IDE de liaison prévenue tardivement  
-Les entrées aux heures de transmission  
-La « valse » des IDE polyvalentes

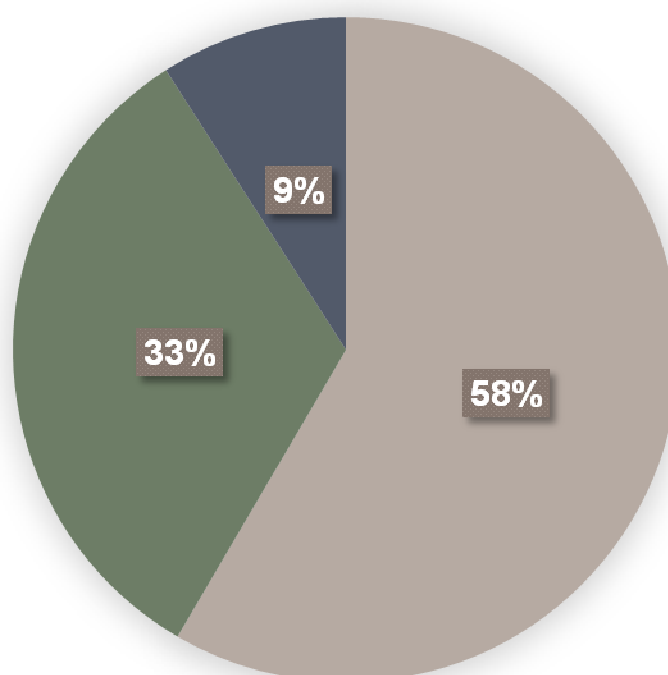
# UNV et recours au CHU

Proportion relativement constante des recours au CHU depuis l'ouverture de l'UNV

2009



2013



- Artériographie
- Neurochir
- Neurovasculaire

# Conclusion et objectifs

---

---

- Augmentation progressive du nombre d'AVC/an et diminution de la DMS
- 12% de « stroke mimic » en UNV
- Prévalence des AVC inégalement répartie sur le secteur sanitaire (Plus important sur le littoral est et au sud-ouest)
- Proportion AVC ischémique/Hémorragique : 83/17
- Ages médians dans l'AVC ischémique est de 69,24 ans chez les hommes et de 76,5 ans chez la femme
- Handicap et létalité hétérogène ( Sexe, type d'AVC et étiologies)
- Réduction significative des complications à la phase aiguë pour tout type d'AVC
- Augmentation modeste du nombre de thrombolyse par an
- Un risque d'émoussement des différents acteurs de la filière avec tendance à l'allongement des délais intra-hospitaliers
- Beaucoup d'espoir en attente du déploiement de la Télé-AVC (effectif médical fragile!)

Vite pour une visite du cap de la hague!

---

