



© Sudok1 / Dreamstime

L'objectif principal du traitement de l'AVC aigu est un diagnostic et un traitement de reperfusion rapides et donc à proximité du domicile.

Commentaire de la SSMIG et de l'AMCIS

Time is brain!



PD Dr méd. Thomas Brack
Klinik für Innere Medizin,
Kantonsspital Glarus, Glarus



Prof. Dr méd. Andreas Kistler
Klinik für Innere Medizin,
Kantonsspital Frauenfeld, Frauenfeld

Les patientes et patients victimes d'un accident vasculaire cérébral (AVC) se rencontrent couramment dans les services des urgences: l'AVC ischémique représente l'une des «atteintes d'organes cibles» artérielles les plus fréquentes et les plus graves. Le traitement de l'AVC ischémique s'est nettement amélioré au cours des deux dernières décennies. Il faut donc saluer les efforts visant à faire bénéficier le plus grand nombre de patientes et patients d'un traitement

optimal. À notre avis, la révision des lignes directrices 2012 pour les Stroke Units et les Stroke Centers [1], publiée dans ce numéro sous forme de recommandations, ne répond cependant pas à cet objectif de manière optimale.

Une reperfusion la plus rapide possible au moyen d'une thrombolyse intraveineuse (TIV) ou d'un traitement endovasculaire (TEV), pour lesquels les critères ont été constamment élargis et affinés au cours des dernières années, est

décisive pour un bon devenir des patientes et patients. Ainsi, l'objectif principal du traitement de l'AVC aigu doit être un diagnostic et un traitement de reperfusion rapides et donc à proximité du domicile – «time is brain»! Comme le montre la carte de la Suisse dans la publication des recommandations [1], la répartition géographique des Stroke Units actuellement en service ne satisfait pas à cette exigence. Les grandes villes et les agglomérations disposent souvent de plusieurs Stroke Units et Stroke Centers, tandis que les régions rurales et géographiquement reculées accusent des déficits importants en matière de soins. En 2021 déjà, les lignes directrices relatives à la revascularisation aiguë en cas d'AVC ischémique [2] ou à la phase préhospitalière en cas d'AVC aigu [3] exigeaient respectivement que «la TIV [...] soit uniquement pratiquée dans des Stroke Units ou Stroke Centers certifiés d'après les critères suisses» [2] et que «la grande majorité (~90%) des patients atteints d'AVC aigus soient traités dans une Stroke Unit ou un Stroke Center» [3]. Dans les recommandations publiées dans ce numéro, les critères de certification des Stroke Units sont désormais si stricts qu'une extension du réseau en Suisse n'est plus guère possible et que la recertification de certaines Stroke Units existantes est même remise en question. Un point critique est par exemple l'exigence que le personnel de direction dispose d'une expérience d'au moins deux ans dans un Stroke Center ou une Stroke Unit certifié(e). Une nouvelle certification d'une Stroke Unit ne serait donc possible que si le personnel correspondant était «débauché» d'une autre institution déjà certifiée. Les recommandations contiennent en outre de nombreux critères formels (par exemple en ce qui concerne la signalisation, la structure de direction, l'entête, la responsabilité budgétaire, etc.) qui interfèrent inutilement avec les structures des hôpitaux et des cliniques sans qu'il en résulte un bénéfice pour les patientes et patients. Enfin, en période de pénurie croissante de personnel qualifié et de finances hospitalières, les mesures devraient être particulièrement bien examinées quant à leur «efficacité, adéquation et économicité». Alors que les efficacités de la TIV ou du TEV ainsi que celle de la prévention des récurrences sont très bien étayées par des preuves, les données concernant les autres prestations fournies dans le cadre d'une Stroke Unit sont moins solides.

Avec le réseau actuel de Stroke Units et de Stroke Centers en Suisse, la mise en œuvre des lignes directrices actuellement en vigueur pour la phase préhospitalière [3] aboutirait à la coexistence d'un sous-approvisionnement et d'un surapprovisionnement en soins: pour de

nombreux patients et patientes, les trajets de transport et donc le temps jusqu'au traitement de reperfusion s'allongeraient. En parallèle, l'expertise pour le diagnostic et le traitement de l'AVC dans les hôpitaux sans Stroke Unit diminuerait nettement, ce qui serait problématique étant donné que de nombreux patients et patientes victimes d'un AVC se présentent d'eux-mêmes au service des urgences. D'autre part, de nombreux patients et patientes souffrant de stroke mimics, d'accidents ischémiques transitoires (AIT) ou de très petits AVC seraient inutilement transportés dans une Stroke Unit et potentiellement sur-soignés. Nous plaçons donc pour que, d'une part, le diagnostic primaire et la TIV restent possibles à l'avenir dans les hôpitaux plus isolés sans Stroke Unit – bien entendu en étroite collaboration avec un Stroke Center et moyennant un contrôle qualité régulier. D'autre part, la nouvelle certification de Stroke Units devrait être possible sans obstacles injustifiés – en particulier là où il existe des carences géographiques en matière de soins. Les collègues de médecine interne générale et d'autres disciplines médicales spécialisées jouent un rôle essentiel dans la prise en charge des victimes d'AVC: ils sont souvent en première ligne et assurent une présence 24h/24 et 7j/7 dans les services des urgences; en tant que spécialistes de la médecine interne, la cardiologie, l'endocrinologie et l'angiologie, ils sont des expertes et experts dans le traitement des maladies systémiques à l'origine des AVC. De nombreuses Stroke Units sont par ailleurs intégrées dans des cliniques médicales ou des départements médicaux, sans les structures desquels elles ne pourraient pas fonctionner. Nous nous réjouissons donc de participer activement à un dialogue ouvert et constructif sur le traitement optimal des AVC en Suisse!

Correspondance

PD Dr. med. Thomas Brack
Klinik für Innere Medizin
Kantonsspital Glarus
Burgstrasse 99
CH-8750 Glarus
thomas.brack[at]ksgl.ch

Informations relatives aux auteurs

PD Dr. méd. Thomas Brack est président de l'Association des Médecins-chefs et -cadres Internistes Hospitaliers Suisse (AMCIS).
Prof. Dr. méd. Andreas Kistler est délégué de la Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG) au sein de la Commission Stroke de la Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies depuis novembre 2022.

Conflict of Interest Statement

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

Références

1 Lyrer P, Engelter S, Gralla J, Humm AM, Fandino J, Fischer U, et al. Stroke Units et Stroke Centers en Suisse. Forum Med Suisse. 2024;24(6):64–72.

2 Michel P, Diepers M, Mordasini P, Schubert T, Bervini D, Rouvé JD, et al. Revascularisation aiguë en cas d'accident vasculaire cérébral ischémique. Forum Med Suisse. 2021;21(21–22):362–8.

3 Kägi G, Schurter D, Niederhäuser J, De Marchis GM, Engelter S, Arni P, et al. Phase préhospitalière en cas d'accident vasculaire cérébral aigu. Forum Med Suisse. 2021;21(19–20):322–8.