

EDITO

Le premier trimestre a été marqué par les discussions autour de la circulaire de fonctionnement des Unités Neuro-Vasculaires (UNV). Après de multiples rencontres au ministère, France Woimant et son équipe ont obtenu gain de cause : une unité Neuro-Vasculaire gérée par des neurologues qualifiés en Neuro-Vasculaire et un accès à une expertise neurologique 24h sur 24. Le codage précis de l'hémiplégie et l'aphasie, en fonction de sa durée (plus ou moins de 24 heures) est aujourd'hui possible.

Le colloque de la fin du mois de mars à propos de ce fonctionnement des UNV est venu à point nommé afin de partager les expériences. D'autres réunions s'échelonnent durant l'année, le 27 mars en collaboration avec nos collègues Neuroradiologues l'imagerie à la phase aiguë de l'infarctus cérébral a été abordée, le 11 avril 2007 les JNLF ont accueilli la SFNV pour une séance sur les dissections, et en novembre 2007 la réunion de la SFNV aura de nouveau lieu à la Maison Internationale de la Cité Universitaire.

La Haute Autorité de la Santé a missionné la SFNV pour travailler sur 3 thèmes que sont la prévention de la récurrence de l'infarctus cérébral, la sténose carotidienne et l'anévrisme cérébral. En parallèle à l'établissement des recommandations, des travaux institutionnels sont en cours de développement à propos des anévrismes non rompus (étude TEAM et TSAM) et de la malformation artério-veineuse (ARUBA). Ces études illustrent la préoccupation des thérapeutes dans le domaine neurovasculaire ces dernières années qui est l'intégration de la multidisciplinarité thérapeutique au sein des UNV. L'outil qu'est l'UNV existe, son utilisation dépend à présent des objectifs que nous nous fixons, de notre capacité à développer des essais multicentriques.

François Proust

SOMMAIRE

A. Vie des Sociétés Savantes	Page 2
B. Haute Autorité de la Santé et SFNV	Page 2
C. La vie des UNV	Page 3
D. Essais institutionnels et développements	Page 4

Etat des lieux de la prise en charge des AVC en France en 2005 : une enquête nationale

La SFNV, en partenariat avec la DHOS, a organisé en Juillet 2006 une enquête par questionnaire, adressée à 201 établissements publics dans lesquels travaillait au moins un neurologue à temps partiel. Les principales questions concernaient l'existence de lits dédiés à l'accueil des patients ayant un AVC, leur niveau de permanence médicale, l'effectif du personnel soignant, les modalités du traitement par thrombolyse intraveineuse.

196 établissements (97%) ont répondu, parmi lesquels :

- 21 déclarent avoir des lits dédiés avec garde sur place et une expertise neurologique 24 h / 24, 7 j / 7, (de garde ou d'astreinte),
- 37 des lits dédiés sans permanence médicale dont 31 avec une expertise neurologique 24h/ 24 et 7 j / 7 (astreinte de neurologue)
- 137 n'ont aucune structure dédiée.

Les unités avec garde, en moyenne de 8 lits, ont une reconnaissance USI dans 80% des cas, et ont une garde impliquant en moyenne 13 médecins.

L'IRM n'y est pas accessible la nuit dans 1/3 des cas. Les 37 structures dédiées sans permanence médicale, d'une taille moyenne de 8 lits, sont reconnues dans 1/3 des cas en USC ou USI. Parmi ces 58 unités avec lits dédiés, 51 ont un kinésithérapeute, 17 un psychologue, 20 un orthophoniste, 7 un ergothérapeute, 32 une assistante sociale, pas toujours présents tous les jours ouvrables.

Isabelle Bonnaud pour le groupe d'évaluation des pratiques professionnelles de la SFNV

Codage des AVC

Pour permettre à nos tutelles d'appréhender au mieux les coûts des AVC à la phase initiale, il est important de modifier dès maintenant nos pratiques de codage en utilisant les codes ci-dessous, codes proposés par l'annexe 2 de la circulaire de 2007 définissant les UNV.

Codes descriptifs de l'hémiplégie et de l'aphasie récente :

- G81.00 Hémiplégie flasque récente, persistant au-delà de 24 h
- G81.01 Hémiplégie flasque récente, régressive dans les 24 h
- G81.08 Hémiplégie flasque, autre et sans précision
- R47.00 Aphasie récente, persistant au-delà de 24 h
- R47.01 Aphasie récente, régressive dans les 24 h
- R47.02 Aphasie, autre et sans précision
- R47.03 Dysphasie

BUREAU SFNV

France WOIMANT	<i>Présidente</i>
Vincent LARRUE	<i>Vice-président</i>
Jean-Philippe NEAU	<i>Secrétaire</i>
Marie-Hélène MAHAGNE	<i>Trésorière</i>
Valérie ASSUERUS	
Xavier DUCROCQ	
Emmanuel ELLIE	
Pierre LASJAUNIAS	
François PROUST	
Matthieu ZUBER	

SECRETARIAT BCA

38 rue Anatole France 92594 LEVALLOIS- PERRET CEDEX

Tél. : 01 70 94 65 04 / 01 70 94 65 27 - Standard : 01 70 94 65 00

Fax : 01 70 95 64 01 – Email : sfnv@b-c-a.fr

A. Vie des Sociétés Savantes

1. Colloque National des UNV : « Unités Neuro-Vasculaires : Partage d'expériences » - Paris - 30 mars 2007



Le colloque du 30 mars, réalisé en partenariat avec SANOFI AVENTIS et BRISTOL MYERS SQUIBB, a réuni près de 200 personnes, directeurs d'ARH, d'établissement hospitaliers, neurologues, urgentistes, rééducateurs, cadres infirmiers, infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes... ayant ou souhaitant mettre en place une UNV.

France **WOIMANT** a présenté la nouvelle circulaire définissant les UNV, leurs missions, leur organisation, leur financement. **Eric BODIGUEL** a exposé les Evaluations de Pratiques Professionnelles concernant la pathologie neuro-vasculaire établies par la Haute Autorité de la Santé en relation avec la SFNV. **Isabelle BONNAUD** et **Jean Philippe NEAU** ont présenté les résultats de l'enquête sur l'état des lieux des lits AVC en 2005 et la démographie des neurologues vasculaires. Les centres hospitaliers de Nice et Pontoise ont apporté leurs expériences concernant la mise en place de leur UNV, avec le regard de la direction et des neurologues.

Le directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation d'IDF, **Jacques METAIS** à clôturé la matinée en exposant la mise en place du volet AVC du SROS en Ile de France où 12 UNV avec USI et permanence neurologique 24 heures sur 24 sont déjà fonctionnelles. L'après-midi a été consacré à des ateliers interactifs sur différents aspects de la mise en place d'une UNV. La richesse des échanges entre les participants, tout au long de la journée et notamment lors des ateliers, a montré comme il est important que la SFNV organise de telles réunions permettant de communiquer entre professionnels et donc d'améliorer la prise en charge des AVC dans notre pays.

Un DVD reprenant les différentes interventions du colloque sera prochainement disponible.

Le second colloque se tiendra le 22 Avril 2008 à Bordeaux.

2. Les Journées de Neurologie de Langue Française 2007 - Paris - 11 au 14 avril 2007

Les sessions de la SFNV, traitant de l'imagerie des AVC (phase aiguë, par **D Galanaud**, sténose carotidienne par **JM De Bray** et **JY Gauvrit**, microangiopathie par **H Chabriat**) et des dissections (physiopathologie par **B Guillon**, devenir par **S Debette** et localisation intracrânienne par **MH Mahagne**) ont réuni 2150 participants et ont été le lieu de nombreux échanges. La participation importante aux ateliers sur la prévention secondaire (animés par **V Assuerus**, neurologue libéral à Aix et **E Ellie** au centre hospitalier de Bayonne) et sur les problèmes éthiques que peuvent poser les AVC sévères, (animés par **S Crozier** et **X Ducrocq**) confirment le fait que la pathologie neuro-vasculaire est une des principales préoccupations des neurologues hospitaliers et libéraux.

3. Les XII^{èmes} Journées de la SFNV - Paris – 29 & 30 novembre 2007

Les XII^{èmes} journées de la SFNV se dérouleront les 29 & 30 novembre 2007 à la Maison Internationale à Paris (Cf. pré-programme). N'oubliez pas de soumettre vos résumés avant le 7 octobre 2007.

4. La Campagne AVC – IDM – Centre 15

L'objectif de cette campagne réalisée en partenariat avec le Ministère de la Santé est d'informer le grand public sur l'urgence à appeler le 15 en cas de douleur brutale au milieu de la poitrine ou de faiblesse brutale d'un côté du corps. Le comité de pilotage réunissant des membres de la SFNV, de la Société Française de Cardiologie, de la Société Française de Médecine d'Urgence s'est réuni à plusieurs reprises et envisage le lancement de la campagne en octobre prochain.

B. Haute Autorité de la Santé et SFNV

La Haute Autorité de Santé a demandé à la SFNV de participer à des groupes de travail sur 3 sujets qui sont :

- Prévention des récurrences vasculaires après un infarctus cérébral ou un accident ischémique transitoire.
- Stratégie de prise en charge des sténoses de la bifurcation carotidienne – Indications des techniques de revascularisation.
- La prise en charge des anévrismes intracrâniens rompus et non rompus.

Les groupes de cadrage ont délivré un calendrier de travail aux groupes de travail proprement dits qui doivent établir des recommandations à partir de leur expertise et de la littérature. Les échéances annoncées semblent être la fin de l'année 2007. Ces recommandations seront critiquées par des groupes de lecture, deux d'entre elles seront présentées lors des prochaines journées de la SFNV.

C. La vie des UNV

1. CIRCULAIRE N° DHOS/O4/2007/108 du 22 mars 2007 relative à la place des unités neuro-vasculaires dans la prise en charge des patients présentant un accident vasculaire cérébral

Qu'elles soient gérées par des neurologues vasculaires et l'application de la tarification USI sont acquis grâce à la qualité des négociations menées par France Woimant. Cependant la vérification du pourcentage des AVC sévères dans chaque UNV est encore nécessaire afin de déterminer l'allocation des ressources.

Résumé : la présente circulaire complète la circulaire DHOS/DGS/DGAS n°517 du 3 novembre 2003 relative à la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) en clarifiant le rôle, les missions, l'organisation, le fonctionnement et le financement de l'unité neuro-vasculaire. L'UNV est le pivot essentiel, dans la filière régionale définie dans le cadre du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), de prise en charge globale des patients atteints d'AVC dès leur phase aiguë. Elle permet de rassembler, y compris dans le cadre de soins intensifs, l'ensemble des compétences médicales et paramédicales nécessaires à la mise en oeuvre précoce du traitement et du projet de rééducation adaptés à chaque patient. Le financement des UNV se fait selon les principes de la tarification à l'activité, en particulier l'aide à la contractualisation. Le dispositif ainsi mis en place, qui concourt à la réalisation des objectifs de la loi relative à la politique de santé publique, doit faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation réguliers sous l'égide de la section du comité technique régional de lutte contre les maladies cardio-vasculaires (COTER) dédié aux AVC.

2. Appel d'offre OPEPS (Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé : Etude sur la prise en charge précoce des victimes d'un accident vasculaire cérébral)

L'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (OPEPS) a choisi de consacrer une de ses études au problème des accidents vasculaires cérébraux en raison de l'importance des enjeux que représente aujourd'hui le traitement rapide et approprié des patients victimes d'un AVC. Selon la pratique de l'OPEPS, l'étude a fait l'objet d'un appel d'offre auquel a répondu le **Pr Launois**, Directeur scientifique du bureau d'étude REES France en collaboration avec la SFNV et la Société Française d'Economie de la Santé (SFES). L'étude nous a été confiée.

Il s'agit de présenter un bilan de la prise en charge précoce des AVC et d'évaluer les coûts pour la collectivité de la mise en place d'une organisation et de soins capables de répondre de manière satisfaisante aux besoins sanitaires de la population.

3. Le DVD échelle NIHSS

Un DVD détaillant l'échelle NIHSS est en cours de finalisation (impression second trimestre 2007). Ce DVD sera disponible au sein de chaque unité pour une évaluation clinique reproductible entre les différentes UNV. Le financement en est bouclé (15000 €). Celui-ci est en cours de finalisation (impression prévue au 2nd trimestre 2007).

« IN PULSE » Neuro-vasculaire :

Ce programme d'aide personnalisé, à la présentation de travaux dans des congrès internationaux et à la publication dans des revues à comités de lecture sélectifs est soutenu par les laboratoires sanofi -aventis. Il est suivi par 24 jeunes neurologues spécialisés en pathologie vasculaire.

Programme :

- Épidémiologie, statistiques appliquées en neurologie vasculaire,
- Analyse critique d'un article,
- Modalités de soumission d'un abstract / article,
- Méthodologies de publication,
- Techniques de communication en anglais.

Comité Scientifique : **Docteur France WOIMANT** (Hôpital Lariboisière – Paris), **Professeur Jean-Louis MAS** (Hôpital Sainte-Anne – Paris), **Professeur Didier LEYS** (Centre Hospitalier Universitaire – Lille), **Professeur Gilles CHATELLIER** (HEGP – Paris).

1^{ère} réunion le 18 Octobre 2006

2^{ème} réunion le 29 Mars 2007

3^{ème} réunion le 14 Septembre 2007

4^{ème} réunion le 28 Novembre 2007

La thrombolyse en France en 2005

En 2005, les neurologues ont déclaré avoir thrombolysé par voie intraveineuse 1080 patients ce, dans 88 établissements (entre 1 et 63 par établissement). La moitié des patients est surveillée dans une Unité avec garde sur place, alors que 20% des patients sont thrombolysés hors de toute structure dédiée. L'IRM sur site est accessible 24h/24 mais pas toujours en urgence. Cette étude souligne l'hétérogénéité des Unités dédiées aux AVC qui n'avaient pas de définition officielle, les disparités régionales (11 unités avec garde sur place existent en Ile de France alors que 4 régions françaises n'ont pas de lits dédiés aux AVC), les carences en personnel médical et paramédical, le faible pourcentage de patients thrombolysés (moins de 1% des infarctus cérébraux) et les conditions de surveillance insuffisantes. Pour que la sécurité des patients soit assurée, l'application rapide du SROS 3 est indispensable, comme le soulignent les spécialistes neuro-vasculaires, partagés entre espoir et découragement.

Isabelle Bonnaud (Tours)

D. Essais thérapeutiques

1. Maladie de FABRY

Placé sous l'égide de la SFNV, l'étude nationale multicentrique prospective de dépistage de la maladie de Fabry dans une population masculine de patients âgés de moins de 55 ans, et hospitalisés pour un infarctus cérébral ischémique récent a débuté dans 48 Centres Hospitaliers en France. Il s'agit d'effectuer un test de dépistage sanguin utilisant un papier buvard. Cette étude de prévalence doit permettre d'inclure près de 900 patients au cours de l'année. Les premiers résultats seront présentés au prochain congrès de Paris.

Dr Pierre Clavelou - pclavelou@chu-clermontferrand.fr

2. Etude TEAM (Trial on Endovascular Aneurysm Management)

Le traitement endovasculaire des anévrismes intracrâniens non rompus, sa sécurité et son efficacité dans la prévention des hémorragies méningées : Une étude comparative avec l'approche conservatrice chez 2002 patients suivis sur 10 ans. Résumé: La prise en charge des patients porteurs d'anévrismes intracrâniens non rompus demeure à ce jour controversée. Ces patients sont sujets à l'hémorragie méningée, mais l'incidence d'un tel événement fait toujours l'objet de débats dans la communauté médicale. Le traitement endovasculaire peut prévenir la rupture mais comporte des risques immédiats. De plus, un traitement réussi n'élimine pas tous les risques. La sécurité et l'efficacité du traitement n'ont pas encore été démontrées; le rapport risques/bénéfices demeure inconnu. La disponibilité grandissante des méthodes modernes d'imagerie et le vieillissement de la population conduisent à la découverte d'un nombre croissant d'anévrismes non rompus. Faut-il les traiter? Aucune étude scientifique n'a jusqu'à ce jour démontré la valeur d'un traitement quelconque des anévrismes non rompus. Une étude clinique randomisée est la meilleure façon de démontrer le bénéfice potentiel du traitement endovasculaire dans la prise en charge de ces patients. L'étude proposée est une étude comparative internationale randomisée et contrôlée de la morbi/mortalité (échelle modifiée de Rankin MRS=3) liée à l'hémorragie intracrânienne ou au traitement des **patients porteurs d'au moins un anévrisme non rompu, pris en charge par une approche endovasculaire ou observationnelle et suivis pendant 10 ans** (ou jusqu'à ce qu'une indication formelle de traitement survienne).

Dr Jean Raymond - Neuroradiologue, Centre Hospitalier de l'Université de Montréal - jean.raymond@umontreal.ca

3. Etude ARUBA

L'étude ARUBA (A Randomized trial of Unruptured Brain AVMs) est un essai randomisé multicentrique international sponsorisé par le NIH/NINDS (Etats Unis), dont le but est de comparer le traitement invasif par embolisation endovasculaire, exérèse neurochirurgicale et/ou radiothérapie stéréotaxique à la non-intervention chez des patients porteurs d'une malformation artérioveineuse cérébrale non rompue. Il est prévu de randomiser 800 patients internationaux avec un suivi clinique sur une période d'au moins cinq ans et une évaluation neurologique indépendante. A ce jour, environ 100 centres internationaux ont signalé leur volonté de participation, dont une quarantaine en Europe. La participation nécessite la présence d'une équipe pluri-disciplinaire neurovasculaire au sein de chaque centre investigateur, i.e. les services de neurologie, neuroradiologie et de neurochirurgie travailleront ensemble dans la réalisation de l'étude. Le protocole est basé sur internet et nécessite un suivi neurologique systématique comparable à celui des études sur la chirurgie carotidienne. Plus de détails sont disponibles sur le site international de l'étude (en anglais) au www.arubastudy.org. Pour toute question complémentaire, n'hésitez pas à contacter directement le Centre Coordinateur Européen.

Dr Christian Stapf, Neurologie, Hôpital Lariboisière - christian.stapf@lrb.aphp.fr

4. Etude TSAM

À l'instar de l'étude TEAM, un essai d'étude sur les anévrismes rompus traités chirurgicalement est en cours d'élaboration. Le traitement chirurgical des anévrismes intracrâniens non rompus, sa sécurité et son efficacité dans la prévention des hémorragies méningées : Une étude comparative avec l'approche conservatrice chez 2227 patients suivis sur 15 ans.

Résumé:

La prise en charge des patients porteurs d'anévrismes intracrâniens non rompus demeure à ce jour controversée. Ces patients sont sujets à l'hémorragie méningée, mais l'incidence d'un tel événement fait toujours l'objet de débats dans la communauté médicale. Le traitement chirurgical peut prévenir la rupture mais comporte des risques immédiats. De plus, un traitement réussi n'élimine pas tous les risques. La sécurité et l'efficacité du traitement n'ont pas encore été démontrées; le rapport risques/bénéfices demeure inconnu. La disponibilité grandissante des méthodes modernes d'imagerie et le vieillissement de la population conduisent à la découverte d'un nombre croissant d'anévrismes non rompus. Faut-il les traiter? Aucune étude scientifique n'a jusqu'à ce jour démontré la valeur d'un traitement quelconque des anévrismes non rompus. Une étude clinique randomisée est la meilleure façon de démontrer le bénéfice potentiel du traitement chirurgical dans la prise en charge de ces patients.

L'étude proposée est une étude comparative internationale randomisée et contrôlée de la morbi/mortalité (échelle modifiée de Rankin MRS=3) liée à l'hémorragie intracrânienne ou au traitement des **patients porteurs d'au moins un anévrisme non rompu, pris en charge par une approche chirurgicale ou observationnelle et suivis pendant 15 ans** (ou jusqu'à ce qu'une indication formelle de traitement survienne).

Dr François Proust (Rouen) - francois.proust@chu-rouen.fr

Pour plus de renseignements sur les essais thérapeutiques, vous pouvez vous rendre sur le site Internet de la SFNV (www.sfnv-france.com).