

L. Boccanfuso¹, O. Claverie¹, J. Lafont¹, A.C. Januel², C. Cognard²

¹ Logipharma, Gestion des Dispositifs médicaux, CHU Toulouse (lafont.j@chu-toulouse.fr)

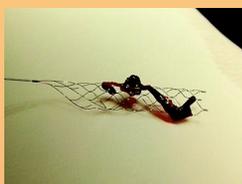
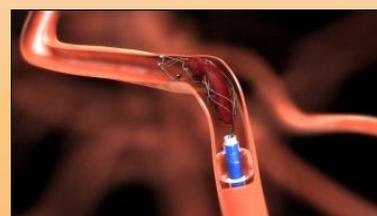
² Service de Neuroradiologie, CHU Toulouse

Introduction / Objectif

Dans les pays occidentaux, les Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) sont la première cause de handicap acquis de l'adulte, la deuxième cause de démence et la troisième cause de mortalité. En France, les AVC représentent 100000 à 145000 cas par an, dont 80 % sont ischémiques. Il s'agit d'une urgence vitale. Le traitement de référence est la thrombolyse intraveineuse par Actilyse®, activateur tissulaire du plasminogène, jusqu'à 4h30 après l'apparition des symptômes, selon les recommandations de l'HAS 2009. En cas de contre-indication, d'inefficacité de la thrombolyse ou de délai trop tardif, des dispositifs de thrombectomie mécanique par voie endovasculaire sont de plus en plus utilisés. Différents dispositifs médicaux de classe III sont commercialisés mais peu évalués (stent ou endoprothèse, dispositif d'aspiration). Nous avons donc souhaité évaluer l'efficacité clinique du stent utilisé dans notre centre hospitalier : le **Solitaire FR (EV3)**.

Matériel et méthodes

Recueil rétrospectif des cas de thrombectomie en 2011 à l'aide des dossiers patients informatisés (logiciel Orbis et Xplore) et des cahiers de bloc.



Résultats / Discussion

- 22 cas ont été rapportés.

L'occlusion artérielle était située sur la circulation

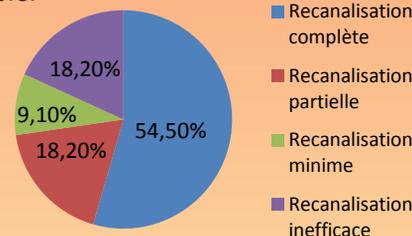
- antérieure (T carotidien/artère sylvienne) droite: 9 cas
- antérieure (T carotidien/artère sylvienne) gauche: 7 cas
- postérieure (tronc basilaire/artère vertébrale): 6 cas

	Délai de prise en charge
≤ 4h30	11 (50%)
4H30-6h	6 (27.3%)
6h-8h	1 (4.5%)
Non évaluable	4 (18,2%)

- 12 patients ont été traités en approche de sauvetage, après échec de la thrombolyse IV et 10 en approche directe (4 car le délai était dépassé et 5 à cause de contre-indications à l'Actilyse®: patients sous anticoagulants ou chirurgie récente). 5 patients ont reçu en complément une thrombolyse intra-artérielle adjuvante, pour lyser les microcaillots restants.

- Les étiologies les plus retrouvées sont l'origine cardio-embolique (31.8%) et l'athérome (18.2%). Dans 2 cas, une hypothèse iatrogène a été évoquée: le traitement anti-hormonal par Fémara® et la ponction de la carotide par erreur lors de la mise en place d'une chambre implantable.

- La **recanalisation artérielle** a été évaluée grâce au score TIMI (Thrombolysis In Myocardial Infarction) sur l'angiographie. La mortalité à 3 mois était de 31.8%.



- Des **complications** sont survenues en cours de procédure (2 dissections artérielles, 1 autolarguage du stent et 1 embolie distale, rapidement recanalisée) ou en post opératoire (2 récurrences d'infarctus, 4 hémorragies et 3 hypertensions intra-crâniennes).

- L'analyse a mis en évidence des scores cliniques, souvent manquants, ce qui gêne l'évaluation de l'amélioration neurologique après l'intervention.

Conclusion

Globalement, le Solitaire a donné de bons résultats avec un niveau de risque acceptable. Cela montre l'intérêt de cette technique qui nécessite des études complémentaires.