

Risque d'accident vasculaire cérébral après AIT

Sven Streit et Damian Meli

Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM)

L'accident ischémique transitoire (AIT) peut être un signe avant-coureur d'un accident vasculaire cérébral (AVC) imminent et il devrait rapidement faire l'objet d'une mise au point. Dans une étude, l'Institut de médecine de famille de Berne (BIHAM) a tenté de déterminer si le risque d'AVC après AIT était correctement évalué par les médecins de famille et les praticiens hospitaliers et comment ils procédaient en ce qui concerne les examens supplémentaires. Ainsi, il s'agissait d'une étude réalisée par des médecins de famille et portant sur les médecins de famille pour savoir ce qui fonctionne bien et ce qui fonctionne moins bien.

L'étude [1] a été précédée d'une discussion animée entre un neurologue hospitalier et un médecin de famille. Le neurologue hospitalier trouvait que d'une manière générale, les AIT ne faisaient pas l'objet d'une mise au point assez rapide et suffisamment agressive. Les AIT sont-ils minimisés? Le risque d'AVC après AIT est-il sous-estimé par les médecins de famille? Ou bien y a-t-il d'autres raisons pour lesquelles les patients victimes d'AIT sont moins souvent adressés à l'hôpital et sont soumis à moins d'investigations que l'on pourrait l'espérer?

Le risque d'AVC après AIT est élevé!

Le risque d'AVC après un AIT s'élève à 3% au cours des 24 premières heures et à 10% au cours des 3 premiers mois. Une mise au point immédiate par imagerie cérébrale, comprenant une angiographie des vaisseaux irriguant le cerveau et un ECG (Holter), est dès lors nécessaire afin d'exclure des causes telles qu'une sténose carotidienne ou une fibrillation auriculaire et, le cas échéant, d'initier des mesures prophylactiques secondaires. Toutefois, du point de vue d'une clinique centrale, la mise au point n'est pas assez rapide, elle n'est pas suffisamment rigoureuse et il s'est posé la question de savoir si le risque n'a pas tendance à être sous-estimé d'une manière générale.

Afin de répondre à cette question, nous avons présenté des vignettes cliniques à des médecins de famille et à des praticiens hospitaliers, en tant que groupe contrôle, et les avons interrogés sur les stratégies d'in-

vestigation qu'ils adopteraient et les mesures qu'ils initieraient.

Comment recruter des participants pour une enquête?

Nous avons tout d'abord envoyé un lien de participation à l'enquête en ligne à 1545 médecins de famille et médecins hospitaliers qui exercent dans le secteur géographique rattaché à l'Inselspital de Berne. Différentes mesures ont été prises pour obtenir le nombre le plus élevé possible de participants: nous avons bénéficié du soutien du Président de la Société Suisse de Médecine Générale (SSMG) et de l'association des Médecins de famille et de l'enfance Suisse (MFE), qui ont adjoint une lettre de recommandation à notre invitation à participer à l'enquête. Par ailleurs, nous avons organisé un tirage au sort parmi les participants pour remporter une tablette numérique. Nous avons également envoyé trois rappels et avons finalement aussi envoyé un questionnaire papier.

Grâce à ces mesures, nous avons pu atteindre un taux de réponse de 40%.

Evaluation du risque par les médecins de famille et les praticiens hospitaliers

Contrairement à la supposition initiale, le risque d'AVC après AIT était rarement sous-estimé. Au contraire: la plupart des médecins de famille et médecins hospitaliers ont même surestimé le risque au cours des 24 pre-

mières heures et près de la moitié des participants ont surestimé le risque d'AVC au cours des 3 mois suivant un AIT. Les différences entre les médecins de famille et les internistes hospitaliers sont restées marginales.

Stratégies d'investigation après un AIT

Plus de 90% des médecins de famille et praticiens hospitaliers tenteraient de déterminer rigoureusement les causes possibles d'un AIT souvent à très souvent. Par contre, seuls 67% des internistes hospitaliers et 53% des médecins de famille adresseraient immédiatement au service des urgences un patient victime d'un AIT.

Les deux groupes de médecins ont avancé des raisons différentes pour expliquer pourquoi ils n'adresseraient pas immédiatement au service des urgences un patient avec AIT suspecté. Tandis que les raisons des médecins de famille avaient tendance à être davantage liées à la situation globale du patient, les raisons invoquées par les internistes hospitaliers étaient plus spécifiques, concernant par ex. différentes maladies. Globalement, les raisons indiquées par les participants incluaient l'âge avancé, le souhait du patient de ne pas subir d'examens supplémentaires, la dépendance (besoin de soins) et la multimorbidité. Pourtant, d'après la littérature, les patients dépendants et multimorbides profiteraient tout particulièrement d'une mise au point, car cela permettrait de réduire le niveau d'invalidité après un AVC, un aspect essentiel pour la qualité de vie des personnes concernées.

Qu'avons-nous appris?

Nous avons dû déployer des efforts énormes pour obtenir un taux de participation à peu près acceptable et

ce, même si la participation ne durait que 10 minutes. De toute évidence, les «affaires courantes» au cabinet, avec une multitude d'activités administratives, privent le médecin de famille du temps nécessaire et de l'envie de participer à une telle enquête. Dans ce contexte, nous souhaitons remercier chaleureusement tous ceux qui ont tout de même pris le temps de participer et en finissant par les médecins de famille, nous bouclons la boucle, qui était partie de l'hypothèse exposée au début de l'article et s'est achevée par la communication. Nous espérons que cela vous donnera une certaine envie de participer à d'autres projets des instituts de médecine de famille.

Référence

- 1 Streit S, Baumann P, Barth J, Mattle HP, Arnold M, Bassetti CL, et al. Awareness of Stroke Risk after TIA in Swiss General Practitioners and Hospital Physicians. PLoS One. 2015;18:10(8).

La fenêtre sur la recherche

Dans une série d'articles, nous présentons les travaux de recherche publiés par les Instituts de médecine de famille. Les travaux originaux sont disponibles soit en libre accès, soit sur demande auprès de l'auteur concerné. Les résultats fournissent un aperçu intéressant des défis quotidiens et des performances de la médecine de famille. Un grand merci à tous les collègues ayant participé au projet et sans qui les résultats suivants n'auraient pas pu être présentés!



Correspondance:
Dr Sven Streit
Wissenschaftlicher
Mitarbeiter
Berner Institut für
Hausarztmedizin
Universität Bern
Gesellschaftsstrasse 49
CH-3012 Bern
sven.streit[at]
biham.unibe.ch