



Prise en charge de l'accident vasculaire cérébral aux Antilles-Guyane

Julien Joux
Service de neurologie
du CHU
de Martinique
« stroke unit »,
Hôpital Pierre Zobda
Quitman,
Fort-de-France

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est un terme générique regroupant une constellation d'affections. Deux sous-types principaux dominent : l'infarctus cérébral représentant 80 % des AVC, correspondant à l'occlusion d'une artère cérébrale et l'hémorragie intracérébrale, correspondant à une rupture de ces mêmes artères.

Les causes identifiées des AVC sont les facteurs de risque vasculaires dits traditionnels : l'hypertension artérielle, le diabète, le tabac, les dyslipidémies, l'obésité, la sédentarité... Il existe des causes génétiques et environnementales encore mal définies.

Longtemps négligé par l'ensemble du corps médical et surtout de la neurologie par son absence d'opportunités thérapeutiques, l'AVC est aujourd'hui au cœur des préoccupations nationales. En effet cette pathologie, mal connue du grand public, est la première cause de handicap acquis après 35 ans, la seconde cause de mortalité et la seconde cause de démence dans le monde. Actuellement, le nombre mondial d'AVC par an est estimé à 16 millions (2005) et passerait à 23 millions en 2030 [42].

En France métropolitaine, les données disponibles les plus fiables proviennent du registre dijonnais [4]. En étendant cette analyse au reste du territoire, il y aurait de 100 000 à 145 000 nouveaux AVC par an. Il est important de souligner que 15 à 20 % de ces patients décéderont au terme du premier mois. À noter également que l'AVC n'est pas une pathologie réservée aux patients âgés, en effet, 25 % ont moins de 65 ans lors du premier événement [4].

Depuis 2003 en France, la thrombolyse intraveineuse peut être utilisée pour « déboucher » l'artère en cause dans l'infarctus cérébral et éviter tout ou partie du handicap séquentiel. Elle n'est utilisable que dans les premières heures et nécessite une filière organisée avec une coordination parfaite entre neurologues, urgentistes, Samu et radiologues. Seule une minorité des patients en bénéficie (1 % en 2005) [5] et probablement toujours inférieure à 5 % actuellement.

La prise en charge spécifique dans les unités neuro-vasculaires (UNV) apporte un bénéfice net dans les premiers jours après l'AVC en termes de survie par rapport aux services d'hospitalisation traditionnels. Vingt-deux UNV étaient recensées en 1999 sur le territoire national, 58 en 2006, 116 fin 2012.

Enfin, le dernier volet de la prise en charge réside dans le suivi au long cours des patients victimes d'AVC. Éviter un AVC ou une récurrence d'AVC, c'est avant tout dépister et traiter les facteurs de risques vasculaires traditionnels. Ce programme passe par les médecins

traitants en prévention primaire, et des structures « d'éducation thérapeutique » en prévention secondaire.

La population des Antilles-Guyane est métissée avec une origine africaine prépondérante (70 % sur une étude génétique martiniquaise) [25]. La répartition des facteurs de risque est très différente de celle de la métropole avec une prévalence plus élevée du diabète et de l'hypertension artérielle ; moindre pour le tabagisme. La démographie médicale révèle un manque de médecins généralistes et spécialistes [8]. Dans ce contexte, comment s'organise cette difficile prise en charge des AVC, grande consommatrice de moyens humains et matériels ?

Épidémiologie des AVC dans la région Antilles-Guyane

Dans les Antilles-Guyane, les seules données épidémiologiques disponibles proviennent de Martinique, avec les études Ermancia I et II. La partie I, réalisée en 1999, a enregistré tous les cas d'AVC survenus pendant une année sur l'île. Les résultats ont confirmé les conclusions des séries afro-américaines avec un taux annuel d'AVC supérieur de 1,5 fois à celui constaté dans la population métropolitaine (Ermancia I) [38]. Les facteurs de risque étaient répartis différemment chez les patients afro-caribéens par rapport aux séries métropolitaines avec 2 fois plus de diabète notamment, mais un tabagisme 3 fois moins important. Il était donc difficile de conclure quant à ce surplus d'AVC en Martinique, les facteurs génétiques ou environnementaux restant difficile à explorer.

La seconde partie d'Ermancia, réalisée en 2012 avec la même rigueur épidémiologique, apportait déjà un élément de réponse. Il a été observé durant 2012 une réduction de 30 % du nombre d'AVC par rapport à 1999 [32]. Le taux annuel rejoignait donc celui de métropole. Ces données ont d'abord permis de conclure que la part génétique avait une moindre importance si elle existait. En effet, la plus grande réduction du nombre d'AVC s'observait chez les femmes de 50 à 70 ans, la cible la plus attentive aux campagnes de prévention des facteurs de risque des dix dernières années. Cette réduction du nombre d'AVC classait la Martinique au même niveau que la métropole et les capitales étrangères, montrant l'efficacité des mesures de prévention.

Aucune donnée n'est encore disponible en Guadeloupe et en Guyane. Cependant, l'étude India en cours de finalisation a pour but, entre autres, de mesurer l'incidence des AVC en Guyane. La Guadeloupe finalise actuellement la création d'un registre des AVC.

Les structures de soin dans la région Antilles-Guyane

Comme nous le rappelions en introduction, lors d'un AVC, deux mesures permettent de réduire le handicap

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 61.

et d'augmenter la survie : la réalisation d'une thrombolyse intraveineuse, sous certaines conditions, dans les premières heures et l'hospitalisation en unité neuro-vasculaire dans les premiers jours.

En Martinique, une unité neuro-vasculaire est ouverte dès 2003 sous l'influence du seul universitaire neurologue de la Caraïbe. Il existe alors une astreinte 24/24h. La thrombolyse à la phase aiguë a été utilisée dès la première année. De 10 patients traités par an initialement, 110 en ont bénéficié dans l'année 2010, soit 20 % des AVC ischémiques.

En Guadeloupe, la thrombolyse intraveineuse va être utilisée moins fréquemment de 2003 à 2010, puis l'arrivée d'un médecin neuro-vasculaire dédié va modifier cette prise en charge avec ouverture d'une UNV (2010) et une utilisation des thrombolytiques actuellement comparable à celle de la Martinique.

En Guyane, la thrombolyse est également proposée aux patients depuis 2003, mais du fait de l'absence de spécialiste neuro-vasculaire sur le territoire, ce geste est prescrit par les urgentistes conseillers de l'astreinte neuro-vasculaire de Martinique au téléphone. Une unité neuro-vasculaire dédiée doit ouvrir à Cayenne dans le courant de l'année 2015.

Des programmes de coopération Antilles-Guyane existent donc déjà et devraient encore se développer. Un projet de télémédecine est en cours entre la Guyane (Cayenne, Kourou, Saint-Laurent du Maroni) et la Martinique. La Guadeloupe a aussi développé des programmes de télémédecine avec les îles alentour (Saint-Martin, Saint-Barthélemy).

Enfin, si la situation médicale aux Antilles-Guyane est difficile par son manque de médecins, la prise en charge des AVC se développe avec des résultats très prometteurs. Une des explications de ce succès est l'unité de lieu des structures médicales sur les différents territoires et la plus grande facilité de coordination des structures universitaires de petite taille. Le fonctionnement de ces filières repose cependant sur la volonté de quelques personnes convaincues par cette prise en charge et la mobilité médicale, importante dans cette zone, tend à fragiliser voire à faire disparaître l'organisation mise en place.

Les particularités de l'AVC dans la région Antilles-Guyane

La réduction de l'incidence des AVC entre 1999 et 2012 en Martinique (Ermancia I et II) s'est faite sur une partie de la population, les femmes entre 50 et 70 ans, les plus sensibles aux mesures de prévention. Ce résultat nous permet d'impliquer les facteurs de risque traditionnels dans la survenue d'AVC. Cependant, nous ne pouvons négliger les facteurs génétiques et environnementaux. En effet, les sous types d'AVC ne sont pas les mêmes entre les Afro-caribéens et les Caucasiens métropolitains.

À titre d'exemple, les localisations de l'athérome responsables d'infarctus cérébraux sont différentes selon les deux populations (les plaques d'athérome étant

pourtant très liées aux facteurs de risque traditionnels). Cet athérome se trouve dans la région cervicale sur les artères carotides chez les Caucasiens alors qu'il se trouve sur des artères à l'intérieur du cerveau chez les Afro-caribéens. Cette différence est majeure car les artères de la région cervicale sont accessibles à un geste chirurgical en prévention secondaire contrairement aux artères intracrâniennes. Nous retrouvons également cette différence de localisation dans les dysplasies fibro-musculaires [18] (pathologie de la paroi des vaisseaux de nature encore indéterminée mais non liée aux facteurs de risque traditionnels). De même, les AVC du sujet jeune en métropole sont fréquemment liés à une dissection (« déchirure ») des artères cervicales. Chez les Afro-caribéens, ces dissections sont anecdotiques.

Ces différences de localisation de la pathologie athéromateuse sont très discutées, l'implication des facteurs de risque (moins de tabac, plus de diabète et d'hypertension pour la population afro-caribéenne) reste possible mais n'explique pas ces différences. Il est donc fort probable que la part génétique et/ou environnementale soit responsable.

La pratique de la pathologie neuro-vasculaire dans la région Antilles-Guyane doit être adaptée à ces particularités, car les explorations et les traitements diffèrent. Peu d'études de grande envergure se sont concentrées sur cette population. Un travail de recherche conséquent est nécessaire pour améliorer et adapter la prise en charge des AVC dans ces régions.

Conclusion

Les AVC dans la région Antilles-Guyane étaient plus fréquents que dans les régions métropolitaines il y a encore quelques années. Ces différences sont en train de s'estomper, probablement grâce à une plus grande maîtrise des facteurs de risque vasculaires. Le changement de mentalité vis-à-vis de ces facteurs de risque a été plus long mais s'opère de la même façon qu'en métropole, aidé des programmes nationaux et locaux de prévention.

L'organisation de la prise en charge des AVC dans la région Antilles-Guyane s'est développée au même titre que sur le territoire métropolitain, avec actuellement une unité neuro-vasculaire implantée sur chaque île et très prochainement en Guyane. La mise en place de ces filières de soins semble toutefois plus facile dans les petites structures insulaires des Antilles qui centralisent l'ensemble des soins avec des résultats probants rapides.

L'AVC dans les Antilles-Guyane a ses particularités et nécessite des praticiens spécifiquement formés. L'amélioration des soins passera inévitablement par un travail conséquent de recherche hospitalo-universitaire.

Le maintien au long cours de la qualité de la prise en charge reste fragile dans cette région du fait d'une attractivité médicale faible et d'une forte mobilité des praticiens. Le défi pour les prochaines années sera de stabiliser ces filières de soins. 🐟

