



Etude Transat: impact de l'évacuation sanitaire transatlantique sur le pronostic des HSA par rupture d'anévrisme, étude cas/témoins

Problème: l'embolisation des anévrismes rompus responsables d'hémorragies méningées (HSA) en Guadeloupe (Gua) est réalisée à l'hôpital Fondation Rotshchild (HFAR), à Paris, depuis 15 ans. L'évacuation sanitaire aéronautique entraîne plusieurs problèmes: délai d'embolisation, risque médical lié à l'altitude, transport d'un patient neuro-lésé dans un environnement inadéquat.

Matériel et méthodes: à partir des 659 patients pris en charge à l'HFAR pour une HSA anévrismale entre le 1er janvier 2010 et le 31 décembre 2019, nous avons constitué 2 cohortes de 93 patients (groupes Guadeloupe, Gua et métropole, M) appariés sur l'âge (+/- 7 ans), le sexe, et les scores de gravité, WFNS et Fisher. Le critère de jugement principal était le pourcentage de bons pronostics cliniques (mRS 0-3) à 1 an +/- 2 mois. Les critères secondaires incluaient le délai de sécurisation des anévrismes, les complications liées au vol, ainsi que les complications en réanimation. Une analyse descriptive des données a été réalisée, présentée par effectif et pourcentage pour les variables quantitatives, moyenne et écart-type ou médiane et écart interquartile pour les variables qualitatives. La comparaison entre les groupes a été faite par les tests de Student, Chi2, Fisher, Wilcoxon selon le type de données et la normalité de la distribution.

Résultat et discussion: 65 patients (74,7%) du groupe Gua versus 72 patients (81,8%) du groupe M avaient un mRS ≤ 3 (p=0.3, figure). L'odd-ratio de l'effet du transport aérien sur le risque d'avoir un mRS > 3 à 1 an était de 2,1 (IC 0,9-5,3, p=0,1), et de 3,2 (IC 0,8-13,6 p=0,1) après ajustement sur le délai d'embolisation. Le délai moyen de sécurisation anévrismale était de 65 (ET 83) heures versus 31 (ET 22) heures en métropole (p=0.004). Malgré des incidences d'hydrocéphalies aiguës similaires (50 versus 44 %, p=0.4), les patients du groupe Gua étaient plus nombreux à recevoir une DVE (55% versus 39%, p = 0.02), à être intubés (59% versus 38%, p = 0.003) et à présenter une pneumopathie acquise sous ventilation mécanique (21,7% versus 8,6 %, P=0.01). Environ 10% des patients Gua avaient une DVE sans diagnostic d'hydrocéphalie alors qu'environ 14% des patients M avaient une hydrocéphalie sans avoir de DVE. Seulement un anévrisme sur 93 a réaiguë durant le transport.

Discussion: certaines DVE étaient mises en place pour sécuriser le transport aérien, certains patients n'étaient pas extubés avant leur transfert. Néanmoins, ni ces techniques invasives, le délai d'embolisation ou les conditions de transport n'impactaient significativement le pronostic neurologique à 1 an. La prise en charge actuelle des HSA anévrismales en Guadeloupe nécessitant le transfert sanitaire aérien en métropole paraît donc une pratique sûre. L'appariement des deux groupes sur des critères démographiques et des scores de gravité confère à cette étude le plus haut niveau de preuve possible pour une telle comparaison (randomisation éthiquement impossible).

RÉPARTITION DES MRS ENTRE LES GROUPES

