

Accident Vasculaire Cérébral (AVC)

Prise en charge précoce

Phase pré-hospitalière

Dr. Alban CHANTEGRET, SAMU 21

16^{ème} JMUB - 15 octobre 2009



HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

Accident vasculaire cérébral (AVC) : prise en charge précoce

(alerte, phase pré-hospitalière, phase hospitalière initiale,
indications de la thrombolyse)



Objectifs de ces recommandations

- Optimiser la filière pré-hospitalière et intra-hospitalière des patients avec suspicion d'AVC
- Réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles
- Améliorer les pratiques professionnelles des médecins régulateurs des SAMU, des urgentistes, et de l'ensemble des professionnels intervenants dans cette PEC



Messages clés - Préambule

- L'AVC est une urgence absolue
- Tout déficit neurologique brutal transitoire ou prolongé impose l'appel immédiat au SAMU Centre 15
- Le médecin régulateur doit proposer en priorité tout patient ayant des signes évocateurs d'un AVC à une UNV
- Les patients ayant des signes évocateurs d'un AVC doivent avoir très rapidement une imagerie cérébrale, autant que possible par IRM
- Après avis neuro-vasculaire et si elle est indiquée, la thrombolyse doit être effectuée le plus tôt possible



Evaluation du patient

- Echelle FAST:
 - Pour paramédicaux et premiers secours
- Echelle NIHSS:
 - Pour tout médecin urgentiste
- Rappels :
 - FAST : outil diagnostique
 - NIHSS : échelle de sévérité
 - Glasgow : évalue l'état de vigilance

Echelle FAST

D'après Kleindorfer *et al.*, 2007 {Kleindorfer 2007 4241}

SIGNS and SYMPTOMS of Stroke **For a Brain Attack think F-A-S-T**



F=face numbness or weakness especially one side



A=arm numbness or weakness especially one side of body



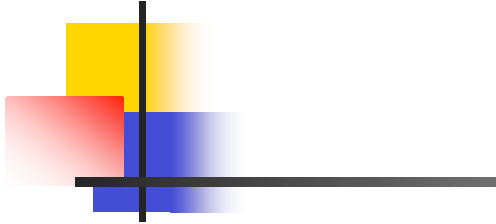
S=speech slurred or difficulty speaking or understanding



T=time to call 911 if these occur suddenly or are accompanied by: the loss of vision, the loss of balance with dizziness or the worst headache of your life, with no known cause, both sudden and severe.

Time is of the essence – treatment with tPA needs to begin within three hours of onset.

Echelle NIHSS de la SFNV



Item	Intitulé	Cotation	score	
1a	vigilance	0 vigilance normale, réactions vives 1 trouble léger de la vigilance : obnubilation, éveil plus ou moins adapté aux stimulations environnementales 2 coma ; réactions adaptées aux stimulations nociceptives 3 coma grave : réponse stéréotypée ou aucune réponse motrice		
1b	orientation (mois, âge)	0 deux réponses exactes 1 une seule bonne réponse 2 pas de bonne réponse		
1c	commandes (ouverture des yeux, ouverture du poing)	0 deux ordres effectués 1 un seul ordre effectué 2 aucun ordre effectué		
2	oculomotricité	0 oculomotricité normale 1 ophthalmoplogie partielle ou déviation réductible du regard 2 ophthalmoplogie horizontale complète ou déviation forcée du regard		
3	champ visuel	0 champ visuel normal 1 quadrinopie latérale homonyme ou hémianopie incomplète ou négligence visuelle unilatérale 2 hémianopie latérale homonyme franche 3 cécité bilatérale ou coma (1+0)		
4	paralysie faciale	0 motricité faciale normale 1 asymétrie faciale modérée (paralysie faciale unilatérale incomplète) 2 paralysie faciale unilatérale centrale franche 3 paralysie faciale périphérique ou diplogie faciale		
5	motricité membre supérieur	0 pas de déficit moteur proximal 1 effacement dans les 10 secondes, mais sans atteindre le plan du lit. 2 effort contre la pesanteur, mais le membre chute dans les 10 secondes sur le plan du lit. 3 pas d'effort contre la pesanteur (le membre chute mais le patient peut réaliser une contraction musculaire avec ou sans mouvement du membre.) 4 absence de mouvement (coter 4 si le patient ne fait aucun mouvement volontaire) X cotation impossible (amputation, arthroplastie)	Dt	G
6	motricité membre inférieur	0 pas de déficit moteur proximal 1 effacement dans les 5 secondes, mais sans atteindre le plan du lit. 2 effort contre la pesanteur, mais le membre chute dans les 5 secondes sur le plan du lit. 3 pas d'effort contre la pesanteur (le membre chute mais le patient peut faire un mouvement tel qu'une flexion de hanche ou une adduction.) 4 absence de mouvement (le patient ne fait aucun mouvement volontaire) X cotation impossible (amputation, arthroplastie)	Dt	G
7	ataxie	0 ataxie absente 1 ataxie présente pour 1 membre 2 ataxie présente pour 2 membres ou plus		
8	sensibilité	0 sensibilité normale 1 hyposensibilité mineure à modérée 2 hyposensibilité sévère ou anesthésie		
9	langage	0 pas d'aphasie 1 aphasie discrète à modérée : communication informative 2 aphasie sévère 3 mutisme : aphasie totale		
10	dysarthrie	0 normal 1 dysarthrie discrète à modérée 2 dysarthrie sévère X cotation impossible		
11	extinction, négligence	0 absence d'extinction et de négligence 1 extinction dans une seule modalité, visuelle ou sensitive, ou négligence partielle auditive, spatiale ou personnelle. 2 négligence sévère ou anosognosie ou extinction portant sur plus d'une modalité sensorielle		
		Total		



Régulation Samu Centre 15

- Pour tout patient suspect d'AVC ou AIT:
 - Appel au médecin de l'UNV la plus proche
 - Orientation du patient décidé entre régulateur et médecin de l'UNV
- L'AIT est une urgence au même titre que l'AVC



Transport du patient - Grands principes (1)

- Le Smur ne doit pas retarder le PEC
- Smur si :
 - Troubles de la vigilance
 - Détresse respiratoire
 - Instabilité hémodynamique
- Evaluation médicale (Smur, MSP, MT)
 - Si doute diagnostique et UNV éloignée



Transport du patient - Grands principes (2)

- Dossier médical :
 - Heure du début des symptômes
 - Echelle NIHSS
- Prélèvements sanguins si transport médicalisé
- ECG si transport médicalisé



Transport du patient - Grands principes (3)

- Glycémie capillaire à autoriser en préhospitalier par IDE
- Glycémie :
 - Hypoglycémie : corrigée en préhospitalier
 - Hyperglycémie : PAS de correction



Transport du patient - Grands principes (4)

- Transport en décubitus dorsal:
 - Si pas de signes d'HTIC
 - Si pas de trouble de la vigilance
 - Si pas de nausées ou vomissements
- Pas de TTT d'une HTA (sauf si retentissement extraneurologique (OAP))
- OxygénoTTT si $\text{SatO}_2 < 95\%$



Thrombolyse IV: Rappels

- Par rt-PA
- Recommandée jusqu'à 4 heures 30
- Envisagée si > 80 ans jusqu'à 3 heures
- Envisagée si < 18 ans
- Indication réévaluée si gly. initiale > 11mmol/l
- NIH entre 4 et 22
- Prescrite par Neurologue ou médecin titulaire du DIU de patho.neuro-vasculaire
- Patient surveillé en UNV (transfert secondaire)



Merci de votre attention
