

Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce

(alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale,
indications de la thrombolyse)

Mai 2009

OBJECTIFS DES RECOMMANDATIONS

- Identifier les éléments d'information du grand public pour le sensibiliser aux signes d'alerte et à l'urgence de la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral (AVC)
- Optimiser la filière préhospitalière et intrahospitalière initiale des patients ayant une suspicion d'AVC, afin de pouvoir proposer une meilleure prise en charge au plus grand nombre possible de patients atteints d'AVC
- Réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles associées aux AVC grâce à une prise en charge multiprofessionnelle précoce, réalisée le plus rapidement possible en unité neuro-vasculaire (UNV) ou à défaut dans un établissement ayant structuré une filière de prise en charge des patients suspects d'AVC en coordination avec une UNV
- Améliorer les pratiques professionnelles des médecins régulateurs des Samu Centre 15, des urgentistes et de l'ensemble des professionnels intervenant dans la prise en charge précoce des AVC, y compris des accidents ischémiques transitoires (AIT)

MESSAGES CLÉS

- L'AVC est une urgence absolue
- Tout déficit neurologique brutal transitoire ou prolongé impose l'appel immédiat du 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

Sensibilisation et information de la population générale

Population	Mode d'information	Messages clés
Grand public	Campagnes d'information	<ul style="list-style-type: none"> Reconnaissance des signes faisant évoquer un AVC ou un AIT (message FAST) Urgence de la situation Appel du Samu Centre 15 Existence d'une prise en charge et de traitements d'autant plus efficaces que précoces
Patient à risque vasculaire (antécédent d'AVC, d'infarctus du myocarde, artériopathie des membres inférieurs, HTA, diabète...) et son entourage	Message transmis par le médecin traitant	<ul style="list-style-type: none"> <i>Idem</i> en insistant sur l'appel immédiat au Samu Centre 15 en premier lieu

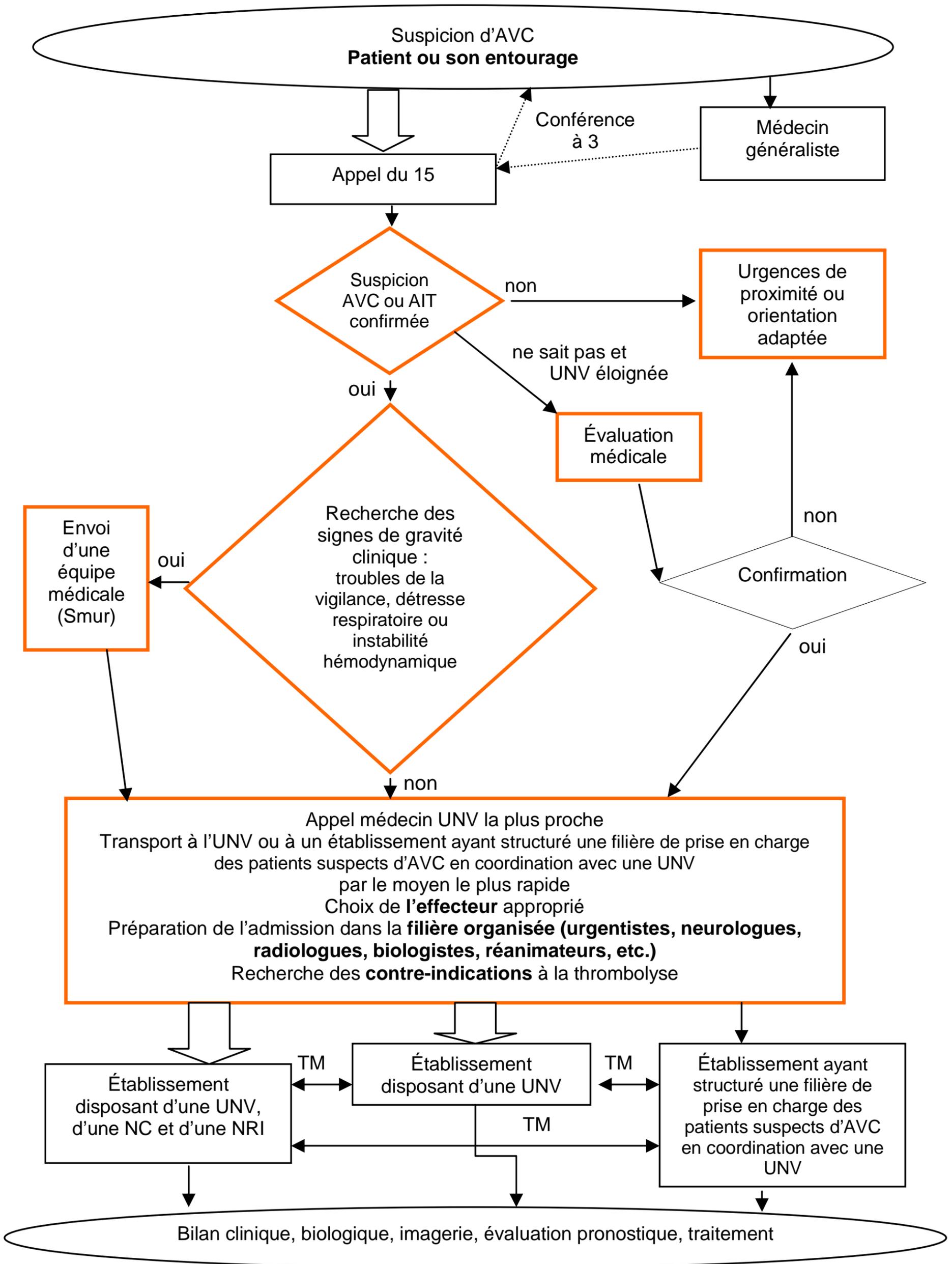
FAST : *Face Arm Speech Time* (message dérivé de l'échelle préhospitalière de Cincinnati) : perte de force ou engourdissement au visage, perte de force ou engourdissement au membre supérieur, trouble de la parole : appeler le service de prise en charge en urgence si l'un de ces 3 symptômes est survenu de façon brutale ou est associé à l'apparition brutale de troubles de l'équilibre, ou de céphalée intense, ou d'une baisse de vision

Sensibilisation et formation de l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge des patients ayant un AVC

Population	Mode de formation	Points clés
Permanenciers auxiliaires de régulation médicale des Samu Centre 15 Standardistes des centres de réception des appels médicaux	Formation spécifique et continue	<ul style="list-style-type: none"> Identification des patients ayant des signes évocateurs d'un AVC en utilisant les 5 signes d'alerte de l'ASA
Pompiers Ambulanciers Secouristes		<ul style="list-style-type: none"> Identification et prise en charge de l'AVC à la phase aiguë en utilisant le message FAST
Professionnels médicaux et paramédicaux <ul style="list-style-type: none"> de la filière d'urgence prenant en charge des patients à risque vasculaire 		<ul style="list-style-type: none"> Considérer tout déficit neurologique brutal, transitoire ou prolongé comme une urgence absolue Noter l'heure exacte de survenue des symptômes Connaître l'efficacité de la prise en charge en UNV et les traitements spécifiques de l'AVC Savoir que l'AIT est une urgence et justifie une prise en charge neuro-vasculaire immédiate

ASA : *American Stroke Association* ; FAST : *Face Arm Speech Time* (message dérivé de l'échelle préhospitalière de Cincinnati) ; les 5 signes d'alerte de l'ASA sont la survenue brutale : d'une faiblesse ou d'un engourdissement soudain uni ou bilatéral de la face, du bras ou de la jambe ; d'une diminution ou d'une perte de vision uni ou bilatérale ; d'une difficulté de langage ou de la compréhension ; d'un mal de tête sévère, soudain et inhabituel, sans cause apparente ; d'une perte de l'équilibre, d'une instabilité de la marche ou de chutes inexplicables, en particulier en association avec l'un des symptômes précédents.

PRISE EN CHARGE PRECOCE DES PATIENTS



NC : neurochirurgie ; NRI : neuroradiologie interventionnelle ; TM : télémédecine ; UNV : unité neuro-vasculaire

PHASE HOSPITALIÈRE INITIALE

Accueil hospitalier

La **filière intrahospitalière neuro-vasculaire** doit être organisée au préalable et coordonnée avec tous les acteurs impliqués (urgentistes, neurologues, radiologues, biologistes, réanimateurs, etc.) et formalisée avec des procédures écrites. Elle doit privilégier la rapidité d'accès à l'expertise neuro-vasculaire et à l'imagerie cérébrale en organisant au mieux les aspects structurels et fonctionnels

- Les patients adressés vers un **établissement disposant d'une UNV** doivent être pris en charge dès leur arrivée par un médecin de la filière neuro-vasculaire
- Les **établissements recevant des AVC et ne disposant pas d'UNV** doivent structurer une filière de prise en charge des patients suspects d'AVC en coordination avec une UNV
- Un électrocardiogramme et des prélèvements biologiques standard comprenant une hémostase, un hémogramme et une glycémie capillaire sont réalisés en urgence s'ils n'ont pas été faits en préhospitalier
- Un monitoring de la pression artérielle, du rythme cardiaque et de la saturation en oxygène, et une surveillance de la température sont réalisés

Imagerie cérébrale et vasculaire

- Les patients suspects d'AVC aigu doivent avoir un **accès prioritaire 24 h/24 et 7 j/7** à l'imagerie cérébrale, en privilégiant autant que possible l'IRM. Des protocoles de prise en charge des patients suspects d'AVC aigu doivent être formalisés et contractualisés entre le service accueillant ces patients et le service de radiologie
- Une exploration des artères cervicales doit être réalisée précocement devant tout accident ischémique cérébral. Elle est urgente en cas d'AIT, d'infarctus mineur, d'accident ischémique fluctuant ou évolutif

Indications de la thrombolyse

- Dans les établissements disposant d'une UNV, la thrombolyse IV est prescrite par un neurologue (AMM) et/ou un médecin titulaire d'un DIU de pathologie neuro-vasculaire (hors AMM). Le patient doit être surveillé au sein de l'unité neuro-vasculaire
- Dans les établissements ne disposant pas d'une UNV, l'indication de la thrombolyse doit être portée avec téléconsultation par télé-médecine du médecin neuro-vasculaire de l'UNV où le patient sera transféré après thrombolyse (hors AMM)
- La thrombolyse intraveineuse par rt-PA des infarctus cérébraux est recommandée jusqu'à 4 heures 30 après l'apparition des premiers symptômes d'infarctus cérébral (hors AMM). Elle doit être effectuée le plus précocement possible (grade A).

HAS

Ce document présente les points essentiels des recommandations de bonne pratique :

« Accident vasculaire cérébral (AVC) : prise en charge précoce » - Recommandations de bonne pratique

Validation par le Collège de la HAS en mai 2009.

Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité

sur www.has-sante.fr