

# Comment gérer un patient victime d'AVC sur un brancard aux urgences/UHCD

#vismavie

*Journée des filières Cerveau / Trauma'Ara*

*03 octobre 2024*

*Dr Cécile Vallot*

Patient victime d'AVC, non éligible à un traitement de reperfusion (TIV ou NRI)

Pas de lit en UNV avant 12h, 18h, 24h.....

AVCi ou hématome



=> Avis d'expert neurovasculaire

# Quels objectifs pour la neuroprotection?

**Pression artérielle**

**Saturation en O<sub>2</sub>**

**Température**

**Glycémie**

## AVC ischémique

PA tolérée jusqu'à 220 mmHg / 120 mmHg

(Attention)

Recherche

=> SAD /

### URAPIDIL - EUPRESSYL® NEURO

Ampoule 100 mg/20 ml ou 50 mg/10 ml

Alpha bloquant, vasodilatateur

#### INDICATIONS :

⇒ TTT de l'HTA dans l'AVC et l'hématome intracérébral.

RENAU : PEC des AVC au SAU/téléthrombolyse.

#### PRÉPARATION et POSOLOGIE

**OBJECTIF** : éviter une aggravation de l'état neurologique par une diminution excessive ou trop rapide de la PA.

Si PA pas contrôlée malgré urapidil : contacter le médecin neuro vasculaire.

#### ETAPE 1 : surveillance de la PA.

AVC ischémique NON thrombolysé	AVC ischémique thrombolysé Hématome cérébral > 6 h	Hématome cérébral < 6 h
PAS > 220 mmHg et/ou PAD > 120 mmHg	PAS > 180 mmHg et/ou PAD > 105 mmHg Ne pas tenir compte de la PAD si PAS < 160 mmHg si l'adaptation thérapeutique selon le protocole doit être différent en fonction des chiffres de la PAS et de la PAD, tenir compte de la PAS	PAS > 140 mmHg

#### ETAPE 2 : bolus n° 1.

Bolus de 25 mg d'URAPIDIL en IVDL en 20 sec soit 5 ml.

Recontrôler la PA à 15 min puis 1 h après le bolus.

- Si à 15 min et à 1 h la PA est redescendue, reprendre le protocole de l'étape 1 lors de la prochaine mesure tensionnelle prescrite ;
- Si à 15 min ou à 1 h la TA reste élevée, passer à l'étape 3.

#### ETAPE 3 : bolus n° 2.

Bolus de 50 mg d'URAPIDIL en IVDL en 20 sec.

- Si à 15 min et à 1 h la PA est redescendue, reprendre le protocole de l'étape 1 lors de la prochaine mesure tensionnelle prescrite ;
- Si à 15 min ou à 1 h la PA reste élevée, passer à l'étape 4.

## Hématome intracérébral

Si héma

Si héma

(ne pas

dans l'heure

05mmHg

### URAPIDIL - EUPRESSYL® NEURO

Ampoule 100 mg/20 ml ou 50 mg/10 ml

Alpha bloquant, vasodilatateur

#### INDICATIONS :

RENAU : PEC des AVC au SAU/téléthrombolyse.

#### PRÉPARATION et POSOLOGIE

##### ETAPE 4 : PSE : PUR :

Préparer 100 mg (une ampoule de 100 mg ou deux ampoules de 50 mg selon dotation) soit concentration 5 mg/ml.

Commencer à 20 mg/h (soit vitesse 4 ml/h) en adaptant la dose toutes les 15 min la 1<sup>ère</sup> heure puis toutes les heures. Ne jamais dépasser 40 mg/h (soit vit 8 ml/h).

AVC ischémique NON thrombolysé	AVC ischémique thrombolysé Hématome cérébral > 6 h	Hématome cérébral < 6 h
PAS > 220 mmHg et/ou PAD > 120 mmHg + 5 mg/h (+ 1 ml/h)	PAS > 220 : + 10 mg/h (+ 2ml/h)	PAS > 180 : + 10 mg/h (+ 2 ml/h)
200 < PAS ≤ 220 mmHg : + 2,5 mg/h (+ 0,5 ml/h)	200 < PAS ≤ 220 Et/ou PAD > 120 : + 7,5 mg/h (+ 1,5 ml/h)	160 < PAS ≤ 180 : + 7,5 mh/h (+ 1,5 ml/h)
160 < PAS ≤ 200 : même dose	180 < PAS ≤ 220 : et/ou 110 < PAD < 120 + 5 mg/h (+ 1 ml/h)	140 < PAS ≤ 160 : + 5 mg/h (+ 1 ml/h)
150 < PAS ≤ 160 : - 2,5 mg/h (- 0,5 ml/h)	170 < PAS ≤ 180 : + 2,5 mg/h et/ou 105 < PAD < 110 + 2,5 mg/h (+ 0,5 ml/h)	130 < PAS ≤ 140 : + 2,5 mg/h (+ 0,5 ml/h)
PAS ≤ 150 : stop PSE 1 h	150 < PAS ≤ 170 : même dose	120 < PAS ≤ 130 : même dose
	140 < PAS ≤ 150 : - 5 mg/h (- 1 ml/h)	110 < PAS ≤ 120 : - 5 mg/h (- 1 ml/h)
	PAS ≤ 140 : stop PSE 1 h	PAS ≤ 110 : STOP PSE 1 h

ardipine (Loxer

SpO<sub>2</sub> cible > 92%-94% .... Très équipe dépendante  
Oxygénothérapie en fonction

T°C cible = normothermie

Si T°C => prélèvement / bilan infectieux puis antipyrétique

- Etiologie? EI? COVID? IU
- Conséquence de l'AVC? PNP inhalation

Glycémie cible = normoglycémie

Si hyperglycémie => Insuline selon équipe : IVSE ou rattrapage

Perfusion d'attente :

- Privilégier NaCl 0,9%
- Volume en fonction reprise alimentaire / Attention FeVG

**Quelle position?**

## Prévention thrombo-embolique?

### AVC ischémique

Si sténose ou statut des artères non connu  
=> le plus à plat possible

Pas de sténose :  
30° puis 45° selon tolérance

Attente avis neurovasculaire avant lever

Prévention thrombo-embolique dès que immobilisation dans le lit (quasi systématique)

Si AVCi sur découverte de FA : décoagulation selon taille de l'AVC ET sur avis neurovasculaire obligatoire / délai d'introduction à déterminer avec neurovasculaire

### Hématome intracérébral

30° minimum viser PPC

Compression pneumatique intermittente  
Bande de contention (racine des cuisses)  
Massage / bouger dans le lit

Pas d'anticoagulant avant TdMc de contrôle à H24 à H48

**Je le laisse à jeun?**

# Reprise alimentaire selon présence de trouble de la déglutition

- Indication de test de déglutition par IDE formée UNV ou orthophoniste
  - => En cas de symptômes bucco-faciaux : PF / dysarthrie / aphasie
- Test faisable par IDE des urgences :
  - **Patient vigilant, réveillable facilement**
  - **Assis dans le lit, tête en légère flexion antérieure**
  - **Bouche propre**
  - Test préalable : Tirer la langue / mouvement droite/gauche / recul de la langue (faire « krrr ») / faire un bisou, un sourire / déglutition salive spontanée puis à la demande / toux à la demande
  - Essai alimentaire (compote fraîche) : 4 ½ càc puis 4 càc
  - Si ok : test eau pétillante : 4 ½ càc puis 4 càc puis 4 gorgées
    - Si toux / raclement de gorge / voix gargouillante => eau gélifiée
  - Si ok : test eau plate tempérée : 4 ½ càc puis 4 càc puis 4 gorgées
    - Si voix gargouillante => eau stimulante (eau pétillante, eau+sirop, café, thé, eau très fraîche)
    - Si ok => eau tempérée

**Et puis pendant que j'y suis : quel bilan  
étiologique?**

- TOUJOURS :
  - Bilan de base : NFS, plaq, TP, TSA, iono, CRP
  - Glycémie à jeun / HBA1c
  - EAL
- A DISCUTER AU SAU :
  - Bilan hépatique (pré-thérapeutique des statines)
  - TSH (attention peut être faussé en post injection => le faire en amont imagerie?)
- A PREVOIR DURANT SEJOUR HOSPITALIER :
  - Holter rythme ? Pdt séjour
  - ETT (autre type exploration cardiologique : selon avis neurovasculaire (très dépendant du type d'AVC et des ATCD du patient))
- Quel bilan d'imagerie pour quel AVC?
  - Hématome : éliminer malformation => imagerie du polygone de Willis injecté + temps veineux
  - Ischémie : recherche de sténose des TSA => scanner ou doppler TSA



Site Urg'Ara



Merci  
aux Dr Isabelle Berger  
et Dr Pascale Cavalli

*Scannez pour  
découvrir !*



*Téléchargez une  
application gratuite  
QR code pour numériser et  
installer l'application  
urg-ara.fr android*



*Scannez pour  
découvrir !*



*Téléchargez une application QR Code  
gratuite pour numériser et installer  
l'application IOS*

