

Les TAKE-HOME MESSAGE de la matinée Cerveau du 3/10

Enquêtes Ara'AVC (Dr Pascale Cavalli)

Panorama des UNV = description de l'activité des 14 UNV répondantes (sur 16) => enquête reproduite chaque année en avril pour un rendu aux UNV en octobre

1409 TIV (Thrombolyse Intra-Veineuse) réalisées / nombre de télé-TIV non connue mais répartition très inégale sur le territoire : Auvergne >>>> arc alpin sud > Drôme - Ardèche

801 TM (Thrombectomie Mécaniques), dont 258 patients transférés vers centre NRI

EPA'AVC questionnaire structure = description des plateaux techniques et l'accessibilité à l'avis neurovasculaire dans les SU (45 répondants / 74) => enquête reproduite chaque année au printemps, ancillaire à l'enquête « EPA'AVC questionnaire patient », l'objectif étant de produire sous forme de cartographie l'information sur l'accessibilité imagerie / avis neurovasc

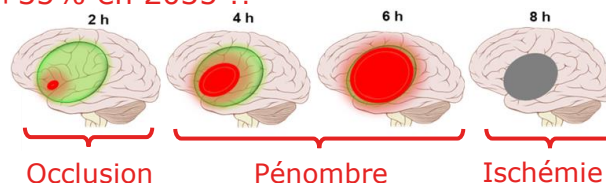
- UNV présente dans les SU >25000 passages/an // NRI dans les SU >40000 passages/an
- Imagerie de perfusion et IRM plutôt dans gros SU (>25000)
- 61% des répondeurs ont recours régulièrement à une télé-expertise alors que 6% utilisent le télé-AVC régulièrement
- 73% des répondeurs ont recours à une télé-interprétation

EPA'AVC questionnaire patient = description parcours patient avec dg AVC et AIT au SU du 24/04 au 13/05 => enquête sera reproduite 2x/an, pdt 15j, prochaine phase du 7 au 21/10/24

- 23 SU soit 215 patients (136 AVCi, 25 hématomes, 53 AIT)
- 46% des patients n'ont pas eu de cotation NIHSS au SU
- Délai admission SU - 1^{ère} imagerie est de 120min
- 13 TIV réalisée dont 38,5% en <60min // 6 patients ont bénéficié d'une TM
- Trop peu d'avis neurovasculaire pour les AIT (seuls 65%)

Up-date scientifique (Dr Florent Lépilliet)

- Epidémiologie des AVC +35% en 2035 !!



- Le passage de la pénombre (zone hypoperfusion encore « sauvable ») à l'ischémie dépend d'une variabilité interpersonnelle (progresseur lent ou progresseur rapide) => SEULE L'IMAGERIE MULTIMODALE permet de connaître la zone d'hypoperfusion, le volume de nécrose et donc de guider la thérapeutique donc **si délai inconnu et déficit handicapant, il faut réaliser IRM ou scanner de perfusion**
- 2 thrombolytiques disponibles :
 - Alteplase = Actilyse ® : délai < 4h30 ET pas de limite d'âge / bolus + PSE
 - Ténecteplase => Métalyse ® : 1 bolus / semble supérieur en pré-NRI sur occlusion proximale
- Sur l'infarctus malin => le seul traitement qui fonctionne est une hémicraniectomie préventive avec volet large
- Hématome intracrânien : objectif tensionnel dans les 6 premières heures < 140/90mmHg
- En post AVCi sur cause emboligène (FA), la reprise des anticoagulants se fait après avis neurovasculaires (AOD préférentiellement). AVCi mineur : reprise à J2, AVCi majeur : reprise à J7

Comment gérer un AVC au SU

Dr Cécile Vallot

	AVCi	Hématome intraparenchymateux
Pression Artérielle	PA tolérée jusqu'à 220mmHg/120mmHg	Si hématome < 6h => Objectif PAS < 140mmHg dans l'heure Si hématome > 6h => Objectif PA < 180mmHg/105mmHg
	AntiHTA par PSE de Nicardipine (Loxen®) ou Urapidil (Eupressyl®)	
SpO2 cible > 92%-94% => Oxygénothérapie		
T°C cible = normothermie (si T°C => prélèvement / bilan infectieux puis antipyrétique)		
Glycémie cible = normoglycémie => Insuline IVSE ou rattrapage Perfusion d'attente : Privilégier NaCl 0,9% / Volume en fonction reprise alimentaire, FeVG		
Position	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	30° minimum viser PPC
	Prévention thrombo-embolique dès que immobilisation dans le lit Si AVCi sur découverte de FA : décoagulation selon taille de l'AVC ET sur avis neurovasculaire obligatoire / délai d'introduction à déterminer avec neurovasculaire	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
Reprise alimentaire	En cas de symptômes bucco-faciaux : PF / dysarthrie / aphasie => Indication de test de déglutition par IDE formée UNV ou orthophoniste Test envisageable si patient bien conscient, assis, bouche propre et tests préalables : sourire / faire « krrr » / avaler sa salive / mobilité bouche gauche-droite Test alimentaire (compote fraîche) puis eau stimulante puis eau tempérée => cf présentation	

Le NIHSS par l'urgentiste : Pour ou Contre?? Dr Normand / Dr Blanc-Lasserre

Analyse quantitative du déficit neurologique : + le score est élevé et + le déficit est grave

Excellente reproductibilité intra et inter observateur et excellente concordance inter évaluateurs entre neurologues et urgentistes

Intérêt pour thérapeutique (TIV, NRI, double anti-agrégation) / pronostic / suivi

Ne pas utiliser pour alerte neurovasculaire **MAIS AVANT DECISION THERAPEUTIQUE (après imagerie et avant télé-TIV)**. Hors alerte TIV : NIHSS à coter systématiquement

Grand message pour le tri à l'IOA ou en régulation : quel patient présenter au neurovasculaire pour discuter une filière de recanalisation aigue?

Dr Cécile Plumereau

- Rechercher la déviation occulocéphalique => très évocatrice d'une occlusion proximale
- Score RACE (6 tests : PF / motricité du bras / motricité de la jambe / déviation de la tête et du regard / aphasie (incapacité à comprendre ou à parler) / agnosie (ne reconnaît pas une partie de son corps ni son déficit) => Si score RACE > 6 => occlusion proximale
- Diplopie binoculaire (cède à l'occlusion d'un œil) => origine centrale
- Il faut alerter le neurovasculaire devant tout déficit significatif même si régressif de <6h

Les TAKE-HOME MESSAGE de l'après-midi Trauma'Ara du 3/10

Désaturation en préhospitalier

T. Rosec, JB. Bouillon

- ❑ Avoir le bon **matériel** et savoir s'en servir
 - ❑ Capteur SpO2 : adapter au patient (adulte/enfant/nourrisson, doigt/oreille)
 - ❑ Dispositif d'oxygénation : lunettes, masque simple, MHC
 - ❑ Dispositif de ventilation : ONHD, VNI, VM
- ❑ Importance de l'**antalgie** et de la **position** (demi-assise si possible)
- ❑ **! hypoxie ! hyperoxie** :
 - ❑ **Objectif SpO2 : 94-98%** (88-92% si risque d'hypercapnie)
 - ❑ Adapter l'oxygénothérapie pour éviter l'hyperoxie prolongée (**titration inversée**)

Désaturation au déchocage

A. Fayard, B. Zerr

- ❑ Dissocier la **gravité** (grade A,B,C) de la **défaillance** et de la/les **causes**
- ❑ Avoir des **fiches réflexes** pour la préparation de la SAUV ou du déchocage en fonction de la gravité
- ❑ Utiliser des **bundles de prise en charge** pour ne pas méconnaître une défaillance complexe
- ❑ **Réévaluer** régulièrement la situation pour **éviter l'effet tunnel**

Traumatisme pénétrant cervical

P. Banco, I. Atallah

- ❑ **Signe alerte = atteinte du platysma** (muscle cutané de la région antérieure du cou)
- ❑ **Principe du "no zone"** : point d'entrée ne correspond pas forcément à la zone lésionnelle (TDM selon protocole du réseau)
- ❑ Utiliser la **gradation** du trauma sévère (lésion anatomique = Grade B) et le **C-ABCDE**
- ❑ **Catastrophic Bleeding** : compression externe souvent inefficace, utiliser **dispositif de compression interne** (ex: sonde de Foley 18F)
- ❑ **Airway** : IOT par principe à risque; réaliser au tant que possible dans milieu sécurisé
 - ❑ Restreindre à l'urgence vitale, **évaluer bénéfice-risque**
 - ❑ **Anticiper** et préparer plusieurs techniques de sécurisation des voies aériennes
 - ❑ En pré- et intrahospitalier : **cricothyroidotomie = technique de sauvetage**
- ❑ Si patient Grade A ou en cas de doute sur la gravité = **accueil direct au bloc**
- ❑ **Si patient Grade A moribond proche** d'un centre **niveau III**: avoir une **procédure locale STOP TECHNIQUE** et **ACCUEIL BLOC DIRECT**



Tous nos référentiels / agenda sur :
www.urgences-ara.fr

