



POUR

l'utilisation du score NIHSS par l'urgentiste



Dr Karine Blanc Lasserre, UNV Valence (Drôme)



Analyse quantitative du déficit neurologique

NIHSS:
LE score de référence
à la phase aigue de
l'AVC

- 15 items
- 0-42
- + score élevé + patient grave
- Le niveau de sévérité de l'AVC est défini par les auteurs de l'article original selon les scores seuils de la manière suivante :

>20	AVC grave
15-20	AVC sévère
5-14	AVC modéré
< 5	AVC mineur

NIHSS:
LE score de référence
à la phase aigue de
l'AVC

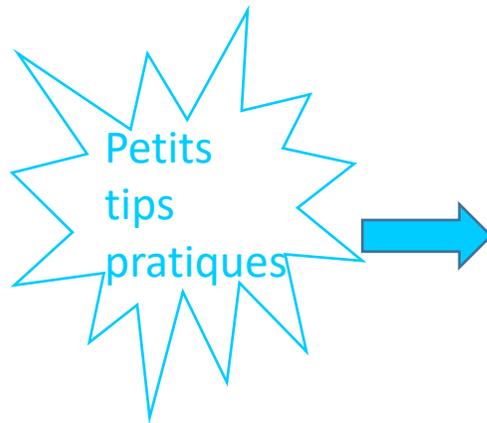
Facile et rapide

L'observateur évalue la capacité du patient à répondre à des questions et à effectuer des activités.

NIHSS:
LE score de référence
à la phase aigue de
l'AVC

Facile et rapide

L'observateur évalue la capacité du patient à répondre à des questions et à effectuer des activités.



- 1 utiliser la version de référence*
- 2 noter les éléments un par un*
- 3 noter ce que FAIT le patient*
 - uniquement ce que vous voyez*
 - 1 seul essai*
 - ne pas entraîner le patient*
 - ne pas revenir en arrière*
- 4 noter tous les déficits y compris préexistants*
- 5 expliquer si non testé*

NIHSS:
LE score de référence
à la phase aigue de
l'AVC

Facile et rapide

L'observateur évalue la capacité du patient à répondre à des questions et à effectuer des activités.

Cela nécessite une FORMATION
formation vidéo et certification possibles sur
<http://www.nihstrokescale.org/>.



échelle d'observation: la prise des mesures par *auto-évaluation* ou par *téléphone* n'est pas possible

NIHSS:
LE score de référence
à la phase aigue de
l'AVC

Fiable

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

Meyer et al, Stroke 2002, 33, 1261 -66.
Goldstein et al, Stroke 1997, 28, 307 -310.
Cummock, Cureus 2023 15(4): e37595

NIHSS:

LE score de référence
à la phase aigue de
l'AVC

Intérêt thérapeutique

1-Selon AMM, thrombolyse tPA possible si
 $5 \leq \text{NIHSS} \leq 25$

NIHSS:

LE score de référence
à la phase aigue de
l'AVC

Intérêt thérapeutique

1-Selon AMM, **thrombolyse** tPA possible si
 $5 \leq \text{NIHSS} \leq 25$

2-Si NIHSS bas et pas d'indication de thrombolyse ,
possibilité de **double antiagrégation plaquettaire**
aspirine clopidogrel si NIHSS < 4 (études CHANCE 2013 et POINT 2018)
OU aspirine ticagrelor si NIHSS ≤ 5 (étude THALES 2020)

NIHSS:

LE score de référence
à la phase aigue de
l'AVC

Intérêt thérapeutique

1-Selon AMM, **thrombolyse** tPA possible si
 $5 \leq \text{NIHSS} \leq 25$

2-Si NIHSS bas et pas d'indication de thrombolyse ,
possibilité de **double antiagrégation plaquettaire**

3-Si pas d'heure de début/délai thrombolyse dépassé ET
occlusion gros tronc, **thrombectomie mécanique**
Si $\text{NIHSS} \geq 6$ (DEFUSE 3) ou ≥ 10 (DAWN)

NIHSS:
LE score de référence
à la phase aigue de
l'AVC

Intérêt thérapeutique

1-Selon AMM, **thrombolyse** tPA possible si
 $5 \leq \text{NIHSS} \leq 25$

2-Si NIHSS bas et pas d'indication de thrombolyse ,
possibilité de **double antiagrégation plaquettaire**

3-Si pas d'heure de début/délai thrombolyse dépassé ET
occlusion gros tronc, **thrombectomie mécanique**

4-Si NIHSS > 16 et patient ≤ 60 ans: envisager
craniectomie décompressive?

NIHSS:
LE score de référence
à la phase aigue de
l'AVC

Valeur pronostique (1)

Corrélation avec la **taille de l'infarctus**, pas toujours visible sur le scanner (surtout en circulation antérieure)

NIHSS:
LE score de référence
à la phase aigue de
l'AVC

Valeur pronostique (2)

Participe à la prédiction du **risque de transformation hémorragique après thrombolyse**

(en association à d'autres facteurs: âge, glycémie, délai de traitement, etc...)

Lancet Neurology, 2010, 15: 925
Cerebrovasc Dis (2011) 32 (4): 334–341.
BMC Neurol 2022; 22:6

NIHSS:
LE score de référence
à la phase aigue de
l'AVC

Valeur pronostique (3)

Permet de **prédire l'évolution clinique** du patient:

- Chances de récupération:
 - NIHSS initial ≤ 6 prédit une bonne évolution
 - NIHSS initial ≥ 16 prédit un risque de décès ou de handicap
- Devenir:
 - NIHSS initial < 5 : 80 % des survivants retournent à domicile
 - NIHSS initial entre 6 et 13: risque de transfert en SSR x5
 - NIHSS initial supérieur à 14: risque de transfert en SSR x10.

NIHSS:

LE score de référence

à la phase aigue de
l'AVC

Analyse quantitative du déficit neurologique

Facile et rapide

Fiable

Intérêt thérapeutique

Valeur pronostique

NIHSS:

LE score de référence
à la phase aigue de
l'AVC

Analyse quantitative du déficit neurologique

Facile et rapide

Fiable

Intérêt thérapeutique

Valeur pronostique

NOTRE LANGAGE COMMUN

NIHSS:
LE score de suivi des
patients

Permet le suivi évolutif

Facilite la détection précoce des aggravation des patients
(transformation hémorragique, extension de l'ischémie,
nouvel AVC....)

NIHSS:

Utilisable en
télémédecine?

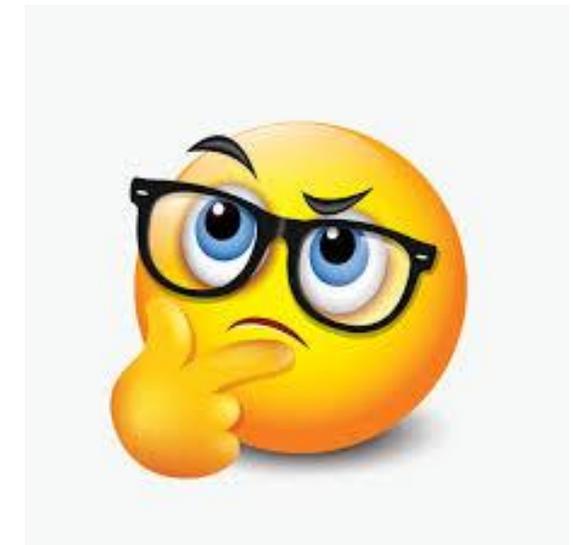
- l'évaluation par vidéo
télémédecine apparaît fiable et
pourrait être une méthode
d'évaluation à distance

- <https://telestroke.massgeneral.org/about.asp>.

Meyer et al., 2005;

Shafqat, Kvedar, Guanci, Chang & Schwamm, 1999

Mais... la télé-médecine reste très peu employée en ARA



Le plus souvent remplacée par une téléexpertise (appel téléphonique + transfert d'imagerie)

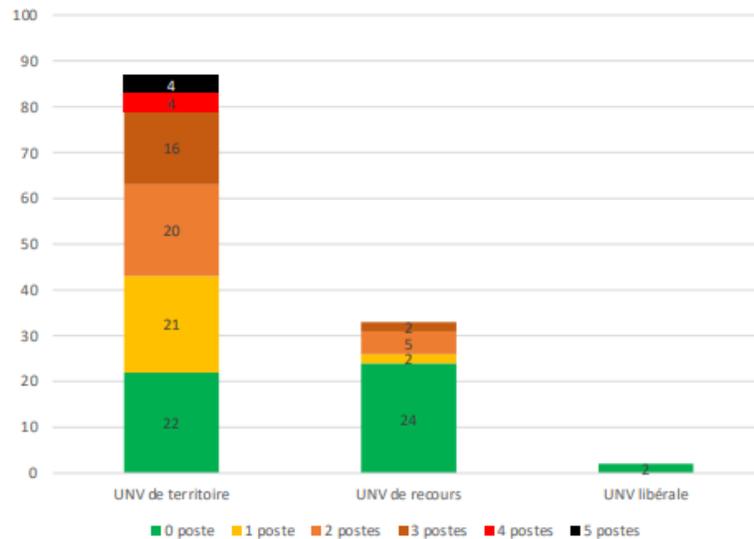
➔ l'évaluation du score NIHSS par le neurologue en visioprésence est rarement possible



Et... il y a de moins en moins de neurologues en UNV



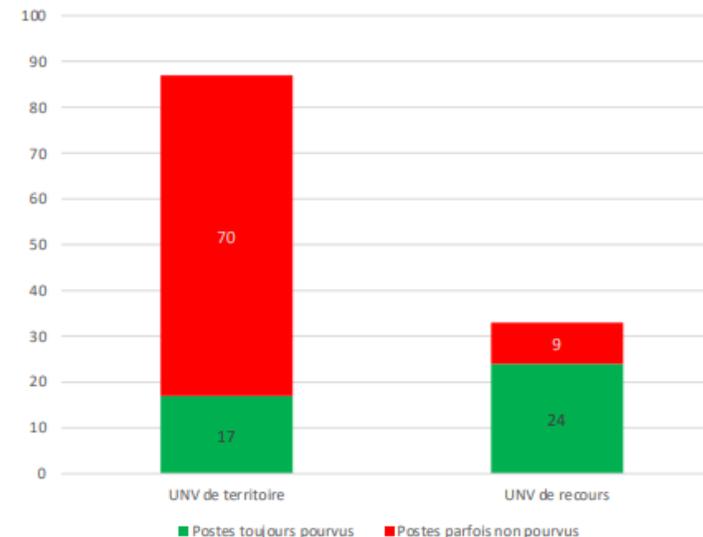
Postes de praticiens vacants :
3 UNV de territoire sur 4
et 1 UNV de recours sur 4



Répartition des postes vacants selon les types d'UNV



Postes d'internes vacants:
80 % des UNV de territoire



D'après une communication du Dr Sablot en 2021

Alors la question c'est plutôt **QUAND FAIRE LE NIHSS?**



- **PAS** en régulation

- pas possible de faire le NIHSS par téléphone
- trop chronophage

Alors la question c'est plutôt **QUAND FAIRE LE NIHSS?**



- **PAS** en régulation

- **PAS** à l'accueil du patient aux urgences :
- il y a d'autres points urgents à évaluer

- 1- Évaluation rapide du déficit
- 2- Récupérer le GIR, ATCD, ttt
- 3- Examen général rapide
- 4- Accompagner le patient à l'imagerie

10-15
mn

Alors la question c'est plutôt **QUAND FAIRE LE NIHSS?**



- **PAS** en régulation
- **PAS** à l'accueil du patient aux urgences
- **PAS** lorsque l'UNV sur place

permet un accueil direct du patient en imagerie par l'équipe neuro

Alors la question c'est plutôt **QUAND FAIRE LE NIHSS?**



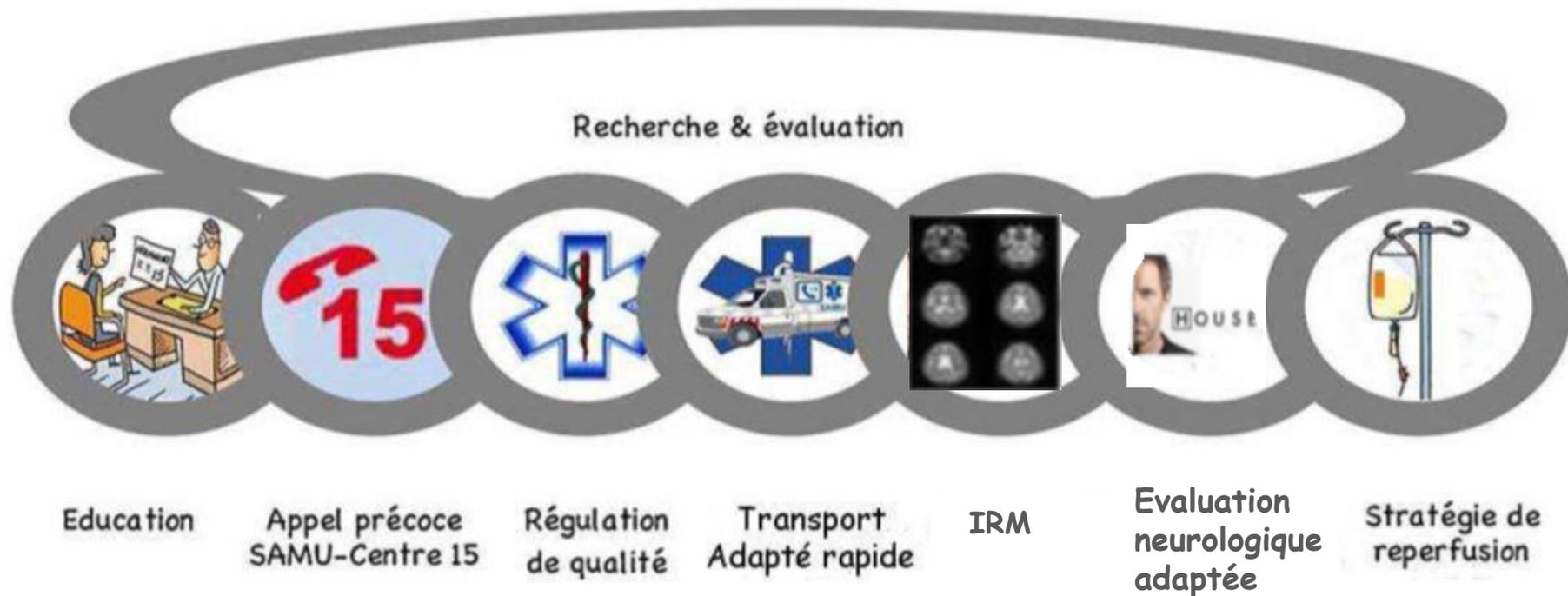
- **PAS** en régulation
- **PAS** à l'accueil du patient aux urgences
- **PAS** lorsque l'UNV sur place permet un accueil direct du patient en imagerie par l'équipe UNV
- **APRES L'IMAGERIE**, avant l'appel au neurologue pour **décision conjointe du traitement**

Alors la question c'est plutôt **QUAND FAIRE LE NIHSS?**



- **PAS** en régulation
- **PAS** à l'accueil du patient aux urgences
- **PAS** lorsque l'**UNV sur place** permet un accueil direct du patient en imagerie par l'équipe UNV
- **APRES L'IMAGERIE**, avant l'appel au neurologue pour **décision conjointe du traitement**
- **LORS du TRANSFERT** SMUR ou TIH en vue d'une thrombectomie

La prise en charge de l'AVC, c'est l'affaire de tous



La défaillance de l'un des maillons a pour constante conséquence un retard dans la reperfusion cérébrale

Audacieuse

Vivante

Créative



Je vous remercie pour votre attention