

Référentiel Transport AVC aigu NRI ou UNV

La filière ARA'AVC vous propose deux référentiels d'aide au choix du vecteur (transport médicalisé ou paramédicalisé ou ambulance simple) pour les transferts de patients victimes d'AVC vers une UNV ou un plateau de thrombectomie. Ces deux procédures reprennent les recommandations de pratiques professionnelles éditées par la SFMU et la SFNV en décembre 2024.

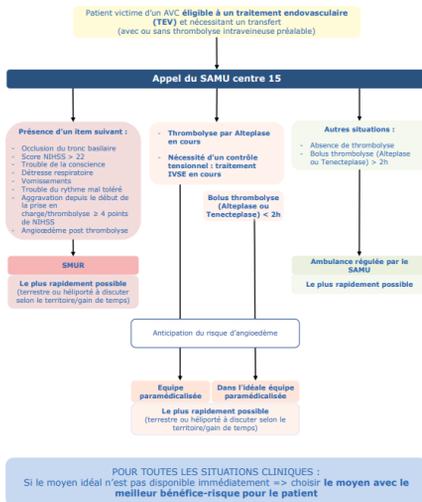
Les critères de sélection du vecteur seront :

- Critères cliniques (NIHSS élevé, trouble de conscience, défaillance respiratoire, aggravation clinique...)
- Nécessité d'un traitement ISE anti-hypertenseur
- Type de thrombolytique et délai entre fin de thrombolyse et transfert

POUR TOUTES LES SITUATIONS CLINIQUES : si le moyen idéal n'est pas disponible immédiatement => choisir le moyen avec le meilleur bénéfice-risque pour le patient

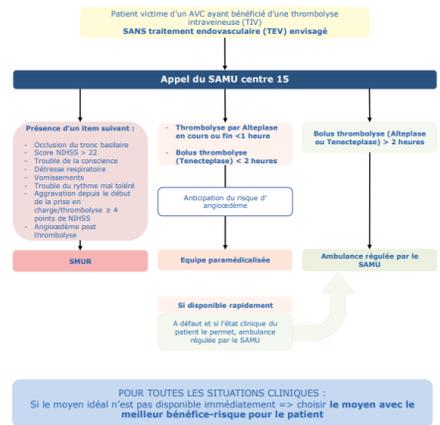
Urg'Ara **Transfert d'un patient AVC éligible à un traitement endovasculaire**

Ce référentiel reprend les recommandations de pratiques professionnelles publiées par la SFMU et la SFNV en décembre 2024.



Urg'Ara **Transfert d'un patient AVC thrombolysé vers une UNV sans thrombectomie envisagée**

Ce référentiel reprend les recommandations de pratiques professionnelles publiées par la SFMU et la SFNV en décembre 2024.



POUR TOUTES LES SITUATIONS CLINIQUES : Si le moyen idéal n'est pas disponible immédiatement => choisir le moyen avec le meilleur bénéfice-risque pour le patient.



Urg'Ara **Kit Damage Control préhospitalier**

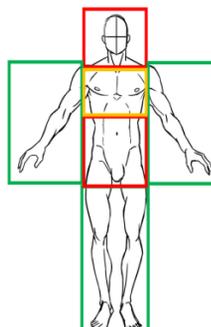
Composition d'un kit pour 1 patient (E = Essentiel, O = Optionnel)

Composant	Quantité	Type
Lutte contre hémorragie		
Garrot tourniquet Adulte	2	E
Garrot tourniquet Pédiatrique (membre de 4cm de diamètre minimum)	2	E
Marqueur	1	E
Pansement compressif type « israélien »	2	E
Pansement (ou bande) hémostatique imprégné non résorbable	1	E
Fil de suture cutanée aiguille droite	1	E
Autre dispositif hémostatique pour plaie pénétrante	1	O
Agrafeuse à peu pour suture cutanée	1	O
Lutte contre hypothermie		
Couverture de survie	1	E
Charlotte de survie	1	O
Kit thoracostomie		
Bistouri manuel à lame	E	
Ciseaux à disséquer	E	
Pince Kocher stérile 14 cm environ	E	
Aiguille d'exsufflation pneumothorax 14G 80mm	2	E
Pansement 3 côtés type Ashermann (ou sparadrapp + emballage compresses)	E	
Kit antiseptie		
Antiseptique à action antimicrobienne rapide	1	E
Compresses stériles (paquet de 5 minimum)	5	E
Sparadrapp	1	E
Kit perfusion		
Cathéter court 22G	1	O
Cathéter court 20G	1	O
Cathéter court 18G	1	O
Cathéter court 16G	1	O
Pansement adhésif transparent	1	O
Bouchon obturateur avec valve anti-retour	1	O
Tubulure à perfusion pré-montée avec robinet 3 voies	1	O
Bande adhésive élastique	1	O
Soluté cristalloïde 500ml	1	O
Acide tranexamique injectable 0,5g/5ml	2	O
Seringue 10ml	1	O
Aiguille 0,7 à 1,1mm x 30 à 40mm (trocard)	1	O
Garrot plat caoutchouc	1	O
Ciseaux universels	1	O



Kit Damage control préhospitalier

Le groupe de travail Urg'Ara SSE vous propose un nouveau référentiel rappelant les éléments essentiels et optionnels pour la constitution de votre kit damage control. Le kit est prévu pour 1 victime. Le kit est accompagné d'une aide cognitive sur l'utilisation des garrots tourniquets, pansements compressifs et hémostatiques.



Zone non garrottable
Pansement hémostatique +/- Pansement compressif

Zone garrottable
Garrot tourniquet à la racine du membre

Thorax
Pansement trois côtés type Asherman

Bassin
Ceinture pelvienne



La filière Cerveau poursuit ses travaux de description de la prise en charge des AVC dans les services d'urgences. Ainsi, du 7 au 21 avril 2025 aura lieu la 3ème phase de recueil de l'étude EPA'AVC. Cette étude inclut tous les patients ayant un diagnostic AVC ou AIT au décours de leur passage dans un service d'urgence. Elle décrit le parcours du patient : délai symptôme-arrivée CH, délai d'imagerie, NIHSS, type imagerie, thérapeutique (TIV ou NRI), devenir du patient et service d'hospitalisation du patient.

En 2024, 2 phases de 14 jours d'inclusion ont eu lieu, et 520 patients ont été inclus (314 AVCi, 57 AVCh, 144 AIT, 5 sans dg) dans 35 Services d'Urgence de la région montrant les résultats suivants :

- Les délais d'accès sont les mêmes quels que soient la taille ou le plateau technique de l'établissement
- Le recours à l'avis neurovasculaire est possible également dans tous les établissements
- Pour les AVCi admis <6h suivant le début des symptômes, on peut décrire les résultats suivants :
 - délai médian admission-TIV = 91 min
 - délai médian imagerie-TIV = 41.5 min
 - TIV réalisées <60 min dans 23.5% des cas (32 % dans les établissements avec UNV)

Les prochaines phases permettront d'affiner les données suivantes :

- Le manque de complétudes du score NIHSS aux urgences
- Le nombre d'avis neurovasculaires dans l'AIT au vu des recommandations récentes
- Les délais entre imagerie et TIV témoignant d'organisations internes à fluidifier
- L'imagerie de perfusion non encore démocratisée notamment en TDM
- Le suivi de l'évolution d'utilisation de la ténecteplase

Référentiel Arrêt cardiaque adulte MCS

Un travail conjoint entre le groupe AC et nos partenaires Médecins Correspondants du SAMU

Le référentiel est classé dans le **nouvel onglet MCS sur le site ainsi que sur l'application mobile Urg'Ara**



		ARRET CARDIAQUE Adulte MCS	Auteur : Service de Travail Interdisciplinaire Date : Mars 2025 Version : 001
PRISE EN CHARGE AVANT RACS			
Fréquence 100-120/min, Profondeur 5 cm (max 6cm)		Contrôle de la qualité du MCE	
Limiter au maximum les pauses de RCP Changement d'opérateur au mieux toutes les 2min			
S'assurer de l'efficacité de la ventilation			
BAVI avec étanchéité du BAVU avec 2 mains : + RCP 3-4 mains + +/- guidel 30/2 insufflations (1 seconde/insufflation)			
Monitoring du rythme le plus tôt puis /2min			
Élargir le scope : mode DSA initial puis mode manuel pour double défibrillation			
CEE			
En mode manuel : continuer MCE pendant la charge et décharger			
En cas de FV réfractaire (3ème CEE inefficace) : - Si 2 défibrillateurs : mode double défibrillation séquentielle = 2 chocs délivrés immédiatement l'un après l'autre - Si 1 seul défibrillateur : changer positionnement des patches en antéro-postérieur - CEE avec intensité maximale			
Pose VVP Si échec pose >2min => KT IO			
Médicaments de l'AC			
Adrénaline pure 1mg/4min / Dose max 5mg / Dès que décision ECRP arrêt injection Si rythme non choquable : le plus rapidement Si rythme choquable : 1 mg après 3 ^{ème} CEE Cordéone pure Uniquement rythme choquable : 300mg (= 2 ampoules) après 3 ^{ème} CEE puis 150mg (= 1 ampoule) après 5 ^{ème} CEE			
Contrôle des voies aériennes			
Pose lgel per MCE (intubation possible si geste maîtrisé) ou poursuivre au BAVU Contrôle ET/CO2 par pose capteur CO2 après filtre Une fois les voies aériennes contrôlées : MCE en continu ; FR= 10 (une insufflation/6 sec) Dès RACS : FR = 15			
Dès activité électrique => recherche pous central fémoral			
Étiologie			
<ul style="list-style-type: none"> • Hypovolémie • Myxome • Ion Hydraté (acétose) • Myxo/hypokaliémie • Hypothermie • Pneumo-Thorax sous tension • Tamponnade cardiaque • Torsades • Thrombose pulmonaire • Thrombose coronaire 			
Présence des proches durant la RCP spécialisée possible			

SAVE THE DATE

13 mai 2025 => Printemps d'Urg'Ara
 2 octobre 2025 => Journée Pédiatrie / Gériatrie
 11 décembre 2025 => Journée Cardiologie / AC

Tous nos référentiels sur www.urgences-ara.fr

