

Mise en place d'une filiale interne de PEC des AVC

Dr Laetitia LIVERNOIS

Assistant CH de Roanne

CH de Roanne

- Limitrophe de plusieurs départements
- Bassin de santé de 200 000 habitants
- 30 000 passages aux urgences (2008)
- TDM 7j/7 et 24h/24
- IRM aux heures ouvrables
- Rôle pivot dans l'organisation des soins

L'AVC en quelques chiffres

- 3^{ème} cause de mortalité et 1^{ère} cause de handicap acquis
- 145 pour 100 000 habitants en France 75% surviennent après 65 ans
- AVC ischémiques et infarctus cérébraux (85%), AVC hémorragiques (15 %)
- Mortalité précoce estimée à 20% à un mois
- 24 à 53% totalement ou partiellement dépendants
- Récidive (AVCI) est de 30% à 5 ans

HAS, 2002 et 2009

Giroud, M et al., Rev Neurol (Paris). 1989;145(3):221-7

Hankey, G.J. and C.P. Warlow, Lancet, 1999. 354(9188): p. 1457-63.

Sacco, R.L., et al., Stroke, 1997. 28(7): p. 1507-17.

Intérêts d'une filière de soins

- Optimiser la prise en charge des patients suspects d'AVC
- Orienter les patients pouvant bénéficier d'une thrombolyse
- Réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles associées aux AVC
- TIME IS BRAIN
- DHOS/DGS/DGAS n° 2003-517 du 3 novembre 2003 relative à la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux

Historique

- Initiative du Dr Cannamella
- Formation d'un groupe médical de travail
- Revue de la littérature SFNV octobre 2003; HAS 2002; Circulaire 2003; Brott T et al, Stroke 1989;20;864-870
- Elaboration protocoles médicaux et paramédicaux de PEC des AVC
- Vérifié par le Dr Janoura
- Validation par Dr Salzman

Historique

- Groupe de travail paramédical
- Restitution des protocoles de PEC lors d'une réunion de service
- Diffusion par le biais d'un classeur des protocoles
- Lecture obligatoire, avec signature

Historique

- La suite...
 - Formation des internes et nouvelles recrues
 - Protocoles disponibles
 - Evaluation de la diffusion, des bénéfices secondaire à la mise en place de cette filière Rapport d'élaboation d'un référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles, SFNV 2005
 - Mise à jour en fonction des données de la littérature HAS 2009

Présentation de la filière de soins

■ Prise en charge par l'IAO:

Les objectifs:

- Reconnaître les patients présentant un AVC
- Préciser l'heure de survenue des symptômes
- Niveau de tri fonction du délai (jamais de niveau III)
- Réalisation d'une glycémie capillaire

Présentation de la filière de soins

- Prise en charge médicale :
 - Intérêt du score NIHSS (National Institute of Health Stroke Score) Brott T et al, Stroke 1989;20;864-870
 - Reproductible
 - Non opérateur dépendant
 - Sensible et à valeur pronostic
 - Corrélation directe entre le score obtenu et la gravité de l'atteinte cérébrale

A réaliser IMPERATIVEMENT, dès le SAU. A répéter toutes les 12 heures

Présentation de la filière de soins

- Bilan sanguin initial systématique
- ECG
- Radiographie pulmonaire
- Imagerie:
 - IRM ou scanner crânien sans injection dans un délai de une heure
 - Doppler TSA et Echographie cardiaque dès que possible (UHCD)

■ Thérapeutique:

- Aspirine (160mg per os ou 250 mg IV) par jour
- IPP si patient >75 ans
- Décoaguler si dissection extra crânienne, thrombus intra cavitaire ou sténose carotidienne (>60%)
- Ne pas décoaguler si NIHSS > 15, CGS < 10, infarctus étendu, PA > 220/120 mmhg

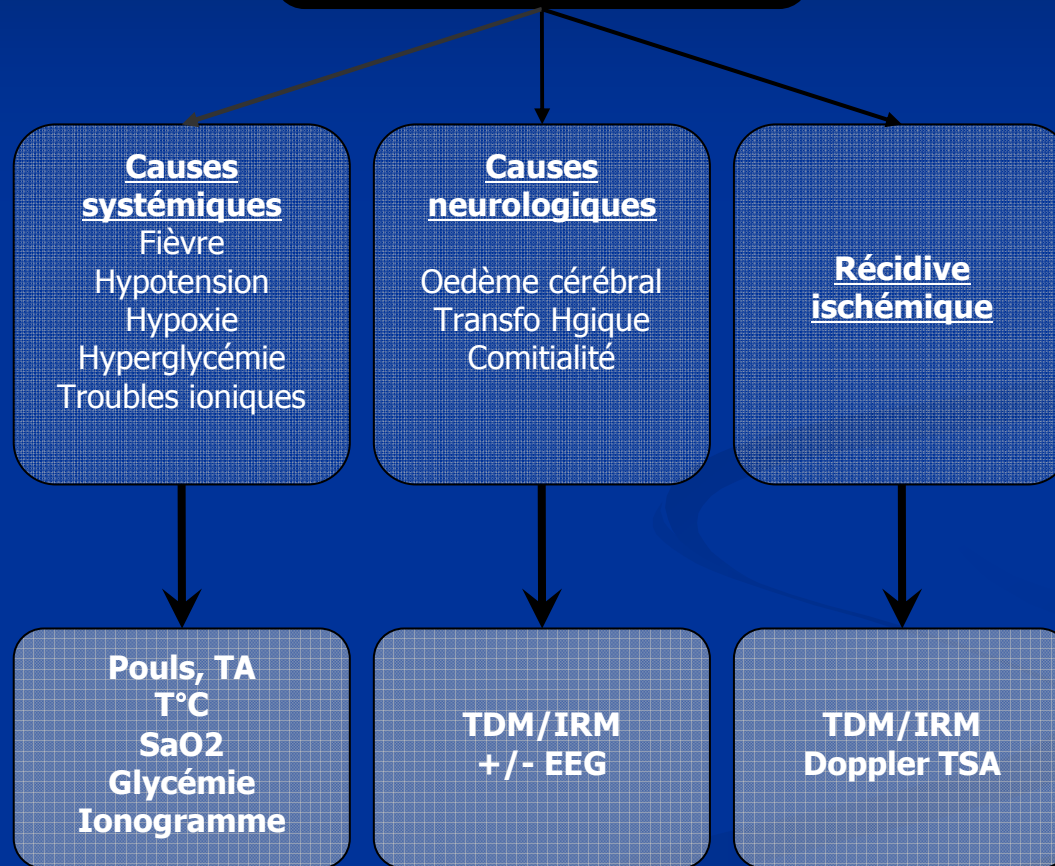
- Et pour les patients sous AVK :
 - AVK et AC/FA : maintenir AVK si dysfonction systolique ($FE < 35\%$) et/ou sténose carotidienne. Pas d'aspirine dans ce cas.
 - AVK et TVP : arrêt AVK, aspirine et HBPM à dose préventive.
 - AVK et prothèse valvulaire : avis cardiologique.

- Mutation des patients en priorité à l'UHCD ou en service de neurologie
- Surveillance IDE :
 - TA toutes les 2 heures
 - Saturation toutes les 4 heures
 - Température toutes les 4 heures
 - 2 items du NIHSS toutes les 4 heures
 - Glycémie capillaire toutes les 6 heures
 - Diurèse toutes les 6 heures

- Repos strict, $\frac{1}{2}$ assis, recherche troubles de déglutition, bas de contention, positions spécifiques...
- Permet de :
 - Dépister et traiter les complications
 - Prévenir les ACSOS
 - Prévenir les complications du décubitus

Fréquences	Limites alertantes	Actions
PA / 2 H	PAM > 130 (AVC i) PAM > 120 (AVC h)	Vérifier l'absence de douleurs, de troubles respiratoires, dernière miction... Prévenir médecin
Saturation / 4 H	Sat < 90%	O2 lunettes qsp sat > 94% Prévenir médecin
Neuro / 4 H	Aggravation d'1 ou 2 items du NIHSS	Appel médecin
Température / 4 H	T° > 37,8°c	Paracétamol 1g Hémocultures, BU+ ECBU Prévenir médecin
Dextro / 6 H	Dextro > 2 g/l	PSE Actrapid selon protocole Prévenir médecin
Diurèse / 6 H	Si absence d'urine depuis > 6 heures	Faire uriner le patient Prévenir médecin pour recherche globe

Aggravation du score NIHSS



CONCLUSION

- Filière mise en place en suivant les guidelines
- Réflexion médicale et paramédicale
- Harmonisation des pratiques
- Intérêt du patient
- Nécessité d'une évaluation des pratiques