

NEUROLOGIE



PRISE EN CHARGE DES AVC AU SAU
TELETHROMBOLYSE

REDACTION : Bureau AVC
VALIDATION : Commission scientifique

MAJ du 22/03/2018

UNV au sein du RENAU

UNV	Horaire	Contact	Téléphone	Type	Fax
Annecy	24h/24	Astreinte Neurovasculaire	04.50.63.68.88	Direct	04.50.63.66.71
CHAL	24H/24	Astreinte Neurovasculaire	04.50.82.31.07	Direct	04.50.82.26.31
Chambéry	24h/24	Astreinte Neurovasculaire	06.30.76.18.33	Direct	04.79.96.58.65
Grenoble	24h/24	Jour : médecin UNV Nuit et WE : Garde sur place	04.76.76.78.28 04 76 76 79 34	Direct	04.76.76.61.23

UNV hors RENAU

UNV	Horaire	Contact	Téléphone	Fax
Genève	24h/24	Standard des HUG Demander trieur de médecine aux urgences	00.41.22.372.33.11	00.41.22.372.81.44
Lyon	24h/24	Jour : Médecin UNV Nuit : UNV unité 201	04.72.11.89.29 04.72.35.69.27	04.72.11.90.12
Valence	24h/24	(SAMU 26)	04.75.82.31.00	04.75.82.31.01
Vienne	24h/24h	Secrétariat Demander Docteur Neurologues	06.85.68.30.26	04.74.31.33.80

PRISE EN CHARGE DES AVC ELIGIBLES A UNE PROCEDURE DE RECANALISATION ARRIVANT AU SAU

Déficit neurologique focal et brutal y compris transitoire
FAST réalisé à l'accueil par IDE/IOA

▪ **Installation des symptômes < 6 h au début du traitement**

Sauf : - AVC du tronc cérébral (délai < 24 h)
- AVC du réveil à discuter

▪ Absence de pathologie évolutive engageant le pronostic vital

TROUBLE DE LA VIGILANCE

Mise en alerte de l'équipe Neuro-vasculaire

SAU d'un centre sans UNV

SAU d'un centre avec UNV

Procédure de téléthrombolyse

- ALERTE NEUROVASCULAIRE** + radiologue d'astreinte / garde
- Recherche de CI à l'IRM**
- Bilan clinique à réaliser :**
FC, PA aux 2 bras, **poids**, température, score NIHSS, glycémie capillaire, ECG
- Bilan biologique à prélever :**
NFS, Plaquettes, Iono, TCA - INR, bilan hépatique, troponine +/- B HCG - Test de grossesse
- Réalisation de l'imagerie cérébrale :**
IRM : diffusion, ARM TOF, FLAIR, T2étoile
A défaut : TDM cérébrale sans injection + angio TDM des TSA et du polygone de Willis +/- TDM de perfusion
- Téléconsultation / décision thérapeutique**

Procédure interne à l'établissement

« Door to Needle » < 60 min

CRITERES IMAGERIE *

Délai symptômes < 4h30
Thrombolyse IV

- Délai symptômes > 4h30-6h
- CI à la Thrombolyse IV

TRANSPORT IMMEDIAT AP

RECANALISATION INTRA-ARTERIELLE à discuter (Annexe 1)

Occlusion d'un gros tronc **
Appel NRI dès diagnostic fait

TRANSPORT IMMEDIAT

Pas d'occlusion d'un gros tronc **

Surveillance durant injection thrombolytique
Recherche de signes de gravité ou de dégradation neurologique

OUI

NON

TRANSPORT MEDICALISE

Nécessité anti-HTA ou insuline

OUI

NON

SMUR Ou T2IH

AP

2/4

NEURO-REANIMATION

UNV

* Cf procédure Neuroréanimation et AVC grave

** Gros troncs artériels

- « Tandem » carotide, Carotide intracrânienne, ACM en M1 ou M1/M2 ; ACA en A1 ou A1/A2 ; APC en P1 ou P1/P2
- ARTERE BASILAIRE (ou vertébrale unique)

TRANSPORT IMMEDIAT

- SMUR du CH réalisant la TIV, voire T2IH
- En cas d'indisponibilité >30min de SMUR ou T2IH : conférence à 3 entre UNV, NRI et Régulateur pour discuter au cas par cas transport en AP (mode dégradé)

T2IH : Transport Infirmier Inter Hospitalier
AP : Ambulance Privée

I. Réalisation de la télé-thrombolyse :

1/ Actilyse :

VVP dédiée - 0.9mg/kg dont 10% en bolus en IVDL sur 1 min - attendre 5 min puis 90 % au PSE sur une heure

1- Effectuer la préparation du PSE selon les tableaux de poids en utilisant le nombre de flacons adaptés à la dose totale requise.

2- Effectuer le bolus sur une minute attendre 5 minutes puis démarrer le PSE à la vitesse définie jusqu'à sa fin.

Poids (kg)	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100 +
Dose totale requise (mg)	36	40	45	50	54	58	64	69	73	78	82	85	90
Concentration	1 mg/ml						2 mg/ml						
Volume à conserver (ml)	36	40	45	50	54	58	32	34,5	36,5	39	41	42,5	45,5
Bolus en ml	4	4	5	5	5	6	3	3,5	3,5	4	4	4,5	4,5
Bolus en mg	4	4	5	5	5	6	6	7	7	8	8	9	9
Vitesse PSE en ml/h	32	36	40	45	49	52	29	31	33	35	37	38	41
Posologie PSE en mg/h	32	36	40	45	49	52	56	62	66	70	74	76	82

2/ Allergie / Effets indésirables :

On peut noter les effets secondaires suivants :

- Réaction allergique/œdème de Quincke (rare et immédiat) => Protocole allergie habituel.
- Hémorragie au point d'injection et hémorragie d'autres sites.
- Transformation hémorragique, hémorragie intracérébrale symptomatique.
- Crise d'épilepsie : 2 % à 23 % à la phase aiguë, survenant surtout dans les 24 heures.
- Angioœdème à bradykinine : Cf. procédure Angioœdème RENAU / appel au CREAK

En cas d'aggravation clinique (aggravation du déficit de plus de 3 points au NIHSS, trouble de la vigilance, convulsions) ou de réaction allergique : stopper l'injection d'Actilyse, faire un TDM de contrôle si aggravation et alerter le neurovasculaire.

3/ Mesures associées (à compléter sur la fiche de liaison du dossier de téléthrombolyse) :

- A jeun strict (attention aux troubles de déglutition).
- Alitement strict.
- Perfusion de NaCl 0,9 % (éviter le G5 % !!!).
- Surveillance globe vésical (sonde vésicale si besoin).
- Pas d'O₂ en systématique.
- Pas d'association d'autre anti-thrombotique (CI aspirine et héparine dans les premières 24h).

II. Surveillance post-thrombolyse :

La surveillance post-thrombolyse se fera en salle de déchocage ou service de soins continus, en attendant le transfert en UNV. On s'attachera à surveiller particulièrement :

1/ Pouls, Pression artérielle :

- Toutes les 15 min pendant 3 heures.
- Puis toutes les 30 min pendant 6 heures.
- Puis toutes les heures pendant 15 heures, puis toutes les 4h à partir du deuxième jour.
- Cf Annexe 2 : PEC de l'hyperglycémie et l'hypertension artérielle post-téléthrombolyse

2/ Glycémie capillaire :

- Toutes les 4 heures pendant les 48 premières heures sauf si glycémie > 20 mmol/L : surveillance toutes les heures.
- Cf Annexe 2 : PEC de l'hyperglycémie et l'hypertension artérielle post-téléthrombolyse

3/ Surveillance neurologique :

- Présence médicale pendant la première heure de traitement :
 - o Score NIHSS initial.
 - o Puis H1.

III. Transfert :

1. Si pas d'indication de NRI post-thrombolyse IV : transfert secondaire vers UNV après l'injection de l'Actilyse IV. Tout patient télé-thrombolysé sera transféré vers son UNV de secteur. Le transfert se fera idéalement dès que l'injection de thrombolytique est effectuée (durée du PSE 1h). L'état neurologique et la nécessité de traitement adjuvant (anti-hypertenseur, hypoglycémiant) décidera de la médicalisation ou non du transfert. Cette décision de médicalisation se fera en concertation avec le médecin urgentiste, le médecin neurovasculaire et le médecin régulateur.
2. Si occlusion d'un gros tronc : transfert immédiat (dès le début de thrombolyse IV) vers le centre de Neuroradiologie Interventionnelle.
On privilégiera, selon l'ordre de préférence suivant, le mode de transport par :
 - transport médicalisé par le SMUR du centre hospitalier réalisant la TIV
 - transport paramédicalisé par T2IH
 - En cas d'indisponibilité > 30 min de SMUR ou T2IH : conférence à 3 entre UNV/NRI/Régulateur pour discuter au cas par cas d'un transport en AP (mode dégradé)
3. Si indication NRI seule : transfert immédiat non médicalisé vers centre NRI (transport AP)