 <b>URG-PEC-008</b>	<b>Urgences</b>	Page : 1/4
		Date : Janvier 2016
<b>Version n° 01</b>	<b>Accueil d'un patient en « Alerte fibrinolyse » aux Urgences</b>	
<b>Historique</b>		
<b>Numéro de version</b>	<b>Date</b>	<b>Nature des éventuelles modifications</b>
01	Janvier 2016	Création

### Sommaire

<b>1. Objectifs</b> .....	<b>1</b>
<b>2. Domaine d'application et personnes concernées</b> .....	<b>1</b>
<b>3. Définitions</b> .....	<b>2</b>
<b>4. Description</b> .....	<b>2</b>
4.1. Tri par l'Infirmière d'Accueil et d'Orientation (IAO) .....	2
4.1.1. A l'accueil.....	2
4.1.2. Délais : récupérer l'heure de début.....	2
4.1.3. Personne à prévenir .....	3
4.2. La SAUV.....	3
4.3. Rôle du médecin urgentiste .....	4
<b>5. Orientation du patient</b> .....	<b>4</b>
<b>6. Documents de référence</b> .....	<b>4</b>


## 1. OBJECTIFS

- Uniformiser la prise en charge d'un accident vasculaire cérébral,
- Activer la filière neuro-vasculaire et diminuer le temps de prise en charge intra-hospitalier
- Fluidifier le parcours des patients

## 2. DOMAINE D'APPLICATION ET PERSONNES CONCERNEES

- IAO, IDE SAUV, AS SAUV
- Médecins urgentistes
- Neurologues et internes en Neurologie de garde

Rédaction	Vérification	Approbation
<b>Jaouad EL MOUKAFI</b> , Cadre de santé, Urgences, Date et signature :	<b>Jean-Yves LARDEUR</b> , Chef de service, Urgences, Date et signature :	<b>Pr Olivier MIMOZ</b> , Chef de pôle UBM, Date et signature :
<b>Dr Mathias LAMY</b> , PH, Neurophysiologie clinique, Date et signature :	<b>Catherine ALLEGRINI</b> , Cadre supérieur de santé, Pôle USSAR, Date et signature :	<b>Pr Jean-Philippe NEAU</b> , Chef de service, Neurologie, Date et signature :
	<b>Amélie POINTEAU</b> , Fonction, Direction Usagers Qualité Médecine de Ville, Date et signature :	<b>Martine IMBERT</b> , Coordonnateur général des soins, Date et signature :

 <b>URG-PEC-008</b> Version n° 01	<b>Urgences</b>	Page : 2/4
		Date : Janvier 2016
<b>Accueil d'un patient en « Alerte fibrinolyse » aux Urgences</b>		

### 3. DEFINITIONS

Est considéré jusqu'à preuve du contraire comme un AVC ou un AIT (déficit neurologique d'origine vasculaire complètement régressif en moins de une heure), tout symptôme soudain de dysfonctionnement focal du SNC à savoir :

- Une faiblesse ou une maladresse brutale d'un ou plusieurs membres
- Une paralysie faciale brutale
- Un déficit sensitif brutal d'un hémicorps ou d'une partie d'un hémicorps
- Des troubles du langage (aphasie ou dysarthrie)
- Un trouble de la vision soudain : cécité monoculaire, hémianopsie ou diplopie
- Trouble de l'équilibre ou vertige soudain
- Céphalée aigue +/- nausée et vomissement (sans fièvre)
- Coma avec des signes de localisation.

### 4. DESCRIPTION

#### 4.1. Tri par l'Infirmière d'Accueil et d'Orientation (IAO)

Orientation systématique à la SAUV avec tri CIMU 1 ou 2 selon la gravité de l'atteinte neurologique pour évaluation par l'urgentiste.

**Éliminer une hypoglycémie par la réalisation d'une glycémie capillaire.**

##### 4.1.1. A l'accueil

#### Identification des patients éligibles à une Thrombolyse

Reconnaître un AVC :


- Déficit moteur et/ou sensitif,
- Troubles phasiques / arthriques,
- Troubles de l'équilibre, vertiges, maladresse d'un hémicorps
- Troubles visuels (cécité unilatérale brutale, hémianopsie latérale homonyme)
- Confusion aiguë
- Troubles de vigilance



**Un AIT en délai de fibrinolyse est un potentiel AVC fibrinolyse !**

##### 4.1.2. Délais : récupérer l'heure de début

- ✓ Délai de thrombolyse : < 4h30  
=> Le délai ne dépend plus de l'âge !
- ✓ Délais de thrombectomie : < 6h
- ✓ AVC du tronc cérébral : quel que soit le délai de survenue, le neurologue doit être contacté en urgence (poste 42998)
- ✓ **L'AVC du réveil / heure de début inconnue peut être potentiellement fibrinolyse et nécessite sauf contre-indications une IRM**

 <b>URG-PEC-008</b>	<b>Urgences</b>	Page : 3/4
		Date : Janvier 2016
Version n° 01	<b>Accueil d'un patient en « Alerte fibrinolyse » aux Urgences</b>	

Ne sont pas ou plus des contre-indications à la thrombolyse :

- Age (même > 80 ans)
- Troubles cognitifs
- Perte d'autonomie
- Prise d'un traitement anticoagulant (faire un INR en urgence si AVK) ou d'un anticoagulant oral direct (Xarelto, Eliquis ou Pradaxa)



Un AIT ou AVC régressif avec NIHSS = 0 peut être éligible à une thrombolyse en cas de présence d'un thrombus d'un gros tronc artériel à l'imagerie

#### 4.1.3. Personne à prévenir

### Prévenir l'interne de garde de Neurologie (poste 42 998)

Si l'interne de neurologie retient « l'alerte thrombolyse » :


- Il s'agit d'une urgence
- Au mieux le patient doit être installé à la SAUV
- Prévenir le médecin de SAUV / box

En cas de prise en charge impossible à la SAUV, l'IAO contacte le médecin U1. Celui-ci fait libérer immédiatement une salle d'examen.

## 4.2. La SAUV

- Déshabiller et enlever les bijoux/appareil dentaire (inventaire)
- Mise en décubitus strict, tête à 30°
- Laisser le patient A JEUN
- Monitoring cardiaque
- Prise des Constantes : Température, HGT (dextro), tension artérielle **aux 2 bras**
- Bilan sanguin en URGENCE VITALE (envoyer en urgence dans une poche rouge avec la motion "FIBRINOLYSE")
  - NFS, Plaquettes
  - Coagulation : INR, TP TCA + activité anti-Xa en cas de traitement par XARELTO, ELIQUIS , temps de thrombine en cas de traitement par PRADAXA
- Bilan sanguin en URGENCE
  - D-Dimères
  - BC + BH
  - CRP
  - Troponine
  - Fibrinogène
  - Groupe et RAI
- VVP avec 18G (cathlon vert) + Perfusion avec 500 cc de Sérum Physiologique
- ECG puis enlever les électrodes de l'ECG ( rescooper le patient)

**Le brancardage jusqu'au service de radiologie (Scanner ou IRM) est assuré par l'AS de la SAUV et l'interne de neurologie.**

 <b>URG-PEC-008</b>	<b>Urgences</b>	Page : 4/4
		Date : Janvier 2016
Version n° 01	<b>Accueil d'un patient en « Alerte fibrinolyse » aux Urgences</b>	

### 4.3. Rôle du médecin urgentiste

- Présence pour PEC conjointe
- Récupérer ATCD : ATCD récents (chirurgicaux), néoplasique , CardioVasculaire
- Le traitement habituel (AVK / AOD / AAP) , Mode de Vie et autonomie antérieure,
- poids ++++ (indispensable pour thrombolyse)
- Examen médical :
- Éliminer la dissection aortique (prise de la pression artérielle aux deux bras) / IDM
- Éliminer une fracture (chute sur AVC)
- Interpréter l'ECG

## 5. ORIENTATION DU PATIENT

- **Unité Neurovasculaire dans tous les cas d'AVC après avis senior et/ou interne de garde de neurologie**
  - **Patients avec un AVC aigu thrombolysé ou non:** Unité de Neuro-Vasculaire (sur proposition du neuro-vasculaire).
  - Les prescriptions d'hospitalisation sont faites par l'interne et/ou senior de neurologie
- **Sauf**
  - **Patients avec défaillance multiviscérale ou détresse respiratoire ou cardiocirculatoire :** Service de Réanimation médicale ou neurochirurgicale (après avis du réanimateur )
  - **Patients avec pronostic vital engagé non réanimatoire :** UNV (après avis du senior de neurologie) ou UHCD (après avis collégial sur décision du médecin urgentiste)
  - **En cas d'absence de place en UNV** (après avis du senior de neurologie) procédure dégradée :
    - service de neurologie classique
    - UHA
    - USC

### Délai optimaux

- **Délai arrivée SAU – prise en charge médico-soignante Urgence :** CIMU 1 immédiat, CIMU 2 dans les 10 minutes.
- **Délai Arrivée SAU et réalisation imagerie :** moins de 45 minutes
- **Délai d'admission dans un service**(décision d'hospitalisation et sortie des\_urgences) :
  - UNV : immédiat
  - En dehors de l'UNV inférieur à 2 h

## 6. DOCUMENTS DE REFERENCE

- HAS
- Référentiel Imagerie Urgences