

Points importants

- Le traitement de l'AVC est en constante évolution et nous oblige à nous adapter afin de rencontrer les besoins du patient qui en est victime.
- Pour ce qui est du délai entre le début des symptômes et l'arrivée à l'urgence, afin de considérer un AVC aigu (transport urgent), ce délai n'est plus de 3,5 heures mais de 5 heures.
- À part le délai, les autres critères pour considérer un AVC aigu restent les mêmes.

Changement du délai depuis le début des symptômes pour identifier un AVC aigu Effectif le 22 février 2017

Prémisse

L'arrivée de la thrombectomie dans le traitement de reperfusion cérébrale pour les accidents vasculaires cérébraux (AVC) demande des ajustements de notre définition de l'AVC aigu.

Maintenant, puisque la thrombectomie peut s'effectuer avec un délai de 6 heures depuis le début des symptômes, il est important d'allonger le délai permettant d'identifier les AVC aigus.

Thrombolyse vs thrombectomie

Les deux interventions consistent à enlever l'obstruction localisée dans une artère cérébrale causée par un caillot sanguin. La thrombolyse est l'injection intraveineuse qui entraînera la lyse du caillot. Elle doit s'effectuer dans un délai de 4,5 heures depuis le début des symptômes.

La thrombectomie, quant à elle, est une intervention chirurgicale (s'apparentant à l'angioplastie cardiaque) nécessitant l'introduction d'un cathéter dans l'artère fémorale pour se rendre au cerveau afin d'aller retirer et « aspirer » le caillot. Souvent la thrombectomie fait suite à une thrombolyse. La thrombectomie doit s'effectuer dans un délai de 6 heures depuis le début des symptômes.

Dans un cas comme dans l'autre, les études démontrent que la chronodépendance est un aspect important pour ces deux traitements et que les délais doivent être réduits autant que possible.

Changement des délais pour identifier un AVC aigu pour les techniciens ambulanciers paramédics (TAP)

Comme nous avons mentionné précédemment, étant donné la thrombectomie qui peut s'effectuer dans nos régions limitrophes à Montréal et au CHUS Fleurimont, même si pour l'instant on ne peut orienter directement vers ces régions, il est maintenant important de changer le délai pour identifier l'AVC aigu.

Pour les TAP, l'AVC aigu était celui dont le délai entre le début des symptômes et l'arrivée à l'urgence était moins de 3,5 heures.

À partir de maintenant, ce délai entre le début des symptômes et l'arrivée estimée à l'urgence pour identifier un AVC aigu est de 5 heures (transport urgent).

Pourquoi un délai de 5 heures entre le début des symptômes et l'arrivée à l'urgence pour identifier un AVC aigu si, en Montérégie, le seul traitement de reperfusion possible actuellement est la thrombolyse et que le délai maximum pour l'effectuer est de 4,5 heures ?

Il est préférable pour le patient d'être considéré comme un AVC aigu si le délai entre le début des symptômes et l'arrivée à l'urgence est < 5 heures car selon la présentation clinique et l'évaluation du médecin, il est possible que le patient puisse être orienté promptement vers un centre tertiaire pouvant effectuer la thrombectomie avec un délai un peu plus long que le 6 heures prévus considérant la gravité de l'atteinte au niveau clinique et paraclinique (examen radiologique).

Rappel sur les critères d'AVC aigu

On rappelle les critères d'AVC aigu avec les nouveaux délais :

- Âgé de 16 ans et plus;
- État de conscience à « A » ou « V » sur l'échelle AVPU;
- Délais d'arrivée entre le début des symptômes et l'urgence est < 5 heures (nouveau critère)
- Glycémie capillaire de 3.0 mmol/l et plus;
- Patient n'étant pas dans une condition où il reçoit des soins de fin de vie;

Importance du préavis au chevet dans le cas d'un AVC aigu

Pour les AVC aigus, à l'instar des infarctus aigus du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST le préavis effectué au chevet du patient est important).

Ce préavis permet à l'équipe hospitalière de se préparer ou de faire appel à l'équipe AVC de garde ou même de prévoir un transfert urgent. En effet, avec les informations données, notamment avec le résultat de l'échelle de Cincinnati (annexe 1) et le délai entre le début des symptômes et l'arrivée à l'urgence, l'équipe est en mesure de prévoir si la thrombolyse doit être effectuée sur place où le patient est susceptible d'être orienté, après une évaluation succincte à l'urgence, vers un centre tertiaire (thrombectomie).

Merci d'avoir pris connaissance de ces informations importantes pouvant changer le devenir de nos patients victimes d'AVC

Le directeur médical régional,



Dave Ross, M.D.

Annexe 1

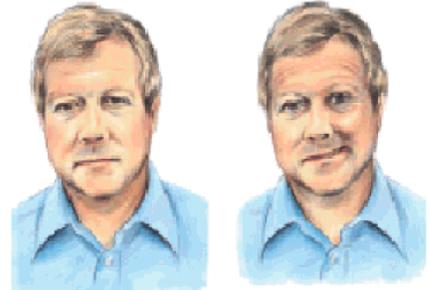
Rappel sur l'échelle de Cincinnati

1. Le patient présent-il un AVC? Application de l'Échelle de Cincinnati

a) Affaissement facial

Objectif : Vérifier s'il y a présence d'hémiplégie faciale.
Demander au patient de sourire en montrant les dents.

- **Normal** : les deux côtés du visage sont symétriques
- **Anormal** : un des deux côtés du visage ne bouge pas lors du sourire et semble affaissé.



b) Affaissement d'un bras

Objectif : Vérifier s'il y a présence d'une hémiplégie. Demander au patient de lever les bras devant lui, paume des mains vers le haut et de fermer les yeux. La position doit être maintenue pendant plus ou moins 10 secondes.

- **Normal** : les deux bras restent en position ou bougent symétriquement.
- **Anormal** : un des deux bras descend systématiquement comparativement à l'autre.



c) Parole et discours inadéquats

Objectif : vérifier si les paroles et le discours sont adéquats. Demander au patient de répéter la phrase suivante : « Le ciel est bleu à Cincinnati ».

- **Normal** : répète les mots sans aucun problème (prononciation et mots adéquats).
- **Anormal** : le discours ou les mots sont inappropriés, ne prononce pas les mots correctement ou est incapable de parler.

Rappel et informations supplémentaires

- Chacun des éléments de l'échelle (face, parole, bras) qui est anormal donne un point pour un maximum de 3/3.
- Plus le score est élevé, plus l'AVC est important et plus le risque de séquelle est sérieux.
 - Par exemple, les AVC aigus avec un pointage de 3/3, sont plus à risque, après l'évaluation du médecin, de bénéficier non seulement de la thrombolyse mais aussi de la thrombectomie.