

Reconnaissance de l'AVC en préhospitalier

Docteur Laurent Derex
Unité Neurovasculaire
Hôpital Neurologique
Hospices Civils de Lyon

Réseau RESUVal



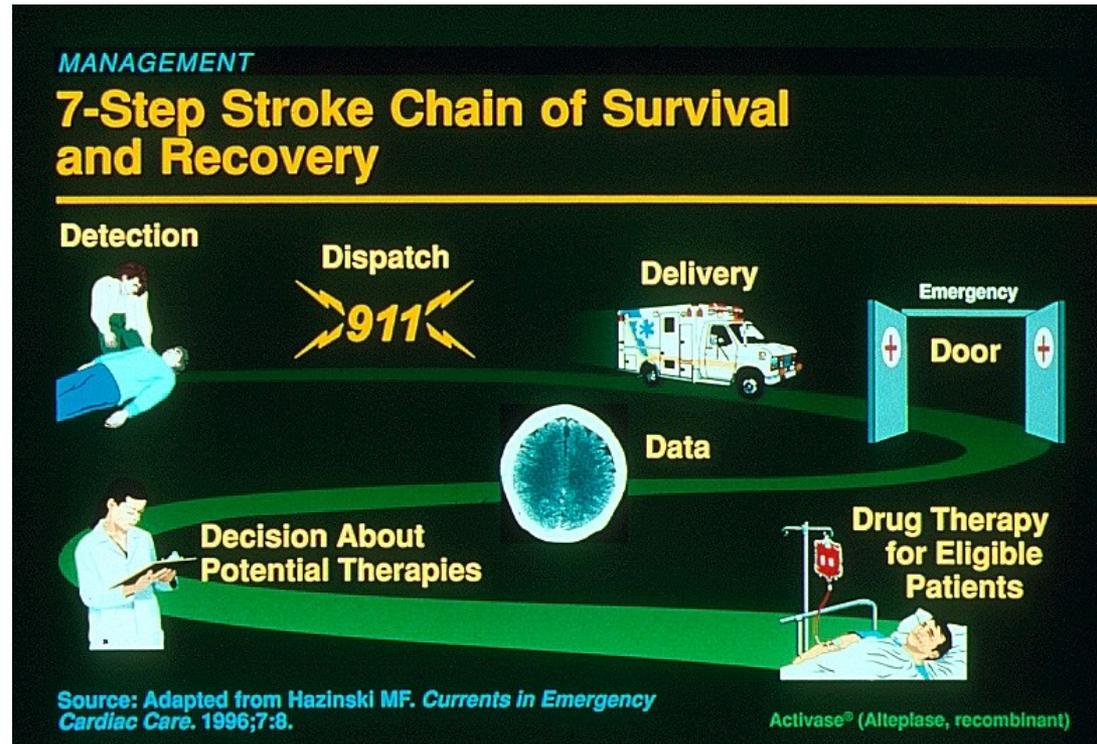
Hôpitaux de Lyon

Les facteurs de délai préhospitalier

- Liés au patient et à l'entourage
 - Reconnaissance des symptômes d'AVC
 - Décision de rechercher une aide médicale
 - Appel du centre 15 (50% des cas seulement)
- Liés à la prise en charge du patient présentant peut-être un AVC
 - Rôle de la régulation
 - Personnel médical et paramédical
 - Transport vers une structure adaptée, prénotification

Les intervalles de temps

- Délai entre la survenue des symptômes et la décision de rechercher une aide médicale
- Délai entre la décision de rechercher une aide et le premier contact médical
- Délai entre le premier contact médical et l'admission



Les difficultés de la régulation téléphonique

- Selon une étude californienne récente, **50% des appels au 911 pour AVC ne seraient pas reconnus comme tels** par le questionnaire du protocole national (Medical Priority Dispatch System)
- Révision de l'algorithme
 - Réduire l'importance de l'identification de troubles de conscience
 - Insister sur la présence d'un déficit moteur asymétrique
 - **Utiliser une échelle de cotation validée**

Outils d'évaluation préhospitalière Personnel non médical

- Destinés aux ambulanciers ou aux pompiers
- Cincinnati Prehospital Stroke Scale (**CPSS**)
- Los Angeles Prehospital Stroke Screen (**LAPSS**)
- Face Arm Speech Test (**FAST**)
- Sensibilité de ces échelles de notation dans l'identification des patients atteints d'AVC
 - 88% à 93% après formation

LAPSS

Los Angeles Prehospital Stroke Screen



- **Interrogatoire**

- Age > 45 ans
- Absence de crise épileptique
- Durée < 24 heures

- **Examen**

- Sourire / grimace
- Force de la main
- Force du bras
- Glycémie capillaire (0,6 - 4 g/l)

- **Checklist simple**
- **Réalisation < 3 minutes au lit du patient**
- **Formation rapide par vidéo**
- **Sensibilité : 93 %**
- **Spécificité : 97 %**

Dépistage préhospitalier de l'AVC

Cincinnati Prehospital Stroke Scale (CPSS)



Normal:

Paralysie faciale

Pas d'asymétrie de mouvement des deux côtés du visage

Anormal:

Un côté du visage ne bouge pas du tout



Normal:

Faiblesse du bras

Les deux bras bougent de façon symétrique ou ne bougent pas

Anormal:

Un bras chute comparativement à l'autre



Normal:

Parole

Le patient emploie des mots corrects et n'a pas de difficultés pour articuler

Anormal:

Difficultés pour articuler, mots inappropriés ou mutisme

Dépistage préhospitalier de l'AVC

Cincinnati Prehospital Stroke Scale (CPSS)



Formation: 10 minutes

Réalisation: < 1 minute



AVC du territoire carotidien

- sensibilité: 88%

- spécificité: 97%



STROKE is an Emergency.
Every minute counts.
ACT F.A.S.T!

	F ACE	Does one side of the face droop? Ask the person to smile.
	A RM(S)	Is one arm weak or numb? Ask the person to raise both arms. Does one arm drift downward?
	S PEECH	Is speech slurred? Ask the person to repeat a simple sentence. Is the sentence repeated correctly?
	T IME	If the person shows any of these symptoms, Call 911 or get to the hospital immediately.

Have the ambulance go to the nearest certified stroke center,

Genentech

www.gene.com

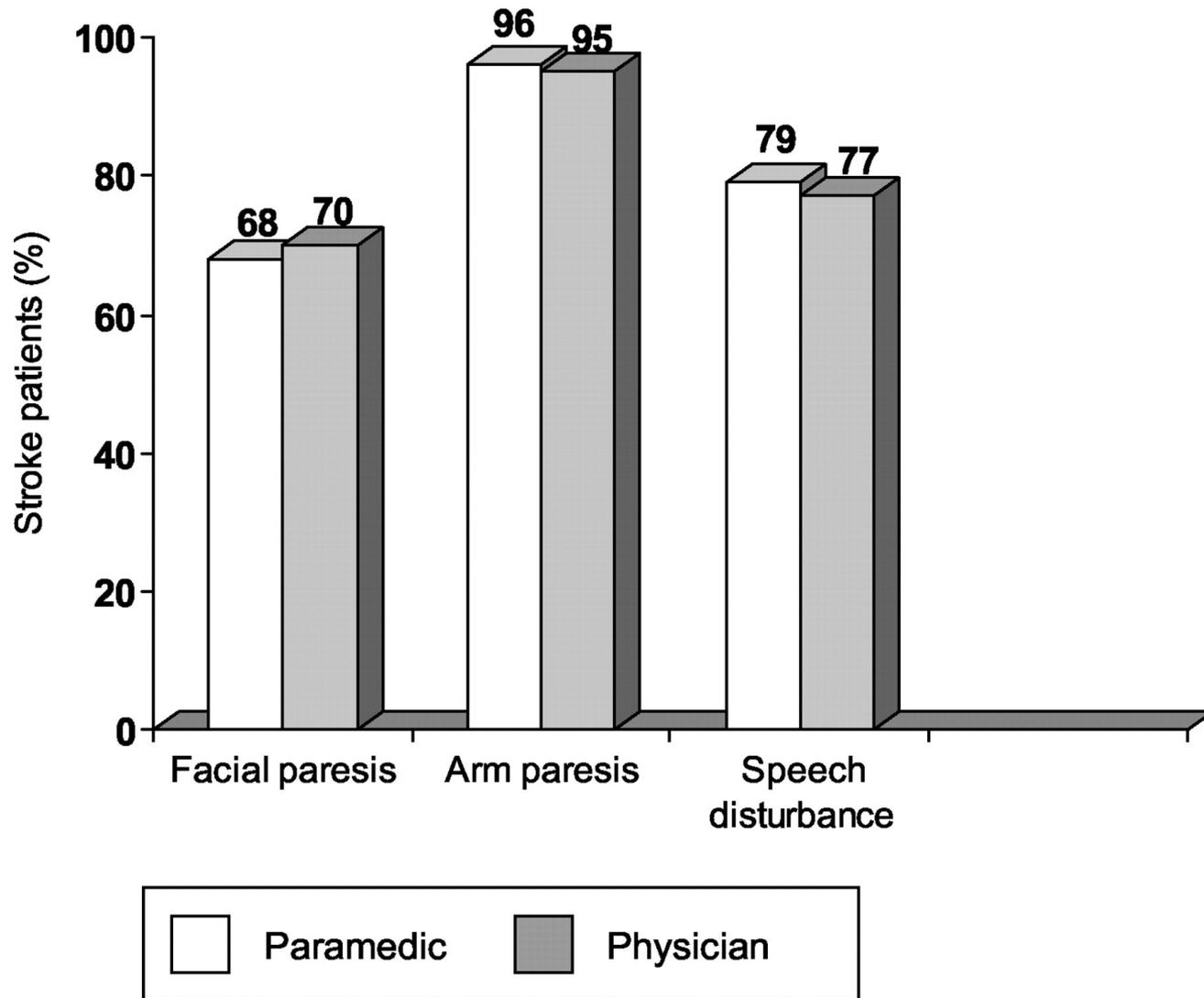
©2017 Genentech, Inc. 076108 1X2177 Printed in USA.

Reconnaissance préhospitalière par le personnel paramédical

Apport de l'échelle FAST

- **278 patients amenés à l'hôpital par ambulance par le personnel paramédical formé à l'échelle FAST avec suspicion d'AVC**
 - **217 (78%): AVC confirmé (n = 189) ou AIT (n = 28)**
- Limite: peu sensible dans la détection des accidents vertébro-basilaires
- Bonne concordance avec l'examen du neurologue, en particulier en ce qui concerne l'item « faiblesse du bras »

Concordance personnel paramédical/neurologue



Reconnaissance de l'AVC aux urgences

Echelle ROSIER

- Echelle clinique simple utile au « triage »

– Première partie: histoire clinique

- Perte de connaissance ou syncope
 - Oui: -1
 - Non: 0
- Crise d'épilepsie, convulsions
 - Oui: -1
 - Non: 0

Reconnaissance de l'AVC aux urgences

Echelle ROSIER

- **Deuxième partie: signes neurologiques**
 - Asymétrie faciale
 - Oui: +1
 - Non: 0
 - Déficit asymétrique du bras
 - Oui: +1
 - Non: 0
 - Déficit asymétrique de la jambe
 - Oui: +1
 - Non: 0
 - Trouble du langage
 - Oui: + 1
 - Non: 0
 - Déficit du champ visuel
 - Oui: + 1
 - Non: 0

Reconnaissance de l'AVC aux urgences

Echelle ROSIER

- Echelle clinique simple
 - Score total entre -2 et $+5$
 - **Patients dont le score est >0 : suspicion d'AVC**
 - **Patients dont le score est ≤ 0 : faible probabilité d'AVC**

Reconnaissance de l'AVC aux urgences

Echelle ROSIER – score >0

- Validation prospective chez 173 patients admis pour suspicion d'AVC
 - Sensibilité: 93%
 - Spécificité: 83%
 - Valeur prédictive positive: 90%
 - Valeur prédictive négative: 88%
- Bon outil pour différencier les AVC des « stroke mimics »

« Agir maintenant »

- Outils validés pour la reconnaissance de l'AVC
 - En préhospitalier
 - Aux urgences
- Susceptibles de réduire les délais de prise en charge et d'augmenter l'éligibilité à la thrombolyse
 - Programme HOPSTO, 2005
- Définir les priorités de formation, la cible
 - Etude AVC II (PHRC)