

L'AVC
du réveil | P1

L'antalgie dans
le SCA | P2

L'EXACYL* dans le
traumatisme
sévère | P2

Il y a quelques mois la publication des résultats de l'étude **ACCOAST** a amené RESCUE à mettre à jour son référentiel NSTEMI. Le prétraitement par Prasugrel était à l'origine d'une augmentation du risque hémorragique.

L'étude **ATLANTIC** communiquée quant à elle le 01 septembre à l'ESC ne montre pas de sur-risque hémorragique significatif mais pas de bénéfice non plus à l'administration du Ticagrelor en préhospitalier dans le STEMI, bien qu'elle pourrait réduire le risque de thrombose de stent.

Ces deux études confirment indirectement le bien-fondé d'une **grande prudence dans l'administration pré-hospitalière d'antiagrégants plaquettaires puissants**.

La démarche du réseau et le protocole de RESCUE sur les NSTEMI sont de ce point de vue en accord avec les constatations des essais cliniques.

Quant aux STEMI, l'absence d'effet défavorable et l'hypothèse d'un bénéfice du Ticagrelor en préhospitalier sur la thrombose de stent, conduisent à ce stade à ne pas modifier le référentiel.

E. Bonnefoy, C. El Khoury

7^{ème} édition des **Etats Généraux de l'AVC**, jeudi 16 octobre 2014
pour vous inscrire : 04 37 02 10 59 ou resuval@ch-vienne.fr

☐ L'AVC du réveil

(Source : Registre RESUVal des AVC thrombolysés)

Le registre RESUVal des AVC thrombolysés compte **5% d'AVC du réveil**. Leur score **NIHSS médian à l'admission est de 15 [8-19]** contre 10 [6-16] chez les autres.

28% d'entre eux ont bénéficié d'un scanner en première intention, contre 96% chez les autres.

Le taux d'IRM dans les deux groupes est similaire : 86% contre 81%.

Près de la moitié d'entre eux (**46%**) ont été thrombolysés dans un **délai supposé supérieur à 4h30**.

Le taux de thrombectomie est plus élevé : 17% versus 4%.

L'évolution entre les deux groupes est similaire :



Définitions :

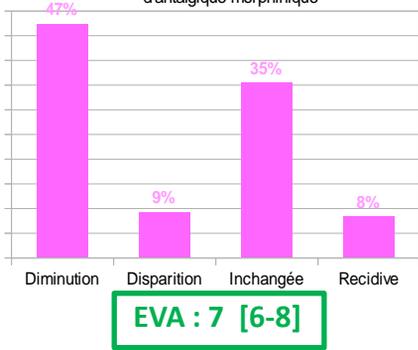
- **ECASS** : échelle de cotation des hémorragies liées à la thromolyse ; PH2 = hématome cérébral grave.

- **RANKIN** : échelle mesurant le handicap, trois mois après l'AVC, < ou = 1 : pas de handicap séquentaire, < ou = 2 : handicap léger.

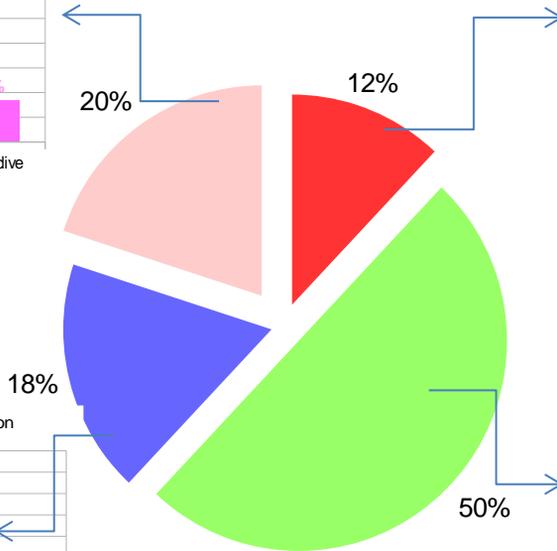
	AVC du réveil	Les autres
N	58	1257
ECASS	0	83%
PH1	2%	6%
PH2	4%	4%
A1	5%	3%
A2	5%	4%
RANKIN à 3 mois	3 [1-4]	2 [0-4]
<=1	37%	43%
<=2	45%	57%
Mortalité	7%	12%
BARTHEL à 3 mois	97 [65-100]	100 [85-100]

L'antalgie dans le SCA

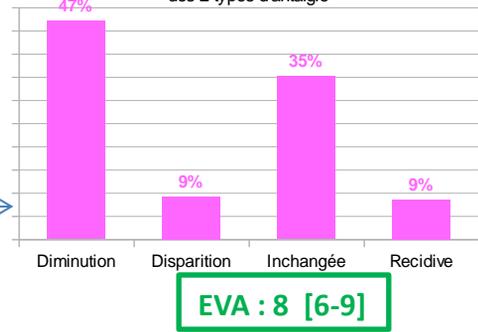
Evolution de la douleur après prescription d'antalgique morphinique



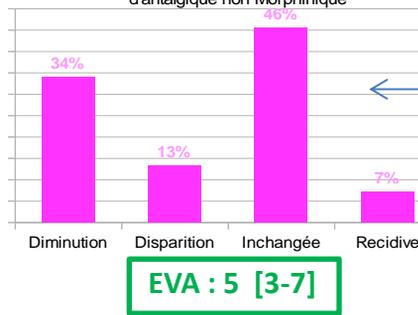
Observation de la prescription antalgique dans le SCA sur le bassin de RESCUE, à travers OSCAR (Observatoire des SCA dans RESCUE) :



Evolution de la douleur après prescription des 2 types d'antalgie



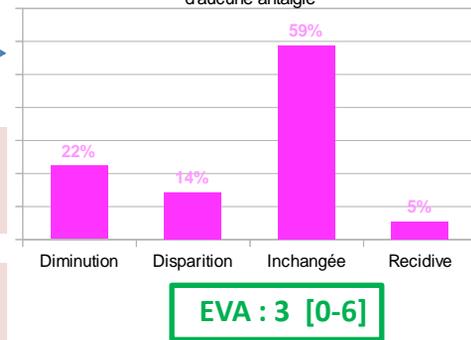
Evolution de la douleur après prescription d'antalgique non Morphinique



L'association paracétamol - morphinique ou un morphinique seul permet d'obtenir une diminution de la douleur dans 47% des cas.

La prescription d'un antalgique non morphinique seul n'est suivie d'aucun effet sur la douleur dans 46% des cas.

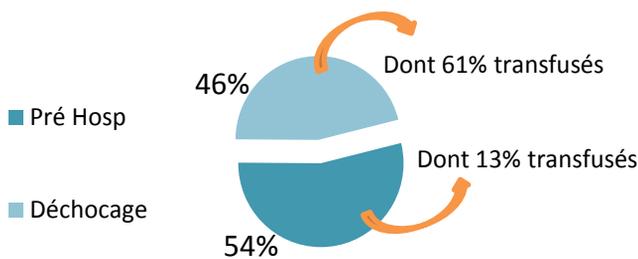
Evolution de la douleur après prescription d'aucune antalgie



La moitié des STEMI n'ont bénéficié d'aucun antalgique. Cependant 25% d'entre eux avaient une EVA >= 6.

(Source : OSCAR, 4 255 patients)

L'EXACYL* dans le traumatisme sévère



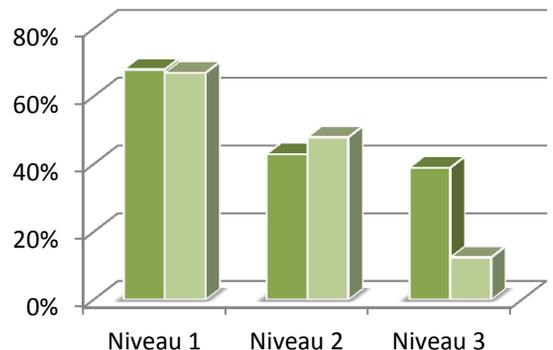
(source : Registre RESUVal des traumatisés sévères)

Amélioration de la prescription de l'EXACYL* dans le traumatisé sévère en préhospitalier :

En août 2014, 46% des traumatisés sévères éligibles à l'EXACYL* en ont bénéficié en SMUR (dont 61% ont été transfusés) contre 22% (dont 9% transfusés) en août 2013.

En août 2014, 54% en ont bénéficié en déchocage (dont 13% transfusés) contre 88% (dont 38% transfusés) en août 2013.

■ Août 2013 ■ Août 2014



Taux (%) de patients par niveau de sévérité, traités par EXACYL* parmi ceux qui y sont éligibles : Août 2013 vs Août 2014.

Rappel des indications d'EXACYL* :

Traumatisé sévère Niveau 1 ou 2, fracture de bassin, de fémur ou traumatisme pénétrant