

Suspicion AVC en préhospitalier : Filière thrombolyse AVC VD

Intervenants préhospitaliers : évaluation générale et stabilisation

- Evaluation primaire; glycémie capillaire
- Oxygène au besoin; monitoring
- VVP 18G au pli du coude (si échec : distale).
- NaCl 0,9% entretien
- Transport à 0° ou en PLS dès la phase de relevage terminée

Intervenants préhospitaliers : critères de revascularisation aiguë



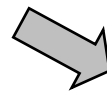
<p>≤ 8 heures depuis dernière preuve de bonne santé * ou au réveil et ≥ 1 déficit(s) handicapant(s) nouveau(x) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tr. visuel (déviation du regard, hémianopsie, diplopie, etc.) • Parésie et/ou hypoesthésie visage/bras/jambe • Trouble de l'élocution/parole 	ou	<p>> 8 heures < 24 heures depuis le début des symptômes * et <u>G-FAST ≥ 3</u> (Gaze-Face-Arm-Time)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déviation du regard → 1 point • Parésie faciale → 1 point • Parésie du bras → 1 point • Troubles de l'élocution → 1 point
<ul style="list-style-type: none"> • et marche seul (±déambulateur) avec bonne qualité de vie 		

Si doute, discussion avec le centre de thrombolyse de proximité

Tous les critères remplis



Pas tous remplis



Candidat à revascularisation aiguë

- Annonce au centre de thrombolyse de proximité : CHUV 021 314 97 10 Nyon 022 994 68 68 ainsi que Rennaz 058 773 24 80
- Données & description du patient, heure d'arrivée au centre
- Transport en urgence 🚑

Patient sans critères de revascularisation :

- Transport non urgent à l'hôpital de proximité
- N.B. : Repêchage possible si thrombolysable → annonce et transfert au centre de thrombolyse

Médicalisation si critère(s) de 2^{ème} échelon.

Procédure de transfert au centre de thrombolyse

- L'intervenant organise le moyen de transport permettant l'arrivée à l'hôpital la plus précoce possible 🌅
- Transport médicalisé si instabilité neurologique ou cardio-respiratoire, critères de médicalisation ou situation particulière (agitation, non protection des voies aériennes, etc.)
- L'intervenant complète l'anamnèse (trauma récent/interventions récentes), médicaments (anticoagulants, etc.)
- L'intervenant détaille le degré d'autonomie (marche en extérieur, toilette, habillage, médicaments, conduite véhicule)
- L'intervenant note le téléphone des proches et témoins et les fait venir aux urgences (ou les met en contact avec le neurologue)

Autres mesures si médecin d'urgence sur site

- Possibilité de baisser TA avec nitroglycérine sublingual ou patch (ou autre antihypertenseur)
 - si > 220/120 (TAM >150)
 - si > 150/ 90 (TAM >110) et ischémie ou décompensation ♥ (ne pas baisser TA rapidement ni de plus de 20%)
- Vomissements : DHBP iv
- Ne pas donner d'aspirine/clopidogrel pour AVC avant imagerie

Autres raisons pour éventuel transfert en (semi-) urgence dans une Unité cérébrovasculaire (UCV)

Appeler la filière thrombolyse de proximité pour :

- Repêchage du patient thrombolysable (→ transfert en urgence 🌅)

Contacteur neurologue de garde CHUV (079 556 11 15) pour

- Symptômes d'occlusion du tronc basilaire (vigilance, signes bilat.)
- AVC majeur ou cérébelleux (risque d'engagement)

Contacteur neurologue de garde de l'UCV de proximité pour év. transfert direct dans l'UCV (tous les patients AVC/AIT aigu en bénéficient) en particulier si :

- Sténose carotidienne symptomatique (évaluation chirurgie/stent)
- Symptômes progressifs ou fluctuants
- AVC chez le jeune
- Suspicion de vasculite ou autre cause rare
- AVC/AIT récidivant sans étiologie claire