

Prise en charge paramédicale en urgence des accidents vasculaires cérébraux (AVC). Régulation des appels

M.C. EGRON, V. DEBIERRE

Objectifs pédagogiques

- Exposer la typologie de la régulation d'un appel pour une urgence neurologique en se basant sur des cas concrets.
- Dégager les critères prédictifs pour définir un AVC.
- Exposer les recommandations concernant les moyens engagés en fonction des données recueillies par le régulateur.
- Dégager les critères de gravité qui expliquent le départ d'une UMH.
- Expliquer le rôle du PARM.
- Exposer les conseils pouvant être donnés à l'appelant.
- Évoquer la campagne d'information grand public

1. Introduction

Dans les pays industrialisés, les AVC représentent la 3^e cause de mortalité après les cardiopathies et les cancers, et la 1^{re} cause de handicap non traumatique de l'adulte. En France, 169 843 AVC ischémiques et hémorragiques, incluant les AIT, ont été recensés par le PMSI durant l'année 1999 (1). L'AVC est une urgence diagnostique et thérapeutique. Les patients atteints d'AVC doivent bénéficier d'une prise en charge structurée dès la phase aiguë nécessitant l'organisation de filières de soins préétablies entre les différents partenaires. Le

Correspondance :

transfert du patient à l'hôpital, idéalement directement dans une unité neuro-vasculaire, doit être le plus rapide possible, la réduction de ce délai passant par une régulation médicale (2). Dans ce contexte, l'appel au Centre 15 est recommandé (3). L'intervention du Centre 15 est indispensable et la sensibilisation et l'implication des permanenciers et des régulateurs, dans la filière, constituent une priorité.

2. Typologie de la régulation d'un appel pour une urgence neurologique

« Il (ou elle) vient de faire un malaise, il ne va pas bien », « il (ou elle) était aux toilettes et je l'ai entendu tomber », « en me réveillant ce matin je l'ai trouvé dans le lit, il ne me répond pas, il me regarde bizarrement », « je viens de le (ou la) trouver allongé sur le sol, il (elle) gémit », « il (ou elle) vient de faire un malaise dans son fauteuil », « il (ou elle) ne bouge plus son côté droit (ou gauche) », « il (ou elle) n'arrive plus à parler », « il (ou elle) a très mal à la tête »... tels peuvent être les modes de présentation d'un appel au SAMU-Centre 15 évoquant une urgence neurologique. Parmi ces motifs de recours, quatre cadres nosologiques peuvent être identifiés. Il s'agit du malaise, des convulsions, d'un déficit neurologique de survenue brutale ou de céphalées.

3. Dégager les critères prédictifs pour définir un AVC

Face à un appel présentant une typologie compatible avec un accident vasculaire cérébral, le médecin régulateur doit identifier les critères de gravité et rechercher les critères positifs absolus et relatifs permettant une orientation diagnostique (4). Le diagnostic d'accident vasculaire cérébral est évoqué devant l'apparition de signes neurologiques focaux associés ou non à des troubles de conscience. Les signes d'alerte devant conduire à évoquer la survenue d'un AVC sont (3) :

- une faiblesse, un engourdissement ou une paralysie soudaine de la face, du bras ou de la jambe d'un côté du corps ;
- une diminution ou perte de la vision, en particulier d'un œil ;
- une perte soudaine de la parole ou difficulté pour parler ou comprendre ce qui est dit ;
- un mal de tête sévère, soudain et inhabituel, sans cause apparente ;
- une instabilité de la marche inexpliquée ou chute soudaine, en particulier en association avec l'un des symptômes précédents.

Dans ce contexte, il faut rechercher l'heure de début des symptômes ou, à défaut, le dernier moment où le malade était asymptomatique. Parallèlement, les caractéristiques que sont l'âge du patient, le mode d'installation et l'évolution de la symptomatologie (régression, stabilisation, aggravation) devront être précisées. L'interrogatoire

téléphonique devra préciser l'existence de signes d'accompagnement tels que douleur thoracique, agitation, céphalées, nausées, vomissements ou cervicalgies ainsi que les traitements en cours (anticoagulants) (4).

4. Critères de déclenchement de l'effecteur

Un des objectifs de la régulation médicale est l'adéquation des moyens au besoin de soin du patient déterminé par le niveau d'urgence (5). Le médecin régulateur évalue le besoin de soins et quantifie le degré de l'urgence (6) en tenant compte de quatre facteurs (7) :

- la gravité potentielle de la pathologie et le risque évolutif prévisible ;
- les éléments de contrainte sociale, la possibilité de maintien à domicile d'une personne isolée et fragile présentant une pathologie de gravité mineure ;
- le contexte de l'intervention, l'organisation du système de secours et de soins et la disponibilité des moyens ;
- les contraintes liées aux délais d'intervention, au niveau d'équipement technique des effecteurs envisagés et aux difficultés d'accès.

Une récente conférence d'experts établit le cadre des réponses possibles (8) :

« En cas de détresse avérée ou potentielle, une unité mobile hospitalière est envoyée. Lorsque le délai d'intervention est estimé trop long, les moyens complémentaires au SMUR (médecins correspondants des SAMU, médecins de sapeurs-pompiers, médecins de proximité, professionnels de santé, sapeurs-pompiers, transporteurs sanitaires ou secouristes) sont également déclenchés. Face à une situation de détresse vitale identifiée dans un protocole de service, le PARM engage le SMUR et les secours de proximité en départ réflexe avant régulation médicale ».

« Lorsqu'un acte médical s'avère nécessaire en l'absence d'une détresse vitale, avérée ou potentielle, le médecin régulateur recourt au médecin traitant, à un médecin généraliste de proximité ou à la permanence des soins, en s'assurant du suivi de l'intervention ».

« En l'absence de détresse et si le recours à un établissement de soins paraît nécessaire, un moyen de transport est déclenché. Il peut être fait appel selon les circonstances aux transporteurs sanitaires privés, aux sapeurs-pompiers ou aux associations de secouristes ».

« En cas de [...] milieu hostile [...], l'appel aux sapeurs-pompiers est systématique. Si une sécurisation des lieux d'intervention, une protection des biens et des personnes sont nécessaires, les forces de l'ordre sont sollicitées ».

Dès l'appel téléphonique, la suspicion d'AVC reconnue et sa gravité évaluée, le transport est à effectuer en urgence (9). Le médecin régulateur recherchera les signes de gravité, en particulier l'existence de troubles de conscience qui

Tableau 1 – Échelle NIH simplifiée

ÉVALUATION CLINIQUE (NIH SIMPLIFIÉ)	
Côté déficitaire : Droite – Gauche	
V. Vigilance	<ul style="list-style-type: none"> • a. Bien éveillé. • b. Somnolent mais réveil facile. • c. Somnolent, réveil à la stimulation douloureuse. • d. Réponse motrice ébauchée ou nulle à la stimulation douloureuse forte.
D. Déficit	<ul style="list-style-type: none"> • Motricité membre supérieur (bras tendus à 90° durant 10 secondes) <ol style="list-style-type: none"> 0. Pas de chute. 1. Chute avant 10'. 2. Mouvement possible sans atteindre 90°. 3. Peut bouger mais non se lever contre la pesanteur. 4. Déficit complet. • Motricité membre inférieure (jambes tendues à 30° durant 5 secondes) <ol style="list-style-type: none"> 0. Pas de chute. 1. Chute avant 5 secondes. 2. Quelques mouvements contre la pesanteur. 3. Pas de mouvement contre la pesanteur. 4. Déficit complet. • Paralyse faciale <ol style="list-style-type: none"> 0. Absente. 1. Manifeste. • Langage 1 (faire dénommer un objet ; quel mois ?) <ol style="list-style-type: none"> 0. Réponse correcte aux deux questions. 1. Réponse à une seule question. 2. Pas de réponse (y compris aphasie). • Langage 2 (fermer les yeux ; serrer le poing) <ol style="list-style-type: none"> 0. Exécute correctement les deux ordres. 1. Exécute un seul ordre. 2. N'exécute aucun ordre.

nécessitent l'envoi d'une unité mobile hospitalière (10). Dans les autres cas, le premier bilan est effectué par un médecin généraliste. L'examen réalisé au domicile du patient vise à éliminer une intoxication oxycarbonée ou une hypoglycémie et à procéder à une évaluation clinique rapide du patient en s'appuyant sur l'échelle NIH (tableau 1) (11). En l'absence de troubles de la vigilance, de vomissements et risques de fausse route, un moyen de transport sanitaire public ou privé non médicalisé peut être déclenché (9).

5. Rôle du PARM

Le permanencier auxiliaire de régulation médicale (PARM) recueille les coordonnées de l'appelant et du patient et détermine le niveau de priorité de l'appel (6, 12). Il devra à l'aide d'un interrogatoire ciblé, hiérarchiser et prioriser

l'appel, puis le transmettre au médecin régulateur dès qu'il est disponible. Lorsque le motif de recours au SAMU – Centre 15 a une typologie compatible avec un accident vasculaire cérébral, il évalue l'état de conscience et l'état respiratoire (4) puis transmet rapidement l'appel au médecin régulateur. De nombreux SAMU – Centre 15 bénéficient d'une régulation médicale associant médecins urgentistes et médecin généralistes : le règlement intérieur du SAMU – Centre 15 doit organiser la gestion des appels en fonction du motif de recours. En dehors des situations où il existe un risque vital justifiant une régulation hospitalière, un appel pour suspicion d'accident vasculaire cérébral peut être transmis au médecin régulateur généraliste.

Lorsque l'appel ne peut être immédiatement régulé, le PARM délivre des conseils d'attente et déclenche un vecteur de transport avec demande de bilan secouriste initial en appliquant la procédure préalablement définie par le règlement intérieur du SAMU – Centre 15 (13).

6. Décrire les conseils à prodiguer à l'appelant

Dans tous les cas, des conseils de repos strict sont prodigués. Devant l'existence de troubles de conscience, le patient est allongé en position latérale de sécurité et les voies aériennes supérieures dégagées (14). Face à une convulsion, il faudra obtenir de l'entourage de ne pas tenter d'empêcher les mouvements, de ne pas introduire d'objet dans la bouche, d'écarter objets et meubles pouvant blesser le patient (15).

Des consignes de surveillance sont laissées à l'entourage ou au patient en attendant les secours engagés. Avant de mettre fin à la communication téléphonique, le médecin régulateur s'assure de la compréhension des conseils et propose le rappel au « 15 » devant une aggravation ou une modification de l'état clinique du patient, une modification de l'état de conscience.

7. Définir une stratégie d'orientation

La prise en charge des AVC doit s'inscrire dans le cadre d'un réseau de soins dont l'existence permet une amélioration de la survie des patients (16). Le diagnostic d'AVC, évoqué devant des troubles neurologiques focaux ou des troubles de la vigilance d'installation soudaine doit être confirmé par l'imagerie cérébrale. Le transport pour tous les patients est assuré vers un établissement disposant d'une unité neurovasculaire ou à défaut un établissement qualifié pour la prise en charge des AVC disposant d'un plateau technique d'imagerie cérébrale (9). Pour les AVC très récents et pouvant bénéficier d'un traitement thrombolytique (moins de trois heures après le début des signes cliniques, imagerie comprise), le transfert doit s'effectuer vers une unité neurovasculaire pratiquant la thrombolyse. L'admission hospitalière est organisée par la régulation du SAMU. Selon l'organisation locale

Tableau 2 – Stratégie de régulation d'un appel pour AVC

Appel

- Déficit neurologique même transitoire et régressif ?
- Mode de début ?
- Conscience ?
- Ventilation ?
- Traitement actuel ? (AVK, aspirine...)
- Antécédents ?

Décision

- Hospitalisation systématique.
- Si troubles de conscience, conseil téléphonique (PLS), UMH et discussion intubation.
- Si absence de troubles de conscience à l'appel : envoi ambulance privée et médecin (bilan).
- Dans tous les cas :
 - éliminer hypoglycémie et intoxication oxycarbonée,
 - maîtrise tensionnelle.

Orientation

- Admission directe en unité cérébrovasculaire après TDM.
- Le cas échéant : accueil des urgences.
- Discussion au cas par cas si âge (physiologique) avancé, grabataire, fin de vie.

Filière régionale organisée avec l'unité d'urgence cérébrovasculaire

de la filière de soins l'accueil s'effectue, soit dans l'unité neurovasculaire si elle existe, soit aux urgences, soit directement au niveau du plateau technique d'imagerie. Le Centre 15 doit disposer de la liste, régulièrement actualisée, des sites participant à la filière régionale de prise en charge des accidents vasculaires cérébraux.

La stratégie de régulation d'un accident vasculaire cérébral est synthétisée dans le **tableau 2 (10)**.

8. Campagne d'information grand public

L'accident vasculaire cérébral est une urgence, ce qui est encore souvent mal connu, aussi bien du grand public que des professionnels de santé (17). Dans le but d'améliorer la connaissance et la reconnaissance des signes initiaux une campagne nationale d'information a été mise en place en novembre 2005. Cette campagne ciblée à la fois sur le grand public et les professionnels de santé doit permettre un déclenchement précoce de l'alerte et conduire à une hospitalisation d'urgence dès lors que le patient, ses proches ou un médecin, identifie un signe d'alerte d'AVC (3). Dans ce contexte, le recours au Centre 15 est préconisé.

Références bibliographiques

1. Aboderin I, Venables G, for the pan european consensus meeting on stroke management. Stroke management in Europ. J Intern Med 1996 ; 240 : 173-80.
2. Barsan WG, Brott TG, Broderick JP, Haley EC Jr, Levy DE, Marler JR. Time of hospital presentation in patients with acute stroke. Arch Intern Med 1993 ; 153 : 2558-61.

3. Recommandations de l'ANAES pour la pratique clinique. Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral. Septembre 2002.
4. Rémy MA, Braun F, Ducros X. Déficit neurologique de survenue brutale. In: SFEM, editor. Guide d'aide à la régulation au SAMU – Centre 15. Paris ; 2004 : 82.
5. Soulat LC, DIU de régulation médicale (UFR Créteil), Comité de rédaction. Charte de la régulation médicale. In: SFEM, editor. Guide d'aide à la régulation au SAMU – Centre 15. Paris ; 2004 : 2.
6. Menthonnex P, Dubouloz F. Du bon usage du guide. In: SFEM, editor. Guide d'aide à la régulation au SAMU – Centre 15 Paris ; 2004 : 11.
7. Martinez-Almoyna M. Cours de régulation médicale. Éléments pour l'enseignement de la quantification du degré d'urgence. 8 – Quantification du degré de gravité médicale. Rev SAMU ; 1984 (6) : 223-7.
8. Lapandry C, Adnet F, Ammirati C, Bar C, Benoit P, Berthier F, et al. Réception et régulation des appels pour les urgences médicales en dehors de l'hôpital. Conférence d'experts sur la régulation médicale. Revue des SAMU 2006 ; 27 : 35-7.
9. Circulaire DHOS/DGS/DGAS n° 2003-517 du 3 novembre 2003 relative à la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux.
10. Freysz M, Lenfant F, Kamp E, Giroud M. Prise en charge préhospitalière, filière de soins. L'accident vasculaire cérébral en phase préhospitalière. In : SFAR, Médecine d'urgence 2000, 42^e congrès national d'anesthésie et de réanimation. Paris : Elsevier, 2000 : 47-56.
11. Brott T, Adams HP, Olinger CP, Marler JR, Barsan WG, Billezr J, et al. Measurements of acute cerebral infarction: a clinical examination scale. Stroke 1989 ; 20 : 864-70.
12. Rémy MA, Comité de rédaction. Les étapes de l'acte de régulation. In: SFEM, editor. Guide d'aide à la régulation au SAMU – Centre 15 Paris ; 2004 : 23.
13. Ouss I. Boîte à outils : outils pour la communication interpersonnelle au téléphone. In: SFEM, editor. Guide d'aide à la régulation au SAMU – Centre 15 Paris ; 2004 : 13-9.
14. Ammirati C, Amsallem C, Thiébaud H. Aide au geste par téléphone. In: SFEM, editor. Guide d'aide à la régulation au SAMU – Centre 15. Paris ; 2004 : 26-7.
15. Rémy MA, Braun F, Ducros X. Convulsions de l'adulte. In: SFEM, editor. Guide d'aide à la régulation au SAMU – Centre 15 Paris ; 2004 : 78-9.
16. Leys D, Godefroy O, Pasquier F, Mas JL. Pronostic des accidents ischémiques cérébraux. Infarctus cérébral : une urgence diagnostique et thérapeutique. Rev Prat 1998 ; 48 : 171-81.
17. Hommel M, Woimant F. La filière des accidents vasculaires cérébraux. Rev Prat 2006 ; 56 : 1452-4.

