

Trajectoire thrombectomie mécanique au centre tertiaire

JULIE ASSELIN, ADJOINTE À LA DIRECTRICE CLIENTÈLE SITN-TRAJECTOIRES SCIENCES
NEUROLOGIQUES, CHU DE QUÉBEC-UL

ROXANNE COURNOYER, INFIRMIÈRE CLINICIENNE-SUIVI SYSTÉMATIQUE DE
LA CLIENTÈLE NEUROLOGIE VASCULAIRE, CHUM

SYLVAIN SAMSON, CHEF DE SERVICES, SOINS INTENSIFS – UNITÉ DES BRÛLÉS
CO RESPONSABLE CONTINUUM DE SERVICES AVC, CIUSSS DE L'ESTRIE CHUS

ROSA SOURIAL, INFIRMIÈRE CLINICIENNE SPÉCIALISÉE, CUSM

Faculty/Presenter Disclosure

- ▶ Facilitators/Presenters name:
 - ▶ Julie Asselin
 - ▶ Roxanne Cournoyer
 - ▶ Sylvain Samson
 - ▶ Rosa Sourial
- ▶ Relationships with Commercial Interests: Not Applicable
- ▶ Grant/Research Support: Not Applicable
- ▶ Speakers Bureau/Honoraria: Not Applicable
- ▶ Other.: Not Applicable

Disclosure of Commercial Support

- ▶ No Commercial Support

Mitigation of Potential Bias

- ▶ Not Applicable

Objectifs

- ▶ Expliquer le déroulement des différentes phases de la trajectoire du patient admis dans un centre pour une thrombectomie mécanique.
 - ▶ Phase 1 : Préhospitalier et arrivée à l'urgence du centre tertiaire
 - ▶ Phase 2 : Urgence jusqu'à la salle d'angiographie
 - ▶ Phase 3 : Salle d'angiographie et thrombectomie
 - ▶ Phase 4 : Post thrombectomie – orientation et transfert
- ▶ Présenter les principales différences entre les centres tertiaires pour chacune de ces phases

Phase 1: Préhospitalier et arrivée au centre tertiaire

CHUS	CHUM	CHU de Québec	CUSM
3 modes d'arrivée possibles: 1) Sur pieds 2) En ambulance 3) Transfert centre primaire / secondaire			2 modes d'arrivée possibles : Ambulance ou transfert centre primaire / secondaire
1) Si patient arrive à l'urgence sur pieds			
<ul style="list-style-type: none"> • Triage • Urgentologue avisé, salle de réanimation • Appel équipe d'AVC aigu (selon code en place: Code 3333, code 155...) • Voies veineuses, ECG, poids, prélèvements... • Neurologue rencontre/ téléphone la famille, informe de la situation • Évaluation médicale et NIHSS par neurologue • Transfert au scan 			
2) Si arrivée par ambulance préavis des ambulanciers: Histoire, Cincinnati, Sexe, si patient prend des anticoagulants, Numéro de téléphone d'un témoin, délai d'arrivée à l'urgence.			
Équipe AVC avisée via code (3333, 7777, 155, 5555)			

Phase 1: Préhospitalier et arrivée au centre tertiaire

CHUS	CHUM	CHU de Québec	CUSM
Arrivée à l'urgence			L'unité de réception (Red unit) est une unité de soins avec 2 civières, qui fonctionne comme le triage dans une urgence.
<ul style="list-style-type: none"> TA, Voies veineuses, ECG, patient pesé, prélèvements sanguins Le neurologue rencontre/ téléphone la famille, informe de la situation Évaluation médicale et échelle NIHSS (salle de réanimation et durant le transport au scan) Transfert au scan 			
3) Si transfert d'un centre primaire ou secondaire:			
	Appel du centre référant pour parler au neurologue vasculaire/résident en neurologie pour transfert d'information et possibilité d'intervention	Code 200 pour parler au neurologue et au neurointerventionniste de garde pour transfert d'information et possibilité d'intervention	L'appel est transféré au neurointensiviste responsable de l'unité de réception
Équipe AVC avisée via code ou avis direct aux membres de l'équipe par neurologue			
		<ul style="list-style-type: none"> L'AIC de l'urgence est avisée 30 minutes avant l'arrivée par appel du préhospitalier, elle avise l'équipe AVC 	<ul style="list-style-type: none"> Arrivée à l'unité de réception
<ul style="list-style-type: none"> TA, Voies veineuses, ECG, patient pesé, prélèvements sanguins Le neurologue rencontre/ téléphone la famille, informe de la situation Évaluation médicale et échelle NIHSS (salle de réanimation et durant le transport au scan) Transfert au scan 			

Phase 2: Urgence jusqu'à la salle d'angiographie

CHUS

CHUM

CHU DE QUÉBEC

CUSM

Le patient est dirigé au scan via un ascenseur dédié

↓
Scan cérébral +/- angioscan

↓
Si pas d'AVC

Retour à l'urgence pour suivi et/ou admission ou retour au centre référant

Retour à l'urgence ou unité de réception (CUSM) pour suivi +/- admission OU retour au centre primaire ou secondaire selon le territoire

Si AVC hémorragique

Transfert à l'unité d'AVC ou aux soins intensifs/intermédiaires selon la condition clinique du pt

**Si AVC ischémique
ET**

Si ne répond pas aux critères de thrombolyse/thrombectomie

Retour à l'urgence ou unité d'AVC où l'on amorce les meilleures pratiques en AVC (dépistage de la dysphagie, SV et SN, tx médicamenteux) et protocole de transfert (sauf CHUS)

Phase 2: Urgence jusqu'à la salle d'angiographie

CHUS

CHUM

CHU DE QUÉBEC

CUSM

Si répond aux critères de thrombolyse seulement

Bolus préparé par l'infirmière et administré par le neurologue à la salle de scan puis retour à la salle de réanimation pour la perfusion

Bolus et début de perfusion préparé et administré par l'infirmière à la salle de scan et se termine à l'unité d'AVC pour une surveillance de 12-24 h

Bolus préparé et administré par l'infirmière à la salle d'urgence située à côté du scan et admission à l'unité d'AVC pour 12-24 h

Bolus préparé et administré par l'infirmière à l'unité de réception dans la salle de scan et admission aux soins intensifs pour une surveillance de 12 h

Si répond aux critères de thrombectomie +/- thrombolyse après validation avec le neuroradiologue interventionniste, le radiologue interventionniste ou le neuro-interventionniste que le patient est candidat

Reçoit l'alteplase tel que décrit plus haut puis:

CODE 4444 lancé
Personnes avisées:

- Radiologue interventionniste
- Coordonnateur à la gestion des lits
- 2 technologues en angio
- Résident en anesthésie et anesthésiste, inhalo, AIC du bloc opératoire (au cas où)
- Intensiviste de l'équipe des soins intensifs pour l'admission post-procédure

Appel 8444- Protocole d'AVC lancé

Personnes avisées:

- Coordonnateur à la gestion des lits
- COFR (Centre d'Optimisation du Flux Réseau)

Le neurologue vasculaire informe également:

- Résident en anesthésie, anesthésiste, inhalo (au cas où)
- Unité d'AVC

CODE 255 lancé

Personnes avisées:

- Résidente de garde en neurologie
- Technicien de garde en salle d'angio
- AIC de l'unité d'AVC (zone intermédiaire)
- Gestionnaire de lit
- Technicien au TDM de l'urgence

Le neuroradiologue interventionniste avise au besoin :

- Anesthésiste

Toute l'équipe a déjà été avisée lors du code AVC car l'hôpital a une clientèle de neurologie uniquement et est déjà sur place

Si après 16H00 : le neuroradiologue d'intervention signale :

- Infirmière en radiologie
- Anesthésiste

Tout au long du processus, l'infirmière de l'urgence (ou unité de réception), le préposé et le neurologue accompagnent le patient

Phase 3: Salle d'Angiographie et thrombectomie

CHUS	CHUM	CHU DE QUÉBEC	CUSM
Équipe de l'urgence/Unité de réception accompagne le patient			
l'infirmière des soins intensifs remplace l'infirmière de l'urgence	l'infirmière de l'unité d'AVC remplace l'infirmière de l'urgence	l'infirmière de l'urgence reste avec patient	l'infirmière en radiologie remplace infirmière de l'unité de réception
Patient est installé sur la table pour l'intervention avec monitoring cardiaque			
<u>Thrombectomie:</u> Radiologue interventionniste	<u>Thrombectomie</u> neuroradio interventionniste	<u>Thrombectomie</u> neuro interventionniste	<u>Thrombectomie</u> neuro-interventionniste
<u>Sédation:</u> Neurologue Anesthésiste prn	<u>Sédation:</u> Neurologue Anesthésiste prn	<u>Sédation:</u> Anesthésiste prn	<u>Sédation 100% des pts</u> anesthésiste

***critères de sédation selon les centres**

Phase 4: Post-thrombectomie orientation et transfert

CHUS	CHUM		CHU DE QUÉBEC		CUSM	
Patient est accompagné aux soins intensifs pour 24 h selon sa condition clinique	Le patient est accompagné à la zone intermédiaire de l'unité AVC. (6 lits avec monitoring cardiaque)		Le patient est accompagné aux soins intermédiaires des sciences neurologiques (4 lits avec monitoring cardiaque) ou aux soins intensifs pour 24 h selon la condition clinique du patient		Le patient est accompagné aux soins intensifs pour 12-24 h selon la condition clinique	
	↓	↓	↓	↓	↓	↓
Transféré à l'unité AVC pour la durée de l'hospitalisation (22 lits de neurologie avec priorité clientèle AVC)	A	B	A	B	A	B
	Patient transféré à l'unité AVC pour la durée de son hospitalisation (8 lits AVC sur unité de 33 lits neuro)	Centre secondaire selon code postal du patient (dans les 24 h si stable)	Patient transféré à l'unité AVC pour la durée de son hospitalisation (11 lits AVC sur 62 lits de sciences neurologiques)	Centre secondaire de leur région (24 h post-thrombectomie si stable)	Unité AVC (20 lits dédiés pour AVC)	Centre secondaire selon le code postal du patient
Équipe de professionnels dédiés, prise en charge < 48 h	Équipe professionnels dédiés (prise en charge dans les 4-24 h)		Équipe de professionnels dédiés, prise en charge < 48 h		Équipe professionnels dédiés (prise en charge dans les 4-24 h)	
Fin de l'épisode de soins aigus: -Pt retourne à domicile -CRE -URFI -CHSLD -Etc.	Fin de l'épisode de soins aigus (guichet unique): -Patient retourne à domicile -Hôpital/centre de réadaptation -URFI -CHSLD -etc...		Fin de l'épisode de soins aigus: -Patient retourne à domicile -Institut de réadaptation -URFI -CHSLD -etc...		Fin de l'épisode de soins aigus (guichet unique): -Patient retourne à domicile -Hôpital/centre de réadaptation -URFI -CHSLD -etc...	

CONCLUSION

Comme vous avez pu le constater, il y a beaucoup de similitudes dans le cheminement d'un patient qui se présente à l'urgence avec des symptômes AVC dans les 4 centres tertiaires.

Il y a également plusieurs codifications pour identifier l'urgence AVC. Cependant, l'objectif ultime pour tous est la prise en charge rapide de cette clientèle, car le traitement est chrono dépendant.

TIME IS BRAIN

Chaque minute compte pour le patient car 1,9 millions de neurones par minute meurent avec l'occlusion d'une artère majeure au cerveau

