



PRATIQUE PRÉHOSPITALIÈRE EN MILIEU RURAL

PAR M. PIERRE MARTIN, TECHNICIEN AMBULANCIER PARAMÉDIC CHARGÉ DE LA
FORMATION ET DE L'ASSURANCE QUALITÉ RÉGION 12

ET

DR SERGE BERGERON, DSPSM RÉGION 10 ET MÉDECIN CELLULE AVC MSSS

DÉCLARATION DES CONFLITS D'INTÉRÊT RÉELS OU POTENTIELS

**CONFÉRENCIERS: M. PIERRE MARTIN, TAPAQ
DR SERGE BERGERON, M.D.**

**Nous n'avons aucun conflit d'intérêt réel ou potentiel en lien
avec le contenu de cette présentation.**

OBJECTIFS DE LA PRÉSENTATION

1. Les participants seront en mesure de Comprendre les outils utilisés pour l'évaluation préhospitalière du patient ayant subi un AVC aigu
2. Les participants seront en mesure de Comprendre les enjeux liés à la transmission des informations à l'équipe de l'urgence de l'hôpital de destination.

LES TECHNICIENS AMBULANCIERS PARAMÉDICS

- Protocoles d'Intervention Clinique pour les Techniciens Ambulanciers Paramédics (PICTAP MED 14)
- Appréciation clinique préhospitalière
 - ✓ Prise d'informations auprès du patient et occasionnellement la famille
- Les TAP doivent exclure l'hypoglycémie
 - ✓ Prise de glycémie capillaire
 - ❖ Doit être supérieur à 3,0 mmol/L
 - ❖ Administration de glucagon si entre 3,0 mmol/L et 4,0 mmol/L
- Validation de l'échelle de Cincinnati

L'ÉCHELLE DE CINCINNATI

1. Le patient présente-t-il un AVC? - Application de l'Échelle de Cincinnati

a) Affaissement facial

Objectif : Vérifier s'il y a présence d'hémiplégie faciale. Demander au patient de sourire en montrant les dents.

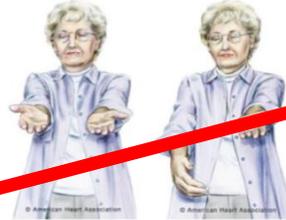
- **Normal** : les deux côtés du visage sont symétriques.
- **Anormal** : un des deux côtés du visage ne bouge pas lors du sourire et semble affaissé.



b) Affaissement d'un bras

Objectif : Vérifier s'il y a présence d'une hémiplégie. Demander au patient de lever les bras devant lui, paume des mains vers le haut et de fermer les yeux. La position doit être maintenue pendant plus ou moins 10 secondes.

- **Normal** : les deux bras restent en position ou bougent symétriquement.
- **Anormal** : un des deux bras descend systématiquement comparativement à l'autre.



c) Parole et discours inadéquats

Objectif : vérifier si la parole et le discours sont adéquats. Demander au patient de répéter la phrase suivante : « Le ciel est bleu à Cincinnati ».

- **Normal** : répète les mots sans aucun problème (prononciation et mots adéquats).
- **Anormal** : le discours ou les mots sont inappropriés, ne prononce pas les mots correctement ou est incapable de parler.

La présence d'un ou de plusieurs critères anormaux est considéré comme indiquant un AVC probable.

Visage Est-il affaissé?
Incapacité Pouvez-vous lever les deux bras normalement?
Trouble de la parole Trouble de prononciation?
Extrême urgence Composez le 9-1-1.

Apprenez à reconnaître les signes. Plus **VITE** vous réagissez, plus **VITE** vous sauvez la personne.

© Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2017.

Préalerte au centre receveur
Transport urgent

ÉCHELLE DE CINCINNATI POSITIVE ET PICTAP MED 14 (VERSION 2017)

- Elle est considérée positive si 1 réponse est anormale
- Les TAP doivent alors vérifier les critères de « candidat à un traitement de reperfusion cérébrale (thrombolyse et/ou thrombectomie) »
 - ✓ Âge ≥ 16 ans
 - ✓ L'état de conscience est à « A » ou « V » sur échelle AVPU
 - ✓ Le délai d'arrivée à l'hôpital receveur est $< 3,5$ heures après le début des symptômes pour la thrombolyse ou < 5 heures pour la thrombectomie
 - ✓ Glycémie $\geq 3,0$ mmol/L
 - ✓ Patient n'est pas dans une condition où il reçoit des soins de fin de vie
- Le patient est considéré « candidat à un traitement de reperfusion » si toutes les réponses sont positives

L'AVC AU RÉVEIL

- Antérieurement, on considérait le début des symptômes à l'heure du coucher
- Les études tendent maintenant à démontrer que la majorité des AVC surviennent vraiment au réveil.
- Notion de début des symptômes observés vs estimés

LA TRANSMISSION DE L'INFORMATION...

- Les questions du médecin de l'urgence:
 - ✓ S'agit-il bien d'un AVC?
 - ✓ Le degré de certitude lui permettra-t-il de lancer le code AVC? Dans l'hôpital? Au neurologue à domicile?
 - ✓ Devrait-on plutôt transporter le patient directement vers un centre offrant la thrombectomie?
- Comment bien transmettre l'information pertinente au médecin de l'urgence?
- Directement au médecin ou via le CCS?

« CANDIDAT À LA REPERFUSION CÉRÉBRALE »

- Les candidats à la reperfusion cérébrale doivent tous être annoncé (préavis) avant de quitté la résidence
- Le préavis est donc fait au chevet du patient si cela est possible et inclut les information suivante:
 - ✓ Numéro du véhicule
 - ✓ Le sexe et l'âge du patient
 - ✓ Confirmation de l'AVC AIGU avec le résultat de l'échelle de Cincinnati (score 1 à 3 avec descriptif)
 - ✓ Heure du début des symptômes et temps estimé de l'arrivée à l'hôpital
 - ✓ Signes vitaux (respiration, pouls, tension artérielle, SpO₂ et la glycémie)
 - ✓ Autres renseignements pertinents (ex: prise d'anticoagulant)

ET LE TRANSPORT...

- Le patient sera transporté vers le centre hospitalier offrant la reperfusion en mode urgent
- Un avis plus complet sera effectué en transport directement avec les équipes traitantes ou via la centrale de communication santé
- Directement en réanimation ou à l'imagerie?

OÙ TRANSPORTER LE PATIENT

- Thrombolyse ou thrombectomie: chaque minute compte.
- Thrombolyse: fenêtre 0 à 4½h pour débiter le traitement. Possible pour quelques cas en dehors de la fenêtre. L'équipe voudra débiter la thrombolyse < 30 minutes de l'arrivée du patient.
- Thrombectomie: fenêtre 0 à 6h. Peut s'étendre jusqu'à 24h pour certains patients

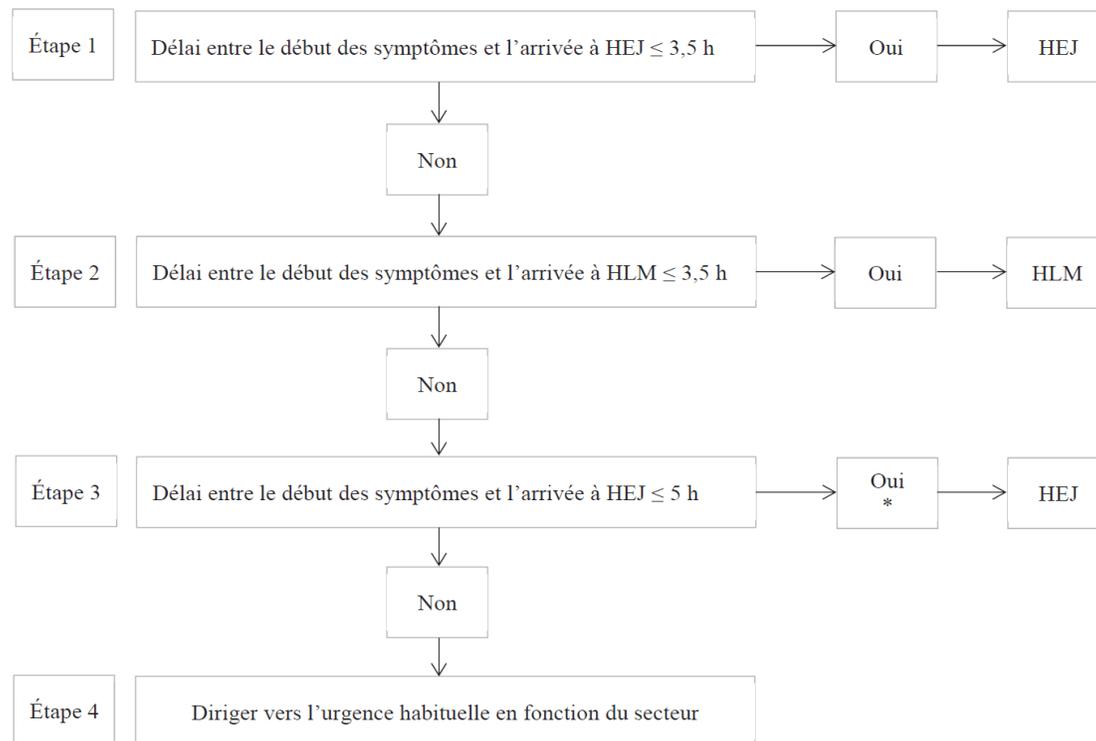
OÙ TRANSPORTER LE PATIENT

- Internationale: Transporter le patient directement vers un centre offrant la thrombectomie lorsque à l'intérieur de 60 minutes de transport.
- U-Santé: 3/3 directement au centre de thrombectomie; 1-2/3 au centre offrant la thrombolyse (ou la téléthrombolyse) le plus proche.
- Charlevoix et Québec (Bulletin clinique: Algorithme Charlevoix).
- Et vous?

Algorithme décisionnel

Prendre note que l'ancien principe de zones géographiques est remplacé par cet algorithme décisionnel

Délai entre le début des symptômes et l'arrivée



* Les patients qui, au réveil (« wake up »), présentent des symptômes d'AVC aigu déjà bien installés, mais qui n'étaient pas présents au coucher selon le patient (si fiable) ou témoin, si l'heure connue ou estimée est \leq à 5 heures une fois arrivé à HEJ.

ET LE RETRANSFERT POUR LA THROMBECTOMIE?

- Attendre sur place en cas de retransfert pour la thrombectomie?
- Faire venir une autre ambulance en prio 2 (En 5 à 10 minutes ou à l'intérieur de 30 minutes)?
- Qui gère quoi dans l'ambulance?
 - ✓ Ordonnances spécifiques à l'infirmière (Thrombolyse, gestion signes vitaux, gestion allergie)
 - ✓ PICTAP (contre-indication MED 17 (adrénaline), MDSA de l'ambulance à moins de la présence d'un médecin)

EN CONCLUSION

- Les Techniciens ambulanciers Paramédics, premier maillon du continuum au moment de l'AVC.
- Maillon à intégrer activement pour bonifier ses actions et son apport positif aux autres maillons du continuum (Intégrer dans la réflexion et la planification).
- Maillon complice dans la recherche de la meilleure chronodépendance et des meilleures actions à poser afin que le patient reçoive les traitements permettant la meilleure récupération possible (partager la rétroaction et inclure dans l'amélioration).
- Avec l'évolution rapide des connaissances, toutes les composantes du continuum (incluant le SPU) devraient continuellement revisiter les processus (par exemple les algorithmes).



MERCI DE VOTRE ATTENTION

NOUS RÉPONDRONS À VOS QUESTIONS LORS DE LA PÉRIODE RÉSERVÉE PLUS
TARD CET AVANT-MIDI.