



Evaluation de la prise en charge initiale des AVC aux urgences de l'EPH de Mostaganem. Adéquations avec les recommandations

Etude rétrospective sur 132 patients

F.AOUNE, A.BENLALEDJ, MR.MOHAMED ,N .BENABDI, S.BENBERNOU ,HADJ BRAHIM, H.DJEBLI ,MB.BENKADA ,S.ILES.

Résumé :

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est une pathologie fréquente dont la mortalité et les séquelles ont diminué par le développement des unités neurovasculaires (UNV) et de la thrombolyse. Le but de notre étude était d'évaluer la prise en charge des patients suspects d'AVC dans le service des urgences d'un hôpital ne disposant pas d'unité de neurologie comme l'hôpital public de Mostaganem (Algérie).

Notre étude rétrospective, descriptive et mono centrique porte sur 132 patients issus de l'échantillon tiré au sort pour le recueil des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins réalisé en 2018 concernant la prise en charge initiale de l'AVC au cours de cette année sur une période de neuf mois. Nous avons évalué 8 indicateurs de pratique clinique relatifs à la prise en charge aigüe des AVC ainsi que la surveillance initiale des facteurs d'agression cérébrale secondaire d'origine systémique. Les principaux résultats de l'étude montrent un insuffisance dans la prise en charge des AVC, soit un délai important entre le début des symptômes et la prise en charge, l'absence d'indication de thrombolyse, d'utilisation de l'IRM en première intention et de la réalisation du score NIHSS, une expertise téléphonique insuffisante auprès d'un neurologue, un faible taux d'hospitalisation en UNV et de prescription d'aspirine chez les patients présentant un AVC ischémique constitué. La surveillance des paramètres vitaux (pression artérielle, pouls, température, saturation en oxygène, glycémie capillaire) n'est pas réalisée conformément aux recommandations. Notre étude a mis en avant

les points à optimiser dans la filière AVC dans l'hôpital public de Mostaganem. Une fiche de recueil de données a été proposée en ce sens.

I. Introduction :

Les AVC sont un problème majeur de santé public, ils constituent :

- ✓ La première cause d'handicapés acquis.
- ✓ La deuxième cause de démence après la maladie d'Alzheimer.
- ✓ La troisième cause de décès.

Il s'agit d'une pathologie fréquente, dont la mortalité et les séquelles ont diminué par le développement d'unités neuro-vasculaires (UNV) et la thrombolyse pour les AVC ischémiques, ainsi que la thrombectomie [1].

Le pronostic vital et fonctionnel des patients, peut être amélioré grâce à une prise en charge diagnostique et thérapeutique urgente [1].

II. Connaissances actuelles : Selon l'OMS l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) est un déficit brutal d'une fonction cérébrale focale, sans autre cause apparente qu'une cause vasculaire [2] ; sous le thème AVC est regroupé un ensemble de pathologies vasculaires cérébrales d'origine artérielle ou veineuse dont

- ✓ Les accidents ischémiques : 80 % [3]
 - Accidents transitoires : AIT
 - Accidents constitués : Infarctus cérébral (IC).
- ✓ Les accidents hémorragiques : 20% [3]
 - hémorragies intra-parenchymateuses : HIP 15%
 - hémorragies méningées : HM 05%
- ✓ Les thrombophlébites cérébrales : pathologie rare

Les principaux facteurs de risques [1] :

- ✓ L'âge moyen est de 70 ans (après 55 ans le risque est multiplié par deux).
- ✓ Le sexe : Le risque de survenue est multiplié par 1,25 chez l'homme.
- ✓ HTA : est le principal facteur de risque, retrouvé chez 80% des patients en cas HIP.
- ✓ Le diabète ; multiplie le risque de survenue d'IC par deux.
- ✓ Le tabac et l'alcool, majorent le risque de survenue d'IC.
- ✓ La cardiopathie emboligène type FA, nécessitant un traitement anticoagulant à long terme (AVK).
- ✓ Obésité.
- ✓ Prise d'un traitement hormonal oestro-progestatif.

III. Diagnostic :

En règle générale le diagnostic d'AVC repose sur la clinique, avec un déficit neurologique focalisé d'apparition brutale [5] ; tout patient

suspect d'AVC doit bénéficier le plus rapidement possible d'une imagerie cérébrale, afin de confirmer le diagnostic et l'hospitalisation en urgence dans une structure spécialisée permettant une prise en charge thérapeutique adaptée.

IV. Recommandations de HAS

- ✓ Alerte devant une suspicion d'AVC en informant la population générale sur la pathologie neuro-vasculaire et les symptômes liés à cette dernière, en insistant sur les patients ayant un facteur de risque [1,2].
- ✓ Rôle du médecin traitant, représentant la pierre angulaire de l'information du patient sur la prise en charge optimale.
- ✓ Former les professionnels de santé [4,5].

Phase pré- hospitalière :

- ✓ Régulation médicalisée, évaluation et orientation du patient : C'est le premier maillon de la filière AVC, évaluation de la sévérité par l'échelle de NIHSS est fortement recommandée [1,6].
- ✓ Transport : La rapidité du transport vers la structure adaptée et le conditionnement du patient pour éviter les aggravations secondaires (contrôle de la glycémie, mesure de la PA, FC, SPO2) évaluation de la fonction cardio- respiratoire [1, 6,7]

Phase hospitalière initiale :

- ✓ Accueil, surveillance et mesures thérapeutiques :
 - Tout patient arrivant aux urgences pour suspicion d'AVC, doit être examiné par un médecin dans les minutes qui suivent [1].
 - Si le patient n'a pas été pris en charge en pré-hospitalier par une équipe médicale, il doit bénéficier des mêmes soins de son admission [1, 3,8].
 - Monitoring cardiaque à la recherche d'une FA ou d'une ischémie myocardique.
 - Surveillance neurologique par le score de NIHSS, toutes les quinze minutes [3,5].
 - Oxygénothérapie si SPO2 inférieur à 95% [3, 5, 8]
 - Corriger l'hyperglycémie si supérieur à 10 mmol /l[3].
 - Corriger l'hypoglycémie pour atteindre un but de glycémie sup à 4mmol /l [3, 5,9].
 - Eviter les solutions glucosées durant les premières 24 heures.
 - L'hyperthermie doit faire rechercher une cause infectieuse associée [3,5].
 - Respect de l'HTA dans les premières 24 heures d'un IC, sauf si elle dépasse 220 mm Hg.

- ✓ Imagerie cérébrale et vasculaire : il est recommandé une IRM en première intention, pour distinguer précocement (1^{er} heure), un AVC ischémique d'un AVC hémorragique [1,3].

-Si impossibilité d'IRM, il est recommandé de réaliser un scanner cérébrale sans injection [1,3].

- Angio- scanné couplé au scanner cérébrale est une alternative à l'IRM en phase aigüe [1,3].

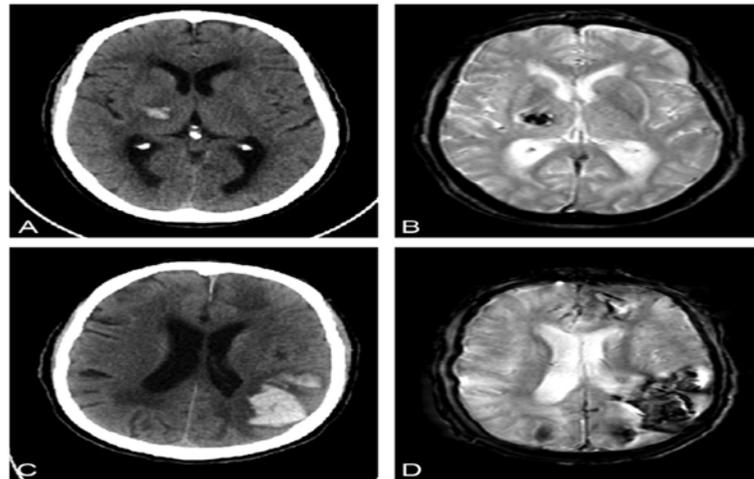


IMAGE D'AVC HEMORAGIQUE

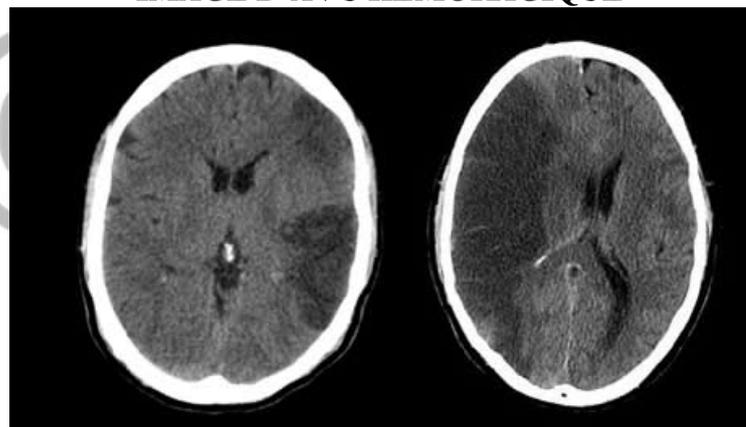
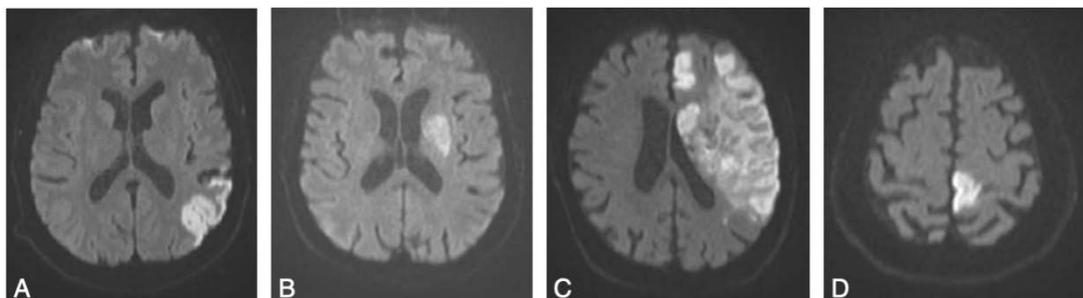


IMAGE D'AVC ISCHIMIQUE



- A.** Infarctus sylvien superficiel. **B.** Infarctus sylvien profond. **C.** Infarctus sylvien total. **D.** Infarctus cérébral antérieur. **E.** Infarctus jonctionnel.

Patients et Méthodes :

But : Le but de notre étude est d'évaluer la prise en charge initiale des AVC au niveau des UMC de l'EPH de Mostaganem en adéquation avec les recommandations de la HAS 2009.

Type de l'étude et population :

Il s'agit d'une étude rétrospective mono centrique à visée descriptive et analytique, réalisée dans le service des urgences sur une durée de neuf mois (janvier 2018/Septembre 2018), concernant 132 patients admis pour installation brutal d'un déficit neurologique focal avec ou sans altération de l'état de conscience, chez lesquelles un diagnostic d'AVC a pu être établie par la clinique et/ ou TDM cérébrale. L'étude a porté sur le sexe, l'âge, facteurs de risques cardiovasculaire ; délai entre les symptômes et le premier contact médical, délai de réalisation de scanner, réalisation du score de NHISS, réalisation de l'IRM en première intention, prescription d'Aspirine, l'orientation des patients vers l'UNV(ORAN).

Résultats

Description de la population : Sur les 132 patients, ont été recensé 61 femmes soit 46.21% et 71 hommes soit 53.79%.

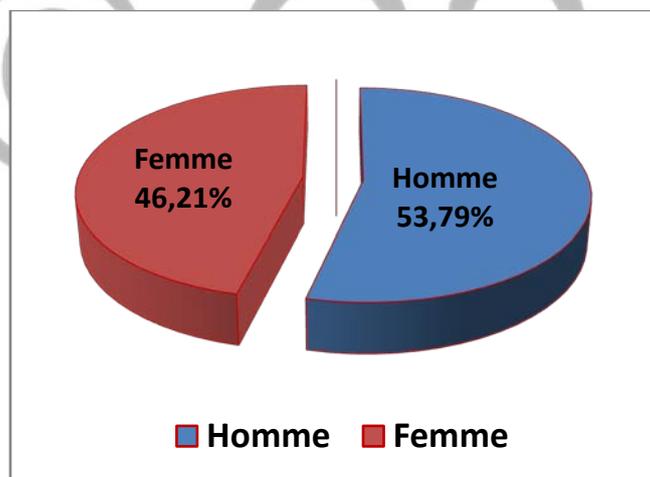


Figure 01 : Répartition de la population par sexe

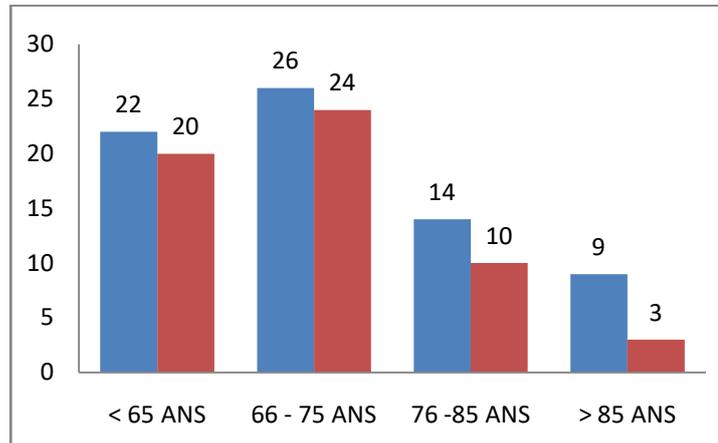


Figure 02 : Répartition de la population par tranche d'âge

- 32% de cette population avait un âge < 65 ans
- 56% de cette population, l'âge était entre 65 et 85 ans
- 9%, l'âge était > 85 ans

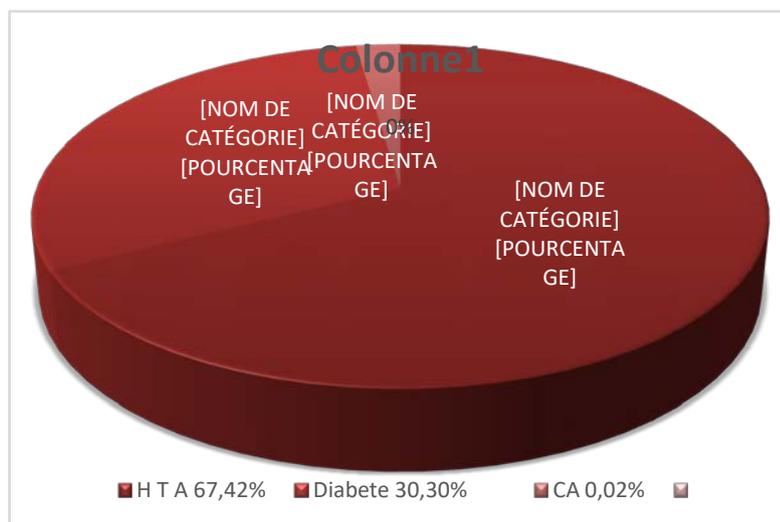


Figure 3 : Répartition des facteurs de risque

- Les autres facteurs de risques ne figurent pas sur les dossiers des patients car n'ont pas été recherchés.

Tableau 01 : Nature de l'admission aux UMC

Nature	Nombre	Pourcentage
Evacuation	78	59%
Présentation Directe	54	41%
	132	100%

Tableau 02 : Délai entre la survenue des symptômes et le premier contact médical.

Délai	≤ 4H30 mn	≥ 4H30 mn	Heure Inconnue	Total
Nombre de patient	18	49	65	132
Pourcentage	13,63 %	37,13 %	49,24 %	100 %

Ce tableau nous renseigne sur l'un des facteurs principaux dans le retard de la prise en charge

Tableau 03 : Résultat de l'imagerie médicale

Nature de l'AVC	AVC Ischémique	AVC Héorragique	Total
Nbre de patient	82	50	132
Pourcentage	62,12	37,88	100%

- Tous les scanners se sont fait après la 6^{ème} heures à défaut d'IRM scanner ; disponible au niveau de la structure.

Tableau 04 : Orientation des patients

Orientation	Service de Neurologie	UNV Mostaganem	Décès	Total
Nbr de Patient	86	Inexistante	46	132
Pourcentage	65,16%	-	34,84%	100%

- L'absence d'UNV est à l'origine d'un taux de mortalité élevé

Taux d'avis neurologique : Nous constatons qu'aucun malades n'a été examiné par un neurologue au niveau des urgences et ce jusqu'à leurs transferts vers le service de neurologie.

- **Taux de prescription d'AAP(Aspirine)** : Tous les patients dont le diagnostic d'IC à été objectivé par le scanner cérébral, ont bénéficiés de prescription d'Aspirine à la dose de 200 mg/jour.
- **Taux de réalisation du score de NHISS** : Aucun patient n'a été sujet à la réalisation du score de NHISS.
- **Surveillance des paramètres vitaux** : La surveillance des paramètres vitaux au cours de la phase aigu (TA. FC. T°. SPO2. Glycémie capillaire) se fait d'une manière identique pour l'ensemble des patients admis aux urgences et ce en l'absence d'un Protocole propre à cette pathologie (AVC).

Discussion :

La prise en charge des patients doit être la plus précoce possible afin d'améliorer l'accès à la thrombolyse pour les patients éligibles et la prise en charge en UNV pour l'ensemble des patients.

Les délais entre les symptômes et le premier contact médical est trop long par manque d'information des patients sur la pathologie, Les patients tardent à demander les secours et à se présenter à l'hôpital, Soit en raison de la paralysie causée lors de la survenue de l'AVC chez les patients vivant seuls, soit en raison d'une mauvaise connaissance des symptômes et du caractère urgent de la prise en charge.

43% des patients inclus dans l'étude ont eu un scanner cérébral sans injection initial. La suspicion clinique d'AVC associée à l'absence d'anomalie à l'imagerie pose le probable diagnostic d'AVC ischémique et permet d'initier un traitement anti thrombotique. Mais l'absence de diagnostic de certitude exclut toute possibilité de traitement curatif a type de thrombolyse.

Aucune expertise par un neurologue n'a été réalisée ni sur place ni par contact téléphonique par manque d'effectif en neurologue au niveau de notre structure.

Le score NIHSS est un score de référence permettant d'évaluer la gravité de l'AVC [1, 3,11] Il n'a été réalisé chez aucun aux urgences du Mostaganem par manque d'information et de formation du personnel médical et paramédical.

La thrombolyse améliore le devenir fonctionnel des patients présentant un infarctus cérébral et peut être réalisée dans un délai maximum de 4h30 suivant le début des symptômes[1,10], 18 patients de notre étude sont

arrivés dans les délais mais n'ont pas bénéficié de la thrombolyse par absence de protocole dans notre établissement

Donc nous avons constaté d'après cette étude une inadéquation dans la prise en charge initiale des patients victimes d'AVC, par rapport aux recommandations [1,12], à l'origine d'un taux de mortalité qui reste élevé notamment pour :

- ✓ Méconnaissance des symptômes et du caractère urgent de la prise en charge relatif à cette pathologie des patients et de leur entourage ; et donc il y a un retentissement direct sur le premier contact médical.
- ✓ Inexistence de la phase pré-hospitalière.
- ✓ Les moyens logistiques sont défectueux quant à l'acheminement des patients vers la structure hospitalière (ambulance non médicalisée).
- ✓ Manque de formation des professionnels de la santé.
- ✓ Non disponibilité de l'IRM du plateau d'imagerie de l'hôpital qui peut détecter les lésions ischémiques très précocement améliorant ainsi le délai de la thrombolyse.
- ✗ La surveillance des paramètres vitaux ne suit pas les recommandations ; d'où l'intérêt de réaliser une fiche de protocole pour cette pathologie

CONCLUSION :

Notre étude a mis en avant les points à optimiser dans la filière AVC afin d'améliorer le pronostic vital et fonctionnel des patients victimes d'AVC ischémique :

- ✓ Une fiche de recueil de données a été proposée dans ce sens.
- ✓ Le besoin de la formation continue pour le personnel médical et paramédical relative à cette pathologie.

L'intérêt d'une unité neuro-vasculaire pour une meilleure prise en charge des patients en adéquation avec les recommandations.

Références :

[1] Haute Autorité de Santé (France) –Recommandations- juin 2010.

[2] European stroke organisation –Recommandations 2008.

[3] M. CADEL 1, J.-M. MINGUET 2, S. TAILLANDER 3, C. BUFFET 4, Prise en charge paramédicale en urgence des accidents vasculaires cérébraux. La filière de prise en charge hospitalière, URGENCES 2008.

[4] Mathieu Hoffmann, La prise en charge des AVC aux urgences, UNIVERSITE HENRI POINCARÉ, NANCY, FACULTE DE MEDECINE DE NANCY, 2012.

[5] Evaluation de la prise en charge des AVC –Faculté de Médecine de Toulouse- Pr Claire BERTRAND, 2011.

[6]Y. Bejot, A. Chantegret, D. Ben Salem G.-V. Osseby , M. Giroud , M. Freysz ; Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en urgence.

[7]J. Grossac, O. Fourcade, T. Geeraerts ; AVC hémorragique aux urgences (hors hémorragie méningée) ;52e congrès national d’anesthésie et de réanimation Médecins. Urgences vitales © 2010 Sfar.

[8]Perrine Boursin , Sophie Paternotte Burty Dercy : ,Candice Sabb : , **Benjamin Maïer** , Sémantique, épidémiologie et sémiologie des accidents vasculaires cérébraux, **EM-consulte,2018.**

[9]Béjot Y, Daubail B, Giroud M.Épidémiologie des accidents vasculaires cérébraux et des crises ischémiques transitoires : connaissances et perspectives actuelles, Rev Neurol (Paris). 2016 janvier ; 172 (1): 59-68. doi: 10.1016 / j.neurol.2015.07.

[10]**Kulcsar Z**, Carrera E, Michel P.Traitement endovasculaire de l'AVC ischémique aigu, Rev Med Suisse ; 26 avril 2017.

[11] Evaluation de la prise en charge des AVC –Faculté de Médecine de Toulouse- Pr Claire BERTRAND.

[12]Évaluation et prise en charge du patient avec AVC ou AIT à l’urgence, 6e édition, MISE À JOUR juin 2018.