

 <p>CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES</p>	PROCEDURE Réseau AVC – Atlantique (Loire Atlantique – Vendée) Protocole : NEURO THROMBECTOMIE Indication et organisation du Transfert d'un patient vers le centre de référence de Nantes en vue du traitement endovasculaire d'un infarctus cérébral	Diffusion par : Institut du Thorax et du Système Nerveux	1210 29 février 2016 <i>Modifié 20 mars 2017</i>
	Processus : < prescription >	Page 1 / 3	V. 08

1. Objet

Organisation du transfert d'un patient, à la phase aiguë d'un AVC ischémique par occlusion d'une grosse artère à destinée cérébrale, vers le centre de référence régional de Neuroradiologie Interventionnel de l'Hôpital G&R Laënnec (CHU de Nantes) en vue d'une Thrombectomie Mécanique (TM)

2. Objectif

Réduire le temps de transfert pour permettre une recanalisation la plus précoce possible, qui est corrélée à un meilleur pronostic fonctionnel

3. Domaine d'application

Hôpitaux de la région Pays de Loire : régulateur SAMU-Centre 15, Urgentiste, Neurologue, Radiologue, Anesthésiste-Réanimateur

4. Organisation

La Décision d'un transfert en vue d'une TM est prise de façon collégiale par un **neurologue** vasculaire d'UNV et par le **Neuroradiologue Interventionnel** du CHU de Nantes, sur la base de **critères cliniques** et d'une **imagerie** du parenchyme cérébrale (IRM ou TDM) avec étude vasculaire impérative (Angio IRM ou Angio-TDM artériel), et transfert des Images sur Nexus Etiam (SMN Router)

4.1) Critères radiologiques (*IRM dans les centres qui en disposent*)

- infarctus < 2/3 du territoire sylvien (ASPECT score >5 en IRM de diffusion ou >7 en TDM) ou infarctus sous tentoriel (tronc cérébral)
- site de l'occlusion : T carotidien, 1^{er} segment de l'artère sylvienne (M1), artère basilaire

4.2) Critères thérapeutiques

- tPA débuté AVANT transfert (protocole standard), dès lors que cela ne retarde pas le transfert vers le CHU de Nantes
- ou contre-indication au traitement par rt-PA

3) Critères cliniques : Pas de critère d'âge (ou <65 si occlusion basilaire et locked-in) **MAIS**

- absence de comorbidités sévères (diabète compliqué, cardiomyopathie, AOMI... à discuter au cas par cas)
- patient autonome avant son AVC (marche et cognitif), GIR>4
- infarctus grave (NIH supérieur à 6)
- pas de trouble de la vigilance associé (GCS >13)

4) Critère temporel (le plus tôt possible, meilleur est le pronostic)

- compatible avec une admission à l'Hôpital Laennec dans les 5h30 suivant le début des signes neurologiques (à valider avec le SAMU)

MODALITES PRATIQUES du transfert

1) Patient admis au CH pour un AVC récent avec infarctus cérébral confirmé en imagerie (incluant **angio-TDM ou angio-IRM** ; bilan IRM pour les centres avec accès IRM 24/24). Prise en charge médicale (neurologue et/ou urgentiste) en vue d'une thrombolyse.

2) Si le site de l'occlusion peut justifier d'une thrombectomie mécanique (en plus de la thrombolyse IV, ou en cas de contre-indication à la thrombolyse IV) : mise en alerte de la régulation médicale **du Samu-Centre 15** dont dépend le CH, afin d'anticiper un éventuel transfert secondaire vers le CHU de Nantes. Transfert des images sur NEXUS (en attendant le déploiement de Qimed)

3) Le **médecin neurologue (ou urgentiste si télé-médecine)** en charge initiale du patient contacte
- le **Neuroradiologue Interventionnel (NRI, 06 17 26 75 22 en astreinte et 02 40 16 56 17 dans la journée), PUIS, si le transfert est confirmé,**
- le **Neurologue de garde de l'UNV du CHU de Nantes** (06 80 38 84 18). Transfert d'informations (incluant fax de la bio, de l'ECG, horaire prévu d'arrivée...)

4) Le médecin neurologue ou urgentiste (si télé-médecine) en charge initiale du patient contacte la **régulation médicale du Samu-Centre 15** de son département pour confirmer ou annuler la demande de transfert inter-établissement.

En cas de confirmation, il transmet toutes les informations utiles à l'organisation du transfert, en précisant :

- l'état clinique du patient (paramètres vitaux),
- la mise en condition technique (mise en place d'une sonde urinaire),
- les thérapeutiques instaurées (seringue électrique d'altéplase, d'anti-HTA...).

L'observation médicale initiale, la biologie et l'ECG accompagnent le patient durant le transfert.

Toujours considérer que les transferts pour TM sont des Urgences Maximales (T2)+++

5) Le médecin régulateur du Samu-Centre 15 décide du niveau et du moyen de médicalisation du transfert. (qui ne doit pas retarder le transfert ; **objectif 5h30** maximum entre le début des symptômes et l'arrivée en salle de NRI). La décision tient compte de l'état clinique du patient, de la disponibilité des équipes Smur, du délai d'acheminement vers le CHU de Nantes. En particulier, la médicalisation est indiquée si le patient a bénéficié d'une thrombolyse IV et/ou s'il présente des signes de gravité (troubles de la conscience, détresse hémodynamique ou respiratoire).

En l'absence de moyens médicalisés disponibles risquant d'empêcher l'arrivée du patient **dans les 5h30 suivant le début des symptômes** sur l'Hôpital Laennec, **ET** si le patient ne présente pas de signe de gravité, la possibilité de transfert par un moyen non médicalisé doit être envisagé, par des ambulanciers ayant pour consignes une surveillance stricte neurologique et tensionnelle, avec appel au centre 15 à la moindre évolution.

Sauf contre-ordre, le patient sera conduit au CHU de Nantes, à l'Hôpital Laennec en salle de NRI (RCH, plateau de radiologie interventionnelle, BD 57, à côté des salles de coronarographie)

6) Rappeler le NRI du CHU **au départ du transfert SMUR** (pour qu'il prévienne l'équipe qui attend le patient : neurologue, anesthésiste, IBOD, MER...) et estimation précise du temps de transport.

7) La procédure peut être interrompue à tout moment si l'état clinique du patient évolue (amélioration ou détérioration)

8) Le patient est accueilli par l'équipe NRI (NRI, anesthésiste, IADE, MER) et le neurologue de garde/astreinte (examen neurologique). Après réalisation du geste de Thrombectomie, un scanner est réalisé sur table puis le patient est transféré en secteur de SI de l'UNV si son état le permet (sinon transfert en Réanimation). Il reste en surveillance USI au moins 48h puis est ré adressé à l'UNV de territoire dont il dépend.

REDACTEUR(S)	Visa	VERIFICATEUR(S)	Visa	APPROBATEUR(S)	Visa	Date d'application
B. Guillon, Neurologie H. Desal, Neuroradiologie		J Jenvrin, SAMU 44 P Lejeune, Neurologie LRSY P Bodic, Neurologie St Nazaire M Sevin, Neurologie		S. Wiertelwski, Neurologie Nantes E Chiale, Samu 85 H Desal, Neuroradiologie Nantes S Godard, Neurologie Angers		01/04/2017