

Reconnaissance des AVC aigus par la centrale 144: Performances et caractéristiques opérationnelles d'un nouvel outil de tri.

Emery A, Dami F

Contexte

La reconnaissance et prise en charge rapide des AVC aigus améliore significativement la morbidité/mortalité. Mais en l'absence d'indication sur la chronologie ou l'absence de signes de gravité, le risque de la conduite en feux bleus/sirènes semble surpasser les bénéfices.

Objectif de recherche

Evaluer la performance d'un nouvel outil de tri spécifiquement développé pour reconnaître les AVC aigus (<5h) par la centrale 144.

Méthode

Etude observationnelle, rétrospective, sur 12 mois.

Résultats

27'719 missions régularisées par la centrale 144
427 suspicions d'AVC aigu dont 40 ont bénéficié d'une thrombolyse
19 patients non suspectés par le 144 ont bénéficié d'une thrombolyse (faux négatifs). 16 d'entre eux ont néanmoins bénéficié de l'envoi d'une ambulance avec signaux prioritaires pour d'autres motifs (dyspnée, inconscience). Trois patients n'ont pas bénéficié de signaux prioritaires mais n'ont pas non plus été dépistés par les ambulanciers sur site
Sensibilité: 67.8% (95%IC 54.3-79.4).
Valeur prédictive positive: 9.4% (95%IC 6.6-12.2).

Echelle de tri préhospitalière de Cincinnati modifiée pour la régulation.

1. Nouveau déficit neurologique < 5 heures.
2. Nouveau déficit neurologique: Parésie faciale/membre, trouble du langage ou de la vision.

Critères d'exclusion:

- Patient connu pour épilepsie ou suspect de présenter une crise d'épilepsie
- Début des symptômes inconnu
- Disparition complète des symptômes avant ou pendant l'appel.

→ Si les critères 1 et 2 sont remplis sans critères d'exclusion, une ambulance est envoyée avec signaux prioritaires (feux bleus et sirènes)

	Thrombolyse + (n(%))	Thrombolyse - (n(%))	Total (n(%))
Suspicion d'AVC aigu par les régulateurs +	40 (67.8)	387 (1.4)	427 (1.5)
Suspicion d'AVC aigu par les régulateurs -	19 (32.2)	27'273 (98.6)	27'292 (98.5)
Nombre total d'appels reçus par la centrale	59 (0.2)	27'660 (99.8)	27'719 (100)

Conclusion

Les performances de ce score révisé, superposables aux précédentes études réalisées sur tous les AVC, permettent de cibler spécifiquement les AVC aigus et de réduire l'utilisation inappropriée de signaux prioritaires utilisés pour se rendre sur site. Ceci diminue les risques pour les intervenants et la population.

Sur les 19 faux négatifs, non dépistés par la centrale, 16 ont néanmoins bénéficié de feux bleus et sirènes. Seuls 3 AVC aigus n'ont pas été dépistés par ce nouvel outil et ont bénéficié d'une ambulance sans signaux prioritaires. Cependant, en raison de symptômes très aspécifiques, ces patients n'ont pas été suspectés non plus de présenter un AVC aigu par les ambulanciers sur site. Seul le bilan hospitalier a permis de faire le diagnostic.

L'échelle de Cincinnati modifiée pour la régulation est un outil simple, fiable, dont la performance (sensibilité) est superposable au score actuellement utilisé. Il est facile à mettre en œuvre et permet de diminuer l'utilisation inappropriée des signaux prioritaires. Des études de validation doivent maintenant être réalisées.

Références:

The economic impact of stroke. National Stroke Foundation, Australia, 2013.
Linnet al. Emergency medical service hospital prenotification is associated with improved evaluation and treatment of acute ischemic stroke. Circ Cardiovasc Qual Outcomes 2012; 5:514-522. 33.
Maguire et al. Occupational fatalities in EMS: a hidden crisis. Ann Emerg Med 2002; 40:625-632.