

Préconisations de la SFNV et de la SFNR pour la prise en charge des patients victimes d'AVC en période d'épidémie à coronavirus COVID-19

Le contexte de la pandémie mondiale au coronavirus COVID-19 impose de proposer un algorithme de prise en charge des patients victimes d'AVC pour plusieurs raisons. Premièrement, les patients atteints d'AVC présentent souvent des comorbidités qui augmentent le risque de forme grave d'infection. Deuxièmement, la prise en charge en urgence ne permet pas d'identifier rapidement les patients susceptibles d'avoir une infection par le COVID-19, ce qui peut exposer les professionnels de santé, et les autres patients, à un risque de contamination. Troisièmement, le statut COVID (+/-) impacte fortement la filière de prise en charge (urgences, salle de cathétérisme, USI...) et le lieu d'admission initial.

Plusieurs situations doivent être envisagées

1/ Patient admis en urgence pour un traitement de revascularisation

Le risque d'infection par COVID-19 doit être évalué dès la prise en charge du patient (secouristes, SAMU, urgences...). Il faut autant que possible respecter l'organisation et les procédures habituelles de prise en charge de l'AVC au sein de la filière régionale.

- a) En l'absence de signes d'infection COVID-19 (fièvre et signes respiratoires hauts ou bas, +/- frissons, courbatures)
 - Prise en charge habituelle en respectant les mesures de protection communes à tous les patients et tout le personnel
 - Admission en USINV

- b) Patient suspect d'une infection COVID-19 (fièvre et signes respiratoires hauts ou bas, +/- frissons, courbatures)
 - Réaliser un prélèvement et/ou un scanner thoracique comme test diagnostique
 - Le patient doit porter un masque chirurgical en permanence
 - Protection adaptée des personnels lors des manœuvres à risque : examens d'imagerie, pose de sonde gastrique, aspirations bronchiques, test de déglutition...
 - Prise en charge dans le parcours COVID-19 (organisation propre à chaque structure)
 - Pas de contre-indication aux traitements habituels
 - En cas d'indication à une thrombectomie
 - o Mesures de protections spécifiques à la prise en charge des patients COVID possible ou confirmé dans un bloc opératoire (procédure interne à chaque établissement)
 - o Masque FFP2 pour le personnel qui réalise le geste
 - Admission dans une unité COVID-19 ou des lits UNV dédiés
 - o Prise en charge neurologique par l'équipe neurovasculaire
 - o Obtenir le résultat du test diagnostique le plus tôt possible pour réorienter le patient vers l'USINV si COVID-19 négatif

- c) Patient ayant une infection COVID-19 avérée
- Prise en charge dans le parcours COVID-19 (organisation propre à chaque structure)
 - Pas de contre-indication aux traitements habituels mais prendre en compte le pronostic général
 - Ne pas proposer de traitement invasif à un patient qui serait déjà en réanimation
 - Selon l'état général du patient, restreindre aux indications formellement démontrées par les essais cliniques (occlusions carotides intracrâniennes et/ou M1, ASPECT>6, < 6 heures sauf si critères études DAWN/DEFUSE 3)
 - Mesures de protections spécifiques à la prise en charge des patients COVID possible ou confirmé dans un bloc opératoire (procédure interne à chaque établissement)
 - Masque FFP2 pour le personnel qui réalise le geste
 - Le patient doit porter un masque chirurgical en permanence
 - Admission dans une unité COVID-19
 - Prise en charge neurologique par l'équipe neurovasculaire selon les recommandations actuelles
- d) Prise en charge d'un patient (quel que soit son statut) en période de pénurie de personnel médical (en particulier anesthésistes-réanimateurs) et/ou de manque de lits dans les unités COVID-19
- Isoler un secteur COVID-19 au sein de l'UNV
 - Réaliser la thrombolyse
 - Réaliser la thrombectomie sous anesthésie locale, après discussion avec anesthésiste, si l'état clinique du patient le permet

Dans tous les cas, l'indication de la thrombectomie fera l'objet d'une décision pluridisciplinaire en présence du neurologue, neuroradiologue et réanimateur en prenant en compte les éléments suivants : existence de comorbidités, état neurologique antérieur, âge, pathologies néoplasiques évolutives, plusieurs territoires vasculaires atteints, et risque de récurrence élevé (thrombus intra VG...).

2/ Patient chez qui une infection au COVID-19 est diagnostiquée en cours d'hospitalisation

L'état clinique du patient ne justifie pas de transfert en réanimation

- Le patient doit être transféré dans une unité COVID-19, ou à défaut isolé au sein de l'UNV avec respect des procédures COVID.
- La prise en charge de la pathologie neurovasculaire doit être assurée par l'équipe de neurologie, conformément aux recommandations actuelles.

3/ Suivi des patients

Les consultations de suivi en face à face ayant été reportées dans de nombreux établissements, envisager un suivi téléphonique avec envoi des ordonnances nécessaires, en particulier pour les patients les plus fragiles.