

Guide du parcours  
de santé – Accident  
vasculaire cérébral  
de l'adulte



# Breaking News AVC 1 avril 2026

Dr Francois Rouanet, Neurologue CHU de Bordeaux



Homme de 68 ans, HTA, FA sous apixaban, dyslipidémie.

Vit à 20 km de votre hôpital.

Heure de début: 09h08, déficit brutal de la parole et faiblesse du bras droit pendant le petit-déjeuner (vu par sa compagne).





Réponse : 2

### **3.1. L'entrée recommandée du patient dans le parcours : le SAMU – Centre 15 est contacté dès le constat des symptômes**

L'objectif de la régulation médicale est que tout patient suspect d'AVC puisse avoir en urgence une confirmation radiologique.

Le point primordial est d'assurer la rapidité d'acheminement entre le lieu de l'AVC et la structure de la filière AVC la plus proche.

# Premier contact / appel



La compagne appelle le 15 à 09h12.



Elle décrit: « visage déformé, ne parle plus normalement, bras droit qui tombe ».



L'ARM applique un protocole AVC (type FAST) et crée un dossier prioritaire.



Transmission au médecin régulateur en « suspicion d'AVC aigu ».



Guide du parcours  
de santé – Accident  
vasculaire cérébral  
de l'adulte



STSS  
Construction du parcours

Adopté par le Collège le 23 octobre 2025

Réponse : 4

Expérimentation en cours en  
Nouvelle Aquitaine en 2026

ars Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE PREVENTION

CHU BDX CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE BORDEAUX

**COMMUNIQUÉ**

Nouveau service d'  
**AMBULANCES VOLANTES**

Parce que chaque minute passée  
c'est du cerveau en moins.

**EN PARTENARIAT AVEC  
VOLT AIR AMBULANCE**

[nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/ambulances-volantes](http://nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/ambulances-volantes)

Expé  
Noi



## COMMUNIQUÉ

# Nouveau service d' AMBULANCES VOLANTES

Parce que chaque minute passée  
c'est du cerveau en moins.



EN PARTENARIAT AVEC  
VOLTAIR AIR AMBULANCE

[nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/ambulances-volantes](http://nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/ambulances-volantes)

Réponse : 2



← Pour de vrai !!!

# Régulation médicale



Le régulateur confirme la forte suspicion d'AVC: déficit brutal, symptômes typiques, début < 30 min.



Il déclenche un VSAV le plus proche (délai d'accès rapide).



Il informe l'urgentiste de garde: « alerte AVC » avec heure de début, traitement anticoagulant, contexte.

# Sur place / bilan préhospitalier



À 09h25, les secours sont auprès du patient.



Bilan clinique: déficit moteur du membre supérieur droit, aphasie, déviation de la bouche.



TA 165/95 mmHg, FC 85 bpm (irrégulière), SpO2 98% AA, glycémie 6,2 mmol/L.



Heure de début confirmée: 09h08.



Pas de contre-indication au transport immédiat.





## Réponse : 2

### AVC chez un patient prenant des anticoagulants :

- un traitement par anticoagulant ne contre-indique pas obligatoirement la thrombolyse IV ;
- il n'y a pas de score clinique fiable pour différencier un AVC ischémique d'un AVC hémorragique. Une récente étude montre que les patients souffrant d'une hémorragie cérébrale avaient un pronostic moins favorable à 3 mois lorsqu'ils avaient été directement adressés vers le centre de recours en shuntant celui de proximité (56), très probablement du fait de l'allongement des délais de prise en charge ;
- au total, pas d'argument, pour l'instant, pour transporter ces patients en première intention vers le centre de recours.

# Choix de la destination et du vecteur

Objectif: amener le patient le plus vite possible dans la filière AVC.

Décision de transport vers votre hôpital qui dispose du TéléAVC, l'UNV de territoire est à 40 minutes.

Pas d'indication SMUR: patient stable, pas de détresse vitale, pas de gestes spécifiques.

VSAV maintenu (condition stable, pas d'indication SMUR pour l'instant).



### 3.1.2.3. Anticipation de l'arrivée du patient dans le lieu précisé de l'établissement

L'étape de régulation médicale et d'acheminement du patient offre un temps d'anticipation pour préparer l'arrivée du patient dans l'établissement d'accueil. Cette étape préhospitalière conditionne en partie la rapidité de la filière intra-hospitalière hyperaiguë (57, 58).

Le médecin régulateur du SAMU – Centre 15 avertit le médecin neurovasculaire ou urgentiste (en fonction des procédures propres à l'établissement) de l'arrivée du patient en alerte AVC. Des informations cliniques détaillées sont transmises. Limiter les intervenants conduit à diminuer la répétition des transmissions et les pertes d'information et de temps.

Pendant l'acheminement du patient, l'établissement d'accueil se prépare pour son admission dans le lieu précisé au SAMU – Centre 15 (et donc au transporteur). L'identification du parcours patient en alerte AVC au sein de l'établissement constitue un des leviers pour réduire le délai de traitement de l'ischémie ou de l'hémorragie cérébrale (59, 60).

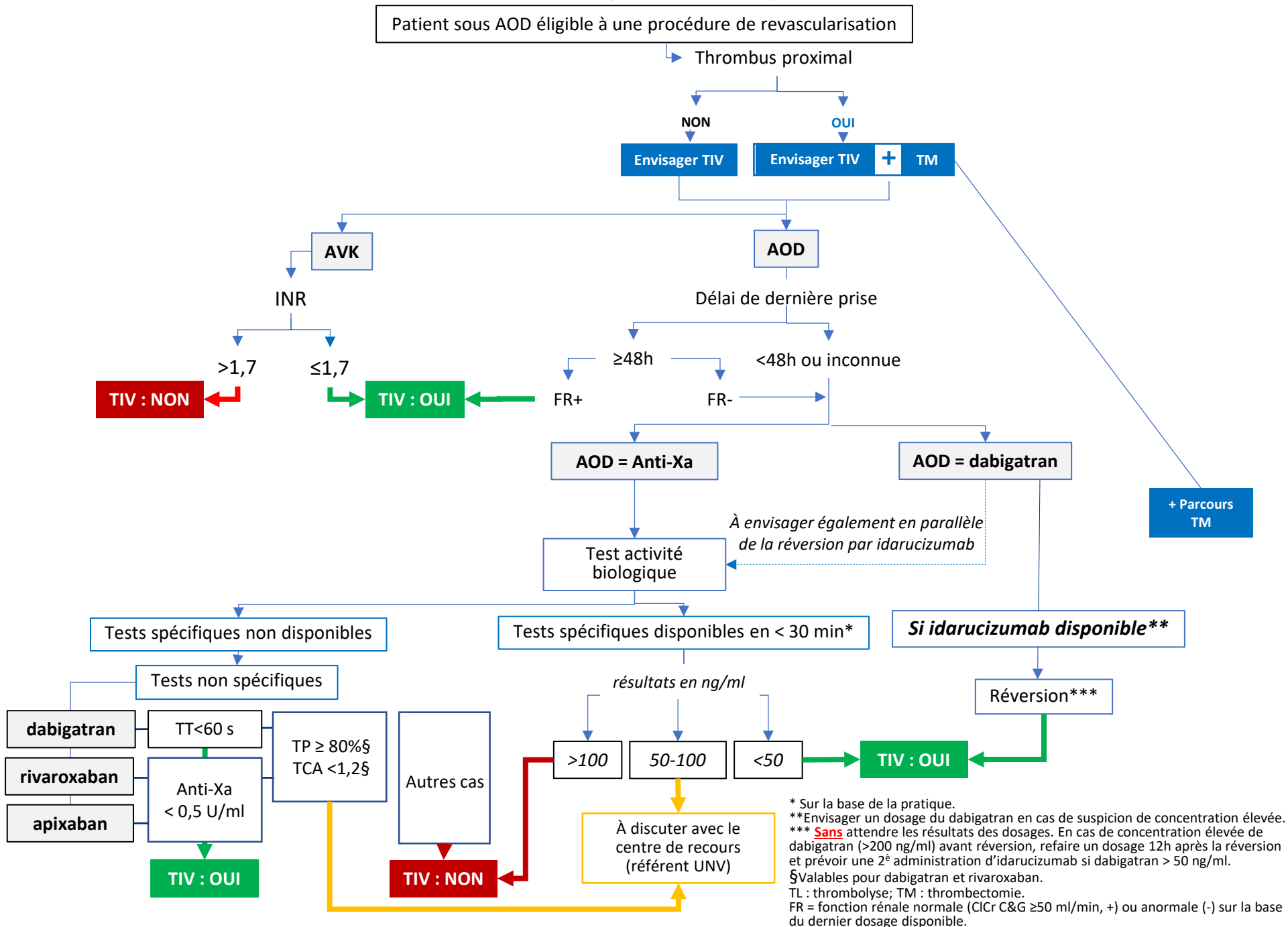
# Anticipation côté hôpital

- Alerte reçue à 09h20: « homme 68 ans, suspicion d'AVC, début début 08h45, anticoagulant, arrivée prévue 09h45 ».
- Activation du circuit AVC:
  - Imagerie immédiate
  - Médecin neurovasculaire prévenu.
  - Équipe de thrombolyse en alerte (si éligible).



Réponse : 1, 2

# Arbre décisionnel pour la thrombolyse (TIV)



# Fibrinolyse IV sous AOD

Dernière prise > 48  
heures+ clairance >  
50 ml/min

- fibrinolyse selon protocole habituel.

Dernière prise < 12  
heures

- rivaroxaban(XARELTO) ou apixaban(ELIQUIS), la fibrinolyse est contre indiquée.
- dabigatran(PRADAXA) : antidote (idarucizumab 5g PRAXBIND) puis fibrinolyse selon protocole habituel.



## Réponse : 1, 4 et 6

### 4.3.1.1. Patient exploré dans les 4 h 30 après le début des symptômes

Théoriquement, le patient peut bénéficier d'une thrombolyse IV et/ou d'une TM dans les 4 h 30 après le début des symptômes.

Une imagerie du parenchyme cérébral par scanner ou IRM permet de différencier AVC hémorragique et AVC ischémique (12). Le scanner et l'IRM établissent le diagnostic d'AVC hémorragique avec la même sensibilité (64).

L'IRM cérébrale est plus sensible et spécifique que le scanner pour différencier un AVC ischémique, qui est directement visualisé, d'une cause alternative pouvant mimer un AVC (65).



### 4.3.1.2. Patient exploré entre 4 h 30 et 24 h après le début des symptômes

Théoriquement, le patient présentant un AVC ischémique éligible aux traitements de reperfusion peut bénéficier d'une thrombolyse IV jusqu'à 9 h ou d'une TM jusqu'à 24 h après le début des symptômes (sous réserve de l'imagerie cérébrale).

Pour les hémorragies cérébrales, la démarche diagnostique est identique à celle décrite pour les patients explorés avant 4 h 30.

Pour l'AVC ischémique, les séquences complémentaires utiles pour déterminer l'indication aux traitements de reperfusion (et débiter le bilan étiologique) sont :

- angioscanner ou angio-IRM des artères extra et intracrâniennes ;
- imagerie de perfusion impérative si le patient est exploré entre 4 h 30 et 9 h après le début des symptômes. L'objectif est de démontrer que la zone de pénombre est conséquente afin de proposer un traitement de reperfusion. Celle-ci est évaluée par le mismatch entre le volume d'hypoperfusion et le volume de nécrose ischémique estimé sur les séquences IRM de diffusion ou sur l'analyse du Cerebral Blood Flow en scanner.



### 4.3.1.3. Patient dont l'heure de début des symptômes est inconnue ou ayant des symptômes constatés au réveil

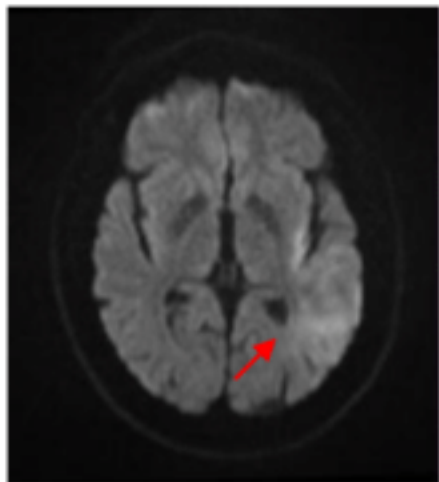
Théoriquement, le patient peut bénéficier d'une thrombolyse IV si le délai entre l'imagerie et le milieu du sommeil ou entre l'imagerie et le milieu du délai entre le dernier moment où le patient a été vu bien et l'heure de constatation du déficit est inférieur à 9 h (sous réserve de l'imagerie cérébrale).

Une imagerie du parenchyme cérébral par scanner ou IRM permet de différencier AVC hémorragique et AVC ischémique.

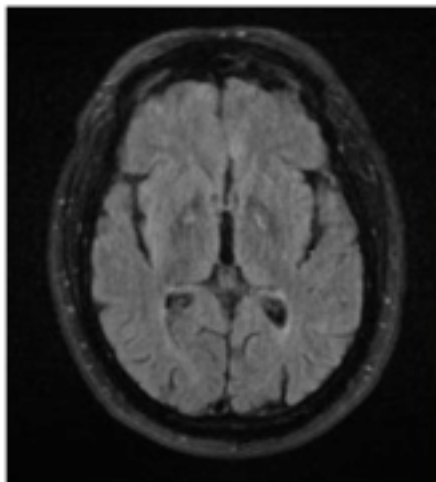
Pour l'AVC ischémique, les séquences complémentaires utiles pour déterminer l'indication aux traitements de reperfusion (et débiter le bilan étiologique) sont :

- angioscanner ou angio-IRM des artères extra et intracrâniennes ;
- imagerie de perfusion impérative si le patient est exploré entre 4 h 30 et 9 h après le dernier moment où il a été vu bien. L'objectif est de démontrer que la zone de pénombre est conséquente afin de proposer un traitement de reperfusion. Celle-ci est évaluée par le *mismatch* entre le volume d'hypoperfusion et le volume de nécrose ischémique estimé sur les séquences IRM de diffusion ou sur l'analyse du *Cerebral Blood Flow* (CBF) en scanner ;
- IRM cérébrale à la recherche d'un *mismatch* entre les séquences de diffusion et FLAIR. Un hypersignal visible en séquence de diffusion et une absence d'hypersignal sur les séquences FLAIR signent un infarctus très probablement récent (< 4 h 30).

DWI

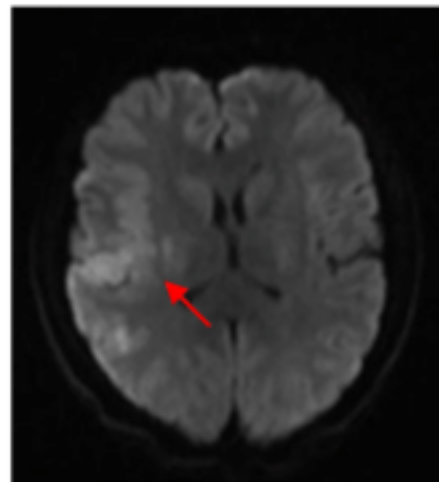


FLAIR

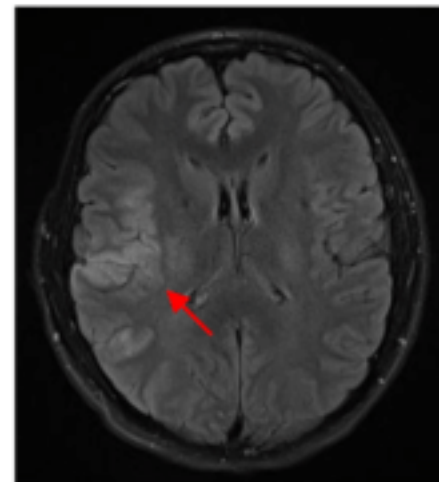


DWI-FLAIR mismatch

DWI



FLAIR



No DWI-FLAIR mismatch

# Imagerie

- Délai < 4h30, et Anticoagulant => thrombolyse envisageable sous conditions
- Voir les vaisseaux et exclure un hématome
- IRM c'est mieux mais scanner tout à fait acceptable

# Arrivée aux urgences et imagerie

Le patient arrive à 09h44. (Début à 9h08)

Triage direct en « Alerte AVC ».

NIHSS =12 (hémiparésie, aphasie). 70kg, TA 155/86, pouls irrégulier

Sa compagne vous apprend que l'AOD a été arrêté il y a 2 jours pour chirurgie du genou demain.

Scanner à 10h02: pas d'hémorragie, occlusion ACM M1 gauche



AVIS SUR LES  
MEDICAMENTS

Ténectéplase

**METALYSE 5 000 UI  
(25 mg),**

poudre pour solution injectable

Primo-inscription

Adopté par la Commission de la transparence le 23 octobre 2024

**Indication :**

AVC ischémique de l'adulte < 4h30 avec ou sans occlusion vasculaire

SMR : important

ASMR V : pas d'amélioration du service médical rendu par rapport à l'altéplase



Prix = 1382€ Metalyse 5 000 UI /1565 € Metalyse 10 000 UI

Prix Actilyse \* : 50mg = 795€ / 20mg = 318€ / 10 mg = 159 € ; soit prix pour 80mg = 1272€





## Réponse : 2

- En cas d'indication à une thrombolyse IV :
  - le médecin neurovasculaire rédige l'ordonnance de traitement en ligne via l'outil de télé-AVC ;
  - l'acte de thrombolyse IV est délégué au médecin urgentiste ;
  - le médecin neurovasculaire organise dans les meilleurs délais le transfert du patient dans son USINV afin qu'il bénéficie de la surveillance post-thrombolyse IV et de la poursuite de la prise en charge. Des recommandations ont été rédigées par la Société française de médecine d'urgence et la Société française neurovasculaire concernant le transport inter-établissement des patients ayant un AVC ischémique et nécessitant une TM ou une hospitalisation en UNV (68).

Pour tous les AVC:

L'accès à l'USINV est privilégié. Pour les établissements sans UNV, un transfert interhospitalier vers l'UNV référente est proposé le plus rapidement possible. Pour les patients non hospitalisés en UNV, un avis neurovasculaire est demandé tout au long de la prise en charge, au mieux par télé-AVC.