



Association de personnes cérébrolésées,
de leurs familles et des aidants

Réunion à Brugmann le 3 février 2007

**LES ACCIDENTS
VASCULAIRES CEREBRAUX :
prévention et prise en charge
au stade aigu.**

Par Marie-Dominique Gazagnes

Neurologie et réadaptation neurologique
CHU Brugmann

Publié et distribué gratuitement par l'A.S.B.L. « ReVivre »
Avec le soutien de la Commission Communautaire Française Région Bruxelles Capitale

Avec nos remerciements au Dr Marie-Dominique Gazagnes



Association de personnes cérébrolésées, de leurs familles et des aidants

Adresse de contact :

ReVivre asbl

Chez Brigitte et Jacques Ruhl

Rue Bourgmestre Gilisquet 43 à 1457 Walhain-Saint-Paul

Site internet : revivreasbl.be

Epidémiologie (Hankey et Harlow)

Dans les pays dits « développés », la prévalence de l'AVC (accident vasculaire cérébral) est de 2400/ 1000000 d'habitants.

Pour 1800 d'entre eux, il s'agit du premier AVC, pour 600 d'une récursive. On compte 480 décès à un mois (20 %) et 700 à un an. L'accident vasculaire cérébral est la 3^{ème} cause de décès.

Sur les 1700 personnes survivant à un an, 1100 seront considérés comme « indépendants », dont 30 % reprendront leur activité professionnelle. 600 patients resteront dépendants.

L'AVC est donc une cause majeure de handicap.

AVC : définition

L'accident vasculaire cérébral est un déficit neurologique focal d'installation brutale.

Par AIT (accident ischémique transitoire), on entend un déficit neurologique focal d'installation brutale, totalement régressif en moins de 24 heures. Le plus souvent, la durée de l'AIT est de 5 à 30 minutes, 25 % durent moins de 5 minutes, 60 % moins d'une heure. 2/3 des AIT récidivent dans le mois suivant.

Les risques d'AVC après un AIT sont de 8 % dans les premiers mois, de 5 % par an les 3 années suivantes puis de 3 % par an, pour un risque d'AVC dans la population générale de 1 %.

L'AIT doit donc être considéré comme le principal symptôme annonciateur d'un infarctus cérébral. Il nécessite donc le plus rapidement possible les explorations étiologiques et la mise en œuvre d'un traitement adapté à court et long terme.

AVC : symptômes

Selon le territoire cérébral concerné, les symptômes de l'AVC varient.

Il peut s'agir de troubles

- moteurs : hémiparésie, hémiparésie, monoplégie
- sensitifs : hémianesthésie, hémihypoesthésie, douleur
- cognitifs : aphasie, héminegligence
- un AVC dans le territoire de l'artère vertébrale et du tronc basilaire peut donner des signes tels des vertiges, des troubles de l'oculomotricité, un syndrome cérébelleux (céphalées, vomissements, vertiges, troubles de l'équilibre).

Symptômes non acceptables comme AVC/AIT :

- symptômes généraux :
 - ▶ perte de connaissance
 - ▶ sensation de tête vide
 - ▶ faiblesse généralisée
 - ▶ confusion mentale
 - ▶ perte de vision associée à une baisse de vigilance
- un de ces symptômes s'il est isolé :
 - ▶ vertige
 - ▶ diplopie
 - ▶ dysphagie
 - ▶ perte d'équilibre
 - ▶ acouphènes
 - ▶ symptôme sensitif confiné à une partie d'un membre ou de la face
 - ▶ scotome scintillant
 - ▶ amnésie
 - ▶ « drop-attacks »
 - ▶ dysarthrie isolée
 - ▶ incontinence urinaire ou fécale

Le diagnostic différentiel doit se faire entre AVC et :

- migraine
- épilepsie focale
- lésion cérébrale expansive (tumeur, hématome sous-dural chronique, malformation vasculaire)
- causes non vasculaires (hypoglycémie, maladie de Menière, sclérose en plaques, symptômes de conversion de type hystérique)

Prévention primaire des AVC – principaux facteurs de risque :

A. L'athéromatose (30 % des AVC) - causes :

- a. *L'hypertension artérielle chronique (tension > 140/90) : un AVC sur 2 survient chez un sujet hypertendu (risque relatif : 4.5) Réduire la diastolique de 5 mmHg entraîne une diminution d'incidence de l'AVC de 35 %*
- b. *Le diabète : risque relatif de 2*
- c. *L'hypercholestérolémie (> 200–2002 - LDL > 100) : risque relatif de 1.5*
- d. *Le tabagisme : risque relatif de 1.5*

B. Cardiopathie emboligène : fibrillation auriculaire (20 % des AVC)

- ▶ Risque relatif : 5
- ▶ Augmentation de l'incidence avec l'âge : 2 à 5 % après 60 ans
- ▶ Responsable d'1/3 des AVC après 70 ans
- ▶ Risque absolu d'AVC en présence d'une fibrillation auriculaire : 5 %/ an
- ▶ Traitement : anti-coagulation par sintrom (réduction de récurrence d'AVC de 66 %)

Prise en charge médicale de l'AVC au stade aigu : la « Stroke Unit »

remarque : importance de reconnaître les symptômes d'un AVC. En Allemagne, 5 % de la population connaît les signes d'alerte de l'AVC, mais 50 % connaît les symptômes de l'infarctus du myocarde → importance de l'éducation du public.

Importance de l'éducation des professionnels (généralistes, pharmaciens, urgentistes, personnel infirmier, ambulanciers, ...). Chez les régulateurs du SAMU, on relève 50 % de faux positifs, contre 25 % après formation spécifique.

Médecins généralistes et urgentistes sont des partenaires indispensables et compétents dans la prise en charge de l'AVC aigu.

Recommandations pour la prise en charge de l'AVC :

- ▶ Les patients atteints d'AVC doivent être traités dans des unités spécialisées dans le traitement des AVC
- ▶ L'AVC doit être considéré comme une urgence médicale qui exige une gestion rapide, un service référent, un réseau de soins et l'éducation du public
- ▶ En cas d'AVC, le système médical de secours doit être appelé immédiatement. Les patients doivent être transportés aussi rapidement que possible vers les centres spécialisés.

Organisation d'une « Stroke Unit » :

- ▶ Il s'agit d'une unité d'hospitalisation qui s'occupe exclusivement des patients atteints d'AVC.
- ▶ Le personnel est formé à l'approche multi-disciplinaire du traitement médical et des soins para-cliniques. Les objectifs de cette équipe multi-disciplinaire sont les soins médicaux, infirmiers, kiné, logo, ergo et prise en compte des problèmes sociaux.
- ▶ Il existe différents types d'unités de traitement des AVC. Les plus efficaces en termes de mortalité et de handicap sont celles qui combinent la prise en charge à la phase aiguë de l'AVC et la rééducation pendant plusieurs semaines ou mois si nécessaire.

Prérequis pour les unités neurovasculaires :

- ▶ Scanner disponible 24H/24
- ▶ Recommandations écrites pour le traitement des AVC et procédures opératoires écrites
- ▶ Collaboration étroite entre neurologues, internistes, neuroradiologues et neurochirurgiens dans l'évaluation et le traitement
- ▶ Personnel infirmier spécialisé et formé
- ▶ Rééducation précoce comprenant logopédie, ergothérapie et kinésithérapie
- ▶ Réseaux de soins formalisés comprenant des services de rééducation
- ▶ Examen ultrasonographique disponible dans les 24 heures
- ▶ ECG et échocardiographie dans les 24 heures
- ▶ Examens de laboratoire (dont les paramètres de la coagulation)
- ▶ Surveillance continue de la pression artérielle, gaz sanguins, glycémie, température corporelle
- ▶ Moyens supplémentaires recommandés :
 - Imagerie par résonance magnétique (IRM) / angiographie par résonance magnétique
 - IRM de perfusion et de diffusion
 - Angioscanner
 - Échocardiographie
 - Angiographie cérébrale
 - Doppler transcrânien

Des accords sont conclus avec les autres services (urgences, radiologie, cardiologie, chirurgie vasculaire) concernant les avis et les rendez-vous d'examens réservés pour les patients de la Stroke Unit.

Prise en charge diagnostique :

- ▶ Confirmer le diagnostic : 10 à 15 % d'erreurs de diagnostic à l'admission dans une Stroke Unit. Un scanner cérébral en urgence permet d'exclure d'autres pathologies cérébrales, de différencier l'AVC hémorragique de l'AVC ischémique, ce qui modifie radicalement la thérapeutique à instaurer.

- ▶ Préciser les causes et mécanismes de l'AVC :
 - Biologie
 - Électrocardiogramme : infarctus, arythmie
 - Échographie cardio-thoracique et trans-oesophagienne : pathologie cardiaque emboligène
 - Echo-doppler des vaisseaux du cou : sténose, thrombose, dissection carotidienne,...

Ces examens permettent d'instaurer le traitement préventif de récurrence de l'AVC adapté.

Prise en charge thérapeutique : mesures générales

Des complications générales « non neurologiques » surviennent chez 50 % des patients hospitalisés pour AVC. Leur prévention, diagnostic et traitement améliorent le pronostic vital et fonctionnel et diminuent la durée de séjour.

- ▶ *Maintien d'une fonction respiratoire efficace* (monitoring de l'oxymétrie = saturation en oxygène)
- ▶ *Surveillance cardiaque* (monitoring cardiaque)
- ▶ *Prise en charge de la pression artérielle* : respecter l'hypertension réactionnelle présente les premiers jours suivant l'AVC car elle est nécessaire au maintien d'un débit cérébral suffisant
- ▶ *Glycémie, équilibre hydro-électrolytique*
- ▶ *Température corporelle et infections* : la fièvre influence négativement le devenir de l'AVC → antipyrétique dès 37^o C, traitement antibiotique précoce en cas d'infections, kiné respiratoire pour éviter les surinfections bronchiques, traitement rapide des infections urinaires (éviter si possible la sonde à demeure).
- ▶ *TVP et embolie pulmonaire* : l'embolie pulmonaire peut entraîner jusqu'à 25 % des décès après AVC. La prévention repose sur la mobilisation précoce, l'utilisation de bas de contention, des héparines à bas poids moléculaire.
- ▶ *Prévention des hémorragies digestives* : ulcère de stress retrouvé chez 3 % des patients

- ▶ *Prévention des escarres.*

La thrombolyse : unique traitement curatif de l'AVC. Il existe des critères très stricts d'application de ce traitement.

- ▶ Population cible : 18 – 80 ans
- ▶ Indiquée en cas de symptômes d'AVC ischémique aigu (exclure hémorragie cérébrale)
- ▶ Doit être initiée dans les 3 heures suivant le début des symptômes
- ▶ Se fait dans une unité intensive ou semi-intensive en collaboration avec une stroke unit

Il s'agit d'un traitement qui nécessite une formation adéquate des intervenants, lesquels doivent suivre des guidelines précis.

Une étude (NINDS) a relevé qu'environ 3.9 % des patients sont candidats à la thrombolyse.

Conclusions

Le traitement de l'AVC doit se faire dans une unité spécialisée de traitement des AVC car cela diminue la mortalité et améliore le résultat fonctionnel chez les survivants.

Tous les patients atteints d'AVC doivent avoir accès aux soins d'une unité de traitement des AVC, quel que soit leur âge ou la sévérité de l'AVC.

La rééducation, comprenant les soins infirmiers, la kinésithérapie, l'ergothérapie et la logopédie, doit faire partie intégrante des soins apportés par les unités de traitement des AVC qui prennent en charge la phase aiguë de l'AVC.



Association de personnes cérébrolésées, de leurs familles et des aidants

- Parce que cela n'arrive pas qu'aux autres ...
- Parce que vous souhaitez vous informer ...
- Parce que nous voulons changer les choses ...

Nous pouvons faire route ensemble ...

Quels sont les objectifs de notre association ?

- **Rassembler** les personnes cérébrolésées, leurs familles et leurs aidants.
- **Faire connaître** la problématique particulière de la cérébrolésion.
- **Lutter** pour mettre en place des structures et des outils adaptés.

Echanger ... Informer ... Agir ...

L'association est un lieu d'écoute, d'échanges, de solidarité, d'initiatives, de mobilisation, de revendications.

Nous sommes à votre disposition pour tout renseignement.

Vous n'êtes plus seul !

Contactez-nous aujourd'hui !

Adresse de contact : Brigitte et Jacques Ruhl

Rue Bourgmestre Gilisquet 43

1457 Walhain-Saint-Paul

e-mail :

revivre@skynet.be

site internet :

revivreasbl.be

Banque :

compte n° 310-1390172-54