



RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

**Prise en charge initiale
des patients adultes
atteints d'accident vasculaire cérébral**

- Aspects médicaux -

Synthèse des recommandations

SEPTEMBRE 2002

Service des recommandations professionnelles

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

L'AVC EST UNE URGENCE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

Tous les professionnels de santé doivent considérer l'AVC comme une urgence médicale. Le transfert du patient à l'hôpital, idéalement directement dans une unité neuro-vasculaire, doit être le plus rapide possible. L'appel au centre 15 est recommandé.

GESTES À FAIRE ET À NE PAS FAIRE LORS DE LA PRISE EN CHARGE PRÉ-HOSPITALIÈRE

- S'assurer de l'absence d'une menace vitale immédiat.
- Évaluer le niveau de vigilance, l'importance du déficit (existence ou non d'une atteinte de l'étage céphalique, possibilité de motricité des membres supérieurs et inférieurs contre résistance ou contre pesanteur).
- Préciser le début des troubles neurologiques (par le patient lui-même ou par un témoin), ainsi que les traitements antérieurs et actuels et transmettre ces informations au service d'accueil.
- Mesurer la pression artérielle en décubitus strict.
- Organiser le transfert immédiat vers une unité neuro-vasculaire.
- Si le patient a une famille, le faire accompagner par un membre de la famille.
- Raccourcir les délais de prise en charge par un neurologue en milieu hospitalier.
- En cas d'AIT, organiser le bilan étiologique sans délai.
- Ne pas entreprendre de traitement antihypertenseur, sauf en présence d'une décompensation cardiaque.
- Ne pas utiliser de corticoïdes.
- Ne pas utiliser d'héparine.
- Ne pas faire d'injection intramusculaire.

PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

1. Mesures générales

Les paramètres vitaux doivent être régulièrement surveillés, en particulier la pression artérielle. Un ECG est réalisé dès le début de la prise en charge.

Les troubles de la déglutition doivent être recherchés systématiquement avant la première alimentation.

La liberté des voies aériennes supérieures doit être assurée, l'encombrement bronchique et les pneumopathies d'inhalation prévenus. L'oxygénothérapie systématique n'est pas recommandée.

Il est recommandé de traiter une hyperthermie $> 37,5$ °C par un antipyrétique type paracétamol.

Si une perfusion IV est nécessaire, il est recommandé d'utiliser du sérum physiologique. Il est recommandé de traiter par insulinothérapie les patients dont la glycémie est ≥ 10 mmol/l.

2. Pression artérielle

Il est recommandé de respecter l'hypertension artérielle (HTA) à la phase aiguë d'un AVC ischémique sauf dans les cas suivants :

- a) si un traitement fibrinolytique est indiqué : la pression artérielle doit être $< 185/110$ mmHg ;
- b) si un traitement fibrinolytique n'est pas indiqué :
 - en cas de persistance d'une HTA $> 220/120$ mmHg,
 - en cas de complication menaçante de l'HTA ;

- en cas d'hémorragie cérébrale, certains recommandent de traiter si la pression artérielle est > 185/110 mmHg, mais il n'y a pas de preuve à l'appui de cette attitude.

Pour traiter l'HTA, la perfusion IV d'urapidil ou de labétalol ou de nicardipine est recommandée, en évitant les doses de charge.

La PA doit être abaissée progressivement et maintenue < 220/120 mmHg, en surveillant l'état neurologique afin de dépister l'aggravation du déficit. L'objectif tensionnel est à adapter au cas par cas.

Il est recommandé de maintenir le traitement antihypertenseur préexistant.

3. Complications thrombo-emboliques veineuses

Le lever précoce est recommandé autant que faire se peut.

- AVC ischémique avec immobilisation : le traitement préventif des complications thrombo-emboliques par HBPM à faibles doses est recommandé dès les 24 premières heures, en tenant compte du risque hémorragique intra et extracrânien. Sinon, contention élastique.
- AVC hémorragique avec immobilisation : contention élastique immédiate ; héparinothérapie à doses préventives à discuter après 24-48 heures.

4. Œdème cérébral

Les corticostéroïdes ne doivent pas être utilisés pour traiter l'œdème cérébral. Les agents hyperosmolaires (mannitol, glycérol) peuvent être utilisés.

5. Épilepsie

Un traitement antiépileptique préventif n'est pas recommandé.

6. Traitement antithrombotique de l'AVC ischémique

Un traitement antiplaquettaire par aspirine (160 à 300 mg/j) est recommandé dès que possible après un AVC ischémique artériel, sauf si un traitement fibrinolytique est envisagé.

L'utilisation systématique d'héparine (héparine non fractionnée, HBPM ou héparinoïdes) à doses curatives n'est pas recommandée à la phase aiguë de l'AVC ischémique, y compris dans la fibrillation auriculaire non valvulaire. Elle peut être utilisée dans des indications sélectives, présumées à haut risque de récurrence ou d'extension des phénomènes thrombo-emboliques.

7. Traitement thrombolytique de l'AVC ischémique

Le rt-PA (altéplase) par voie IV est recommandé en cas d'AVC ischémique de moins de 3 heures, dont l'heure de début peut être précisée avec certitude, en l'absence de contre-indications.

Il est recommandé de ne pas utiliser le rt-PA en dehors d'une structure spécialisée dans la prise en charge des AVC.

8. Traitement neurochirurgical

Il se discute dans des cas particuliers rares d'hémorragie cérébrale, d'infarctus cérébelleux et d'infarctus hémisphérique malin.

9. Indications de la prise en charge en réanimation médicale

Les indications de la prise en charge en réanimation sont rares :

- traitement des comorbidités sévères curables chez les patients ayant un bon pronostic neurologique, telles que pneumopathie de déglutition, embolie pulmonaire ;
- hypertension intracrânienne si un geste chirurgical est envisageable ;
- situations neurologiques instables et réversibles, telles que thromboses veineuses cérébrales avec troubles de conscience, état de mal épileptique, éclampsie.

ANNEXE 1. CONTRE-INDICATIONS DU RT-PA RETENUES DANS L'AMM DE L'ACTILYSE®

« Comme tous les agents thrombolytiques, l'altéplase ne doit pas être utilisé dans tous les cas associés à un risque hémorragique élevé :

- diathèse hémorragique connue ;
- traitement concomitant par des anticoagulants oraux ;
- hémorragie sévère ou potentiellement dangereuse, manifeste ou récente ;
- antécédent ou suspicion d'hémorragie intracrânienne ;
- suspicion d'hémorragie sous-arachnoïdienne ou antécédents d'hémorragie sous-arachnoïdienne liée à un anévrisme ;
- antécédents de lésion sévère du système nerveux central (par exemple néoplasie, anévrisme, intervention chirurgicale intracrânienne ou intrarachidienne) ;
- rétinopathie hémorragique, diabétique par exemple ;
- massage cardiaque externe traumatique récent (moins de 10 jours), accouchement, ponction récente d'un vaisseau non accessible à la compression ;
- hypertension artérielle sévère non contrôlée ;
- endocardite bactérienne, péricardite ;
- pancréatite aiguë ;
- ulcères gastro-duodénaux documentés au cours des 3 derniers mois, varices œsophagiennes, anévrisme artériel, malformations artérielles ou veineuses ;
- néoplasie majorant le risque hémorragique ;
- hépatopathie sévère y compris insuffisance hépatique, cirrhose, hypertension portale, varices œsophagiennes et hépatite évolutive ;
- intervention chirurgicale ou traumatismes importants au cours des 3 derniers mois.

Dans l'indication d'accident vasculaire cérébral ischémique à la phase aiguë, les contre-indications complémentaires sont :

- symptômes d'AVC ischémique apparus plus de 3 heures avant l'initiation du traitement ou dont l'heure d'apparition est inconnue ;
- déficit neurologique mineur ou symptômes s'améliorant rapidement avant l'initiation du traitement ;
- accident vasculaire cérébral jugé sévère cliniquement (par exemple NHSS > 25) et/ou par imagerie ;
- crises convulsives au début de l'AVC ;
- signes d'hémorragie intracrânienne au scanner ;
- symptômes suggérant une hémorragie sous-arachnoïdienne, même en l'absence d'anomalie au scanner ;
- administration d'héparine au cours des 48 heures précédentes avec un temps de thromboplastine dépassant la limite supérieure de la normale ;
- patient diabétique présentant des antécédents d'AVC ;
- antécédent d'accident vasculaire cérébral au cours des 3 derniers mois ;
- plaquettes inférieures à $100\,000/\text{mm}^3$;
- pression artérielle systolique > 185 mmHg ou pression diastolique > 110 mmHg, ou traitement d'attaque (voie IV) nécessaire pour réduire la pression artérielle à ces valeurs seuils ;
- glycémie inférieure à 50 ou supérieure à 400 mg/dl.

- Utilisation chez l'enfant et le sujet âgé : Actilyse® n'est pas indiqué pour le traitement de l'AVC à la phase aiguë chez les patients de moins de 18 ans ou de plus de 80 ans. »
- « L'expérience de l'administration d'Actilyse® pendant la grossesse ou l'allaitement est très limitée. En cas de menace du pronostic vital, il faut prendre en considération les bénéfices attendus et les risques éventuels. »

ANNEXE 2. CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ DES PATIENTS AYANT UN AVC D'ORIGINE ISCHÉMIQUE POUR UN TRAITEMENT PAR RT-PA (SELON L'AMERICAN STROKE ASSOCIATION¹)

Diagnostic d'AVC ischémique entraînant un déficit neurologique évaluable

Les signes neurologiques ne doivent pas disparaître spontanément

Les signes neurologiques ne doivent pas être mineurs et isolés

Le traitement des patients ayant un déficit neurologique majeur doit être prudent

Les symptômes ne doivent pas suggérer une hémorragie sous-arachnoïdienne

Apparition des symptômes moins de 3 heures avant le début du traitement

Absence de traumatisme cérébral ou d'AVC dans les 3 derniers mois

Absence d'infarctus du myocarde dans les 3 derniers mois

Absence d'hémorragie gastro-intestinale ou urinaire dans les 21 derniers jours

Absence d'acte chirurgical majeur dans les 14 derniers jours

Absence de ponction artérielle dans un site non compressible dans les 7 derniers jours

Absence d'antécédent d'hémorragie intracrânienne

Pression artérielle non élevée (systolique < 185 mmHg et diastolique < 110 mmHg)

Absence de saignement actif ou de traumatisme aigu (fracture) à l'examen

Pas de traitement anticoagulant oral ; si traitement anticoagulant oral : INR ≤ 1,5

En cas d'administration d'héparine dans les 48 dernières heures, tests de coagulation normaux

Plaquettes ≥ 100 000 /mm³

Glycémie ≥ 2,7 mmol/l (0,5 g/l)

Pas de crise convulsive avec déficit neurologique résiduel

Le scanner cérébral ne montre pas d'infarctus multilobaire (pas d'hypodensité > 1/3 hémisphère cérébral)

Le patient ou son entourage comprennent les risques et bénéfices possibles du traitement

¹ Adams HP, Adams RJ, Brott T, del Zoppo GJ, Furlan A, Goldstein LB et al. Guidelines for early management of patients with ischemic stroke. A scientific statement from the Stroke Council of the American Stroke Association. Stroke 2003;34:1056-83.