

Stratégie de la prise en charge précoce de l'accident vasculaire cérébral ischémique (AVCI)

Stratégie de la prise en charge précoce de l'accident vasculaire cérébral ischémique (AVCI)

F. Faiz, N. Chtaou, O. Messouak, MF. Belahsen

Service de neurologie – CHU Hassan II - Fès

RESUME

L'objectif principal de cette mise au point sur la stratégie de la prise en charge précoce de l'AVC ischémique est de donner un aperçu général sur les recommandations actuelles du traitement de l'AVCI à la phase aiguë. Elle s'adresse à tous les personnels de santé impliqués à cette phase de prise en charge essentiellement les neurologues mais aussi les urgentistes et les médecins généralistes.

ABSTRACT

The main objective of this clarification on the acute management of patients with ischemic stroke is to give a general overview onto the current recommendations of the treatment in the acute phase. It addresses all the health workers implied in this phase of coverage, the neurologists but also the emergency physicians and the doctor's general practitioner

M
I
S
E

A
U

P
O
I
N
T
:

F
M
C

Auteur correspondant:

F. FAIZ, service de neurologie,

CHU Hassan II, Fès

Stratégie de la prise en charge précoce de l'accident vasculaire cérébral ischémique (AVCI)

I/ INTRODUCTION

Les accidents vasculaires cérébraux représentent dans les pays industrialisés la troisième cause de mortalité après les cardiopathies et les cancers et la première cause de handicap non traumatique de l'adulte. Ils exposent à un risque élevé de décès au cours du premiers mois et à long terme à des séquelles qui peuvent être tragique par leurs conséquences physiques, neuropsychologiques, familiales et professionnels. [1] C'est une véritable urgence diagnostique et thérapeutique, la prise en charge doit être précoce, chaque minute compte et toute perte de temps est une perte de chance d'appliquer un traitement spécifique par thrombolyse intraveineuse lorsque ce traitement est indiqué et qui reste la perspective de l'avenir dans certains pays ou il n'est pas encore réalisé. Une filière de prise en charge doit être respectée afin de transformer l'espoir de guérison au droit à la guérison.

II/ CIRCUIT DE PRISE EN CHARGE

Le circuit de la prise en charge passe par trois étapes successives :

- Première étape pré hospitalière, assurant le transport du malade vers l'hôpital
- Deuxième étape d'explorations radiologique et biologique
- Troisième étape hospitalière proprement dite de la prise en charge dans une structure hospitalière spécialisée ou en unité neuro-vasculaire (UNV)

1. le transport :

Il doit être le plus rapide possible, de préférence assuré par une équipe médicalisée, le médecin doit préciser les signes révélateurs de l'AVC, l'heure exacte et les circonstances de survenue, faire un examen neurologique et général initial, surtout une évaluation de l'état de conscience, des signes déficitaires et la mesure de TA.

Il doit avertir le neurologue de garde qui va à son tour avertir le radiologue de garde pour diminuer le délai de la réalisation de l'imagerie.

Une sensibilisation du citoyen vis-à-vis de l'urgence posée par cette pathologie doit ainsi être entamée. Le citoyen doit reconnaître les signes évocateurs d'un AVC et doit avoir le réflexe d'appeler le SAMU ou à défaut de conduire au plus vite le patient aux urgences les plus proches.

2. L'exploration :

Une TDM cérébrale sans injection de produit de contraste pour vérifier l'absence d'hémorragie. Elle peut montrer déjà des lésions hypodenses dans le territoire artériel correspondant, ou parfois des signes précoces d'AVC ischémique. Les anomalies au scanner vont permettre d'avoir une idée sur le volume lésionnel, ce qui aura des implications importantes pour la prise en charge thérapeutique. Dans certains cas, une IRM cérébrale avec les séquences T1, T2, FLAIR, diffusion, perfusion et angio IRM artérielle sera réalisée [2]. Elle a l'avantage par rapport au scanner de montrer les infarctus profonds, les infarctus de la fosse postérieure et de distinguer les infarctus récents des infarctus anciens. Un bilan biologique initial comportant une NFS, TP, TCK, glycémie, ionogramme sanguin et un ECG seront réalisés au plus vite.

Une fois le diagnostic d'infarctus cérébral fait, le patient doit être hospitalisé dans un service de neurologie et de préférence dans une unité neuro-vasculaire.

3. L'hospitalisation en UNV :

La prise en charge des AVC doit se faire dans une unité neuro-vasculaire car cette dernière a montré son efficacité par rapport à une hospitalisation dans un service de neurologie classique, en réduisant le taux de mortalité et en améliorant le pronostic vital et fonctionnel [3].

III/ PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE ET ELEMENTS DE SURVEILLANCE

Une évaluation de l'état de conscience (score de Glasgow), du déficit neurologique (échelle du *national Institutes of Health NIH*) et de l'état hémodynamique est un élément de base dans la surveillance d'un patient atteint d'un AVC à la phase aiguë.

Au cas où le patient se présente dans les délais pour une éventuelle thrombolyse (avant 4,5 heures du début des symptômes), la prise en charge sera extrêmement rapide. Plus la thrombolyse est réalisée tôt, meilleures seront les chances de récupération [4].

1. Mesures générales :

a- Fièvre et hyperglycémie

L'élévation de la température après un infarctus cérébral constitue un facteur aggravant. Il est recommandé de traiter immédiatement les patients par paracétamol dès que la température dépasse 37,5 °C. L'hyperglycémie, dans les études d'observation, semble associée à un plus mauvais pronostic fonctionnel et à une mortalité accrue. Il est recommandé de traiter immédiatement par insuline les patients qui ont une glycémie supérieure à 1.8 g/l [5].

b- La tension artérielle :

Durant les deux premiers jours de l'AVC ischémique, 80 % des patients, présentent une élévation souvent transitoire des chiffres tensionnels [6]. Cette HTA réactionnelle tend à se normaliser spontanément sans recours aux traitements antihypertenseurs [7]. La plupart des spécialistes s'accordent à ne pas traiter le pic hypertensif de la phase aiguë jusqu'à un certains seuil (systolique : 220 mm Hg - diastolique : 120 mm Hg). Un traitement peut être envisagé en cas de défaillance ventriculaire gauche menaçante, d'encéphalopathie hypertensive, de dissection artérielle ou si une thrombolyse est envisagée [8,9]. L'HTA est en fait bénéfique car elle permet de maintenir un débit cérébral supérieur à 10ml/100g/minute autour de l'infarctus, limitant ainsi la lésion neuronale définitive [10]. Il est recommandé de respecter l'hypertension artérielle contemporaine de la phase aiguë d'un AVC ischémique.

c- L'œdème cérébral :

Environ 10 à 20 % des patients développent un œdème cérébral qui atteint son maximum 3 à 5 jours après l'AVC et peut être responsable d'une détérioration clinique, voire un décès par engagement cérébral [11]. Plusieurs mesures générales et modalités thérapeutiques ont été utilisées afin de diminuer la pression intracrânienne : mise de la tête en position surélévation de 30° par

Stratégie de la prise en charge précoce de l'accident vasculaire cérébral ischémique (AVCI)

rapport à l'horizontale, restriction hydrique modérée, traitement des facteurs pouvant augmenter la pression intracrânienne (hypoxie, hypercapnie, hyperthermie), respect de l'élévation de la pression artérielle. Les corticoïdes sont inefficaces et peuvent avoir des effets néfastes : déséquilibre d'un diabète, à-coup hypertensif, ulcérations digestives, complications infectieuses. Les patients dont l'état s'aggrave sont le plus souvent traités par du mannitol en intraveineux. La dose est de 0,25 à 0,5 g/kg à passer en 20 minutes toutes les 6 heures; la dose quotidienne maximale est de 2 g/kg. Vu l'effet diurétique du mannitol, une hémococoncentration s'installe progressivement, donc il ne faut pas le prescrire plus de quelques jours.

d- Prévention des complications générales

*** Troubles de la déglutition et pneumopathie d'inhalation :**

Les patients qui ont un trouble de la déglutition doivent être nourris initialement par sonde gastrique ou par voie intraveineuse. La pneumopathie d'inhalation est une des grandes causes de décès. Toute fièvre survenant après un infarctus cérébral doit faire chercher une pneumopathie d'inhalation. Le traitement antibiotique doit être débuté immédiatement, par voie veineuse associé à une kinésithérapie respiratoire efficace.

*** Thrombose veineuse des membres inférieurs et embolie pulmonaire :**

Le lever précoce est recommandé, sauf en cas de situation hémodynamique cérébrale précaire se manifestant par une aggravation neurologique à l'orthostatisme.

Tout patient alité doit recevoir un traitement par héparine de bas poids moléculaire à dose préventive. La compression intermittente des membres inférieurs est une bonne alternative en cas de contre indication aux anticoagulants.

e - Les crises épileptiques :

En cas de crise à la phase aiguë, un traitement antiépileptique est recommandé pour prévenir les récurrences de crises. Les différents médicaments n'ont pas été évalués spécifiquement dans le contexte de l'AVC, y compris en cas d'état de mal. La durée optimale du traitement n'a pas été évaluée. Il n'y a pas d'argument pour proposer un traitement au long cours ou un traitement préventif des crises.

f- Rééducation motrice et orthophonique :

La rééducation physique précoce est conseillée afin d'éviter les complications de décubitus, elle aide à l'amélioration du pronostic fonctionnel du malade son bénéfice dépend de l'intensité, de la précocité et de la durée du traitement [12]

g- Prise en charge psychologique :

Le soutien psychologique est primordial dans cette prise en charge visant à assurer une réintégration sociale et familiale le plus rapidement possible même si l'handicap moteur est lourd. Il faut dépister les signes d'une dépression et la traiter parce qu'elle majore la déficience, l'incapacité et le handicap [13]. Nous avons souvent recours aux nouvelles classes d'antidépresseurs (inhibiteur de la recapture de la sérotonine...)

2. Traitement antithrombotique :

a- la thrombolyse intraveineuse par rt-PA

Le traitement de l'accident ischémique cérébral par le rt-PA, moins de 4,5 heures après le début des symptômes, accroît les chances des malades de regagner leur indépendance sans augmenter leur mortalité. Ce traitement ne doit pas être administré si l'heure de

début des symptômes ne peut être déterminée avec certitude. La posologie est de 0,9 mg/kg, sans dépasser la dose totale de 90 mg. Le traitement est administré par voie intraveineuse, 10 % de la dose totale en bolus, le reste en perfusion d'une heure en tenant compte des contre-indications (tableau I)

Tableau I : Contre-indications de la thrombolyse intraveineuse

- INR > 1.7 ou héparine administrée dans les derniers 24 h,
- plaquettes < 100 000/mm ³ ,
- AVC ou traumatisme crânien < 3 mois,
- PA > 185/110,
- déficit neurologique régressif ou mineur,
- glycémie < 0.5 g/l ou > 4g/l,
- crise épileptique symptomatique aiguë,
- hémorragie digestive ou urinaire ou IDM < 21 jours,
- femmes enceintes ou malades < 18 ans.
La thrombolyse est déconseillée en présence de :
- signes précoces d'AVCI sur le scanner cérébral,
- déficit neurologique sévère ou coma (NIHSS>22),
- âge supérieur à 80 ans.

Un traitement fibrinolytique n'est pas envisagé si patient arrive au delà de 4,5 heures après le début des symptômes.

b- Les antiagrégants plaquettaires et anticoagulants :

L'aspirine à la dose de 160 à 300 mg/j est le traitement antithrombotique de base de tout infarctus cérébral. Le bénéfice du traitement anticoagulant dans la prise en charge thérapeutique des accidents ischémiques à la phase aiguë n'a pas été démontré [16]. Son utilisation reste néanmoins fréquente en pratique en cas d'accidents ischémiques transitoires récurrents, aggravation progressive d'un déficit neurologique, sténose serrée symptomatique et dissection artérielle cervicale. Dans les accidents vasculaires cérébraux d'origine cardio-embolique établie, l'héparine peut être prescrite d'emblée si l'intensité du déficit est modérée et la vigilance correcte et si le scanner ne montre pas d'œdème important ou de signes de saignement dans le foyer infarcté. En effet, dans ces circonstances où il existe un risque de transformation hémorragique, il est préférable de réévaluer la situation tous les trois à six jours avant d'introduire l'anticoagulant car le risque d'hémorragie cérébrale est supérieur au bénéfice que l'on pourrait escompter.

Stratégie de la prise en charge précoce de l'accident vasculaire cérébral ischémique (AVCI)

3. Traitement chirurgical de l'AVCI

La décompression chirurgicale hémisphérique en urgence par hémicraniectomie partielle a prouvé son efficacité chez les sujets jeunes atteints de « syndrome malin de la sylvienne ». Il s'agit d'infarctus œdémateux massifs, parfois étendus à tout l'hémisphère et très souvent mortels. La décision chirurgicale doit se discuter dès les premières heures, avant tout engagement. L'intervention consiste en la réalisation d'un grand volet, accompagné d'une ouverture large de la dure-mère dont la surface est agrandie par une plastie. Le volet est mis en nourrice dans la paroi abdominale jusqu'à sa repose ultérieure. La craniectomie décompressive permet de sauver la vie du patient sans que cela soit au prix de séquelles invalidantes. Un engagement prolongé ou une atteinte supérieure au seul territoire sylvien sont des contre-indications de la technique.

IV/ CONCLUSION

La prise en charge de l'AVC ischémique à la phase aigue nécessite une rapidité de prise en charge, un circuit du patient prédéfini, une hospitalisation en unité spécialisée, et des procédures adaptées. Les patients arrivant dans les délais doivent pouvoir bénéficier de la thrombolyse. Les patients qui n'ont pas les critères de thrombolyse, doivent être prise en charge de la même façon et bénéficier de toutes les mesures visant à limiter les séquelles et à éviter les complications de la phase aigue.

REFERENCES

- [1] ANAES Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral Médecine thérapeutique volume 9 n° 4, 192-201 recommandation de l'Anaes
- [2] Adams HP.; Del Zoppo G; Alberts MJ]; et al. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke. Stroke. 2007; 38:1655-1711.
- [3] Hommel M., Jaillard A., Besson G. Filière de soins, unités d'urgences cérébrovasculaires. Rev Neurol, 1999; 155:666-669.

[4] Hacke W, Kaste M, Bluhmki E et coll.; ECASS Investigators. Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke. *N Engl J Med.* 2008;359(13):1317-29

[5] P. Amarenco Prise en charge de l'ischémie cérébrale à la phase aigüe
La lettre du neurologue - n° 4 - vol. V - avril 2001

[6] Spence JD, Del Maestro RF. Hypertension in acute ischemic strokes. Treat? *Arch Neurol*, 1985; 42:1000-1002.

[7]. Broderick LP, Brott TG, Tomsick T, Barsan W, Spilker J. Ultra-early evaluation of intracerebral hemorrhage. *J Neurosurg*, 1990; 72:195-9.

[8] . Hacke W, Kaste M, Olsen TS, Bogousslavsky J, Orgogozo JM. For the EUSI executive committee. Organisation of stroke care: education, Stroke units and rehabilitation. *Cerebrovasc Disease* 2000, (Suppl 3):1-11.

[9] Hacke W, Kaste M, Olsen TS, Bogousslavsky J, Orgogozo JM. For the EUSI executive committee. Acute treatment of ischemic stroke. *Cerebrovasc Disc*, 2000; 10(Suppl 3):22-33.

[10] Leys D, Hommel M, Woimant F, Pruvo JP. Le traitement de l'ischémie cérébrale à la phase aigüe et ses perspectives. *Rev Med int*, 1994; 15:350-356.

[11] Mayer SA, Lignelli A, Fink ME et al. Perilesional blood flow and oedema formation in acute intracerebral hemorrhage. A SPECT study. *Stroke* 1998, 29:1791-1798.

[12] Azouvi P., Denys P., Bussel B. Validation des procédures de rééducation après accident vasculaire cérébral. *Rev Neurol* 1999; 155 : 737-742.

[13] Wade DT, Leg-Smith J, Hower RA. Depressed mood after stroke: a community study of its frequency. *Br J Psychiatry* 1987; 151:200-5.

[14] Sandercock P. Is there still a role for intravenous heparin in acute stroke ? No. *Arch Neurol* 1999 ; 56 : 1160-1.