



Prise en charge de l'AVC

Généralités	
Deux types d'AVC	AVC ischémique = hypoxie dans le cerveau (80%) - Transitoire, infarctus cérébraux ou thromboses veineuse cérébrales AVC hémorragique = rupture vaisseau se répand dans le tissu cérébral : dommage important - Hématomes (15%) et hémorragies méningées (5%)
Conséquence possible	<u>Hémiplégie</u> : paralysie d'une ou plusieurs parties du corps Peut-être totale (membre sup, inférieur) Paralysie opposée à la localisation de l'atteinte cérébrale Récup variable et imprévisible <u>Hémi-parésie</u> : trouble de sensation, paralysie incomplète, perte partielle de l'activité motrice volontaire <u>Héminégligence</u> : ignorance et méconnaissance des perceptions ou des stimulations de l'espace lésé sans conscience du trouble
ETP	Réaliser les actes de la vie quotidienne Conserver son autonomie post AVC Participer à la rééducation Prévenir les complications de la limitation de la motricité
Anatomie fonctionnelle	Atteinte hémisphère gauche → aphasie, alexie, acalculie... Atteinte hémisphère droit → anosognosie, héminégligence gauche...
Facteurs de risque cardio-vasculaires	Âge, sexe, ATCD familiaux, surpoids, diabète HTA, cholestérol, tabac → le combo = x18
ACSOS	= agressions cérébrales secondaires d'origine systémique Causé par : hypoxémie, capnie, pression artérielle, glycémie, hyperthermie, anémie
Complications	Aggravation des troubles neurologiques Troubles vigilance / conscience Épilepsie Trouble de la déglutition Infections (poumons, urines, cathéters...) Maladie thromboembolique veineuse Complications cutanées et orthopédiques Psychosociales
Quand tout va bien	
Circulation cérébrale	Ça va trop loin t'inquiète
Quand ça va moins bien	
Signe clinique	Hémisphère D Faiblesse ou paralysie du côté gauche du corps Difficultés à comprendre les relations spatiales, tel que les distances, la profondeur, le haut et le bas, l'avant et l'arrière ; vous pouvez éprouver de la difficulté à ramasser les objets, à boutonner une chemise ou à lacer vos chaussures Difficultés à s'orienter sur une carte Problème de mémoire à court terme
	Hémisphère G Faiblesse ou paralysie du côté droit du corps Difficultés à lire, à parler, à penser et à calculer Comportement peut être plus lent et plus hésitant que d'habitude Difficultés à acquérir des nouvelles connaissances ou à retenir de nouvelles informations Besoin de directives et de commentaires fréquents pour terminer vos tâches
Examen clinique	Scanner cérébral Tomodensitométrie : élimine l'origine hémorragique (sans injection), objective les occlusions proximales (avec injection) IRM : accès difficile, examen plus spécifique et plus précoce Angiographie : permet de localiser l'occlusion Bilan biologique complet : NFP, iono, créatinine, bilan de coagulation avec INR



Traitement	Hospitalisation dans un service d'urgence neurovasculaire Repos strict au lit, à plat si AVC ischémique = tête surélevée ; si AVC hémorragique (30° pour éviter hypertension intracrânienne)			
	<table border="1"><tr><td>AVC ischémique</td><td>Thrombolyse/Fibrinolyse IV : si AVC constitué depuis moins de 3 h → dissoudre le caillot rapidement et rétablir la circulation sanguine et l'apport en oxygène au cerveau Anticoagulants ou anti agrégeant plaquettaire : si AVC constitué depuis plus de 3H Associé à un anti-HTA si TA > à 180 mmHg</td></tr><tr><td>AVC hémorragique</td><td>TTT est avant tout chirurgical Antihypertenseur et arrêt des ttt qui agissent sur l'hémostase avec +/- antagoniste</td></tr></table>	AVC ischémique	Thrombolyse/Fibrinolyse IV : si AVC constitué depuis moins de 3 h → dissoudre le caillot rapidement et rétablir la circulation sanguine et l'apport en oxygène au cerveau Anticoagulants ou anti agrégeant plaquettaire : si AVC constitué depuis plus de 3H Associé à un anti-HTA si TA > à 180 mmHg	AVC hémorragique
AVC ischémique	Thrombolyse/Fibrinolyse IV : si AVC constitué depuis moins de 3 h → dissoudre le caillot rapidement et rétablir la circulation sanguine et l'apport en oxygène au cerveau Anticoagulants ou anti agrégeant plaquettaire : si AVC constitué depuis plus de 3H Associé à un anti-HTA si TA > à 180 mmHg			
AVC hémorragique	TTT est avant tout chirurgical Antihypertenseur et arrêt des ttt qui agissent sur l'hémostase avec +/- antagoniste			
Rôle IDE	Surveillance des paramètres hémodynamiques : TA, FC, SAO ₂ , T°, glycémie capillaire) + ECG Surveillance état de conscience : score de Glasgow (niveau de conscience du patient peu ou pas sédaté) Prévention et surveillance du risque escarre Bilan neuro : FAST F : Face = paralysie faciale ? A : Arm = paralysie ou faiblesse du bras/ jambe ? S : Speech = troubles de la parole T : Time = heure des débuts des symptômes Conseil hygiéno-diététique : <ul style="list-style-type: none">- Arrêt du tabac- Modération alcool,- Alimentation équilibrée- Activité sportive régulière (30 min/jour)			
À l'admission	Décubitus dorsal 30° Évaluation FAST avec datation heure de début Mesure du Glasgow + PA + Pouls + spO ₂ , T°, glycémie VVP sur coté non paralysé avec bilan bio complet O ₂ quantité suffisante pour spO ₂ >95% ECG			
En service hospitalier	Surveillance régulière + dépister les complications Prévention des ACSOS Dépister les troubles de la déglutition Surveillance de l'élimination → pas de SAD systématique Installation +++ et stimulation +++ Lutte contre la douleur et la souffrance morale, favoriser la rééducation			
En soin de suite	Prise en charge pluridisciplinaire			

