

DÉFINITION

Pathologie cérébrale aiguë d'origine ischémique responsable d'un déficit neurologique focal et brutal lié à une occlusion vasculaire.

● PRISE EN CHARGE IAO

Bilan

- Dextro, SpO₂, FR, PAS, PAD, FC, T °C
- ECG
- Test FAST (*Face* : déformation du visage, *Arm* : paralysie du bras, *Speech* : trouble de la parole, *Time* : temps d'apparition des troubles)

Orientation si FAST positif (1 critère positif)

- Déficit neurologique :
 - < 6 h : SAUV
 - entre 6 et 24 h : prévenir le médecin urgentiste
 - > 24 h : Box

● BILAN

Évaluation

- Détermination de l'heure du début des symptômes par un interrogatoire policier
- Si heure inconnue ou AVC du réveil : considérer l'heure de début comme l'heure où le patient était neurologiquement normal
- Déterminer le score NIHSS (S10)

Monitoring en SAUV

- PANI/5 min
- Scope
- SpO₂

...

Bilan

- Biologie :
 - NFS
 - groupe, RAI
 - glycémie, iono
 - TP, TCA
 - troponine
- Imagerie :
 - < 6 heures :
 - IRM + ARM intracrânienne de première intention si possible
 - scanner cérébral + angioscanner intracrânien à défaut
 - entre 6 et 24 heures :
 - IRM + ARM intracrânienne ou scanner de perfusion ou IRM de perfusion : évaluation du « mismatch »
 - > 24 heures :
 - scanner et angioscanner

● PRISE EN CHARGE MÉDICALE

Contacter USINV systématiquement

- Prendre contact avec le neurovasculaire de garde
- Transfert urgent si accepté

Début < 6 heures : alerte thrombolyse/thrombectomie

- Position décubitus dorsal strict
- PANI toutes les 15 minutes
- Perfusion garde-veine : sérum physiologique, 1 000 mL/24 h
- Recherche contre-indication thrombolyse (F5) :
- AVC avec indication thrombolyse (< 4 h 30 ou entre 4 h 30 et 9 h avec critères du « mismatch » dans critères de thrombectomie) ...

- Objectif tensionnel = PAM \geq 90 mmHg, PAS < 185 mmHg et PAD < 110 mmHg :
 - nicardipine (Loxen[®]) :
 - débiter à 1 mg IVL
 - à renouveler si PAS > 185 mmHg ou PAD > 110 mmHg et
 - débiter nicardipine IVSE 0,5 mg/h
- Si occlusion proximale \pm distale \leq 6 heures : associer thrombectomie
- Si CI thrombolyse IV ou délai dépassé : thrombectomie seule

Début > 6 h et < 24 h

- Envisager thrombectomie si NIHSS \geq 6 et occlusion proximale avec critères de Mismatch

AVC non thrombolysable (hors délais ou contre-indication ou non-indication) et non candidat à la thrombectomie

- Position décubitus dorsal strict
- Ne traiter que si PAS > 220 mmHg ou PAD > 120 mmHg
- Objectif tensionnel = PAS < 220 mmHg et PAD < 120 mmHg :
 - Nicardipine (Loxen[®]) :
 - débiter à 0,5 mg/h IVSE
 - incrémentation par palier de 0,5 mg/h toutes les 15 minutes
 - maximum : 4 mg/h IVSE
 - arrêt si PAS < 160 mmHg
- Antiagrégant :
 - Aspirine : bolus de 250 mg IVD, relais par 160 mg/j à partir de J1
- Anticoagulation préventive :
 - Lovenox[®] ou calcaparine à dose préventive (F8) ...

Lutte contre les agressions cérébrales systémiques d'origine secondaire

- Hyperthermie (T °C > 37,5 °C) : paracétamol : 1 g IVL
- Hyperglycémie > 1,80 g/L (10 mmol/L) : protocole insuline (F11), objectif glycémie entre 6-8 mmol/L
- Hypoxie (SpO₂ < 94 %) : oxygénothérapie au masque ou ventilation mécanique
- Hypercapnie :
 - ventilation mécanique
 - objectif PaCO₂ = 30-35 mmHg
- Trouble de la conscience :
 - intubation si Glasgow \leq 8 (F9)
 - curarisation systématique

Aggravation

Signes d'engagement clinique (mydriase, enroulement) :

- avis neurochir pour éventuelle hémicraniectomie
- osmothérapie : mannitol 20 % : 0,25-1 g/kg/6 h sur 30 minutes

RÉFÉRENCES

Sandset EC. European Stroke Organisation (ESO) guidelines on blood pressure management in acute ischaemic stroke and intracerebral haemorrhage. *Eur Stroke J* 2021 ; 6 ; X-L89.

Mendelson SJ. Diagnosis and management of transient ischemic attack and acute ischemic stroke. *JAMA* 2021 ; 325 : 1088-1098.

Berge E. European Stroke Organisation (ESO) guidelines on intravenous thrombolysis for acute ischaemic stroke. *Eur Stroke J* 2021 ; 6 : I-LXII.