



Cours de
Pathologie médicale

L'accident vasculaire cérébral (AVC)

Pr. Ag Mohamed Habib GRISSA



Hôpital Universitaire F. Bourguiba
Monastir

www.urgencemonastir.com
grissa.medhabib@gmail.com

Objectif :

« être capable de prendre en charge un patient atteint d'un accident vasculaire cérébral »

Généralités:

- Troisième cause de mortalité dans les pays à forte médicalisation : 150.000 nouvelles personnes / an,
- seuls 50 % survivent à 6 mois, dont 1/3 en milieu d'assistance médicale ou social au handicap,
- 3° cause de mortalité et 1^{ère} de handicap moteur acquis de l'adulte,
- ¾ des personnes gardent des séquelles, ¼ ont - de 65 ans,

Les AVC récidivent dans 30 % des cas.

**Délai de 4.30 heures pour éviter les lésions cérébrales irréversibles
(7h après = dommages définitifs)**

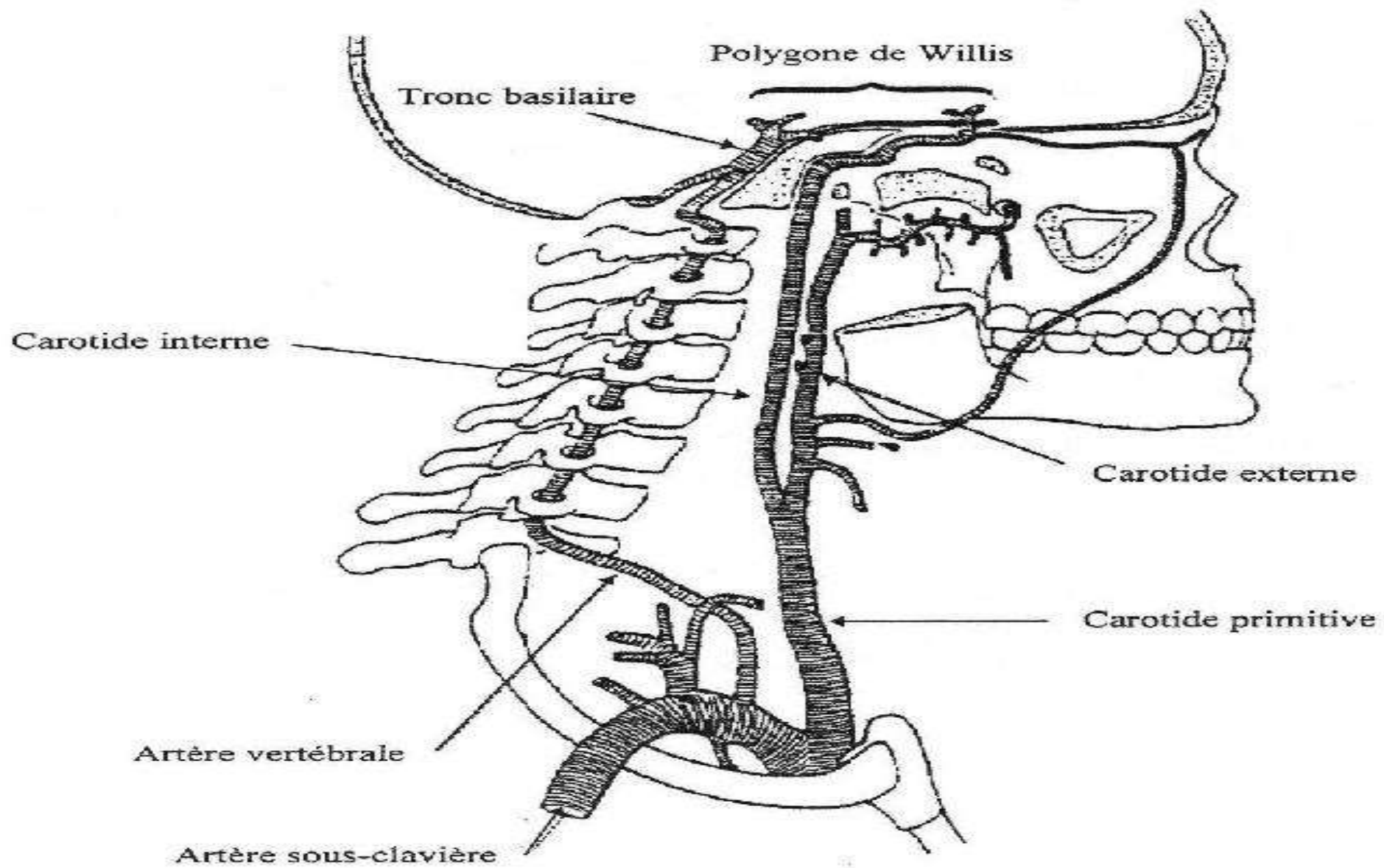
5 Signes avant-coureurs des AVC ?

1. Faiblesse, perte soudaine de force avec engourdissement soudain au visage, paralysie ou engourdissement brutaux d'un côté du corps (1 bras ou 1 jambe),
2. Difficultés soudaines à s'exprimer, de compréhension ou confusion soudaine, perte d'attention,
3. Diminution brutale de la vision d'un œil, même temporaire,
4. Mal de tête soudain, intense et inhabituel,
5. Étourdissement, perte soudaine de l'équilibre.



Consultation immédiate

Vascularisation Cérébrale



CIRCULATION ARTERIELLE DU CERVEAU

***Polygone
de Willis sur une
vue inférieure
de l'encéphale.***

Artères cérébrales
antérieures

Artère communicante
antérieure

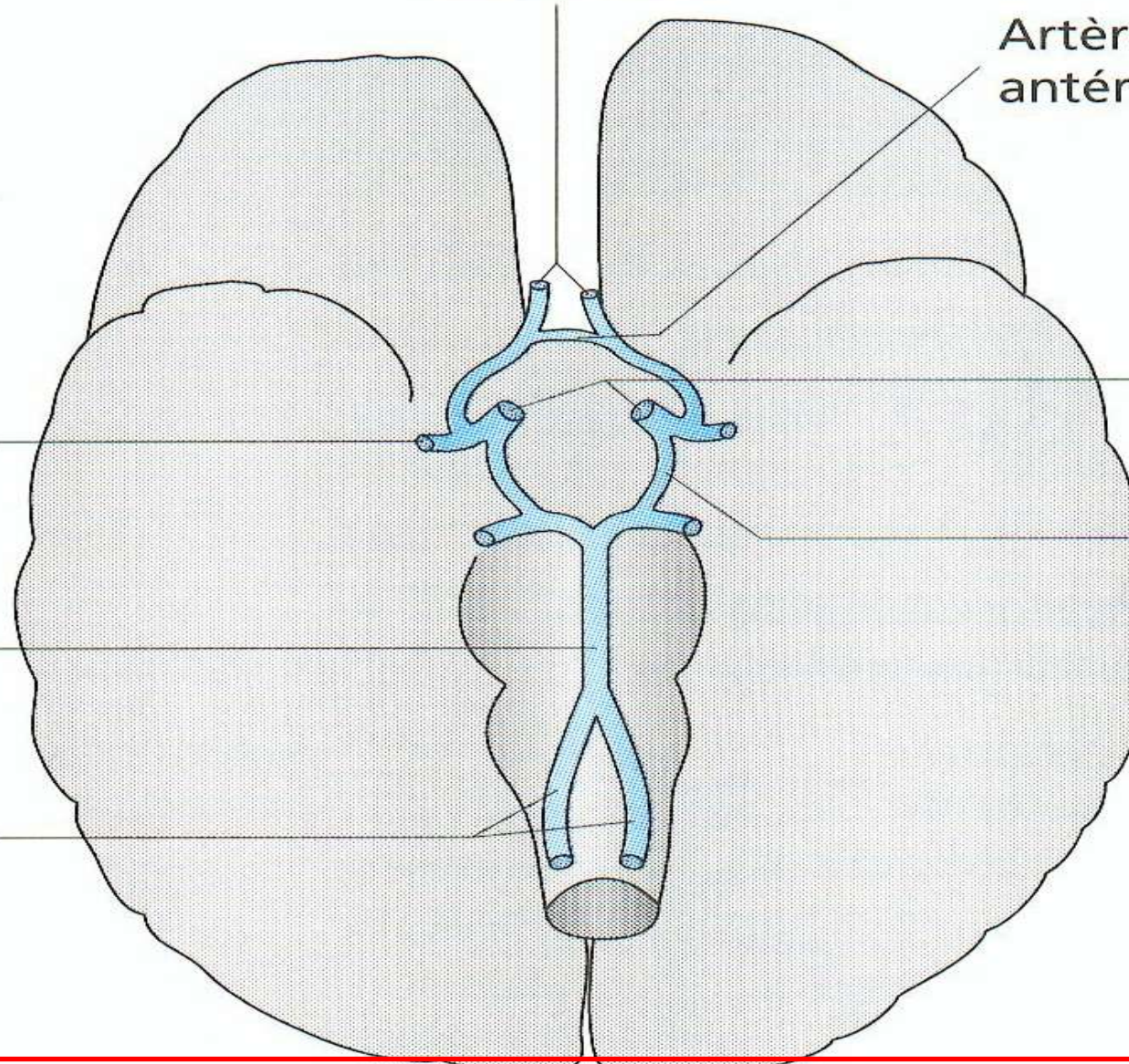
Artère cérébrale
moyenne

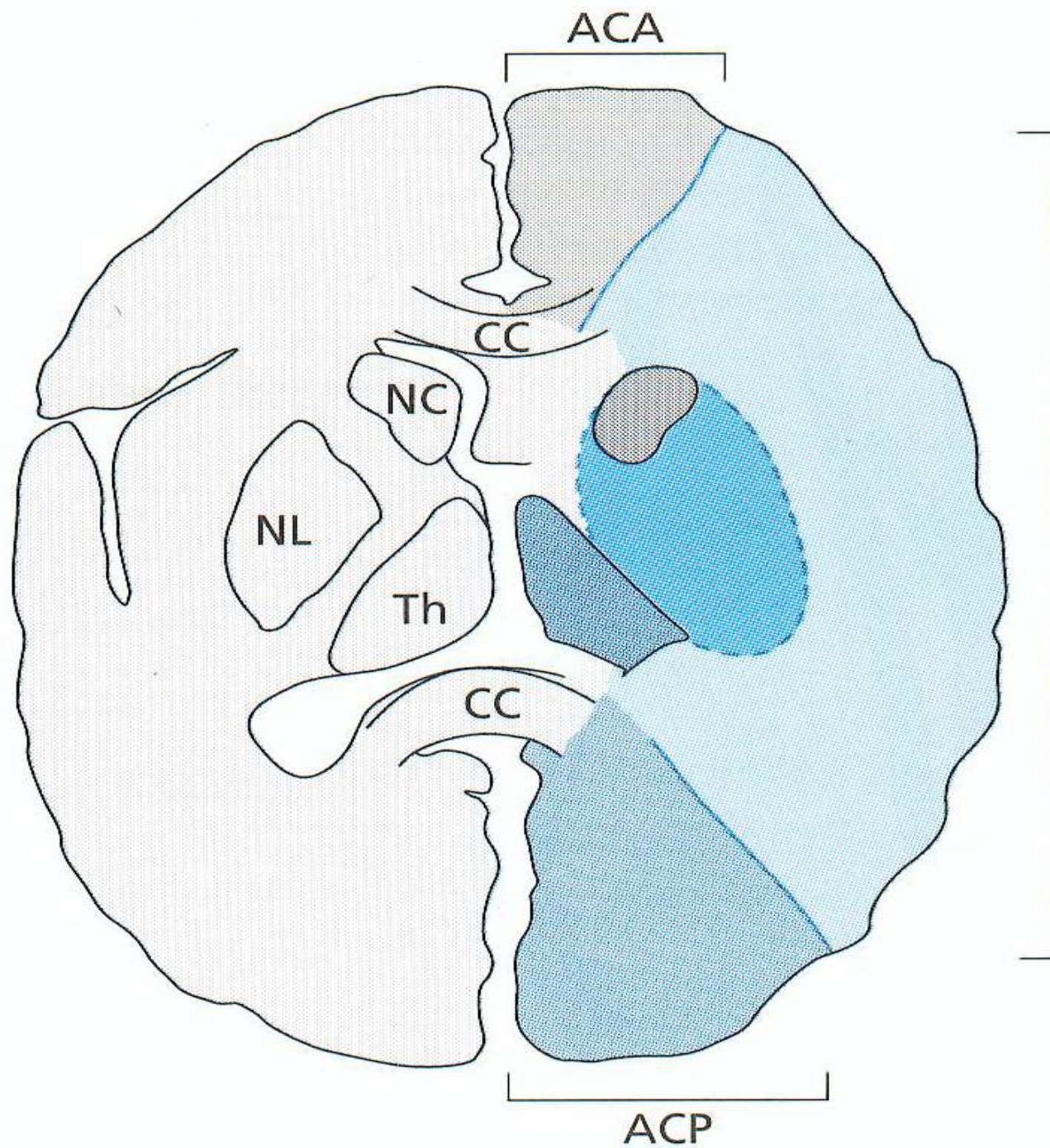
Terminaisons
des artères
carotides internes

Tronc basilaire

Artère
communicante
postérieure

Artères vertébrales






CC : corps calleux; NL : noyau lenticulaire;
 NC : noyau caudé; Th : thalamus


ACM : artère cérébrale moyenne

ACA : artère cérébrale antérieure


ACP : artère cérébrale postérieure

 Territoire superficiel ACM

 Territoire profond ACM

 Territoire superficiel ACP

 Territoire profond ACP

 Territoire superficiel ACA

 Territoire profond ACA

Accidents Vasculaires Cérébraux

- Définition

Il s'agit d'un trouble neurologique secondaire à une souffrance du parenchyme cérébral d'origine **ischémique** ou **hémorragique**.

Il survient lorsqu'une zone du cerveau n'est plus irriguée par le sang, de façon transitoire ou définitive.

AVC

- AVC hémorragique : 20 % des cas
(malformation, HTA)
confirmation par scanner
- AVC Ischémique : 80 % des cas
(athérosclérose, cardiaque)
Rien n'est visible au scanner

Stroke – there's treatment if you act FAST.



Face
Face look
uneven?



Arm
One arm
hanging
down?



Speech
Slurred
speech?



Time
Call **190**
NOW!



AVC Hémorragique

- Phase d'installation :

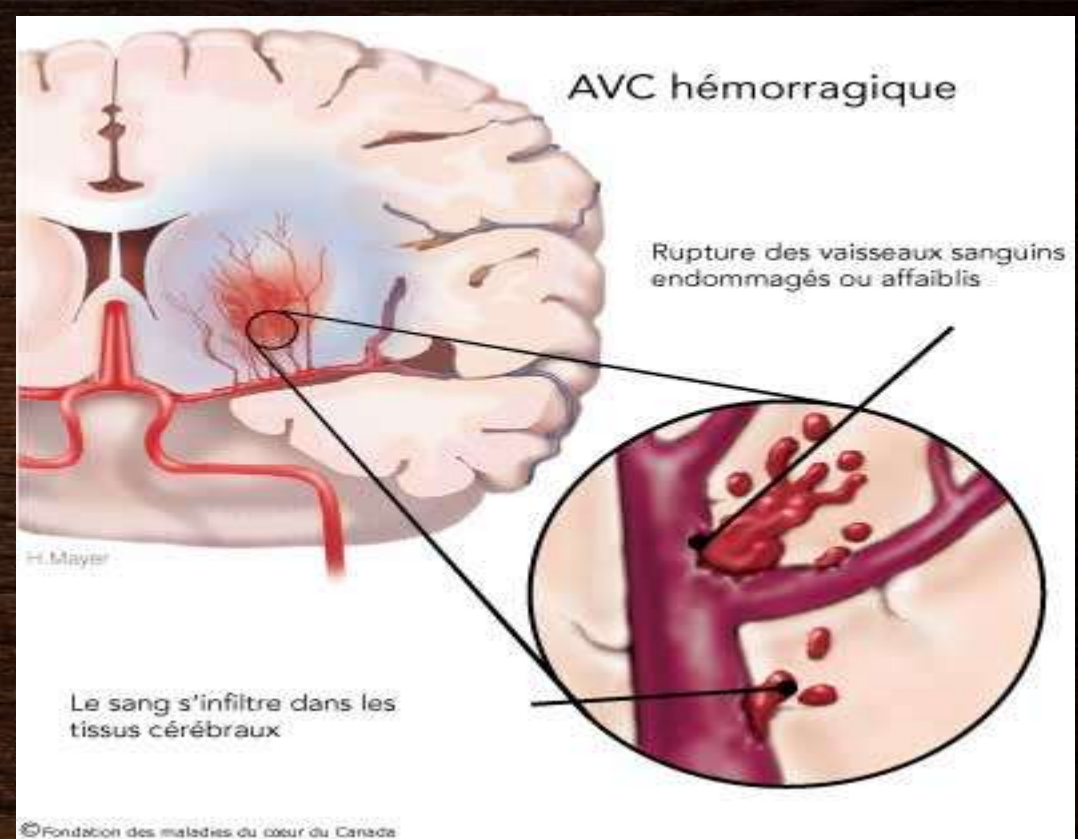
Début brutal,
voire foudroyant.

- Fréquemment,
troubles de la conscience.

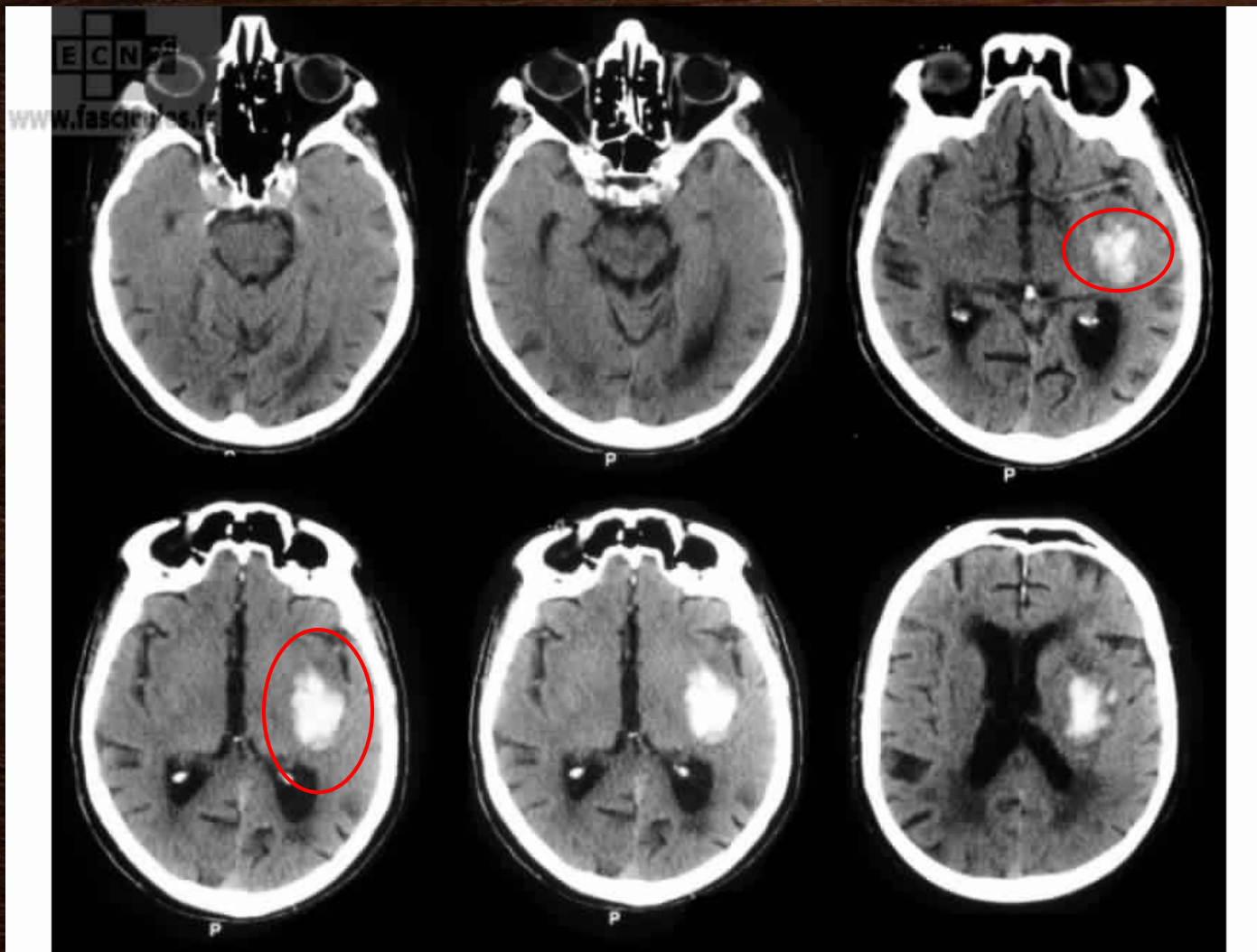
- Accompagné de céphalées.

- Phase d'état :

Le déficit est variable,
avec des complications diverses.



SCANNER CEREBRAL



AVC Hémorragique

- **Traitement**

Il est rarement chirurgical.

Surveillance de la Tension Artérielle
(but = maintenir la TA basse)

- **Pronostic**

Décès dans 30 % des cas.

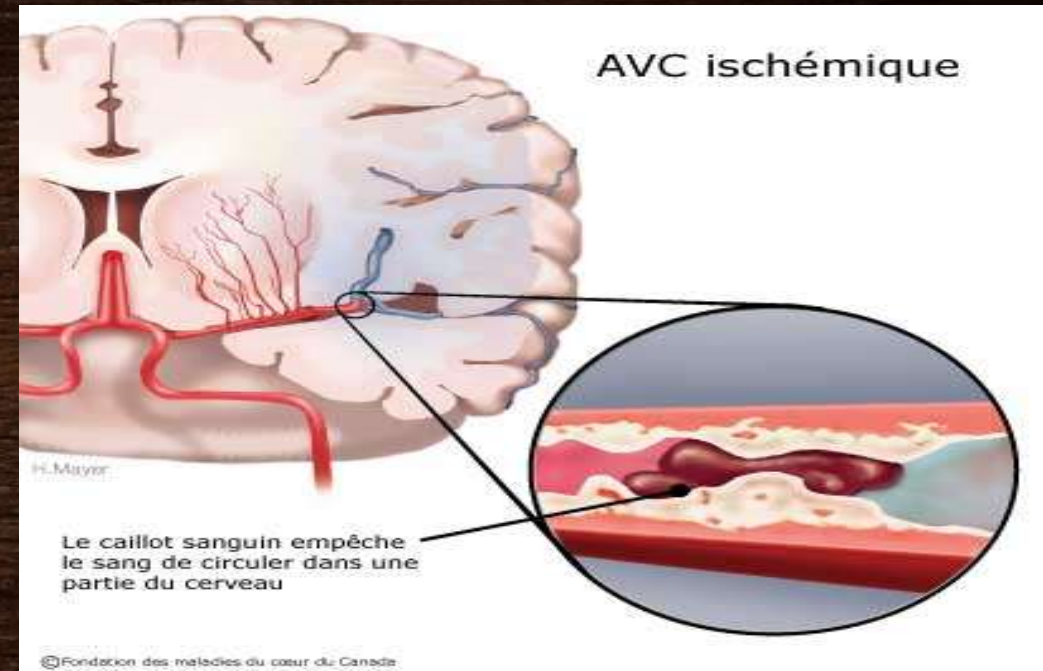
AVC Ischémique

- AVC transitoire

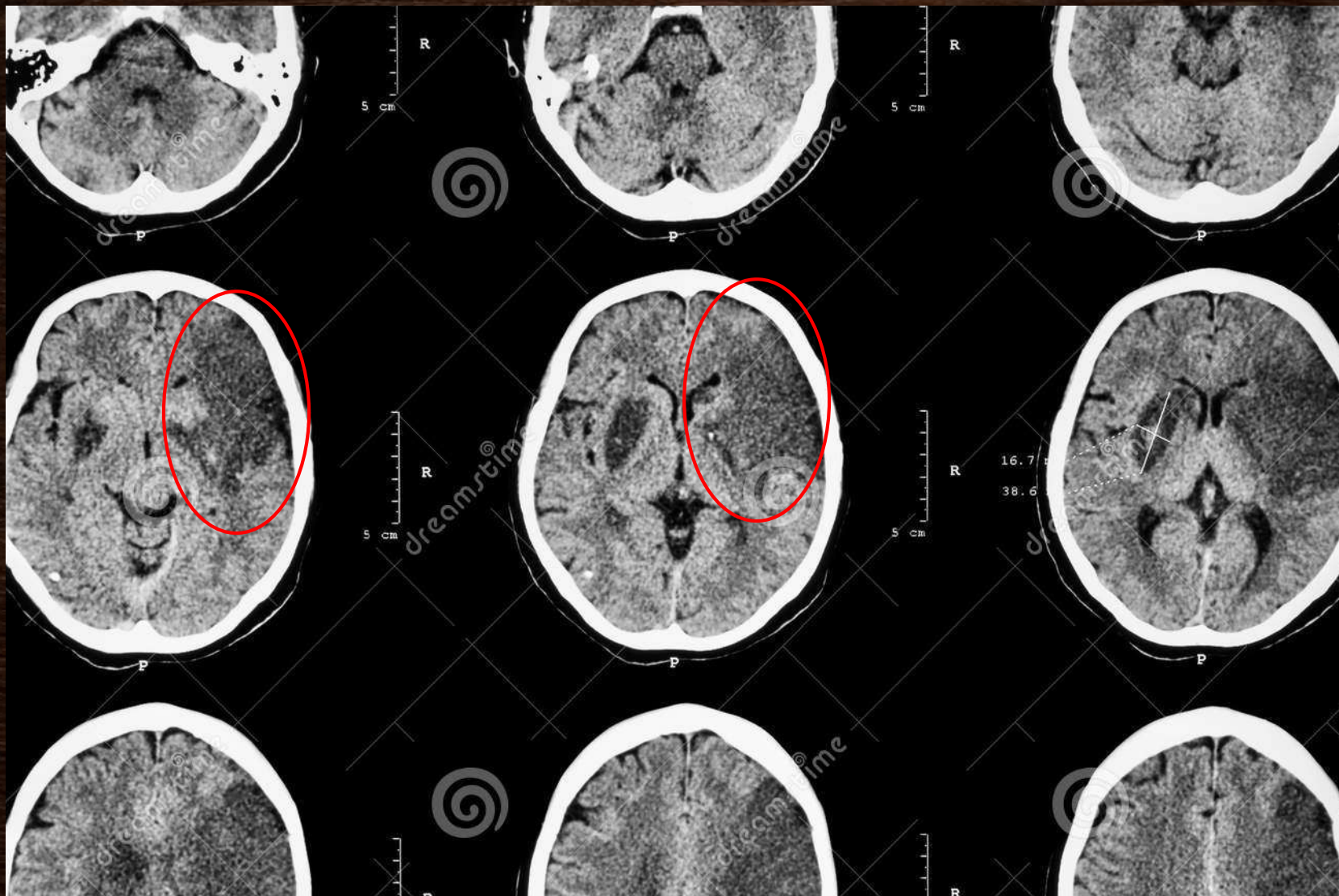
Les signes durent moins de 24 heures.

20 % se compliquent et restent définitifs.

A explorer car le risque de récurrence en AVC ischémique massif est majeur.



SCANNER CEREBRAL



Thrombolyse ?

- La thrombolyse permet de dissoudre le thrombus.
- L'actilyse est un médicament thrombolytique qui permet la dissolution d'un caillot par thrombolyse ou fibrinolyse)
- Proposé en cas d'accident vasculaire cérébral d'origine ischémique, lorsqu'il est pris en charge moins de **3 heures** après les premiers symptômes. → donc Scanner le plus rapidement possible.
- Il permet une récupération complète plus fréquente.

AVC Ischémique

- **Traitement:**

Thrombolyse si dans les délais

Médical :

Antiagrégant plaquettaire (Aspirine®)

Anticoagulant préventif

Nursing et rééducation +++

SOINS INFIRMIERS

- Phase aiguë

Rapidité de prise en charge.

A l'arrivée : *Noter sur feuille de surveillance* état de conscience, pouls, TA, Température, état pupillaire, Motricité, déglutition.

Prévoir les examens

Scanner cérébral ou IRM, bilan sanguin (NFS,iono,creat,TP-TCK,GS)

PHASE INITIALE

- Hospitalisation: Période des 15 jours environ post-AVC en hospitalisation de court séjour :

Unité neuro-vasculaire « stroke center »

- Équipe de soins : 24H/24
- Équipe de rééducation : 5J/7
- Assistante sociale

INFIRMIERS

AIDES SOIGNANTS

SOINS INFIRMIERS

- Dans le service

Surveillance neurologique, mettre le patient au repos.

- Surveillance de la conscience (sommolence) avec risque de coma
- Surveillance des réflexes pupillaires (myosis, mydriase, unilatérale), réflexe photo moteur.
- Évaluation de la force et de la mobilité des membres (serrer la main, grimaces, bouger les 4 membres)

Surveillance des signes vitaux :

TA, Pouls, Température, état de conscience, troubles de la déglutition (alimentation parentérale au début)

- Rythme cardiaque : arythmie, bradycardie, tachycardie
- Pression artérielle : élevée les premiers jours
- Glycémie et électrolytes : prélèvement sanguin pour analyse biochimique
→ recherche de déséquilibre
(hyperglycémie dans 30 à 50 % des cas)

- Fièvre : ++++

Hyperthermie : facteur aggravant

Rechercher cause : infection, thrombose veineuse des MI

- Élimination urinaire et fécale : troubles fréquents

- **MISE EN SECURITE DU PATIENT**

INDISPENSABLE

Barrières de lit sur prescription médicale mais en pratique fortement recommandées.

- A éviter:

- * Lit surélevé,

- * Obscurité totale dans la chambre,

- * Difficulté d'accès à la sonnette.

- Attention au risque de complications de décubitus :

thrombose, escarre, infection pulmonaire

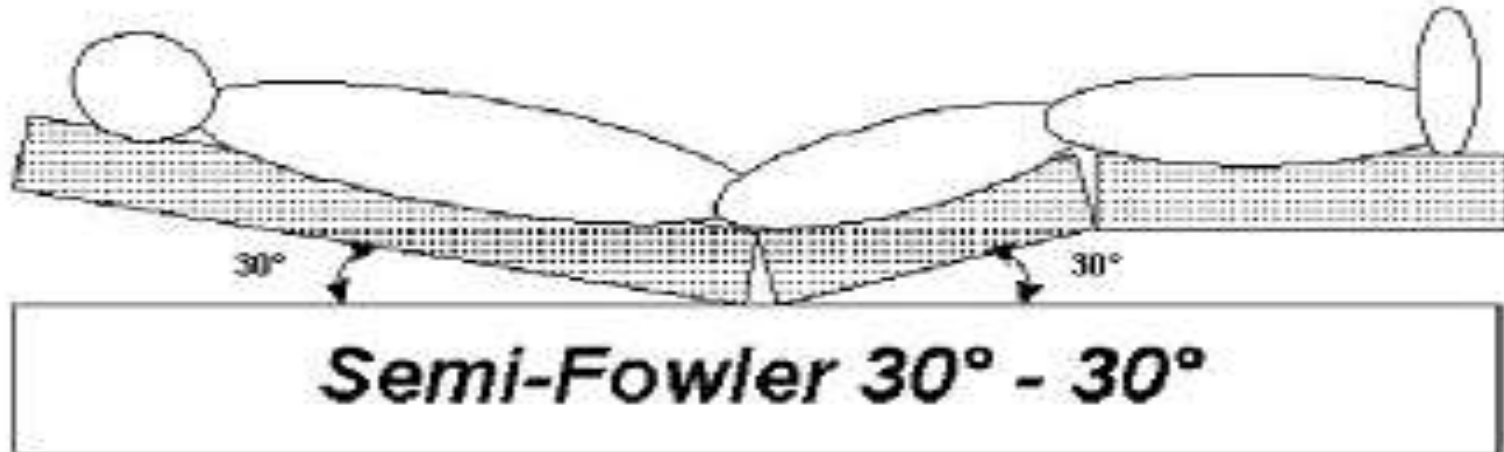
SOINS INFIRMIERS

- Rôle prescrit :
 - Voie veineuse périphérique (bras sain)
 - Oxygénothérapie
 - Surveillance encombrement bronchique, (aérosol éventuel pour infection)
 - Sonde naso-gastrique si pas de problème de conscience sinon alimentation voie centrale
 - Hydratation par eau gélifiée
 - Préparation et Administration des thérapeutiques

Besoin de se mouvoir

**LE POSITIONNEMENT
DU
PATIENT HEMIPLEGIQUE**

POSITIONNEMENT SUR LE DOS



POSITIONNEMENT SUR LE CÔTÉ NON ATTEINT



- Tête sur un oreiller.
- Guider l'épaule en avant par l'omoplate.
- Placer le bras devant, sans le tirer, sur un oreiller.
- Placer la hanche et le genou en flexion sur un oreiller ou un coussin.
- Si possible, garder le tronc en rectitude.

POSITIONNEMENT SUR LE CÔTÉ ATTEINT



- Dégager l'épaule hémiparalysée en abduction et rotation externe sans tirer sur le bras.
- Flexion du coude à 90°, main tournée vers le plafond.
- Tourner le patient sur le côté à 30°/ coussin ou cale

- en arrière vers le coussin dorsal.
- Membre inférieur atteint : rectitude de hanche, flexion du genou.
- Oreiller sous la jambe (confort).



Couché sur le dos

Visite, fenêtre, table de nuit
du côté sain

Tête tournée du côté sain

Membre inférieur posé
sur le bord extérieur

Tronc incliné du côté hémiparalysé

Membre supérieur
non soutenu

Coussin
sous le genou

Coussin
sous la hanche
hémiparalysée

Tête au milieu
ou du côté
hémiparalysé

Coussin sur le bord
extérieur de la jambe

Coussin sous le
membre supérieur

Petit coussin
sous la nuque

Couché sur le côté sain

Membre supérieur
hémiparalysé en arrière

Membre inférieur
hémiparalysé en extension
et en arrière

Tête trop surélevée

Membre supérieur
en avant sur un coussin

Tête dans le prolongement
du tronc sur un petit coussin

Membre inférieur
en flexion sur un coussin

Couché sur le côté hémiparalysé

Membre supérieur
écrasé sous le corps

Épaule et membre supérieur
en avant

A FAIRE

- Pratiquer un **examen quotidien et rigoureux de l'état cutané** et **évaluer le risque d'escarre.**
- Les soins d'hygiène corporelle sont rigoureux, avec lavage, rinçage et séchage soigneux afin d'éviter la macération dans les plis.
- Veiller à la **propreté du couchage** draps bien tirés et vêtements sans faux plis.
- Le matelas est de bonne qualité : ferme et confortable à la fois. Si besoin, on utilise un support d'aide à la prévention et au traitement de l'escarre.

Attitudes pratiques au lit

A NE PAS FAIRE

- Laisser le membre inférieur en flexion rotation externe et le pied en position varus équin.
- Laisser le poids des couvertures agir sur la déformation du pied.
- Laisser pendre un bras ou une jambe déficitaire.
- Placer une balle de mousse dans la main pour éviter le renforcement de la spasticité.



Tête et tronc inclinés
du côté malade

Membre supérieur non soutenu

Pas d'appui sur la fesse
hémiplegique

Membre inférieur en extension

Pied en varus équin



Tête et tronc dans l'axe

Membre supérieur installé
sur table à bonne hauteur

Appui sur fesse hémiplegique

Genoux fléchis à 90°

Pieds posés à plat
sur le sol

RETOURNEMENTS ET TRANSFERTS

- Absence de coopération du patient : 2 soignants.
- Coopération active du patient : 1 soignant.
- Utiliser le côté sain au maximum.
- Donner au patient des consignes simples.
- Ne jamais tirer /pousser sur l'épaule hémiparétique.

SI ENCOMBREMENT

**PRESCRIPTION
MEDICALE**

**KINESITHERAPIE
RESPIRATOIRE**

OXYGENOTHERAPIE

**INSTALLATION DU
PATIENT**

OBJECTIF :

EVITER L'HYPOXIE

LA REEDUCATION MOTRICE

EVALUATION

REEDUCATION PRECOCE

AMPLITUDES
ARTICULAIRES

FONCTIONNELLE

SPASTICITE

DEFICIT
MOTEUR

EQUILIBRE

CONCLUSION

- L'AVC est maladie grave qui touche le pronostic vital et fonctionnel
- Les séquelles sont lourdes mais minimisés par une **BONNE PEC MEDICALE** et un **BON NURSING** (infirmier + aide soignant)
- L'approche **PSYCHO-SOCIALE** est primordiale