

# Accident vasculaire cérébral

■■■■■■■■■ Compétences mobilisées : 2 et 4.

■■■■■■■■■ Texte réglementaire : R4311-5-12.

## Définition

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est un déficit neurologique brutal à la suite d'une ischémie ou d'une hémorragie cérébrale. On distinguera l'AVC ischémique, qui représente 80 % des AVC, de l'AVC hémorragique qui représente 20 % des cas.

## AVC ischémique

### Mécanisme

- Occlusion thromboembolique d'une artère cérébrale ayant déjà des signes d'athérosclérose.
- Embolie d'origine cardiaque, notamment à la suite d'une fibrillation auriculaire.

### Signes

- Hémiplégie et/ou aphasie.
- Pas de céphalées lors de l'installation des troubles.
- Amaurose.
- Déficit sensitif.
- Présence de facteur de risque (le tabac majore l'athérosclérose).



### Conduite à tenir IDE

- Installer le patient en PLS si inconscient, allonger si conscient, buste surélevé si hypertension.
- Prendre les constantes (pouls, TA, saturation, température, glycémie capillaire).
- Réaliser un score de Glasgow et recueillir les signes neurologiques.
- Prélever un bilan sanguin (NFS, ionogramme, hémostase, glycémie, groupe et RAI) avant de poser une VVP (sérum physiologique).
- Réaliser un ECG.
- Préparer le matériel d'intubation et une sonde gastrique au besoin (une vidange gastrique pourra être réalisée pour limiter les risques d'inhalation dus à des troubles de déglutition).

## Traitement

- Le scanner et l'IRM détermineront le type d'AVC. Une fois réalisé, le traitement repose sur les antiagrégants plaquettaires et les anticoagulants (si cause emboligène).
- Si TA élevée (> 220/110 mmHg) : nicardipine au PSE de 0,5 à 5 mg/h avec une augmentation progressive en fonction de la TA. Ne pas faire chuter la TA en dessous de 160/100 mmHg pour avoir une circulation cérébrale correcte.
- Transfert rapide en service de neurologie pour réalisation d'une thrombolyse.

## AVC hémorragique

L'AVC hémorragique est dû à la rupture d'un vaisseau sanguin provoquant un hématome cérébral. Les principales étiologies sont l'hypertension ou une malformation vasculaire.

### Hémorragie méningée/sous-arachnoïdienne

Les signes sont : céphalées violentes d'apparition brutale, nausées, vomissements, obnubilation sans signes de localisation, raideur de la nuque, photophobie, légère fébricule. Pourtant, ces signes peuvent être trompeurs et être confondus avec une pseudo-ébrioité (mais alcoolémie normale).

### Hémorragie intracérébrale

Les symptômes apparaissent de manière brutale, mais on retrouve une notion d'effort : céphalées brutales puis troubles de la conscience et hémiplégie. Le coma dépend de l'importance du saignement et de son évolution. Il y a très souvent apparition d'une HTA associée avec des troubles du rythme et une tachycardie. Il peut également se produire des convulsions.



#### Conduite à tenir IDE

Identique à l'AVC ischémique.

## Traitement

- Un scanner précoce permet de diagnostiquer l'hémorragie.
- S'il n'y a pas de scanner disponible, il est possible de réaliser une ponction lombaire. Dans ce cas, le liquide est rouge dans tous les tubes (s'il y a contamination, les tubes sont colorés différemment les uns des autres).
- La douleur sera prise en charge avec du paracétamol en première intention, puis de la morphine (bolus de 3 mg en IVD à renouveler toutes les cinq minutes jusqu'à l'effet souhaité).
- L'hypertension sera traitée de la même façon que pour l'AVC ischémique. Mais il sera possible de débiter avec de la nimodipine (au PSE à 1 mg/h avec augmentation à 2 mg/h à partir de la

2<sup>e</sup> heure) dans le cas de l'hémorragie méningée pour limiter l'aggravation secondaire liée à un spasme réactionnel des vaisseaux cérébraux.

- Recours aux anticomitiaux et à la sédation :
  - clonazépam : maximum 3 ampoules/24 h au PSE ;
  - midazolam : bolus de 5 à 10 mg en IVD, puis 5 à 10 mg/h au PSE ;
  - fentanyl : bolus de 50 à 100 µg en IVD, puis 50 à 200 µg au PSE ;
  - thiopental : 5 mg/kg en IVL, puis relais par PSE de 1 à 1,5 g/24 h ;
  - propofol : 2 à 3 mg/kg en IVL, puis relais au PSE de 6 à 12 mg/kg/h.

## Accident ischémique transitoire

L'accident ischémique transitoire (AIT) est un déficit neurologique d'apparition brutale, mais qui régresse complètement en une heure. Il est toutefois important de réaliser un scanner afin d'écartier un infarctus cérébral. L'AIT précède très souvent un AVC ultérieur, il est donc à prendre au sérieux.

### Signes

- Chute soudaine avec ou sans perte de connaissance.
- Amaurose transitoire.
- Déficit sensitif et moteur unilatéral (partiellement régressif au moment de l'auscultation).
- Aphasie.



- **Pour le contrôle de l'hypertension, il ne doit pas y avoir de pause entre chaque seringue de nicardipine ou de nimodipine. Il est nécessaire de rester vigilant quant à l'avancée des seringues.**
- **Pour que le diagnostic d'AIT soit posé, il faut une totale régression des signes en moins de 24 heures.**