



RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

**Prise en charge initiale
des patients adultes
atteints d'accident vasculaire cérébral**

- Aspects paramédicaux -

Synthèse des recommandations

JUIN 2002

Service des recommandations professionnelles

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

On entend par *phase initiale* la période des 15 jours environ post-AVC en hospitalisation de court séjour.

Une prise en charge précoce et appropriée de toute personne atteinte d'AVC est indispensable pour diminuer la mortalité, réduire la dépendance et favoriser la reprise de l'autonomie. L'équipe paramédicale comprend infirmiers et aides-soignants 24 heures sur 24, masseurs-kinésithérapeutes et orthophonistes au moins 5 jours sur 7, psychologues, diététiciens, assistants de service social, ergothérapeutes et personnels de brancardage.

L'organisation implique l'utilisation de protocoles de coordination spécifiques à la prise en charge du patient atteint d'AVC, des réunions d'équipe au minimum hebdomadaires et le suivi du dossier du patient.

L'actualisation des connaissances théoriques et pratiques de l'équipe doit être assurée régulièrement.

ÉVALUATION ET SURVEILLANCE AU COURS DES PREMIÈRES HEURES

Dès l'accueil du patient, l'infirmier se consacre en priorité aux mesures d'urgence et à l'évaluation des fonctions vitales. Le résultat des évaluations est consigné dans le dossier de soins.

1. Mesures d'urgence

La chambre est préparée avant l'arrivée du patient. Le matériel d'urgence nécessaire est rassemblé.

Les premiers gestes d'urgence sont :

- apprécier le niveau de vigilance ;
- apprécier l'état de coloration cutanée et rechercher une cyanose ;
- détecter l'existence de clonies ou de crises comitiales ;
- noter :
 - le rythme et la fréquence cardiaques ;
 - le rythme et la fréquence respiratoires ;
 - la pression artérielle ;
 - la saturation en oxygène ;
 - la température corporelle.

En cas de troubles de la vigilance :

- assurer la liberté des voies aériennes en enlevant les appareils dentaires éventuels et tout corps étranger, et en aspirant les mucosités et sécrétions (grade C) ;
- surveiller en continu la saturation en oxygène ;
- assurer si nécessaire (en cas de désaturation) l'oxygénation à l'aide d'un masque ou d'une sonde nasale ;
- installer le patient, buste incliné à 30° ;
- en cas de vomissements, placer le patient en position latérale de sécurité.

En attendant l'examen médical, le patient vigilant est laissé strictement à jeun et au repos strict en décubitus.

2. Sévérité de l'AVC

Le déficit est mesuré par l'échelle *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS) ; l'état de conscience à l'aide de l'échelle de Glasgow. L'infirmier surveille l'état du patient toutes les heures ou toutes les deux heures.

3. État respiratoire

L'infirmier surveille les signes d'encombrement pulmonaire, l'apparition d'une éventuelle cyanose et tout signe de dyspnée. Il vérifie la capacité du patient à tousser et à évacuer les sécrétions. Le masseur-kinésithérapeute complète l'évaluation et met en place un traitement pour prévenir et traiter l'encombrement.

4. Surveillance des paramètres vitaux

Le rythme cardiaque, la température, la diurèse et la glycémie capillaire sont surveillés.

5. Comorbidités

Dès l'admission du patient, l'infirmier note :

- les antécédents vasculaires, en particulier cardiaques et cérébraux ;
- l'existence d'une pathologie pulmonaire préexistante à l'AVC ;
- les antécédents de dépression ;
- les autres pathologies associées ;
- la dénutrition ou l'obésité ;
- l'existence de troubles digestifs ;
- l'état de dépendance pré-AVC à l'aide de l'échelle de Rankin modifiée.

6. Contexte humain et matériel

Dès l'entrée du patient dans le service, l'infirmier se renseigne sur sa situation familiale, professionnelle et sociale. Il prévient l'assistant de service social afin d'entamer une projection sur le devenir du patient.

PRÉVENTION ET TRAITEMENT DES COMPLICATIONS IMMÉDIATES

1. Positionnement et installation du patient

Au lit, le patient est installé en décubitus dorsal, un oreiller placé sous la tête pour la surélever à 30°. Le membre supérieur est posé sur un coussin, le bras en rotation neutre, en abduction à 60°, 30° d'antépulsion, coude fléchi à 40°. La main en semi-pronation est posée sur une mousse, les doigts écartés en extension, le pouce en abduction. Le membre inférieur est placé en rotation neutre, la hanche et le genou sont en rectitude, la cheville à angle droit.

Le fauteuil de repos est équipé d'une tablette permettant de positionner l'épaule en antépulsion, le coude fléchi et la main à plat. Une attention particulière de l'articulation gléno-humérale de l'hémiplégique est essentielle.

2. Troubles de la déglutition

Si l'état de vigilance le permet, le patient doit bénéficier d'une évaluation de la déglutition au cours des premières 24 heures, avant la première alimentation. Tout trouble de déglutition a un bilan par l'orthophoniste ou le masseur-kinésithérapeute.

3. Thromboses veineuses périphériques et embolies pulmonaires

La prévention des complications circulatoires repose sur le lever précoce dès qu'il est possible et, sur prescription médicale, sur le traitement anticoagulant ou le port de bas de contention. Le kinésithérapeute débute précocement la mobilisation des membres inférieurs associée au massage circulatoire.

4. Dénutrition

Tout patient doit bénéficier d'une évaluation de son état nutritionnel à l'aide de l'index de masse corporelle.

5. Complications cutanées

La surveillance de l'état cutané s'accompagne de l'utilisation de matériels adaptés. La prévention des ulcérations cutanées exige des changements de position. La mobilisation de l'ensemble des articulations est préconisée.

6. Complications orthopédiques

Une attention particulière est portée sur l'épaule hémiplegique. La prévention passe par l'éducation et la coordination de l'équipe et des intervenants extérieurs pour une manutention et un positionnement adaptés.

7. Douleurs

L'équipe détecte tout changement de comportement et aide le patient à exprimer ses plaintes. Chez le patient incapable de communiquer, la douleur est analysée avec l'échelle Doloplus-2[®] ou ECPA.

8. Troubles psycho-affectifs

Tout manque d'intérêt, apathie, pleur, irritabilité, perte d'appétit ou comportement régressif, euphorie, insomnie ou tendance à l'hyperactivité est à signaler au médecin. L'écoute du patient et de son entourage est fondamentale. Une attitude valorisante mettant le patient en situation d'acteur est préconisée.

RÉÉDUCATION PRÉCOCE

1. Fonctions motrices

Tout patient ayant des troubles de motricité et/ou de sensibilité doit bénéficier d'une prise en charge kinésithérapique. L'évaluation initiale de la motricité est réalisée à l'aide de l'index moteur de Demeurisse.

Une mobilisation passive ou active est débutée rapidement. Le patient hémiplegique doit être encouragé au plus tôt à s'automobiliser vers des objectifs fonctionnels. Des exercices actifs sont institués rapidement. On utilise l'index de Barthel, la mesure d'indépendance fonctionnelle et l'échelle de Rankin modifiée pour évaluer la dépendance.

2. Déglutition

Tout patient présentant des troubles de la déglutition doit bénéficier très rapidement d'une rééducation.

3. Fonctions sphinctériennes

L'infirmier surveille la fréquence des mictions, la quantité et un éventuel résidu post-mictionnel. Il met en route un programme de ré-apprentissage de la propreté.

4. Fonctions supérieures

L'équipe doit être attentive à d'éventuels troubles cognitifs, l'anosognosie et l'héminégligence en particulier. Un examen neuropsychologique complet est pratiqué dès que l'état neurologique le permet.