



Pratiques optimales de l'AVC au Canada

RECOMMANDATIONS CANADIENNES POUR LES PRATIQUES OPTIMALES DE SOINS DE L'AVC

Prise en charge de l'AVC en phase aiguë

Septième édition, mise à jour 2022

**Encadré 5D : (NOUVEAUTÉ EN 2022) Prise en charge des patients
traités par thrombectomie endovasculaire avant et après
l'intervention**

Heran M, Shamy M (Présidents du groupe de rédaction)

*au nom du groupe de rédaction du module sur la prise en charge de l'AVC en
phase aiguë des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de
soins de l'AVC, en collaboration avec le Consortium Neurovasculaire Canadien.*

© Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2022.

Encadré 5D (NOUVEAUTÉ EN 2022) Prise en charge des patients traités par thrombectomie endovasculaire avant et après l'intervention

Remarque : Les renseignements qui suivent sont fournis à titre de considérations générales liées à la prise en charge des patients ayant subi un AVC et traités par thrombectomie endovasculaire. Tous les centres offrant la thrombectomie endovasculaire doivent respecter les protocoles locaux post-intervention; les algorithmes d'évaluation des signes vitaux neurologiques, du point de ponction et de l'irrigation des extrémités; et les limites de mobilisation du patient.

5D.1 Prise en charge générale avant et pendant la thrombectomie endovasculaire

1. **Communication de l'équipe** : assurer une communication continue et ouverte entre le médecin spécialiste de l'AVC et l'interventionniste en ce qui a trait à la prise de décisions liées au traitement avant, pendant et après la thrombectomie endovasculaire.
2. **Voies aériennes** : assurer une prise en charge des voies aériennes et une oxygénation adéquate, l'objectif étant de maintenir la saturation en oxygène supérieure à 92 %.
3. **Intubation** : l'intubation peut s'avérer nécessaire chez les patients dont la saturation en oxygène est réduite, qui vomissent ou qui doivent être sous sédation pour rester calmes pendant l'intervention.
4. **Anesthésie** : certains fournisseurs de thrombectomie endovasculaire sont à l'aise d'administrer leur propre sédation lors de l'intervention. Une consultation avec l'équipe de l'anesthésie peut être envisagée lorsque le patient risque de rencontrer des problèmes de voies aériennes ou d'opposer une résistance marquée à l'intervention.
5. **Allergie au produit de contraste** : une allergie au produit de contraste ne constitue pas une contre-indication absolue à la thrombectomie endovasculaire. Si le client souffre d'une allergie avérée ou suspectée au produit, suivez les étapes ci-dessous.
 - a. Administrer ce qui suit en prétraitement par voie intraveineuse :
 1. antagonistes des récepteurs H1 (50 mg de diphenhydramine);
 2. stéroïdes (40 mg de méthylprednisolone ou 200 mg d'hydrocortisone);
 3. antagonistes des récepteurs H2 (50 mg de ranitidine ou 20 mg de famotidine).
 - b. Envisager ces options :
 1. oxygène d'appoint;
 2. adrénaline;
 3. intubation (en présence d'un grave œdème laryngé).
6. **Surveillance cardiaque** : chez les patients recevant une thrombolyse, la pression artérielle doit être maintenue de manière à respecter les valeurs cibles. Toutefois, il faut éviter les mesures énergiques visant à baisser la pression artérielle des patients, particulièrement avant la reperfusion. Les patients doivent être surveillés pour déceler toute arythmie.
7. **Régulation de la température** : l'objectif est de viser l'euthermie. L'hypothermie ne présente aucun bienfait connu.
8. **Hyperglycémie** : L'objectif est de viser la normoglycémie. L'hyperglycémie est associée à des effets nocifs en présence d'un AVC ischémique aigu.
9. **Cathétérisme** : L'insertion d'une sonde de Foley peut être envisagée seulement au besoin, pour réduire la détresse et les mouvements du patient pendant l'intervention. Elle ne doit en aucun cas retarder la reperfusion.

5D.2 Prise en charge générale après la thrombectomie endovasculaire

1. Le patient doit rester en décubitus dorsal pendant 2 à 6 heures après l'intervention; la tête du lit ne doit pas être soulevée à plus de 30 degrés.
2. Le point de ponction (aine ou poignet) doit être occlus par compression manuelle ou à l'aide d'un sac de sable ou de tout autre dispositif.
3. Le point de ponction doit être évalué pour déceler la présence d'enflure ou d'un hématome toutes les 15 minutes pendant la première heure, toutes les 30 minutes pendant la deuxième heure, puis toutes les heures pendant 1 à 5 heures, selon qu'un dispositif de fermeture a été utilisé ou non et selon l'emplacement de l'accès vasculaire.
4. Les signes vitaux, le pouls au site de ponction et le pouls distal doivent être évalués conformément aux protocoles locaux.
5. Un hématome au point de ponction doit être suspecté en présence d'un saignement à cet emplacement, d'une enflure de l'aine, d'une ecchymose, d'une douleur ou d'une diminution inexplicable du taux d'hémoglobine ou d'hématocrite.
6. Si un hématome au point de ponction est suspecté, le médecin de garde doit être appelé et une compression manuelle prolongée doit être exercée. Une FSC doit être réalisée immédiatement, puis toutes les 4 à 6 heures.
7. Si l'hématome subsiste malgré la compression manuelle, une angiographie par TDM doit être réalisée, ou une échographie si la TDM n'est pas possible, afin d'évaluer la présence d'un pseudo-anévrisme ou de toute autre anomalie. L'équipe de chirurgie vasculaire doit également être consultée si l'injection de thrombine ou une autre intervention est envisagée.
8. Une hémorragie rétropéritonéale doit être suspectée si le patient présente une douleur dorsale, des ecchymoses au flanc (signe de Grey Turner), une distension abdominale avec ecchymoses péri-ombilicales (signe de Cullen), une hypotension et une tachycardie, ou une anémie inexplicable. Ces manifestations sont le plus souvent observées dans les 24 premières heures.
9. Si une telle hémorragie est suspectée, une TDM de l'abdomen triphasée doit être effectuée aussitôt que possible. De plus, une réanimation liquidienne, une transfusion sanguine ou une consultation en chirurgie doit être envisagée.
10. En cas de détérioration neurologique, une TDM ou une angiographie par TDM doit être réalisée immédiatement pour évaluer la présence d'une transformation hémorragique, d'une lésion de reperfusion ou d'une occlusion d'une artère extra-crânienne ou intracrânienne.
11. En présence d'une occlusion d'une artère extra-crânienne, particulièrement après la pose d'une endoprothèse, une intervention endovasculaire d'urgence doit être envisagée en consultation avec un spécialiste de l'AVC et un spécialiste de la radiologie interventionnelle.
12. Si une réocclusion d'une artère intracrânienne est décelée, une thrombectomie endovasculaire d'urgence doit être envisagée en consultation avec un spécialiste de l'AVC et un spécialiste de la radiologie interventionnelle.
13. Le taux de créatinine doit être mesuré et la possibilité d'une néphropathie causée par le produit de contraste doit être évaluée.
14. Si une néphropathie causée par le produit de contraste est constatée, il convient de respecter les protocoles locaux et d'envisager de consulter l'équipe de néphrologie.
15. La valeur idéale de la pression artérielle après une thrombectomie endovasculaire est inconnue. Les objectifs de pression artérielle doivent être fixés au cas par cas, en fonction de facteurs cliniques comme le degré de recanalisation atteint, la survenue de complications pendant l'intervention, l'administration d'une thrombolyse intraveineuse et la pression artérielle de base du patient. *Voir la section 4, « Évaluation et prise en charge de l'AVC en phase aiguë ou de l'AIT par le service des urgences », pour obtenir de plus amples renseignements sur la prise en charge de la pression artérielle en présence d'un AVC en phase aiguë.*