

Liste de vérification du protocole relatif à la thrombolyse intraveineuse à la suite d'un AVC ischémique aigu (s'applique à la ténecteplase ou à l'altéplase)

D'après le module sur la prise en charge de l'AVC en phase aiguë, 7^e édition mise à jour en 2022, Encadré 5B

Reportez-vous à la section 4.2 et à l'encadré 4A de la 7^e édition du module sur la prise en charge de l'AVC en phase aiguë pour obtenir des recommandations détaillées sur les critères de sélection fondés sur la neuro-imagerie.

Critères d'inclusion (l'inclusion exige la présence de tous les critères)

- ☐ diagnostic d'AVC ischémique aigu;
- ☐ AVC invalidant (c.-à-d. qu'il a de grandes répercussions sur le fonctionnement du patient), ce qui correspond généralement à une cote supérieure à 4 sur l'échelle d'évaluation de l'AVC du NIH (score NIHSS);
- ☐ risques et bienfaits de la thrombolyse concordant avec les objectifs de soins du patient et tenant compte de son état fonctionnel avant l'AVC;
- ☐ espérance de vie d'au moins trois mois;
- ☐ patient âgé de 18 ans ou plus;
 - a. Chez les adolescents, la décision d'administrer la thrombolyse intraveineuse doit reposer sur le jugement clinique, les symptômes visibles et l'âge du patient, si possible, en consultation avec un spécialiste de l'AVC pédiatrique.
- ☐ temps écoulé entre la dernière fois où le patient a été vu en bonne santé (début des symptômes de l'AVC) et la thrombolyse de moins de 4,5 heures. ** Pour les patients chez qui cette période est de plus de 4,5 heures, voir la section 5.1 de la 7^e édition du module sur la prise en charge de l'AVC en phase aiguë pour obtenir de plus amples renseignements.*

Critères d'exclusion absolus (si l'un ou l'autre des critères est rempli, la thrombolyse intraveineuse est automatiquement exclue.)

- ☐ Toute source d'hémorragie active ou tout trouble susceptible d'augmenter le risque d'hémorragie majeure après l'administration d'une thrombolyse.
- ☐ Toute hémorragie révélée par une imagerie cérébrale.

Critères d'exclusion relatifs (nécessitent d'utiliser son jugement clinique dans le cadre de la situation précise. Consultez un spécialiste de l'AVC dans un centre de soins complets de l'AVC si vous avez des questions ou des préoccupations concernant ces critères.)

Antécédents

- ☐ Antécédents d'hémorragie intracrânienne.
- ☐ AVC ou traumatisme crânien ou rachidien au cours des trois derniers mois.
- ☐ Opération lourde (p. ex., cardiaque, thoracique, abdominale ou orthopédique) au cours des 14 derniers jours. Le risque varie en fonction de l'intervention.
- ☐ Ponction artérielle sur un site non compressible au cours des sept derniers jours.

Facteurs cliniques

- ☐ Symptômes de l'AVC dus à un autre trouble neurologique non ischémique aigu (p. ex., crises convulsives en présence d'un état post-critique, paralysie de Todd), ou signes neurologiques focaux dus à une hypoglycémie ou hyperglycémie grave.
- ☐ Hypertension résistante au traitement antihypertenseur vigoureux en phase hyperaiguë empêchant d'atteindre et de maintenir une pression artérielle cible inférieure à 180/105 mm Hg.
- ☐ Patient prenant un AOD autre que la vitamine K pour lequel il a une ordonnance. Voir la section 5.2, « Facteurs cliniques » de la 7^e édition de « La prise en charge de l'AVC en phase aiguë », pour obtenir de plus amples renseignements.

Résultats de TDM ou d'IRM

- ☐ TDM indiquant des signes précoces d'infarctus étendu (p. ex., plus du tiers du territoire de l'artère cérébrale moyenne ou note ASPECTS inférieure à 6).

Résultats de laboratoire

- Glycémie inférieure à 2,7 mmol/L ou supérieure à 22,2 mmol/L peut indiquer une forte probabilité que le diagnostic ne soit pas un AVC, mais que les résultats neurologiques soient attribuables à des changements métaboliques.
- Temps de thromboplastine partielle activée élevé.
- RIN supérieur à 1,7.
- Numération plaquettaire inférieure à 100 000 par millimètre cube peut indiquer une forte probabilité de saignement grave en cas d'hémorragie (voir la contre-indication absolue no 1).