

Encadré 5A – 5C

Encadré 5A : Critères pour les centres qui fournissent le traitement de l'AVC ischémique aigu

Le Cadre canadien de prestation exemplaire de soins de l'AVC conformes aux pratiques optimales a classé les hôpitaux canadiens en catégories : services complets de l'AVC, services avancés/primaires de l'AVC, hôpitaux généraux de soins actifs sans services de soins de l'AVC au sens strict, ou établissements de santé de base (généralement de petits établissements en milieu rural ou éloigné). Les centres de services complets et de services avancés/primaires de l'AVC sont ceux qui possèdent des services coordonnés pour la prise en charge de la maladie, et ont notamment la capacité de procéder à une imagerie par TDM et d'administrer l'altéplase sur place.

Certains centres de services complets et certains centres de services avancés/primaires peuvent également offrir une thrombectomie endovasculaire (avec embolectomie mécanique) en cas d'AVC ischémique aigu. Avant de pouvoir fournir la thrombectomie endovasculaire, les centres doivent respecter les critères suivants :

- ◆ Posséder une équipe de soins de l'AVC désignée dont font partie des médecins possédant des connaissances spécialisées en AVC (neurologue spécialisé en AVC et autres médecins ayant suivi une formation avancée dans ce domaine); des infirmiers experts en AVC et des infirmiers spécialisés (ou praticiens); des neurochirurgiens; des neuroradiologues, des urgentologues; des médecins spécialisés en soins intensifs; des thérapeutes en réadaptation (physiothérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, diététistes-nutritionnistes), des pharmaciens et des travailleurs sociaux.
- ◆ Avoir sur place une base de savoir-faire en neuro-intervention accessible en tout temps.
- ◆ Posséder des services de soutien en neurochirurgie et de soins intensifs en neurologie.
- ◆ Pouvoir accéder 24 heures sur 24 à de l'imagerie de l'AVC sur place, notamment avec appareil de tomodensitométrie (TDM) (dispositif de balayage hélicoïdal de 3^e génération au minimum) qui a été programmé pour l'angiographie par TDM. L'imagerie par angiographie par TDM multiphase ou dynamique ou par perfusion par TDM peut également être employée si on y a accès sur place. L'imagerie par résonance magnétique (IRM, ARM, perfusion par résonance magnétique) sera envisagée si on y a accès sur place et que cette utilisation ne retarde pas la mise en route des traitements de l'AVC en phase aiguë.
- ◆ Capacité d'administrer l'altéplase par voie intraveineuse.

Posséder une unité de soins de l'AVC désignée sur place, c'est-à-dire une unité de soins distincte consacrée aux soins des patients qui ont fait un AVC et qui a mis en œuvre des protocoles conformes aux recommandations fondées sur les données probantes pour la prise en charge de l'AVC aigu et l'accès précoce aux évaluations et aux traitements de réadaptation.

Encadré 5B : Critères pour le traitement thrombolytique aigu avec altéplase par voie intraveineuse

Veillez consulter la section 4.2 et l'encadré 4A pour des recommandations précises relatives aux critères de sélection fondés sur la neuroimagerie

Ces critères visent à orienter les décisions cliniques; toutefois, la décision d'administrer l'altéplase dans ces situations dépend du jugement clinique du médecin traitant. Les avantages relatifs et les risques et contre-indications potentiels du traitement à l'altéplase doivent être évalués individuellement.

Critères d'inclusion pour le traitement à l'altéplase par voie intraveineuse

- Diagnostic d'AVC ischémique avec déficits neurologiques invalidants chez un patient d'au moins 18 ans.
 - Chez les adolescents, la décision d'administrer l'altéplase doit reposer sur le jugement clinique, les symptômes présents et l'âge du patient, si possible en consultation avec un spécialiste de l'AVC pédiatrique.
- Délai entre la dernière fois où le patient a été vu en bonne santé (début des symptômes de l'AVC) et l'administration d'altéplase inférieur à 4,5 heures. * Pour les patients dépassant la fenêtre temporelle de 4,5 heures, veuillez consulter la section 5.1. pour plus d'information

Critères d'exclusion absolus

- Toute source d'hémorragie active ou tout trouble susceptible d'augmenter le risque d'hémorragie majeure après l'administration de l'altéplase.

- Toute hémorragie révélée par une imagerie cérébrale.

Critères d'exclusion relatifs (nécessite d'utiliser son jugement clinique dans le cadre de la situation précise)

Antécédents

- Antécédents d'hémorragie intracrânienne.
- AVC ou traumatisme crânien ou rachidien au cours des trois derniers mois.
- Opération lourde (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.

Cliniques

- Symptômes évocateurs de la présence d'une hémorragie sous-arachnoïdienne.
- Symptômes de l'AVC dus à un autre trouble neurologique non ischémique aigu, par exemple, crises épileptiques suivies de 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 ou de maintenir une pression artérielle cible inférieure à 180/105. La pression artérielle doit être prise en charge rapidement et de façon agressive afin de minimiser les retards de la thrombolyse.
- Patient ayant reçu une prescription et prenant un anticoagulant oral direct (AOD) autre que la vitamine K.
Pour en savoir plus, veuillez consulter la section 5.2.

Résultats de TDM ou IRM

- La TDM affiche des signes précoces d'infarctus important.

Résultats de laboratoire

- Glycémie inférieure à 2,7 mmol/L ou supérieure à 22,2 mmol/L.
- Temps de céphaline activée élevé.
- Rapport international normalisé (RIN) supérieur à 1,7.
- Numération plaquettaire inférieure à 100 000 par millimètre cubique.

Encadré 5C : Critères d'inclusion pour la thrombectomie endovasculaire

Veuillez consulter la section 4.2 et les encadrés 4B, 4C et 4D pour des recommandations précises relatives aux critères de sélection fondés sur la neuroimagerie

1. Si la thrombectomie endovasculaire est accompagnée de l'administration d'altéplase par voie intraveineuse, consulter l'encadré 5B pour les autres critères d'inclusion.
2. **Âge** : Patients de moins de 18 ans. Aucune donnée probante récente n'existe relativement à l'utilisation de la thrombectomie endovasculaire et la décision d'entreprendre le traitement ou non doit être fondée sur la comparaison des avantages et des risques potentiels du traitement, et prise par un médecin possédant des connaissances spécialisées en AVC pédiatrique en consultation avec le patient ou sa famille (ou son mandataire).
3. **Critère d'affection prémorbide** : En général, indépendance fonctionnelle et espérance de vie de plus de 3 mois.
4. **Imagerie** :
 - a. Noyau ischémique de taille petite à modérée (comme une note ASPECTS de 6 ou plus).
 - Chez les patients ayant un noyau ischémique de grande taille, comme une note ASPECTS inférieure à 6, la décision d'entreprendre le traitement ou non doit être fondée sur la comparaison des avantages et des risques potentiels du traitement, et prise par un

médecin possédant des connaissances spécialisées en AVC en consultation avec le neuro-interventionniste et le patient ou sa famille ou son mandataire.

- b. Occlusion d'une artère intracrânienne de la circulation antérieure, y compris les occlusions d'importants vaisseaux proximaux de l'artère carotide interne distale, de l'artère cérébrale moyenne et des branches immédiates.
 - c. Chez les patients présentant des occlusions de l'artère basilaire, la décision d'entreprendre la thrombectomie endovasculaire ou non doit être fondée sur la comparaison des avantages et des risques potentiels du traitement, et prise par un médecin possédant des connaissances spécialisées en AVC en consultation avec le neuro-interventionniste et le patient ou les mandataires.
5. **Temps avant le traitement** : La décision d'entreprendre la thrombectomie endovasculaire ou non doit être prise en consultation entre le médecin possédant des connaissances cliniques spécialisées en AVC et les neuro-interventionnistes, qui utiliseront les renseignements obtenus de l'imagerie, tel qu'indiqué. Les détails concernant les paramètres d'imagerie généralement utilisés dans la littérature figurent dans l'encadré 54B - 4D.
- a. Plus précisément :
 - i. Les patients doivent passer une imagerie neurovasculaire immédiate (voir plus haut) afin que l'on puisse savoir s'ils sont admissibles au traitement ou non. L'imagerie peut être envisagée chez les patients dans les **24 heures** après l'apparition de l'AVC ou la dernière fois où ils ont été vus en bonne santé.
 - ii. Tous les **patients pour qui moins de 6 heures se sont écoulées** entre le début des symptômes de l'AVC ou la dernière fois où ils ont été vus en bonne santé et le début du traitement (c.-à-d., ponction artérielle) et qui répondent aux critères d'admissibilité doivent être traités.
 - iii. **Parmi les patients qui se présentent dans les 6 à 24 heures suivant le moment où ils ont été vus en bonne santé pour la dernière fois**, ceux soigneusement sélectionnés peuvent être traités s'ils répondent aux critères cliniques et d'imagerie, et selon les protocoles locaux et l'expertise disponible en matière de thrombectomie endovasculaire.