



Service de neurologie /
Stroke unit

PRISE EN CHARGE DES AVC



Cliniques universitaires
SAINT-LUC
UCL BRUXELLES

BROCHURE À L'ATTENTION DES PATIENTS
ET DE LEUR FAMILLE

Remerciements

Ce livret a été rédigé par un groupe de travail constitué par des membres du personnel soignant de l'unité 34.

Merci aux logopèdes, aux assistantes sociales et à notre ergothérapeute pour leur participation à cet ouvrage.

Sommaire

1. Introduction	p. 4
2. Définition d'un AVC et un AIT	p. 5
3. Causes de l'AVC	p. 7
4. Facteurs de risque des AVC	p. 8
5. Diagnostic et traitement	p. 12
6. Examens complémentaires dans le cadre d'un AVC	p. 14
7. Prise en charge par une équipe pluridisciplinaire	p. 17
8. Rééducation/récupération post AVC	p. 18
9. Troubles de la déglutition post AVC	p. 18
10. Éliminations urinaire et intestinale	p. 20
11. Prise en charge sociale	p. 21
12. Conseils aux familles	p. 22
13. Vocabulaire	p. 22
14. Ressources	p. 24
15. Bibliographie	p. 25

1. Introduction

Vous avez présenté un accident vasculaire cérébral (AVC) ou un accident vasculaire transitoire (AIT) ? Cette brochure vous concerne.

Elle retrace les différentes étapes de votre prise en charge dès votre arrivée aux urgences. Son but est de vous aider à comprendre ce qui vous est arrivé et de prévenir un nouvel accident cérébral. Ce livret aborde à la fois l'AVC et l'AIT car ils ont en commun les mêmes signes d'alerte, le mécanisme de survenue et des facteurs de risque identiques.

L'objectif premier de l'unité de neurologie vasculaire est d'assurer une prise en charge appropriée et un traitement des patients victimes d'un accident vasculaire cérébral (AVC). Ceci implique des mesures immédiates lors de l'admission du patient, des procédures de revascularisation, la mise en route de la prévention et du traitement des complications aiguës, un bilan des facteurs étiologiques et le début de la rééducation tout en considérant le patient dans sa globalité.

L'organisation et le fonctionnement de l'unité reposent sur une équipe pluridisciplinaire comprenant notamment médecins, infirmières, neuropsychologues, physio- et ergothérapeutes, assistante sociale avec une expertise dans les maladies cérébrovasculaires. Vous serez donc soignés par un personnel spécialisé qui se réfère à des guidelines définis et assureront une surveillance portant sur l'état clinique et neurologique. En vue de corriger les paramètres généraux (hydratation, pression artérielle, glycémie, saturation O₂, température), le patient bénéficie d'un monitoring ECG en continu durant tout son séjour à la Stroke unit. Nous examinons aussi leur capacité à déglutir de manière systématique dès l'admission et veillons à améliorer le score NIHSS de nos patients (échelle visant à évaluer la gravité de l'AVC). La rééducation, qu'elle soit logopédique, neuropsychologique, physio- et ergothérapeutique, débute rapidement dès l'admission (s'il n'existe pas de contre-indication médicale).

2. Définition d'un accident vasculaire cérébral (AVC) et d'un accident ischémique transitoire (AIT)

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est la conséquence de l'obstruction ou de la rupture d'un vaisseau transportant le sang dans le cerveau. L'obstruction du vaisseau provoque un infarctus cérébral, alors que sa rupture provoque une hémorragie cérébrale. Dans 80% des cas, l'accident vasculaire cérébral est le résultat de l'obstruction d'un vaisseau sanguin par un caillot (AVC ischémique). Moins fréquemment (20% des cas), il est provoqué par la rupture d'un vaisseau, dans ce cas-là on parle d'une hémorragie cérébrale (AVC hémorragique).

L'accident ischémique transitoire (AIT) désigne un phénomène spécifique du système nerveux central dans lequel le flux sanguin d'une partie du cerveau n'est interrompu que très brièvement et les symptômes ne durent plus souvent que 2 à 15 minutes.

L'AIT comme l'AVC nécessitent une prise en charge médicale rapide.

Quels sont les signes de l'AVC ?

VISAGE

Parésie, paralysie ou engourdissement du visage.

Ce phénomène se manifeste le plus souvent d'un côté du visage. La bouche de la victime d'AVC peut soudainement être de travers.



BRAS

Parésie, paralysie ou engourdissement du bras (ou de la jambe).

Demandez à la personne de lever les deux bras en même temps et vérifiez qu'ils s'élèvent à la même vitesse. Il se peut également que le patient présente des difficultés à mouvoir le bras ou les doigts.



PAROLE

Les problèmes de langage figurent parmi les symptômes les plus fréquents d'un AVC. Un patient peut avoir soudainement des difficultés pour parler ou ne pas être en mesure de comprendre ce qu'on lui raconte. Demandez au patient de répéter une simple phrase que vous avez prononcée. S'il est très difficile de prononcer ces mots, la cause peut être un AVC.



TEMPS

Notez précisément l'heure de début des symptômes. Appelez directement le 112 afin de tout faire pour limiter les conséquences de l'AVC. En cas de doute, il est également recommandé de ne pas perdre de temps et de se mettre en contact avec le médecin de famille ou un médecin de garde. Il peut alors poser des questions qui permettent de poser le diagnostic correct dans les délais qui s'imposent.



MAL DE TÊTE BRUTAL ET VIOLENT

Un mal de tête n'est pas forcément un signe d'AVC. Mais si le mal de tête est inattendu ou est d'une intensité inhabituelle, il y a lieu de s'inquiéter. Si le mal de tête s'accompagne d'une raideur de nuque, d'une facialgie ou de vomissements, il vaut mieux consulter immédiatement un médecin. Il peut s'agir d'une migraine, mais si ces symptômes ne se sont jamais manifestés avant, il vaut mieux réagir de manière adéquate et rapide.



TROUBLES DE LA VUE

Des troubles de la vision d'apparition brutale sont un signe distinctif d'AVC. Il faut donc être attentif à une personne :

- qui ne peut voir d'un oeil ;
- qui a des difficultés pour regarder à gauche ou à droite ;
- qui se plaint d'une vue trouble ou double.



APPARITION BRUTALE DES TROUBLES DE LA MARCHE, DE L'ÉQUILIBRE OU DE LA COORDINATION, VERTIGES.

QUE FAIRE SI VOUS PENSEZ RECONNAÎTRE DES SYMPTÔMES SUGGESTIFS D'UN AVC ?

Si vous êtes vraiment convaincu qu'il y a quelque chose qui ne va pas, il vaut mieux téléphoner immédiatement au numéro d'urgence, pour que le patient reçoive les soins nécessaires dans les meilleurs délais.

3. Causes de l'AVC

Il est nécessaire de distinguer les deux grands types d'AVC : ischémiques et hémorragiques.

Les AVC ischémiques

Les AVC ischémiques sont le plus fréquemment causés par des facteurs induisant un arrêt du flux sanguin dans une artère :

- un caillot (thrombus) provenant d'une lésion de la paroi d'une grosse artère cervicale (artère carotide interne ou vertébrale) ou de l'aorte. Il s'agit le plus souvent d'un rétrécissement (sténose) de l'artère par athéromatose ;
- un caillot issu du cœur (embolie cardiaque), lorsqu'il existe des troubles du rythme cardiaque ou une maladie cardiaque ;
- un caillot qui s'est formé dans une petite artère à l'intérieur du cerveau, ce qui est fréquent chez les diabétiques ou les personnes souffrant d'hypertension ;
- une rupture dans la paroi de l'artère carotide interne ou de l'artère vertébrale ;

Une autre cause possible d'un AVC ischémique chez l'adulte jeune est une anomalie héréditaire de la coagulation favorisant les caillots.

Les AVC hémorragiques

- Les hémorragies cérébrales liées à la rupture d'un vaisseau peuvent être favorisées par l'hypertension artérielle, le diabète, l'alcoolisme et les troubles de la coagulation sanguine (en particulier lors de la prise d'un traitement anticoagulant).
- Chez les personnes jeunes, la rupture est souvent liée à une malformation d'un vaisseau sanguin (anévrisme artériel, malformation artérioveineuse ou cavernome), à une anomalie héréditaire de la coagulation favorisant les hémorragies ou à la prise de toxiques. Un anévrisme est une dilatation localisée de la paroi d'une artère aboutissant à la formation d'une poche de taille variable, communiquant avec l'artère.

Quel que soit le type d'AVC et sa cause possible, la détection d'un signe caractéristique nécessite un traitement d'urgence afin de minimiser le risque de paralysie voire de décès. Cette détection impose un diagnostic rapide et précis.

4. Facteurs de risque des AVC

Tension artérielle élevée (hypertension)

L'hypertension est le plus important facteur de risque d'AVC sur lequel vous pouvez agir. Voici quelques conseils.

- Faites vérifier votre tension artérielle par votre médecin. Notez par écrit les résultats de l'examen (les deux chiffres) au cas où vous auriez besoin de vous en souvenir plus tard ;
- réduisez votre consommation de sel ;
- augmentez votre niveau d'activité physique de façon raisonnable ;
- prenez vos médicaments pour la tension artérielle selon la prescription de votre médecin.

Tabac

Les fumeurs sont deux fois plus à risque de subir un AVC que les non-fumeurs. Mais si vous cessez de fumer maintenant, votre risque d'avoir un AVC diminuera considérablement au cours des deux prochaines années. En cinq ans, vous aurez le même risque qu'une personne qui n'a jamais fumé. La plupart des fumeurs arrêtent **sans aide**. Avez-vous déjà essayé mais sans succès ? Ne vous en faites pas ! Nos médecins peuvent vous donner des conseils pour arrêter de fumer rapidement et en limiter les effets du manque.

Cholestérol sanguin élevé (hypercholestérolémie)

La corrélation entre l'hypercholestérolémie et l'AVC n'est pas aussi évidente que celle qui existe entre l'hypercholestérolémie et la crise cardiaque. Les chercheurs estiment cependant que l'hypercholestérolémie peut jouer un rôle dans l'obstruction des artères qui mènent au cerveau. Voici quelques moyens pour maîtriser votre cholestérol sanguin :

- faites vérifier votre cholestérol sanguin selon les indications de votre médecin ;
- réduisez votre consommation de gras.

Diabète

Près de 20% des personnes qui ont un AVC sont diabétiques. Ces derniers ont deux à quatre fois plus de risques de subir un AVC que les personnes non diabétiques car, à la longue, un taux élevé de glucose dans le sang peut endommager les vaisseaux sanguins qui mènent au cerveau.

Pour réduire votre risque d'avoir un AVC :

- prenez vos médicaments contre le diabète (insuline ou médicament oral) selon la prescription pour maîtriser votre glycémie ;
- gérez rigoureusement votre alimentation ;
- si vous ne parvenez pas à maîtriser votre glycémie, parlez-en à votre médecin.

Fibrillation auriculaire

Environ 6 % des personnes âgées de 65 ans et plus souffrent d'un trouble du rythme cardiaque appelé fibrillation auriculaire. Ce trouble s'accompagne d'un risque plus élevé de formation de caillots, qui peuvent causer un AVC. Si vous prenez des médicaments contre la fibrillation auriculaire, suivez exactement la prescription.

Pilule contraceptive

Les pilules contraceptives en vente actuellement sont beaucoup plus sûres que celles disponibles sur le marché il y a quelques décennies. Chez les non-fumeuses âgées de moins de 35 ans, la prise de la pilule contraceptive n'augmente pas le risque de subir un AVC.

La prise de la pilule anticonceptionnelle accroît toutefois le risque d'hypertension et de caillots sanguins chez un petit nombre de femmes, ce qui augmente leur risque de subir un AVC. Le risque est plus élevé :

- si vous fumez ;
- si vous souffrez d'hypertension ;
- si vous avez déjà un problème de coagulation sanguine ;
- si vous êtes âgée de plus de 40 ans.

Alcool

Boire avec modération ne semble pas avoir d'effet sur le risque d'AVC, mais une consommation excessive pourrait augmenter votre risque. Vous avez donc intérêt à limiter la quantité d'alcool que vous consommez. Les adultes en bonne santé doivent se limiter à deux consommations ou moins par jour. De plus, les hommes ne devraient pas boire plus de 14 consommations de format régulier par semaine, tandis que les femmes ne devraient pas boire plus de 9 consommations de format régulier par semaine.

Une consommation de format régulier correspond approximativement à :

- 350 ml de bière ;
- 150 ml de vin ;
- 50 ml de spiritueux.

Poids

Réduire votre masse adipeuse excédentaire vous permettra de maîtriser les facteurs de risque susmentionnés. La meilleure façon de perdre du poids est de combiner une alimentation saine à la pratique régulière d'activité physique d'intensité modérée.

Facteurs de risque non modifiables

Il est malheureusement impossible de modifier certains facteurs de risque de l'AVC, dont ceux qui suivent.

Âge : vos risques d'avoir un AVC augmentent avec l'âge. Les deux tiers des AVC se produisent chez des personnes âgées de plus de 65 ans.

Sexe : les hommes sont un peu plus à risque d'avoir un AVC que les femmes. Cependant, plus de femmes que d'hommes meurent des suites d'un AVC parce qu'elles ont une espérance de vie plus longue que les hommes.

Origine ethnique : des taux plus élevés d'hypertension et de diabète, deux affections pouvant entraîner un AVC, sont observés chez les descendants des Premières nations et des peuples autochtones ainsi que chez les Canadiennes et Canadiennes d'origine africaine, hispanique et sud asiatique.

Antécédents familiaux : vous êtes plus à risque si un membre de votre famille immédiate (grand-parent, parent, frère ou sœur) a subi un AVC avant l'âge de 65 ans.

AVC ou mini-AVC (accident ischémique transitoire) précédent : jusqu'à un tiers des personnes qui ont survécu à un premier AVC ou mini-AVC subissent un autre AVC dans les cinq années qui suivent.

5. Diagnostic et traitement

Diagnostic

Aux urgences, le médecin neurologue, spécialiste du cerveau, prescrit plusieurs examens afin de déterminer la cause de l'attaque cérébrale et de localiser la région atteinte.

Le scanner, sorte de radiographie du cerveau, confirmera alors si vous avez été victime d'un AVC. Il précise le type d'AVC dont vous souffrez : AVC ischémique dû à un caillot ou AVC hémorragique dû à un saignement.

Traitements des AVC

La thrombolyse

La thrombolyse est une technique médicale visant à détruire un thrombus (ou caillot sanguin) qui bouche une artère coronaire ou une artère cérébrale. Si les « critères d'inclusion » sont remplis, la thrombolyse est alors utilisée et consiste à injecter, par voie intraveineuse, des médicaments thrombolytiques (aussi appelés fibrinolytiques) qui vont dissoudre le thrombus ayant provoqué l'obstruction d'une artère cérébrale.

Ce médicament est choisi uniquement dans le traitement des AVC ischémiques et est le seul traitement reconnu et remboursé à l'heure actuelle en Belgique. Le rapport bénéfice/risque n'est favorable que si le traitement est réalisé au plus tard 4 heures et demi après le début de l'attaque cérébrale.

La thrombectomie

La thrombectomie est l'extraction du caillot obstruant un vaisseau à l'intérieur du cerveau. Cette procédure nécessite l'introduction d'un cathéter au niveau du pli de l'aîne qui est guidé jusqu'au niveau de l'artère obstruée. Le caillot est ensuite extrait à l'aide d'un stent (petit cylindre souvent utilisé pour dilater les artères coronaires) qui l'agrippe entre ses mailles.

On ne laisse pas le stent en place pour rouvrir l'artère, mais il est utilisé un peu comme un « filet de pêche ». On attend quelques secondes que le caillot se prenne dans les mailles du stent, et on retire ensuite l'ensemble. La circulation sanguine est alors rétablie.

Un système de fermeture vasculaire simple (Angio-Seal®) de l'artère fémorale peut être utilisé, le médecin vous en informera lorsque c'est le cas. Une carte vous sera aussi remise et est à conserver pendant 90 jours, durée maximale de la résorption du système.

Le traitement anti-thrombotique

Les **antiagrégants plaquettaires** sont des médicaments destinés à empêcher la formation de caillots sanguins. Ils agissent en évitant que les plaquettes sanguines, responsables en partie du phénomène de coagulation du sang, ne s'agglomèrent entre elles et constituent le début d'un caillot.

Les **anticoagulants** (également appelés « **fluidifiants du sang** ») visent à empêcher la formation de caillots dans les vaisseaux sanguins (la thrombose) afin de prévenir des maladies graves où ces caillots migrent et bouchent de petits vaisseaux, par exemple dans les poumons (embolie pulmonaire) ou le cerveau. Ces traitements peuvent être prescrits aux personnes **temporairement immobilisées** (par exemple après un AVC ou après une opération) pour éviter que l'immobilisation ne soit à l'origine de la formation d'un caillot (le sang circulant moins bien dans la jambe immobilisée).

Pensez à signaler votre traitement quand vous allez chez un médecin spécialiste/dentiste et à montrer votre carte si vous avez subi une thrombectomie avec fermeture de l'artère fémorale par un Angio-Seal®.

Évitez les sports violents.

Surveillez le moindre signe d'hémorragie (sang dans les urines, les selles, les gencives, le nez...) et signalez-le le plus vite possible à votre médecin. Vous pouvez avoir des hématomes ou des nodules (« boules ») sous la peau au point d'injection qui peuvent être plus ou moins douloureux. Ceux-ci disparaîtront spontanément et ne doivent pas faire interrompre le traitement.

Pour éviter les hématomes, vous ne pouvez pas bénéficier d'injections intramusculaires.

Évitez les aliments riches en vitamine K : brocoli, choux, salade, épinards, asperges, salade.

Ne prenez jamais un autre médicament sans avis médical.

6. Examens complémentaires dans le cadre d'un AVC

Imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale

L'IRM a pour objectif de rechercher la localisation et la nature des anomalies du cerveau ou de ses vaisseaux, à l'origine de symptômes neurologiques permanents ou transitoires. En dehors du fait de retirer tous les objets métalliques portés sur soi, cet examen se réalise dans une salle de radiologie et ne nécessite aucune préparation préalable. Pendant l'examen, le patient est allongé dans un « tunnel » ; c'est un examen bruyant mais indolore. Il arrive parfois qu'une injection de produit non iodé soit pratiquée pendant l'examen.

Contre-indication : port d'un appareillage métallique (pacemaker, prothèse, etc.), grossesse, obésité morbide.

Echo Doppler carotidienne

L'échographie Doppler est un examen qui sert non seulement à visualiser et à documenter l'aspect des vaisseaux du cou, mais aussi à calculer la vitesse et la direction du flux sanguin.

L'examen permet de voir les plaques, les dépôts, les rétrécissements (sténoses) et toute autre anomalie des vaisseaux ou de la circulation sanguine. Cet examen se réalise sans préparation préalable.

Electrocardiogramme de 24H (Holter)

L'holter est un enregistreur de l'électrocardiogramme de 24 heures (parfois jusqu'à 72h). C'est un examen destiné à mettre en évidence un trouble du rythme cardiaque. Là encore, cet examen se réalise sans préparation préalable et se déroule dans un cadre de vie normal, que vous soyez en activité ou que vous vous reposiez. Cet examen est indolore et n'entrave pas vos activités quotidiennes.

Electrocardiogramme (ECG)

Il s'agit d'une représentation graphique de l'activité électrique émise par le cœur, permettant d'identifier des éventuelles « troubles » cardiaques. Cet examen peut être répété plusieurs fois si nécessaire pendant votre hospitalisation.

Holter Tensionnel

Il consiste à effectuer un enregistrement régulier de la tension artérielle pendant 24 heures ou plus, au cours de la vie quotidienne. Le but de cet examen indolore est de repérer des anomalies éventuelles de la tension selon les activités pratiquées ou les prises médicamenteuses. Les données sont d'abord enregistrées sur un support numérique, puis les périodes sélectionnées sont retranscrites sur un graphique par le cardiologue, et interprétées.

Echographie Trans œsophagienne (ETO)

L'échographie trans œsophagienne est une technique qui permet de visualiser le cœur et les gros vaisseaux en introduisant une sonde dans l'œsophage. Il s'agit d'un examen semi invasif, puisque la sonde, qui a l'épaisseur d'un doigt, est introduite via la bouche dans votre œsophage. Même si votre gorge est anesthésiée localement grâce à un spray, cela donne une impression de chaleur, la sensation d'avaler moins efficacement et un goût amer en bouche. Si vous êtes allergique à ce produit, vous devez bien sûr le communiquer à votre médecin. Vous devez être à jeun 6h avant l'examen (ne rien boire ou manger). Une perfusion est souvent placée dans le bras. Elle permet l'administration rapide d'un calmant pour votre confort si nécessaire.

Echographie trans-thoracique (ETT)

L'échographie trans-thoracique étudie le cœur (taille, épaisseur des parois cardiaques, diamètre et surfaces auriculo ventriculaires) par placement de

la sonde à ultrasons sur le thorax. Elle mesure les pressions de remplissage de ventricule gauche et droit et se réalise sans préparation préalable.

Le fond d'œil

Le fond d'œil est un examen direct de la rétine à l'aide d'un ophtalmoscope et fait partie intégrante de l'examen clinique. Il se réalise sans préparation préalable et permet :

- de rechercher une hypertension intra crânienne, une rétine hypertensive, une rétine diabétique, une déchirure / un décollement de la rétine ;
- d'apprécier le retentissement d'un hématome cérébral ;
- d'observer la circulation rétinienne cérébrale qui est le reflet de la circulation cérébrale.

Consultation ORL – nasofibroscopie

L'ORL introduit un fibroscope dans le nez du patient ; ce qui lui permet de voir ce qui se passe lorsque le patient avale une gorgée d'eau colorée ou d'eau gélifiée (test au bleu). Cet examen permet de détecter des lésions, des déficits sensitifs et/ou des dysfonctionnements de la sphère ORL pouvant expliquer d'éventuelles « fausses routes ».

Electro encéphalogramme

L'électroencéphalographie (EEG) est l'examen qui permet l'enregistrement de l'activité électrique spontanée du cerveau à travers le crâne, au moyen d'électrodes placées de façon standardisée sur le cuir chevelu et reliées entre elles selon des montages variables.

Bilan sanguin

Nous recherchons, à travers une prise de sang veineuse, les signes d'une hypercholestérolémie, d'un diabète, des troubles de la coagulation, des dosages de certains médicaments, etc.

7. Une équipe pluridisciplinaire

Nous travaillons en équipe pluridisciplinaire. Celle-ci est composée d'une équipe de nursing, de kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes, de logopèdes, de psychologues, de diététiciennes et de médecins spécialistes en AVC.

Une aide pour vos soins d'hygiène et de confort est réalisée par **les infirmières et les aides-soignantes** qui se relaient 24h/24. Ce sont elles qui vous accueillent dans le service et vous assistent en fonction de vos possibilités et de vos habitudes de vie.

L'équipe infirmière s'occupera essentiellement des soins aux patients ainsi que de l'administration du traitement prescrit par le médecin.

La kinésithérapie de l'hémiplégique présente deux facettes complémentaires. La première consiste en une rééducation du mouvement par des techniques spécifiques tandis que la seconde s'intéresse plus à la récupération de la fonction.

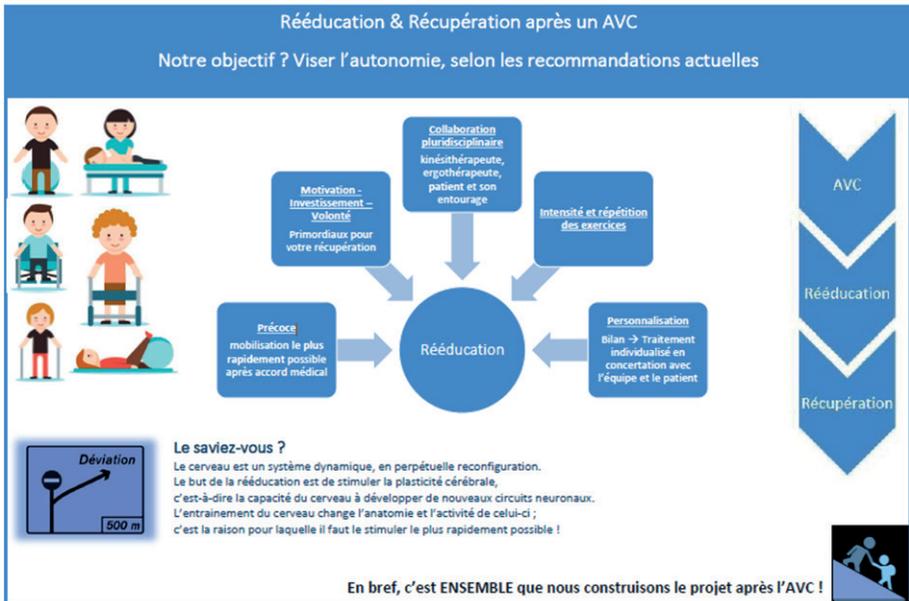
L'ergothérapie a pour but de permettre au patient de retrouver un niveau de fonctionnement optimal dans sa vie quotidienne. Ce but peut être atteint par le biais d'activités concrètes adaptées au déficit du patient. Ces activités sont proposées dans la salle de revalidation ou tout autre lieu permettant une réelle mise en situation (salle de bain, salle à manger, extérieur).

La logopédie a pour but la rééducation des patients présentant des troubles de la déglutition et ainsi permettre au patient de reprendre une alimentation correcte. Ce travail est réalisé en étroite collaboration avec la diététicienne pour une adaptation des repas. Il existe aussi un traitement de logopédie spécifique pour les troubles phasiques.

La neuropsychologie a pour but d'analyser les différentes fonctions mentales et leurs perturbations au moyen de batteries de tests. La méthodologie psycho neurologique évolue actuellement vers des évaluations dites «cognitives» dans lesquelles les troubles du patient sont analysés sur base d'un modèle théorique du traitement de l'information.

L'assistante sociale vous aide à choisir un centre de rééducation, à mettre en place ou majorer une aide à domicile ou encore dans toute autre démarche sociale (problème administratif ou autre).

8. Rééducation/récupération post AVC



9. Troubles de la déglutition post AVC

Suite à un AVC, il est possible de présenter des troubles de la déglutition (dysphagie). Ces troubles peuvent entraîner une pneumonie et accroître les risques de décès. Ils se manifestent par certains signes auxquels l'équipe soignante doit être attentive (toux, voix mouillée...). De plus, l'équipe de la stroke unit doit réaliser, après tout AVC et de façon systématique, un test de dépistage des troubles de la déglutition. Si ce test est positif, le personnel soignant contacte l'équipe des logopèdes spécialisées en « dysphagie », qui réalisera alors un bilan complet de la déglutition, afin de mettre en évidence les risques inhérents ou non à l'alimentation.

A l'issue de ce bilan, et en fonction des observations de la logopède, les repas pourront être adaptés (repas plus faciles à manger ou liquides à épaissir) pour éviter que le patient « n'avalé de travers ».

Dans certaines situations où les troubles de la déglutition sont trop sévères pour permettre une alimentation orale (risque important de pneumonie d'inhalation), l'équipe dysphagie va, en accord avec l'équipe médicale, mettre le patient à jeun per os. Dès lors, une alimentation artificielle sera mise en place. Des examens médicaux complémentaires pourront aussi être réalisés pour visualiser les troubles et permettre d'orienter la prise en charge. L'équipe « dysphagie » transmet toujours ses indications à l'équipe soignante, par retour oral et écrit et met également un pictogramme au lit du patient. Ce pictogramme vise à attirer l'attention sur les recommandations relatives aux repas (possibilité ou non de manger et si oui, sous quelles conditions afin que l'alimentation se fasse sans risque). L'équipe dysphagie peut aussi, si cela est nécessaire, débiter une rééducation avec le patient qui visera à restaurer les compétences de déglutition. Si besoin, la rééducation sera poursuivie à la sortie du patient en centre de revalidation ou à domicile avec une logopède indépendante.

**NE DONNEZ PAS À BOIRE ET / OU À MANGER
SANS L'AVIS DE L'ÉQUIPE CAR IL PEUT EXISTER
DES RISQUES DE FAUSSES ROUTES**

Pictogrammes placés au lit des patients

Pas d'alimentation per os



Alimentation sous surveillance



Le patient présente une dysphagie
mais peut manger seul



10. Élimination urinaire et intestinale

Suite à l'atteinte cérébrale, l'AVC peut entraîner une **difficulté à uriner**. En règle générale, la rééducation permet une bonne récupération. La rétention aiguë d'urine est l'incapacité soudaine pour un individu d'émettre des urines alors qu'il a la vessie pleine. Le volume de la vessie augmente alors. On parle parfois ainsi de globe vésical. Les symptômes de la rétention aiguë d'urine sont : une envie impérieuse d'uriner non assouvie, une gêne voire une douleur au niveau du bas ventre et l'impossibilité d'uriner. Si on vous a posé une sonde urinaire pour un globe vésical, elle sera enlevée le plus rapidement possible.

Le trouble le plus fréquent de l'élimination intestinale est la **constipation**. En effet, de nombreux malades hospitalisés souffrent de ce problème. Il peut être ancien, mais bien souvent il est accentué ou provoqué par l'alitement. Dans la majorité des cas, la constipation ne représente pas un danger, mais elle peut considérablement nuire à votre qualité de vie. On parle de constipation quand il y a moins de trois défécations par semaine. Les symptômes de la constipation sont susceptibles de comporter : un ralentissement de la fréquence d'évacuation des selles, la sensation que les intestins n'ont pas été complètement vidés, une sensation de ballonnement abdominal, de l'indigestion, des selles dures et sèches, difficiles à expulser, de la douleur ou une pression dans le ventre.

Conseils pour mieux éliminer :

- buvez selon la prescription médicale, de préférence tout au long de la journée ;
- surveillez vos selles ;
- consommez davantage d'aliments ayant une forte teneur en fibres, ceci permet de lutter contre la constipation ;
- demandez un laxatif à l'infirmière si vous en ressentez le besoin ;
- gardez un urinal à proximité.

11. Prise en charge sociale

L'assistante sociale vous aidera à préparer **votre sortie** en tenant compte de vos besoins et en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire.

Vous serez orienté vers :

- un service de revalidation en milieu hospitalier ; si vous êtes en perte d'autonomie et que le retour à domicile n'est pas envisageable. Les Cliniques universitaires Saint-Luc disposent d'un service de réadaptation neuro-locomotrice au sein de l'Institut Albert Ier et Reine Elisabeth et collaborent également avec deux autres institutions : le Centre Hospitalier Valida et le Centre Hospitalier Neurologique William Lennox ;
- un service de convalescence ou en maison de repos et de soins pour un court ou un long séjour. L'asbl « InforHome » pourra vous donner un maximum d'informations sur les Maisons de Repos et de Soins ;
- le domicile avec ou sans aides, en combinant si nécessaire une rééducation ambulatoire. Il existe des services d'aides à domicile par l'intermédiaire de votre mutuelle ou votre commune. Ainsi, une infirmière, une aide familiale, un système de vigilance ou une livraison de repas pourront être mis en place afin de faciliter votre retour. Si des adaptations sont à prévoir dans votre logement ou en cas de nécessité d'acquisition d'aides techniques, l'assistante sociale travaillera en collaboration avec le kinésithérapeute et l'ergothérapeute de l'unité afin de vous conseiller au mieux.

Durant votre séjour, l'assistante sociale sera également disponible afin de répondre à vos **questions administratives** (concernant votre statut, votre mutuelle ou assurance). Elle peut vous conseiller en matière de sécurité sociale, législation du travail / chômage, démarches administratives, aide sociale, etc.

Enfin, en raison de votre problème de santé, vous serez interdit de conduite automobile pendant 6 mois ; le médecin vous en informera.

Il sera alors nécessaire de passer des tests d'aptitude auprès du CARA (Centre d'Aptitude à la Conduite et d'Adaptation des Véhicules).

Si vous devez revenir en consultation ou en rééducation ambulatoire et que vous ne savez pas vous déplacer seul ou en transport en commun, l'assistante sociale pourra vous transmettre des coordonnées de service de transport.

12. Conseils aux familles

Merci de respecter les horaires de visite et un maximum de deux personnes par patient et par visite afin de respecter des temps de repos (qui font partie de la rééducation) et ne pas trop solliciter le patient. Il est très sujet à la fatigue et sollicité en permanence par différents intervenants.

Installez-vous du côté sain lors de vos visites. Les objets (sonnette, téléphone...) doivent être posés du côté sain, mais ne soyez pas surpris si dans le cadre de la rééducation, le personnel peut aborder le patient à l'inverse des recommandations que l'on vous a données.

N'essayez pas de « faire la rééducation » vous-même, les rééducateurs sont là pour ça.

Demandez l'aide et les conseils des soignants avant toute mobilisation.

Des troubles de la mémoire peuvent apparaître suite à un AVC. Vous pouvez aider votre proche en installant une régularité dans vos visites et en personnalisant la chambre (par exemple, avec des photos).

Ne soyez pas surpris : après un AVC, le patient n'a pas toujours conscience de ses troubles.

En cas de troubles de communication, **faites preuve de patience. Parlez de façon simple, brève et sans crier**, il faut ralentir le débit de parole et utiliser des phrases simples mais complètes. **La personne aphasique n'est pas sourde.**

Veillez à bien remettre la sonnette à proximité du patient lorsque vous quittez la chambre.

13. Vocabulaire

Alexie : impossibilité de comprendre les idées émises par l'écriture.

Aphasie : difficulté à parler, à s'exprimer, à lire, à écrire ou à comprendre ce que les autres disent.

Ataxie : ensemble de troubles de la coordination motrice qui, en l'absence de déficit de la force musculaire, touchent la direction et l'amplitude du mouvement volontaire, le maintien postural et l'équilibre.

Déglutition : action d'avalier.

Diplopie : vision double.

Dysarthrie : difficulté à former ou articuler des mots.

Dysphagie : difficulté à avaler.

Hématome : collection sanguine.

Hématome extra dural : collection sanguine se trouvant entre l'os du crâne et la dure mère.

Hématome intra cérébral : collection sanguine située à l'intérieur de l'encéphale.

Hématome sous dural : collection sanguine située entre la dure-mère et l'encéphale.

Hémianopsie : perte unilatérale de la vue, dans une moitié du champ visuel, la perte étant le plus souvent verticale.

Hémi-parésie : paralysie partielle de la moitié du corps.

Hémiplégie : paralysie d'un hémicorps.

Hyperesthésie : exacerbation de la perception des sensations tactiles, thermique, vibratoires ou douloureuses.

Hypoesthésie : diminution de la sensibilité à la stimulation.

Incontinence : incapacité de retenir l'urine ou les selles.

Ischémie cérébrale : lésion du tissu cérébral due à une mauvaise irrigation sanguine.

Monoparésie : paralysie partielle d'un membre.

Monoplégie : paralysie d'un membre.

Mydriase : dilatation anormale de la pupille, avec ou sans conservation du réflexe photomoteur (peut être uni ou bilatérale).

Myoclonies : contractions brèves, involontaires d'un ou plusieurs muscles.

Myosis : rétrécissement anormal de la pupille.

Neurologue : médecin spécialiste des maladies du cerveau et du système nerveux.

Neuropsychologue : psychologue spécialisé dans le fonctionnement du système nerveux central affectant la manière de penser, de percevoir et de se comporter. Il pratique une évaluation et propose une stratégie de récupération.

Ptosis : chute de la paupière supérieure.

Réadaptation : toutes les activités qui favorisent la récupération des fonctions touchées par l'AVC afin de retrouver la meilleure autonomie possible.

Rééducation : programme d'activités destiné à rétablir l'usage normal d'une fonction ou d'un membre.

Spasticité : augmentation involontaire du tonus des muscles. Cette contraction crée une résistance au mouvement.

14. Ressources

Le Belgian Stroke Council : c'est une association scientifique ayant comme but premier l'amélioration des soins aux victimes d'un AVC. Leur second but est la prévention et ainsi la protection du plus grand nombre de personnes contre les AVC et contre toute autre maladie des vaisseaux sanguins. www.belgianstrokecouncil.be

Association Belge soutenant les aidants-proches :
www.aidants-proches.be

Le SPF sécurité sociaux
Pour vous renseigner sur toutes les aides dont vous pouvez bénéficier.
www.handicap.belgium.be

Le Service de Prêt de la Mutualité peut vous apporter des informations sur les aides financières qui existent.

Brochure du CARA (évaluation d'aptitude à la conduite après un AVC)
www.vias.be/fr/particuliers/cara/questions-frequentes/#question-1

Brochure *Mieux vivre avec son hémiplégié*
www.ayadiamina.com/researches/Aider_un_hemiplegique.pdf

Brochure *Les épilepsies, un guide pour tous*
https://ligueepilepsie.be/IMG/pdf/brochure_epilepsie_02-09_2010.pdf

Brochure *Vous connaissez une personne aphasique*
www.aphasie.ca/image/Vousconnaissezunepersonneaphasique.pdf

15. Bibliographie

1. *Le Belgian Stroke Council* disponible sur : <http://belgianstrokecouncil.be/fr/ressources/> consulté le 5.12.2017
2. HUG, *L'accident vasculaire cérébral. Des réponses à vos questions*, disponible sur : https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/accident_vasculaire_cerebral/documents/avc_fr.pdf, consulté le 15.11.2017
3. S. Van der Vorst, M. Remacle, G. Lawson : *Vidéonasofibroscopie de la déglutition pour le choix des méthodes et exercices de réhabilitation du patient dysphagique*, disponible sur : <https://www.chu-brugmann.be/fr/news/20131018-dysphagie-vandervorst.pdf> consulté le 5.12.2017
4. *Lors de mon AVC, chaque minute a compté...* disponible sur : <http://www.delaiavcinfarctus.eu/index.html>, consulté le 5.12.2017
5. J.Y.Gauvrit : *AVC ischémique : quelle imagerie pour quel traitement*, disponible sur [https://doi.org/10.1016/S0221-0363\(06\)86953-2](https://doi.org/10.1016/S0221-0363(06)86953-2) consulté le 25.10.2017
6. *La prise en charge optimale de l'accident vasculaire en 10 points*, disponible sur : http://www.chu-st-etienne.fr/Reseau/reseau/UMCSSR/DocGroupes/livret_AVC_2.pdf consulté le 24.11.2017
7. Lindsay MP, Gubitz G, Bayley M, Phillips S (rédacteurs), *Recommandation canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*, disponible sur : http://strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/07/SBP2013_Stroke_Rehabilitation_July2013_FINAL-FR.pdf consulté le 23.11.2017
8. *Facteurs de risque de l'AVC - Canada.ca*, disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques/maladie-cardiovasculaire/accident-vasculaire-cerebral/facteurs-risque.html> consulté le 6.12.2017
9. Dr Bernard DACHY, *Neurologie et revalidation neurologique*, disponible sur : <https://www.chu-brugmann.be/fr/med/neuro/>, consulté le 06.12.2017,
10. Anne Bertand, Stéphane Epelbaum, Christian Denier, *Neurologie* 4^e édition, Editeur : Elsevier Masson. Date de publication : 02/2017

INFORMATIONS

DÉPARTEMENT DE NEUROPSYCHIATRIE
ET PATHOLOGIES SPÉCIALES

SERVICE DE NEUROLOGIE

STROKE UNIT

*DES HORAIRES DE VISITE PARTICULIERS SONT
EN VIGUEUR À LA STROKE UNIT. ILS SONT
AFFICHÉS À L'ENTRÉE DE L'UNITÉ*

CONTACT : 02 764 34 13



Cliniques universitaires
SAINT-LUC
UCL BRUXELLES

SUIVEZ-NOUS SUR



Éditeur responsable : Thomas De Nayer / Service de communication
Photos : Shutterstock - Hugues Depasse

Cliniques universitaires Saint-Luc

Avenue Hippocrate, 10 – 1200 Bruxelles

www.saintluc.be

© Cliniques universitaires Saint-Luc

Vous souhaitez vous inspirer de cette brochure ? Merci de nous contacter préalablement.