



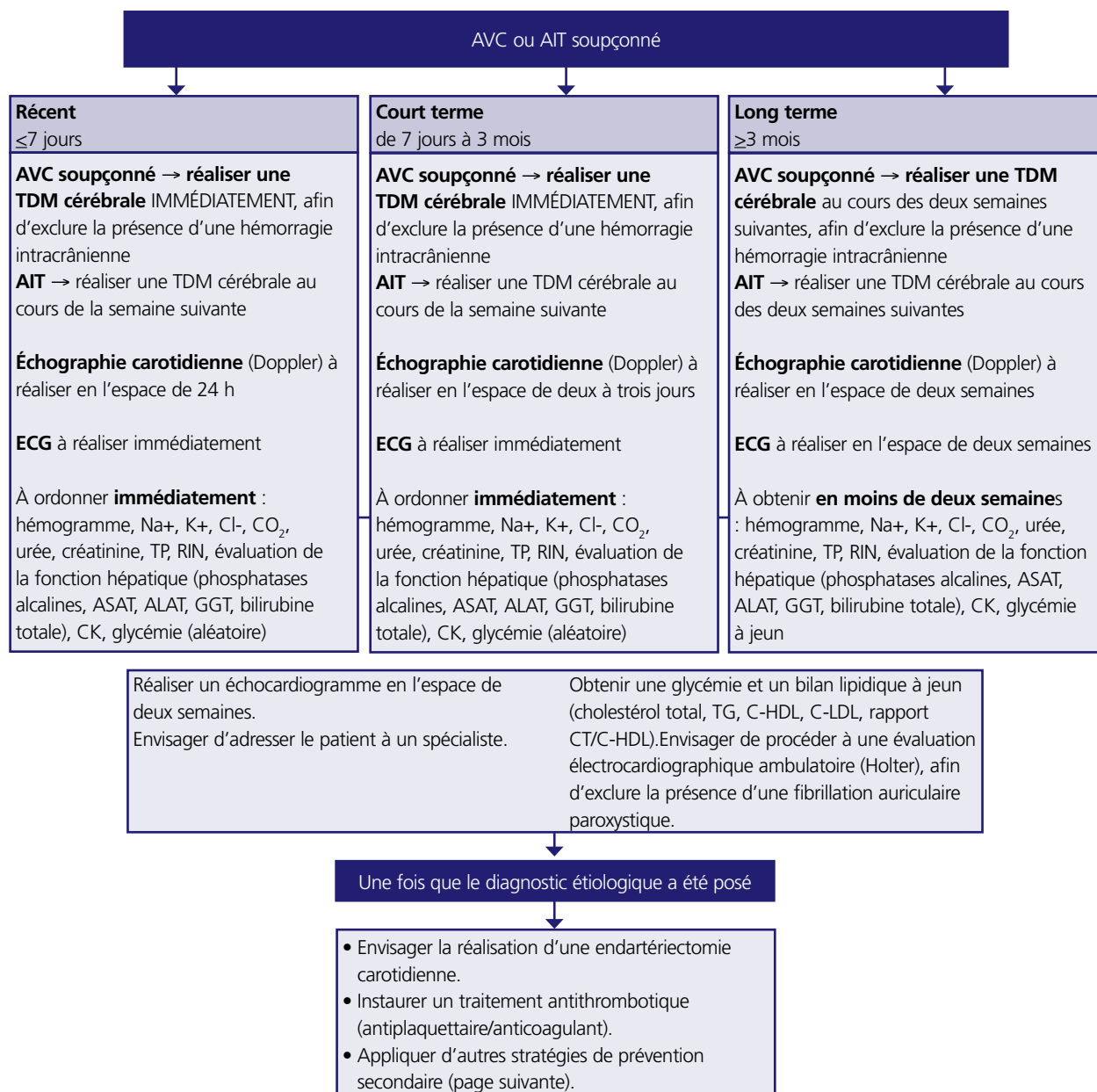
# L'AIT ET L'AVC ISCHÉMIQUE

D'après la Stratégie canadienne de l'AVC. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC 2006<sup>26</sup>.

## DIAGNOSTIC DE L'ACCIDENT ISCHÉMIQUE TRANSITOIRE (AIT) ET DE L'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL (AVC) ISCHÉMIQUE

Un AIT/AVC est caractérisé par l'apparition SOUDAINE des signes suivants (liste non exhaustive; ces signes sont passagers dans le cas de l'AIT) :

- **Faiblesse** (pouvant s'accompagner d'un engourdissement);
- **Difficulté d'élocution** (aphasie, dysarthrie);
- **Problèmes de vue** (déficit du champ visuel, perte de la vue, notamment dans un œil, vision double);
- **Perte d'équilibre**, étourdissements, notamment en présence des signes énumérés ci-dessus;
- **Céphalées** (intenses et inhabituelles).





## LA PRISE EN CHARGE DE L'AIT ET DE L'AVC ISCHÉMIQUE

| Facteur de risque               | Objectif/valeur cible   | Intervention   |
|---------------------------------|---|--|
| Éducation                       | Reconnaître les signes avant-coureurs de l'AVC  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Apprendre aux patients à reconnaître les prodromes de l'AVC et à composer immédiatement le 911 si de tels symptômes surviennent. Un AIT/AVC est caractérisé par l'apparition SOUDAIN des signes suivants (liste non exhaustive; ces signes sont passagers dans le cas de l'AIT) : <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Faiblesse</b> (pouvant s'accompagner d'un engourdissement);</li> <li><b>Difficultés d'élocution</b> (aphasie, dysarthrie);</li> <li><b>Problèmes de vue</b> (déficit du champ visuel, perte de la vue, notamment dans un œil, vision double);</li> <li><b>Perte d'équilibre</b>, étourdissements, notamment en présence des signes énumérés ci-dessus;</li> <li><b>Céphalées</b> (intenses et inhabituelles).</li> </ul> </li> <li><b>Composer le 911 immédiatement si de tels symptômes se manifestent.</b></li> </ul> |
| Tabagisme                       | Abandon du tabac  | <p><b>Consulter les lignes directrices sur l'abandon du tabac (voir page 29)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>S'informer</b> de la consommation de tabac des fumeurs à chaque consultation.</li> <li><b>Recommander</b> aux fumeurs de cesser de fumer et informer ceux qui ont été victimes d'un AVC des risques auxquels ils s'exposent en fumant.</li> <li><b>Évaluer</b> dans quelle mesure les fumeurs sont prêts à cesser de fumer.</li> <li>Aider les fumeurs en leur prodiguant des conseils et en leur prescrivant un traitement pharmacologique (se reporter aux recommandations sur l'abandon du tabac).</li> <li><b>Assurer</b> un suivi et orienter les fumeurs vers des programmes spécialisés ou communautaires.</li> <li>Recommander vivement aux fumeurs d'éviter de s'exposer à la fumée secondaire, que ce soit au travail ou à la maison.</li> </ul>  |
| Sédentarité                     | De 30 à 60 minutes, de 4 à 7 jours par semaine  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Inciter le patient à faire des exercices d'aérobic d'intensité modérée, tels que la marche rythmée, pendant 30 à 60 minutes presque tous les jours de la semaine, et parallèlement, à mener une vie plus active.</li> <li>Cerner les problèmes/obstacles qui empêchent le patient d'entamer un programme d'exercices et de s'y tenir, et discuter avec lui des solutions qui sont à sa disposition.</li> <li>Orienter le patient vers un programme communautaire adapté à ses besoins, s'il y a lieu.</li> </ul>  |
| Excès de poids                  | Poids à atteindre :<br>IMC : de 18,5 à 24,9 kg/m <sup>2</sup><br>Tour de taille :<br>≤ 88 cm (35 po) chez la femme,<br>et ≤ 102 cm (40 po) chez l'homme<br>Pour commencer, viser une perte de poids équivalente à 5 à 10 % du poids corporel. | <ul style="list-style-type: none"> <li>Mesurer l'IMC et/ou le tour de taille (les directives pour mesurer correctement le tour de taille sont à l'annexe B).</li> <li>Discuter des problèmes liés à l'excès de poids avec les patients dont l'IMC et le tour de taille ne se situent pas dans la plage de valeurs normales.</li> <li>Encourager le patient à trouver le juste équilibre entre dépenses énergétiques (activité physique) et apport calorique en vue de stabiliser son poids ou de perdre du poids, selon le cas.</li> <li>Diriger le patient vers des programmes de thérapie comportementale, s'il y a lieu.</li> <li>Se reporter aux recommandations particulières sur l'obésité/l'excès de poids à la page 43.</li> </ul>   |
| Consommation d'alcool           | < 2 verres d'alcool par jour  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Le patient doit s'abstenir de consommer de l'alcool ou en consommer avec modération, soit &lt; 2 verres d'alcool par jour (&lt; 9 verres d'alcool par semaine pour les femmes; et &lt; 14 pour les hommes).</li> </ul>  |
| Hypertension                    | TA < 140/90 mmHg ou TA < 130/80 mmHg si le patient est atteint de diabète ou d'une néphropathie chronique   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Mesurer la tension artérielle tous les trois à six mois.</li> <li>On recommande d'abaisser la TA chez les patients qui ont été victimes d'un AVC, même lorsque celle-ci est déjà &lt; 140/90 mmHg.</li> <li>Vérifier que le patient sait à combien s'élève sa tension artérielle et qu'il connaît les cibles tensionnelles.</li> <li>Inciter le patient à corriger son mode de vie ou, s'il le fait déjà, à persévérer dans cette voie (voir page 12).</li> <li>Au besoin, instaurer un traitement antihypertenseur, de façon à ce que le patient atteigne les cibles tensionnelles.</li> </ul>   |
| Dyslipidémies                   | Taux de C-LDL < 2,0 mmol/L rapport CTIC-HDL < 4,0   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Prescrire un bilan lipidique réalisé à jeun à tous les patients tous les 12 mois.</li> <li>Vérifier que le patient sait à combien s'élèvent ses taux de lipides et qu'il connaît les cibles lipidiques.</li> <li>Instaurer un traitement hypolipidémiant s'il y a lieu (voir page 21).</li> <li>Régler la dose selon les besoins, de façon à ce que le patient atteigne les cibles lipidiques.</li> <li>Faire en sorte que le patient adopte le type d'alimentation recommandée (voir page 21).</li> <li>Recommander au patient de faire de l'exercice quotidiennement et de surveiller son poids.</li> <li>Une fois qu'il a atteint les valeurs cibles, refaire un bilan tous les ans.</li> </ul>  |
| Maîtrise de la glycémie/diabète | <b>En cas de diabète :</b><br>Taux d'HbA1c < 7 % (< 6 % sauf si une baisse aussi marquée s'accompagne d'épisodes d'hypoglycémie)  | <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Faire un dépistage du diabète tous les ans ou selon les indications cliniques (voir page 65).</b></li> <li><b>En présence d'un diabète :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prescrire des modifications au mode de vie et instaurer un traitement hypoglycémiant, de façon à ce que le taux d'HbA1c se rapproche de la normale.</li> <li>Instaurer un traitement hypoglycémiant selon les recommandations de l'Association canadienne du diabète<sup>29</sup>.</li> </ul> </li> </ul>  |



|                                     |   |  |
|-------------------------------------|---|--|
| <b>TeFG/RAC</b>                     | <b>En cas de protéinurie ou de néphropathie chronique :</b><br><i>RAC cible : &lt; 40</i>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépister les atteintes rénales en calculant le TeFG ou le RAC, selon les recommandations (voir page 27).</li> <li>• <b>Si les résultats obtenus sont supérieurs aux valeurs cibles :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrer un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ICEA) et/ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA) à la dose maximale tolérée par le patient et modifier les facteurs de risque CV, afin de faire descendre le RAC sous 40; et</li> <li>• Si le RAC est &gt; 60, adresser le patient à un néphrologue.</li> </ul> </li> </ul>                          |
| <b>Traitement antiplaquettaire</b>  | <i>Il faut amorcer un traitement antiplaquettaire chez tous les patients ayant subi un AVC ischémique ou un AIT et le poursuivre indéfiniment, à moins qu'il ne soit contre-indiqué ou que l'emploi d'un anticoagulant ne soit indiqué.</i> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des données semblent indiquer que l'administration (1) de l'association AAS/dypiridamole à libération prolongée ou (2) du clopidogrel s'est révélée plus efficace que l'utilisation d'AAS en monothérapie dans un contexte de prévention secondaire.</li> <li>• Il n'est pas recommandé d'administrer un traitement associant de l'AAS à du clopidogrel pendant une longue période.</li> <li>• En monothérapie, la dose d'entretien de l'AAS est habituellement de 80 à 325 mg par jour.</li> <li>• L'emploi du traitement antiplaquettaire est indiqué à vie en prévention secondaire des AVC ischémiques et des AIT.</li> </ul> |
| <b>Traitement antithrombotique</b>  | <i>Warfarine</i>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les patients qui ont des antécédents d'AVC et qui présentent une fibrillation auriculaire doivent recevoir un traitement par la warfarine visant un RIN de 2,5; un RIN de 3,0 (valeurs extrêmes : 2,0 et 3,0) s'ils portent une prothèse valvulaire cardiaque; ou un RIN compris entre 2,5 et 3,5, s'ils sont susceptibles de se conformer aux modalités du suivi et qu'ils sont exposés à un faible risque de complications hémorragiques.</li> </ul>  |
| <b>Vaccination contre la grippe</b> | <i>Annually</i>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les patients atteints de maladie cardiovasculaire (MCV) doivent être vaccinés contre la grippe tous les ans.</li> </ul>   |
| <b>Recommandation</b>               | <i>Spécialiste des AVC<br/>Endartériectomie carotidienne</i>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il peut être utile d'adresser le patient à un spécialiste qui pourra confirmer le diagnostic et la cause de l'incident, d'une part, et assurer une prise en charge globale, d'autre part.</li> <li>• Il faut proposer aux patients qui présentent une sténose carotidienne de 70 à 99 % (mesure obtenue par angiographie ou au moyen de deux techniques d'imagerie non effractives) de subir une endartériectomie carotidienne dans les deux semaines qui suivent l'accident (AVC ou AIT).</li> </ul>   |

## LES RESSOURCES COMMUNAUTAIRES – L'AIT ET L'AVC ISCHÉMIQUE

### SITE WEB DU CENTRE RÉGIONAL DES AVC DE CHAMPLAIN

Adresse : [www.champlainstrokecentre.org](http://www.champlainstrokecentre.org) (en anglais seulement)

Le Centre régional des AVC de Champlain est chargé de piloter, de concevoir, de mettre en place et de coordonner tous les aspects de la prévention et de la prise en charge des AVC dans la région de Champlain, qu'il s'agisse de la promotion de la santé, de la prévention primaire ou secondaire, de la phase préhospitalière, des soins de courte durée, de la réadaptation physique ou de la réinsertion dans la collectivité, y compris les soins de longue durée).

### FICHES D'INFORMATION SUR LES AVC

**Ottawa :** [www.champlainstrokecentre.org/images/stories/community/stroke%20info%20cards\\_r5.1.pdf](http://www.champlainstrokecentre.org/images/stories/community/stroke%20info%20cards_r5.1.pdf)

**Renfrew :** [www.champlainstrokecentre.org/images/stories/community/stroke%20info%20cards\\_renfrew\\_r1.pdf](http://www.champlainstrokecentre.org/images/stories/community/stroke%20info%20cards_renfrew_r1.pdf)

**Comtés de l'Est :** [www.champlainstrokecentre.org/images/stories/community/stroke%20info%20cards\\_eastcounties\\_r1.pdf](http://www.champlainstrokecentre.org/images/stories/community/stroke%20info%20cards_eastcounties_r1.pdf)

### CENTRE D'ACCÈS AUX SOINS COMMUNAUTAIRES DE CHAMPLAIN

Comme son nom l'indique, le Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) de Champlain est la porte d'entrée de tous les services de santé communautaires offerts dans la région. Le CASC de Champlain coordonne les services à domicile, tels que les soins infirmiers, la physiothérapie, l'ergothérapie et le soutien personnel, qui sont fournis aux ayants droit. Il a aussi pour mission de diriger les personnes ayant subi un AVC vers divers services qui sont offerts dans leur collectivité : programmes de jour pour adultes, services de livraison de repas, assistance pour le magasinage et le ménage, ou pour le transport. En outre, le CASC aide les membres de la collectivité qui ne sont plus en mesure de mener une vie autonome à se trouver un autre type de logement et il coordonne les demandes de placement dans les maisons de soins de longue durée.

Tél. : 613-745-5525; numéro sans frais : 1-800-538-0520

Site Web : [www.ottawa.cacac-ont.ca](http://www.ottawa.cacac-ont.ca)