

Accident vasculaire l'urgence des pre

Au même titre que l'infarctus du myocarde, l'infarctus cérébral est une urgence médicale. Grâce à de nouveaux traitements et à la création d'unités spécialisées encore trop rares, on peut désormais réduire le handicap et mieux prévenir les récives.

L'urgence qui prévaut désormais pour l'infarctus du myocarde fait encore défaut pour l'accident vasculaire cérébral (AVC). Sans doute parce que cet infarctus du cerveau est considéré comme une fatalité. Pourtant, il est possible de prévenir ce qu'on appelle communément l'attaque cérébrale en agissant sur certains facteurs de risque (voir encadré p. 123). Mais surtout, on peut en réduire les séquelles en la considérant comme une urgence médicale. Chaque minute compte dès les premiers symptômes et les identifier diminue le risque de séquelles graves. De nouveaux traitements permettent de réduire le taux de décès et de handicaps voire les risques de récives.

C'est donc toute la filière d'organisation des soins qu'il faut mettre en place, depuis la prise en charge des patients, après les premiers symptômes, jusqu'à leur rééducation. Une priorité de santé publique soutenue par les chiffres. Chaque année en France, l'accident vasculaire cérébral touche près de 125 000

personnes et représente la troisième cause de mortalité, après les maladies cardio-vasculaires et les cancers. Une personne sur quatre décède dans les mois qui suivent, la moitié survit avec des séquelles souvent lourdes et un quart seulement en sort indemne. Le taux de récive est élevé: 30 % dans les cinq ans. Si le risque d'AVC augmen-

te avec l'âge (près de 75 % des personnes concernées ont plus de 65 ans), il n'épargne pas les plus

jeunes: dans 5 à 10 % des cas, la victime a moins de 45 ans. Entre 55 et 64 ans, la fréquence est trois fois plus importante chez les hommes que chez les femmes. Une "inégalité" qui s'annule au-delà de 85 ans. On distingue généralement deux types d'attaques cérébrales.

L'ischémie cérébrale: les 4/5 des attaques cérébrales sont dues à l'obstruction d'une artère - cérébrale ou plus éloignée - alimentant le cerveau. Ce phénomène peut se produire lorsque des dépôts d'athérome (grasses) obstruent totalement l'artère ou lorsqu'un caillot de sang fait bouchon. La région du cer-

Cerveau et cœur : même priorité

Deux examens expl

Le scanner

NORMAL

En vert le tissu nerveux; en bleu le liquide céphalorachidien; en rouge l'os du crâne.

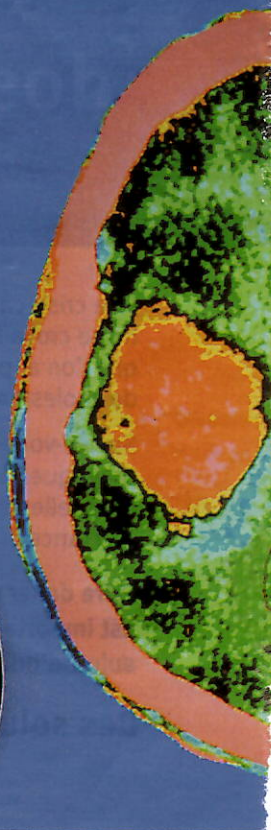
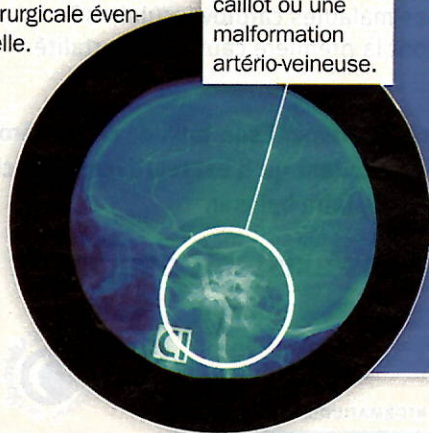


L'angiographie

Suivant l'état du malade, des investigations plus poussées peuvent être nécessaires parmi lesquelles l'angiographie. Après injection d'un produit iodé, celle-ci permet de visualiser les artères du cerveau (voir photo ci-dessous), en vue d'une intervention chirurgicale éventuelle.

APRÈS UN AVC

L'angiographie met en évidence la présence du caillot ou une malformation artério-veineuse.



re cérébral : mières heures

oratoires



L'AIT : un tout premier signal d'alerte

Lorsque l'artère se bouche pendant un laps de temps, de quelques minutes à quelques heures, on parle d'accident ischémique transitoire (AIT). Compte tenu de leur brièveté, ces symptômes, semblables à ceux de l'AVC, passent inaperçus. Pourtant, *"une paralysie de la main ou une perte de la vision d'un œil, même de quelques secondes, doit inquiéter"*, précise le docteur France Woimant.

"Car, attention : l'AIT agit comme un véritable signe d'alerte." Il précède environ 30 % de tous les "vrais" AVC. Si ce "signe avant-coureur" est négligé, le risque de faire, dans les heures qui suivent, un AVC avec une hémiparésie importante est très élevé. Parmi les symptômes les plus fréquents de l'AVC :

- **un engourdissement** ou une perte de la force qui peut aller jusqu'à la paralysie

complète d'un côté du corps (visage, bras, jambe) ;

- **la perte soudaine de la parole**, des problèmes d'élocution ou de la difficulté à comprendre des mots ou à lire ;

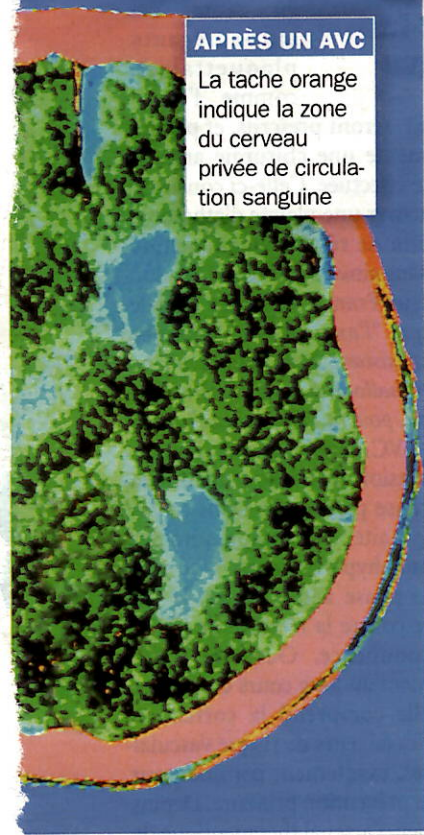
- **une vision soudainement trouble** ou voilée ou une perte de vision (un seul œil) ;

- **un mal de tête** intense et inexpliqué ;

- **un trouble soudain de la marche**, de l'équilibre ou de la coordination.

APRÈS UN AVC

La tache orange indique la zone du cerveau privée de circulation sanguine



veau située en aval de l'obstruction ne reçoit plus assez d'oxygène et de nutriments, et commence à se nécroser. Cette sorte d'attaque cérébrale s'appelle accident ischémique cérébral ou infarctus cérébral.

L'hémorragie cérébrale, encore appelée AVC hémorragique, est moins fréquente que l'infarctus ischémique et fait suite à la rupture d'une artère cérébrale. En s'échappant, le sang se répand dans le tissu cérébral, endommageant la zone alentour.

Considérer l'accident vasculaire cérébral comme une extrême urgence implique d'en connaître les symptômes. Si ces derniers varient en fonction de la localisation de la lésion et de la superficie de la zone affectée, un certain nombre d'entre eux donnent l'alerte (voir encadré ci-dessus). *"Ils surviennent de manière brutale, parfois même pendant le sommeil, ►►*

Témoignage

"Je ne suis plus le même"



Philippe Musette
50 ans,
Saint-Germain-en-Laye,
vice-prési-

dent de France-AVC, à l'origine de l'antenne Ile-de-France

"J'ai fait un AVC il y a 18 mois et, depuis, il ne se passe pas une journée sans que j'y repense", annonce d'emblée Philippe Musette. Cadre supérieur, travaillant dans le secteur des finances, son mode de vie stressant s'arrête brusquement début 2001. Il ressent une douleur soudaine et violente, l'effet d'*"une balle dans la tête"*. Le médecin de famille, qui n'est appelé qu'au petit matin, ne reconnaît pas

les signes de l'AVC, tente un traitement et envoie le quinquagénaire à l'hôpital. Là encore, pas de diagnostic. Il faudra l'intervention de son beau-frère urgentiste, pour qu'il soit dirigé vers l'hôpital Sainte-Anne où il est opéré avec succès de son anévrisme. *"Au réveil, j'ai constaté avec joie que je n'avais aucune séquelle physique. Mais pourtant, continue-t-il, depuis mon AVC, je ne suis plus le même."* Aujourd'hui, Philippe Musette retravaille, mais pas à au même poste. *"Même sans séquelle, on est considéré comme « malade de la tête »."* Tout ce qui touche au cerveau est encore tabou. *"Il faut informer, améliorer la prise en charge médicale et sociale de l'AVC, et notamment le retour au travail."*

La rapidité de la prise en charge

et sans forcément s'accompagner de maux de tête", précise le docteur France Woimant, neurologue à l'hôpital Lariboisière (Paris). Pas question alors de les minimiser, de se rendormir ou de se dire que cela va passer. "Tout symptôme d'AVC, même transitoire avec retour rapide à la normale, doit être considéré comme

une urgence et exploré rapidement", poursuit la neurologue. "Il faut alors appeler son médecin généraliste afin de savoir s'il peut vous diriger immédiatement vers un neurologue. Le cas échéant, il faut faire le 15. Autre possibilité: si vous habitez près d'un hôpital comprenant une unité neurovasculaire, prendre contact avec celle-ci ou se rendre sur place."

Un AVC nécessite obligatoirement une prise en charge en urgence à l'hôpital. L'admission rapide dans une unité spécialisée (unité neurovasculaire) constitue la meilleure chance pour le patient. Cependant, ces unités sont encore peu nom-

breuses en France (voir encadré p. 124). Dans l'idéal, dès la suspicion d'AVC, le patient doit être orienté le plus rapidement possible vers la structure hospitalière la plus adaptée. "Dans les faits, une enquête menée en Ile-de-

France montre que ce n'est pas toujours le cas", commente le docteur France Woimant. Lors de l'admis-

sion, l'AVC doit être considéré comme une urgence absolue. Mais là encore, la réalité est parfois différente et "il arrive que des malades patientent 3 heures aux urgences avant d'être « triés »", regrette le Dr Jacques Boulliat, chef du service de neurologie de l'hôpital de Bourg-en-Bresse (Ain) et président de l'association France-AVC.

Dans le meilleur des cas, commence alors la prise en charge de la phase dite aiguë de l'AVC. Un certain nombre de paramètres sont contrôlés (tension, bilan sanguin...) et des examens sont effectués (électro-



Parmi les séquelles de l'AVC, les troubles du langage qui nécessitent de la rééducation.

cardiogramme). Après avoir évalué l'état du patient, le neurologue demande un scanner, examen indispensable pour déterminer le type d'AVC (hémorragique ou ischémique – voir

dessins p. 120). En fonction du délai écoulé depuis l'hospitalisation du patient, de ses antécédents et des résultats de l'imagerie, un traitement adapté est prescrit. Dans de rares cas, de nouveaux médicaments qui ont pour but de dissoudre le caillot, (les thrombolytiques) pourront être utilisés, sous certaines conditions (voir p. 123). Mais la plupart du temps, les traitements ont pour but de limiter l'aggravation des lésions et d'éviter la survenue de complications.

Au cours de l'hospitalisation, d'autres examens seront pratiqués. Il s'agira de déterminer la cause de l'AVC et mettre en route un traitement visant non plus à limiter les conséquences

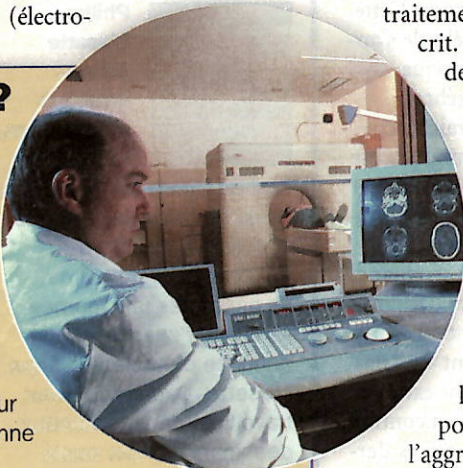
de l'AVC, mais à prévenir les récurrences (prévention secondaire). Dans le cas d'un infarctus cérébral d'origine cardiaque, le traitement de prévention secondaire comprendra des anticoagulants. Si les vaisseaux sont en cause, des anti-agrégants plaquettaires, comme l'aspiri-

ne, seront prescrits, et parfois même une chirurgie artérielle effectuée. Celle-ci consiste à retirer une plaque d'athérome afin de rétablir la circulation sanguine. A l'avenir, le docteur France Woimant signale que "l'angioplastie, technique consistant à introduire un petit ballonnet dans l'artère rétrécie, pourrait être utilisée". Pour l'AVC hémorragique, l'hypertension artérielle constitue la cause principale. Dans ce cas, le traitement comprendra des anti-hypertenseurs. Une fois la phase aiguë passée, la lutte contre la récurrence de l'AVC commence. Outre le traitement au long cours des causes, elle comprend la correction des facteurs de risque vasculaires, exactement comme pour la prévention primaire. Depuis peu, l'arsenal thérapeutique de

Intervenir dès les premiers symptômes

Quels examens ?

- **Le scanner** détermine le type d'AVC.
- **L'imagerie par résonance magnétique (IRM)**, plus sophistiquée, évalue la zone et la taille de la région cérébrale détruite et celles de la zone mal irriguée.
- **L'échographie doppler** cervicale est systématique pour repérer si une artère carotidienne est bouchée ou rétrécie.
- **L'électrocardiogramme** utile pour rechercher une origine cardiaque (anomalie du rythme).
- **Le bilan biologique** décèle les anomalies de la formule sanguine, coagulation, glycémie, cholestérol ou triglycérides.
- **L'artériographie** nécessaire lors d'AVC inexpliqués ou pour mettre en évidence une malformation.



limite les séquelles

prévention des récives s'est enrichi "car une étude, publiée en 2001, a montré qu'il est important de baisser la pression artérielle de tout patient ayant fait un AVC, quelle que soit la pression artérielle initiale", explique le Dr Woimant. C'est pourquoi on prescrit désormais un anti-hypertenseur à tous les patients ayant fait un AVC, même s'ils ne sont pas hypertendus."

Accepter l'importance de la rééducation

A l'issue de l'hospitalisation, le patient garde le plus souvent des séquelles neurologiques, selon la zone du cerveau lésée. Généralement, il s'agit d'une hémiplegie, paralysie touchant la moitié du corps. Parfois, les patients souffrent d'apha-►►

Agir sur les facteurs de risque

Si l'âge et l'hérédité constituent deux facteurs de risque contre lesquels on ne peut rien, on estime toutefois qu'un certain nombre d'AVC pourraient être évités en observant certaines règles :

- **faire surveiller sa tension** artérielle et prendre régulièrement son traitement contre l'hypertension ;
- **prendre régulièrement son traitement contre le diabète** et faire surveiller sa glycémie ;
- **s'efforcer de perdre du poids** s'il est excessif ;



- **modifier ses habitudes alimentaires** en cas d'hyperlipidémie (excès de cholestérol ou de triglycérides), et prendre le traitement éventuellement conseillé par le médecin ;
- **arrêter de fumer ;**
- **faire régulièrement de l'exercice ;**
- **limiter sa consommation d'alcool.**

Thrombolyse : moins de 5 % des patients

Utilisés depuis 1996 aux Etats-Unis, et depuis longtemps en France dans le cas de l'infarctus du myocarde, les thrombolytiques, nouveaux médicaments du traitement de l'AVC, ne sont réservés qu'aux seuls AVC ischémiques. Ils sont injectés par voie intraveineuse, dans les trois heures qui suivent le début de l'accident, par des neurologues habilités à utiliser ce traitement. Toutes ces restrictions font qu'actuellement moins de 5 % des patients victimes d'un AVC en bénéficient, alors que son principal atout est de permettre à 15 % de patients supplémentaires de vivre sans handicap 18 mois après leur attaque cérébrale.

Chassez l'apathie.

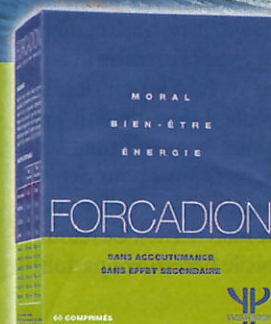
Retrouvez l'énergie.

Fatigue passagère, anxiété, stress.

Comment réagir quand le moral est bas ? Contre l'apathie, Forcadion est votre allié. Grâce à l'Humérol®, actif naturel breveté, Forcadion vous aide à retrouver votre énergie ; son efficacité est prouvée par des études.

Forcadion vous rend plus fort.

Pas d'accoutumance. Pas de somnolence pendant la journée.



Retour à l'autonomie

sie (trouble du langage et de la communication) et d'autres troubles neuro-psychologiques. D'où l'importance d'une rééducation par kinésithérapie, orthophonie et ergothérapie; ce qui peut nécessiter une hospitalisation dans un service adapté. Pour le Dr Dominique Mazevet, du service de médecine physique et de réadaptation à la Pitié-Salpêtrière, "le premier objectif de la rééducation est de permettre au patient de retrouver une autonomie au domicile. Qu'il soit capable de faire un minimum. Cela passe notamment par l'autonomie de la marche que retrouvent environ 80 % des patients." Comme la zone touchée du cerveau l'est de façon définitive, la rééducation consiste à stimuler des circuits de substitution et à créer d'autres circuits cérébraux. "Ainsi, la kinésithérapie ne fait pas récupérer, mais elle permet au patient d'utiliser au mieux les fonctions restées intactes. C'est, par exemple, apprendre à se servir de sa main valide", explique-t-elle. L'orthophonie, quant à elle, cherche à rétablir une communication de la meilleure qualité possible et, contrairement aux troubles moteurs, "on peut espérer une récupération, sur de longues années de rééducation. Il n'est pas rare de voir des patients aphasiques continuer à progresser 10 ans après leur AVC", commente le Dr Mazevet. Lorsqu'une certaine autonomie est acquise, le retour au domicile peut être envisagé. "Mais attention, la fin d'un séjour dans un service de médecine physique et de réadaptation ne marque pas l'arrêt de la rééducation", précise le praticien. Il est important de maintenir un suivi, pour accompagner les progrès, mais aussi pour dépister les complications (mauvaise façon de marcher...). Ce retour au domicile nécessitera parfois

des aménagements de l'habitat et des aides techniques, à définir avec un ergothérapeute et la présence d'une tierce personne comme une aide-ménagère. Enfin, il est important que le patient fasse le deuil de ce qu'il

a été, ce qui engendre souvent une dépression. "On peut être autonome avec une hémiplegie, assure le docteur Mazevet, à condition de se servir de ce qu'on a récupéré et de ne pas chercher à faire comme avant."

"Une inégalité des chances"

"L'AVC a longtemps pâti de son statut d'accident pour lequel il n'y a rien à faire", constate le Dr Boulliat, chef du service de neurologie de l'hôpital de Bourg-en-Bresse (Ain) et président de France-AVC. D'où l'absence de prise en charge adaptée et un certain retard en France par rapport à certains de nos voisins : en 1999, seuls 5 % des victimes d'AVC étaient accueillies dans des unités neurovasculaires contre 70 % dans les pays scandinaves. Les unités spécialisées sont peu nombreuses, mal réparties sur le territoire et

ont des modes de fonctionnement hétérogènes. De ce manque d'organisation découle "une inégalité de chances" pour les malades. Les recommandations de l'Anaes (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) pour la prise en charge médicale et paramédicale de l'AVC et la réflexion du gouvernement sur la réorganisation des soins témoignent d'une volonté d'améliorer la prise en charge de cette pathologie. "Beaucoup reste à faire" confirme le Dr Boulliat. "Cela risque de prendre du temps" renchérit le Dr Wolmant.

18 unités neurovasculaires

Apparues en 1980, les unités neurovasculaires regroupent en un même lieu médecins, infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, ergothérapeutes et orthophonistes. On en compte actuellement 18. Elles ont fait leurs preuves puisque la mortalité, le handicap ou le risque d'institutionnalisation y sont réduits. "Elles permettent un diagnostic rapide, des traitements et une rééducation adaptés", assure le Dr France Woimant.

A Paris et banlieue parisienne

Bichat : 01 40 25 87 72.
Lariboisière : 01 49 95 65 12.
Sainte-Anne : 01 45 65 82 95.
La Salpêtrière : 01 42 16 18 55.
Tenon : 06 57 48 92 76.
Henri Mondor (Créteil) : 01 49 81 43 14.

En province

Besançon : 03 81 66 81 96.
Bourg-en-Bresse : 04 74 45 43 67.

Dijon : 03 80 29 34 86.
Dreux : 02 37 51 53 78.
Grenoble : 04 76 76 57 61.
Lille : 03 20 44 68 56.
Lyon : 04 72 11 80 57.
Montpellier : 04 67 33 63 63.
Nancy : 03 83 85 95 82.
Nice : 04 92 03 78 89.
Toulouse Purpan : 05 61 77 77 90.
Toulouse Rangueil : 05 61 32 26 41.

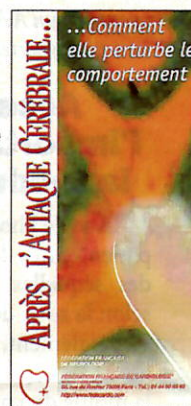
Pour en savoir plus

Les livres :

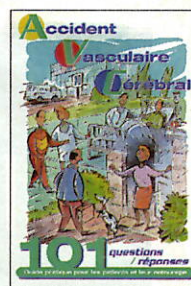
• **Les Accidents vasculaires cérébraux**, Antoine Dunac, éd. Ellipses, 80 pages, 7,50 €.



• **Après l'attaque cérébrale... Comment elle perturbe le comportement.** Brochure gratuite sur demande auprès de la Fédération française de cardiologie.



• **Accident vasculaire cérébral : 101 questions / réponses.** Guide pratique pour les patients et leur entourage. Brochure gratuite sur demande auprès de la Fédération France-AVC.



Les associations :

• **Fédération France-AVC**
7, avenue Pierre-Semard
01000 Bourg-en-Bresse
Tél. : 04 74 21 94 58.
Site : www.france-avc.asso.fr

• **Fédération nationale des aphasiques de France**
20, lotissement Les Lys
26600 Pont-de-l'Isère
Fax : 04 75 84 54 63.

• **Fédération française de cardiologie**
50, rue du Rocher
75008 Paris
Tél. : 01 44 90 83 83.