

Complications à la phase aiguë de l'accident vasculaire cérébral (1^{re} partie)



Sommaire (1^{re} partie)

21

Préambule

P. Amarenco

22

Pression artérielle

D. Deplanque

27

Hyperglycémie

M. Mazighi

30

Œdème cérébral (OC) ischémique

A. Sermet, E. Touzé

34

Fièvre

L. Derex

SOMMAIRE (2^e partie)

Parution
décembre 2001

- ◆ Troubles de déglutition
- ◆ Pneumopathies de déglutition
- ◆ Epilepsie
- ◆ Ventilation mécanique

Préambule

Avec ce nouveau dossier sur les complications de l'infarctus cérébral à la phase aiguë, *Correspondances en neurologie vasculaire* aborde la question fondamentale de la prise en charge de l'AVC. Et, selon le mot de Didier Leys, de "la trompeuse simplicité de la pathologie neurovasculaire aux yeux de ceux qui la connaissent mal".

En effet, si l'efficacité des Stroke Units a été démontrée dans une période où il n'existait pas de médicament efficace de l'infarctus cérébral, c'est que la différence a porté sur la présence d'un personnel formé et entraîné, une meilleure utilisation des examens complémentaires et des traitements antithrombotiques à notre disposition, une bonne connaissance des complications qui peuvent survenir et donc une bonne prévention de celles-ci, des procédures bien assimilées et bien appliquées permettant d'éviter de nuire.

Ainsi, dans le premier dossier, nous avons souligné le peu d'indication de l'héparine à dose anticoagulante à la phase aiguë de l'infarctus cérébral du fait de son risque hémorragique trop élevé. Cette fois, nous abordons tous les paramètres essentiels qu'il faut surveiller et la manière de les prendre en charge : la pression artérielle, l'œdème cérébral, l'élévation de la température, l'hyperglycémie, les troubles de la déglutition et l'alimentation, les pneumopathies de déglutition, la ventilation mécanique.

Ces textes, dont chacun a été lu et critiqué par deux experts du sujet, devraient nous permettre d'écrire des procédures de prise en charge, qui devront être régulièrement mises à jour.

En effet, de nombreuses questions devraient recevoir des réponses dans les prochaines années. Faut-il respecter, augmenter ou baisser la pression artérielle, et par quels moyens ? Faut-il laisser tous les patients couchés à plat pendant les premiers jours, ou au contraire lever tous ceux qui n'ont pas de symptômes hémodynamiques ? À partir de quel seuil faut-il traiter agressivement l'hyperglycémie ? Doit-on traiter l'œdème cérébral par autre chose que la chirurgie décompressive ? Celle-ci est-elle efficace en termes de handicap résiduel ? Faut-il baisser la température corporelle et jusqu'où ? Gastrostomie précoce ou alimentation par sonde nasale ? La ventilation mécanique est-elle utile dans d'autres circonstances que le traitement d'une pneumopathie de déglutition sévère ou d'un état de mal épileptique ?

**Pierre Amarencu,
Service de neurologie et centre d'accueil
et de traitement de l'attaque cérébrale,
hôpital Bichat, Paris.**