



ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL : PRATIQUES OPTIMALES EN SOINS INFIRMIERS.

PAR GENEVIÈVE RIEL-ROBERGE

Le premier Congrès canadien de l'AVC, qui a eu lieu à Québec du 6 au 8 juin dernier, a réuni plus d'une centaine d'infirmières et de professionnels de la santé aux divers ateliers préconférence consacrés aux soins infirmiers. Entre autres, l'atelier « Pratiques optimales de soins infirmiers dans le continuum des soins de l'AVC » animé par Rosalba Sourial, infirmière clinicienne en AVC au Centre universitaire de santé McGill, et Roxanne Cournoyer, infirmière de suivi systématique de la clientèle de neurologie vasculaire du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, présentait les plus récentes recommandations sur les soins à donner à la clientèle ayant subi un AVC.

ABC DE L'AVC

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est un syndrome causé par la perturbation de l'approvisionnement sanguin d'une partie du cerveau, survenant lors de la rupture ou de l'occlusion d'un vaisseau sanguin. Les neurones sont ainsi privés de glucose et d'oxygène et la mort cellulaire s'ensuit. Certaines fonctions peuvent être perdues ou altérées. L'AVC est caractérisé par l'apparition aiguë, soudaine et focale d'un ou de plusieurs déficits neurologiques qui durent au moins 24 heures. La plupart des AVC (80 à 85 %) sont ischémiques et surviennent lors de l'occlusion d'un vaisseau sanguin.

UNITÉ D'AVC

Pour optimiser les pratiques, la création d'unités interdisciplinaires d'AVC est recommandée. En présence de ces unités, on observe une réduction des décès lors du dernier suivi et moins d'institutionnalisation et de dépendance des victimes d'AVC. Les données démontrent également moins de pneumonies et plus de mobilité chez ces patients. Grâce à un dépistage et une prise en charge précoces, les soins en unité d'AVC peuvent ainsi réduire le taux de mortalité et de morbidité jusqu'à 30 %.

La température corporelle du patient doit être mesurée toutes les quatre heures au cours des 48 premières heures suivant l'AVC.



Les animatrices, Rosalba Sourial et Roxanne Cournoyer.

© Geneviève Riel-Roberge

PRATIQUES OPTIMALES

Le personnel infirmier a été sensibilisé à surveiller notamment la température corporelle, la mobilité, l'incontinence, l'alimentation, l'hygiène buccale et le risque de thromboembolie veineuse.

En établissement hospitalier, la vérification périodique des signes vitaux doit comprendre une mesure de la température cor-

THROMBOEMBOLIE VEINEUSE PROFONDE

- > Le risque de thromboembolie veineuse profonde (TVP) doit être évalué chez toutes les victimes d'AVC. Sont à risque élevé celles incapables de bouger l'un ou les deux membres inférieurs ou qui ne peuvent se mouvoir seules. La mobilisation précoce et l'hydratation adéquate sont encouragées auprès de toutes les victimes d'AVC aigu pour prévenir la TVP.

Certaines observations faisant suite à l'étude *Clots Lite*^{*} ont été rappelées pendant l'atelier. Ainsi, les TVP se produisent en proportion égale chez les patients avec ou sans bas de compression. L'intégrité de la peau est atteinte plus fréquemment parmi ceux qui portent des bas compresseurs. Et les résultats n'appuient pas non plus l'utilisation de bas pleine longueur chez les patients admis à l'hôpital pour un AVC aigu. Les lignes directrices seront révisées en conséquence.

^{*} CLOTS Collaboration. « CLOTS-LITE/Clots in Legs Or sTockings after Stroke, Less Intensive Trial Ethos-A randomised trial to establish the effectiveness of graduated compression stockings to prevent post stroke Deep Vein Thrombosis (DVT) », mars 2006, 26 p. [En ligne : www.dcn.ed.ac.uk/clots/clots_lite/clots_lite_forms/CLOTSLITEprotocol030206formattingchanges.pdf]

porielle du patient toutes les quatre heures au cours des 48 premières heures suivant l'AVC, et ensuite selon le protocole. Pourquoi ? Parce que le métabolisme de base augmente en cas de fièvre, ce qui accélère la vitesse de détérioration des neurones. Une prise régulière de la température permettrait de limiter les risques de diminution de la pénombre (zone d'ischémie cérébrale réversible où les cellules peuvent être sauvées par un traitement médical rapide). Dans les cas où la température excéderait 37,5°C, la fréquence des vérifications sera augmentée et la prise de mesures antipyrétiques amorcée. Si toutefois la température était supérieure à 38°C, on recommande de rechercher un possible foyer d'infection.

La tension artérielle, la saturation en oxygène et la fréquence cardiaque doivent aussi faire l'objet de vérifications avant toute mobilisation au cours des trois jours suivant un AVC. Si une baisse de la tension artérielle de plus de 30 mmHg est enregistrée durant une tentative de mobilisation, on devra interrompre la tentative. Si cette baisse survient au cours de trois tentatives consécutives, une investigation médicale plus poussée est requise.

La mobilisation du patient est recommandée au cours des 24 premières heures après le début des symptômes d'AVC à moins que le patient ne présente l'une des contre-indications suivantes : une saturation en oxygène dans le sang inférieure à 92% même avec supplémentation, une fréquence cardiaque au repos inférieure à 40 ou supérieure à 110 battements par minute et une température corporelle supérieure à 38,5°C. Les patients à qui l'on a administré un traitement antiplaquettaire peuvent être mobilisés si le médecin traitant le permet.

La planification du congé des victimes d'un AVC aigu doit reposer sur une évaluation initiale rigoureuse de leurs besoins. La rééducation intestinale et urinaire après un AVC, les soins à apporter en cas de dysphagie et l'enseignement ont aussi figuré parmi les aspects abordés dans le cadre de cet atelier. ■

> CLOPIDOGREL



J'ai lu avec intérêt l'article « Antiulcéreux ou antiagrégants plaquettaires » (mai/juin 2010). Ce sujet plus qu'actuel suscite un débat parmi les scientifiques et de nombreux articles en font foi. Dans ce contexte, j'aurais aimé voir citer certaines références, particulièrement les résultats de l'étude de Kwok et Loke concernant la mortalité associée à la combinaison du clopidogrel et d'un inhibiteur de la pompe à protons (IPP). En effet, cette méta-analyse ne révèle aucune différence significative quant à la mortalité associée à l'usage concomitant de ces deux molécules. Résultats semblables d'ailleurs que reprennent l'étude COGENT publiée par Bhatt et collaborateurs et citée par Khawaja, et celle de O'Donoghue.

On peut lire dans *Perspective infirmière* que le traitement aux IPP serait déconseillé chez les patients qui reçoivent du clopidogrel. À ce propos, j'aimerais mentionner qu'en 2008, l'American College of Cardiology, l'American College of Gastroenterology et l'American Heart Association ont recommandé de poursuivre cette association médicamenteuse. Par contre, la Food and Drug Administration a effectivement recommandé d'évaluer soigneusement la pertinence d'administrer concomitamment le clopidogrel et un IPP chez certains patients. Toutefois, cette recommandation ne concerne qu'un seul inhibiteur de la pompe à protons, l'oméprazole.

Il faut également ajouter que d'autres médicaments qui utilisent l'inhibiteur de l'enzyme CYP2C19 peuvent avoir des effets semblables. Il s'agit en autres de Tagamet®, Diflucan®, Nizoral®, Prozac® et Ticlid®. En mars 2010, après avoir fait une revue de la littérature sur ce sujet, l'équipe du Dr Jackevicius a insisté sur l'importance de réaliser des études prospectives et de rester prudent en attendant de nouvelles données probantes sur le sujet.

Bruno Pilote, inf., M.Sc.

Professeur au département des soins infirmiers du Cégep de Sainte-Foy
Chargé de cours à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval
Étudiant au doctorat en sciences infirmières

Références :

- American Heart Association (AHA). American College of Cardiology (ACC)/American College of Gastroenterology (ACG)/American Heart Association (AHA) Joint Comment on studies regarding possible interaction of clopidogrel and proton pump inhibitors, 11 nov. 2008. [En ligne : <http://americanheart.mediaroom.com/index.php?s=43&item=611>] (Page consultée le 10 mai 2010.)
- American Heart Association (AHA). American College of Cardiology/American Heart Association Comment on the FDA Public Health Advisory regarding a drug interaction between clopidogrel and omeprazole, 17 nov. 2009. [En ligne : <http://americanheart.mediaroom.com/index.php?s=43&item=896>] (Page consultée le 10 mai 2010.)
- Khawaja, O. et M.H. Al-Mallah. « Safety of concomitant use of proton pump inhibitors and clopidogrel », *The American Journal of Medicine*, vol. 123, n° 4, avril 2010, p. e11.
- Kwok, C.S. et Y.K. Loke. « Meta-analysis: the effects of proton pump inhibitors on cardiovascular events and mortality in patients receiving clopidogrel », *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, vol. 31, n° 8, avril 2010, p. 810-823.
- Liu, T.J. et C.A. Jackevicius. « Drug interaction between clopidogrel and proton pump inhibitors », *Pharmacotherapy*, vol. 30, n° 3, mars 2010, p. 275-289.
- O'Donoghue, M.L., E. Braunwald, E.M. Antman, S.A. Murphy, E.R. Bates, Y. Rozenman et al. « Pharmacodynamic effect and clinical efficacy of clopidogrel and prasugrel with or without a proton-pump inhibitor: an analysis of two randomised trials », *Lancet*, vol. 374, n° 9694, 19 sept. 2009, p. 989-997.

Ndlr :

> **Merci M. Pilote pour ces renseignements. En août 2009, Santé Canada publiait des Renseignements importants en matière d'innocuité concernant le Plavix (clopidogrel). Nous avons voulu faire écho à cette publication intitulée Interaction potentielle entre les inhibiteurs de la pompe à protons et Plavix®. La chronique PHARMACOVIGILANCE s'adresse d'abord aux infirmières qui exercent en milieu clinique et nous croyons qu'elles doivent être informées des risques d'interactions potentielles entre ces deux médicaments.**

Vous avez des commentaires, des questions, des suggestions, n'hésitez pas à nous écrire ou à nous transmettre vos courriels à : revue@oiiq.org. Vos lettres pourraient être éditées et raccourcies pour les besoins de la publication.