

Un aperçu des différents AVC et du parcours du patient

Qu'est ce qu'un AVC ?

L'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) est une lésion du cerveau résultant de l'obstruction (infarctus) ou de la rupture (hémorragie) d'un vaisseau, le plus souvent une artère.

Quels sont les premiers symptômes et que faire devant une suspicion d'AVC ?

Les premiers symptômes sont préférentiellement une paralysie ou un trouble de sensibilité d'un côté du corps, un trouble visuel, un trouble du langage, un mal de tête de survenue brutale.

En cas de suspicion d'AVC, il faut toujours appeler le 15 (SAMU). Un régulateur orientera la personne vers l'unité neuro vasculaire (UNV) de proximité. **L'admission en UNV est une urgence.**

L'AVC grave

Il est rare. Le patient présente parfois un coma. **Dans un premier temps, il est adressé vers le service d'urgence, puis de réanimation.** Il existe un risque vital pour les plus graves. La durée du coma est peu prévisible.

La seconde phase est celle de la rééducation active, qui dure plusieurs mois. Elle est obligatoire et difficile. Les patients peuvent présenter une hémiplégie, des troubles de la perception (sensibilité, vision) et des troubles intellectuels (aphasie, négligence de l'espace et du corps). Ils bénéficient au mieux de la rééducation motrice (kinésithérapie), du langage (orthophonie), de la mémoire et de l'attention

(neuropsychologie), de l'autonomie dans la vie quotidienne (ergothérapie). La récupération de l'autonomie (marche, toilette, habillage) est lente. Elle est perturbée par un manque de participation et une fatigabilité. Généralement, les troubles s'atténuent avec le temps et il est un jour possible d'envisager une sortie hospitalière progressive, avec des permissions de week-end qui permettent de tester le comportement au domicile.

La troisième phase commence à partir du retour au domicile, qui a été préparé mais est également difficile. C'est à ce stade que l'entourage perçoit mieux les difficultés résiduelles et notamment celles qui sont liées aux troubles moteurs, perceptifs et intellectuels. Des troubles de l'humeur sont fréquents (dépression).

Les troubles intellectuels et comportementaux pourront justifier une prise en charge dans une structure médico-sociale spécialisée.

L'AVC de sévérité moyenne

Il est le plus fréquent et relève aussi de l'UNV après un passage aux urgences. Les déficiences sont dominées par la paralysie, les déficits perceptifs et cognitifs (langage, attention, mémoire).

Là encore, il y a besoin d'une rééducation, mais celle-ci est plus courte (2-3 mois). Un retour au domicile est envisagé plus facilement. Mais des difficultés motrices, cognitives et de l'humeur sont fréquentes. Elles vont souvent perturber le cercle familial.

L'AVC moins grave

Les patients sont également hospitalisés en milieu neurologique spécialisé. Ils regagnent le domicile et leur réintégration sociale est théoriquement plus facile. Mais des difficultés peuvent quand même se manifester, qui perturbent la vie sociale.

Les séquelles des AVC

Dans tous les cas, l'AVC constitue un bouleversement dans la vie d'une personne et de ses proches. Les séquelles sont très variables d'un cas à l'autre, en qualité et intensité.

Les plus fréquentes et invalidantes concernent les fonctions motrices (hémiplégie, spasticité), perceptives (troubles sensitifs, amputation du champ visuel) et intellectuelles (lenteur, perte d'initiative, troubles du langage, négligence de l'espace, troubles de mémoire, impulsivité, irritabilité), mais aussi l'esthétique. Il peut également s'agir de crises épileptiques. La personnalité est souvent modifiée. Il y a fréquemment des phénomènes dépressifs.

Ces troubles retentissent sur l'autonomie et la vie domestique et sociale. Le patient devient dépendant de son entourage dans les activités de vie quotidienne personnelles (alimentation, toilette, habillage, parfois transferts et déplacements) et surtout instrumentales (préparation des repas, travaux domestiques, sorties, transports, courses, rencontres sociales, loisirs, conduite automobile, activité professionnelle). Les relations dans le couple sont perturbées, y compris sur le plan sexuel.

L'accident ischémique transitoire : AIT

Il se caractérise par des déficits transitoires, qui peuvent être une paralysie, des troubles de la sensibilité, de la vision, du langage, de l'équilibre. Tout ceci est transitoire, mais est un signe d'alerte d'un AVC véritable, décrit précédemment. De ce fait, **l'AIT constitue toujours une urgence et justifie une hospitalisation immédiate en UNV.** Ceci permet d'éviter quatre fois sur cinq un infarctus cérébral.

La prise en charge dans notre région

La prise en charge initiale

Elle se fait par le SAMU, qui oriente le patient vers une UNV de la région (Lille CHRU, Lomme St Philibert, Roubaix, Lens, Béthune, Boulogne, Calais, Dunkerque, Valenciennes et Maubeuge) ou vers la neurochirurgie (Lille et Valenciennes).

La rééducation

Elle s'effectue dans des centres de Soins de suite-MPR neurologiques pour adultes et enfants, dans chaque bassin de vie régional (*voire plaquette des centres*).

Pour les patients dont l'évolution est lente avec un coma prolongé existant des **structures d'éveil**. Si l'état de veille sans conscience (état végétatif) se poursuit, le patient est orienté vers un service d'accueil pour état végétatif chronique ou paucirelationnel.

Les structures médico-sociales

On citera pour les adultes les UEROS (Berck, Lille), Au près TC (La Bassée), les SAMSAH et les FAM, et pour les enfants les SESSD et les IEM (*voire plaquette des centres*).

L'orientation vers ces structures dépend de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). Un dossier spécial doit être constitué avec l'aide de l'assistante sociale du CCAS ou d'un établissement et du médecin.

La MDPH doit être sollicitée pour les prestations sociales : allocation adultes handicapés, carte d'invalidité, et carte de stationnement.

Le suivi au long cours

Après le retour au domicile, il y a nécessité d'un suivi spécialisé de tous les problèmes médicaux et sociaux. Des consultations de suivi ont été mises en place par le **Réseau TC-AVC 59-62** dans chaque centre de rééducation de la région.

Le réseau TC-AVC 59-62

Son objectif est l'évaluation et la prise en charge multidisciplinaires des personnes cérébrolésées (notamment TC et AVC) et de leur famille, à tous les stades de l'évolution.

Pour un avis spécialisé, il faut solliciter la personne référente de la consultation proche du domicile (*voir plaquette des centres*), ou téléphoner au secrétariat du réseau :

03 20 44 58 12. Ou écrire : Réseau TC-AVC USNB, CHRU, 6 Rue du Professeur Laguesse, 59037 Lille cedex.

Les professionnels prendront contact avec **Marie-Christine Liné**, coordinatrice du réseau: (mcline.rtcavc5962@gmail.com).



Le réseau est financé dans le cadre du FIR et du Plan AVC

Version du 6 octobre 2014

R-TC-AVC

Réseau de la cérébrolésion



L'accident vasculaire cérébral (AVC) :

Quelques explications pour les patients, leurs accompagnants et les acteurs sociaux

