

Création : Octobre 2003
Auteurs : B. Guillon (Nantes)
ML. Chadenat (Paris)

PRISE EN CHARGE D'UNE HYPERTHERMIE À LA PHASE AIGÜE D'UN AVC

Modification :

Les études cliniques ont montré que l'hyperthermie est de mauvais pronostic lors d'un AVC¹. Une métaanalyse de 9 études (3 790 patients ayant un AVC) suggère une augmentation de mortalité (OR 1,19; IC 95 % : 0,99-1,43) dans le groupe des patients hyperthermiques par rapport aux normothermiques². Expérimentalement, l'hyperthermie accroît la taille d'un infarctus cérébral³.

Symptôme fréquent, la fièvre est présente initialement chez 25 à 43 % des patients ayant un AVC. Elle témoigne le plus souvent d'une complication secondaire, en premier lieu la pneumopathie de déglutition et l'infection urinaire.

Il n'y a pas d'essais contrôlés sur l'efficacité du traitement antipyrétique à la phase aiguë des AVC, mais il est recommandé de maintenir en normothermie chez les patients souffrant d'AVC et donc de faire baisser la température en cas d'hyperthermie⁴.

Définition de l'hyperthermie

Température corporelle > 37,5 °C (2 relevés à 30 min d'intervalle).

Surveillance de la température corporelle

Toutes les 6 heures durant la phase aiguë.

Les grands cadres étiologiques

Fièvre secondaire à une complication

Elle est fréquente, et peut survenir dans les 48 premières heures⁵ :

- Causes infectieuses : pneumopathie, bronchite, sinusite, infection urinaire, pyélonéphrite, lymphangite, septicémie...
- Phlébite et embolie pulmonaire.
- Allergie (antibiotique, héparine, produit de contraste...).

AVC fébrile d'emblée

Éliminer une complication précoce (cf. "Fièvre secondaire à une complication"), puis rechercher :

- Endocardite.
- Thrombophlébite contiguë à un foyer infectieux.
- Infarctus dans le cadre d'une artérite cérébrale.

Cause centrale = diagnostic d'élimination

Dans environ 30 %, la cause de la fièvre est inconnue, possiblement centrale, elle s'associe avec une plus grande fréquence aux accidents massifs et notamment hémorragiques (surtout lors d'inondation ventriculaire), et répond mal aux antipyrétiques⁶.

Hémorragie sous-arachnoïdienne et vasospasme s'accompagnent fréquemment d'une hyperthermie.

Traitement

Traitement symptomatique

- Paracétamol IV (PERFALGAN), 1g en 1h, à renouveler jusqu'à 4 g/j, en fonction de l'évolution de la température (surveillée toutes les 6 h).
- Si besoin, vessies de glace.

Traitement étiologique

Recherche et traitement de la cause (antibiothérapie adaptée au germe,...)

Traitement préventif

Prévention des infections, de la phlébite,...

RÉFÉRENCES

1. Castillo J, Davalos A, Marrugat J, Noya M. Timing for fever-related brain damage in acute ischemic stroke. *Stroke*. 1998;29:2455-2460.
2. Hajat C, Hajat S, Sharma P. Effects of Poststroke Pyrexia on Stroke Outcome : A Meta-Analysis of Studies in Patients. *Stroke*. 2000;31:410-414.
3. Boysen G, Christensen H. Stroke severity determines body temperature in acute stroke. *Stroke*. 2001;32(2):413-417.
4. Hacke W, Kaste M, Skyhoj Olsen T, Bogousslavsky J, Orgogozo JM. Acute treatment of ischemic stroke. European Stroke Initiative (EUSI). *Cerebrovasc Dis*. 2000;10(suppl3):22-33.
5. Grau AJ, Buggle F, Schnitzler P, Spiel M, Lichy C, Hacke W. Fever and infection early ischemic stroke. *J Neurol Sci*. 1999;15;171(2):115-120.
6. Reith J, Jorgensen HS, Pedersen PM. Body temperature in acute stroke : relation to stroke severity, infarct size, mortality, and outcome. *Lancet*. 1996;17;347(8999):422-425.