



---

*L'annonce en français suit*

On behalf of Patrice Lindsay RN, PhD, Director of Stroke, Heart & Stroke, we are pleased to share the following announcement:

**New releases from the Canadian Stroke Best Practice Recommendations for acute stroke management and acute stroke management during pregnancy**

An important update and a new consensus statement have been released for the Heart & Stroke Canadian Stroke Best Practice Recommendations (CSBPR). Acute Stroke Management: Prehospital, Emergency Department, and Acute Inpatient Stroke Care as well as a new consensus statement on Acute Stroke Management during Pregnancy are now available.

The CSBPR for **Acute Stroke Management** address the first hours and days after stroke occurs, starting with the onset of stroke signs and symptoms through to discharge from the emergency department or acute inpatient care. This module combines what was formerly two separate modules on hyperacute stroke care and acute inpatient stroke care, and contains several significant changes based on recent emerging research evidence. The acute stroke management writing group chairs are Jean-Martin Boulanger and Kenneth Butcher.

Important changes and updates to these recommendations:

- A two-step screening is now recommended by paramedics on scene to determine both likelihood of stroke and stroke severity;
- An expanded role for advanced imaging for patient selection for patients arriving outside the 6 hour time window;
- Based on recently published DAWN and DEFUSE3 clinical trials, the window for a highly selected group of patients with large ischemic strokes to receive **endovascular thrombectomy has been increased to up to 24 hours** after last known to be well;
- New clinical considerations have been added for acute intravenous thrombolysis treatments for a highly selected group of **people with stroke of unknown time of onset** with lapse time (the time between when someone was last seen normal to the when they were seen experiencing symptoms or they woke up) beyond the 4.5 hour time window.
- New recommendations have been developed for use of **dual antiplatelet therapy** during the initial post-stroke period, based on recently released POINT clinical trial results.

A new consensus statement on **acute stroke management during pregnancy** is the second of a two-part series on stroke in pregnancy (part one focused on [prevention of recurrent stroke in pregnancy](#)). It addresses stroke during pregnancy or in the postpartum period (generally including the first 12 weeks post-delivery), which is a devastating event for new parents and their families. Noor Ladhani and Richard Swartz chair the stroke in pregnancy writing group.

Key considerations when a stroke occurs in pregnancy are included consensus statement:

- A standardized approach to coordinated care is essential for investigation, diagnosis, and intervention planning.
- Factors to consider include the timing of stroke within the pregnancy, stroke severity, expected maternal outcomes, and the known or theoretical impact of decisions and interventions on the fetus.
- Whenever possible, the same decisions for acute treatment and management should be considered for a woman who is pregnant. Maternal health should be the priority and delays or deferral of critical steps in diagnosis and life-saving care due to pregnancy should be minimized.

Revised CSBPR for [Acute Stroke Management](#) and the consensus statement on [Acute Stroke Management during Pregnancy](#) have been published in the International Journal of Stroke and are part of the sixth edition of the Heart & Stroke Canadian Stroke Best Practice Recommendations.

Click [here](#) to access the methodology on the CSPBR website.

### **New Resources to support Implementation of the CSPR:**

- As part of this update to Acute Stroke Management, a new [training video](#) has been produced using the Canadian Neurological Scale. The link has been added to our webinar series pages in the Resources section of the SBP website.
- All supporting materials for both the acute stroke module and the acute stroke in pregnancy consensus statement including implementation resources and performance measures are available at [www.strokebestpractices.ca](http://www.strokebestpractices.ca).

---

Au nom de Patrice Lindsay, inf. aut., Ph. D., directrice de l'AVC à Cœur + AVC, nous sommes heureux de vous annoncer ce qui suit.

### **Annnonce sur la prise en charge de l'AVC en phase aiguë et la prise en charge de l'AVC en phase aiguë pendant la grossesse**

Les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* (les « Recommandations ») ont fait l'objet d'une mise à jour importante et compte maintenant un nouvel énoncé de consensus. Ainsi, les sections sur les soins en milieu préhospitalier, au service des urgences et chez le patient hospitalisé de la prise en charge de l'AVC en phase aiguë ont été révisées; et les Recommandations comprennent maintenant un énoncé de consensus sur la prise en charge de l'AVC en phase aiguë pendant la grossesse.

Ces lignes directrices sur la **prise en charge de l'AVC en phase aiguë** traitent des premières heures et des jours suivant un AVC, dès l'apparition des signes et symptômes jusqu'au congé du service des urgences ou de l'unité de soins actifs. Ce module réunit deux anciens modules distincts portant sur les soins de l'AVC en phase hyperaiguë ainsi que sur les soins de l'AVC en phase aiguë chez le patient hospitalisé. Il contient plusieurs changements non négligeables fondés sur des

données probantes issues de travaux de recherche émergents. Les présidents du groupe de rédaction sur la prise en charge de l'AVC en phase aiguë sont Jean-Martin Boulanger et Kenneth Butcher.

Des changements et des mises à jour importantes ont été faites aux recommandations :

- Un dépistage en deux étapes est recommandé aux ambulanciers paramédicaux pour évaluer s'il s'agit bien d'un AVC et, le cas échéant, en connaître la gravité.
- Le rôle de l'imagerie de pointe a été élargi dans la sélection des patients admis tardivement, dépassant la fenêtre temporelle de 6 heures.
- En fonction des essais cliniques DAWN et DEFUSE3, récemment publiés, pour un groupe de patients ayant subi un grave AVC ischémique rigoureusement sélectionnés, la fenêtre temporelle pour subir une thrombectomie endovasculaire a été augmentée à 24 heures depuis la dernière fois où le patient a été vu en bonne santé.
- De nouveaux facteurs cliniques ont été ajoutés relativement au traitement de la thrombolyse par voie intraveineuse en phase aiguë chez des **patients dont l'heure du début des symptômes d'AVC est inconnue** et dont le délai (entre la dernière fois que le patient a été vu dans un état normal et l'apparition de symptômes ou l'éveil) dépasse la fenêtre temporelle de 4,5 heures.
- En fonction des résultats de l'essai clinique POINT, récemment publié, de nouvelles recommandations ont été formulées au sujet de l'administration d'une **bithérapie antiplaquettaire** au cours de la période post-AVC initiale.

En outre, le nouvel énoncé de consensus qui a été publié sur la **prise en charge de l'AVC en phase aiguë pendant la grossesse** constitue la deuxième d'une série de deux parties portant sur l'AVC pendant la grossesse (la première partie portait principalement sur la prévention

#### **des AVC récurrents pendant la grossesse**

). L'énoncé aborde la question de l'AVC pendant la grossesse et pendant la période postnatale (généralement au cours des douze premières semaines suivant l'accouchement), un événement dévastateur pour les nouveaux parents et leur famille. Ce sont Noor Ladhani et Richard Swartz qui dirigent le groupe de rédaction de l'énoncé sur l'AVC pendant la grossesse.

L'énoncé de consensus présente des considérations importantes auxquelles accorder une attention particulières lorsqu'un AVC survient pendant la grossesse :

- Une approche normalisée en matière de coordination des soins est essentielle à l'évaluation, au diagnostic et à l'élaboration du plan d'intervention.
- Plusieurs facteurs doivent être pris en compte, comme le moment de survenue de l'AVC, la gravité de l'affection, les résultats attendus relatifs à la mère, ainsi que l'incidence connue ou théorique de certaines décisions ou interventions sur le fœtus.
- Dans la mesure du possible, les mêmes décisions doivent être prises chez la femme enceinte pour ce qui est du traitement et de la prise en charge en phase aiguë. La priorité est accordée à la santé maternelle, et il faut éviter de retarder ou de reporter le diagnostic ou les soins d'importance vitale en raison de la grossesse.

La révision des recommandations portant sur la [prise en charge de l'AVC en phase aiguë](#) et le nouvel énoncé de consensus sur la [prise en charge de l'AVC en phase aiguë pendant la grossesse](#) ont paru dans l'*International Journal of Stroke* et font partie de la sixième édition des Recommandations.

Cliquez [ici](#) pour accéder à la méthodologie du site Web des Recommandations.

De nouvelles ressources peuvent aider à appliquer les Recommandations :

- Une [vidéo](#) de formation sur l'Échelle neurologique canadienne a été conçue dans le cadre de la mise à jour. Pour y accéder, rendez-vous à la section « Ressources » du site Web des Recommandations ([pratiquesoptimalesAVC.ca](http://pratiquesoptimalesAVC.ca)), puis cliquez sur « Liste des webinaires ».
- Les documents afférents au module portant sur l'AVC en phase aiguë et à l'énoncé de consensus sur la prise en charge de l'AVC en phase aiguë pendant la grossesse, y compris les ressources de mise en œuvre et les mesures de rendement, sont également accessibles sur ce site.