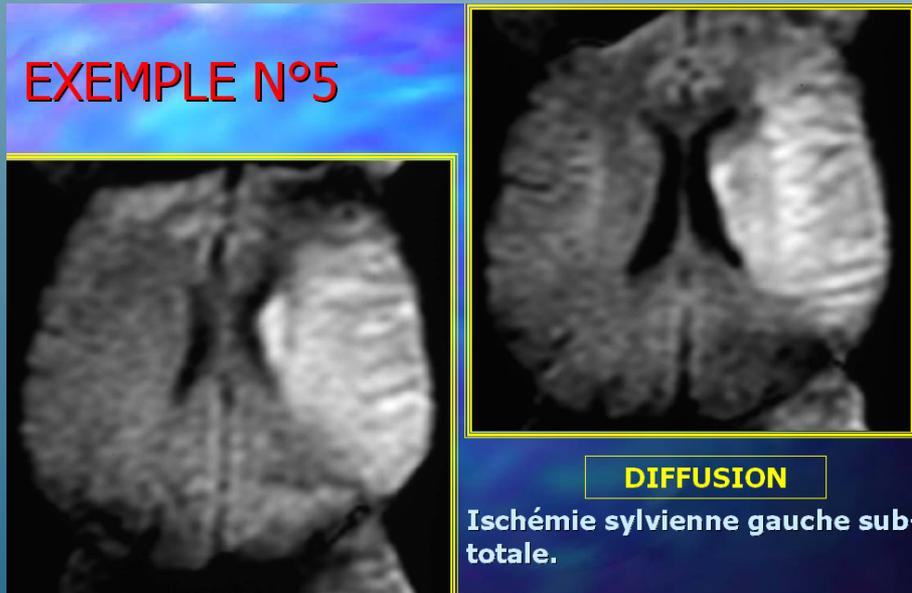


Principes des traitements des AVC ischémiques à la phase aiguë



Philippe Alla
Service de Neurologie
HIA Sainte-Anne Toulon
17/11/2011

Répartition des AVC

85%: infarctus cérébral

15%: hémorragie



- 10%: intraparenchymateuse
- 5%: méningée

Objectifs

Reconnaître l'AVC



**Transfert en urgence
en milieu spécialisé**



**Imagerie
(distinguer infarctus/hémorragie)**



**Traiter au plus vite
« *Time is brain* »**

=> **But:** limiter le handicap et diminuer la morbi-mortalité

Reconnaître l'AVC

Signes d'alerte

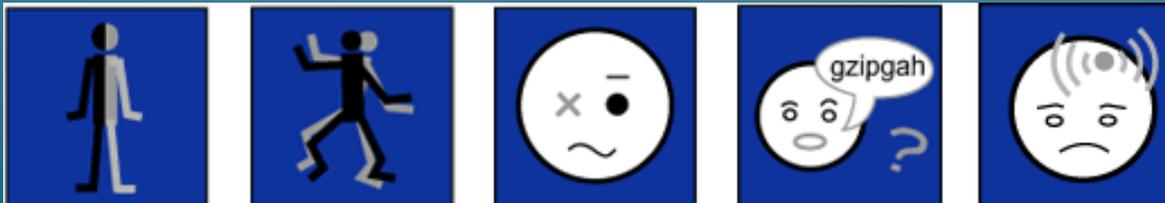
Carotidien

- Hémi, monoparésie/plégie
- Troubles sensitifs
- Aphasie
- Hémianopsie latérale homonyme
- Héminégligence

Vertébro-basilaire

- Diplopie, trouble oculomoteur
- Nystagmus, vertige
- Trouble de l'équilibre
- Trouble de la déglutition
- Dysarthrie, tétraparésie/plégie

=> Survenue brutale +++



Diagnostic différentiel

Épilepsie, paralysie de Todd

Migraine avec aura

Hypoglycémie

Infection

Tumeur

SEP

Malaise

Hystérie

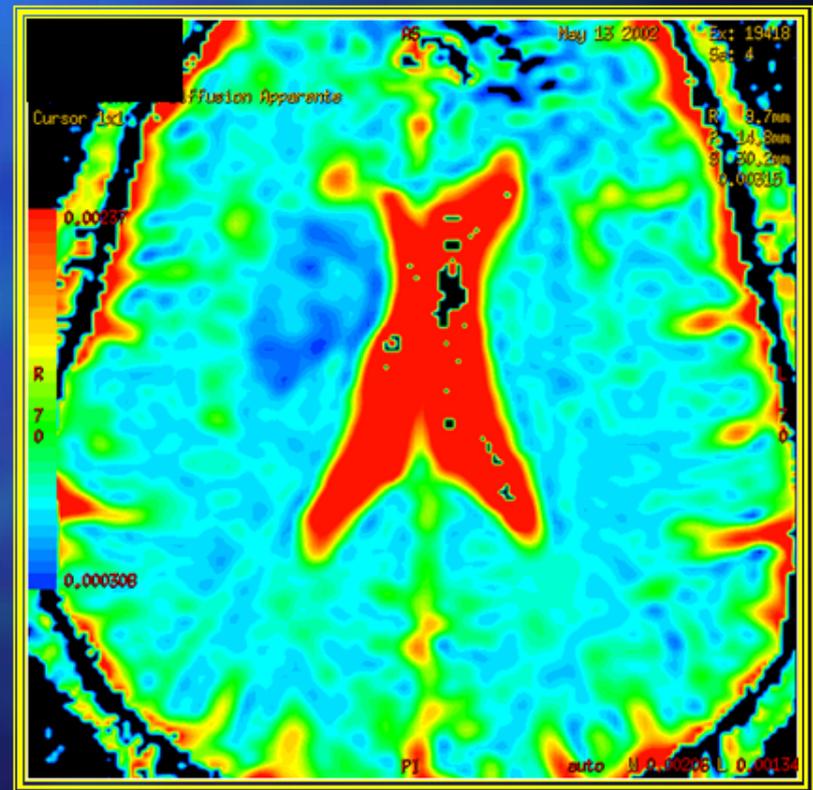
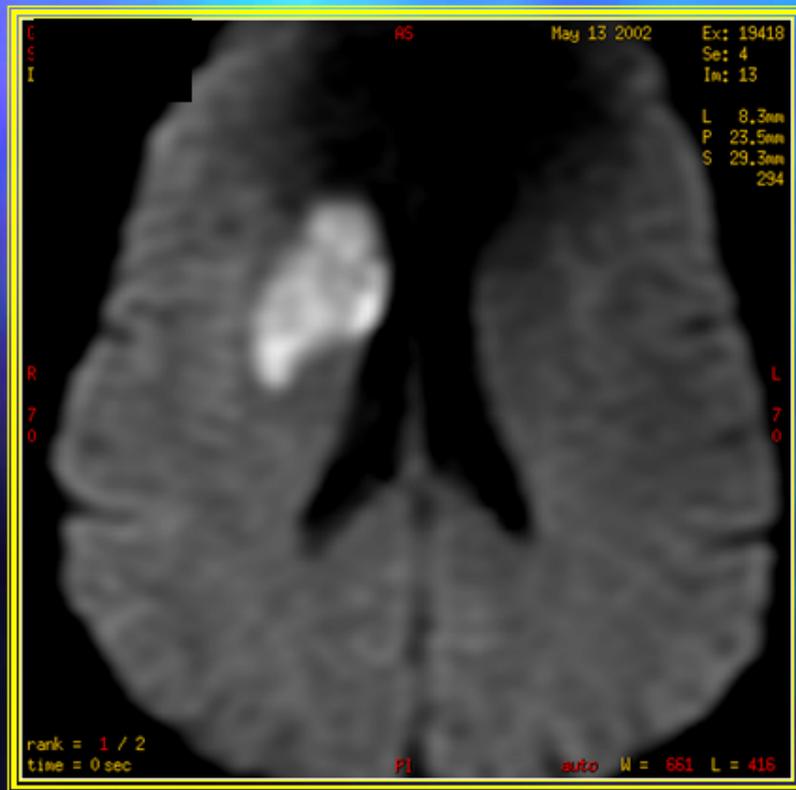
Avant le traitement...

- Est-ce le bon diagnostic ?
- Tout déficit neurologique brutal est considéré comme un AVC
- L'IRM simplifie les doutes diagnostiques (véritable ECG en pathologie neurovasculaire)
- Pièges: poussée de SEP (assez théorique)

Imagerie ultra précoce, notamment ischémie tronc cérébral; hypersignal cortical post crise épileptique (3T) Tumeur à début pseudo vasculaire

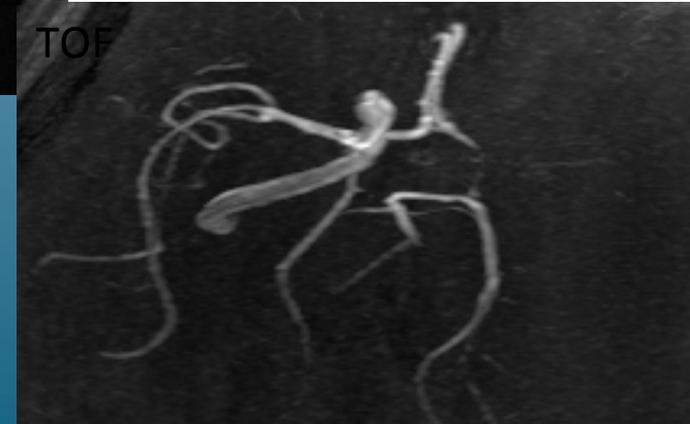
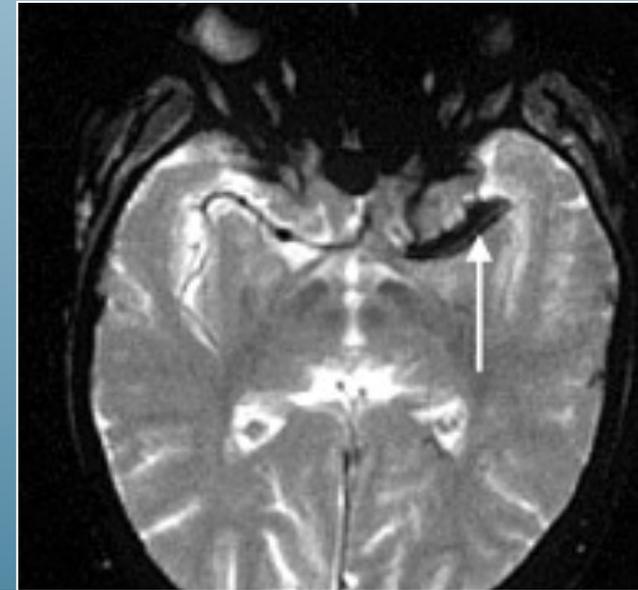
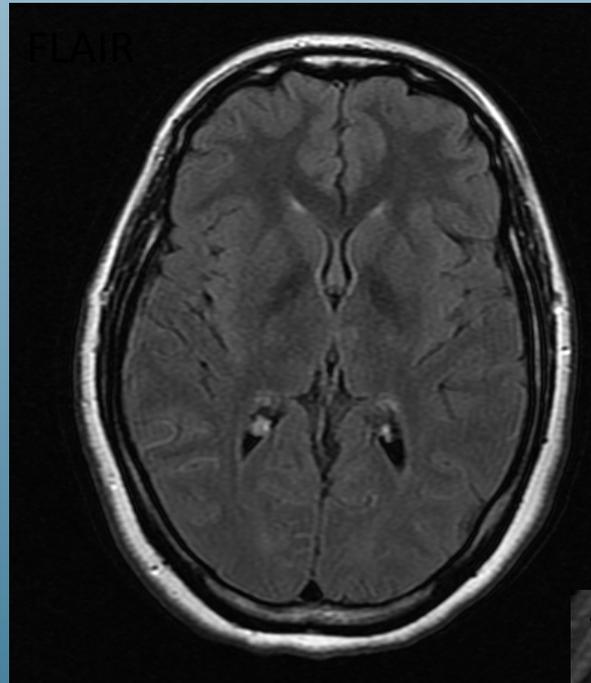
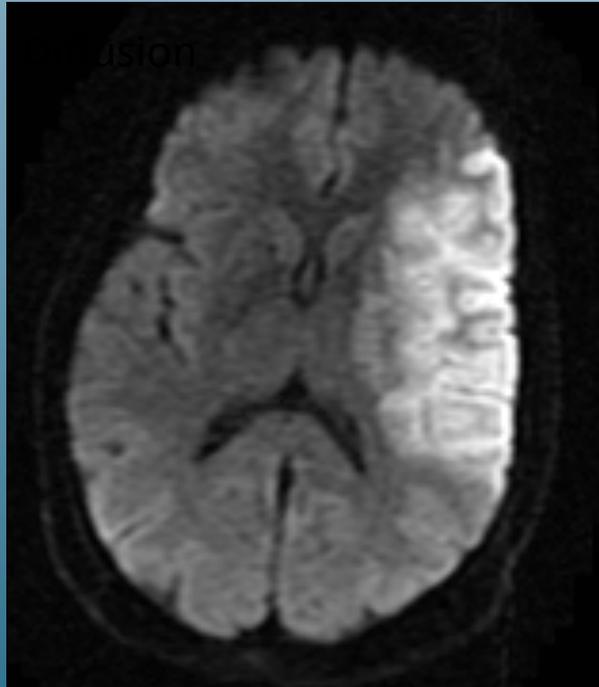
COEFFICIENT APPARENT DE DIFFUSION . ADC

- Réalisation d'une cartographie (logiciel Functool)



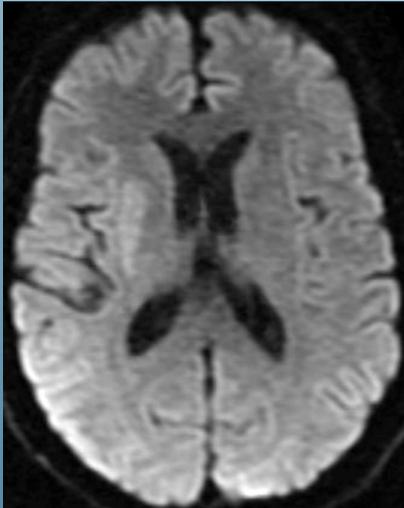
IRM phase aiguë

Durée de l'examen <10 minutes

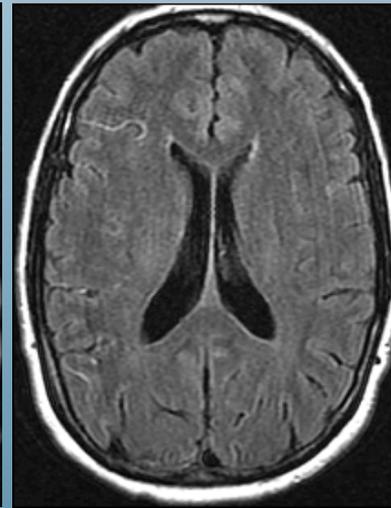


- Infarctus récent par occlusion de l'artère sylvienne gauche

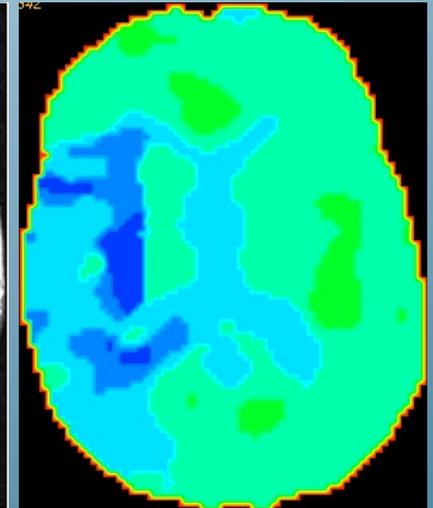
Concept de la pénombre



Diffusion



FLAIR



Perfusion

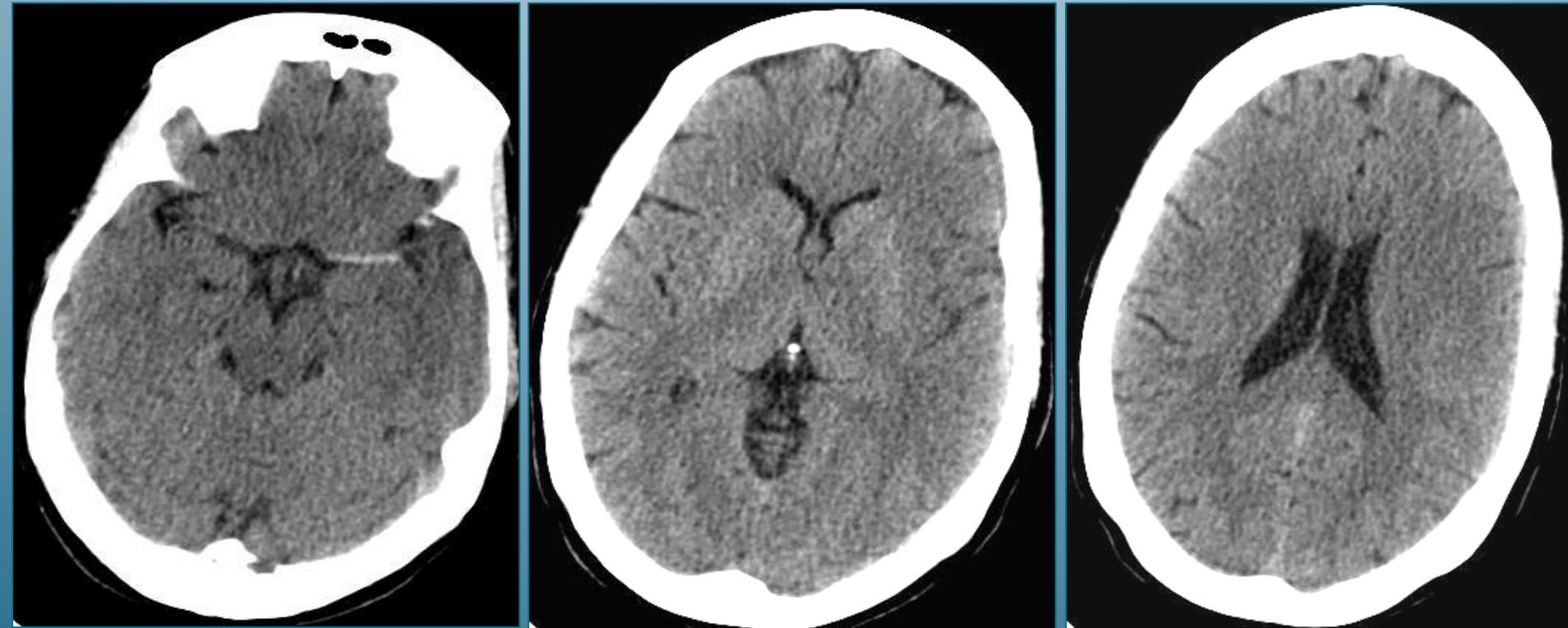


TOF

TDM cérébrale phase diagnostique

- Etude princeps NINDS avec TDM
- Majorité des patients traités après TDM
- Concept de « stroke mimics »
- Imagerie reste fondamentale car: CI à l'IRM, patients agités, non disponibilité de l'IRM
- Angioscanner des TSA: gold standard pour diagnostic étiologique

Scanner cérébral sans injection



- 1^{ère} information: pas d'hémorragie
- 2^{ème} information: signes précoces d'ischémie?

Signes précoces au scanner



« Trop belle sylvienne » ou artère sylvienne spontanément hyperdense



Effacement du noyau lenticulaire

Autres signes précoces



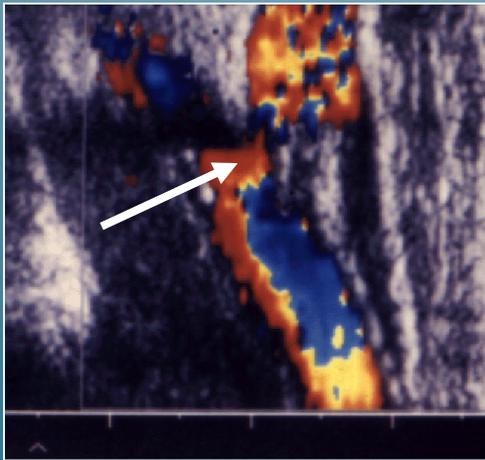
- Signes d'œdème:

- Effacement des sillons corticaux
- Effacement du ruban insulaire
- Dédifférenciation « blanc/gris »

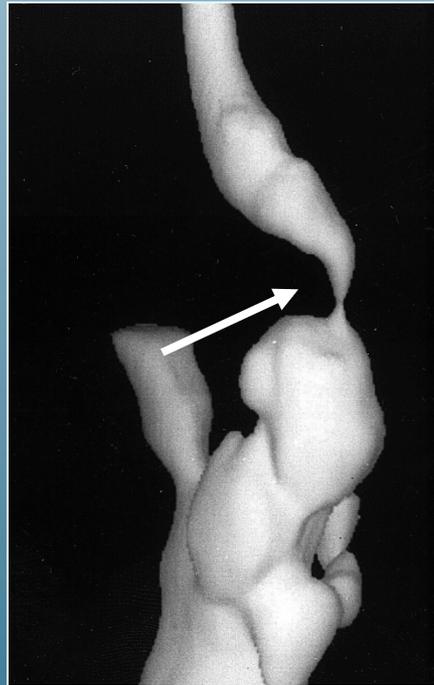


Sténose serrée de la carotide interne gauche

Evaluation par différentes techniques d'imagerie



Echographie-doppler
de la carotide



Angioscanner



ARM: Angiographie par
résonance magnétique

Choix thérapeutiques

- Antiagrégants plaquettaires: Aspirine
- Anticoagulants
- Thrombolytiques
- Thrombectomie
- Chirurgie carotidienne
- Angioplastie stenting
- Neurochirurgie
- antiHTA, antipyrétiques, insuline, statines, O₂
- UNV

Thrombolyse

- Le meilleur traitement disponible actuel des AVC ischémiques: thrombolyse IV
- Mais rapport bénéfice risque important donc conditions d'utilisation strictes
- Toutes les études récentes montrent que les meilleurs pronostics sont liés à la recanalisation de l'artère occluse d'où nouvelles techniques thérapeutiques thrombectomie/thrombolyse IA

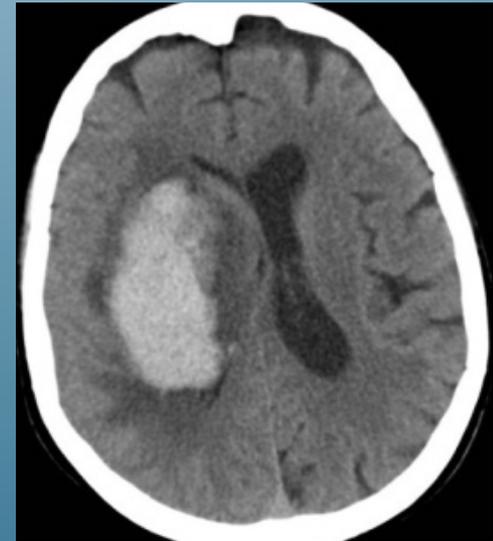
Thrombolyse

Rapport bénéfice/risque

rtPA



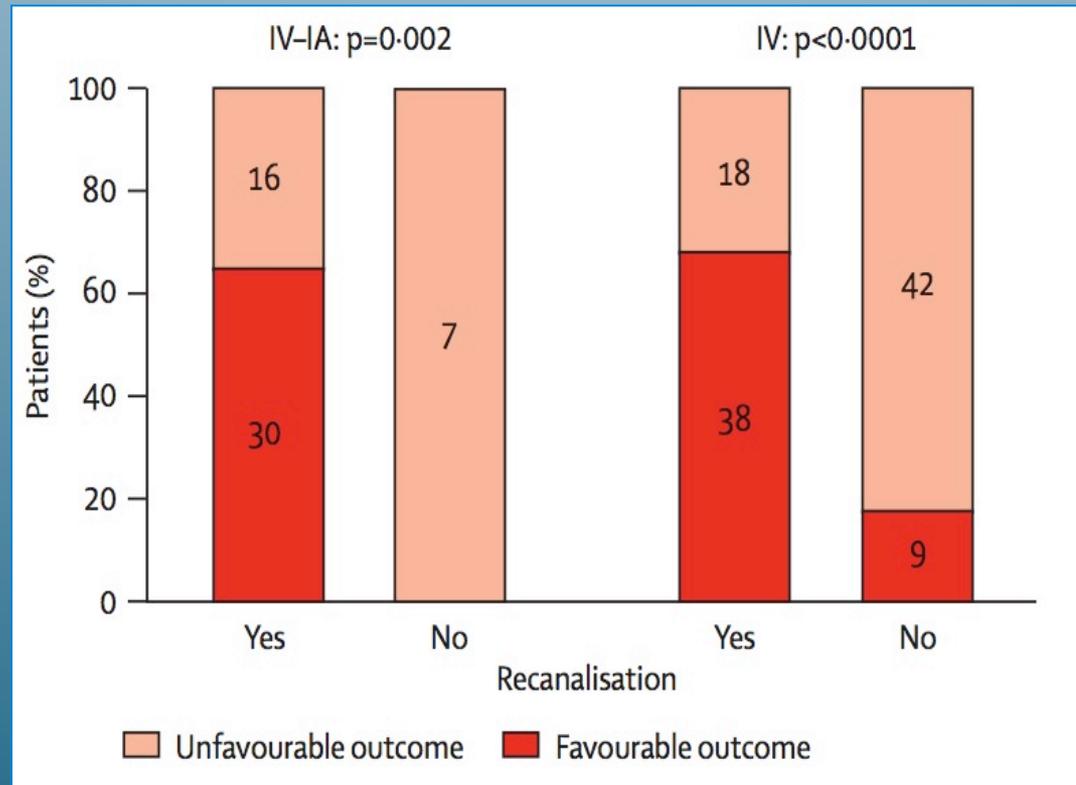
Recanalisation
artérielle
(**<50%**)



Risque
hémorragique
(**6-8%**)

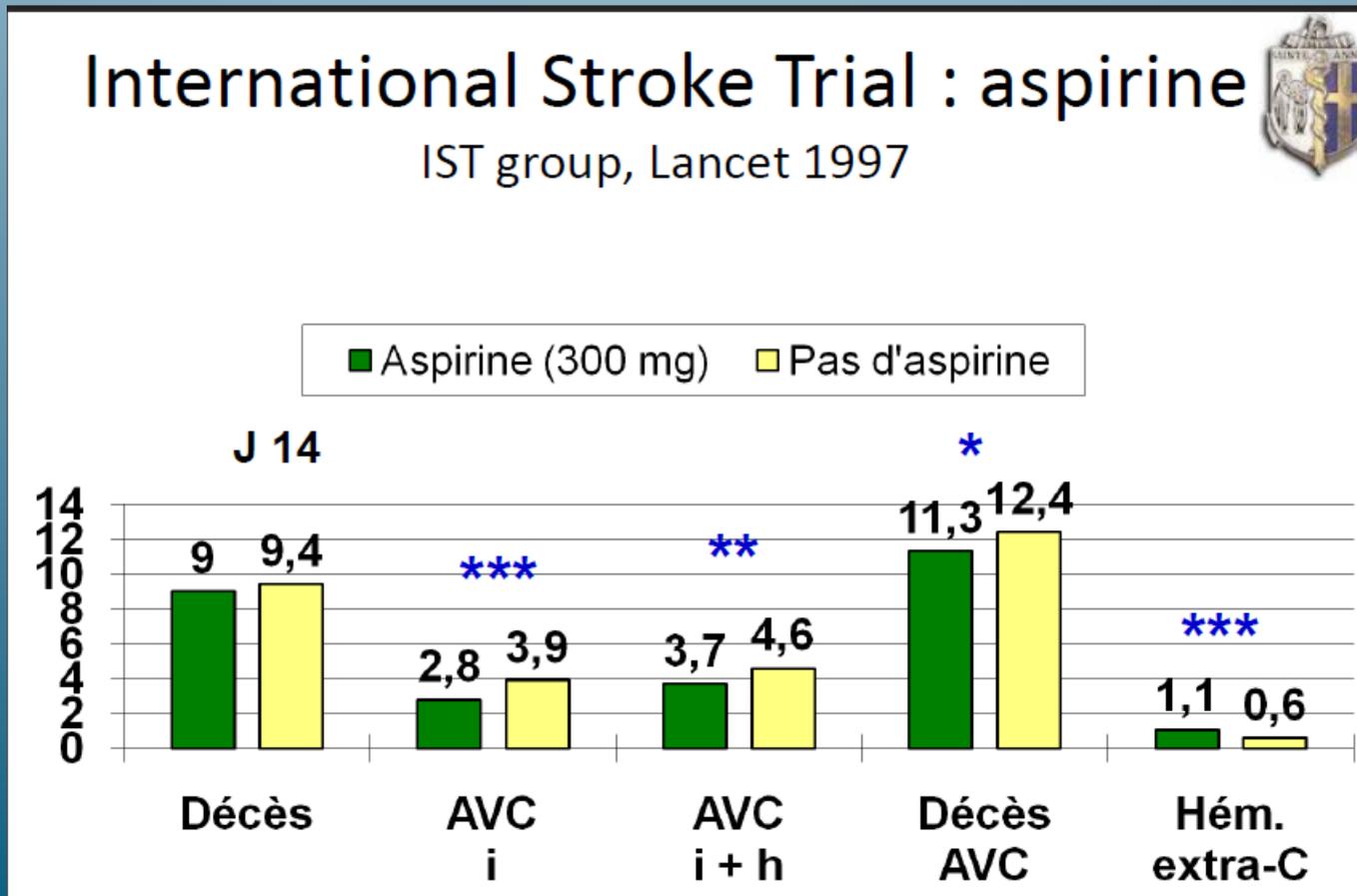
Importance de la recanalisation

Thrombolyse IV + IA



Alternatives à la thrombolyse

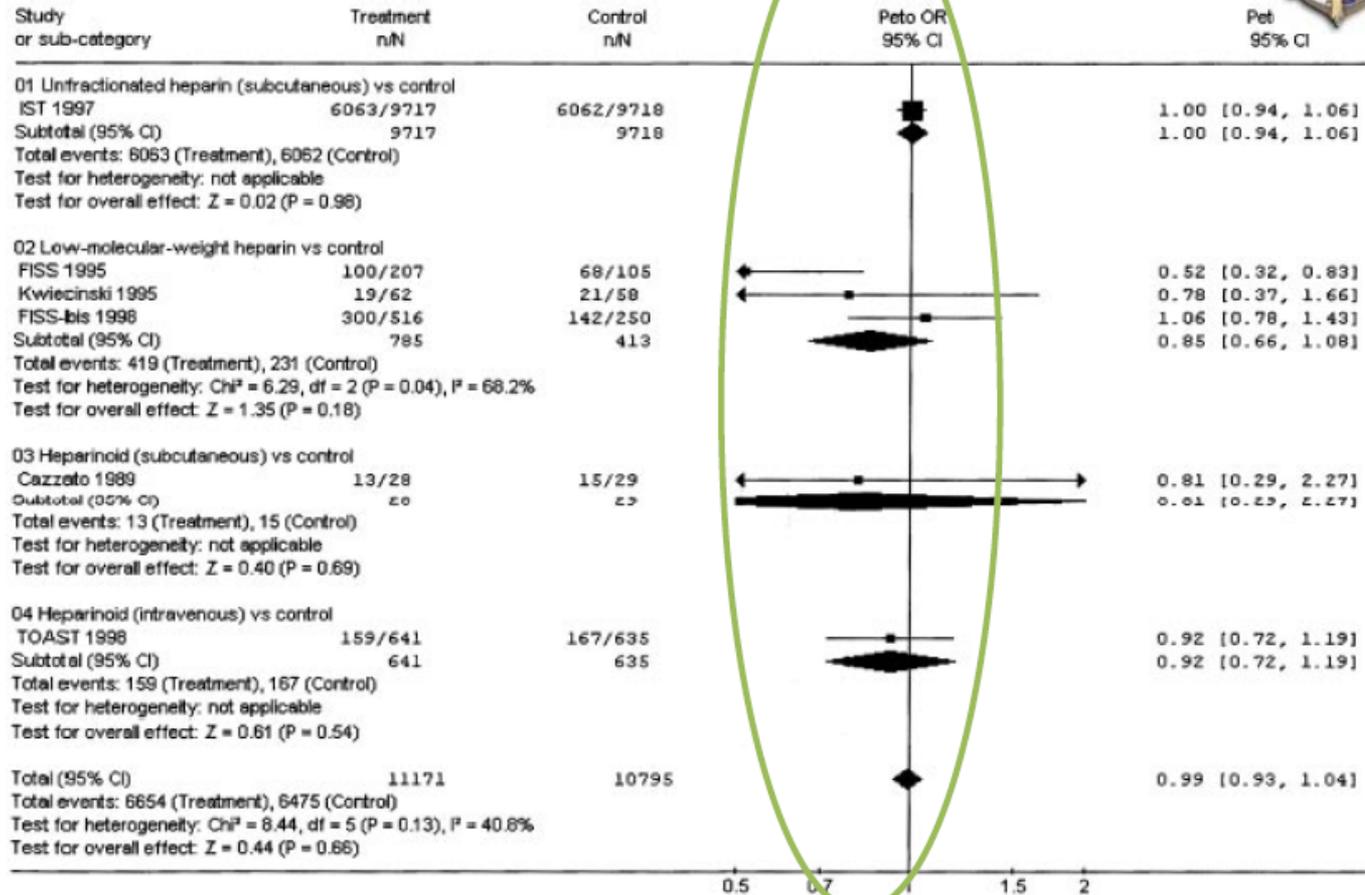
- Gold standard: ASPIRINE, entre 75 et 325 mg/j



Héparine

Anticoagulants vs controle

Méta-analyse: The Cochrane Library 2004



Héparine

- Indications + ou - consensuelles:
- Accidents cardio-emboliques (score NIH<16)
- Dissection artères TSA extracrâniennes
- Phlébite cérébrale
- AIT en salves, crescendo
- AVC ischémiques sous Aspirine
- Sténose carotide serrée dans l'attente de la chirurgie
- Thrombose tronc basilaire
- Post thrombolyse d'une thrombose sylvienne?

Pourquoi transférer en Unité neuro-vasculaire (UNV) ?

- Plus la **prise en charge** en UNV est **précoce**:
 - Meilleur sera le pronostic fonctionnel
 - Concerne également **les patients non thrombolysés ++**
- Réduction (indépendamment de la thrombolyse)
 - de la morbi-mortalité de 30 à 45%
 - et de la durée d'hospitalisation

En France: 5% des AVC bénéficient d'une prise en charge en UNV

Phase aiguë de l'infarctus: pression artérielle

- **RESPECTER l'hypertension artérielle sauf si:**
 - **PAS > 220 mmHg et/ou PAD > 120 mmHg**
 - **association à une pathologie nécessitant une prise en charge spécifique (OAP, dissection aortique)**
- Surveillance **horaire** au cours des 24 premières heures, puis toutes les 3-4 heures les jours suivants
- Rechercher un facteur déclenchant (globe vésical, douleur...)
- **Si thrombolyse: PA cible < 185/110 mmHg**

Conclusion

Nouveaux outils thérapeutiques prometteurs

Valeur à la hausse: thrombolyse IV,
thrombectomie mécanique, thrombolyse IA ,
chirurgie carotide précoce

Stable: aspirine, UNV

En baisse: héparine, autres anticoagulants,
neurochirurgie