

A votre avis

- Vous recevez à 15h un appel d'un patient qui a eu un déficit moteur à 14h qui a totalement régressé en 30 min:
- A- vous lui donnez rendez vous dans une semaine.
- B- vous lui proposez de venir dans 1 heure
- C- vous lui dites d'aller aux urgences
- D- vous lui dites d'appeler le 15



Filière neuro-vasculaire

Stratégies de prise en charge à la phase aigue

Dr Omar Bennani

Unité Neuro-Vasculaire - Groupe Hospitalier du Havre

Révolution de la prise en charge

- 3 phases
 - Modification des définitions
 - Organisation médicale de la filière
 - Revascularisation

Definitions de l'AIT

- **Définition classique**

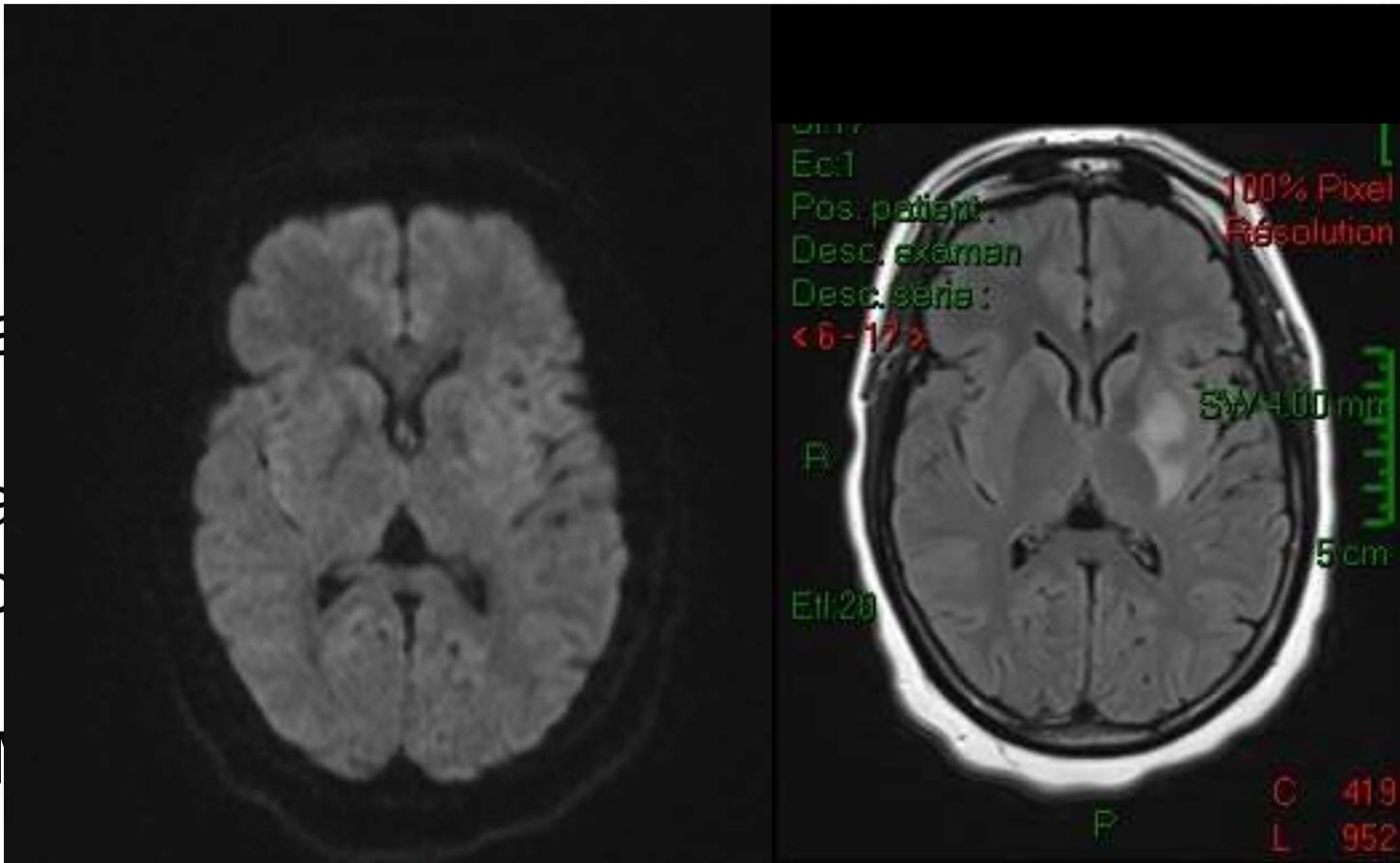
- Déficit neurologique de survenue brutale, d'origine ischémique, correspondant à une systématisation vasculaire, et dont les symptômes régressent totalement **en moins de 24 heures**

- **Nouvelle définition**

- Episode bref de dysfonction neurologique, du à une ischémie focale cérébrale dont les symptômes cliniques durent typiquement moins d'une heure **sans preuve d'infarctus aigu par IRM ou à défaut scanner cérébral**

En résumé

- Dia
- Ma
- mo
- IRM



Diffusion dans l'heure de l'arrivée

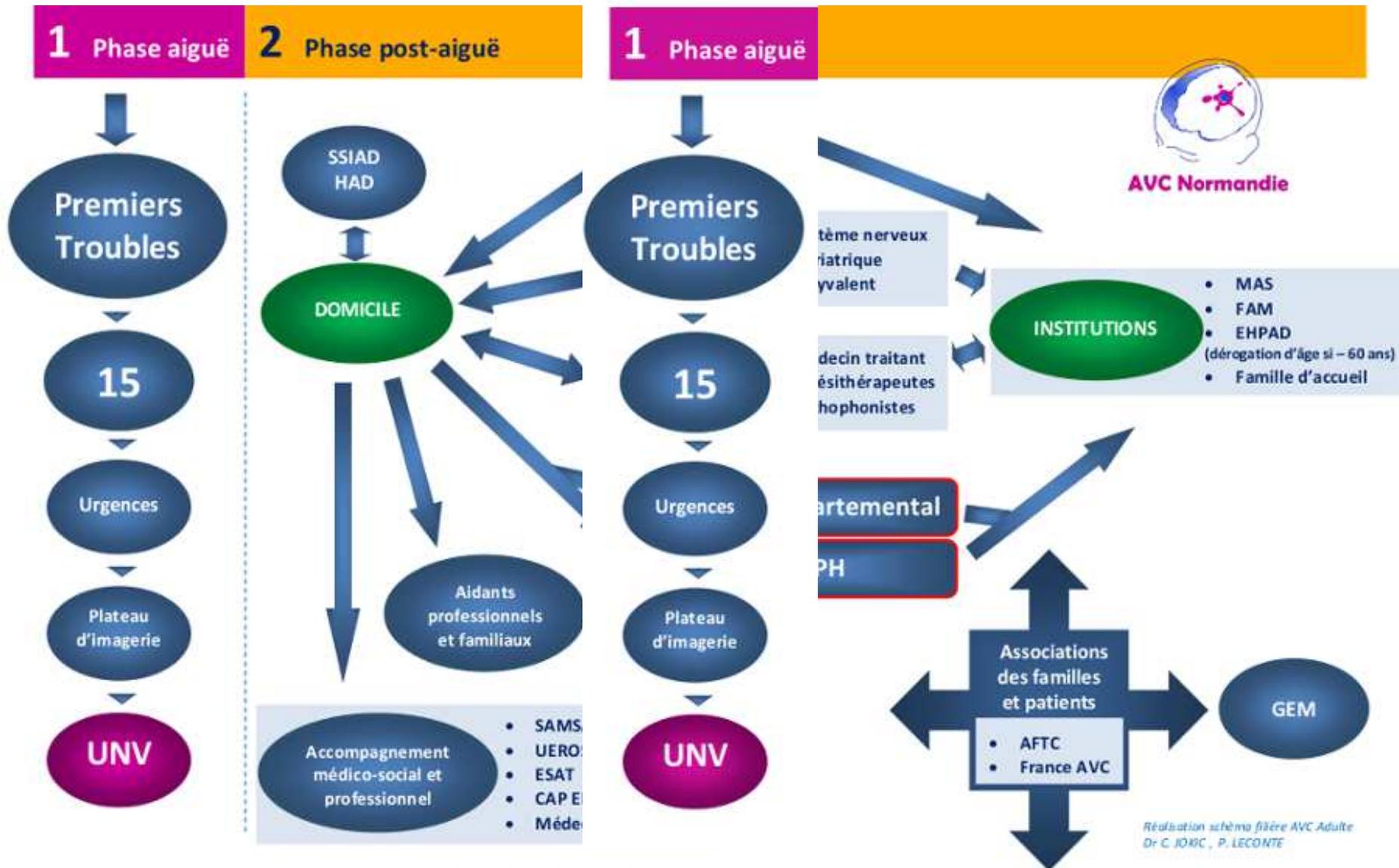
FLAIR à J3

e
n!

Organisation

- Nombre de patients important
- Prise en charge transversale
- Possibilité d'un traitement d'urgence

Filière Neuro-vasculaire



Organisation médicale

- Parcours idéal
 - Régulation par le centre 15
 - Orientation vers le centre de revascularisation le plus proche
 - Réalisation d'une imagerie cérébrale
 - TDM cérébrale multimodalités
 - IRM cérébrale



Organisation médicale

- Parcours idéal
 - Synthèse clinique et paraclinique
 - Décision de revascularisation par un neurologue
 - Thrombolyse IV aux urgences
 - Thrombectomie
 - Transfert en USINV ou en USC



Message à retenir

- Parcours protocolisé
- Favorise gain de temps

**En cas de déficit focal,
appeler le 15 sans attendre**

Unité neurovasculaire

- Béné
- Ré
- Ré



Message à retenir

- Toute suspicion d'AVC doit être orientée en urgence vers un centre disposant d'une UNV
- 3 portes d'entrée
 - Centre 15 = **Porte d'entrée unique si AVC récent**
 - Neurologue de garde
 - Urgences

Hospitalisation pour les AIT

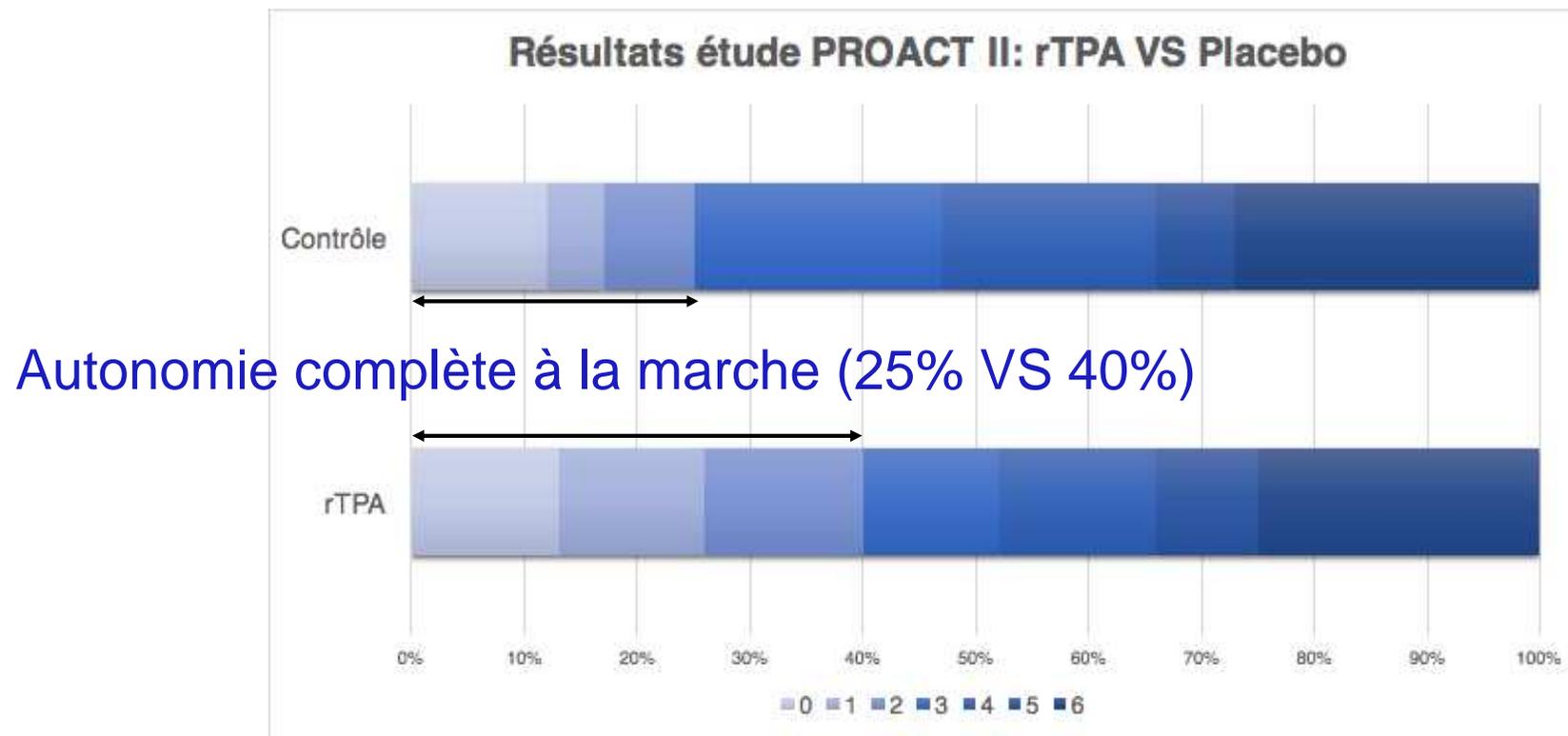
- L'hospitalisation est ce bien raisonnable pour tous?
- Risque de récurrence le plus important dans les 48H
 - 10,5% ont un AIC dans les 3 mois
 - Dont la moitié dans les 48 premières heures
- Intérêt d'une prise en charge rapide des AIT
 - Baisse du RR de faire AVC de 80% à 3 mois

Revascularisation médicamenteuse

- Fibrinolyse intraveineuse
- rTPA (Actilyse)
- Indication: AVC ischémique dont l'horaire de début est inférieur à 4h30 et en l'absence de contre indication
 - Possible pour les AVC du réveil
 - Envisageable même si récupération complète, en présence d'un thrombus à l'imagerie

Revascularisation médicamenteuse

- Bénéfice prouvé depuis 1999, étude PROACT II (NIHSS médian 17)



- Réduction significative de la dépendance à 3 mois $p=0,04$

Contre-indications

Comme tous les agents thrombolytiques, ACTILYSE est contre-indiqué dans tous les cas associés à un risque hémorragique élevé :

- trouble hémorragique significatif actuel ou au cours des six derniers mois,
- diathèse hémorragique connue,
- traitement concomitant par des anticoagulants oraux à dose efficace, par exemple warfarine
- hémorragie sévère ou potentiellement dangereuse, manifeste ou récente,
- antécédents ou suspicion d'hémorragie intracrânienne,
- suspicion d'hémorragie sous-arachnoïdienne ou antécédent d'hémorragie sous-arachnoïdienne liée à un anévrisme,
- antécédents de lésion sévère du système nerveux central (par exemple néoplasie, anévrisme, intervention chirurgicale intracérébrale ou intra-rachidienne),
- massage cardiaque externe traumatique récent (moins de 10 jours), accouchement, ponction récente d'un vaisseau non accessible à la compression (par exemple, ponction de la veine sous-clavière ou jugulaire),
- hypertension artérielle sévère non contrôlée,
- endocardite bactérienne, péricardite,
- pancréatite aiguë,
- ulcères gastro-intestinaux documentés au cours des 3 derniers mois, varices œsophagiennes, anévrisme artériel, malformations artérielles ou veineuses,
- néoplasie majorant le risque hémorragique,
- hépatopathie sévère, y compris insuffisance hépatique, cirrhose, hypertension portale (varices œsophagiennes) et hépatite évolutive,
- intervention chirurgicale ou traumatismes importants au cours des 3 derniers mois.

Contre-indications complémentaires dans l'indication d'accident vasculaire cérébral ischémique à la phase aiguë

- symptômes d'accident vasculaire cérébral ischémique apparus plus de 4h30 avant l'initiation du traitement ou dont l'heure d'apparition est inconnue et pourrait potentiellement être supérieure à 4h30
- déficit neurologique mineur ou symptômes s'améliorant rapidement avant l'initiation du traitement,
- accident vasculaire cérébral jugé sévère cliniquement (par exemple NIHSS > 25) et/ou par imagerie,
- crise convulsive au début de l'accident vasculaire cérébral,
- signes d'hémorragie intracrânienne (HIC) au scanner,
- symptômes suggérant une hémorragie sous-arachnoïdienne, même en l'absence d'anomalie au scanner,
- administration d'héparine au cours des 48 heures précédentes avec TCA (temps de céphaline + activateur) dépassant la limite supérieure de la normale,
- patient diabétique présentant des antécédents d'accident vasculaire cérébral,
- antécédent d'accident vasculaire cérébral au cours des 3 derniers mois,
- plaquettes inférieures à 100 000/mm³,
- pression artérielle systolique > 185 mm Hg ou pression artérielle diastolique > 110 mm Hg, ou traitement d'attaque (par voie intraveineuse) nécessaire pour réduire la pression artérielle à ces valeurs seuils,
- glycémie inférieure à 50 ou supérieure à 400 mg/dl.

Utilisation chez l'enfant et l'adolescent

ACTILYSE n'est pas indiqué pour le traitement de l'accident vasculaire cérébral à la phase aiguë chez les patients de moins de 18 ans.

Utilisation chez le patient âgé

ACTILYSE n'est pas indiqué pour le traitement de l'accident vasculaire cérébral à la phase aiguë chez les patients âgés de plus de 80 ans.

Contre-indications

- Non indications : Hématome cérébral, hypoglycémie
- Contre indications réfutées ou discutables : âge < 18 ans ou > 80 ans, diabète
- Contre indications vraies... Qui nécessitent un bilan avant d'être confirmées: anticoagulation, troubles de la crase sanguine

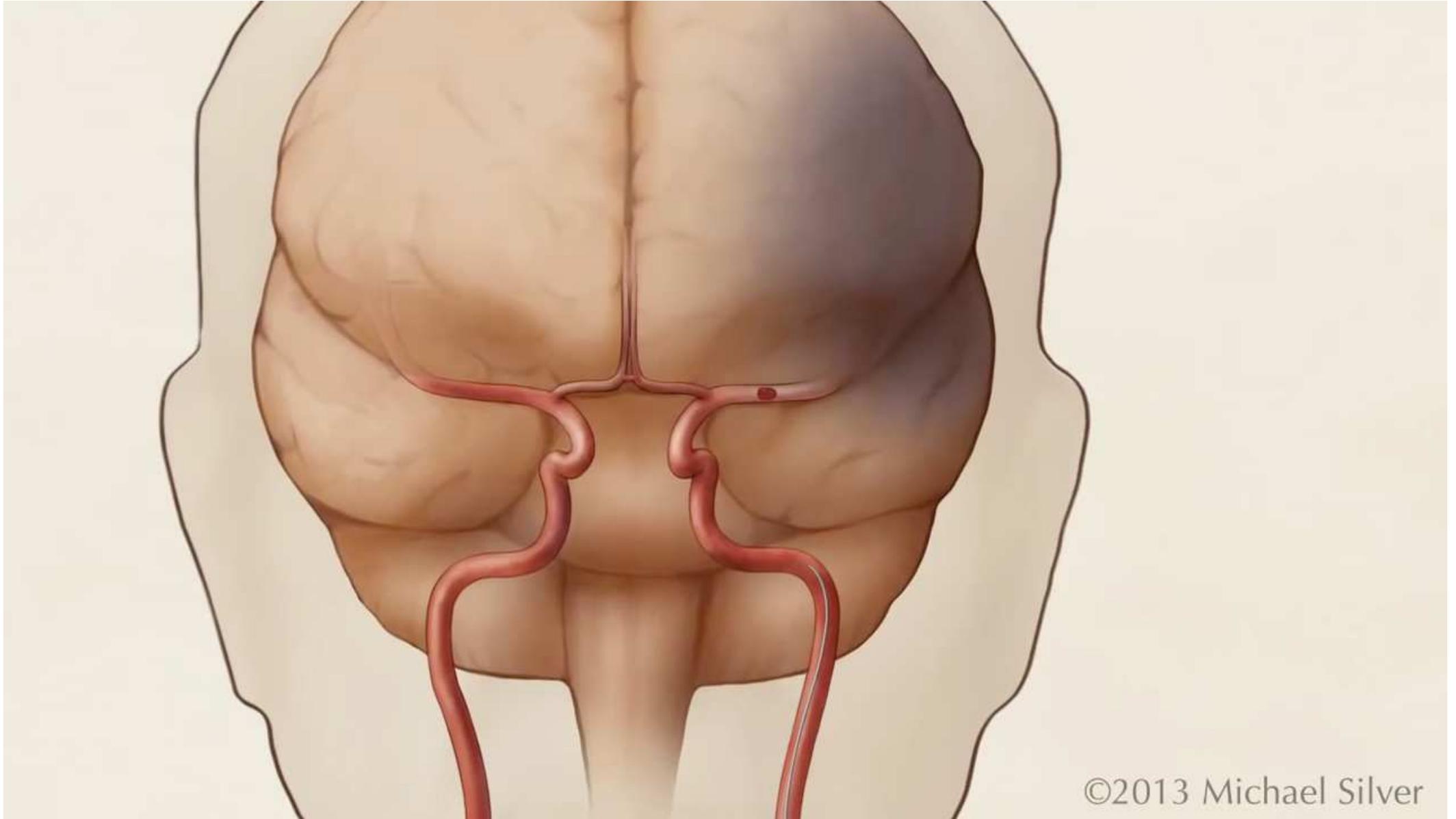
Thrombolyser un deficit regressif

- On a le droit?
- Oui
 - En présence d'une occlusion d'artère
- Pronostic à 3 mois des patients **non thrombolysés** avec déficit mineur (NIH=2) ou régressif
 - 23,5% Rankin 2-5 Ω □ ■ ◆ 1,3% décès

Message à retenir

- Tout déficit récent doit être orienté vers une filière proposant une revascularisation
- Le bilan des contre-indications sera réalisé au sein de la prise en charge
- Le bilan initial ouvre la voie à d'autres traitements si contre indication prouvée

Revascularisation mécanique

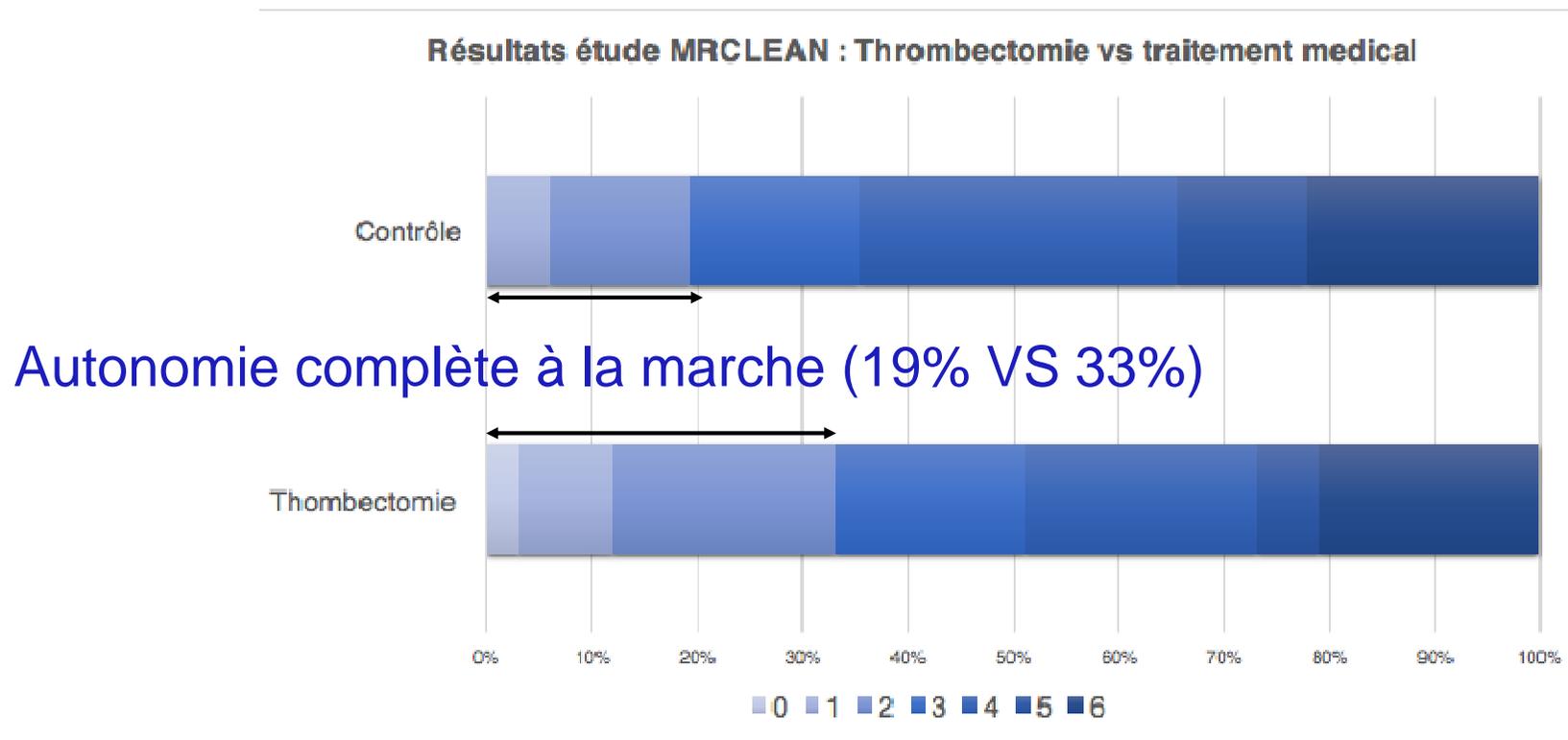


Revascularisation mécanique

- Patients:
 - Thrombus accessible: carotidien, sylvien proximal, tronc basilaire
 - Déficit neurologique significatif (NIHSS>15)
 - Présence d'une pénombre
 - Réalisé idéalement après ou en cours de thrombolyse IV

Revascularisation mécanique

- Bénéfice prouvé depuis 2015, étude MR CLEAN (NIHSS médian 17)



Etat des lieux

- Organisation spécifique
- Accès à la thrombolyse IV aux urgences
- Accès à la thrombectomie après transfert secondaire au CHU de Rouen
- UNV au GHH



En 2016

- **33 fibrinolyse IV**
 - Dont 3 procédures combinées : fibrinolyse et thrombectomie
 - Dont 4 après un AVC sans heure de début
- **1 thrombectomie seule**
- 18 patients traités par Télé AVC (CHU Rouen)

Thrombolyses

- **Age moyen : 67.5 ans** de 35 à 88 ans
- **Nombre de patients avec NIH ≤ 1 à la sortie : 13 (40,2%)**
- 2 Décès
- **Retours au domicile directs : 22 (64.7%)**
- Transferts SSR : 10 (29.4 %)
- Evolution à 3 mois (15 patients évalués):
 - Rankin médian : 1
 - NIHSS médian : 3

Message à retenir

- Révolution de la prise en charge des AVC ischémiques
- Variété des moyens thérapeutiques, effet synergique
 - UNV
 - Thrombolyse IV
 - Thrombectomie mécanique
- Optimisation des moyens passe par la protocolisation

Message unique à transmettre au patient

**En cas de déficit focal,
appeler le 15 sans attendre**