

CAS CLINIQUE AVC

Guilhem COURTE

Assistant - Chef de Clinique
Service de Réanimation Médicale
CHU Nancy - Pr Bollaert

09 / 01 / 2018



Diapositives empruntées à L-M Hypolite

DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

- Sexe féminin
- Âge 61 ans
- Comptable
- 60kg - 165cm

ANTECEDENTS

- **FDR CV** : tabagisme actif (25 PA)
- **ATCD médicaux** : aucun
- **ATCD chirurgicaux** : cancer du col de l'utérus 1992 (conisation)
- **ATCD obstétricaux** : G2P1

HISTOIRE DE LA MALADIE

- **03.01.2016 14h05 :**

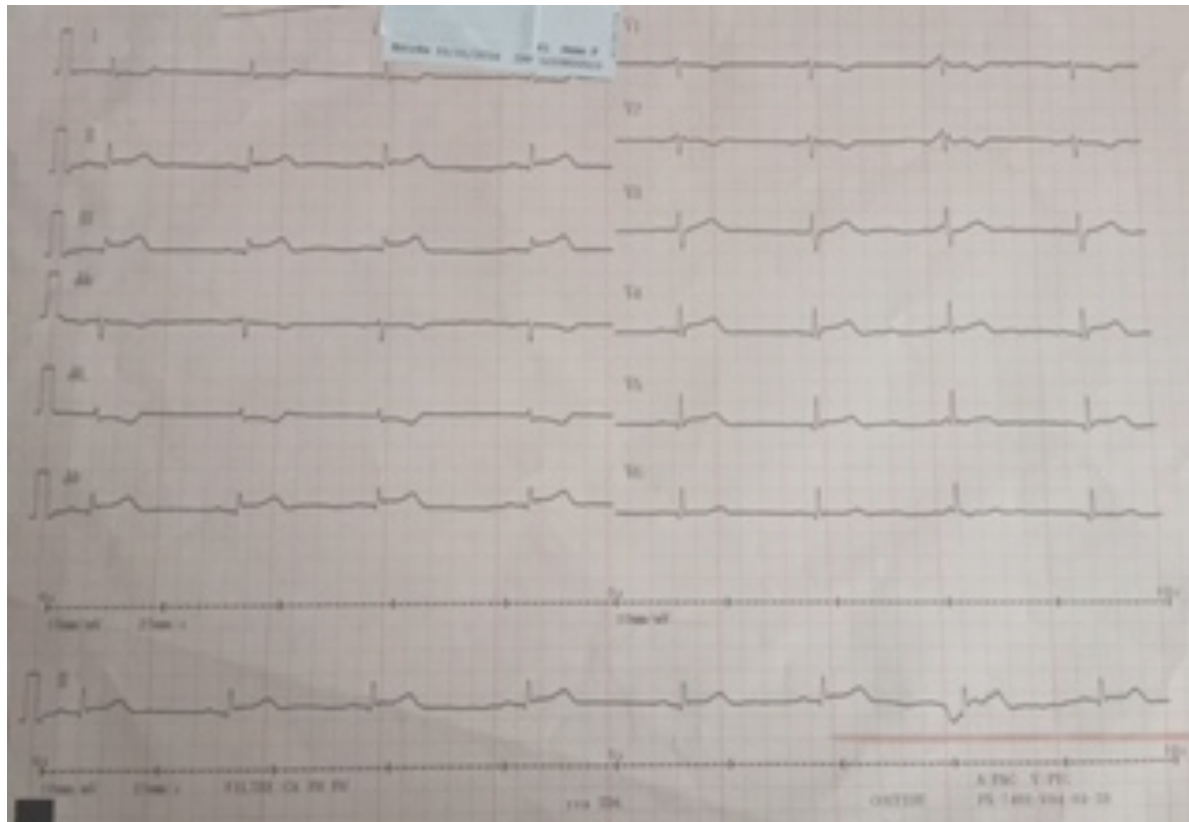
Malaise suivi de chute mécanique. Perte de connaissance, constatée immédiatement par le mari. Pas de mouvements anormaux.

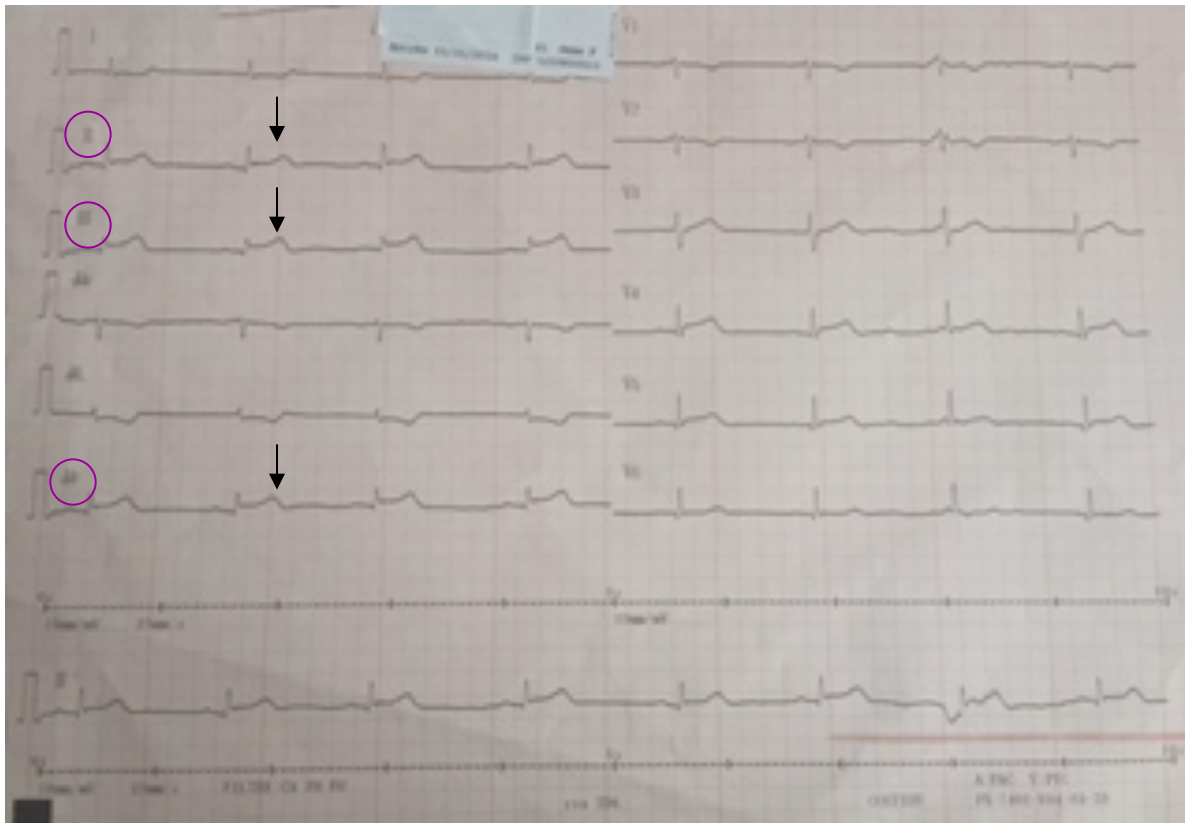
- **Prise en charge par le SMUR à domicile :**

- Clinique = GCS10, hémiparésie D et aphasie


- Pas de défaillance.

■ ECG :



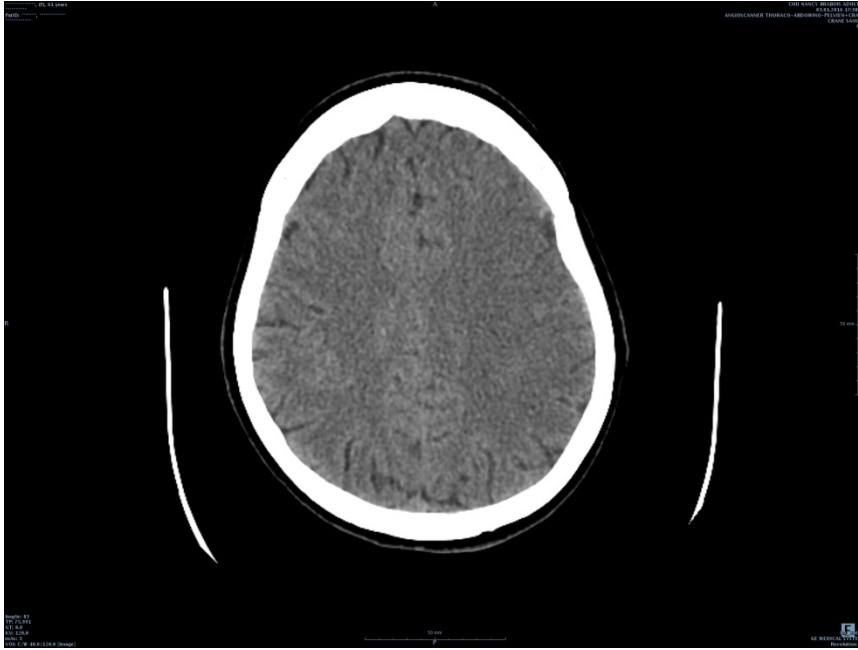


→ Sus-décalage du segment ST en inférieur

- 
- **Régulation SAMU**
 - **Transfert médicalisé vers un service de réanimation médicale à proximité du plateau technique de coronarographie.**

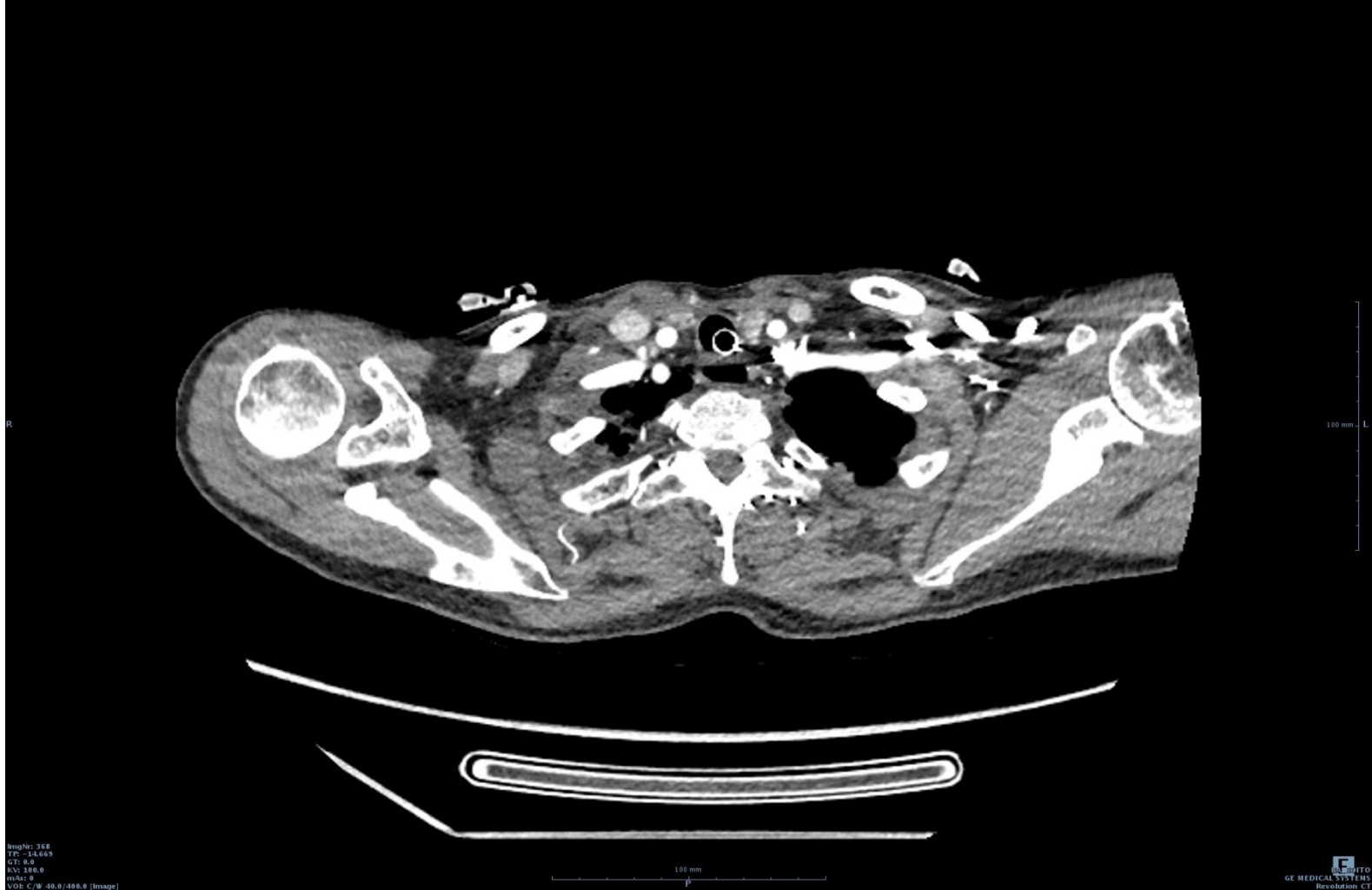
- Clinique à 16h30 en réanimation (H+2h30) :
- PA 120/65 mmHg - FC 61 bpm - FR 15 mvt/min - SpO2 98% en VSAA
- 2 épisodes de vomissements
- CGS10 Y4V1M5, hémiparésie D, syndrome pyramidal D, pupilles intermédiaires et réactives, aphasie.
- Prise en charge :
- IOT à 17h15 pour protection des VAS, monitoring hémodynamique.

TDM cérébrale et TAP :



....., D), 61 years
.....
PatID:

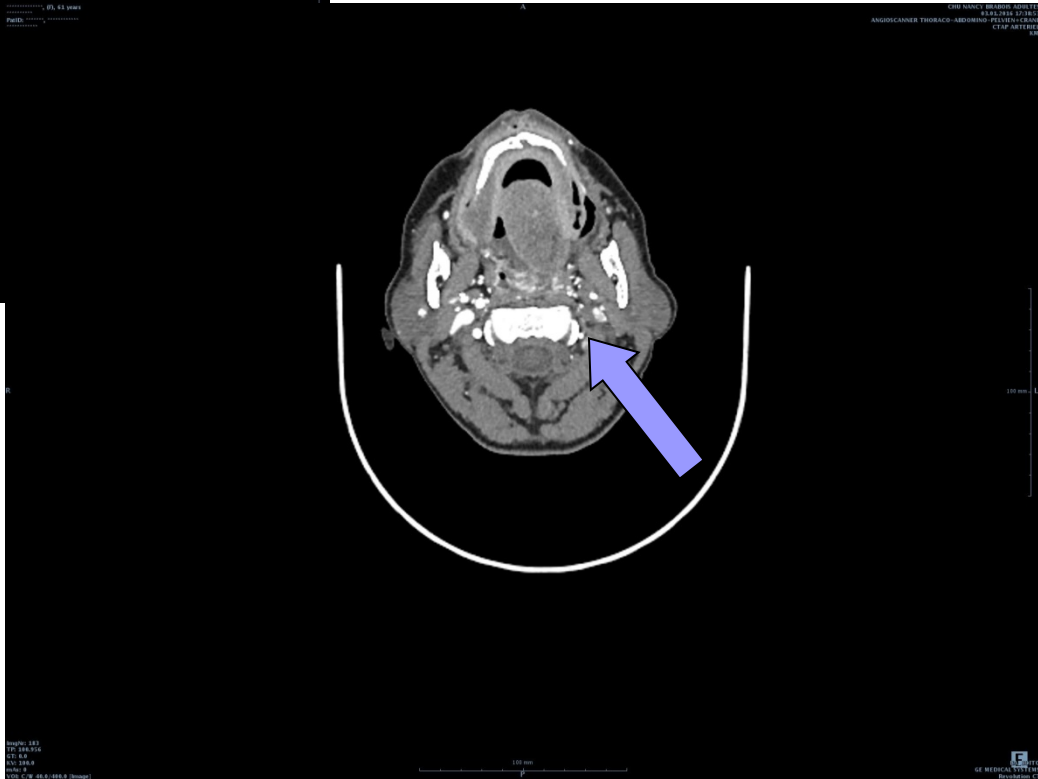
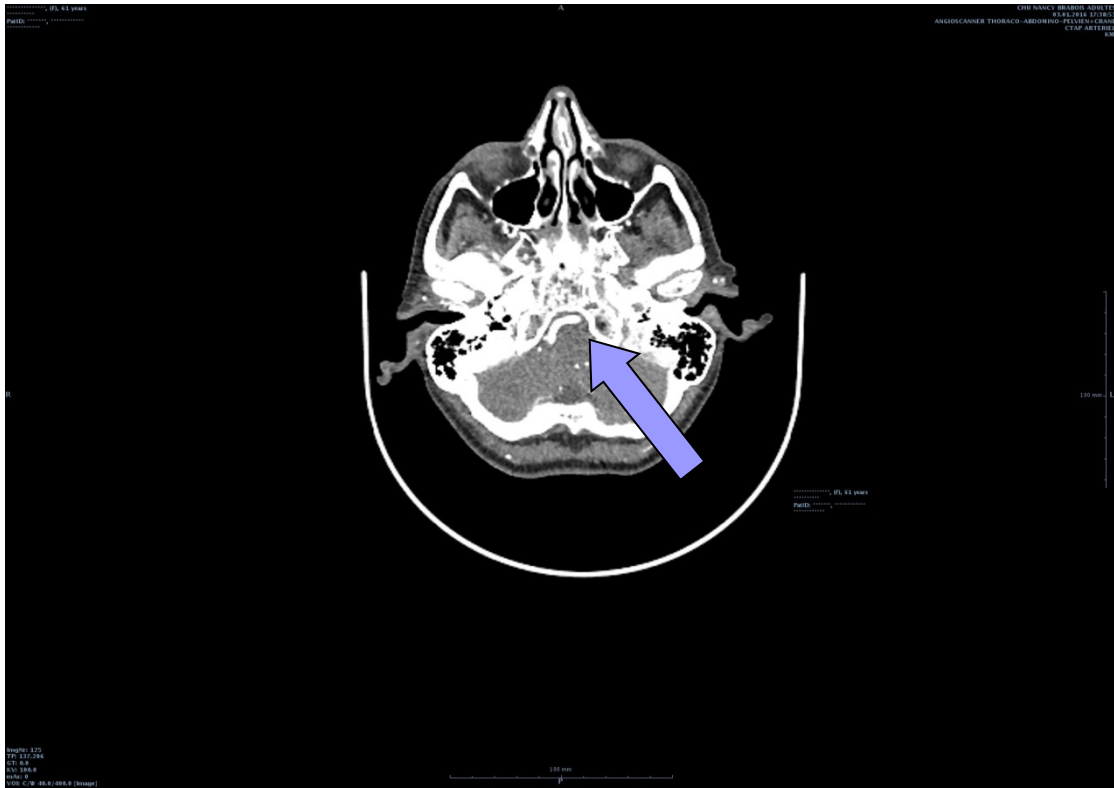
CHU NANCY BRABON ADULTES
03/21/2014 17:28:53
ANGIOSCANNER THORACO-ABDOMINO-PELVIE+CRANE
CTAP ARTERIEL
KMC



imgNo: 368
IP: 14.649
CT: 0.4
KV: 100.0
MAN: 0
VOE C/W 40.0/400.0 (Image)

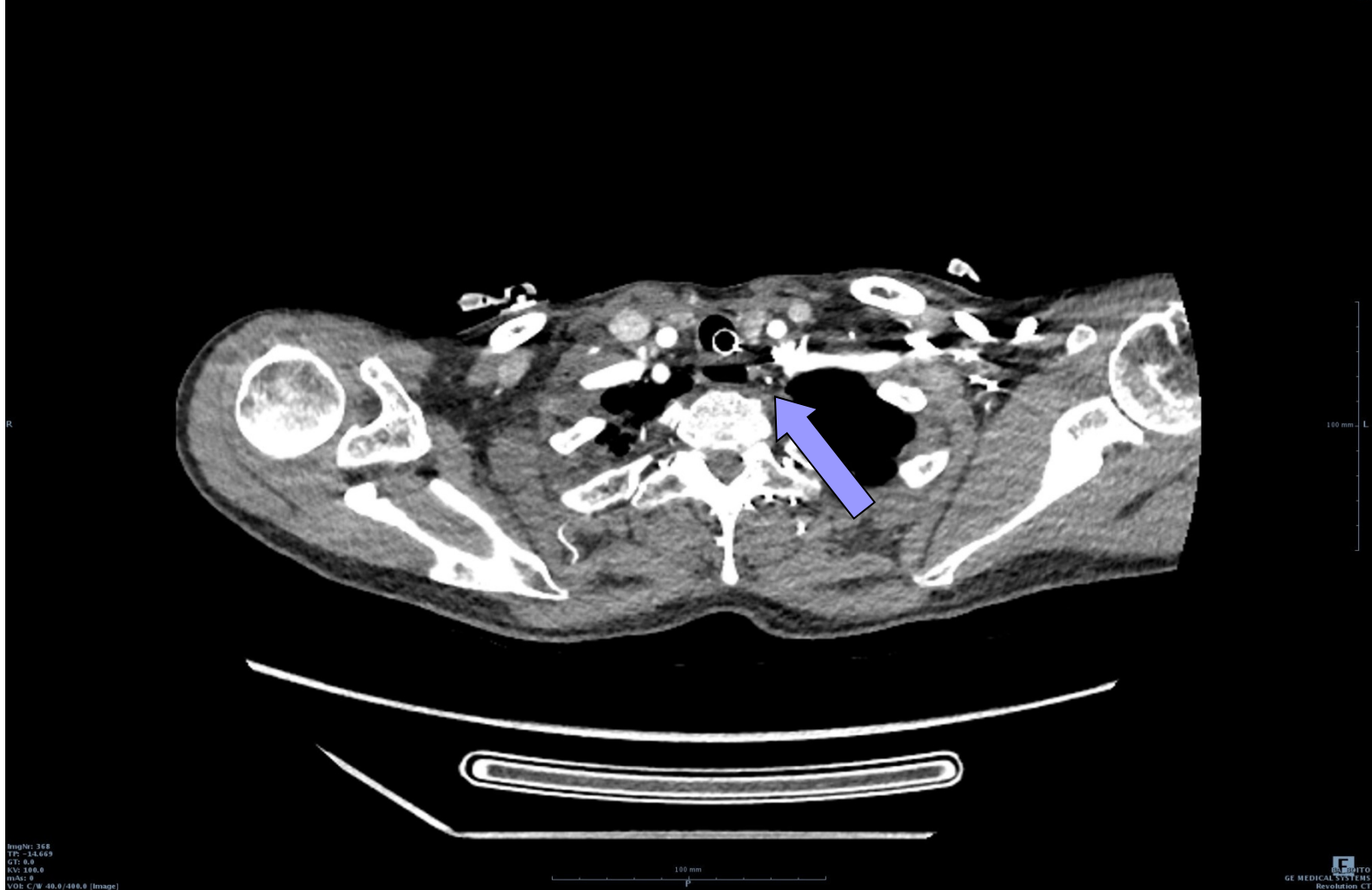
100 mm
P

GE MEDICAL SYSTEMS
Revolution CT



....., D), 61 years
.....
PatID:


CHU NANCY BRABON ADULTES
03/24/2016 12:38:53
ANGIOSCANNER THORACO-ABDOMINO-PELVIE+CRANE
CTAP ARTERIEL
KMC



ImgNo: 368
IP: 14.649
CT: 0.4
KV: 100.0
MAN: 0
VOE C/W 40.0/400.0 [Image]

100 mm

GE MEDICAL SYSTEMS
Revolution CT




→ AVC sylvien ischémique superficiel et profond sur occlusion de la carotide interne G

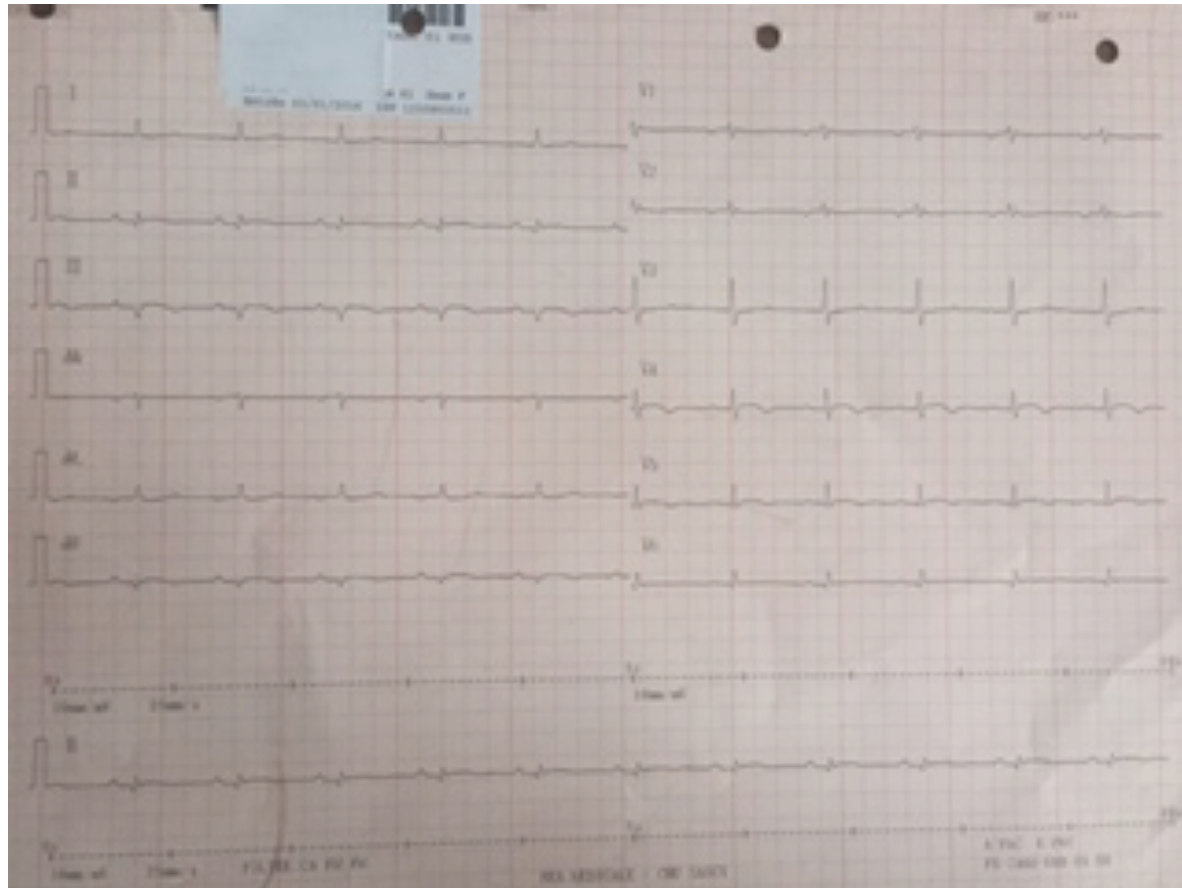
- **Concertation réanimateur - cardiologue :**
pas d'indication à la réalisation d'une coronarographie en urgence pour une revascularisation, réévaluation à distance de la coronaropathie.

- **transfert vers le plateau de neuroradiologie interventionnelle :**
arrivée à 19h30
soit délai limite H+6 et atteinte cardiaque associée ne permettant pas la réalisation d'une thrombolyse in situ

- **transfert en réanimation médicale à proximité.**

- 
- Examen clinique à l'entrée en réanimation à 20h00 :
 - hypotension artérielle avec PAS < 70 mmHg
 - bradycardie à 50 bpm
 - CGS non évaluable sous sédation, RCP en extension à D, en flexion à G, RPM normaux avec pupilles en myosis symétriques, PFC D
 - hypothermie à 34 °C
 - Reste de l'examen sans particularité

■ ECG :



rythme sinusal et régulier - régression du sus décalage

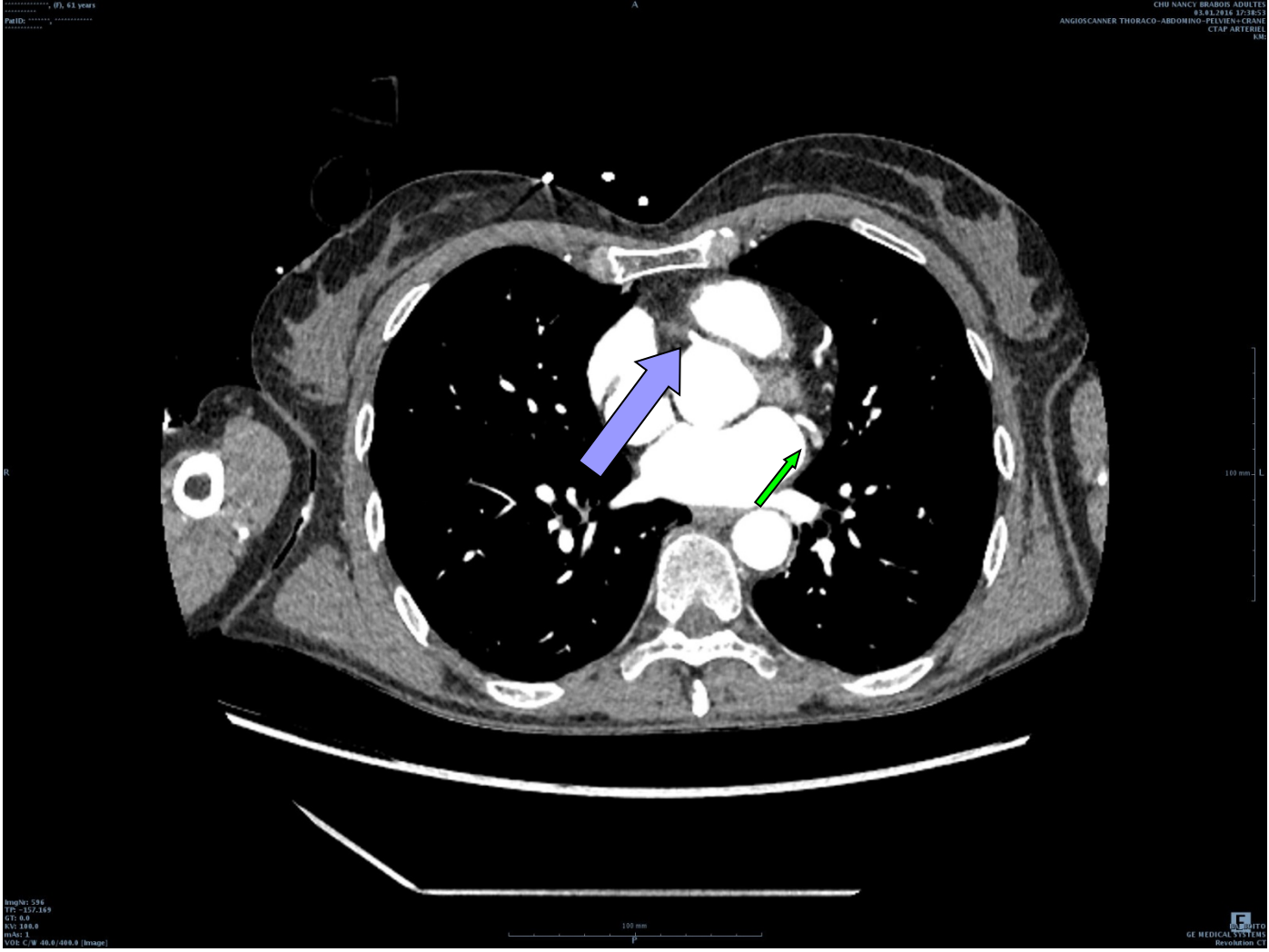



■ Bilan biologique :


- Hb 13,2 g/dL - plaquettes 355 G/L - leucocytes 19,3 G/L
- TP 73% - TCA 1,05
- Créatinine 5,4 mg/L - urée 0,28 g/L - sodium 139 mmol/L - potassium 3,8 mmol/L - protides 63 g/L
- Troponines 1,15 ng/mL - CPK 155 U/L
- ALAT 37 U/L - ASAT 22 U/L - bilirubine totale 4 mg/L
- GDS artériel sous FiO₂ 30% : pH 7,28 - PaCO₂ 42,6 mmHg - PaO₂ 133 mmHg - HCO₃ 19,6 mmol/L - lactates 1,3 mmol/L - SaO₂ 98,3 %
- ETT : pas de trombus intra-cardiaque visible, hypokinésie septale D, FEVG conservée

01, 63 years
Patient:

CHU NANCY BRABOS ADULTES
83.81.2016 17:38:53
ANGIOSCANNER THORACO-ABDOMINO-PELVIS+CRANI
CTAP ARTERIEL
MM



- 
- Occlusion de l'artère coronaire droite,
 - présence également de thrombus de l'artère rénale gauche avec probables multi-emboles corticaux rénaux gauche.

- 
- Au total :
 - tableau d'AVC ischémique sylvien G associé à un infarctus du myocarde inférieur et thrombose artérielle rénale D partielle
 - d'origine cardio-embolique probable,
 - chez une patiente jeune avec 1 seul FDR CV,
 - sans défaillance rénale ni hépatique ni hydroélectrolytique ni respiratoire associée.

 - Score IGS 2 côté à 62.

EVOLUTION

- Traitement anticoagulant par HNF avec objectif TCA 1,5 x témoin
- Traitement antiagrégant plaquettaire par Kardegic 160mg/j
- Optimisation hémodynamique et respiratoire
- Lutte contre les ACSOS
(respect HTA 220/120mmHg, normoglycémie, normocapnie, normoxie, normothermie)
- Bilan de thrombophilie

- Sur le plan rénal :
- diurèse spontanée conservée, pas insuffisance rénale aigue

- Sur le plan cardiovasculaire :
- noradrénaline faible dose (stable sous 0,2mg/h),
- un épisode de trouble du rythme (FA paroxystique)

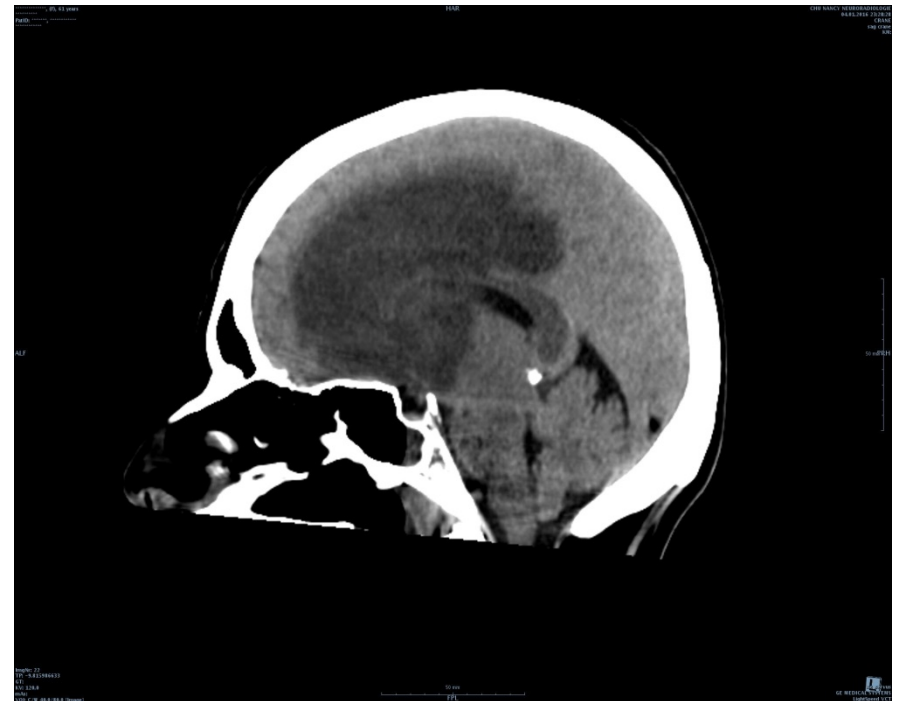
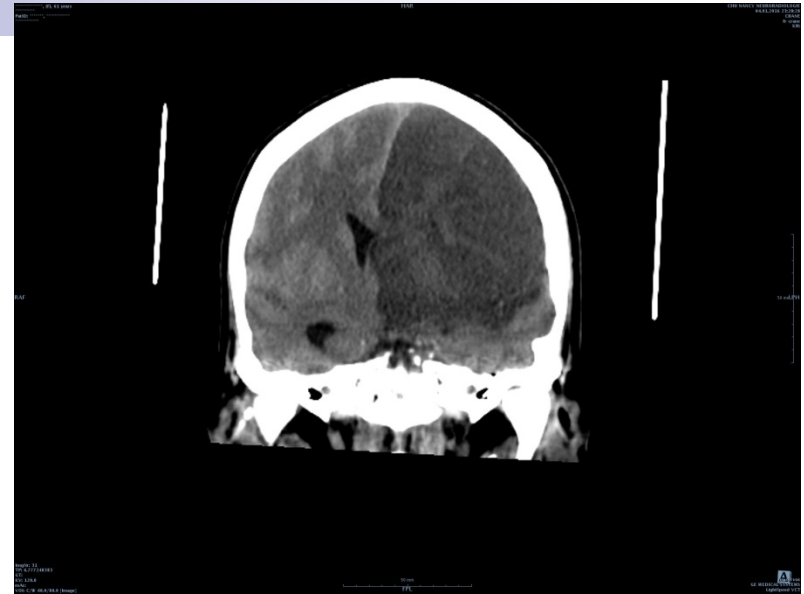
- Sur le plan respiratoire :
- hématoxe correcte sous FiO2 25%, mode VAC, PEP 5 cm H2O
- pas de PAVM

- Sur le plan neurologique :

- CGS6 (Y1V1M4) après l'arrêt des sédations à H24 des 1ers symptômes avec pupilles isocores et réactives.


- dégradation le 04.01 à 22h : pupilles intermédiaires aréactives et CGS3 sans modification après perfusion de Mannitol.

- TDM cérébrale en urgence :




→ AVC sylvien malin G
avec engagement sous tentoriel,
zones d'ischémie controlatérales D
et au niveau du tronc cérébral.

- avis neurochirurgical : pas d'indication à une prise en charge chirurgicale, administration de Nesdonal
- réévaluation après Nesdonal : CGS3, absence de réflexe du tronc cérébral, mydriase aréactive bilatérale.

- 
- Dégradation générale avec polyurie claire et hypotension artérielle.
 - Information de l'UPOT
 - Confirmation de l'état de mort encéphalique clinique après épreuve d'apnée.
 - Contre-indication au PMO devant la présence d'embolies multiples.
 - Décès constaté à 72h de la prise en charge initiale.

ANALYSE DE LA PRISE EN CHARGE

- **Éléments favorables :**
- Apparition des 1ers symptômes devant témoin avec prise en charge extra-hospitalière rapide
- Pas de comorbidité, peu de FDR CV.

- 
- **Éléments perfectibles :**
 - orientation initiale vers le plateau de coronarographie et non pas en neuroradiologie
 - non optimisation de la pression artérielle initialement pour conserver une pression de perfusion cérébrale suffisante
 - absence d'indication à la craniectomie devant l'âge de 60 ans dépassé.
 - Sédation durant 24 heures sans possibilité d'évaluation neurologique

Craniectomie

- Pour:

- Autonomie antérieure

- Contre:

- Age > 60 ans (mais âge physiologique...)

- Maintien de l'anti-aggrégation après une craniectomie

- Merci pour votre attention.

The poster is divided into four vertical panels. The first panel (green) shows a man with a red starburst on his head and the text 'BRAS PARALYSÉ ?'. The second panel (orange) shows a woman with a red starburst on her face and the text 'PARALYSIE DU VISAGE ?'. The third panel (blue) shows a man with a red starburst on his head and the text 'DIFFICULTÉS À PARLER ?'. The fourth panel (pink) contains the text 'J'APPELLE VITE LE 15' with a mobile phone icon, 'C'est peut-être un AVC!', and a paragraph: 'Dans le cas d'un Accident Vasculaire Cérébral les chances de rétablissement sont plus grandes si le traitement est initié dans les 3 heures'. At the bottom, there are logos for ARH Limousin, GRSP Limousin, 'Sauvez une vie', and Assurance Maladie.

BRAS PARALYSÉ ?

PARALYSIE DU VISAGE ?

DIFFICULTÉS À PARLER ?

J'APPELLE VITE LE 15

C'est peut-être un AVC!

Dans le cas d'un Accident Vasculaire Cérébral les chances de rétablissement sont plus grandes si le traitement est initié dans les 3 heures.

ARH Limousin GRSP Limousin **Sauvez une vie** Assurance Maladie