

Les AVC aux urgences

Philippe GUILLOT
Urgences ANNONAY
Novembre 2009

Epidémiologie

- 130 000 à 150 000 AVC par an en France
- 1ère cause de handicap chez l'adulte
- 3ème cause de mortalité (7%)
- Incidence 1,5 à 2/1000/an
- Mortalité 10 à 25% à 1 mois en 2005.
- En baisse avec l'émergence des UNV et l'amélioration de la prise en charge précoce.

Epidémiologie

- 200 000 personnes en ALD
- 130 000 hospitalisés par an (dont 20 % en rééducation)
- coût de 2,5 milliards d'euros

Quelques chiffres ...

- 50 % de la population connaît l'urgence que représente l'IDM
- 5 % connaît l'urgence de l'ischémie cérébrale.
- En 2007 : 50% des consultants arrivent 3h30 après les premiers signes et le délai d'imagerie est de 2h30

Diagnostic/Accueil

- Symptomatologie multiple
- Consultation spontanée, médecin traitant, SMUR, pompiers
- Régulé par le 15 ou non
- Délai

Savoir reconnaître

- Dysarthrie, paralysie faciale, troubles moteurs des membres \Rightarrow 80 % de chance d'être un AVC
- Autres signes moins évidents : HLH, alexie, prosopagnosie (Gerstmann)
- Signes de gravité : détresse respiratoire, trouble de la vigilance, instabilité hémodynamique

Territoire carotidien

- Sylvien sup : Hémiplégie (BF), hémidysesthésie, HLH
 - Hémisphère majeur : aphasie, apraxie, Gerstmann
 - Hémisphère mineur : Anton-Babinsky = anosognosie , Négligence, hémisomatognosie
- Sylvien profond : Hémiplégie massive proportionnelle
- Sylvien totale
- Cérébral antérieur : hémiparésie troubles sensitifs, apraxie, Syndrome frontale

Territoire vertébro-basilaire

- Cérébral post superf : HLH, alexie et agnosie visuelle (HM), prosopagnosie et trble représentation spatiale(Hm)
- Cérébral post profond: syndrome thalamique = trbles sensitifs hémicorps
- Tronc cérébral : syndrome alterne, Wallenberg, locked in syndrome
- Cérébelleux : hemisyndrome cérébelleux

Classification

- Ischémique 80% à 85%
 - 65 % grosse artère
 - 20 % petite artère
- Hémorragique 15 % à 20 %
 - 10 % à 15 % intra parenchymateuse
 - 5 % sous arachnoïdienne

Prise en charge aux urgences

- Diagnostic clinique+++
- Déterminer le délai depuis le début des troubles :
 - Si inf 3h : urgence extrême
 - Si entre 3h et 6h : urgence extrême
 - Si sup 6h : pas de thrombolyse mais urgence !!
- Evaluer le score NHISS
- Contacter radiologue (dépend des hôpitaux pour le délai ?)

AVC < 3H

- Diagnostic neurologique
- Signes vitaux, TA, oxymétrie, dextro ...
- Interrogatoire ciblé : traitement en cours, heure de début des troubles, ATCD...
- Biologie : NFS, plaquettes, coag, ionogramme, enzymes cardiaques, bilan hépatique, BHCG, TSH acheminé en urgence
- ECG
- Imagerie IRM ou scanner
- Appeler le neurologue de l'UNV
- Fibrinolyse/mutation/UNV/pas de mutation

AVC > 3H

- Diagnostic neurologique
- Signes vitaux, TA, oxymétrie, dextro ...
- Interrogatoire ciblé : traitement en cours, heure de début des troubles, ATCD...
- Biologie : NFS, plaquette, coag, ionogramme, enzymes cardiaques, bilan hépatique, BHCG, TSH acheminé en urgence
- ECG
- Imagerie IRM ou scanner ?
- *Appeler le neurologue de l'UNV ?*
- Traitement spécifique le plus précocement possible
- Prévention des complications immédiates
- Surveillance neurologique
- *Hospitalisation dans une UNV ?*

Traitement spécifique en phase aiguë

- Maintien d'une fonction respiratoire efficace
- Respect de l'élévation tensionnelle (220/120 mmHg)
- Maintien équilibre glycémique et électrolytique
- Kiné motrice précoce
- Nursing
- Prévention phlébite et ulcère de stress
- Position semi-assise
- Bracelet nominatif
- VVP membre sain / globe urinaire

Traitement spécifique en phase aiguë

- Fibrinolyse
- Antithrombotique :
 - aspirine avant la 48ème heure 100 à 300mg/j
 - clopidogrel
- Héparine :
 - Isocoagulante = prévention
 - Hypocoagulante rare car risque hémorragique +++indication à discuter avec neurovasculaire / cardiologue selon le contexte
- Traitement œdème : mannitol
- Surveillance (fièvre, épilepsie, récurrence, transformation hémorragique)

Bilan à prévoir (<48h)

- Echo cœur trans-thoracique +/- ETO
- Examen des TSA (angioscanner ou écho doppler)
- Holter rythmique
- Holter TA
- Bilan d'hémostase complet (déficit prot S,C, antithrombine III)
- Bilan lipidique

Etiologies

- Athérolérose (30%)
- Cardiopathies emboligènes (20%)
- Dissections artères cervico-encéphaliques (hématome, trauma,) (20%)
- Lipohyalinose
- Causes rares : artériopathies inflammatoires, néoplasies, médicaments, drogues illicites, infections, maladies métaboliques.

Les pièges des urgences

- A éviter :
 - Prendre son temps
 - Ne pas explorer
 - Baisser la TA
 - Oublier le neurologue
 - Ne pas prévenir la rechute
 - Ne pas laisser à jeun sans évaluer le risque de fausses routes
 - (*Autoriser le lever sans avis spécialisé*)
 - (*Hospitaliser dans une unité banalisée*)

Les pièges des urgences

- Diagnostics différentiels :
 - Rupture anévrisme/ hémorragie méningée
 - Thrombophlébite cérébrale
 - Dissection carotidienne ou vertébrale
 - Dissection aortique
 - Surdosage médicamenteux/ hypoglycémie/HbCO
 - Epilepsie (déficit post-critique)
 - Tumeur cérébrale
 - Migraine
 - SEP
 - Abcès
 - Hystérie
 - Neuropathie périphérique
 - Autres causes : VPB, Ménière, glaucome

Les pièges des urgences

- Déterminer l'heure de début des symptômes
- Diversités des symptômes : déficit moteur, amaurose, jargonophasie
- Clinique : hémorragie ≠ ischémie
- Se méfier d'un AIT: ne pas laisser sortir sans bilan secondaire et traitement préventif (délai???)
- Oublier la surveillance clinique !!
- Délai de l'imagerie doit être réduit si possibilité de thrombolyse. Et si pas de thrombolyse ?

L'AVC dans l'hôpital périphérique

- Pas de neurologue
- Pas d'IRM
- Pas d'UNV
- Impossible de muter tous les AVC et pas forcément nécessaire
- Nécessité d'avoir un centre d'UNV de référence pour avis spécialisé.

Différents cas de figure

- Mr X, 62 ans début des symptômes à 11h, déficit hémi corporel, arrivée au SAU à 12h.
 - Scanner dans l'heure, avis spécialisé téléphonique (télétransmission++), mutation ou pas selon éligibilité
- Mr X, début symptômes 11h, arrivée à 17h
 - Scanner dans les 2h-2h30, UNV de garde, mutation rare et plus difficile
- Mr X, début symptômes, arrivée à 2h du matin
 - Scanner dans ???, avis spécialisé ?, mutation ?

Différents cas de figure

- Mr X, arrivée à 2h du matin mais début des signes à minuit
 - Scanner en urgence, avis spécialisé, mutation (avec Samu?) si besoin
 - Intérêt de la thrombolyse avant la mutation ?
- Mr X, 80 ans
- Mr X, 80 ans , 3ème AVC, GIR 2 ...degré d'urgence ?
- Mr X, 90 ans?
- AVK ???
- IRM / Angioscanner / Scanner sans injection

Cas des AIT

- Déficit neurologique, d'origine ischémique, dont les symptômes régressent totalement en moins de 24h (-30 minutes)
- Mr X , ayant présenté une aphasie avec PF la veille consulte à 8h. Examen neurologique normal :
 - Scanner : normal
 - Echo trans thoracique normale, TSA normale, ECG normal
- Hospitalisation ? Délai du bilan étiologique ?

Voies de réflexion

- Importance d'une UNV de référence pour tous les SAU
- Importance de la télétransmission +++++
- Intérêt de médecin(s) formé(s) UNV dans les SAU périphériques ? DIU difficilement accessible (stage)
- Intérêt de muter un patient non thrombolysable ?
- IRM aux urgences ? Critères ? Les recommandations n'incluent pas l'IRM dans la thromolyse?

Bibliographie

- HAS Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce. Recommandations Mai 2009
- Anaes Mai 2004 Prise en charge diagnostique et traitement immédiat de l'accident ischémique transitoire de l'adulte
- Conférence de consensus 4 avril 1997 Les accidents vasculaires cérébraux dans les services d'accueil et d'urgence
- Sophie Crozier, France Woimant Accidents vasculaires cérébraux la revue du praticien vol.59 20/01/09 I-9 Q133
- H Bart van der Wrop, M.D.,Ph.D,Jan van Gijn Acute ischemic stroke N Engl J Med 2007;357:572-9
- M. Grond, R von Kummer, J. Sobesky, S. Schmulling, W-D Heiss Early computed-tomography abnormalities in acute stroke The Lancet 1997;350:1595-6
- Louis R Caplan, MD Treatment of acute stroke JAMA, October 20, 2004-Vol 292 1883-6
- I Crassard M-G Bousser Thromboses veineuses cérébrales La revue de médecine interne 27 (2006) 117-124
- Accidents vasculaires cérébraux La revue du praticien Vol 56 septembre 2006 1407-1455