



AIT et AVC

Prévoir et Accompagner

Dr Ghislain MALANDA
Service de Neurologie
CH de Roubaix
10 décembre 2013

Diapositive 1

gm1

ghislain.malanda; 04/10/2013

Rationnel

- AVC: affection fréquente, 150.000 nouveaux cas /an, 1^{er} motif d'hospitalisation en neurologie
- AVC: urgence médicale. Mortalité = 30% à la phase aiguë. 2^{ème} cause de décès en France
- AVC: avancées significatives ces deux dernières décennies (mécanismes étiopathogéniques et traitements: thrombolyse)
- AVC: hospitalisation rapide dans une structure adaptée (UNV): facteurs pronostique essentiel

Rationnel

- AVC: affection fréquente, 150.000 nouveaux cas /an, 1^{er} motif d'hospitalisation en neurologie
- AVC: urgence médicale. Mortalité = 30% à la phase aiguë. 2^{ème} cause de décès en France
- AVC: avancées significatives ces deux dernières décennies (mécanismes étiopathogéniques et traitements: thrombolyse)
- AVC: hospitalisation rapide dans une structure adaptée (UNV): facteurs pronostique essentiel
- Problématique: le médecin généraliste face à

Rationnel

- AVC: affection fréquente, 150.000 nouveaux cas /an, 1^{er} motif d'hospitalisation en neurologie
- AVC: urgence médicale. Mortalité = 30% à la phase aiguë. 2^{ème} cause de décès en France
- AVC: avancées significatives ces deux dernières décennies (mécanismes étiopathogéniques et traitements: thrombolyse)
- AVC: hospitalisation rapide dans une structure adaptée (UNV): facteurs pronostique essentiel
- Problématique: le médecin généraliste face à
 - Patient encore symptomatique

Rationnel

- AVC: affection fréquente, 150.000 nouveaux cas /an, 1^{er} motif d'hospitalisation en neurologie
- AVC: urgence médicale. Mortalité = 30% à la phase aiguë. 2^{ème} cause de décès en France
- AVC: avancées significatives ces deux dernières décennies (mécanismes étiopathogéniques et traitements: thrombolyse)
- AVC: hospitalisation rapide dans une structure adaptée (UNV): facteurs pronostique essentiel
- Problématique: le médecin généraliste face à
 - Patient encore symptomatique
 - AIT sur patient asymptomatique

Rationnel

- AVC: affection fréquente, 150.000 nouveaux cas /an, 1^{er} motif d'hospitalisation en neurologie
- AVC: urgence médicale. Mortalité = 30% à la phase aiguë. 2^{ème} cause de décès en France
- AVC: avancées significatives ces deux dernières décennies (mécanismes étiopathogéniques et traitements: thrombolyse)
- AVC: hospitalisation rapide dans une structure adaptée (UNV): facteurs pronostique essentiel
- Problématique: le médecin généraliste face à
 - Patient encore symptomatique
 - AIT sur patient asymptomatique
 - Patient symptomatique ou asymptomatique qui ne souhaite pas être hospitalisé

objectifs

- Identifier les situations d'urgence
- Évaluer le pronostic de l'AIT afin de préciser le délai de prise en charge diagnostique et thérapeutique
- définir les critères d'éligibilité à la thrombolyse
- Préciser les conditions d'une éventuelle prise en charge ambulatoire

L'UNV du CH de Roubaix

- Ouverture en octobre 2010
- 26 lits dont 6 lits de Soins Intensifs Neuro-Vasculaires
- 1 salle de thrombolyse iv
- Une IRM 24h/24 et 7j/7 pour les procédures d'alerte thrombolyse (AVC<4h30)
- Un neurologue d'astreinte 24h/24
- Tel: 06. 76. 96. 50. 36
- Une Consultation neurovasculaire

Pré-test

- Cf documents

Epidémiologie

- Chaque année, pour 1 million d'habitants:
 - 2400 AVC
 - 1800 1^{er} AVC
 - 600 récidives
- France: 150.000 nouveaux cas / an
 - 30.000 décès / an
 - 2^{ème} cause de mortalité après les cancers
 - 1^{ère} cause de handicap non traumatique
 - 2^{ème} cause de démence

AIT: cas cliniques

Cas no1:

Mme A. G, 76 ans vous appelle à 14h45 minutes

AIT: cas cliniques

Cas no1:

Mme A. G, 76 ans vous appelle à 14h45 minutes

Elle a présenté 30 minutes plus tôt une lourdeur de son bras et de sa jambe droites avec manque du mot.

AIT: cas cliniques

Cas no1:

Mme A. G, 76 ans vous appelle à 14h45 minutes

Elle a présenté 30 minutes plus tôt une lourdeur de son bras et de sa jambe droite avec manque du mot.

Les symptômes ont duré 20 minutes et ont complètement régressés.

AIT: cas cliniques

Cas no1:

Mme A. G, 76 ans vous appelle à 14h45 minutes

Elle a présenté 30 minutes plus tôt une lourdeur de son bras et de sa jambe droite avec manque du mot.

Les symptômes ont duré 20 minutes et ont complètement régressés.

Les antécédents de Mme A. G sont: HTA, Diabète type 2 bien équilibré, tabagisme sevré il y'a plus de 20 ans.

Mme A.G est autonome, sans troubles cognitifs antérieurs (score de Rankin=0).

AIT: cas cliniques

Cas no1:

Mme A. G, 76 ans vous appelle à 14h45 minutes

Elle a présenté 30 minutes plus tôt une lourdeur de son bras et de sa jambe droite avec manque du mot.

Les symptômes ont duré 20 minutes et ont complètement régressés.

Les antécédents de Mme A. G sont: HTA, Diabète type 2 bien équilibré, tabagisme sevré il y'a plus de 20 ans.

Mme A.G est autonome, sans troubles cognitifs antérieurs (score de Rankin=0).

Vous arrivez au domicile de Mme A.G à 15h10mn

AIT: cas cliniques

Cas no1:

Mme A. G, 76 ans vous appelle à 14h45 minutes

Elle a présenté 30 minutes plus tôt une lourdeur de son bras et de sa jambe droite avec manque du mot.

Les symptômes ont duré 20 minutes et ont complètement régressés.

Les antécédents de Mme A. G sont: HTA, Diabète type 2 bien équilibré, tabagisme sevré il y'a plus de 20 ans.

Mme A.G est autonome, sans troubles cognitifs antérieurs (score de Rankin=0).

Vous arrivez au domicile de Mme A.G à 15h10mn

Votre examen neurologique est normal

La pression artérielle est à 180/90 mmHg

Le pouls est régulier à 86/mn

La glycémie capillaire est à 1,62

AIT: cas cliniques

Cas no1:

Mme A. G, 76 ans vous appelle à 14h45 minutes

Elle a présenté 30 minutes plus tôt une lourdeur de son bras et de sa jambe droite avec manque du mot.

Les symptômes ont duré 20 minutes et ont complètement régressés.

Les antécédents de Mme A. G sont: HTA, Diabète type 2 bien équilibré, tabagisme sevré il y'a plus de 20 ans.

Mme A.G est autonome, sans troubles cognitifs antérieurs (score de Rankin=0).

Vous arrivez au domicile de Mme A.G à 15h10mn

Votre examen neurologique est normal

La pression artérielle est à 180/90 mmHg

Le pouls est régulier à 86/mn

La glycémie capillaire est à 1,62

1- quel est votre diagnostic?

AIT: cas cliniques

Cas no1:

Mme A. G, 76 ans vous appelle à 14h45 minutes

Elle a présenté 30 minutes plus tôt une lourdeur de son bras et de sa jambe droite avec manque du mot.

Les symptômes ont duré 20 minutes et ont complètement régressés.

Les antécédents de Mme A. G sont: HTA, Diabète type 2 bien équilibré, tabagisme sevré il y'a plus de 20 ans.

Mme A.G est autonome, sans troubles cognitifs antérieurs (score de Rankin=0).

Vous arrivez au domicile de Mme A.G à 15h10mn

Votre examen neurologique est normal

La pression artérielle est à 180/90 mmHg

Le pouls est régulier à 86/mn

La glycémie capillaire est à 1,62

1- quel est votre diagnostic?

2- que proposez vous à la patiente?

AIT: cas cliniques

Cas no1:

Mme A. G, 76 ans vous appelle à 14h45 minutes

Elle a présenté 30 minutes plus tôt une lourdeur de son bras et de sa jambe droite avec manque du mot.

Les symptômes ont duré 20 minutes et ont complètement régressés.

Les antécédents de Mme A. G sont: HTA, Diabète type 2 bien équilibré, tabagisme sevré il y'a plus de 20 ans.

Mme A.G est autonome, sans troubles cognitifs antérieurs (score de Rankin=0).

Vous arrivez au domicile de Mme A.G à 15h10mn

Votre examen neurologique est normal

La pression artérielle est à 180/90 mmHg

Le pouls est régulier à 86/mn

La glycémie capillaire est à 1,62

1- quel est votre diagnostic?

2- que proposer vous à la patiente?

3- Après avoir pris contact avec le neurologue vasculaire de garde à l'hôpital. Vous proposez à Mme A.G une hospitalisation en Unité Neuro-Vasculaire. La patiente hésite et ne souhaite pas se faire hospitaliser. « Je vais bien ! » vous dit-elle, et puis l'attente aux urgences!

Quelle est votre attitude vis-à-vis de la patiente?

AIT: cas cliniques

Cas no2:

Mr B. D, 35 ans vous appelle à 8h30 minutes

AIT: cas cliniques

Cas no2:

Mr B. D, 35 ans vous appelle à 8h30 minutes

Il à présenté vers 80h15 une sensation de fourmillements dans sa jambe gauche, sans lourdeur.

AIT: cas cliniques

Cas no2:

Mr B. D, 35 ans vous appelle à 8h30 minutes

Il a présenté vers 80h15 une sensation de fourmillements dans sa jambe gauche, sans lourdeur.

Les symptômes ont duré 3 minutes et ont complètement régressés.

AIT: cas cliniques

Cas no2:

Mr B. D, 35 ans vous appelle à 8h30 minutes

Il a présenté vers 8h15 une sensation de fourmillements dans sa jambe gauche, sans lourdeur.

Les symptômes ont duré 3 minutes et ont complètement régressés.

Mr B.D est très stressé car il a pensé à un AVC (son père à fait un AVC à l'âge de 82 ans).

AIT: cas cliniques

Cas no2:

Mr B. D, 35 ans vous appelle à 8h30 minutes

Il a présenté vers 80h15 une sensation de fourmillements dans sa jambe gauche, sans lourdeur.

Les symptômes ont duré 3 minutes et ont complètement régressés.

Mr B.D est très stressé car il a pensé à un AVC (son père à fait un AVC à l'âge de 82 ans).

Les antécédents de MrB. D sont: anxiété (Seresta 5mg/soir), Hypercholestérolémie (Crestor 5 mg/j)

AIT: cas cliniques

Cas no2:

Mr B. D, 35 ans vous appelle à 8h30 minutes

Il a présenté vers 80h15 une sensation de fourmillements dans sa jambe gauche, sans lourdeur.

Les symptômes ont duré 3 minutes et ont complètement régressés.

Mr B.D est très stressé car il a pensé à un AVC (son père à fait un AVC à l'âge de 82 ans).

Les antécédents de Mr B. D sont: anxiété (Seresta 5mg/soir), Hypercholestérolémie (Crestor 5 mg/j)

Vous arrivez au domicile de Mr B D à 9h00.

AIT: cas cliniques

Cas no2:

Mr B. D, 35 ans vous appelle à 8h30 minutes

Il a présenté vers 8h15 une sensation de fourmillements dans sa jambe gauche, sans lourdeur.

Les symptômes ont duré 3 minutes et ont complètement régressés.

Mr B.D est très stressé car il a pensé à un AVC (son père à fait un AVC à l'âge de 82 ans).

Les antécédents de MrB. D sont: anxiété (Seresta 5mg/soir), Hypercholestérolémie (Crestor 5 mg/j)

Vous arrivez au domicile de Mr B D à 9h00.

Votre examen neurologique est normal

La pression artérielle est à 110/70 mmHg

Le pouls est régulier à 79/mn

La glycémie capillaire est à 1,02

AIT: cas cliniques

Cas no2:

Mr B. D, 35 ans vous appelle à 8h30 minutes

Il a présenté vers 8h15 une sensation de fourmillements dans sa jambe gauche, sans lourdeur.

Les symptômes ont duré 3 minutes et ont complètement régressés.

Mr B.D est très stressé car il a pensé à un AVC (son père à fait un AVC à l'âge de 82 ans).

Les antécédents de MrB. D sont: anxiété (Seresta 5mg/soir), Hypercholestérolémie (Crestor 5 mg/j)

Vous arrivez au domicile de Mr B D à 9h00.

Votre examen neurologique est normal

La pression artérielle est à 110/70 mmHg

Le pouls est régulier à 79/mn

La glycémie capillaire est à 1,02

1- quels sont vos hypothèses de diagnostic?

AIT: cas cliniques

Cas no2:

Mr B. D, 35 ans vous appelle à 8h30 minutes

Il a présenté vers 8h15 une sensation de fourmillements dans sa jambe gauche, sans lourdeur.

Les symptômes ont duré 3 minutes et ont complètement régressés.

Mr B.D est très stressé car il a pensé à un AVC (son père à fait un AVC à l'âge de 82 ans).

Les antécédents de MrB. D sont: anxiété (Seresta 5mg/soir), Hypercholestérolémie (Crestor 5 mg/j)

Vous arrivez au domicile de Mr B D à 9h00.

Votre examen neurologique est normal

La pression artérielle est à 110/70 mmHg

Le pouls est régulier à 79/mn

La glycémie capillaire est à 1,02

1- quels sont vos hypothèses de diagnostic?

2- que proposez vous au patient?

AIT: cas cliniques

Cas no2:

Mr B. D, 35 ans vous appelle à 8h30 minutes

Il a présenté vers 8h15 une sensation de fourmillements dans sa jambe gauche, sans lourdeur.

Les symptômes ont duré 3 minutes et ont complètement régressés.

Mr B.D est très stressé car il a pensé à un AVC (son père à fait un AVC à l'âge de 82 ans).

Les antécédents de MrB. D sont: anxiété (Seresta 5mg/soir), Hypercholestérolémie (Crestor 5 mg/j)

Vous arrivez au domicile de Mr B D à 9h00.

Votre examen neurologique est normal

La pression artérielle est à 110/70 mmHg

Le pouls est régulier à 79/mn

La glycémie capillaire est à 1,02

1- quels sont vos hypothèses de diagnostic?

2- que proposer vous au patient?

3- vous contactez le neurologue vasculaire de garde à l'hôpital. Ce dernier propose un rendez-vous avec le patient dans 48heures, précédé d'une IRM et d'un Doppler des TSA et vous charge de prendre un rendez-vous avec votre correspondant cardiologique habituel pour Cs, Holter-ECG et Echographie cardiaque.

Cette proposition vous parait-elle cohérente ?

Définitions

AIT

➤ Définition classique:

déficit neurologique ou rétinien de survenue brutale, d'origine ischémique, correspondant à un territoire artériel cérébral ou oculaire et dont les symptômes régressent totalement en moins de 24 heures.

Définitions

AIT

- Définition classique: **Pose quelques problèmes**
 - 70% des AIT durent moins d'1 heure
 - La probabilité que des symptômes qui durent plus d'1 heure régressent en moins de 24 heures est faible, estimée à 15%
 - Certains épisodes cliniquement transitoires s'accompagnent de lésions ischémiques à l'IRM (fréquence d'autant plus élevée que la durée des symptômes est longue)
 - La définition classique de l'AIT est donc peu opérationnelle. Peut inciter à attendre une éventuelle régression spontanée et retarder la prise en charge

Définitions

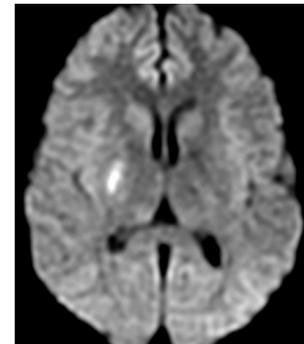
AIT

- Définition actuelle de l'AIT (« TIA Working group » 2002)

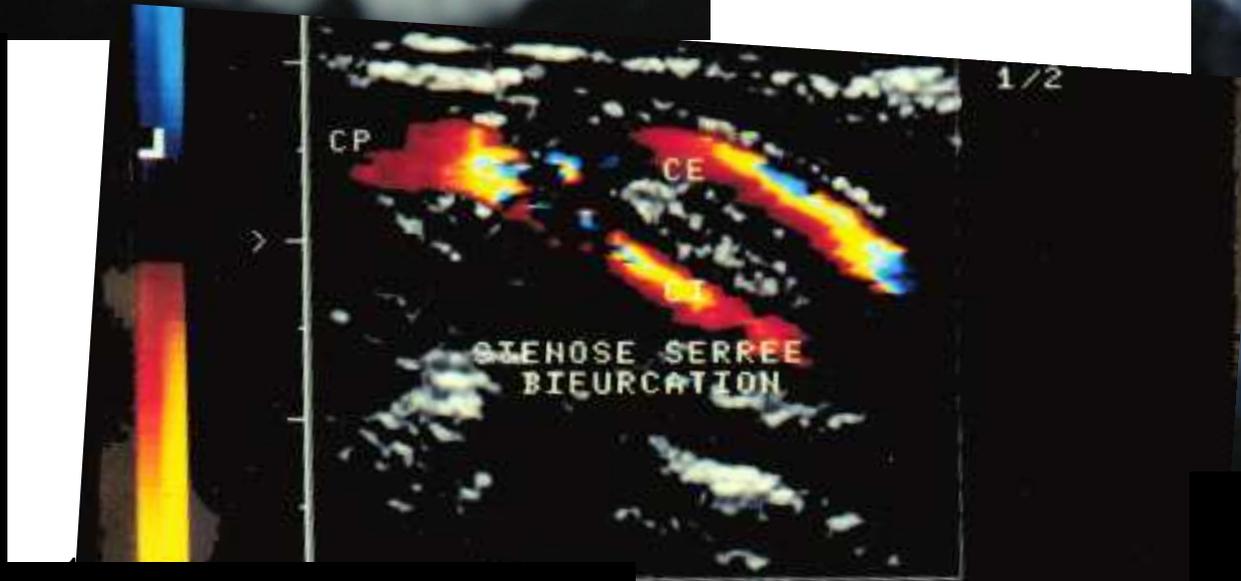
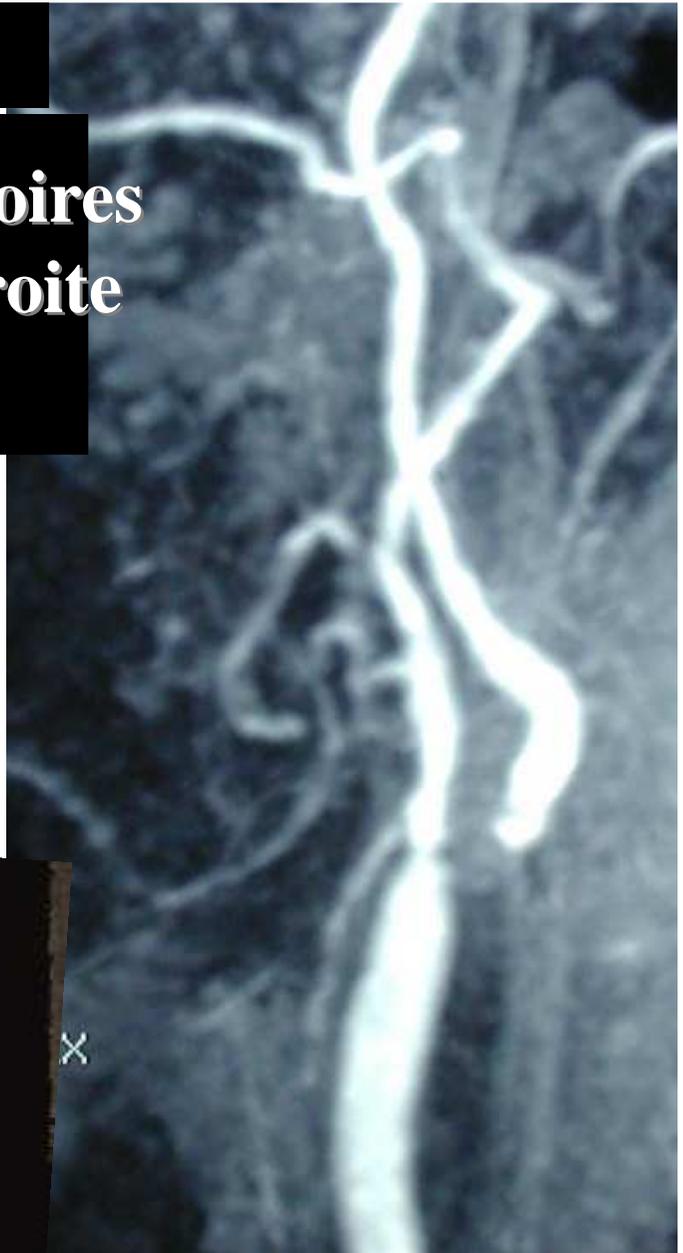
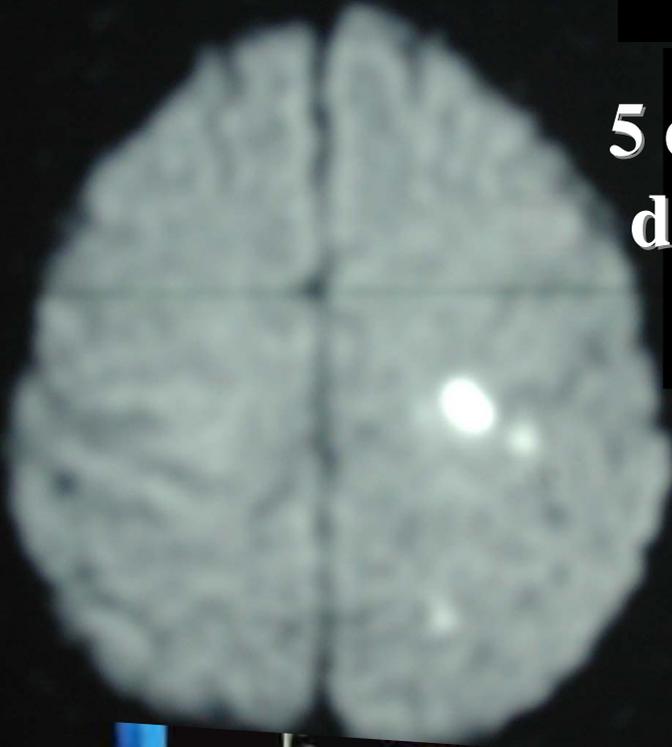
« Un AIT est un épisode bref de dysfonction neurologique dû à une ischémie focale cérébrale ou rétinienne, dont les symptômes cliniques durent typiquement moins d'1 heure, sans preuve d'infarctus aigu »

Définition actuelle **basée** sur la **détection d'une ischémie** cérébrale sur l'imagerie (**IRM**).

Inconvénient: dépend de la disponibilité de l'IRM.



**5 épisodes transitoires
d'hémi-parésie droite
+/- aphasie**



Définitions

Attitudes pratiques:

- Patient examiné alors que le déficit neurologique persiste: l'attitude médicale recommandée est
 - de considérer que le patient est atteint d'un AVC aigu, dont les symptômes peuvent ou non régresser rapidement
 - Mettre en œuvre, en urgence les moyens diagnostiques et thérapeutiques appropriés
 - En clair: adresser la patient, **en urgence** dans une UNV

Définitions

Attitudes pratiques:

- Patient examiné alors que le déficit neurologique a totalement régressé: l'attitude médicale recommandée est
 - Mettre en œuvre, **dans les meilleurs délais**, les moyens diagnostiques et thérapeutiques appropriés
 - Dans le but d'initier un traitement préventif de l'ischémie cérébrale
 - En clair: établir le score ABCDD du patient puis décider au cas par cas

AIT: diagnostic et Pronostic

Diagnostic

- Difficile: diversité des symptômes, nombreux diagnostics différentiels, caractères rétrospectif (dépend de la qualité de l'interrogatoire)
- Interrogatoire du patient et d'éventuels témoins

AIT: diagnostic et Pronostic

Diagnostic

- Difficile: diversité des symptômes, nombreux diagnostics différentiels, caractères rétrospectif (dépend de la qualité de l'interrogatoire)
- Interrogatoire du patient et d'éventuels témoins
- Symptôme neurologique d'installation brutale

AIT: diagnostic et Pronostic

AIT probable

- cécité monoculaire
- Trouble du langage: aphasie
- Déficit moteur et/ou sensitif unilatéral
- Déficit moteur et/ou sensitif bilatéral ou à bascule (axe vertébro-basilaire)
- Perte de la vision dans un champ visuel (le plus souvent), dans les 2 champs visuels (rare)

AIT: diagnostic et Pronostic

AIT possible

- Vertige brutal sans antécédent de vertige
- Perte d'équilibre « ébriété »
- Diplopie
- Dysarthrie
- Trouble de déglutition
- Symptôme sensitif isolé (fourmillements, engourdissement) ne touchant qu'une partie d'un membre ou un hémiface
- Dérobement des membres inférieurs avec chute (« drop-attack »)

AIT: diagnostic et Pronostic

Diagnostic différentiel

- Migraine avec aura
- Crise d'épilepsie focale
- Troubles métabolique: hypoglycémie
- Pathologie ORL: vertige
- Syncope
- Troubles psychosomatiques

AIT: diagnostic et Pronostic

Pronostic

- AIT = urgence diagnostique et thérapeutique
- Le risque d'AVC après AIT est élevé: 10% à 3 mois mais la moitié (5%) dans les 48 heures
- Il est recommandé (recommandation de grade A) de réaliser une imagerie cérébrale et un bilan étiologique rapidement après un AIT
- Aucune étude ne permet de préciser le délai optimal de réalisation de ces examens

AIT: diagnostic et Pronostic

Pronostic

- L'hospitalisation urgente en Unité NeuroVasculaire est recommandée si:
 - AIT récidivants (> ou égal à 2 AIT en 24 heures)
 - AIT « hémodynamique » (réapparition des symptômes à l'orthostatisme)
 - AIT survenue alors que le patient est sous traitement antiagrégant plaquettaire
 - AIT sur terrain particulier rendant difficile une exploration en ambulatoire: comorbidité, âge, isolement social
 - score ABCDD > 3 (risque intermédiaire et élevé)

Evaluation du pronostic et de gravité de l'AIT par le score ABCDD

- La plupart des modèles pronostiques ne permettent d'estimer le risque d'AVC qu'à 3 mois
- Peut d'intérêt à la phase aiguë et pour décider d'une hospitalisation
- Rothwell et al Lancet 2005: score ABCDD
- Coté sur 7 point à partir de 4 paramètres dont chacun est apparu prédictif d'AVC en analyse univariée
- Ce score prédit le risque d'AVC dans les 48 heures qui suivent un AIT

Le score ABCDD

Paramètres cliniques			Points
A Age	Age	> ou = 60 ans < 60 ans	1 0
B Blood Pressure	Pression artérielle	PAS > 140mmHg ou PAD> 90 mmHg* autre	1 0
C Clinical features	Caractéristique clinique	Déficit moteur unilatéral Trouble de la parole** sans déficit moteur autre	2 1 0
D Duration of symptoms	Durée des symptômes	> ou = 60 minutes de 10 à 59 minutes < 10	2 1 0
D Diabetes	Diabète	Présent*** absent	1 0
Total maximum			7
*Ou traitement antihypertenseur en cours **dysarthrie ou aphasie ***traitement antidiabétique en cours			

Evaluation du pronostic et de gravité de l'AIT par le score ABCDD

- Le risque d'AVC dans les 48 heures qui suivent un AIT est de:
 - 0% pour un score ABCDD de 0 ou 1
 - 1,3% pour un score de 2 ou 3
 - 4,1% pour un score de 4 ou 5
 - 8,1% pour un score de 6 ou 7

Evaluation du pronostic et de gravité de l'AIT par le score ABCDD

- Suivant le score ABCD2, les patients sont classés en 3 groupes
 - Patients à risque faible: score de 0 à 3
 - Patients à risque intermédiaire: score de 4 à 5
 - Patients à risque élevé: score 6 et 7

Evaluation du pronostic et de gravité de l'AIT par le score ABCDD

- Décision d'hospitalisation suivant le score ABCD2
 - Patients à risque faible: score de 0 à 3
 - Patients à risque intermédiaire: score de 4 à 5
 - Patients à risque élevé: score 6 et 7

Evaluation du pronostic et de gravité de l'AIT par le score ABCDD

- Décision d'hospitalisation suivant le score ABCD2
 - Patients à risque faible: score de 0 à 3
 - Patients à risque intermédiaire: score de 4 à 5
 - Patients à risque élevé: score 6 et 7 : **hospitalisation en Unité de Soins Intensifs NeuroVasculaires, en urgence**

Evaluation du pronostic et de gravité de l'AIT par le score ABCDD

- Décision d'hospitalisation suivant le score ABCD2
 - Patients à risque faible: score de 0 à 3
 - Patients à risque intermédiaire: score de 4 à 5: **Hospitalisation en UNV**
 - Patients à risque élevé: score 6 et 7

Evaluation du pronostic et de gravité de l'AIT par le score ABCDD

- Décision d'hospitalisation suivant le score ABCD2
 - Patients à risque faible: score de 0 à 3: **Prise en charge ambulatoire envisageable**
 - Patients à risque intermédiaire: score de 4 à 5
 - Patients à risque élevé: score 6 et 7

Evaluation du pronostic et de gravité de l'AIT par le score ABCDD

- Décision d'hospitalisation suivant le score ABCD2
 - Patients à risque faible: score de 0 à 3: **Prise en charge ambulatoire envisageable**
 - Patients à risque intermédiaire: score de 4 à 5
 - Patients à risque élevé: score 6 et 7

. **Contact NeuroVasculaire**

. **Planification du bilan: Scanner cérébral/IRM cérébrale dans les 48h**

. **EDVC**

. **Cs cardio, Holter-ECG et ETT dans les 15 jours**

AVC

Cas clinique

Mr C.J, 82 ans

Présente brutalement à 11h15 un déficit moteur de l'hémicorps droit associé à des troubles de l'élocution. Mr C.J a déjà eu un épisode similaire il y'a 10 jour, mais tout est rentré dans l'ordre au bout de 10 minutes.

Son épouse, qui a d'abord cru que ça allait passer (comme la dernière fois) vous appelle à 13h15

- Que lui répondez-vous?

AVC

Cas clinique

Mr C.J, 82 ans

AVC

Cas clinique

Mr C.J, 82 ans

Présente brutalement à 11h15 un déficit moteur de l'hémicorps droit associé à des troubles de l'élocution. Mr C.J a déjà eu un épisode similaire il y'a 10 jour, mais tout est rentré dans l'ordre au bout de 10 minutes.

AVC

Cas clinique

Mr C.J, 82 ans

Présente brutalement à 11h15 un déficit moteur de l'hémicorps droit associé à des troubles de l'élocution. Mr C.J a déjà eu un épisode similaire il y'a 10 jour, mais tout est rentré dans l'ordre au bout de 10 minutes.

Son épouse, qui a d'abord cru que ça allait passer (comme la dernière fois) vous appelle à 13h15

Les antécédents de Mr C.J sont: HTA, Fibrillation atriale traitée par Préviscan

AVC

Cas clinique

Mr C.J, 82 ans

Présente brutalement à 11h15 un déficit moteur de l'hémicorps droit associé à des troubles de l'élocution. Mr C.J a déjà eu un épisode similaire il y'a 10 jour, mais tout est rentré dans l'ordre au bout de 10 minutes.

Son épouse, qui a d'abord cru que ça allait passer (comme la dernière fois) vous appelle à 13h15

Les antécédents de Mr C.J sont: HTA, Fibrillation atriale traitée par Préviscan

Vous étiez justement à deux pas de chez Mr C.J. Avant même l'arrivée du SAMU, vous êtes au domicile du patient. A l'examen vous notez:

- Une bonne vigilance
- Une hémiplégie droite prédominant au membre supérieur
- Une amputation de l'hémichamp visuel droit (HLH)
- Un manque du mot (aphasie de Broca)
- Une PA à 210/90

AVC

Cas clinique

Mr C.J, 82 ans

Présente brutalement à 11h15 un déficit moteur de l'hémicorps droit associé à des troubles de l'élocution. Mr C.J a déjà eu un épisode similaire il y'a 10 jour, mais tout est rentré dans l'ordre au bout de 10 minutes.

Son épouse, qui a d'abord cru que ça allait passer (comme la dernière fois) vous appelle à 13h15

Les antécédents de Mr C.J sont: HTA, Fibrillation atriale traitée par Préviscan

Vous étiez justement à deux pas de chez Mr C.J. Avant même l'arrivée du SAMU, vous êtes au domicile du patient. A l'examen vous notez:

- Une bonne vigilance
- Une hémiplégie droite prédominant au membre supérieur
- Une amputation de l'hémichamp visuel droit (HLH)
- Un manque du mot (aphasie de Broca)
- Une PA à 210/90

1- Quel est votre diagnostic?

AVC

Cas clinique

Mr C.J, 82 ans

Présente brutalement à 11h15 un déficit moteur de l'hémicorps droit associé à des troubles de l'élocution. Mr C.J a déjà eu un épisode similaire il y'a 10 jour, mais tout est rentré dans l'ordre au bout de 10 minutes.

Son épouse, qui a d'abord cru que ça allait passer (comme la dernière fois) vous appelle à 13h15

Les antécédents de Mr C.J sont: HTA, Fibrillation atriale traitée par Préviscan

Vous étiez justement à deux pas de chez Mr C.J. Avant même l'arrivée du SAMU, vous êtes au domicile du patient. A l'examen vous notez:

- Une bonne vigilance
- Une hémiplégie droite prédominant au membre supérieur
- Une amputation de l'hémichamp visuel droit (HLH)
- Un manque du mot (aphasie de Broca)
- Une PA à 210/90

1- Quel est votre diagnostic?

2- L'épouse de Mr C.J trouve cette PA trop élevée et vous demande de la faire baisser. Que faites-vous?

AVC

Cas clinique

Mr C.J, 82 ans

Présente brutalement à 11h15 un déficit moteur de l'hémicorps droit associé à des troubles de l'élocution. Mr C.J a déjà eu un épisode similaire il y'a 10 jour, mais tout est rentré dans l'ordre au bout de 10 minutes.

Son épouse, qui a d'abord cru que ça allait passer (comme la dernière fois) vous appelle à 13h15

Les antécédents de Mr C.J sont: HTA, Fibrillation atriale traitée par Préviscan

Vous étiez justement à deux pas de chez Mr C.J. Avant même l'arrivée du SAMU, vous êtes au domicile du patient. A l'examen vous notez:

- Une bonne vigilance
- Une hémiplégie droite prédominant au membre supérieur
- Une amputation de l'hémichamp visuel droit (HLH)
- Un manque du mot (aphasie de Broca)
- Une PA à 210/90

1- Quel est votre diagnostic?

2- L'épouse de Mr C.J trouve cette PA trop élevée et vous demande de la faire baisser. Que faites-vous?

3- Mr C.J est-il éligible à la thrombolyse?

AVC

Cas clinique

Mr C.J, 82 ans

Présente brutalement à 11h15 un déficit moteur de l'hémicorps droit associé à des troubles de l'élocution. Mr C.J a déjà eu un épisode similaire il y'a 10 jour, mais tout est rentré dans l'ordre au bout de 10 minutes.

Son épouse, qui a d'abord cru que ça allait passer (comme la dernière fois) vous appelle à 13h15

Les antécédents de Mr C.J sont: HTA, Fibrillation atriale traitée par Préviscan

Vous étiez justement à deux pas de chez Mr C.J. Avant même l'arrivée du SAMU, vous êtes au domicile du patient. A l'examen vous notez:

- Une bonne vigilance
- Une hémiparésie droite prédominant au membre supérieur
- Une amputation de l'hémichamp visuel droit (HLH)
- Un manque du mot (aphasie de Broca)
- Une PA à 210/90

1- Quel est votre diagnostic?

2- L'épouse de Mr C.J trouve cette PA trop élevée et vous demande de la faire baisser. Que faites-vous?

3- Mr C.J est-il éligible à la thrombolyse? Le traitement par Préviscan contre-indique t-il la thrombolyse?

AVC

Cas clinique N02

Mme D, 80 ans

AVC

Cas clinique N02

Mme D, 80 ans

Se réveille à 7h avec un déficit moteur de l'hémicorps droit associé à des troubles de l'élocution. Elle s'est couchée la veille vers 22h dans son état normal.

AVC

Cas clinique N02

Mme D, 80 ans

Se réveille à 7h avec un déficit moteur de l'hémicorps droit associé à des troubles de l'élocution. Elle s'est couchée la veille vers 22h dans son état normal.

Son époux vous appelle à 7h10.

AVC

Cas clinique N02

Mme D, 80 ans

Se réveille à 7h avec un déficit moteur de l'hémicorps droit associé à des troubles de l'élocution. Elle s'est couchée la veille vers 22h dans son état normal.

Son époux vous appelle à 7h10.

Que lui répondez-vous?

AVC

Signes cliniques:

Déficit neurologique persistant

AVC

Deux cas de figure:

1. Symptômes évoluant depuis moins de 4h30 ou heure de début inconnue
2. Symptômes évoluant depuis plus de 4 h30

AVC

Symptômes évoluant depuis moins de 4h30 ou si l'heure début est inconnue:

C'est une situation « d'urgence Thrombolyse »

- Pas d'intérêt à se rendre soi-même au domicile du patient
- Alerter le SAMU
- Qui organise le transfert du patient dans l'UNV la plus proche
- Le patient bénéficiera d'une IRM en urgence en vue d'une éventuelle thrombolyse
- L'âge du patient n'est pas un critère d'exclusion
- L'IRM permettra de dater l'AVC

AVC

Symptômes évoluant depuis plus de 4h30:

- Contacter le neurologue vasculaire de garde
- Organiser le transfert du patient vers l'UNV la plus proche
- Respecter un PA élevée
 - Jusqu'à 220 mmHg pour l'AVC ischémique
 - Jusqu'à 185 mmHg pour l'AVC hémorragique

AVC

Facteurs associés à une aggravation clinique à la phase aiguë

- Hypotension artérielle
- Hypertension artérielle (>220/110 pour l'AVC Isch et 185/95 pour l'AVC Hg)
- Hypoxie
- Hypercapnie
- Hyperglycémie (>1,10g/l)
- Hyperthermie (>37°5)

Post TEST

Cf documents

Conclusions

- AVC: pathologie fréquente et grave
- Le rôle du médecin généraliste
 - o Diagnostiquer l'urgence
 - o Orienter le patient en UNV
 - o Dans l'AIT:
 - évaluer le risque de récurrence ou d'aggravation
 - Organiser une éventuelle prise en charge ambulatoire
- Après la phase aiguë
 - o Suivi et surveillance
 - o Réinsertion sociale