



**PROFIL ET DEVENIR DES PATIENTS ADMIS  
AUX UMC DU CHU DE BENI MESSOUS  
SUITE A UN ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL**

DR HADJADJ SOUAD  
UMC CHU BENI MESSOUS  
PR M.S.HARAOUBIA

# INTRODUCTION :

*réel problème et enjeu majeur de la politique de santé publique*

- ❖ *fréquent et grave.*
- ❖ *Considérés comme la deuxième cause de décès dans le monde après les maladies cardiovasculaires, première cause de handicap invalidant, une cause majeure de dépression, responsable d'un coût socio-économique important*
- ❖ *Il s'agit d'une maladie très hétérogène puisqu'on distingue les accidents ischémiques (infarctus cérébral et accident ischémique transitoire [AIT]) et les accidents hémorragiques (hémorragie intracérébrale [HIC] et hémorragie sous-arachnoïdienne autrement appelée hémorragie méningée).*
- ❖ *urgence diagnostique et thérapeutique*
- ❖ *prise en charge à la phase aigüe est une course contre la montre pour éviter toute perte de temps préjudiciable aux patients.*

## LE BUT:

- ❖ les caractéristiques anthropométriques , clinique et radiologiques
- ❖ *les facteurs de risque,*
- ❖ *la prise en charge à la phase initiale et*
- ❖ le devenir des patients présentant un accident vasculaire cérébral.

## METHODES :

- ❖ Etude descriptive rétrospective
- ❖ 14 mois allant d'Octobre 2018 à Novembre 2019.
- ❖ 71 patients, accident vasculaire cérébral,
- ❖ Service des UMC du CHU Beni Messous,
- ❖ Exclus
  - les AVC péri opératoires
  - les AIT
  - les thrombophlébites cérébrales
  - les hémorragies méningées

# Fiche technique : Accidents vasculaires cérébraux

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_  
Date d'entrée : \_\_\_\_\_ Date de sortie : \_\_\_\_\_ Transfert \_\_\_\_\_ Décès \_\_\_\_\_  
Provenance : \_\_\_\_\_  
Motif d'hospitalisation : \_\_\_\_\_  
Dgc retenu : \_\_\_\_\_  
ATCD : hémorragie digestive  alcool  tabac  insuffisance cardiaque  HTA   
cardiopathie ischémi  valvulopathie  cardiomyopathie dilatée  DNID  DID   
I Rénale C  AVC ischémique  AVC hémorragique  I Respiratoire C  Asthme   
TRT associé : aucun  BB  ADO  insuline  IEC  ATB  diurétiques  aspirine   
ARA2  AVK  plavix  B2 mim

## Prise en charge antérieure :

NON  OUI  structure : \_\_\_\_\_ durée : \_\_\_\_\_  
TRT : \_\_\_\_\_

## A l'admission :

détresse :  respiratoire  neurologique  hémodynamique  
SCG : \_\_\_\_\_ FC : \_\_\_\_\_ FR : \_\_\_\_\_

F<sup>2</sup> : Non  oui  chiffre : \_\_\_\_\_

TA : Stable  hypotension  Etat de choc  sous drogue

VS : Non  Oui

VNI : Non  Oui

Intubé : Non  Oui

## Bilan biologique :

Bilan d'hémostase : INR \_\_\_\_\_ TP : \_\_\_\_\_ TCK : \_\_\_\_\_

FNS : Hb : \_\_\_\_\_ Plq : \_\_\_\_\_ GB : \_\_\_\_\_

Bilan rénal : Uréé : \_\_\_\_\_ Créa : \_\_\_\_\_

Biochimie : Glycémie : \_\_\_\_\_ Na+ : \_\_\_\_\_ K+ : \_\_\_\_\_ Calcémie : \_\_\_\_\_

GDS : PH : \_\_\_\_\_ PaO2 : \_\_\_\_\_ SaO2 : \_\_\_\_\_ PaCO2 : \_\_\_\_\_ HCO3- : \_\_\_\_\_ Lactate : \_\_\_\_\_

Bilan hépatique : TGO \_\_\_\_\_ TGP \_\_\_\_\_ Bil \_\_\_\_\_ PAL \_\_\_\_\_

Autre : \_\_\_\_\_

## ECG :

Imagerie : - Rx de Thorax \_\_\_\_\_  
- Scanner ou IRM cérébrale : \_\_\_\_\_  
- Echocoeur : \_\_\_\_\_  
- autre : \_\_\_\_\_

Facteur déclenchant : Ecart thérapeutique  Infection

Prise médicamenteuse  pic HTA

Autre :  type : \_\_\_\_\_

## Prise en charge initiale :

-intubation oui  non

-Quantité d'hydratation \_\_\_\_\_

-Arrêt AVK Non  Oui

-vit K  IV  SC

-PFC  CG

Drogues vasoactives :  adrénaline  noradrénaline  dobutamine

## Défaillance d'organe initiale à l'admission :

Evolution : .Sortie  transfert  Duré d'hospitalisation  complications

à type :  Insuffisance rénale aigue  Etat de choc  Décès

Intubation : /  détresse respiratoire  saignement

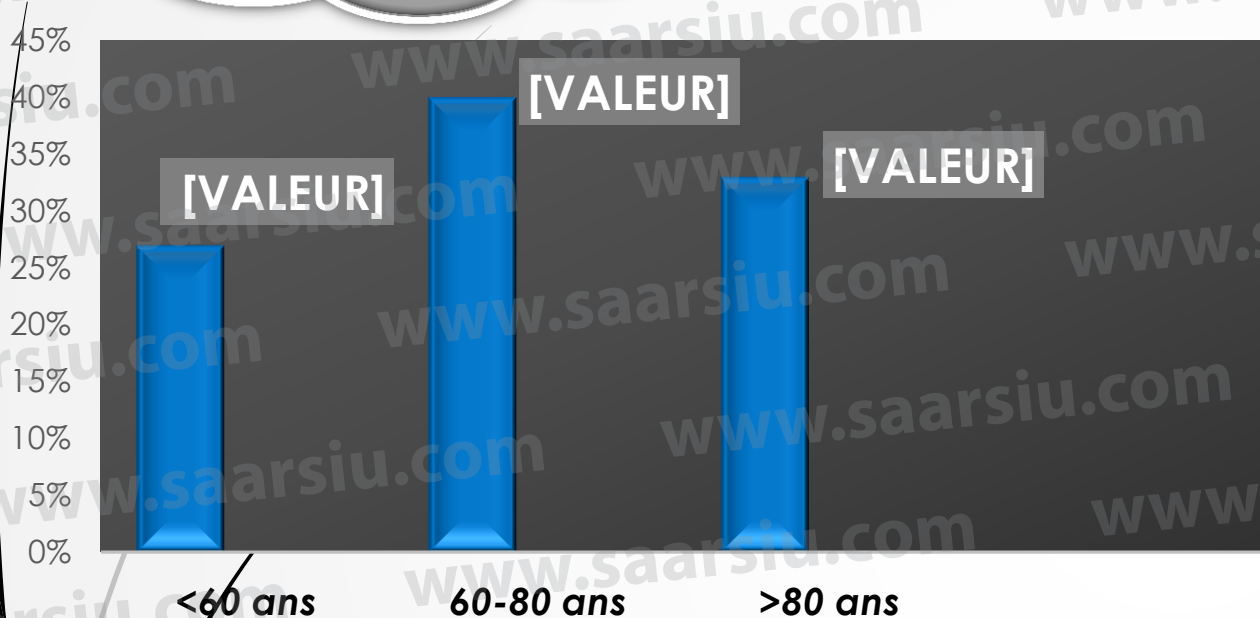
- Dégradation du score neurologique SCG

Reprise du traitement antérieur :  Héparine  AVK  antiagrégants plaq

Autre \_\_\_\_\_

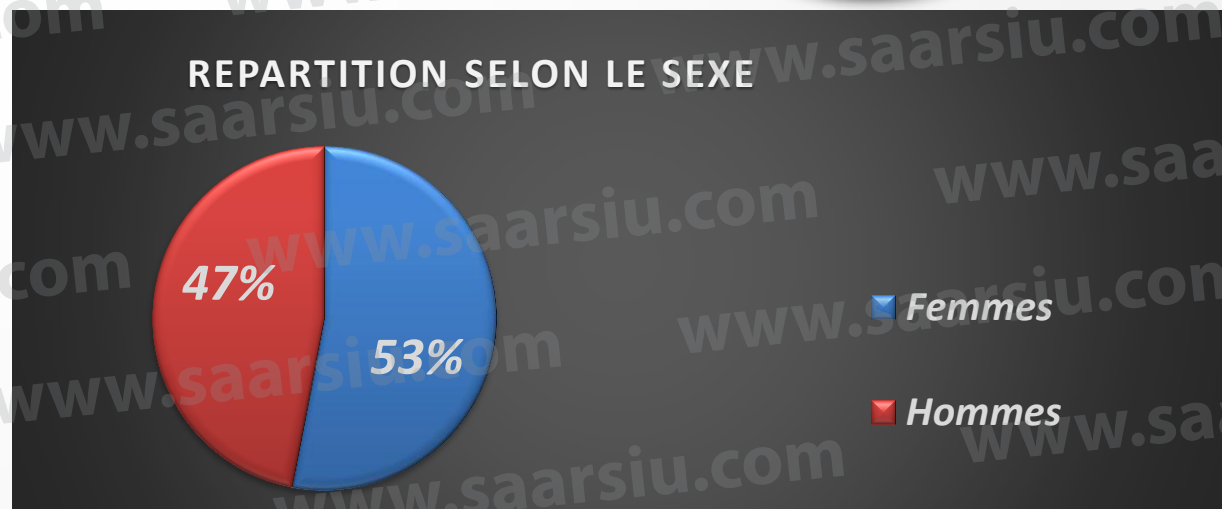
Nbre de jour post AVC :

**Age moyen:**  
**69 ans**  
**(38-98ans)**

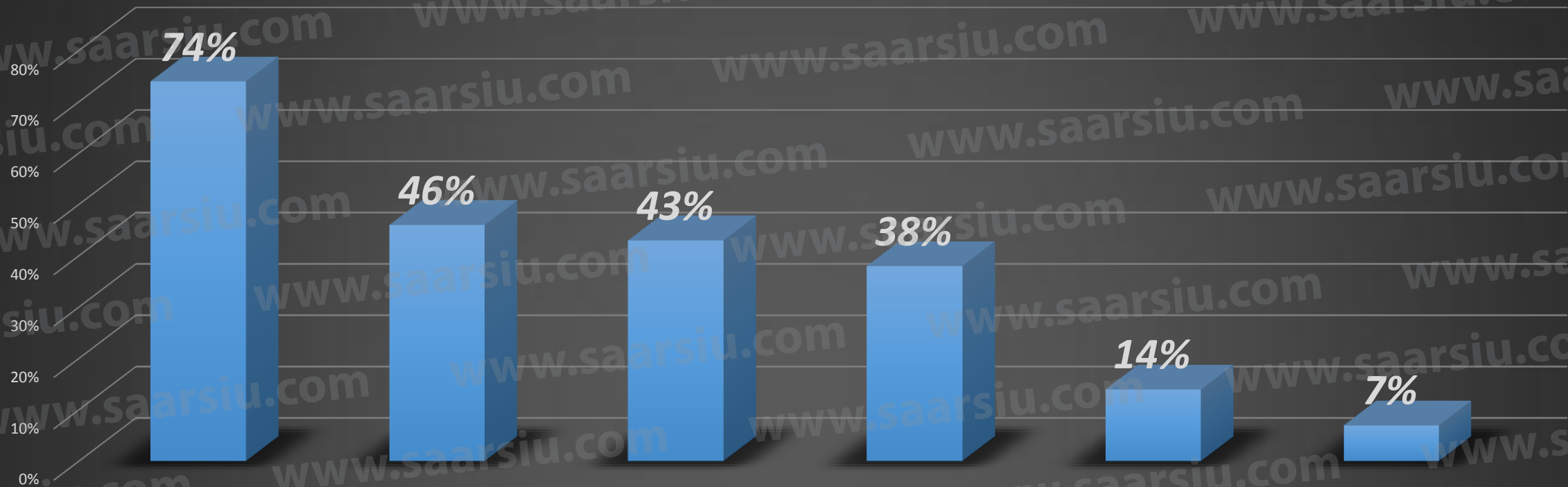


*Répartition selon les tranches d'âge*

**Sexe ratio:**  
**0,86**  
**( 38 F/33H )( 53%/ 47% )**



# facteurs de risque



HTA

Cardiopathies

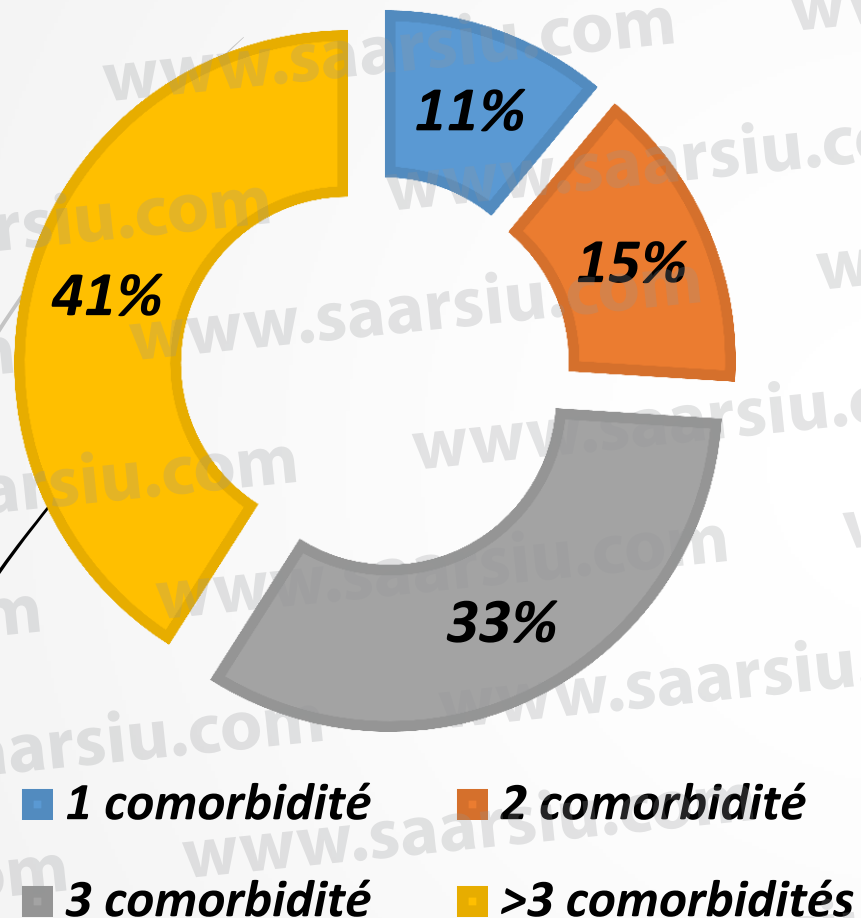
Diabète

ANTCV d'AVC ou AIT

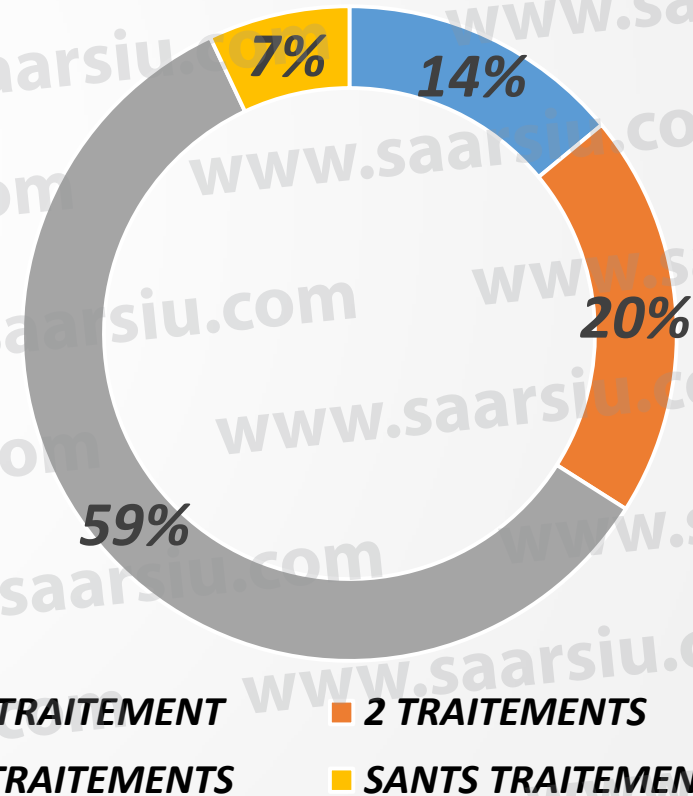
Ice renale

sans ATCDS

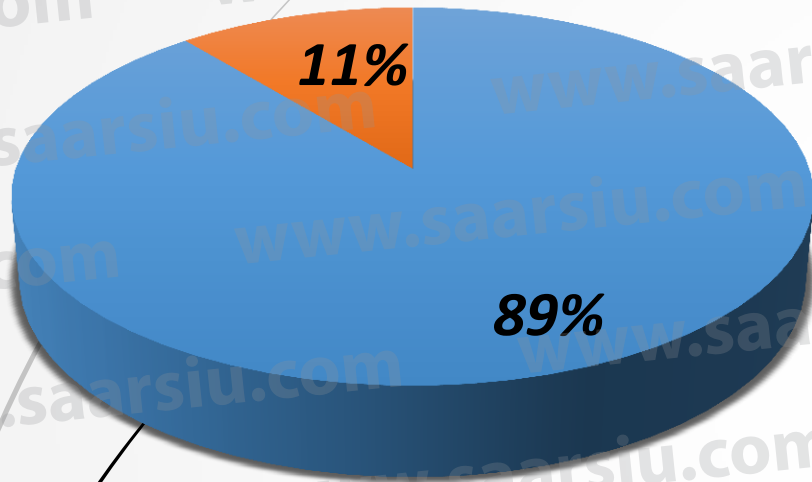
## COMORBIDITÉS ASSOCIÉS



## TRAITEMENT ASSOCIÉS

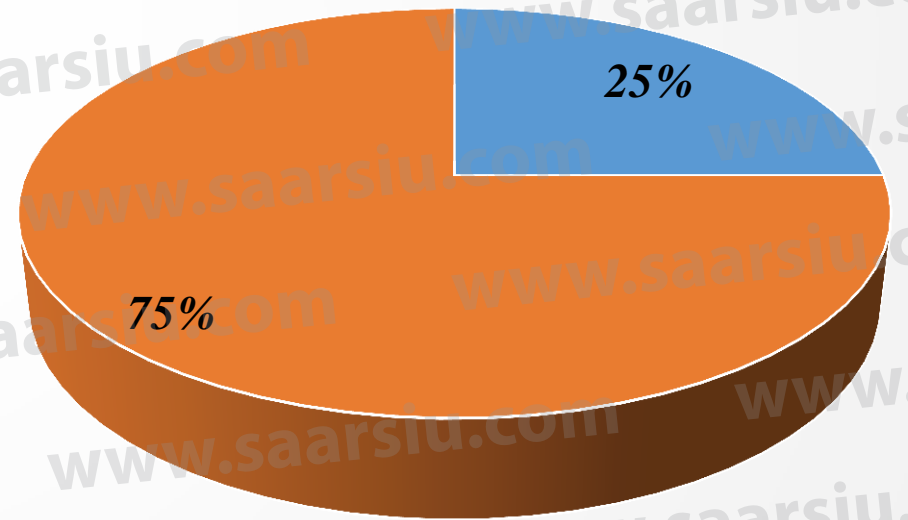


## PROVENANCE



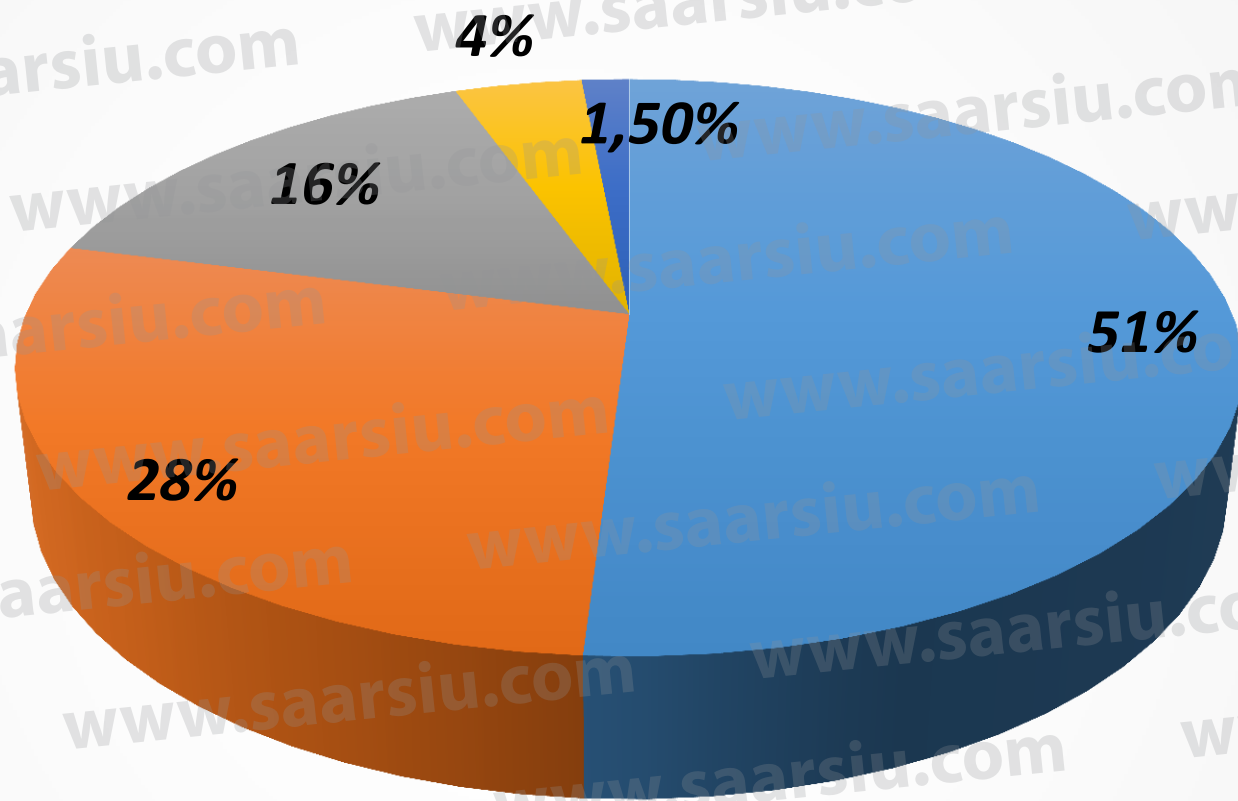
- *Consultation initiale*
- *consultation secondaire*

## DÉLAI DE CONSULTATION



- < 4h30
- > 4h30

## Motif de consultation

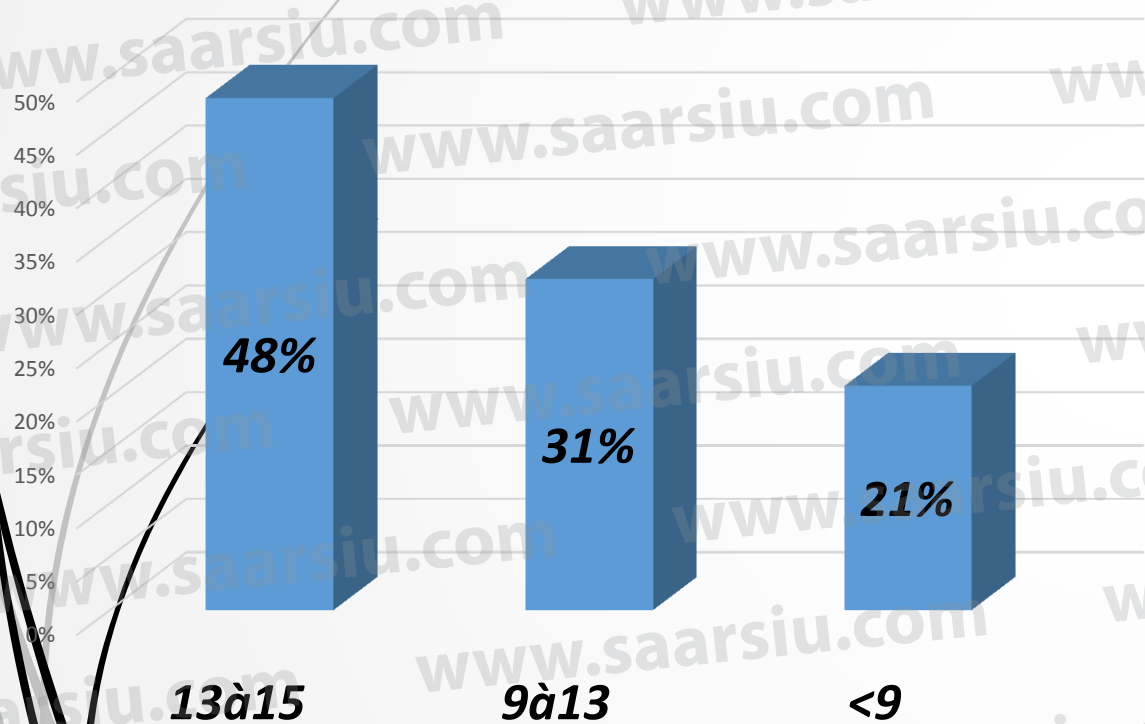


- troubles de la conscience
- troubles sensitivo-moteur
- céphalées
- troubles du langage
- troubles visuels

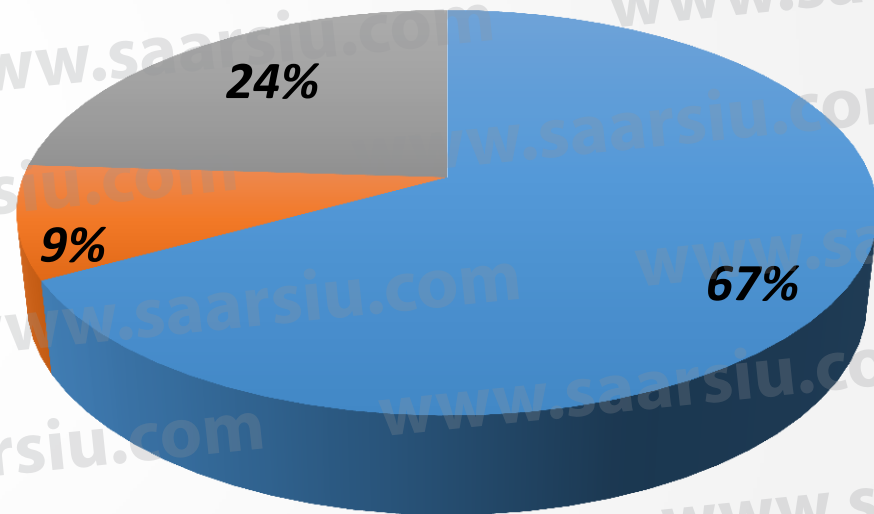
Etat clinique à l'admission

## ETAT NEUROLOGIQUE

score de glasgow



## ETAT HÉMODYNAMIQUE (PAS)

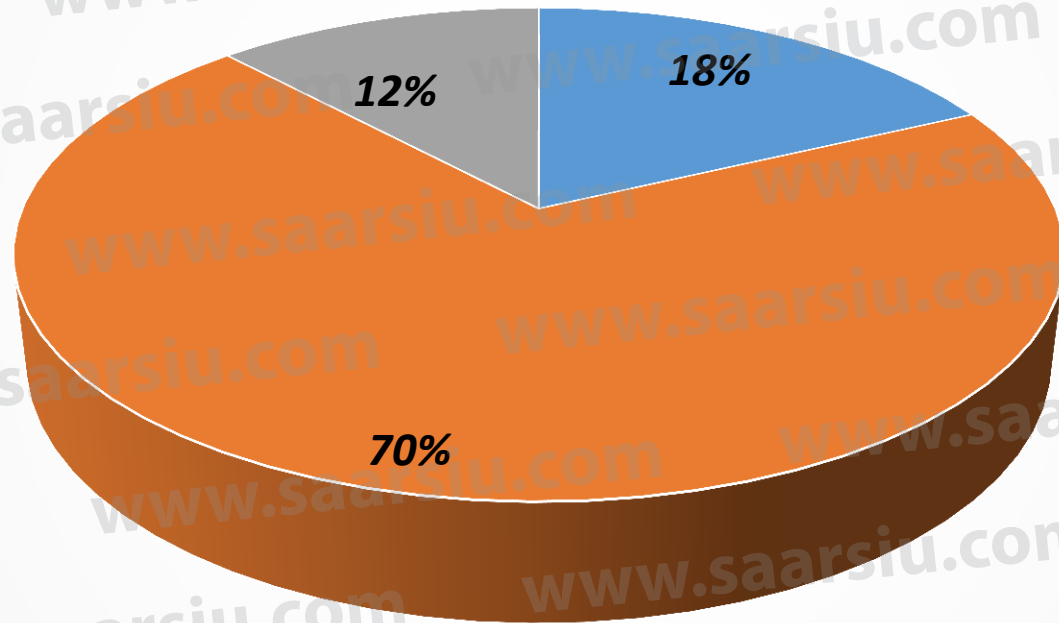


- ≥ 140 mmhg
- 90 à 140 mmhg
- < 90 mmhg

SCORE D'évaluation clinique:

- Calculé chez 30% des patients

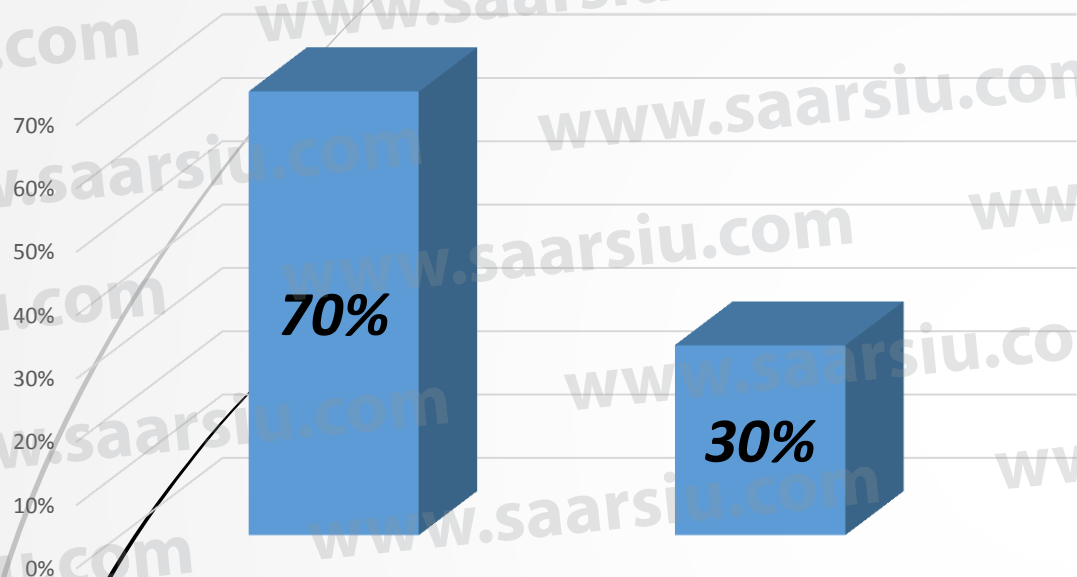
*Score de NIHSS*



■ 1 à 4 ■ 5 à 15 ■ >15

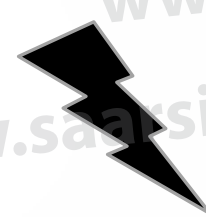
# RADIOLOGIE

## TDM Cérébrale

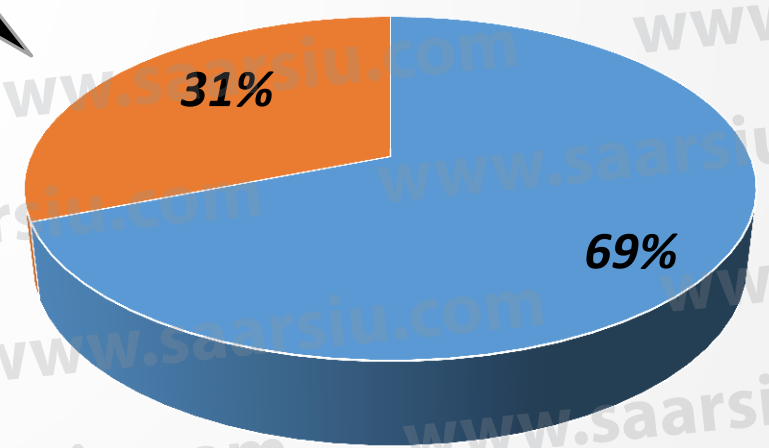


*DG POSITIF*

*Sans particularité*



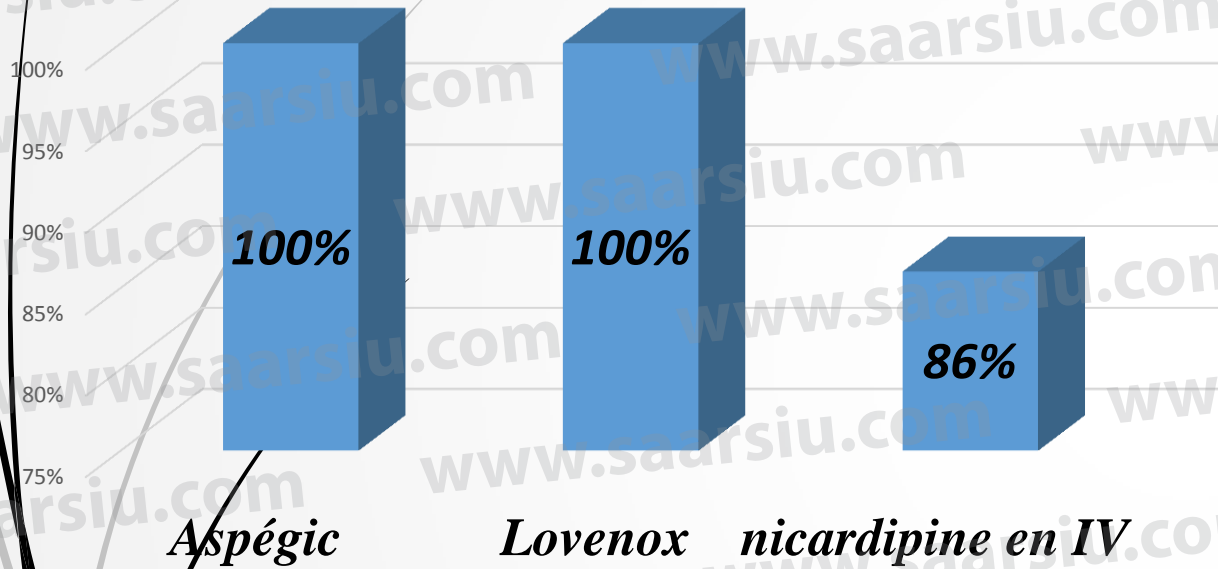
## Type d'AVC



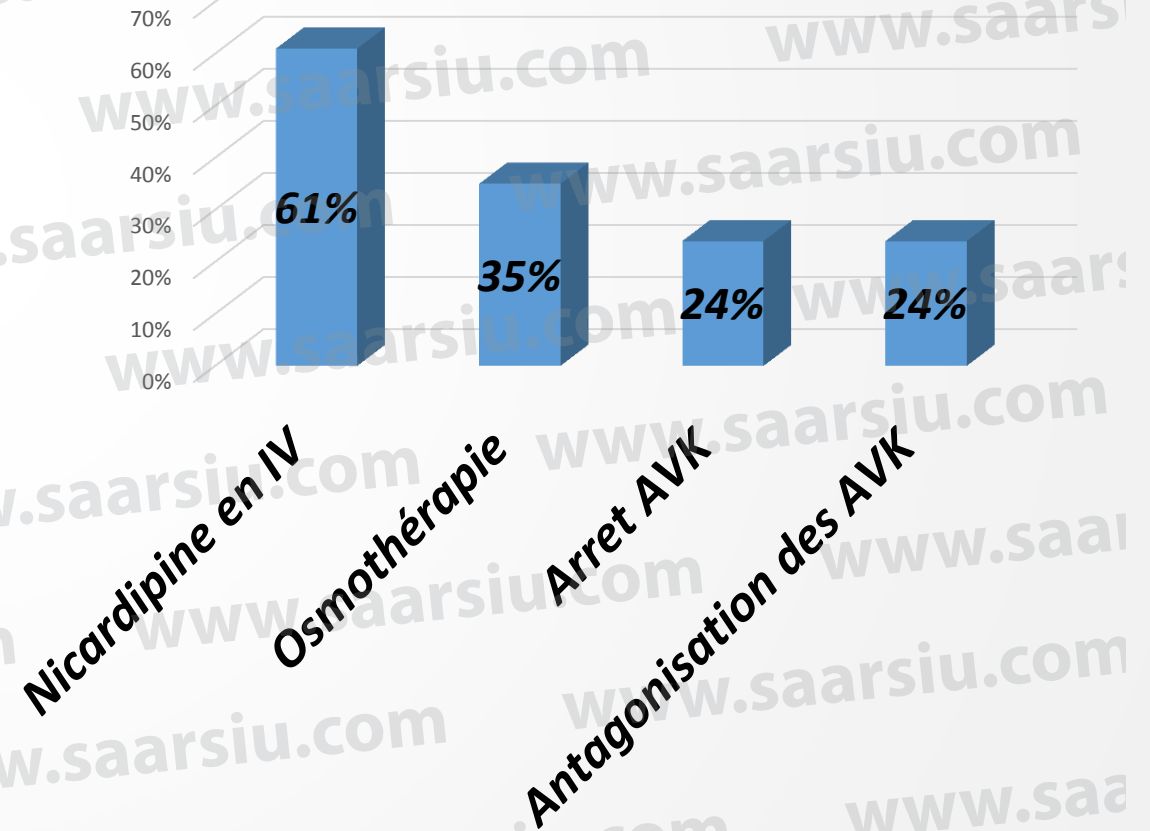
■ *Ischémique* ■ *Hémorragique*

# Traitement initial:

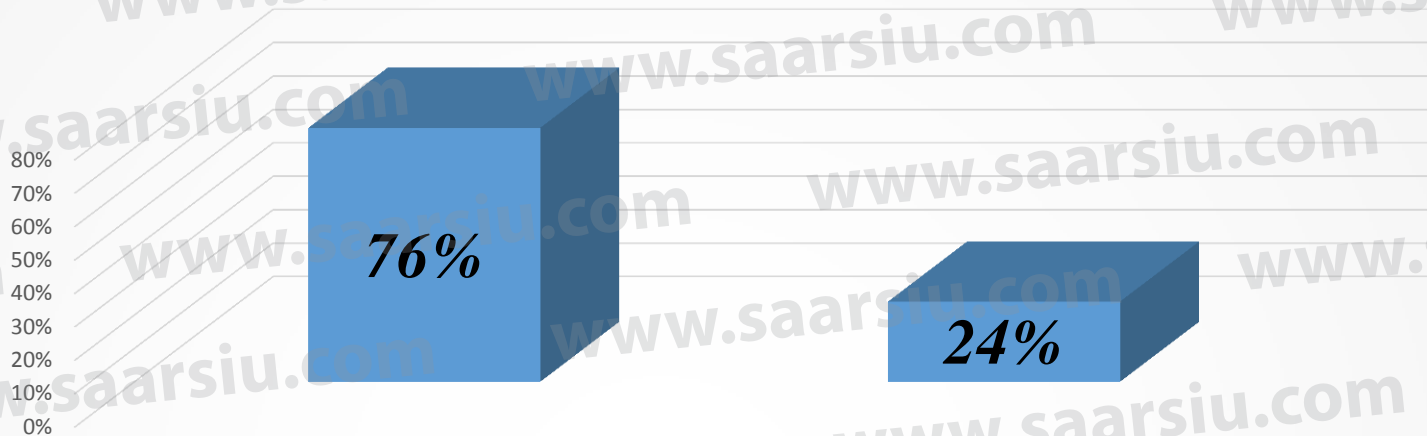
## AVC ischémique



## AVC hémorragique

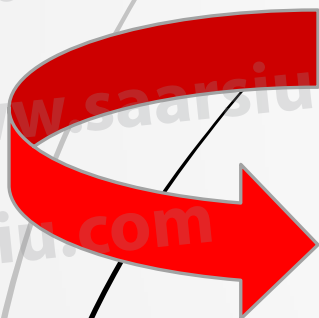


# EVOLUTION

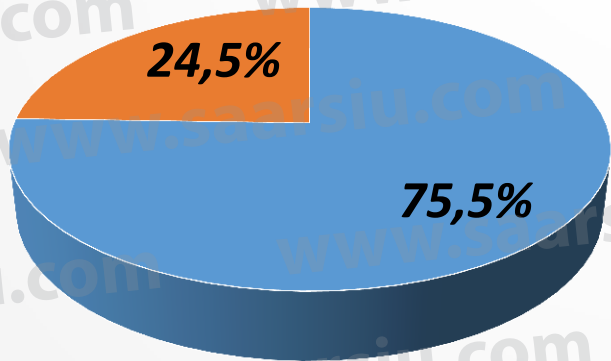


*FAVORABLE*

*AGRAVATION*



*Evolution favorable*

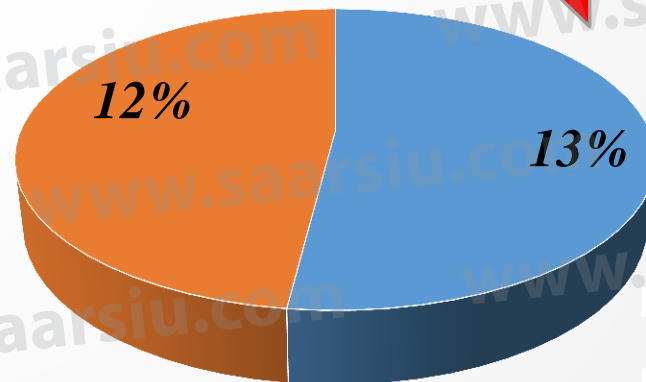


■ *sortie*

■ *ttransfert*



*décès 25%*



■ *AVC hémorragique*

■ *AVC ischémique*

## Discussion

Malgré la modestie de notre série 71 patients, les limites de notre étude et la structure de prise en charge

**Les facteurs de risques d'AVC** décrits par la littérature sont nombreux, Les données épidémiologiques validées ont démontré le rôle de l'âge et de l'hypertension artérielle (HTA) dans l'augmentation de l'incidence des AVC

notre série : 70% des cas était âgé de plus de 65ans dont 30% supérieur à 80 ans ;  $\frac{3}{4}$  avaient plus de 2 comorbidités avec prédominance de l'hypertension artérielle comme facteur de risque principal retrouvée chez 70% des cas, par contre les femmes étaient plus touchées que les hommes dans notre étude

**L'accident vasculaire cérébral étant une urgence diagnostique et thérapeutique: Le SAMU** est contacté devant toute suspicion d'AVC afin d'organiser le transport et l'acheminement du patient le plus rapidement possible vers le centre hospitalier le plus proche doté d'une unité neurovasculaire (UNV) qui constitue la pierre angulaire de la filière de prise en charge de patients victimes d'AVC tous types confondus.

Malheureusement dans notre série et malgré que la plus part des patients avaient consulté initialement à notre niveau mais avec un délai dépassant les 4h30 dans  $\frac{3}{4}$  des cas qui était déjà préjudiciable au patient d'autant plus que nous ne disposant pas d'une UNV

**Le diagnostic d'AVC repose en règle sur la clinique**, Le plus stéréotypé des tableaux cliniques décrit est représenté par une atteinte de la sensibilité et/ou de la motricité d'un hémicorps, du champ visuel, du langage et des fonctions instrumentales,

Alors que dans notre étude le déficit sensitivo-moteur était supplanté par les troubles de la conscience qui était le premier motif de consultation dans la ½ des cas

**le diagnostic de la nature de l'AVC repose sur l'imagerie cérébrale.** qui permet de distinguer un AVC ischémique d'un AVC hémorragique.

**Le scanner cérébral** a l'avantage de sa grande accessibilité. Sans injection, il élimine formellement une hémorragie intracérébrale mais L'hypodensité de l'AIC ne sera visible qu'après 6-8 heures du début des symptômes Les lésions du tronc et de la fosse postérieure sont difficiles à détecter au scanner. Ainsi L'imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM) quand elle est possible en urgence est l'examen de référence,

Tous nos patients ont bénéficié initialement d'une TDM cérébrale sans injection qui était concluante dans 70% des cas alors que 30% avaient nécessité le recours ultérieurement à une autre TDM cérébrale voir une IRM.

**Dans la littérature** Les infarctus cérébraux (AIC) représentent 80 % des AVC. et les accidents hémorragiques 15 %.

dans notre étude le pourcentage de l'hémorragie intracérébrale était plus élevé à 31% et ou la majorité était un accident aux AVK

## L'utilisation des échelles suivantes est recommandée.

- Pour l'état de vigilance, on utilise l'échelle de Glasgow.
- Pour l'état neurologique et à la phase aiguë l'échelle du NIHSS (NIHSS-National Institute of Health Stroke Scale) :
  - l'échelle de référence, simple, rapide, et reproductible
  - qui est coté de 0 (patient sain) à 42,
  - permet score pronostique ainsi que d'évaluer la gravité initiale des patients que l'on regroupe en AVC mineur (NIHSS 1-4), AVC modéré (NIHSS 5-15), et AVC sévère (NIHSS >15).
  - Un score de NIHSS compris entre 5 et 25 permet d'envisager une décision de thrombolyse.

Dans notre étude le calcul du score de NIHSS était fait chez seulement 30% de nos patients ou la majorité avaient présenté un score entre 5 et 15

## Prise En Charge Thérapeutique initial:

**il y a urgence à revasculariser** (concept de « *time is brain* ») dans l'infarctus cérébral. Les 2 stratégies qui peuvent être combinées, sont la thrombolyse par rt-PA et la thrombectomie. elle correspond à l'ablation mécanique du thrombus, par voie endovasculaire (lors d'une artériographie). Plusieurs études récentes ont prouvé son efficacité en association avec la thrombolyse IV. doit être débutée dans les 6 h du début des symptômes.

plusieurs études , ont démontré le bénéfice de l'administration précoce d'un thrombolytique, le rt-PA (Actilyse®) à la dose de 0.9 mg/kg IV sur 1 heure, dans une fenêtre thérapeutique à 4h30 après le début des symptômes. L'étude NINDS, en 1995 L'étude ECASS-3 ; Son efficacité est temps-dépendante :

• **Patient pris en charge au-delà de 4 h 30** L'aspirine (bolus initial de 160-325 mg) est généralement indiquée et réduit discrètement le risque de décès et de dépendance.

Ne disposons pas d'UNV auquel s'ajoute le retard de consultation des patient dépassant les 4h30 dan 3/4des cas aucun n'a bénéficié de thrombolyse mais la totalité avait bénéficié d'un bolus d 'aspegic

• **Alors que dans l'hémorragie intracrânienne il est recommandé:**

1. Contrôle intensif de la pression artérielle en urgence réduit le risque de décès ou handicap. L'obtention d'une PAS < 140 mmHg en moins d'une heure est recommandée.

• Il faut de préférence utiliser des anti-hypertenseurs en perfusion intra-veineuse continue (l'urapidil, le labétalol ou la nicardipine), en évitant les doses de charge.

2. Normalisation de la coagulation: Les traitements antithrombotiques doivent être interrompus. Les patients sous AVK doivent avoir un INR <1,2

• Ce qui explique que nos patient avait reçu de la nicardipine en IV DANS 60% des cas et une antagonisation des AVK dans 24% des cas

## Évolution /pronostic

En dépit des traitements disponibles, 15 % à 25 % des victimes d'AVC connaissent une aggravation de leur état après leur admission à l'hôpital. ce qui concorde avec nos données où une aggravation était observé chez 24% de nos patients

## *conclusion*

La prise en charge des AVC à la phase aiguë est un enjeu organisationnel impliquant beaucoup d'acteurs médicaux et paramédicaux

Seule l'imagerie combinée à l'expertise clinique permet d'établir un diagnostic d'AVC et sa nature ischémique ou hémorragique

L'avènement de nouvelles thérapeutiques (thrombolyse, techniques endovasculaires, hospitalisation en unité neurovasculaire) et stratégies de prise en charge a transformé le pronostic des patients; qui est restée, pendant de nombreuses années, centrée sur le diagnostic.

L'information de la population permet de diminuer le délai de prise en charge des AVC ce qui conditionnent leur pronostic

les sociétés savantes et les pouvoirs publics doivent développés des référentiels de prise en charge des AVC, favorisant la structuration de filières de soins organisées et graduées

# bibliographie

- Collège des enseignants de médecine vasculaire et chirurgie vasculaire 2010-2011 item 133
- Accidents vasculaires cérébraux la revue du praticien novembre 2017 vol 67
- Accidents vasculaires ischémiques : prise en charge initiale Sfar 2013
- Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en urgence EMC 2011
- Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en urgence EMC 2002
- Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux à la phase aiguë EMC 2012
- MAPAR 2016