



Cas clinique

Sofia BENAMEUR

Interne de Médecine Vasculaire

Séminaire 21/01/2022

Mme R. 79 ans



Antécédents:

Endartériectomie carotidienne bilatérale pour sténose asymptomatique

*2011 : CID > 70%

* 2016 : CIG >90%

Thyroïdectomie partielle (nodule thyroïdien en 1980)

Sténoses multi-étagées d'origine athéromateuse de l'aorte abdominale sous-rénale

FDR : HTA / Dyslipidémie / Tabac sevré depuis plus de 20 ans



Patiente autonome vivant seule, marche sans aide, sort avec sa fille pour les courses. Pas d'IDE à domicile. Score mRs à 2.

- Traitement :

- COVERAM 10/5 mg
 - KARDEGIC 75 mg
 - PRAVASTATINE 10 MG
 - LEVOTHYROX 75 mg
- 

Histoire de la maladie

Parésie **BRUTALE** du MSD 02/11/2021 à 2H

Au lever à 7H : trouble élocutoire au téléphone avec le fils
Appel des secours

Aux Urgences CHU Timone à 15H :

(Constantes: PA aux 2 bras 170/90, pouls 85, apyrétique)

- * PF gauche modérée
- * Dysarthrie compréhensible



Bilan sanguin d'entrée:

- NFS normale, fibrinogène à 4,84, Hb 14.1g/dl, plaquettes 175 G/L
- **Créatinine 113 $\mu\text{mol/l}$**
- Glycémie 1,47 g/l
- Troponine 16, NTPro BNP 584 ng/l
- **Homocystéinémie à 42.9 $\mu\text{mol/l}$ (N<15)**
- TSH normale à 1.57
- **HbAC 6.4%**
- **LDL 0.99g/l**, HDL 0.71g/l, TG 0.86g/l, CT 1.87g/l
- BHC normal
- CRP 23.3mg/l (9.5 mg/l)

Score Clinique NIHSS

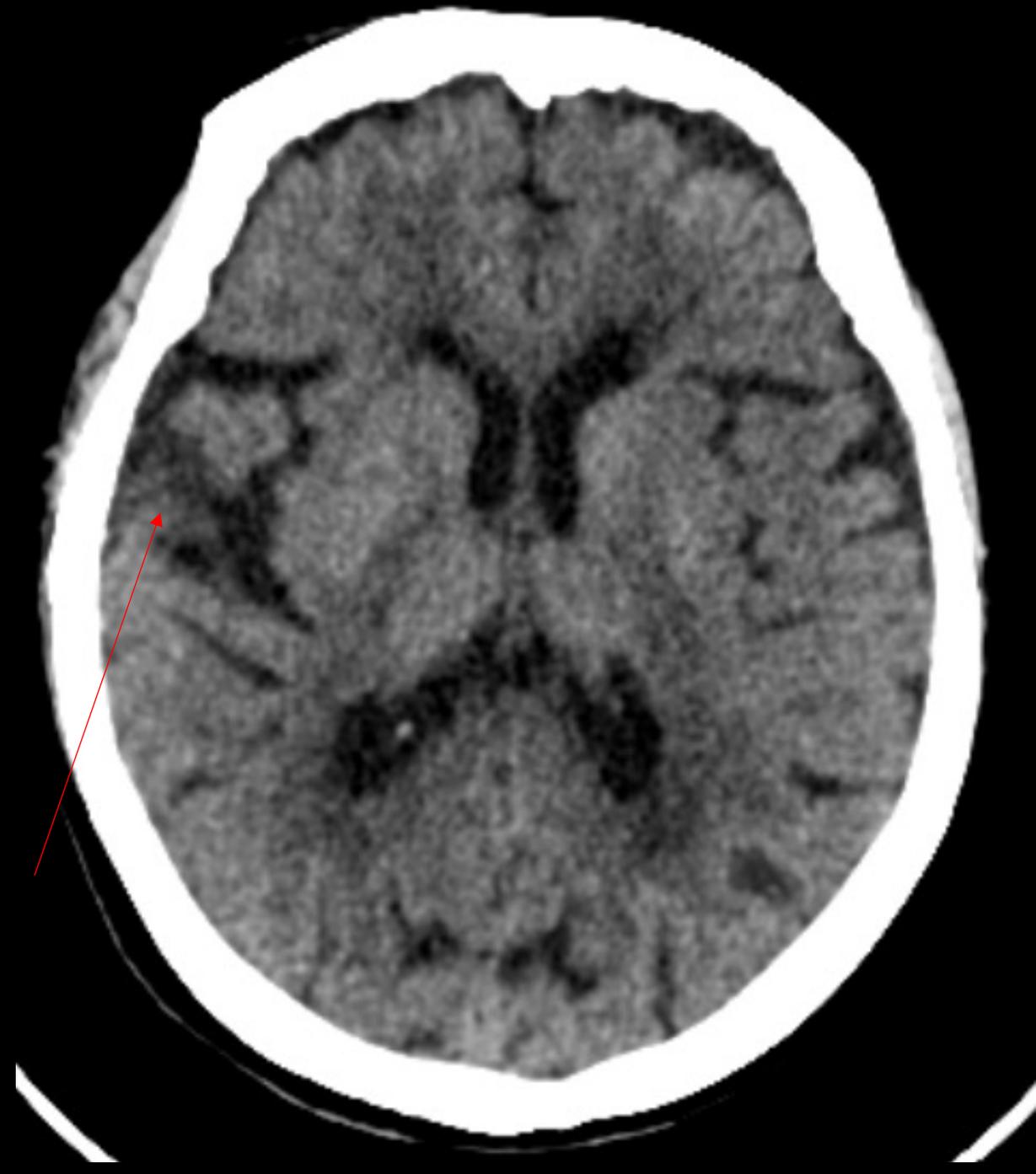
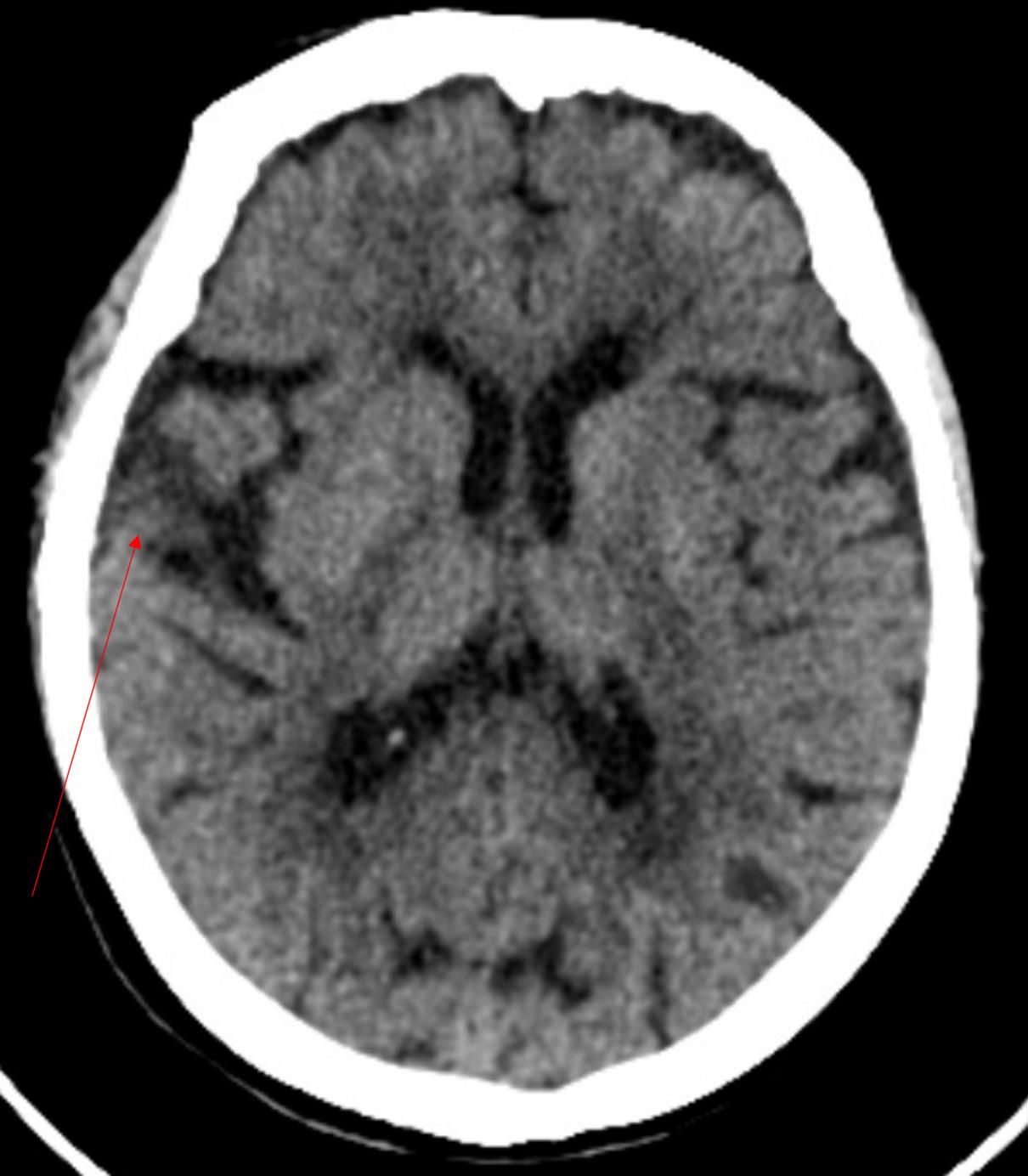
M.R: NIHSS ?

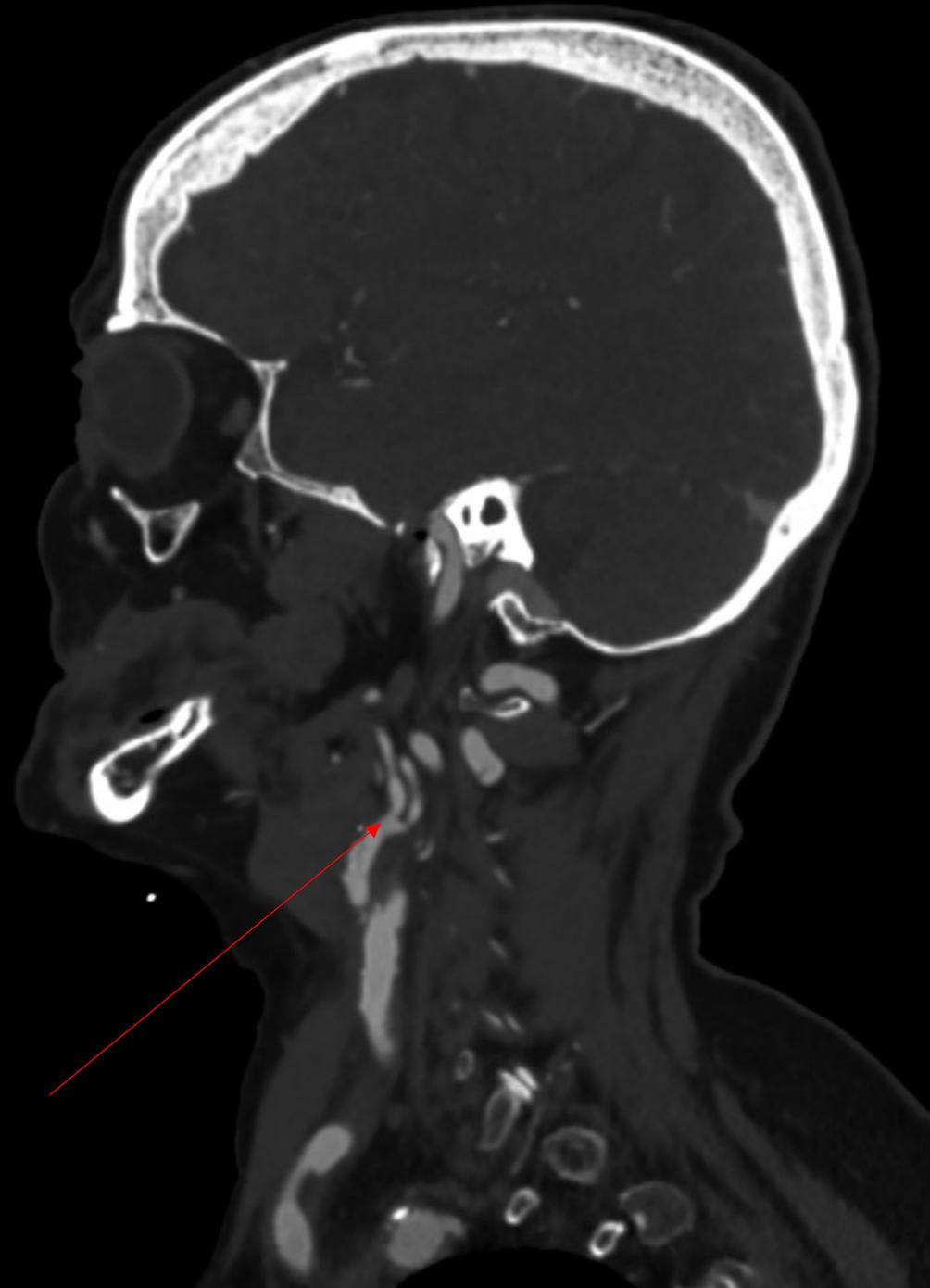
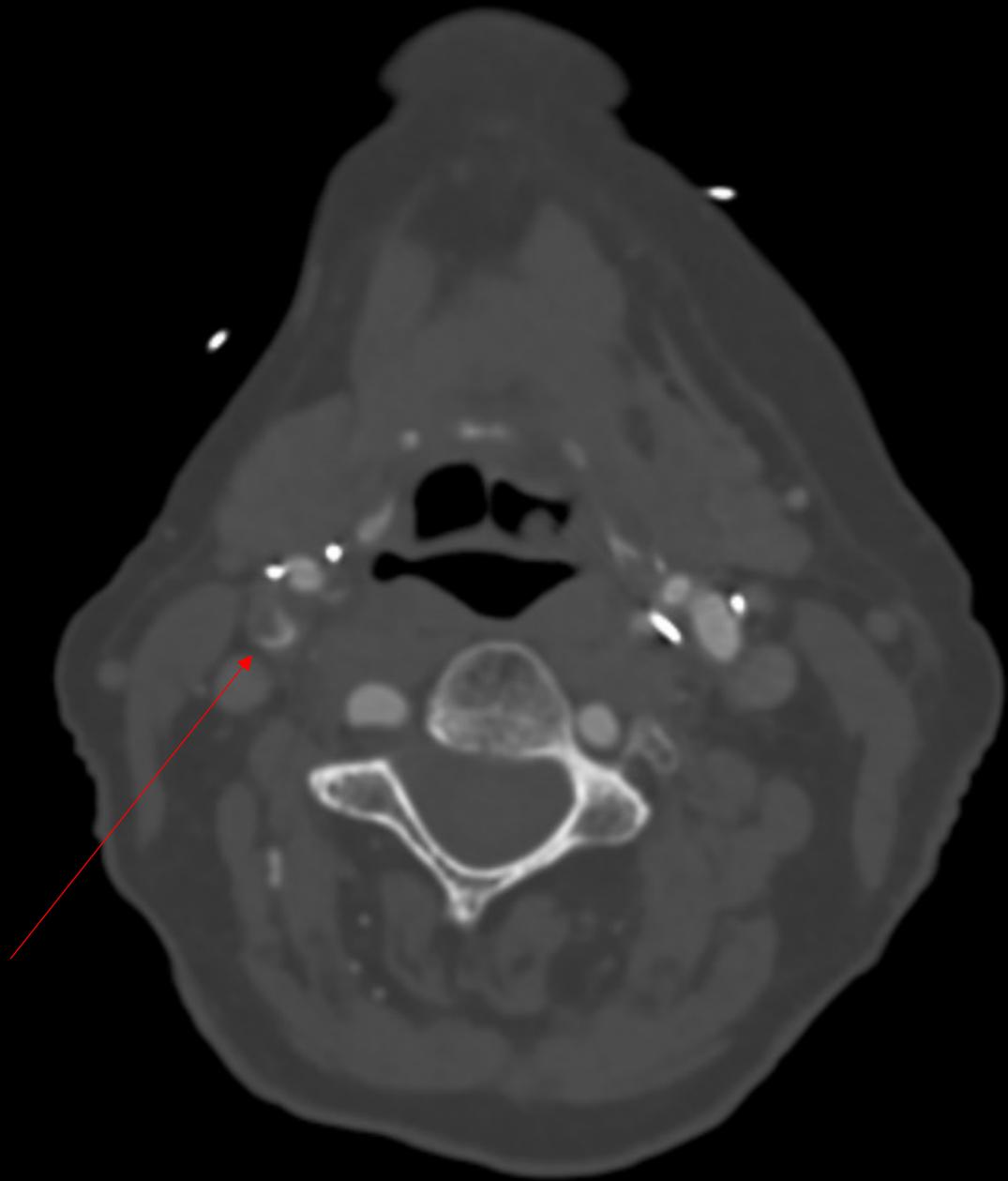
Score NIHSS

Item	Intitulé	cotation	score
la	vigilance	0 vigilance normale, réactions vives 1 trouble léger de la vigilance : obnubilation, éveil plus ou moins adapté aux stimulations environnantes 2 coma ; réactions adaptées aux stimulations nociceptives 3 coma grave : réponse stéréotypée ou aucune réponse motrice	
lb	orientation (mois, âge)	0 deux réponses exactes 1 une seule bonne réponse 2 pas de bonne réponse	
lc	commandes (ouverture des yeux, ouverture du poing)	0 deux ordres effectués 1 un seul ordre effectué 2 aucun ordre effectué	
2	oculomotricité	0 oculomotricité normale 1 ophthalmoplégie partielle ou déviation réductible du regard 2 ophthalmoplégie horizontale complète ou déviation forcée du regard	
3	champ visuel	0 champ visuel normal 1 quadranopsie latérale homonyme ou hémianopsie incomplète ou négligence visuelle unilatérale 2 hémianopsie latérale homonyme franche 3 cécité bilatérale ou coma (la=3)	
4	paralysie faciale	0 motricité faciale normale 1 asymétrie faciale modérée (paralysie faciale unilatérale incomplète) 2 paralysie faciale unilatérale centrale franche 3 paralysie faciale périphérique ou diplégie faciale	
5	motricité membre supérieur	0 pas de déficit moteur proximal 1 affaissement dans les 10 secondes, mais sans atteindre le plan du lit. 2 effort contre la pesanteur, mais le membre chute dans les 10 secondes sur le plan du lit. 3 pas d'effort contre la pesanteur (le membre chute mais le patient peut faire un mouvement tel qu'une flexion de hanche ou une adduction.) 4 absence de mouvement (coter 4 si le patient ne fait aucun mouvement volontaire) X cotation impossible (amputation, arthrodèse)	Dt G
6	motricité membre inférieur	0 pas de déficit moteur proximal 1 affaissement dans les 5 secondes, mais sans atteindre le plan du lit. 2 effort contre la pesanteur, mais le membre chute dans les 5 secondes sur le plan du lit. 3 pas d'effort contre la pesanteur (le membre chute mais le patient peut faire un mouvement tel qu'une flexion de hanche ou une adduction.) 4 absence de mouvement (le patient ne fait aucun mouvement volontaire) X cotation impossible (amputation, arthrodèse)	Dt G
7	ataxie	0 ataxie absente 1 ataxie présente pour 1 membre 2 ataxie présente pour 2 membres ou plus	
8	sensibilité	0 sensibilité normale 1 hypoesthésie minime à modérée 2 hypoesthésie sévère ou anesthésie	
9	langage	0 pas d'aphasie 1 aphasie discrète à modérée : communication informative 2 aphasie sévère 3 mutisme ; aphasie totale	
10	dysarthrie	0 normal 1 dysarthrie discrète à modérée 2 dysarthrie sévère X cotation impossible	
11	extinction, négligence	0 absence d'extinction et de négligence 1 extinction dans une seule modalité, visuelle ou sensitive, ou négligence partielle auditive, spatiale ou personnelle. 2 négligence sévère ou anosognosie ou extinction portant sur plus d'une modalité sensorielle	
			TOTAL.

Quelle est votre hypothèse diagnostique?

Quels examens demandez-vous?





Au total :

AVC ischémique sylvien droit sur thrombus flottant au niveau de la carotide interne droite avec sténose serrée focale

Quelle est votre prise en charge initiale ?

Thrombolyse ?

Thrombectomie?

Antiagrégant?

Anticoagulation ?

Prise en charge :

- Bolus d'Aspegic réalisé aux urgences
- Indication à la mise en place d'une héparinothérapie IVSE
- Respect de l'HTA et suspension des Trt antihypertenseurs (ACSOS)
- Hospitalisation en Unité Neurovasculaire

Indications thrombolyse

* Score NIHSS ≥ 4

- AVC ischémique avec **début des symptômes < 4h30**

- AVC ischémique d'heure de début inconnue avec **mismatch diffusion/FLAIR**

* Score NIHSS < 4 et heure de début des symptômes < 4h30 ou mismatch diffusion/FLAIR

- Si présence d'une occlusion vasculaire visible



Thrombolyse sous anticoagulants

Contre-indication si

- INR > 1,7
- Dosage AOD > 50ng/mL
- Si dosage < 50ng/mL mais certitude que le patient a pris son traitement récemment

Si patient sous Pradaxa : possibilité de réversion par Praxbind puis TIV

Le 4/11 :

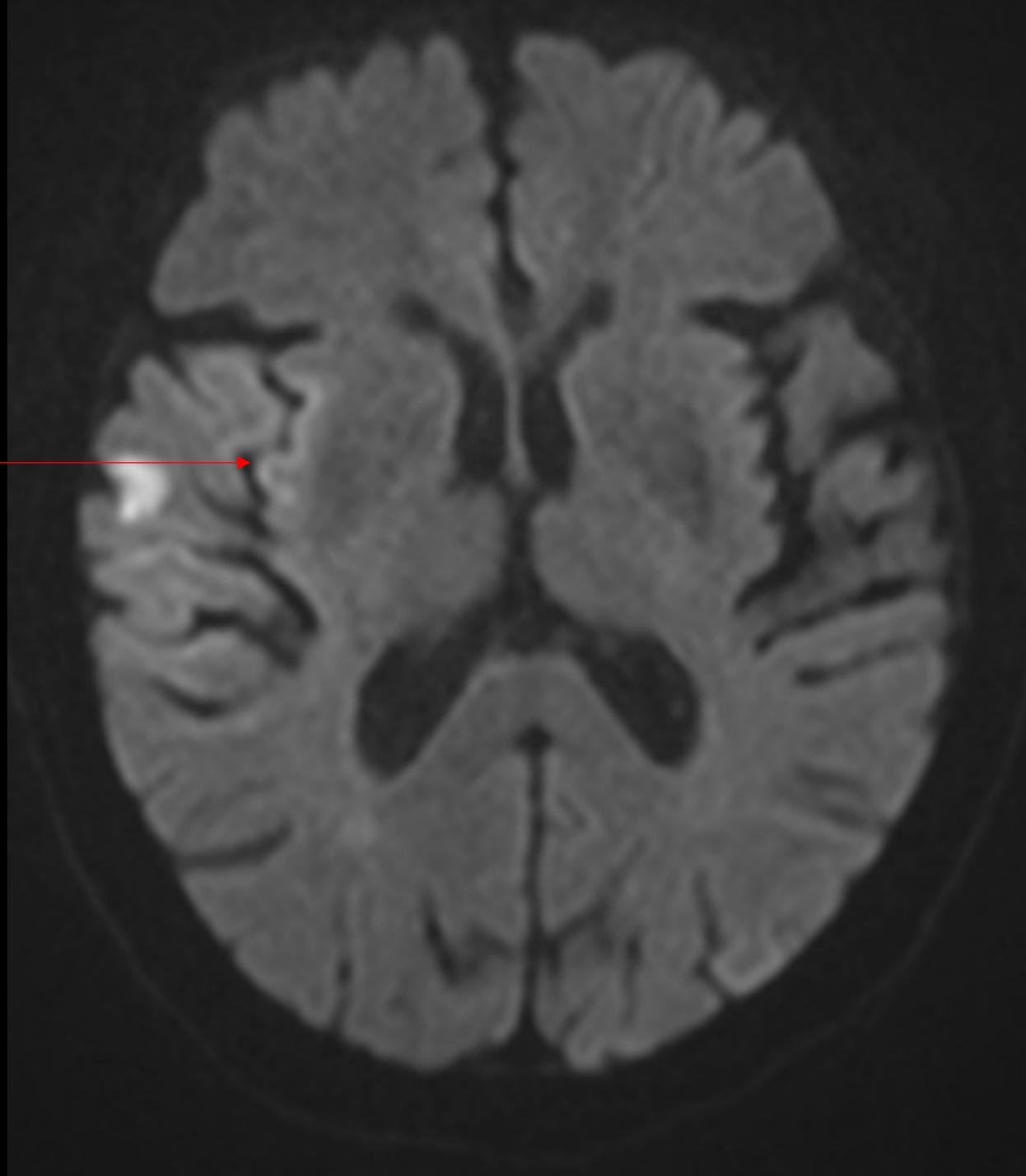
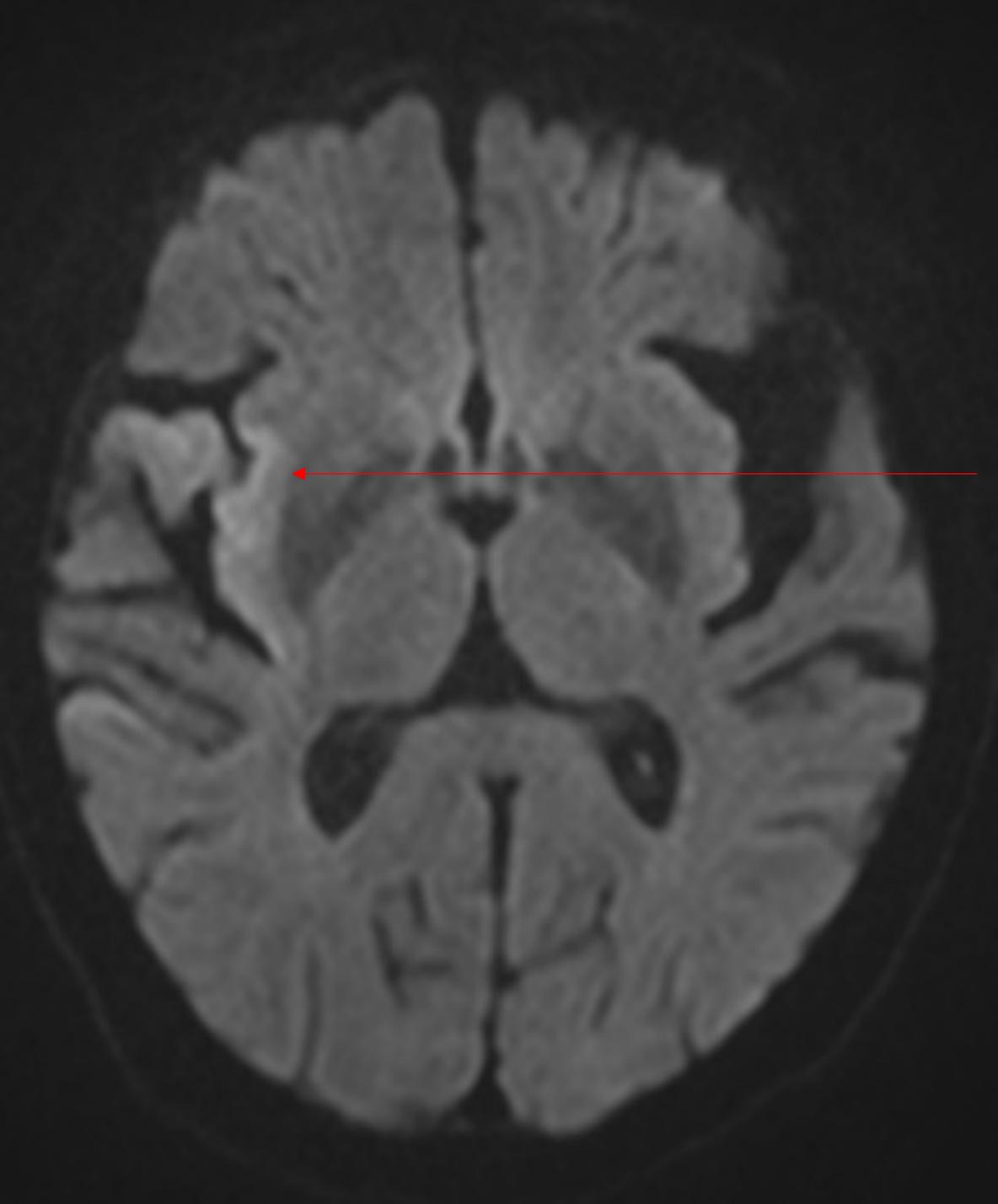
Dégradation neurologique **brutale** à 12h00 lors d'un entretien avec la psychologue :

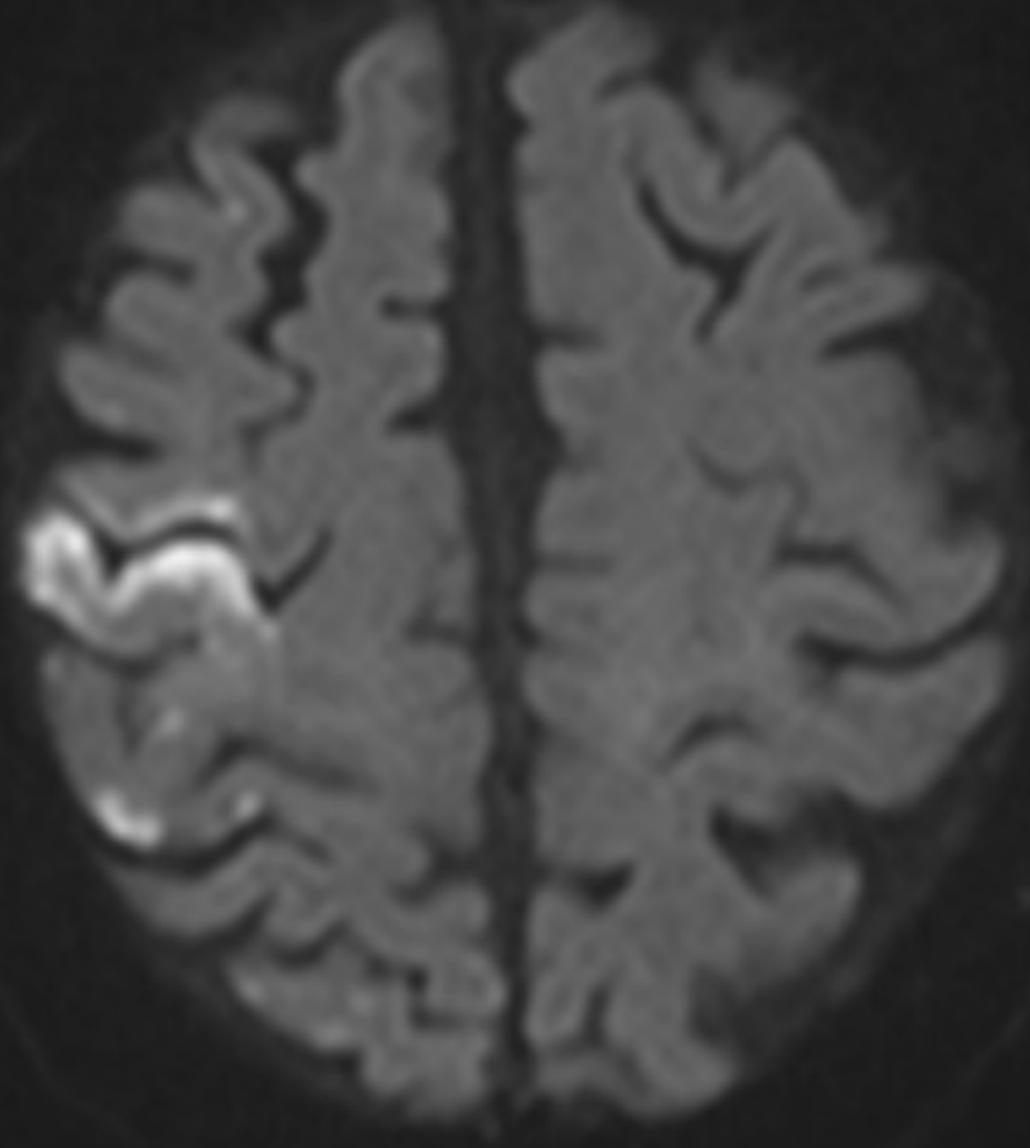
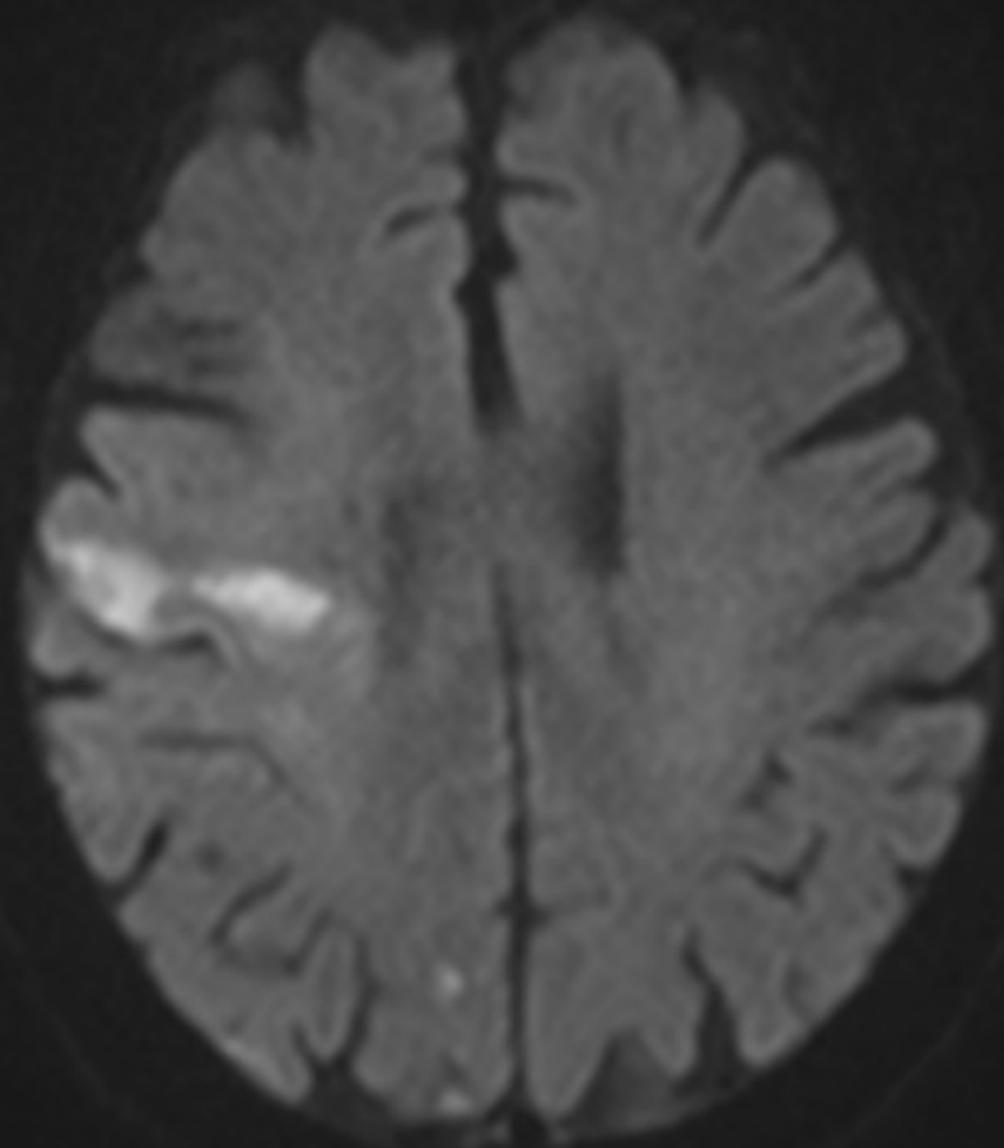
- *Déviation oculocéphalique partiellement réductible (1),
- *hémiplégie gauche (2-4-3),
- *anesthésie gauche (2),
- *dysarthrie compréhensible (1)

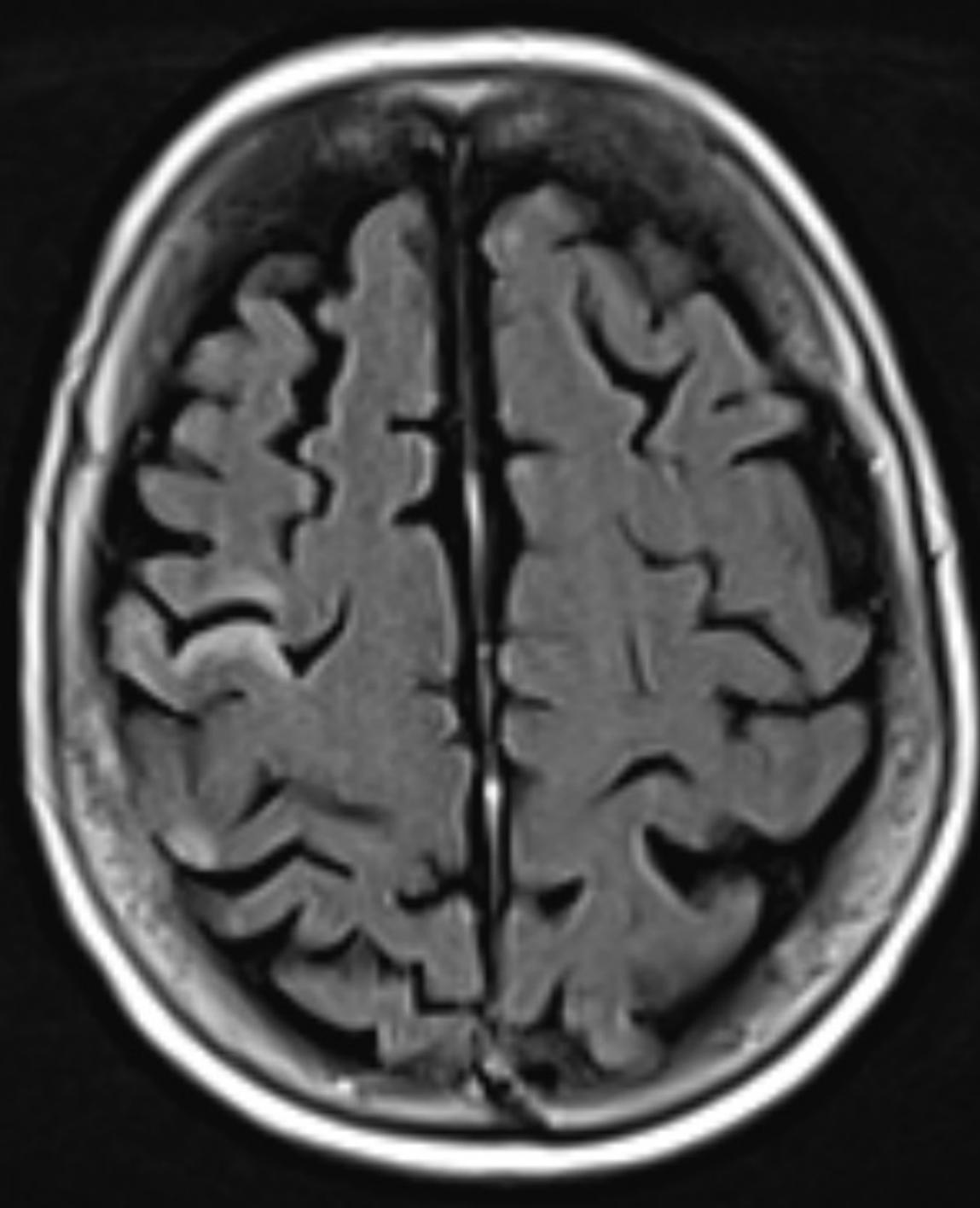
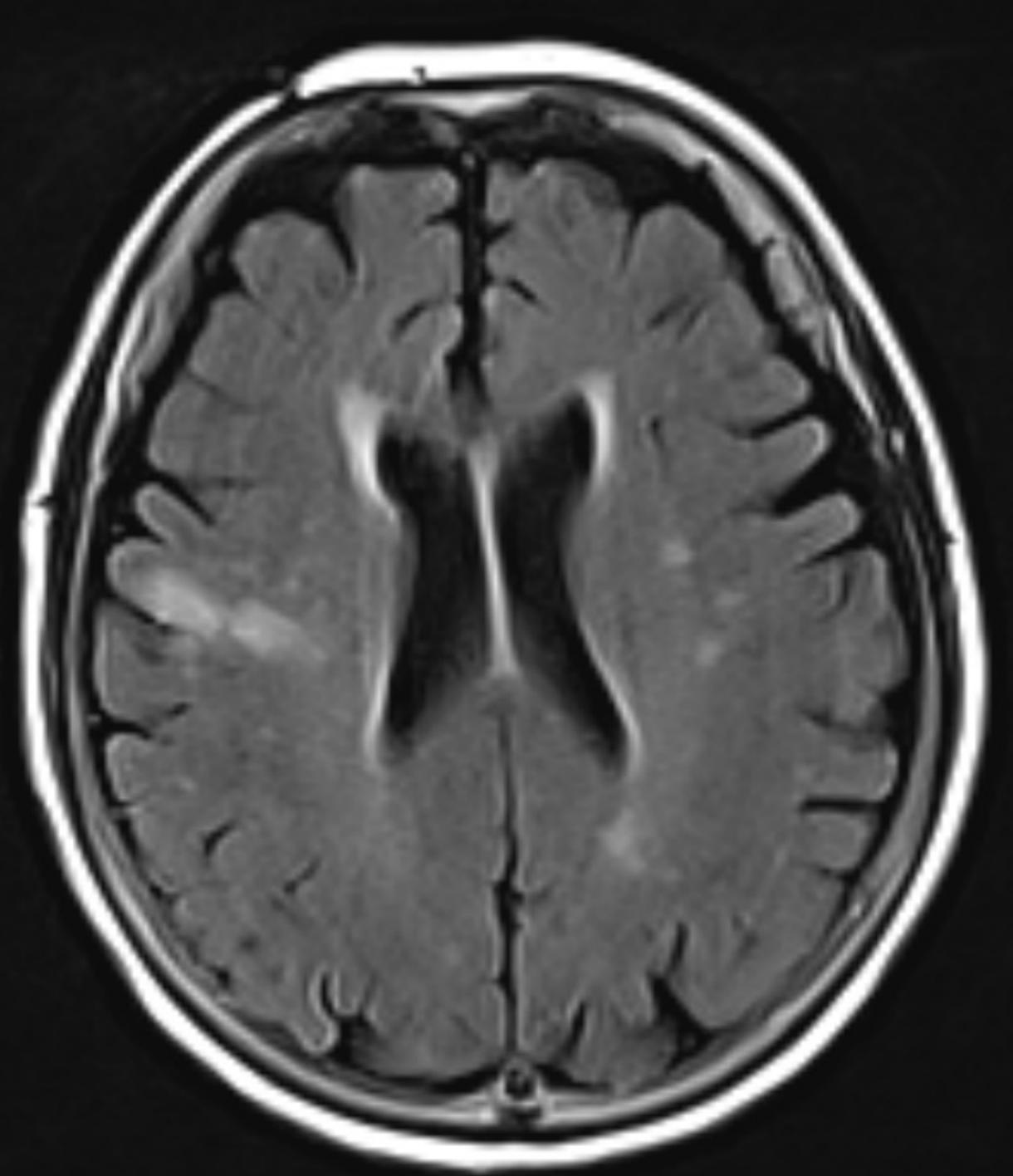
NIHSS 13

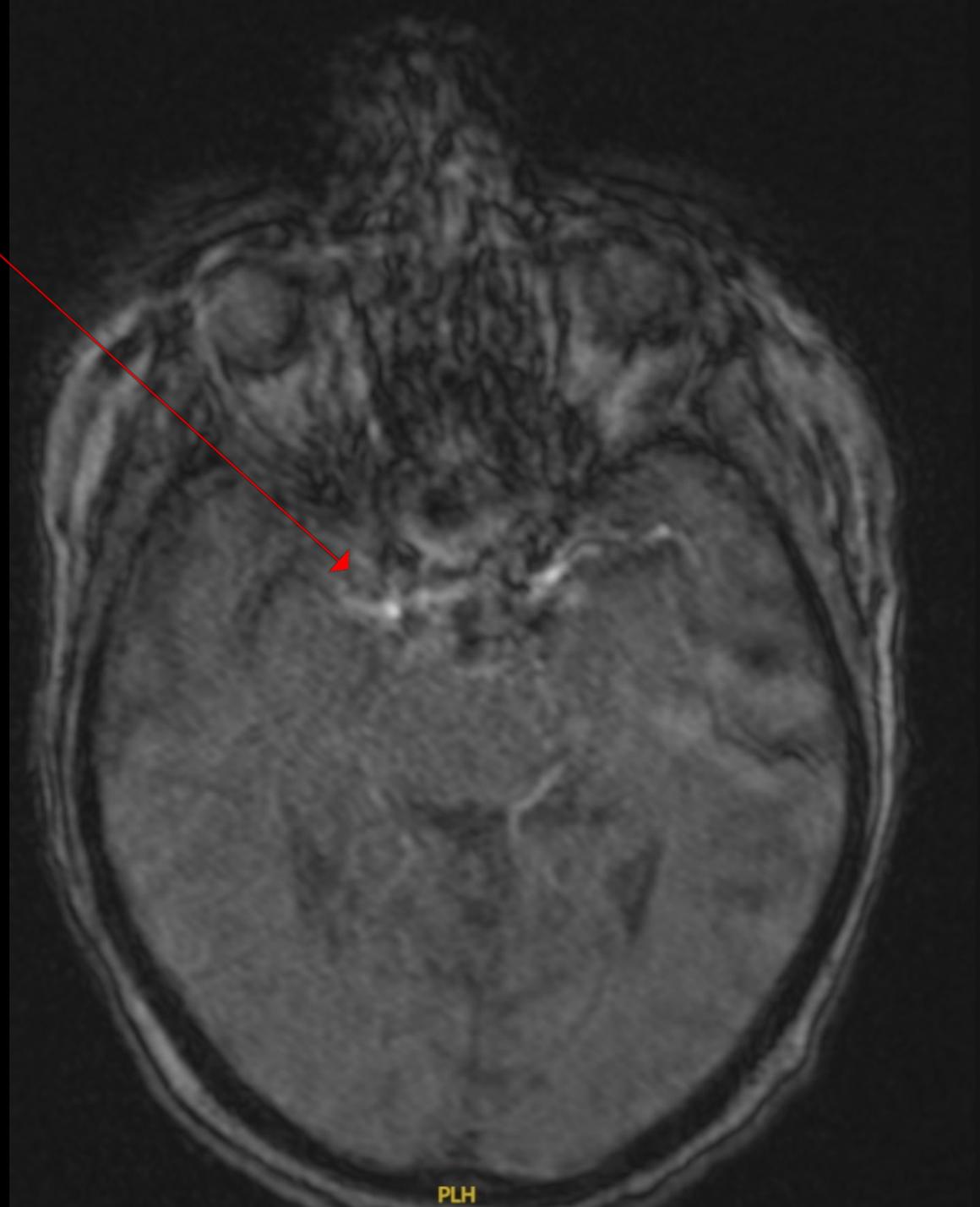
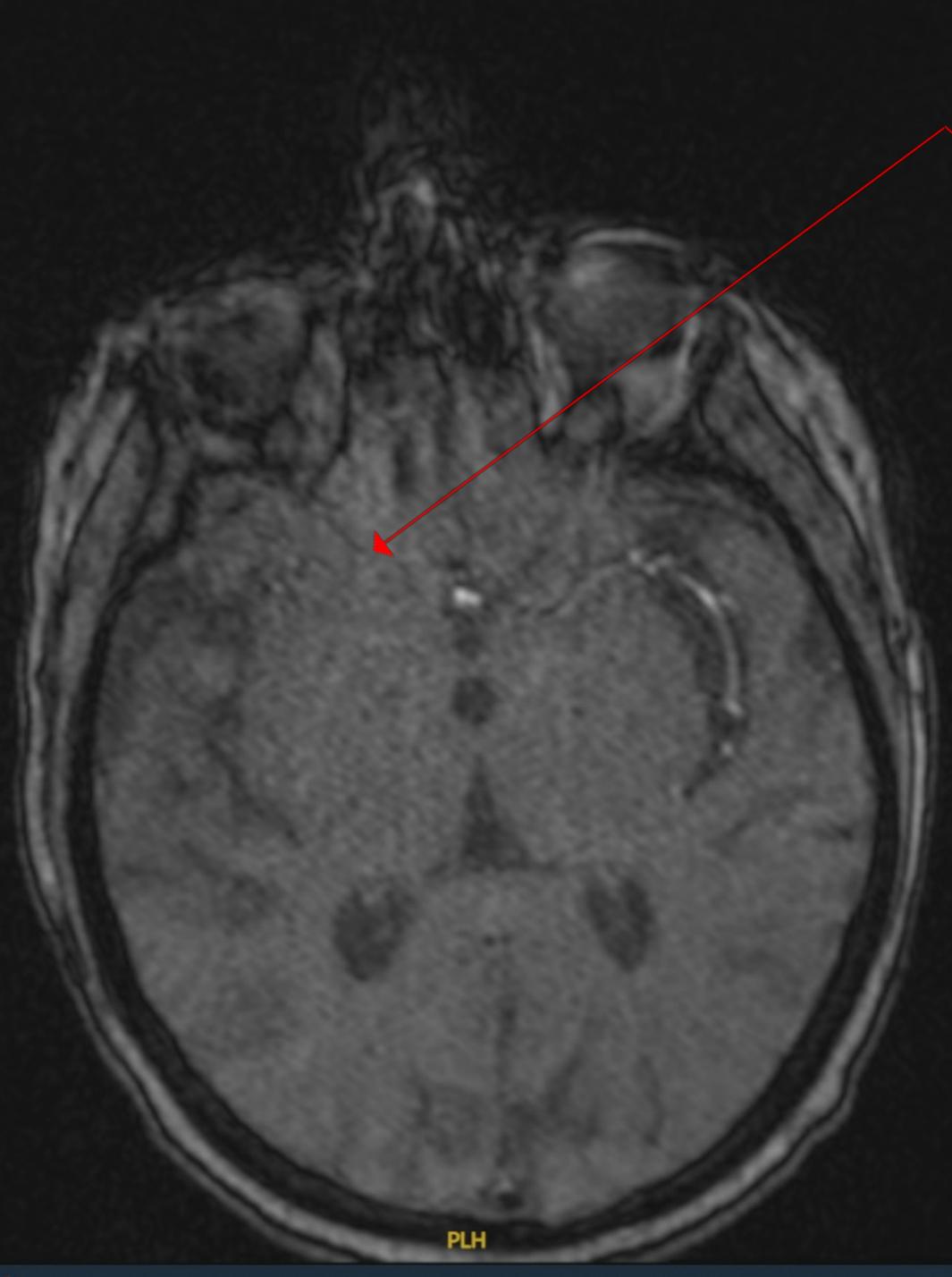
Quelles sont vos hypothèses diagnostiques?

Quels examens demandez-vous?









Au scanner

*Absence de TH

*Migration du thrombus en M1 distale - M2 proximale

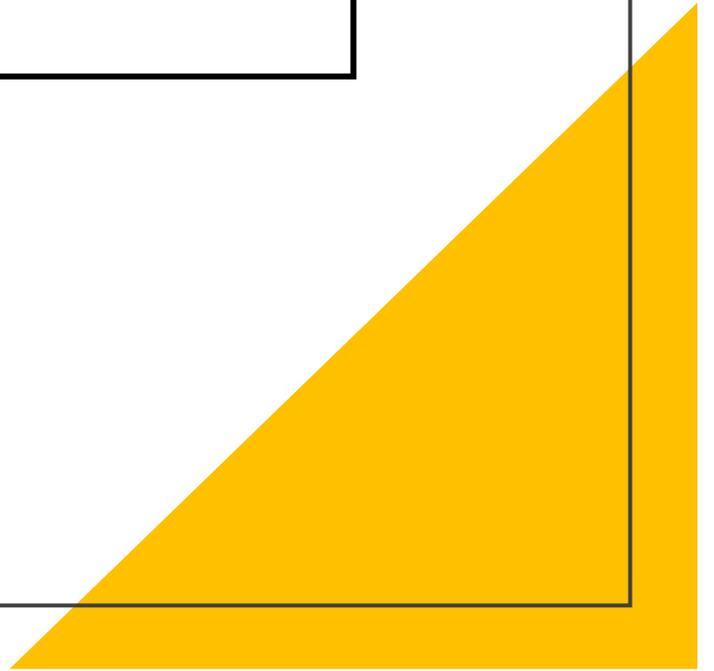
IRM cérébrale :

Nouvelles lésions ischémiques
(sylviennes droites)

Réévaluation clinique à l'issue des imageries :

NIHSS 18 : hémiparésie (2-4-4), déviation non réductible (2), HLH g (1),
anesthésie g (2), héminégligence (2), dysarthrie (1)

Quelle attitude thérapeutique proposez-vous ?





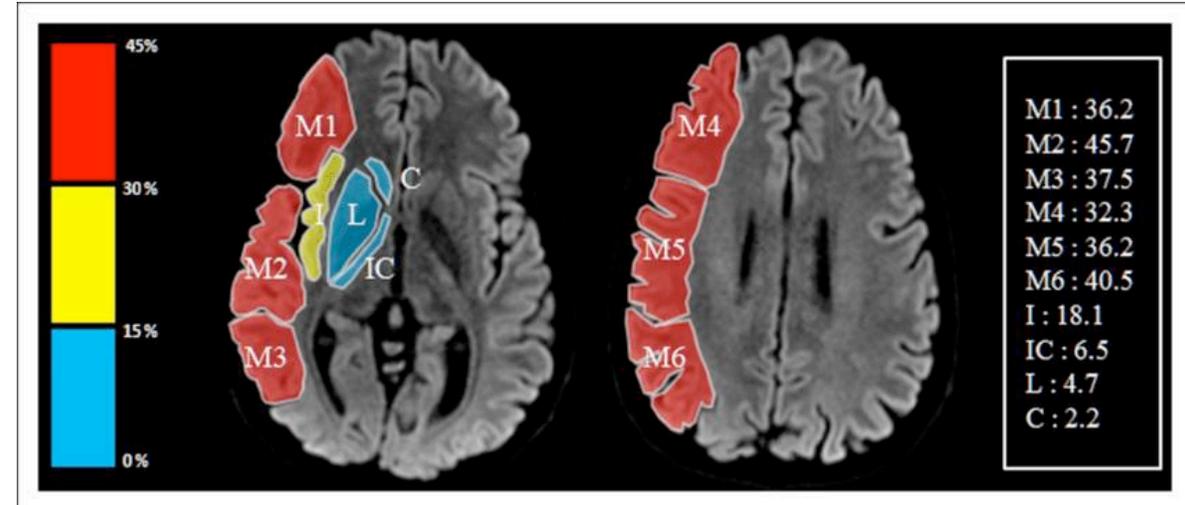
Thrombectomie mécanique

- Sténose très serrée de la carotide interne droite évoquant la présence d'un thrombus flottant dont le point de départ se situe sur une plaque d'athérome.
- Occlusion M1 distale droite traitée par Thromboaspiration
- Recanalisation du tronc de l'artère cérébrale moyenne droite. Il persiste des embols distaux. Score TICl 2 B.

Indication de la thrombectomie

Règle des 6 :

- NIHSS ≥ 6
- Début des symptômes $< 6h$
- Score ASPECT ≥ 6



En pratique : en cas d'occlusion proximale visible : contacter NRI pour discuter du dossier

Thrombectomie tardive jusqu'à 16h

DEFUSE 3 :

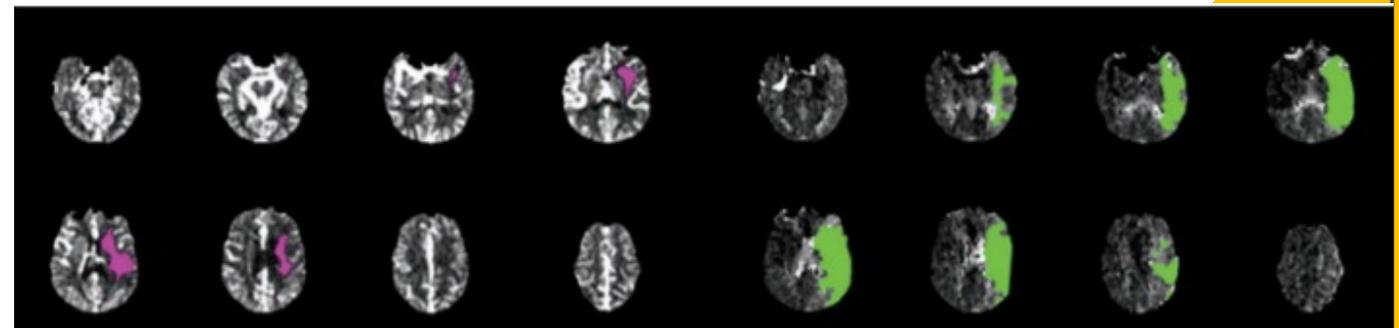
Nécessité d'un **mismatch diffusion perfusion**

Score NIHSS ≥ 6 avec mRS 0 -2.

Heure de dernière fois vue bien entre 6 et 16 h

Réservé pour les occlusions de la circulation antérieure :

- Coeur ischémique < 70ml
- Mismatch ratio $\geq 1,8$
- Mismatch volume ≥ 15 ml



Volume of Ischemic Core, 23 ml

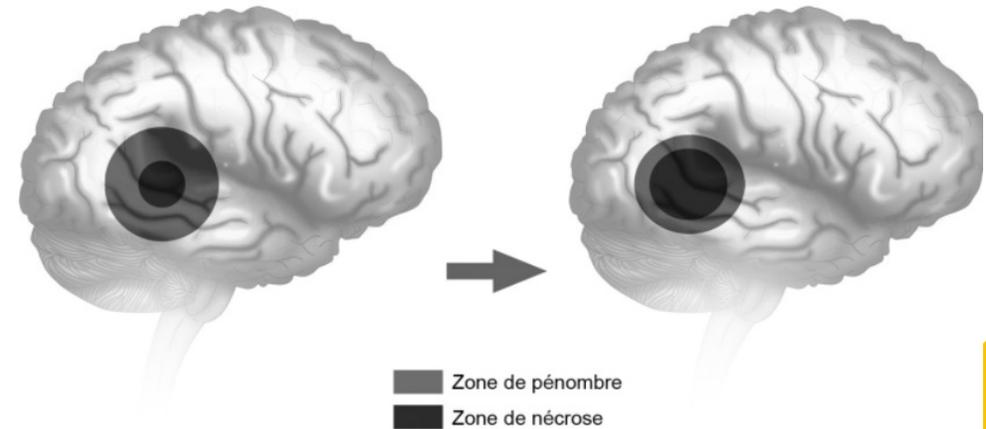
Volume of Perfusion Lesion, 128 ml

Mismatch volume, 105 ml
Mismatch ratio, 5.6

Thrombectomie tardive jusqu'à 24h

DAWN : Réservé aux occlusions de la circulation antérieure

Mismatch radio clinique



3 groupes d'indications

- Age > 80 ans, NIHSS \geq 10, volume coeur < 21ml
- Age < 80 ans, NIHSS \geq 10, volume coeur < 31ml
- Age < 80 ans, NIHSS \geq 20, volume coeur $31 < V < 51$ ml

PEC post thrombectomie

- Passage protocole Loxen "artère recanalisée" TA <160/90
- Pas de reprise de l'HNF IVSE.
- Scanner de contrôle à H24 :
 - Pas de transformation hémorragique
 - Bonne reperméabilisation de l'artère cérébrale moyenne droite
 - Reprise du Kardegic
 - Persistance d'un thrombus subocclusif de l'artère carotide interne droite sur sténose significative



Evolution
clinico
radiologique

- Evolution clinique favorable

NIHSS : 6

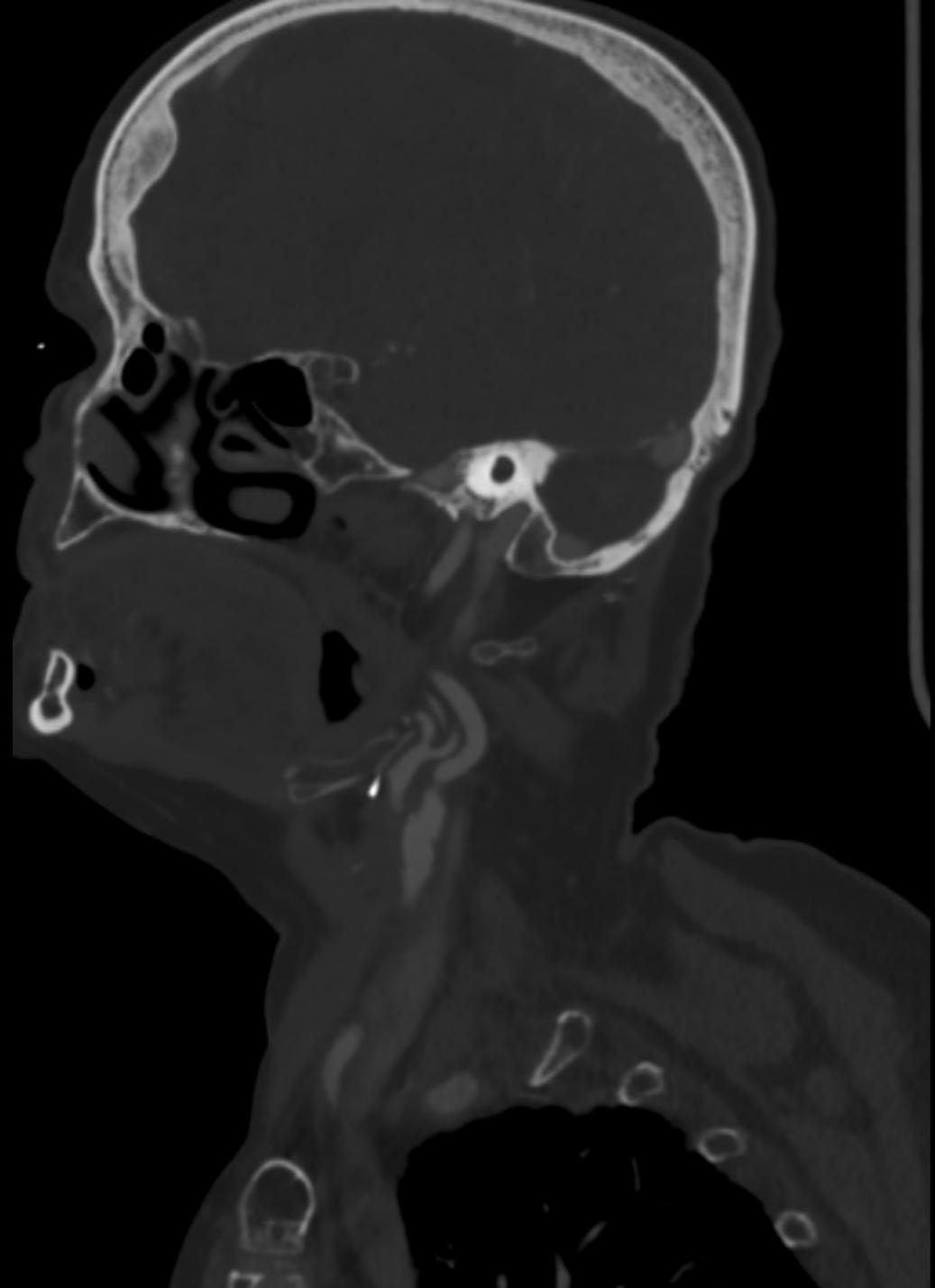
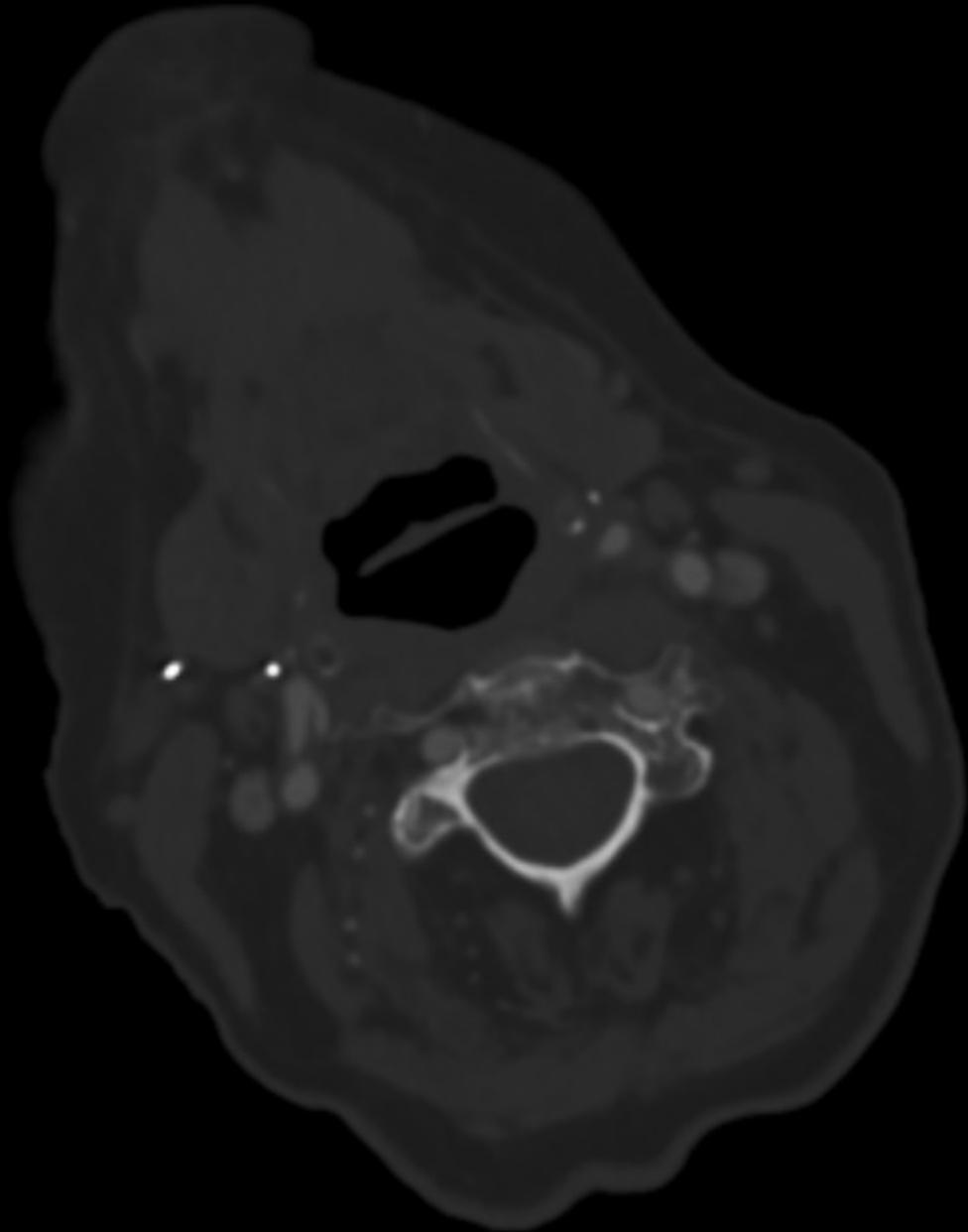
- Evolution radiologique favorable

Régression significative du thrombus flottant

Sténose carotidienne droite évaluée entre 60 et 70 % NASCET



17/11



Bilan étiologique

- Athérome ++++
- Elimination d'autres causes:
 - ECG et holterECG des 24h
 - ETT/ETO
 - TDM TAP
 - Bilan de thrombophilie : Homocystéine, SAPL

Bilan étiologique : Résultats

Echodoppler Tsao: Sténose 60-70% CIDt (2 examens concordants, TDM)

ETT du 09/11:

1. Fonction systolique conservée, Fevg évaluée à 60% sans valvulopathie significative
2. Absence de thrombus intra-cavitaire, auricule libre, Epreuve aux bulle négative

ECG (03/11): Rythme régulier sinusal à 104 bpm; QRS fins, pas de troubles de la repolarisation

Holter ECG sur 24 heures: Rythme sinusal permanent.

TDM TAP négatif

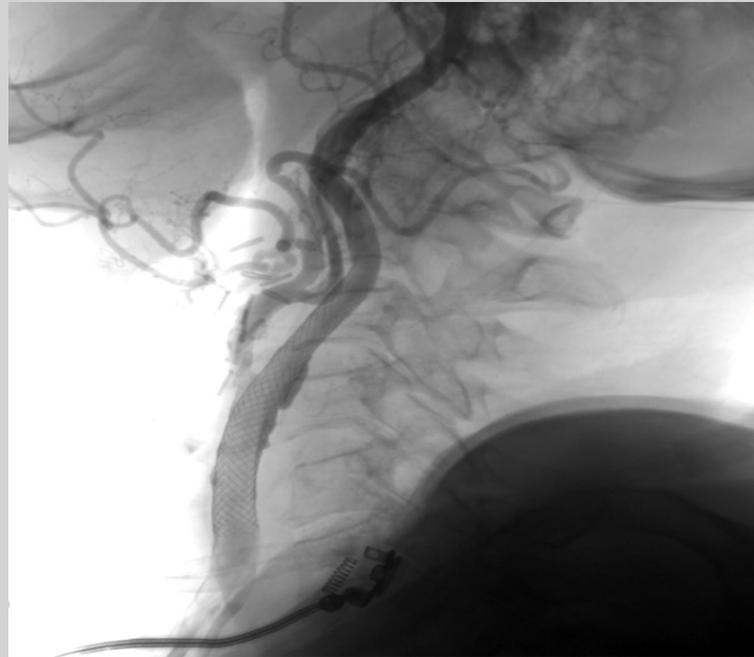
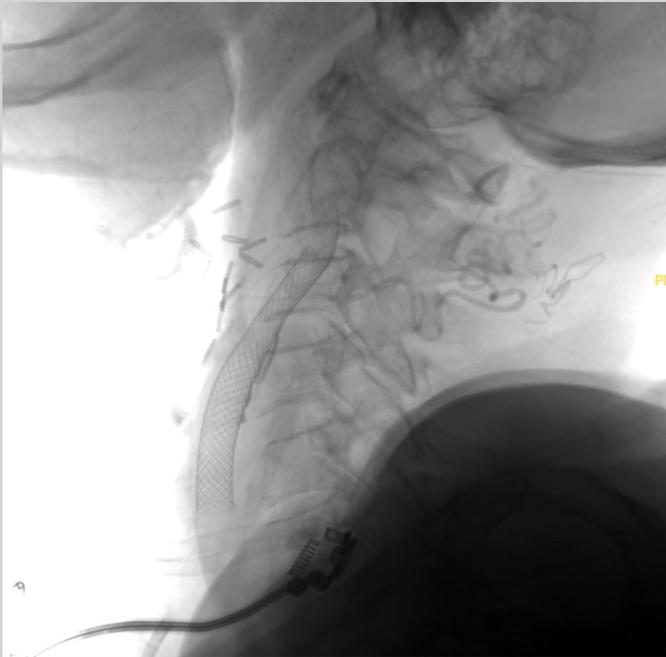
Sur le plan étiologique :

Cause athéromateuse retenue

Que proposez-vous ?

Sur le plan thérapeutique :

⇒ **Revascularisation carotidienne droite : ATP**



- Optimisation des FDR CV
- Supplémentation en B12 et folates devant l'hyper homocystéinémie

Sténose symptomatique :

	< 50%	50-69%	70-99%	100% ou occlusion
Bénéfice	Pas d'indication de chirurgie	bénéfice modéré	bénéfice important	Pas de place pour la chirurgie

Sténose asymptomatique :

	<60%	>60%
Bénéfice	Pas d'indication de chirurgie	Un geste de revascularisation par chirurgie carotidienne peut être proposé en fonction de différents éléments (espérance de vie, paramètres hémodynamiques et anatomiques, évolutivité de la sténose...) par des équipes chirurgicales, dont le taux attendu de morbi-mortalité à J 30 est inférieur à 3 %

En conclusion

=> AVC ischémique sylvien superficiel droit le 2/11 sur thrombus flottant secondaire à une rupture de plaque du bulbe carotidien droit avec récurrence embolique le 4/11 traité par thrombectomie

* Cause athéromateuse retenue associée à une hyperhomocystéinémie modérée

* Angioscanner de contrôle montrant une régression du thrombus flottant et une sténose sous-jacente carotidienne droite évaluée entre 60 et 70 %

* Indication de revascularisation carotidienne retenue par angioplastie le 22/11 du fait des antécédents chirurgicaux

MERCI