

16^{èmes} Journées de la Société Française Neuro-Vasculaire

24 - 25 novembre 2011



Paris, Maison Internationale Programme

Comité d'organisation

Mathieu Zuber, Thierry Moulin, Caroline Arquizan, François Mounier-Vehier,
Valérie Assuerus, François Chollet, Sophie Crozier,
Klaus Mourier, Phillippe Niclot, Laurent Pierot



Agir le plus tôt possible



Actilyse[®] 
altéplase

Poudre et solvant pour solution injectable et perfusion

**Prise en charge de l'AVC ischémique
à la phase aiguë**

DÉNOMINATION : ACTILYSE®, poudre et solvant pour solution injectable et perfusion. **COMPOSITION*** : un flacon de poudre contient : 10 mg d'altéplase (correspondant à 5 800 000 UI) ou 20 mg d'altéplase (correspondant à 11 600 000 UI) ou 50 mg d'altéplase (correspondant à 29 000 000 UI) respectivement. **FORME PHARMACEUTIQUE** : Poudre et solvant pour solution injectable et perfusion. La poudre se présente sous la forme d'un gâteau de lyophilisation blanc à jaune pâle. **INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES** : Traitement thrombolytique à la phase aiguë de l'infarctus du myocarde : Schéma thérapeutique dit "accéléral" (90 minutes) (Cf "Posologie et mode d'administration") : destiné aux patients chez qui le traitement peut être débuté dans les 6 heures suivant l'apparition des symptômes. Schéma thérapeutique dit "des 3 heures" (Cf "Posologie et mode d'administration") : destiné aux patients chez qui le traitement peut être débuté entre 6 et 12 heures après l'apparition des symptômes, à condition que l'indication soit évidente. L'altéplase permet de réduire le taux de mortalité à 30 jours après infarctus du myocarde. **Traitement thrombolytique après embolie pulmonaire aiguë massive avec instabilité hémodynamique** : Le diagnostic devra être confirmé dans la mesure du possible par des méthodes objectives (angiographie, scanner). Il n'existe pas de preuve d'un bénéfice en terme de morbi-mortalité dans cette indication. **Traitement fibrinolytique de l'accident vasculaire cérébral ischémique à la phase aiguë** : Le traitement doit être instauré dans les 3 heures suivant l'apparition des symptômes d'accident vasculaire cérébral et après avoir exclu le diagnostic d'hémorragie intracranienne par des techniques appropriées d'imagerie. **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION** : Le traitement par l'altéplase devra être instauré aussitôt que possible après l'apparition des symptômes. Les recommandations suivantes concernant la posologie doivent être appliquées : Avant l'administration et dans des conditions rigoureuses d'asepsie, dissoudre l'altéplase (10, 20 ou 50 mg) dans un volume d'eau pour préparations injectables conformément au tableau suivant, afin d'obtenir une concentration finale soit de 1 mg d'altéplase/ml, soit de 2 mg d'altéplase/ml :

Flacon d'ACTILYSE®	10 mg	20 mg	50 mg
Concentration finale	Volume d'eau pour préparations injectables à ajouter à la poudre sèche		
(a) 1 mg d'altéplase/ml (ml)	10	20	50
(b) 2 mg d'altéplase/ml (ml)	5	10	25

La solution reconstituée doit alors être administrée par voie intraveineuse. Elle peut être diluée davantage avec une solution injectable stérile de chlorure de sodium à 9 mg/ml (0,9 %) jusqu'à une concentration minimale de 0,2 mg/ml. Il n'est pas recommandé de diluer la solution reconstituée au moyen d'eau pour préparations injectables ou d'un soluté sucré (dextrose par exemple). ACTILYSE® ne doit pas être mélangé à d'autres médicaments (dont l'héparine) dans le même flacon de perfusion ou dans le même cathéter. Pour d'autres instructions pratiques pour la préparation et la manipulation, Cf "Incompatibilités" et "Précautions particulières d'élimination et de manipulation". L'expérience est limitée chez l'enfant et l'adolescent. ACTILYSE® est contre-indiqué pour le traitement de l'accident vasculaire aigu chez l'enfant et l'adolescent (Cf "Contre-indications"). **Infarctus du myocarde** : a) Schéma posologique dit "accéléral" (90 minutes) adapté aux patients pouvant être traités dans les 6 heures suivant l'apparition des symptômes :

	Concentration d'altéplase	
	1 mg/ml	2 mg/ml
Bolus intraveineux de 15 mg	ml	7,5
Perfusion de 50 mg sur 30 minutes	ml	25
Suivie d'une perfusion de 35 mg sur 60 minutes sans dépasser la dose maximale de 100 mg	35	17,5

Chez les patients de poids corporel inférieur à 65 kg, la dose doit être adaptée en fonction du poids selon le schéma d'administration suivant :

	Concentration d'altéplase	
	1 mg/ml	2 mg/ml
Bolus intraveineux de 15 mg	ml	7,5
	ml / kg (pc)	ml / kg (pc)
Perfusion de 0,75 mg/kg de poids corporel (pc) sur 30 minutes (au maximum 50 mg)	0,75	0,375
Suivie d'une perfusion de 0,5 mg/kg de poids corporel (pc) sur 60 minutes (au maximum 35 mg)	0,5	0,25

b) Schéma posologique dit "des 3 heures" adapté aux patients chez qui le traitement est mis en œuvre entre la 6^{ème} et la 12^{ème} heure suivant l'apparition des symptômes :

	Concentration d'altéplase	
	1 mg/ml	2 mg/ml
Bolus intraveineux de 10 mg	ml	ml
Perfusion de 50 mg sur les 60 premières minutes	50	25
	ml / 30 min.	ml / 30 min.
Suivie de perfusions successives de 10 mg sur 30 minutes jusqu'à une dose maximale de 100 mg sur 3 heures	10	5

Chez les patients de poids corporel inférieur à 65 kg, la dose totale ne doit pas dépasser 15 mg/kg. La dose totale d'altéplase ne doit pas dépasser 100 mg. **Traitements associés** : Un traitement adjuvant antithrombotique est recommandé conformément aux recommandations internationales actuelles concernant la prise en charge des patients présentant un infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST. Un traitement par l'acide acétylsalicylique doit être instauré dès que possible après l'apparition des symptômes et poursuivi au long cours, sauf s'il est contre-indiqué. **Embolie pulmonaire** : Une dose totale de 100 mg d'altéplase doit être administrée en 2 heures. L'expérience acquise porte essentiellement sur le schéma posologique suivant :

	Concentration d'altéplase	
	1 mg/ml	2 mg/ml
	ml	ml
Bolus intraveineux de 10 mg sur 1 à 2 minutes	10	5
Suivie d'une perfusion de 90 mg sur 2 heures	90	45

Pour les patients pesant moins de 65 kg, la dose totale ne doit pas excéder 15 mg/kg. **Traitement associé** : Après le traitement par ACTILYSE®, une héparinothérapie doit être instaurée (ou reprise) si la valeur du TCA est inférieure à deux fois la limite supérieure de la normale. La perfusion doit être ajustée afin d'obtenir un TCA de 50 à 70 secondes (1,5 à 2,5 fois la valeur de référence). **Accident vasculaire cérébral ischémique à la phase aiguë** : Le traitement doit être administré par un médecin spécialiste en neurologie (Cf "Contre-indications" et "Mises en garde spéciales et précautions d'emploi"). La posologie est de 0,9 mg d'altéplase/kg de poids corporel (dose maximale de 90 mg) en perfusion intraveineuse sur 60 minutes, 10% de la dose totale devant être administrée initialement par bolus intraveineux. Le traitement par ACTILYSE® doit être initié dans les 3 heures suivant l'apparition des symptômes. **Traitement associé** : La tolérance et l'efficacité de ce protocole d'administration en association avec l'héparine et l'acide acétylsalicylique au cours des 24 premières heures suivant l'apparition des symptômes n'ont pas été suffisamment étudiées. L'administration d'acide acétylsalicylique ou d'héparine par voie intraveineuse doit être évitée au cours des premières 24 heures suivant l'administration d'ACTILYSE®. Si l'administration d'héparine est rendue nécessaire pour d'autres indications (par exemple en prévention de thrombose veineuse profonde), la posologie ne doit pas dépasser 10 000 UI par jour, par voie sous-cutanée. **CONTRE-INDICATIONS** : Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients. Comme tous les agents thrombolytiques, ACTILYSE® est contre-indiqué dans tous les cas associés à un risque hémorragique élevé : trouble hémorragique significatif actuel ou au cours des six derniers mois ; diathèse hémorragique connue ; traitement concomitant par des anticoagulants oraux (par exemple warfarine) ; hémorragie sévère ou potentiellement dangereuse, manifeste ou récente ; antécédents ou suspicion d'hémorragie intracranienne ; suspicion d'hémorragie sous-arachnoïdienne ou antécédents d'hémorragie sous-arachnoïdienne liée à un anévrisme ; antécédents de lésion sévère du système nerveux central (par exemple néoplasie, anévrisme, intervention chirurgicale intracérébrale ou intra-rachidienne) ; massage cardiaque externe traumatique récent (moins de 10 jours), accouchement, ponction récente d'un vaisseau non accessible à la compression (par exemple, ponction de la veine sous-clavière ou jugulaire) ; hypertension artérielle sévère non contrôlée ; endocardite bactérienne, péricardite ; pancréatite aiguë ; ulcères gastro-intestinaux documentés au cours des 3 derniers mois, varices œsophagiennes, anévrisme artériel, malformations artérielles ou veineuses ; néoplasie majorant le risque hémorragique ; hépatopathie sévère, y compris insuffisance hépatique, cirrhose, hypertension portale (varices œsophagiennes) et hépatite évolutive ; intervention chirurgicale ou traumatismes importants au cours des 3 derniers mois. **Contre-indications complémentaires dans l'indication d'infarctus du myocarde à la phase aiguë** : tout antécédent connu d'accident vasculaire cérébral hémorragique ou d'origine inconnue ; antécédents connus d'accident vasculaire cérébral ischémique ou d'accident ischémique transitoire (AIT) au cours des six mois précédents, sauf si l'accident vasculaire cérébral ischémique à la phase aiguë est survenu dans les trois heures précédentes. **Contre-indications complémentaires dans l'indication d'embolie pulmonaire aiguë** : tout antécédent connu d'accident vasculaire cérébral hémorragique ou d'origine inconnue ; antécédents connus d'accident vasculaire cérébral ischémique ou d'accident ischémique transitoire (AIT) au cours des six mois précédents, sauf si l'accident vasculaire cérébral ischémique aigu est survenu dans les trois heures précédentes. **Contre-indications complémentaires dans l'indication d'accident vasculaire cérébral ischémique à la phase aiguë** : symptômes d'accident vasculaire cérébral ischémique apparus plus de 3 heures avant l'initiation du traitement ou dont l'heure d'apparition est inconnue ; déficit neurologique mineur ou symptômes s'améliorant rapidement avant l'initiation du traitement ; accident vasculaire cérébral jugé sévère cliniquement (par exemple NIHSS > 25) et/ou par imagerie ; crise convulsive au début de l'accident vasculaire cérébral ; signes d'hémorragie intracranienne (HIC) au scanner ; symptômes suggérant une hémorragie sous-arachnoïdienne, même en l'absence d'anomalie au scanner ; administration d'héparine au cours des 48 heures précédentes avec un temps de thromboplastine dépassant la limite supérieure de la normale ; patient diabétique présentant des antécédents d'accident vasculaire cérébral ; antécédent d'accident vasculaire cérébral au cours des 3 derniers mois ; plaquettes inférieures à 100 000/mm³ ; pression artérielle systolique > 185 mm Hg ou pression artérielle diastolique > 110 mm Hg ou traitement d'attaque (par voie intraveineuse) nécessaire pour réduire la pression artérielle à ces valeurs seuils ; glycémie inférieure à 50 ou supérieure à 400 mg/dl. **Utilisation chez l'enfant, l'adolescent et le patient âgé** : ACTILYSE® n'est pas indiqué pour le traitement de l'accident vasculaire cérébral à la phase aiguë chez les patients de moins de 18 ans ou de plus de 80 ans. **MISES EN GARDE SPÉCIALES ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI*** : **INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MÉDICAMENTS ET AUTRES FORMES D'INTERACTIONS*** : GROSSESSE ET ALLAITEMENT*. **EFFETS INDESIRABLES*** : **SURDOSAGE*** : **PROPRIÉTÉS PHARMACODYNAMIQUES*** : Classe pharmacothérapeutique : Thrombolytiques. **PROPRIÉTÉS PHARMACOCINETIQUES*** : **DONNÉES DE SÉCURITÉ PRECLINIQUE*** : **PRÉSENTATIONS** : ACTILYSE® 10 mg : poudre en flacon (verre) + 1 flacon (verre) de 10 ml de solvant - CIP 34009 557 184 2 0 ; ACTILYSE® 20 mg : poudre en flacon (verre) + 1 flacon (verre) de 20 ml de solvant + 1 canule de transfert - CIP 34009 558 529 3 3 ; ACTILYSE® 50 mg : poudre en flacon (verre) + 1 flacon (verre) de 50 ml de solvant + 1 canule de transfert - CIP 34009 558 530 1 5.

CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE : Liste I. Médicament réservé à l'usage hospitalier et à l'usage en situation d'urgence selon l'article R.5121-96 du code de la santé publique. Agréé collect. **DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE** : 11/08/2011. **TITULAIRE/EXPLOITANT** : BOEHRINGER INGELHEIM FRANCE, 14 rue Jean-Antoine de Baïf, 75013 PARIS, FRANCE. - **Information médicale** : 03 26 54 45 33. *Pour une information complète, consulter le Résumé des Caractéristiques du Produit disponible sur le site internet de l'Afssaps et/ou sur demande auprès du laboratoire. Actilyse10-20-50mg-MLA-110811-v1.doc

Sommaire

Conseil d'administration de la SFNV	Page 6
Remerciements	Page 6
Informations générales	Page 7
Mot de bienvenue	Page 8

Programme scientifique

Jeudi 24 novembre	Pages 9 à 12
Vendredi 25 novembre	Pages 13 à 16
Liste des posters	Pages 17 à 27

Résumés

Conférences	Pages 28 à 41
Ateliers	Pages 42 à 47
Communications orales	Pages 48 à 74
Communications orales paramédicales	Pages 75 à 88
Posters	Pages 89 à 175
Index des auteurs	Pages 176 à 179

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA SFNV

Président : Mathieu Zuber

Vice Président : Thierry Moulin

Secrétaire : Caroline Arquizan

Trésorier : François Mounier-Vehier

Membres : Valérie Assuerus, François Chollet, Sophie Crozier, Klaus Mourier, Philippe Niclot, Laurent Pierot

Anciens Présidents : Marie-Germaine Bousser, Maurice Giroud, Didier Leys, Jean-Louis Mas, France Woimant, Jean-Philippe Neau

REMERCIEMENTS

La Société Française Neuro-Vasculaire remercie particulièrement les sociétés suivantes dont le généreux soutien financier contribue au développement de l'association et facilite l'organisation de cette réunion.

Avec la contribution éducative des laboratoires



Associations de patients



Informations générales

DATES & LIEU

Judi 24 novembre et vendredi 25 novembre 2011

La Maison Internationale - Cité Internationale Universitaire de Paris - 17 boulevard Jourdan 75014 Paris

RER B : station · Cité Universitaire

Bus PC : station · Cité Universitaire

Metro ligne 4 : station · Porte d'Orléans

ORATEURS

Veuillez remettre votre présentation (sur CD-ROM ou clé USB) au personnel de la pré-projection dès votre arrivée. Vous devez vous rendre dans la salle de conférence au plus tard 10 minutes avant votre intervention. Faites-vous connaître du président de séance et de l'hôtesse de salle. Observez strictement les instructions de votre président de séance, en particulier celles concernant la durée de votre présentation. Vous devez retirer vos CD-Rom à l'endroit où vous les avez déposés dès la fin de votre session.

FORMATION MÉDICALE CONTINUE

La réunion annuelle de la Société Française Neuro-Vasculaire peut être prise en charge au titre de la formation continue. Certaines sessions sont éligibles à la formation professionnelle sous le n° 11921697792.

POSTERS

Les posters sont affichés dans le couloir et dans le salon Honnorat situé au premier étage de la Maison Internationale.

Les posters sont exposés le jeudi et le vendredi.

Montage des posters : le 24 novembre à partir de 9h15

Démontage des posters : le 25 novembre à partir de 17h30

Les posters sont installés suivant les sessions :

Case Report, Clinique, Epidémiologie, Expérimental, Filières, Imagerie, Paramédicale, Phase aiguë, Post-AVC.

Nous vous rappelons que deux visites en présence des auteurs sont prévues :

Avec les modérateurs M. BRUANDET (Paris), S. CANAPLE (Amiens), P. GARNIER (Saint-Etienne), E. GUEGAN-MASSARDIER (Rouen), X. VANDAMME (La Rochelle), F. VUILLIER (Besançon)

Judi 24 novembre de 13h45 - 14h20

Sessions Case Report et Clinique

Vendredi 25 novembre de 13h00 à 14h00

Sessions Epidémiologie, Expérimental, Filières, Imagerie, Paramédicale, Phase aiguë, Post-AVC

Vendredi à 18h00, remise des prix :
meilleure communication affichée et orale.

Chers amis,

La Société Française Neurovasculaire tient ses journées annuelles les 24 et 25 novembre 2011 à la Maison Internationale de Paris, selon une tradition désormais bien établie. Il s'agit, comme vous le savez, de la principale manifestation francophone consacrée aux accidents vasculaires cérébraux, qui a donc vocation à rassembler bien au-delà de nos frontières.

Tous les médecins et professionnels paramédicaux impliqués dans la prise en charge des patients atteints d'AVC, à la phase aiguë comme en phase de récupération et de réadaptation, sont cordialement invités à nous rejoindre.

Comme chaque année, ces journées sont rythmées par des mises au point pédagogiques et séances d'actualités thérapeutiques. Les communications libres médicales seront l'occasion de montrer le dynamisme et l'innovation des équipes. Deux longues sessions sont réservées aux professionnels paramédicaux, avec des cours de synthèse et des communications libres, permettant aux équipes de partager largement leur savoir-faire. Les posters (thèmes médicaux, paramédicaux, et de recherche fondamentale) seront comme l'an dernier mis à l'honneur, avec un affichage en continu sur l'ensemble des Journées. N'hésitez pas à vous rendre sur notre site internet pour toute précision :

Le pré-programme présenté ici témoigne de la variété des thèmes abordés. La principale nouveauté de ce programme 2011 consistera en une session d'ateliers, menés en parallèle, le vendredi après-midi. Nous y aborderons des aspects très pratiques de décisions et difficultés rencontrées en unité neurovasculaire, de manière à coller le plus possible à la réalité professionnelle de tous les soignants.

Nous vous attendons très nombreux les 24 et 25 novembre 2011. La qualité de prise en charge de nos patients dépend de l'harmonie entre les différentes professions, à l'hôpital, en structure médico-sociale ou à domicile. Merci donc à tous de transmettre cette annonce des Journées SFNV aux internes, aux médecins non neurologues intéressés, aux infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, psychologues et neuro-psychologues des structures impliquées dans la filière AVC. Le succès de ces Journées dépendra de notre mobilisation à tous, à l'image de la mobilisation de la SFNV autour du Plan ministériel AVC 2010-2014.

J'adresse mes vifs remerciements à l'ensemble du conseil d'administration de la SFNV pour son dynamisme sans faille : il constitue le comité d'organisation de ces Journées.

Avec mes très cordiales salutations

Mathieu ZUBER, Président de la SFNV

Jeudi 24 novembre 2011

MATIN

09h30 - 09h50 Accueil

09h50 - 10h00 Ouverture des 16^{èmes} journées M. ZUBER, Président de la SFNV

Communications médicales libres

Modérateurs : F. PICO (Versailles), C. LAMY (Paris)

Salon Adenauer

10h00 - 10h10 Dissections vertébrales extracrâniennes de l'enfant : à propos de 17 cas
H. SIMONNET (Bicêtre)

10h10 - 10h20 Caractéristiques cliniques des patients ayant un accident vasculaire cérébral associé à un cancer
K. MURAO (Japon)

10h20 - 10h30 Thrombose veineuse cérébrale et hémoglobinurie paroxystique nocturne : analyse de 10 cas à partir du registre national de la Société Française d'Hématologie
E. MEPIEL (Paris)

10h30 - 10h40 Accident vasculaire cérébral ischémique du sujet jeune et consommation de toxiques
M. BARBIEUX (Grenoble)

10h40 - 10h50 Syndrome de Sneddon sans anticorps antiphospholipides : caractéristiques clinico-radiologiques et mécanismes physiopathologiques
A propos de 55 patients L. BOTTIN (Paris)

10h50 - 11h00  **BOURSES FRANCE AVC 2009**

Crises épileptiques tardives au sein d'une cohorte d'hémorragies cérébrales spontanées : incidence et facteurs prédictifs C. ROSSI (Lille)

Communications paramédicales libres

Modérateurs : G. RODIER (Annecy), J-P. BLETON (Paris)

Salon Honnorat

10h00 - 10h15 Quelle réalimentation proposer aux patients en phase aiguë d'accident vasculaire cérébral (AVC) ? Elaboration d'un test
A. DELAMOUR (Melun)

10h15 - 10h30 Prise en charge des troubles de la déglutition
E. FURCIERI (Strasbourg)

10h30 - 10h45 Comment réagir face à une Altération de la Voie(x) de Communication ?
D. BENICHOU (Nantes)

10h45 - 11h00 La pratique de kinésithérapie dans les Unités Neurovasculaires en France
S. BIRNBAUM (Paris)

11h00 - 11h20 Pause - Visite de l'exposition et des posters

Jeudi 24 novembre 2011

Communications médicales libres

Modérateurs : I. SIBON (Bordeaux), B. GUILLON (Nantes)

Salon Adenauer

- 11h20 – 11h30** Déterminants histologiques, biochimiques et échographiques des plaques carotidiennes symptomatiques et asymptomatiques **F. HERISSON (Nantes)**
- 11h30 – 11h40** Apport de l'imagerie de susceptibilité magnétique dans la visualisation du signe de susceptibilité vasculaire des artères intracrâniennes en phase aiguë d'une ischémie cérébrale **R. ALLIBERT (Paris)**
- 11h40 – 11h50** Prédiction du risque de récurrence très précoce par l'angiographie par résonance magnétique après un AIT **N. NASR (Toulouse)**
- 11h50 – 12h00** Traitement par voie endovasculaire de l'AVC à la phase aiguë. Résultats de 3 ans de partenariat d'un centre de neuroradiologie interventionnelle avec des UNV ou des services de neurologie à orientation vasculaire **R. BLANC (Paris)**
- 12h00 – 12h10** Résultats à court terme et évaluation économique du traitement de l'AVC par thrombolyse intra-artérielle : étude préliminaire montréalaise **F. BING (Strasbourg)**
- 12h10 – 12h20** Résultats à 1 an de l'hémicraniectomie pour infarctus malin et comparaison aux résultats des essais randomisés. L'expérience lilloise **C. LUCAS (Lille)**

Communications paramédicales libres

Modérateurs : S. DELTOUR (Paris), C. GOHIN (Paris)

Salon Honnorat

- 11h20 – 11h35** Dossier de soins spécifiques "AVC grave" : analyse des situations palliatives **F. LOUVET (Paris), S. CROZIER (Paris)**
- 11h35 – 11h50** Organisation de réunions d'éthique dans l'UNV : retour d'expérience **F. RICA (Annecy), G. RODIER (Annecy)**
- 11h50 – 12h05** Organisation d'un accès facilité à l'imagerie et privilégiant l'IRM pour la prise en charge de patients suspects d'AVC dans un centre hospitalier ne disposant pas d'UNV **S. LEMAITRE (Melun)**
- 12h05 – 12h20** La rétention urinaire à la phase aiguë de l'AVC **E. DOUSSET (Nantes)**

12h20 – 13h00 Conférence plénière

Modérateurs : F. CHOLLET (Toulouse), R. BORDET (Lille)

Salon Adenauer

Physiopathologie de l'ischémie cérébrale : apports récents de l'imagerie

J-C. BARON (Cambridge - Paris)

13h00 – 13h45 AG de la SFNV avec remise des bourses SFNV - France AVC

13h45 – 14h30 Cocktail déjeunatoire

Visite de l'exposition et des posters

Modérateurs posters : M. BRUANDET (Paris), S. CANAPLE (Amiens), P. GARNIER (Saint-Etienne), E. GUEGAN-MASSARDIER (Rouen), X. VANDAMME (La Rochelle), F. VUILLIER (Besançon)

Jeudi 24 novembre 2011

APRÈS-MIDI

Actualités Neurovasculaires 2010-2011

Modérateurs : D. LEYS (Lille), J-L. MAS (Paris)

14h30 – 15h00 Prévention

B. NORRVING (Lund, Suède)

15h00 – 15h30 Phase aiguë

M. HOMMEL (Grenoble)

Communications médicales libres

Modérateurs : C. ARQUIZAN (Montpellier), N. NIGHOGHOSSIAN (Lyon)

Salon Adenauer

15h30 – 15h40 MLC601/MLC901, issu de la médecine chinoise induit de puissantes propriétés neuroprotectrices et neurorégénératives face à l'ischémie cérébrale chez le rongeur

C. HEURTEAUX (Valbonne)

15h40 – 15h50 Effets de l'injection de cellules souches mésenchymateuses sur la microcirculation cérébrale après ischémie cérébrale expérimentale

I. FAVRE (Grenoble)

15h50 – 16h00 La kétamine associée au rtPA augmente l'efficacité de la thrombolyse et élargit sa fenêtre thérapeutique

C. GAKUBA (Caen)

16h00 – 16h10 Effet de la première dose d'aspirine donnée à la phase aiguë de l'ischémie cérébrale

S. RICHARD (Nancy)

16h10 – 16h20 L'intérêt des traitements antifibrinolytiques dans la prise en charge des hémorragies méningées anévrysmales réévalué : méta-analyse

T. GABEREL (Caen)

16h20 – 16h30 INSULINFARCT : étude randomisée comparant l'insuline IV versus SC à la phase aiguë d'un AIC carotidien

C. ROSSO (Paris)

16h30 - 17h00 Pause - Visite de l'exposition et des posters

Mise au point : HTA et Cerveau

Modérateurs : M. GIROUD (Dijon), C. DENIER (Le Kremlin-Bicêtre)

Salon Adenauer

17h00 – 17h20 Epidémiologie des complications cérébrales de l'HTA

C. DUFOUIL, C. TZOURIO, G. CHENE (Bordeaux)

17h20 – 17h40 HTA après l'AVC : conduite pratique du traitement

B. CHAMONTIN (Toulouse)

17h40 – 18h00 Déremboursement de l'HTA sévère : quelles conséquences ? J. BLACHER (Paris)

Jeudi 24 novembre 2011

18h00 – 19h30 Symposium



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

Prise en charge du risque thrombo-embolique dans la fibrillation atriale

Modérateurs : M. ZUBER (Paris) et J-Y. LE HEUZEY (Paris)

Mode d'action et pharmacologie clinique des anticoagulants

P. MISMETTI (Saint-Etienne)

Fibrillation atriale : évolution des scores de risque ischémique

J-Y. LE HEUZEY (Paris)

Impact des données de l'imagerie cérébrale sur le traitement anticoagulant

E. TOUZE (Paris)

Quand débiter le traitement anticoagulant au décours d'un AVC ?

S. ALAMOVITCH (Paris)

19h30

Cocktail dînatoire



Vendredi 25 novembre 2011

MATIN

7h30

Réunion du conseil d'administration de la SFNV

Communications médicales libres

Salon Adenauer

Modérateurs : Y. SAMSON (Paris) et E. ELLIE (Bayonne)

8h30 - 8h40

Prévalence des accidents vasculaires cérébraux et de leurs séquelles - impact sur les activités de la vie quotidienne : apports des enquêtes déclaratives
Handicap-Santé-Ménages et Handicap-Santé-Institution

C. DE PERETTI (Saint-Maurice)

8h40 - 8h50

Hyperglycémie à l'admission et pronostic des patients présentant une hémorragie intracérébrale

Y. BEJOT (Dijon)

8h50 - 9h00

Enquête nationale sur la prise en charge des AVC graves :
1^{ère} partie du PHRC TELOS

S. CROZIER (Paris)

9h00 - 9h10

Quand et comment rechercher la fibrillation atriale (FA) occulte après un infarctus cérébral ?

M-H. MAHAGNE (Nice)

9h10 - 9h20

AC/FA en USI-NV : le registre EVALUSINV

Y. SAMSON (Paris)

9h20 - 9h30

Aphasies vasculaires : leçons de 1500 cas consécutifs

A. CROQUELOIS (Lausanne)

9h30 - 9h40

Evolution de l'aphasie après thrombolyse intra-veineuse à la phase aiguë des infarctus cérébraux

A. JACQUIN (Dijon)

9h40 - 9h50



Déterminants de la dépression post-AVC : Enquête en vie quotidienne et neuroimagerie

S. LAGADEC (Bordeaux)

9h50 - 10h00

Etude GRECOG-VASC : un point d'étape

O. GODEFROY (Amiens)

Communications paramédicales libres

Salon Honnorat

Modérateurs : S. DUPUY (Paris), X. DUCROCQ (Nancy)

8h30 - 8h45



"Hémisphère" : logiciel d'aide au positionnement du patient post AVC

B. NGUYEN-THUYET, S. BIRNBAUM (Paris)

8h45 - 9h00

Mise en place d'une fiche de liaison kinésithérapique adaptée à la phase aiguë de l'AVC. Démarche participative d'amélioration des pratiques de soins dans le cadre des IPC de l'HAS

S. MAGERMAN (Bayonne)

9h00 - 9h15

Anxiété, activité électrodermale et mémoire de travail selon le profil émotionnel et lésionnel de patients en phase aiguë d'un AVC en comparaison de sujets sains

A. GROSDÉMANGE (Nancy)

Vendredi 25 novembre 2011

9h15 - 9h30



Isolement après un AVC : appréciation du patient et de l'aidant et impact des actions associatives
N. AUDRY-LERAY (Perpignan)

9h30 - 9h45



Faisabilité et impact d'une psychothérapie de soutien après AVC :
Étude PS- POST AVC
V. BENOIT COSTE (Nice)

9h45 - 10h00

Cohorte rétrospective de 117 infarctus cérébraux ou AIT et de 54 hématomes intra-cérébraux hospitalisés en 2010 sur l'UNV de La Rochelle

E. JACQUELIN (La Rochelle)

10h00 - 10h30

Pause - Visite de l'exposition et des posters

Mise au point : Prise en charge aiguë **Salon Adenauer des AVC graves**

Modérateurs : H. CHABRIAT (Paris), D. SABLOT (Perpignan)

10h30 - 10h50

Hypothermie induite et AVC
C. CORDONNIER (Lille)

10h50 - 11h10

Place du réanimateur à la phase aiguë de l'AVC
P-E. BOLLAERT (Nancy)

11h10 - 11h30

Limitations et arrêt de traitements à la phase aiguë de l'AVC
S. CROZIER (Paris)

11h30 - 13h00

Symposium II

Etat des Lieux de la prise en charge de l'AVC : du curatif au préventif

Modérateurs : M. ZUBER (Paris), T. DE BROUCKER (Saint-Denis)

Organisation territoriale pour optimiser la filière en phase aiguë

- Projet Régional d'Organisation de la Filière AVC (PROFIL AVC) S. TIMSIT (Brest)
- Télé-AVC : simple ou compliqué ?

I. GIRARD-BUTTAZ (Valenciennes), F. MOUNIER-VEHIER (Lens)

Particularisme de l'AVC lié à la Fibrillation Atriale

- Actualité dans l'anticoagulation des patients en fibrillation atriale : pourquoi ?
Comment et chez qui ?

J.-C. DE HARO (Marseille)

- Quelle place pour l'anti-coagulation dans la pratique neuro-vasculaire ?

Y. SAMSON (Paris)

13h00 - 14h00

Déjeuner - Visite de l'exposition et des posters

Modérateurs : M. BRUANDET (Paris), S. CANAPLE (Amiens), P. GARNIER (Saint-Etienne), E. GUEGAN-MASSARDIER (Rouen), X. VANDAMME (La Rochelle), F. VUILLIER (Besançon)



Vendredi 25 novembre 2011

APRÈS-MIDI

Le point institutionnel

14H00 - 14h20

Plan AVC 2010-2014

E. FERY-LEMONNIER (Mission Plan AVC)

14H20 - 14h40

Indicateurs AVC : le projet COMPAQ

E. MINVIELLE (CNRS)

14h40 - 15h00

Mini Symposium

Modérateurs : M.-H. MAHAGNE (Nice), M. MAZIGHI (Paris)

Solitaire FR Revascularization Device : A retrospective study as a first line device for acute Ischemic Stroke

A. BONAFA (Montpellier)



Mise au point : Céphalées et anévrismes

Modérateurs : J.-P. NEAU (Poitiers), I. BONNAUD (Tours)

15h00 - 15h20

Risque vasculaire des céphalées en coup de tonnerre

A. DUCROS (Paris)

15h20 - 15h40

Nouvelles stratégies de traitement des anévrismes intracrâniens

L. PIEROT (Reims)

15h40 - 16h00

Suivi à long terme des anévrismes rompus traités

K. MOURIER (Dijon)

16h00 - 16h30

Pause - Visite de l'exposition et des posters

Atelier 1 :

Salon Adenauer

lorsque la thrombolyse est difficile

Modérateurs : P. NICLOT (Paris), J.-F. ALBUCHER (Bordeaux)

16h30 - 17h00

Peut-on traiter une HTA supérieure à 185/110 mm Hg puis débiter une fibrinolyse intraveineuse ?

L. DEREK (Lyon)

17h00 - 17h30

Peut-on effectuer une fibrinolyse chez un patient ayant un accident d'horaire inconnu et une IRM FLAIR normale ?

F. ROUANET (Bordeaux)

17h30 - 18h00

Dans quels cas débiter une fibrinolyse chez un patient ayant un déficit mineur ?

V. WOLFF (Strasbourg)

Vendredi 25 novembre 2011

Atelier 2 :

Salon Honnorat

comment améliorer le fonctionnement de l'UNV ?

Moderateurs : F. MOUNIER-VEHIER (Lens), F. VUILLIER (Besançon)

- 16h30 – 17h00** Comment réduire le délai intra-hospitalier de la thrombolyse ? **M. GIROT (Lille)**
- 17h00 – 17h30** La T2A peut-elle être une aide ? **I. GIRARD-BUTTAZ (Valenciennes)**
- 17h30 – 18h00** Comment optimiser le circuit du patient âgé ou très âgé ? **J.-B. ANCELLIN (Lens)**
- 18h00** Remise des prix (posters et communications libres)
Clôture des 16^{èmes} Journées de la SFNV

SAVE THE DATE

**17^{èmes} journées
de la Société Française
de Neuro-Vasculaire**

Jeudi 22 et vendredi 23 Novembre 2012

Liste des posters

Session Case Report

Poster n°1

- **Vasculopathie cérébrale à VZV chez une patiente de 44 ans**

Jennifer ABOAB - Audrey CHARDAIN - Beatrice MARRO - Sonia ALAMOWITCH

Poster n° 2

- **Accident vasculaire vertébro-basilaire et antiphospholipides**

Fehanne AASFARA - Fatima IMOUNAN - El Hachmia AIT BEN HADDOU - Wafa REGRAGUI - Ali BENOMAR
Mohammed YAHYAQUI

Poster n° 3

- **Crises de migraine avec aura associées à des manifestations ischémiques cérébrales**

Pierre SENERS - Jérôme MAWET - Marie-Germaine BOUSSER - Hugues CHABRIAT

Poster n° 4

- **Maladie de Horton**

Fatima IMOUNAN - Jehanne AASFARA - El Hachmia AIT BEN HADDOU - Ali BENOMAR - Mohammed YAHYAQUI

Poster n° 5

- **Agammaglobulinémie compliquée d'un accident vasculaire cérébral : à propos de un cas**

Mohamed Imed MILADI - Hanen Hadj KACEM - Emna TURKI - Mariem DAMAK - Amir BOUKHRIS - Imed FEKI
Chokri MHIRI

Poster n° 6

- **AVC ischémique bithalamique chez une patiente jeune : aspects anatomiques, cliniques et neuropsychologiques**

Bernard HUTTIN - Lisa HUMBERTJEAN - Stéphanie BATIER-MONPERRUS - Alexandrine LARUE

Poster n° 7

- **SOS FAV**

Ana COMANESCU - Daniela BINDILA - Olivier ROUYER - Mariana MANISOR - Remy BEAUJEU - Christian MARESCAUX
Valerie WOLFF

Poster n° 8

- **Occlusion vertébrale symptomatique par compression extrinsèque ostéophytique**

Souhayla AZAKRI - Igor MALDONADO - Florent VERHAEGHE - Alain BONAFA - Isabelle MOURAND

Poster n°9

- **Thrombose veineuse cérébrale et maladie de Crohn (à propos d'une observation)**

Mouna ABBES - Mariem DAMAK - Imed FEKI - Amir BOUKHRIS - Emna TURKI - Mohamed IMED MILADI - Chokri MHIRI

Poster n° 10

- **Occlusion percutanée de l'auricule gauche en prévention secondaire de l'infarctus cérébral d'origine cardioembolique : 3 premiers cas**

Emeline BARTH - Deborah GROSSET-JANIN - Bernard BERTRAND - Olivier DETANTE

Liste des posters

Poster n° 11

- **Régression des anomalies de substance blanche après un AVC lacunaire**

Julia DURAND-BIRCHENALL - Claire LECLERCQ - Joël DAOUK - Pauline MONET-DESLACHE - Olivier GODEFROY
Jean-Marc BUGNICOURT

Poster n° 12

- **AVC ischémiques récidivants chez un consommateur de cannabis**

Delphine PEAUREAUX - Lionel CALVIERE - Alain VIGUIER - Nathalie NASR - Vincent LARRUE

Poster n° 13

- **Thromboses veineuses cérébrales compliquées d'une fistule artérioveineuse durale : à propos de 3 cas**

Jonathan CIRON - Gaëlle GODENECHÉ - Emilia MARSAC - Marie-Pierre ROSIER - Pierre VANDERMARCO - Jean-Philippe NEAU

Poster n° 14

- **Accident ischémique transitoire révélant une leuco encéphalopathie avec calcifications et kystes de l'adulte**

Floriane BOUQUET - Julien SAVATOVSKY - Olivier GOUT - Michael OBADIA

Poster n° 15

- **Infarctus cérébral du sujet jeune : et si c'était d'origine virale ?**

Séverine DEBIAIS - Bertrand LIOGER - Nicole FERREIRA-MALDENT - Denis SAUDEAU - Bertrand DE TOFFOL
Isabelle BONNAUD

Poster n° 17

- **Infarctus cérébral secondaire à une vasculite à Varicella Zoster, révélant une infection à VIH**

Ana ETXEBERRIA IZAL - Sarah LONNEVILLE - Sophie JACOBS - Michel GILLE - Matthieu RUTGERS

Poster n° 18

- **Un cas rare d'artérite syphilitique du tronc basilaire**

Aude-Marie GAGNERON - Frédéric PHILIPPEAU - Philippe GRANIER - Anne VIEILLART - Angel-Cristian OLARU
Michel GOUTTARD

Poster n° 19

- **Dissection artérielle cervicale multiple et fausses couches à répétition en rapport avec une hyperhomocystéinémie**

Stéphanie DEMASLES - Marie MIQUEL-CHAUVEAU - Eric BERTANDEAU - Mickael BONNAN - Bruno BARROSO

Poster n° 20

- **Troubles mnésiques brutaux, une origine ischémique ?**

Stéphane BELTRAN - Séverine DEBIAIS - Jean-Pierre COTTIER - Isabelle BONNAUD - Karl MONDON - Alexandra MUSIKAS
Aurélien MARQUE

Liste des posters

Poster n° 21

- **Une cause rare d'infarctus cérébral : le myxome de l'oreille**

Jennifer DORIDAM - Chantal LAMY - Fanny DELANGHE - Jean-Paul REMADI - Sandrine CANAPLE - Jean-Marc BUGNICOURT
Olivier GODEFROY

Poster n° 22

- **Une SEP thrombolysée**

Jean-Marc BUGNICOURT - Abdulatif AL KHEDR - Sandrine CANAPLE - Pauline MONET - Olivier GODEFROY

Poster n° 23

- **Infarctus cérébral compliquant un syndrome néphrotique : à propos de deux cas**

Lucie WDOOWIAK - Chantal LAMY - Sandrine CANAPLE - Jean-Marc BUGNICOURT - Raifah MAKDASSI - Olivier GODEFROY

Poster n° 24

- **Une cause inhabituelle d'infarctus cérébral au décours d'une chimiothérapie**

Mikael FORTIER - Claire HOURREGUE - Laurent SUISSA - Sylvain LACHAUD - Marie-Hélène MAHAGNE

Poster n° 25

- **Un ticket de caisse qui n'a pas de prix !**

Sandrine DELTOUR - Marine BRONDEL - Emad LOTFALIZADEH - Gurkan MUTLU - Yves SAMSON

Poster n° 26

- **AVC ischémiques récurrent révélant un syndrome de Sneddon : revue de 2 observations**

Djanette HAKEM - Hayat LAFER - Abdelhamid BOUKRARA - Soraya BENKHROUF - Meriam DJEMAI - Farid KESSACI
Abdelkrim BERRAH

Poster n° 27

- **Thrombose Veineuse Cérébrale et Maladie de Basedow : Binôme Fortuit ?**

Djanette HAKEM - Sonia LASSOUAOUI - Djaouida BENSALAH - Soumia FÉDALA-HADDAM - Dalila ZEMMOUR
Farid KESSACI - Abdelkrim BERRAH

Poster n° 28

- **A propos d'un cas d'hémorragie sous-arachnoidienne spinale et cérébrale associée à une dissection cervicale et une dysplasie fibro-musculaire**

Pauline DODET - Isabelle CRASSARD - Peggy REINER - Hugues CHABRIAT - Eric JOUVENT

Poster n° 29

- **Angéite cérébrale reliée à l'angiopathie amyloïde cérébrale sporadique : à propos d'un cas**

Aude-Marie GRAPPERON - Anthony FAIVRE - Carole PLASSE - Delphine WYBRECHT - Arnaud DAGAIN
Pierre BOUNOLLEAU - Philippe ALLA

Poster n° 30

- **Bonne évolution après traitement par rtPA IV chez une patiente porteuse de multiples anévrismes intracrâniens**

Isabelle BONNAUD - Marie DEBIAIS - Marie GAUDRON - Chrysanthi PAPAGIANNAKI - Bertrand DE TOFFOL

Liste des posters

Poster n° 31

- **Thrombose veineuse cérébrale et hypotension spontanée du liquide cérébro-spinal**

Peggy REINER - Isabelle CRASSARD - Caroline ROOS - Mathias ROSSIGNOL - Jean Pierre GUICHARD - Hugues CHABRIAT
Marie Germaine BOUSSER

Session Clinique

Poster n° 31 bis

- **Migraine avec aura, infarctus cérébraux silencieux et anomalies du septum auriculaire**

Lionel CALVIERE - Philippe TALL - Pierre MASSABUAU - Fabrice BONNEVILLE - Vincent LARRUE

Poster n° 32

- **Thrombophlébites cérébrales au cours de la maladie de Behçet : à propos de 22 cas**

Jehanne AASFARA - Fatima IMOUNAN - El Hachmia AIT BEN HADDOU - Wafa REGRAGUI - Ali BENOMAR
Mohammed YAHYAQUI

Poster n° 33

- **Les accidents vasculaires cérébraux ischémiques vertébro-basilaires : caractéristiques du patient jeune**

Muriel LAFFON - Laurent SUISSA - Marie-Hélène MAHAGNE

Poster n° 34

- **Occlusion du tronc basilaire : quels éléments pronostics ? A propos d'une série de 24 patients**

Nathalie CAUCHETEUX - Isabelle SERRE - Céline RENKES - Krzysztof KADZIOLKA - Serge BAKCHINE - Ayman TOURBAH

Poster n° 35

- **Thrombose veineuse cérébrale et crises épileptiques dans le sud tunisien**

Slim SMAOUI - Emna TURKI - Meriem DAMAK - Amir BOUKHRIS - Imed FEKI - Mohamed imed MILEDI - Chokri MHIRI

Poster n° 36

- **Les accidents vasculaires du tronc cérébral : étude tunisienne à propos de 42 cas**

Ines AYADI - Emna CHTOUROU - Meriem Damak - Amir BOUKHRIS - Imed MILEDI - Imed FEKI - Chokri MHIRI

Poster n° 37

- **Etude rétrospective des AVC Ischémiques secondaires aux valvulopathies rhumatismales : une série de 63 cas**

Aicha ZAAM - Nadia CHARAI - Ouafae MESSOUAK - Mohamed Faouzi BELAHSEN

Poster n° 38

- **Fréquence des hémorragies sous-arachnoïdiennes corticales révélées par un AIT**

Aude JAFFRE - Nathalie NASR - Marine FERRIER - Fabrice BONNEVILLE - Vincent LARRUE

Liste des posters

Poster n° 39

- **Les facteurs prédictifs d'une épilepsie tardive chez des enfants avec AVC : étude de 22 cas**

Fedi JARDAK - Ines HSAIRI - Ine AYADI - Imen ABID - Emna ELLOUZE - Fatma KAMOUN - Chahnez TRIKI

Session Epidémiologie

Poster n° 40

- **Influence de l'arrondissement de résidence sur le taux de thrombolyse intraveineuse dans l'infarctus cérébral aigu dans le Nord de la France**

Hafida TOUZANI - Didier LEYS - Isabelle GIRARDBUTTAZ - François MOUNIER-VEHIER - Pierre VALETTE
Jean Pierre PRUVO - Patrick GOLDSTEIN

Poster n° 41

- **Existe-t-il une association entre la présence d'un Foramen Ovale Perméable (FOP) et un Accident Ischémique Cérébral (AIC) cryptogénique chez les patients de plus de 55 ans ?**

Sandrine ACCASSAT - Sara QUENET - Magali EPINAT - Claude COMTET - Jérôme VARVAT - Patrick MISMETTI
Pierre GARNIER

Poster n° 42

- **Indicateurs de Pratiques Cliniques de la HAS concernant les AVC en Franche-Comté**

Benjamin BOUAMRA - Lina VACONNET - Elisabeth MEDEIROS DE BUSTOS - Paola MONTIEL - Fabrice VUILLIER
Thierry MOULIN

Poster n° 43

- **Corrélation entre gros vaisseaux et maladie des petits vaisseaux cérébraux**

Marion BRISSET - Stéphanie DEBETTE - Christophe TZOURIO - Fernando PICO

Poster n° 44

- **Prévalence des accidents vasculaires cérébraux et de leurs séquelles - impact sur les activités de la vie quotidienne : apports des enquêtes déclaratives Handicap-Santé Ménages et Handicap-Santé-Institution**

Christine DE PERETTI - Philippe TUPPIN - Olivier GRIMAUD - Francis CHIN - France WOIMANT

Poster n° 45

- **Survie à un an des patients présentant une démence après un AVC au sein du Registre Dijonnais des AVC**

Yannick BEJOT - Agnès JACQUIN - Olivier ROUAUD - Jérôme DURIER - Marie HERVIEU - Guy-Victor OSSEBY
Maurice GIROUD

Poster n° 46

- **Influence des caractéristiques socioéconomiques du voisinage sur l'incidence des accidents vasculaires cérébraux à Dijon**

Olivier GRIMAUD - Jérôme DURIER - Yannick BEJOT - Maurice GIROUD - Pierre CHAUVIN

Liste des posters

Session Expérimental

Poster n° 47

- **Intérêt de la Stimulation Électrique Corticale Extradurale dans la Récupération Motrice post-AVC : étude chez un modèle primate non humain**

Anne BALOSSIER - Cyrille ORSET - Olivier ETARD - Clément GAKUBA - Denis VIVIEN - Evelyne EMERY

Poster n° 48

- **Rôle de la poly (ADP-RIBOSE) Polymérase dans les effets de l'activateur tissulaire du plasminogène recombinant sur la barrière hémato-encéphalique après une ischémie cérébrale chez la souris**

Fei TENG - Marie GARRAUD - Bérard COQUERAN - Michel PLOTKINE - Catherine MARCHAND-LEROUX
Isabelle MARGAILL - Virginie BERAY-BERTHAT

Session Filières

Poster n° 49

- **Accident vasculaire cérébral : du secouriste au neurologue**

L. ALHANATI - S. DUBOUDIEU - D. JOST - J.-L. PETIT - L. DOMANSKI

Poster n° 50

- **PROFIL AVC au Centre Hospitalo-Universitaire du Kremlin Bicêtre : 1^{ère} photographie de diagnostic et plan d'actions**

Mariana SAROV - Guillaume SALIOU - Marie DREYFUS - Thierry GUEDJ - Denis DUCREUX - David ADAMS
Christian DENIER

Poster n° 51

- **PROFIL AVC au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble : 1^{ère} photographie de diagnostic et plan d'actions**

Déborah GROSSET-JANIN - Katia GARAMBOIS - Raphael MARLU - François LOIZZO - Cécile RONCORON
Florence TAHON - Olivier DETANTE

Poster n° 52

- **Délai de revascularisation des sténoses athéromateuses symptomatiques de l'artère carotide interne au sein de l'Unité Neuro-Vasculaire du CHU de Rouen**

Cristina SPALATELU - Aude TRIQUENOT-BAGAN

Poster n° 53

- **PROFIL AVC au Centre Hospitalier R. Ballanger à Aulnay sous bois : 1^{er} aperçu du diagnostic et plan d'actions**

Claire ELZIERE - Laurence NAHUM-MOSCOVIC - Azdachir ALKHALIL - Françoise LE BIHAN - Jean STEINER
Pierre CHARESTAN - Ovidiu CORABIANU

Liste des posters

Poster n° 54

- **PROFIL AVC au Centre Hospitalier Universitaire de Rennes : 1^{ère} photographie de diagnostic et plan d'actions**

Thomas RONZIERE - Jean Yves GAUVRIT - Myrienne LALOUE - Mathieu PERENNES - Pierre GUERET - Gilles EDAN

Poster n° 55

- **Evolutions de la prise en charge hospitalière des accidents vasculaires cérébraux en court séjour et en soins de suite et de réadaptation entre 2007 et 2009**

Christine DE PERETTI - Javier NICOLAU - Philippe TUPPIN - Alexis SCHNITZLER - France WOIMANT

Poster n° 56

- **PROFIL AVC au Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand : 1^{ère} photographie de diagnostic et plan d'actions**

Anna FERRIER - François DISSAIT - Denis GONZALEZ - Emmanuel CHABERT - Jeannot SCHMIDT - Daniel PIC
Pierre CLAVELOU

Poster n° 57

- **PROFIL AVC au Centre Hospitalier de Perpignan: 1^{ère} photographie de diagnostic et plan d'action**

Nicolas GAILLARD - Aziz AKOUZ - Alejandro TONINA - Philippe GUEUDET - Bénédicte FADAT - Anais DUTRAY
Denis SABLLOT

Poster n° 58

- **Proximité USINV - Service de Reanimation : une expérience positive au Centre Hospitalier d'Orsay**

Michele LEVASSEUR - Atossa GORDJI - Monica MALAU - Amer AL-NAJJAR-CARPENTIER - Naceur REZGUI

Poster n° 59

- **PROFIL AVC, un outil pour améliorer la prise en charge multidisciplinaire des AVC en phase aiguë : méthodologie**

Didier CAUMETTE - Vincent GENET - Alain PAGES - Pierre-Louis LELEU - Serge TIMSIT

Poster n° 60

- **PROFIL AVC au Centre Hospitalier Régional Universitaire de Brest : 1^{ère} photographie de diagnostic et plan d'actions**

François Mathias MERRIEN - Anne TIREL-BADETS - Josianne TREUIL - François ROUHART - Philippe GOAS
Irina VIAKHIREVA - Serge TIMSIT

Poster n° 61

- **L'influence de l'ouverture de UNV sur le recrutement à la prise en charge des AVC dans un service de neurologie**

Amer AL NAJJAR-CARPENTIER - Michèle LEVASSEUR

Liste des posters

Poster n° 62

- **Télé-thrombolyse : analyse de la 1^{ère} expérience SAU Melun/UNV Pitié-Salpêtrière**

Sandrine DELTOUR - Arnaud GAUTHIER - Kheir-eddine HAMDJ - Gurkan MULTU - Sonia ROCHA - Yann L'HERMITTE
Yves SAMSON

Session Imagerie

Poster n° 63

- **Place de l'angioscanner par capteurs plans en salle d'angiographie avant traitement par voie endovasculaire d'occlusion artérielle cérébrale**

Raphaël BLANC - Silvia PISTOCCHI - Bruno BARTOLINI - Hocine REDJEM - Michaël OBADIA - Michel PIOTIN
Sonia ALAMOWITCH

Poster n° 64

- **Intérêt de la séquence ASL (Arterial Spin Labeling) pour l'imagerie cérébrale de perfusion diagnostique chez l'enfant : cas clinique**

Manoëlle KOSSOROTOFF - Raphael CALMON - David GREVENT - Cyril GITIAUX - Isabelle DESGUERRE - Francis BRUNELLE
Nathalie BODDAERT

Poster n° 65

- **Corrélation entre sévérité du déficit neurologique et volume lésionnel des infarctus cérébraux en IRM**

Julia DURAND-BIRCHENALL - Joël DAOUK - Jean-Marc BUGNICOURT - Olivier GODEFROY

Poster n° 66

- **Etude IRM-URGMED : IRM versus TDM pour les patients admis dans un service d'urgence avec indication d'imagerie cérébrale**

Marie GIROT - Didier Leys - Xavier LENNE - Jean-Pierre PRUVO - Xavier LECLERC - Eric WIEL - Patrick GOLDSTEIN

Poster n° 67

- **Et si c'était une endocardite ?**

Silvio GALLI - Emelyne MUZARD - Ansouman CAMARA - Elisabeth MEDEIROS DE BUSTOS - Thierry MOULIN

Poster n° 68

- **Athérome de l'aorte proximale : évaluation prospective de l'angioscanner versus échographie cardiaque trans-oesophagienne**

Yonathan BARUKH - Michael OBADIA - Nadia BENYOUNES IGLESIAS - Françoise HERAN - Juilen SAVATOVSKY

Poster n° 69

- **Syndrome de reperfusion : intérêt du scanner de perfusion**

Marie BRUANDET - Aymeric BOUILLLOT - Jérôme HODEL - Claire JOIN-LAMBERT - Samia BELABBAS - Mathieu ZUBER

Liste des posters

Session Paramédicale

Poster n° 70

- **L'AVC : qu'est-ce que c'est ? "Je pensais que cela allait passer" l'information, premier pas vers une prise en charge plus rapide**

Laëtitia SEIGNER

Poster n° 71

- **Place des accidents vasculaires cérébraux dans l'activité hospitalière en 2010 du service de neurologie de Sfax (Tunisie)**

Imen ANES

Poster n° 72

- **Création d'outils d'éducation pour stimuler et positionner le patient hémiparétique**

Valérie DUVAL-PAPILLON

Session Phase aiguë

Poster n° 73

- **Influence de la glycémie initiale sur le devenir des patients non diabétiques traités par rt-PA pour ischémie cérébrale**

Mayi GNOFAM - Didier LEYS - Marie BODENANT - Régis BORDET - Charlotte CORDONNIER

Poster n° 74

- **Apport diagnostique et thérapeutique de l'échographie cardiaque à la phase aiguë de l'infarctus cérébral**

Marie GAUDRON - Severine DEBIAIS - Aurelia ROS - Bruno GIRAudeau - Bertrand DE TOFFOL - Frederic PATAT
Isabelle BONNAUD

Poster n° 75

- **Elaboration et validation d'une échelle de détection rapide de l'aphasie en phase aiguë des accidents vasculaires cérébraux : LAST (Language Screening Test)**

Constance FLAMAND-ROZE - Bruno FALISSARD - Emmanuel ROZE - David ADAMS - Christian DENIER

Poster n° 76

- **Traitement endovasculaire dans l'occlusion aiguë de la carotide interne : stratégie et résultats par rapport au niveau de l'occlusion**

Roberto RIVA - Francisco Macian MONTORO - Guilherme NAKIRI - Maher AL-KHAWALDEH - Benjamin GORY
Marie-Paule BONCOEUR - Charbel MOUNAYER

Poster n° 77

- **Estimation du poids chez un patient non communiquant avant thrombolyse**

Nicolas CHAUSSON - François CHEDEVILLE - Philippe KASSIOTIS - Marie-Christine SEGUELA - Rania KASSAM
Françoise BRUNET-BOURGIN

Liste des posters

Poster n° 78

- **La thrombolyse IV au delà de 80 ans : l'expérience du groupe hospitalier Paris Saint Joseph**

Pauline REACH - Marie BRUANDET - Mathieu ZUBER

Poster n° 79

- **La thrombolyse intraveineuse des accidents ischémiques cérébraux (AIC) au CHU de Caen entre de 2008 à 2010**

Léonard KOUASSI - Julien COGEZ - Mathieu BATAILLE - Vincent de la SAYETTE - Fausto VIADER

Poster n° 80

- **Détection de la fibrillation atriale paroxystique associée à un infarctus cérébral : cherchez, vous trouverez!**

Laurent SUISSA - Sylvain LACHAUD - Marie-Hélène MAHAGNE

Poster n° 81

- **Pourquoi certains patients présentant une amélioration neurologique précoce après thrombolyse intraveineuse n'ont pas un bon pronostic fonctionnel ?**

Marie BODENANT - Stephanie DEBETTE - Frederic DUMONT - Marie GIROT - Hilde HENON - Christian LUCAS
Charlotte CORDONNIER

Poster n° 82

- **Facteurs prédictifs de la survenue d'une FA après une ischémie cérébrale de cause indéterminée : une étude de cohorte**

Mélanie FLAMENT - Claire LECLERCQ - Sandrine CANAPLE - Marie-Pierre GUILLAUMONT - Olivier GODEFROY
Chantal LAMY - Jean-Marc BUGNICOURT

Session Post-AVC

Poster n° 83

- **Enjeux et premiers résultats d'un programme d'éducation thérapeutique mené au sein d'une unité neuro-vasculaire chez des patients hypertendus convalescents d'un accident vasculaire cérébral**

Aude FILLETTE - Hélène BEAUSSIER - Isabelle TERSEN - Yvonnick BEZIE - Marie BRUANDET - Anne ROUAULT - Mathieu ZUBER

Poster n° 84

- **Le progrès de l'étude AVERT (A Very Early Rehabilitation Trial) : la rééducation précoce en phase aiguë de l'AVC**

AU NOM DE L'AVERT COLLABORATION - Julie BERNHARDT - Simone BIRNBAUM

Poster n° 85

- **Place de la Stimulation Corticale Extradurale dans le traitement de l'Aphasie chronique post-AVC : suivi à 6 ans**

Anne BALOSSIER - Chloé DESCAT - Olivier ETARD - Adina POSTELNICU - Evelyne EMERY

Liste des posters

Poster n° 86

- **Problèmes posés par le post AVC en MPR : REA lite algerienne à propos de 100 cas**

Rachid HEBHOUB - Reda BELGHOUL - Chadli KHELFELLAH - Benaïssa BAGHOUS - Khaled TALA IGHIL
Mohamed RACHEDI

Poster n° 87

- **Prise en charge du sevrage tabagique forcé en Unité Neuro-vasculaire**

Anne LEGER - Charlotte ROSSO - Sophie CROZIER - Sandrine DELTOUR - Gurkan MUTLU - Yves SAMSON

Résumés des conférences

Jeudi 24 novembre 2011 - 12h20 : 13h00

Conférence plénière Physiopathologie de l'ischémie cérébrale : apports récents de l'Imagerie

Jean-Claude BARON (Cambridge - Paris)

Malgré des progrès considérables ces 30 dernières années, faisant suite à une longue phase de nihilisme et de confusion, la physiopathologie fine de l'accident ischémique cérébral (AIC) reste encore largement à découvrir. L'imagerie physiologique, au moyen initialement de la TEP et plus récemment de la TEMP, de l'IRM et du Scanner X, a permis des avancées particulièrement importantes qui ont eu un impact clinique direct, par exemple la mise en évidence du mécanisme hémodynamique de certains AIC, la preuve de l'existence de la pénombre ischémique chez l'homme et de son rôle dans la récupération neurologique, ou la visualisation du phénomène de « diaschisis » dont l'impact clinique reste néanmoins à préciser. Ces 10 dernières années ont vu l'émergence puis l'essor de nouvelles approches en imagerie physiologique de l'AIC, principalement l'imagerie de l'inflammation de la plaque athéromateuse, l'imagerie de diffusion/perfusion en IRM et le scanner de perfusion, utilisées notamment pour identifier la pénombre au stade aigu, l'imagerie de l'hypoxie tissulaire aiguë, et l'imagerie de la perte neuronale sélective et de l'inflammation tissulaire au décours de l'AIC. Parallèlement, le développement des méthodes d'imagerie chez le rongeur rongeur (TEP, TEMP, IRM) a permis des avancées importantes en recherche translationnelle dans le domaine des AIC. Un certain nombre d'exemples de ces avancées récentes sera présenté.

Résumés des conférences

Jeudi 24 novembre 2011 - 14h20 : 15h30

Actualités neurovasculaires 2010 – 2011 Prévention

Bo NORRVING (Lund - Suède)

Prevention

Bo Norrving, Professor in Neurology, Section of Neurology, Department of Clinical Sciences, Lund Sweden

Introduction

The field of prevention for stroke continues to evolve and has received remarkable achievements looking over a perspective of the last few decades. However, it is also apparent that we still have not reached the limits of what is possible – substantial improvements have been made during the last year, e.g. in the rapidly emerging fields of new anticoagulants. However, effective therapies need to reach out, and the issue of successful implementation of proven therapies in clinical practice remains important and is an underinvestigated area. The long term compliance of medical therapies has recently come into appropriate focus.

Prevention is always better than cure, simply because it is better to be healthy than to be ill. 2011 has been an extraordinary year for political focus on stroke and other non-communicable diseases through the important high-level meetings that may turn out to be landmark events in the history of stroke. Surprisingly little of the outcomes from these meetings appears to have reached the vast majority of health care professionals.

This presentation will review selected topics in primary and secondary stroke prevention.

New anticoagulants for stroke prevention in patients with atrial fibrillation

Warfarin has been a cornerstone in the prevention of strokes in patients with atrial fibrillation, despite the obvious disadvantages of the drug such as unpredictable dose-response characteristics, multiple interactions, and the need of frequent blood monitoring to achieve therapeutic levels and avoid toxicity. The last years have seen the development and clinical testing of new anticoagulant drugs that have a number of advantages over warfarin: predictable anticoagulant effects at fixed doses, limited interactions, no need for routine monitoring, and a broader therapeutic window. Agents include the oral direct thrombin inhibitor dabigatran, and the oral factor Xa inhibitors rivaroxaban, apixaban, edoxaban and betrixaban.

The new anticoagulants are discussed at other sessions during this meeting. Clearly a new era has begun in the field of stroke prevention in persons with atrial fibrillation. Are stroke better prevented today than in the past?

Stroke remains the second most common cause of death worldwide. However, in the

Résumés des conférences

United States a clear decline of stroke mortality has been observed, with death rates during 2008 only about a quarter of the rates seen during the 1930 to 1960 interval [1]. This has led to stroke stepping down from the third to the fourth leading cause of death in the United States. The most likely cause is improved prevention through better risk factor detection and control as well as healthier life styles, though improved acute care likely contributes. A recent meta analysis showed declining trends of stroke incidence in high income countries (by 42 %), whereas the opposite (a >100 % increase) was seen in low-middle income countries [2]. The decrease clearly shows that stroke can be prevented, an important signal.

The last 1-2 decades have seen improved means to prevent stroke by antithrombotic therapies, statins, blood pressure lowering and life style modifications, in particular smoking cessation. Do these scientific advances transform into reduced risk of recurrent stroke risks in clinical trials and in clinical practice? A recent meta-regression analysis by Hong and co-workers [3] showed that stroke and vascular event rates had declined substantially over the last 5 decades, with improved blood pressure control and more frequent use of antiplatelet therapy as the leading causes. Although interpretations need to be cautious [4] the findings are nevertheless reassuring that stroke rates are possible to influence through better therapies. However, lower recurrent rates and increased survival after stroke implies an increase in prevalence rates of persons who have suffered a stroke, and hence increased needs for long term care and follow up.

Decreased rates of recurrent strokes also influence the planning and conduct of future studies on stroke prevention: reduced event rates lead to a need of larger trial sample sizes to achieve adequate statistical power, and increased costs for development and study of new therapies.

Similarly there is emerging evidence of a declining stroke risk in medically treated patients with asymptomatic carotid stenosis, implying that the standards in the control arm of older studies on carotid surgery may have changed during later years [5].

Long term adherence to preventive therapies

Whereas much focus have been directed to start of evidence based medical therapies for stroke during the hospital course, with proportion of patients discharged on appropriate therapies being used as a quality control measure, several recent studies have identified the problem of long term compliance and adherence to therapies in the long term. In a study based on data from the American Heart Association Get With The Guidelines – Stroke program [6] one-quarter of stroke patients reported discontinuing 1 or more of their prescribed regimen of secondary prevention medications within 3 months of hospitalization. In a Swedish study based on data from Riks-Stroke, the national quality register, and pharmacy register data, only between 74% and 45% of the patients discharged with a specific preventive drug were still regularly using the drug 2 years after stroke [7]. Not only patient characteristics but also aspects of stroke services were associated with persistence rates; this included stroke unit care, institutional living at follow-up, and support by next-of-kin

Résumés des conférences

Judi 24 novembre 2011 - 14h20 : 15h30

Actualités neurovasculaires 2010 – 2011 Phase aiguë

Marc HOMMEL (Grenoble)

Les traitements établis de la phase aiguë de l'AVC et appliqués en routine sont la recanalisation par thrombolyse par voie intraveineuse et l'admission dans une unité neurovasculaire. Ces traitements sont en cours d'implémentation sur le territoire. Les principales innovations de l'année 2011 ont porté sur :

La recanalisation

- Pour faire bénéficier un maximum de personnes de la thrombolyse IV, les recherches ont visé à mesurer le bénéfice et les risques à des populations qui ne sont pas traitées habituellement (personne âgée, démence, obésité, présence d'un cancer, prise d'anticoagulant, présence d'un infarctus récent silencieux récent...).
- Mais la thrombolyse IV garde un taux de recanalisation assez faible, en particulier lorsqu'existe une occlusion d'une grosse artère. La désobstruction mécanique offre des perspectives très motivantes.
- De nouvelles molécules qui ont des caractéristiques intéressantes sont en cours d'expérimentation.

Le monitoring en UNV

La surveillance et la modification de la pression artérielle à la phase aiguë des AVC (ischémiques et hémorragiques) sont des sujets de discussions de longue date. L'étude SCAST aborde cette question très quotidienne.

La plasticité

L'étude FLAME apporte un éclairage complémentaire à la modulation sérotoninergique de la plasticité cérébrale.

Conclusions

La diversité et le nombre des voies en cours d'exploration dans l'AVC promettent des progrès rapides qui auront un impact direct sur les soins dans les prochaines années.

Résumés des conférences

Jeudi 24 novembre 2011 - 17h00 : 18h00

Mise au point : HTA et Cerveau Epidémiologie des complications cérébrales de l'HTA

Carole DUFOUIL, Christophe TZOURIO, Geneviève CHÊNE (Bordeaux)

Au cours des 20 dernières années, la relation entre HTA et maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées a fait l'objet de nombreuses études dont les résultats sont controversés. Si des niveaux de pression artérielle mesurée à l'âge adulte semblent associés à un risque augmenté de démence, les résultats sont plus hétérogènes quand l'HTA est évaluée après 60 ans. De même, les essais d'intervention visant à normaliser les chiffres de pression artérielle sont peu conclusifs quant au rôle protecteur des traitements antihypertenseurs. En outre, il existe très peu d'arguments en faveur d'un effet protecteur plus spécifique de l'une ou l'autre des classes thérapeutiques des traitements antihypertenseurs.

L'étude des 3 Cités (3C) est une étude prospective portant sur 9294 sujets âgés de 65 ans et plus à l'inclusion (1999-2001). Depuis le début de l'étude, les participants ont eu des examens tous les 2 ans durant lesquels leurs performances cognitives et leurs chiffres de pression artérielle ont été évalués et les cas de démence clinique incidente et d'accident vasculaire cérébral (AVC) ont été dépistés. Un sous échantillon d'environ 2000 participants a bénéficié d'une IRM cérébrale à l'inclusion à partir de laquelle les anomalies vasculaires (hypersignaux de la substance blanche, infarctus silencieux) et neurodégénératives ont été quantifiées en utilisant des méthodes automatisées.

A partir des données de l'étude 3C, nous présenterons les principaux résultats des associations entre âge, HTA, modifications cérébrales à l'IRM et démence ou AVC.

En conclusion, à partir des résultats les plus récents de la littérature et des données de l'étude 3C, nous discuterons des profils des études à conduire dans le futur pour mieux évaluer l'impact de la prise en charge de l'HTA pour la prévention de la démence.

Résumés des conférences

Jeudi 24 novembre 2011 - 17h00 : 18h00

Mise au point : HTA et Cerveau
HTA après l'AVC : conduite pratique du traitement

Bernard CHAMONTIN (Toulouse)

Résumés des conférences

Jeudi 24 novembre 2011 - 17h00 : 18h00

Mise au point : HTA et Cerveau Déremboursement de l'hypertension artérielle sévère : quelles conséquences ?

Jacques BLACHER (Paris)

Le décret publié au Journal Officiel daté du 26 juin 2011 supprime de la liste des affections de longue durée (ALD), l'hypertension artérielle sévère, seule ALD à constituer un facteur de risque et non une pathologie avérée.

Nos décideurs de santé publique ont donc la rude mission de réduire les remboursements en tentant de minimiser l'impact sur l'état de santé de la population. A ce titre, la décision de «délister» l'HTA sévère leur est apparue comme une bonne décision. Est-ce le cas ?

1- La justification avancée dans le décret, à savoir que c'est la seule affection de longue durée constituant un facteur de risque et non une pathologie avérée, semble plus tenir du prétexte que de la justification scientifique. Il suffit de soigner quelques hypertendus sévères pour avoir la certitude que ces malades sont des malades et non pas des gens en bonne santé porteurs d'un « simple » facteur de risque.

2- Ne discutons pas le besoin de réduire nos dépenses de santé, surtout si certains remboursements apparaissent illégitimes. Mais une démarche un temps soit peu scientifique nécessiterait de pouvoir évaluer, non pas seulement le gain financier à court terme de la suppression de l' HTA sévère de la liste des ALD, mais aussi de juger de son impact. Nous nous attendrions à une réelle évaluation médico-économique, à la fois sur le court, moyen et sur le long terme.

3- La mesure de l'impact de cette décision nécessite certes de connaître le nombre de patients porteurs d'une HTA sévère actuellement en ALD ; de connaître surtout le nombre de ces personnes qui ne pourraient pas prétendre à une autre ALD s'ils devaient ne plus émarger au titre de l'ALD HTA sévère ; enfin de connaître la proportion de ces patients porteurs d'une mutuelle. Il ne semble pas que cette décision se soit basée sur l'analyse de ces chiffres

4- Il semble y avoir aussi un problème d'équité et de justice sociale ; ceux qui actuellement émargent à l'ALD au titre de l'HTA sévère continueront à pouvoir y émarger. Par contre, pour une pathologie identique, les nouveaux patients ne pourront plus y émarger. On comprend bien que cette mesure a pour but d'éviter une perte brutale de situation, peut être aussi d'éviter les mécontentements mais ces disparités ne seront-ils pas perçus comme une réelle injustice ?

5- Si l'on doit juger les différents impacts de ce type de mesure, il ne faut pas oublier qu'obligatoirement, les mutuelles seront plus fortement sollicitées et donc que les polices d'assurance augmenteront et donc que certains patients auront du mal à joindre les deux bouts ; cette mesure va donc toucher les hypertendus sévères mais pas seulement les hypertendus sévères.

Résumés des conférences

Vendredi 25 novembre 2011 - 10h30 : 11h30

Mise au point : prise en charge aiguë des AVC graves Hypothermie induite et AVC

Charlotte CORDONNIER (Lille)

Parallèlement aux stratégies de reperfusion, nos efforts pour identifier un agent neuroprotecteur efficace chez l'homme reste un enjeu majeur de la prise en charge de l'infarctus cérébral en phase aiguë. L'hypothermie induite est un traitement neuroprotecteur dont l'efficacité a été démontrée dans la prise en charge des lésions anoxiques après un arrêt cardiaque ainsi que dans l'anoxie périnatale. En ce qui concerne l'ischémie cérébrale, l'hypothermie est probablement l'agent neuroprotecteur le plus efficace dans les modèles animaux. Chez l'homme en phase aiguë d'un infarctus cérébral, l'une des difficultés majeures est que l'hypothermie doit être proposée à un patient non sédaté, non ventilé. Dès lors de nombreuses incertitudes demeurent quant à la faisabilité, les modalités de refroidissement (endovasculaire ou externe), les moyens de lutte contre le frisson, etc...

Les données soutenant cette stratégie translationnelle partant des modèles animaux à la problématique clinique qui sera testée dès 2012 dans l'étude européenne EUROHYP-1, seront discutées.

Résumés des conférences

Vendredi 25 novembre 2011 - 10h30 : 11h30

Mise au point : prise en charge aiguë des AVC graves Place du réanimateur à la phase aiguë de l'AVC

Pierre-Edouard BOLLAERT (Nancy)

Hier objet de désignation thérapeutique, l'accident vasculaire cérébral (AVC) est aujourd'hui une réelle urgence autant qu'un enjeu important de santé publique. A l'image plus ancienne de la prise en charge des syndromes coronaires aigus, cette prise en charge s'est essentiellement construite grâce à la nécessaire collaboration entre urgentistes, médecins des SAMU et SMUR et neurologues vasculaires. Le bénéfice démontré de l'accueil de ces patients en unité neuro-vasculaire souligne l'importance des soins aigus délivrés au malade.

Le bien-fondé de la prise en charge de l'AVC en réanimation est encore discuté. Il est bien établi que le pronostic d'ensemble des AVC nécessitant une admission en réanimation, bien souvent pour entreprendre une ventilation artificielle, est dans l'ensemble assez sombre. Cela ne justifie cependant ni une abstention systématique ni la poursuite de traitements déraisonnables. Des recommandations récentes (Bollaert et al, Réanimation, 2010, 19, 471-478) veulent être une aide à la prise de décision, autant pour le réanimateur que le neurologue ou le médecin urgentiste, dans l'urgence des premières heures aussi bien que lorsque l'ensemble des éléments utiles est réuni. Elles sont une manière de nous rappeler que les conséquences des AVC sont très variables, que le pronostic individuel est souvent incertain et surtout que la perspective d'une qualité de vie altérée est bien moins souvent « pire que la mort » pour ceux qui l'éprouvent que pour les bien portants.

L'AVC est aussi aujourd'hui en France la première cause de passage en état de mort encéphalique. Cette éventualité généralement prévisible concerne les formes graves d'AVC, souvent considérées à juste titre comme au delà de toute ressource thérapeutique. Si une prise en charge en réanimation de tels patients relève dans bien des cas de l'obstination déraisonnable pour ce qui concerne l'intérêt du patient, celle-ci peut s'avérer utile pour autrui. Ces recommandations se sont donc aussi attachées sinon à résoudre, au moins à proposer quelques réponses à ce dilemme éthique.

Résumés des conférences

Vendredi 25 novembre 2011 - 10h30 : 11h30

Mise au point : prise en charge aiguë des AVC graves Limitations et arrêt de traitements à la phase aiguë de l'AVC

Sophie CROZIER (Paris)

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est une pathologie grave ; 20% des patients décèdent au cours du premier mois et un quart garde des séquelles neurologiques invalidantes. Dans les situations les plus sévères où le pronostic paraît particulièrement défavorable, certains traitements sont considérés comme « futiles », c'est-à-dire sans grand bénéfice pour le patient. Dans ce contexte de réflexion sur la proportionnalité des soins, les décisions de limitations et/ou d'arrêt de traitements (LAT) méritent d'être discutées car elles sont complexes et comportent des enjeux éthiques importants. En France, elles sont guidées par la loi du 22 avril 2005, dite Leonetti qui précise leurs conditions et modalités d'application.

Les LAT peuvent être précoces (abstention ou arrêt de réanimation) ou plus tardives (arrêt de certains traitements et/ou de la nutrition et de l'hydratation artificielles) selon l'évolution du patient. Bien que probablement fréquentes du fait de la prévalence et de la gravité des AVC, elles sont peu abordées dans la littérature. Les principales données concernent les consignes de non réanimation, qui seraient prises chez près d'un tiers des patients à la phase aiguë d'un AVC. Les critères sur lesquels reposent ces décisions restent peu connus, mais le pronostic neurologique est l'argument le plus souvent avancé dans les études. L'évolution vers un handicap qui pourrait être « catastrophique » ou « inacceptable », pourrait ainsi justifier l'arrêt de certains traitements qui ne feraient que prolonger la vie sans espoir de l'améliorer.

Les décisions de LAT à la phase aiguë des AVC sont complexes car elles s'appuient sur une prédiction de handicap et de qualité de vie par essence incertaine. Cette incertitude pronostique suscite de nombreuses questions éthiques, notamment celle de la place du savoir médical et de son utilisation dans un tel contexte, mais aussi celle de la définition du handicap inacceptable et de la notion difficile de valeur de la vie.

Résumés des conférences

Vendredi 25 novembre 2011 - 15h00 : 16h00

Mise au point : céphalées et anévrysmes Risque vasculaire des céphalées en coup de tonnerre

Anne DUCROS (Paris)

La céphalée en coup de tonnerre (CCT) est une céphalée sévère dont l'intensité maximale est atteinte en moins d'une minute. Elle doit toujours être considérée comme symptomatique car 50% au moins révèlent une affection sous-jacente. Toutes ces affections peuvent s'accompagner d'un examen clinique normal. La première cause à rechercher est l'hémorragie sous-arachnoidienne par un scanner cérébral, suivi d'une ponction lombaire si le scanner est normal. L'artériographie conventionnelle est l'examen de choix pour identifier un anévrysme (85% des cas). Les autres hémorragies intracrâniennes rendent compte de 5-10% des CCT. Leur diagnostic est facile au scanner. De nombreuses autres affections peuvent causer une CCT, principalement vasculaires (infarctus, dissections, thromboses veineuses, artérite temporale, nécroses pituitaires, syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible) mais aussi non vasculaires (sinusite, hypertension intracrânienne aiguë, méningite, hypotension intracrânienne). L'examen clinique, le scanner et la PL peuvent être strictement normaux dans plusieurs de ces causes. Les investigations doivent donc se poursuivre par une exploration artérielle (cervicale et cérébrale) et veineuse. L'existence de CCT dues à un anévrysme non rompu demeure débattue. Les céphalées « sentinelles » sont probablement dues à des micro-saignements non détectables au scanner ou à la PL. La pratique systématique d'une ARM ou d'un angioscanner devant toute CCT permet de détecter la plupart des anévrysmes non rompus d'un diamètre supérieur à 2-3 mm et de confier le patient aux équipes spécialisées. En 2004, la deuxième classification internationale des céphalées avait retenu l'existence d'une « CCT primaire ». Il apparaît maintenant que la CCT primaire n'existe pas et que ces patients ont en fait des formes céphalalgiques pures de syndrome de vasoconstriction. En pratique, il faut explorer méticuleusement toutes les CCT uniques ou multiples à la recherche des différentes causes possibles.

Résumés des conférences

Vendredi 25 novembre 2011 - 15h00 : 16h00

Mise au point : céphalées et anévrismes Nouvelles stratégies de traitement des anévrismes intracrâniens

Laurent PIEROT (Reims)

Depuis les résultats des études ISAT1 et ATENA2, le traitement endovasculaire a pris une place prépondérante dans le traitement des anévrismes intracrâniens rompus et non rompus.

Le traitement de référence est la mise en place de coïls au sein de la poche anévrismale permettant de stopper la circulation sanguine en son sein et donc de supprimer le risque de rupture ou de re-rupture. Ce traitement se heurte cependant à certaines limites. Il est difficile à mettre en œuvre dans certains types d'anévrismes comme les anévrismes à collet large ou fusiformes. Une autre limite est celle de la recanalisation (c'est-à-dire la réouverture de la poche anévrismale) qui est rencontrée dans environ 20% des cas.

Compte tenu de cela, le traitement endovasculaire a subi plusieurs évolutions récentes. Dans un premier temps, la technique de remodelling a été proposée pour le traitement des anévrismes à collet large.³ Les coïls sont mis en place au sein de la poche anévrismale sous couvert d'un microballonnet gonflé de façon temporaire dans le vaisseau porteur et retiré en fin de procédure. Dans une étape ultérieure, la mise en place d'un stent dans le vaisseau porteur, en regard du collet de l'anévrisme a été associée au dépôt de coïls dans la poche anévrismale dans le traitement des anévrismes à collet large et pour prévenir la recanalisation. L'évolution la plus récente est l'arrivée de stents à mailles très serrées, appelés Flow Diverters, utilisés avec ou sans mise en place de coïls dans la poche anévrismale, et dont l'objectif est de supprimer le flux au sein de la poche anévrismale.⁴ Ces différentes techniques sont présentées ainsi que leurs indications actuelles.

Références

1. Molyneux A, Kerr R, Stratton I, Sandercock P, Clarke M, Shrimpton J, et al, International Subarachnoid Aneurysm Trial (ISAT) Collaborative Group. International Subarachnoid Aneurysm Trial (ISAT) of neurosurgical clipping versus endovascular coiling in 2143 patients with ruptured intracranial aneurysms: a randomised trial. Lancet 2002;360:1262-1263.
2. Pierot L, Spelle L, Vitry F, for the ATENA investigators. Clinical outcome of patients harbouring unruptured intracranial aneurysms treated by endovascular approach: results of the ATENA trial. Stroke 2008; 39: 2497-2504.
3. Pierot L, Cognard C, Anxionnat R, Ricolfi F. The remodelling technique for endovascular treatment of ruptured intracranial aneurysms had a higher rate of adequate occlusion than did conventional coil embolization with comparable safety. Radiology 2011;258:546-553.
4. Pierot L. Flow diverters stents in the treatment of intracranial aneurysms: Where are we? J. Neuroradiol 2011;38 :40-46.

Résumés des conférences

Vendredi 25 novembre 2011 - 15h00 : 16h00

Mise au point : céphalées et anévrismes Suivi à moyen et à long terme des anévrismes rompus traités

Klaus MOURIER (Dijon)

Introduction : le nombre de patients porteurs d'un anévrisme rompu ayant été traité par chirurgie ou par voie endovasculaire devient considérable puisque chaque centre prend en charge entre 50 et 100 nouveaux patients chaque année. Après traitement, un suivi radiologique est nécessaire : contrôle de l'anévrisme traité, de la stabilité du résultat, surveillance d'éventuels anévrismes associés, et de l'apparition d'anévrismes de novo. Or les modalités pratiques de ce suivi ne sont pas codifiées. C'est ce qu'a voulu faire le club de neurovasculaire, de la Société Française de Neurochirurgie (SFNC).

Méthodes : dans un premier temps une enquête a été réalisée auprès des centres prenant en charge cette pathologie, sur leurs modalités et habitudes de suivi des anévrismes, ainsi que pour obtenir des données approximatives sur le résultat de ce suivi. Une revue de la littérature a ensuite été réalisée. Enfin, l'ensemble a été revu au cours d'une table ronde et d'un atelier interactif et pluridisciplinaire de la SFNC, ayant pour but de proposer un programme de surveillance des anévrismes traités.

Résultats : 12 centres ont répondu à l'enquête. Dans la littérature, aucune publication traitant spécifiquement des modalités du suivi des anévrismes n'a été retrouvée. Par contre on retrouve de nombreuses études sur le résultat du suivi des anévrismes traités, d'où il est possible de déduire les modalités de ce suivi. Seule l'étude ISAT est prospective, toutes les autres étant rétrospectives. Plus le recul augmente, plus la proportion de recanalisations, de récurrences et de néo anévrismes augmente.

Pour les anévrismes opérés, il ressort qu'ils sont insuffisamment contrôlés, que le nombre de résultats incomplets est sous-estimé, mais que lorsqu'ils sont contrôlés, le résultat est stable au moins 3 à 5 ans.

Les anévrismes embolisés bénéficient tous d'un contrôle final précoce, puis d'un suivi à 6 mois, 1 an, puis annuel jusqu'à 3 à 5 ans. Le résultat initial s'avère fréquemment instable pendant 18 à 36 mois, et se stabilise ensuite entre 3 et 5 ans.

Enfin, il ressort de l'étude ISAT qu'un patient présentant un anévrisme rompu traité conserve un risque de nouvelle hémorragie 20 fois supérieur à celui de la population générale.

Discussion : aucune étude comportant un haut niveau de preuve n'est disponible. Il semble cependant que le suivi d'un patient porteur d'un anévrisme rompu traité comporte 2 phases. La première, jusqu'à 5 ans environ, consiste à surveiller la stabilité du résultat obtenu sur l'anévrisme traité ; le suivi d'un anévrisme embolisé est plus contraignant que celui d'un anévrisme opéré.

Résumés des conférences

Vendredi 25 novembre 2011 - 15h00 : 16h00

La seconde phase, à partir de 5 ans, est celle de la surveillance de la « maladie » artérielle associée à l'anévrisme rompu ; il semble s'avérer que cette pathologie soit multifactorielle et évolutive. Il apparaît progressivement une tendance pour un contrôle tous les 10 ans, et ce tant que la balance bénéfices/risques est en faveur d'un traitement invasif éventuel.

Conclusions : pour les anévrismes opérés, artériographie de contrôle post opératoire précoce, puis nouveau contrôle à 3 ou 5 ans, puis tous les 10 ans. Pour les anévrismes embolisés, angioMR à 6 mois, artériographie à 1 an, angioMR à 2ans, et 3ans ; artériographie à 5 ans puis tous les 10 ans. Cette attitude est à moduler en cas de terrain pathologique à risque (polykystose rénale, formes multiples et familiales, dysplasies artérielles...), ou en cas d'anévrisme ayant posé des problèmes techniques particuliers lors de son traitement.

Résumés des ateliers

Vendredi 25 novembre 2011 - 16h30 : 18h00

Atelier 1 : Lorsque la thrombolyse est difficile Peut-on traiter une HTA supérieure à 185/110 mm Hg puis débiter une fibrinolyse intraveineuse ?

Laurent DEREIX (Lyon)

L'impact des valeurs de la pression artérielle (PA) sur le pronostic des patients victimes d'infarctus cérébral traités par thrombolyse intraveineuse demeure controversé. Selon les recommandations actuelles de l'European Stroke Organization (ESO) ou de l'American Heart Association (AHA), les patients présentant avant traitement des valeurs de PA systolique >185 mm Hg ou de PA diastolique >110 mm Hg ne devraient pas recevoir un traitement intraveineux par l'activateur tissulaire du plasminogène (tPA). Ces recommandations reposent sur les résultats d'études pilotes ayant montré une association entre l'élévation des valeurs de PA et le risque d'hémorragie intracérébrale (HIC) symptomatique, avec dégradation de l'état neurologique. La prise en compte de ce critère d'exclusion du seul traitement d'urgence actuellement validé en cas d'infarctus cérébral n'est pas sans conséquence car environ 70% des patients victimes d'infarctus cérébral présentent une élévation plus ou moins importante des valeurs de PA en phase aiguë. Des études récentes réalisées dans des centres d'expertise neuro-vasculaire ont montré que plus de 10% des patients traités par thrombolyse intraveineuse pour un infarctus cérébral le sont alors que les valeurs pré-thérapeutiques de PA dépassaient 185 mm Hg pour la PA systolique ou 110 mm Hg pour la PA diastolique. Les résultats d'études randomisées manquent dans ce domaine. Les données actuellement publiées, parfois divergentes, concernant le risque d'HIC lié à la thrombolyse par le tPA intraveineux chez les patients victimes d'infarctus cérébral présentant une élévation des valeurs de PA au-delà des seuils actuellement admis seront présentées et discutées.

Résumés des ateliers

Vendredi 25 novembre 2011 - 16h30 : 18h00

Atelier 1 : Lorsque la thrombolyse est difficile Peut-on effectuer une fibrinolyse chez un patient ayant un accident d'horaire inconnu et une IRM FLAIR normale ?

François ROUANET (Bordeaux)

L'heure de survenue d'un AVC est un des principaux critères qui conditionne la réalisation d'une fibrinolyse. On estime que pour plus d'un quart des AVC, l'heure de survenue est inconnue soit par absence de témoin chez l'aphasique soit parce que l'AVC est survenu pendant le sommeil. Il est alors habituel de considérer que l'heure de début est l'heure à laquelle le patient était indemne de signes d'AVC pour la dernière fois. Les patients peuvent cependant avoir présenté les premiers symptômes peu de temps avant leur réveil (ou avant d'avoir été découverts) ou bien encore, certains patients peuvent malgré un délai prolongé avoir du parenchyme cérébral « récupérable ».

Quelques séries ont montré que la fibrinolyse pouvait malgré tout être utile à certains de ces patients. En l'absence de d'étude contrôlée, ces fibrinolyse sont à ce jour réalisées hors AMM.

L'imagerie cérébrale, et l'outil IRM en particulier, trouve tout son intérêt dans la sélection des patients à traiter et pourrait permettre dans certains cas de s'affranchir du critère temporel.

Les travaux de Thomalla et al. montrent que les patients avec un infarctus récent sur les séquences de diffusion mais absent en FLAIR, sont dans une fenêtre de temps compatible avec un fibrinolyse efficace et sûre.

Il est temps d'envisager des études contrôlées de thrombolyse chez des patients dont l'heure de survenue de l'AVC est inconnue et sélectionnés sur une non concordance diffusion-FLAIR.

Référence :

Thomalla G, Cheng b, Ebinger M et al. DWI-FLAIR mismatch for the identification of patients with acute ischaemic stroke within 4.5h of symptoms onset (PRE-FLAIR) : a multicenter observational study. Lancet Neurology. Published online October 5, 2011. DOI :10.1016/S1474-4422(11)70192-2

Résumés des ateliers

Vendredi 25 novembre 2011 - 16h30 : 18h00

Atelier 1 : Lorsque la thrombolyse est difficile Dans quels cas débiter une fibrinolyse chez un patient ayant un déficit "mineur" ?

Valérie WOLFF (Strasbourg)

Le caractère régressif ou mineur des symptômes neurologiques à la phase aiguë d'un infarctus cérébral (IC) est considéré comme un critère d'exclusion à la thrombolyse sous prétexte que l'évolution pourrait être spontanément favorable. Or certains auteurs décrivent que dans ces situations, des patients ont développé une aggravation secondaire ou gardent un déficit constitué à distance en l'absence de thrombolyse. D'autres rapportent qu'un score NHISS élevé ou la présence d'une occlusion artérielle proximale sont associés à un pronostic péjoratif lors d'un infarctus modéré ou régressif. Nous avons aussi constaté dans notre pratique le caractère faussement rassurant d'un déficit neurologique transitoire avec un risque d'évolution ultérieure défavorable. Le sujet de cet atelier est d'évaluer à travers des cas cliniques quels sont les critères décisionnels à la thrombolyse devant un déficit modéré ou mineur ou en voie de régression, avec en particulier le rôle majeur de l'imagerie par IRM avec ARM objectivant la mise en jeu de la circulation collatérale.

Résumés des ateliers

Vendredi 25 novembre 2011 - 16h30 : 18h00

Atelier 2 : comment améliorer le fonctionnement de l'UNV ? Comment réduire le délai intra-hospitalier de la thrombolyse ?

Marie GIROT (Lille)

Seules les recommandations américaines préconisent clairement le monitoring du délai intra-hospitalier entre l'admission et l'injection du fibrinolytique (the door-to-needle time, DTNT) et précisent que sa valeur doit être inférieure à 60 minutes. L'intégration de la gestion des délais dans l'évaluation de la qualité de soins est donc une donnée récente.

Dans le registre américain des thrombolyse (1), seuls 27% des patients ont un DTNT < 60 minutes ; ce pourcentage n'a que peu augmenté depuis 2003. De plus, les patients admis moins d'une heure après le début des signes ont significativement des DTNT plus longs.

Existe-t-il un lien direct entre DTNT et pronostic alors que l'on sait que l'effet du rt-PA est délai-dépendante ? Dans le registre américain (25 000 thrombolyse), à sévérité clinique identique, une réduction de la mortalité et des hémorragies cérébrales symptomatiques a été observée chez ceux dont le DTNT était < 60 minutes ; toute réduction de 15 minutes du DTNT était associée à une diminution de 5% de la mortalité intra-hospitalière (1).

Comment réduire le DTNT ? La mise en place de protocoles Urgences-Radiologie-UNV permet d'activer plus rapidement la filière. Certaines équipes (2,3) proposent un accès direct à l'imagerie et/ou mettent en place une équipe mobile ce qui leur permet d'avoir des médianes de DTNT de 50 minutes voire de 26 minutes. L'anticipation de l'arrivée du patient grâce au centre 15 est donc décisive pour activer la filière. Cependant, la protocolisation doit aussi concerner les patients non régulés qui doivent être rapidement identifiés dans des services d'urgences « engorgés » en formant l'ensemble du personnel médical et paramédical à l'urgence neurovasculaire.

Cette question est encore plus d'actualité dans la mesure où l'évaluation des patients neurovasculaires va se faire de plus en plus sur IRM, imagerie plus performante mais plus consommatrice de temps et que d'autre part, les perspectives apportées par l'approche endovasculaire suppose des organisations internes efficaces pour obtenir une recanalisation précoce, facteur pronostique majeur pour le patient thrombolysé (4).

Références

1. Fonarow et al. Circulation. 2011 Feb ;123 (7):750-8
2. Strbian et al. Stroke. 2010 Apr;41(4):712-6.
3. Roos et al, ESC May, 2011
4. Mazighi et al. Curr Opin Neurol. 2010 Feb;23(1):31-5.

Résumés des ateliers

Vendredi 25 novembre 2011 - 16h30 : 18h00

Atelier 2 : comment améliorer le fonctionnement de l'UNV ? La T2A peut-elle être une aide ?

Isabelle GIRARD-BUTTAZ (Valenciennes)

Le système de valorisation des activités hospitalières par la T2A à **100%** existe depuis le premier Janvier 2008. Il s'agit là d'une réalité désormais incontournable, qui a modifié radicalement le développement d'activité.

Le budget global qui avait cours auparavant ne permettait en effet pas la promotion d'activité, puisque l'enveloppe financière étant fermée, une activité supplémentaire ou exponentielle, se trouvait en concurrence directe, pour son financement, avec les activités déjà existantes, ce qui limitait d'autant l'évolution de la prise en charge hospitalière.

Pour autant, aujourd'hui, le développement et la pérennité de nos activités médicales ne peut s'envisager qu'au sein d'un équilibre financier global, pour l'institution qui porte l'activité et pour l'activité spécifique. Peu de spécialités en effet sont déficitaires par essence car mal « valorisées », le postulat est donc qu'une activité bien organisée se doit d'être à l'équilibre financier.

La T2A à 100% ne peut être comprise comme un outil de gestion que lorsque l'organisation de l'institution permet la mise en place d'une comptabilité analytique pertinente, avec une réelle lisibilité quant aux dépenses, de quelque nature que ce soit.

La modulation des recettes sur le compte de résultat (recettes qui dépendent essentiellement de la T2A 100%) se fait par le volume d'activité, la DMS, les taux d'occupation et la typologie des patients. Elle modifie profondément la philosophie de la prise en charge hospitalière, déjà elle-même fort modifiée par la loi HPST.

Les dépenses quant à elles doivent être analysées à la fois en volume mais également en qualité.

La lecture de nos activités ne doit pas être strictement comptable mais s'appuyer également sur des indicateurs qualité qui permettent de ne pas dégrader la prise en charge du patient.

Il est indispensable aujourd'hui que les praticiens hospitaliers aient une connaissance des tenants et aboutissants de la gestion hospitalière, ne serait-ce que pour continuer à promouvoir leurs activités spécifiques.

L'atelier se propose d'illustrer par des exemples concrets ces différents éléments.

Résumés des ateliers

Vendredi 25 novembre 2011 - 16h30 : 18h00

Atelier 2 : comment améliorer le fonctionnement de l'UNV ? Comment optimiser le circuit du patient âgé ou très âgé ?

Jean-Baptiste ANCELLIN (Lens)

Le soin de suite lourd :

Une option pour optimiser le circuit du sujet âgé ou très âgé

Le projet de création de Soins de Suite Lourd correspondait à un besoin fort du CH LENS.

Il fallait trouver une structure pour accueillir les patients dont le bilan a été réalisé, mais qui restent précaires, avec une prise en charge lourde et à risque de décompensations fréquentes.

Après trois ans de fonctionnement, il s'avère qu'une proportion importante de patients provenant de neurologie (AVC particulièrement) ont trouvé leur place dans notre structure. Cela a permis une amélioration de fonctionnement de services de MCO, de proposer une prise en charge adaptée pour ses types de patient qui ne rentrait, avant dans nos unités, qu'au compte-goutte .

Mais cela nous a aussi confrontés à des difficultés telles que les retransferts difficiles des patients en phase aiguë, la fin de vie ainsi que des problèmes d'éthique.

Communication orales médicales

Jeudi 24 novembre 2011 - 10h00 : 10h10

Dissections vertébrales extracrâniennes de l'enfant : à propos de 17 cas

H. SIMONNET (1) - Y. MIKAELOFF (1) - K. DEIVA (1) - S. CABASSON (1) - B. HUSSON (2) - D. DUCREUX (3) - G. SALIOU (3)
(1) Service de Neuropédiatrie CHU Bicêtre (2) Service de Radiologie Pédiatrique CHU Bicêtre (3) Service de Neuroradiologie CHU Bicêtre

INTRODUCTION

Les dissections vertébrales pédiatriques sont à évoquer dans un contexte de traumatisme crânio-cervical, chez un garçon, avec un syndrome cérébelleux, des troubles visuels ou une hémiparésie brutale de façon récidivante ou non, avec à l'imagerie des lésions ischémiques de territoire vertébrobasilaire.

L'objectif est d'analyser l'évolution clinique et radiologique, ainsi que le traitement de ces dissections dans une population pédiatrique.

MÉTHODES OU OBSERVATIONS

Etude rétrospective sur 14 ans chez 17 patients présentant une dissection vertébrale extracrânienne. L'âge moyen d'apparition des premiers symptômes était de 7 ans 9 mois (min : 2 ans 7 mois ; max : 15 ans 10 mois). L'ensemble des imageries de suivi a été revu. Tous ont eu un contrôle par IRM ou angioscanner à moins de six mois de l'épisode. L'évaluation clinique à distance (scolarisation et handicap) à été fait par analyse des dossiers cliniques et contact téléphonique des parents, en évaluant le score de Rankin modifié.

DISCUSSION

La dissection se localise à la jonction V2-V3 chez 12 patients (70%), toutes sont unilatérales. La cicatrisation était dans 47% des cas sous forme d'occlusion avec reprises collatérales, sténose dans 13% des cas et par restitution ad integrum dans 30% des cas. Certains mode de cicatrifications sont visibles sur l'imagerie de contrôle dès 3 mois. Un patient a récidivé sous antiagrégants plaquettaires, un patient a récidivé sous AVK, un dernier sous HBPM. La plupart des patients ne présentent pas de handicap à distance (score de Rankin 0-1 pour 93% des patients).

CONCLUSION

Le mode de cicatrisation des dissections vertébrales extracrâniennes de l'enfant semble être majoritairement sur le mode occlusion-sténose avec reprises collatérales, et est visible précocement sur une IRM de contrôle à M3. Sans récurrence, il ne semble pas nécessaire de contrôler l'imagerie à plus d'un an, si celle-ci reste stable. Il n'y a pas de supériorité évidente dans cette série entre les antiagrégants plaquettaires et les anticoagulants.

Communication orales médicales

Jeudi 24 novembre 2011 - 10h10 : 10h20

Caractéristiques cliniques des patients ayant un accident vasculaire cérébral associé à un cancer

Kei MURAO (1) - Souhei YOSHIMURA (2) - Yasaka MASAHIRO (1) - Mori MAYUMI (3) - Matsushita TOMONAGA (1) - Ishikawa EIICHI - Okada YASUSHI

(1) Service de médecine cérébro-vasculaire et institut de recherche clinique, hôpital national Kyushu, Fukuoka Japon

(2) Service de médecine cérébro-vasculaire, hôpital croix rouge Fukuoka, Fukuoka Japon

(3) Service de rééducation, hôpital Shinyoshizuka, Fukuoka Japon

INTRODUCTION

Les patients ayant un cancer présentent parfois des accidents vasculaires cérébraux (AVC) dont les mécanismes sont divers. Notre objectif est de déterminer les caractéristiques cliniques des patients ayant un AVC et un cancer.

METHODES OU OBSERVATIONS

Nous avons étudié de façon rétrospective les dossiers de 1346 patients (63% de mâles, âge moyen 70 ± 12 ans) admis pour un AVC en phase aiguë dans le département de médecine cérébro-vasculaire du centre médical de Kyushu (Japon) entre 2007 et 2009. Nous avons colligé les données suivantes : âge, sexe, sous type d'AVC, type de cancer et degré d'évolution, facteurs de risque vasculaires, biologie, échelle du NIHSS à l'admission et devenir à la sortie par l'échelle de Barthel (BI) et de Rankin modifié (mRS).

DISCUSSION

Les ischémies cérébrales représentaient 78% des cas. Cent et quatre patients avaient un cancer (7.7%), et 1242 n'en n'avaient pas. Le diagnostic de cancer était connu chez 93 patients (6.9%) et découvert après l'AVC chez 11 (0.8%). Les patients du groupe cancer étaient plus âgés (74 ± 9 vs. 70 ± 12 ans, $p < 0.01$) et avaient un taux plus élevé de D Dimer (4.1 ± 6.0 vs. 1.8 ± 3.8 mg/dl, $p < 0.01$) et le complexe thrombine antithrombine (15 ± 8 vs. 13 ± 43 mg/dl, $p < 0.04$), un score NIHSS plus élevé (4 vs. 3 $p < 0.04$) et un index de Barthel à la sortie plus bas (90 vs. 100 $p < 0.04$). Les infarctus multiples dans des territoires artériels différents et des accidents cryptogéniques étaient aussi plus fréquents dans le groupe cancer (27% vs 2%, $p < 0.01$), et le taux d'hémoglobine plus bas (12.6 vs. 13.7, $p < 0.01$).

CONCLUSION

Les caractéristiques des AVC chez les patients porteurs de cancer sont un âge plus élevé, les infarctus multiples dans des territoires différents, la nature cryptogénique, et l'activation de la coagulation et de la fibrinolyse avec anémie.

Communication orales médicales

Jeudi 24 novembre 2011 - 10h20 : 10h30

Thrombose veineuse cérébrale et hémoglobinurie paroxystique nocturne : analyse de 10 cas à partir du registre national de la Société Française d'Hématologie

Elodie MEPIEL (1) - Isabelle CRASSARD (1) - Régis PEFFAULT DE LATOUR (2) - Gérard SOCIE (2) - Marie-Germaine BOUSSER (1)
(1) Service de Neurologie, Hôpital Lariboisière, 75010 Paris - (2) Service Hématologie Greffe, Hôpital Saint-Louis, 75010 Paris

INTRODUCTION

L'hémoglobinurie paroxystique nocturne (HPN) est une maladie rare associant anémie hémolytique, insuffisance médullaire et thrombose veineuse. Le système nerveux central est le deuxième site de thrombose après l'abdomen. Le but de l'étude est de décrire les particularités des thromboses veineuses cérébrales (TVC) dans l'HPN.

METHODES OU OBSERVATIONS

L'étude est rétrospective à partir du registre national de la Société Française d'Hématologie (SFH) ayant inclus 465 patients HPN de 1950 à 2005, dont 35 avaient présenté une complication neurologique. Seuls les patients ayant une TVC prouvée ont été inclus dans l'étude. D'autres patients ont été recrutés directement auprès de services cliniques. Actuellement 10 patients ayant eu une TVC entre 1990 et 2010 ont été inclus.

DISCUSSION

Huit patients sur 10 sont des femmes. Dans 3 cas la TVC était révélatrice de l'HPN. L'âge moyen de survenue était de 30 ans. Cinq patients avaient un facteur de risque thrombotique associé. Le mode d'installation était en majorité subaigu (7/10), avec céphalées (9/10), œdème papillaire (3/10), déficit focal (3/10) et/ou crises épileptiques partielles (4/10). L'imagerie diagnostique montrait une atteinte de plusieurs sinus ou veines dans 6 cas, une atteinte parenchymateuse dans 5 cas (4/5 hémorragique). Sous traitement par héparine ou danaparoïde, 2 patients ont présenté une aggravation initiale. Un traitement plus intensif de l'HPN a été institué pour la moitié des patients (eculizumab ou allogreffe de moelle). A un an, 9 patients étaient autonomes (mRS=0-1), 1 avait un faible handicap (mRS=2).

CONCLUSION

La TVC est finalement peu fréquente au cours de l'HPN (2-3% dans le registre SFH). Cette étude, première série rapportée, ne retrouve pas de particularité clinique ou pronostique de la TVC, hormis l'âge de survenue plus jeune. La TVC marque un tournant avec intensification thérapeutique de l'HPN. Pouvant être la première manifestation de l'HPN, il faut savoir évoquer ce diagnostic en particulier devant une TVC associée à une anémie/thrombopénie.

Communication orales médicales

Jeudi 24 novembre 2011 - 10h30 : 10h40

Accident vasculaire cérébral ischémique du sujet jeune et consommation de toxiques

Marianne BARBIEUX (1) - Françoise STANKE-LABESQUE (2) - Katia GARAMBOIS (1) - Olivier DETANTE (3)

(1) Unité Neuro-Vasculaire, Pôle de Psychiatrie et Neurologie, CHU de Grenoble, BP 217, 38043 Grenoble

(2) Laboratoire de Toxicologie et Pharmacologie, Pôle de Biologie médicale, CHU de Grenoble, BP 217, 38043 Grenoble - Faculté de médecine, Université Joseph Fourier Grenoble 1, Domaine de la Merc

(3) Unité Neuro-Vasculaire, Pôle de Psychiatrie et Neurologie, CHU de Grenoble, BP 217, 38043 Grenoble - Faculté de médecine, Université Joseph Fourier Grenoble 1, Domaine de la Merc, Avenue du

INTRODUCTION

Les Accidents Vasculaires Cérébraux Ischémiques (AI) restent un problème de santé publique, avec une incidence forte dans la population en âge de travailler. Environ un tiers des AI du sujet jeune, de moins de 55 ans, restent de cause indéterminée, malgré un bilan exhaustif, rendant la prévention secondaire inadaptée. La consommation de toxiques pourrait être responsable d'une partie non négligeable de ces AI.

METHODES OU OBSERVATIONS

L'objectif de notre étude épidémiologique de patients consécutifs avec analyse rétrospective chez les AI de moins de 55 ans était de déterminer la prévalence de la consommation de toxiques et les caractéristiques démographiques et cliniques des patients consommateurs. Nous avons inclus les 159 AI consécutifs de sujets jeunes hospitalisés dans la clinique de Neurologie du CHU de Grenoble sur 2 ans, ayant bénéficié d'un dépistage urinaire de toxiques (cannabis, cocaïne, amphétamine, opiacés) ou ayant consommé dans les 24 h précédant l'AI ou consommant régulièrement. Nous avons étudié les caractéristiques des AI et les caractéristiques démographiques des patients répartis en 3 classes d'âge ou selon le statut de consommation de toxiques.

DISCUSSION

Nous avons montré une prévalence de 13,8% de la consommation de toxiques chez les AI de moins de 55 ans, avec un lien inverse avec l'âge, statistiquement plus élevée chez les moins de 45 ans. Le premier toxique retrouvé est le cannabis (11,3%), le deuxième la cocaïne (5,9% des 18-35 ans), semblant sur-représentés par rapport à la population générale. La moitié des patients testés positifs aux opiacés prenait des traitements opiacés connus, mais aucun patient ne consommait d'amphétamine. L'interrogatoire sur la prise de toxiques manquait le plus souvent, en lien avec l'âge. Les consommateurs de toxiques étaient plus jeunes, tous tabagiques, sans différence pour les facteurs de risque habituels, le type ou le territoire des AI, le délai au dépistage urinaire ou le taux de thrombolyse.

CONCLUSION

Il semble important de réaliser systématiquement un interrogatoire sur la prise de toxiques chez les AI jusqu'à 55 ans et d'améliorer les délais de dépistage urinaire. Il pourrait être plus opportun de réserver ces dépistages aux AI de moins de 45 ans, sans recherche des opiacés. Cependant, le lien de causalité des différents toxiques dans la genèse d'AI reste à démontrer ainsi que les mécanismes impliqués.

Communication orales médicales

Jeudi 24 novembre 2011 - 10h40 : 10h50

Syndrome de Sneddon sans anticorps antiphospholipides : caractéristiques clinico-radiologiques et mécanismes physiopathologiques. A propos de 55 patients

Laure BOTTIN (1) - Camille FRANÇOIS (2) - Dominique DE ZUTTERE (3) - Pierre-Yves BOËLLE (4) - Jean-Paul MURESAN (1) - Sonia ALAMOWITCH (1)

(1) Service de Neurologie, Hôpital Tenon, 4 rue de la Chine, 75020 Paris

(2) Service de Dermato-Allergologie, Hôpital Tenon, 4 rue de la Chine, 75020 Paris

(3) Service d'Explorations Fonctionnelles, Institut Hospitalier Franco-Britannique, 4 rue Kléber, 92309 Levallois-Perret Cedex

(4) INSERM UMR S 707, Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie, site Saint-Antoine, 27 rue Chaligny, 75571 Paris Cedex 12

INTRODUCTION

Le syndrome de Sneddon (SS) associe un livedo ramifié (LR), non infiltré, généralisé et des infarctus cérébraux (IC). Le profil clinico-radiologique de l'atteinte neurologique, son pronostic, et la fréquence des atteintes cardiaques associées sont mal connus, en particulier en l'absence d'anticorps anti-phospholipides (aPL).

METHODES OU OBSERVATIONS

Notre objectif, outre l'aspect descriptif, était d'étudier les mécanismes physiopathologiques des IC et le pronostic d'une série de malades présentant un SS défini sans aPL. Il s'agit donc d'une étude monocentrique, rétrospective d'une cohorte de 55 patients (dont 83% de femmes) avec imagerie cérébrale avec un SS sans aPL, suivis de 1991 à 2011. Les imageries ont été systématiquement relues.

DISCUSSION

L'âge moyen de début du LR était de 32 ans et celui des AVC de 43 ans. Au total, 74 AVC ont été dénombrés, dont 76% d'IC, 15% d'AIT et 9% d'hémorragies. Une valvulopathie était présente chez 52% des 42 patients avec échographie cardiaque. Les imageries montraient 177 IC de trois types : territorial de grande taille (43%), distal cortico-sous cortical (14%), lacunaire (23%). Aucun lien significatif n'existait entre la valvulopathie et la survenue d'IC territoriaux. D'autres anomalies étaient fréquentes : une atrophie corticale et sous-corticale souvent sévère, une leucopathie souvent modérée. A l'issu d'un suivi moyen de 7,4 ans, 82% des patients avaient un Rankin < 3. Le taux de récurrence d'IC était de 12%, sans différence entre les groupes sous antiagrégant (1,6%) et anticoagulant (1,5%).

CONCLUSION

Le SS sans aPL dépasse le cadre de l'atteinte neuro-cutanée avec fréquemment une valvulopathie associée. Celle-ci n'influence pas le type d'IC, suggérant que les IC sont causés par une vasculopathie cérébrale des artères de moyen et petit calibre. Nos résultats montrent l'absence d'évolution vers un handicap lourd dans la majorité des cas, et un faible taux de récurrence sous antiagrégant.

Communication orales médicales - Bourse 2009

Jeudi 24 novembre 2011 - 10h50 : 11h00

Crises épileptiques tardives au sein d'une cohorte d'hémorragies cérébrales spontanées : incidence et facteurs prédictifs

Costanza ROSSI (1) - Veerle DE HERDT (1) - Nelly DEQUATRE-PONCHELLE (1) - Hilde HENON (1) - Didier LEYS (1) - Charlotte CORDONNIER (1)
(1) Univ Lille Nord de France, UDSL, CHU Lille, EA 1046, Département de Neurologie, F-59000 Lille, France

INTRODUCTION

Les AVC représentent la cause la plus fréquente des premières crises chez les plus de 60 ans. Les recommandations internationales concernant les crises post hémorragie cérébrale sont peu robustes en raison de la rareté des données de la littérature. Notre objectif était de déterminer l'incidence et les facteurs prédictifs de la survenue de crises épileptiques tardives au sein d'une cohorte d'hémorragies cérébrales spontanées (HC).

METHODES OU OBSERVATIONS

Cinq cent soixante deux patients ayant une HC ont été recensés prospectivement et consécutivement au CHU de Lille de 11/2004 à 03/2009. Les patients décédés avant le 7ème jour ($n=197$) et ayant un antécédent épileptique ont été exclus ($n=40$). Notre cohorte consistait en 325 patients [54% ($n=176$) d'hommes, âge médian 70 (IQR 58-79), 36% ($n=114$) d'HC lobaires]. Les crises tardives étaient définies comme survenant au-delà de 7 jours après l'HC. Les facteurs prédictifs de crises tardives ont été identifiés grâce à une analyse multivariée (modèles de Cox) avec un modèle reposant sur les caractéristiques cliniques et scannographiques à l'admission et un modèle incluant les données IRM (microbleeds, leucoaraiose, atrophie cérébrale), avec ajustement sur les facteurs de risque vasculaire.

DISCUSSION

Durant 778 patients-années de suivi [suivi médian 2.2 ans (IQR 1.0-4.3)], 31 patients ont développé au moins 1 crise tardive, soit une incidence de 3.98 nouveaux cas/100 patients-années. Le délai médian de survenue de la 1ère crise tardive était de 9 mois (IQR 3-23) ; 18 patients ont eu 1 crise tardive unique et 13 (42%) patients ont eu plus d'une crise tardive. En analyse multivariée modèle1, les facteurs prédictifs de crise tardive étaient l'extension corticale de l'HC (OR=3.4; IC95%1.5-7.5) et les antécédents de diabète (OR=2.7; IC95%1.1-6.5). En analyse multivariée modèle2, seuls les microbleeds lobaires étaient prédictifs de la survenue de crises tardives (OR 2.7 en présence d'au moins 1 lésion; IC95%1.2-6.5). Le nombre de microbleeds était un facteur prédictif de crises tardives.

CONCLUSION

Les crises tardives après une HC surviennent en général au-delà du 6ème mois imposant un suivi au long cours des patients. L'implication des microbleeds lobaires suggère un lien fort avec la vasculopathie sous-jacente : une probable angiopathie amyloïde cérébrale. L'influence de la survenue de ces crises, tout comme l'indication et la durée du traitement antiépileptique, chez les patients ayant eu un HC restent à déterminer.

Communication orales médicales

Jeudi 24 novembre 2011 - 11h20 : 11h30

Déterminants histologiques, biochimiques et échographiques des plaques carotidiennes symptomatiques et asymptomatiques

Fanny HERISSON (1) - Elisabeth AUFRAY CALVIER (2) - Marie-Françoise HEYMANN (3) - Franck TANCRET (4) - Benoit GUILLON (1)
Gilles LAMBERT (5) - Yann GOUFFRIC (6)

(1) Unité Neurovasculaire, Service de Neurologie, Hôpital Laennec, CHU de Nantes. 44093 NANTES Cedex

(2) Service de Neuroradiologie, Hôpital Laennec, CHU de Nantes. 44093 NANTES Cedex

(3) Service d'Anatomie pathologie, CHU de Nantes. 44093 NANTES Cedex

(4) Université de Nantes, Polytech Nantes, 44000 NANTES

(5) Unité Inserm U 957, Faculté de Médecine, 44000 NANTES

(6) Service de chirurgie vasculaire, Institut du thorax, Hôpital Laennec, CHU de Nantes, 44000 NANTES

INTRODUCTION

L'athérome est impliqué dans environ 20% des infarctus cérébraux. Mieux caractériser les plaques d'athérome carotidiennes est un objectif des techniques d'imagerie actuelles. Dans ce travail nous effectuons une comparaison histologique, biochimique et échographique de plaques carotidiennes symptomatiques et asymptomatiques.

METHODES OU OBSERVATIONS

Nous avons conduit une étude observationnelle à partir de plaques d'athérome provenant d'endarterectomies. Les données cliniques et les échantillons sanguins des patients étaient collectés avant la chirurgie. Une analyse histologique et biochimique (cholestérol, calcium, fer) des plaques a été réalisée. A partir d'acquisitions échographiques carotidiennes pré opératoires, les paramètres d'échogénicité, mais aussi de déformabilité des plaques ont été explorés. Une analyse par éléments finis de plaques stables et instables modélisées a été réalisée afin de définir quels critères de déformabilités pouvaient être les plus pertinents.

DISCUSSION

Trente huit patients ont été inclus (22 asymptomatiques, 16 symptomatiques). Les données démographiques et biologiques étaient les mêmes hormis pour l'ostéoprotégérine sérique, plus basse chez les patients asymptomatiques ($3,68 \pm 0,25$ pmol/L vs $4,76 \pm 0,46$ pmol/L, $p=0,03$). Les plaques asymptomatiques étaient plus souvent fibrocalciques, avec la présence de métaplasie ostéoïde $22,7\%$ ($n=5$) vs 0% , $p<0,05$. Un phénotype vulnérable, une teneur en fer plus forte ($9,5 \pm 2,82$ mg/g vs $2,3 \pm 0,71$ mg/g ($p<0,05$), signalent le caractère symptomatique. Vingt et un patients ont bénéficié d'une échographie. S'il n'y avait aucune différence concernant l'échogénicité, une tendance s'est dégagée en faveur d'une déformabilité plus importante des plaques symptomatiques ($5,9 \pm 1,7\%$, $n=11$ vs $3,4 \pm 1,7\%$, $n=6$), $p=0,17$.

CONCLUSION

Les plaques symptomatiques et asymptomatiques présentent des traits spécifiques histologiques, biochimiques qui pourraient influencer leur déformabilité et le stress mécanique subi. Ce travail donne de nouvelles pistes concernant la physiopathologie de la pathologie athéromateuse et le diagnostic des plaques « à risque »

Communication orales médicales

Jeudi 24 novembre 2011 - 11h30 : 11h40

Apport de l'imagerie de susceptibilité magnétique dans la visualisation du signe de susceptibilité vasculaire des artères intracrâniennes en phase aiguë d'une ischémie cérébrale

Rémi ALLIBERT (1) - Clélia BILLON GRAND (3) - Françoise CATTIN (3) - Fabrice VUILLIER (2) - Jean-Louis MAS (1) - Thierry MOULIN (2)

(1) Service de Neurologie et Unité Neurovasculaire, Hôpital Sainte-Anne, 75674 Paris CEDEX 14

(2) Service de Neurologie 2 « Neurovasculaire et urgences neurologiques », CHU Besançon, 25030 Besançon

(3) Service de Neuroradiologie, CHU Besançon, 25030 Besançon

INTRODUCTION

Le signe de susceptibilité vasculaire (SSV) en IRM d'écho de gradient correspond à un hyposignal vasculaire débordant le calibre du vaisseau et traduit la présence d'un thrombus. La présence d'un SSV en T2* n'est pas systématique lorsqu'une occlusion proximale est visible en angioMR. Notre objectif était d'évaluer l'apport de l'imagerie de susceptibilité magnétique (SWI) dans la visualisation et l'interprétation du SSV.

METHODES OU OBSERVATIONS

Nous avons étudié rétrospectivement les données cliniques et d'imagerie de 78 patients admis du 1er avril 2009 au 31 janvier 2010 dans l'unité neurovasculaire du CHU de Besançon pour une ischémie cérébrale aiguë et ayant eu, dans les premières 24 h suivant le début des symptômes une IRM cérébrale comportant les séquences diffusion, T2 FLAIR, T2*, ARM et SWI. La sensibilité générale du SWI et du T2* a été calculée chez l'ensemble des patients inclus puis uniquement chez ceux ayant une ischémie sylvienne avec occlusion en M1, M2 ou M3 à l'angioMR. L'apport du SWI dans la signification du SSV a été évalué en comparant les données des patients chez qui un SSV était visible aux données des patients chez qui aucun SSV n'était visible.

DISCUSSION

Le SWI était plus sensible que le T2* (91% vs 31,8% lorsqu'il existait une occlusion de l'artère cérébrale moyenne). Notre étude montre que le faible nombre de SSV visualisés en T2* dans les études antérieures était probablement lié à un manque de sensibilité de la séquence plus qu'à la nature ou l'ancienneté du thrombus. La meilleure sensibilité du SWI semble être liée à la visualisation de SSV en cas de thrombus de petite taille. Le SWI est plus sensible que l'angioMR concernant les anomalies distales. La visualisation d'un SSV distal est associée à une absence de compensation par le réseau pie-mérien.

CONCLUSION

La forte sensibilité du SWI dans la visualisation des SSV semble permettre une meilleure analyse de la taille et de la localisation du thrombus intra artériel à la phase aiguë d'une ischémie cérébrale. Cela pourrait aider non seulement à poser l'indication de la mise en œuvre d'une méthode de repermeabilisation artérielle mais également à choisir la technique la plus adaptée.

Communication orales médicales

Jeudi 24 novembre 2011 - 11h40 : 11h50

Prédiction du risque de récurrence très précoce par l'angiographie par résonance magnétique après un AIT

Nathalie NASR (1) - Guillaume SSIYAN-KAI (2) - Alexandre FAURY (2) - Brigitte GUIDOLIN (1) - Christophe COGNARD (2) - Fabrice BONNEVILLE (2)
Vincent LARRUE (1)

(1) Service de Neurologie Vasculaire, Hôpital RANGUEIL, 31059 TOULOUSE

(2) Service de Neuroradiologie, Hôpital RANGUEIL, 31059 TOULOUSE

INTRODUCTION

La prédiction par IRM du risque de récurrence précoce après l'AIT a été étudiée principalement à travers la détection d'un infarctus cérébral aigu. Peu d'études se sont intéressées spécifiquement aux sténoses et occlusions intracrâniennes symptomatiques détectées par ARM. Nous avons examiné leur valeur prédictive quant à la récurrence très précoce, à 48h, et avons comparé aux données de l'ARM (TOF) celles de l'écho-Doppler transcrânien (EDTC).

METHODES OU OBSERVATIONS

L'étude a porté sur des patients consécutifs pris en charge à la clinique des AIT. L'effectif initial était de 314 patients. 222 patients avaient un AIT (n=188) ou un AVCI ischémique mineur (n=34). La corrélation entre ARM et EDTC a porté sur les patients qui ont eu les deux examens avec un intervalle inférieur à 4h (n=178). L'analyse concernant la récurrence a porté sur les patients admis dans les 24h qui ont suivi l'AIT (n=129). 9 patients ont eu une récurrence très précoce (AIT:7; AVC:2). Le risque de récurrence très précoce n'était pas associé à l'infarctus cérébral aigu. Il était associé aux sténoses et occlusions symptomatiques proximales (OR:7.0; IC 95%:1.47-31.3; VPN:94.9%; VPP:27.3%; p=0.03) pour la détection desquelles la corrélation entre l'ARM et l'EDTC était excellente (kappa=0.88).

DISCUSSION

Nous montrons que le risque de récurrence à 48h n'est pas lié à la présence d'un infarctus cérébral aigu détecté à l'IRM mais à la présence d'une sténose ou occlusion intracrânienne symptomatique. Concernant les résultats de l'ARM, nous montrons, d'une part que les sténoses intracrâniennes, au même titre que les occlusions intracrâniennes, sont associées au risque de récurrence très précoce et, d'autre part, que parmi les sténoses et occlusions intracrâniennes symptomatiques, ce sont celles proximales qui sont associées à ce risque de récurrence. Nous avons retrouvé une excellente corrélation pour la détection de ces sténoses et occlusions proximales symptomatiques entre l'ARM (TOF) et l'EDTC. Ce résultat ouvre la voie à l'utilisation de l'EDTC pour prédire la récurrence très précoce après l'AIT.

CONCLUSION

En synthèse, le risque de récurrence dans les 48h qui suivent l'AIT dépend de la présence d'une sténose ou occlusion intracrânienne proximale symptomatique. Ces résultats démontrent la nécessité d'évaluer, dès la phase initiale de la prise en charge de l'AIT, les artères intracrâniennes dans l'objectif d'identifier rapidement les patients à haut risque de récurrence très précoce.

Communication orales médicales

Jeudi 24 novembre 2011 - 11h50 : 12h00

Traitement par voie endovasculaire de l'AVC à la phase aiguë. Résultats de 3 ans de partenariat d'un centre de neuroradiologie interventionnelle avec des UNV ou des services de neurologie à orientation vasculaire

Raphael BLANC (1) - Michael OBADIA (2) - Johan LE GUILLLOUX (3) - Michel LOGAK (4) - Olivier ILLE (5) - Thomas DE BROUCKER (6) - Sonia ALAMOWITCH (7)

(1) Service de Neuroradiologie Interventionnelle, Fondation Rothschild - (2) Service de Neurologie, Fondation Rothschild

(3) Service de Neurologie, Hôpital d'Argenteuil - (4) Service de Neurologie; Hôpital de Creil

(5) Service de Neurologie, Hôpital de Mantes La Jolie - (6) Service de Neurologie, Hôpital Delafontaine - (7) Service de Neurologie, Hôpital Tenon

INTRODUCTION

Rapporter l'expérience commune d'un centre de neuroradiologie interventionnelle partenaire d'UNV ou de services de neurologie à orientation vasculaire dans la prise en charge de l'accident ischémique artériel cérébral à la phase aiguë. Combinaison du traitement par fibrinolyse intraveineuse et désobstruction mécanique de l'occlusion artérielle intracrânienne.

METHODES OU OBSERVATIONS

Nous détaillons les partenariats mis en place avec les Unités Neurovasculaires (UNV) et les services de neurologie à orientation vasculaire avoisinants pour la réalisation de gestes de désobstruction artérielle par voie endovasculaire chez des patients présentant un accident vasculaire cérébral. Sur la période de 3 ans nous avons pris en charge 81 patients. La provenance des patients était pour 29/81 (35%) avec l'UNV la plus proche, 25/81 (30%) du service de neurologie vasculaire au sein de notre institution et pour le reste des patients en provenance d'autres UNV ou services d'urgences à proximité. Age moyen 65 ans (35-88). 48 H/33F.

Nous avons collecté les données cliniques et les indications à ces gestes endovasculaires ainsi que le suivi clinique de ces patients.

DISCUSSION

Nous discutons les résultats de cette prise en charge conjointe de 81 patients sur 3 ans. 70 Cas d'occlusions de circulation antérieure, 11 cas d'occlusions de la circulation postérieure Le score NIHSS moyen au moment du traitement était de 15. L'heure moyenne au début du traitement endovasculaire était de 240 Minutes par rapport au début de l'accident. Depuis 3 ans, et l'arrivée d'un dispositif de stent intracranien temporaire pour la désobstruction mécanique de l'occlusion cérébrale, la technique endovasculaire commence à se standardiser et permet d'obtenir des taux de recanalisation importante.

CONCLUSION

Les résultats angiographiques et cliniques de cette prise en charge combinée (Neurologie/ Neuroradiologie interventionnelle) de patients atteints d'accident vasculaire cérébral artériel à la phase aiguë sont prometteurs pour les patients présentant l'occlusion d'une artère cérébrale de gros calibre et n'ayant pas répondu/ou présentant une contre indication à la fibrinolyse intraveineuse.

Communication orales médicales

Jeudi 24 novembre 2011 - 12h00 : 12h10

Résultats à court terme et évaluation économique du traitement de l'AVC par thrombolyse intra-artérielle : étude préliminaire montréalaise

Fabrice BING (1) - Gregory JACQUIN (2) - Alexandre POPPE (2) - Ian GAULIN (2) - Jean RAYMOND (2) - Daniel ROY - Alain WEILL (2)

(1) Service de radiologie vasculaire Hôpital de Hautepierre 67098 Strasbourg

(2) Service neuroradiologie interventionnelle CHU Notre-Dame H2L4M1 Montréal

INTRODUCTION

L'efficacité clinique de la thrombolyse intra-artérielle (TIA) a été rapportée, bien que les données d'une étude randomisée soient encore attendues. Les outils d'extraction sont de plus en plus nombreux et variés, mais peu d'études se sont intéressées à l'impact économique de leur utilisation.

METHODES OU OBSERVATIONS

De novembre 2009 à janvier 2011, 41 patients ont été traités par TIA en combinaison avec une TIV au CHU Notre-Dame. Deux patients ont été perdus de vue (absence de score mRS à 3 mois) et exclus de l'étude. Les données cliniques et techniques ont été recueillies de manière prospective. Les critères d'inclusion pour la TIA étaient un score NIHSS supérieur à 12 et un délai de prise en charge inférieure à 6 heures. L'imagerie initiale réalisée était un scanner $\pm$ angioscanner. En fonction du score clinique modified Rankin score (mRS) à 3 mois, nous avons décrit le coût moyen des procédures en intégrant le score NIHSS initial, le délai symptôme-contact caillot et le score TICl (Thrombolysis in Cerebral Infarction) final.

DISCUSSION

L'âge moyen des patients était de 65.7 ± 12.8 ans et le NIHSS de 18.7 ± 4.8 . Dix-huit pour cent des patients présentaient une thrombose à l'origine de la carotide interne. Le délai moyen entre le début des symptômes et le contact avec le caillot était de 3 heures 52 ± 55 min. Le système Penumbra a été utilisé dans 85% des cas ($n=33$). A 3 mois, 33% ($n=13$) des patients présentaient un score mRS entre 0 et 2. Il existe une relation inverse entre le score mRS et le score TICl en fin de procédure. Le coût moyen de l'ensemble des procédures est de 4909 ± 2361 euros, avec un surcoût de 1700 euros pour les patients ayant mal évolué (mRS supérieur ou égal à 3).

CONCLUSION

La thrombolyse intra-artérielle est à l'origine d'un surcoût initial non négligeable mais pouvant à long terme présenter un impact économique favorable. L'IRM permet sans doute une sélection optimale des patients et donc une meilleure gestion de leur prise en charge. Notre système de santé doit prendre en compte le coût d'une nouvelle technique onéreuse dans sa volonté à la développer.

Communication orales médicales

Jeudi 24 novembre 2011 - 12h10 : 12h20

Résultats à 1 an de l'hémicraniectomie pour infarctus malin et comparaison aux résultats des essais randomisés. L'expérience lilloise

Christian LUCAS (1) - Jean-Paul LEJEUNE (2) - Frédéric DUMONT (1) - Laurent THINES (2) - Didier LEYS (1)

(1) Service de Neurologie et Pathologie Neurovasculaire, Hôpital Salengro, CHRU Lille

(2) Service de Neurochirurgie, Hôpital Salengro, CHRU Lille

INTRODUCTION

L'hémicraniectomie décompressive (HD) des infarctus sylviens malins (ISM) réduit le risque absolu de mortalité de 50% et améliore le devenir fonctionnel à 1 an dans les essais randomisés. La reproductibilité de ces résultats n'a pas été établie en pratique quotidienne. Le but de notre étude était de savoir si les résultats de l'HD en routine sont similaires à ceux des essais cliniques.

METHODES OU OBSERVATIONS

Nous avons inclus 31 patients ayant eu une HD pour ISM à partir d'un registre prospectif. Les patients avaient eu l'HD dans les 48ères h après l'infarctus sylvien et avaient tous un infarctus avec volume de diffusion > 145 cm³. Les critères d'évaluation étaient ceux des essais cliniques : le critère d'évaluation principal était le score de Rankin modifié (mRS) de 4 ou moins à un an et les critères secondaires le mRS de 3 ou moins et la mortalité à un an.

DISCUSSION

Nous avons inclus 17 hommes (54,8%), avec un âge médian de 46 ans (16-63). Le NIHSS médian était à 20 (16-23) à l'admission et le volume de diffusion médian de l'ISM était de 190 cm³ (145-344). A un an, le mRS était à 4 ou moins chez 22 patients (71%), à 3 ou moins chez 16 (51,6%), et 7 patients étaient décédés (22,6%).

CONCLUSION

Nos résultats d'HD pour ISM étaient similaires à ceux des essais cliniques sans impact de la courbe d'apprentissage.

Communication orales médicales

Jeudi 24 novembre 2011 - 15h30 : 15h40

MLC601/MLC901, issu de la médecine chinoise induit de puissantes propriétés neuroprotectrices et neurorégénératives face à l'ischémie cérébrale chez le rongeur

Catherine HEURTEAUX (1) - Hervé QUINTARD (2) - Marc BORSOTTO (1) - Catherine WIDMANN (1) - Carine GANDIN (1) - Michel LAZDUNSKI (1)
(1) Institut de Pharmacologie Moléculaire et Cellulaire, Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS, UMR6097),
Université de Nice Sophia Antipolis, 06560 Valbonne, France.

(2) Service Réanimation Médicale, Centre Hospitalo-Universitaire de Nice, Hôpital St Roch, 06000 Nice, France

INTRODUCTION

L'ischémie cérébrale induite par un AVC ou un arrêt cardiaque est une cause majeure de mort et de handicap. Peu d'agents thérapeutiques sont efficaces pour améliorer le pronostic. MLC601, utilisée en Chine semble avoir chez des patients des effets bénéfiques sur les complications post-AVC. Ce travail analyse les effets neuroprotecteur et neurorégénératif de MLC601 et sa formule simplifiée MLC901 dans des modèles d'ischémie focale et globale.

METHODES OU OBSERVATIONS

In vivo: L'ischémie focale est induite chez la souris par l'occlusion de l'artère cérébrale moyenne (60 min) et l'ischémie globale chez le rat par le clampage des 2 carotides et des 2 artères vertébrales (20 min). MLC601/901 (Moleac) est administré en post-traitement par injection intrapéritonéale (1 microg/25g souris, 74microg/250g rat) 3 hours after ischemia vs Placebo. In vitro: neurones corticaux en culture.

DISCUSSION

Un traitement MLC901/MLC601 administré jusqu'à 3h post-ischémie améliore la survie et les déficits fonctionnels dans les 2 modèles. Il protège le cerveau de la mort neuronale par nécrose et apoptose (diminution de la protéine Bax proapoptotique), diminue le stress oxydatif (diminution de la peroxydation lipidique) induit par l'ischémie. La voie Akt, impliquée dans la survie neuronale est un mécanisme majeur de la protection cérébrale observée. MLC601/MLC901 stimule la neurogenèse et de la synaptogenèse (augmentation de BDNF) avec une induction de la croissance neuritique et le développement d'un réseau axonal et dendritique dense.

CONCLUSION

Ces résultats précliniques avec MLC901/ML601 contribuent à donner une base fondamentale à cette Médecine Traditionnelle Chinoise pour le traitement de l'AVC et de l'arrêt cardiaque. Son effet sur la plasticité cérébrale par stimulation de la neurogenèse, la synaptogenèse et l'induction de facteurs neurotrophiques tels BDNF pourrait représenter une nouvelle stratégie thérapeutique pour réduire le handicap post-ischémie.

Communication orales médicales

Jeudi 24 novembre 2011 - 15h40 : 15h50

Effets de l'injection de cellules souches mésenchymateuses sur la microcirculation cérébrale après ischémie cérébrale expérimentale

Isabelle FAVRE (1) - Anaick MOISAN (2) - Claire ROME (3) - Bernadette NAEGELE (4) - Marie Jeanne RICHARD (2) - Olivier DETANTE (1)

(1) Unité Neurovasculaire, CHU, 38000 Grenoble - (2) Unité Mixte de Thérapie Cellulaire CHU/EFs, 38000 Grenoble

(3) Inserm UB23, Institut Albert Bonniot, Université Joseph Fourier, 38000 Grenoble - (4) Inserm UB36, Institut des Neurosciences, 38000 Grenoble

INTRODUCTION

L'utilisation des cellules souches mésenchymateuses humaines (CSMh) dans l'ischémie cérébrale a fait l'objet de nombreuses études expérimentales. Néanmoins, leurs mécanismes d'action restent mal connus. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'effet sur la microvascularisation cérébrale de CSMh administrées par voie intraveineuse (IV), à la phase subaigüe de l'infarctus cérébral, dans un modèle transitoire d'ischémie chez le rat.

METHODES OU OBSERVATIONS

Nous avons réalisé un suivi longitudinal de 25 jours, au cours duquel une étude comportementale (tests sensori-moteurs) a été menée en parallèle d'une étude in vivo, de la microvascularisation, par IRM (diamètre des vaisseaux, densité vasculaire, volume sanguin cérébral, perméabilité de la barrière hémato-encéphalique). Ce suivi a été effectué au sein de 2 groupes de rats ayant subi une occlusion de l'artère cérébrale moyenne (oACM): 1. Injection IV de CSMh (3×10^6) à J8 post-ischémie (oACM CSMh, $n=9$) ; 2. Injection IV de PBS (milieu de suspension) (oACM PBS, $n=8$). Une cinétique d'expression des facteurs angiogéniques a été réalisée, par PCR quantitative, à partir des cerveaux prélevés à H2, J1, J2, J3, J7, J9, J16 et J25 après ischémie ($n=3$ par groupe et par temps).

DISCUSSION

Les résultats du suivi par IRM mettent en évidence une restauration plus marquée de la microcirculation (augmentation de la densité microvasculaire, diminution du diamètre des vaisseaux) chez les rats ayant reçu une injection de CSMh par rapport au groupe contrôle. Les résultats obtenus en biologie moléculaire tendent à conforter ces données IRM avec une tendance à la surexpression d'angiopoïétine 1 et 2 dans le groupe traité, sans majoration des taux de VEGF ni des récepteurs Tie1, Tie 2, VEGF-R1 et R2. Nos données mettent ainsi en évidence une potentialisation du phénomène d'angiogenèse post-ischémie cérébrale par l'injection de CSMh. Les analyses de biologie moléculaire et de mesure de la taille et de la densité vasculaire en histologie se poursuivent actuellement.

CONCLUSION

L'injection de CSMh IV à la phase subaigüe de l'ischémie cérébrale modifie les paramètres vasculaires observés en IRM. Après un infarctus cérébral, la thérapie cellulaire par CSMh IV semble favoriser la restauration et la stabilisation de la microcirculation par un mécanisme paracrine d'angiogenèse. Les facteurs angiogéniques identifiés comme étant à l'origine de cet effet pourraient nous permettre d'optimiser notre source thérapeutique.

Communication orales médicales

Jeudi 24 novembre 2011 - 15h50 : 16h00

La kétamine associée au rtPA augmente l'efficacité de la thrombolyse et élargit sa fenêtre thérapeutique

Clément GAKUBA (2) - Maxime GAUBERTI (1) - Mikael MAZIGHI (3) - Gilles DEFER (4) - Jean-Luc HANDOUZ (2) - Denis VIVIEN (1)

(1) INSERM U919, University Caen Basse-Normandie, Serine Proteases and Pathophysiology of the Neurovascular Unit.

(2) Anesthesiology and Critical Care Medicine, CHU Côte-de-Nacre, Caen, France.

(3) Department of Neurology and Stroke Centre, Bichat University Hospital, INSERM U698, Clinical Research in Atherothrombosis and Paris-Diderot University, Paris, France. - (4) Department of Neurology, University-Hospital, Caen, France

Le traitement en radiologie interventionnelle des accidents vasculaires cérébraux (AVC) ischémiques a fréquemment recours à une thrombolyse par le recombinant de l'activateur tissulaire du plasminogène (rtPA) effectuée sous anesthésie générale. Cependant, l'impact spécifique des agents anesthésiques sur la thrombolyse n'a jamais été étudié¹. Nous avons cherché à répondre à cette question sur notre modèle murin d'AVC2 en injectant du rtPA vers la fin de sa fenêtre thérapeutique de façon à être proche des pratiques cliniques.

L'AVC est induit par une injection de thrombine dans l'artère cérébrale moyenne. Quatre heures après, la thrombolyse est réalisée (rtPA ou groupe contrôle avec NaCl 0,9%: 10mg/kg, 10% en bolus, 90% en perfusion), en vigile (air ambiant) ou sous anesthésie: propofol (6.6mg/kg bolus puis 90mg/kg/h), isoflurane 2% (avec O2/N2O 33%/67%) et kétamine (3.5mg/kg puis 47.2mg/kg/h). Le volume ischémique et la recanalisation artérielle sont évalués à 24 heures par IRM 7T. Un temps de lyse des euglobulines sur plasma humain est réalisé en présence ou en l'absence de rtPA et de kétamine. Statistiques: test de Kruskal-Wallis suivi par test de Mann-Whitney, seuil de significativité à $p < 0,05$; résultats exprimés en moyenne +/- déviation standard.

Le volume ischémique cérébral moyen ne varie pas quand la thrombolyse est réalisée sous air ambiant, propofol ou isoflurane/N2O. Cependant, l'association du rtPA à la kétamine réduit significativement les volumes lésionnels comparativement aux conditions vigile (-57%), propofol (-56%), isoflurane/N2O (-50%) et kétamine seule (-45%). Les agents anesthésiques hors de toute thrombolyse n'influencent pas le volume lésionnel. L'état de perméabilité artérielle évalué par angiographie par résonance magnétique à 24 heures est indépendant des conditions anesthésiques. Par ailleurs la kétamine ne modifie pas l'activité fibrinolytique du plasma humain en présence ou en l'absence de rtPA. Enfin la sédation par kétamine n'entraîne pas d'hypothermie ce qui aurait pu constituer un facteur confondant.

La kétamine associée au rtPA augmente l'efficacité de la thrombolyse et élargit sa fenêtre thérapeutique. Ce résultat peut s'expliquer par l'excitotoxicité du rtPA3 dont les effets délétères se trouvent bloqués par la kétamine, antagoniste des récepteurs NMDA. Ce travail, qui mérite d'être confirmé par une étude clinique chez l'Homme, suggère que l'adjonction de kétamine lors de la thrombolyse d'AVC pourrait être préconisée: à doses anesthésiques en cas d'anesthésie générale ou infra-anesthésiques dans le cas contraire.

1. Molina CA, Selim MH. General or local anesthesia during endovascular procedures: sailing quiet in the darkness or fast under a daylight storm. *Stroke*. 2010;41:2720-2721.

2. Orset C, Macrez R, Young AR, Panthou D, Angles-Cano E, Maubert E, et al. Mouse model of in situ thromboembolic stroke and reperfusion. *Stroke*. 2007;38:2771-2778.

3. Yepes M, Roussel BD, Ali C, Vivien D. Tissue-type plasminogen activator in the ischemic brain: more than a thrombolytic. *Trends Neurosci*. 2009;32:48-55.

Communication orales médicales

Jeudi 24 novembre 2011 - 16h00 : 16h10

Effet de la première dose d'aspirine donnée à la phase aiguë de l'ischémie cérébrale

Sébastien RICHARD (1) - Marie TOUSSAINT-HACQUARD (2) - Thomas LECOMPTE (2) - Jean-Christophe LACOUR (1) - Pierre-Alexandre BAILLOT (3)

Xavier DUCROCC (1)

(1) CHU, Service Neurologie, unité neuro-vasculaire, NANCY - (2) CHU, Service Hémostase et Hématologie Biologique, VANDOEUVRE-LES-NANCY
(3) CHR, Service Neurologie, unité neuro-vasculaire, METZ

INTRODUCTION

L'aspirine est l'anti-plaquettaire le plus largement prescrit à la phase aiguë de l'accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique. Cependant, la survenue de récurrences, malgré cette prescription, est fréquente. La description de l'effet de l'aspirine sur l'activité plaquettaire durant cette phase n'a jamais été réalisée. Elle pourrait mettre en évidence une moindre réponse plaquettaire et aider à établir de nouvelles stratégies thérapeutiques.

METHODES OU OBSERVATIONS

Cinquante patients, ont reçu par voie orale 300 mg d'aspirine, suite à un AVC ischémique. Ensuite, des prélèvements sanguins ont été réalisés : entre 2 et 3 heures (T1), entre 23 et 24 heures (T2) après la prise d'aspirine et, pour des patients déjà traités quotidiennement par une dose inférieure, avant la prise d'aspirine (T0). Les concentrations sériques de thromboxane (TX) B2 ont été mesurées, ainsi que les agrégations induites par l'acide arachidonique, par le collagène à la concentration de 2 µg/L (Col2) et 20 µg/L (Col20). Afin de diminuer l'effet des variations de condition d'expérience, les résultats pour Col2 ont été rapportés à ceux pour Col20 (Col2/20).

DISCUSSION

Tous les patients ont présenté une réponse à l'aspirine visible à T1 avec de plus, des concentrations de TXB2 abaissées en comparaison à T0. Il existe une récupération de l'activité plaquettaire à T2 comparée à T1, montrée par les concentrations de TXB2 et le rapport Col2/20. Pour les patients déjà traités quotidiennement par aspirine, il est observé une baisse des concentrations sériques de TXB2 entre de T0 à T1. La dose orale de 300 mg d'aspirine, donnée à la phase aiguë de l'AVC, entraîne une inhibition plaquettaire, mais avec une récupération visible sur 24 heures. Pour les patients déjà traités quotidiennement par une dose inférieure, elle permet de compléter l'inhibition de la voie TXA2 dépendante.

CONCLUSION

Cette étude montre que la première dose d'aspirine orale de 300 mg donnée à la phase aiguë de l'AVC ischémique ne permet pas d'avoir une inhibition constante des plaquettes au cours des 24 heures. D'autres stratégies thérapeutiques pourraient être envisagées (administration plus fréquente). Par contre, cette dose provoque bien une inhibition plaquettaire pour tous les patients, même ceux déjà traités par une dose quotidienne inférieure.

Communication orales médicales

Jeudi 24 novembre 2011 - 16h10 : 16h20

L'intérêt des traitements antifibrinolytiques dans la prise en charge des hémorragies méningées anévrysmales réévalué : méta-analyse

Thomas GABEREL (1) - Christian MAGHERU (1) - Evelyne EMERY (1) - Jean-Michel DERLON (1)
(1) Service de Neurochirurgie, CHU de Caen, 14000 Caen, France

INTRODUCTION

Réévaluer l'intérêt des traitements antifibrinolytiques (AF : Acide tranexamique et Acide aminocaproïque) dans la prévention du resaignement des anévrysmes intracrâniens rompus, en association avec les traitements de neuroréanimation modernes des hémorragies sous arachnoïdiennes (HSA).

METHODES OU OBSERVATIONS

Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature puis une méta-analyse. Dix-sept articles ont été inclus, soit 2872 patients avec HSA anévrysmale, dont 1380 traités par AF. Les Odds Ratios groupés évaluant l'impact des AF sur le pronostic fonctionnel, le risque de resaignement, et le risque d'ischémie secondaire ont été calculés. L'utilisation en cure courte d'un AF (moins de 72 heures) associé à une prévention médicale des déficits ischémiques (inhibiteurs calciques et expansion volémique) améliorait le pronostic fonctionnel. Les traitements AF diminuaient le risque de resaignement quelque soit la durée du traitement. Le risque de complications ischémiques était lié à la durée du traitement AF: augmenté en cas de traitement prolongé (plus de 72h), non modifié sinon.

DISCUSSION

Dans les essais les plus anciens, la prise en charge des HSA anévrysmales était différente de celle actuellement réalisée. L'exclusion de l'anévrysme était souvent retardée, et il n'était pas utilisé d'inhibiteur calcique ou d'expansion volémique. L'utilisation des traitements AF avait été quasiment abandonnée en raison d'un risque d'ischémie secondaire majeur, ce qui aggravait le pronostic fonctionnel. Or il est actuellement recommandé d'exclure précocement l'anévrysme (moins de 72h), et d'y associer un inhibiteur calcique. Il nous paraissait donc important de réévaluer l'intérêt des AF en association avec ces stratégies, ou nous avons montré un bénéfice des AF sur le devenir fonctionnel.

CONCLUSION

L'utilisation en cure courte (moins de 72h, jusqu'à exclusion de l'anévrysme) d'un traitement AF associé aux thérapeutiques modernes utilisé dans la prise en charge des HSA anévrysmale diminue le risque de resaignement précoce, n'augmente pas le risque d'ischémie secondaire, et au final améliore le pronostic fonctionnel. Les AF nous paraissent donc indiqués à l'ère de la neuroréanimation moderne.

Communication orales médicales

Jeudi 24 novembre 2011 - 16h20 : 16h30

INSULINFARCT : étude randomisée comparant l'insuline IV versus SC à la phase aiguë d'un AIC carotidien

Charlotte ROSSO (1) - Christine PIRES (1) - Jean-Christophe CORVOL (2) - Yves SAMSON (1)

Pour le Groupe INSULINFARCT (1)

(1) AP-HP, Urgences Cérébro-Vasculaires, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris - (2) AP-HP Service de pharmacovigilance, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris

INTRODUCTION

Les études randomisées comparant une insulinothérapie intensive à un traitement standard sont hétérogènes et n'ont pas mis en évidence de bénéfice sur le pronostic fonctionnel. Nous présentons les résultats de l'étude randomisée INSULINFARCT, comparant une stratégie par voie intraveineuse intensive (IV) versus sous-cutanée (SC) chez des patients traités dans les 6 heures.

METHODES OU OBSERVATIONS

Cent-quatre vingt patients ayant un AIC carotidien, une IRM < 5h et un NIHSS entre 5 et 25 ont été randomisés à un traitement de 24 heures par insuline intra-veineuse avec adaptation horaire ou sous-cutanée toutes les 4 h. L'analyse a été réalisée en intention de traiter (n=176). L'objectif primaire était le pourcentage de patients ayant une glycémie capillaire (HGT) moyenne sur 24h < 7 mmol/l. Les objectifs secondaires étaient la croissance de l'infarctus (entre l'IRM initiale et l'IRM de contrôle), l'autonomie à 3 mois (Rankin 0-2), la mortalité et les événements indésirables graves (EIG).

DISCUSSION

Les deux groupes étaient similaires en terme d'âge (p:0.24), NIHSS à l'admission (p:0.86), et volume d'infarctus initial (p:0.74). Le traitement a été débuté en moyenne 151 minutes après l'AIC. Le taux de patients ayant une HGT moyenne <7 mmol/l est plus élevé dans le groupe insuline IV (95.4% vs. 68.4%, p<0.0001). L'HGT moyenne sur 24h est plus basse dans le groupe IV (5.7 vs. 6.6 mmol/l, p<0.0001). La croissance de l'infarctus est plus importante dans le groupe IV (47.1 cm³ vs. 29.5 cm³, p:0.04). Le pronostic fonctionnel (46% dans les 2 groupes), la mortalité (10% vs 15%, p:0.36) et les EIG (36% vs. 39%, p:0.76) sont similaires dans les deux groupes. Les hypoglycémies (< 3mmol/l) sont plus fréquentes dans le groupe IV (8% vs 0%, p:0.02).

CONCLUSION

Malgré un meilleur contrôle glycémique précoce, la croissance de l'infarctus a été significativement plus importante dans le groupe insuline IV. Le pronostic fonctionnel et la mortalité étaient similaires dans les deux groupes. Ces résultats ne sont pas en faveur du traitement agressif par insuline IV à la phase aiguë de l'AIC.

Communication orales médicales

Vendredi 25 novembre 2011 - 8h30 : 8h40

Enquête nationale sur la prise en charge des AVC graves: 1^{ère} partie du PHRC TÉLOS

Sophie CROZIER (1) - Jean-Christophe MINO (2) - Elsa GISQUET (3) - Florence DOUGUET (4) - Yves SAMSON (1) - Sylvie CHEVRET (5)

(1) Service des Urgences Cérébrovasculaires, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, 75013 Paris, France

(2) Observatoire national de la fin de vie, Paris - (3) Observatoire national de la fin de vie, Paris

(4) Université Bretagne Sud - UFR Lettres et Sciences Humaines - IUP Politiques sociales et de santé publique - 56325 Lorient

(5) Département de Biostatistique et Informatique Médicale, Université Paris Diderot - Paris 7, Hôpital Saint-Louis, 75010 Paris

INTRODUCTION

L'AVC est une pathologie grave avec environ 20% de décès le premier mois et un risque de handicap sévère. Dans les situations les plus graves, des décisions de limitations et d'arrêt des thérapeutiques (LAT) peuvent être discutées. Ces décisions sont complexes car elles reposent sur un pronostic neurologique incertain, des souhaits du patient souvent inconnus et des possibles limités. La démarche palliative dans un tel contexte reste à préciser.

METHODES OU OBSERVATIONS

Le programme hospitalier de recherche clinique national TÉLOS (2008) a pour objectif d'étudier la prise en charge des AVC graves dans les UNV françaises et la démarche palliative. Il comporte 3 parties : (1) une enquête nationale déclarative, qui vise à préciser les pratiques et points de vue sur cette prise en charge ; (2) une enquête de terrain qualitative dans 4 UNV; (3) une étude multicentrique observationnelle et prospective sur la prise en charge des AVC graves.

Nous nous proposons de présenter les principaux résultats de l'enquête réalisée fin 2010 auprès des neurologues seniors des UNV qui comprenait 2 questionnaires : un pour les responsables d'UNV (aspects organisationnels hospitaliers) et un pour les médecins seniors de ces UNV (pratiques et point de vue sur les AVC graves).

DISCUSSION

Nous avons reçu 126 réponses de 48 UNV. Parmi les principaux résultats, nous pouvons retenir que : les décisions de LAT sont toujours prises par des neurologues seniors, la plupart d'entre eux semblent connaître et accepter ces LAT ; 78% d'entre eux disent décider collégialement ; seuls 7% des médecins répondent utiliser une procédure d'aide à la réflexion pour ces décisions, et 41% déclarent avoir un recours systématique aux unités de soins palliatifs dans ces situations. Les représentations du handicap sont assez négatives, même si les médecins semblent plus préoccupés par le risque de décès d'un patient qui aurait pu avoir une bonne qualité de vie plutôt que par celui de faire survivre un patient très lourdement handicapé. La place du patient semble peu importante dans ces décisions.

CONCLUSION

Ces résultats montrent une réelle préoccupation des neurologues interrogés pour ces décisions difficiles de LAT. Ils soulignent néanmoins le peu de formalisation et d'organisation autour de ces situations, et notamment un recours limité aux unités de soins palliatifs. L'incertitude pronostique des AVC explique en partie les difficultés rencontrées. L'étude prospective permettra de mieux préciser la réalité de ces situations.

Communication orales médicales

Vendredi 25 novembre 2011 - 8h40 : 8h50

Hyperglycémie à l'admission et pronostic des patients présentant une hémorragie intracérébrale

Yannick BEJOT (1) - Corine ABOA-EBoule (1) - Marie HERVIEU (1) - Benoit DAUBAIL (1) -
Olivier ROUAUD (1) - Guy-Victor OSSEBY (1) - Maurice GIROUD (1)

(1) Registre Dijonnais des AVC, EA4184, IFR 100 Santé-STIC, Faculté de Médecine, Université de Bourgogne, CHU, 21000 Dijon, France

INTRODUCTION

L'hyperglycémie à l'admission des patients présentant un AVC est fréquente, survenant chez 50 % des malades. Alors que son rôle néfaste dans les infarctus cérébraux a été bien établi, les données concernant les hémorragies intracérébrales (ICH) sont moins nombreuses et contradictoires. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact de la glycémie à l'admission sur le pronostic des patients présentant une ICH

METHODES OU OBSERVATIONS

Cette étude s'est appuyée sur les données du Registre Dijonnais des AVC. Tous les cas d'ICH survenus au sein de la population de Dijon intra-muros (150.000 habitants) furent enregistrés de manière prospective et continue de 1985 à 2008, à partir de sources d'information multiples. Seules les ICH de novo ont été prises en compte pour cette étude. Les facteurs de risque, traitements préalables et données cliniques à l'admission furent recueillis. La glycémie à l'admission a été mesurée. Le pronostic fonctionnel des patients a été évalué à la sortie selon une échelle de handicap et les patients étaient classés en 2 catégories (handicap léger à modéré versus handicap sévère). La mortalité était évaluée à 1 mois.

DISCUSSION

Nous avons enregistré 465 ICH dont 52,5 % de femmes avec un âge moyen de 76 ans. La glycémie à l'admission était disponible chez 416 malades (89,5%), avec une valeur médiane de 6,92 mmol/l (IQR=5.7-10.2 mmol/l). Un antécédent de diabète était plus fréquemment retrouvé chez les patients avec une hyperglycémie à l'admission que sans (30,9 % vs 8,7 ; $p < 0,001$). En analyse multivariée le tertile supérieur de glycémie à l'admission (> 8.6 mmol/l) était un facteur prédictif indépendant de handicap sévère à la sortie (OR=2,51 ; IC 95% =1,43-4,40; $p=0,01$) et de décès à un an (HR=2,51, IC 95% CI=1,23-2,43; $p=0,002$). Des résultats similaires étaient retrouvés après analyse en imputations multiples.

CONCLUSION

Cette étude populationnelle démontre que l'hyperglycémie à l'admission des patients présentant une ICH représente un facteur de mauvais pronostic vital et fonctionnel à court terme. Des essais thérapeutiques visant à évaluer les stratégies d'abaissement de la glycémie à la phase aigue des ICH apparaissent nécessaires.

Communication orales médicales

Vendredi 25 novembre 2011 - 8h50 : 9h00

Prévalence des accidents vasculaires cérébraux et de leurs séquelles - impact sur les activités de la vie quotidienne : apports des enquêtes déclaratives Handicap-Santé-Ménages et Handicap-Santé-Institution

Philippe TUPPIN (2) - Olivier GRIMAUD (3) - Francis CHIN (1) - France WOIMANT (4)

(1) Département maladies chroniques et traumatismes - Institut de veille sanitaire - 94 415 Saint-Maurice

(2) Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés - 75986 Paris

(3) Ecole des hautes études en santé publique - 35000 Rennes - (4) Agence régionale de santé d'Île de France - 75 935 - Paris

INTRODUCTION

Les objectifs de cette étude étaient d'estimer la prévalence des accidents vasculaires cérébraux (AVC) et de leurs séquelles dans la population française résidant en ménage ordinaire ou en institution et de décrire les limitations de déplacement et les difficultés pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) des personnes avec séquelles d'AVC.

METHODES OU OBSERVATIONS

«Handicap-Santé» est un système d'enquêtes déclaratives comprenant un volet ménages (HSM, réalisée en 2008) et un volet institution (HSI, en 2009). 29 931 personnes ont été interrogées pour HSM et 9 104 pour HSI. Ces enquêtes ont permis d'estimer la prévalence des antécédents d'AVC à 1,2%, soit près de 800 000 personnes et celle des séquelles à 0,8% (500 000). Les séquelles les plus fréquentes étaient des troubles de l'équilibre et de la mémoire. Parmi les personnes avec séquelles, 51% ont déclaré beaucoup de difficultés ou ne pas pouvoir marcher 500 mètres, et 45,3% des difficultés pour au moins une activité de la vie quotidienne (AVQ) ; 11,1% résidaient en institution, dont 86,8% avaient des difficultés pour au moins une AVQ.

DISCUSSION

HSM-HSI est le premier système d'enquêtes nationales comportant des questions sur la santé et le statut fonctionnel. Elle présente l'avantage d'intégrer la population en institution. Celle-ci représente une part non négligeable des personnes avec séquelles d'AVC (11,1%) et, particulièrement, de celles qui ont des difficultés pour au moins une AVQ (21,3%). La principale limite du dispositif est la nature déclarative du recueil d'information, avec en outre réponse par un proche pour 22,3% des enquêtés.

CONCLUSION

Malgré leurs limites, les enquêtes déclaratives HSM-HSI fournissent des indications précieuses sur l'impact des AVC dans la population française. Elles ont permis d'estimer la prévalence des séquelles d'AVC à 0,8%. L'impact sur les AVQ est fréquent : il concerne près de la moitié des personnes avec séquelles, cette proportion s'élevant à neuf sur dix pour celles qui étaient en institution.

Communication orales médicales

Vendredi 25 novembre 2011 - 9h00 : 9h10

Quand et comment rechercher la fibrillation atriale (FA) occulte après un infarctus cérébral ?

Marie-Hélène MAHAGNE (1) - Laurent SUISSA (1) - Sylvain LACHAUD (1)

(1) Unité Neuro Vasculaire, Hôpital Saint Roch, 5 rue Pierre Dévoluy 06006 Nice cedex

INTRODUCTION

Détecter une FA occulte après un infarctus cérébral est un enjeu majeur car débouchant sur une anti coagulation. Certaines études suggèrent que l'enregistrement continu de l'ECG permet d'augmenter le taux de détection de la FA. Cependant, les modalités en sont discutées. Le but de cette étude était de : 1) déterminer l'intérêt de la surveillance ECG continue dans la détection de la FA 2) en définir les modalités optimales (durée et timing)

METHODES OU OBSERVATIONS

Nous avons étudié prospectivement 1166 patients consécutifs admis pour AVC aigu. Ont été exclus 220 patients (18,87%) présentant une FA documentée par l'ECG dès l'admission. Pour les 946 patients restant, nous avons comparé deux stratégies de détection de la FA : 1) un premier groupe de 354 patients admis en UNV conventionnelle bénéficiait des investigations de routine (ECG à l'admission, ECG à la demande en cas d'évènements, Holter ECG de 24 heures), 2) un deuxième groupe de 592 patients admis en USINV avait en plus une surveillance ECG continue dès l'entrée et prolongée. Le taux de détection de la FA été calculé dans chaque groupe, une analyse multi variée par régression logistique a permis de calculer l'OR ajusté avec une stratification en fonction de la durée de surveillance ECG.

DISCUSSION

Les patients des deux groupes étaient comparables en âge et sexe. Le groupe admis en USINV avait un NIHSS plus élevé à l'admission ($p < 0,0001$). Une FA a été détectée dans 12,5% dans le groupe surveillance ECG continue versus 2,26% avec les méthodes conventionnelles. Après ajustement des différentes variables (démographiques, facteurs de risque vasculaires, NIHSS), la surveillance ECG continue permet de détecter 5 fois plus de FA (OR : 5,29 IC 95% 2,43-11,55) que les méthodes classiques. Le taux de détection est maximal le premier jour (OR : 9,82 IC 95% 3,01-32,07) et décroît ultérieurement. Au delà de J5, la surveillance ECG continue n'est pas significativement supérieure aux méthodes de routine.

CONCLUSION

Dans cette étude, l'enregistrement continu de l'ECG, précoce et prolongé, permet d'augmenter significativement le taux de détection de la FA occulte. Il doit être débuté immédiatement à l'admission et prolongé au moins 72 heures. Cette méthode pourrait être utilisée dans toutes les UNV sans augmenter la durée de séjour et donc sans générer de surcoût.

Communication orales médicales

Vendredi 25 novembre 2011 - 9h10 : 9h20

AC/FA en USI-NV : le registre EVALUSINV

Yves SAMSON (1) - Sophie CROZIER (1) - Sandrine DELTOUR (1) - Anne LEGER (1) - Gurkan MUTLU (1) - Charlotte ROSSO (1)
Christine PIRES (1)

(1) AP-HP, Urgences Cérébro-Vasculaires, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris

INTRODUCTION

L'AC/FA est une cause croissante d'infarctus cérébral mais comporte aussi un risque réel d'hémorragie cérébrale iatrogène. Son traitement évolue rapidement avec les nouveaux anticoagulants. Ceci a conduit à étudier son impact actuel dans une USI-NV.

METHODES OU OBSERVATIONS

EVALUSINV est le registre exhaustif des patients de l'USI-NV de la Salpêtrière (5 à 10 lits) tenu à jour depuis 2006. La variable AC/FA (AC/FA permanente ou paroxystique préalablement connue ou découverte au cours de l'hospitalisation) y est documentée depuis septembre 2008. Nous avons étudié la fréquence de l'AC/FA dans les AVC de moins de 12 heures et les principales caractéristiques des accidents ischémiques cérébraux associés à une AC/FA dans ce registre entre septembre 2008 et fin août 2011. L'étude porte donc sur 584 AVC<12h. Les différences rapportées sont significatives à $p < 0.01$.

DISCUSSION

149 patients avaient une ACFA dont 141 AIC (29 % des AIC <12h). Les patients étaient plus âgés en médiane (IQR): 80 (71-86) vs. 65 (52-78), plus souvent des femmes 55 vs. 38 %, avec un NIHSS plus élevé 12 (5-19) vs. 7 (3-16) et avec plus de rtPA (50 vs. 37 %). La DMS était plus longue (16.1 vs. 11.8 j), l'autonomie à la sortie moins fréquente (31 vs 47 %), le transfert en SSR plus fréquent (50 vs 33 %) et la mortalité similaire (11 vs 9 %). Les accidents carotidiens étaient plus fréquents (87 vs 77%) mais pas les multi-territoriaux (9 vs. 12 %), et les VB plus rares (7 vs 19%). L'occlusion de l'ACM était plus fréquente (49 vs. 26 %) et l'absence d'occlusion plus rare (18 vs 44 %). La recanalisation était similaire (40 vs 33 %) et les hémorragies symptomatiques plus fréquentes (7 vs. 2.6 %)

CONCLUSION

Une AC/FA est très souvent détectée ou déjà connue en USI-NV dans l'AIC < 12 h, notamment après 80 ans. Ceci augmente de 36 % la DMS, de 51 % les transferts en SSR. Et suggère l'intérêt médico-économique de campagnes de détection de l'AC/FA et de son traitement par les nouveaux anticoagulants, ainsi que celui d'essais évaluant leur intérêt à la phase aiguë de l'AIC.

Communication orales médicales

Vendredi 25 novembre 2011 - 9h20 : 9h30

Aphasies vasculaires: leçons de 1500 cas consécutifs

Alexandre CROQUELOIS (1) - Julien BOGOUSSLAWSKY (2)

(1) Département des Neurosciences Cliniques, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Avenue Pierre-Decker 5, 1011 Lausanne, Suisse

(2) Service de Neurologie, Genolier Swiss Medical Network, Clinique Valmont-Genolier, Glion sur Montreux, Suisse

INTRODUCTION

Les troubles du langage sont fréquents après un accident vasculaire cérébral. Malgré de nombreuses données de la littérature, les caractéristiques des aphasies vasculaires sont parfois controversées. Nous décrivons ici ces caractéristiques dans une série de plus de 1500 cas consécutifs.

METHODES OU OBSERVATIONS

1,541 (26%) des patients présentaient une aphasie. Les aphasies expressives-réceptives (AER, 38%) et les aphasies principalement expressives (AE, 37%), étaient plus fréquentes que les aphasies réceptives (25%). La fréquence de l'aphasie augmentait avec l'âge, le genre féminin et l'origine cardio-embolique. L'aphasie vasculaire était le plus souvent associée à des AVC sylvien et conduisait plus souvent à une invalidité importante. Les sous-types d'aphasie dépendaient de la localisation de l'AVC et des symptômes associés. Les exceptions aux corrélations clinico-topographiques classiques n'étaient pas rares (26%). Des différences significatives en terme d'origine de l'AVC et des sous-types d'aphasie ont été observées dans les cas d'aphasie croisée.

DISCUSSION

Les facteurs de risque de l'aphasie vasculaire sont l'âge, l'origine cardio-embolique et la localisation sylvienne superficielle. Les exceptions aux corrélations clinico-topographiques ne sont pas rare dans l'aphasie vasculaire. Celle-ci est par ailleurs associée à une invalidité importante. La localisation de l'AVC et les symptômes associés influencent de manière importante les sous-types d'aphasie observés.

CONCLUSION

L'étude de l'aphasie vasculaire est encore d'actualité. Les nouvelles techniques d'imagerie fonctionnelles et structurales devraient permettre de préciser les connaissances actuelles, mais les corrélations clinico-topographiques dans de larges séries sont encore utiles dans ce domaine.

Communication orales médicales

Vendredi 25 novembre 2011 - 9h30 : 9h40

Evolution de l'aphasie après thrombolyse intra-veineuse à la phase aiguë des infarctus cérébraux

Agnès JACQUIN (1) - Marie-Edith VIRAT-BRASSAUD (1) - Olivier ROUAUD (1) - Guy-Victor OSSEBY (1)

Maurice GIROUD (1) - Yannick BEJOT (1)

(1) Service de Neurologie, Unité Neurovasculaire et Registre Dijonnais des AVC (EA 4184) - 21000 Dijon, France

INTRODUCTION

Aucune donnée n'est disponible dans la littérature concernant l'évolution de l'aphasie après thrombolyse par rt-PA. L'objectif de l'étude est de comparer les caractéristiques cliniques et l'évolution de l'aphasie des patients ayant un infarctus cérébral thrombolysé par rt-PA intra-veineux, aux patients n'ayant pas bénéficié de cette thrombolyse pour leur infarctus cérébral (AIC).

METHODES OU OBSERVATIONS

Cette étude de cohorte rétrospective a inclus les patients aphasiques hospitalisés à l'Unité Neurovasculaire du Centre Hospitalier Universitaire de Dijon, entre 2004 et 2009, pour un infarctus cérébral de novo du territoire de l'artère cérébrale moyenne gauche. L'aphasie a été confirmée par l'orthophoniste : le type d'aphasie (classée selon les syndromes aphasiques actuellement décrits) et sa sévérité ont été évalués dans la première semaine après l'infarctus cérébral et à trois mois (grâce aux items de la version française de la Boston Diagnostic Aphasia Examination). Les patients thrombolysés ont été comparés à ceux non thrombolysés en utilisant une régression logistique pas à pas.

DISCUSSION

En analyses multivariées, la sévérité de l'aphasie des 37 patients thrombolysés était moindre que celle des 38 patients non thrombolysés, que ce soit lors de l'évaluation de la première semaine post-AIC (OR ajusté=10,13 ; Intervalle de confiance à 95%=2,43-42,28) ou à 3 mois (OR ajusté=8,44 ; Intervalle de confiance à 95%=2,76-25,80). La fréquence des aphasies non graves (conduction et aphasie qualifiée d'«atypique») semblait supérieure chez les patients thrombolysés par rapport aux patients non thrombolysés, mais de façon non significative (OR ajusté=5,80 ; Intervalle de confiance à 95%=0,82-41,16). Une reperfusion sélective de la zone cérébrale ischémisée et un potentiel effet neuroprotecteur du rt-PA sont les deux hypothèses les plus probables pour expliquer ce phénomène.

CONCLUSION

En moyenne, l'aphasie est moins sévère pendant la première semaine et 3 mois après un infarctus cérébral thrombolysé par rt-PA intraveineux, par rapport aux infarctus non thrombolysés. Cette moindre sévérité serait liée à l'augmentation de fréquence des aphasies non sévères (aphasie de conduction essentiellement) après la thrombolyse, et doit inciter à proposer largement la thrombolyse aux patients aphasiques éligibles.

Communication orales médicales

Vendredi 25 novembre 2011 - 9h40 : 9h50

Déterminants de la dépression post-AVC : enquête en vie quotidienne et neuroimagerie

Saïoa LAGADEC (1) - Joël SVENDSEN (1) - Pauline RENOU (2) - Olivier FLEURY (2)

Bixente DILHARREGUY (3) - Michèle ALLARD (3) - Igor SIBON (4)

(1) Institut Neurosciences Cognitives et Intégratives d'Aquitaine (INICIA), CNRS UMR 5287

(2) CHU Bordeaux, Pôle de Neurosciences Cliniques, Hôpital Pellegrin 33076 Bordeaux cedex

(3) Institut Neurosciences Cognitives et Intégratives d'Aquitaine (INICIA), CNRS UMR 5287

(4) CHU Bordeaux, Pôle de Neurosciences Cliniques, Hôpital Pellegrin 33076 Bordeaux cedex

INTRODUCTION

La dépression est l'une des plus fréquentes manifestations psychiatriques dans les suites d'un AVC. Elle altère la qualité de vie des patients ainsi que leurs capacités de récupération fonctionnelle. Les facteurs prédictifs de la dépression post-AVC (DPA) et ses mécanismes physiopathologiques sont largement méconnus. Notre objectif est d'identifier des facteurs précoces neuropsychologiques et de neuroimagerie prédictifs d'une DPA 3 mois post-AVC.

METHODES OU OBSERVATIONS

Furent inclus dans cette étude des patients présentant un premier AVC, sans antécédents neurologique ou psychiatrique. La sévérité des symptômes dépressifs a été évaluée par l'échelle d'Hamilton à 10 jours et 3 mois post-AVC. Une évaluation des symptômes dépressifs en vie quotidienne par la méthode d'échantillonnage des expériences (ESM) fut menée sur une période de 7 jours à 10 jours post-AVC et analysée à l'aide du logiciel HLM. Une IRM cérébrale avec séquence d'IRM fonctionnelle de repos fut réalisée à 10 jours de l'AVC afin d'évaluer les modifications de connectivité fonctionnelle au sein du réseau en «default mode» (DMN). Le lien entre intensité des symptômes dépressifs et modifications fonctionnelle du DMN fut exploré à partir du logiciel SPM5.

DISCUSSION

L'évaluation ESM a identifié la fatigue et l'anhédonie comme déterminants de la sévérité des symptômes dépressifs mesurés à J10. Une forte réactivité émotionnelle, des pensées négatives et une humeur anxieuse sont associés à une sévérité plus importante de la DPA à 3 mois. Ces données soulignent l'importance des facteurs psychologiques dans le risque de DPA. L'IRMf a identifié le rôle du cortex temporal moyen gauche dans la DPA, une connectivité fonctionnelle réduite avec le DMN à J10 étant associée à une sévérité accrue des symptômes dépressifs à 3 mois. L'approche multimodale, IRMf et ESM a démontré une relation entre réactivité au stress et connectivité fonctionnelle au sein du cortex temporal moyen, suggérant une altération du contrôle émotionnel dans la survenue de la DPA.

CONCLUSION

L'intensité de la réactivité émotionnelle des patients dans les jours suivant un AVC est un facteur déterminant de la sévérité des symptômes dépressifs à 3 mois. Celle-ci est modulée par le degré de connectivité au repos du cortex temporal moyen avec le DMN. Les mécanismes contribuant à l'altération fonctionnelle de ce réseau sont incertains. L'apport de l'ESM et IRMf dans l'évaluation des antidépresseurs au cours de la DPA est à déterminer.

Communication orales médicales

Vendredi 25 novembre 2011 - 9h50 : 10h00

Etude GRECOG-VASC : un point d'étape

Olivier GODEFROY - Claire LECLEROQ - LDAS - Hervé DERAMOND - Martine ROUSSEL - GRECOG-VASC

INTRODUCTION

Le GRECOG-VASC a été créé afin (1) de réaliser une adaptation française de la batterie standard pour le diagnostic des troubles cognitifs vasculaires proposée par le NINDS et CSN, (2) de normer les tests cognitifs, (3) de valider la batterie et (4) d'examiner les déterminants des troubles cognitifs postAVC. Cette communication rapporte la progression de nos travaux.

METHODES OU OBSERVATIONS

(1) adaptation française de la batterie : le comité neuropsychologique a proposé des tests les plus proches du protocole original et leur sélection a été finalisée durant 3 réunions de consensus ; (2) normalisation: les participants sont enrôlés selon la méthode du GREFEX ; (3) validation : patients (40-80 years) consentant avec AVC aigue objectivé par l'imagerie et sans critère d'exclusion (absence d'informant, condition affectant la cognition, contraindication à l'IRM) étaient inclus à la phase aigue (UNV) et évalués à 6 mois avec la batterie neuropsychologique et l'IRM.

DISCUSSION

Résultats (1) la plupart des tests était similaire à la batterie originale excepté la mémoire (RI-RL16) et les Temps de Réaction déjà validés dans l'AVC. Nous avons déterminé l'intérêt du MoCA par rapport au MMSE comme test de repérage et de l'entretien structuré par grader le score de Rankin ; (2) la normalisation et la (3) validation ont commencé en octobre 2010 et ont inclus (au 1^{er} juillet 2011) 230 participants sains et 96 patients au stade aigue, dont 66 ont été examinés à 6 mois. Les principales caractéristiques en seront présentées.

CONCLUSION

La progression de l'étude est conforme aux prévisions et est superposable à celle de l'étude nord américaine.

Communication orales paramédicales

Jeudi 24 novembre 2011 - 10h00 : 10h15

Quelle réalimentation proposer aux patients en phase aiguë d'accident vasculaire cérébral (AVC) ? Elaboration d'un test

Alexandra DELAMOUR (1) - Pascale BESSARD (1) - Sylvia BUET (2) - Emmanuelle DAVID (1)

Sandrine DO ESPERITO (3) - Yann LHERMITTE (1)

(1) Centre Hospitalier Marc Jacquet Melun Service de médecine polyvalente

(2) Centre de Rééducation et de Gériatrie BTP RMS Pontault Combault

(3) Centre Hospitalier Marc Jacquet Melun-Service des Urgences

INTRODUCTION

Après un AVC, près d'un patient sur deux a des troubles de déglutition responsables de pneumopathies d'inhalation et d'une augmentation de la mortalité. De nombreux tests de dépistage existent mais aucun n'informe sur la texture alimentaire à proposer au patient. L'objectif de l'étude est d'évaluer un nouveau test permettant une adaptation précise de l'alimentation pour limiter les fausses routes et leurs conséquences.

METHODES OU OBSERVATIONS

Analyse prospective du mois de Février au mois d'Avril 2011 de patients victimes d'un AVC, pris en charge dans un service de médecine polyvalente et suspects de troubles de déglutition. Le test réalisé dans les 48 heures suivant l'hospitalisation comporte : 1) une évaluation de la vigilance, de la compréhension et de la motricité oro-pharyngée, 2) un examen de la déglutition d'un bolus d'eau décliné sous trois textures différentes: eau plate, épaissie fluide et épaissie épaisse. L'ensemble des items est coté et permet de définir un score qui, intégré dans un algorithme décisionnel, détermine le type de réalimentation. Le nombre de pneumopathies pendant l'hospitalisation ainsi que la corrélation entre les items cliniques des tests et la présence de fausses routes franches sont évalués.

DISCUSSION

Vingt trois patients consécutifs (13 femmes) ont été inclus dans l'étude. L'âge moyen était de 73 ans. Pour 19 patients (84%) l'AVC était de nature ischémique. La durée moyenne d'hospitalisation était de 13 jours. La mise en œuvre de l'algorithme proposé a été systématique. Un seul patient a été victime d'une pneumopathie au cours de l'hospitalisation. L'analyse multivariée montre une corrélation positive entre la présence d'un bavage, d'une mobilité mandibulaire réduite, de praxies linguales faibles, d'un temps maximum de phonation inférieur à 5 sec, d'une toux volontaire abolie et la présence de fausses routes franches à l'eau plate. Néanmoins, une évaluation du transfert de ces résultats sur une plus grande population et auprès de personnels paramédicaux non formés reste nécessaire.

CONCLUSION

Ce test normalisé et reproductible apparaît être un élément important dans la prévention des complications liées aux troubles de la déglutition en phase aiguë. Il s'avère un outil d'utilisation simple et rapide permettant aux équipes de prendre une décision de réalimentation adaptée et précise.

Communication orales paramédicales

Jeudi 24 novembre 2011 - 10h15 : 10h30

Prise en charge des troubles de la déglutition

Emmanuelle FURCIER (1)
(1) Hôpital Hautepierre, Strasbourg

DISCUSSION

Dans une UNV, une des problématiques auxquelles l'orthophoniste est confrontée quotidiennement est la dysphagie. Ces troubles de la déglutition dont souffrent souvent les patients ayant un AVC peuvent être à l'origine de complications sévères. Pour une prise en charge efficace, toute l'équipe soignante doit être en étroite collaboration avec l'orthophoniste et donc être formée au dépistage des troubles de la déglutition.

Cette étude propose donc un outil pédagogique dans le but d'acquérir les connaissances nécessaires à la prise en charge des troubles de la déglutition après un AVC et d'améliorer les échanges quotidiens entre orthophonistes, infirmiers et aides-soignants. Nous concluons par l'importance d'une formation continue dans la prise en charge des troubles de la déglutition.

Communication orales paramédicales

Jeudi 24 novembre 2011 - 10h30 : 10h45

Comment réagir face à une Altération de la Voie(x) de Communication ?

Dominique BENICHOU (1)

(1) Nantes

INTRODUCTION

En France, 30 000 personnes victimes d'un accident vasculaire cérébral conservent une aphasie chronique. De survenue brutale, cette perte du langage génère une Altération de la Voie(x) de Communication. Le patient est brutalement projeté dans un autre monde, sans pouvoir exprimer le moindre sentiment.

METHODES OU OBSERVATIONS

Au choc de l'AVC s'ajoutent une perte des repères, une désorientation dans le temps et l'espace, une adaptation forcée à une nouvelle organisation, à de nouveaux visages, de nouveaux horaires... La famille et l'entourage vont devoir gérer au quotidien cette impasse communicationnelle dans laquelle, tous les interlocuteurs se retrouvent.

DISCUSSION

Mais qu'en est-il des soignants?

Bien que préparer à accueillir des situations difficiles, comment adapter son comportement de soignant quand l'expression et/ou la compréhension du patient est déficitaire, voire quasi inexistante à la phase aigüe de l'AVC. Cette relation unilatérale soulève de nombreux questionnements.

Comment chaque soignant, selon sa spécialité va devoir s'adapter pour aider les patients si la compréhension semble inexistante? Comment motiver le patient, le rendre actif et acteur de sa prise en charge? Comment transmettre les informations importantes du quotidien?

Comment s'impliquer de façon adaptée à chaque individu?

Comment le solliciter? Doit-on le faire chanter, répéter, compter à chaque passage dans sa chambre?

Que proposer quand le patient tente de exprimer

CONCLUSION

Face à cette situation inhabituelle, les mots manquent à tous les interlocuteurs et les comportements naturels se perdent au profit de conduites vaines.

Ce bref exposé tentera d'apporter des réponses et des pistes pour une retrouver une relation la plus naturelle possible.

Communication orales paramédicales

Jeudi 24 novembre 2011 - 10h45 : 11h00

La pratique de kinésithérapie dans les Unités Neurovasculaires en France

Simone BIRNBAUM (1)

(1) Service de neurologie et neurovasculaire, Groupe Hospitalier Paris Saint Joseph

INTRODUCTION

Que faisons-nous en tant que kinésithérapeute aujourd'hui dans une UNV en France? L'objectif de cette étude pilote est de faire un état des lieux, d'étudier plus en détail l'activité des kinés au sein d'une UNV, d'analyser s'il y a des différences de pratique, de connaître le profil des kinés et de comparer la pratique actuelle avec les recommandations existantes. L'hypothèse principale est que la prise en charge est hétérogène.

METHODES OU OBSERVATIONS

Etude transversale descriptive effectuée sous forme d'un sondage auprès d'un échantillon de kinésithérapeutes qui travaillent dans des UNVs à travers la France (et pour lesquels une adresse mail a été fournie - base de données a été créée avec l'aide de la Sfnv). L'étude a été réalisée entre Avril et Octobre 2011. Avis favorable de la CNIL 13/06. Il s'agit d'un auto-questionnaire (anonyme) envoyé avec un lien sur internet. Cette enquête interroge les kinés sur leur profil, leur pratique et sur l'organisation des UNV. La majorité des questions sont fermées, soit dichotomiques (réponse par oui/non) soit par choix multiples. Une analyse statistique des données n'a pas eu lieu. Les données ont été analysées de façon descriptive et quantitative.

DISCUSSION

Taux de réponse: 72%. Profil kiné: 86% diplômé en France, 7% en Belgique et 7% en Espagne. Expérience dans une UNV relativement courte. Pour une semaine ouvré 50% des kinés prennent en charge des patients dans les premières 24heures. Une séance par jour est effectuée par tous avec une durée variable. Pas de consensus sur le positionnement du membre supérieur. Type de rééducation variable. Bilan est réalisé par 73% dont 38% utilisent des échelles validées (pas de consensus des échelles). 9% lisent la littérature sur des UNV et/ou AVC une fois par semaine (23% une fois par mois). 72% service de garde samedi et dimanche mais 80% exclusivement kiné respiratoire. Disparité des effectifs kiné dans des UNV différentes. Cette étude pilote nécessiterait d'être approfondie et élargie à un échantillon plus large.

CONCLUSION

Le kiné ne représente qu'une partie de l'équipe. Sans minimiser le travail indispensable de l'équipe pluridisciplinaire, il est essentiel que notre profession réfléchisse sur les problématiques spécifiques de notre pratique dans une UNV afin d'évoluer avec les avancées dans le domaine et d'en faire bénéficier les pts que nous prenons en charge. Le but final est d'aider au mieux la récupération des pts par une p.e.c optimale, adaptée, à moindre coût.

Communication orales paramédicales

Jeudi 24 novembre 2011 - 11h20 : 11h35

Dossier de soins spécifiques "AVC grave": analyse des situations palliatives

Franck LOUVET (1) - Brigitte YELNIK (2) - Meiwen GUERTON (1) - Jean-Michel CLERIMA (1)

Françoise TOUBLAN (1) - Dominique VARIN (2) - Sophie CROZIER (2)

(1) Service des Urgences Cérébrovasculaires, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière

(2) Unité mobile d'accompagnement et de soins palliatifs, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière

INTRODUCTION

L'AVC est une pathologie grave, avec près de 20% des décès au cours du premier mois et un risque de handicap parfois très sévère. Dans ce contexte, des limitations ou arrêt de certains traitements (LAT) peuvent être discutés. Ces décisions, restent peu étudiées mais posent de nombreuses questions aussi bien aux soignants qu'aux médecins, notamment celles des critères décisionnels et de l'évaluation des besoins des patients dans ces situations.

METHODES OU OBSERVATIONS

Afin d'améliorer la prise en charge de ces patients, nous avons mis en place dans le service un « dossier de soins spécifique AVC graves ». L'AVC grave est défini ici par un score NIHSS > 15. Ce dossier comprend une synthèse de la situation clinique et psycho-sociale du patient, une feuille traçant les décisions argumentées et les dates et synthèses des réunions d'équipe (et avec l'unité mobile de soins palliatifs) pour discuter de la conduite à tenir. L'objectif de cette étude est de préciser, grâce à l'analyse des premiers dossiers (entre septembre 2010 et juin 2011), les situations, les décisions prises, la procédure décisionnelle, les transmissions entre équipes et les symptômes de fin de vie des patients dans ce contexte particulier d'AVC grave.

DISCUSSION

Seize dossiers ont été remplis. L'âge médian des patients était de 77 ans. Le NIHSS médian initial était de 22. Des comorbidités lourdes étaient retrouvées chez 81%. Six patients ont été intubés-ventilés. Les principales décisions de LAT étaient l'absence de massage cardiaque et de réanimation. L'arrêt de la ventilation a été décidé chez 2 patients, et celui de la nutrition et de l'hydratation également chez 2 patients. Le principal argument avancé était le pronostic neurologique (16/16). L'avis du patient (via le témoignage des proches) a pu être recueilli chez 10 patients. La décision était toujours collégiale (en moyenne 6 soignants, médecins ou paramédicaux). Parmi ces 16 patients, 15 sont décédés en cours d'hospitalisation et 1 patient est décédé en soins de suite 1 mois après.

CONCLUSION

Cette étude précise les situations rencontrées et confirment la place du pronostic neurologique dans les décisions de LAT. Les dossiers étaient bien complétés pour la partie médicale, mais moins pour la partie de surveillance soignante. Seuls 16 dossiers ont été remplis alors que durant la même période 35 patients sont décédés. Ceci souligne les difficultés de mettre en place de nouveaux outils et la nécessité, ici, de simplifier ce dossier.

Communication orales paramédicales

Jeudi 24 novembre 2011 - 11h35: 11h50

Organisation de réunions d'éthique dans l'UNV: retour d'expérience

Fabienne RICA (1) - Fanny LAPLANTE (1) - Amandine BOURET (1) - Gilles RODIER (1)

(1) Unité Neuro-Vasculaire, Centre Hospitalier de la Région d'Annecy, 74000 Annecy

(2) Equipe Mobile des Soins Palliatifs, Centre Hospitalier de la Région d'Annecy, 74000 Annecy

INTRODUCTION

Les soignants des UNV sont quotidiennement confrontés à des problèmes éthiques tout particulièrement dans la prise en charge des patients les plus âgés ou des AVC les plus graves. Il nous a semblé nécessaire d'organiser de façon régulière des réunions destinées à réfléchir à des situations d'ordre éthique.

METHODES OU OBSERVATIONS

Ces réunions sont mensuelles et se tiennent en dehors de l'UNV. Y sont conviés tous les soignants qui le souhaitent : cadres de santé, IDE, AS, kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeute, neuropsychologue, psychologue, assistante sociale, médecins... Des intervenants extérieures au service sont parfois conviées lorsque les sujets abordés le justifient: réanimateurs, équipe des soins palliatifs, psychologue, prêtre... Lors de chaque réunion est d'abord exposé un sujet théorique (choisi lors de la réunion précédente) puis sont abordées des retours d'expérience et des situations vécues dans l'UNV. A ce jour 8 réunions ont été organisées avec en moyenne 15 participants. Sont présentes au moins 2 IDE et 2 AS à chaque séance.

DISCUSSION

Les premières réunions ont été consacrées à la limitation et l'arrêt des thérapeutiques actives (LATA). Différents sujets sur ce thème ont été traités : 1) présentation et explication de la loi Léonetti, 2) Conséquences physiologiques de l'arrêt de l'hydratation et de la nutrition (AHN), 3) AHN : le point de vue du psychologue, de la diététicienne, 4) LATA et religions. Les soignants du service de réanimation sont venus nous rapporter leur expérience. Certaines situations de LATA vécues douloureusement dans le service ont été évoquées par les soignants. A la suite de ces réunions il a semblé nécessaire de formaliser une procédure de LATA au sein du service. Un document, élaboré par l'ensemble des participants, permet de tracer la prise de décision de LATA.

CONCLUSION

Les réunions régulières d'éthique au sein de l'UNV apportent une dimension différentes dans le soin des AVC. Elles ont permis une prise de parole plus libre sur des sujets délicats. Nous souhaitons pérenniser cette expérience.

Communication orales paramédicales

Jeudi 24 novembre 2011 - 11h50 : 12h05

Organisation d'un accès facilité à l'imagerie et privilégiant l'IRM pour la prise en charge de patients suspects d'accident vasculaire cérébral dans un centre hospitalier ne disposant pas d'unité neuro-vasculaire

Sophie LEMAITRE (1) - Martine GAULARD (1) - Sabine POURCELOT (1) - Sophie DE LIGNIERES (1) - Joëlle FREDON (1)
Jacques SANSON (1) - Yann L'HERMITTE (2)

(1) Centre Hospitalier Marc Jacquet, Imagerie médicale, Melun

(2) Centre Hospitalier Marc Jacquet, Pôle SAMU-SMUR-Médecine polyvalente-Urgences-Réanimation, projets neuro-vasculaires, Melun

INTRODUCTION

L'accessibilité à l'IRM pour les patients suspects d'accident vasculaire cérébral (AVC) à la phase aigüe est rare (1%). Elle permet pourtant une amélioration de la sécurité diagnostique. Lors de l'alerte initiale, un nombre significatif de patients est pris en charge par des hôpitaux sans unité neuro vasculaire par défaut de place ou d'orientation optimisée. Nous proposons d'organiser un accès facilité à l'IRM dans ce contexte.

METHODES OU OBSERVATIONS

Le travail s'est déroulé en 3 phases entre les mois de Janvier 2011 et juin 2011 au Centre Hospitalier Marc Jacquet (CHMJ) de la ville de Melun (Seine et Marne) et qui dispose d'un scanner H24 et d'une IRM accessible aux heures ouvrables. La première partie du travail a permis d'établir un recensement des ressources techniques, humaines, des pratiques existantes et de leur mise en œuvre et d'identifier les freins à l'accès à l'IRM. Lors de la seconde phase, à l'appui des recommandations de la littérature, les points d'amélioration à envisager et la liste des objectifs organisationnels ont été fixés en partenariat avec les services concernés. Lors de la troisième phase les protocoles ont été réalisés et un modèle organisationnel proposé.

DISCUSSION

Les vacations IRM sont assurées par 8 manipulateurs et 5 radiologues. Les durées de réalisation sont: 4 minutes pour un TDM non injecté, 15 minutes pour l'IRM. Les séquences IRM sont en cohérence avec la littérature. L'évaluation des vaisseaux intracrâniens est réalisée par une injection de gadolinium pour certains. Les contraintes de l'IRM ne sont pas suffisamment évaluées en amont dans les services et impactent sur l'organisation. Les plages d'IRM pédiatrie ne permettent pas une mise à disposition rapide de la machine. Nous avons alors établi des protocoles interservices: alerte AVC, préparation du patient, recherche de contre indication notifiée sur les bons, accès systématisé au site MRIsafety. Lors des vacations pédiatriques, les patients seront orientés vers le scanner.

CONCLUSION

L'accès facilité à l'IRM pour la prise en charge de patients suspects d'AVC à la phase initiale est essentielle. Les hôpitaux recevant les patients qui n'ont pas, ou ne peuvent être orientés vers une UNV doivent pouvoir optimiser cet accès en protocolisant cette prise en charge. Une nouvelle phase du travail doit pouvoir évaluer l'impact clinique de tels modèles.

Communication orales paramédicales

Jeudi 24 novembre 2011 - 12h05 : 12h20

La rétention urinaire à la phase aiguë de l'AVC

Emilie DOUSSET (1)
(1) CHU de Nantes

INTRODUCTION

Dans le cadre du DIU paramédical de Pathologie Neurovasculaire et exerçant depuis cinq ans en tant qu'infirmière en UNV, j'ai décidé d'effectuer un travail sur la prise en charge de la rétention urinaire à la phase aiguë de l'AVC pour laquelle il n'y a pas de recommandations clairement établies à ce jour.

METHODES OU OBSERVATIONS

J'ai effectué une étude pendant quatre mois dans l'unité, deux mois de recueil de données (constat) et d'observation des pratiques, puis j'ai analysé les données recueillies et établi un protocole validé par les neurologues et les médecins rééducateurs du CHU de Nantes et mis en place dans l'unité pendant deux mois, puis de nouveau j'ai analysé les résultats pour en voir l'efficacité. Le but étant de répertorier les patients qui ont nécessité la pose d'une sonde à demeure(SAD)et d'étudier les conditions de la pose, ceci afin d'éviter la pose trop systématique de la sonde urinaire chez les patients victimes d'AVC que ce soit ischémiques et hémorragiques. J'ai ainsi mis en place à la fois un protocole pour la surveillance urinaire et un catalogue mictionnel.

DISCUSSION

Par le biais de ce protocole on remarque que la pose des SAD est toujours justifiée, la tolérance d'un résidu post mictionnel selon des conditions précises et définies dans le protocole permet une amélioration spontanée dans certains cas. Selon certains critères précis on remarque que la SAD n'est pas la solution adaptée au problème de rétention urinaire et que certains types de patients sont plus à risque que d'autres de présenter des troubles vésico-sphinctériens à la phase aiguë de l'AVC. Le travail permet aussi de mettre en évidence l'intérêt du bladder scann, de la mise en place d'un catalogue mictionnel dans le dossier de soins infirmiers et d'une surveillance précise et claire de l'élimination urinaire des patients.

CONCLUSION

Ce travail a permis à l'équipe de revoir ses pratiques et d'améliorer la prise en charge des patients et la qualité des soins. Les troubles vésico-sphinctériens peuvent dégrader la qualité de vie des patients et entraver la rééducation. Une surveillance bien conduite et un protocole adapté évitent la pose de SAD de façon significative et ainsi toutes les complications qui y sont liées.

Communication orales paramédicales

Vendredi 25 novembre 2011 - 8h30 : 8h45

“Hémisphère” : logiciel d’aide au positionnement du patient post AVC

Simone Birnbaum (1) - Béangère Nguyen-Thuyet (1)

(1) Neurologie et neuro-vasculaire - Groupe hospitalier Paris Saint Joseph

INTRODUCTION

Le positionnement fait partie de la prise en charge du patient dans la phase aiguë post AVC. Nous avons pu observer que le personnel soignant travaillant au sein des UNV n'est pas toujours formé. Sensible à cette problématique, nous avons cherché un support visuel pour aider les différents acteurs dans la rééducation et la prise en charge de ces patients. Voici comment est né le projet PRO-SITION qui donna par la suite le logiciel «hémisphère».

METHODES OU OBSERVATIONS

Projet constitué de 2 parties (réalisées en parallèle)

1ère partie: Questionnaire et formation. Questionnaire écrit avec support power point. Capacité requise: appréciation de l'installation du patient, analyse de cette installation, capacité de la modifier afin d'obtenir une installation optimale. Le public concerné: tous personnel soignant du service neuro-vasculaire. Formation: Après interprétation du questionnaire, une formation sera mise en place avec une partie théorique et une mise en pratique. Evaluation de la formation avec le questionnaire de départ.

2ème partie: Logiciel «hémisphère»: Création d'un logiciel permettant la réalisation de supports visuels d'aide au positionnement individuel et adapté aux besoins et aux capacités du patient.

DISCUSSION

Notre projet est actuellement en cours de réalisation.

Pour la première partie, l'analyse des données n'est pas encore complète. Cependant, nous pouvons vous présenter les premiers résultats de notre questionnaire. La formation du personnel est prévue pour la fin 2011. Le logiciel est en passe d'être terminé. Nous avons été énormément sollicité par les professionnels ayant complété le questionnaire. Nous avons pu observer l'enthousiasme et la prise de conscience de chacun envers l'importance du positionnement du patient.

CONCLUSION

A ce jour, il n'y a pas de protocole de positionnement testé et validé. Il y a de très nombreuses divergences. A distance, il serait intéressant d'étudier les répercussions de la mise en place de cet outil au sein de l'UNV. Nous serons ravis de partager notre outil de travail avec les autres UNV. Ce travail est financé par la bourse «Laurie», avec la participation de France AVC et de la SFNV.

Communication orales paramédicales

Vendredi 25 novembre 2011 - 8h45 : 9h00

Mise en place d'une fiche de liaison kinésithérapique adaptée à la phase aigüe de l'AVC. Démarche participative d'amélioration des pratiques de soins dans le cadre des IPC de l'HAS

Sophie MAGERMANS (1)

(1) UNV du Centre Hospitalier de la Côte Basque

La filière de soins neuro-vasculaire comporte plusieurs particularités.

En effet, cette filière s'étend sur une longue durée; entre la phase pré-hospitalière et le retour à domicile, il se passe plusieurs mois.

Deuxième point, les structures de soins aigu sont souvent dissociées des soins de suite.

Troisièmement, de nombreuses professions médicales mais aussi paramédicales sont impliquées tout au long de cette filière.

La qualité de PEC du patient victime d'un AVC résulte de nombreux paramètres au cours du parcours de soin.

La nécessité de garantir, de mesurer, d'uniformiser les pratiques de soins aux différentes étapes de la filière a engendré un travail de l'HAS avec une quinzaine de spécialités médicales et paramédicales. Ce travail abouti à la création de 41 indicateurs de pratique clinique répartis tout au long du parcours du patient.

Pour ce travail de fin de DU, je tenais à réaliser une amélioration de ma pratique quotidienne au sein de l'UNV mais aussi un travail orienté vers la filière d'aval.

J'ai donc suivi les deux indicateurs de l'HAS concernant ma phase de travail.

IPC n°13: taux d'évaluation, bilan-diagnostic, de mise en oeuvre d'une rééducation adaptée.

IPC n°25: taux de prise de contact avec l'intervenant libéral si sortie directe au domicile.

Pour améliorer ce taux, j'ai dans un premier temps élaborer une fiche d'évaluation et de liaison kiné que j'envoie systématiquement à mon confrère d'aval.

Dans un deuxième temps, j'ai pris contact avec de nombreux confrères de la filière d'aval pour avoir une lecture critique de mon outil de liaison et démarrer une concertation professionnelle dans un but d'optimisation de nos pratiques.

Les résultats sont très intéressants et encourageants pour le rapprochement des ressources entre la ville et l'hôpital.

Communication orales paramédicales

Vendredi 25 novembre 2011 - 9h00 : 9h15

Anxiété, activité électrodermale et mémoire de travail selon le profil émotionnel et lésionnel de patients en phase aiguë d'un AVC en comparaison de sujets sains

Antoine GROSDÉMANGE (1) - Xavier DUCROCQ (2) - Steffie COLLE (3) - Elodie BONEL (3) - Vincent MONFORT (4)

(1) Laboratoire InterPsy Université Nancy2 - (2) Service de Neurologie, CHU de Nancy

(3) Université Charles de Gaulle Lille3 - (4) LASC - Emotions Actions (Université de Metz)

INTRODUCTION

L'anxiété peut perturber les performances de mémoire de travail verbale et visuospatiale (Eysenck et al., 2007). Dans ce cadre, cette étude visait à déterminer les liens entre anxiété et mémoire de travail chez 24 patients victimes d'un AVC en comparaison avec 24 sujets témoins appariés en âge, sexe et niveau socio-culturel et ce, en fonction du profil émotionnel (trait d'anxiété, dépression, alexithymie, apathie, manie) et lésionnel des sujets.

METHODES OU OBSERVATIONS

Les sujets ont réalisé en alternance des tâches de Stroop et de N-back verbal et visuospatial au cours d'une situation neutre et d'une situation anxiogène. En situation anxiogène, les sujets ont effectué la version interférente de la tâche de Stroop tout en étant filmés et soumis à une pression temporelle associée à des feedbacks sonores en cas d'erreurs commises. Des mesures de l'état d'anxiété (STAI-YA – Spielberger, 1983) et de l'amplitude de l'activité électrodermale (AED) ont été réalisées tout au long du protocole. Les patients et les témoins ont manifesté une augmentation de l'état d'anxiété et de l'AED en situation anxiogène. Cette augmentation est associée à une dégradation des performances de mémoire de travail en modalité verbale dans les deux groupes en situation anxiogène.

DISCUSSION

La chute des performances de mémoire de travail verbale suggère la présence de ruminations mentales à l'origine d'effets délétères sur la boucle phonologique (Eysenck et al., 2007), présents à la fois chez les patients et les témoins. Cependant, les liens entre anxiété et mémoire de travail apparaissent plus forts chez les patients. Ces différences sont encore plus marquées si l'on prend en compte la variable âge qui module les relations anxiété mémoire de travail uniquement chez les patients. Les différences objectivées entre les patients et les témoins concernant les relations entre état d'anxiété, AED et mémoire de travail seront discutées en tenant compte du profil émotionnel (trait d'anxiété, dépression, alexithymie, apathie, manie) et lésionnel des patients.

CONCLUSION

L'anxiété contribue dans une plus forte mesure aux performances de mémoire de travail chez les patients en comparaison des témoins. L'attention portée au caractère anxiogène de certains tests neuropsychologiques (e.g. Stroop) et de son impact sur la mémoire de travail souligne la nécessité d'une meilleure prise en compte de l'anxiété (état & trait) dans l'évaluation neuropsychologique contribuant au diagnostic des démences (Van der Linden, 2007).

Communication orales paramédicales

Vendredi 25 novembre 2011 - 9h15 : 9h30

Isolement après un AVC : appréciation du patient et de l'aidant et impact des actions associatives dans le cadre des IPC de l'HAS

Nathalie AUDRY-LERAY (1) - Emilie VIBERT (2) - Aurélie DUMAS (1) - Hervé PERARD (1) - Catherine DE RECHNIEWSKI (1)
Gwenéelle RUNAVOT (2) - Denis SABLOT (2)

(1) Service de Réadaptation fonctionnelle, Centre hospitalier de Perpignan

(2) Service de Neurologie, Centre hospitalier de Perpignan

INTRODUCTION

Les études évaluant la qualité de vie lors du retour à domicile après un AVC font souvent ressortir l'isolement du patient et/ou de l'aidant. Cet isolement a rarement été étudié spécifiquement et les moyens de le rompre sont méconnus.

METHODES OU OBSERVATIONS

Un questionnaire a été envoyé par courrier à 800 patients victimes d'un AVC invalidant dans les 3 ans précédents. Ce questionnaire évaluait le ressenti des patients face à leur isolement depuis leur retour à domicile. Il leur est demandé de sélectionner et de hiérarchiser des activités (peinture, cuisine, informatique, groupe de parole, activité mémoire...) qui leur paraîtrait les plus adaptées pour rompre cet isolement.

Dans un deuxième temps, deux activités ont été proposées (atelier peinture et activité mémoire) sous la forme de sessions hebdomadaires ouvertes aux adhérents et familles de l'association. Au terme d'une année d'exercice, une évaluation portait sur la qualité de vie (MOS SF-36), et l'impact de ces activités sur leur isolement.

DISCUSSION

Qu'il soit médical, familial ou social, le sentiment d'isolement est souvent exprimé dans le ressenti des patients ou aidants victimes d'un AVC. Paradoxalement, l'adhésion à une association de patients ou la participation à des activités n'est pas toujours considérée comme une solution pour rompre cet isolement. En revanche, les patients participant à ces activités les considèrent comme essentielles pour créer un environnement social permettant de rompre l'isolement.

CONCLUSION

L'objectif est d'évaluer l'isolement social, familial, psychologique et d'appréhender les actions d'associations de patients les plus pertinentes pour limiter cet isolement; ceci dans le but de mieux coordonner ces actions avec les préoccupations des patients et/ou de leur entourage.

Communication orales paramédicales

Vendredi 25 novembre 2011 - 9h30 : 9h45

Faisabilité et impact d'une psychothérapie de soutien après AVC : étude PS- POST AVC

Valérie BENOIT COSTE - Sylvain LACHAUD - Marie-Hélène MAHAGNE

INTRODUCTION

La dépression est une complication fréquente des accidents vasculaires cérébraux et serait associée à un pronostic vital, fonctionnel et cognitif péjoratif. L'efficacité du traitement curatif (médicamenteux ou psychologique) est controversée. Ainsi, nous émettons l'hypothèse qu'un suivi psychologique précoce pourrait prévenir l'apparition d'un syndrome anxio dépressif post AVC et ses conséquences.

METHODES OU OBSERVATIONS

Il s'agit d'une étude pilote monocentrique longitudinale réalisée auprès de patients consécutifs hospitalisés pour infarctus cérébral dans l'Unité Neuro Vasculaire du CHU de Nice. L'objectif principal est d'évaluer la faisabilité (taux d'acceptation par les patients) d'une prise en charge psychologique précoce après AVC par psychothérapie de soutien. Les objectifs secondaires viseront à en apprécier l'impact sur les symptômes anxieux et dépressifs, la qualité de vie et la récupération fonctionnelle (échelles fonctionnelles « Index de Barthel » et « score de Rankin » à trois mois et six mois).

DISCUSSION

Cent sept patients consécutifs présentant un infarctus cérébral ont été screenés. Seuls trente et un répondaient aux critères de non exclusion. Le taux de patients ayant acceptés de participer à l'étude est faible (trois patients). En revanche, le taux de disponibilité des structures et du personnel nécessaires à la réalisation du suivi était satisfaisant. Le fonctionnement de l'UNV de Nice permet la mise en place d'une aide psychologique précoce mais les patients semblent l'investir difficilement. Nous discuterons des paramètres liés à l'étude et des processus psychiques impliqués en post AVC immédiat qui peuvent expliquer le refus de participer à l'étude.

CONCLUSION

La psychothérapie de soutien permet une approche non médicamenteuse et innovante du syndrome anxiodépressif post AVC. Cependant, certains processus psychiques rendent difficiles son acceptation en phase aiguë de l'AVC. Une évaluation à une phase plus tardive devra être envisagée.

Communication orales paramédicales

Vendredi 25 novembre 2011 - 9h45 : 10h00

Cohorte rétrospective de 117 infarctus cérébraux ou AIT et de 54 hématomes intra-cérébraux hospitalisés en 2010 sur l'UNV de La Rochelle

Emmanuelle JACQUELIN (1) - Xavier VANDAMME (1) - Isabelle MERESSE (1)

(1) UNV Centre Hospitalier de La Rochelle

INTRODUCTION

Dans le cadre de ce mémoire j'ai souhaité plus particulièrement m'intéresser aux traitements anticoagulants puisqu'il me semblait que ces traitements étaient souvent mal connus par les patients et par leur entourage

- Les patients sous anti-vitamine K (AVK) connaissent-ils leur traitement et les risques inhérents?
- Apportons-nous une information suffisante quant à ces traitements?

METHODES OU OBSERVATIONS

Pour essayer de répondre à cela il convenait, dans un premier temps, d'étudier les patients hospitalisés dans le service pour AVC ischémique et AIT concernés par la prise d'AVK (patient sous AVK ou ayant une indication aux AVK) entre le 1er janvier 2010 et le 31 décembre 2010. Il convenait par ailleurs, de s'intéresser également aux patients pris en charge pour hématome cérébral pendant la même période afin d'évaluer le risque hémorragique des patients sous AVK.

Dans un second temps, il a fallu procéder à l'analyse des résultats de cette étude et en présenter les différentes problématiques tout en s'appuyant sur les données de la littérature; ceci conduit vers une troisième partie où est évoquée la place de ce traitement dans la prévention secondaire des AVC par AC/FA.

DISCUSSION

Concernant les patients souffrant d'un AIC, on note que seulement 53% des patients ayant une ACFA connue étaient traités par AVK (31 patients). Ce qui est particulièrement intéressant à noter ici est la proportion de patients sous anti-coagulés c'est-à-dire 67,7% des patients sous anti-vitamine K, avec seulement 6 INR à l'entrée sur 31 qui étaient dans la zone thérapeutique requise.

Ceci montre que trop peu de patients bénéficient du traitement de prévention optimal pour leur ACFA, avec une sous utilisation des AVK et que ceux qui sont sous AVK sont souvent mal protégés car mal équilibrés.

Les Accidents Ischémiques Constitués sur ACFA semblent moins sévères chez les patients sous anti-vitamines K puisque le score de Rankin médian est de 1,8 pour ces derniers versus 3 sans traitement.

CONCLUSION

Ainsi, ce travail a été l'occasion de mettre en exergue l'indéniable nécessité d'apporter aux patients traités par AVK une réelle démarche éducative afin qu'ils adoptent et maintiennent un comportement favorable concernant leur santé.

Posters

Session Case Report

Poster n°1

Jennifer ABOAB (1) - Audrey CHARDAIN (1) - Beatrice MARRO (1) - Sonia ALAMOWITCH (1)

(1) Service de Neurologie Hôpital TENON, Paris

Vasculopathie cérébrale à VZV chez une patiente de 44 ans

INTRODUCTION

L'ataxie cérébelleuse, l'atteinte méningo-radulaire ou encore la névrite optique sont les complications neurologiques bien connues du Varicella-Zoster Virus (VZV). Les vasculopathies constituent des complications plus rares, elles sont dominées par l'atteinte souvent concomitante des artères de moyen et gros calibre, associées à des lésions ischémiques cérébrales.

METHODES OU OBSERVATIONS

Une femme de 44 ans, greffée rénale, présentait brutalement des céphalées, un ptosis et une diplopie avec à l'examen un III gauche intrinsèque et extrinsèque. A J1, apparut une éruption zostérienne dans la zone de Ramsay Hunt. L'IRM cérébrale montra un infarctus du noyau lenticulaire gauche et des hypersignaux (HS) FLAIR, nodulaires, corticaux et à la jonction substance grise (SG) - substance blanche (SG) avec à l'angioscanner une dilatation d'une branche de l'artère péri-callosale. Le LCS montra une pléiocytose à 144 éléments (70% lymphocytes), une hyperprotéinorachie à 8,5 g/l. L'évolution fut marquée par une atteinte du VIII, IX, X, XI et cordonale postérieure avec à l'IRM des HS médullaires. La PCR et la sérologie VZV étaient positives dans le LCS. L'évolution sous Aciclovir fut bonne.

DISCUSSION

Nous rapportons le cas d'une patiente, immunodéprimée, avec III douloureux, probablement schémique, suivi d'une éruption zostérienne. L'IRM cérébrale montrait des HS évocateurs de vasculopathie à VZV, et un infarctus cérébral profond lacunaire. Le tableau comprenait également une myélo-radiculite avec atteinte multiple des nerfs crâniens. Le diagnostic a pu être confirmé par la sérologie (IgG) et la PCR dans le LCS. L'atteinte des petits vaisseaux au cours des vasculopathies à VZV est rare. Elle est responsable de lésions parenchymateuses caractéristiques par leurs localisations à la jonction SB-SG et d'allure inflammatoire et/ou démyélinisante sur les études neuropathologiques. On notait ici une dilatation d'une branche de l'artère péri-callosale avec en regard la réaction parenchymateuse.

CONCLUSION

Nous rapportons l'observation d'une patiente immunodéprimée avec atteinte neurologique floride due à une infection par VZV incluant une vasculopathie cérébrale des petites artères. Ce cas souligne que les lésions cérébrales sont multifocales et siègent à la jonction SB-SG, évocatrices du diagnostic. De plus, notre cas éclaire les mécanismes multiples, ischémiques et inflammatoires, des lésions parenchymateuses compliquant ce type de vasculopathie.

Posters

Session Case Report

Poster n°2

Jehanne AASFARA (1) - Fatima IMOUNAN (1) - El Hachmia AIT BEN HADDOU (1) - Wafa REGRAGUI (1)

Ali BENOMAR (1) - Mohammed YAHYAQUI (1)

(1) Service de Neurologie B et de Neurogénéétique, Hôpital des spécialités, Rabat, Maroc.

Accident vasculaire vertébro-basilaire et antiphospholipides

INTRODUCTION

Les accidents vasculaires cérébraux ischémiques (AVCI) constitués et transitoires, représentent la troisième manifestation du syndrome des antiphospholipides (SAPL) après les thromboses veineuses et le livedo reticularis. Ils sont dominés par les AVCI d'origine carotidienne. Nous rapportons un cas de SAPL révélé par un locked in syndrome.

METHODES OU OBSERVATIONS

N°1500/10 Patient de 39ans, ayant comme antécédent une cardiopathie ischémique présenta brutalement une tétraplégie flasque avec atteinte de toutes les paires crâniennes, seule la verticalité du regard fut conservée.

La TDM cérébrale initial était normale et l'IRM cérébrale objectivait des accidents ischémiques récents dans le territoire vertébrobasilaire touchant la protubérance et le mésencéphale.

Les anticorps antiphospholipides étaient positifs à 2 reprises à 12 semaines d'intervalle et le bilan lipidique était sans anomalies.

Le diagnostic d'un SAPL primitif compliqué d'un AVCI était retenu et le patient fut mis sous anticoagulants. L'évolution fut marquée par une amélioration partielle.

DISCUSSION

La prévalence des AVCI secondaires à un SAPL est estimée à 6,8% des cas. La plupart des études rapportent que l'incidence des AIT et des AVCI constitués augmente avec la présence des APL et sont révélateurs de ce syndrome dans 22,9% des cas.

L'association à un infarctus du myocarde chez notre patient pourrait être en rapport avec une augmentation des anticorps anti b2 glycoprotéine de type 1 incriminés dans l'accélération de la survenue de lésions athéroscléreuses par leur interaction avec les LDL oxydés comme cela a été rapporté dans la littérature.

Le territoire carotidien reste le plus touché en cas d'AVCI constitué. L'AVCI vertébro-basilaire dans le cadre des antiphospholipides n'a été qu'exceptionnellement rapporté ce qui représente la particularité de notre observation.

CONCLUSION

Le locked in syndrome est une complication rare mais possible du syndrome des antiphospholipides. Vu la gravité du tableau, une prévention primaire s'impose, impliquant la réduction des facteurs de risque vasculaire mais aussi une recherche étiologique poussée devant tout événement thromboembolique chez un sujet jeune.

Posters

Session Case Report

Poster n°3

Pierre SENERS (1) - Jérôme MAWET (1) - Marie-Germaine BOUSSER (1) - Hugues CHABRIAT (1)

(1) Service de Neurologie, Hôpital Lariboisière, Paris

Crises de migraine avec aura associées à des manifestations ischémiques cérébrales

INTRODUCTION

Les rapports entre la migraine avec aura (MA) et les infarctus cérébraux restent débattus. Nous rapportons deux observations de patients souffrant de crises de MA visuelle depuis plusieurs années ayant présenté un déficit focal brutal évoquant une origine ischémique suivi de manifestations évocatrices d'aura.

METHODES OU OBSERVATIONS

Mr C, 69ans, souffrant de crises de MA visuelle depuis l'enfance présente brutalement une amputation de l'hémichamp visuel droit suivi quelques secondes plus tard d'un scotome scintillant similaire à ses auras habituelles. Il présente une dizaine de fois dans les 3 jours suivants des auras visuelles habituelles. L'IRM cérébrale montre un infarctus récent cortical occipital gauche. Mme E, 56 ans, aux antécédents de MA visuelle, présente 5 minutes après une injection pour sclérose de varices un déficit brachiofacial gauche brutal transitoire immédiatement suivi d'un scotome scintillant, identique à ses auras habituelles, sans infarctus à l'IRM. Dans ces 2 cas, le bilan étiologique extensif trouve pour seule anomalie un foramen ovale perméable (FOP) sans anévrisme du septum interauriculaire.

DISCUSSION

Dans ces deux observations, des manifestations très évocatrices d'aura migraineuse visuelle surviennent au décours d'évènements d'allure ischémique (AIT dans un cas et infarctus occipital avéré dans l'autre). Dans ces deux cas, les patients avaient déjà présenté de nombreuses crises de migraine avec aura visuelle. Les patients souffrant de MA ont un seuil abaissé pour l'apparition de la dépression corticale propagée (DCP). Ces observations suggèrent que chez ces sujets la survenue d'une ischémie cérébrale, qu'elle soit transitoire ou constituée, pourrait favoriser la survenue répétée de la DCP et de crises de MA. La survenue des manifestations neurologiques au décours d'une sclérose de varices et la présence d'un FOP suggèrent dans un cas une éventuelle origine embolique.

CONCLUSION

Ces observations soulignent les intrications entre les manifestations ischémiques cérébrales et la MA, en particulier le rôle favorisant de l'ischémie dans le déclenchement de la dépression corticale propagée.

Posters

Session Case Report

Poster n°4

Fatima IMOUNAN (1) - Jehanne AASFARA (1) - El Hachmia AIT BEN HADDOU (1) } Ali BENOMAR (1) - Mohammed YAHYAOUÏ (1)
(1) Service de Neurologie B et de Neurogénétiq, Hôpital des spécialités, Rabat, Maroc

Maladie de Horton

INTRODUCTION

La maladie de Horton est une affection inflammatoire des parois artérielles qui atteint l'ensemble des territoires vascularisés par le système carotide externe. Sa principale complication est représentée par l'apparition de troubles visuels. Les accidents vasculaires cérébraux sont plus rares au cours de cette maladie. Nous rapportons un cas de maladie de Horton révélé par un accident vasculaire cérébral ischémique vertébro-basilaire.

METHODES OU OBSERVATIONS

N°1320/10 Patient de 73 ans, ayant comme antécédent un œil rouge à répétition et des arthralgies, présenta brutalement une diplopie horizontale associée à des céphalées temporooccipitales intermittentes sans déficit sensitivomoteur. L'examen neurologique objectiva une atteinte bilatérale de la IIIème et VIème paires crâniennes. L'IRM cérébrale a objectivé des AVC lacunaires occipitaux. Le bilan biologique a montré un syndrome inflammatoire avec une VS augmentée et un aspect polyclonal à l'EPP, l'examen ophtalmologique a révélé une neuropathie bilatérale d'allure vasculaire et la biopsie de l'artère temporale était en faveur d'une artérite à cellules géantes. Le patient fut mis sous corticothérapie 1mg/kg/j avec amélioration de la symptomatologie douloureuse et régression des signes neurologiques

DISCUSSION

Les AVC ischémiques transitoires ou constitués sont rares au cours de la maladie de horton. Notre observation illustre un cas d'AVC occipital révélant une maladie de horton. L'infarctus vertébrobasilaire complice moins de 5% des cas de maladie de Horton. Sur le plan physiopathologique il peut s'agir d'une complication de l'athérosclérose par le biais d'une HTA, d'une anomalie du métabolisme glucido-lipidique ou d'un trouble du rythme. Notre cas montre l'efficacité des corticoides à la dose habituellement recommandée dans la forme non compliquée de la maladie. il a été noté dans la littérature une disparition ou régression des signes ischémiques sous traitement corticoides qui un argument de poids dans les artérites de horton des membres pouvant expliquer l'amélioration de notre patient.

CONCLUSION

Les AVC au cours de la maladie de Horton peuvent se compliquer de séquelles neurologiques sévères voire même de décès. L'anticoagulation représente un traitement efficace et bien toléré associé aux corticoides. La recherche des facteurs de risque prothrombotique associés est nécessaire.

Posters

Session Case Report

Poster n°5

Mohamed Imed MILADI (1) - Hanen Hadj KACEM (1) - Emna TURKI (1) - Mariem DAMAK (1) - Amir BOUKHRIS (1)

Imed FEKI (1) - Chokri MHIRI (1)

(1) Service de Neurologie, CHU Habib Bouguiba, Sfax, Tunisie

Agammaglobulinémie compliquée d'un accident vasculaire cérébral : à propos de un cas

INTRODUCTION

L'agammaglobulinémie est un déficit immunitaire primitif dû à un défaut de maturation des lymphocytes B, responsable d'une production défectueuse d'immunoglobulines avec une baisse de l'immunité.

METHODES OU OBSERVATIONS

Mademoiselle S, âgée de 28 ans, hospitalisée pour hémiparésie gauche d'installation brutale dans un contexte fébrile. Dans ses antécédents, on note une agammaglobulinémie congénitale portant sur les IgA. L'examen à l'admission trouvait une patiente somnolente, fébrile à 38,5°C, présentant une hémiparésie gauche totale et proportionnelle. L'auscultation cardiaque montrait un souffle au niveau du foyer mitral. L'imagerie par Résonance Magnétique objectivait des lésions ischémiques artérielles récentes sylviennes droites. L'échographie cardiaque trans-œsophagienne trouvait de végétations au niveau de la valve mitrale. Le diagnostic d'AVC ischémique secondaire à une endocardite infectieuse était retenu. Chez notre patiente avec une bonne évolution sous antibiothérapie et rééducation motrice.

DISCUSSION

L'association AVC ischémique par endocardite infectieuse et agammaglobulinémie avec déficit immunitaire primitif en IgA est très rare; seule quelques cas ont été décrits dans la littérature. Son mécanisme physiopathologique est clair car ce déficit immunitaire favorise les infections dont les endocardites avec végétations responsables d'AVC. Il faut penser à cette association devant toute hémiparésie brutale survenant dans un contexte fébrile chez un patient jeune présentant un déficit immunitaire.

CONCLUSION

L'agammaglobulinémie est souvent responsable d'infections broncho-pulmonaires et prédispose au risque d'infections chroniques par les entérovirus. Son association avec des AVC par endocardite infectieuse est rare. Il faut y penser devant tout AVC ischémique dans un contexte fébrile car le traitement précoce par des antibiotiques adéquat par voie parentérale associée à une bonne rééducation motrice garantit une bonne évolution.

Posters

Session Case Report

Poster n°6

Bernard HUTTIN (1) - Lisa HUMBERTJEAN (1) - Stéphanie BATIER-MONPERRUS (1) - Alexandrine LARUE (1)
(1) Service de neurologie Centre Hospitalier Jean Monnet, EPINAL

AVC ischémique bithalamique chez une patiente jeune : aspects anatomiques, cliniques et neuropsychologiques

INTRODUCTION

L'AVC bithalamique est un infarctus rare dont l'étiologie repose sur une variante anatomique de la vascularisation du thalamus. L'évolution clinique peut être marquée par l'apparition d'une démence vasculaire précoce. Nous exposons le cas d'une patiente jeune chez laquelle nous avons diagnostiqué un AVC bithalamique, qui est actuellement suivie sur le plan neurologique et sur le plan neuropsychologique de façon rapprochée.

METHODES OU OBSERVATIONS

Une patiente de 50 ans est adressée en neurologie pour un bilan de syndrome confusionnel d'apparition brutale rapportée par la famille (désorientation temporo-spatiale importante associée à des comportements inadaptés). A l'admission dans le service, nous constatons des troubles de la mémoire antérograde et rétrograde, un manque du mot et une désorientation temporo-spatiale persistante. Le reste de l'examen clinique est normal. L'IRM cérébrale met en évidence un AVC ischémique bithalamique à prédominance gauche (noyaux dorso-médians).

DISCUSSION

Il a été proposé un suivi neurologique mais aussi en ergothérapie, orthophonie, psychologie et neuropsychologie. A 4 mois, la patiente présente toujours des troubles importants de la mémoire antérograde, de l'attention et des fonctions exécutives associés à des troubles du comportement qui perturbent sa vie quotidienne et gênent la rééducation. En effet, elle présente un défaut d'initiative, des troubles de la régulation de l'humeur, une anxiété et des éléments proches de la dépersonnalisation ou de la déréalisation (avec la sensation d'être dans un rêve dont elle attend de se réveiller). Les sentiments d'identité et de continuité sont mis à l'épreuve par le contexte d'altération de la mémoire et la patiente verbalise un vécu de perte de contrôle et d'incompréhension de ce qu'elle vit.

CONCLUSION

Ce cas rare pose la question de la difficulté de prise en charge des AVC de patients jeunes avec des troubles cognitifs et du comportement invalidants. Ces troubles, aux confins de la neurologie, de la neuropsychologie et de la psychiatrie interrogent, peuvent apporter des éléments de compréhension du fonctionnement thalamique et réaffirment la nécessité d'une réflexion et de prises en charge pluridisciplinaires dans les services neurovasculaires.

Posters

Session Case Report

Poster n°7

Ana COMANESCU (1) - Daniela BINDILA (1) - Olivier ROUYER (1) - Mariana MANISOR (1) - Remy BEAUJEU (2)

Christian MARESCAUX (2) - Valerie WOLFF (1)

(1) Unité Neuro-vasculaire, CHU de Strasbourg

(2) Service de Radiologie A, CHU de Strasbourg

SOS FAV

INTRODUCTION

Spectaculaire Observation de Sauvetage Faute d'Angiographie Valable.

METHODES OU OBSERVATIONS

Les auteurs rapportent l'observation originale de l'apport de l'examen échodoppler des troncs supra-aortiques et transcrâniens dans le bilan d'un infarctus veineux atypique.

DISCUSSION

Une patiente de 59 ans est hospitalisée pour troubles de la vigilance d'apparition progressive depuis 3 mois et d'aggravation récente. Le scanner cérébral montre uniquement des structures vasculaires anormales. L'IRM cérébrale montre des lésions en hypersignal en FLAIR et en diffusion. L'échodoppler des troncs supra-aortiques et transcrâniens montre une diminution des résistances vasculaires et des flux évoquant une fistule artério-veineuse ce qui est confirmé par l'artériographie conventionnelle : il y a une fistule durale artério-veineuse du Torcular. Une embolisation est réalisée lors de la même procédure. L'évolution est favorable sans signe de localisation. La patiente sort au 12^{ième} jour et les contrôles clinique et artériographique à 2 mois sont satisfaisants.

CONCLUSION

L'échodoppler des troncs supra-aortiques et transcrâniens permet d'évoquer des diagnostics rares en pathologie neuro-vasculaire comme une fistule artério-veineuse.

Posters

Session Case Report

Poster n°8

Souhayla AZAKRI (1) - Igor MALDONADO (2) - Florent VERHAEGHE (1) - Alain BONAPE (2) - Isabelle MOURAND (1)
(1) Unité Neurovasculaire Hôpital Gui De Chauliac, Montpellier
(2) Service de Neuroradiologie Hôpital Gui De Chauliac, Montpellier

Occlusion vertébrale symptomatique par compression extrinsèque ostéophytique

INTRODUCTION

La compression extrinsèque des artères cervicales est une cause rare d'AVC ischémique. Nous rapportons un cas d'infarctus vertébrobasilaire(VB) sur occlusion de l'artère vertébrale(AV) droite secondaire à une compression par un ostéophyte. L'imagerie, les mécanismes physiopathologiques et le traitement sont discutés.

METHODES OU OBSERVATIONS

Un homme de 77ans hypertendu et tabagique présenta brutalement une dysarthrie, une hémiparésie et une hémianopsie latérale homonyme gauches. L'IRM cérébrale retrouvait de multiples infarctus du territoire VB droit. L'angioscanner cérébral confirmait l'occlusion de l'AV droite en V1-V2. L'AV gauche était hypoplasique. Après 8 jours d'anticoagulation curative, l'angioscanner montrait une reperméabilisation de l'AV droite avec une sténose focale en regard de l'espace intervertébral C3/C4 due à une compression extrinsèque de l'AV par l'ostéophyte du processus articulaire supérieur de la 4ème vertèbre cervicale. L'artériographie avec clichés dynamiques objectivait une occlusion de l'AV lorsque le patient tournait la tête à droite. Une exérèse chirurgicale de l'ostéophyte a été refusée par le patient.

DISCUSSION

Les infarctus VB par compression artérielle extrinsèque surviennent, en général, lorsque l'artère controlatérale est hypoplasique ou se termine en PICA. Les mécanismes physiopathologiques évoqués incluent des phénomènes hémodynamique ou embolique à partir de thrombus de stase en regard de la sténose. Les symptômes peuvent être déclenchés par certains mouvements de la tête. Chez notre patient, un mécanisme embolique est le plus probable. L'artériographie avec clichés dynamiques sera discutée en cas de sténose focale d'allure compressive sans autre étiologie retrouvée. La prise en charge thérapeutique inclue une décompression chirurgicale ou un traitement conservateur avec limitation des mouvements de la tête.

CONCLUSION

L'intérêt de cette observation est de montrer qu'une compression extrinsèque chronique peut être à l'origine d'infarctus cérébraux. Le diagnostic nécessite une analyse rigoureuse de l'imagerie et une artériographie avec des clichés dynamiques.

Posters

Session Case Report

Poster n°9

Mouna ABBES (1) - Mariem DAMAK (1) - Imed FEKI (1) - Amir BOUKHRIS (1) - Emna TURKI (1)

Mohamed Imed MILADI (1) - Chokri MHIRI (1)

(1) Service de neurologie, hôpital Habib Bourguiba, Sfax

Thrombose veineuse cérébrale et maladie de Crohn (à propos d'une observation)

INTRODUCTION

Les phénomènes thromboemboliques sont des complications classiques de la maladie de Crohn (MC). Ils sont attribués à un état pré thrombotique induit par l'activité inflammatoire de la maladie et surviennent surtout lors des poussées évolutives. Les thromboses veineuses cérébrales (TVC) sont des complications rares et méconnues de la MC pouvant engager le pronostic vital.

METHODES OU OBSERVATIONS

Mlle H.H âgée de 38 ans, est suivie pour maladie de Crohn depuis 1993. La patiente a eu une colectomie subtotale avec anastomose iléo-anale en 1996. Elle a présenté le jour de l'admission une diarrhée glairo sanglante, des céphalées lancinantes, une aphasie et un déficit moteur; suivie de crises tonico-cloniques généralisées. A l'examen, elle était inconsciente, déshydratée avec un syndrome pyramidal franc. Le bilan biologique a montré une anémie à 4g/dl. L'angio IRM cérébrale a conclu à une thrombophlébite cérébrale du sinus sagittal supérieur avec un ramollissement veineux hémorragique du lobe frontal. La patiente est mise sous héparinothérapie à dose curative et puis sous AVK avec bonne évolution clinique.

DISCUSSION

Plusieurs phénomènes contribuent à la survenue de TVC lors de la MC : Une hyperaggrégation plaquettaire, une élévation des taux des facteurs V et VIII et du taux de fibrinogène a été constatée au cours de MC, souvent actives. Un défaut de synthèse ou d'absorption de la vitamine K au niveau de la paroi intestinale entraîne une baisse des taux des facteurs de la coagulation vitamine K dépendant et un déficit en protéine S et en protéine C. L'anémie était un facteur favorisant dans le cas de notre patiente. Bien que Le Scanner cérébral est souvent réalisé en première intention, L'IRM est actuellement la méthode de référence pour le diagnostic de TVC. Le traitement anticoagulant s'impose même en cas d'hémorragie. Le traitement étiologique et symptomatique sont aussi indispensables.

CONCLUSION

Les rares cas de TVC décrits dans la littérature sont survenus chez des malades en poussée digestive et c'était le cas de notre malade. Le diagnostic de TVC doit être évoqué même en cas de signes cliniques mineurs puisque le pronostic dépend essentiellement de la rapidité de la prise en charge thérapeutique.

Posters

Session Case Report

Poster n°10

Emeline BARTH (1) - Deborah GROSSET-JANIN (2) - Bernard BERTRAND (1) - Olivier DETANTE (2)

(1) service de cardiologie CHU de Grenoble, 38700 La Tronche

(2) service de neurologie vasculaire CHU de Grenoble, 38700 La Tronche

Occlusion percutanée de l'auricule gauche en prévention secondaire de l'infarctus cérébral d'origine cardioembolique : 3 premiers cas

INTRODUCTION

Un infarctus cérébral (IC) d'origine cardio-embolique implique une prévention secondaire par anti-vitamine K (AVK). Sa contre-indication fait envisager l'occlusion percutanée de l'auricule gauche (AG)(Holmes et al., Lancet 09).

METHODES OU OBSERVATIONS

Cas 1 : Une femme de 73 ans a présenté un IC sylvien profond droit d'origine cardio-embolique sur fibrillation auriculaire (FA). L'IRM cérébrale montre, en plus de l'IC récent, des cavernomes multiples qui s'inscrivent dans le cadre d'une cavernomatose familiale, la fille de la patiente ayant elle-même présenté un hématome intraparenchymateux sur cavernome.

Cas 2 : Un homme de 74 ans, coronarien, hypertendu, diabétique, aux antécédents de FA traitée quelques mois par AVK puis par double anti-agrégation (Clopidogrel et aspirine), en raison de la survenue d'un infarctus du myocarde, a présenté un hématome intraparenchymateux temporo-pariétal droit. Quelques mois après l'arrêt des antiagrégants, il a présenté un IC sylvien droit d'origine cardio-embolique sur FA. La reprise d'un traite.

DISCUSSION

Description de la technique à partir du 1er cas :

L'ACP correspond à un dispositif auto-expansible qui occlut l'AG par une structure lobaire stabilisée à l'orifice par un disque relié (fig 1). Il est déployé à l'extrémité d'un cathéter 9, 10 ou 13F (selon la taille du dispositif) monté par voie veineuse fémorale jusqu'à l'AG par un abord trans-septal. La procédure est guidée par échocardiographie transoesophagienne (ETO) et par fluoroscopie (fig 2 et 3). La taille et la forme du dispositif sont déterminées en fonction de l'anatomie de l'AG (fig2 et 3). Le tronc coronaire gauche est injecté en fin de procédure pour s'assurer de sa bonne perfusion après fixation du dispositif. Les patients sont placés sous double anti-aggrégation plaquettaire pendant 3 à 6 semaines (aspirine + clopidog).

CONCLUSION

L'occlusion percutanée de l'AG est une technique faisable et prometteuse dans la prévention des IC chez les patients en FA à haut risque embolique.

Posters

Session Case Report

Poster n°11

Julia DURAND-BIRCHENALL (1) - Claire LECLERCQ (1) - Joël DADUK (2) - Pauline MONET-DESLACHE (3)

Olivier CODEFROY (1) - Jean-Marc BUGNICOURT (1)

(1) Service de Neurologie - Hôpital Nord, Amiens - (2) Service de Traitement de l'Image - Hôpital Nord, Amiens

(3) Service de Radiologie - Hôpital Nord, Amiens

Régression des anomalies de substance blanche après un AVC lacunaire

INTRODUCTION

Les anomalies de substance blanche (ASB) sont fréquemment observées sur les IRM cérébrales de patients victimes d'AVC, particulièrement en cas de maladie des petites artères (MPA). Ces lésions semblent refléter un processus progressif et irréversible appelé artériolosclérose. Nous rapportons le cas d'une régression partielle de ces anomalies.

METHODES OU OBSERVATIONS

Un patient de 69 ans, sans antécédent, a présenté un déficit moteur hémicorporel droit soudain. Le score NIHSS à son admission était à 2/42. L'IRM cérébrale montra un infarctus cérébral de type lacunaire dans le bras postérieur de la capsule interne, des microsaignements et des ASB diffuses, en faveur d'une MPA. A 6 mois, le patient était sous prévention secondaire optimale et l'IRM cérébrale mit en évidence une nette régression du volume des ASB mesuré sur la séquence FLAIR par le logiciel MIPAV® : 9184 vs 4527 mm³ respectivement.

DISCUSSION

Dans la MPA cérébrale, les ASB semblent correspondre à une ischémie secondaire aux modifications structurales des petites artères et artérioles cérébrales en rapport avec les facteurs de risque vasculaires. Une autre hypothèse implique la dysfonction endothéliale, à l'origine d'une atteinte de l'autorégulation du débit sanguin cérébral et/ou d'une augmentation de la barrière hémato-encéphalique. Nous discutons des mécanismes potentiels à l'origine de la régression des ASB survenu dans notre cas.

CONCLUSION

Malgré des incertitudes quant aux mécanismes physiopathologiques en cause, ce cas clinique montre que les ASB peuvent régresser après un AVC.

Posters

Session Case Report

Poster n°12

Delphine PEAUREAUX (1) - Lionel CALVIERE (1) - Alain VIGUIER (1) - Nathalie NASR (1) - Vincent LARRUE (1)
(1) Service de neurologie vasculaire, Université de Toulouse, hôpital Rangueil

AVC ischémiques récidivants chez un consommateur de cannabis

INTRODUCTION

La consommation régulière de cannabis pourrait être une cause d'accident vasculaire cérébral ischémique chez le sujet jeune. Nous présentons ici le cas d'un patient de 42 ans consommateur chronique de cannabis, qui a présenté des infarctus cérébraux récidivants associés à l'apparition de sténoses artérielles intracrâniennes multiples.

METHODES OU OBSERVATIONS

M. D. présente en 2010 un infarctus sylvien droit profond. Ses facteurs de risque sont une hypertension artérielle et une consommation intensive et ancienne de cannabis et de tabac. L'angiographie cérébrale par résonance magnétique ne montre aucune anomalie. Le bilan étiologique ne retrouve pas de cause. Le patient présente un nouvel AVC ischémique un an plus tard alors qu'il n'a pas renoncé à sa consommation de cannabis. L'IRM montre une récurrence dans le territoire sylvien et une autre lésion ischémique récente dans le territoire cérébral postérieur. L'ARM révèle des sténoses multifocales des artères intracrâniennes. Trois mois après arrêt de la consommation de cannabis une nouvelle ARM montre la persistance des lésions vasculaires cérébrales.

DISCUSSION

Des études cas-témoins indiquent une association significative entre AVC ischémique et consommation régulière de cannabis. Les mécanismes par lesquels le cannabis pourrait entraîner une ischémie cérébrale ne sont cependant pas connus avec certitude. Des cas de vasoconstriction cérébrale régressive ont été rapportés en association au cannabis. Notre observation évoque une atteinte initiale de la microcirculation, puis des gros vaisseaux.

CONCLUSION

En conclusion, une addiction au cannabis doit être recherchée après un AVC ischémique, même en l'absence d'anomalies des gros vaisseaux à l'imagerie.

Posters

Session Case Report

Poster n°13

Jonathan CIRON (1) - Gaëlle GODENECHÉ (1) - Emilla MARSAC (1) - Marie-Pierre ROSIER (3) - Pierre VANDERMARCO (2) - Jean-Philippe NEAU (1)
(1) Service de Neurologie, CHU Poitiers - (3) Service de Neurologie, CH Niort - (2) Service de Radiologie, CHU Poitiers

Thromboses veineuses cérébrales compliquées d'une fistule artérioveineuse dure : à propos de 3 cas

INTRODUCTION

Les fistules artérioveineuses dures intracrâniennes (FAVDI) sont des communications artérioveineuses siégeant dans l'épaisseur de la dure-mère, le plus souvent au sein de la dure-mère constitutive d'un sinus dural. Le lien entre FAVDI et thrombose veineuse cérébrale (TVC) est complexe : les FAVDI peuvent être une étiologie mais aussi une complication des TVC. Nous présentons 3 cas de TVC compliquées de FAVDI à court ou moyen terme.

METHODES OU OBSERVATIONS

La patiente 1 fait à 51 ans une TVC révélée par une hypertension intracrânienne (HTIC). Elle s'améliore sous traitement anticoagulant mais présente 2 mois plus tard des troubles cognitifs et une récurrence d'HTIC du fait d'une FAVDI. Malgré un traitement endovasculaire, elle garde des séquelles visuelles. Le patient 2 fait à 57 ans une TVC révélée par une HTIC. Il s'améliore sous traitement anticoagulant mais l'HTIC réapparaît en quelques jours à cause d'une FAVDI non présente initialement. Malgré un traitement endovasculaire, il garde des séquelles cognitives et visuelles. La patiente 3 fait à 75 ans une TVC révélée par une HTIC et une crise d'épilepsie. Un an plus tard, de nouvelles crises d'épilepsie révèlent une FAVDI. Malgré un traitement endovasculaire, elle décède en moins d'un mois.

DISCUSSION

Ces 3 cas montrent le polymorphisme clinique des FAVDI qui peuvent se manifester aussi bien à la phase aiguë des TVC, qu'à distance de l'épisode (plusieurs semaines, mois voire années après la TVC). Elles se révèlent volontiers par une réapparition des signes qui avaient permis le diagnostic de TVC, même si une autre présentation clinique est possible, notamment des troubles cognitifs. Ces malformations vasculaires sont accessibles à un traitement qui repose le plus souvent sur des techniques endovasculaires : embolisation par voie veineuse ou par voie artérielle. Malgré une exclusion de la malformation vasculaire, les FAVDI peuvent alourdir le pronostic des TVC en termes de handicap et de mortalité, ce qu'illustrent bien nos 3 cas.

CONCLUSION

Les FAVDI sont le plus souvent idiopathiques. Néanmoins, elles sont parfois liées aux TVC dont elles constituent une complication exceptionnelle. Chez un patient ayant une TVC, il faut savoir évoquer ce diagnostic devant toute aggravation aussi bien à la phase aiguë de la TVC que lors du suivi. Cette aggravation se manifeste souvent par une HTIC et/ou des troubles cognitifs. Le traitement de référence des FAVDI se fait par voie endovasculaire.

Posters

Session Case Report

Poster n°14

Floriane BOUQUET (1) - Julien SAVATOVSKY (2) - Olivier GOUT (1) - Michael OBADIA (1)

(1) Unité Neuro-Vasculaire Fondation Ophtalmologique Rothschild, Paris

(2) Service d'Imagerie Médicale Fondation Ophtalmologique Rothschild, Paris

Accident ischémique transitoire révélant une leuco- encéphalopathie avec calcifications et kystes de l'adulte

INTRODUCTION

La Leucoencéphalopathie avec calcifications et kystes (LCC) est une pathologie rare de cause inconnue dont le diagnostic repose sur l'IRM cérébrale caractérisée par 1) une leucopathie diffuse en hypersignal T2, 2) des calcifications cérébrales asymétriques des noyaux gris et de la substance blanche 3) la présence de kystes. Nous rapportons un cas révélé à l'âge adulte par un accident ischémique transitoire.

METHODES OU OBSERVATIONS

Un homme âgé de 38 ans, originaire de la Réunion, issus de parents consanguins, né prémature fut hospitalisé le 13 janvier 2011 pour une paralysie faciale droite centrale et dysarthrie de survenue brutale durant 24 h. Le reste de l'examen clinique montrait une discrète dysmorphie faciale, une microdactylie et une ichtyose. L'IRM cérébrale retrouvait une leucopathie diffuse supratentorielle, des calcifications parenchymateuses, un kyste paraventriculaire et un hypersignal en diffusion capsulaire interne gauche jouxtant une calcification. L'échodoppler cervical + transcranien, les examens cardiologiques ainsi qu'un bilan biologique complet étaient normaux hormis une thyroïdite d'Hashimoto. L'examen ophtalmologique était normal. Le patient fut traité par aspirine dans l'hypothèse d'un AIT.

DISCUSSION

La survenue brutale des symptômes selon un mécanisme vasculaire est compatible avec la physiopathologie retenue de microangiopathie oblitérante qui peut également atteindre la rétine (syndrome de Coats plus) et le tube digestif. L'examen anatomopathologique retrouve un aspect de télangiectasie et/ou d'angiome prédominant au niveau des capillaires cérébraux. Très peu de cas ont été rapportés chez l'adulte dont un révélé par un accident ischémique cérébral. Dans notre observation l'hypersignal en diffusion persistait sur une IRM cérébrale réalisée à 3 mois et était probablement en rapport avec la calcification. Nous ne pouvons éliminer formellement un mécanisme épileptique.

CONCLUSION

La LCC fait partie des nouveaux syndromes génétiques responsables de vasculopathies cérébrales. Des études sont en cours pour rechercher les gènes impliqués afin de mieux comprendre les maladies de la paroi vasculaire cérébrale.

Posters

Session Case Report

Poster n°15

Séverine DEBIAIS (1) - Bertrand LIOGER (2) - Nicole FERREIRA-MALDENT (2) - Denis SAUDEAU (1) - Bertrand DE TOFFOL (1) - Isabelle BONNAUD (1)
(1) Service de Neurologie, CHRU de Tours - (2) Service de Médecine Interne, CHRU de Tour

Infarctus cérébral du sujet jeune : et si c'était d'origine virale ?

INTRODUCTION

Les étiologies des infarctus cérébraux (IC) du sujet jeune restent indéterminées dans près de 50% des cas. En l'absence d'ATCD personnel ou familial de thrombose, la recherche d'anticorps anti-phospholipides (APL) n'est pas préconisée en première intention. Il existe certaines causes virales de SAPL transitoire, le plus souvent sans traduction clinique. Nous rapportons un cas d'IC dû à un SAPL secondaire à une primo infection à CMV.

METHODES OU OBSERVATIONS

Mr P, 30 ans, sans ATCD ni FRCV, fut admis pour hémiplégie droite et aphasie, avec un score NIH de 24. L'IRM révéla un IC sylvien gauche en diffusion avec un Flair normal, et une occlusion en M2. Il fut thrombolysé 4h après le début des symptômes. L'angioMR éliminait une dissection cervicale, l'ensemble du bilan étiologique était négatif. Le lendemain il était fébrile à 38.5 C, sans point d'appel, avec notion d'une asthénie depuis 7 jours. Le LCR était normal. Il existait un syndrome mononucléosique et une cytolyse hépatique, ainsi qu'un profil sérologique de primo infection à CMV. La recherche d'AC anti-cardiolipides (IgM=69) et d'Ac anti-Beta2Gp1 (IgM>10) s'avéra positive. Deux mois plus tard elle était négative, ainsi que 8 mois après l'IC.

DISCUSSION

Il s'agit d'un cas exceptionnel d'IC dû à un SAPL secondaire à une primo-infection à CMV. Habituellement l'augmentation transitoire des APL associée à certains virus (HIV, VHC) ne s'accompagne pas de manifestation thrombotique, mais certains cas de thrombose veineuse ont été décrits. Un seul cas de thrombose artérielle a été rapporté à ce jour, touchant le membre supérieur.

Chez notre patient, l'hyperthermie sans point d'appel, un contexte d'asthénie, et une mononucléose biologique, nous ont conduit à rechercher une infection virale. Le diagnostic de primo infection à CMV est probablement sous-estimé, notamment devant un tableau de virose peu spécifique et est possible chez un patient immuno-compétent. Dans ce contexte les AVK peuvent être arrêtés après négativation des APL à distance.

CONCLUSION

Les étiologies des IC du sujet jeune restent mal connues, et l'augmentation transitoire des APL associée à une infection virale, bien que rarement symptomatique, doit être connue des neurologues, afin d'adapter le bilan. Au moindre doute (fièvre, anomalie hématologique) un bilan virologique et immunologique doit être demandé. Il permettra de ne pas porter à tort un diagnostic de SAPL et de ne pas laisser sous AVK un patient jeune au long cours.

Posters

Session Case Report

Poster n°17

Ana ETXEBERRIA IZAL (1) - Sarah LONNEVILLE (1) - Sophie JACOBS (1) - Michel GILLE (1) - Matthieu RUTGERS (1)
(1) Cliniques de l'Europe, service de Neurologie, Bruxelles, Belgique

Infarctus cérébral secondaire à une vasculite à Varicella Zoster, révélant une infection à VIH

INTRODUCTION

La prévalence des infarctus cérébraux chez les patients infectés par le virus VIH est de 0.5 à 7%. La découverte d'une infection à VIH à l'occasion d'un infarctus cérébral est exceptionnelle. Nous rapportons une observation d'infarctus cérébral, secondaire à une vasculite à Varicella Zoster (VZV), révélant une infection à VIH.

METHODES OU OBSERVATIONS

Une patiente de 33 ans, sans antécédent, fut admise pour une hémiparésie droite et une aphasie (NIHSS 11). L'IRM cérébrale mit en évidence un infarctus sylvien gauche profond. L'angio-MR du polygone de Willis révéla des sténoses multiples au niveau des segments proximaux et distaux des deux artères sylviennes, suggérant une artérite cérébrale. Des titres élevés d'anticorps anti-VIH et anti-VZV étaient détectées dans le sérum. Les PCR pour le VIH et le VZV étaient également positives dans le LCR. Un bilan étiologique complet exclut toute autre cause d'infarctus cérébral. La patiente fut traitée par anticoagulant, méthylprednisolone, trithérapie antirétrovirale et acyclovir; avec amélioration clinique dans un premier temps. Suite à une dégradation secondaire, du foscarnet fut alors associé.

DISCUSSION

Les infarctus cérébraux chez les patients infectés par le VIH surviennent généralement alors que l'infection à VIH est déjà connue. La vasculite au VIH est une cause potentielle, mais rare. On retrouve plus souvent comme étiologies des co-infections avec vasculite cérébrale (VZV, syphilis, infections fongiques ou mycobactéries); des embolies d'origine cardiaque vu l'augmentation d'endocardites; et une prévalence accrue d'athérosclérose chez les patients traités par antirétroviraux. Dans le cadre des vasculites à VZV, l'infarctus cérébral est le plus souvent sous-cortical car, hormis l'atteinte des artères à large calibre, la vasculite affecte aussi celles de petit diamètre.

CONCLUSION

La vasculite à VZV est une cause connue d'infarctus cérébral chez le patient infecté par le VIH. Elle peut exceptionnellement révéler une infection à VIH. Etant donné les implications thérapeutiques, elle doit être activement recherchée devant tout infarctus cérébral d'étiologie indéterminée.

Posters

Session Case Report

Poster n°18

Aude-Marie GAGNERON (1) - Frédéric PHILIPPEAU (1) - Philippe GRANIER (2) - Anne VIEILLART (1) - Angel-Cristian OLARU (1) - Michel GOUTTARD (1)
(1) Service de Neurologie Centre Hospitalier Fleuryat, Bourg en Bresse
(2) Service des Maladies Infectieuses Centre Hospitalier Fleuryat, Bourg en Bresse

Un cas rare d'artérite syphilitique du tronc basilaire

INTRODUCTION

Les complications neurologiques de la syphilis sont multiples. Il s'agit essentiellement du tabès, de la paralysie générale et de l'atteinte méningo-vasculaire.

METHODES OU OBSERVATIONS

Un patient de 37 ans est adressé en UNV pour une hémiparésie droite, une dysarthrie et un syndrome 1 + 1/2 de Fischer de survenue rapidement progressive. Le score NIHSS était à 16. L'IRM encéphalique montrait un infarctus pontique paramédian gauche et dans le territoire de l'artère cérébelleuse antéro-inférieure gauche. L'angiographie par résonnance magnétique du polygone de Willis retrouvait des sténoses étagées des tiers inférieur et moyen du tronc basilaire. La ponction lombaire ramenait une méningite lymphocytaire. Les sérologies TPHA et VDRL étaient très positives traduisant une syphilis évolutive. La sérologie VIH 1 était positive. Le diagnostic retenu est celui d'artérite syphilitique. L'ARM de contrôle à 2 mois après traitement montre une nette diminution des sténoses artérielles.

DISCUSSION

La syphilis méningo-vasculaire est devenue la complication neurologique la plus fréquente de l'infection syphilitique. Elle est souvent associée à une infection par le VIH qui en modifie l'histoire naturelle. Elle touche généralement les artères intra-craniennes de gros et moyens calibres. Plusieurs cas d'atteinte du tronc basilaire sont rapportés dans la littérature. Le pronostic vital et fonctionnel peut être engagé. Notre observation illustre par ailleurs, le caractère potentiellement réversible des lésions sténosantes sous traitement antibiotique.

CONCLUSION

Une infection syphilitique doit être évoquée devant une ou plusieurs lésions sténosantes des artères intra-craniennes de gros calibres, notamment chez le sujet jeune.

Posters

Session Case Report

Poster n°19

Stéphanie DEMASLES (1) - Marie MIQUEL-CHAUVEAU (1) - Eric BERTANDEAU (1) - Mickael BONNAN (1) - Bruno BARROSO (1)
(1) Unité Neurovasculaire - Centre hospitalier François Mitterrand - Pau

Dissection artérielle cervicale multiple et fausses couches à répétition en rapport avec une hyperhomocystéinémie

INTRODUCTION

L'hyperhomocystéinémie (HHc), facteur prédisposant des dissections artérielles cervicales (DAC), est impliquée dans diverses pathologies gravidiques, dont les fausses couches à répétition (FCR). Définies par la survenue de trois avortements spontanés consécutifs, elles affectent 1% des couples désirant un enfant. Nous rapportons le cas d'une patiente dont le bilan pour FCR révéla une HHc, qui se compliqua d'une dissection carotidienne bilatérale.

METHODES OU OBSERVATIONS

Une femme de 29 ans consulte pour des céphalées rétro-oculaires gauches sans déficit neurologique. L'imagerie par résonance magnétique du parenchyme cérébral est normale. L'angiographie et l'écho-doppler cervicaux montrent une dissection des artères carotides internes post-bulbaires: occlusion en queue de radis à droite et sténose avec hématome pariétal à gauche. Le bilan retrouve une HHc majeure (>50 micromol/L) en rapport avec un déficit en vitamines B9, B12, et la présence à l'état hétérozygote de la mutation C677T de la méthylène tétrahydrofolate réductase (MTHFR). Deux ans plus tôt, un bilan d'infertilité pour trois FCR avait révélé une HHc dont la cause n'avait pas été recherchée. Un traitement par acide folique et enoxaparine avait permis de mener une 4ème grossesse à son terme.

DISCUSSION

Chez notre patiente, les taux élevés d'homocystéine plasmatique s'expliquent par la conjonction de facteurs génétiques et nutritionnels pouvant entraîner de façon isolée une HHc modérée. En cinq ans, elle a présenté trois FCR et deux DAC, pathologies pour lesquelles une association avec l'HHc a été montrée dans des études cas-témoins seulement, sans que les mécanismes physiopathologiques n'en soient incomplètement élucidés. L'HHc provoquerait une dysfonction endothéliale vasculaire et des altérations de la matrice extra cellulaire de la paroi artérielle. Elle augmente le risque vasculaire en général puisqu'elle est un facteur de risque indépendant reconnu d'athérosclérose, d'infarctus du myocarde et cérébraux, et de thrombose veineuse. Une HHc serait présente chez 5% de la population générale.

CONCLUSION

La découverte d'une HHc lors d'un bilan d'infertilité impose une supplémentation vitaminique lors des grossesses ultérieures et une attention particulière chez ces jeunes femmes à risque vasculaire. Il n'y a pas de données sur l'intérêt d'un traitement par vitamines B en prévention de la survenue ou de la récurrence des DAC dans le contexte d'HHc et une supplémentation au long cours n'est pas recommandée en prévention d'un infarctus cérébral.

Posters

Session Case Report

Poster n°20

Stéphane BELTRAN (1) - Séverine DEBIAIS (1) - Jean-pierre COTTIER (1) - Isabelle BONNAUD (1) - Karl MONDON (1)
Alexandra MUSIKAS (1) - Aurélie MARQUE (1)
(1) CHRU bretonneau, Tours

Troubles amnésiques brutaux, une origine ischémique ?

INTRODUCTION

Devant l'apparition brutale de troubles mnésiques isolés, l'ictus amnésique est le diagnostic de première intention, mais des infarctus cérébraux de localisation inhabituelle peuvent «mimer» ce tableau et initialement tromper le clinicien en l'absence d'imagerie cérébrale. Nous rapportons un cas d'infarctus cérébral touchant sélectivement les piliers du fornix révélé par des troubles de la mémoire antérograde persistant plus de 24 heures.

METHODES OU OBSERVATIONS

M. L., 63 ans, diabétique, dyslipidémique et tabagique fut hospitalisé pour «suspicion d'ictus amnésique» atypique. Il avait consulté pour des troubles mnésiques rapportés par sa famille persistants depuis 72 heures. L'examen clinique était normal, le patient était orienté, et rapportait une chronologie des faits récents qui s'avéra fausse après interrogatoire de son entourage. Le bilan neuro-psychologique montrait un syndrome amnésique de type hippocampique et un syndrome préfrontal. Le scanner cérébral était normal mais l'IRM révéla un infarctus des piliers du fornix (hypersignal en Diffusion et en Flair). Le bilan étiologique retrouvait une HTA et un diabète déséquilibré. A 3 mois, il persistait des troubles neuropsychologiques invalidants malgré une normalisation de l'IRM.

DISCUSSION

Nous rapportons un cas rare d'infarctus cérébral se présentant initialement comme un «ictus amnésique», mais sans résolution spontanée. L'interrogatoire du patient n'était pas contributif, la chronologie de faits qu'il rapportait spontanément s'avérant fausse. Le scanner cérébral à J3 était pris en défaut, une ischémie si localisée ne pouvant être mise en évidence que par une IRM cérébrale. Cette présentation était exceptionnelle notamment par la limitation de l'atteinte aux piliers du fornix. Nous comparons les données clinico-radiologiques de notre cas à ceux de la littérature et essayons de les synthétiser afin d'avancer une théorie physiopathologique vasculaire (variation anatomique d'une branche de l'artère cérébrale antérieure).

CONCLUSION

Le clinicien doit connaître ce diagnostic différentiel d'ictus amnésique « atypique ». Le pronostic fonctionnel, souvent défavorable, entraîne parfois une perte d'autonomie. Une prise en charge diagnostique tardive peut faire méconnaître l'ischémie, comme en atteste la normalisation de l'IRM à un mois. Le bilan neuro-psychologique réalisé à la phase aiguë permet de préciser les domaines cognitifs touchés et, à distance, d'évaluer les séquelles.

Posters

Session Case Report

Poster n°21

Jennifer DORIDAM (1) - Chantal LAMY (1) - Fanny DELANGHE (2) - Jean-Paul REMADI (3)

Sandrine CANAPLE (4) - Jean-Marc BUGNICOURT (1) - Olivier GODEFROY (1)

(1) Service de Neurologie, Centre Hospitalier Universitaire Nord, Amiens

(2) Service de Réanimation Neurochirurgicale, Centre Hospitalier Universitaire Nord, Amiens

(3) Service de Chirurgie cardiaque, Centre Hospitalier Universitaire Sud, Amiens

Une cause rare d'infarctus cérébral : le myxome de l'oreillette

INTRODUCTION

Les tumeurs intracardiaques sont à l'origine d'embolie systémique en particulier cérébrale. Elles représentent seulement 0.5% des causes cardiaques des infarctus cérébraux. Le myxome est la tumeur bénigne la plus fréquente situé le plus souvent dans l'oreillette gauche. C'est une cause rare touchant particulièrement le sujet jeune avec un sex ratio de 3 femmes pour 1 homme. Nous rapportons un cas.

METHODES OU OBSERVATIONS

Mlle F., 25 ans, présente une hémiplégie droite et aphasie d'apparition brutale en juin 2011. Le scanner retrouve des signes précoces d'ischémie dans le territoire sylvien gauche (score ASPECT 7). L'artériographie montre une occlusion de la carotide interne gauche supraclinéidienne. Un traitement par thrombolyse intraveineuse, puis in situ complété par une thrombectomie permettent une recanalisation avec persistance d'embolies distaux. L'auscultation cardiaque était normale. Le bilan étiologique retrouve une masse de l'oreillette gauche. Une anticoagulation efficace est instaurée. L'exérèse réalisée à 10 jours confirme le diagnostic de myxome bénin. L'anticoagulation est relayée par de l'aspirine à huit semaines. A trois mois, le score de NIH est de 7 et de Rankin à 3.

DISCUSSION

L'occlusion distale carotidienne aurait pu faire évoquer une dissection chez cette jeune patiente. Le bilan échographique est l'élément clé diagnostique de tumeur intracardiaque. En effet, comme pour Mlle F., les signes généraux peuvent être absents. Si la possibilité d'anévrisme intracrânien secondaire à des embolies tumoraux a fait craindre un risque hémorragique à l'utilisation du rTPA, la littérature retrouve plusieurs cas de thrombolyse par voie intraveineuse d'infarctus sur myxome sans complication. L'exérèse chirurgicale, avec circulation extracorporelle adaptée au risque hémorragique cérébral, semble être le meilleur traitement de prévention secondaire en raison de possibles embolies crurales ou tumoraux. De plus, la morbidité chirurgicale est faible chez ces patients jeunes.

CONCLUSION

Le haut risque de récurrence embolique du myxome impose un diagnostic rapide rendant indispensable le bilan cardiaque précoce dans le bilan étiologique d'un infarctus cérébral. S'il n'y a pas de recommandation thérapeutique, il existe un consensus pour proposer une exérèse chirurgicale, semblant le traitement de prévention secondaire le plus efficace. Le délai reste discuté mais tend à être court, dépendant de l'état clinique du patient.

Posters

Session Case Report

Poster n°22

Jean-Marc BUGNICOURT (1) - Abdulatif AL KHEDR (1) - Sandrine CANAPLE (1) - Pauline MONET (2) - Olivier GODEFROY (1)

(1) Service de Neurologie - Hôpital Nord, Amiens - (2) Service de Radiologie - Hôpital Nord, Amiens

Une SEP thrombolysée

INTRODUCTION

Les manifestations pseudo-vasculaires de Sclérose en Plaques (SEP) sont rares mais peuvent passer pour une ischémie cérébrale à la phase aiguë. Nous rapportons le cas d'une jeune femme ayant présenté ce type de symptomatologie, ayant conduit à l'utilisation inappropriée d'un traitement thrombolytique.

METHODES OU OBSERVATIONS

Une patiente de 45 ans, migraineuse sans aura et tabagique, a présenté un déficit moteur hémicorporel gauche soudain. Le score NIHSS à son admission était à 8/42. L'IRM/ARM cérébrale réalisé 3 heures après le début des symptômes montra une lésion du centre ovale droit hyperintense en séquence de diffusion, avec un coefficient de diffusion apparent (CDA) diminué et une raréfaction des branches distales de l'artère sylvienne droite. La patiente a été thrombolysée et l'évolution fut favorable. Le bilan étiologique mit en évidence des éléments en faveur d'une SEP, confirmée quelques mois plus tard par une deuxième poussée.

DISCUSSION

Dans les formes pseudovasculaires de SEP, l'IRM cérébrale permet généralement le diagnostic en mettant en évidence un CDA augmenté, bien qu'à la phase hyperaigüe des lésions avec CDA diminué aient été décrites. Cependant, jusqu'à ce jour, aucune anomalie vasculaire n'avait été associée à une poussée de SEP. Les mécanismes potentiels à l'origine de cette association sont discutés, ainsi que les autres cas de SEP thrombolysées référencés dans la littérature.

CONCLUSION

Les lésions radiologiques de SEP peuvent prendre une apparence très polymorphe, rendant le diagnostic différentiel avec une ischémie cérébrale très difficile à la phase aiguë.

Posters

Session Case Report

Poster n°23

Lucie WDOVIK (1) - Chantal LAMY (2) - Sandrine CANAPLE (2) - Jean-Marc BUGNIOURT (2) - Raïfah MAKDASSI (3) - Olivier GODEFROY (1)

(1) service de neurologie, CHU Amiens Nord - (2) service de neurologie- unité neurovasculaire, CHU Amiens Nord

(3) service de néphrologie, CHU Amiens Sud

Infarctus cérébral compliquant un syndrome néphrotique : à propos de deux cas

INTRODUCTION

Le syndrome néphrotique(SN) se définit par l'association d'une hypo-albuminémie inférieure à 30g/l et d'une protéinurie supérieure à 3g/j. Il se complique dans 20 à 40% des cas d'une thrombose veineuse. Les thromboses artérielles restent beaucoup plus rares et à notre connaissance leur fréquence n'a pas été étudiée. Pourtant, elles peuvent être la cause d'un infarctus cérébral (IC). Nous présentons ainsi deux cas d'IC secondaire à un SN.

METHODES OU OBSERVATIONS

Cas n°1, patient de 19 ans suivi pour un SN et infarctus du myocarde (IDM) compliquant une maladie de Muckle Well. Il présente, en février 2011 un infarctus de l'artère cérébrale moyenne (ACM) gauche (G). Le bilan cardio-vasculaire retrouve une thrombose de l'artère carotide interne gauche (CIG) sus bulbaire s'étendant jusque dans l'ACM ainsi qu' un contraste spontané de l'apex du ventricule G. Cas n°2, patient de 55 ans tabagique et dyslipidémique a présenté en décembre 2010 un infarctus sylvien profond G sur thrombose de la CIG, dans un contexte de découverte récente de SN. Un épisode de dyspnée a révélé une embolie pulmonaire à J3. Au plan thérapeutique les patients ont bénéficié d'une anticoagulation efficace car le taux d'albuminémie était inférieur à 20g/l.

DISCUSSION

On retrouve chez nos deux patients les mécanismes thrombotiques relevés dans le SN: 1) une hypoalbuminémie inférieure à 20g/l témoin d'une fuite urinaire de protéines anti coagulantes comme l'antithrombine III, 2) une hypovolémie induite par les diurétiques, 3) chez le patient n°2: l'hypercholestérolémie, facteur de risque d'athérome, 4) chez le patient n°1: une dyskinésie cardiaque de mécanisme inconnu dans le SN mais plurifactorielle chez le patient (antécédents d'IDM). Une embolie paradoxale ne peut pas être exclue chez le patient n°2 en l'absence d'échographie cardiaque trans-oesophagienne. La prévention primaire est fondamentale. Les deux patients n'étaient pas sous couverture anticoagulante efficace contrairement aux recommandations actuelles lorsque l'albuminémie est inférieure à 20g/l.

CONCLUSION

Si les manifestations thrombotiques artérielles sont rares dans le SN, elles peuvent entraîner de graves séquelles. Ces 2 cas témoignent de l'importance de la prévention anti thrombotique actuellement bien codifiée. Dans les tableaux les plus graves, il a été discuté d'autres possibilités thérapeutiques, comme l'administration d'antithrombine III, dont l'efficacité reste encore à être démontrée.

Posters

Session Case Report

Poster n°24

Mikael FORTIER (1) - Claire HOURREGUE (1) - Laurent SUISSA (1) - Sylvain LACHAUD (1) - Marie-Hélène MAHAGNE (1)
(1) Unité Neuro-Vasculaire Hôpital St-Roch, Nice

Une cause inhabituelle d'infarctus cérébral au décours d'une chimiothérapie

INTRODUCTION

Les étiologies d'infarctus cérébraux liés aux cancers sont multiples : un état pro-thrombotique, des facteurs de risque communs, une iatrogénie importante (radiothérapie, chimiothérapie).... Nous rapportons le cas d'une cause inhabituelle d'infarctus cérébral dans un contexte de cancer digestif.

METHODES OU OBSERVATIONS

Une patiente de 61 ans a été admise fin juillet 2011 à l'UNV de Nice pour déficit neurologique brutal. Elle présente un cancer du colon traité par chirurgie et chimiothérapie (FOLFOX). L'examen clinique retrouve une hémiparésie brachio-faciale droite et une dysarthrie modérée (NIHSS initial à 5). L'IRM réalisée en urgence retrouve des infarctus cérébraux lacunaires multiples dans le territoire vertébro-basilaire d'âges différents. L'évolution est spontanément favorable avec une récupération complète à 24h. Aucune étiologie n'est retrouvée après un bilan de première intention. L'angioTDM TSAO est normal, excepté une occlusion partielle de l'ostium de la vertébrale gauche par un corps étranger: le DVI implanté en position artérielle.

DISCUSSION

Le DVI, suite à un double échec de pose per-cutanée avait été installé par voie chirurgicale début juin 2011 (deux mois avant l'infarctus cérébrale). L'ETO visualise l'implantation dans l'artère sous-clavière gauche, puis l'aorte jusqu'à 2 cm des sigmoïdes aortiques. Il confirme l'absence de thrombus au niveau du cathéter ou de lésions valvulaire aortique. Une anti-agrégation est initiée (absence de thrombus). Le traitement étiologique a été discuté avec les chirurgiens vasculaires et les radiologues interventionnels : une ablation chirurgicale est décidée en raison de la probable importante fibrose intra-artérielle. Les suites opératoires sont simples. Un IRM cardiaque complémentaire réalisé par la suite confirme l'absence de valvulopathie.

CONCLUSION

La littérature rapporte 4% de ponctions artérielles lors de la pose d'accès veineux centraux. Il s'agit généralement de cathéter veineux centraux mis en place par voie per-cutanée, dont l'ablation est réalisée par technique endo-vasculaire. Dans notre cas, le délai entre la pose du DVI et l'AVC a empêché l'ablation endo-vasculaire. Les cas rapportés d'AVC suite à des malpositions de cathéters centraux sont rares, mais doivent être évoqués.

Posters

Session Case Report

Poster n°25

Sandrine DELTOUR (1) - Marine BRONDEL (1) - Emad LOTFALIZADEH (1) - Gurkan MUTLU (1) - Yves SAMSON (1)
(1) Urgences Cérébro-Vasculaires, Hôpital Pitié Salpêtrière, Paris

Un ticket de caisse qui n'a pas de prix !

INTRODUCTION

L'heure de début des symptômes est une information capitale dans la prise de décision de thrombolyse. Si cette donnée paraît évidente, elle est le plus souvent difficile à obtenir de façon précise. C'est pourquoi, en absence de témoin, l'heure de début est définie comme l'heure à laquelle le patient a été vu pour la dernière fois neurologiquement normal. Nous rapportons notre « enquête horaire » chez une patiente sortant d'un centre commercial.

METHODES OU OBSERVATIONS

Mme C., âgée de 84 ans, est retrouvée aphasique mutique et hémiparétique à droite, à la sortie d'un centre commercial. L'heure de début est imprécise. Il n'y a pas de témoin oculaire au moment du déficit. Un passant retrouve la patiente déficitaire sur un banc et appelle les pompiers à 11h40. Le service est appelé pour une « alerte thrombolyse ».

DISCUSSION

L'heure de début annoncée est celle de l'appel téléphonique du passant. Impossible de savoir quelle est la dernière personne à l'avoir vue neurologiquement normal. Nous cherchons donc à savoir si Mme C. a fait des courses avant le déficit. Elle est en effet accompagnée d'un sac de course. Dans celui-ci, nous retrouvons un ticket de caisse et un ticket de carte bleu (CB). L'heure indiquée sur ce dernier est 11h21, ce qui signifie qu'à cette heure, la patiente ne présentait aucun trouble neurologique. En effet, elle a réussi à taper correctement son code de CB. Nous considérons donc que l'heure de début est 11h21. Après l'IRM confirmant un AIC sylvien gauche, la patiente est thrombolysée à 13h00 soit 1h39 après le début des symptômes.

CONCLUSION

En l'absence de témoin direct de l'installation du déficit neurologique et en absence d'entourage pouvant témoigner de la dernière heure où le patient a été vu neurologiquement normal, l'enquête à la recherche de l'heure de début doit être méticuleuse. Tout élément horo-daté doit être pris en considération. Le ticket de CB en est un exemple.

Posters

Session Case Report

Poster n°26

Djanette HAKEM (1) - Hayat LAËR (1) - Abdelhamid BOUKRARA (1) - Soraya BENKHROUF (1)

Meniam DJEMAI (2) - Faid KESSACI (3) - Abdelkrim BERRAH (1)

(1) Médecine Interne, Hôpital Dr Mohammad-Lamine Debaghine, CHU Bab-El-Oued, Alger

(2) Neurologie, Hôpital Dr Mohammad-Lamine Debaghine, CHU Bab-El-Oued, Alger

(3) Centre National d'Imagerie, Hôpital Dr Mohammad-Lamine Debaghine, CHU Bab-El-Oued, Alger

AVC ischémiques récurrent révélant un syndrome de Sneddon : revue de 2 observations

INTRODUCTION

Le syndrome de Sneddon est une artériopathie non inflammatoire associant un livédo et des AVC ischémiques récurrent. L'imagerie cérébrale montre des anomalies ischémiques cortico-sous corticales

METHODES OU OBSERVATIONS

Patientes, 38 et 40 ans, aux antécédents d'un avortement précoce (1), d'AVC ischémiques récidivants (2), d'épilepsie secondaire (1) présentent un livédo à grosses mailles au niveau des membres inférieurs (2). A l'occasion d'une nouvel AVC ischémique l'examen neurologique révèle une dysarthrie (1), des ROT vifs droits (1), une hémiparésie droite (1). Les signes extra-neurologiques se résument à une néphropathie stade III de l'OMS (1). L'examen cardiovasculaire est normal (ECG, ETO, écho-Doppler des troncs supra-aortiques 'TSA'. Holter ECG...); L'imagerie médicale révèle des lésions diffuses bilatérales en rapport avec des AVC ischémiques diffus s' ubaigus et des lésions séquellaires bilatérales avec une prédilection des lésions dans le territoire de l'artère cérébrale moyenne gauche (2).

DISCUSSION

Devant les données de l'interrogatoire, les antécédents obstétricaux, les données d'un examen clinique initieux (livédo racémosa) et les AVC récidivants (dont l'enquête étiologique exhaustive s'est révélée négative) le diagnostic du syndrome de Sneddon est posé. De ce fait une thérapeutique est rapidement introduite associant un immunomodulateur à effets antithrombotique (Hydroxychloroquine) et un antiagrégant plaquettaire

CONCLUSION

Le syndrome de Sneddon est une cause rare d'AVC récidivants chez le sujet jeune qui doit être rapidement identifié (livédo, SAPL, mutilation valvulaire, évènement thrombotique..) afin de prévenir les démences vasculaires.

Posters

Session Case Report

Poster n°27

Djanette HAKEM (1) - Sonia LASSOUAOUI (1) - Djaouida BENSALAH (1) - Soumia FÉDALA-HADDAM (2)

Dalila ZEMMOUR (1) - Farid KESSACI (3) - Abdelkrim BERRAH (1)

(1) Médecine Interne, Hôpital Dr Mohammad-Lmaine Debaghine, CHU Bab-El-Oued, Alger

(2) Endocrinologie, Hôpital Dr Mohammad-Lmaine Debaghine, CHU Bab-El-Oued, Alger

(3) Centre National d'Imagerie Médicale, Hôpital Dr Mohammad-Lmaine Debaghine, CHU Bab-El-Oued, Alger

Thrombose Veineuse Cérébrale et Maladie de Basedow : Binôme Fortuit ?

INTRODUCTION

Les thromboses veineuses cérébrales 'TVC' reconnaissent plusieurs étiologies intégrant les causes malignes, les thrombophilies acquises (SAPL...), les thrombophilies constitutionnelles et enfin toutes les affections systémiques inflammatoires majorant le risque thrombogène (lupus systémique aigu, maladie de Behçet, maladie de Crohn etc)

Objectifs : Revoir étiologie singulière de TVC associant maladie de Basedow et TVC.

METHODES OU OBSERVATIONS

Patiente de 23 ans, sans antécédents personnels particuliers développe de façon successive une maladie de Basedow et une thrombose veineuse du sinus latéral droit à 1 mois d'intervalle. La patiente n'est pas sous contraceptifs oraux ou autres thérapeutiques hormis des antithyroïdiens de synthèse. La TVC est révélée par un tableau d'HIC qui s'amende sous anticoagulants (héparine relayé par des antivit-K) sans séquelles neurologiques ni ophtalmiques. L'examen clinique ne retrouve pas de foyer infectieux locorégional ni de processus thrombotiques (orbite, cavités cardiaques...). On ne décèle pas par ailleurs de stigmates orientant vers une affection systémique thrombogène (maladie de Behçet, syndrome des anti-phospholipides 'SAPL' et lupus systémique....). La glande thyroïde est augmentée de volum

CONCLUSION

L'association hyperthyroïdie et TVC est rare mais néanmoins rapportée dans la littérature particulièrement au cours de la maladie de Basedow. Elle mérite d'être reconnue et pose le problème des mécanismes étiopathogéniques impliqués (désordre autoimmun?) et des interactions médicamenteuses (antithyroïdiens de synthèse et anti-Vitamines K).

Posters

Session Case Report

Poster n°28

Pauline DODET (1) - Isabelle CRASSARD (1) - Peggy REINER (1) - Hugues CHABRIAT (1) - Eric JOUVENT (1)

(1) Service de Neurologie, Hôpital Lariboisière, Paris

A propos d'un cas d'hémorragie sous-arachnoïdienne spinale et cérébrale associée à une dissection cervicale et une dysplasie fibro-musculaire

INTRODUCTION

Les hémorragies sous-arachnoïdiennes (HSA) spinales sont beaucoup plus rares que les formes cérébrales. Nous rapportons le cas d'une patiente de 42 ans chez laquelle le diagnostic n'a été porté que 2 semaines après l'installation des symptômes.

METHODES OU OBSERVATIONS

Alors que Mme F est debout sans faire d'effort particulier, elle ressent soudain une violente douleur, en coup de poignard, entre les 2 omoplates. La douleur est très brève mais extrêmement intense. Quelques minutes après, elle ressent des paresthésies qui vont s'étendre, en tâche d'huile, à tout le dos à partir du point douloureux, puis aux 4 membres, en quelques minutes. Progressivement, ces symptômes laissent la place à une raideur rachidienne majeure puis à des céphalées, qui ne vont jamais disparaître en dépit de multiples traitements antalgiques prescrits par différents praticiens. Le diagnostic d'HSA spinale sera posé avec 15 jours de retard.

DISCUSSION

L'hémorragie méningée spinale autour de la moelle en T1-T2 sera identifiée sur l'IRM médullaire. La PL confirmera l'hémorragie. L'artériographie médullaire n'objectivera aucune anomalie de la vascularisation médullaire. En revanche, le bilan (IRM cérébrale et ARM des vaisseaux du cou, artériographie des artères rénales et cervicales, écho-doppler des troncs supra-aortiques et transcrâniens) objectivera :

- 2 foyers cérébraux d'HSA, paracentral et occipital gauches
- une dissection récente de la carotide interne droite
- et un aspect de dysplasie fibromusculaire des artères rénales et vertébrales

CONCLUSION

Les formes spinales d'HSA sont méconnues ce qui peut induire un retard diagnostique potentiellement grave. Dans le cas de notre patiente, cette HSA dont la cause n'a pas été identifiée, était associée à 2 foyers cérébraux d'HSA et une dissection de la carotide interne droite récente, chez une patiente présentant une dysplasie fibromusculaire. Nous discuterons les différents mécanismes potentiellement impliqués chez notre patiente.

Posters

Session Case Report

Poster n°29

Aude-Marie GRAPPERON (1) - Anthony FAIVRE (1) - Carole PLASSE (1) - Delphine WYBRECHT (1)

Arnaud DAGAIN (2) - Pierre BOUNOLLEAU (1) - Philippe ALLA (1)

(1) Service de Neurologie, HIA Ste-Anne, Toulon

(2) Service de Neurochirurgie, HIA Ste-Anne, Toulon

Angéite cérébrale reliée à l'angiopathie amyloïde cérébrale sporadique : à propos d'un cas

INTRODUCTION

L'angiopathie amyloïde cérébrale sporadique correspond au dépôt de protéine BetaA4 amyloïde dans les vaisseaux leptoméningés dont l'incidence augmente avec l'âge (40% après 80 ans). Cette microangiopathie cérébrale souvent asymptomatique est une cause fréquente d'hématomes lobaires et/ou de troubles cognitifs du sujet âgé et est souvent associée à la maladie d'Alzheimer.

METHODES OU OBSERVATIONS

Une patiente de 62 ans présente une hémorragie cérébrale pariétale grave ayant nécessité une évacuation chirurgicale. L'artériographie montra des signes d'angéite cérébrale et le reste de l'enquête s'avéra négative. La patiente fut perdue de vue mais présenta 4 ans plus tard un nouvel hématome lobaire. L'IRM révéla de multiples microbleeds corticaux, des saignements anciens et des lésions microischémiques corticales récentes. La nouvelle artériographie cérébrale retrouva des signes distaux d'angéite cérébrale et le second bilan étiologique s'avéra négatif. La patiente fut traitée par corticoides et cyclophosphamide comme une angéite cérébrale primitive mais ce traitement fut interrompu car la relecture de la pièce opératoire du premier hématome montra un profil caractéristique d'AAC.

DISCUSSION

Il existe des formes cliniques d'AAC inhabituelles, leucoencéphalopathie, pseudo-tumorale et des cas d'angéites cérébrales (ABeta-Related Angitis, ABRA) voisins des angéites cérébrales primitives ont été récemment rapportés. Un âge de survenue tardif, un syndrome démentiel, des hallucinations et l'absence de réaction immunologique dans le LCR sont plus souvent observés dans l'ARBA. La biopsie cérébrale seule permet de poser le diagnostic en montrant un infiltrat inflammatoire granulomateux périvasculaire avec présence diffuse de protéine BA4 amyloïde. La physiopathologie de l'ARBA pourrait correspondre à une réaction immunitaire anti-protéine amyloïde comme lors des essais de vaccination anti-Alzheimer et la découverte récente d'anticorps anti-AB1-42 tend à accréditer cette hypothèse.

CONCLUSION

L'AAC peut être responsable d'un tableau d'angéite cérébrale (ARBA), voisin de l'angéite cérébrale primitive. Il faut discuter ce diagnostic face à une angéite cérébrale inexpliquée du sujet âgé, en particulier en cas de troubles cognitifs et de microbleeds associés. Le traitement de l'ARBA n'est pas codifié, mais la corticothérapie et les immunosuppresseurs pourraient s'avérer utiles.

Posters

Session Case Report

Poster n°30

Isabelle BONNAUD (1)-Marie DEBIAIS (1) - Marie GAUDRON (1) - Chrysanthi PAPAGIANNAKI (2) - Bertrand DE TOFFOL (1)

(1) Unité neuro-vasculaire, CHRU Bretonneau

(2) Service de neuroradiologie interventionnelle, CHRU Bretonneau

Bonne évolution après traitement par rtPA IV chez une patiente porteuse de multiples anévrismes intracrâniens

INTRODUCTION

Le traitement par rt PA IV, pour un infarctus cérébral (IC) est contre-indiqué en cas d'anévrisme intra-cérébral (AIC) connu, d'autant plus que celui-ci pourrait être responsable de l'ischémie d'aval, par un remaniement prédictif de rupture. Nous rapportons le cas d'une patiente de 40 ans, traitée par rtPA à 4 h du début des symptômes, avec un excellent résultat, chez qui ont été découverts le lendemain 3 anévrismes cérébraux.

METHODES OU OBSERVATIONS

Cas clinique: Mme S, 40 ans, tabagique, fut transférée d'un hôpital situé à 2 h de l'UNV. A l'arrivée, elle présentait un déficit du MI droit, un mutisme complet, le score NIHSS était à 9. L'IRM de diffusion montrait une ischémie du gyrus pré central, de l'insula, du cingulum gauches. Devant le délai tardif, une thrombolyse par rtPA IV fut effectuée à 4 h, sans analyse des vaisseaux. A 24 h, le NIHSS était à 2, puis à 0 à 48 h. L'angio-scanner effectué le lendemain montra : des anévrismes de l'origine de l'artère cérébrale moyenne (ACM) gauche de 7 sur 6 mm, du segment M2 M3 de l'ACM gauche de 3 mm, et de la communicante postérieure G de 3 sur 2 mm, confirmés par l'angiographie. Elle quitta rapidement le service, avec un rendez vous d'embolisation de l'anévrisme de l'origine de l'ACM.

DISCUSSION

Le traitement par rtPA fut effectué chez cette patiente porteuse de multiples anévrismes sans connaissance de ces anomalies. L'analyse de la littérature donne des résultats controversés : une analyse de la littérature montre que sur 7 patients porteurs d'anévrismes, 2 ont eu une hémorragie fatale après rtPA (Stroke, 2007). Sur une série rétrospective de 201 patients, 8 étaient porteurs d'anévrismes (dont 4 > 5 mm de diamètre), et aucun n'ont développé de complications hémorragiques après rtPA (J Neuroimaging 2010). Il est habituel de reconnaître que , si l'IC est en aval de l'anévrisme, il s'agit d'un signe de remaniement très à risque d'hémorragie en cas de traitement par rt PA. Néanmoins, thrombolyser sans connaître l'existence d'un AIC peut donner de bons résultats.

CONCLUSION

Le traitement par rtPA a pu être administré avec un résultat satisfaisant, chez une patiente porteuse de multiples anévrismes inconnus jusqu'alors. Plusieurs cas cliniques vont dans le même sens, malgré une contre-indication officielle au rt-PA. Ce sujet reste discuté. L'anatomie des AIC doivent être discutés avec les neuroaradiologues en urgence, mais le risque de saignement est probablement moindre que ce qu'il avait décrit initialement

Posters

Session Case Report

Poster n°31

Peggy REINER (1) - Isabelle CRASSARD (1) - Caroline ROOS (2) - Mathias ROSSIGNOL (3) - Jean Pierre GUIDHARD (4)

Hugues CHABRIAT (1) - Marie-Germaine BOUSSER (1)

(1) Service de Neurologie, Hôpital Lariboisière

(2) Centre Urgences Céphalées, Hôpital Lariboisière

(3) Département d'anesthésie réanimation, Hôpital Lariboisière

(4) Service de Neuroradiologie, Hôpital Lariboisière

Thrombose veineuse cérébrale et hypotension spontanée du liquide cérébro-spinal

INTRODUCTION

L'hypotension intracrânienne spontanée (HICS), syndrome défini par une hypovolémie du LCS en l'absence de brèche durale. Caractérisée cliniquement par des céphalées orthostatiques et radiologiquement par une prise de contraste méningée. Elle peut rarement se compliquer de thrombose veineuse cérébrale (TVC). Le but de ce travail est la description clinique et radiologique des TVC compliquant une HICS et les particularités de leur prise en charge.

METHODES OU OBSERVATIONS

Dix patients avec HICS dans une série prospective de 375 TVC (Lariboisière 1997-2011). Les céphalées orthostatiques durent en moyenne 26 j (5-90) avant le diagnostic de TVC. Celle-ci est révélée par des céphalées devenues permanentes (4 cas), des crises comitiales ou un déficit neurologique (5 cas). Les symptômes ne se sont pas modifiés chez un patient. Six ont un autre facteur favorisant la thrombose.

Dans 4/10 cas la TVC se limite aux veines corticales et s'étend à d'autres sinus chez 4 autres. Aucun patient ne présente d'atteinte isolée d'un sinus latéral. 6 patients ont une prise de contraste méningée et/ou lame d'HSD. Tous ont été traités par anticoagulants, 4 par blood-patch. Trois patients ont présenté une aggravation clinique liée à la majoration des HSD sous anticoagulants.

DISCUSSION

Une HICS précède le diagnostic de thrombose dans 2.7% des cas de TVC de notre série. Seul 40% ont présenté des céphalées devenues permanentes et un patient n'avait que des céphalées orthostatiques. Les HSD étaient fréquents, secondaires à l'HICS. Dans 3 cas sur 4, ils se sont majorés sous anticoagulants, nécessitant un blood patch dans 2 cas dans l'hypothèse de la persistante de l'HICS et l'arrêt des anticoagulants dans 1 cas. Les veines corticales ou le sinus sagittal supérieur (SSS) sont toujours atteints. La formation du thrombus pourrait résulter d'un phénomène de stase par dilatation des veines corticales. La thrombose s'étendrait ensuite au SSS et au delà. 60% des patients avaient au moins un autre facteur favorisant de TVC : un bilan étiologique complet reste nécessaire.

CONCLUSION

L'hypotension spontanée du LCS est un facteur favorisant des TVC, parfois associée à d'autres facteurs qu'il convient de rechercher par un bilan étiologique large.

L'anticoagulation efficace est le traitement de référence. Toutefois, les résultats de cette série suggèrent que la réalisation d'un blood patch devrait être envisagée avant l'anticoagulation si les symptômes d'HIS persistent.

Posters

Session Clinique

Poster n°31 bis

Lionel CALVIERE (1) - Philippe TALL (2) - Pierre MASSABUAU (3) - Fabrice BONNEVILLE (2) - Vincent LARRUE (1)
(1) Service de Neurologie vasculaire, CHU Toulouse Rangueil - (2) Service de Neuroradiologie, CHU Toulouse
(3) Service de Cardiologie, CHU Toulouse Rangueil

Migraine avec aura, infarctus cérébraux silencieux et anomalies du septum auriculaire

INTRODUCTION

Chez les sujets indemnes d'AVC la migraine est associée à une augmentation du risque d'infarctus cérébral (IC) cliniquement silencieux. Le but de notre étude était de confirmer cette association dans une population de patients de moins de 55 ans victimes d'un premier IC de cause incertaine. Elle visait également à étudier l'association entre IC silencieux et anomalies du septum inter auriculaire.

METHODES OU OBSERVATIONS

Notre population était composée de patients âgé de 55 ans ou moins admis dans une unité neurovasculaire à la suite d'un premier IC sans cause certaine selon la classification ASCO. Trois groupes de patients appariés pour l'âge et le sexe ont été constitués selon la présence d'anomalies du septum inter-auriculaire : absence d'anomalie, foramen ovale perméable (FOP), et foramen ovale perméable associé à un anévrisme du septum inter auriculaire (FOP-ASIA). Les antécédents de migraine avec ou sans aura ont été recueillis à partir d'un questionnaire standardisé utilisant les critères IHS. Les séquelles d'infarctus cliniquement silencieux sus-tentoriels corticaux ou cérébelleux ont été recherchées par IRM (séquences T2 et FLAIR), par le même neuroradiologue en aveugle des données cliniques.

DISCUSSION

Soixante dix sept patients (48 hommes, âge moyen $\pm$ écart type $45,5 \pm 8,5$ ans) ont été inclus. Trente deux patients n'avaient pas d'anomalie du septum, 25 avaient un FOP- ASIA et 20 un FOP. Vingt cinq patients étaient migraineux dont 10 avec aura. Des infarctus silencieux ont été détectés chez 28 patients (36,4 %). Les infarctus silencieux étaient plus fréquents chez les migraineux avec aura (7/10 [70 %]) que chez les autres patients (21/67 [31,3%]) (odds ratio : 5,1 ; IC 95 % : 1,2-21,7 ; p = 0,03). Nous n'avons pas trouvé d'association statistiquement significative entre migraine avec aura et anomalie du septum ni entre anomalie du septum et infarctus silencieux.

CONCLUSION

Chez des sujets jeunes victimes d'un premier IC de cause incertaine, la migraine avec aura est associée à la présence de séquelles d'IC cliniquement silencieux. D'après nos résultats, cette association ne peut être expliquée par une plus grande prévalence d'anomalies du septum inter-auriculaire chez les migraineux avec aura.

Posters

Session Clinique

Poster n°32

Jehanne AASFARA (1) - Fatima IMOUNAN (1) - El Hachmia AIT BEN HADDOU (1) - Wafa REGRAGUI (1) - Ali BENOMAR (1)
Mohammed YAHYAOU (1)

(1) Service de neurologie B et neurogénétiq ue Rabat, Maroc

Thrombophlébites cérébrales au cours de la maladie de Behçet : à propos de 22 cas

INTRODUCTION

La maladie de Behçet est une affection systémique d'éthiopathogénie inconnue touchant l'adulte jeune, avec des manifestations neurologiques dans 4 à 49% cas. La thrombophlébite cérébrale (TVC) constitue une complication rare mais grave et se caractérise par un grand polymorphisme clinique. L'objectif de notre travail est de déterminer les particularités cliniques, radiologiques, thérapeutiques et évolutives de la TVC au cours de la maladie de behçet.

METHODES OU OBSERVATIONS

Nous avons colligé au sein du service de neurologie Rabat entre juin 2004 et décembre 2010, 22cas d'Angiobehçet répondant aux critères de l'International Study Group. Les patients présentaient une TVC documentée par l'imagerie cérébrale. Tous nos patients ont bénéficié d'un examen clinique et ophtalmologique et d'une étude du LCR. Ils ont été mis sous bolus de corticoïdes relayé par voie orale associé à un traitement anticoagulant. Le cyclophosphamide a été administré chez les patients présentant une TVC profonde.

Résultats: L'âge moyen était de 34 ± 12 ans, avec un sexe ratio de 1,75. Le tableau clinique était dominé par une hémiparésie (63,6%) et une HTIC (31%). L'imagerie cérébrale a objectivé une TVC profonde (64%) et une TVC superficielle (36%). L'évolution était bonne pour tous les patients sauf 2 cas.

DISCUSSION

Les thromboses veineuses cérébrales sont rapportées dans 5 à 10% des cas de la maladie de behçet et représentent 30% des manifestations neurologiques. Elles intéressent surtout le système veineux profond. Le tableau clinique est souvent pauci-symptomatique, il est dominé par un syndrome d'HTIC. Il peut être soit isolé soit associé à des déficits focaux ou à des convulsions. L'étude du LCR note souvent une élévation de la pression du LCR avec une hyperprotéinorachie et une pléiocytose. Le diagnostic est posé par l'Angio-IRM avec une sensibilité de 90%. Le traitement repose sur les anticoagulants à dose efficace, mais la durée n'est pas encore codifiée. Le pronostic s'est amélioré considérablement en raison de la précocité du diagnostic et d'une meilleure approche thérapeutique.

CONCLUSION

La thrombose veineuse cérébrale est une urgence diagnostique et thérapeutique pouvant être la première manifestation de la maladie de behçet. Elle est grave pouvant engager le pronostic vital. Les rechutes sont possibles, d'où la nécessité d'un diagnostic rapide et d'une thérapeutique spécifique intensive, seuls garants d'une amélioration du pronostic.

Posters

Session Clinique

Poster n°33

Muriel LAFFON (1) - Laurent SUISSA (1) - Marie-Hélène MAHAGNE (1)

(1) CHU de Nice, Hôpital St Roch, Unité neuro-vasculaire

Les accidents vasculaires cérébraux ischémiques vertébro-basilaires : caractéristiques du patient jeune

INTRODUCTION

Les caractéristiques des accidents vasculaires cérébraux ischémiques (AVCi) vertébro-basilaires du jeune sont peu connues. Nous nous intéressons ici à cette population afin d'en souligner les spécificités.

METHODES OU OBSERVATIONS

Entre janvier 2007 et novembre 2010, nous avons recueilli systématiquement et de manière prospective, les données concernant les patients pris en charge pour AVCi vertébro-basilaire au sein de l'Unité Neuro Vasculaire de Nice. Les données démographiques, cliniques, étiologiques, pronostiques et d'imagerie ont été spécifiées dans l'ensemble de la population et les caractéristiques du jeune ont été dégagées.

DISCUSSION

Sur 194 patients, 30 avaient moins de 45 ans (15,5%), 70 (36,1%) moins de 55 ans. Il existait des facteurs de risques spécifiques tels que l'usage de toxique ($p=0,0005$), le tabagisme ($p<0,0001$) et la contraception orale ($p=0,02$). Le score NIHSS initial était significativement plus bas ($p=0,013$). L'étiologie la plus fréquente était la dissection, retrouvée chez 16/30 des moins de 45 ans et 21/70 des moins de 55 ans ($p<0,0001$). Elle concernait le plus souvent l'artère vertébrale intracrânienne et était responsable d'une ischémie dans le territoire de la PICA. La population jeune avait un meilleur pronostic fonctionnel à 3 mois ($p\leq 0,03$). En analyse multivariés, 2 facteurs étaient prédictifs d'un bon pronostic : l'âge et le NIHSS initial.

CONCLUSION

Dans notre série, l'AVCi vertébro-basilaire du jeune est généralement peu sévère, de bon pronostic et aussi fréquent chez l'homme que chez la femme avant 45 ans. L'étiologie est, dans un cas sur deux, la dissection de l'artère vertébrale, principalement dans sa portion intracrânienne. Les causes cryptogéniques sont également fréquentes.

Posters

Session Clinique

Poster n°34

Nathalie CAUCHETEUX (1) - Isabelle SERPE (1) - Céline RENKES (1) - Krzysztof KADZIOLKA (2) - Serge BAKCHINE (1) - Ayman TOURBAH (1)
(1) Service de Neurologie CHU de Reims
(2) Service de Neuroradiologie CHU de Reims

Occlusion du tronc basilaire : Quels éléments pronostics ? A propos d'une série de 24 patients

INTRODUCTION

Le pronostic clinique des occlusions du tronc basilaire (OTB) est conditionné par une recanalisation artérielle précoce qui est l'objectif de la thrombolyse. Notre travail vise à décrire les caractéristiques cliniques, neuroradiologiques et évolutives de 24 patients, et de dégager des éléments pronostiques en fonction du traitement initial.

METHODES OU OBSERVATIONS

Cette étude rétrospective porte sur 24 patients admis en urgence au CHU de Reims pour une OTB. Les paramètres étudiés sont l'âge, le score NIHSS, le score de Glasgow (SG), le délai de traitement, le site de l'occlusion et la recanalisation artérielle. Dix patients ont bénéficié d'un traitement conventionnel, 14 ont été thrombolysés. Le pronostic clinique est évalué à 3 mois par l'échelle de Rankin modifiée (mRS), il est défavorable au-delà de 4, soit pour 50% des patients. La recanalisation est plus fréquente après thrombolyse; elle atteint la significativité avant la sixième heure. Pour les patients thrombolysés, un délai < 6 heures, des scores initiaux NIHSS < 18 et SG > 7 sont des facteurs prédictifs significatifs de bon pronostic.

DISCUSSION

Le pronostic clinique des OTB est très réservé sous traitement conventionnel. La sévérité du tableau neurologique initial est corrélée à l'importance des lésions ischémiques, et reste, un élément de mauvais pronostic, indépendamment du choix thérapeutique initial. L'efficacité du traitement thrombolytique est liée à la recanalisation du tronc basilaire. Sa précocité conditionne le pronostic. Il faut toutefois souligner l'évolution favorable de certains patients malgré une recanalisation tardive.

CONCLUSION

Cette série confirme les éléments pronostiques que sont la sévérité du tableau neurologique initial et l'importance d'un traitement précoce. L'objectif thérapeutique est une recanalisation précoce. Une thrombolyse intra veineuse doit être réalisée, au plus tôt, complétée éventuellement par une thrombolyse intra artérielle. Une prise en charge tardive ne doit pas exclure le traitement thrombolytique.

Posters

Session Clinique

Poster n°35

Slim SMAOUI (1) - Emna TURKI (1) - Meriem DAMAK (1) - Amir BOUKHRIS (1) - Imed FEKI (1)

Mohamed imed MILEDI (1) - Chokri MHIRI (1)

(1) Service de Neurologie, CHU Habib Bourguiba, Tunisie

Thrombose veineuse cérébrale et crises épileptiques dans le sud tunisien

INTRODUCTION

Les thromboses veineuses cérébrales (TVC) représentent une cause rare des accidents vasculaires cérébraux. Elles se caractérisent par leur variabilité clinique. Les crises épileptiques (CE) peuvent inaugurer le tableau clinique ou compliquer l'évolution des TVC. L'objectif de ce travail est d'étudier les caractéristiques cliniques des crises épileptiques au cours des TVC.

METHODES OU OBSERVATIONS

Il s'agit d'une étude rétrospective incluant 97 patients hospitalisés au service de Neurologie de Sfax (Tunisie) entre Janvier 1992 et Septembre 2011 et chez qui le diagnostic d'une TVC certaine aseptique était retenu. Les CE étaient présentes chez 28% des cas. Elles étaient symptomatiques aiguës dans tous les cas, révélant la maladie dans 74% des cas. Ces CE étaient focales avec ou sans généralisation secondaire dans 33% des cas. La TVC touchait le sinus longitudinal supérieur dans 59% des cas et les sinus latéraux dans 41%. Une thrombose d'une veine corticale a été notée dans un cas. Les 7 patients ayant un ramollissement veineux ont présenté des CE et parmi eux 29% étaient décédés suite à un état de mal épileptique et 43% ont développé une épilepsie focale nécessitant des antiépileptiques.

DISCUSSION

Les CE au cours des TVC sont fréquentes et révèlent généralement la maladie. Il s'agit le plus souvent de crises symptomatiques aiguës secondaires soit à la stase veineuse et/ou l'œdème cérébral soit au ramollissement veineux. Le caractère focal des CE n'est pas toujours retrouvé, il est probablement sous estimé. La présence d'un ramollissement veineux hémorragique aurait un pronostic plus réservé (2 décès dans notre série et 3 patients ont développé une épilepsie focale). Le traitement antiépileptique n'est pas systématique sauf en cas d'épilepsie maladie.

CONCLUSION

Les CE dans les TVC peuvent survenir au cours ou en l'absence d'une lésion parenchymateuse. Cependant le risque de développer une épilepsie maladie est beaucoup plus important en cas de ramollissement veineux.

Posters

Session Clinique

Poster n°36

Ines AYADI (1) - Emna CHTOUROU (1) - Meriem Damak (1) - Amir BOUKHRIS (1) - Imed MILEDI (1)-Imed FEKI (1)-Chokri MIHIRI (1)
(1) service de Neurologie , CHU Habib Bourguiba, Tunisie

Les accidents vasculaires du tronc cérébral : étude tunisienne à propos de 42 cas

INTRODUCTION

Les accidents vasculaires du système nerveux central sont une pathologie fréquente mais celles du tronc cérébral (TC) sont parmi les rares localisations et ont fait l'objet de peu d'étude. Nous rapportons une série rétrospective de 42 cas d'accidents vasculaires du tronc cérébral (AVTC). Nous essayons d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, les principales étiologies et les facteurs de risque d'AVTC.

METHODES OU OBSERVATIONS

Nous avons recensé tous les cas d'AVTC admis dans le service de neurologie de janvier 2006 à novembre 2010. Les critères d'inclusion étaient les suivants: la présence d'AVTC identifié par l'imagerie et la localisation prédominante dans le tronc cérébral. Le tableau clinique initial, les facteurs étiologiques, l'imagerie à l'admission et l'évolution ont été rétrospectivement évalués. Il s'agit de 42 patients âgés de 34 à 77 ans, 36 infarctus et 6 hématomes ont été recensés. L'hématome était pégonculaire dans 4 cas. Une étiologie était retrouvée dans 90 % des accidents ischémiques du TC avec une prédominance de la dissection vertébrale .L'hémorragie du TC était secondaire à l'HTA dans 60 % des cas. Les facteurs pronostiques étaient représentés par la présence de troubles de la conscience

DISCUSSION

La proportion des AVTC au sein des AVC est faible dans notre série: 3,9 %. La brutalité du tableau clinique en cas d'hémorragie du TC est la règle dans notre série. Au stade initial, nos patients peuvent se ranger en deux catégories: les comas d'emblée (34%); les malades conscients, qui ont souvent des signes cliniques orientant vers le tronc cérébral. La proportion de patients comateux est très variable selon les séries. Comme pour l'atteinte cérébrale, AVTC sont ischémique dans la majorité des cas (85%). Le pronostic est comparable aux séries de la littérature, avec une mortalité de 46%. Il semble que le pronostic est meilleur dans les hémorragies malformatives, alors que pour les hémorragies hypertensives, il est plus grave et directement liés à la taille de l'hématome.

CONCLUSION

Cette étude permet de souligner que l'âge et le tableau clinique initial sont les principaux facteurs pronostiques au cours des AVTC. L'évolution paraît dépendre de la présence initiale ou secondaire des troubles de la conscience .La prise en charge thérapeutique reste encore très débattue.

Posters

Session Clinique

Poster n°37

Aicha ZAAM (1) - Nadia CHARAI (1) - Ouafae MESSOUAK (1) - Mohamed Faouzi BELAHSEN (1)
(1) Service de Neurologie - CHU Hassan II - 30007 Fes Maroc

Etude rétrospective des AVC Ischémiques secondaires aux valvulopathies rhumatismales : une série de 63 cas

INTRODUCTION

Les cardiopathies emboligènes notamment l'arythmie cardiaque et les valvulopathies constituent les 1ères causes d'AVC ischémique chez le sujet jeune. Le but de notre travail est l'analyse des aspects épidémiologiques; cliniques; thérapeutiques et évolutifs des valvulopathies comme cause des AVC ischémiques.

METHODES OU OBSERVATIONS

C'est une étude rétrospective sur une période de 12 mois du 1er janvier 2010 au 1er janvier 2011 concernant tous les patients admis pour AVC ischémique au CHU HASSAN II de Fès dont la valvulopathie a été retenue comme cause principale.

DISCUSSION

63 patients ont été colligés, ce qui représente 9,2% de l'ensemble des AVC ischémiques (678 cas) admis au cours de la même période. L'âge moyen des patients est de 50,3 ans.

La moyenne du score NIH est de 12.8. La valvulopathie la plus retrouvée est le rétrécissement mitral 15 de nos patients ont bénéficié d'une chirurgie cardiaque de leur valvulopathie. Il existe de grandes différences dans la répartition des étiologies selon les pays et les centres. L'étiologie principale des ischémies cérébrales du sujet jeune dans les pays industrialisés est représentée par les dissections artérielles cervicales, et dans les pays non industrialisés par les cardiopathies emboligènes, en particulier les valvulopathies rhumatismales.

CONCLUSION

Le dépistage des valvulopathies notamment rhumatismales ainsi que leur traitement peut prévenir la survenue des AVC ischémique qui restent une affection d'une mortalité et d'une morbidité élevées.

Posters

Session Clinique

Poster n°38

Aude JAFFRE (1) - Nathalie NASR (2) - Marine FERRIER (3) - Fabrice BONNEVILLE (3) - Vincent LARRUE (2)

(1) Service de Neurologie, Hôpital Rangueil, Toulouse

(2) Service de Neurologie Vasculaire, Hôpital Rangueil, Toulouse

(3) Service de Neuroradiologie, Hôpital Rangueil, Toulouse

Fréquence des hémorragies sous-arachnoïdiennes corticales révélées par un pseudo-AIT

INTRODUCTION

L'hémorragie sous-arachnoïdienne corticale (HSAC) est une affection cérébrovasculaire rare dont les causes potentielles sont multiples. Chez les personnes âgées, elle est souvent due à l'angiopathie amyloïde cérébrale (AAC). Les symptômes révélateurs sont un déficit neurologique transitoire unique ou récidivant et alors stéréotypé. L'incidence de l'HSAC révélée par un déficit neurologique transitoire n'est pas connue de manière précise.

METHODES OU OBSERVATIONS

Nous avons recueilli le nombre d'HSAC dans un registre de patients admis à la clinique des AIT du service de neurologie vasculaire du CHU de Toulouse. 400 patients ont été pris en charge pour un AIT possible ou probable (juin 2009- septembre 2011). Ils ont eu dans le cadre de leur exploration une IRM encéphalique incluant des séquences pondérées en Diffusion, FLAIR et une angiographie en temps de vol.

Une HSAC a été diagnostiquée sur les séquences FLAIR chez 4 femmes (âge médian: 81 ans [73;83]). Ces HSAC étaient sans cause apparente au terme du bilan réalisé. Trois patientes sur 4 avaient une hypertension artérielle. Dans 3 cas sur 4, des séquences pondérées en T2* ont été réalisées. Dans 2 de ces 3 cas, l'HSAC était en rapport avec une AAC probable selon les critères de Boston.

DISCUSSION

Une présentation clinique d'AIT peut révéler une HSAC dans 1% des cas. Comme dans notre registre, une HSAC sans cause apparente chez le sujet âgé est souvent en rapport avec une AAC. Ces cas soulignent l'importance d'une analyse attentive de l'imagerie cérébrale chez les patients pris en charge pour une suspicion d'AIT. L'IRM doit être privilégiée dans tous les cas où sa réalisation est possible.

CONCLUSION

Devant une suspicion clinique d'AIT, il est important de détecter une HSAC afin d'éviter la mise en route de traitements anti-thrombotiques délétères chez ces patients.

Posters

Session Clinique

Poster n°39

Fedia JARDAK (1) - Ines HSAIRI (1) - Ines AYADI (1) - Imen ABID (1) - Emna ELLOUZE (1) - Fatma KAMOUN (1) - Chahnez TRIKI (1)
(1) Service de neurologie Pédiatrique, CHU Hédi Chaker, Tunisie

Les facteurs prédictifs d'une épilepsie tardive chez des enfants avec AVC : étude de 32 cas

INTRODUCTION

La survenue de crises épileptiques symptomatiques aiguës (CSA) suite à un AVC ischémique artériel chez l'enfant est connue; cependant la fréquence et les facteurs de risque d'épilepsie tardive sont peu décrits dans la littérature. Notre travail se propose de déterminer la fréquence, la sévérité et les facteurs prédictifs de cette complication de l'AVC chez l'enfant.

METHODES OU OBSERVATIONS

Il s'agit d'une étude rétrospective de 32 enfants suivis pour AVC artériel. Nous avons divisé nos patients en 2 groupes selon l'âge de survenue de l'AVC : G1 : AVC périnatal (20 cas) et G2 : AVC post-natal et de l'enfant (16 cas). Nous avons étudié les facteurs de risque d'une épilepsie tardive tels que: les antécédents familiaux d'épilepsie, les CSA, les caractéristiques clinico-radiologiques de l'AVC.

DISCUSSION

La fréquence de l'épilepsie tardive était de 50% (16 cas), égale pour les deux groupes, 10/20 enfants pour G1 et 6/4 enfants dans G2. Une histoire familiale d'épilepsie a été retrouvée chez 1 patient. Le territoire artériel de l'AVC n'était pas prédictif d'épilepsie, alors qu'il y'avait une corrélation significative entre l'étendue et la multiplicité de l'AVC et la survenue et la sévérité de l'épilepsie. Une étiologie de l'AVC a été identifiée dans 62.5% (20/36 cas); Aucune étiologie n'a été identifiée comme un facteur de risque particulier de survenue d'une épilepsie tardive. La survenue de CSA notée chez 7 patients (6 du G1 et 1 enfant du G2) n'était pas corrélée à la survenue d'épilepsie. Une pharmacorésistance a été observée dans 4 cas qui avaient des AVC multiples périnataux.

CONCLUSION

Les enfants atteints d'un AVC ont un risque accru de développer une épilepsie tardive. L'étendue et la multiplicité de l'AVC semblent être les facteurs de risque les plus importants pour la survenue et la sévérité l'épilepsie tardive. Cette épilepsie est rarement pharmacorésistante.

Posters

Session Epidémiologie

Poster n°40

Hafida TOUZANI (1) - Didier LEYS (2) - Isabelle GIRARD - BUTTAZ (3) - François MOUNIER-VEHIER (4)
Pierre VALETTE (5) - Jean pierre PRUVO (6) - Patrick GOLDSTEIN (7)

(1) service de neurologie centre hospitalier de Dunkerque - (2) service de neurologie centre hospitalo-universitaire de Lille
(3) service de neurologie centre hospitalier de Valenciennes - (4) service de neurologie centre hospitalier de Lens
(5) SAMU 62 centre hospitalier d'Arras - (6) service de neuroradiologie centre hospitalo-universitaire de Lille
(7) SAMU 59 centre hospitalo-universitaire de Lille

Influence de l'arrondissement de résidence sur le taux de thrombolyse intraveineuse dans l'infarctus cérébral aigu dans le Nord de la France

INTRODUCTION

La proportion de patients traités par Altepase en intra-veineux (rtPA IV) suite à un infarctus cérébral aigu semble être un bon indicateur de la qualité de la filière de soins. Néanmoins, l'influence du lieu de résidence sur cette prise en charge est peu connue.

Notre objectif a été de déterminer la proportion de patients traités par rtPA IV dans la région Nord Pas de Calais et l'impact du lieu de résidence sur celle-ci.

METHODES OU OBSERVATIONS

La région Nord Pas de Calais compte environ 4millions d'habitants, dispose de 10 UNV, et deux centres médicaux d'urgences (SAMU). Nous avons déterminé la proportion d'infarctus cérébraux aigus traités par rtPA IV de 2003 à 2010 dans la région et nous avons comparé les résultats entre les 13 arrondissements.

DISCUSSION

Durant la période de l'étude, 1303 patients résidant dans la région ont reçu le rtPA IV. Le taux de thrombolyse par million d'habitants et par an a augmenté progressivement de 19 à 120 pour la période 2009-2010 (9,4% des infarctus cérébraux en 2010), avec une tendance à des taux plus élevés dans le département du Nord (135,95%CI : 112-158 ; vs.94, 95%CI : 75-113). Les différences entre les arrondissements sont principalement liées à la présence d'UNV mais pas seulement.

CONCLUSION

L'étape suivante sera de mettre en œuvre les stratégies visant à assurer un même niveau d'accès à la thrombolyse sur la région, à savoir des campagnes d'information, la réorganisation des soins, la télémedecine et l'implantation de nouvelles UNV. La stratégie la plus appropriée ou leur combinaison n'est pas nécessairement la même pour les différents arrondissements.

Posters

Session Epidémiologie

Poster n°41

Sandrine ACCASSAT (1) - Sara QUENET (2) - Magali EPINAT (3) - Claude COMTET (4) - Jérôme VARVAT (3) - Patrick MISMETTI (2) - Pierre GARNIER (3)

(1) Inserm, CIE3, F-42055 Saint-Etienne, France - (2) Groupe de Recherche sur la Thrombose, Saint-Etienne

(3) CHU Saint-Etienne, Hôpital Nord, Unité Neuro-Vasculaire, Saint-Etienne

(4) CHU Saint-Etienne, Hôpital Nord, Hospitalisation Médicale d'Urgence, Saint-Etienne

Existe-t-il une association entre la présence d'un Foramen Ovale Perméable (FOP) et un Accident Ischémique Cérébral (AIC) cryptogénique chez les patients de plus de 55 ans ?

INTRODUCTION

S'il a été démontré une association significative entre FOP et AIC cryptogéniques chez les patients de moins de 55 ans[1], qu'en est-il pour les patients de plus de 55 ans victimes d'un AIC ? Nous avons étudié dans cette tranche d'âge s'il existait une association significative entre FOP et AIC cryptogéniques par comparaison à ceux ayant eu un AIC d'étiologie connue.

METHODES OU OBSERVATIONS

Cette étude a été construite à partir d'une cohorte prospective et monocentrique de 750 patients consécutifs, hospitalisés pour un AIC dans l'UNV de Saint-Etienne de janvier 2009 à décembre 2010. Parmi ces patients, nous avons étudié les 393 patients de plus de 55 ans ayant eu un bilan étiologique complet (IRM et/ou TDM cérébrale, exploration du polygone de Willis, échodoppler des TSA, ETT et ETO avec épreuve de contraste, ECG, enregistrement rythmique et bilan biologique). Ces patients avaient en moyenne 70.5 ans $\pm$ 8.3. Nous avons comparé la prévalence du FOP entre les 74 patients avec un AIC cryptogénique et les 319 patients avec un AIC d'étiologie connue basée sur la classification de TOAST.

DISCUSSION

Dans cette étude, la prévalence du FOP est plus importante dans le groupe AIC cryptogéniques que dans le groupe AIC d'étiologie connue (27 (36.5%) vs 46 (14.4%), $p < 0.0001$). On note également une plus grande prévalence de l'association FOP-ASIA dans le groupe AIC cryptogéniques que dans le groupe AIC d'étiologie connue (15 (20.3%) vs 30 (9.4%)). Jusqu'à présent, le peu d'études réalisées dans cette tranche d'âge a montré des résultats controversés, seule une grande étude[2] avec une taille d'échantillon comparable au notre et bien conduite méthodologiquement conforte nos résultats.

CONCLUSION

Notre étude suggère que la prévalence du FOP est significativement plus élevée en cas d'AIC cryptogénique chez les patients de plus de 55 ans. Si une telle association se confirmait par d'autres études, des implications spécifiques dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique de ces patients pourraient en découler comme c'est déjà le cas chez les patients de moins de 55 ans.

1 Overell JR, Neurology 2005

2 Handke M et al, Stroke 1993

Posters

Session Epidémiologie

Poster n°42

Benjamin BOUAMRA (1) - Lina VACONNET (1) - Elisabeth MEDEIROS DE BUSTOS (2) - Paola MONTIEL (2) - Fabrice VUILLIER (2) - Thierry MOUJIN (2)
(1) Réseau RUN, CHU, Besançon - (2) Service de Neurologie, CHU, Besançon

Indicateurs de Pratiques Cliniques de la HAS concernant les AVC en Franche-Comté

INTRODUCTION

Le Réseau des Urgences Neurologiques de Franche-Comté (RUN) a vérifié la disponibilité des Indicateurs de Pratiques Cliniques (IPC) relatifs aux AVC de l'alerte à la phase aiguë, établis par la HAS (Haute Autorité de Santé). L'étude concernait les hôpitaux de Franche-Comté, hors CHU, en 2010. L'objectif était triple : établir une méthodologie de recueil des données, repérer les indicateurs manquants et effectuer une étude descriptive comparative.

METHODES OU OBSERVATIONS

Les DIM (Départements d'Information Médicale) de 9 centres hospitaliers (Belfort, Montbéliard, Champagnole, Dole, Gray, Lons, Pontarlier, Saint-Claude et Vesoul) ont fourni au RUN la liste rétrospective des patients sortis de l'hôpital en mars ou avril 2010, qui comportent au moins un diagnostic d'AVC avec les codes PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) appartenant aux rubriques suivantes en Diagnostic Principal : I60-, I61-, I62-, I63-, I64-, G45-. Un médecin du RUN a inscrit dans un tableau Excel la valeur des indicateurs demandés à partir du compte-rendu des Urgences et de la lettre de sortie de chaque patient ainsi identifié.

DISCUSSION

Trois cent sept passages aux Urgences et 306 hospitalisations ont ainsi été étudiées. Notre méthodologie semble adaptée : tous les DIM ont répondu à cette demande. Soixante-trois pourcent des marqueurs individuels (4614/7380) ont pu être renseignés. La méthode est non exhaustive et difficilement reproductible : chronophage et saisie des données nécessitant une interprétation médicale du dossier (opérateur dépendant). Les indicateurs manquants ont pu être identifiés. Sur les 27 indicateurs, 8 étaient renseignés à moins de 10% (dont 4 à 0%), 14 l'étaient à plus de 80% (dont 7 à 100%). Les données recueillies ont permis une étude descriptive et comparative de la prise en charge des patients victimes d'AVC dans les différents établissements étudiés.

CONCLUSION

L'utilisation du dossier informatique de Neurologie créé par le RUN permettrait de remplir de manière prospective la quasi-totalité des IPC. Quelques évolutions permettraient de renseigner également les IPC relatifs au suivi en SSR et à domicile. Le déploiement de ce dossier exhaustif, comparatif et standardisé contribuerait à améliorer la qualité des soins dans les hôpitaux, et à diminuer les disparités mises en évidence par cette étude.

Posters

Session Epidémiologie

Poster n°43

Marion BRISSET (1) - Stéphanie DEBETTE (1) - Christophe TZOURIO (1) - Fernando PICO (2)

(1) Hôpital la Pitié Salpêtrière, Unité Inserm 708-Neuroépidémiologie, Paris - (2) Centre hospitalier André Mignot, Chesnay

Corrélation entre gros vaisseaux et maladie des petits vaisseaux cérébraux

INTRODUCTION

Les marqueurs IRM de la maladie des petits vaisseaux (MPV) cérébraux, comme les HSB et les infarctus lacunaires sont fréquents dans la population générale et sont associés à un risque accru d'AVC, de démence et de mortalité. Notre objectif était d'étudier la relation entre divers marqueurs structuraux et fonctionnels carotidiens (reflétant la rigidité carotidienne) avec les marqueurs IRM de la MPV ischémique.

METHODES OU OBSERVATIONS

Cette étude a porté sur 1847 participants de la population générale ($72,5 \pm 4,1$ ans), recrutés dans le cadre de l'étude 3C-Dijon, ayant eu une IRM cérébrale et une échographie carotidienne. Nous avons utilisé des modèles multivariés de régression logistique et linéaire ajustée sur l'âge, le sexe et les facteurs de risque vasculaires.

DISCUSSION

La présence de plaques carotidiennes et un diamètre luminal carotidien croissant étaient associés à une prévalence plus élevée d'infarctus lacunaires (OR = 1,68 [IC 95% : 1,12-2,05], $p = 0,01$ pour la plaque carotidienne et OR = 1,24 [de 1,02 à 1,52], $p = 0,03$ par DS croissante de diamètre carotidien), et d'un volume d'HSB important (IMP-VHSB, OR = 1,37 [1,07 à 1,74], $p = 0,01$ et OR = 1,19 [1,04 à 1,36], $p = 0,01$, respectivement), indépendamment des facteurs de risque vasculaires et l'un de l'autre. Ces associations étaient d'autant plus fortes que la MPV cérébraux l'était. Un module élastique de Young et une contrainte circonférentielle pariétale croissants étaient associés à IMP-VHSB (OR = 1,18 [de 1,02 à 1,37], $p = 0,02$ et OR = 1,20 [1,03 à 1,40], $p = 0,02$ respectivement).

CONCLUSION

Nos résultats suggèrent que, en plus de l'association établie entre plaques carotidiennes (marqueur de l'athérosclérose des grosses artères) et marqueurs IRM des atteintes ischémiques cérébrales, un diamètre interne carotidien et différents marqueurs de rigidité carotidienne croissants, reflétant l'athérosclérose des gros troncs artériels, sont associés à une prévalence accrue de la maladie des petits vaisseaux définie à l'IRM.

Posters

Session Epidémiologie

Poster n°44

Christine DE PERETTI (1) - Philippe TUPPIN (2) - Olivier GRIMAUD (3) - Francis CHIN (1) - France WOIMANT (4)

(1) Département maladies chroniques et traumatismes - Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice

(2) Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Paris

(3) Ecole des hautes études en santé publique, Rennes - (4) Agence régionale de santé d'île de France, Paris

Prévalence des accidents vasculaires cérébraux et de leurs séquelles - impact sur les activités de la vie quotidienne : apports des enquêtes déclaratives Handicap-Santé-Ménages et Handicap-Santé-Institution

INTRODUCTION

Les objectifs de cette étude étaient d'estimer la prévalence des accidents vasculaires cérébraux (AVC) et de leurs séquelles dans la population française résidant en ménage ordinaire ou en institution et de décrire les limitations de déplacement et les difficultés pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) des personnes avec séquelles d'AVC.

METHODES OU OBSERVATIONS

«Handicap-Santé» est un système d'enquêtes déclaratives comprenant un volet ménages (HSM, réalisée en 2008) et un volet institution (HSI, en 2009). 29 931 personnes ont été interrogées pour HSM et 9 104 pour HSI. Ces enquêtes ont permis d'estimer la prévalence des antécédents d'AVC à 1,2%, soit près de 800 000 personnes et celle des séquelles à 0,8% (500 000). Les séquelles les plus fréquentes étaient des troubles de l'équilibre et de la mémoire. Parmi les personnes avec séquelles, 51% ont déclaré beaucoup de difficultés ou ne pas pouvoir marcher 500 mètres, et 45,3% des difficultés pour au moins une activité de la vie quotidienne (AVQ) ; 11,1% résidaient en institution, dont 86,8% avaient des difficultés pour au moins une AVQ.

DISCUSSION

HSM-HSI est le premier système d'enquêtes nationales comportant des questions sur la santé et le statut fonctionnel. Elle présente l'avantage d'intégrer la population en institution. Celle-ci représente une part non négligeable des personnes avec séquelles d'AVC (11,1%) et, particulièrement, de celles qui ont des difficultés pour au moins une AVQ (21,3%). La principale limite du dispositif est la nature déclarative du recueil d'information, avec en outre réponse par un proche pour 22,3% des enquêtés.

CONCLUSION

Malgré leurs limites, les enquêtes déclaratives HSM-HSI fournissent des indications précieuses sur l'impact des AVC dans la population française. Elles ont permis d'estimer la prévalence des séquelles d'AVC à 0,8%. L'impact sur les AVQ est fréquent : il concerne près de la moitié des personnes avec séquelles, cette proportion s'élevant à neuf sur dix pour celles qui étaient en institution.

Posters

Session Epidémiologie

Poster n°45

Yannick BEJOT (1) - Agnès JACQUIN (1) - Olivier ROUAUD (1) - Jérôme DURIER (1) - Marie HERVIEU (1) - Guy-Victor OSSEBY (1) - Maurice GIROUD (1)
(1) Faculté de Médecine, Université de Bourgogne, CHU

Survie à un an des patients présentant une démence après un AVC au sein du Registre Dijonnais des AVC

INTRODUCTION

La démence est une complication fréquente des AVC, concernant 10 à 20 % des patients dans la première année. L'objectif de cette étude était d'évaluer la mortalité à 1 an des patients déments après un premier AVC, et ses facteurs prédictifs.

METHODES OU OBSERVATIONS

Tous les cas d'AVC (infarctus, hémorragies cérébrales et hémorragies méningées) survenus au sein de la population de Dijon intra-muros (150.000 habitants) furent enregistrés de manière prospective et continue de 1985 à 2008, à partir de sources d'information multiples. Les facteurs de risque, traitements préalables et données cliniques à l'admission furent recueillis. La démence était diagnostiquée dans le mois suivant l'AVC selon les critères cliniques du DSM-III et DSM-IV. Les patients présentant une aphasie sévère ou décédés précocement furent exclus. Seuls les AVC de novo furent considérés pour cette étude. La mortalité des patients était évaluée à 1 an et des analyses multivariées utilisant un modèle de Cox ont été réalisées pour identifier les facteurs prédictifs.

DISCUSSION

Parmi les 3948 AVC enregistrés, les données concernant la démence étaient disponibles dans 81% des cas. Le diagnostic de démence fut établi chez 653 (20,4%) patients. La survie à un an était plus faible chez les patients déments par rapport aux non-déments (82,9% versus 86,9%, $p=0,013$). Cependant, en analyse multivariée, la démence n'apparaissait pas comme un facteur prédictif indépendant de mortalité à 1 an. Chez les déments, l'âge > 80 ans, un handicap sévère à la sortie, une récurrence d'AVC au cours du suivi, ou les hémorragies méningées étaient associés à un plus haut risque de décès à un an, alors que le risque était plus faible au cours de la période d'étude 2003-2008.

CONCLUSION

A partir d'un registre de population des AVC, notre étude n'a pas identifié la démence comme facteur de risque indépendant de décès à 1 an. L'amélioration de la survie des patients déments après un AVC est un résultat encourageant, démontrant que les améliorations observées dans la prise en charge des AVC ont également profité aux individus les plus fragiles.

Posters

Session Epidémiologie

Poster n°46

Olivier GRIMAUD (1) - Jérôme DURIER (1) - Yannick BEJOT (1) - Maurice GIROUD (1) - Pierre CHAUVIN (1)
(1) Département d'épidémiologie, EHESP CHU Dijon, INSERM, U707

Influence des caractéristiques socioéconomiques du voisinage sur l'incidence des accidents vasculaires cérébraux à Dijon

INTRODUCTION

Plusieurs études ont montré que l'incidence des accidents vasculaires cérébraux (AVC) est plus élevée dans les quartiers classés comme défavorisés selon un indicateur socioéconomique composite. Dans cette étude nous avons analysé les variations d'incidence en fonction de caractéristiques socioéconomiques spécifiques du quartier de résidence (ex taux de chômage, niveau de revenu).

METHODES OU OBSERVATIONS

Les données proviennent du registre de Dijon et concernent 1433 AVC survenus entre 1995 et 2003. Nous avons estimé des ratios d'incidence (RI) comparant les quartiers les plus défavorisés à ceux les moins défavorisés. Chez les femmes, l'incidence des AVC augmentent avec le degré d'inégalité de revenu (RI: 1.34, $p=0.003$), le taux de chômage (1.24, $p=0.02$), la proportion de résidents d'origine étrangère (1.21, $p=0.02$), et celle de ménage locataire du logement principal (1.31, $p=0.03$). L'incidence est par contre plus faible à mesure que la proportion de personnes âgées de 60 ans ou plus augmente dans l'IRIS (IR : 0.72, $p=0.01$). Chez les hommes, les associations significatives entre incidence et plusieurs indicateurs socioéconomiques n'apparaissent que dans la tranche d'âge des 40-59 ans.

DISCUSSION

Ces résultats confirment l'existence d'un gradient de l'incidence des AVC au détriment des quartiers défavorisés. L'apparition de ce gradient à un âge plus précoce chez les hommes suggère que les inégalités socioéconomiques sont plus marquées au moment où l'incidence augmente (i.e. avant 60 ans chez les hommes, après 60 ans chez les femmes). L'effet protecteur observé chez les femmes dans les quartiers à forte proportion de personnes âgées soulève plusieurs hypothèses. Selon l'une d'entre elles, ces quartiers seraient plus propices au développement de réseaux sociaux dont les effets positifs sur la santé ont été démontrés.

CONCLUSION

Notre étude montre que l'association entre incidence des AVC et niveau socioéconomique du voisinage varie selon le sexe, l'âge et l'indicateur utilisé. Les indicateurs reflétant le niveau de revenu semblent plus aptes à révéler des variations significatives d'incidence pour des événements de santé qui, comme les AVC, touchent particulièrement les personnes âgées.

Posters

Session Expérimental

Poster n°47

Anne BALOSSIER (1) - Cyrille ORSET (2) - Olivier ETARD (3) - Clément GAKUBA (4) - Denis VIVIEN (2) - Evelyne EMERY (5)

(1) Service de Neurochirurgie, CHU de Caen, Université de Caen Basse-Normandie, GIP Cyceron

(2) Université de Caen Basse-Normandie, GIP Cyceron - (3) Laboratoire d'Explorations Fonctionnelles du Système Nerveux, CHU de Caen

(4) Pôle Anesthésie-Réanimation Chirurgicale-SAMU-SMUR, CHU de Caen - (5) Service de Neurochirurgie, CHU de Caen

Intérêt de la Stimulation Électrique Corticale Extradurale dans la Récupération Motrice post-AVC : étude chez un modèle primate non humain

INTRODUCTION

Le principal déficit occasionné suite à un accident vasculaire cérébral (AVC) est le déficit moteur. On observe une phase de récupération spontanée de 3 à 6 mois. Au-delà, la marge de récupération devient faible. Des études chez le rongeur ont montré que la rééducation était d'autant plus efficace qu'elle était associée à des séances de stimulation corticale sur le cortex moteur lésé. Chez l'Homme, les résultats demeurent controversés.

METHODES OU OBSERVATIONS

Les objectifs de cette étude ont été de tester chez un primate non humain l'efficacité de la stimulation électrique corticale extradurale et le rôle des paramètres dans l'amélioration des déficits moteurs acquis. L'étude a porté sur un macaque rhésus ayant subi un AVC ischémique par approche trans-orbitale de l'artère cérébrale moyenne (ACM). L'occlusion de l'ACM a été réalisée grâce à l'injection in situ de thrombine humaine. Trois mois après l'AVC, un stimulateur cortical extradural a été mis en place du côté lésé. Deux paramètres ont été étudiés : fréquence (2, 1 Hz, 60 Hz, 130 Hz) et amplitude (50% et 80% du seuil moteur). Le comportement moteur a été mesuré en continu grâce à des actimètres fixés au niveau des poignets de l'animal.

DISCUSSION

La stimulation corticale extradurale a modifié le comportement moteur en augmentant l'activité globale sur les bras et l'activité spécifique du côté stimulé. Les effets ont été observés uniquement pour une stimulation à 50% du seuil moteur indépendamment de la fréquence. Nous avons également observé un effet ON/OFF de la stimulation à l'arrêt du stimulateur. L'effet est spécifique de la stimulation puisqu'il est dépendant des paramètres. Les mécanismes impliqués semblent plus en rapport avec un phénomène de régulation inter et intra-hémisphérique qu'avec un phénomène de plasticité synaptique du fait de la réversibilité de l'effet à l'arrêt de la stimulation et de son caractère bilatéral.

CONCLUSION

La faisabilité d'une stimulation corticale extradurale chez un primate non humain est démontrée et cette technique pourrait apporter de nouvelles pistes thérapeutiques dans le cas de déficits moteurs acquis post-AVC.

Posters

Session Expérimental

Poster n°48

Fei TENG (1) - Marie GARRAUD (1) - Bérard COQUERAN (1) - Michel PLOTKINE (1) - Catherine MARCHAND-LEDOUX (1) - Isabelle MARGAILL (1)
Virginie BERAY-BERTHAT (1)

(1) Equipe de recherche «Pharmacologie de la Circulation Cérébrale» Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité

Rôle de la poly(ADP-RIBOSE) Polymérase dans les effets de l'activateur tissulaire du plasminogène recombinant sur la barrière hémato-encéphalique après une ischémie cérébrale chez la souris

INTRODUCTION

Le seul traitement actuellement disponible de l'ischémie cérébrale est l'activateur tissulaire du plasminogène recombinant (rt-PA). Cependant, le rt-PA augmente le risque de transformations hémorragiques. L'objectif de cette étude est de rechercher l'implication d'une enzyme, la Poly(ADP-ribose)polymérase ou PARP, dans la toxicité vasculaire du rt-PA, notamment sur les jonctions endothéliales de la barrière hémato-encéphalique.

METHODES OU OBSERVATIONS

L'ischémie cérébrale permanente, réalisée chez des souris mâles Swiss, consiste en une occlusion de l'artère cérébrale moyenne (ACM) gauche par voie endovasculaire. Le rt-PA est administré 6 heures après l'ischémie (10 mg/kg) par perfusion intraveineuse. Le PJ34 (N-[6-oxo-5,6-dihydrophenanthridin-2-yl]-2-[N,N-diméthylamino]acétamide), puissant inhibiteur de PARP, est administré immédiatement et 4h après l'ischémie (1 ou 3 mg/kg par voie intrapéritonéale).

L'expression de la claudine-5, de l'occludine et de ZO-1, molécules des jonctions serrées interendothéliales, et de la VE-Cadhérine, molécule des jonctions adhérentes interendothéliales, a été étudiée par Western blot 24 heures après l'ischémie.

DISCUSSION

L'ischémie diminue significativement l'expression de la claudine-5, de ZO-1 et de la VE-cadhérine, et le rt-PA aggrave la dégradation de ces molécules. A la dose de 1 mg/kg, le PJ34 améliore l'expression de ces trois molécules. A la dose de 3 mg/kg, le PJ34 améliore uniquement l'expression de ZO-1 et de la VE-cadhérine. L'expression de l'occludine en revanche n'est modifiée ni par l'ischémie, ni par le traitement par le rt-PA.

CONCLUSION

Nos résultats montrent que la PARP est impliquée dans les atteintes de la barrière hémato-encéphalique induites par le rt-PA à la suite de l'ischémie. Ainsi, l'inhibition de la PARP pourrait contrôler les effets délétères vasculaires de la thrombolyse. Cette étude sera poursuivie afin d'examiner si l'utilisation d'inhibiteurs de la PARP permettrait d'étendre la fenêtre d'opportunité thérapeutique du rt-PA.

Posters

Session Filières

Poster n°49

L. ALHANATI (1) - S. DUBOUDIEU (2) - D. JOST (2) - J.-L. PETIT (2) - L. DOMANSKI (2)

(1) Service d'Accueil des Urgences, HIA PERCY, Clamart

(2) Service Médical d'Urgence, Brigade des Sapeurs Pompiers de Paris, Paris

Accident vasculaire cérébral : du secouriste au neurologue

INTRODUCTION

L'accident vasculaire cérébral (AVC) touche près de 130 000 personnes par an en France, ce qui en fait la 3ème cause de mortalité et la 1ère cause de handicap de l'adulte. Avec le développement des unités neuro-vasculaires (UNV) et l'utilisation de la thrombolyse ou des techniques endoartérielles, la prise en charge des AVC est une véritable urgence en termes de délais, et ce dès la phase préhospitalière

METHODES OU OBSERVATIONS

En février 2007, une procédure spécifique de prise en charge des AVC par des équipes de secouristes professionnels, privilégiant l'admission rapide en UNV, a été mise en place par la Brigade de sapeurs-pompiers de Paris (BSPP). Cette procédure définit les éléments à rechercher lors du bilan secouriste et précise des critères de médicalisation. En l'absence de ces critères, le transport s'effectue par l'équipe de prompt secours. Un contact est établi avec l'UNV la plus proche sous la forme d'une conférence à trois entre le chef d'agrès, la coordination médicale et le neurologue de garde. Après avis du spécialiste, le patient est dirigé soit directement vers l'UNV soit vers un service d'urgence disposant d'une imagerie cérébrale.

DISCUSSION

Une étude observationnelle prospective a été réalisée sur 4 mois. Plusieurs critères ont été étudiés : délais de transport, confirmation diagnostique des patients admis en UNV et le taux de thrombolyse. Du 1er septembre 2010 au 31 décembre 2011, 463 dossiers ont été recueillis. Parmi ces patients, 351 ont été admis en UNV via le prompt secours (76 %), 107 ont été dirigés vers un SAU et 1 a bénéficié du renfort d'une équipe médicale. Sur les patients adressés en UNV, l'âge médian était de 72 ans [IQ 25-75% : 58-82], le délai médian entre l'appel des secours et l'arrivée à l'hôpital de 65 minutes [IQ 25-75% : 53-79]. 82 % des patients souffraient d'AVC. Le taux de thrombolyse des patients victimes d'accident vasculaires cérébraux ischémiques était de 41 %.

CONCLUSION

La mise en place d'une procédure spécifique, en collaboration étroite avec les neurologues, a permis à la majorité des patients victimes d'AVC récent et pris en charge par les équipes de prompt secours, d'être transportée, après régulation médicale, directement, rapidement et en toute sécurité vers un service spécialisé, dans des délais compatibles avec l'utilisation de la thrombolyse.

Posters

Session Filières

Poster n°50

Mariana SAROV (1) - Guillaume SALIOU (2) - Marie DREYFUS (3) - Thierry GUEDJ (4) - Denis DUCREUX (2) - David ADAMS (1) - Christian DENIER (1)
(1) Unité Neuro-Vasculaire, CHU Kremlin Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre - (2) Neuroradiologie – IRM, CHU Kremlin Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre
(3) Laboratoire Hématologie-Hémostase, CHU Kremlin Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre - (4) SAU Médecine, CHU Kremlin Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre

PROFIL AVC au Centre Hospitalo-Universitaire du Kremlin Bicêtre: 1^{ère} photographie de diagnostic et plan d'actions. une ischémie cérébrale chez la souris

INTRODUCTION

L'UNV de Bicêtre a été créée en 2007. Le bassin de vie est de 3000000 d'habitants avec 6 hôpitaux périphériques. Cette 1^{ère} photographie avait pour but de mesurer l'activité de l'UNV, les délais de prise en charge des patients avec suspicion d'AVC en phase aiguë depuis le début symptômes jusqu'à la décision thérapeutique. L'objectif était de définir un plan d'actions multidisciplinaires pour réduire les délais et améliorer la prise en charge.

METHODES OU OBSERVATIONS

La méthodologie utilisée est basée sur l'audit structurel et organisationnel (mesure des délais) des bonnes pratiques et des points d'amélioration pour la mise en place d'un plan d'actions. (cf abstract «PROFIL AVC: Méthodologie »). De Janvier à Février 2011, 8 fiches de prise en charge « alerte AVC » ont été complétées de façon totalement exploitable. Le taux d'appel au SAMU était de 50%, le taux de contact médecin SAMU/Neurologue de 63%, le taux de réalisation du NIHSS de 100% et de réalisation d'IRM de 50%. 37% des patients ont bénéficié d'une thrombolyse. Les délais médians étaient pour tous les patients: phase alerte 62,5 min, phase pré-hospitalière 22,5 min, et pour les patients thrombolysés: phase hospitalière spécialisée 50 min et le délai global (symptômes à thrombolyse) 160 min.

DISCUSSION

A l'issue de cette 1^{ère} photographie réalisée à l'hôpital de Bicêtre, PROFIL AVC a permis d'identifier 3 délais qui sont à améliorer. Deux délais qui sont longs mais très variables : le déclenchement de l'alerte AVC et l'obtention des résultats biologiques. Par ailleurs le délai de prise en charge des patients la nuit apparaissait rallongé par rapport à la journée. Les acteurs de la filière ont étudié différents axes d'amélioration pour réduire ces délais et améliorer la prise en charge des patients. Plusieurs actions prioritaires ont été retenues pour formaliser et mettre en place un plan d'actions multidisciplinaires avant la 2^{ème} photographie d'évaluation des pratiques professionnelles.

CONCLUSION

Les actions structurelles et organisationnelles retenues ont été : i) la formation des IAO et médecins urgentistes, ii) l'actualisation des procédures pour la biologie, incluant un étiquetage spécifique, avec alerte systématique du laboratoire pour libérer la centrifugeuse et transmission téléphonique immédiate des résultats et iii) l'angio-scanner prioritaire et systématique la nuit avec sensibilisation des manipulateurs radio à la thrombolyse.

Posters

Session Filières

Poster n°51

Déborah GROSSET-JANIN (1) - Kabia GARAMBOIS (1) - Raphael MARLU (2) - François LOIZZO (3) - Cécile RONCORONI (4)

Florence TAHON (5) - Olivier DETANTE (1)

(1) Unité Neuro-Vasculaire, CHU Grenoble, Grenoble - (2) Laboratoire Hématologie-Hémostase, CHU Grenoble, Grenoble

(3) SAMU 38, CHU Grenoble, Grenoble - (4) SAU Médecine, CHU Grenoble, Grenoble

(5) Neuroradiologie - IRM, CHU Grenoble, Grenoble

PROFIL AVC au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble : 1^{ère} photographie de diagnostic et plan d'actions

INTRODUCTION

A Grenoble, l'UNV a été créée en 1985. Le bassin de population est de 1 200 000 habitants, avec 2 hôpitaux périphériques. Cette 1^{ère} photographie permet de mesurer l'activité de l'UNV, les délais de prise en charge des patients avec suspicion d'AVC en phase aiguë depuis le début des symptômes jusqu'à la décision thérapeutique. L'objectif est de définir un plan d'actions multi-disciplinaire pour réduire les délais et améliorer la prise en charge.

METHODES OU OBSERVATIONS

La méthodologie utilisée est basée sur l'audit structurel et organisationnel (mesure des délais) avec identification des points d'amélioration et mise en place d'un plan d'actions. (cf abstract intitulé «PROFIL AVC : Méthodologie »). De Janvier à Février 2011, 27 fiches de prise en charge « alerte AVC » ont été complétées. Le taux d'appel au SAMU était de 89%, le taux de contact médecin SAMU/Neurologue de 85%, le taux de réalisation du NIHSS de 93% et le taux de réalisation d'IRM de 44%. Le nombre de patients ayant bénéficié d'une thrombolyse était de 37%. Les délais médians étaient pour tous les patients : phase alerte 48 min, phase pré-hospitalière 50 min, et pour les patients thrombolysés : phase hospitalière spécialisée 68,5 min et le délai global (symptôme à thrombolyse) 160 min.

DISCUSSION

A l'issue de la 1^{ère} photographie réalisée au CHU de Grenoble, PROFIL AVC a permis d'identifier des délais à améliorer. Le déclenchement « alerte AVC » présente une variabilité importante et le délai de réalisation de la biologie est long. Les acteurs de la filière ont étudié 6 axes d'amélioration pour réduire ces délais et ont retenu des actions prioritaires pour formaliser et mettre en place un plan d'actions.

CONCLUSION

Les actions structurelles et organisationnelles retenues sont: formation des PARM, médecins régulateurs et SAU, étiquetage spécifique « urgence AVC» des prélèvements biologiques, procédure d'accès prioritaire « urgence déficit neurologique récent » en radiologie, procédure régulation SAMU, enregistrement pré hospitalier des patients, information des patients et personnels hospitaliers sur les signes AVC (Flash info, journal interne L'Hospitalier)

Posters

Session Filières

Poster n°52

Cristina SPALATELU (1) - Aude TRIGUENOT-BAGAN (2)

(1) Service de neurologie et UNV - CH Laennec Creil - (2) Département de neurologie et UNV-USINV CHU Charles Nicolle Rouen

Délai de revascularisation des sténoses athéromateuses symptomatiques de l'artère carotide interne au sein de l'Unité Neuro-Vasculaire du CHU de Rouen

INTRODUCTION

Environ 10% des infarctus cérébraux sont en relation avec une sténose athéromateuse de l'artère carotide interne. Le risque de récurrence d'AVC chez ces patients est majeur dans les premières semaines qui suivent le premier accident. L'objectif de cette étude est d'évaluer le délai de revascularisation des sténoses athéromateuses symptomatiques de l'artère carotide interne chez les patients hospitalisés au sein de l'UNV du CHU de Rouen.

METHODES OU OBSERVATIONS

Nous avons inclus les patients hospitalisés du 01/01/2008 au 01/01/2011 dans l'Unité Neuro-Vasculaire du CHU de Rouen suite à la survenue d'un AIT ou d'un IC mineur en relation avec une sténose athéromateuse serrée de l'artère carotide interne et ayant bénéficié d'un geste de revascularisation. Les délais médians entre la survenue des symptômes et l'hospitalisation, la réalisation de l'imagerie et la revascularisation carotidienne ont été calculés.

DISCUSSION

Cette étude précise le délai médian de revascularisation des sténoses athéromateuses symptomatiques de l'artère carotide interne pour les patients hospitalisés dans l'UNV suite à un AIT ou à un AIC mineur et opérés dans le service de Chirurgie Vasculaire du CHU de Rouen. Le temps médian de revascularisation de l'artère carotide par rapport à la date de la symptomatologie était de 18 jours et par rapport à la date d'hospitalisation était de 15 jours. Le délai médian d'hospitalisation par rapport à la date de début de la symptomatologie était de 2 jours. L'amélioration du délai d'hospitalisation des patients passe par l'éducation de la population, des médecins généralistes ou spécialistes et l'amélioration de l'accessibilité à la filière de soins.

CONCLUSION

La mise en évidence des délais dans les différentes étapes de prise en charge de ces patients permet l'ouverture de discussion au sein de l'établissement entre les différents intervenants afin de réduire encore le délai de la revascularisation carotidienne.

Posters

Session Filières

Poster n°53

Claire ELZIERE (1) - Laurence NAHUM-MOSCOVICI (1) - Azdachir ALKHALIL (1) - Françoise LE BIHAN (2)

Jean STEINER (3) - Pierre CHARESTAN (4) - Ovidiu CORABIANU (1)

(1) Service Neurologie, CH Robert Ballanger, Aulnay-sous-Bois - (2) Service Biologie, CH Robert Ballanger, Aulnay-sous-Bois

(3) Service Radiologie, CH Robert Ballanger, Aulnay-sous-Bois - (4) Service Urgences, CH Robert Ballanger, Aulnay-sous-Bois

PROFIL AVC au Centre Hospitalier R. Ballanger à Aulnay sous bois : 1^{er} aperçu du diagnostic et plan d'actions

INTRODUCTION

L'UNV d'Aulnay-sous-Bois, créée en 2008, couvre un territoire de santé comportant une population de 450 000 habitants et plusieurs hôpitaux et cliniques. Cette 1^{ère} photographie a comme but de mesurer les délais de prise en charge des patients avec suspicion d'AVC depuis les 1^{er}s symptômes jusqu'à la décision thérapeutique. L'objectif est la définition d'un plan d'actions multidisciplinaires pour réduire les délais et améliorer la prise en charge.

METHODES OU OBSERVATIONS

La méthodologie repose sur l'audit structurel et organisationnel (mesure des délais) avec identification des points d'amélioration et mise en place d'un plan d'action (cf abstract « PROFIL AVC: Méthodologie »). De Janvier à Février 2011, 15 fiches de prise en charge « alerte AVC » ont été complétées. Le taux d'appel du SAMU/Pompiers était de 33%, le taux de contact médecin SAMU/Neurologue de 27%, le taux de réalisation du NIHSS de 100%, le taux de réalisation d'IRM de 0% versus 100% pour le scan crânien. Le taux de patients thrombolysés était de 27%. Les délais médians étaient pour l'ensemble des patients : phase alerte 75 min, phase pré-hospitalière 40 min; pour les patients thrombolysés : phase hospitalière spécialisée 48,5 min et délai global (symptôme/thrombolyse) 145,5 min.

DISCUSSION

A l'issue de ce premier aperçu, PROFIL AVC a permis d'identifier trois items qui présentaient une variabilité importante et qui étaient à améliorer: a) le déclenchement de l'alerte AVC, b) la prise en charge par un médecin en phase pré-hospitalière, c) l'accès à l'imagerie par résonance magnétique. Plusieurs actions prioritaires ont été retenues pour formaliser et mettre en place un plan d'actions multidisciplinaire avant la 2^{ème} photographie, notamment une campagne d'information du grand public, mais aussi des professionnels de santé, médecins traitants et urgentistes. L'accès en urgence à l'IRM sera plus ouvert pour les patients posant des problèmes diagnostiques ou justifiant d'une thrombolyse.

CONCLUSION

Bien que le délai global de 145,5 min pour les thrombolyses réalisées dans notre UNV est acceptable, des actions structurelles et organisationnelles restent à mettre en place pour améliorer la prise en charge de l'ensemble des pathologies neuro-vasculaires aiguës. Le suivi de ces modifications sera réalisé par une deuxième étude « Profil AVC » qui est actuellement en cours.

Posters

Session Filières

Poster n°54

Thomas RONZIERE (1) - Jean Yves GAUVIRIT (2) - Myriamne LALDUE (3) - Mathieu PERENNES (4) - Pierre GUERET (5) - Gilles EDAN (1)
(1) service de neurologie CHU Pontchaillou, Rennes - (2) service de radiologie CHU Pontchaillou, Rennes
(3) SAMU 35 CHU Pontchaillou, Rennes - (4) Service d'accueil des urgences CHU Pontchaillou, Rennes
(5) service d'hémostase bio-clinique CHU Pontchaillou, Rennes

PROFIL AVC au Centre Hospitalier Universitaire de Rennes : 1^{ère} photographie de diagnostic et plan d'actions

INTRODUCTION

A Rennes l'UNV a été créée en 2008, le bassin de population est de 400 000 habitants, avec 3 hôpitaux périphériques. Cette 1^{ère} photographie permet de mesurer l'activité de l'UNV, les délais de prise en charge des patients avec suspicion d'AVC en phase aiguë depuis le début symptômes jusqu'à la décision thérapeutique. L'objectif est de définir un plan d'actions multidisciplinaires pour réduire les délais et améliorer la prise en charge.

METHODES OU OBSERVATIONS

La méthodologie est basée sur l'audit structurel et organisationnel du centre avec identification des bonnes pratiques et des points d'amélioration pour la mise en place d'un plan d'actions (cf abstract «PROFIL AVC : Méthodologie»). De Janvier à Février 2011, 43 fiches de prise en charge «alerte AVC» ont été complétées. Le taux d'appel au SAMU était de 65%, le taux de contact médecin SAMU/Neurologue de 44%, le taux de réalisation du NIHSS de 65% et le taux de réalisation d'IRM de 86%. Le nombre de patients ayant bénéficié d'une thrombolyse était de 44%. Les délais médians étaient pour tous les patients : phase alerte 100 min, phase pré-hospitalière 22 min, et pour les patients thrombolysés : phase hospitalière spécialisée 64 min et le délai global (symptôme à thrombolyse) 175 min.

DISCUSSION

A l'issue de la 1^{ère} photographie réalisée au CHU de Rennes, PROFIL AVC a permis d'identifier Cinq délais à améliorer: Deux délais qui présentent une variabilité importante (le déclenchement «alerte AVC» suite aux symptômes, la prise en charge pré-hospitalière) et trois délais qui sont longs (délai jusqu'au prélèvement sanguins, délais d'accès et de réalisation de l'imagerie). Les acteurs de la filière ont étudiés 4 axes d'amélioration pour réduire ces délais et améliorer la prise en charge des patients. Plusieurs actions prioritaires ont été retenues pour formaliser et mettre en place un plan d'actions multidisciplinaires avant la 2^{ème} photographie.

CONCLUSION

Les actions structurelles et organisationnelles retenues sont: Information des ambulanciers, communication sur les signes de l'AVC en interne (flash info, fiche de paye), carte AVC dans les courriers de correspondance MG, Poster d'information des patients sur «accès prioritaire imagerie en cas d'AVC» en salle d'attente IRM, téléphone d'astreinte radiologue («spécial AVC»), rédaction de procédures avec les SAMU, les urgences et la biologie.

Posters

Session Filières

Poster n°55

Christine DE PERETTI (1) - Javier NICOLAU (2) - Philippe TUPPIN (3) - Alexis SCHNITZLER (4) - France WOIMANT (5)

(1) Département maladies chroniques et traumatismes - Institut de veille sanitaire - Saint-Maurice

(2) Direction scientifique - Institut de veille sanitaire - Saint-Maurice

(3) Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés - Paris

(4) Hôpital Raymond Poincaré - Garches - (5) Agence régionale de santé d'île de France - Paris

Evolutions de la prise en charge hospitalière des accidents vasculaires cérébraux en court séjour et en soins de suite et de réadaptation entre 2007 et 2009

INTRODUCTION

Les objectifs de cette étude sont de décrire les caractéristiques et les évolutions récentes de la prise en charge hospitalière des accidents vasculaires cérébraux (AVC) à partir des bases nationales du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Elle analyse les évolutions survenues entre 2007-2009 en court séjour et en soins de suite et de réadaptation (SSR).

METHODES OU OBSERVATIONS

Les hospitalisations en court séjour ont été sélectionnées dans le PMSI «médecine, chirurgie, obstétrique» (PMSI MCO) à partir du diagnostic principal. Les patients ayant eu une hospitalisation pour AVC en court séjour ont ensuite été recherchés dans les bases du PMSI SSR, grâce au numéro d'anonymisation. En court séjour, le nombre d'hospitalisations complètes s'élevait à 138 601 en 2009 (31 674 AIT et 106 927 AVC). En deux ans, l'hospitalisation des AVC en unité neuro-vasculaire (UNV) a augmenté de 9,7 à 25,9%, et la part de séjours en établissement avec UNV, de 22,9 à 47,4%. La proportion de patients transférés en SSR après AVC non léthal était égale à 33,8% en 2009 : 10,4% en rééducation fonctionnelle (RF) et 23,4% en soins de suite médicaux (contre 7,5 et 24,2% en 2007).

DISCUSSION

Le PMSI permet de chaîner les hospitalisations en court séjour et en SSR avec une bonne fiabilité. C'est une source de données exhaustive qui apporte une vision nationale des hospitalisations. Mais l'information recueillie dans ces bases repose sur la qualité du codage des variables, et notamment de celles qui décrivent la prise en charge en UNV. Il est de ce fait probable que la proportion d'AVC pris en charge en UNV soit un peu sous-estimée.

CONCLUSION

Les bases nationales d'hospitalisation montrent des améliorations de la prise en charge des AVC entre 2007 et 2009. En court séjour, il y a eu une forte augmentation des hospitalisations en UNV et, parallèlement, en établissement de santé avec UNV. Concernant le secteur SSR, on observe une croissance de plus du tiers du taux de transfert en RF après AVC.

Posters

Session Filières

Poster n°56

Anna FERRIER (1) - François DISSAIT (2) - Denis GONZALEZ (2) - Emmanuel CHABERT (3) - Jeannot SCHMIDT (4) - Daniel PIC (4) - Pierre CLAVELOU (1)
(1) service de Neurologie, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand - (2) SAMU, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand
(3) Neuro radiologie, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand - (4) Service Accueil Urgence, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand

PROFIL AVC au Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand : 1^{ère} photographie de diagnostic et plan d'actions

INTRODUCTION

A Clermont-Ferrand l'UNV a été créée en 2009, le bassin de population est de 500 000 habitants, avec 10 hôpitaux périphériques. Cette 1^{ère} photographie permet de mesurer l'activité de l'UNV, les délais de prise en charge des patients avec suspicion d'AVC en phase aiguë depuis le début symptômes jusqu'à la décision thérapeutique. L'objectif est de définir un plan d'actions multidisciplinaires pour réduire les délais et améliorer la prise en charge.

METHODES OU OBSERVATIONS

La méthodologie est basée sur l'audit structurel et organisationnel (mesure des délais) avec identification des points d'amélioration et mise en place d'un plan d'actions. (cf abstract « PROFIL AVC : Méthodologie »). De Janvier à Février 2011, 23 fiches de prise en charge « alerte AVC » ont été complétées. Le taux d'appel au SAMU était de 87%, le taux de contact médecin SAMU/Neurologue de 91%, le taux de réalisation du NIHSS de 96% et le taux de réalisation d'IRM de 0% à la phase initiale. Le nombre de patients ayant bénéficié d'une thrombolyse était de 48%. Les délais médians étaient pour tous les patients: phase alerte 70 min, phase pré-hospitalière 55 min, et pour les patients thrombolysés: phase hospitalière spécialisée 44 min et le délai global (symptôme à thrombolyse) 180 min.

DISCUSSION

A l'issue de la 1^{ère} photographie au CHU de Clermont Ferrand, PROFIL AVC a permis d'identifier 4 délais à améliorer. Deux délais qui présentaient une variabilité importante (le déclenchement « alerte AVC », la prise en charge pré-hospitalière), un délai long et variable dans la réalisation de la biologie et un délai long dans l'obtention des résultats biologiques. Les acteurs de la filière ont étudiés 3 axes d'amélioration pour réduire ces délais et améliorer la prise en charge des patients. Plusieurs actions prioritaires ont été retenues pour formaliser et mettre en place un plan d'actions multidisciplinaires avant la 2^{ème} photographie.

CONCLUSION

Les actions structurelles et organisationnelles retenues sont : un étiquetage spécifique « fibrinolyse » pour les prélèvements biologiques et une formation des biologistes et techniciens de laboratoire, une formation des PARM et IAO, l'écriture d'un questionnaire standardisé pour le SAMU, Une campagne information grand public (presse, radio et télévision) sur les signes de l'AVC, un scanner prioritaire pour les AVC inférieurs à 4h.

Posters

Session Filières

Poster n°57

Nicolas GAILLARD (1) - Aziz AKOLUZ (2) - Alejandro TONINA (3) - Philippe GUEUDET (4) - Bénédicte FADAT (1) - Anaïs DUTRAY (1) - Denis SABLOT (1)
(1) Service de Neurologie, Hôpital Saint Jean, Perpignan - (2) Service d'accueil des urgences, Hôpital Saint Jean, Perpignan
(3) Service de Radiologie, Hôpital Saint Jean, Perpignan - (4) Service de Biologie, Hôpital Saint Jean, Perpignan

PROFIL AVC au Centre Hospitalier de Perpignan : 1^{ère} photographie de diagnostic et plan d'action

INTRODUCTION

L'amélioration de l'accès à une unité de prise en charge de l'AVC aigu est une priorité de santé publique qui se heurte à de nombreux obstacles: reconnaissance des signes d'alerte, acheminement pré-hospitalier adapté, fluidité d'accès en Unité Neurovasculaire (UNV). L'objectif était d'évaluer la filière d'accès à une éventuelle thrombolyse intra-veineuse (Tb) dans l'UNV de Perpignan sur les indicateurs jugés pertinents par la HAS.

METHODES OU OBSERVATIONS

Evaluation prospective de patients consécutifs éligible à une Tb avec identification des bonnes pratiques et des points d'amélioration pour la mise en place d'un plan d'actions (cf abstract «PROFIL AVC: Méthodologie»). Notre UNV, labellisée en 2007, comprend 8 lits de soins intensifs et 24 lits d'aval. Elle a accueilli 657 patients victimes d'un nouvel infarctus cérébral (IC) en 2010 (76% des IC admis à l'hôpital) dont 72 Tb (11% des IC admis en UNV) pour un bassin estimé à 450 000 habitants. De Janvier à Février 2011, 27 patients « alerte AVC » ont été inclus. Le taux d'appel au SAMU était de 78%, le taux de contact médecin SAMU/Neurologue de 59%, le taux de réalisation du NIHSS de 100%, le taux de réalisation d'IRM de 93% et le taux de thrombolyse de 33% (9/27).

DISCUSSION

Les délais médians (ecart-type) pour les 27 patients inclus étaient: phase «alerte» 62,5 mn (69,4), phase «pré-hospitalière» 42,5 mn (45,5), délai « prélèvements-résultats » sanguins 45 mn (23,5) ; et pour les 9 patients thrombolysés: phase «hospitalière spécialisée» 65 mn (31,3) et délai global «symptômes-Tb» 165 mn (87,6). PROFIL AVC a permis d'identifier 4 délais à améliorer, définis par une grande variabilité (déclenchement «alerte AVC», prise en charge par un médecin après déclenchement de l'alerte, l'accès à l'imagerie), ou par un délai estimé trop long (obtention des résultats sanguins). Les facteurs «retardant» la prise de décision de Tb en intra-hospitalier étaient soit l'attente des résultats sanguins (4/9) soit l'attente de la fin de l'imagerie (5/9).

CONCLUSION

Un plan d'action multidisciplinaire est en cours pour réduire ces délais avant la 2ème photographie: campagnes de Presse, conférences et affichages grand public; information aux professionnels de santé du territoire; rencontres et sensibilisation/formation destinées aux acteurs hospitaliers de la filière AVC; étiquetage spécifique «Tb» pour les transport de prélèvements sanguins ; optimisation de la procédure locale de Tb.

Posters

Session Filières

Poster n°58

Michele LEVASSEUR (1) - Atossa GORDJI (1) - Monica MALAU (1) - Amer AL-NAJJAR-CARPENTIER (1) - Naceur REZGUI (2)

(1) Service de Neurologie Centre Hospitalier d'Orsay 91400 ORSAY

(2) Service de Réanimation Polyvalente Centre Hospitalier d'Orsay 91400 ORSAY

Proximité USINV - Service de Réanimation : une expérience positive au Centre Hospitalier d'Orsay

INTRODUCTION

La restructuration des hôpitaux dans le cadre de la loi HPST peut conduire à délocaliser certains services, dont des services de réanimation. Dans ce cas, la prise en charge de certains patients instables deviendrait problématique, surtout dans des spécialités où les transferts sont difficiles du fait de pronostic réputé réservé, telle la neurologie.

METHODES OU OBSERVATIONS

Au Centre Hospitalier d'Orsay, des lits dédiés d'USINV (2 lits) sont situés au sein de la Réanimation Polyvalente (6 lits de réanimation et 2 lits de Surveillance Continue). Il y a 12 lits d'UNV dans le service de neurologie. Six cent cinquante patients ont été accueillis sur 17 mois, dont 355 hospitalisés en USINV. Les critères d'hospitalisation en USINV sont conformes aux recommandations: AVC très récent ischémique ou hémorragique; thrombolyse intraveineuse; AIT. La surveillance des patients est assurée par le neurologue le jour et par le réanimateur de garde avec astreinte opérationnelle de neurologue, la nuit. La même équipe paramédicale prend en charge les patients neurovasculaires et de réanimation. Des échanges quotidiens ont lieu entre les neurologues et les réanimateurs.

DISCUSSION

Nous avons étudié les patients ayant eu au cours du même séjour une admission en USINV et une en réanimation. Vingt-trois patients répondent à ce critère, soit 6,5% des patients hospitalisés en USINV. Ce chiffre est relativement élevé si on le compare au 1 à 2/1000 environ en neurologie. Les causes de transfert d'unité ont été: détresse respiratoire aiguë (12) dont 8 ventilations mécaniques, 3 endocardites, un OAP grave, 1 IDM massif, 1 hémorragie digestive, 1 péritonite, 3 «stroke mimic». L'âge moyen était de 71 ans (extrêmes :56-88). Il y a eu 7 décès pendant le séjour en réanimation, soit 30% des entrées, taux légèrement plus élevé que le chiffre de 20% rapporté en Réanimation Polyvalente. Parmi les survivants (13), 50% ont eu une excellente récupération (Rankin entre 0 et 2).

CONCLUSION

Cette étude rétrospective observationnelle, certes limitée, confirme qu'un nombre non négligeable de patients d'USINV ont nécessité une prise en charge en réanimation. Dans tous les cas, un recours au traitement invasif a été préalablement discuté. Aucun malade n'a été transféré. Cette configuration a aussi permis une optimisation des lits dans les 2 unités. Une Réanimation sur site est donc obligatoire avec de préférence unité de lieu Réa-USINV.

Posters

Session Filières

Poster n°59

Didier CALUMETTE (1) - Vincent GENET (2) - Alain PAGES (3) - Pierre-Louis LELEU (4) - Serge TIMSIT (5)

(1) Affaires Publiques Régionales, Boehringer-Ingelheim France, 75013 Paris - (2) Alcomed Société de conseil en stratégie, 75016 Paris
(3) Pôle Hôpital, Boehringer-Ingelheim France, 75013 Paris - (4) Affaires Médicales Médecine Interne, Boehringer-Ingelheim France, 75013 Paris
(5) Service de Neurologie et Unité Neurovasculaire, Hôpital de la Cavale Blanche CHRU de Brest

PROFIL AVC, un outil pour améliorer la prise en charge multidisciplinaire des AVC en phase aiguë : Méthodologie

INTRODUCTION

L'ambition du Plan national AVC 2010-2014 est de développer et d'optimiser la prise en charge de l'AVC en France. PROFIL AVC est un outil proposé par Boehringer-Ingelheim dans cette perspective, pour améliorer la prise en charge multidisciplinaire des AVC à sa phase aiguë. Il permet d'évaluer et d'améliorer les pratiques. Son objectif est de réduire les délais de prise en charge depuis la survenue des symptômes jusqu'à la décision thérapeutique.

METHODES OU OBSERVATIONS

PROFIL AVC est un outil basé sur un audit structurel et organisationnel de la filière AVC à la phase aiguë (questionnaire et mesure des délais de prise en charge) avec identification de points d'amélioration et mise en place d'un plan d'actions. Pour tout patient rentrant dans la filière AVC, 20 délais sont reconstitués, depuis l'alerte AVC jusqu'à la phase hospitalière spécialisée. Sur 13 régions, 20 centres hospitaliers ont participé. Dans chaque centre, PROFIL AVC se déroule en 4 étapes sur un an. (1) Réalisation d'une 1ère photographie de diagnostic des délais de prise en charge. (2) Bilan de ce 1er diagnostic et définition d'un plan d'actions correctif. (3) Mise en place du plan d'actions. (4) Réalisation d'une 2ème photographie de contrôle pour mesurer les effets du plan d'actions.

DISCUSSION

Pour chaque centre participant, l'organisation structurelle de la filière AVC est décrite (localisation, historique, capacité d'accueil). L'activité est évaluée sur les taux d'appel au 15, de contact médecin SAMU/neurologue, de réalisation du score NIHSS, de l'IRM et de thrombolyse. Les délais étudiés concernent la phase d'alerte (1er symptôme/début alerte AVC), la phase pré-hospitalière (début alerte AVC/prise en charge neurologue), la phase hospitalière spécialisée (prise en charge neurologue/décision thérapeutique). L'étude des délais recueillis permet d'établir un bilan par centre et de définir avec les acteurs de la filière des actions simples et concrètes à mettre en place pour réduire ces délais et améliorer la prise en charge. La nouvelle mesure permet d'objectiver le temps gagné.

CONCLUSION

Cet outil permet aux acteurs de la filière AVC de mesurer, objectiver et identifier les délais de prise en charge à la phase aiguë de l'AVC qui nécessitent d'être réduits, pour répondre aux contraintes de temps. Le facteur clé de la mise en œuvre de cet outil est la coopération multidisciplinaire, entre les différents services hospitaliers concernés (UNV, SAMU, SAU, Radiologie, Biologie) tout au long des 4 étapes du projet.

Posters

Session Filières

Poster n°60

François Mathias MERRIEN (1) - Anne TIREL-BADETS (1) - Josianne TREUIL (2) - François ROUHART (1) -
Philippe GOAS (1) - Inina VIAKHIREVA (1) - Serge TIMSIT (1)

(1) Service de Neurologie et Unité Neurovasculaire, Hôpital de la Cavale Blanche CHRU de Brest - (2) SAMU 29, Hôpital de la Cavale Blanche CHRU de Brest

PROFIL AVC au Centre Hospitalier Régional Universitaire de Brest : 1^{ère} photographie de diagnostic et plan d'actions

INTRODUCTION

A Brest, l'UNV a été créée en 2008. Le bassin de population est d'environ 350 000 habitants. Cette 1^{ère} photographie permet de mesurer l'activité de l'UNV, les délais de prise en charge des patients avec suspicion d'AVC en phase aiguë depuis le début des symptômes jusqu'à l'éventuelle tentative de recanalisation thérapeutique. L'objectif est de définir un plan d'actions multidisciplinaire pour réduire les délais et améliorer la prise en charge.

METHODES OU OBSERVATIONS

La méthodologie utilise un audit structurel et organisationnel avec identification des points d'amélioration et proposition d'actions. (cf abstract «PROFIL AVC : Méthodologie»). De Mai à Juillet 2011, 64 fiches de patients ayant eu un 1^{er} contact médical moins de 4h30 après le début des symptômes d'AVC ont été complétées dont 47 % avec une alerte AVC déclenchée. Le taux d'appel au SAMU était de 88%, de contact médecin SAMU/Neurologue de 23%, de réalisation du NIHSS de 48% et de réalisation d'IRM de 9%. Le nombre de patients ayant bénéficié d'une thrombolyse était de 9%. Les délais médians étaient pour tous les patients: phase alerte 120 min, phase pré-hospitalière 18 min, et pour les patients thrombolysés: phase hospitalière spécialisée 45 min, DTN 85 min et délai global 107,5 min.

DISCUSSION

A l'issue de la 1^{ère} photographie réalisée au CHU de Brest, PROFIL AVC a permis d'identifier des délais à améliorer. Le déclenchement «alerte AVC» présente une variabilité importante et les délais de réalisation de la biologie et de l'imagerie sont longs. Les acteurs de la filière ont étudié 5 axes d'amélioration pour réduire ces délais et ont retenu des actions prioritaires pour formaliser et mettre en place un plan d'actions.

CONCLUSION

Les actions structurelles et organisationnelles retenues sont: formation des PARM, médecins régulateurs et SAU, procédure d'accès prioritaire «urgence déficit neurologique récent» en radiologie, procédure régulation SAMU, enregistrement pré hospitalier des patients, information des patients sur les signes AVC (conférence grand public)

Posters

Session Filières

Poster n°61

Amer AL NAJJAR-CARPENTIER (1) - Michèle LEVASSEUR (1)

(1) Service de neurologie, hôpital d'Orsay

L'influence de l'ouverture de UNV sur le recrutement à la prise en charge des AVC dans un service de neurologie

INTRODUCTION

L'ouverture des USINV (Unité de soins intensifs neurovasculaire) est un facteur dynamisant dans les services de neurologie, impactant positivement la prise en charge des maladies neurovasculaires. Compte tenu des avantages de ce type de prise en charge, la création des UNV en France a fait l'objet de deux circulaires ministérielles. Le schéma régional d'organisation des soins (SROS 3) prévoit la création de 140 UNV en France.

METHODES OU OBSERVATIONS

Par sa situation particulière dans la filière neurovasculaire, l'UNV est une structure coordinatrice et structurante. L'UNV à Orsay a été créée en mi-mars 2010, prenant en charge des patients victimes d'un AVC dans l'Essonne (400 par an). Les patients sont recrutés via le SAMU, transférés d'autres hôpitaux ou sont admis directement par les urgences. Dans cette étude comparative, on étudie l'influence de cette création d'UNV sur le recrutement et la prise en charge des victimes d'AVC, en comparant deux groupes de trente patients, chaque groupe recruté successivement pendant un mois, nous avons choisi le mois de novembre 2007 avant l'ouverture de UNV et mi-mars, avril 2010 après l'ouverture. Nous avons utilisé 4 marqueurs de comparaison : l'âge, le délai d'arrivée, la prise en charge, et le DMS.

DISCUSSION

Au niveau de l'âge moyen des patients recrutés, nous avons effectivement trouvé un changement important (76,7 ans avant l'UNV et 60 ans après). Concernant la prise en charge, nous avons trouvé que le délai moyen d'arrivée des patients à l'hôpital est plus court après l'UNV (7,8h) par rapport à celui d'avant l'UNV (18h), une différence a également été remarquée au niveau de la rapidité de la prise en charge des patients par l'équipe de l'UNV dès l'arrivée à l'hôpital (389 min avant l'UNV et 126 min après). Au niveau du DMS, les résultats de notre étude ont montré une différence considérable entre les deux périodes étudiées (10,4J en avril 2010 versus 16J en novembre 2007). Il serait également intéressant d'élargir notre étude à d'autres marqueurs, par ex. le délai avant examen Doppler ou IRM.

CONCLUSION

Les UNV prennent en charge les patients victimes d'un AVC 24h/24 avec plus d'efficacité et dynamisme. Dans notre étude on a montré que l'ouverture de cette structure a eu une influence significative sur la prise en charge des AVC (diminution des délais d'arrivée et accélération de la prise en charge des patients par l'équipe de l'UNV), le DMS est également réduit. Nous recevons également des patients plus jeunes.

Posters

Session Filières

Poster n°62

Sandrine DELTOUR (1) - Arnaud GAUTHIER (2) - Kheir-eddine HAMDI (2) - Gurkan MULTU (1) - Sonia ROCHA (2) - Yann L'HERMITTE (2) - Yves SAMSON (1)
(1) Urgences Cérébro-vasculaires, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière
(2) Centre Hospitalier Marc Jacquet, Pôle SAMU-SMUR-Médecine polyvalente-Urgences-Réanimation

Télé-thrombolyse : analyse de la 1^{ère} Expérience SAU Melun/UNV Pitié-Salpêtrière

INTRODUCTION

La thrombolyse IV, dans les 4H30, est le traitement de référence des AIC. Son efficacité est 2 fois plus grande si elle est administrée dans les 90 minutes. Pourtant, moins de 3% des AIC bénéficie d'une thrombolyse en France. La télé-AVC est un axe d'amélioration crucial. Elle est à ce jour en phase d'expérimentation entre le SAU de Melun et l'UNV de la Pitié-Salpêtrière. Nous rapportons notre première expérience de télé-thrombolyse.

METHODES OU OBSERVATIONS

Le SAMU 77 prend en charge un patient de 63 ans à Bray-Sur-Seine (situé à 72Km de Meaux, 77Km de Créteil et 89 Km de Paris) pour suspicion d'AVC survenant devant témoin à 8 h30. Le patient est insuffisant cardiaque avec ascite (inscrit sur liste de greffe) et sous Préviscan. Dernier INR à 1,75, 15 jours auparavant. Compte tenu des distances, le patient est transféré en accord avec le neuro-vasculaire directement au scanner du SAU Melun (à 54Km) afin de débiter ensuite la télé-consultation. L'examen neurologique fait conjointement avec le neuro-vasculaire à la Pitié et l'urgentiste sur place retrouve un NIHSS à 19. Le scanner, l'hémostase (TP, INR) et la NFS sont normaux. Le patient est thrombolysé à 3h35 du début des symptômes et transféré ensuite en USINV Pitié.

DISCUSSION

Le délai intra-hospitalier (arrivée Melun à 11h11/bolus rTpA à 12h05) est de 54 minutes. Le scanner est fait très rapidement permettant de débiter la télé-consultation à 11h24. Le NIHSS est coté à 11h30. Le bilan biologique revient à 12h02. Le bolus est fait à 12h05. Après analyse du «parcours» des tubes de sang, il est apparu que le fléchage «Protocole AVC Urgent» n'a pas fonctionné de façon optimale. L'équipe urgentiste de Melun a d'emblée réagi en réadaptant la procédure pour faciliter le traitement des tubes en urgence. Cette première télé-thrombolyse, dans notre phase expérimentale de télé-AVC SAU Melun/UNV Pitié est encourageante. Elle s'appuie sur une longue collaboration Urgentiste/Neuro-vasculaire mais nécessite la mise en place de moyens humains dédiés pour se développer.

CONCLUSION

A l'heure où le nombre d'UNV devient insuffisant et la création de nouvelles unités très difficile, la télé-AVC est un des principaux axes d'action pour augmenter les patients éligibles à la thrombolyse. L'analyse de la filière doit rester constante afin de mettre en place des améliorations. La fonctionnalité d'un tel système repose sur une motivation pluri-disciplinaire et dépend étroitement des moyens donnés à son implémentation.

Posters

Session Imagerie

Poster n°63

Raphael BLANC (1) - Silvia PISTOCCHI (1) - Bruno BARTOLINI (1) - Hocine REDJEM (1)

Michael OBADIA (2) - Michel PIOTIN (1) - Sonia ALAMOWITCH (3)

(1) Service de Neuroradiologie Interventionnelle, Fondation Rothschild - (2) Service de Neurologie, Fondation Rothschild

(3) Service de Neurologie, Hôpital Tenon.

Place de l'angioscanner par capteurs plans en salle d'angiographie avant traitement par voie endovasculaire d'occlusion artérielle cérébrale

INTRODUCTION

Décrire l'intérêt de la réalisation d'un angioscanner cérébral à l'aide de capteurs plans en salle d'angiographie. Mettre en évidence l'atteinte et la localisation de l'ischémie ainsi que le niveau de l'occlusion artérielle avant d'entreprendre le traitement par voie endovasculaire.

METHODES OU OBSERVATIONS

Patient en salle d'angiographie avec capteurs plans Allura Philips FD 20. Voie veineuse brachiale ou fémorale. Injection de 80 à 100 cc de produit de contraste iodé (370 mgI/ml).

Acquisition par capteur plan d'un champ de vue de 22 cm de 620 images sur 21 s, et reconstruction après transfert vers console de traitement XtraVision pour visualisation de l'angioscanner cérébral. Visualisation multiplanaire de l'angioscanner cérébral.

DISCUSSION

Cette technique permet une visualisation rapide (en moins de 2 min) du niveau et de la longueur de l'occlusion, permet l'analyse des collatérales leptoméningées avec une haute résolution spatiale et oriente le choix de la technique de traitement endovasculaire la plus adaptée. Nous l'avons réalisée pour 25 cas d'occlusion aigue d'artère intracrânienne.

Nous détaillons les résultats d'imagerie obtenus et l'impact de cette imagerie sur la stratégie thérapeutique retenue.

Les limites actuelles sont la taille du champ de vue reconstruit (FOV=22cm). La quantité de produit de contraste utilisé lors de l'injection correspond à un angioscanner spiralé classique.

CONCLUSION

Cette technique disponible en salle d'angiographie permet un diagnostic précis et rapide du niveau de l'occlusion artérielle intracrânienne et permet l'optimisation de la prise en charge ou de la réalisation du traitement par voie endovasculaire.

Posters

Session Imagerie

Poster n°64

Mancélie KOSSOROTOFF (1) - Raphaël CALMON (2) - David GREVENT (2) - Cyril GTIAUX (1) - Isabelle DESGUERRE (1) - Francis BRUNELLE (2)
Nathalie BODDAERT (2)

(1) Service de Neuropédiatrie, Hôpital Necker-Enfants Malades APHP, Paris

(2) Service de Radiopédiatrie, Hôpital Necker-Enfants Malades APHP, Paris

Intérêt de la séquence ASL (Arterial Spin Labeling) pour l'imagerie cérébrale de perfusion diagnostique chez l'enfant : cas clinique

INTRODUCTION

Plusieurs diagnostics peuvent être évoqués devant des signes neurologiques focaux d'apparition aiguë chez l'enfant: épileptiques, vasculaires, infectieux, inflammatoires... L'imagerie de perfusion est un outil qui permet d'orienter la démarche diagnostique. L'utilisation de Gadolinium n'est pas toujours possible en pédiatrie (difficultés de voie d'abord).

METHODES OU OBSERVATIONS

Un garçon de 8 ans a présenté des céphalées aiguës postérieures gauches avec vomissements, un fébricule, une confusion, des troubles de consciences paroxystiques avec déviation oculaire, sans signe méningé ni trouble dysautonomique. L'IRM anatomique et la séquence de diffusion réalisées 5 heures après le début des symptômes étaient normales. Sur la séquence ASL, une augmentation majeure du débit sanguin cérébral (DSC) était observée dans la région occipito-pariétale gauche, ainsi qu'une diminution majeure dans la région contralatérale. Le DSC était normal dans les autres régions. L'EEG montrait des ondes lentes postérieures gauches. Ces éléments ont orienté vers le diagnostic d'accès migraineux, confirmé par une récupération rapide (<12h) et un LCR normal.

DISCUSSION

Chez cet enfant, un infarctus de la fosse postérieure ou une encéphalite étaient initialement suspectés. Les anomalies du DSC mises en évidence en ASL ont été décisives pour orienter précocement le diagnostic, alors que l'IRM anatomique et la diffusion étaient normales. Les variations du DSC rapportées corroborent une des principales théories physiopathologiques de la migraine, qui décrit des phénomènes de vasoconstriction et de vasodilatation. Ce diagnostic précoce a permis d'éviter l'administration probabiliste d'antiviraux et antibiotiques.

CONCLUSION

La séquence ASL, permettant une imagerie de perfusion cérébrale sans injection, semble être un outil utile pour différencier précocement un accès migraineux aigu confusionnel d'un infarctus cérébral ou d'une encéphalite.

Posters

Session Imagerie

Poster n°65

Julia DURAND-BIRCHENALL (1) - Joël DAOUK (2) - Jean-Marc BUGNICOURT (1) - Olivier GODEFROY (1)

(1) Service de Neurologie, CHU Amiens Nord - (2) Service de Traitement de l'Image en Imagerie Médicale, CHU Amiens Nord.

Corrélation entre sévérité du déficit neurologique et volume lésionnel des infarctus cérébraux en IRM

INTRODUCTION

Les infarctus cérébraux sont fréquents, pourvoyeurs de handicap. Certaines études ont montré une relation linéaire entre la sévérité du déficit neurologique et le volume de l'infarctus cérébral. L'étude avait pour objectif de déterminer la relation entre la sévérité du déficit et le volume lésionnel sur des examens d'Imagerie par Résonnance Magnétique (IRM) et d'individualiser des localisations lésionnelles déviant de cette relation.

METHODES OU OBSERVATIONS

Une étude rétrospective a été menée dans l'Unité Neuro-Vasculaire du Service de Neurologie du CHU d'Amiens, afin d'inclure des patients ayant présenté un Accident Vasculaire Cérébral (AVC) ischémique et ayant bénéficié d'une IRM. Les données telles que le National Institute Health Stroke Scale (score NIHSS) et l'échelle de Rankin évaluant l'incapacité ont été recueillies à la phase aiguë et à distance de l'AVC. Les IRM ont été analysées afin de permettre de localiser les infarctus cérébraux par une méthode visuelle, et de calculer le volume lésionnel et la fraction lésionnelle (correspondant au rapport «volume total des lésions ischémiques récentes/volume parenchymateux») grâce au logiciel MIPAV®. La reproductibilité de la méthode a été testée statistiquement.

DISCUSSION

Un total de 68 patients fut inclus avec un âge moyen de 63,2 ans. Le score NIHSS moyen lors de l'IRM était de $3,9 \pm 5,16$ [0-26]. En fin d'hospitalisation, 47,8% des patients avaient une échelle de Rankin supérieure ou égale à 3. Le volume moyen des lésions cérébrales ischémiques était de $14,7 \text{ cm}^3 \pm 25,58$ [0,2-132,4], avec une fraction lésionnelle moyenne de $1,3\% \pm 2,04$ [0,01-10,30]. L'analyse statistique montra une relation linéaire entre le score NIHSS et la fraction lésionnelle ($R^2=0,17$; $p=0,0001$). Sept observations déviaient de la droite de régression avec un score NIHSS plus sévère que celui attendu, avec comme facteurs prédictifs l'âge, la localisation aux noyaux lenticulaires gauche et droit. Le score de Rankin était plus sévère à distance chez ces patients.

CONCLUSION

L'étude a confirmé la relation linéaire entre sévérité du déficit neurologique et volume lésionnel des infarctus cérébraux, mesuré par une méthode reproductible. Elle a retrouvé des observations déviant de cette relation, ouvrant la perspective de mettre en évidence des localisations préférentielles d'infarctus cérébraux donnant un déficit neurologique important pour un petit volume, et tenter de prédire le devenir fonctionnel des patients.

Posters

Session Imagerie

Poster n°66

Marie GIROT (1) - Didier LEYS (2) - Xavier LENNE (3) - Jean-Pierre PRUVO (4) - Xavier LECLERC (4) - Eric WEL (1) - Patrick GOLDSTEIN (1)
(1) Pôle de l'Urgence, CHU Lille - (2) Service de Neurologie et Pathologie neuro-vasculaire, CHU Lille
(3) Département d'Informatique Médicale, CHU Lille - (4) Service de Neuroradiologie, CHU Lille

Etude IRM-URGMED : IRM versus TDM pour les patients admis dans un service d'urgence avec indication d'imagerie cérébrale

INTRODUCTION

L'IRM, de part sa sensibilité à dépister l'ischémie cérébrale, est recommandée en 1^{ère} intention pour les suspicions de pathologie neurovasculaire (NV). En revanche, l'impact de cette réalisation en 1^{ère} intention sur la filière de soins n'a jamais été étudié. Le CHU de Lille dispose depuis 2009 d'une IRM dédiée aux urgences. Notre objectif était d'évaluer le changement de prise en charge depuis cet enrichissement du plateau technique.

METHODES OU OBSERVATIONS

Nous avons mené une étude prospective sur 2 périodes de 3 mois, différant par l'accès privilégié au TDM pour la 1^{ère} période (P1), et à l'IRM pour la 2^{ème} (P2), pour les patients justifiant d'une imagerie cérébrale. Les demandes d'imagerie ont été classées en suspicion d'AVC et en motifs répertoriés non-AVC (céphalée, épilepsie, vertige, confusion, autres) quand la pathologie NV était un diagnostic d'élimination. Durant P1, 529 patients ont été inclus, 486 ont eu un TDM, 18 une IRM et 17 TDM+IRM. Durant P2, 689 patients ont été inclus, 337 ont eu une IRM, 281 un TDM et 47 TDM + IRM. Nos critères d'évaluation ont été délais de prise en charge, performance diagnostique, orientation des patients et durée de séjour.

DISCUSSION

Durant P2, 196 IRM ont été demandés pour motif AVC, 182 pour non-AVC ; 76% (196/257) des AVC ont bénéficié d'une IRM vs 5% (11/229) sur P1. Le délai d'obtention de l'imagerie était allongé pour tous les patients avec une diminution du temps de passage aux urgences pour les AVC ($p=0.003$) et une augmentation pour les non-AVC ($p=0.017$). Le pourcentage de patients sortant avec imagerie a augmenté de 80% ($p=0.001$). Les proportions d'AVC diagnostiqués aux urgences et hospitalisés dans tous services confondus ont diminué ($p=0.001$). La concordance diagnostique entre services d'urgence et de neurologie a augmenté de 75% à 85% ($p=0.001$). La durée de séjour a diminué de 2J pour l'ensemble des patients ($p=0.007$), de 3J pour les AIT ($p=0.014$), 2.5J pour les accidents constitués ($p=0.031$).

CONCLUSION

L'IRM dédiée à l'urgence a permis, malgré un accès plus long, de mieux organiser la filière NV en diminuant les hospitalisations pour stroke-mimics, en favorisant l'admission en UNV des AVC/AIT et en diminuant leur durée d'hospitalisation. La diminution de la durée de passage aux urgences témoigne d'un possible effet «filière» en relation avec une meilleure identification et compréhension de la pathologie NV par les cliniciens.

Posters

Session Imagerie

Poster n°67

Silvio GALLI (1) - Emelyne MUZARD (1) - Ansouman CAMARA (1) - Elisabeth MEDEIROS DE BUSTOS (1) - Thierry MOULIN (1)
(1) Service de neurologie, centre hospitalier et universitaire Jean Minjoz, Besançon.

Et si c'était une endocardite ?

INTRODUCTION

L'endocardite infectieuse (EI) est une cause rare mais non exceptionnelle de lésions cérébrales (20-40% des EI), telles que l'infarctus, l'hémorragie ou l'anévrisme mycotique. A l'ère de la thrombolyse et au vu des complications hémorragiques, nous nous sommes intéressés aux spécificités des infarctus liés à une EI afin d'isoler les éléments cliniques, biologiques et radiologiques pouvant faire évoquer ce diagnostic dès la prise en charge initiale.

METHODES OU OBSERVATIONS

Il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique, regroupant les infarctus cérébraux liés à une EI au sein de l'UNV du CHU de Besançon de novembre 2010 à février 2011. Pour chaque patient les paramètres suivants étaient étudiés : âge, sexe, antécédents, symptomatologie initiale, paramètres biologiques et infectieux, caractéristiques topographiques en IRM en dissociant l'aspect unique ou multiple des lésions et les infarctus territoriaux des lésions de petit volume.

DISCUSSION

Six infarctus liés à une EI ont été étudiés (6/166 infarctus cérébraux soit une incidence de 3,6% et 6/44 soit 13% des infarctus d'origine cardio-embolique). Sur le plan clinico-biologique : la fièvre, le souffle et le syndrome inflammatoire n'étaient pas retrouvés systématiquement (fièvre 2/6, souffle 3/6, souffle fébrile 1/6, CRP élevée 5/6, hyperleucocytose 2/6). Nous n'avons pas mis en évidence de prévalence des infarctus multiples ou de spécificité territoriale. La moitié des patients (3/6) présentaient des microbleeds sur la séquence T2* de l'IRM initiale. Comme évoqué par d'autres auteurs tel que I. Klein et al, la présence de microbleeds pourrait devenir un critère diagnostique précoce d'EI en l'absence d'angiopathie amyloïde, d'HTA et de cavernomatose.

CONCLUSION

L'IRM est un atout important dans le bilan étiologique des infarctus cérébraux. En l'absence d'HTA ou d'angiopathie amyloïde, la présence de microbleeds en T2* associée à une élévation de la CRP même sans hyperleucocytose, souffle cardiaque ou fièvre, doit faire évoquer une EI.

Posters

Session Imagerie

Poster n°68

Yonathan BARUKH (1) - Michael OBADIA (2) - Nadia BENYOUNES IGLESIAS (3) - Françoise HERAN (1) - Julien SAVATOVSKY (1)

(1) Service d'Imagerie Médicale Fondation Ophtalmologique Rothschild 75019 Paris

(2) Unité Neuro-Vasculaire Fondation Ophtalmologique Rothschild 75019 Paris

(3) Unité de Cardiologie Fondation Ophtalmologique Rothschild 75019 Paris

Athérome de l'aorte proximale : évaluation prospective de l'angioscanner versus échographie cardiaque trans-oesophagienne

INTRODUCTION

L'athérome de la crosse aortique significatif (défini à risque si supérieur ou égal à 4 mm) est un facteur de risque d'infarctus cérébral (IC) chez le sujet de plus de 60 ans. L'objectif de l'étude est de comparer de façon prospective les performances diagnostiques de l'angioscanner de la crosse de l'aorte (angio-TDM) par rapport à l'échographie cardiaque trans-oesophagienne (ETO) pour la détection d'un athérome aortique.

METHODES OU OBSERVATIONS

Etude prospective réalisée chez des patients admis consécutivement pour un IC de moins de 15 jours authentifié par imagerie cérébrale. Les critères d'exclusion étaient une contre indication de l'ETO ou de l'angio TDM, l'absence de bénéfice de l'ETO dans le bilan étiologique ou un refus de participer à l'étude. L'analyse du scanner était réalisée par deux radiologues en double aveugle avec évaluation de l'épaisseur maximale de la plaque, le caractère ulcéré et/ou bourgeonnant, ainsi qu'un résultat binaire : lésion à risque ou non. L'ETO était réalisée en aveugle des résultats de l'angio TDM selon la même méthodologie. Ont été évaluées la reproductibilité inter-observatrice entre radiologues, puis après consensus, la sensibilité et la spécificité de l'angio-TDM par rapport à l'ETO.

DISCUSSION

Pendant la période d'étude de 01/01/2010 au 03/03/2011 69 patients étaient éligibles sur 199 IC. 61 patients d'âge médian de 59 ans (+/- 14 ans) ont été inclus; 20 (33%) présentaient des lésions à risque, et 41 (67%) n'en présentaient pas sur l'angio-TDM. La localisation préférentielle des plaques à risques concernait la partie terminale de l'aorte horizontale et la partie proximale de l'aorte descendante. Sur le critère qualitatif retenu la reproductibilité inter-observateur du scanner était bonne ($\kappa = 0,8$). La sensibilité de l'angioscanner dans la détection de l'athérome à risque de l'aorte proximale était de 68%, et sa spécificité de 91%. Ces résultats nécessitent d'être confirmés sur un plus grand nombre de patients avec double lecture de l'ETO actuellement en cours.

CONCLUSION

Ces résultats préliminaires montrent que l'étude de l'aorte proximale à la recherche d'athérome à risque est fiable, et reproductible sur un angio-TDM des troncs supra-aortiques sans synchronisation cardiaque. L'analyse de l'aorte proximale en angioscanner pourrait remplacer l'ETO dans le bilan d'AIC récent pour certains groupes de patients à fort risque d'athérome.

Posters

Session Imagerie

Poster n°69

Marie BRUANDET (1) - Aymeric BOUILLLOT (1) - Jérôme HODEL (2) - Claire JOIN-LAMBERT (1) - Samia BELABBAS (1) - Mathieu ZUBER (1)

(1) Service de neurologie vasculaire Groupe Hospitalier Paris Saint Joseph, Université de médecine Paris Descartes

(2) Service de radiologie Groupe Hospitalier Paris Saint Joseph

Syndrome de reperfusion : intérêt du scanner de perfusion

INTRODUCTION

Le syndrome de reperfusion, notamment post endartériectomie, est une complication rare mais redoutée. A propos de deux cas nous discutons l'imagerie optimale pour explorer les patients suspects d'un tel syndrome.

METHODES OU OBSERVATIONS

Madame G, 78 ans, hypertendue, fut opérée d'une sténose de la carotide interne, à 2 mois d'un infarctus (IC) sylvien droit sans séquelle. Le lendemain de la chirurgie, la patiente présenta trois crises convulsives puis un déficit brachio-facial gauche. Le scanner montra un hématome frontal droit. Le scanner de perfusion objectiva une augmentation du volume sanguin, une diminution du temps de transit, une augmentation du débit sanguin, et de la perméabilité capillaire.

Monsieur B, 76 ans, hypertendu, fut opéré d'une sténose de la carotide gauche à J6 d'un IC sylvien gauche rapidement régressif. Trois jours après, il présenta une crise d'épilepsie puis une aggravation de l'aphasie. Le scanner montra un hématome temporal. La séquence de perfusion confirma également le syndrome reperfusion.

DISCUSSION

Le syndrome de reperfusion post endartériectomie se traduit par des céphalées, des crises d'épilepsie et un déficit neurologique. Sa survenue peut aller jusqu'à un mois après la chirurgie carotidienne, mais survient généralement dans la semaine qui suit l'opération. Le diagnostic est posé par la radiologie. L'imagerie standard montre un hématome, et/ou une lame d'hémorragie méningée, et/ou un œdème cérébral. La confirmation diagnostique est possible grâce à l'imagerie de perfusion, montrant une hyperperfusion dans la zone reperfusée. Dans d'autres séries de patients, il a été montré un hyperdébit (doppler trans crânien) ou une hyperperfusion en SPECT. En pratique deux examens dynamiques semblent plus accessibles, le scanner et l'IRM de perfusion.

CONCLUSION

Les séquences d'imagerie de perfusion permettent de mieux identifier la perfusion cérébrale notamment chez les patients en post endartériectomie. On peut s'interroger sur la possibilité d'identifier, avec de tels moyens d'imagerie, les patients à risque de syndrome de reperfusion, et ainsi mettre en œuvre une surveillance tensionnelle particulièrement rapprochée.

Posters

Session Paramédicale

Poster n°70

Laëtitia SEIGNER (1)
(1) CH Mont de Morsan

L'AVC : qu'est-ce que c'est ? "Je pensais que cela allait passer"
L'information, premier pas vers une prise en charge plus rapide

«La première fois, ça n'a duré qu'un quart d'heure, je pensais que ça serait pareil», cette phrase récurrente dans la bouche des patients qui sont hospitalisés pour un AVC, m'a amenée à réfléchir sur la connaissance de la population sur l'AVC, sur les facteurs de risques, sur les premiers signes et aussi et surtout sur la procédure d'alerte. Une enquête menée dans les Landes a démontrée que l'appel au 15 est loin d'être un réflexe. Il apparait donc évident l'information de la population doit être une priorité pour arriver à gagner le maximum de temps dans la prise en charge.

Posters

Session Paramédicale

Poster n°71

Imen ANES (1)
(1) Hôpital Habib Bourguiba

Place des accidents vasculaires cérébraux dans l'activité hospitalière en 2010 du service de neurologie de Sfax (Tunisie)

INTRODUCTION

Dans notre pays, les AVC occupent une place de plus en plus importante du fait du vieillissement progressif des populations et du changement du mode de vie. Ce travail présente quelques aspects épidémiologiques de la pathologie vasculaire cérébrale dans la région de Sfax.

METHODES OU OBSERVATIONS

C'est une étude rétrospective qui a inclus tous les patients hospitalisés au service de neurologie du CHU Habib Bourguiba de Sfax (Tunisie) durant la période allant du 01/01/2010 au 31/12/2010 pour infarctus cérébral, accident ischémique transitoire, hémorragie intracérébrale ou thrombophlébite cérébrale. Au total, Nous avons colligé 290 patients parmi 646 hospitalisations pour toute causes confondu en Neurologie durant cette période. La majorité avait un infarctus cérébral (82%). L'âge moyen des patients était de 67 ans avec une prédominance masculine.

La prévalence des principaux facteurs de risque vasculaire était étudiée. L'hypertension artérielle (HTA) était le principal facteur de risque (présente dans 66.5% des cas). La mortalité précoce était de 12%.

DISCUSSION

Les AVC constituent presque la moitié de l'activité hospitalière du service de Neurologie de Sfax ce qui souligne l'urgence de création de structure spécialisée (unité neuro-vasculaire) dans cette région de la Tunisie. Les AVC ischémiques (constitués et transitoires) représentent 82% de l'ensemble des AVC ce qui est conforme avec les données de la littérature. Les facteurs de risque étaient dominés par la HTA. La mortalité précoce durant l'hospitalisation chez nos patients était de l'ordre de 12% ce qui peu être en rapport avec un biais de recrutement mais souligne comme même la récurrences de complications précoces qui devraient être mieux prévenu par une prise en charge infirmière plus spécialisée.

CONCLUSION

Les AVC est une pathologie fréquente en Tunisie. Une prise en charge rapide dans des unités spécialisées est indispensable pour améliorer le pronostic vital et fonctionnel.

Posters

Session Paramédicale

Poster n°72

Valérie DUVAL-PAPILLON (1)
(1) Centre Hospitalier Montluçon

Création d'outils d'éducation pour stimuler et positionner le patient hémiplegique

INTRODUCTION

Le positionnement du patient hémiplegique permet d'améliorer le pronostic de récupération fonctionnel, de stimuler les capacités motrices résiduelles, de prévenir les complications (escarres, attitudes vicieuses, syndrome loco-régional douloureux complexe) et de traiter les déficits associés (négligence, anosognosie, troubles cognitifs).

METHODES OU OBSERVATIONS

Objectifs

- Former les équipes soignantes à la prise en charge du patient hémiplegique,
- Informer le patient et son entourage et contribuer à leur éducation thérapeutique.

MÉTHODE

A partir d'un premier outil (affiche concernant le positionnement du patient hémiplegique - mémoire paramédical 2010), nous avons complété ce projet, au sein d'une EPP, par la réalisation d'une plaquette explicative. Ces deux outils sont délivrés lors des sessions de formation du personnel du CH et des écoles paramédicales de Montluçon.

CONCLUSION

Contribuer au développement de matériels et d'outils pédagogiques avec la société Syst'am® et des collaborateurs externes (fournisseurs, professionnels de santé, organismes...), Organiser des formations auprès d'autres établissements (CRF, associations, services d'aide à domicile...).

Posters

Session Phase aiguë

Poster n°73

Mayi GNOFAM (1) - Didier LEYS (1) - Marie BODENANT (1) - Régis BORDET (1) - Charlotte CORDONNIER (1)
(1) Université Lille Nord de France

Influence de la glycémie initiale sur le devenir des patients non diabétiques traités par rt-PA pour ischémie cérébrale

INTRODUCTION

L'administration intraveineuse de rt-PA (activateur tissulaire du plasminogène recombinant) améliore le devenir des patients souffrant d'ischémie cérébrale aiguë, malgré un risque accru de transformation hémorragique. Une glycémie élevée à l'admission pourrait être associée à un risque de transformation hémorragique ainsi qu'à une moins bonne récupération.

METHODES OU OBSERVATIONS

Dans la plupart des études réalisées, les patients diabétiques n'ont pas été exclus. Il est en conséquence difficile de différencier l'effet de l'hyperglycémie de celui de la microangiopathie diabétique. L'objectif était de tester l'hypothèse qu'une glycémie élevée à l'admission chez les patients non diabétiques traités par rt-PA intraveineux pour ischémie cérébrale soit associée à un risque de transformation hémorragique et à une moins bonne récupération.

Nous avons réalisé une analyse du risque de transformation hémorragique et du devenir à trois mois en fonction de la glycémie initiale, à partir d'un registre de patients traités par rt-PA intraveineux pour accident ischémique cérébral.

DISCUSSION

Chez 354 patients non-diabétiques (174 hommes [49.2%]; âge médian: 70 ans; score NIHSS médian: 12), l'analyse bivariable a mis en évidence une association entre une glycémie initiale élevée et: une mortalité à 3 mois augmentée ainsi qu'un moindre devenir favorable à 3 mois, mais pas avec la transformation hémorragique. Cependant, les différences statistiquement significatives étaient peu importantes (0,02 à 0,12 g par litre) et la régression logistique n'a pas mis en évidence la glycémie initiale comme étant un facteur prédicteur indépendant de l'un des critères évalués.

CONCLUSION

La glycémie à l'admission n'est pas un facteur prédicteur majeur du devenir des patients non diabétiques traités par rt-PA intraveineux pour accident ischémique cérébral, ce qui suggère que l'effet de la glycémie sur le devenir soit négligeable ou que la glycémie initiale ne soit pas un bon marqueur du métabolisme du glucose.

Posters

Session Phase aiguë

Poster n°74

Marie GAUDRON (1) - Severine DEBIAS (1) - Aurelia ROS (2) - Bruno GIRAudeau (3) - Bertrand DE TOFFOL (1) - Frederic PATAT (2) - Isabelle BONNAUD (1)
(1) Service de Neurologie, CHRU de TOURS - (2) Service de Médecine Nucléaire et Ultrasons, CHRU de Tours
(3) Centre d'Investigation Clinique INSERM 0202, CHRU de Tours

Apport diagnostique et thérapeutique de l'échographie cardiaque à la phase aiguë de l'infarctus cérébral

INTRODUCTION

Une étiologie cardio-embolique expliquerait 15 à 40% des infarctus cérébraux (IC), justifiant la réalisation quasi-systématique d'explorations cardiologiques dans le cadre du bilan étiologique à la phase aiguë. Cependant, le rendement de l'échocardiographie cardiaque (ETT et ETO) dans la détection de sources cardio-emboliques (SCE) et son impact thérapeutique (IT) restent débattus.

METHODES OU OBSERVATIONS

L'objectif principal était d'évaluer l'apport de l'échocardiographie, en termes de détection de SCE et d'IT, dans une population de patients admis pour un IC au CHRU de Tours. Les objectifs secondaires étaient de mieux préciser les valeurs respectives de l'ETT et de l'ETO et de définir l'influence des principaux facteurs cliniques sur la rentabilité de ces examens. Nous avons inclus de façon prospective et observationnelle, tous les patients de 18 à 80 ans admis pour un IC pendant une période de 22 mois. Selon le protocole actuellement établi dans notre centre, l'ETT était effectuée pour tous les patients et l'ETO dans des situations ciblées. Le recueil des SCE et l'évaluation de l'IT étaient systématiquement réalisés pour tous les patients.

DISCUSSION

Trois cents patients, d'âge moyen 61 ans, ont été inclus, dont 127 ayant bénéficié d'une ETO en plus de l'ETT. L'échocardiographie cardiaque permettait la détection de SCE chez 67 patients (22%) au total et avait un impact thérapeutique de 11%. L'ETT mettait en évidence une SCE chez 43 patients (14%) et avait un IT pour 21 patients (7%). L'ETO (n=127) permettait une détection de SCE chez 39 patients (31%) et avait un IT dans 16 cas (13%). Les résultats de l'ETT ne dépendaient pas de l'âge, en revanche l'impact thérapeutique de l'ETO était plus important chez les patients de moins de 55ans. Contrairement à certaines données de la littérature, l'apport diagnostique et thérapeutique de l'ETT et de l'ETO n'était pas corrélé à la présence de FRVC ou d'antécédents coronariens.

CONCLUSION

L'échocardiographie cardiaque, telle qu'elle est pratiquée actuellement dans notre centre, permet la détection de SCE chez un patient sur cinq avec une sanction thérapeutique retenu pour la moitié d'entre eux. Nos résultats confirment l'intérêt de l'ETT pour tous les patients admis pour un IC et de l'ETO pour les patients de moins 55 ans, indépendamment de la présence et du nombre de FRCV.

Posters

Session Phase aiguë

Poster n°75

Constance FLAMAND-ROZE (1) - Bruno FAUSSARD (2) - Emmanuel ROZE (3) - David ADAMS (1) - Christian DENIER (1)
(1) Service de neurologie CHU de Bicêtre 94275 Le Kremlin Bicêtre - (2) INSERM U669 Maison de Solenn 75013 Paris
(3) Service de neurologie CHU Pitié Salpêtrière 75013 Paris

Elaboration et validation d'une échelle de détection rapide de l'aphasie en phase aiguë des accidents vasculaires cérébraux : LAST (Language Screening Test)

INTRODUCTION

L'aphasie dans les AVC est une cause majeure de handicap. Les tests évaluant spécifiquement l'aphasie ne sont pas adaptés aux patients en phase aiguë ; les échelles globales sont insuffisantes pour détecter les aphasies ; les échelles d'aphasie présentent des limites (choix des items, temps de passation). Nous avons élaboré et validé une échelle française de détection précoce de l'aphasie en USINV: «Language Screening Test»: LAST.

METHODES OU OBSERVATIONS

LAST contient 5 subtests (dénomination, répétition, série automatique, désignation, ordres) et un total de 15 items. Afin d'éviter un effet re-test, nous avons élaboré deux versions de LAST: LAST-a et LAST-b. Nous avons inclus 454 patients: 300 patients consécutifs, dans les 24 heures suivant leur admission dans notre USINV, pour calculer la validité interne et la validité inter-examineur; 104 patients stabilisés (54 aphasiques, 50 non-aphasiques) afin de comparer LAST au gold-standard BDAE et de comparer entre elles les deux versions de l'échelle, et 50 patients consécutifs admis en USINV afin de calculer le temps moyen de passation.

DISCUSSION

LAST-a et LAST-b sont équivalentes (ICC = 0.96). La validité interne est bonne: aucun item ne présente d'effet plafond ou plancher; il n'y a pas de redondance, et la consistance interne est bonne (Cronbach alpha = 0.88). La validité externe (concordance avec le BDAE), montre une sensibilité de 0.98 et une spécificité de 1. La validité inter-examineur est presque parfaite (ICC = 0.99). Le temps moyen de passation est de 124 secondes. LAST peut être administrée par des non spécialistes de façon fiable. En pratique quotidienne, LAST devrait permettre d'étudier la récupération en phase aiguë des AVC, ainsi que l'effet des interventions thérapeutiques. Le score LAST pourrait aider dans la décision de thrombolyse chez les patients avec aphasie sévère, en cas de score NIHSS faible ou limite.

CONCLUSION

LAST est simple, fiable, robuste et rapide. LAST peut compléter les échelles globales et permet de débiter une prise en charge orthophonique précoce. LAST s'administre facilement au lit du patient, même par un non spécialiste. LAST devrait permettre à l'avenir de décrire l'histoire naturelle de l'aphasie dès les premières heures suivant l'AVC, et qui peut s'inscrire dans des recherches cliniques. (publié dans Stroke 2011 May;42(5):1224-9)

Posters

Session Phase aiguë

Poster n°76

Roberto RIVA (1) - Francisco-Macian MONTORO (2) - Guilherme NAKIRI (1) - Maher AL-KHAWALDEH (1) - Benjamin GORY (1)
Marie-Paule BONDOEUR (1) - Charbel MOUNAYER (1)

(1) Unité Fonctionnelle de Neuroradiologie Diagnostique et Thérapeutique - CHU Dupuytren - 87042 Limoges

(2) Service de Neurologie - CHU Dupuytren - 87042 Limoges

Traitement endovasculaire dans l'occlusion aiguë de la carotide interne: stratégie et résultats par rapport au niveau de l'occlusion

INTRODUCTION

Rapporter l'expérience d'un seul centre dans l'approche endovasculaire de l'ischémie cérébrale aiguë secondaire à l'occlusion de la carotide interne.

METHODES OU OBSERVATIONS

Sur une période de 2 ans, 21 patients (20 hommes et 1 femme) ont bénéficié d'un traitement endovasculaire à la suite de l'occlusion aiguë de la carotide interne. La stratégie thérapeutique a été choisie selon le niveau de l'occlusion carotidienne (à l'origine, dans le segment C1-C2, à la terminaison carotidienne étendue à l'artère sylvienne). Tous les patients ont été traités par thrombectomie mécanique, éventuellement associée à une thrombolyse chimique dans 5 cas (23,8%) et du déploiement d'au moins un stent auto-expansible dans 11 cas (52,4%).

DISCUSSION

Les séries angiographiques en fin d'intervention ont été évaluées en terme de recanalisation de l'occlusion initiale (AOL) et de reperfusion de la circulation intracrânienne (TIMI). Une recanalisation satisfaisante de l'occlusion initiale a été obtenue chez 14 patients (66,7%) et une bonne reperfusion (TIMI 2-3) chez 19 (90%). L'amélioration clinique a été constatée pour 18 patients (85,7%), l'aggravation pour 4 (19%) et le décès dans 2 cas (9,5%), ces derniers ayant l'occlusion initiale à l'origine de la carotide interne.

CONCLUSION

Le traitement endovasculaire dans l'occlusion aiguë de la carotide interne est associée à un taux élevé de recanalisation et reperfusion, surtout à l'aide de nouvelles techniques de thrombectomie mécanique. Les occlusions carotidiennes à l'origine s'associent à un taux plus élevé de morbi-mortalité.

Posters

Session Phase aiguë

Poster n°77

Nicolas CHAUSSON (1) - François CHEDEVILLE (1) - Philippe KASSIOTIS (1) - Marie-Christine SEQUELA (1) - Rania KASSAM (1) - Françoise BRUNETBOURGIN (1)
(1) Neurologie, CHBA-VANNES

Estimation du poids chez un patient non communiquant avant thrombolyse

INTRODUCTION

La connaissance du poids du patient est fondamentale pour calculer la dose de rt-PA à administrer à la phase aiguë d'un infarctus cérébral. Or, le patient n'est pas toujours capable de communiquer et sa pesée est souvent difficile en urgence. C'est donc souvent le neurologue qui estime le poids du patient avec des approximations pouvant affecter la sécurité ou l'efficacité de la thrombolyse. Nous avons mesuré la fiabilité de ces estimations.

METHODES OU OBSERVATIONS

Six neurologues ont estimé le poids de 33 patients alités. Ces estimations individuelles ont été comparées au poids réel des patients. La marge d'erreur moyenne des neurologues était de 9,9% (8% à 12,8%) avec environ 40% des estimations considérées comme non fiables (>10% de marge d'erreur). Près de 12% des estimations dépassaient même 20% de marge d'erreur avec une erreur maximale atteignant jusqu'à 40% du poids réel (soit 1,3mg/kg de rt-PA). Les erreurs étaient plus importantes pour les patients avec poids sortant des normes, notamment les patients légers. Utiliser pour un patient la valeur moyenne des poids estimés par les neurologues réduisait la marge d'erreur (7,6% en moyenne ; avec 30% des patients avec une erreur >à 10% (3,3% avec erreur >à 20%) et une erreur maximale de 21%).

DISCUSSION

Une inadéquation de dose de rt-PA >10% par mauvaise estimation du poids concernerait 1/3 des patients thrombolysés avec un impact sur leur devenir mal connu. Les études d'escalade de dose suggèrent un surrisque hémorragique si rt-PA>0,95mg/kg et une étude post-marketing révélait un risque accru d'hémorragies intracérébrales chez les patients au poids surestimé. Mais cela n'a pas été confirmé par une ample étude basée sur la cohorte NINDS (aux marges d'erreur faibles surtout par mauvaise autoévaluation des patients). Pour la seule étude prospective, c'est au contraire le sous-dosage en rt-PA qui serait un facteur indépendant de mauvais pronostic. S'approcher du poids réel du patient est donc important ; le moyennage des estimations de différents soignants limite le risque d'erreur majeure.

CONCLUSION

L'estimation visuelle individuelle du poids d'un patient alité n'est pas très fiable et pourrait avoir un impact sur le devenir du patient (étude multicentrique WAIST-II en cours). En attendant qu'un système de pesée adapté soit disponible aux urgences ou que des échelles anthropométriques simples soient validées, notre étude montre qu'utiliser la moyenne des estimations de plusieurs soignants réduit la marge d'erreur de rt-PA administré.

Posters

Session Phase aiguë

Poster n°78

Pauline REACH (1) - Marie BRUANDET (1) - Mathieu ZUBER (1)

(1) Service de neurologie vasculaire Groupe Hospitalier Paris Saint Joseph, Université de médecine Paris Descartes

La thrombolyse IV au delà de 80 ans : l'expérience du groupe hospitalier Paris Saint Joseph

INTRODUCTION

Les patients de plus de 80 ans concernent 30% des AVC. Leur évolution est plus sévère, compte tenu des comorbidités, du niveau de dépendance initial plus faible et de la sévérité des complications. Cette réalité est confrontée au dilemme suivant: l'AMM contre indique la thrombolyse au-delà de 80 ans; la HAS l'autorise dans les 3 1^{ère} h au cas par cas. Nous rapportons les résultats d'une étude de 70 patients thrombolysés avec 36% de plus de 80 ans

METHODES OU OBSERVATIONS

Nous présentons les résultats d'une étude monocentrique de patients thrombolysés entre décembre 2006 (date d'ouverture de l'unité de neurovasculaire) et février 2010 au groupe hospitalier Paris Saint Joseph. Cette étude est tirée des dossiers médicaux à partir de données notées prospectivement. Le travail concerne 70 patients consécutifs. L'âge moyen était de 70 ans (23-93 ans) avec 45 patients de moins de 80 ans (moyenne 61 ans) et 25 de plus de 80 ans (moyenne de 86 ans). Les patients de plus de 80 ans étaient thrombolysés sur IRM dans 60% des cas. Les complications ont été enregistrées : complications neurologiques (œdème malin, transformation hémorragique), complications générales : pneumopathie, rétention urinaire, phlébite, embolie pulmonaire, œdème aigu pulmonaire, déshydratation.

DISCUSSION

Le délai médian de la thrombolyse était de 2h52 sans différence liée à l'âge. Le NIHSS moyen était à 13 (plus de 80 ans:15,moins de 80 ans:12). La recanalisation était complète chez 60% des patients et partielle chez 26%, sans différence significative en fonction de l'âge ($p=0.41$). Le taux de transformation hémorragique symptomatique était de 8% après 80 ans versus 4% ($p=0.49$). La majorité des patients avaient fait leur AVC devant témoin. Le retour à domicile a été possible chez 1/5 des patients âgés versus 1/3. L'évolution était favorable (Rankin à 3 mois ≤ 2) chez 35% des plus de 80 ans versus 68%. Le taux de complications générales était de 33% avant 80 ans, et de 65% après 80 ans (dont 21% avec au moins 3 complications). La mortalité était de 11% (17% après 80 ans versus 7%,

CONCLUSION

Les résultats de notre étude sont concordants avec d'autres séries de patients: le taux de transformation hémorragique n'est pas significativement plus élevé. Les patients âgés de notre étude sont plus graves et font plus de complications que les patients jeunes. Ce résultat peut être considéré comme un argument pour ouvrir les unités de neurovasculaire aux patients âgés, surtout s'ils sont pris en charge dans les délais de la thrombolyse.

Posters

Session Phase aiguë

Poster n°79

Léonard KOUASSI (1) - Julien COGEZ (2) - Mathieu BATAILLE (2) - Vincent de la SAYETTE (2) - Fausto VIADER (2)
(1) Service de médecine à orientation neurologique, CHG. 61000, Alençon - (2) Service de Neurologie, CHU. 14000 Caen

La thrombolyse intraveineuse des accidents ischémiques cérébraux (AIC) au CHU de Caen entre de 2008 à 2010

INTRODUCTION

La thrombolyse intraveineuse améliore le pronostic des AIC. L'objectif de cette étude est d'analyser la mise en oeuvre de ce traitement au CHU de Caen sur 3 ans afin de comparer les résultats aux données de la littérature et d'étudier l'évolution de cette pratique au fil du temps.

METHODES OU OBSERVATIONS

Cent-treize patients (62 hommes, 54,9%), d'âge moyen 71,9 ans, ont reçu une thrombolyse intraveineuse pour AIC entre le 1er janvier 2008 et le 31 décembre 2010 au CHU de Caen. Le NIHSS moyen initial était de 14,7, plus faible en 2010 qu'en 2008 (13,3 vs 16,2, $p < .01$). Le délai moyen de la thrombolyse était de 161,3 minutes (153,8 en 2010 vs 169,9 en 2008, $p = .07$). A 24 heures, 26 (23%) patients avaient un NIHSS ≤ 2 , dont 18 (36%) en 2010 vs 4 en 2008 (12,5%) et 2009 (16,7%), $p < .02$. A 3 mois, 61 (54%) patients avaient un score de Rankin modifié (mRS) ≤ 2 , 39 (35%) ≤ 1 , 26 (23%) étaient décédés. Les sujets mRS ≤ 2 étaient plus jeunes (68,7 vs 75,5, $p < .003$) et moins déficitaires (NIHSS initial 12,5 vs 17,3, $p < .0005$). Ceux ayant un mRS ≤ 1 étaient traités plus tôt (168 vs 146 minutes, $p < .02$).

DISCUSSION

Le pronostic des AIC traités par thrombolyse intraveineuse apparaît dans notre série corrélé à l'âge, à la sévérité du déficit, et dans une moindre mesure au délai. A 3 mois, le mRS ≤ 1 est bien corrélé au délai de thrombolyse mais pour un mRS ≤ 2 , une différence n'apparaît significative qu'entre le premier et le dernier quartile des délais de traitement.

On a observé d'autre part entre 2008 et 2010 une augmentation du nombre de patients et une diminution du NIHSS moyen initial ainsi que du NIHSS à 24 heures. L'extension de la fenêtre thérapeutique de 3h à 4h30 n'a pas allongé le délai de prise en charge qui a même eu tendance à décroître entre 2008 et 2010.

CONCLUSION

Dans notre série, plus de la moitié des patients traités par thrombolyse intraveineuse pour un AIC ont un pronostic fonctionnel favorable à 3 mois. Les sujets les plus déficitaires et les plus âgés constituent un groupe de sujets à risque de mauvais pronostic, chez lesquels les prédicteurs d'une évolution défavorable devraient être étudiés et recherchés.

Posters

Session Phase aiguë

Poster n°80

Laurent SUISSA (1) - Sylvain LACHAUD (1) - Marie-Hélène MAHAGNE (1)
(1) Unité Neurovasculaire - CHU de Nice - Hôpital Saint Roch 06000 NICE

Détection de la fibrillation atriale paroxystique associée à un infarctus cérébral : cherchez, vous trouverez !

INTRODUCTION

Le risque élevé de récurrence ainsi que la co-morbidité d'un infarctus cérébral associé à une fibrillation atriale (FA) justifie une démarche diagnostique agressive afin que le traitement anticoagulant soit initié. Si la documentation d'une FA persistante (Fap) est aisée, celle d'une FA paroxystique (Fapx) reste un challenge. De ce fait, la prévalence de la Fapx est inconnue et varie selon les techniques diagnostiques utilisées.

METHODES OU OBSERVATIONS

L'objectif de cette étude est d'estimer la prévalence de la Fap et Fapx sur une cohorte de patients consécutifs admis dans l'unité neurovasculaire de Nice en phase aiguë d'un infarctus cérébral documenté de septembre 2010 à septembre 2011. Les données démographiques, cliniques et radiologiques ont été recueillies par un neurologue vasculaire au décours de l'hospitalisation. Chaque patient inclus a bénéficié à son arrivée d'un ECG et de la mise en place d'un monitoring ECG avec fonction holter sur toute la durée de l'hospitalisation. Ces données ECG sont lues par les médecins neurovasculaires de l'unité en collaboration avec un cardiologue. A la sortie, la présence et le type de FA (Fap ou Fapx) ont été adjudiqués sur l'histoire médicale, l'ECG initial et les données du monitoring ECG.

DISCUSSION

Trois cent trois patients ont été inclus avec un âge moyen de $64,9 \pm 15,9$ ans, un sexe ratio de 1,35, un NIHSS initial moyen de $8,7 \pm 8,6$ et une DMS de $8,6 \pm 6$ jours. Cent trois (34%) FA ont été documentées. Douze (4%) patients avaient une Fapx connue dans leur histoire médicale et 19 (6%) une Fap. Trente patients (10%) ont été diagnostiqués en FA sur l'ECG initial. Quarante deux (14%) patients sans FA connus ont été diagnostiqués sur le monitoring ECG en Fapx. Le nombre d'épisode moyen de Fapx par patient est de 2, d'une durée moyenne de 16 heures. Le premier épisode détecté survient dans 90% des cas dans les 72 heures de monitoring ECG. Sur l'ensemble des infarctus cérébraux associés à une FA, 64 (62%) sont des Fapx et ne présentaient pas de cardiopathie justifiant d'une anticoagulation.

CONCLUSION

La mise en place d'un monitoring ECG continue durant l'hospitalisation a permis à l'UNV de Nice d'optimiser le diagnostic des Fapx (2 patients sur 3) trop souvent sous estimés et à l'origine d'une sous utilisation des AVK. L'excellente rentabilité de cette stratégie diagnostique dans les premiers jours de la prise en charge d'un infarctus cérébral fait suggérer sa généralisation dans les UNV.

Posters

Session Phase aiguë

Poster n°81

Marie BODENANT (1) - Stéphanie DEBETTE (1) - Frédéric DUMONT (1) - Marie GIROT (1) - Hilde HENON (1) - Christian LUCAS (1)
Charlotte CORDONNIER (1)

(1) Service de Neurologie Vasculaire, Hôpital Roger Salengro, CHRU Lille

Pourquoi certains patients présentant une amélioration neurologique précoce après thrombolyse intraveineuse n'ont pas un bon pronostic fonctionnel ?

INTRODUCTION

L'amélioration neurologique précoce après thrombolyse (définie par un score National Institutes of Health Stroke Scale score [NIHSS] de 0 ou amélioration >5) est associée à un bon pronostic (score de Rankin [mRS] modifié) de 0 ou 1 à 3 mois. Cependant, malgré cette amélioration initiale, près de 30% des patients ont un mauvais pronostic. Ces patients pourraient être exclus à tort de thérapies complémentaires.

METHODES OU OBSERVATIONS

L'objectif de notre travail était d'analyser les raisons du mauvais pronostic des patients thrombolysés ayant présenté une amélioration neurologique précoce.

Nous avons inclus tous les patients thrombolysés dans les 4 heures 30, dans l'Unité NeuroVasculaire de Lille. Nous avons exclus les patients thrombolysés pour un infarctus de fosse postérieure, ayant eu un traitement endovasculaire, avec un mRS >2 et les stroke « mimics ». L'amélioration neurologique précoce était définie par un NIHSS à 0 ou une amélioration >5 , deux heures après la thrombolyse. Le mauvais pronostic était définie par un score mRS 2-6 à 3 mois.

DISCUSSION

Parmi les 365 patients consécutifs thrombolysés (185 hommes; âge médian=69 ans; NIHSS médian=12; délai administration médian=147 min), 71 (19.5%) ont présenté une amélioration neurologique précoce. Il avait plus souvent présenté un AIT dans les 7 jours (OR: 3.64; 95% IC: 1.08-12.27), avaient un NIHSS d'entrée plus élevé (14 vs. 11; $p=0.003$), un délai d'administration du traitement plus court (135 min vs. 151; $p=0.01$) et avaient moins de risque de présenter une pneumopathie (OR: 0.27; 95% IC: 0.09-0.76) ou un infarctus malin ($p=0.045$).

Parmi les 21 patients (29.6%) avec un mRS 2-6, le mauvais pronostic était principalement dû à la sévérité du déficit initial (14) ou à une aggravation secondaire de l'ischémie (4), une hémorragie intracérébrale (2) ou un décès par cancer (1).

CONCLUSION

Un tiers des patients présentant une amélioration neurologique précoce n'ont pas un bon pronostic fonctionnel à 3 mois, principalement à cause de la sévérité du déficit neurologique résiduel. Cela suggère que les patients présentant toujours un déficit neurologique sévère, malgré une amélioration initiale, ne devraient pas être exclus de thérapies complémentaires.

Posters

Session Phase aiguë

Poster n°82

Mélanie FLAMENT (1) - Claire LECLERCQ (1) - Sandrine CANAPLE (1) - Marie-Pierre GUILLAUMONT (2)
Olivier GODEFROY (1) - Chantal LAMY (1) - Jean-Marc BUGNICOURT (1)
(1) Service de Neurologie, Hôpital Nord, Amiens - (2) Service de Cardiologie, Hôpital Nord, Amiens

Facteurs prédictifs de la survenue d'une FA après une ischémie cérébrale de cause indéterminée : une étude de cohorte

INTRODUCTION

La détection d'une fibrillation atriale (FA) dans les suites d'une ischémie cérébrale de cause indéterminée demeure essentielle pour optimiser la prise en charge thérapeutique. Cette étude tente de déterminer quels sont les facteurs cliniques, biologiques et échographiques initiaux prédictifs de la survenue d'une FA à distance de l'évènement ischémique cérébral.

METHODES OU OBSERVATIONS

Cette étude a concerné 174 patients admis dans l'Unité Neuro-Vasculaire d'Amiens. Les patients bénéficiaient tous d'une échographie cardiaque trans-thoracique (ETT) et d'un bilan étiologique standardisé. Les patients étaient suivis de façon régulière (n=141) ou contactés par téléphone au minimum deux ans après leur hospitalisation. Le diagnostic de FA était considéré rétrospectivement (i) en présence d'un compte rendu hospitalier stipulant ce diagnostic ou (ii) lorsqu'un traitement anti-arythmique figurait sur l'ordonnance du patient, après vérification auprès du médecin traitant.

DISCUSSION

Vingt deux patients sont décédés et 7 patients ont été perdus de vue durant le suivi (durée médiane de suivi: 839 jours). Sur les 145 patients survivants, 21 patients (15%) ont présenté une FA durant la période de l'étude. Les patients en FA étaient significativement plus âgés (71.1 vs 61.6 ans) et avaient plus souvent des ATCD de coronaropathie (23% vs 6%). Une surface de l'oreillette gauche (OG) > 15 cm² à l'ETT (80% vs 36%) et un dosage de la troponine initiale > 0.01 µg/l (80% vs 36%) étaient plus fréquents chez les patients en FA. Dans le modèle de régression de Cox, les facteurs prédictifs de la survenue d'une FA étaient la présence d'une troponine initiale > 0.01 µg/l (HR : 6.4; p=0.004) et la présence d'une surface de l'OG > 15 cm² (HR : 4.3; p=0.013).

CONCLUSION

Chez les patients victimes d'une ischémie cérébrale sans cause initialement retrouvée, une surface de l'OG > 15 cm² et d'une troponine initiale > 0.01 µg/l sont prédictives de la survenue ultérieure d'une FA.

Posters

Session Post AVC

Poster n°83

Aude FILLETTE (1) - Hélène BEAUSSIER (1) - Isabelle TERSEN (1) - Yvonnick BEZIE (1) - Marie BRUANDET (2) - Anne ROUAULT (1) - Mathieu ZUBER (2)

(1) Service de Pharmacie, Groupe Hospitalier Paris Saint-Joseph

(2) Service de Neurologie Vasculaire, Groupe Hospitalier Paris Saint-Joseph

Enjeux et premiers résultats d'un programme d'éducation thérapeutique mené au sein d'une unité neuro-vasculaire chez des patients hypertendus convalescents d'un accident vasculaire cérébral

INTRODUCTION

L'Education Thérapeutique (ET) s'intègre à la prise en charge des maladies chroniques, dont l'hypertension artérielle (HTA). Le lien HTA/Accident Vasculaire Cérébral (AVC) reste méconnu des patients: la non-observance aux antihypertenseurs (AHT) pourrait y être liée conduisant à un mauvais contrôle de l'HTA. L'objectif est d'évaluer les connaissances des patients sur l'HTA et de décrire les principales limites du programme après sa mise en place

METHODES OU OBSERVATIONS

Les patients participants sont hypertendus (HT), hospitalisés pour un AVC, traités par AHT et aptes à suivre le programme. Une enquête a été menée pour créer 4 supports d'ET: des questionnaires pré et post-ET, d'opinion et un dossier d'ET. L'auto-questionnaire pré-ET comprend 6 questions sur les connaissances de l'HT, l'automesure et l'observance aux AHT. Le dossier d'ET incluant le diagnostic éducatif (DE) contient les données démographiques, des questions sur l'HTA, sur la nature des AHT et leur observance, ainsi qu'un compte-rendu de la séance d'ET (points abordés, implication du patient).

DISCUSSION

Actuellement 47 patients (25 hommes, 22 femmes, 52 à 94 ans) ont participé; 43 séances de DE et 31 séances d'ET ont été réalisées, 16 patients n'ont pas eu d'ET (12 trop courte durée d'hospitalisation, 4 dégradation de l'état général). Trente patients (64%) ne se savent pas HT et 33 (70%) méconnaissent leur traitement AHT néanmoins 33 (70%) se déclarent observants. Les principaux objectifs convenus avec les patients: connaissances sur l'HTA (lien HTA /AVC), explications sur le traitement AHT, règles d'automesure de la pression artérielle. Vingt-six patients (84%) étaient impliqués durant les séances.

CONCLUSION

La réussite d'un tel programme impose d'intégrer l'ET dans les pratiques quotidiennes du service, et d'assurer une prise en charge pluridisciplinaire mais doit aussi reposer sur la motivation des patients à s'impliquer dans un programme d'ET adapté (axé sur les connaissances de la maladie, l'observance des traitements et l'hygiène de vie).

Posters

Session Post-AVC

Poster n°84

AU NOM DE L'AVERT COLLABORATION
Julie BERNHARDT (1) - Simone BIRNBAUM
(1) j.bernhardt@unimelb.edu.au

Le progrès de l'étude AVERT (A Very Early Rehabilitation Trial) : la rééducation précoce en phase aiguë de l'AVC

INTRODUCTION

Sortir les patients du lit très tôt post-AVC (< 24 heures) pourrait être un élément clef de l'efficacité des UNV mais cela nécessite d'être testé par un essai randomisé et contrôlé.

Notre hypothèse est que le lever très précoce et fréquent (protocole VEM = Very Early Mobilisation) réduit le décès et le handicap tout en gardant un bon rapport coût-efficacité.

METHODES OU OBSERVATIONS

Essai de phase III, international, multicentrique, randomisé, contrôlé en simple aveugle. Critères d'inclusion: Patients > 18 ans admis dans les 24h suivant un AVC confirmé, ischémique ou hémorragique, et pour lesquels les paramètres physiologiques rentrent dans les limites établies. Critères d'exclusion: Patients ayant un handicap pré-morbide sévère, des co-morbidités sévères ou qui requièrent soins palliatifs. Traitement par thrombolyse est permis. Intervention: Le protocole «VEM», mis en place par une équipe infirmière/kinésithérapeute commence dans les 24h suivant l'AVC, et se poursuit au moins 2 fois par jour jusqu'à 14 jours. Patients témoins reçoivent des soins habituels. Critère de jugement principal: Rankin modifié à 3 mois. Taille de l'échantillon: 2104 patients (n = 1052 par groupe).

DISCUSSION

La phase III a commencé en Juillet 2006 sur 7 sites en Australie mais a été élargie pour inclure 37 sites de 5 pays (Australie, Nouvelle Zélande, Malaisie, Singapour et le Royaume-Uni). En Septembre 2011, 1100 patients ont été recrutés avec en moyenne 30 patients par mois. La proportion des patients filtrés comparée aux patients actuellement recrutés est de 1.4% - 19.0% (la moyenne=6.4%) à travers les différents sites.

L'âge moyen est 70.5 ans (écart type 13.1), pour 80.2% c'est un premier AVC, pour 86.4% c'est un infarctus, le score NIHSS moyen de 9.3 (écart type 6.8), 48.0% avec un NIHSS > 7 (AVC de gravité modérée et sévère) au moment de la randomisation 17 heures (écart type 5.9) post AVC. A ce jour 187 patients (17%) ont été traités par thrombolyse. 7 patients ont abandonnés (<1%).

CONCLUSION

Avec l'implication de plus de 500 cliniciens, la plupart des infirmiers et thérapeutes, l'essai évolue bien. La récente extension des sites devrait parvenir à compléter le recrutement à la fin de 2014.

Posters

Session Post-AVC

Poster n°85

Anne BALOSSIER (1) - Chloé DESCAT (2) - Olivier ETARD (3) - Adina POSTELNICU (2) - Evelyne EMERY (2)

(1) Service de Neurochirurgie, CHU de Caen - (2) Service de Neurologie, CHU de Caen

(3) Laboratoire d'Explorations Fonctionnelles du Système Nerveux, CHU de Caen

Place de la Stimulation Corticale Extradurale dans le traitement de l'Aphasie chronique post-AVC : suivi à 6 ans

INTRODUCTION

L'accident vasculaire cérébral (AVC) constitue la première cause d'aphasie de l'adulte avec une incidence de 30 000 cas/an en France. Une faible portion des patients récupère complètement dans les 3 à 6 mois; au-delà, le déficit est considéré acquis. Malgré une prise en charge orthophonique précoce, de nombreux patients conserveront des troubles du langage invalidants sans perspective thérapeutique.

METHODES OU OBSERVATIONS

Une patiente droitnière de 58 ans a présenté une aphasie de Broca suite à un AVC capsulaire externe gauche. Malgré une prise en charge précoce, la récupération n'a été que partielle. La patiente avait également développé, à distance, des douleurs neuropathiques de l'hémiface droite très invalidantes et rebelles aux traitements médicamenteux pour lesquelles elle a bénéficié d'une stimulation corticale extradurale du cortex moteur primaire. La patiente ayant rapporté une amélioration de sa fluence verbale sous stimulation, des évaluations orthophoniques en double aveugle ont donc été ajoutées au protocole initial, durant les phases ON/OFF randomisées prévues 1 an après l'implantation. Ces mêmes évaluations ont ensuite été réalisées à 5 ans, puis à 6 ans lors du changement de stimulateur.

DISCUSSION

La stimulation corticale extradurale a permis d'améliorer durablement la fluence verbale indépendamment de la douleur (fluence sémantique, noms d'animaux : 40 mots en 2 min au lieu de 19 soit +100% à 1 an, et 29 mots au lieu de 19 soit +50% à 5 ans ; fluence phonémique, lettre p : 16 mots au lieu de 8 soit +100% à 1 an, 14 mots au lieu de 8 soit +75% à 5 ans). Nous avons observé, même plusieurs années après l'implantation, un effet ON/OFF de la stimulation témoignant probablement d'un mécanisme de régulation intra-hémisphérique et non d'un phénomène de plasticité synaptique.

CONCLUSION

La stimulation corticale pourrait apporter une solution thérapeutique aux déficits acquis post-AVC tels que l'aphasie.

Posters

Session Post-AVC

Poster n°86

Rachid HEBHOUB (1) - Reda BELGHOUIL (1) - Chadli KHELFELLAH (1) - Benaïssa BACHOUS (1) - Khaled TALA IGHIL (2) - Mohamed RACHEDI (2)
(1) Mpr-Hôpital régional universitaire de Constantine, Algérie - (2) MPR-Hôpital universitaire spécialisé de Staoueli, Alger

Problèmes posés par le post AVC en MPR : REA lite algérienne à propos de 100 cas

INTRODUCTION

Par manque de lits hospitaliers et de structures extra hospitalières dédiées au post AVC, le patient hémiplegique retourne toujours à domicile, parfois trop rapidement, et même en l'absence de moyens nécessaires, la prise en charge repose malheureusement souvent sur un ou plusieurs membres de la famille, au détriment même d'une récupération fonctionnelle permettant une meilleure réinsertion social.

METHODES OU OBSERVATIONS

Etude prospective portant sur 100 patients adultes victimes d'un AVC entre 2007 et 2009, suivis en MPR jusqu'à 12 mois après l'ictus. L'âge, le sexe, le type d'AVC, l'état fonctionnel initial, l'existence d'une aphasie, d'un syndrome dépressif ou d'une héminegligence sont notés, ainsi que le type d'habitation et l'existence ou non d'un aidant familial. Enfin sont précisés, l'état de sortie et les condition de prise en charge ultérieure l'évolution et les problèmes (médicaux ou sociaux) rencontrés jusqu'à 12 mois après AVC.

DISCUSSION

Sur 100 patients (64 hommes et 36 femmes) dont l'âge moyen est de 69 ans, 97 patients ont regagné le domicile familial après une courte hospitalisation dans un service de MPR polyvalent (3 patients décédés au cours de leurs hospitalisations), 31 patients habitent une maison traditionnelle, 11 une villa et 58 un appartement, 84 patients sont pris en charge par un membre de la famille (conjoint ou descendants) 42 reviennent régulièrement en hôpital de jour, 47 sont pris en charge a titre privé et 11 ne bénéficient d'aucune prise en charge spécialisée.

CONCLUSION

les auteurs de cette étude, veulent mettre la lumière sur le manque de moyens hospitaliers et extra hospitaliers et les difficultés que rencontre le soignant dans notre pays, pour la prise en charge d'un patient hémiplegique, qui repose presque toujours sur la famille après le retour à domicile.

Posters

Session Post-AVC

Poster n°87

Anne LEGER (1) - Charlotte ROSSO (1) - Sophie CROZIER (1) - Sandrine DELTOUR (1) - Gurkan MUTLU (1) - Yves SAMSON (1)
(1) Service des Urgences Cérébro-vasculaires, Groupe Hospitalo-Universitaire Pitié Salpêtrière

Prise en charge du sevrage tabagique forcé en Unité Neuro-vasculaire

INTRODUCTION

Le tabagisme est un facteur de risque très répandu dans la population générale et on considère qu'environ un quart des patients hospitalisés pour AVC sont fumeurs actifs. L'hospitalisation en UNV oblige ces patients à un sevrage forcé qui devrait idéalement conduire à un sevrage définitif à leur sortie. Pour améliorer les chances d'obtenir celui ci, nous avons mis en place un protocole d'aide systématique au sevrage forcé à l'entrée en UNV.

METHODES OU OBSERVATIONS

Avec l'aide du service de Tabacologie, nous avons élaboré une procédure standardisée de prise en charge systématique des patients tabagiques dès leur admission dans le service avec: Ouverture d'un dossier patient spécifique. Evaluation de la dépendance nicotinique par un test de Fagerstrom simplifié. Proposition systématique d'un traitement substitutif nicotinique (patch et/ou substituts oraux) adapté à la dépendance physique. Réévaluation à 24/48h de l'efficacité et de la tolérance du traitement. Proposition d'une consultation tabacologique pendant l'hospitalisation afin de discuter d'un possible/souhaitable sevrage tabagique à la sortie.

DISCUSSION

De juin 2010 à juin 2011, 152 patients (19.1%) ont pu bénéficier de cette prise en charge, avec un taux de satisfaction de 98%. Comparativement au taux de prévalence du tabagisme de la cohorte dijonnaise (28%), ce taux est faible. L'âge moyen est de 54.1 ans, 67% sont des hommes, 61.2% présentent un AIC, 17.5% un AIT et 7.8% un HIC. Parmi les 103 patients fumeurs revus à plus de trois mois, 19.4% poursuivent leur sevrage, 36% ont repris leur consommation et dans 44.6% des cas, le neurologue n'a pas posé la question. Le taux de sevrage poursuivi est donc très légèrement supérieur à celui attendu puisque que les traitements substitutifs nicotiques ont une efficacité globale de 12.5 à 18% et qu'elle est contestée dans les pathologies cardiovasculaires.

CONCLUSION

La prise en charge systématique du sevrage tabagique forcé due à l'hospitalisation en UNV permet d'améliorer le confort du patient fumeur ainsi que le taux de poursuite du sevrage tabagique. Ce facteur de risque est souvent banalisé, par rapport à l'HTA ou la dyslipidémie, bien que son arrêt définitif soit reconnu comme bénéfique dans la prise en charge de la pathologie cardio-vasculaire.

Index

AASFARA Jehanne.....	90 - 92 - 120	BERRAH Abdelkrim	113 - 114	CHARDAIN Audrey	89
ABBES Mouna	97	BERTANDEAU Eric	106	CHARESTAN Pierre	141
ABID Imen	127	BERTRAND Bernard	98	CHAUSSON Nicolas	165
ABOAB Jennifer	89	BESSARD Pascale	75	CHAUVIN Pierre	134
ABOA-BOULÉ Corine	67	BEZIE Yvonnick	171	CHEDEVILLE François	165
ACCASSAT Sandrine	129	BILLON GRAND Clelia	55	CHENE Geneviève	32
ADAMS David	128 - 163	BINDILA Daniela	95	CHEVRET Sylvie	66
AIT BEN HADDOU El Hachmia	90 - 92	BING Fabrice	59	CHIN Francis	68 - 132
120		BIRNBAUM Simone	78 - 83 - 172	CHTOUROU Emna	124
AKOUZ Aziz	145	BLACHER Jacques	34	CIRON Jonathan	101
AL KHEDR Abdulatif	109	BLANC Raphaël	57 - 151	CLAVELOU Pierre.....	144
AL NAJJAR-CARPENTIER Amer	146 - 149	BODDAERT Nathalie	152	CLERIMA Jean-Michel	79
ALAMOWITCH Sonia	52 - 57 - 89 - 151	BODENANT Marie	161 - 169	COGEZ Julien	167
ALHANATI Laure	137	BOËLLE Pierre-Yves	52	COGNARD Christophe	56
ALKHALIL Azdachir	141	BOGOUSLAVSKY Julien	71	COLLE Steffie	85
AL-KHAWALDEH Maher	164	BOLLAERT Pierre Edouard	36	COMANESCU Ana	95
ALLA Philippe	116	BONAFE Alain	96	COMTET Claude	129
ALLARD Michèle	73	BONCOEUR Marie-Paule	164	COQUERAN Bérard	136
ALLIBERT Rémi	55	BONEL Elodie	85	CORABIANU Ovidiu	141
ALLLOT Pierre-Alexandre	146	BONNAN Mickael	106	CORDONNIER Charlotte 35 - 53 - 161 - 169	
ANCELLIN Jean Baptiste	47	BONNAUD Isabelle 103 - 107 - 117 - 162		CORVOL Jean-Christophe	65
ANES Imen	159	BONNEVILLE Fabrice	56 - 119 - 126	COTTIER Jean-Pierre	107
AUDRY-LERAY Nathalie	86	BORDET Régis	161	CRASSARD Isabelle	50 - 115 - 118
AUFFRAY CALVIER Elisabeth	54	BORSOTTO Marc	60	CROQUELOIS Alexandre	71
AYADI Ines	124 - 127	BOTTIN Laure	52	CROZIER Sophie 37 - 66 - 70 - 79 - 175	
AZAKRI Souhayla	96	BOUAMRA Benjamin	130	DAGAIN Arnaud	116
BAGHOUS Benaissa	174	BOUKHRIS Amir	93 - 97 - 123 - 124	DAMAK Mariem	93 - 97 - 123 - 124
BAILLOT Pierre-Alexandre	63	BOUKRARA Abdelhamid	113	DAOUK Joël	99 - 153
BAKCHINE Serge	122	BOUNOLLEAU Pierre	116	DAUBAIL Benoit	67
BALOSSIER Anne	135 - 173	BOUQUET Floriane	102	DAVID Emmanuelle.....	75
BARBIEUX Marianne	51	BOURET Amandine	80	DE BROUCKER Thomas	57
BARON Jean Claude	28	BOUSSER Marie-Germaine 50 - 91 - 118		DE HERDT Veerle	53
BARROSO Bruno	106	BRISSET Marion	131	DE LA SAYETTE Vincent	167
BARTH Emeline	98	BRONDEL Marine	112	DE LIGNIÈRES Sophie	81
BARTOLINI Bruno	150	BRUANDET Marie	157 - 166 - 171	DE PERETTI Christine	132 - 143
BARIUKH Yonathan	156	BRUNELLE Francis	152	DE RECHNIEWSKI Catherine.....	86
BATAILLE Mathieu	167	BRUNET-BOURGIN Françoise	165	DE TOFFOL Bertrand	103 - 117 - 162
BATIER-MONPERRUS Stéphanie	94	BUET Sylvia	75	DE ZUTTERE Dominique	52
BEAUJEUUX Remy	95	BUGNICOURT Jean-Marc 99 - 108 - 109		DEBETTE Stéphanie	131 - 169
BEAUSSIER Hélène	171	- 110 - 153 - 170		DEBIAIS Séverine 103 - 107 - 117 - 162	
BÉJOT Yannick	67 - 72 - 133 - 134	CABASSON S.	48	DEFER Gilles	62
BELAHSEN Mohamed Faouzi	125	CALMON Raphael	152	DEIVA K.	48
BELGHOUL Reda	174	CALVIERE Lionel	100 - 119	DELAMOUR Alexandra	75
BELTRAN Stéphane	107	CAMARA Ansouman	155	DELANGHE Fanny	108
BENICHOU Dominique	77	CANAPLE Sandrine 108 - 109 - 110 - 170		DELTOUR Sandrine 70 - 112 - 150 - 175	
BENKHROUF Soraya	113	CATTIN Françoise	55	DEMASLES Stéphanie	106
BENOIT COSTE Valérie	87	CAUCHETEUX Nathalie	122	DENIER Christian	138 - 163
BENOMAR Ali	90 - 92 - 120	CAUMETTE Didier	147	DEQUATRE-PONCHELLE Nelly	53
BENSALAH Djauuida	114	CHABERT Emmanuel	144	DERAMOND Hervé	74
BENYOUNES IGLESIAS Nadia	156	CHABRIAT Hugues	91 - 115 - 118	DEREX Laurent	42
BERAY-BERTHAT Virginie	136	CHAMONTIN Bernard	33	DERLON Jean-Michel	64
BERNHARDT Julie	172	CHARAI Nadia	125		

Index

DESCAT Chloé	173	GAILLARD Nicolas	145	HENON Hilde	53 - 169
DESGUERRE Isabelle	152	GAKUBA Clément	62 - 135	HERAN Françoise	156
DETANTE Olivier	51 - 61 - 98 - 139	GALLI Silvio	155	HERISSON Fanny	54
DILHARREGUY Bixente	73	GANDIN Carine	60	HERVIEU Marie	67 - 133
DISSAIT François	144	GARAMBOIS Katia	51 - 139	HEURTEAUX Catherine	60
DJEMAI Meriam	113	GARNIER Pierre	129	HEYMANN Marie-Françoise	54
DO ESPERITO Sandrine	75	GARRAUD Marie	136	HOMMEL Marc	31
DODET Pauline	115	GAUBERTI Maxime	62	HOURREGUE Claire	111
DOMANSKI L.	137	GAUDRON Marie	117 - 162	HSAIRI Ines	127
DORIDAM Jennifer	108	GAULARD Martine	81	HUMBERTJEAN Lisa	94
DOUGUET Florence	66	GAULIN Ian	58	HUSSON B.	48
DOUSSET Emilie	82	GAUTHIER Arnaud	150	HUTTIN Bernard	94
DREYFUS Marie	138	GAUVRIT Jean Yves	142	ILLE Olivier	57
DUBOUDIEU Stéphane	137	GENET Vincent	147	IMOUNAN Fatima	90 - 92 - 120
DUCREUX Denis	48 - 138	GILLE Michel	104	JACOBS Sophie	104
DUCROCQ Xavier	63 - 85	GIRARD-BUTTAZ Isabelle	46	JACQUELIN Emmanuelle	88
DUCCROS Anne	38	GIRAudeau Bruno	162	JACQUIN Agnès	58 - 72 - 133
DUFUIL Carole	32	GIROT Marie	45 - 154 - 169	JAFFRE Aude	126
DUMAS Aurélie	86	GIROUD Maurice	67 - 72 - 133 - 134	JARDAK Fedia	127
DUMONT Frederic	59 - 169	GISQUET Elsa	66	JOST Daniel	137
DURAND-BIRCHENALL Julia	99 - 153	GITIAUX Cyril	152	JOUVENT Eric	115
DURIER Jérôme	133 - 134	GNOFAM Mayi	161	KACEM Hanen Hadj	93
DUTRAY Anais	145	GOAS Philippe	148	KADZIOŁKA Krzysztof	122
DUVAL-PAPILLON Valérie	160	GODEFROY Olivier 74 - 99 - 108 - 109 - 110 - 153 - 170		KAMOUN Fatma	127
EDAN Gilles	142	GODENECHÉ Gaëlle	101	KASSAM Rania	165
EIICHI Ishikawa	49	GOLDSTEIN Patrick	128 - 154	KASSIOTIS Philippe	165
ELLOUZE Emna	127	GONZALEZ Denis	144	KESSACI Farid	113 - 114
ELZIERE Claire	141	GORDJI Atossa	146	KHELFELLAH Chadli	174
EMERY Evelyn	64 - 135 - 173	GORY Benjamin	164	KOSSOROTOFF Manon	152
EPINAT Magali	129	GOUFFIC Yann	54	KOUASSI Léonard	167
ETARD Olivier	135 - 173	GOUT Olivier	102	LACHAUD Sylvain	69 - 87 - 111 - 168
ETXEBERRIA IZAL	Ana 104	GOUTTARD Michel	105	LACOUR Jean-Christophe	63
FADAT Bénédicte	145	GRANIER Philippe	105	LAHER Hayat	113
FAIVRE Anthony	116	GRAPPERON Aude-Marie	116	LAFFON Muriel	121
FALISSARD Bruno	163	GREGCOVASC	74	LAGADEC Saïoa	73
FAURY Alexandre	56	GREVENT David	152	LALOUE Myrienne	142
FAVRE Isabelle	61	GRIMAUD Olivier	68 - 132 - 134	LAMBERT Gilles	54
FÉDALA-HADDAM Sounia	114	GROSDEMANGE Antoine	85	LAMY Chantal	108 - 110 - 170
FEKI Imed	93 - 97 - 123 - 124	GROSSET-JANIN Deborah	98 - 139	LAPLANTE Fanny	80
FERRERA-MALDENT Nicole	103	GUEDJ Thierry	138	LARUE Vincent	56 - 100 - 119 - 126
FERRIER Anna	126 - 144	GUERET Pierre	142	LARUE Alexandrine	94
FILLETTE Aude	171	GUERTON Maiwen	79	LASSOUAQUI Sonia	114
FLAMAND-ROZE Constance	163	GUEDET Philippe	145	LAZDUNSKI Michel	60
FLAMENT Mélanie	170	GUICHARD Jean Pierre	118	LE BIHAN Françoise	141
FLEURY Olivier	73	GUIDOLIN Brigitte	56	LE GUILLOUX Johan	57
FORTIER Mikael	111	GUILLAUMONT Marie-Pierre	170	LECLERC Xavier	154
FRANCÈS Camille	52	GUILLON Benoit	54	LECLERCQ Claire	74 - 99 - 170
FREDON Joëlle	81	HAKEM Djanette	113 - 114	LECOMPTÉ Thomas	63
FURCIERI Emmanuelle	76	HAMDI Kheir-Eddine	150	LEGER Anne	70 - 175
GABEREL Thomas	64	HANOUEZ Jean-Luc	62	LEJEUNE Jean-Paul	59
GAGNERON Aude-Marie	105	HEBHOUB Rachid	174	LELEU Pierre-Louis	147
				LEMAÎTRE Sophie	81

Index

LENNE Xavier	154	MOULIN Thierry	55 - 130	REMADI Jean-Paul	108
LEVASSEUR Michele	146 - 149	MOUNAYER Charbel	164	RENKES Céline	122
LEYS Didier ... 53 - 59 - 128 - 154 - 161		MOUNIER-VEHIER François	128	RENOU Pauline	73
L'HERMITTE Yann	75 - 81 - 150	MOURAND Isabelle	96	REZGUI Naceur	146
LIOGER Bertrand	103	MOURIER Klaus	40	RICA Fabienne	80
LOAS	74	MULTU Gurkan	150	RICHARD Marie-Jeanne	61
LOGAK Michel	57	MURAO Kei	49	RICHARD Sébastien	63
LOIZZO François	139	MURESAN Ioan-Paul	52	RIVA Roberto	164
LONNEVILLE Sarah	104	MUSIKAS Alexandra	107	ROCHA Sonia	150
LOTFALIZADEH Emad	112	MUTLU Gurkan	70 - 112 - 175	RODIER Gilles	74
LOUVET Franck	79	MUZARD Emelyne	155	ROME Claire	61
LUCAS Christian	59 - 169	NAEGELE Bernadette	61	RONCORONI Cécile	139
MACIAN MONTORO Francisco	164	NAHUM-MOSCOVICI Laurence	141	RONZIERE Thomas	142
MAGERMANS Sophie	84	NAKIRI Guilherme	164	ROOS Caroline	118
MAGHERU Christian	64	NASR Nathalie	56 - 100 - 126	ROS Aurelia	162
MAHAGNE Marie-Hélène .. 69 - 87 - 111		NEAU Jean-Philippe	101	ROSIER Marie-Pierre	101
121 - 168		NGUYEN-THUYET Bérangère	83	ROSSI Costanza	53
MAKDASSI Raifah	110	NICOLAU Javier	143	ROSSIGNOL Mathias	118
MALAU Monica	146	NORRVING Bo	29	ROSSO Charlotte	65 - 70 - 175
MALDONADO Igor	96	OBADIA Michael ... 57 - 102 - 151 - 156		ROUANET François	43
MANISOR Mariana	95	OLARU Angel-Cristian	105	ROUAUD Olivier	67 - 72 - 133
MARCHAND-LEROUX Catherine	136	ORSET Cyrille	135	ROUAULT Anne	171
MARESCAUX Christian	95	OSSEBY Guy-Victor	67 - 72 - 133	ROUHART François	148
MARGAILL Isabelle	136	PAGES Alain	147	ROUSSEL Martine	74
MARLU Raphael	139	PAPAGIANNAKI Chrysanthi	117	ROUYER Olivier	95
MARQUÉ Aurélie	107	PATAT Frederic	162	ROY Daniel	58
MARRO Beatrice	89	PEAUREAUX Delphine	100	ROZE Emmanuel	163
MARSAC Emilia	101	PEFFAULT DE LATOUR Régis	50	RUNAVOT Gwenëlle	86
MAS Jean-Louis	55	PERARD Hervé	86	RUTGERS Matthieu	104
MASAHIRO Yasaka	49	PERENNES Mathieu	142	SABLOT Denis	86 - 145
MASSABUAU Pierre	119	PETIT J-L	137	SALIOU Guillaume	48 - 138
MAWET Jérôme	91	PHILIPPEAU Frédéric	105	SAMSON Yves 65 - 66 - 70 - 112 - 150	
MAYUMI Mori	49	PIC Daniel	144	- 175	
MAZIGHI Mikael	62	PICO Fernando	131	SANSON Jacques	81
MEDEIROS DE BUSTOS Elisabeth		PIEROT Laurent	39	SAROV Mariana	138
130 - 155		PIOTIN Michel	151	SAUDEAU Denis	103
MEPPIEL Elodie	50	PIRES Christine	65 - 70	SAVATOVSKY Julien	102 - 156
MERESSE Isabelle	88	PISTOCCHI Silvia	151	SCHMIDT Jeannot	144
MERRIEN François Mathias	148	PLASSE Carole	116	SCHNITZLER Alexis	143
MESSOUAK Ouafae	125	PHILKINE Michel	136	SEGUELA Marie-Christine	165
MIHIRI Chokri	93 - 97 - 123 - 124	POPPE Alexandre	58	SEIGNER Laëtitia	158
MIKAELOFF Y.	48	POSTELNICU Adina	173	SENNERS Pierre	91
ILADI Mohamed Imed	93 - 97	POURCELOT Sabine	81	SERRE Isabelle	122
MILEDI Imed	123 - 124	PRUVO Jean-Pierre	128 - 154	SIBON Igor	73
MINO Jean-Christophe	66	QUENET Sara	129	SIMONNET Hina	48
MIQUEL-CHAUVEAU Marie	106	QUINTARD Hervé	60	SMAQUI Slim	123
MISMETTI Patrick	129	RACHEDI Mohamed	174	SOCIE Gérard	50
MOISAN Anaick	61	RAYMOND Jean	58	SPALATELU Cristina	140
MONDON Karl	107	REACH Pauline	166	SSI-YAN-KAI Guillaume	56
MONET-DESLACHE Pauline 99 - 109		REDJEM Hocine	151	STANKE-LABESQUE Françoise	51
MONFORT Vincent	85	REGRAGUI Wafa	90 - 120	STEINER Jean	141
MONTIEL Paola	130	REINER Peggy	115 - 118		

Index

SUISSA Laurent.....	69	TRIKI Chahnez	127	VIVIEN Denis	62 - 135
SWENDSEN Joël	111	TRIGUENOT-BAGAN Aude	140	VUILLIER Fabrice	55
TAHON Florence	121 - 168	TUPPIN Philippe	68 - 143	WADOWIAK Lucie	110
TALA IGHIL Khaled	174	TURKI Emna	93 - 97 - 123	WEILL Alain	58
TALL Philippe	119	TZOURIO Christophe	32 - 131	WIDMANN Catherine	60
TANCRET Franck	54	VACONNET	Lina 130	WIEL Eric	154
TENG Fei	136	VALETTE Pierre	128	WOIMANT France	68 - 132 - 143
TERSEN Isabelle	171	VANDAMME Xavier	88	WOLFF Valerie	44 - 95
THINES Laurent.....	59	VANDERMARCO Pierre	101	WYBRECHT Delphine	116
TIMSIT Serge	147 - 148	VARIN Dominique	79	YAHYAQUI Mohammed	90 - 92 - 120
TIREL-BADETS Anne	148	VARVAT Jérôme	129	YASUSHI Okada	49
TOMONAGA Matsushita	49	VERHAEGHE Florent	96	YELNIK Brigitte	79
TONINA Alejandro	145	VIADER Fausto	167	YOSHIMURA Souhei	49
TOUBLAN Françoise.....	79	VIAKHIREVA Irina	148	ZAAM Aicha	125
TOURBAH Ayman	122	VIBERT Emilie	86	ZEMMOUR Dalila	114
TOUSSAINT-HACQUARD Marie	63	VEILLART Anne	105	ZUBER Mathieu	157 - 166 - 171
TOUZANI Hafida	128	VIGUIER Alain	100		
TREUIL Josianne	148	VIRAT-BRASSAUD Marie-Edith	72		

Nos médicaments, avec **passion et précision** – depuis 1899



Daiichi Sankyo

**Nos médicaments, avec
passion et précision – depuis 1899**

Responsabilité, intégrité et innovation sont pour nous des valeurs d'entreprise modernes tout en étant profondément ancrées dans notre tradition. En effet, depuis plus de 100 ans, nous recherchons et développons avec succès des médicaments innovants et proposons des services de la plus grande qualité. Nous concentrons nos efforts dans les domaines des pathologies cardiovasculaires et métaboliques, de l'hématologie ainsi que de l'oncologie et comptons ainsi parmi les plus importants laboratoires pharmaceutiques mondiaux, axés sur la recherche.

Notre mission : améliorer la qualité des patients et de leurs proches. Nous nous y consacrons, avec passion et précision, jour après jour.

INS/11/086/AP – Date de diffusion : mars 2011



Daiichi-Sankyo

