

Avertissement: notes prises au vol... erreurs possibles... prudence!

HUG: Hôpital cantonal de Genève

mardi 05 Avril 2022

Flash: Quel traitement pour un AVC au réveil?

Dr E. Carrera

[L'article du jour](#) est une revue Cochrane sur les traitements disponibles pour un AVC au réveil: la thrombolyse et la thrombectomie endovasculaire.

Environ 20% des AVC surviennent pendant le sommeil. Aux HUG en 2021 il y a eu 422 d'AVC au réveil ou à début inconnu.

Le traitement des AVC est influencé par le concept que "le temps est du cerveau" puisque au-delà de 4h30, la thrombolyse intraveineuse peut faire plus d'effets secondaires que de bénéfiques. Le traitement est donc généralement évité pour les AVCs au réveil, dont l'heure de début est inconnue.

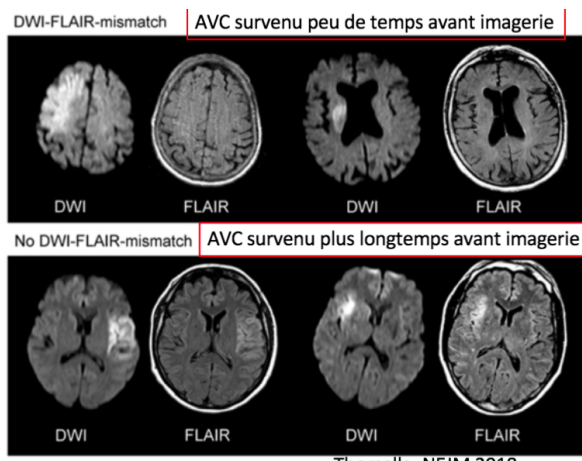
Le diagnostic évolue à présent vers le concept que "l'image est du cerveau" qui offre une prise en charge plus individualisée, à travers une estimation du début de l'AVC.

Le mismatch (ou décalage) FLAIR/DIFFUSION par IRM est la première méthode pour estimer le début des symptômes.

L'image visualisée en diffusion représente le tissu qui est mort en phase aiguë, alors que les lésions au flair (DWI) apparaissent progressivement et déterminent le volume de l'infarctus final.

La lésion est visible en diffusion (infarctus aigu) mais pas en flair → l'AVC est récent.

La lésion est visible sur les deux modes, il est trop tard pour effectuer une thrombolyse.



Thomalla, NEJM 2018

	CTA	PCT Core	PCT Penumbra
Mismatch			
Matched			

La deuxième méthode consiste à évaluer le volume du tissu à risque, autrement dit, s'il y a encore du tissu à sauver.

C'est le décalage perfusion(coeur)/diffusion(penumbra), qui est évalué grâce au Scanner CT et fonctionne sur le même principe que le mismatch flair/diffusion.

(un petit coeur ischémique avec une grande pénombre permet le traitement).

La troisième méthode est d'évaluer le décalage entre la clinique du patient et sa perfusion au CT (mismatch clinico-radiologique). Par exemple, si le patient n'a plus usage d'une jambe mais que le cœur ischémique est très petit, il pourra recevoir une thrombolyse.

Retour à notre revue.

La thrombolyse est destinée aux patients qui n'ont pas d'occlusion proximale, c'est-à-dire que l'occlusion n'est pas présente dans une des grandes artères mais plutôt plus profondément dans le réseau.

C'est une injection intraveineuse dont l'objectif est de dissoudre le caillot de sang qui bouche la circulation...

5 études sur l'utilisation de la thrombolyse pour un AVC au réveil (vs groupe contrôle) sont sélectionnées, et 3 sont commentées par l'orateur:

- Etude THAWS: patients traités dans les 4h30 après la découverte des symptômes, mais le temps écoulé depuis que quelqu'un les a vus en bonne santé peut aller jusqu'à 12h. Utilisent le mismatch à l'IRM.
- Etude EXTEND: patients traités entre 4h30 et 9h de l'apparition des symptômes, avec pour le début de l'AVC la médiane entre le début du sommeil, et le réveil. Utilisent le mismatch au CT scan.
- Etude WAKE-UP: patients traités dans les 4h30 de la reconnaissance des symptômes, mais dont la dernière rencontre sans symptômes est >4h30. Utilisent le mismatch à l'IRM.

Les résultats montrent un discret bénéfice du traitement de thrombolyse chez des patients avec un AVC au réveil, vs la norme de soins.

A 90 jours du traitement, la fonctionnalité des patients est améliorée (RR 1.13) avec un risque de saignement intracrânien augmenté (RR 3.47) mais sans influence sur la mortalité (RR 0.68).

Le traitement de thrombectomie endovasculaire est une intervention qui consiste à retirer mécaniquement le caillot, en passant par l'intérieur du vaisseau.

Deux études sont sélectionnées:

- DEFUSE 3: patients traités entre 6 et 16h de la dernière rencontre sans symptômes, avec une analyse de mismatch perfusion/diffusion au CT.
- DAWN: patients traités jusqu'à 24h après la dernière rencontre sans symptômes, avec analyse de décalage clinico-radiologique.

Le résultat montre un bénéfice important du traitement (RR 5.2), sans impact sur la mortalité (RR: 0.68) .

Qu'est-ce qui est fait aux HUG?

- patient sans thrombus proximal + critère d'imagerie (perfusion CT)
→ Thrombolyse intraveineuse
- Patient avec thrombus proximal + critère d'imagerie (perfusion CT)
→ Thrombectomie + thrombolyse

Plusieurs études sont sorties récemment, montrant un avantage à l'utilisation combinée du traitement intraveineux et intra-artériel.

Notamment, [une étude de l'orateur](#), qui concerne justement les AVC avec un début inconnu et montre un meilleur pronostic avec le traitement combiné.

A retenir

- Les AVC au réveil sont fréquents
- Possibilités de traitement jusqu'à 24h de la dernière preuve en bonne santé
- Nécessité d'une sélection des patients pour un traitement aigu basé sur l'imagerie cérébrale
- Etudes randomisées sont en cours pour déterminer le rôle du traitement combiné chez des patients avec début inconnu.



Compte-rendu de Valentine Borcic

valentine.borcic@gmail.com

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch