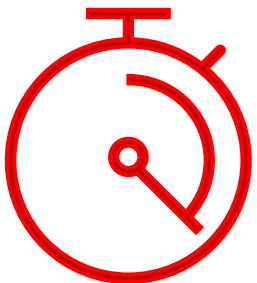


# AVC interventionnel



Pr Jean Jacques LEHOT

Dr Zuzana VICHOVA

Dr Bertrand DELANNOY

Pas de lien d'intérêt

Mme H 80 ans a bénéficié d'une **colectomie G par coelioscopie**

Durée d'intervention **3 heures**

*ATCD*: DNID, HTA, sténose carotidienne, AIT, ACFA sous NACO arrêtés



Induction *propofol* entretien *sévoflurane*  
*sufentanil (20 µg et atracurium (40 mg au total))*

Vous aviez prévu une extubation en salle mais elle est toujours aréactive après **15 minutes**.

le chirurgien trépigne...



Le **dextro** est normal le **TOF** est à 4 réponses T1/T4 10%  
la **température** est à 35,9°

*quelles sont les réponses exactes?*

- 1 je transfère la patiente en SSPI pour réchauffement  
51 % 
- 2 je discute l'antagonisation des curares maintenant ou après réchauffement  
65 % 
- 3 le délai de 15 minutes est préoccupant à ce stade...  
35 %

Après 15 min en SSPI, la patiente est réchauffée et décurarisée elle est consciente mais angoissée, ne parvenant pas à s'exprimer, elle a été extubée et il existe une asymétrie faciale.

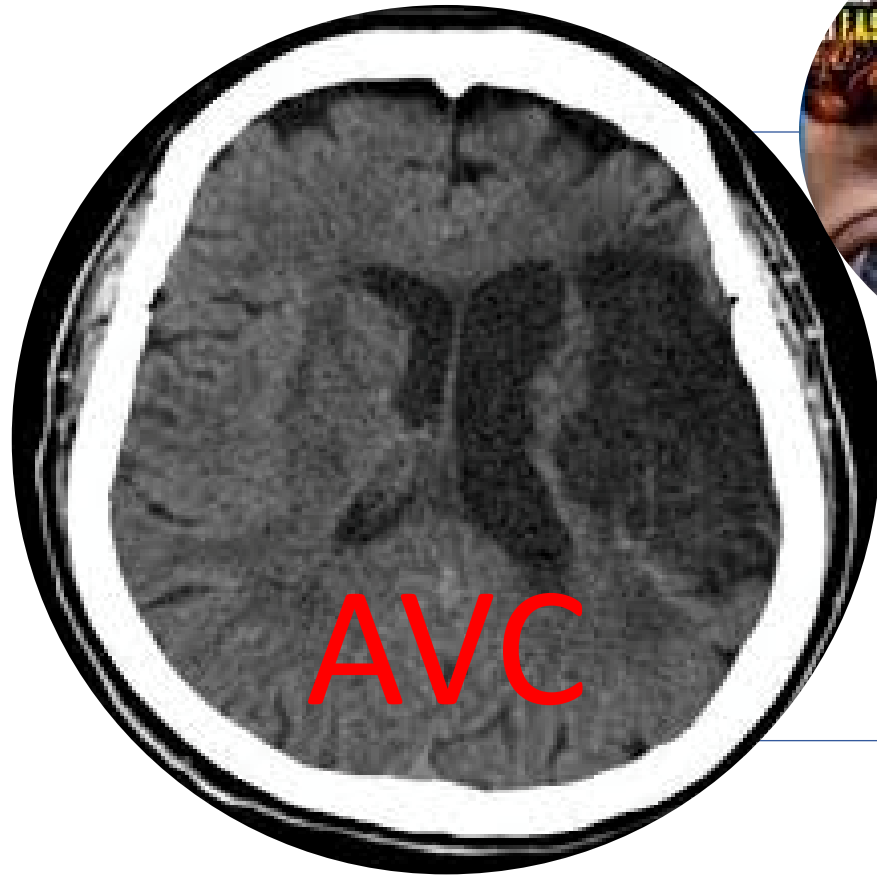
*(Quelles sont les réponses exactes?)*

- 1** vous réalisez immédiatement un examen clinique minutieux  
69 % 
- 2** vous prescrivez immédiatement un scanner cérébral non injecté  
30 %
- 3** vous prescrivez immédiatement un scanner cérébral et TSA injecté avec séquences de diffusion / perfusion  
61 % 
- 4** vous vous laissez encore 1 à 2 heures pour réévaluer la patiente.  
1 %

# Examen clinique

- **Paralysie faciale**
- **Déficit moteur héli-corporel droit** prédominant au Mb Sup
- **Angoissée du fait de l'aphasie**

**Déficit  
moteur**



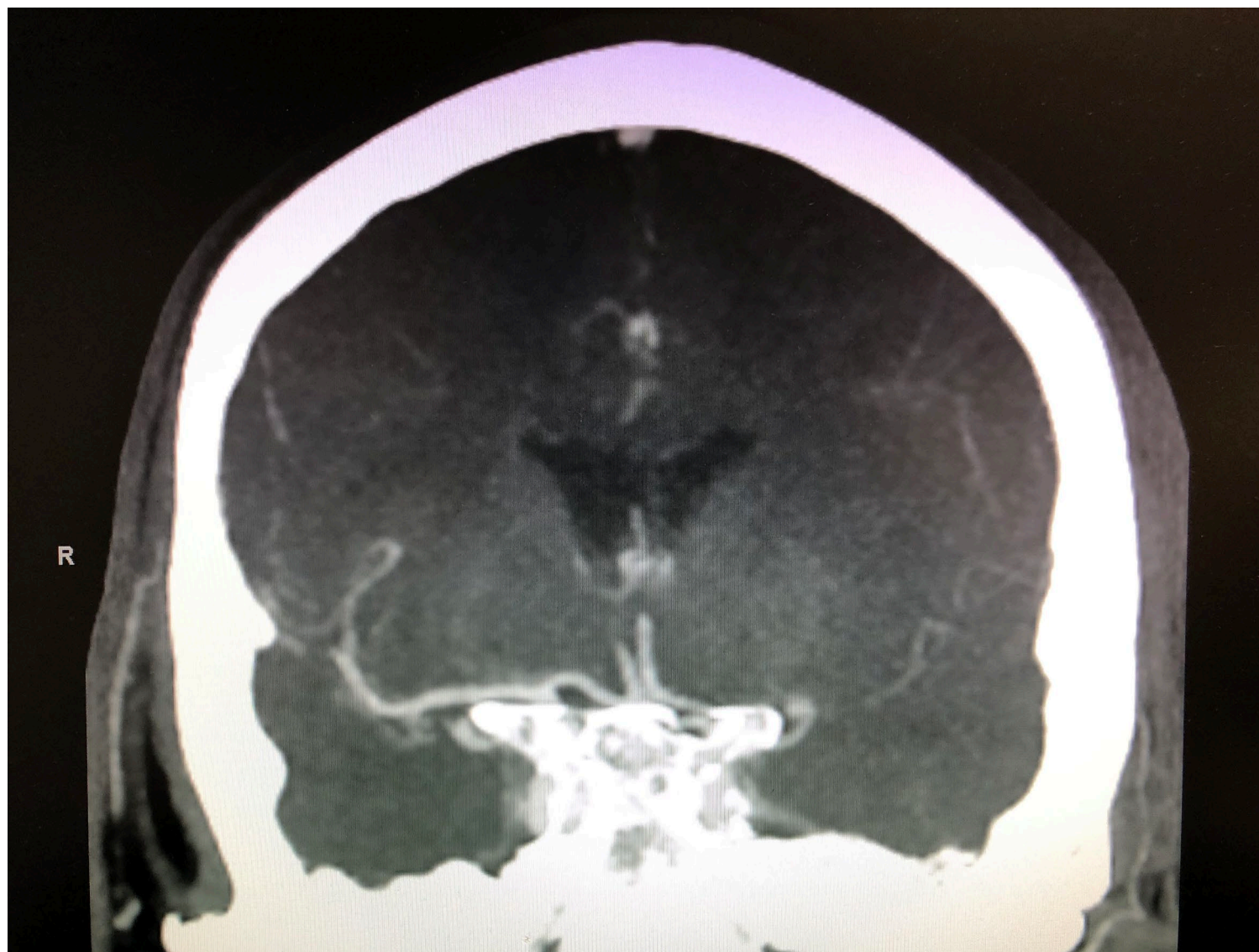
**Trouble de  
la parole**



**Trouble  
de la  
vue**

# ANGIO TDM CEREBRALE

D



R

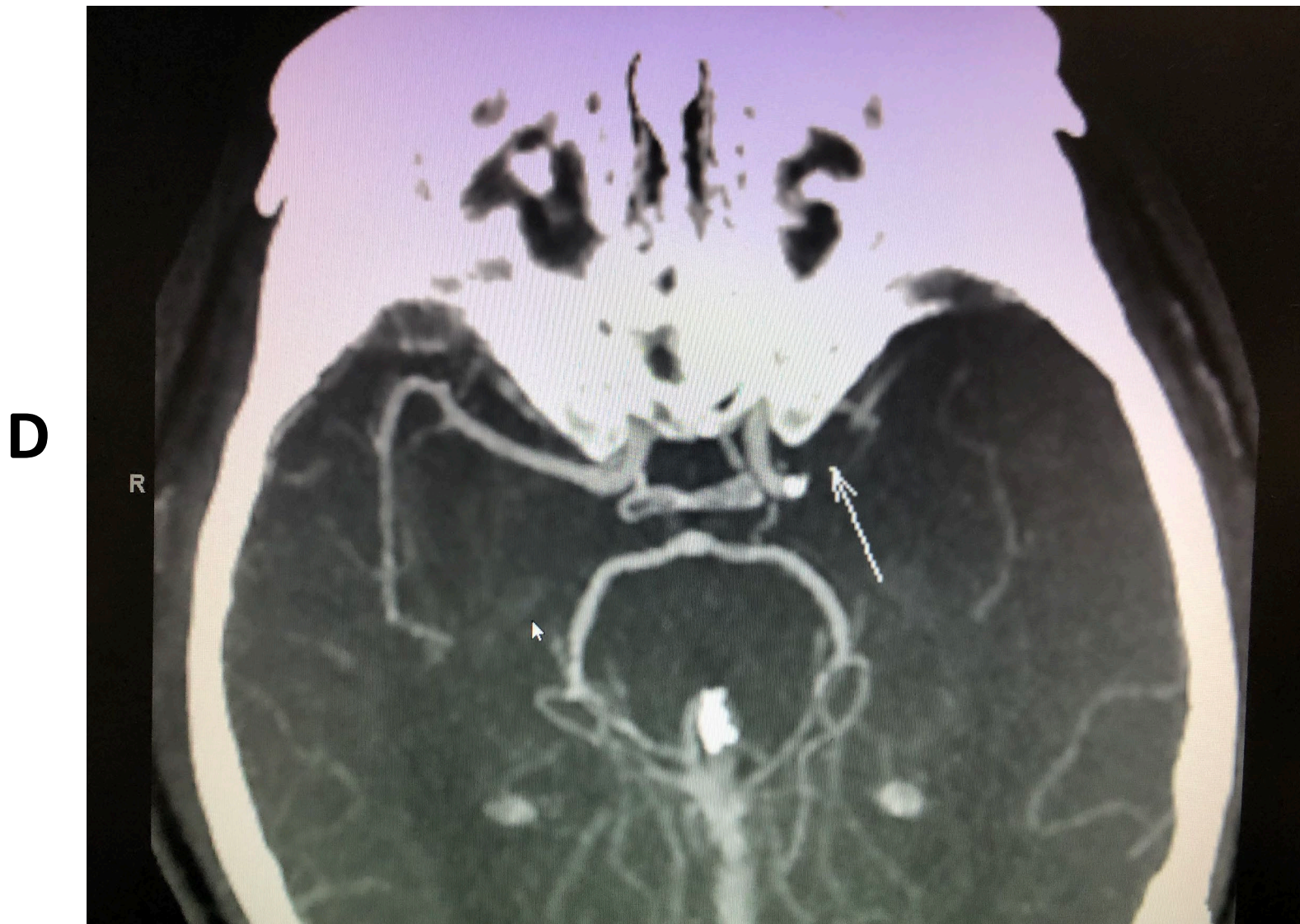
G



**ASSPRO**  
ASSOCIATION DE PRÉVENTION  
DU RISQUE OPÉRATOIRE



# ANGIO TDM CEREBRALE






G



**ASSPRO**  
ASSOCIATION DE PRÉVENTION  
DU RISQUE OPÉATOIRE

# La patiente présente un AVC ischémique par occlusion de l'artère sylvienne G

*(Quelles sont les réponses exactes?)*

- 1** il n'y a rien à faire, je prépare la patiente et sa famille à se résigner  
2 %
- 2** J'appelle immédiatement SOS AVC  
72 % 
- 3** j'initie une oxygénothérapie qsp SpO2 > 94%  
78 % 
- 4** je tolère une HTA jusqu'à TAS/D: 220/120 mmHg  
54 % 

# AVC interventionnels

- Causes :
  - **thrombose** 1/3
  - **embolie** 1/3
  - **hypoperfusion** sans lésion vasculaire 1/3
- Physiopathologie :
  - Inflammation et hypercoagulabilité
  - Interruption aspirine, AVK, NACO
  - Hypotension, bradycardie (POISE), anémie
- Timing : - 10 à 15% en peropératoire  
- plus fréquent entre J1 et J3

Perioperative Care of Patients at High Risk for Stroke  
During or After Non-cardiac, Non-neurological Surgery:  
2020 Guidelines From the Society for Neuroscience in  
Anesthesiology and Critical Care



*Phillip E. Vlisides, MD,\*† Laurel E. Moore, MD,\* Matthew K. Whalin, MD,‡§*

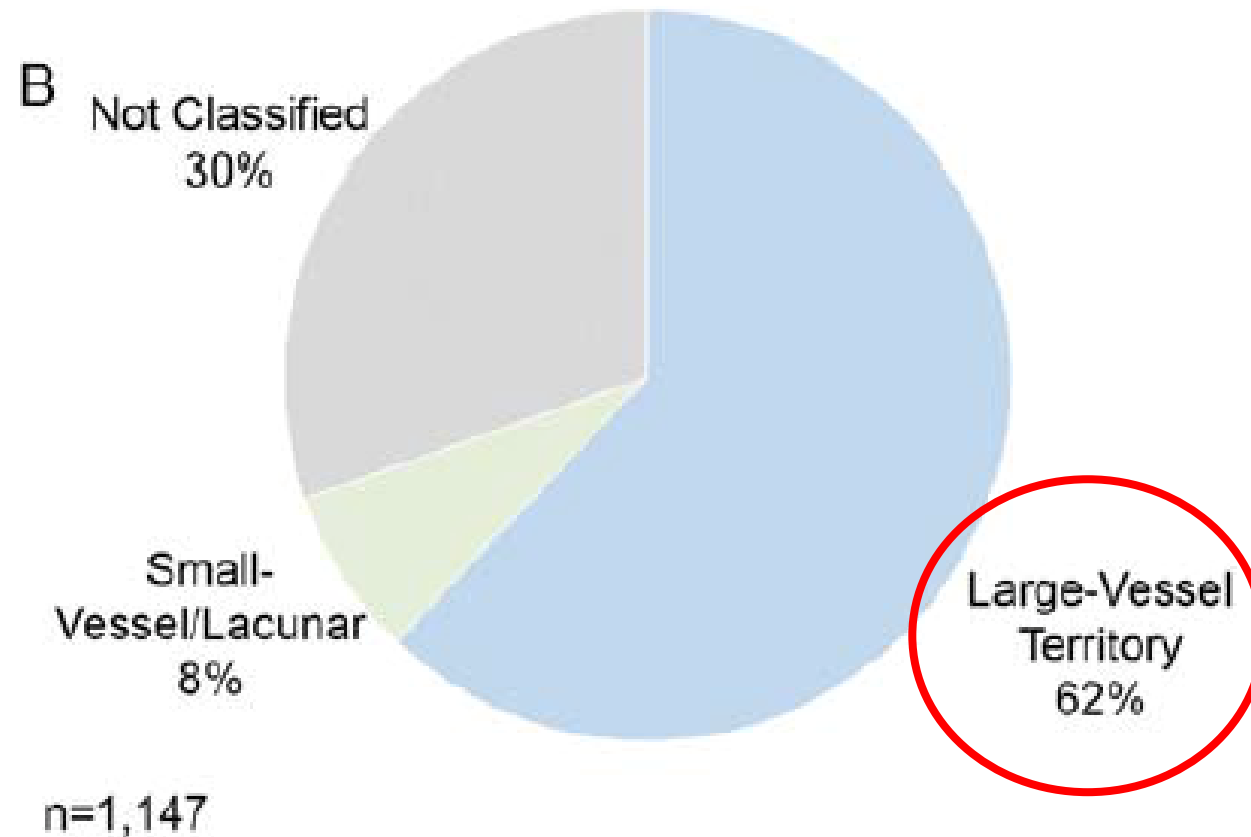
- Une **angio TDM diffusion/perfusion** doit être réalisée **sans délai** dès suspicion d'un AVC

**LEVEL A, Class I**

- Les AVC par **occlusion d'un gros vaisseau** doivent bénéficier d'une **thrombectomie mécanique dès que possible** si les critères sont réunis

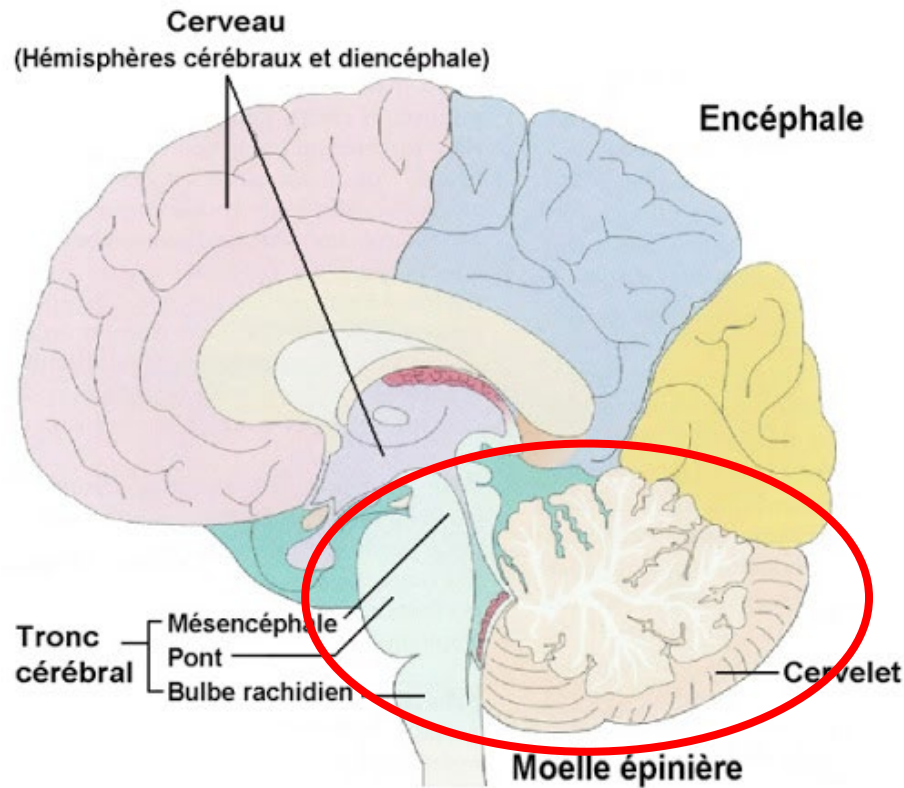
**LEVEL A, Class I**

# Territoires vasculaires des AVC interventionnels





# AVC postérieurs : vertébro-basilaires



- 10% des AVC interventionnels
- Troubles de conscience, nausées, vertiges
- Troubles visuels
- Sd cérébelleux
- Syndromes alternes (Wallenberg...)
- Anomalies des réflexes du tronc cérébral
  
- Bonne réponse à la thrombectomie en urgence

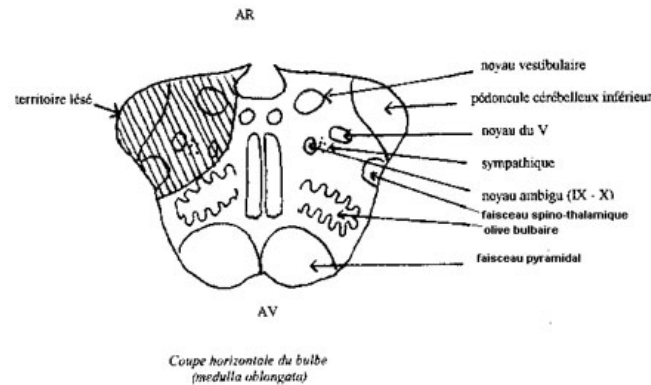
# AVC postérieurs

Artères vertébro-basilaires



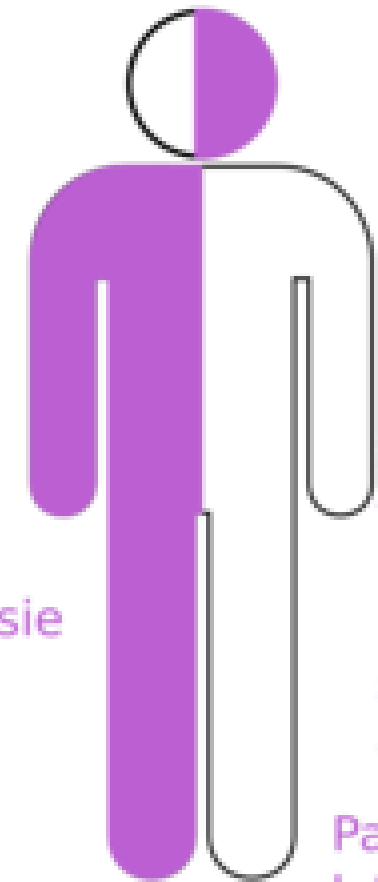
Vertiges  
Syndromes alternes

PICA



Syndrome de Wallenberg

CÔTÉ DE LA LÉSION



Anesthésie thermo-algique.

Claude Bernard-Horner

Syndrome vestibulaire

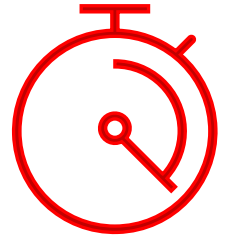
Anesthésie thermo-algique.

Hemi-syndrome cérébelleux

Paralysie héli-voile, corde vocale,

# Thrombolyse médicamenteuse contre-indiquée => Thrombectomie mécanique

Le plus tôt possible: « Time is brain »



Diagnostic précoce ++++ **Y PENSER**

Examen clinique puis imagerie



**Filière** pour le transfert en urgence: **SOS AVC**, SMUR

Protocole rédigé accessible





Ne pas se résigner jusqu'à 24h

The NEW ENGLAND  
JOURNAL of MEDICINE

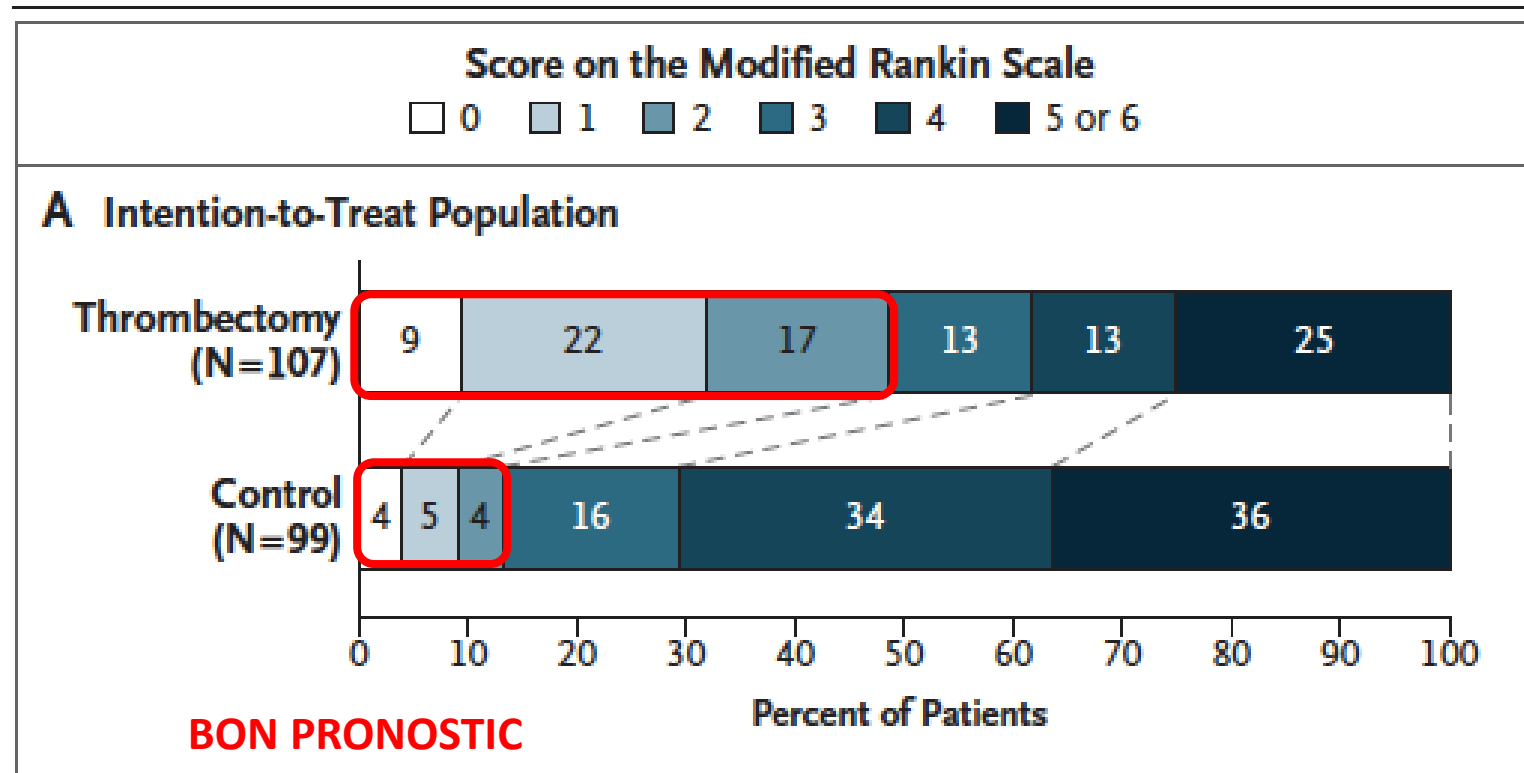
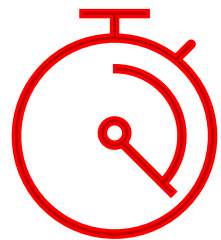
ESTABLISHED IN 1812

JANUARY 4, 2018

VOL. 378 NO. 1

Thrombectomy 6 to 24 Hours after Stroke with a Mismatch  
between Deficit and Infarct

R.G. Nogueira, A.P. Jadhav, D.C. Haussen, A. Bonafe, R.F. Budzik, P. Bhuva, D.R. Yavagal, M. Ribo, C. Cognard,



PREVENTION

## Perioperative Care of Patients at High Risk for Stroke During or After Non-cardiac, Non-neurological Surgery: 2020 Guidelines From the Society for Neuroscience in Anesthesiology and Critical Care

*Phillip E. Vlisides, MD,\*† Laurel E. Moore, MD,\* Matthew K. Whalin, MD,‡§*



- Le report d'une chirurgie programmée jusqu'à **9 mois** après un AVC doit être discuté

**LEVEL B, Class IIa**

# AVC interventionnels : dépistage en CPA

- AVC récent: **report de 9 mois dans l'idéal ?**
- Age, arythmie (ACFA), insuffisance rénale, traitement bêtabloqueur, anémie, valvulopathie, FOP
- Position assise (doppler TSA préop ?)
- Chirurgie cardiaque, vasculaire TSA, cathétérisme aortique (coronarographie)

# AVC interventionnels : prévention

## Gestion des antiagrégants/ anticoagulants

- **pas d'arrêt de l'aspirine** si possible,
- **Arrêt/ relai AVK et NACO selon les recommandations**
- **Reprise précoce** des anticoagulants/antiagrégant

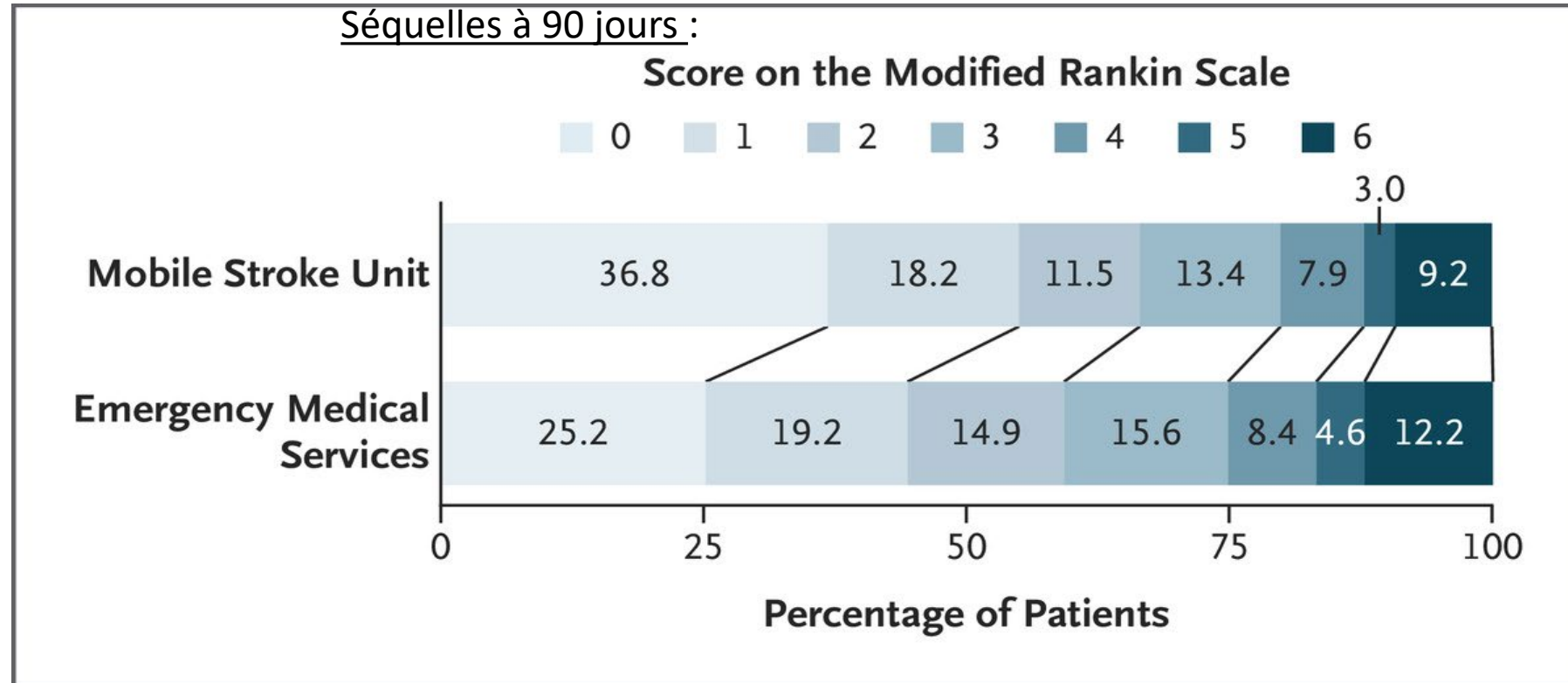
## Peropératoire

- normocapnie
- Pas d'hypoTA
- Pas d'anémie < 90g/L chez les patients à risque

# Intérêt des unités mobiles

t-PA, n=1515, Houston

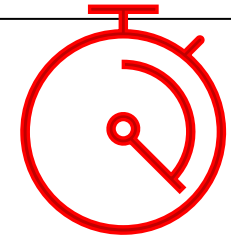
Séquelles à 90 jours :



Grotta JC, NEJM, september 9, 2021

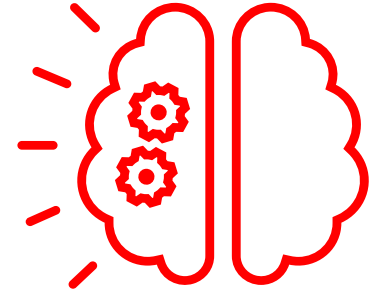
# AVC interventionnels : messages à retenir

- Prévention:
  - Dépister les sujets à risque, report si AVC < 9 mois
  - Neuroprotection péri-opératoire (hémodynamique +++)
- Y penser en SSPI ou sous ALR : diagnostic précoce CLINIQUE
  - s'inquiéter devant tout déficit
  - Sensibiliser, former les IDE SSPI à l'examen neurologique
- Diagnostic rapide: SOS AVC, angio TDM de perfusion
- Thrombectomie en urgence : filière protocolisée

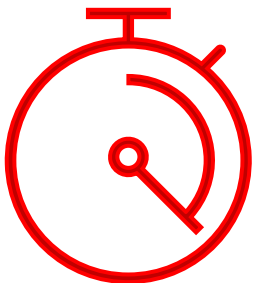


**ASSPRO**

ASSOCIATION DE PRÉVENTION  
DU RISQUE OPÉRAIRE



# AVC interventionnel



Pr Jean Jacques LEHOT

Dr Zuzana VICHOVA

Dr Bertrand DELANNOY



**ASSPRO**

ASSOCIATION DE PRÉVENTION  
DU RISQUE OPÉRATOIRE