

20^{ème} Congrès National de la SAARSIU
30 Janvier – 01 Février 2020 à l'Hôtel MERCURE – Alger

PRISE EN CHARGE DE L'AVC HEMORRAGIQUE EN NEUROREANIMATION

D. ZEGHDOUD - D BOUGDAL - S SADAT - L BOUREK - Pr K GUENANE

INTRODUCTION

- **AVC** • 1^{ère} cause d'invalidité
• 3^{ème} cause de mortalité

□ Nature : Ischémique → 70 - 90 %

Hémorragique → 10 - 15%

→ GRAVE

→ Mortalité précoce 30 - 60% à J30

→ Lourdes séquelles à long terme

□ Problème de santé public ↔ Pc vital +++

□ Prise en charge thérapeutique optimale dès la phase aiguë

INTRODUCTION

- ▶ Contrôler le niveau de la pression artérielle: Quel objectif tensionnel ?
- ▶ Reverser un traitement anticoagulant :
 - ◆ Recommandations **HAS Avril 2008**:
 - INR < **1,5** ; CCP en urgence (pic plasmatique en 10 mn) ; vit K / voie orale.
 - Reprise du traitement: balance bénéfice / risque (Score de CHADS 2)
- ▶ Qui opérer ?

Le but

- ❑ Etudier l'impact de la prise en charge de l'AVC hémorragique dans une unité spécialisée de neuro réanimation .

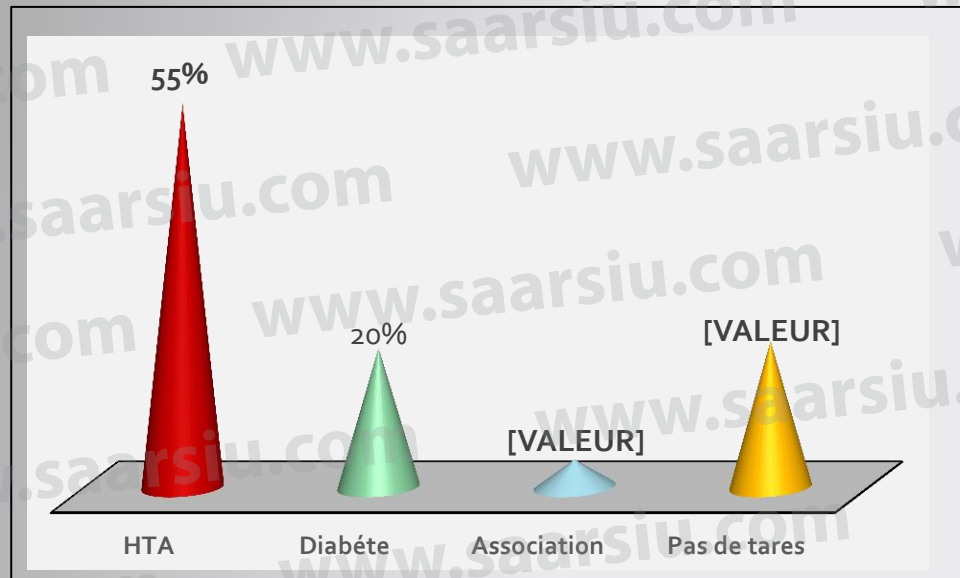
Matériels et Méthodes

- ✓ Etude retrospective , monocentrique, de janvier 2012 à décembre 2016.
- ✓ Incluant , tous les patients présentant un AVC hémorragique hospitalisés dans l'unité de neuro réanimation.
- ✓ Les données :
 - Age , sexe
 - Antécédents: HTA , diabète.
 - Score de Glasgow.
 - Thérapeutiques anticoagulantes , antiagrégants plaquettaires.
 - Données de la TDM : localisation de l'hématome et existence d'une hydrocéphalie aigue .
 - Prise en charge médicale.
 - Indication chirurgicale et délai d'intervention.
 - Mortalité globale avec étude statistique de la mortalité précoce entre les deux groupe cas de traitement médico-chirurgical ou traitement médical seul .
- ✓ Test de khi2 ,une valeur $P < 0.05$ = seuil de signification

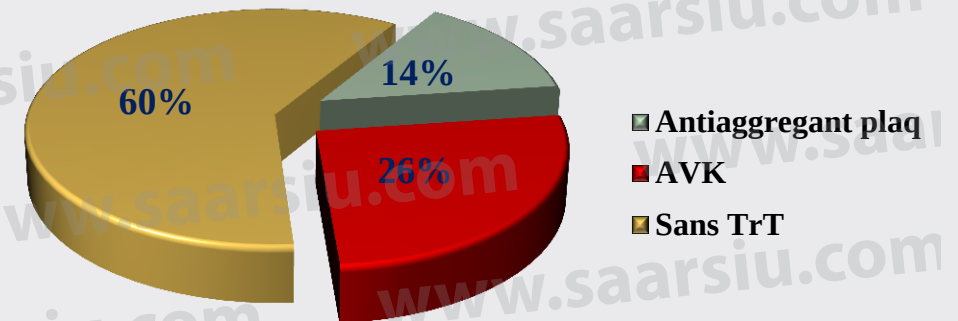
RESULTATS (I)

- Patients: 120
- Age moyen : 60 ans (25-87) ans
- Sex -ratio : 1/1

ATCDS



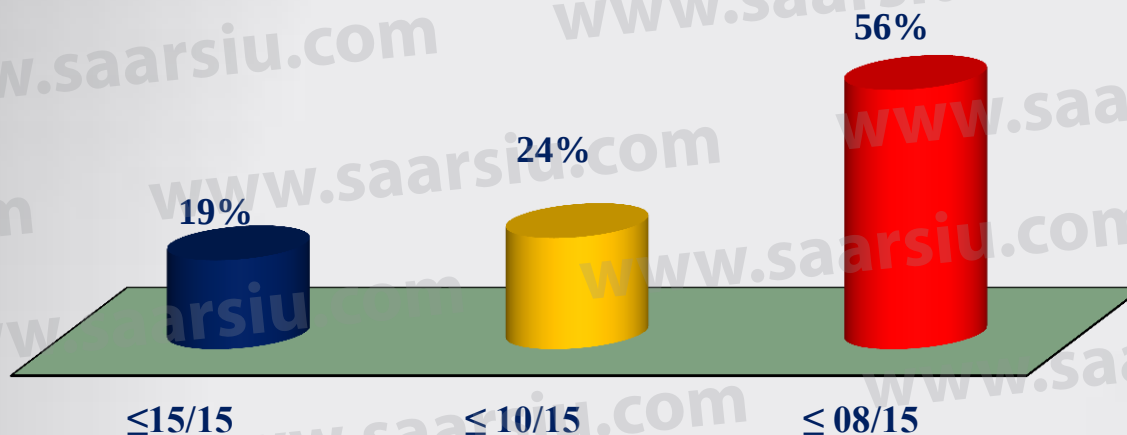
Trt spécifique



RESULTATS (II)

Examen neurologique

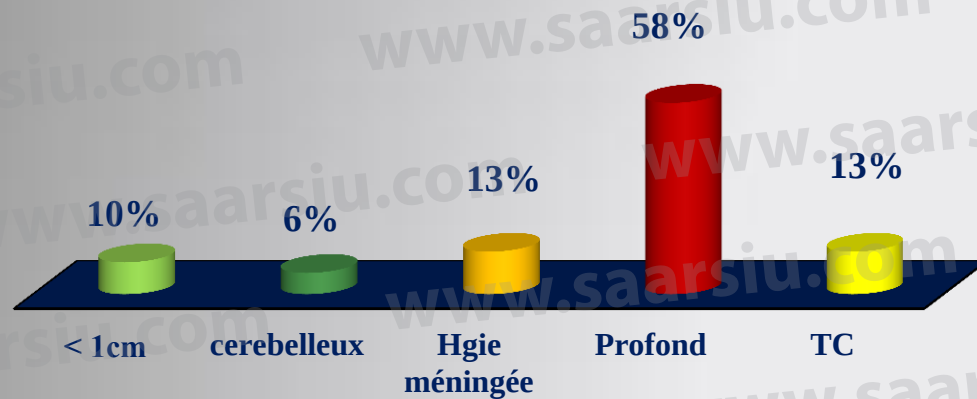
SCORE DE GLASCOW moyen 08/15



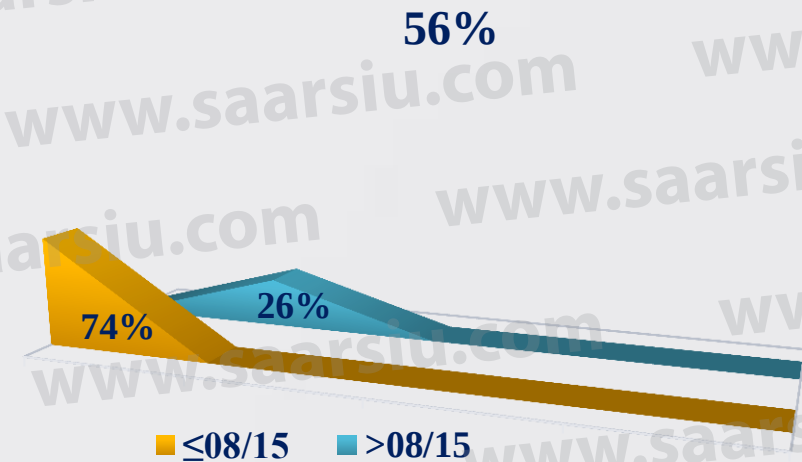
RESULTATS (III)

DONNEES DE LA TDM

Localisation de l'hématome

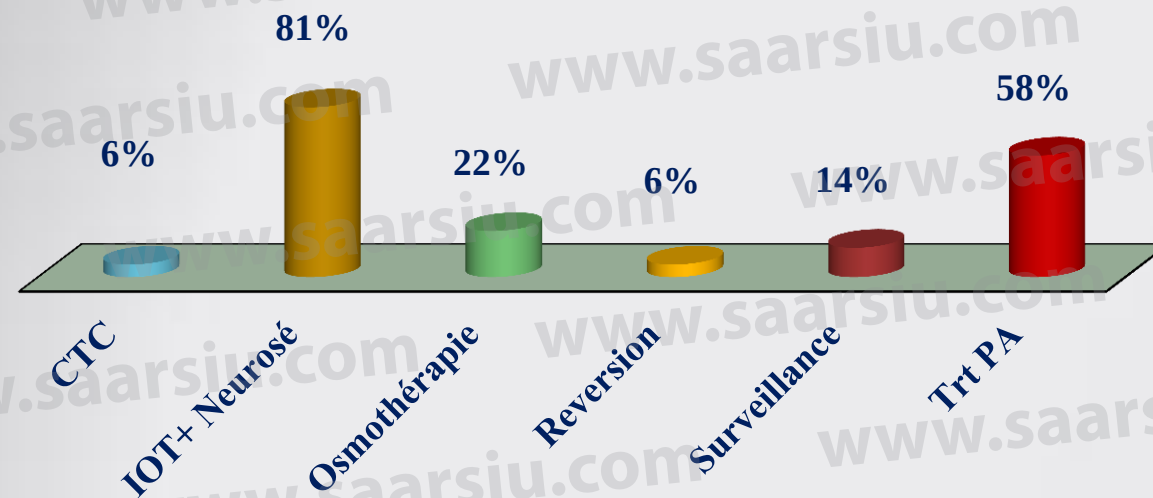


Existence d'une hydrocéphalie aiguë



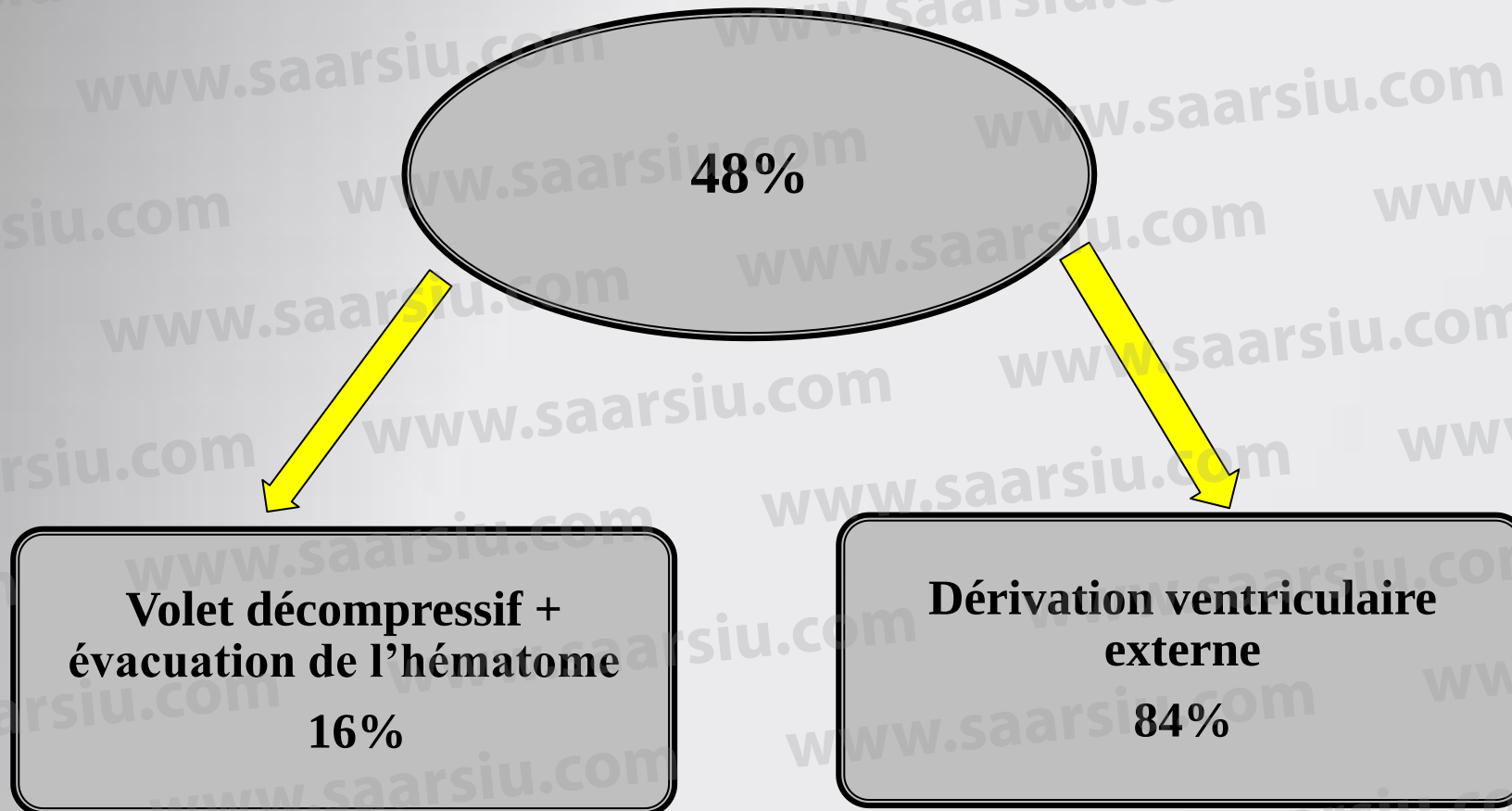
RESULTATS IV

TRAITEMENT MEDICAL



RESULTATS (V)

TRAITEMENT CHIRURGICAL



RESULTATS (VI)

Délai d'intervention

56%



≤ 24H

44%



> 24H

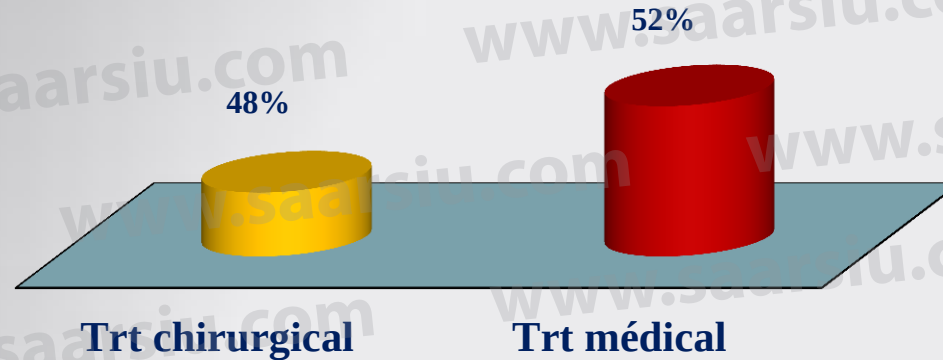
RESULTATS (VII)

EVOLUTION

- PAVM: 24%
- SEPSIS/ SDMV: 13%
- Méningite : 11%
- Mortalité globale : 79%

RESULTATS (VIII)

ANALYSE DE DECES



DCD

Survivant

P

Significativité

Chirurgie 54

6

0.5

DNS

Trt médical 55

7

DISCUSSION

- Dans notre série, les facteurs de risque majeurs retrouvés sont l'âge moyen de 60 ans et une HTA dans plus de 57% des cas et traitement anticoagulant et antiplaquettaire
 - Les facteurs de risque de survenue d'un AVC hémorragique sont
 - Age incidence x 2 chaque décade après 35 ans
 - HTA x risque d'AVC hémorragique par 3,9 à 13,2
 - AVK, Anti agrégants plaquettaire
 - L'objectif thérapeutique, dans notre série était:
 - Le contrôle des ACSOS, pour limiter les lésions cérébrales
 - Empêcher l'augmentation de la taille de l'hématome
- Recommandation**
In acute ICH within 6 h of onset, intensive blood pressure reduction (systolic target <140 mmHg in <1 h) is safe and
- For ICH patients presenting with SBP between 150 and 220 mmHg and without contraindication to acute BP treatment, acute lowering of SBP to 140 mmHg is safe (Class I; Level of Evidence A) and can be effective for improving functional outcome (Class IIa; Level of Evidence B). AHA 2015
1. Intubation / ventilation et neurosédation pour tous les patients dont le score neurologique est $\leq 8/15$.
 2. Contrôle de la TA !!
 - Au début de l'étude: PAS au dessous 180 mmhg et une PAM < 130 mmhg **AHA/ASA Guidelines 2010**
 - Abaissement rapide de la PAS (tension cible < 140 mmHg en moins de 60 mn)

DISCUSSION

3.Optimisation de l'hémostase :

- Dans notre étude , limiter la croissance de l'hématome chez les patients sous AVK (06%) et sous antiagrégants plaquettaires(19%)

CAT / - Arrêt de Patients with ICH whose INR is elevated because of VKA should have their VKA withheld, receive therapy to replace vitamin K–dependent factors and correct the INR, and receive intravenous vitamin K (Class I; Level of Evidence C). PCCs may have fewer complications and correct the INR more rapidly than FFP and might be considered over FFP (Class IIb; Level of Evidence B). **AHA 2015**

- Arrêt des anti agrégants plaqu The usefulness of platelet transfusions in ICH patients with a history of antiplatelet use is uncertain (Class IIb; Level of Evidence C). (Revised from the previous guideline) **AHA 2015**

DISCUSSION

➤ Dans notre série , 50% des patients ont été opéré dans les 24H suivant le début de la symptomatologie de l'AVC hémorragique. Le geste consistait à :

- Une pose d'une dérivation ventriculaire externe dans
- Un hématome de la FCP avec hydrocéphalie obstructive
- hématome capsulo-lenticulaire gauche avec hydrocéphalie
- hémorragie tétra ventriculaire

Hématome de fosse postérieure avec compression du tronc ou altération neurologique:

- Chirurgie le plus vite possible
- DVE seule non recommandée **AHA 2015**

- Un Volet décompressif avec évacuation de l'hématome chez 16% des cas

Une craniotomie décompressive avec ou sans évacuation d'hématome pourrait réduire la mortalité chez les patients comateux avec hémorragie intracérébrale supratentorielle qui ont de gros hématomes et déviation de la ligne médiane significative ,en HIC réfractaire à la prise en charge médicale

AHA 2015

DISCUSSION

- Le traitement chirurgical, dans notre série n'a pas montré une réduction de la mortalité entre les patients opérés ou drainés dans les 24 H selon le début de la symptomatologie et le groupe de patients ayant reçu un traitement médical seul.

Etude STICH (publiée en janvier 2005) randomisée, multicentrique qui compare TRT chirurgical et TRT médical chez 1033 patients, dans les 72 premières heures d'un AVC hémorragique avec un SG moteur ≥ 5 . Ne montre pas de différence significative entre les 02 groupes en ce qui concerne la mortalité (36 vs 37%) et le PC fonctionnel, sauf pour une catégorie de patients (hématome lobaire $< 1\text{cm}$ avec un déficit faible et un SG $> 9/15$).

- Dans notre série, la mortalité globale était élevée (79%) expliquer peut être par des indications chirurgicales qui étaient élargies même pour des patients graves avec score neurologique ≤ 04 /ou bien chez des malades avec comorbidité importantes

HÉMATOMES INTRACRÂNIENS NON TRAUMATIQUES L. Velly*, N. Bruder, L. Pellegrini. 2012 Sfar
AVC hémorragique aux urgences (hors hémorragie méningée) : J. Grossac, O. Fourcade, T. Geeraerts. 2010 Sfar.

AVC hémorragique de gravité intermédiaire : chirurgie ou surveillance ? - Medscape - 15 juil 2013

CONCLUSION

Les AVC hémorragiques sont des urgences vitales, à l'origine d'une lourde mortalité malgré un traitement médico-chirurgical précoce

Les AVC Hémorragique demeurent un défi de santé publique, il convient de mettre en place des programmes nationaux de prévention des facteurs de risque .