

Urgences neurovasculaires au cabinet



AIT et AVC quelle prise en charge ?



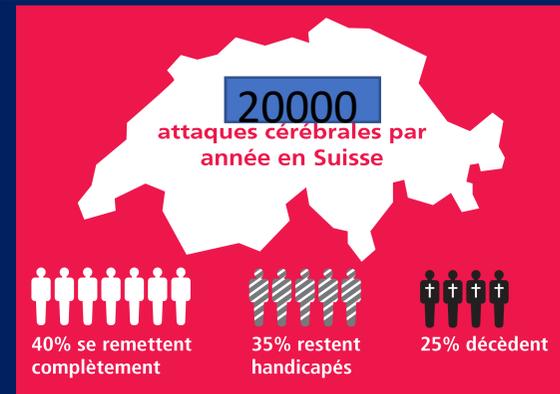
AVCvitele15.com



*Dr Isabelle Momjian-Mayor
Ancien Médecin Adjoint aux HUG
Spécialiste FMH en Neurologie
Maladies Cérébrovasculaires et Echo-Doppler
CNNC, Centre de Neurologie et de
Neurophysiologie Clinique
1206 Genève*

AVC, un palmarès qui fait frémir...

- **1ère cause de handicap fonctionnel acquis** de la personne de > 60 ans (1/3 restent lourdement handicapés).
- **2ème cause de démence après Alzheimer.**
- **3ème cause de mortalité** après les pathologies cardio-vasculaires et les cancers.



- En Suisse, l'AVC frappe ~ **20000** personnes/an dont 1/3 ont des ATCD d'AVC; **1 AVC toutes les 30 min !!** (800-900/an à GE)
- **Peut frapper n'importe qui**, 15% ont < de 65 ans
- **Pathologie en augmentation** car augmentation de l'espérance de vie; les jeunes adultes, d'avantage victimes (*augmentation prévalence d'1/3 depuis 2000 et X2 chez moins de 55 ans*).

Selon l'OMS, **l'AVC = l'épidémie en devenir du XXIe siècle**



Rôle clef du médecin de premier recours



- **Prévention primaire**, «*Mieux vaut prévenir que guérir*»!
- **Identification/Orientation rapide** (réduction des délais pré-hospitaliers, prise en charge ambulatoire), **Offrir à chaque victime d'AVC/AIT les meilleurs soins**
- **Favoriser retour à une vie normale avec le moins de séquelles possibles** (physio, ergo, logo, rééducation neuropsychy, soutien psy...)
- **Prévention secondaire** (Réduire au maximum les risques de récurrence)

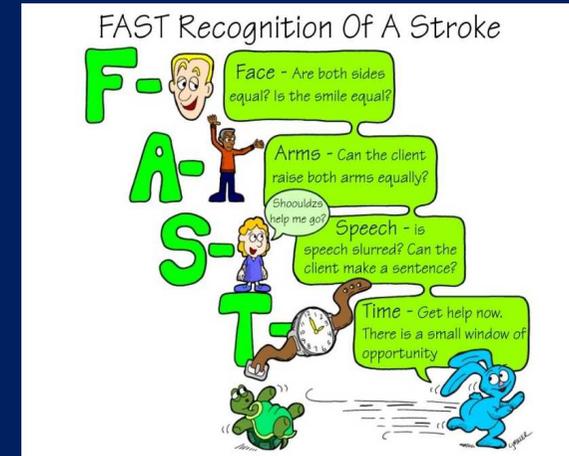
I. Identification rapide de l'AVC



Avcoiseouest.over-blog.com

...Commence par l'identification par le patient lui-même ou par son entourage des symptômes d'AVC !

Pneupurse.tumblr.com



Visage

Est-il affaîssé?

Incapacité

Pouvez-vous lever les deux bras normalement?

Trouble de la parole

Trouble de prononciation?

Extrême urgence

Coeuretavc.ca



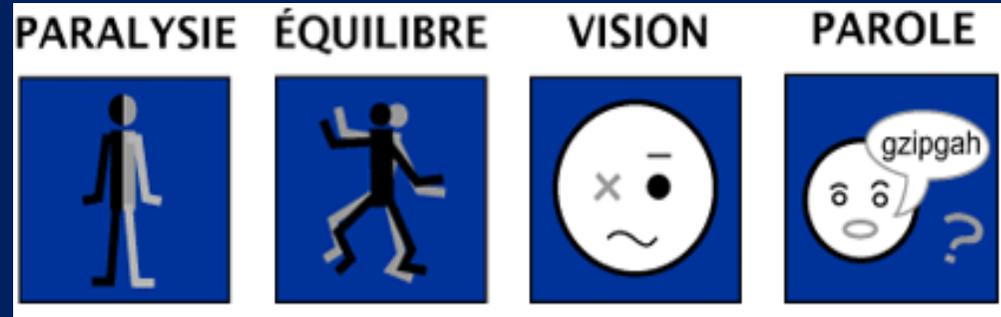
AVC, des symptômes d'appel divers

= **déficit neuro** (cérébral, médullaire ou rétinien) **d'installation brutale**, généralement dans un «ciel bleu».



Atypies

- Perte de connaissance/altération de la vigilance sans trouble oculomoteur
- Notion de crises/amnésie
- Maux de tête
- Vertiges isolés non rotatoires
- Début progressif ou «flou» des symptômes



Quartiermauresconstance.weebly.com

A l'anamnèse déjà, possibilité de présumer de la localisation potentielle de l'AVC + du mécanisme sous-jacent



Plan cohérent d'investigations

Anamnèse, examen clinique et mécanisme présumé

Troubles complexes
(aphasie, apraxie, négligence, hémianopsie...),
monoparésie...



AVC territorial

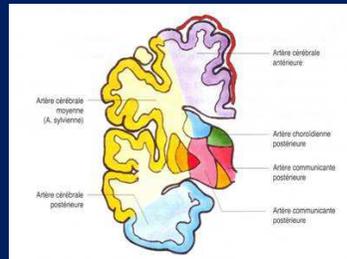


www.urgences-serveur.fr

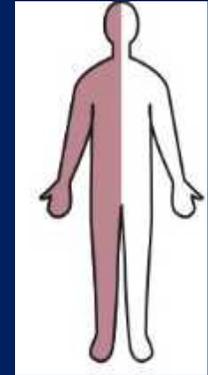
- **Embolique**
(cardiaque ou artério-artérielle)
- **Thrombophilique**



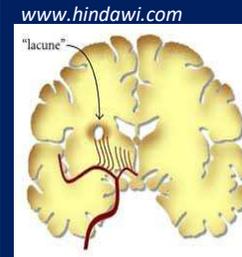
Phmaillieux.e-monsite.com



**Hémisyndrome
proportionnel**



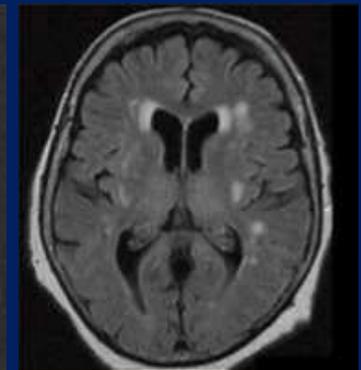
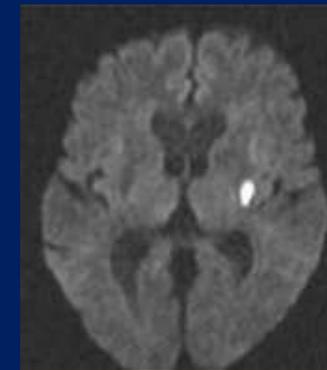
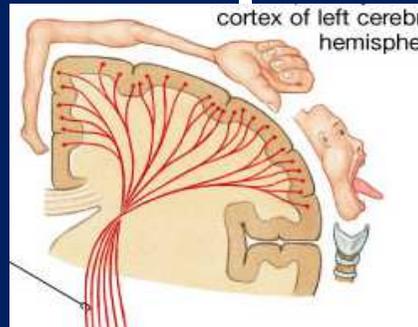
AVC profond



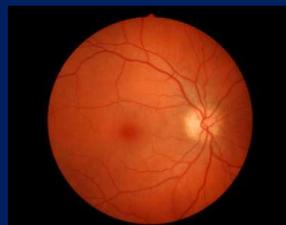
www.hindawi.com

Impremedia.net

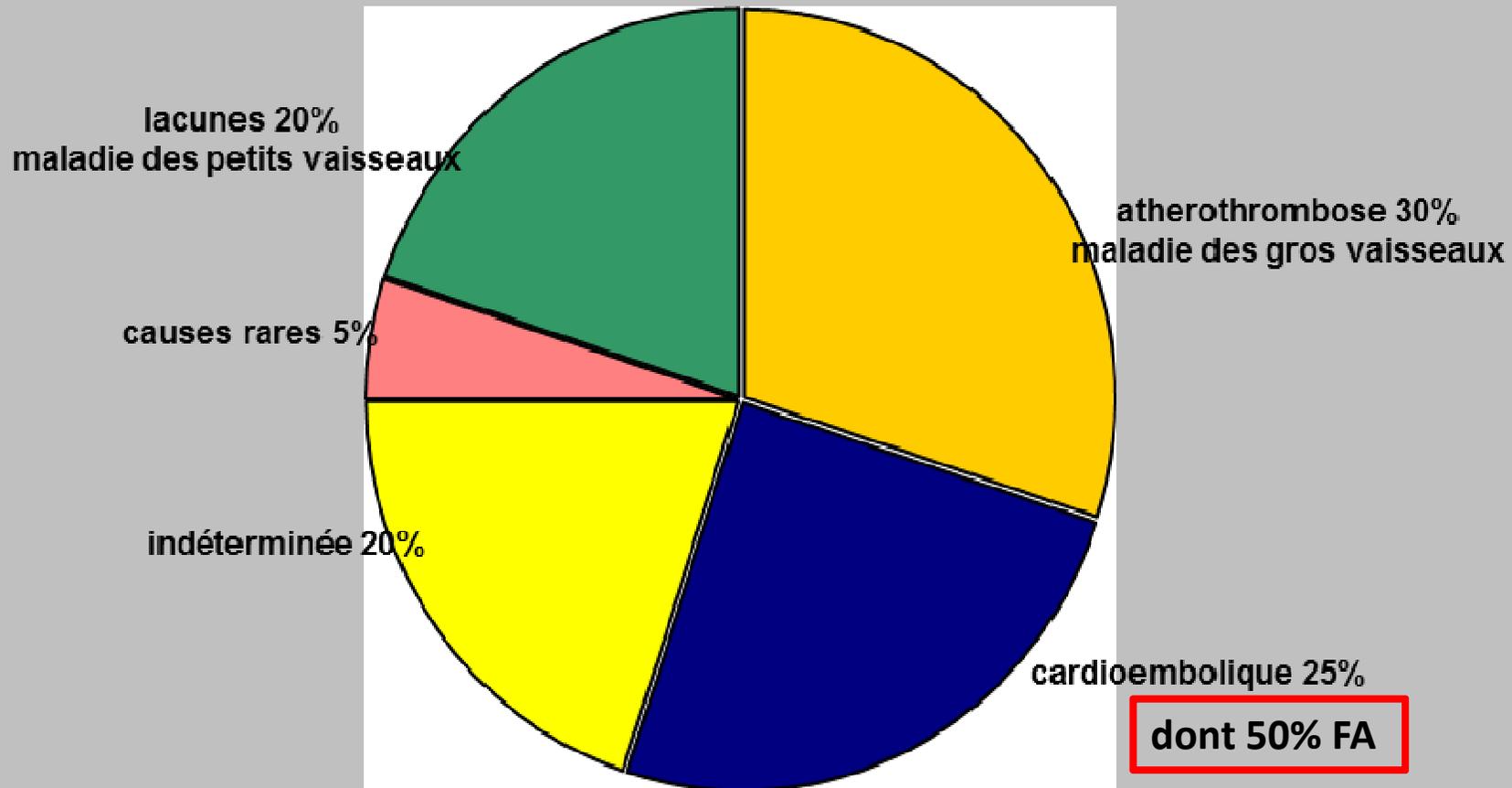
www.as.miami.edu



- **Microangiopathique**
- **Embolique** (cardiaque ou artério-artérielle)
- **Thrombophilique**



AVC ischémique (85%), diagnostic étiologique classification de TOAST



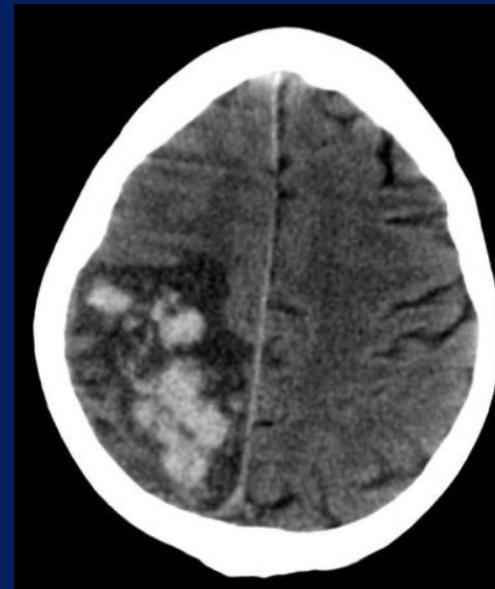
AVC hémorragique (15%)

- *Profond (HTA)*



Medical-actu.com

- *Lobaire (angiopathie amyloïde, HTA)*



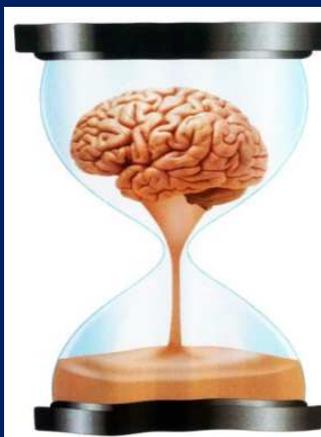
Posterneg.netkey.at

AIT/AVC, prise en charge

« Hospitaliser ou ne pas hospitaliser... »



AVC aigu* = urgence médicale absolue ! = hospitalisation



www.pinterest.com



Le temps, c'est du cerveau

swissheart.ch



Neuropathology-web.org

Numéro
d'urgence

*
144

Demandez un transfert
dans un Stroke Center ou
une Stroke Unit

* AVC de moins de 48h

*

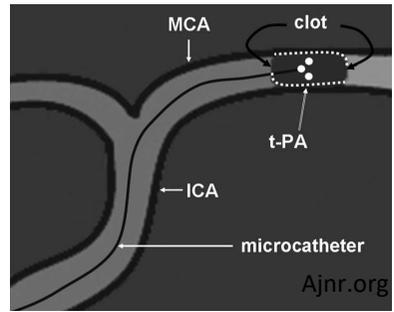
- **Acheminement reconnu comme le plus rapide**
- **Annonce anticipée du patient depuis l'ambulance.**

Hospitaliser
en milieu
spécialisé

- Stroke Center
- Stroke Unit

AVC aigu = ad urgences des HUG (= Stroke Center)

Répartition actuelle des « Stroke Centers » (bleu) et « Stroke Units » (rouge)

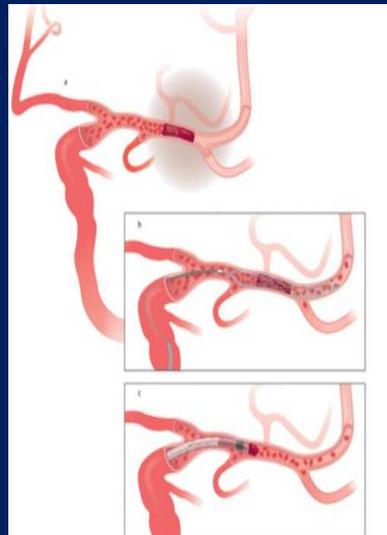


(Site : neurovasc.ch/www.neurovasc.ch/portrait/stroke-center-stroke-units/).

Rev. médicale suisse 2017

Depuis peu, AVC < 24H = potentiel candidat à lyse mécanique !
(DAWN Trial, 2017; DEFUSE-3, 2018)

AVC au réveil = candidat à une lyse !



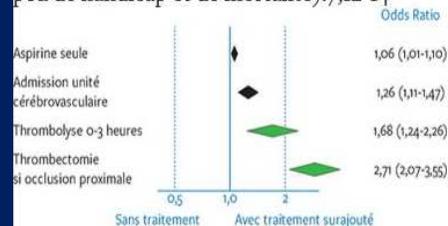
- **Candidat à une thrombolyse** (urgence 1, installation immédiate) = tout patient avec **déficit neurologique (NIH > 1) ≤ 8h**
- **Même si amélioration**
- **Sans limite d'âge** (thrombolyse iv seule chez plus de 90 ans)

Door to needle time < 30 min

- **AVC > 8h < 24h** ou **avec notion d'aggravation** (urgence 2, installation dans les 20 min)
- **AVC > 24h** (urgence 3, installation dans les 2h)

Efficacité relative des traitements pour l'AVC ischémique aigu

Efficacité mesurée par un devenir favorable des patients à long terme (échelle de Rankin modifiée : pas ou peu de handicap et de mortalité).^{7,12-14}



Admission dans une SU = facteur de bon pronostic !

AVC subaigu (> 48h et < de 7j), hospitalisation recommandée, unité neurovasculaire (HUG)

En pratique, parfois pas si simple (surtout si 5-6j post-AVC)



- **Prise en charge ambulatoire éventuellement possible** si pas de déficit ou minime ET qu'imagerie effectuée immédiatement ET sans facteurs aggravants

*just do
your best.*

Facteurs aggravants (devant faire reconsidérer post-imagerie une hospitalisation)

= lésion de taille permettant une AC mais profil tensionnel mal contrôlé ou méconnu et patient en FA

= sténose significative ipsilatérale à l'AVC

= transformation hémorragique et profil TA mal contrôlé

= AVC à risque de claudication (territoire d'une perforante)

Prise en charge ambulatoire possible si...

- AVC/AIT > 7j
- AVC/AIT évalués aux urgences (avis neuro+imagerie+TTT) et non hospitalisés (poursuite bilan ambulatoire)
- AIT < 7j si scores ABCD2 et/ou ABCD3-I le permettent (exige la réalisation rapide d'une IRM avec séquences cou afin de confirmer la faisabilité de la prise en charge ambulatoire)

AIT: «donne-moi ton score *ABCD3-I* ...

...et je te dirai quelle prise en charge sera la tienne....»



Sante-medecine.net

AIT = un syndrome de menace cérébrale



- Episode bref de dysfonction cérébrale, rétinienne ou médullaire aiguë, d' **idéalement** <1h, sans lésion à l'IRM (DWI)
- Si troubles <1h et lésion à l'IRM: AVC complètement régressif; si troubles > 24h et IRM sp: AVC non visualisable (lésion profonde dépassant pouvoir de résolution de l'IRM)
- **AIT ≠ «mini-AVC»** car associé à risque élevé d'AVC, jusqu'à **10%** la première semaine, **20%** à 3 mois, **25%** dans les 5 ans (*Kleindorfer et al. Stroke 2005; Rev Med Suisse 2012, Vol 8 270-75*)



Score ABCD2 = 1^{er} «tri», 1^{ère} évaluation du risque d'AVC

	Score	Risque	Risque	Risque
	ABCD2	d'AVC à J2	d'AVC à J7	d'AVC à 3 mois
-A = Age :				
• ≥ 60 ans	=1			
-B = Pression artérielle :				
• PAS > 140 et/ou PAD ≥ 90 mmHg	=1			
-C = Caractéristiques de l'AIT :				
• Faiblesse unilatérale, hémiparésie	=2			
• Troubles du langage	=1			
• Autre signes	=0			
-D = Durée de l'AIT :				
• ≥ 60 min	=2			
• 10 à 59 min	=1			
• < 10 min	=0			
-D : Diabète	=1			
	0-3	1%	1,2%	3,1%
	4-5	4,1%	5,9%	9,8%
	6-7	8,1%	11,7%	17,8%

Si score ≥ 4 ad urgences HUG,
filière AIT* (2DI+, 2DL ou RAD)

*Associée à réduction
 du risque d'AVC de 50-
 80%

Score ABCD3-I, 2^{ème} «tri», appréciation finale du risque d'AVC

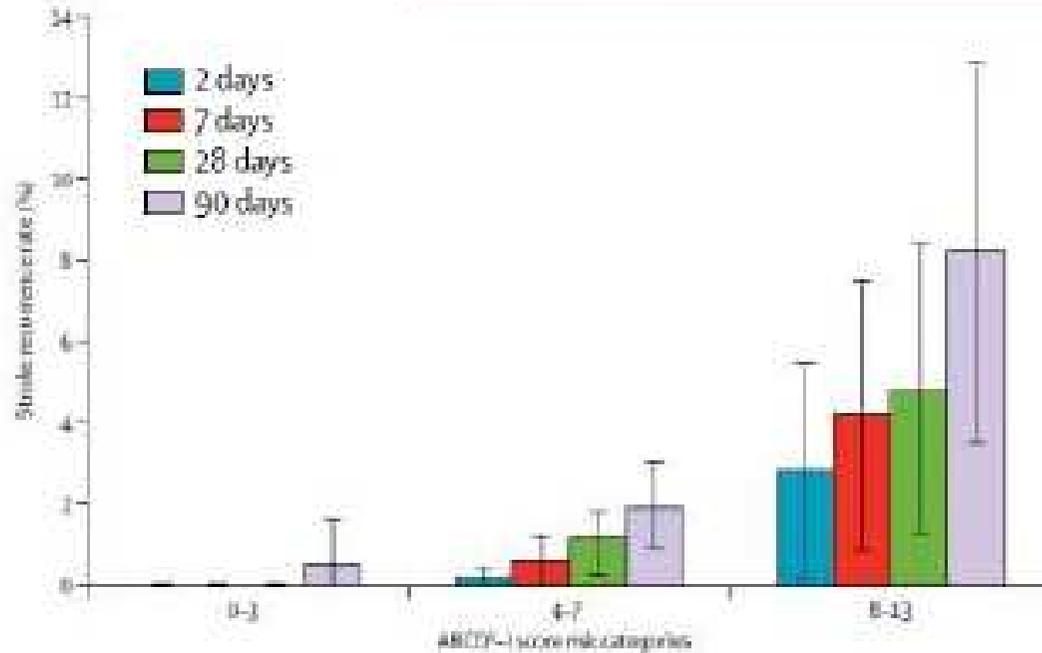
Clinical Feature	ABCD ³ -I Points
Age >= 60 years	1
BP Systolic >139 or Diastolic >89 mm Hg	1
Speech Impairment without weakness	1
Unilateral Weakness	2
Duration <=59 minutes	1
Duration >59 minutes	2
Diabetes present	1
Dual TIA (Second TIA within 7 days)	2
Same sided > 49% stenosis of ICA	2
MRI showing hyperintensity on Diffusion Weighted Images	2
Total Range	0-13

} **ABCD2**

+
Imagerie du parenchyme cérébral et des vx

Etude multicentrique observationnelle rétrospective. Lancet Neurol 2010;9:1060-1069.

Score ABCD3-I: interprétation

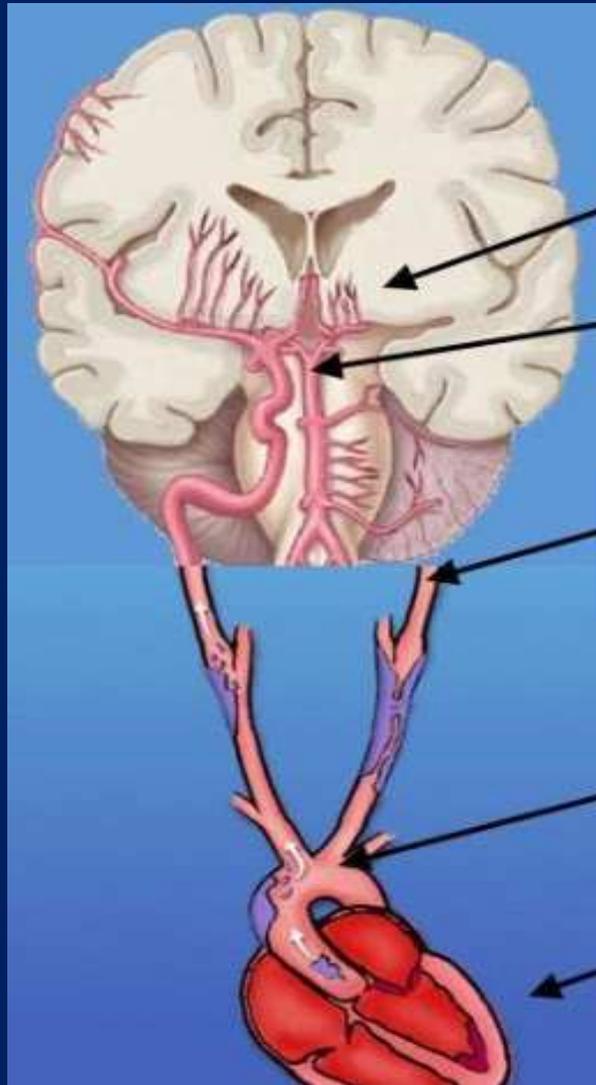


Hospitalisation si
ABCD3-I \geq 5 pour
surveillance + bilan
(~ 72h)

Score	Risk for stroke	Recurrence within 90days
0-3	Low	2-3%
4-7	Intermediate	<6%
8-13	High	>18%

Lancet Neurol 2010;9:1060-69.

AIT/AVC, quel bilan ambulatoire ?



Origine microangiopathique ?

Origine embolique artério-artérielle sur sténose/dissection intracrânienne ?

Origine embolique artério-artérielle sur sténose exo-crânienne/dissection ?

Origine embolique artério-artérielle sur athéromatose aortique complexe ?

Origine embolique cardiaque (FA, FOP, valvulopathie) ?

I. Imagerie cérébrale (*PUIS* TTT, antiagrégant + statine)

- = idéalement angio-IRM cérébrale avec «séquences cou» (IRM cérébrale simple si déjà angio-CT cérébral)

***Plaque aortique/AVC, prévalence 14-21%**

Plaque carotidienne/AVC: 10-13%

FA/AVC: 18-30%

- Visualisation de l'ensemble des vaisseaux, y compris ***croisse aortique****



Pcronline.com

TABLE 2. Plaque Characteristics and Stroke Risk

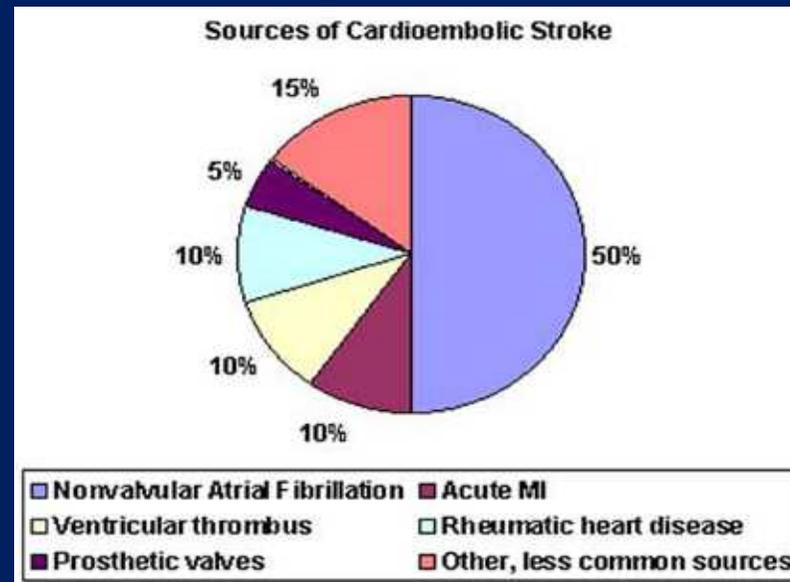
Thickness, mm	<1	1–1.9	2–3.9	≥4
Risk, OR	1	3.3	4.1	13.8
Findings associated with high stroke risk				
Thrombus (mobile or not)				
Ulceration				
Large lipid core (hypoechoic)				
Finding associated with lower stroke risk				
Plaque calcification (hyperechoic)				

Data derived from Amarenco et al.¹²

Amarenco et Al. *N Engl J Med* 1994 et Jones et Al. *Stroke* 1995)

II. Bilan cardiaque (recherche source emboligène +/- adaptation TTT)

- **USTT** (dilatation OG ? HVG ? Valvulopathie ? Bicuspidie aortique ?)
- **ECG longue durée** (idéalement sur plusieurs jours plutôt que sur 24h), à répéter si suspicion de FA ++ (selon les cas, discuter Reveal)



- **+/- US TT avec PC**

- **+/- TO** (patient jeune dans le cadre bilan FOP, < 65 ans, sans FRCV et/ou FRCV bien contrôlés et origine cryptogénique)

III. Identification et correction des facteurs de risque (responsables 90% AVC)

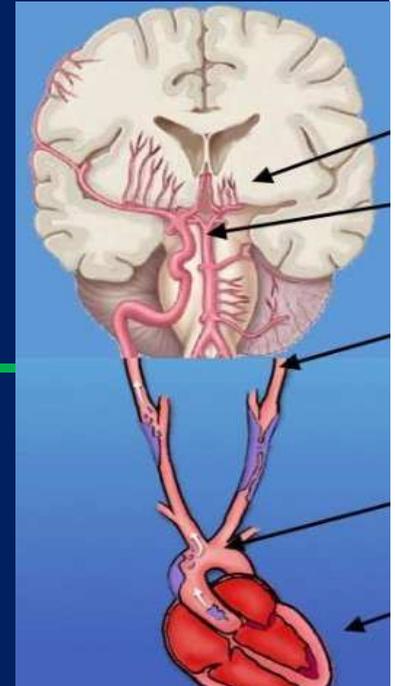
Facteurs non modifiables

- **Age** (h>50; f>60)
- **Susceptibilité génétique** (1 ou plusieurs membres de la famille ont eu un AVC)
- **Sexe** (masculin)
- **Statut socio-économique** (vivre dans un milieu défavorisé fait perdre 2 ans de vie. *The Lancet* 2017)
- **ATCD d'AVC**

Facteurs modifiables

- HTA
 - Cholestérol
 - Diabète
 - Tabagisme
 - Sédentarité
 - Surcharge pondérale (IMC>25 ou périmètre abdominal>102 (H) ou 88 (F))
 - Consommation d'OH
 - Stress
-
- SAS
 - C.O/THS
 - Hypercoagulopathies
 - Problèmes cardiaques

Athéromatose



Recherche et correction des FRCV

- **Bilan sanguin**

- FSC, VS, CRP, crase, chimie dont hb glyquée, bilan lipidique, TSH, **pro-BNP***

et selon les cas...

- **Crase spéciale** (prot C, S, antithrombine III, mutation facteur II, V, **AC antiphospholipides*** D-Dimères et homocystéine)
- **Bilan collagénose de dépistage** (FAN, ANCA, FR, Anti-DNA natif, HBsAg)

***Pro-BNP**



*Indicateur d'une cardio-embolisation sur FA si **> 300** les premières 48h* (Montaner J et al. Stroke 2008; RE-LY Study, Circulation 2012; Zakai et al, Stroke 2014, ARIC Study, Stroke 2013)

***AC antiphospholipides**



si terrain immunologique ou suspicion de néoplasie

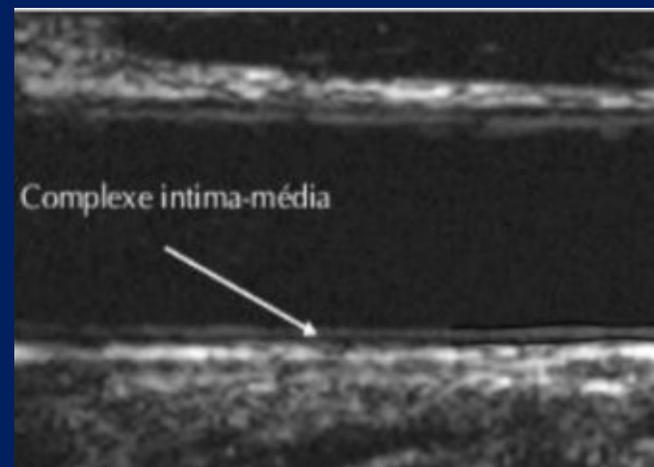
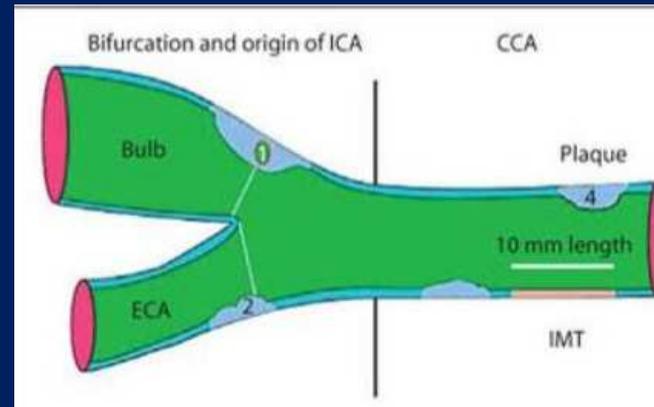
- Prise de pouls
- **ECG**
- **Rx de thorax**



Recherche et correction des FRCV, bilan HTA

Les hypertendus ont **3-5X** plus de risque d'AVC (Kjeldsen et al. Blood Press 2001)

- **Profil sur 24h** (surtout si suspicion FA et avant introduction AC)
- **Bilan organes cibles** (FO, USTT sédiment urinaire, **calcul de l'IMT par Doppler***)
- **Symptômes de SAS ?**



***IMT**, valeur prédictive:

- **plaque (X3)**
- **AVC (X2)**

L'apnée du sommeil

- **2-3X** le risque de maladie cardiovasculaire.
- >50% des victimes d'un AVC en souffrent !

• *Symptômes ressentis*

- Réveils itératifs.
- Sensations nocturnes d'étouffement.
- Sommeil agité, non réparateur. fatigue, besoin d'uriner durant la nuit.
- Maux de tête, somnolence diurne.
- Troubles de la concentration et de la mémoire.
- Irritabilité, dépression.
- Baisse de libido.

Sommeil et Insomnie



Santé Magazine



Investigations et traitement

- Polygraphie/**PSG**
- CPAP
- Orthèse mandibulaire



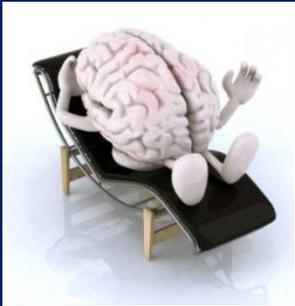
Hormonothérapie

- C.O peut augmenter le risque d'AVC (**X4 si oestrogènes**) + si association avec...
 - tabac (de 1-10 cigarettes,, risque X2 et si 40 ≥, risque X10)
 - HTA
 - surcharge pondérale.
 - **migraines avec aura**
- THS à la ménopause (risque le plus grand la première année)

Pinterest

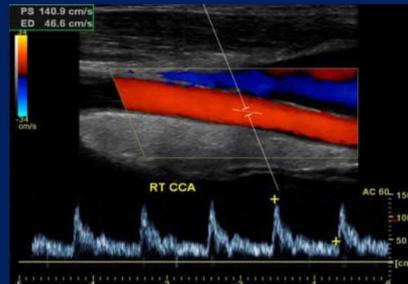
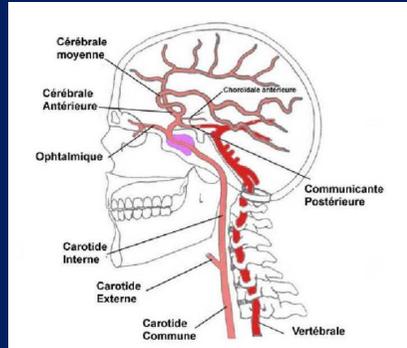


- **Opter pour autre méthode de contraception** (plutôt topique, stérilet en cuivre ou avec progestatif seul)
- **Contrôler les autres FRCV** (stop tabac, perte pondérale...)
- **Plus tard, THS à éviter !**

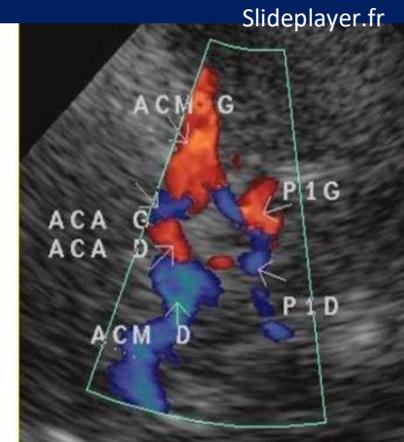


IV. Avis neurovasculaire (dont examen clinique, Doppler, optimisation du TTT selon les cas, +/- suivi)

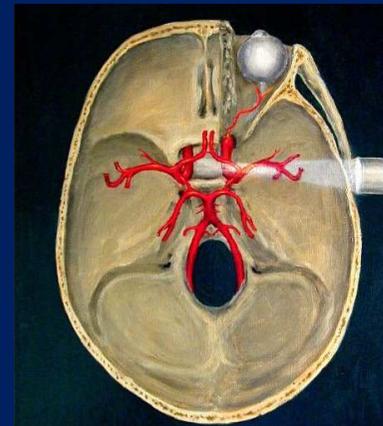
• DCV



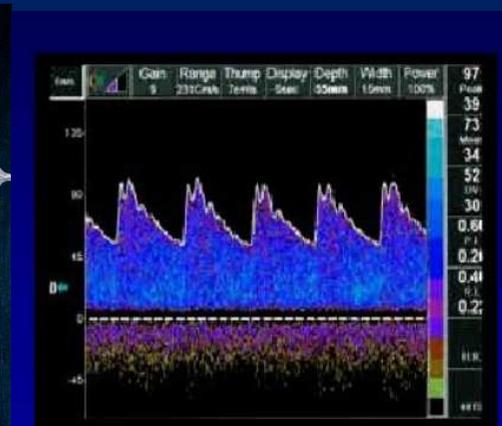
• DTC



- Bilan sténose exo-endocrânienne
- Bilan dissection
- Calcul de l'IMT (bilan HTA)
- Recherche du «halo» lors du Horton



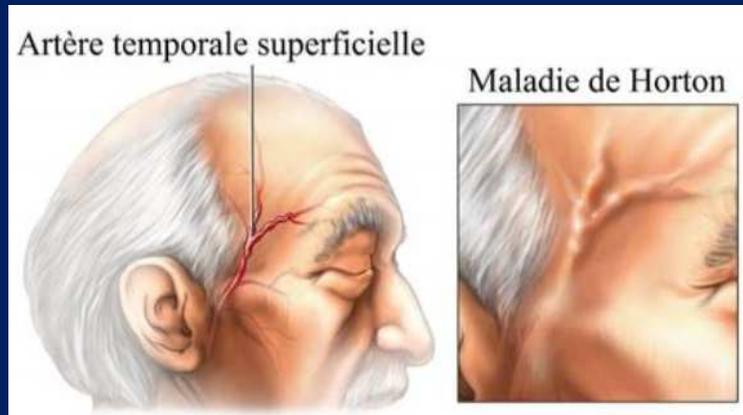
Wikipedia.org



Es.slideshare.net

DTC et bilan Horton, recherche du « halo »

Slide player.fr



Physiotherapiepour tous.com



Selon méta-analyse de Ball et coll., 2010, par rapport à une biopsie positive, le signe du halo a une sensibilité de 75% et une spécificité de 83% pour le diagnostic du Horton



Zinfos 974

DTC-microbulles (bilan FOP)



Rimed.com



Youtube.com



Rimed.com

*DTC-microbulles +
USTT et TO avant
présentation à
colloque des FOP*

Avis neurovasculaire, un 2^{ème} regard lors d'AIT attention aux imitateurs !



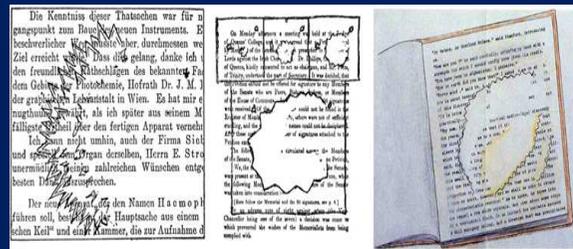
= Conditions cliniques
simulant un AIT

- **Crise épilepsie avec phénomène de Todd**
- **Migraine acéphalagique**
(= *aura sans céphalées*)

- **Aura visuelle, sensitive, motrice, langagière, basilaire**
(*ataxie, dysarthrie, paresthésies, trouble de la conscience, tinnitus, diplopie, vertiges*)
- **Migraine hémiplégique**
- **Migraine ophtalmoplégique**
- **Migraine vestibulaire**



En academic.ru



Brain.oxfordjournal.org

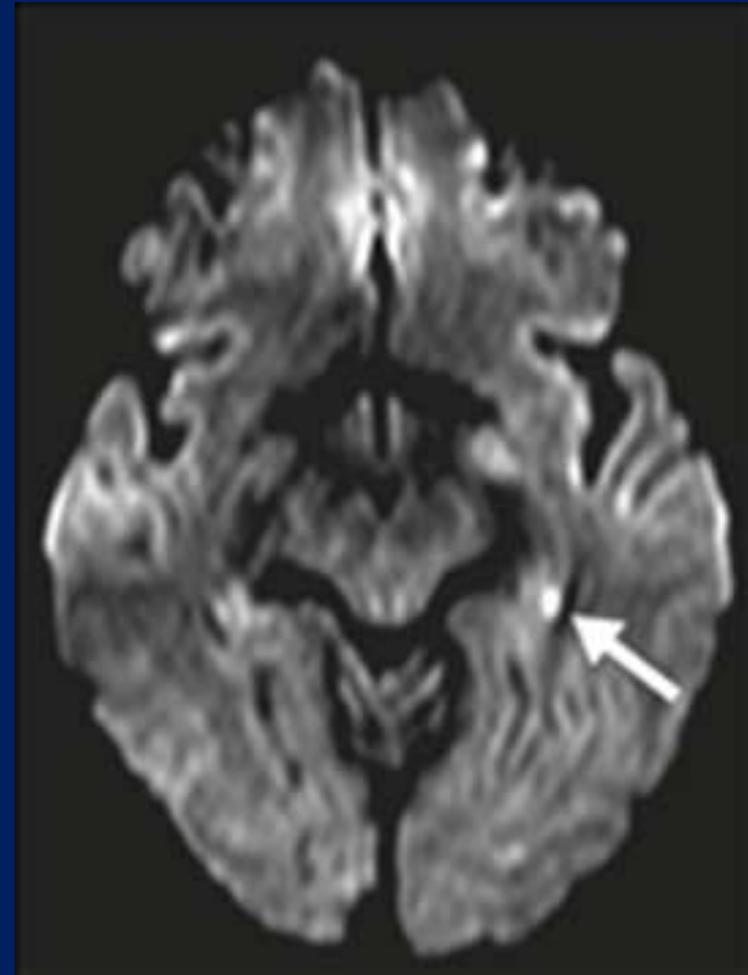
Début progressif,
succession de symptômes:
**«j'ai commencé à
sentir...puis...»**

- **Ictus amnésique**



Tgasurvivors.com

- ***Amnésie circonstancielle***
- Durée: ≥ 10 min et < 24 h
- Résolution spontanée
- Etiologie: probable ***congestion veineuse***
- Triggers: stress émotionnel, Valsalva, exercice physique ++



V. +/- Bilan ophtalmologique

- Si **troubles visuels consécutifs à AVC** (hémianopsie, quadranopsie ou atteinte rétinienne) + suivi
- Si **cécité monoculaire transitoire**, rechercher signe embole au fond d'œil



- Si **suspicion de Horton**, FO + artériographie à la fluorescéine (*consultation «Horton», HUG, Dr Horace Massa*)

AIT/AVC, quels traitements ?

Antiagrégants/anticoagulants, statine, anti-HTA en plus de la physiothérapie/ergothérapie, soutien psychologique



Taichi.over-blog.net

Aspirine, Plavix, les 2, ou plutôt un anticoagulant?



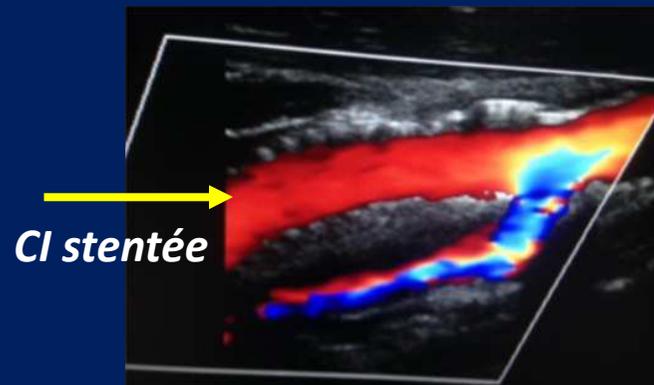
State.fr

- Patient sans TTT préalable et sans source cardio-embolique, **aspirine 100 mg/j** (dose de charge 250 mg p.os)
- Si aspirine 100 mg et probable source cardio-embolique mais non confirmée, **aspirine 300 mg/j**
- Si aspirine 100 mg et origine microangiopathique probable, **Plavix 75 mg/j**

+ statine à haute dose 3 mois max

Double antiagrégation, quand et combien de temps ?

- **Sténose exocrânienne symptomatique** (Etudes CARESS et CLAIR)

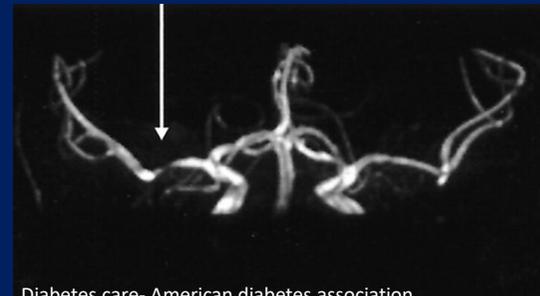


1-3 mois puis aspirine ou plavix

- **Claudication perforante** (3 mois puis stop plavix ou aspirine; Etudes CHANCE 2013, POINT 2018)

- **Athéromatose aortique complexe symptomatique** (6 mois)

- **Sténose intracrânienne** (Etude SAMMPRIS)



+ association à haute dose de statine 3 mois

Anticoagulants, indications

Si AVC sur,

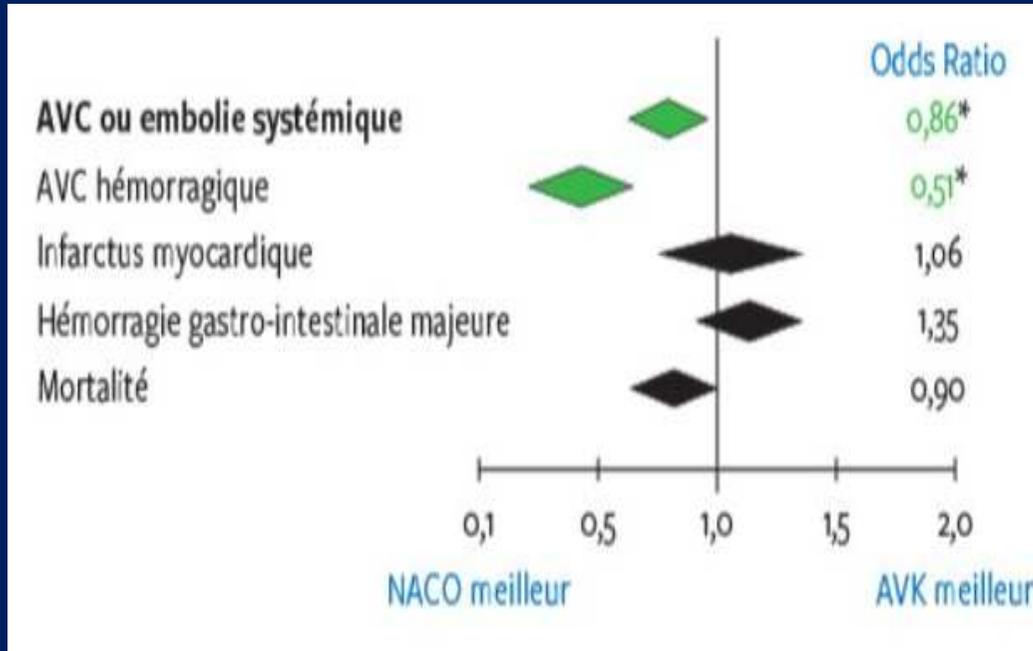
- ***FA**
- ***FOP avec caractéristiques à risque (grand taille et ASIA)**
- ***Thrombophilie** (*CAVE, NACO pas encore homologués pour AC antiphospholipides*)
- Dissection carotidienne/vertébrale sténosante et/ou AIT/AVC
- Thrombose veineuse cérébrale (d'emblée, full-dose)
- Claudication sous double anti-agrégation
- Sténose carotidienne avec thrombus flottant

*** Contextes les plus fréquemment rencontrés en ambulatoire**

Anticoagulants (NACO*, Sintrom)

* Sauf si valve mécanique ou sténose mitrale modérée à sévère ou AC antiphospholipides

En prévention secondaire



* Données confirmées par études de phase 4 (dans «vie réelle») pour rivaroxaban, dabigatran et apixaban

*

Tous NACO = non inférieurs au Sintrom

- Réduction hémorragie intracrâniennes
- Réduction de la mortalité (*apixaban*) mortalité sur événement CV (*Edoxaban*)
- **Plus d'hémorragie GI, sauf apixaban**
- Pas d'augmentation du risque d'IM

Introduction AC, évaluation du risque individuel d'hémorragie

Score HAS-BLED (risque sévère si ≥ 3 ; max 9)

Caractéristiques cliniques	Points
Hypertension Ps > 160mmHg	1
Abnormal renal or liver function (1 pt chaque)	1 ou 2
Stroke	1
Bleeding ATCD digestif, diathèse hémorragique, anémie	1
Labile INR Instable, élevé ou < 60% temps entre 2-3	1
Elderly (age > 65)	1
Drugs (antiagrégants) or alcohol (1 pt chaque)	1 ou 2

- **Insuf. rénale** = créat. sérique ≥ 200 , hémodialyse ou transplantation rénale
- **Insuf. hépatique** = maladie hép. chronique ou bili > 2X la norme ou ASAT/ALAT/PA > 3X la norme.

Contre-indications radiologiques

Relative

Encéphalopathie vasculaire

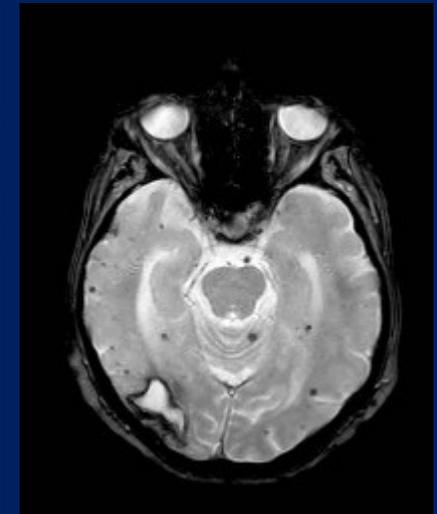
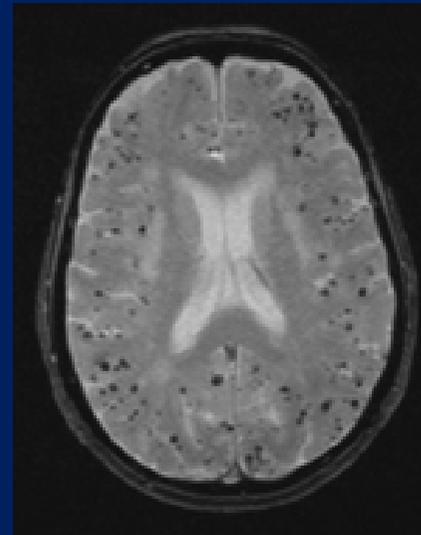


www.elsevier.es

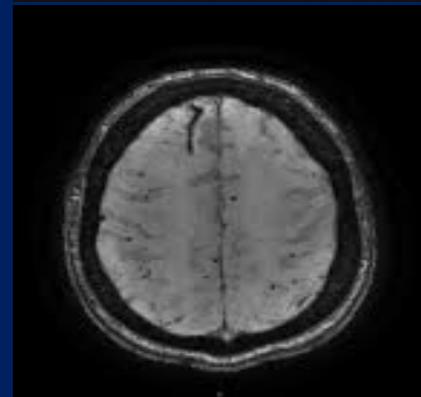
**CAVE HTA ! Evaluation du profil TA
et optimaliser son ttt AVANT AC !**

Absolue

Angiopathie amyloïde



Radio.neuroanatomie.com



www.radeos.org

- IRM T2*
- Genotypage ApoE (2/2 ou 4/4)

NACO et choix de la dose

Critères de choix pour la dose réduite des NACO

* Swiss drug authority recommendations. ** Ciclosporine, dronédarone, érythromycine, kétoconazole, quinidine ou vérapamil. NACO : nouveaux anticoagulants oraux.

Dose réduite conseillée pour TOUS NACO

- Risque hémorragique intracrânien élevé (HAS-BLED ≥ 3 , antécédent d'hémorragie cérébrale, leucoaraïose sévère, micro-saignements (microbleeds) diffus)
- Traitement concomitant par antiagrégant plaquettaire (conformément aux indications)

Dabigatran	Rivaroxaban	Apixaban	Edoxaban
2 x 110 mg/jour*	15 mg/jour*	2 x 2,5 mg/jour*	30 mg/jour*
• ClCr < 50ml/min • > 80 ans	• ClCr < 50 ml/min	≥ 2 des suivants : • ≥ 80 ans • Poids ≤ 60 kg • Créatinine 133 µmol/l	• ClCr < 50 ml/min • Poids ≤ 60 kg • P-gp inhibiteurs**



- Si compliance douteuse, un NACO n'est pas la solution !
- Importance d'une prise à horaire fixe !

Statines, leur importance (Forum Med Suisse 2014; 14(4): 54-57)

- ↓ du risque d'AVC proportionnelle à ↓ des LDL indépendamment de leur valeur initiale.
- ↓ 12% du RR de tout AVC + de 20% du RR d'AVC ischémique *(méta-analyse sur plus de 8000 patients, Stroke 2013).*
- L'atorvastatine 80 mg/j réduit significativement le risque d'AVC même chez les non-coronariens *(Etude SPARCL, N Engl J Med 2006, 5000 patients).*

- Bénéfice même chez les patients de < 50 ans + AVC cryptogénique.
- Si arrêt de statine ≥ 3j au cours des 3 mois post-AVC, moins bons résultats *(augmentation volume de l'AVC, moins bon pronostic fonctionnel, mortalité accrue et invalidité avec perte d'autonomie).*
- LDL-cholestérol visé, < 2.6 mmol/l (< 1.8 mmol/l selon guidelines de cardiologie)



Les autres traitements contre le cholestérol n'ont pas montré de réduction significative du risque d'AVC !

AVC/AIT, ne pas traiter d'emblée l'HTA !

- En phase aiguë d'un AVC/AIT, l'HTA = potentiellement réactionnelle
- Ne pas traiter avant imagerie
- Si sténose > 70%/occlusion exo-ou endocrânienne, PA 140-160/80-90mmHg
- Si AVC/AIT dans le territoire d'une perforante, baisse *progressive sur 7j.*

- Préférer en post-AVC un IEC (*périndopril*) et les formes combinées
- Si HTA labile, préférer les anticalciques
- Rôle neuroprotecteur des sartans



Le mieux est l'ennemi du bien.
(The perfect is the enemy of the good.)

~ Voltaire

Importance de la physiothérapie/ergothérapie

- Rééducation motrice/sensitive
- Amélioration de la marche et de l'équilibre
- Possibilité de récupération jusqu'à 1 an-1 an et demi puis progrès plus lents
- Généralement au long cours chez les patients avec séquelles de façon à maintenir situation stable



Alamy



Youtube

Quel risque de récurrence après un premier AVC ?

News santé



Récurrence d'AVC ≠ une fatalité !



La fatalité veut que l'on prenne toujours les bonnes résolutions trop tard.

(Oscar Wilde)

- Comme après un tremblement de terre, **risque maximal dans les 6 mois après un AVC.**
- 30-40% de rechutes à 5 ans.

- *Correction de la cause du 1^{er} AVC*
- *Prise en charge des facteurs de risque identifiés post- 1^{er} AVC (90% AVC)*
- *Modification de l'hygiène de vie*
- *Adhérence et observance au traitement*



Réduction risque de 50-80%

Au final, l'importance de cette prise en charge c'est,



Cookcountryrecord.com

1. Eviter une récidence
2. Favoriser un retour à la meilleure des qualités de vie possible avec un minimum de séquelles, non seulement physiques mais également psychologiques.

Evidentlychocrane.net

I miss me.
The old me,
The happy me,
The bright me,
The smiling me,
The laughing me,
The gone me.

«un AVC altère non seulement la qualité de vie de la personne qui en est victime, mais également de son entourage».



Helpline 0800 256 256

Pour les personnes cérébro-lésées
et leur proches



Quel que soit le moment de l'identification de l'AVC et...

... même lors d'une prise en charge ambulatoire !



Pour rappel et pour conclure

Les AVC de moins de 24h sont candidats à une lyse !

Pensez à doser la pro-BNP !

Pensez aux scores ABCD2 et ABCD3-I dans la prise en charge des AIT < 7j !

Un avis neurovasculaire est toujours bienvenu !

The End