

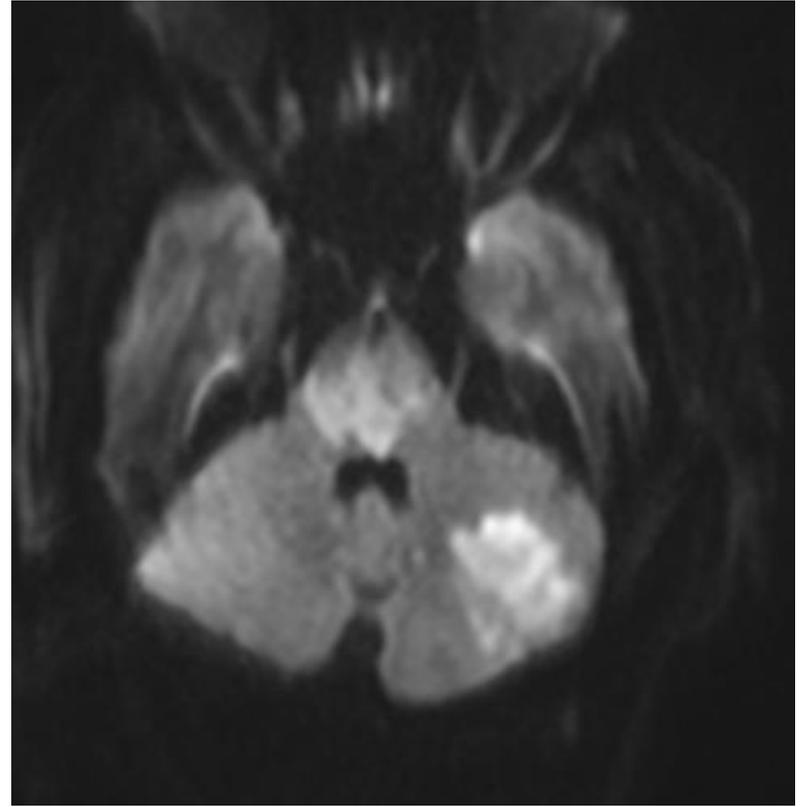
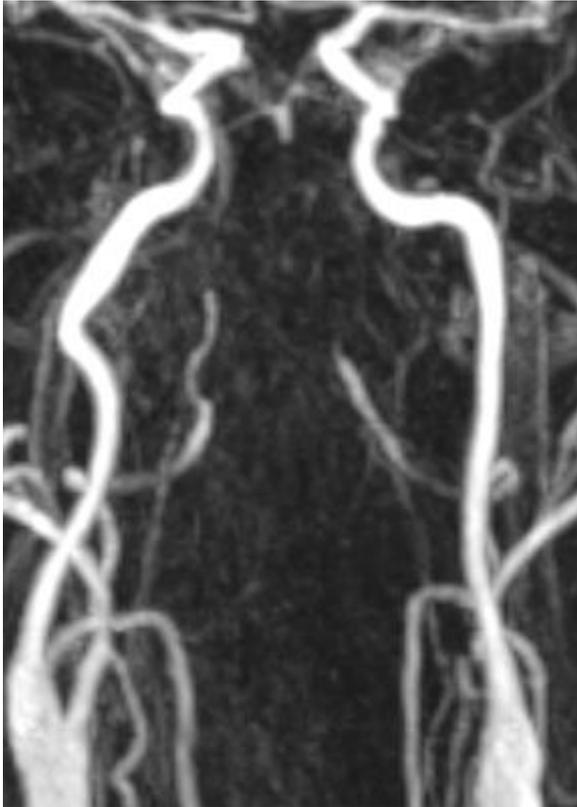
Cas 1

56 ans autonome

Retrouvé Au réveil comateux

IRM 15H

Réalisation d'une IRM cérébrale montrant un infarctus protubérantiel + infarctus de la PICA gauche. ARM: occlusion partie proximale du TB, et partie supérieure reprise à rétro expliquant que le diencéphale et mesencéphale soit épargnés.

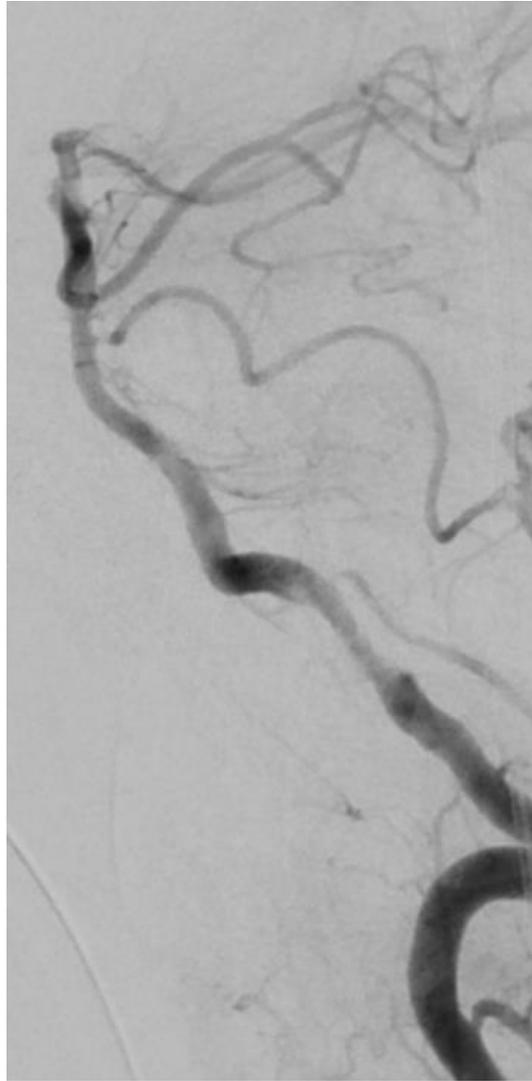
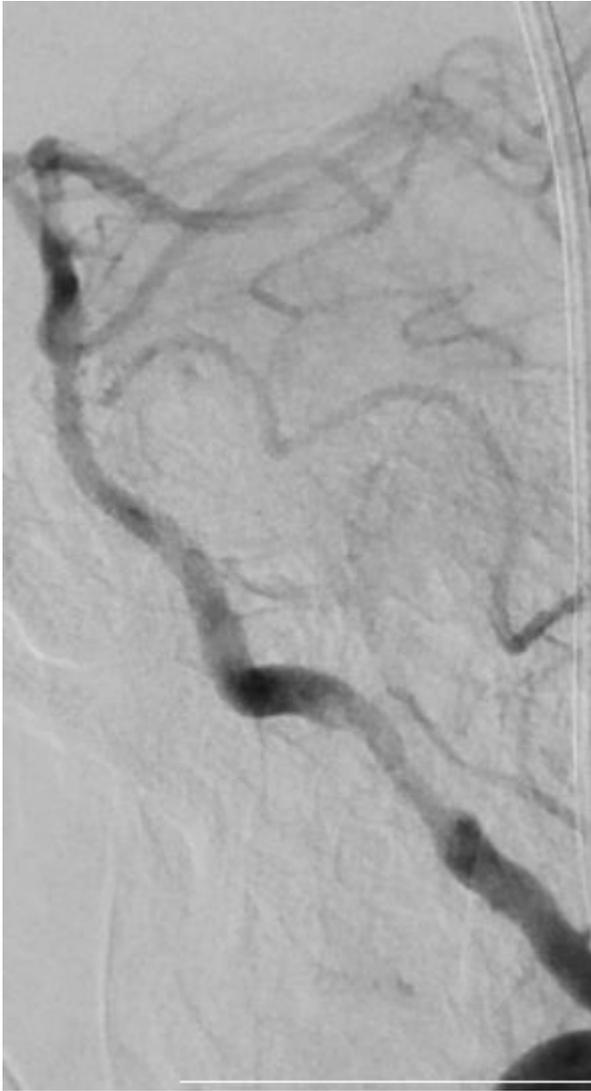


Transfert ok

Bloc 18h45 Ponction 19h

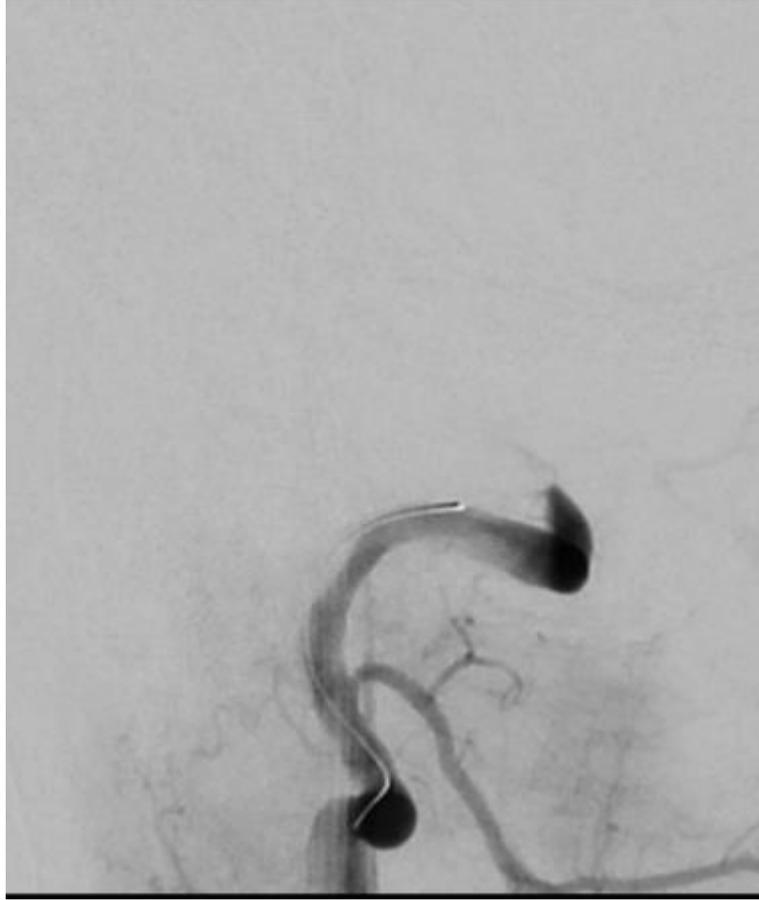
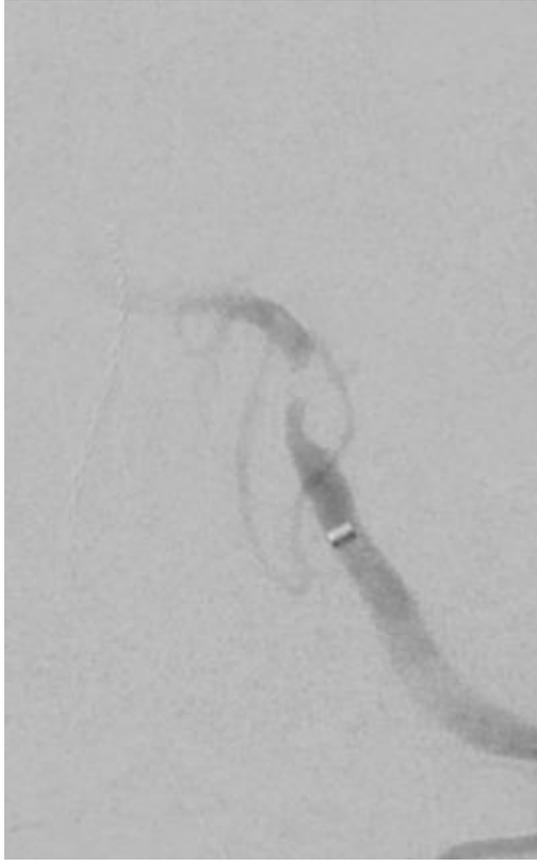
Passage d'un cathéter d'aspiration Sofia 6F au travers d'une sténose du segment V4 de la vertébrale gauche. premier passage réalisé au tour de 19h20.



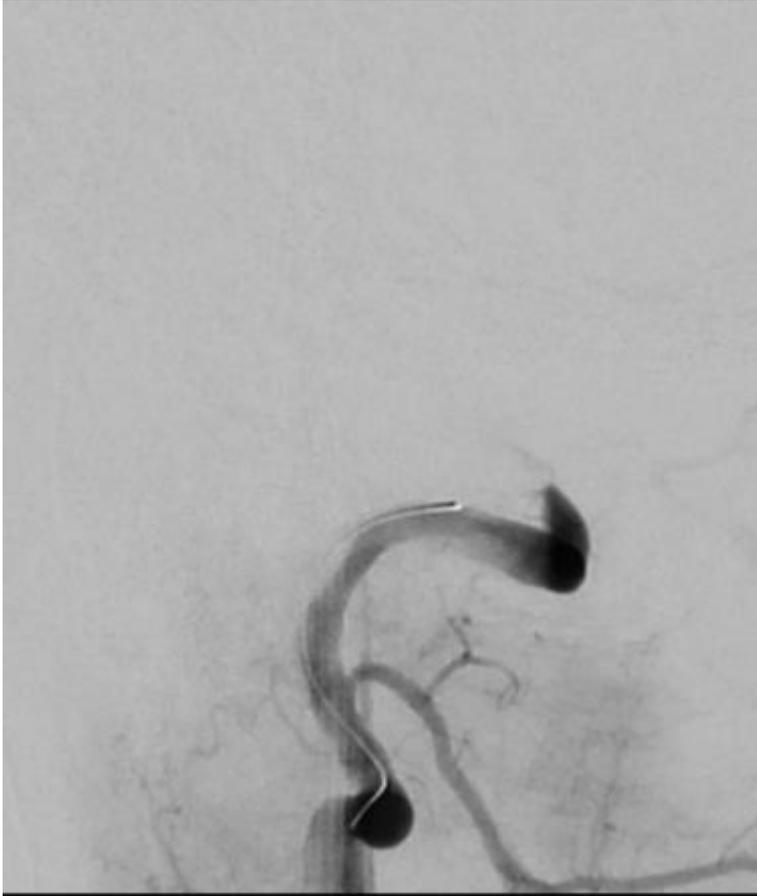


On attend 10 minutes

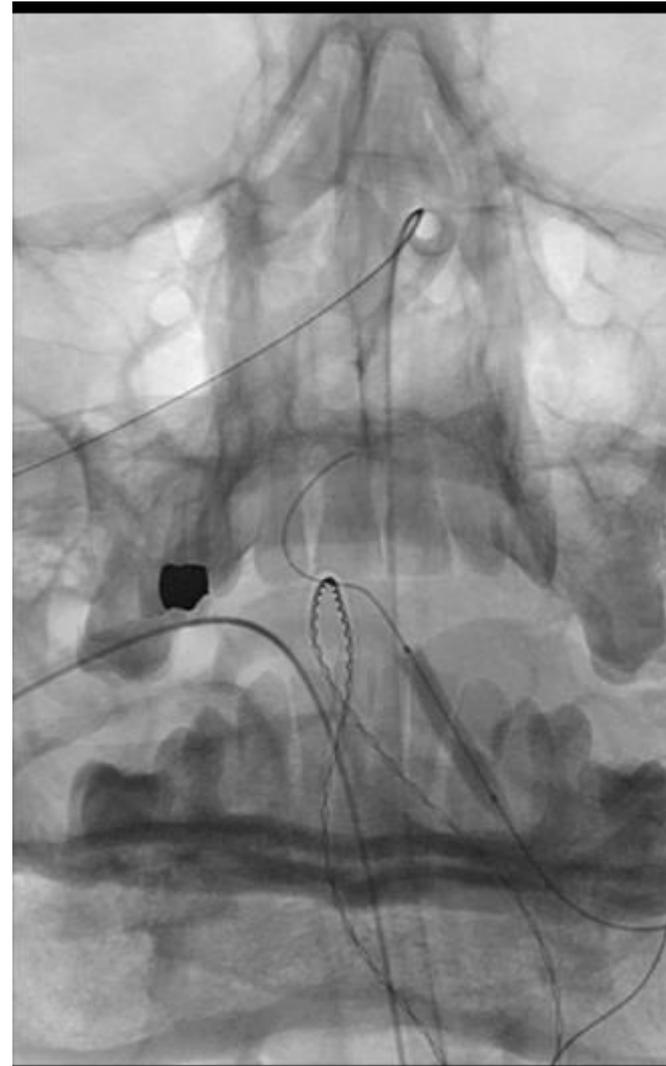
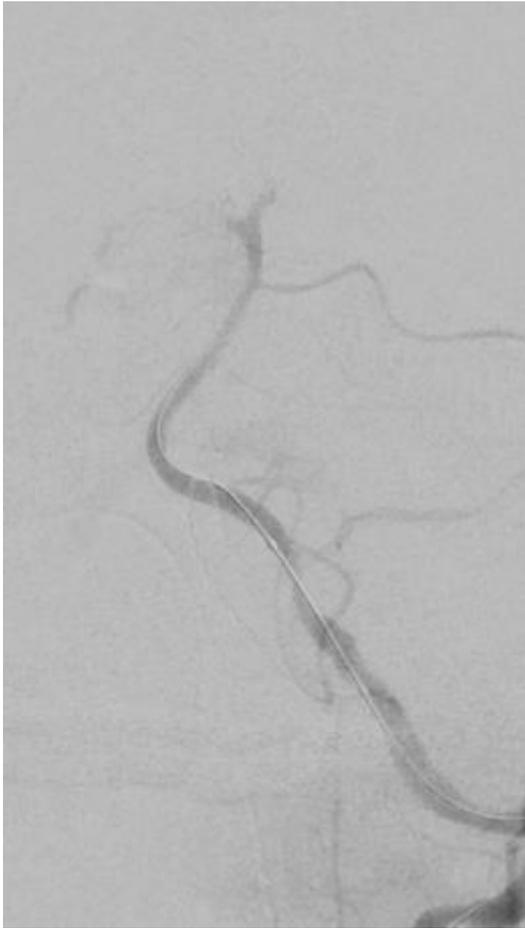
250 mg d'aspirine + Agrasta selon protocole



On réaspire :



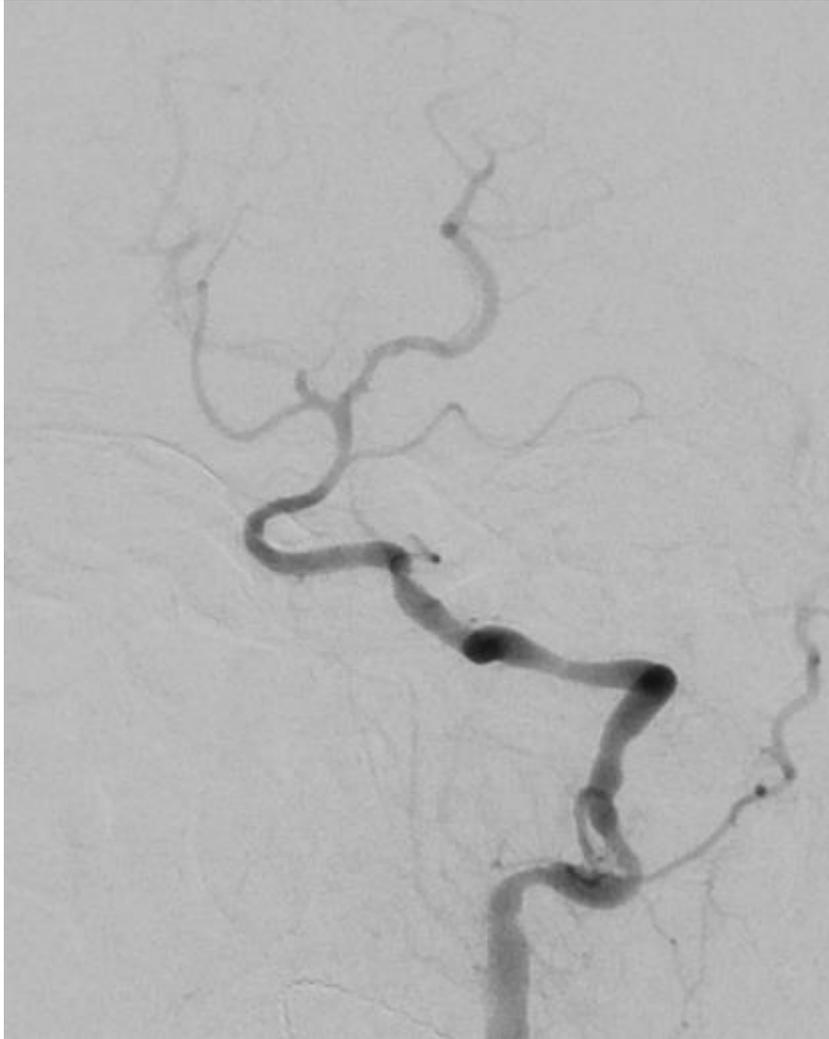
Nouvelle aspiration 6f



5 min après re thrombose débutante

angioplastie rapidement avec un ballon rujine 3.5x20

agratat (AAP IV) 0.4 μ g/kg pendant 30 min puis relai par 0.1 μ g/kg durant 12 heures.



Coma glw 3
Areactif

19h45

Patient 2

48 ans

Elle a présenté au matin une cervicalgie inhabituelle et un possible trouble du langage inaugural.

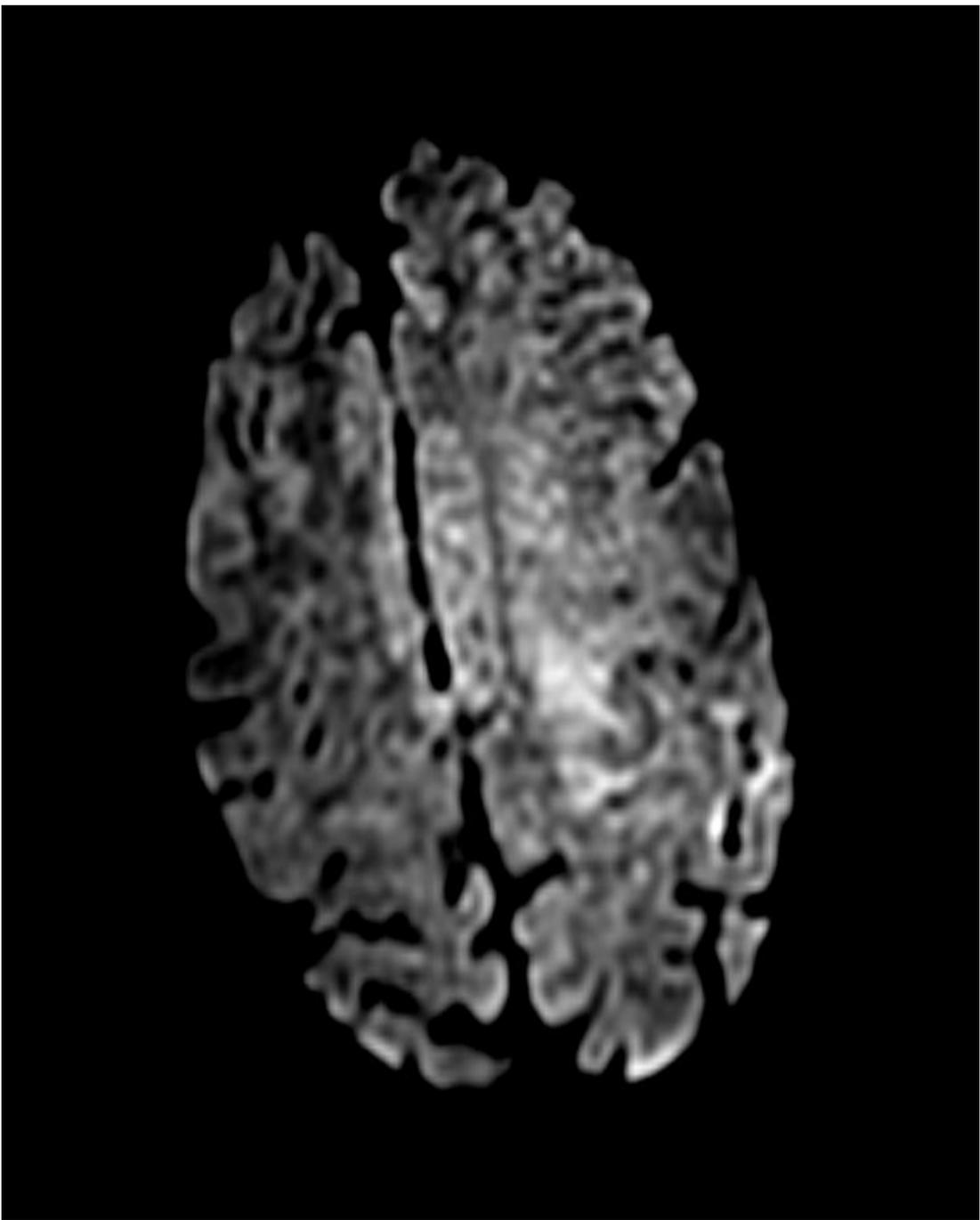
Elle a dans un 2ème temps présenté une chute sur un déficit hémicorporel droit aux alentours de 9h30,

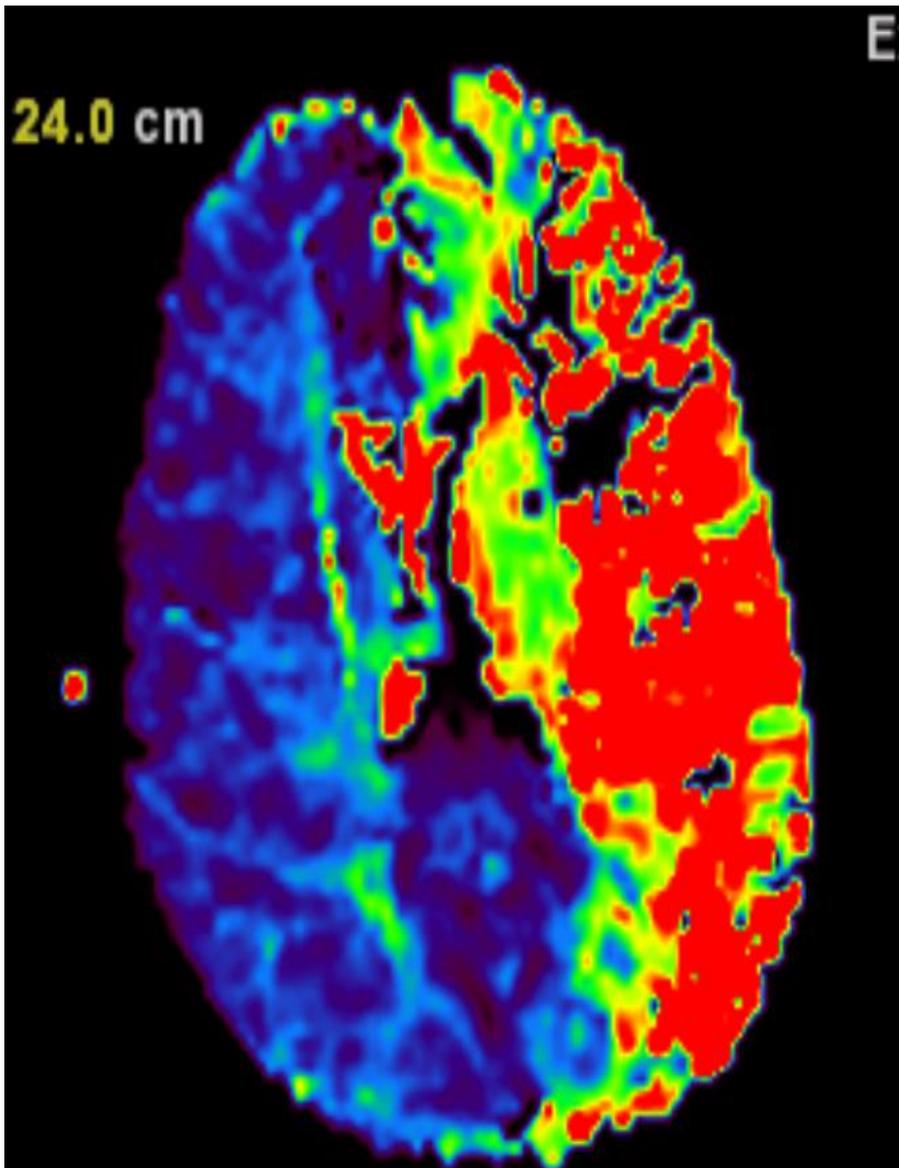
L'examen clinique à son arrivée retrouve effectivement une patiente mutique, présentant un déficit hémicorporel droit ainsi qu'une HLH et une héminégligence droite.

Le NIHSS est à 21.

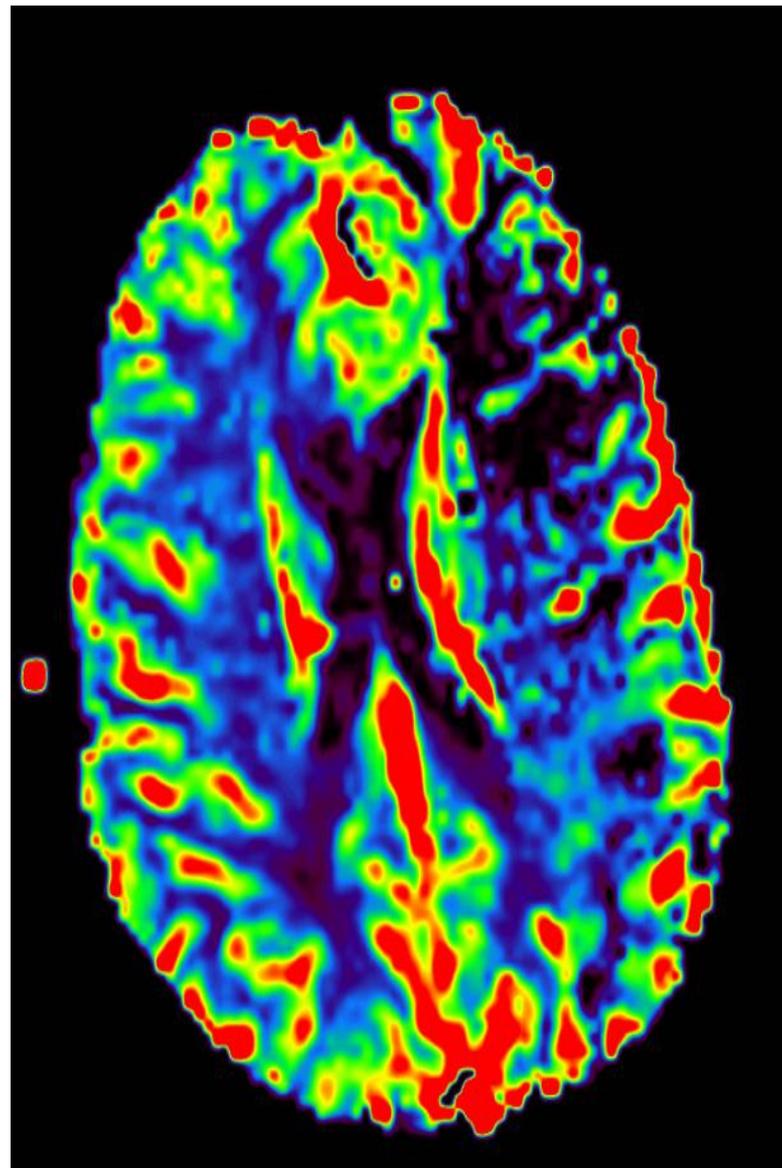
L'ECG s'inscrit en rythme sinusal.

Thrombolyse IV 11h55

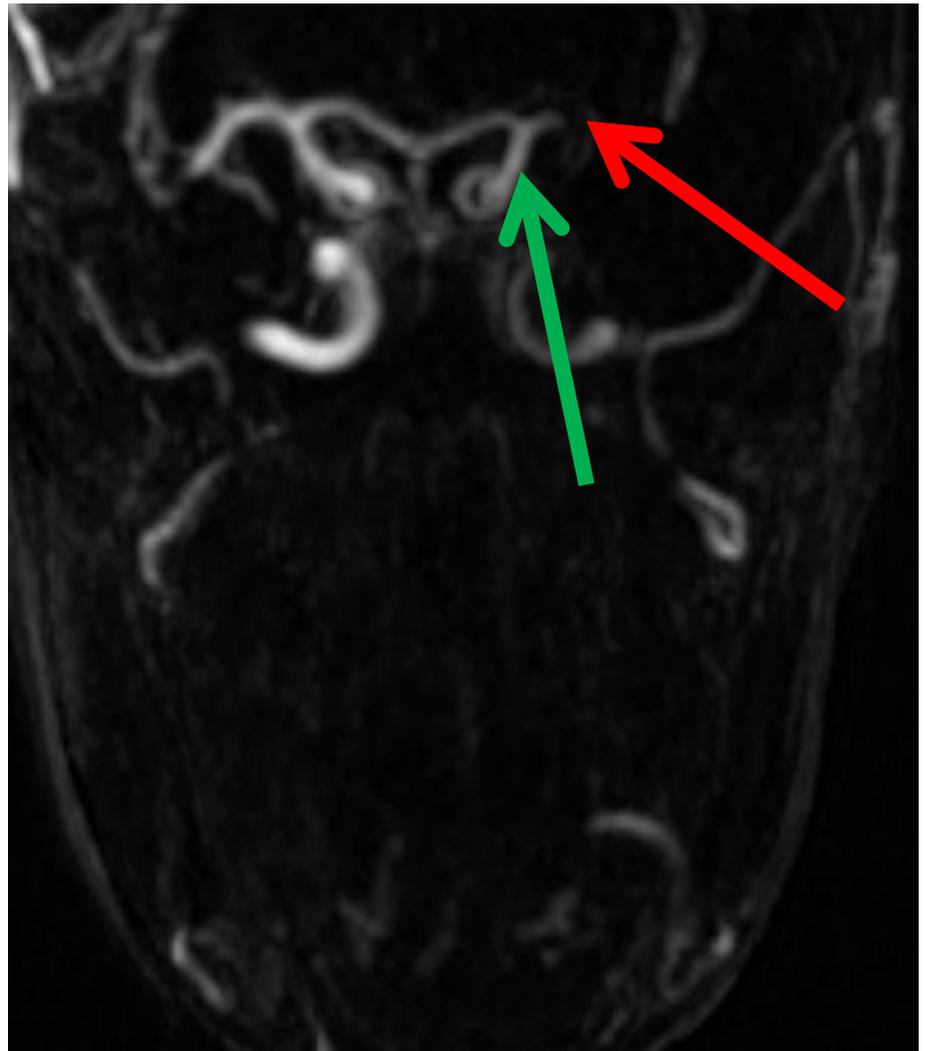




TMAX

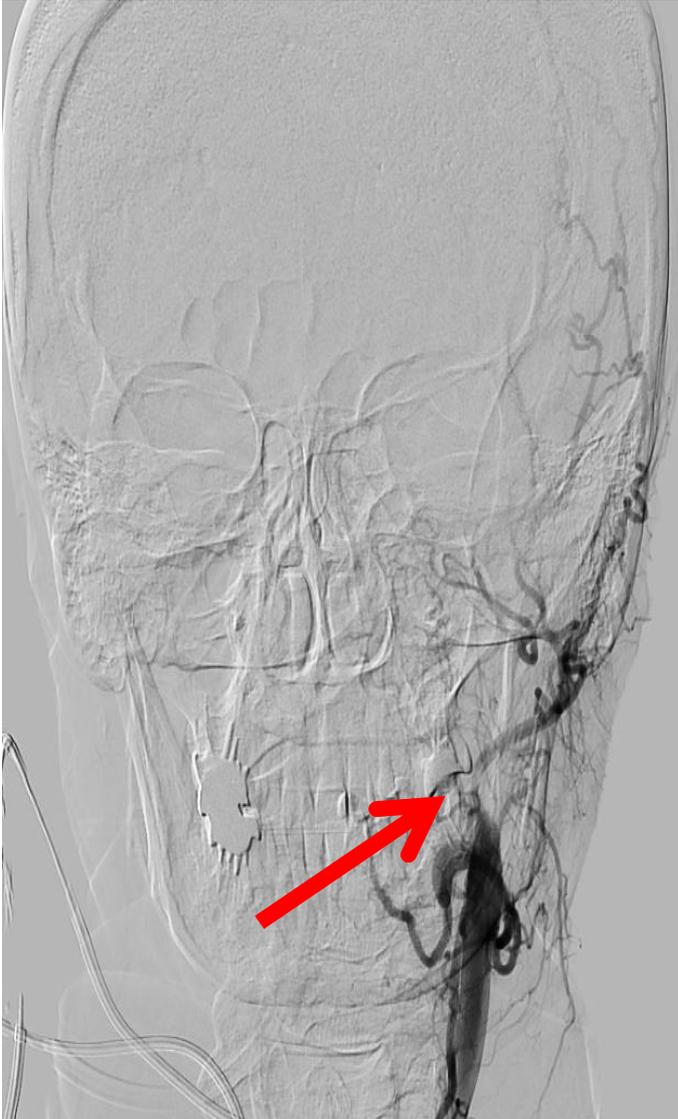


Cbv

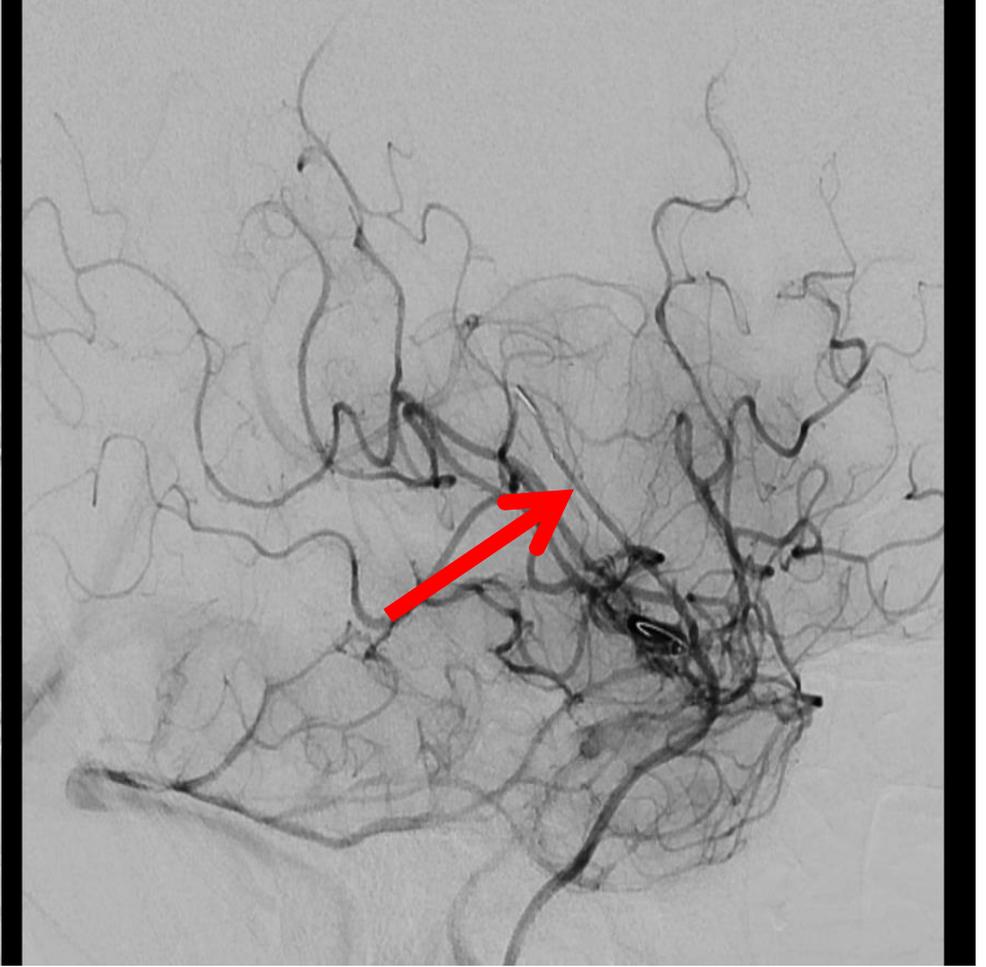
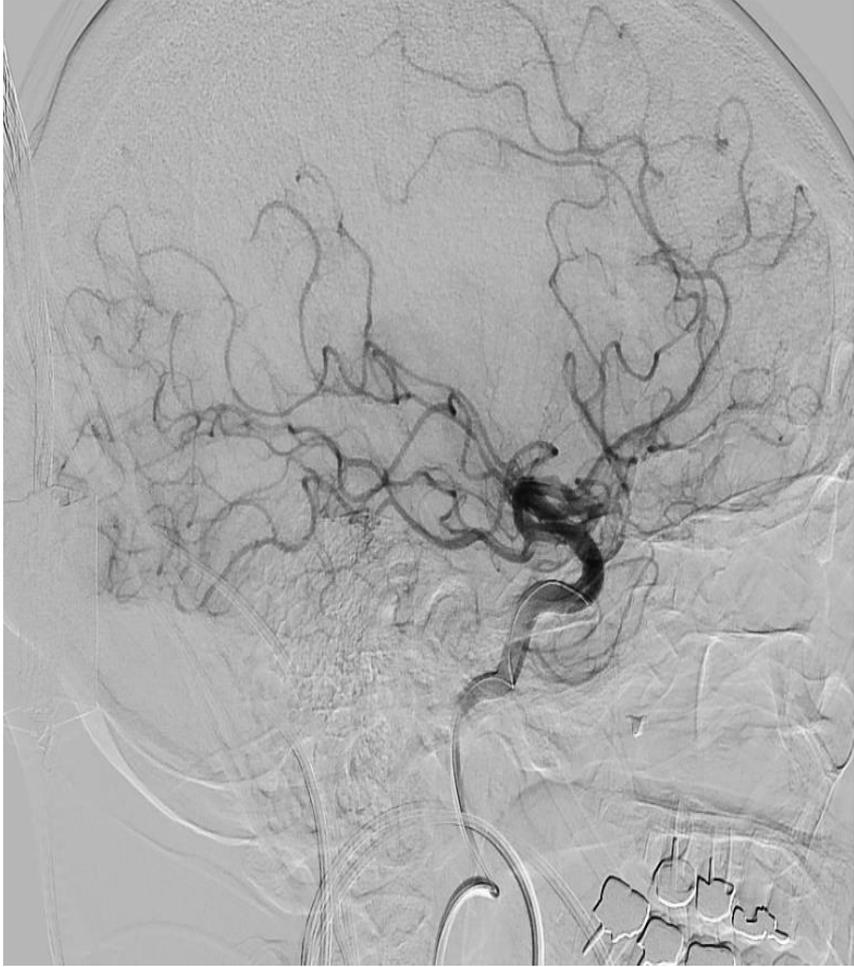


OCCLUSION EN TANDEM

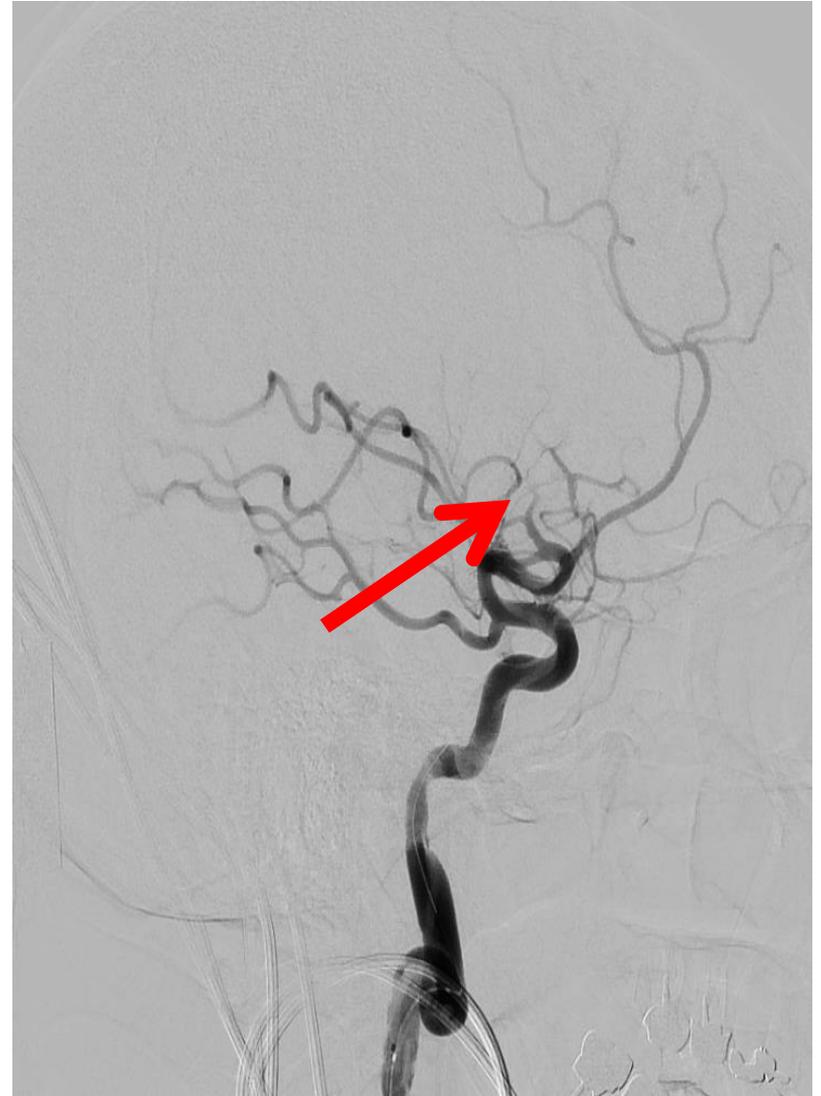
Origine de cette occlusion ?

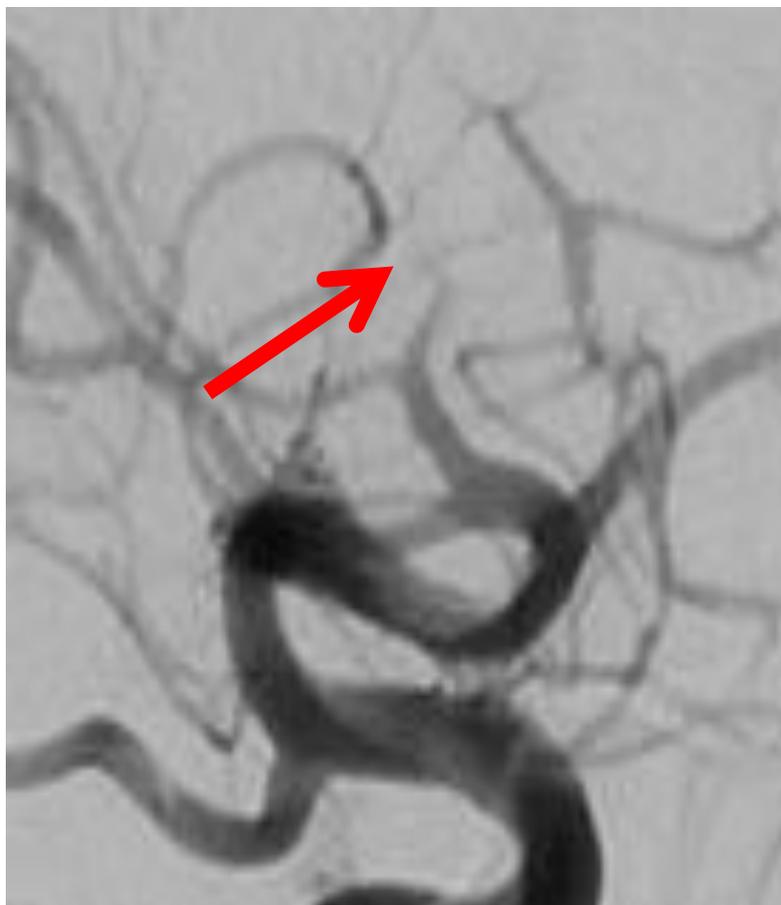




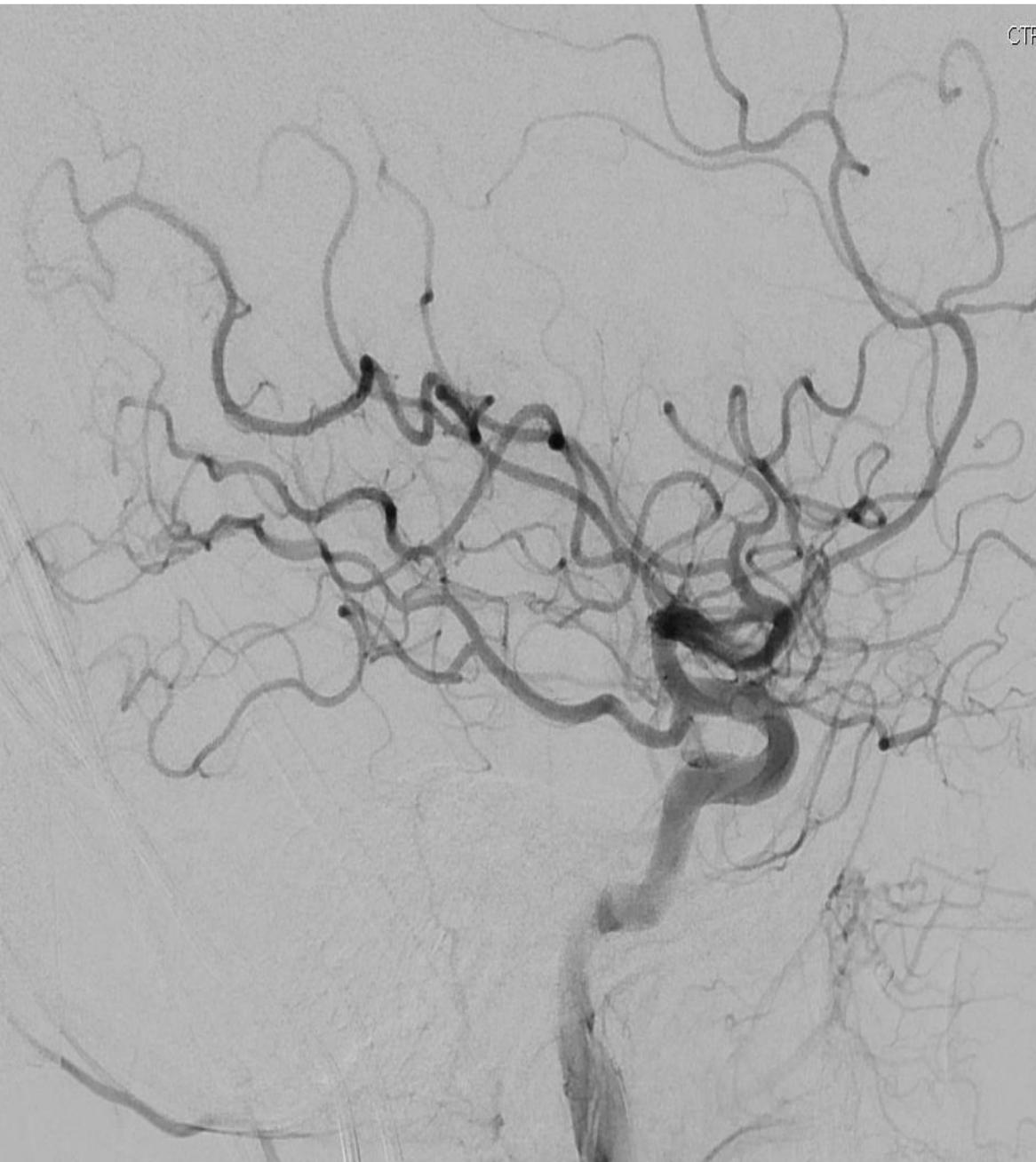


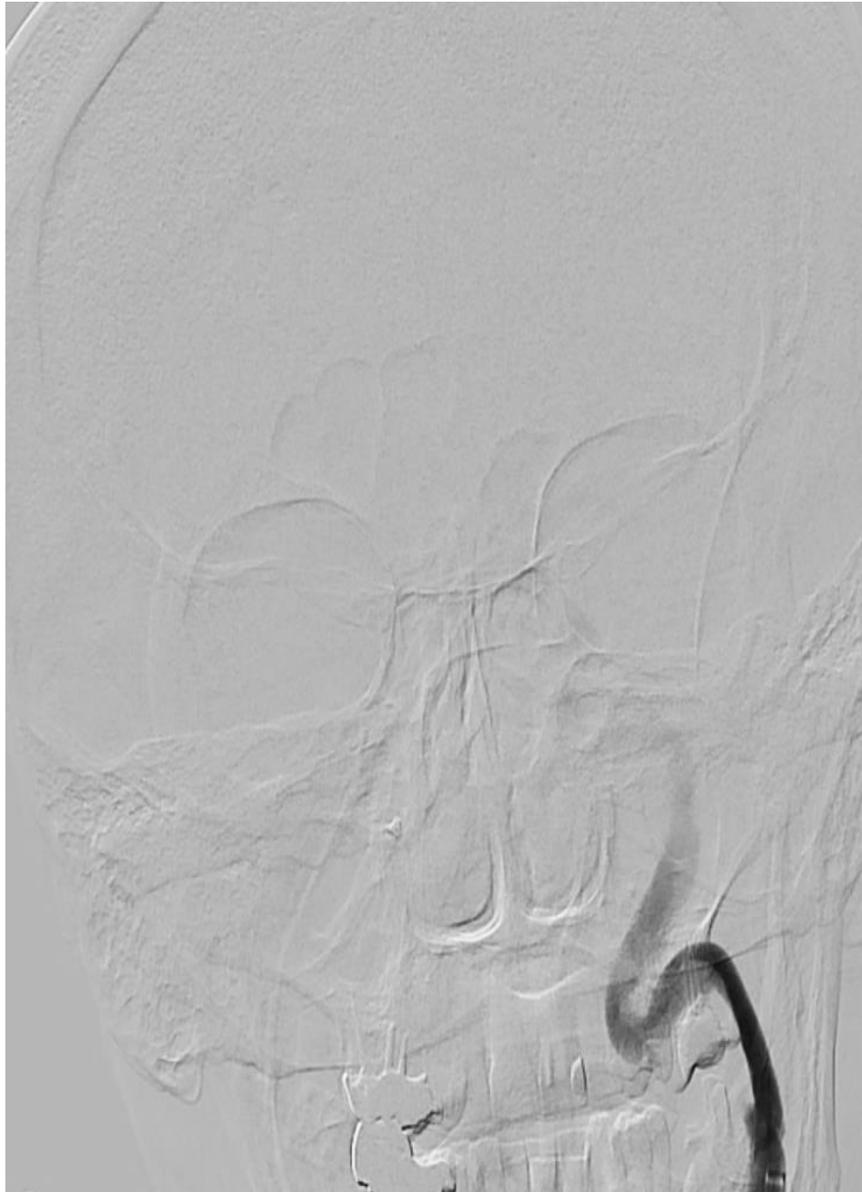


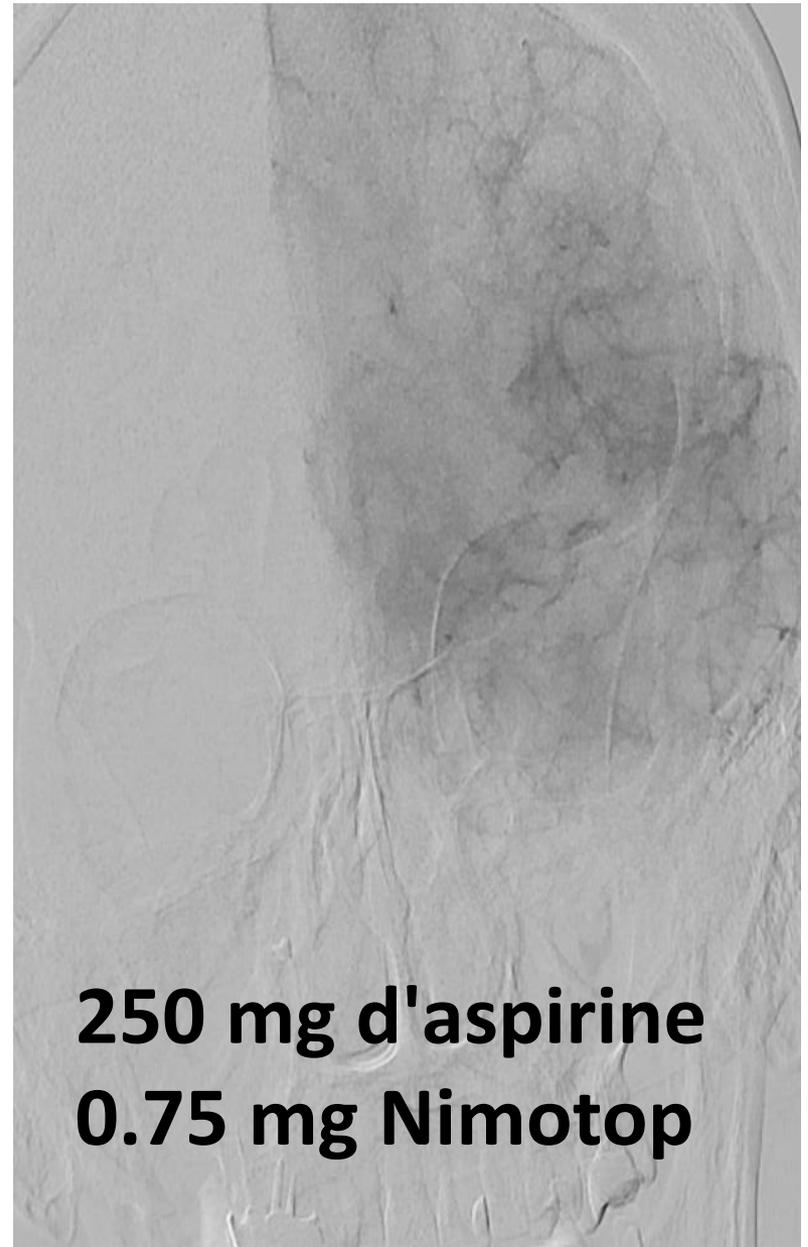


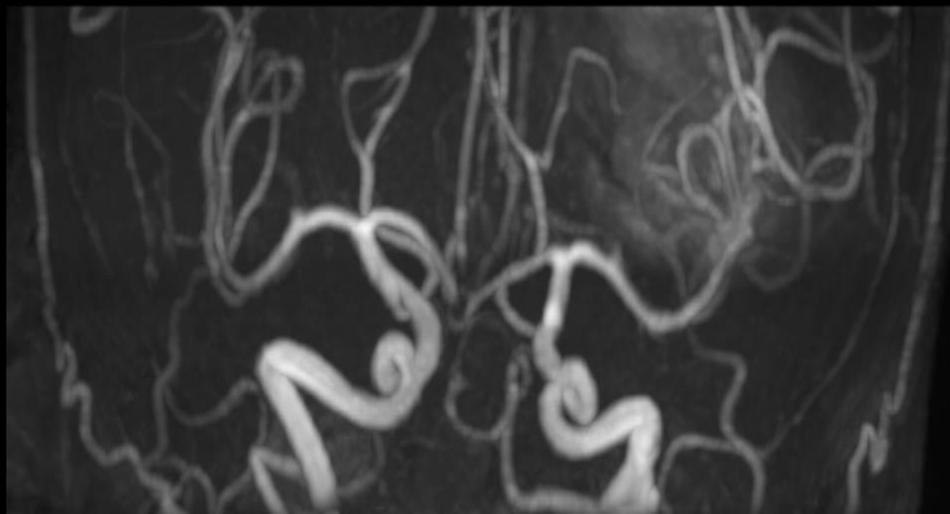
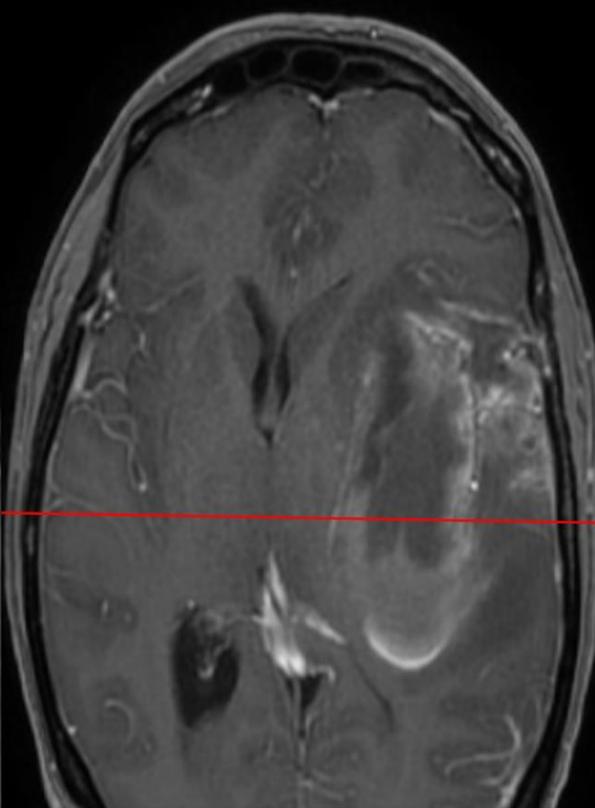
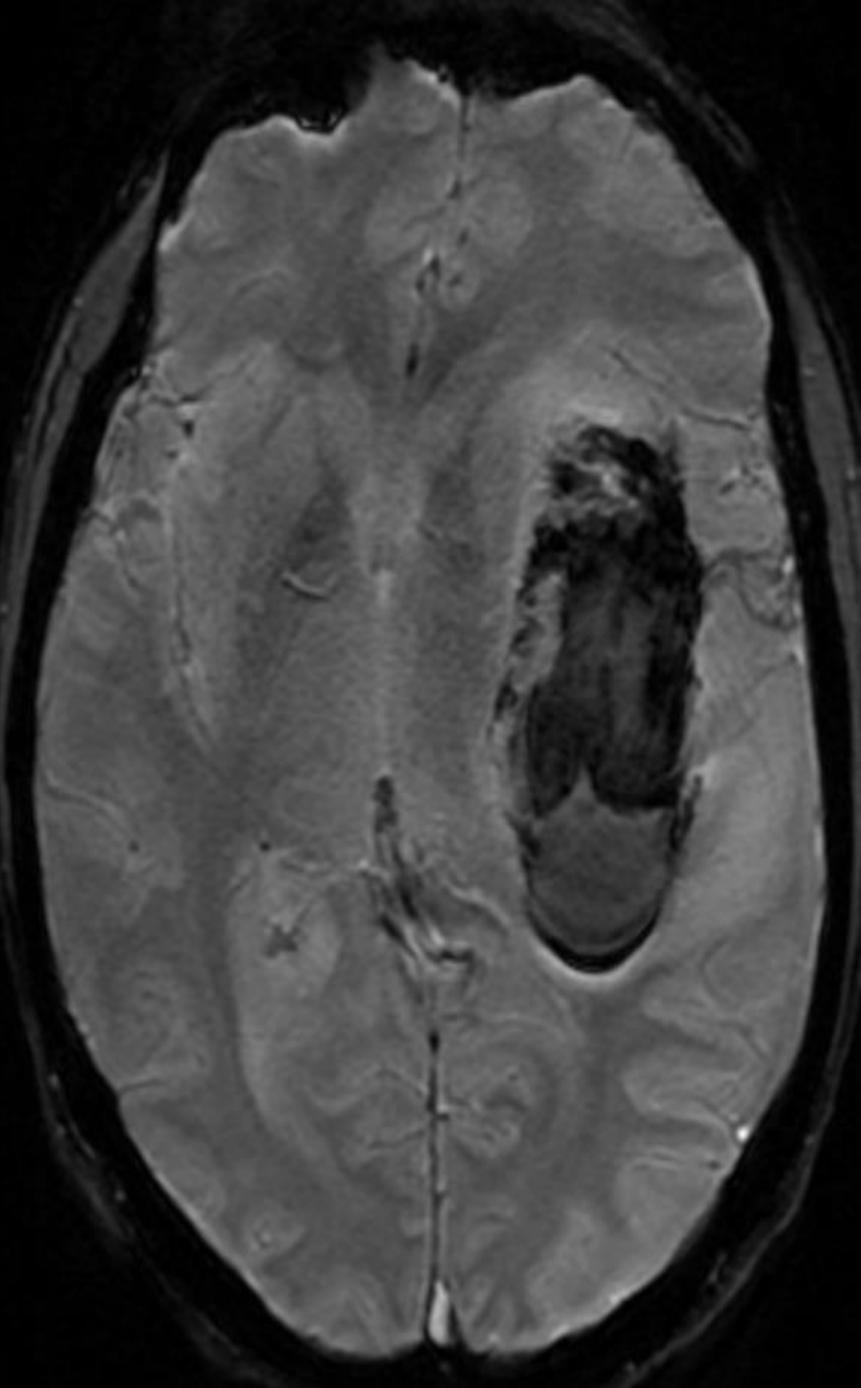


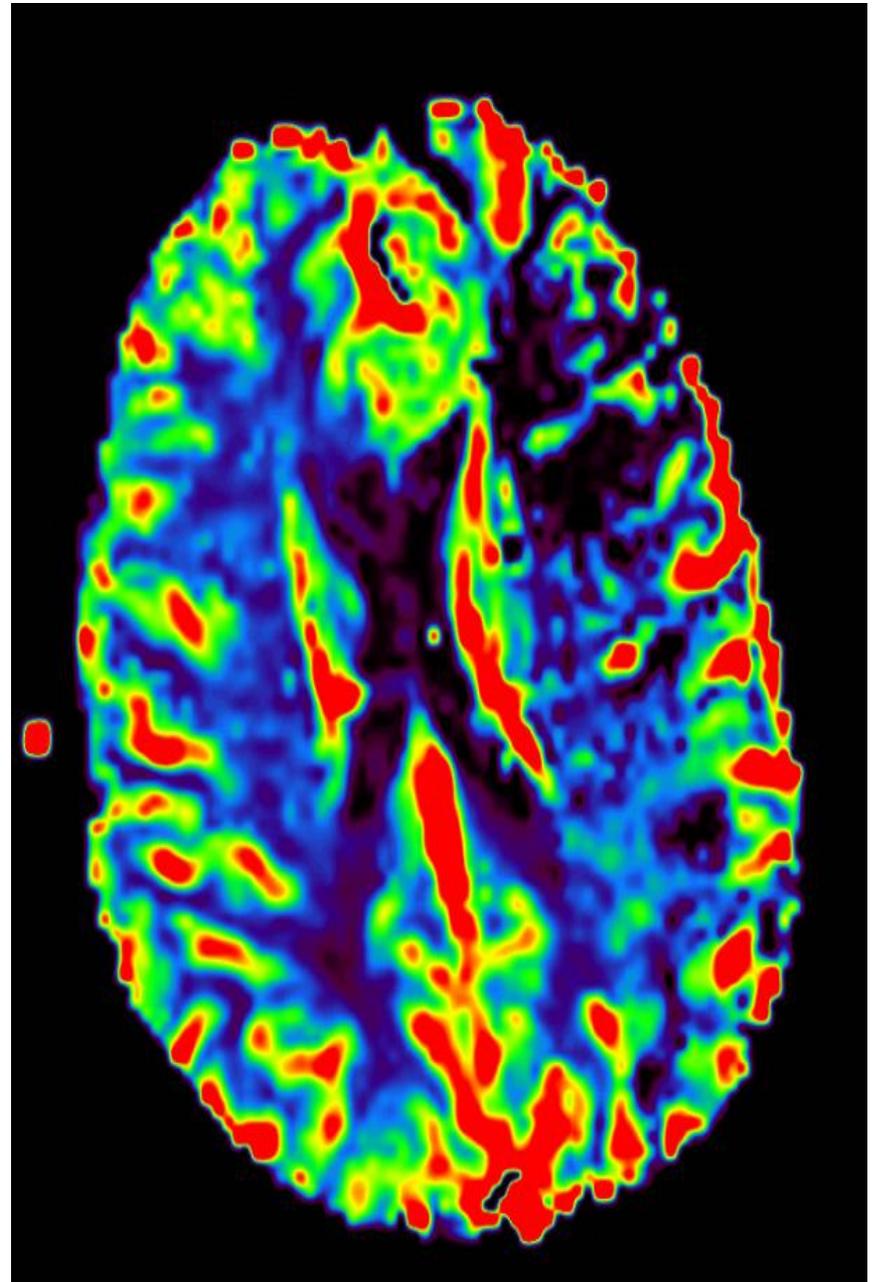
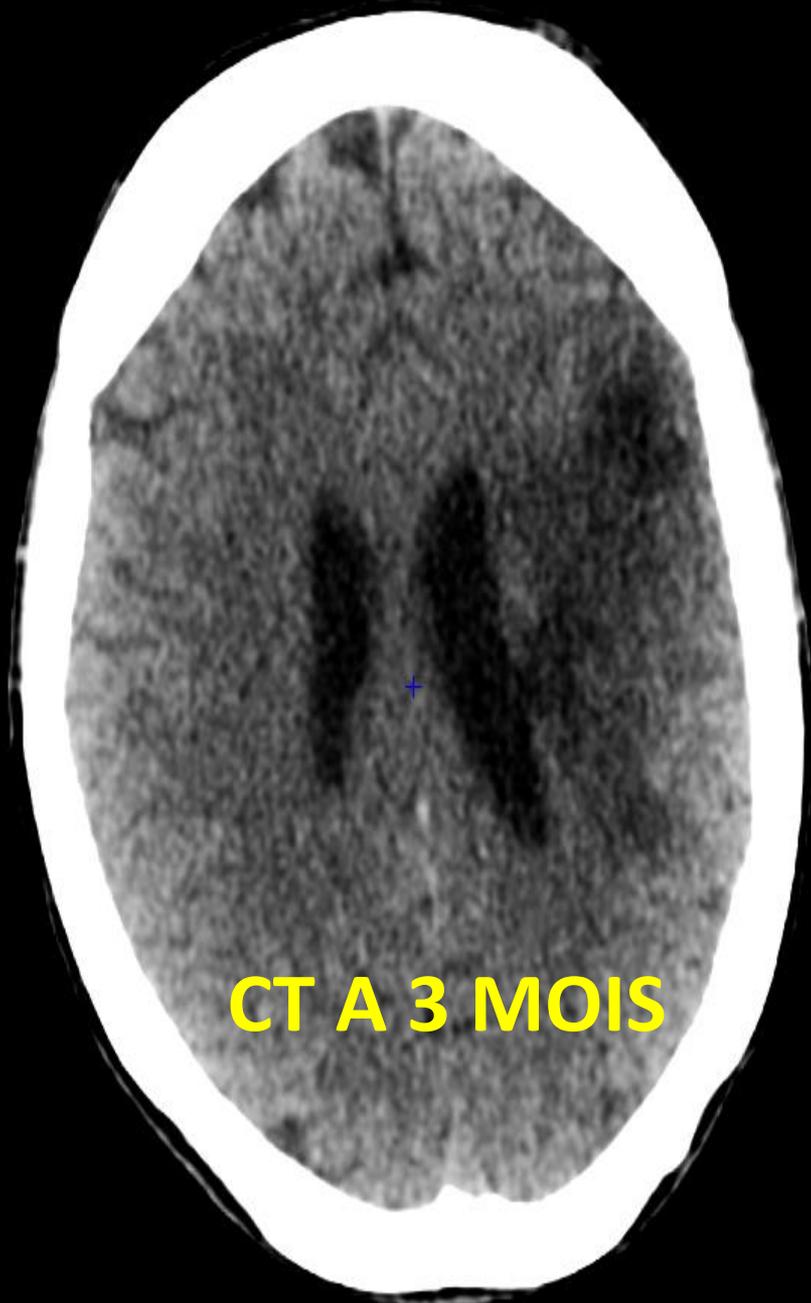
CTR













Aspirine ?

Nimotop ?

**gIIbIIIa ? Cangrelor
?**

Thrombolytique ?

Ballon ?

Stent ?

Patient 4

Rankin à 0 pré AVC

se lève vers 5h, tombe et rampe au sol. Prévient un ami vers 7h. Appel SAMU puis transfert Mont de Marsan.

IRM thrombose carotide int G absence de flux dans l'ACM G.

Occlusion de la carotide interne gauche sur une dissection ou un T carotidien ?

Transfert helico vers Bayonne

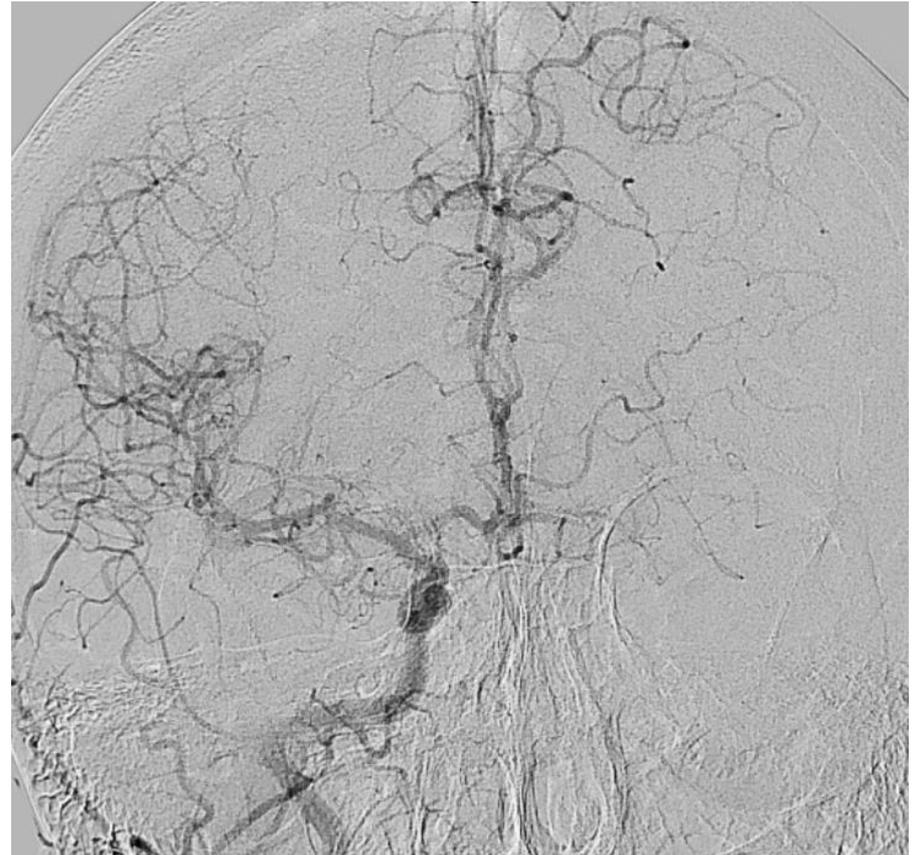
arrivée 12h15

score NIHSS 13, deficit moteur pur hémicorps D. TA 15/7

ECG sinusal

Départ pour le bloc à 12h35.

Ponction arterielle 12h56



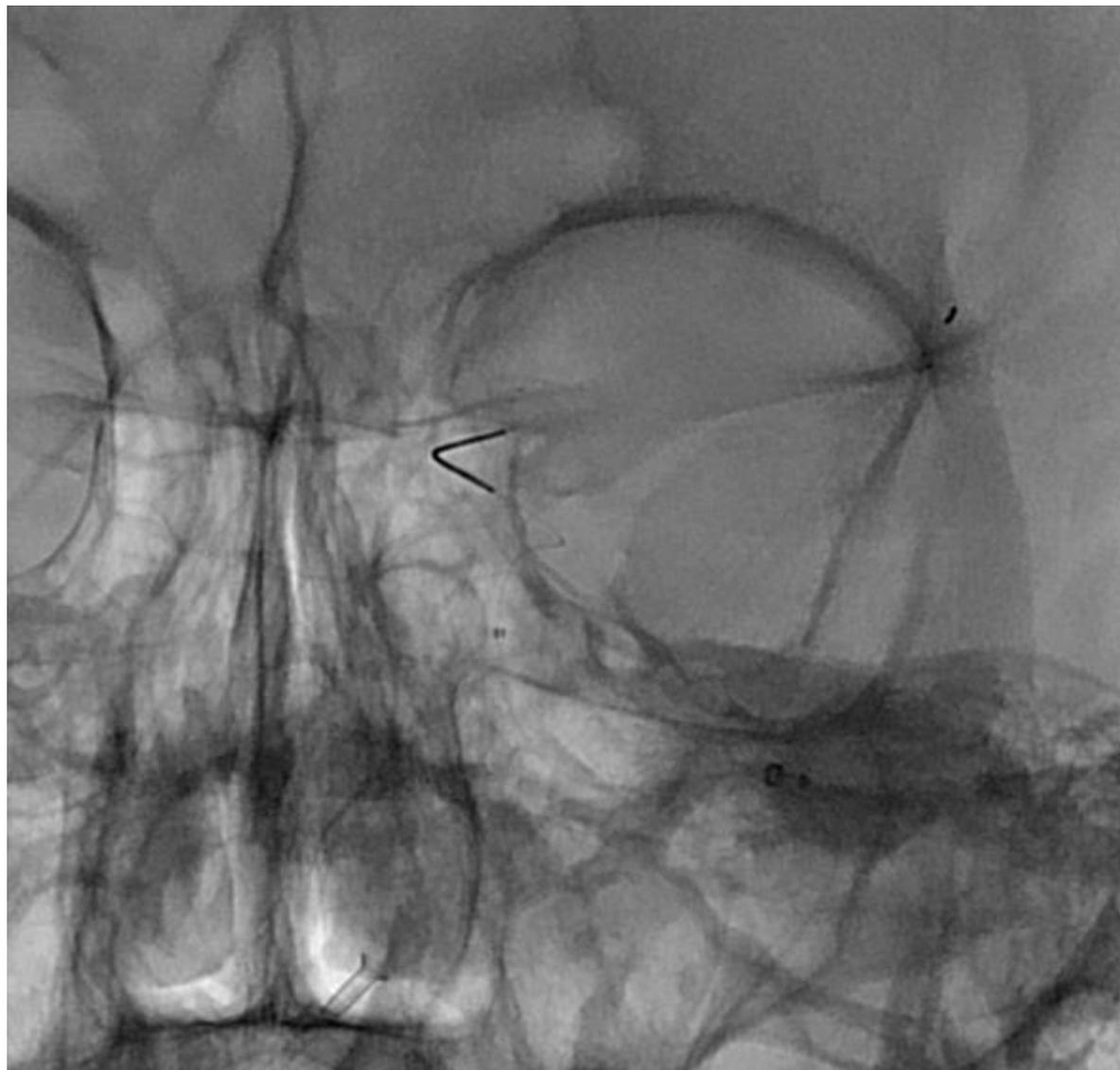
Controlat ok



On retourne à gauche

Ballon Flowgate + SOFIA 5F + Micro Cath HeadWay 21 + stent embotrap 33

Nimotop in situ 13h17



1er passage stent retriever et aspi 13h30



on descend trop bas car ca
Ne revient pas dans le KT porteur

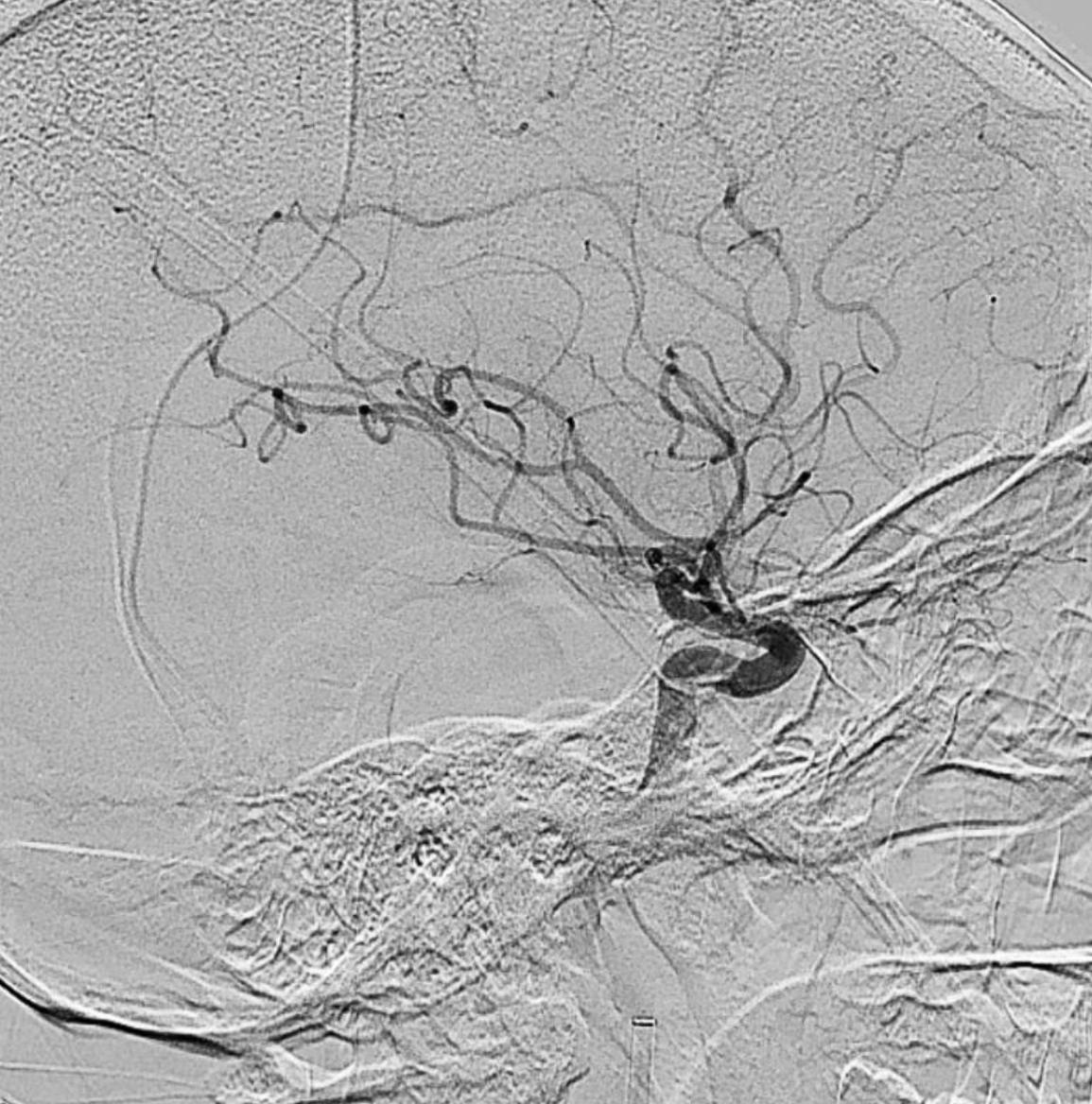
fin de procédure TICI 3, aspi de plusieurs caillots.



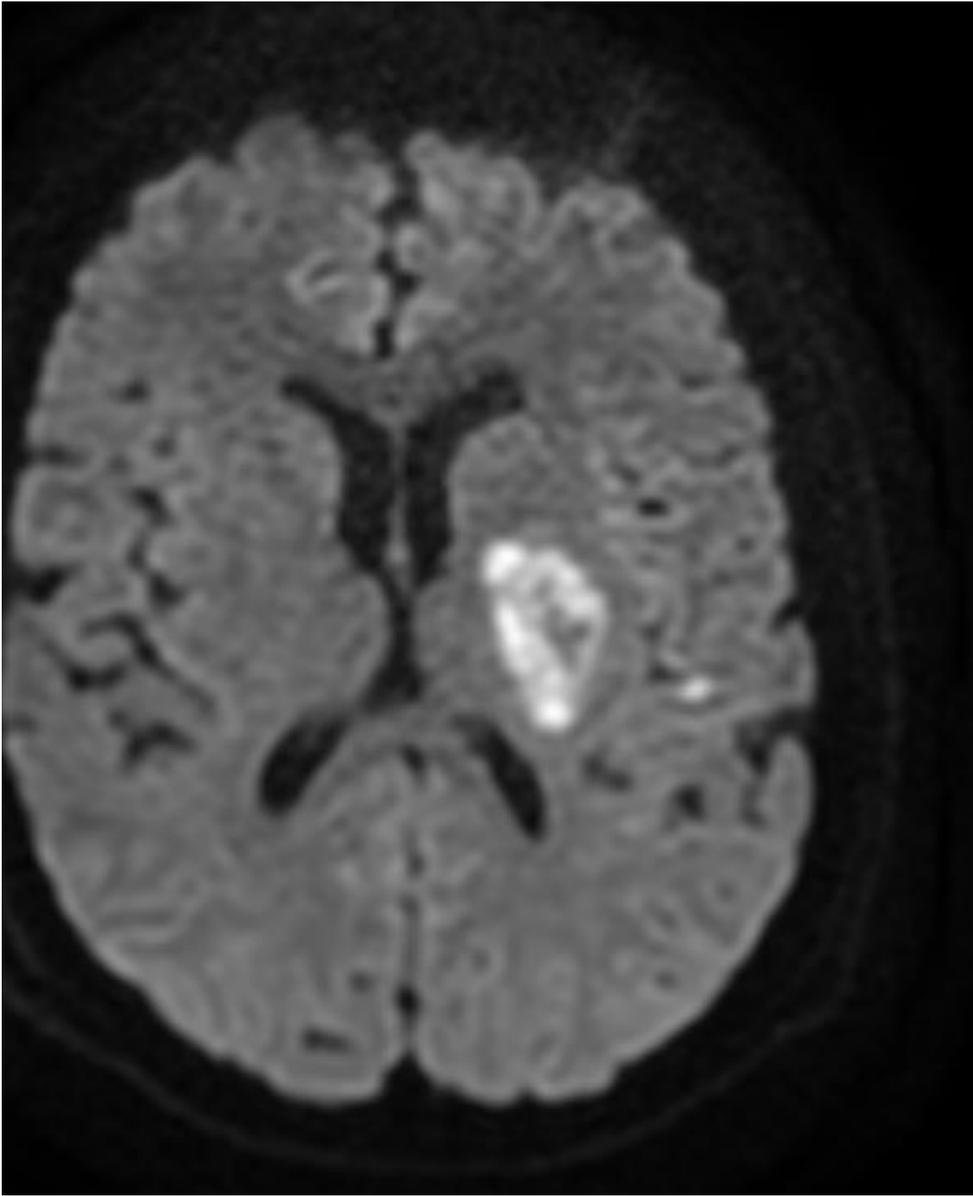
2eme ASPI

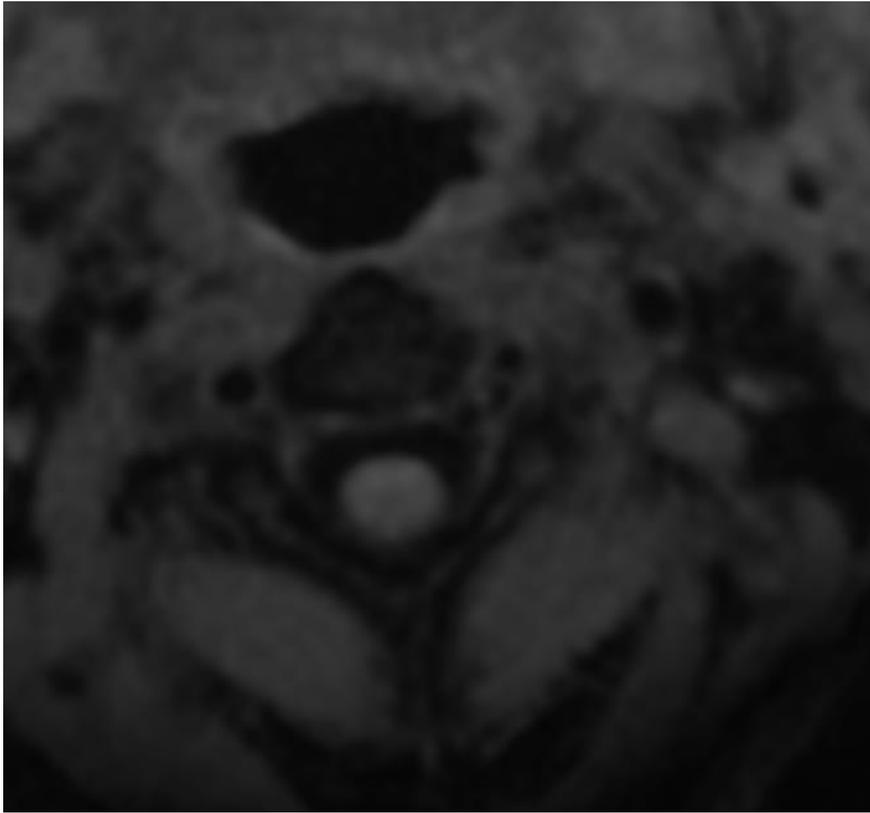
Dernière aspi (gros thrombus) 13h50





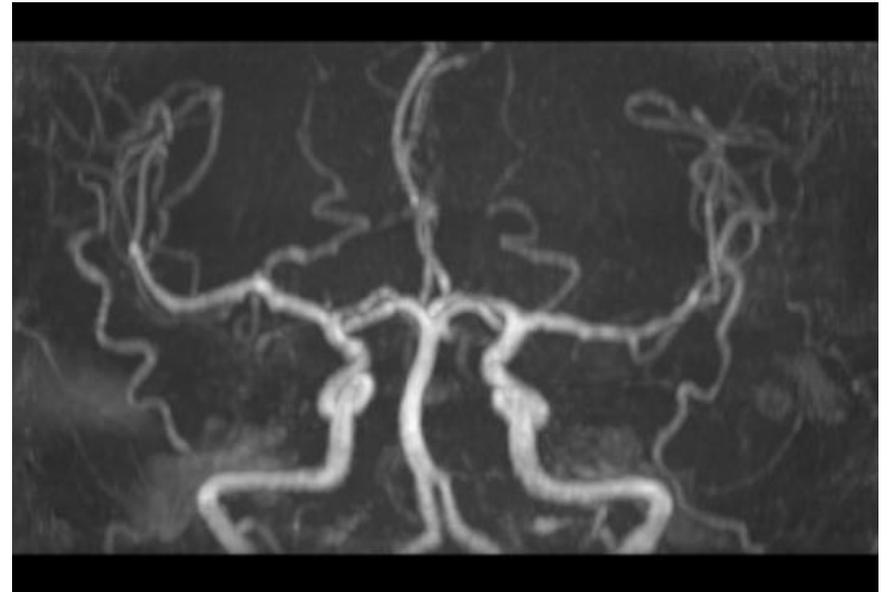
On décide de maintenir une anticoagulation efficace. Je prescris lovenox 6000 * 2 après contrôle TDM ce soir





**siège de remaniements hémorragiques
dans le territoire profond sans occlusion
intracrânienne résiduelle.**

**Irrégularité carotidienne sous pétreuse
gauche sans hématome de paroi
individualisable n'éliminant cependant
pas le diagnostic.**



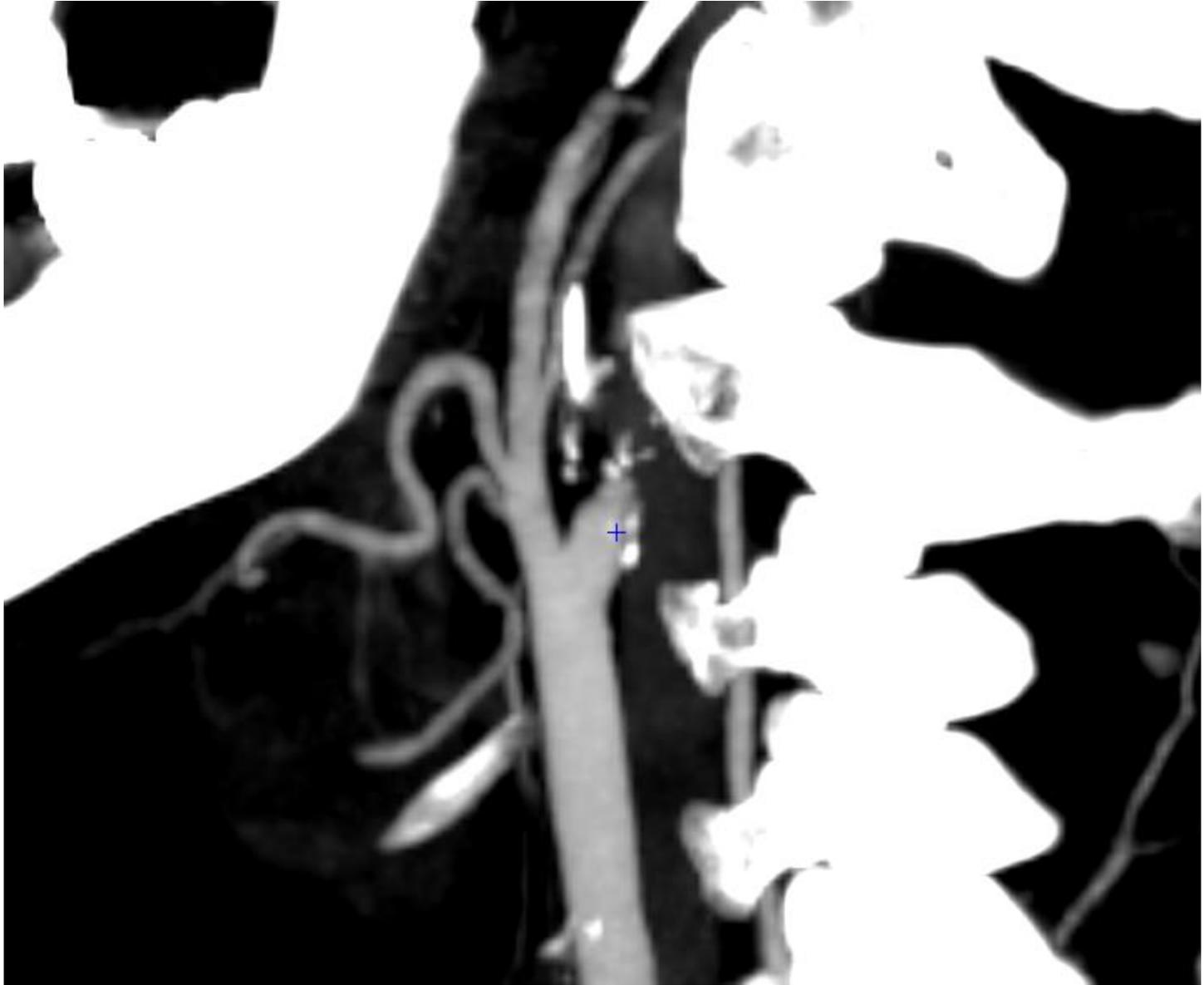
Passage de NIHSS 13 à 9 le lendemain

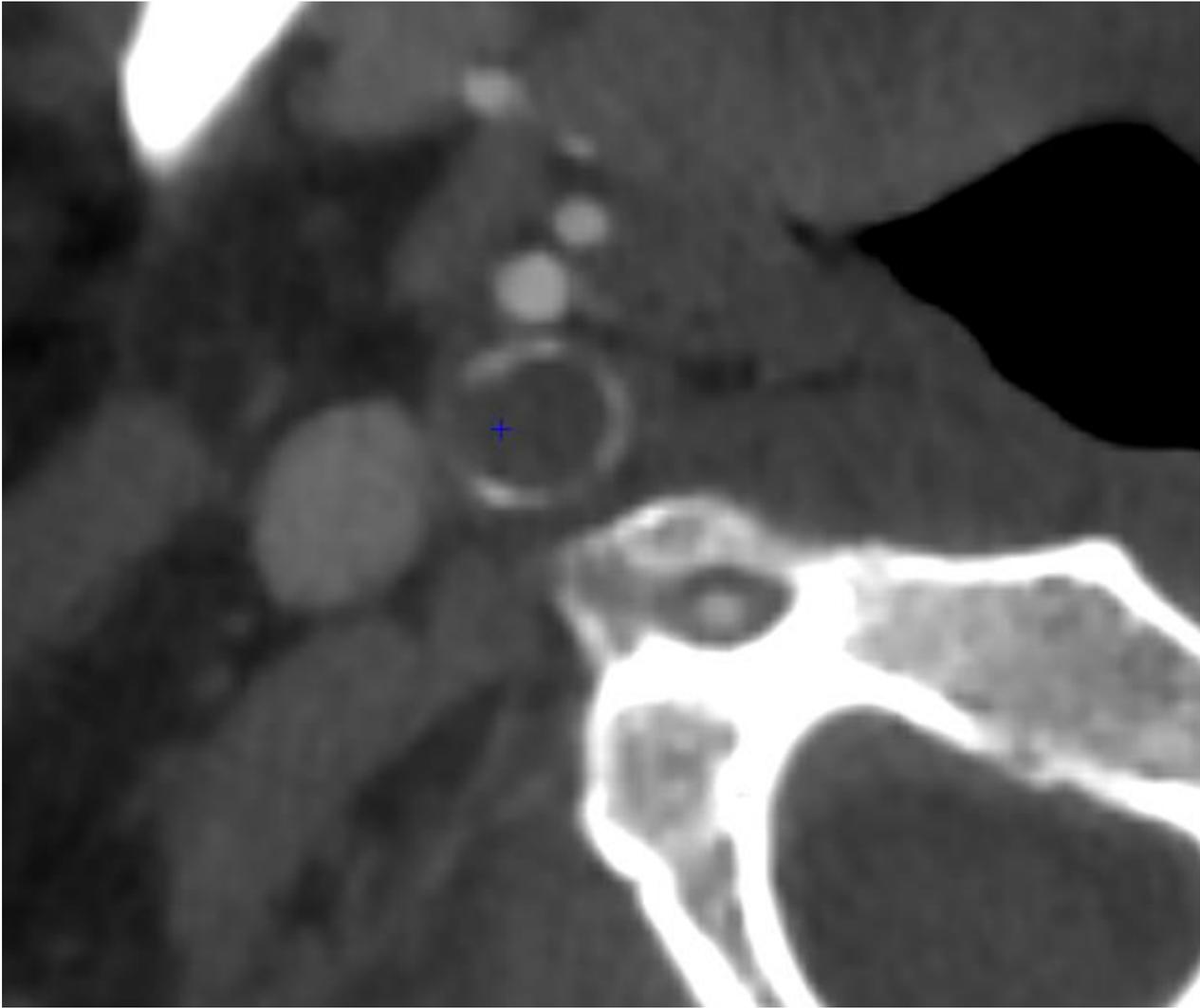
CAS Numéro 4

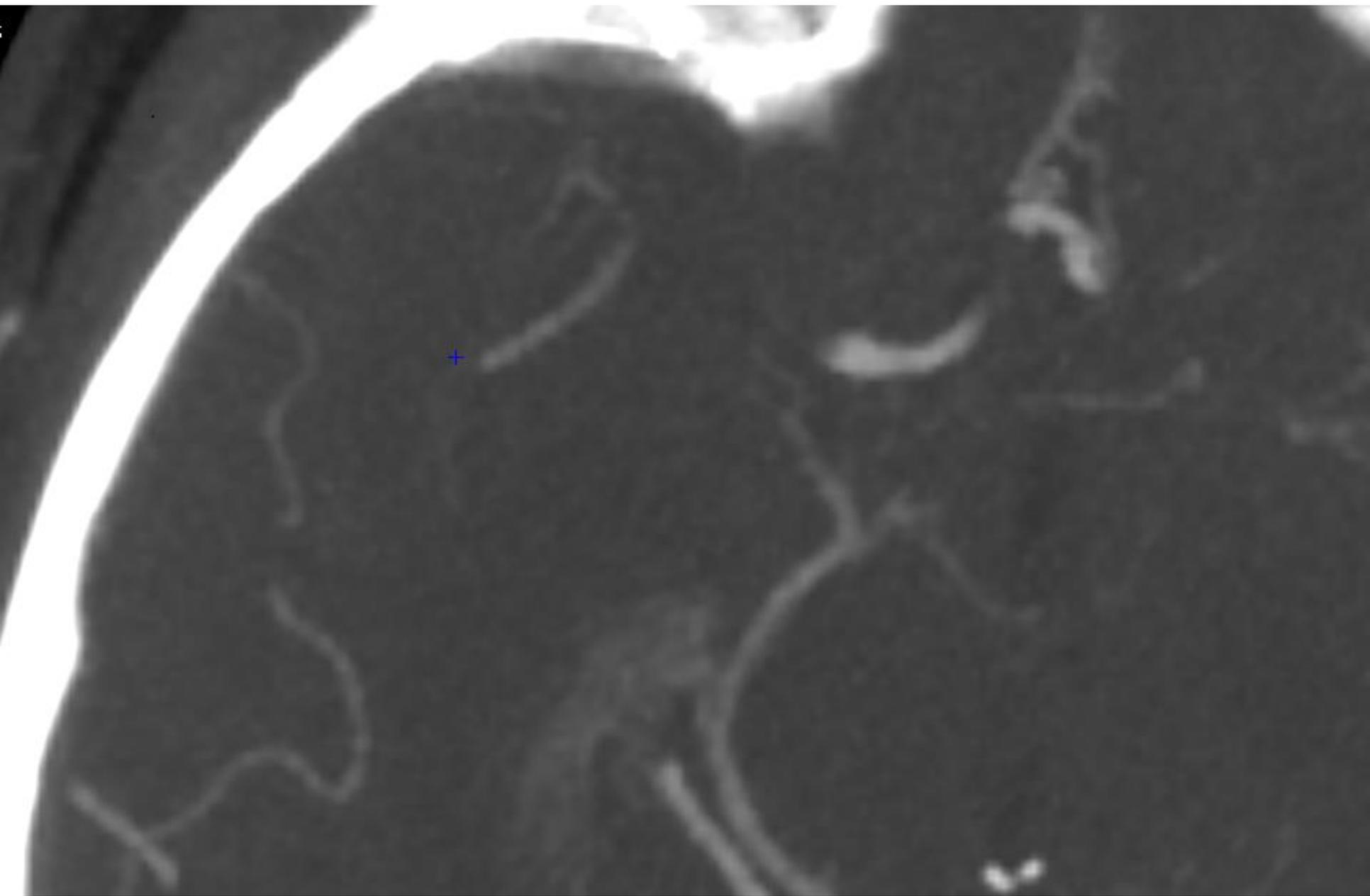
Mr G P 1957

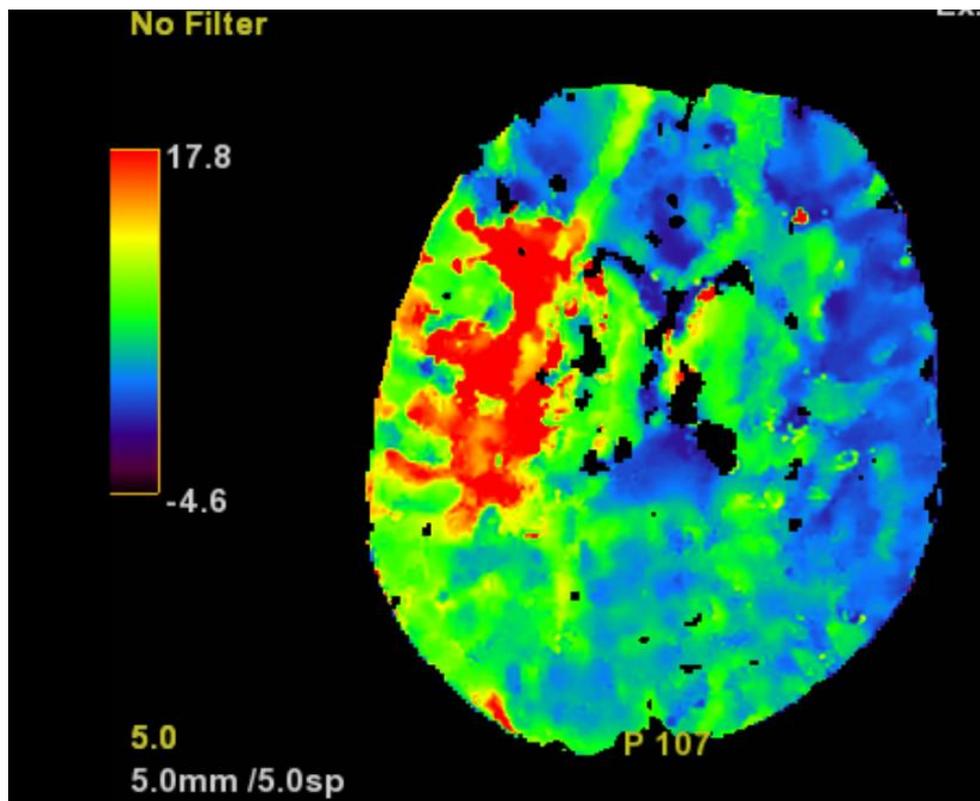
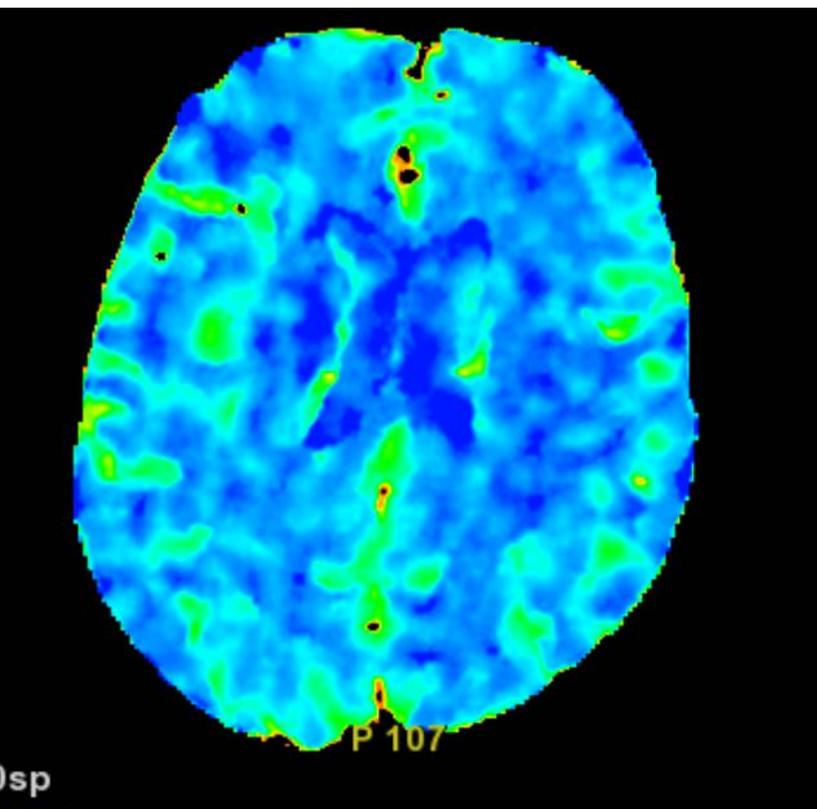
Atcd :

**chute à 22h40 ds la salle de bain, fils à côté
entendant la chute. Hemiplegie G. appel
SAMU qui envoie les pompiers score NIHSS
17, pas de céphalée ECG sinusal TAS 145
angio scan cerebral. HTA**





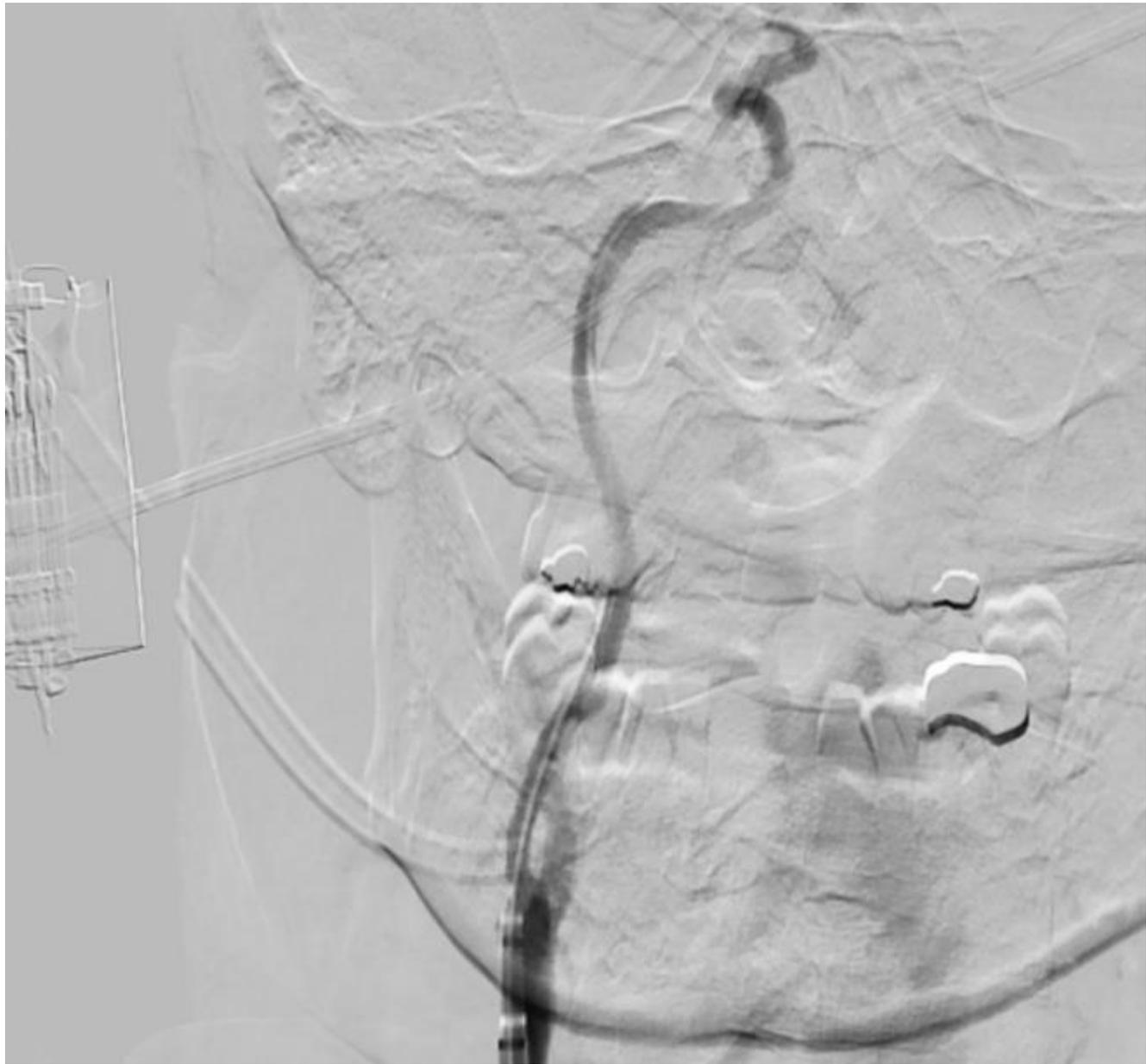




RECAPITULATIF

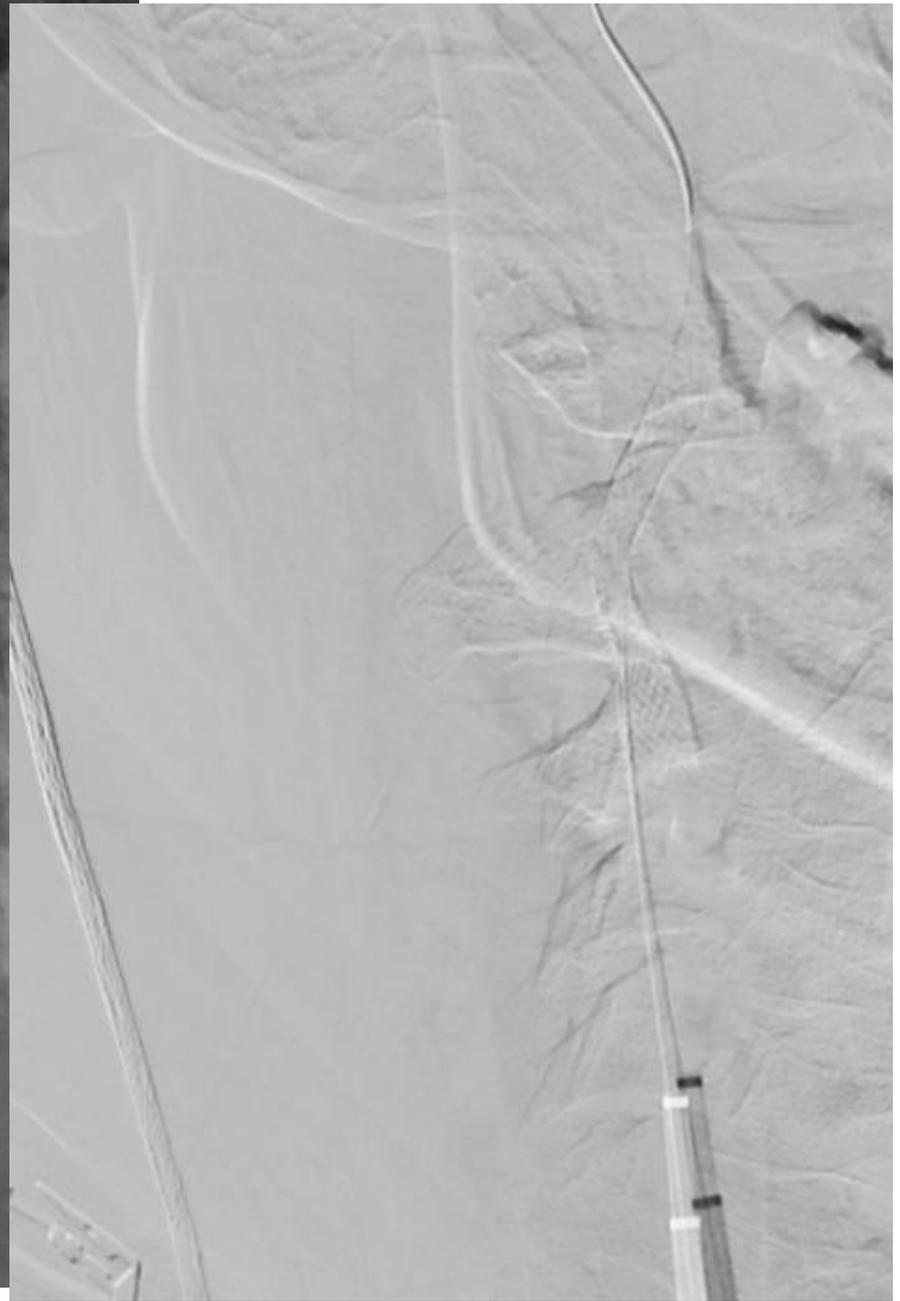
- Heure des symptomes : 22h40 NIHSS 17
- Scanner : 23h45
- Actilyse : 00h05
- Bloc : 00h15
- Ponction artériel : 00h35
- Désobstruction intra craniene : 01h20







- Décision de stenting carotidien
 - Fallait il faire le coté controlatéral ?
 - Fallait il débiter l'aspirine IV à ce moment ?
 - Ce résultat était il déjà en soit satisfaisant et fallait il attendre ?
 - Faut il occlure la carotide pour éviter le risque embolique ?
 - Angioplastie seule suffit elle ?
 - Prévenir anesthésistes ; rajouter de manière systématique atropine





Occlusion Stent

5 min après

Décision de dilatation dans le stent

Aspiration dans le stent
Stenting retrieveur dans le stent
Agrasta devant le stent
Aspirine IV et attendre
Coté controlatérale

Anesthésistes prévenu

Je ne demande pas spécifiquement atropine en amont

Expérience Bordelaise

Aspect peu sténosé

Gonflage progressif lent

Asystolie rattrapée facilement

Patient vomi : décision d'intubation.

Tout les tandem : AG

Pendant l'intubation matériel au sein de la carotide : environ 40 minutes

Protocole d'héparine ?

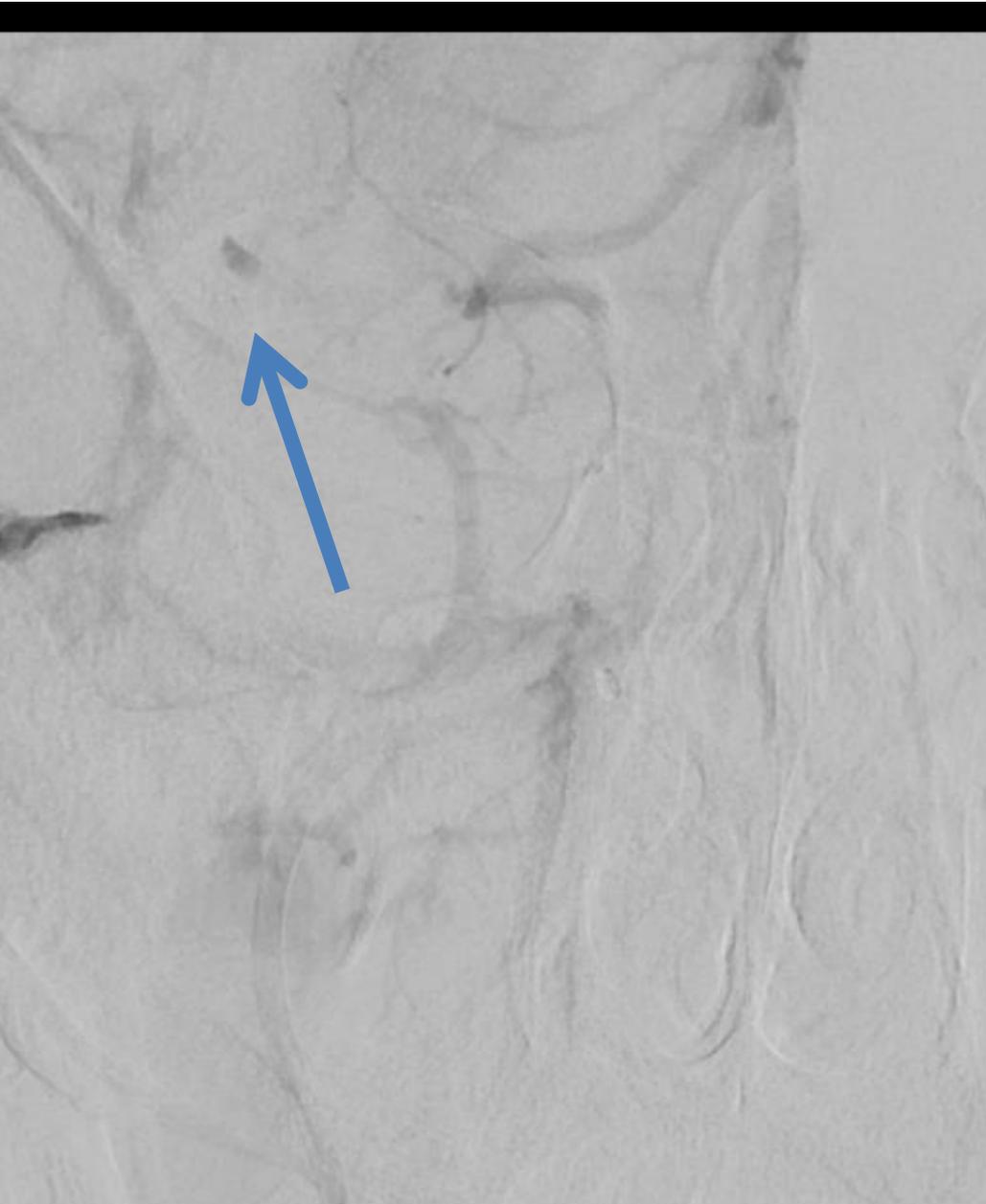
Pochons héparinés ?

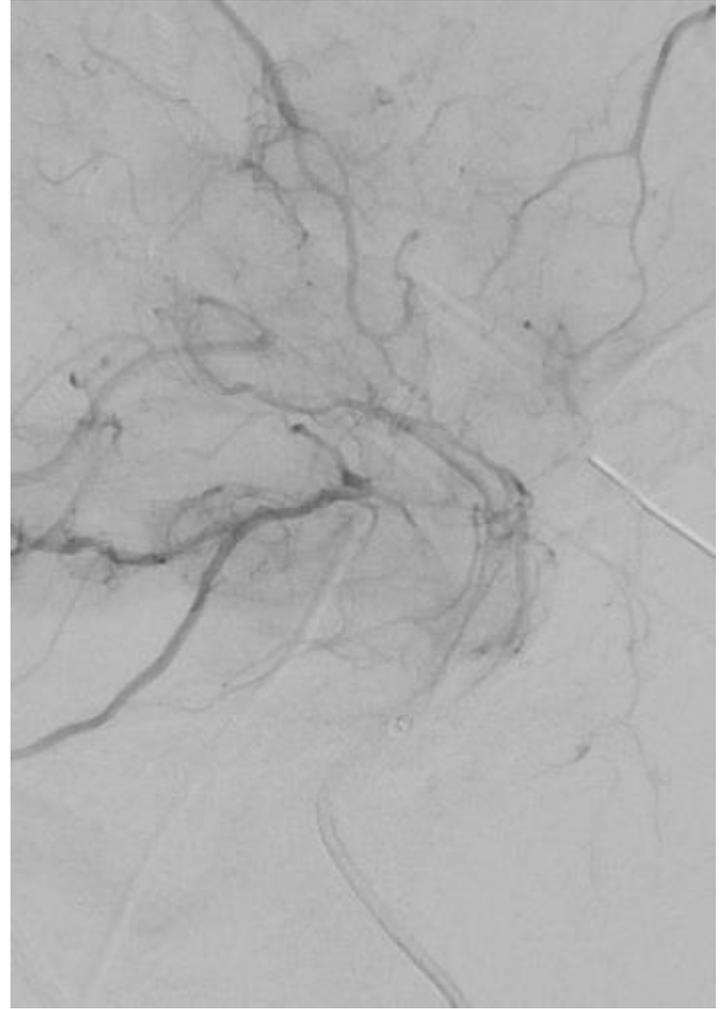
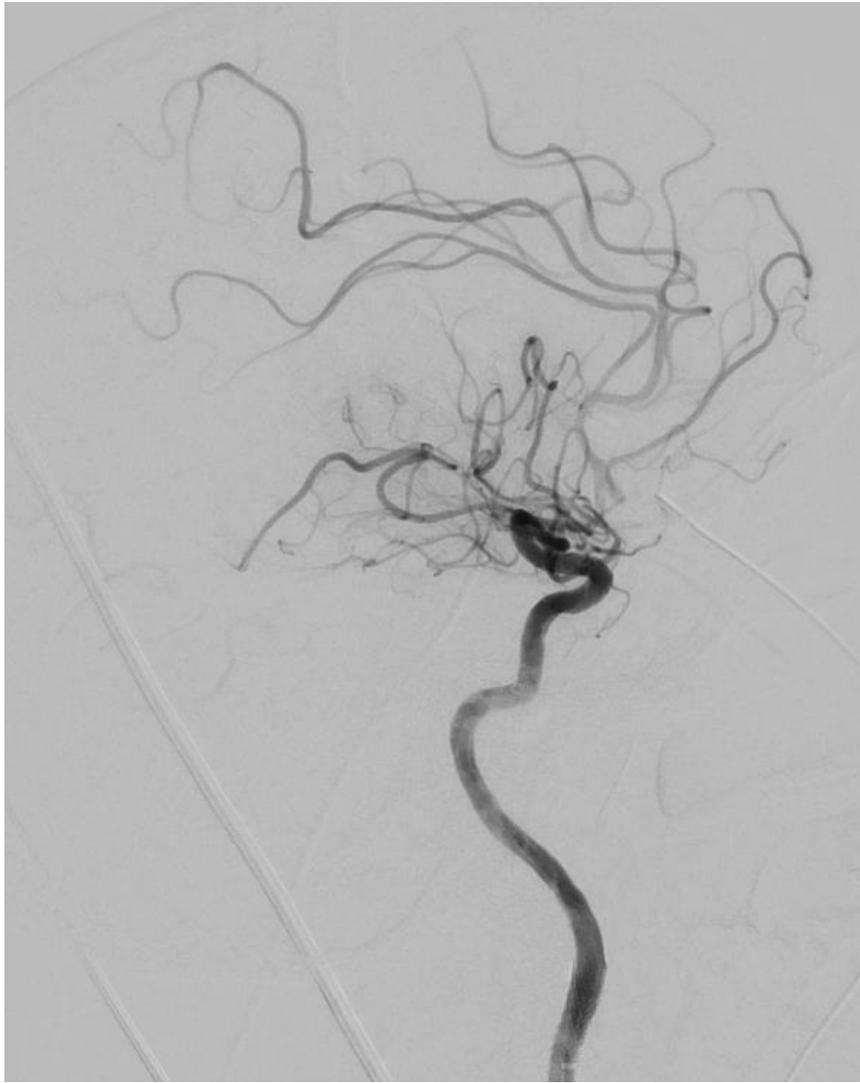


40 minutes plus tard
Soit 1h20 après la thrombectomie

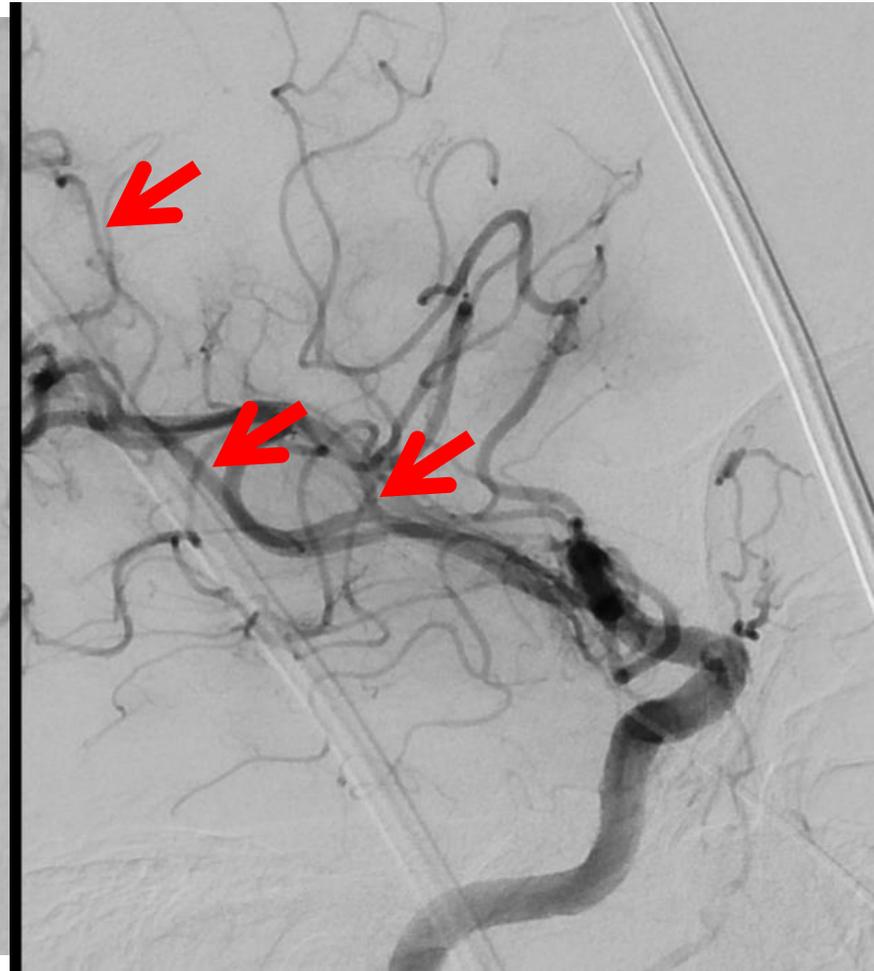
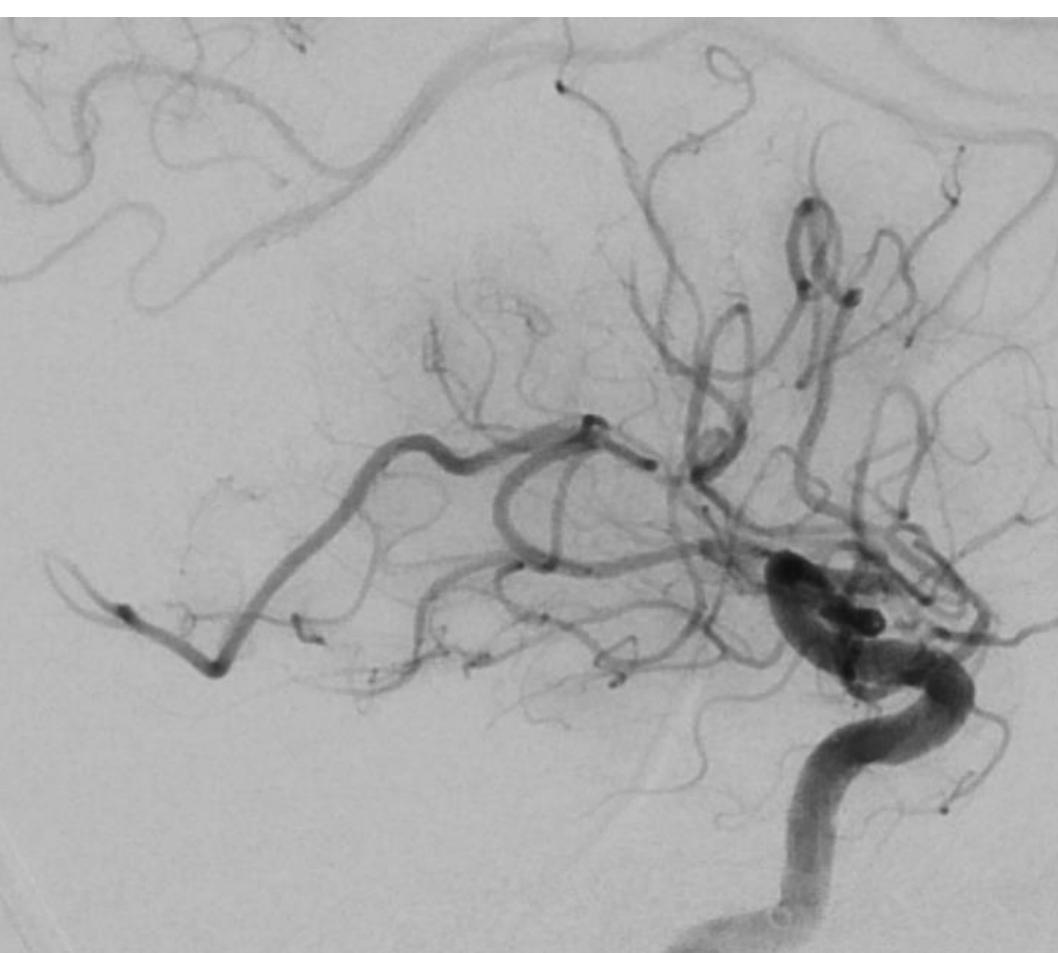


1 minute plus tard :





Quelques minutes sans intervention ou ttt entre les deux angiographies



- ARRET de la procédure devant
 - Artériographie relativement satisfaisante.
 - Réocclusions ératiques
 - Durée de la procédure
 - Distalité des embols
 - Inefficacité probable des moyens thérapeutiques pouvant encore être utilisés.
 - Balance bénéfique / risque en défaveur
 - Accord avec le Neurologue

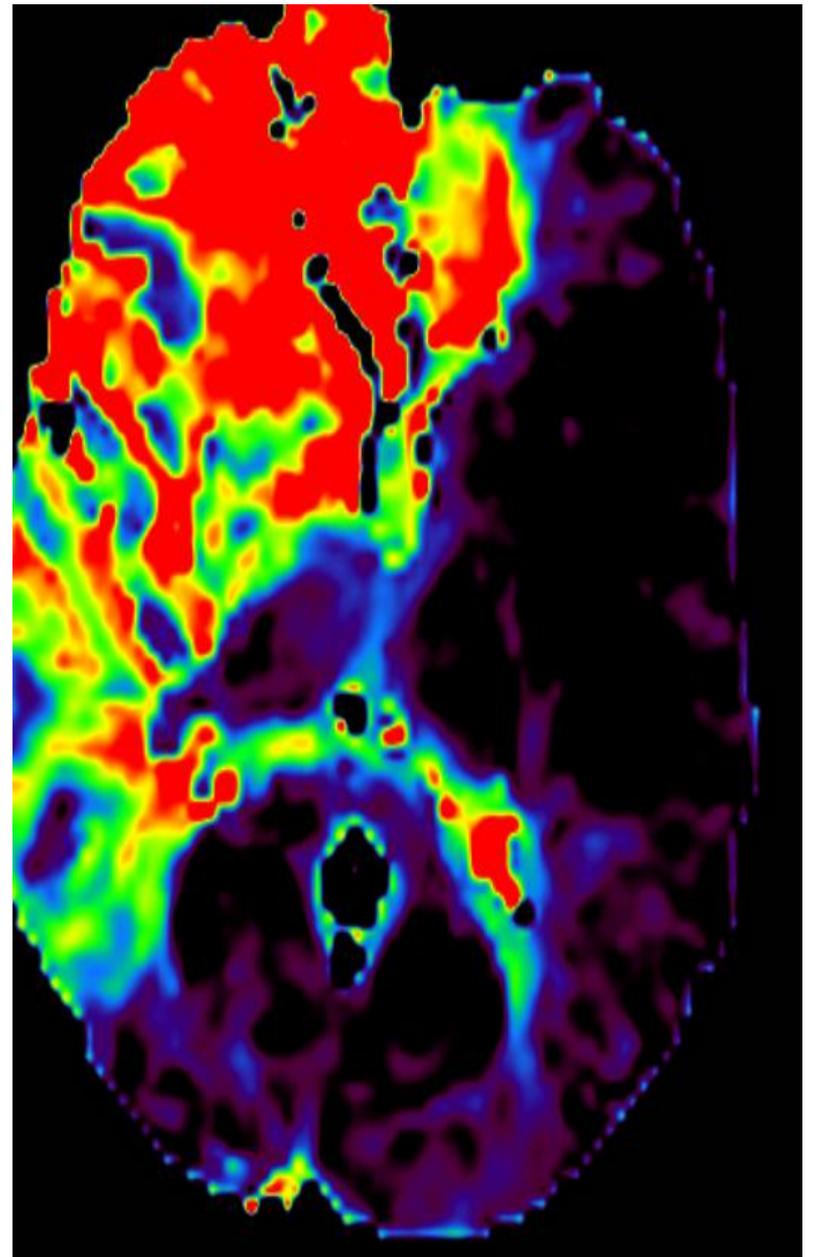
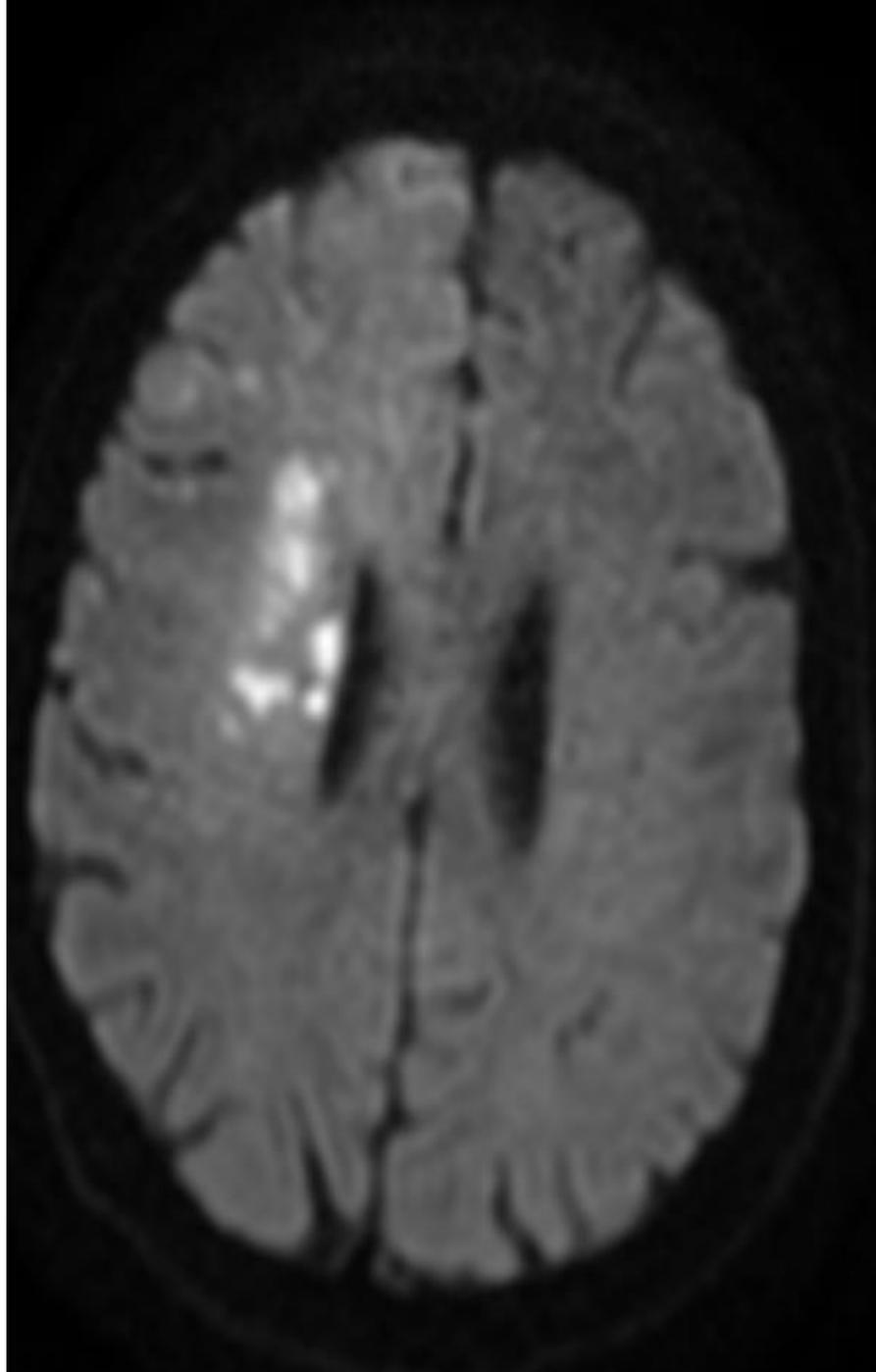
Questions ouverte, patient 4

Depuis quelques jours, Madame 59 ans présente des céphalées faisant évoquer une sinusite pour laquelle un traitement par PYOSTACINE puis AUGMENTIN a été proposé.

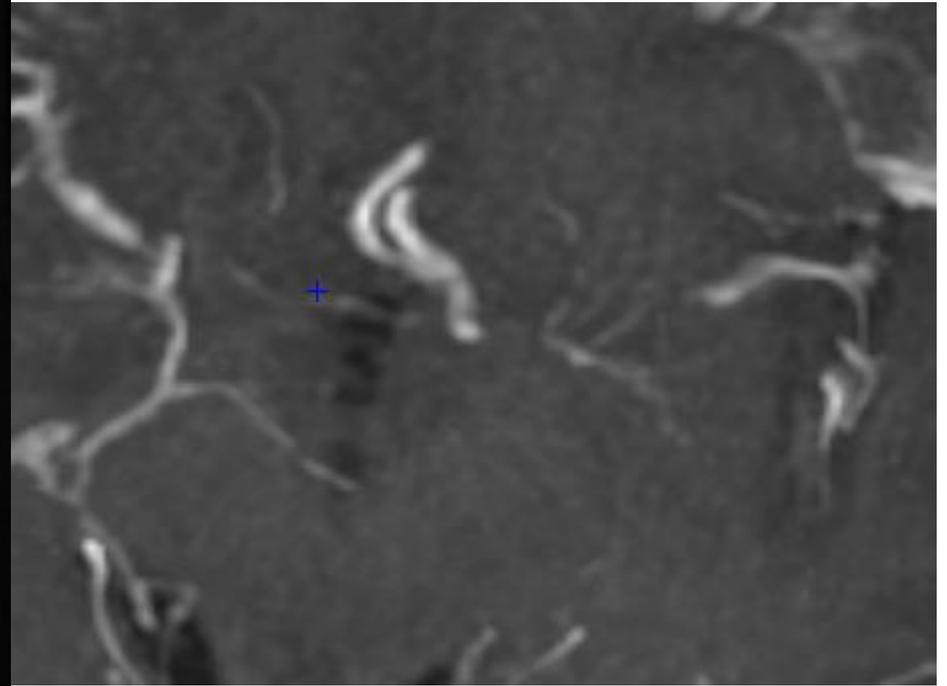
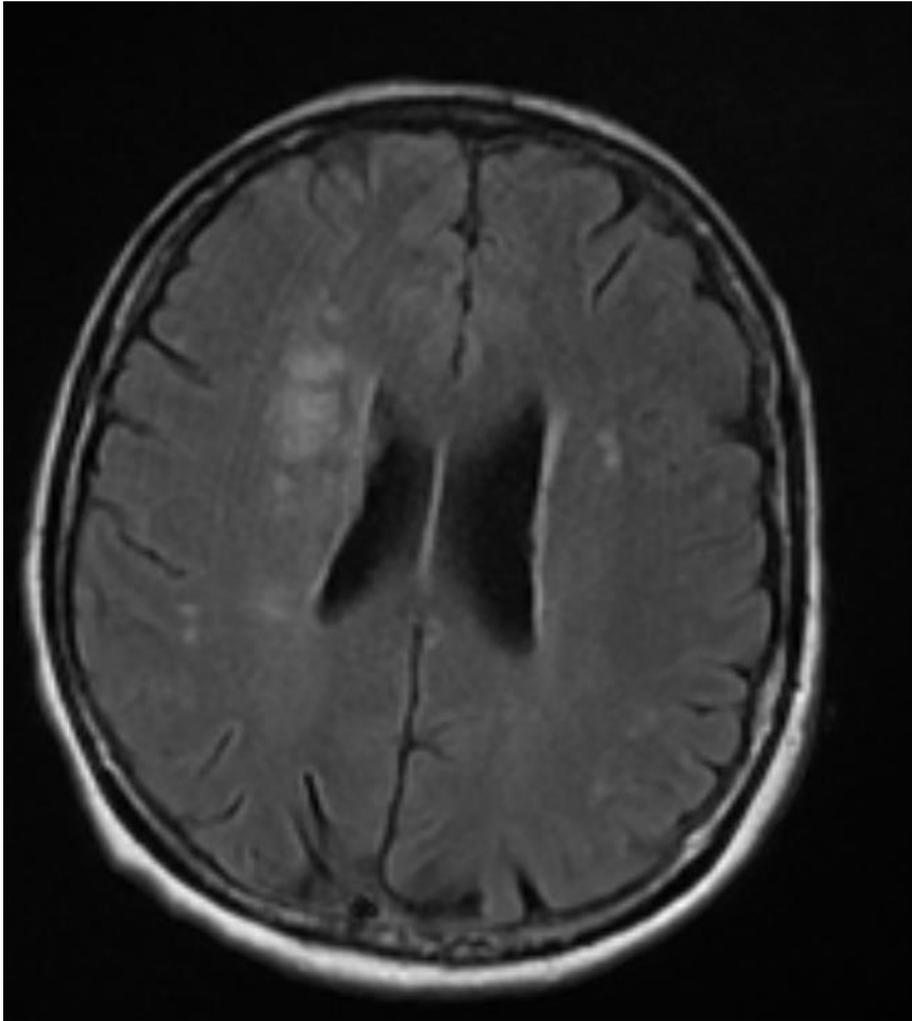
Depuis 48 heures, la patiente présente des troubles du comportement, mais qui n'ont pas compromis son activité au travail.

2 jours plus tard la patiente a voulu se lever pour aller aux toilettes : son mari est réveillé par le bruit d'une chute.

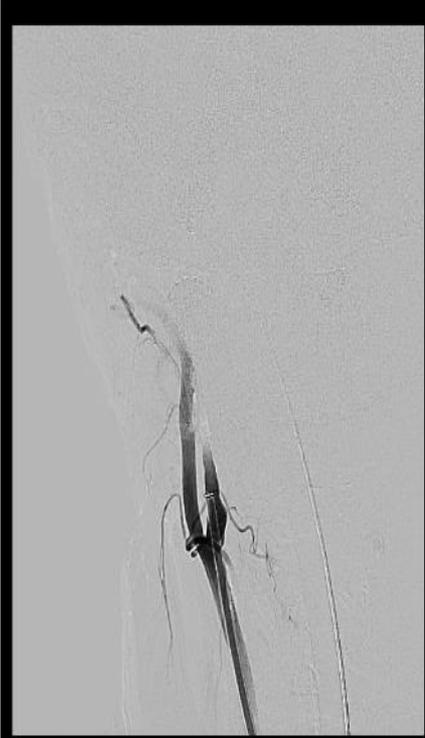
Vers 5h30 du matin IRM 6h30
Première série au bloc 7h20
Thrombolyse IV





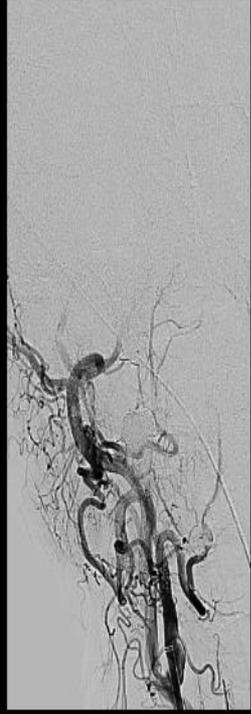


Lésions ischémiques récentes et semi récente, déjà en FLAIR par endroit :
Carotide occluse depuis le début des symptome > 48h Pas de thrombolyse
Pas de flux lent en FLAIR +++++++
Arteres malades controlat aussi?



L

R



L

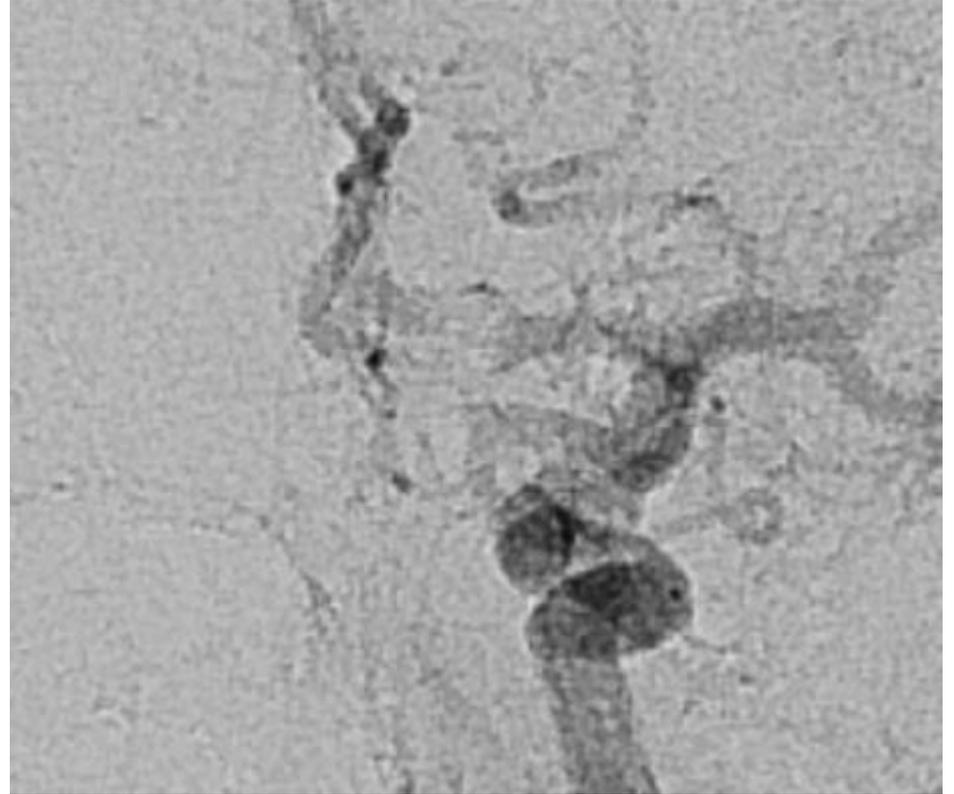
R



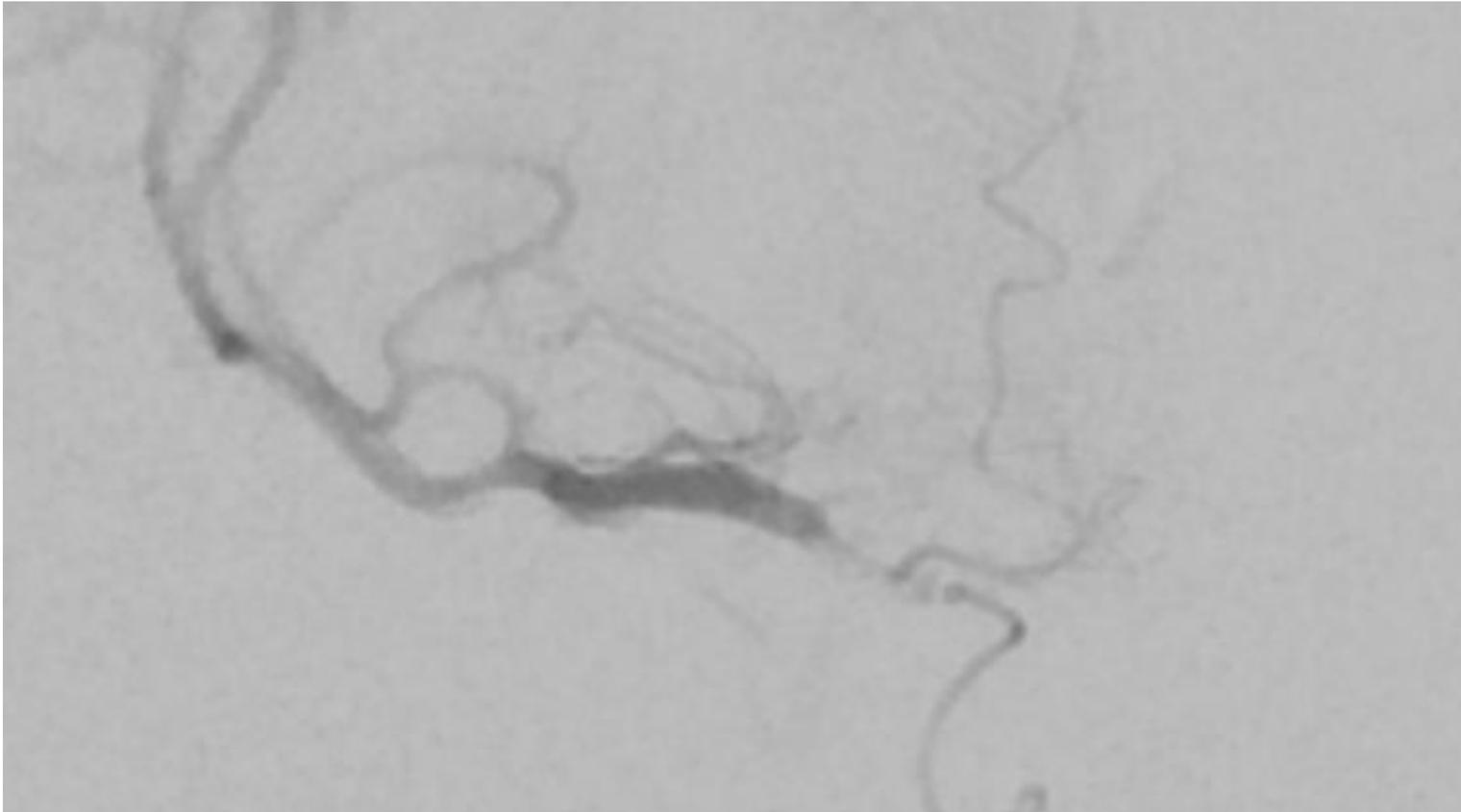
L



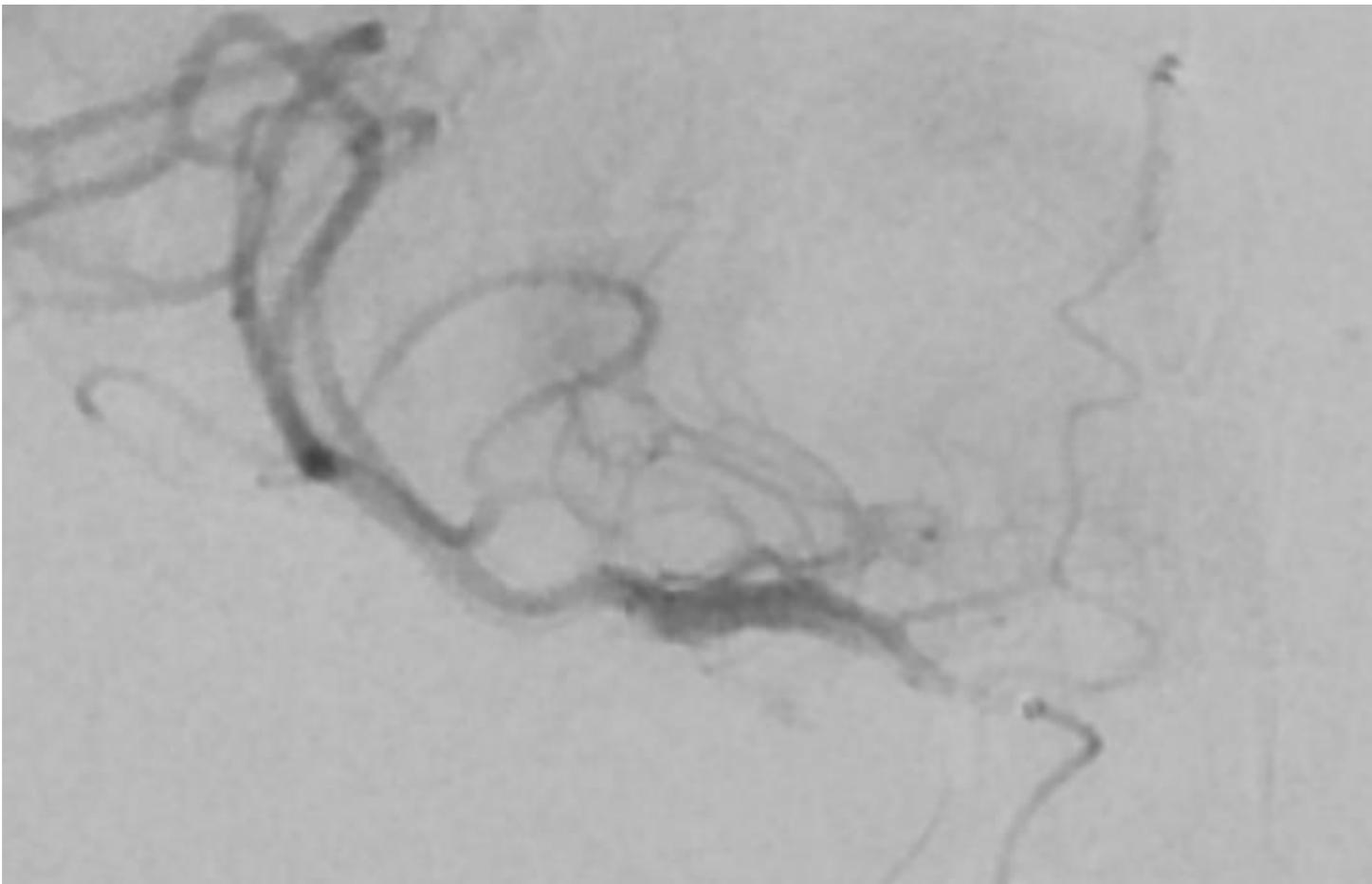
A droite



A gauche

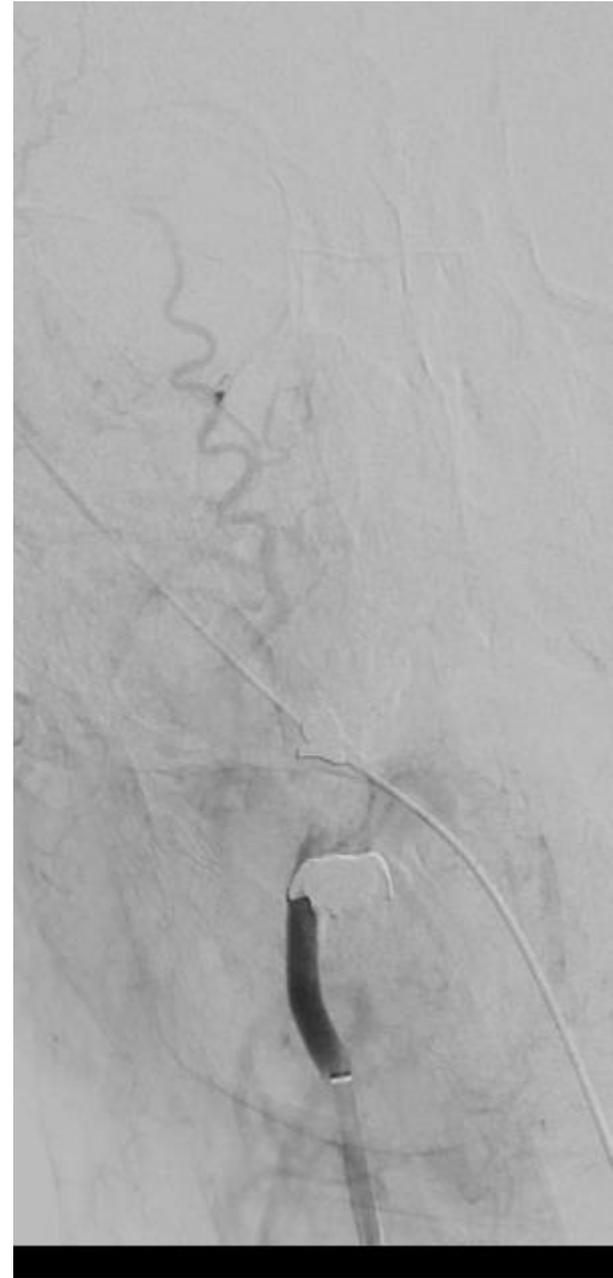
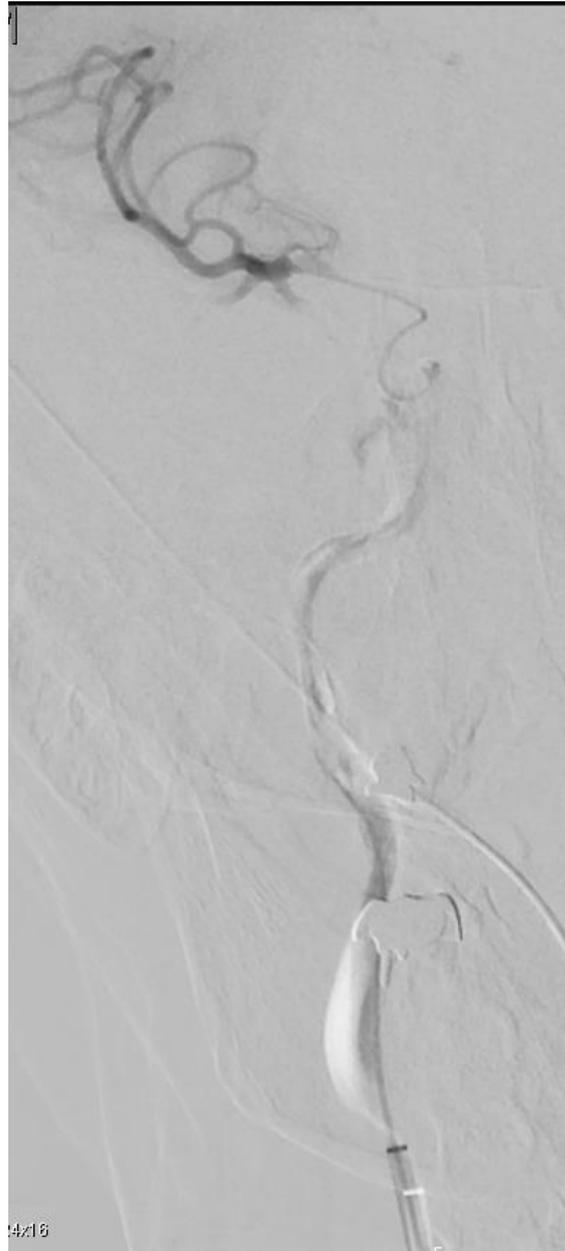
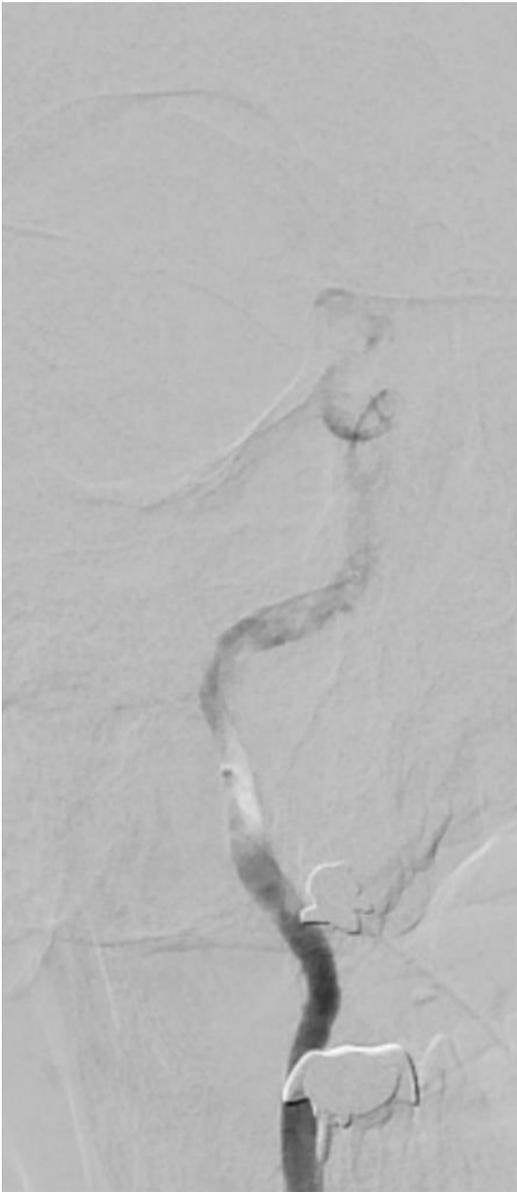


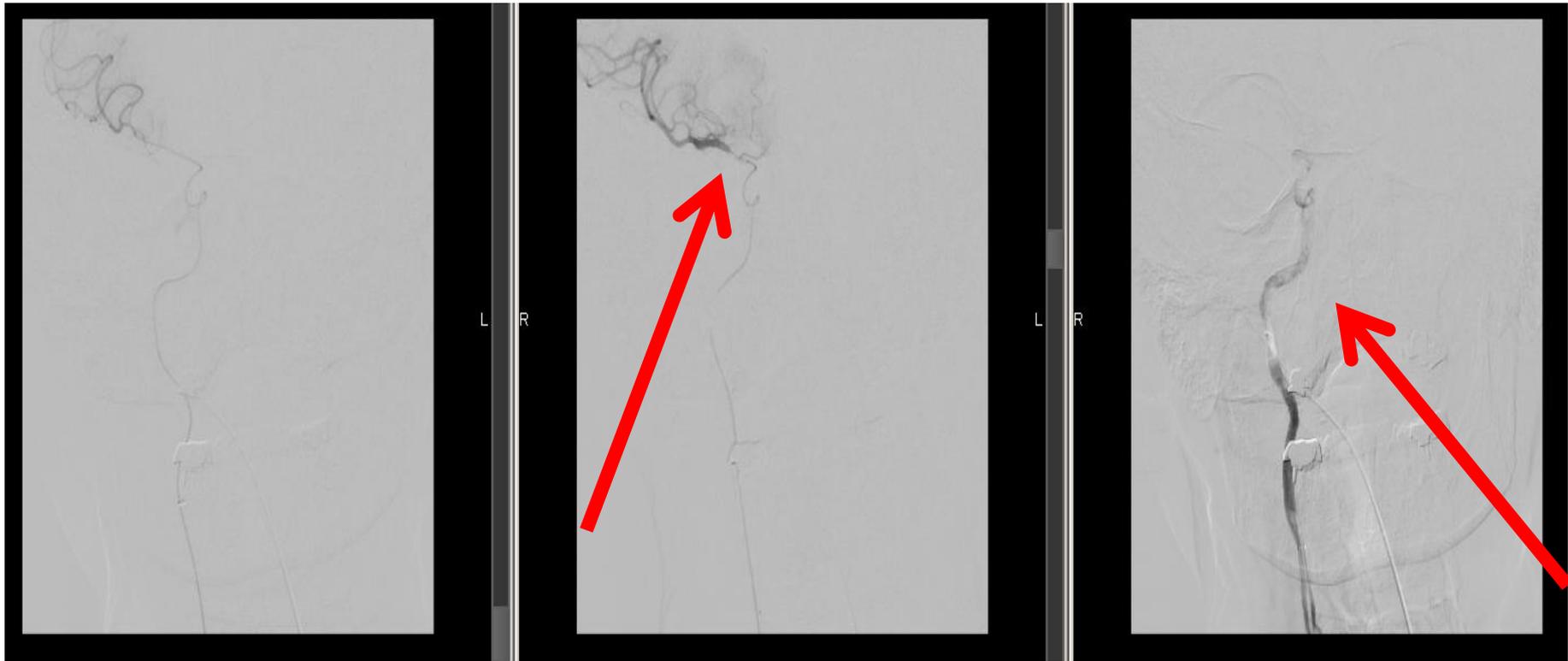
Opacification prudente dans le micro KT pour voir un peu ce qu'il y a derriere l'obstruction



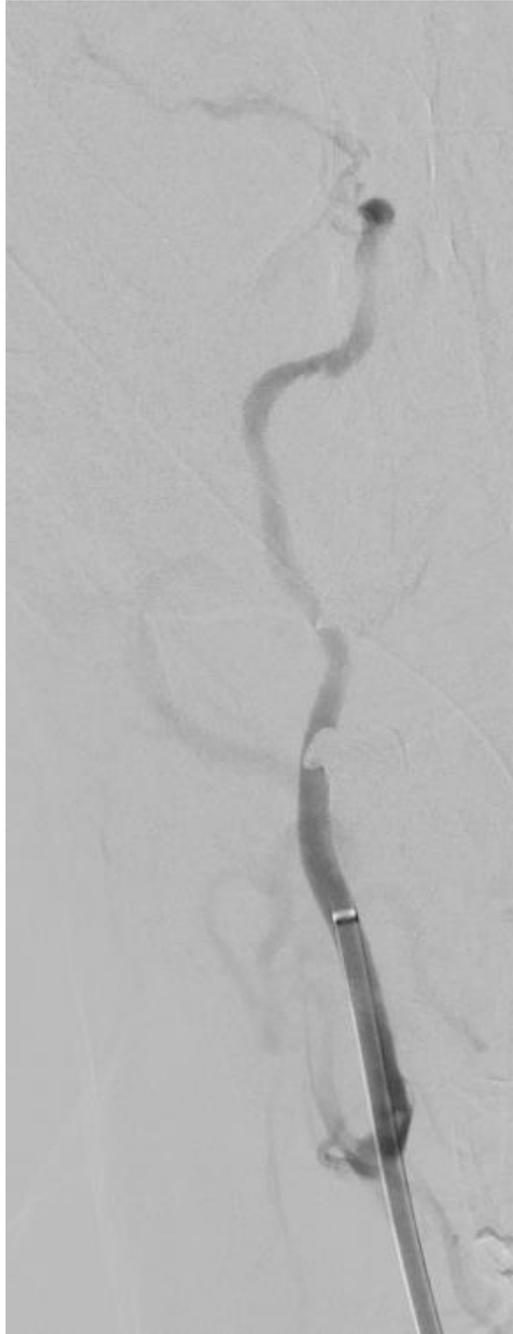
Cela parait pas mal, bonne opacification des arteres M2
ATTENTION devant le KT des thrombus

Injection de 3 mg de Nimotop durant la procédure en raison d'importants spasmes artériels.



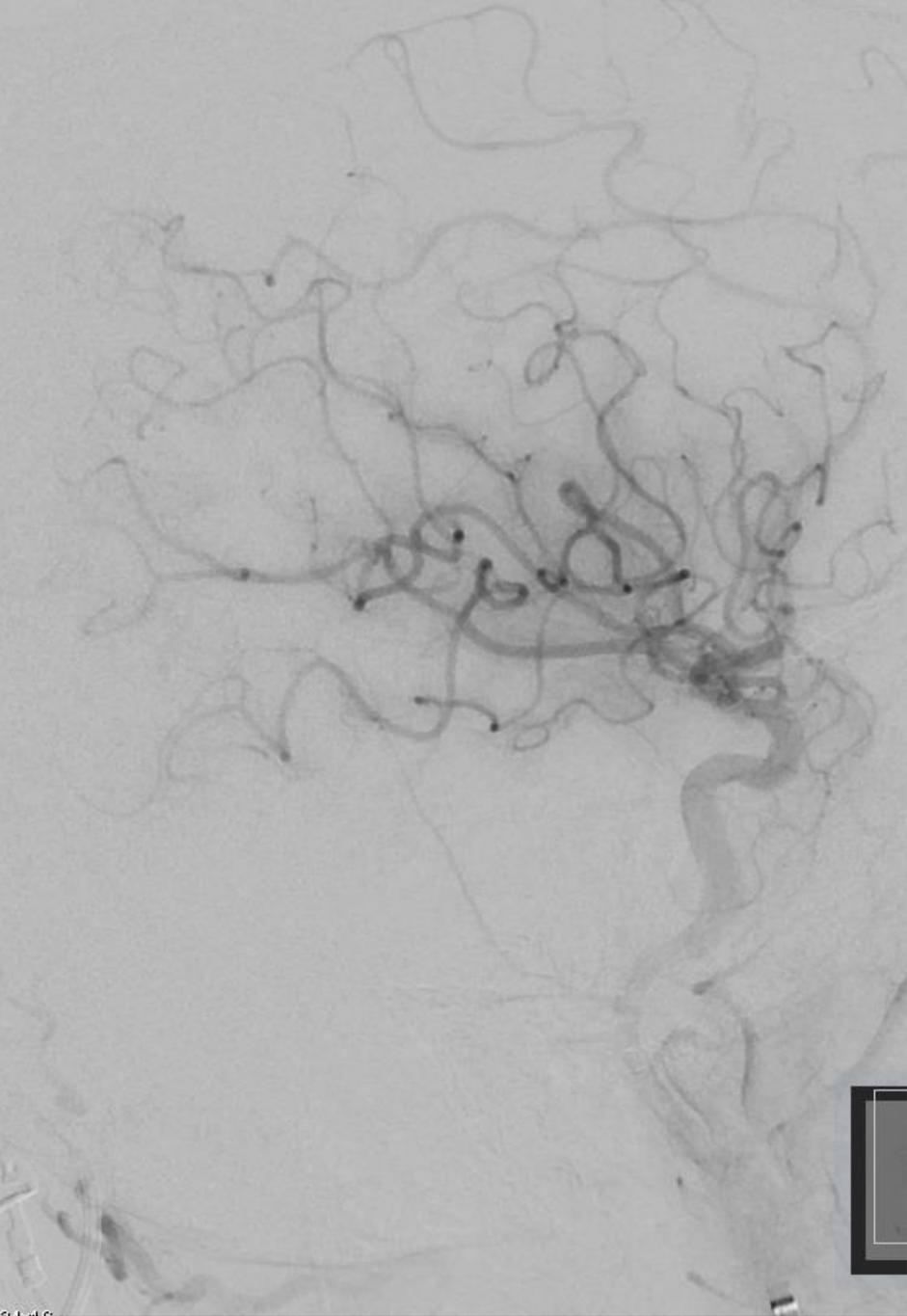


Nous réussissons à ramener quelques thrombus avec des passages de stents Retriever 6 x 25mm. Après plusieurs passages il semble que le thrombus le plus distal ne revienne pas avec cette technique.



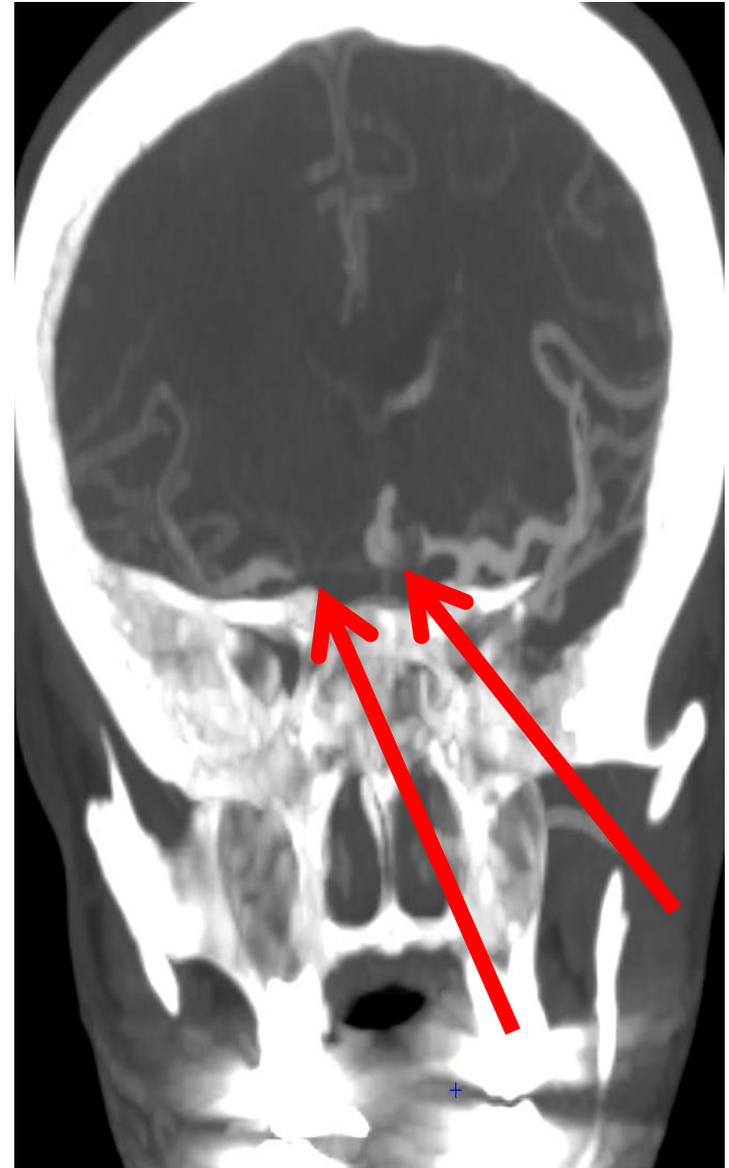


9h 40





**Scan de
contrôle à 20
min post
thrombec
devant
dégradation
clinique**



Reocclusion + A1 hypotrophique + sténose occlusive de A1 controlat

