

Prises en charge des suspicions **d'accident vasculaire cérébraux** sur le CH Seclin

déclinaison des algorithmes-aide à l'orientation en l'absence de neurologue sur site

Dr M Girot

01/07/2025



Neurologue vasculaire (heures ouvrables) :
standard CHR 0320445962 et poste 30116

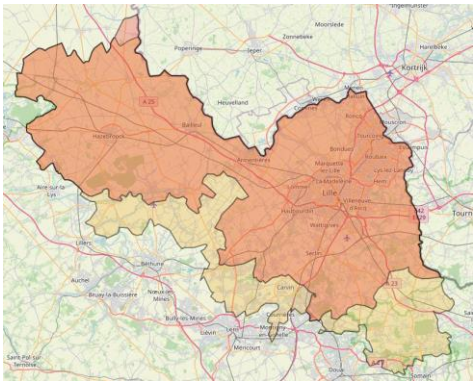
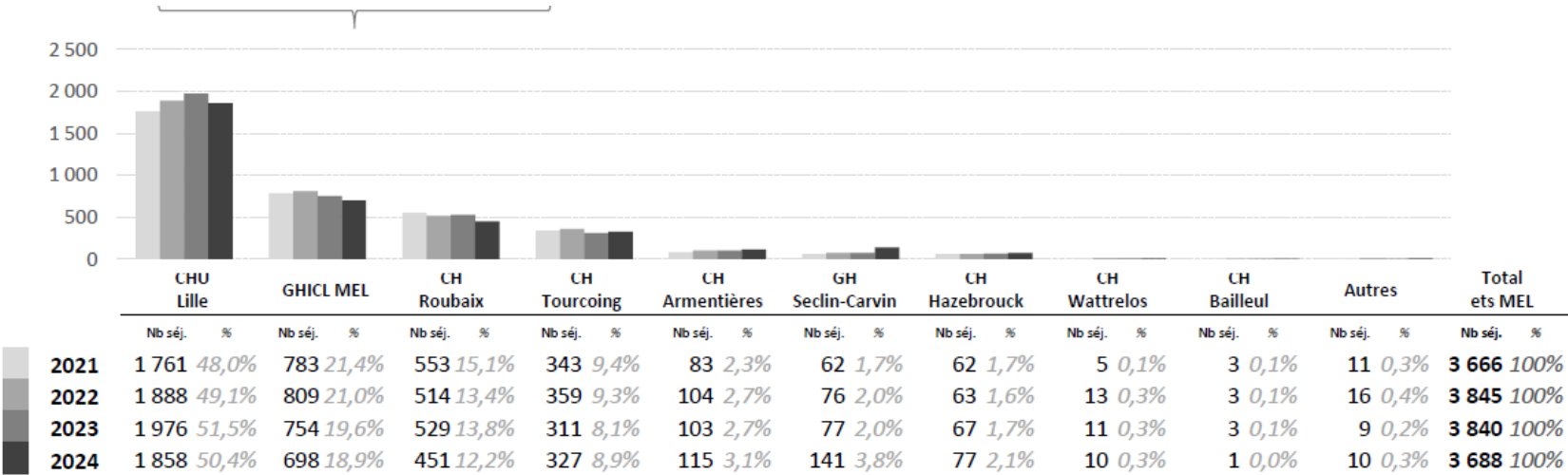
Neurologue de garde (hors heures ouvrables) :
standard CHR 0320445962 et poste 31244

Introduction

- **Historique**
- **Pre requis**
 - Partage d'image
 - Avis de senior à senior
- Une coopération fluide : répondre à vos besoins **et** solliciter la garde de manière appropriée

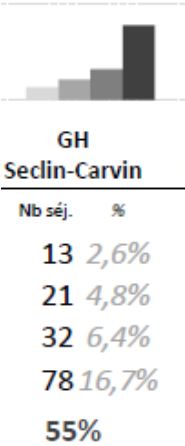
AVC/ AIT : chiffres clés

- AVC



NB : passages aux urgences (HCD) suivi d'un transfert dans un autre Ets → Un RSS pour chacun des 2 établissements

- HDJ AIT



urgence thérapeutique :
reperfusion IV ou TM

Prise en charge des AVC / AIT aux urgences de Seclin

AVC / AIT < 6h ou AVC du réveil ou dernière fois vu normal non daté

→ **Réorientation en mode alerte SAU-CHU**

- Score NIHSS
- Autonomie
- ATCD / ttt (anticoagulation / diabète)
- Pas d'imagerie en 1ère intention
- Appeler neurologue vasculaire (heures ouvrables) / neurologue de garde :

- TRANSFERT de type « **Alerte Thrombolyse** » immédiat pour IRM/CHU

- Si transfert refusé : demande d'une expertise neurologique explicite

C.A.T précise :

☐ Indication d'hospitalisation en UNV validée : oui / non

☐ transfert différé ?

.....

.....

☐ imagerie sur place ? oui / non

☐ type d'imagerie ?

.....

☐ questions à poser au radiologue / séquences ?

.....

☐ thérapeutique / prise en charge ?

.....

.....

- si patient non transféré par défaut de place

Appeler autres Unités Neuro Vasculaires si pas de place

Reste en surveillance rapprochée aux **soins intensifs**

avec réévaluation régulière pour valider / discuter l'orientation (UNV versus post-urgence)

- si patient non transféré pour diagnostic d'AVC peu probable

Reste en surveillance rapprochée en **UHCD**

avec réévaluation en heures ouvrables pour valider / discuter l'orientation

(UNV versus post-urgence)

CONTACTS NEUROLOGUES CHRU LILLE

Dr GIROT Marie (heures ouvrables)

standart CHR et poste 30057

ou appeler le 9 + téléphone portable

présente le mardi après-midi sur Seclin (poste 8612)

mail : marie.destee@chru-lille.fr

Neurologue vasculaire de garde 24/24h :

AVC => Neurologue Vasculaire : poste 30116

Item	Intitulé	Cotation	Score	
1a	Vigilance	0 = Vigilance normale, réactions vives 1 = Trouble léger de la vigilance : obnubilation, éveil plus ou moins adapté aux stimulations environnantes 2 = Coma; réactions adaptées aux stimulations nociceptives 3 = Coma grave : réponse stéréotypée ou aucune réponse motrice		
1b	Orientation (mois, âge)	0 = Deux réponses exactes 1 = Une seule bonne réponse 2 = Pas de bonne réponse		
1c	Commandes (ouverture des yeux, ouverture du poing)	0 = Deux ordres effectués 1 = Un seul ordre effectué 2 = Aucun ordre effectué		
2	Oculomotricité	0 = Oculomotricité normale 1 = Ophtalmoplégie partielle ou déviation réductible du regard 2 = Ophtalmoplégie horizontale complète ou déviation forcée du regard		
3	Champ visuel	0 = Champ visuel normal 1 = Quadrantopie latérale homonyme ou hémianopsie incomplète ou négligence visuelle unilatérale 2 = Hémianopsie latérale homonyme franche 3 = Cécité bilatérale ou coma (1a = 3)		
4	Paralysie faciale	0 = Motricité faciale normale 1 = Asymétrie faciale modérée (paralysie faciale unilatérale incomplète) 2 = Paralysie faciale unilatérale centrale franche 3 = Paralysie faciale périphérique ou diplégie faciale		
5	Motricité du membre supérieur	0 = Pas de déficit moteur proximal 1 = Affaissement dans les 10 secondes, mais sans atteindre le plan du lit 2 = Effort contre la pesanteur, mais le membre chute dans les 10 secondes sur le plan du lit 3 = Pas d'effort contre la pesanteur (le membre chute mais le patient peut faire un mouvement tel qu'une flexion de hanche ou une adduction) 4 = Absence de mouvement (coter 4 si le patient ne fait aucun mouvement volontaire) X = Cotation impossible (amputation, arthrodèse)	D	G

Orientation vers UNV

Prise en charge des AVC / AIT aux urgences de Seclin

AVC > 6h / NIHSS > ou = 4

→ **Transfert vers UNVs dès que possible**

- Score NIHSS

**NB : si NIHSS > 8-10 et délai 6-12H → alerte de principe
car possible indication à thrombectomie**

- Autonomie
- ATCD / ttt (anticoagulation / diabète)

- Faire **imagerie cérébrale** :

IRM cérébrale + ARM

ou scanner cérébral + angioscanner cérébral

- Transfert de l'imagerie cérébrale PACS to PACS au CHR Lille
- ECG / Biologie
- Appeler neurologue vasculaire : **Expertise neurologue vasculaire**
neurologue de garde / Dr Girot (heures ouvrables) :

Si transfert refusé : demande d'une expertise neurologique explicite

☐ Indication d'hospitalisation en UNV validée : oui / non

☐ transfert différé ?

.....

☐ thérapeutique / prise en charge ?

.....

- si patient non transféré par défaut de place

Appeler autres Unités Neuro Vasculaires si pas de place

Reste en surveillance rapprochée aux **soins intensifs**

avec réévaluation régulière pour valider / discuter l'orientation (UNV versus post-urgence)

- si patient non transféré pour diagnostic d'AVC peu probable

Reste en surveillance rapprochée en **UHCD**

avec réévaluation en heures ouvrables pour valider / discuter l'orientation
(UNV versus post-urgence)

CONTACTS NEUROLOGUES CHRU LILLE

Dr GIROT Marie (heures ouvrables)

standart CHR et poste 30057

ou appeler le 9 + téléphone portable

présente le mardi après-midi sur Seclin (poste 8612)

mail : marie.destee@chru-lille.fr

Neurologue vasculaire de garde 24/24h :

AVC => Neurologue Vasculaire : poste 30116

Item	Intitulé	Cotation	Score	
1a	Vigilance	0 = Vigilance normale, réactions vives 1 = Trouble léger de la vigilance : obnubilation, éveil plus ou moins adapté aux stimulations environnantes 2 = Coma; réactions adaptées aux stimulations nociceptives 3 = Coma grave : réponse stéréotypée ou aucune réponse motrice		
1b	Orientation (mois, âge)	0 = Deux réponses exactes 1 = Une seule bonne réponse 2 = Pas de bonne réponse		
1c	Commandes (ouverture des yeux, ouverture du poing)	0 = Deux ordres effectués 1 = Un seul ordre effectué 2 = Aucun ordre effectué		
2	Oculomotricité	0 = Oculomotricité normale 1 = Ophtalmoplégie partielle ou déviation réductible du regard 2 = Ophtalmoplégie horizontale complète ou déviation forcée du regard		
3	Champ visuel	0 = Champ visuel normal 1 = Quadrantopsie latérale homonyme ou hémianopsie incomplète ou négligence visuelle unilatérale 2 = Hémianopsie latérale homonyme franche 3 = Cécité bilatérale ou coma (1a = 3)		
4	Paralysie faciale	0 = Motricité faciale normale 1 = Asymétrie faciale modérée (paralysie faciale unilatérale incomplète) 2 = Paralysie faciale unilatérale centrale franche 3 = Paralysie faciale périphérique ou diplégie faciale		
5	Motricité du membre supérieur		D	G
		0 = Pas de déficit moteur proximal		
		1 = Affaissement dans les 10 secondes, mais sans atteindre le plan du lit		
		2 = Effort contre la pesanteur, mais le membre chute dans les 10 secondes sur le plan du lit		
		3 = Pas d'effort contre la pesanteur (le membre chute mais le patient peut faire un mouvement tel qu'une flexion de hanche ou une adduction)		
		4 = Absence de mouvement (coter 4 si le patient ne fait aucun mouvement volontaire)		
		X = Cotation impossible (amputation, arthrodèse)		

NIHSS GRILLE DE COTATION**DATE :** _____**Thrombolyse heure début :** _____**Thrombolyse heure fin :** _____

ITEM	INTITULE	COTATION	SCORE	HEURES								
1a	Vigilance	0 vigilance normale, réactions vives 1 trouble léger de la vigilance : obnubilation, éveil plus ou moins adapté aux stimulations environnantes 2 coma : réactions adaptées aux stimulations nociceptives 3 coma grave : réponse stéréotypée ou aucune réponse motrice										
1b	Orientation (mois, âge)	0 deux réponses exactes 1 une seule bonne réponse 2 pas de réponse										
1c	Commandes (ouverture des yeux, ouverture du poing)	0 deux ordres effectués 1 un seul ordre effectué 2 aucun ordre effectué										
2	Oculomotricité	0 oculomotricité normale 1 ophtalmoplégie partielle ou déviation réductible du regard 2 ophtalmoplégie horizontale complète ou déviation forcée du regard										
3	Champ visuel	0 champ visuel normal 1 quadrantanopsie latérale homonyme ou hémianopsie incomplète ou négligence visuelle unilatérale 2 hémianopsie homonyme franche 3 cécité bilatérale ou coma (1a = 3)										
4	Paralysie faciale	0 motricité faciale normale 1 asymétrie faciale modérée (paralysie faciale unilatérale incomplète) 2 paralysie faciale unilatérale centrale franche 3 paralysie faciale périphérique ou diplégie faciale										
5	Motricité Membre supérieur	0 pas de déficit moteur proximal 1 affaissement dans les 10 secondes, mais sans atteindre le plan du lit 2 effort contre la pesanteur, mais le membre chute dans les 10 secondes sur le plan du lit 3 pas d'effort contre la pesanteur (le membre chute mais le patient peut réaliser une contraction musculaire avec ou sans mouvement du membre) 4 absence de mouvement (coter 4 si le patient ne fait aucun mouvement volontaire) X cotation impossible (amputation, arthrodèse)	D	G	D	G	D	G	D	G	D	G
6	Motricité Membre inférieur	0 pas de déficit moteur proximal 1 affaissement dans les 5 secondes, mais sans atteindre le plan du lit 2 effort contre la pesanteur, mais le membre chute dans les 5 secondes sur le plan du lit 3 pas d'effort contre la pesanteur (le membre chute mais le patient peut faire un mouvement tel qu'une flexion de hanche ou une adduction) 4 absence de mouvement (le patient ne fait aucun mouvement volontaire) X cotation impossible (amputation, arthrodèse)	D	G	D	G	D	G	D	G	D	G
7	Ataxie	0 ataxie absente 1 ataxie présente pour 1 membre 2 ataxie présente pour 2 membres ou plus										
8	Sensibilité	0 sensibilité normale 1 hypoesthésie minime à modérée 2 hypoesthésie sévère ou anesthésie										
9	Langage	0 pas d'aphasie 1 aphasie discrète à modérée : communication informative 2 aphasie sévère 3 mutisme : aphasie totale										
10	Dysarthrie	0 normal 1 dysarthrie discrète à modérée 2 dysarthrie sévère X cotation impossible										
11	Extinction Négligence	0 absence d'extinction et de négligence 1 extinction dans une seule modalité, visuelle ou sensitive, ou négligence partielle auditive, spatiale ou personnelle 2 négligence sévère ou anosognosie ou extinction portant sur plus d'une modalité sensorielle										
Décembre 2012			TOTAL									

Rationnel

- **Cas particulier d'une fenêtre thérapeutique étendue sur critères mismatch/occlusion → appel au moindre doute**
- **Bénéfice UNV pour tout AVC : lieu final d'hospitalisation**

Thrombolyse



Berge et al, ESJ, 2021

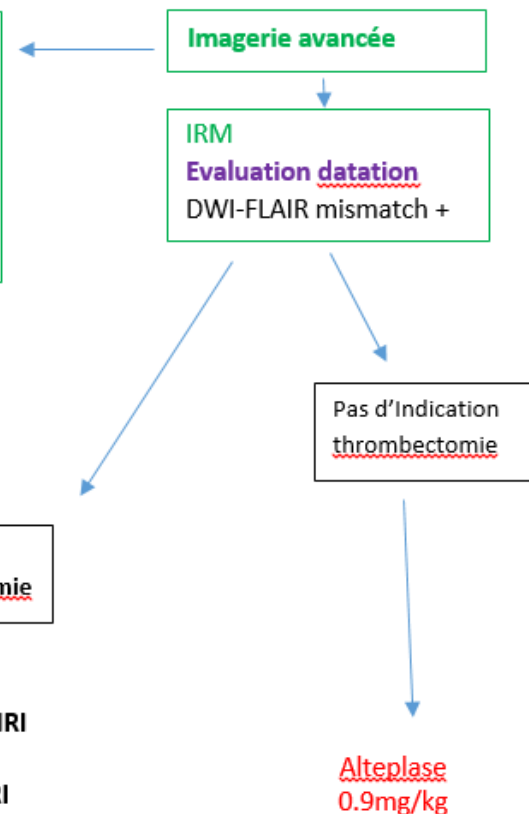
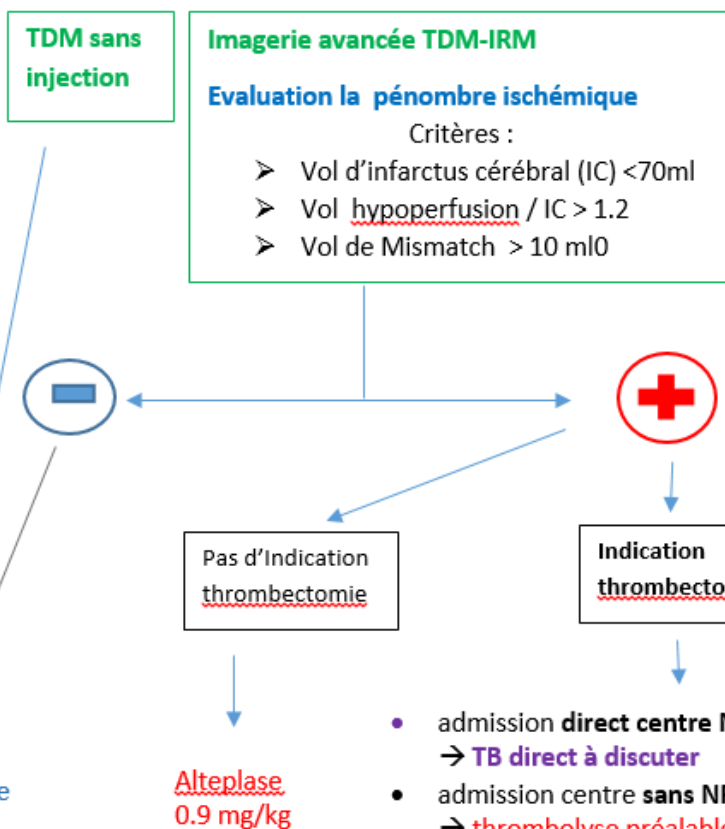
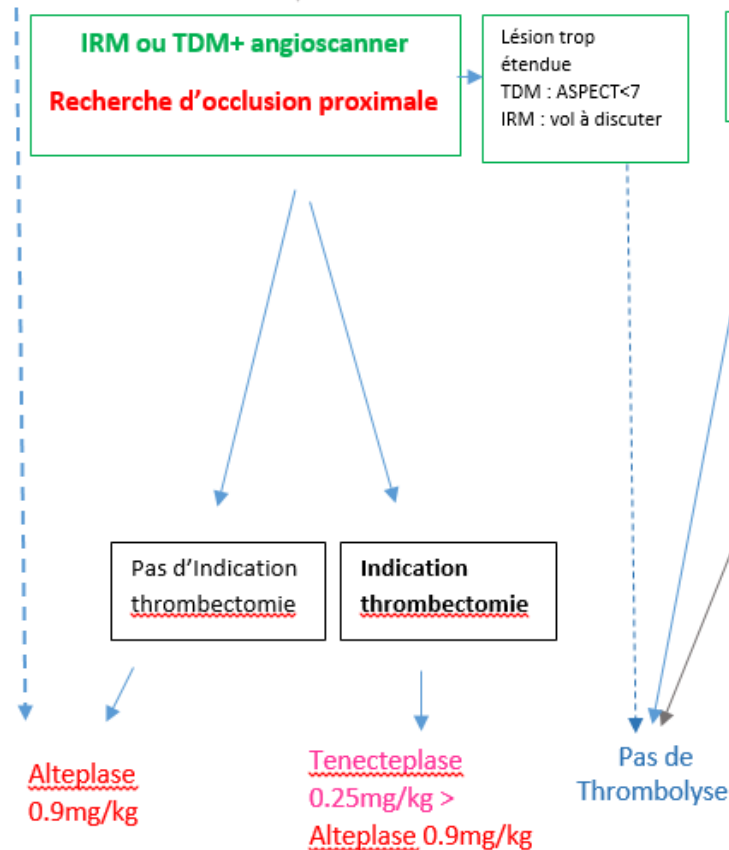
Suspicion AVC délai < 4H30

Suspicion AVC délai 4H30-9H

Suspicion AVC du réveil évalué < 9H du début de nuit

Suspicion AVC du réveil / heure inconnue < 4hH30

AIC mineur ← 5 < NIHSS < 25 → ! AIC sévère*
avec possible handicap résiduel



*AIC mineur sans handicap patent (paralysie faciale isolée, troubles sensitifs : données limitées, pas de recommandation mais si occlusion accord d'expert pour thrombolyse

Thrombectomie



Turc et al, ESO, 2019

Ischémie cérébrale < 6 H et occlusion proximale des artères cérébrales (OPAC) carotide, ACM1

*consensus d'expert pour occlusion M2 et TB

<4h30

> 4h30

Ischémie cérébrale pris en charge entre 6-24h du début des signes ou dernière fois vu sans signe et OAPC

*consensus d'expert pour occlusion M2 et TB

TDM-IRM

Recherche d'occlusion proximale

Taille de l'IC autorisée

ASPECT ≥ 6 si TDM

IRM vol IC <70 ml

Imagerie avancée TDM-IRM

+ Evaluation la pénombre ischémique

Critères DEFUSE mismatch radiologique (Perf)

- ✓ Vol d'infarctus cérébral (IC) <70ml
- ✓ Vol hypoperfusion / IC > 1.8
- ✓ Vol de Mismatch > 15 ml

Critères DAWN : mismatch clinico-radiologique (No perf)

- ✓ âge < 80 ans, NIHSS >10, vol IC <21 ml
- ✓ âge < 80 ans, NIHSS >20, vol IC <30ml
- ✓ age > 80 ans, NIHSS >10, vol <21ml

Thrombectomie

- pas de limite d'âge pour accès à la thrombectomie
- patient avec bon degré d'autonomie
- Critères NIHSS : pas de limite haute, pour NIHSS <5 (essai en cours)
- Critères radiologiques IC > 70 ml en cours d'évaluation

Orientation vers

UNV ou Cardiologie

Prise en charge des AVC / AIT aux urgences de Seclin

AVC mineur / AIT > 6h ET NIHSS < 4

CONTACTS NEUROLOGUES CHRU LILLE

Dr GIROT Marie (heures ouvrables)

standart CHR et poste 30057

ou appeler le 9 + téléphone portable

présente le mardi après-midi sur Seclin (poste 8612)

mail : marie.destee@chru-lille.fr

Neurologue vasculaire de garde 24/24h :

AVC => Neurologue Vasculaire : poste 30116

- Score NIHSS
 - Score ABCD 2
 - Autonomie
 - ATCD / ttt (anticoagulation / diabète)
 - Faire imagerie cérébrale :
 - IRM cérébrale + ARM
 - ou scanner cérébral + angioscanner cérébral
 - Transfert de l'imagerie cérébrale PACS to PACS au CHR Lille
 - ECG / Biologie
 - Appeler neurologue vasculaire : **Expertise neurologue vasculaire**
neurologue de garde / Dr Girot (heures ouvrables) :
- Synthèse demandée sur la base des signes cliniques**
- NIHSS + score ABCD2 + ECG + imagerie artérielle**

SCORE CLINIQUE ABCD2

Age	> 60 ans	1
Pression Artérielle	> 140/80 mmHg	1
Clinique	Autre manifestation	0
	Trouble de la parole	1
	Déficit moteur unilat	2
Durée des symptômes	<10 min	0
	>10-<59 min	1
	> 60 min	2
Diabète	oui	1

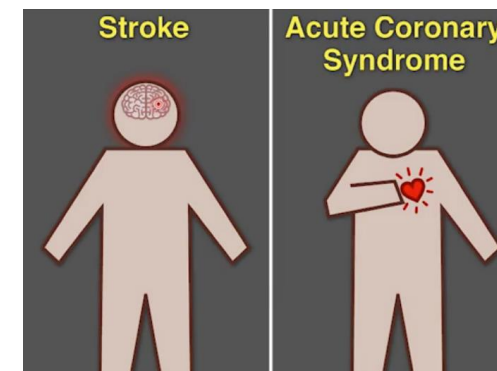
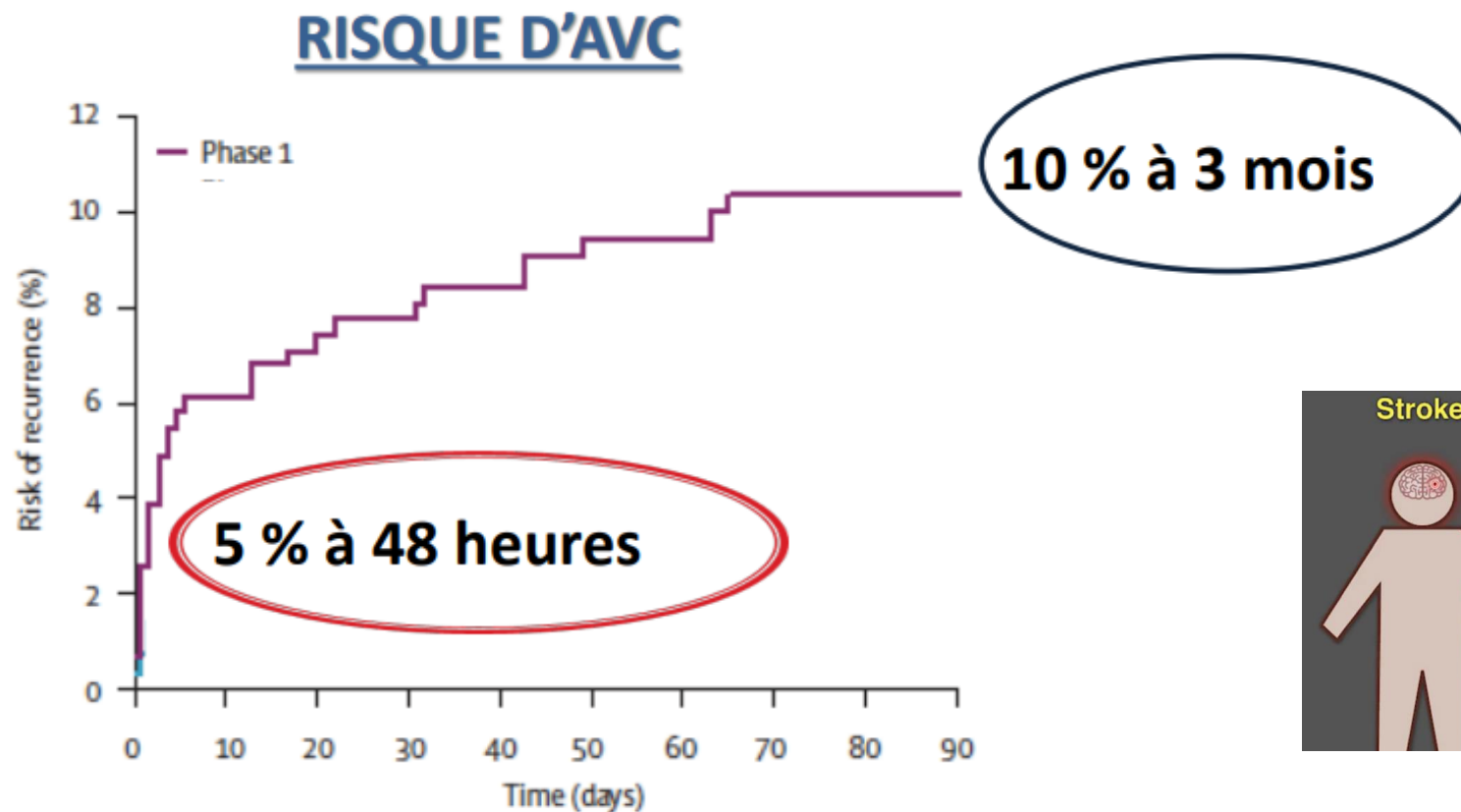
SCORE ≥ 4 = haut risque

Patients à haut risque	Patients à faible risque
1<NIHSS <4	signes atypiques
score ABCD2 > 4	score ABCD2 <4
athérome extra ou intracranien	pas d'athérome
découverte FA	pas de FA
AIT récidivants	

- **Résultat de l'avis neurologique**
 - Transfert UNV (patients à haut risque)
 - Doute diagnostique → hospitalisation sur Seclin
 - AIT faible risque / AIT sur FA de novo → service de cardiologie Seclin avec télémétrie

Item	Intitulé	Cotation	Score	
1a	Vigilance	0 = Vigilance normale, réactions vives		
		1 = Trouble léger de la vigilance : obnubilation, éveil plus ou moins adapté aux stimulations environnantes		
		2 = Coma; réactions adaptées aux stimulations nociceptives		
		3 = Coma grave : réponse stéréotypée ou aucune réponse motrice		
1b	Orientation (mois, âge)	0 = Deux réponses exactes		
		1 = Une seule bonne réponse		
		2 = Pas de bonne réponse		
1c	Commandes (ouverture des yeux, ouverture du poing)	0 = Deux ordres effectués		
		1 = Un seul ordre effectué		
		2 = Aucun ordre effectué		
2	Oculomotricité	0 = Oculomotricité normale		
		1 = Ophtalmoplégie partielle ou déviation réductible du regard		
		2 = Ophtalmoplégie horizontale complète ou déviation forcée du regard		
3	Champ visuel	0 = Champ visuel normal		
		1 = Quadrantopie latérale homonyme ou hémianopsie incomplète ou négligence visuelle unilatérale		
		2 = Hémianopsie latérale homonyme franche		
		3 = Cécité bilatérale ou coma (1a = 3)		
4	Paralysie faciale	0 = Motricité faciale normale		
		1 = Asymétrie faciale modérée (paralysie faciale unilatérale incomplète)		
		2 = Paralysie faciale unilatérale centrale franche		
		3 = Paralysie faciale périphérique ou diplopie faciale		
5	Motricité du membre supérieur		D	G
		0 = Pas de déficit moteur proximal		
		1 = Affaissement dans les 10 secondes, mais sans atteindre le plan du lit		
		2 = Effort contre la pesanteur, mais le membre chute dans les 10 secondes sur le plan du lit		
		3 = Pas d'effort contre la pesanteur (le membre chute mais le patient peut faire un mouvement tel qu'une flexion de hanche ou une adduction)		
		4 = Absence de mouvement (coter 4 si le patient ne fait aucun mouvement volontaire)		
		X = Cotation impossible (amputation, arthrodèse)		

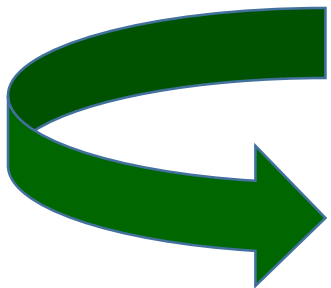
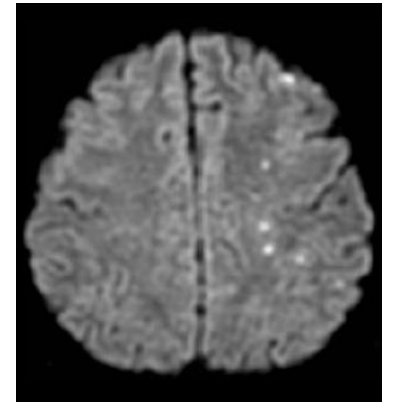
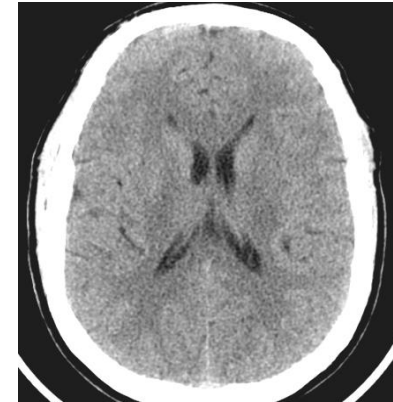
AIT: syndrome de menace



Un diagnostic clinico-radiologique



- Déficit neurologique focal et brutal
- Causé par une ischémie focale cérébrale ou rétinienne
- Symptômes de durée <1h
- Sans signe d'infarctus cérébral à l'imagerie



Diagnosis of TIA can be challenging, with significant inter-rater variability.^{3,4} TIA definition for the purpose of these guidelines, and for generalisability across settings, is clinically diagnosed and based on symptom duration of less than 24 hours.

Un diagnostic clinique difficile

- **AIT certain**

- Déficit moteur unilatéral touchant 2 membres ou 1 membre+face
- Déficit sensitif unilatéral touchant 2 membres ou 1 membre+face
- Déficit visuel à type de HLH ou cécité monoculaire
- Troubles du langage (aphasie)

- **AIT possible**

- Instabilité, trouble de l'équilibre
- Diplopie
- Vertige
- Dysphagie, dysrathrie

- **AIT peu probable**

- Amnésie
- Confusion
- Incoordination des membres
- Déficit sensitif partiel
- Déficit visuel inhabituels
- Troubles de la conscience
- céphalée

Expertise neurovasculaire +++

Que faire quand vous êtes face à des signes non consensuels ?

- Reproductibilité faible à modérée y compris chez les neurologues vasculaires
- Pas de gold standard
- Influence de la durée et des antécédents vasculaires
- Caractère rétrospectif (reconnaissance des signes par le patient lui-même)

Les AIT non consensuels revisités.....



Diagnosis of non-consensus transient ischaemic attacks with focal, negative, and non-progressive symptoms: population-based validation by investigation and prognosis



Maria A Tuna, Peter M Rothwell, on behalf of the Oxford Vascular Study

Summary

Lancet 2021; 397: 902-12

Background Diagnosis

AIT non consensuels:

Population 2878 patients =
AIC mineur 1287 + AIC classique
1021 + AIT non consensuel (570)

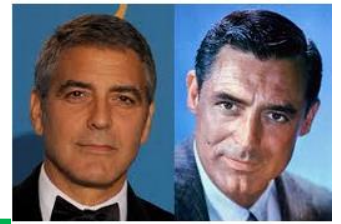
Signes consensuels d'installation brutale

- Déficit moteur touchant 1 ou plusieurs segments de membres (face, main, bras ou jambe)
- Troubles du langage d'expression ou de compréhension
- Déficit sensitif touchant 2 ou plusieurs segments de membres (face, main, bras ou jambe)
- Troubles visuels à type hémianopsie ou quadransie
- Amaurose
- Vertige + autres symptômes d'AIT
- Diplopie + autres symptômes d'AIT
- Dysarthrie + autres symptômes d'AIT
- Ataxie + autres symptômes d'AIT

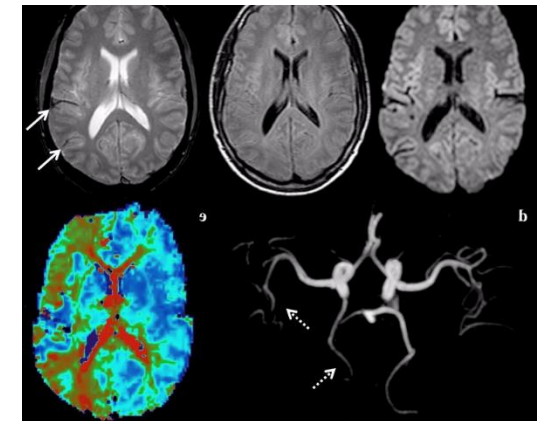
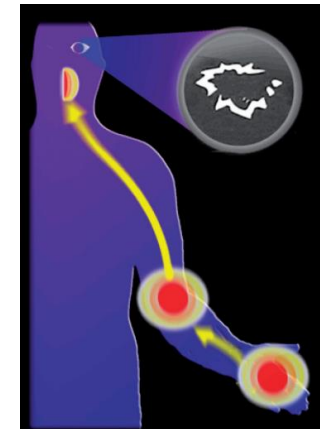
Signes non consensuels d'installation brutale

- Vertige isolé sans récurrence (avec ou sans nausées, non provoqué par les mouvements de tête ou par un traumatisme, sans otalgie ou acouphènes)
- troubles de l'équilibre sans autre cause
- Diplopie isolé sans argument pour cause ophtalmo ou une atteinte neuromusculaire
- Dysarthrie isolé
- Baisse d'acuité visuelle bilatérale (sans HLH ou quadransie) et signes visuels positifs
- Troubles sensitifs isolés à un segment de membre sans marche progressive

Un diagnostic clinique difficile



- **Stroke-mimics** 15% des patients (phase aiguë) → 50 % sur du recours
- **Migraine avec aura**
 - 1,8% des alertes thrombolyse
 - Premier épisode
 - Aura prolongée
 - Aura sans céphalée
 - Population exposée à erreur diagnostique
- **Epilepsie**
 - Sujet âge +++
- **Troubles somatoformes**



En pratique

- AIT
- AIC mineur



Urgence de prise en charge

- Évaluation du risque de récurrence
- prévention secondaire adaptée dès J0

Réduction du risque d'AVC de 80% en 3 mois

- **Traitement aigu (<6heure)**
 - Thrombolyse
 - +/- thrombectomie



Modalités de prise en charge en urgence

- Les recommandations ESOC 2021 (hors délai thrombolyse)

Expertise NV +

CLINIQUE ABCD2

+

PARACLINIQUE

+

IMAGERIE

Age	> 60 ans	1
Pression Artérielle	> 140/80 mmhg	1
Clinique	Autre manifestation	0
	Trouble de la parole	1
	Déficit moteur unilat	2
Durée des symptômes	<10 min	0
	>10-<59 min	1
	> 60 min	2
Diabète	oui	1

SCORE \geq 4 = haut risque

- Biologie
- ECG FA ?



- Recherche d'athérome intra+- extra crâniennes

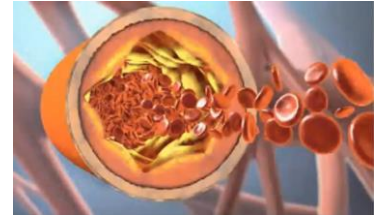


Le profil à risque

- Dépendant
 - Délai entre les signes et l'évaluation J 0, J3 , > J7
 - Délai à l'expertise
 - Clinique
 - Imagerie
 - Etiologie sous-jacente
- Définition AIT à **haut risque** avec sanction thérapeutique
 - $ABCD2 \geq 4$
 - $1 \leq \text{NIHSS} \leq 4$
 - AIT répétés
 - Suspicion ou découverte d'une cardiopathie emboligène

Quid des options thérapeutiques en urgence?

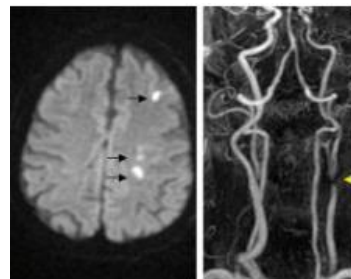
- **Aspirine** 160-300 mg/jour → 75mg/j
- **Double AAP** (aspirine-clopidogrel ou aspirine-ticagrelor) pour les AIT/ AIC mineur à haut risque de récurrence vu <24h



- **Anticoagulation** pour les AIT/AIC mineur de cause cardio-embolique
 - Début de l'anticoagulation entre J0 (AIT) à J3 (AIC mineur)



- **Chirurgie de la carotide** (<15 jours) chez les AIT/AIC avec sténoses symptomatiques serrées carotidiennes



Quelle filière de prise en charge ? 4 circuits

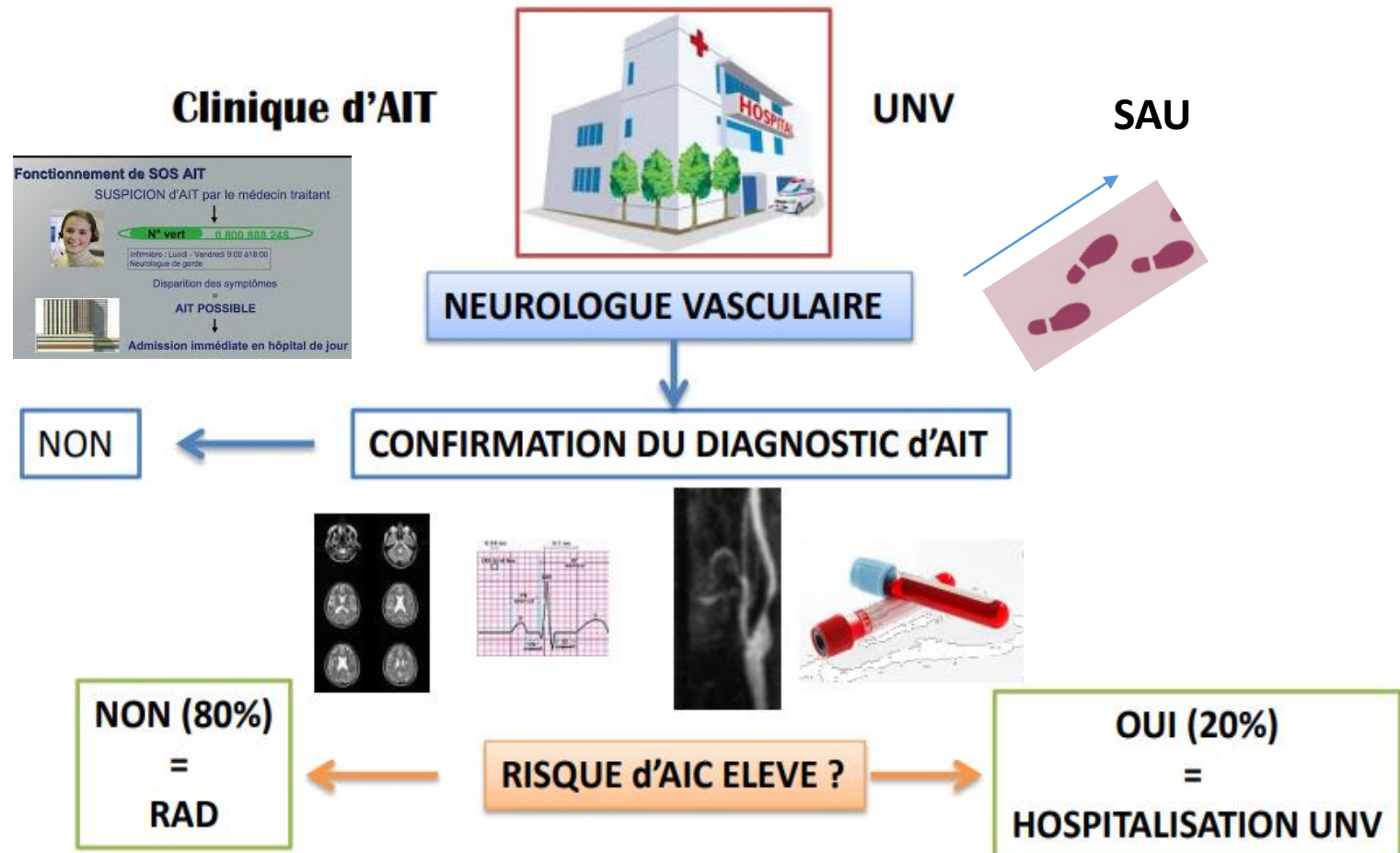
- Hospitalisation UNV++
 - Clinique AIT+++
 - SAU+ expertise NV
- parcours

- Ambulatoire

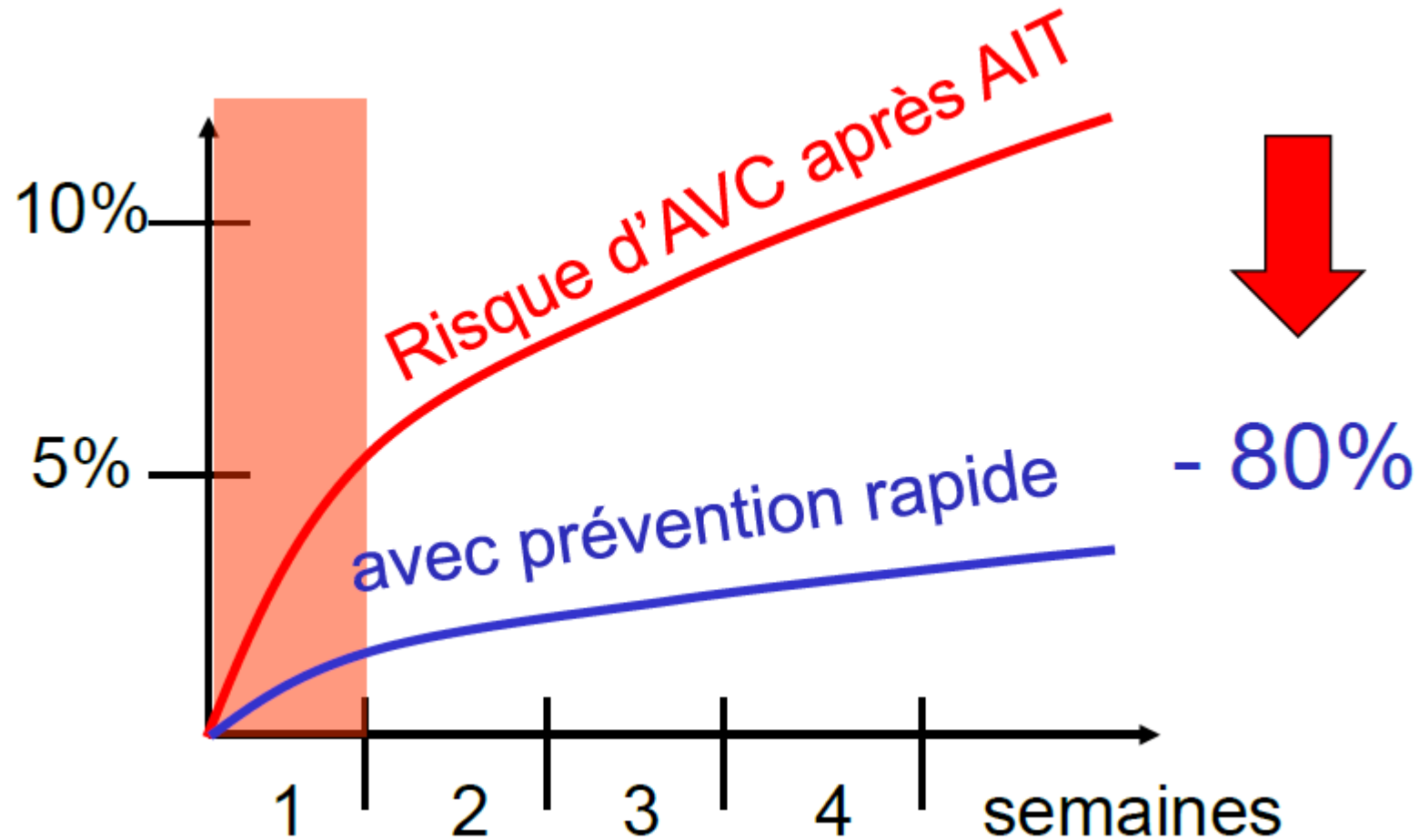
- > J7
- AIT faible risque

Parcours patient dépendant

- Délai
- Du risque de récurrence
- De l'offre de soins



Prise en charge précoce: quel bénéfice ?



Merci de votre attention

