

THROMBECTOMIES CEREBRALES

Les malades présentant un AVC ischémique peuvent bénéficier de traitements médicaux ou endovasculaires pour rétablir un flux circulatoire dans le territoire ischémié, en lysant le caillot par fibrinolyse intraveineuse (IV), ou en enlevant le caillot par voie intra-artérielle (IA) (thrombectomie).

La thérapeutique de référence est la thrombolyse IV à l'aide de rTpa ou Actilyse®. Elle est d'autant plus efficace qu'elle est débutée tôt.

Il a été montré que les patients avec un score clinique moyen ou sévère (NIHSS supérieur ou égal à 10) avaient des occlusions de vaisseaux proximaux larges avec une moins bonne évolution clinique. Plusieurs études ont montré que la recanalisation précoce après thrombolyse IV était d'autant plus faible que l'artère est proximale ou large. Or il a été démontré qu'il existait une association entre la recanalisation et le pronostic des patients. La récupération clinique est significativement plus importante lorsque l'artère est recanalisée dans l'heure qui suit le début du traitement avec des risques de complications hémorragiques moindres. Le traitement par voie artérielle est donc considéré comme plus efficace en termes de recanalisation pour les gros troncs, mais avec l'inconvénient des délais de mise en œuvre.

Les **indications du traitement IA** sont donc les situations où la thrombolyse IV a les moins bons résultats, c'est à dire les **occlusions d'origine présumée embolique des gros troncs artériels intracrâniens** :

Segment horizontal (dit M1) de l'artère cérébrale moyenne
Tiers supérieur du tronc basilaire
Segment supraclinoidien de la carotide interne

avec un état clinique moyen à sévère (score NIHSS > ou = à 12).

Pour les occlusions plus distales de l'artère cérébrale moyenne, les AVC sont souvent moins graves et la thrombolyse IV a de bons résultats.

Les indications neurologiques se posent donc devant de tels malades, chez lesquels par IRM ARM ou CT-angioCT le diagnostic d'occlusion vasculaire a été posé dans un délai de survenue de maximum 6 heures pour une circulation antérieure, allant jusqu'à plus de 8 heures sur une circulation postérieure souvent. Les neurologues contactent le neuroradiologue interventionnel pour discuter avec lui le geste endovasculaire après qu'ils ont fait le diagnostic de l'affection et évalué la gravité du patient.

Le plus souvent, le malade bénéficie soit d'emblée des ressources de la thrombectomie, soit un traitement IV est débuté, habituellement à 2/3 de la dose d'Actilyse IV, avant de tenter le geste IA. Ceci permet souvent un ramollissement du caillot et donc une procédure IA plus rapide, simple et efficace. De plus, il reste 1/3 de la dose qui peut être injectée directement au contact du caillot en IA lors de la procédure endovasculaire pour faciliter sa dissolution.

Procédure Foch

- Le neurologue prévient le neuroradiologue interventionnel (NRI) du geste à effectuer. Il s'agit là d'une **urgence vraie** nécessitant la mise en œuvre rapide du traitement pour ne pas perdre du temps et éviter les dégâts cérébraux (« Time is Brain »).
 - Le NRI contacte l'anesthésiste au 2236 pour lui signaler cette urgence et vérifier que la prise en charge anesthésique peut se faire rapidement.
- Deux cas de figure
- a) Le malade est transféré au Radiobloc en salle d'angio neuro où il est pris en charge le plus vite possible. Si la table est libre ou en attente d'un autre examen, celui-ci est repoussé et priorité est donnée à l'urgence thrombectomie.
 - b) La salle est occupée par un examen. Le patient est transféré en salle de surveillance post-interventionnelle pour y être surveillé avant le transfert en NRDT. Il peut être discuté avec le NRI de débiter l'anesthésie en salle de surveillance post-interventionnelle.
- Une **anesthésie générale (AG)** est préférée à une sédation (l'examen peut être douloureux au moment du retrait du caillot qui colle à la paroi artérielle, le malade est souvent agité...)
Des publications parlent de possibilités d'aggravation sous AG : cela est dû principalement par l'hypotension pouvant survenir au moment de l'induction et qu'il faut absolument éviter car elle compromet la vascularisation de suppléance existant par l'intermédiaire des collatérales et peut donc majorer l'ischémie cérébrale. Il convient de rester en **normotension** tout au long de l'examen (l'hypertension peut être délétère car elle peut majorer le risque de saignement après recanalisation). L'AG reste préférable si elle est réalisée rapidement pour ne pas perdre de temps car elle permet de travailler dans de meilleures conditions techniques et donc permet un gain de temps per opératoire...
- Théoriquement il n'est pas besoin d'héparinothérapie pendant le traitement, ni de corticothérapie.
 - Après le geste, l'introducteur est laissé en place dans l'artère fémorale et sera enlevé le lendemain de la procédure en USINV.
 - Le malade est initialement transféré au réveil pour surveillance immédiate et sera retransféré en USINV pour la suite de sa prise en charge. Cette dernière sera effectuée par les neurologues référents.
 - Si le malade est transféré d'un centre extérieur pour thrombectomie, c'est le neurologue de l'institution référente qui contacte le NRI de Foch. La prise en charge est organisée de la même façon : le NRI appelle le neurologue d'astreinte ou de garde de Foch, l'anesthésiste, le radiobloc. Si le malade est accepté, il est transféré d'emblée par le SAMU au radiobloc pour ne pas perdre de temps, et sera ré-examiné sur place par le neurologue de Foch avant l'induction. Il sera retransféré secondairement dans son hôpital d'origine après la thrombectomie pour la suite de sa prise en charge (moment à définir par l'équipe de neurologie de Foch en fonction de l'état du patient)