

# Grille d'évaluation ECOS - AMBOSS-34 - Perte de vision - Homme 66 ans

Clinique de soins urgents

Earl Griffin, homme de 66 ans, consultant pour perte de vision

T° 36.7°C	TA 143/94 mmHg	FC 70 bpm	FR 17/min
--------------	-------------------	--------------	--------------

Anamnèse (25%)

Score : 0/59

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Motif principal [Je ne peux pas voir de mon œil gauche]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Caractérisation de la perte de vision				0
Début [Ça a commencé il y a environ 2 heures]	<input type="checkbox"/>			
Constante/intermittente [C'est resté comme ça tout le temps]	<input type="checkbox"/>			
Événements précipitants [Je ne me souviens de rien de spécial, non]	<input type="checkbox"/>			
Progression [Au début, c'était comme un voile sur mon œil qui devenait de plus en plus sombre. Maintenant ça n'a pas changé depuis environ une heure]	<input type="checkbox"/>			
Épisodes antérieurs [J'ai déjà eu ça, oui. Peut-être 5 ou 6 fois au cours des 6 derniers mois. Mais ça partait toujours après environ 10 minutes]	<input type="checkbox"/>			
Fréquence [C'est peut-être devenu un peu plus fréquent. Je pense que j'ai eu 2 épisodes dans les 2 dernières semaines]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs améliorants [Aucun]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs aggravants [Je ne pense pas]	<input type="checkbox"/>			
Symptômes associés [J'ai aussi mal à la tête]	<input type="checkbox"/>			
3. Caractérisation de la céphalée associée				0
Localisation [Toute ma tête]	<input type="checkbox"/>			
Intensité (sur une échelle de 0-10) [Je dirais un 4-5]	<input type="checkbox"/>			
Qualité [C'est comme si quelqu'un serrait ma tête]	<input type="checkbox"/>			
Début [J'ai des maux de tête par intermittence presque tous les deux jours depuis 8 mois]	<input type="checkbox"/>			
Événements précipitants [Rien auquel je puisse penser]	<input type="checkbox"/>			
Progression/constante/intermittente [Ils ont été vraiment mauvais depuis qu'ils ont commencé]	<input type="checkbox"/>			
Irradiation [Non]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs améliorants [Parfois je prends de l'ibuprofène]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs aggravants [Pas vraiment, non]	<input type="checkbox"/>			

4. Recherche de symptômes spécifiques pour perte de vision récurrente et céphalée

0

- Traumatisme [Non]

☐
- Nausées/vomissements [Non]

☐
- Fièvre/frissons [Non]

☐
- Sueurs nocturnes [Non]

☐
- Fatigue [Je suis toujours fatigué. Ça vient avec l'âge]

☐
- Palpitations [Oui, c'est difficile à décrire mais parfois j'ai l'impression que mon pouls n'a pas un rythme normal]

☐
- Éruption cutanée/changements cutanés [Pas que j'aie remarqué]

☐
- Toux [Oui, j'ai une toux depuis 3 ans, surtout le matin]

☐
- Essoufflement [Parfois, quand je marche trop vite]

☐
- Problèmes urinaires [Non]

☐
- Problèmes intestinaux [Non]

☐
- Problèmes de sommeil [Je pense que je dors bien, je dors généralement 6 ou 7 heures par nuit]

☐
- Appétit [Mon appétit a connu des jours meilleurs]

☐
- Changements de poids [Non]

☐
- Infections récentes [Non]

☐
- Vertiges [Non]

☐
- Chutes [Oui, une fois il y a environ 2 semaines. Ma jambe droite a soudainement lâché et je suis tombé]

☐
- Faiblesse [Ma main droite a commencé à se sentir un peu faible juste avant que vous arriviez]

☐
- Engourdissement [Je ne pense pas]

☐
- Picotements [Non]

☐
- Convulsion [Non]

☐
- Problèmes d'élocution [Pas habituellement. Je ne sais pas ce qui ne va pas avec moi aujourd'hui. Vous devez penser que je suis abruti. Je veux dire... stupide]

☐

5. Antécédents médicaux [J'ai de l'hypertension et du diabète]

☐

☐

0

6. Allergies [Aucune]

☐

☐

0

7. Médicaments [Je prends de l'hydrochlorothiazide et de la metformine. Et puis de l'ibuprofène pour mes maux de tête de temps en temps]

☐

☐

0

8. Hospitalisations et antécédents chirurgicaux

0

- Hospitalisations [J'ai eu mon appendice enlevé quand j'étais à l'école primaire]

☐
- Antécédents chirurgicaux [Seulement mon appendice]

☐

9. Contacts malades et antécédents familiaux

0

- Contacts malades [Non]

☐
- Antécédents familiaux [Mon père est mort d'un cancer du poumon]

☐

10. Habitudes et mode de vie

0

- Travail [Je suis un enseignant d'école primaire à la retraite]

☐
- Domicile [Je vis avec ma femme. Ma fille et ma petite-fille de 5 ans ont emménagé avec nous il y a environ 8 mois parce qu'elle a perdu son emploi et divorce. C'est le chaos total. Ce n'est vraiment pas étonnant que j'aie toujours mal à la tête]

☐
- Alcool [Seulement si nous sortons dîner, peut-être tous les deux mois]

☐
- Drogues récréatives [Jamais]

☐
- Tabac [Oui. Je fume environ un paquet par jour. Je pense que j'ai commencé quand j'avais 13 ans]

☐
- Exercice [Non, pas vraiment]

☐
- Alimentation [Ma femme cuisine. Nous mangeons généralement des biscuits et de la sauce pour le petit-déjeuner, un sandwich pour le déjeuner, et une sorte de viande avec des haricots, du maïs ou de la purée de pommes de terre pour le dîner]

☐

## Examen clinique (25%)

Score : 0/28

Critères	Oui	±	Non	Points
<b>1. Mesures d'hygiène</b>				<b>0</b>
Lavage des mains	<input type="checkbox"/>			
Respect de la pudeur avec drap	<input type="checkbox"/>			
<b>2. Examen de la tête, yeux, oreilles, nez et gorge</b>				<b>0</b>
Inspection de la tête	<input type="checkbox"/>			
Palpation de la tête	<input type="checkbox"/>			
Évaluation de l'acuité visuelle (échelle de Snellen) [Acuité visuelle basse (< 20/200) à gauche]	<input type="checkbox"/>			
Fundoscopie directe	<input type="checkbox"/>			
Examen du champ visuel [Déficit du champ visuel à gauche]	<input type="checkbox"/>			
<b>3. Examen du cou</b>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<b>0</b>
Auscultation des artères carotides				
<b>4. Examen cardiovasculaire</b>				<b>0</b>
Palpation du pouls radial	<input type="checkbox"/>			
Auscultation du cœur	<input type="checkbox"/>			
<b>5. Examen thoracique</b>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<b>0</b>
Auscultation des poumons				
<b>6. Examen neurologique</b>				<b>0</b>
Évaluation du niveau de conscience	<input type="checkbox"/>			
Examen de l'orientation dans le temps, l'espace et les personnes	<input type="checkbox"/>			
Évaluation du langage [Aphasie motrice]	<input type="checkbox"/>			
Examen ciblé des nerfs crâniens	<input type="checkbox"/>			
Signe de Kernig	<input type="checkbox"/>			
Signe de Brudzinski	<input type="checkbox"/>			
Méningisme	<input type="checkbox"/>			
Examen ciblé des mouvements passifs et actifs [Force musculaire gradée 1/5 dans la main droite]	<input type="checkbox"/>			
Examen ciblé de la sensibilité [Sensibilité diminuée de la main droite et de l'avant-bras inférieur]	<input type="checkbox"/>			
Examen ciblé des réflexes ostéotendineux	<input type="checkbox"/>			
Examen ciblé de la marche	<input type="checkbox"/>			
Test d'alternance rapide des mouvements	<input type="checkbox"/>			
Test doigt-nez	<input type="checkbox"/>			
Signe de Babinski	<input type="checkbox"/>			
Test de Romberg	<input type="checkbox"/>			

## Management (25%)

Score : 0/17

Critères	Oui	±	Non	Points
<b>1. Hypothèses diagnostiques</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>0</b>
2 points si au moins 2 diagnostics pertinents mentionnés, 1 point si 1 diagnostic				

**Diagnostiques différentiels à considérer**

**Causes vasculaires prioritaires**

• **AVC ischémique** → **CT cérébral sans contraste (examen initial le plus important)**

Arguments POUR:

- Symptômes neurologiques focaux aigus (perte de vision côté G, aphasie motrice, faiblesse main D)
- Multiples facteurs de risque d'AVC (tabagisme, HTA, diabète, FA possible, > 65 ans, homme)
- Sténose carotidienne possible avec thromboembolie → hypoperfusion artère ophtalmique G (perte vision œil G) + division supérieure ACM G (faiblesse main D, déficit sensitif, aphasie)
- Symptômes évoluent avec aggravation progressive

• **Accident ischémique transitoire (AIT)** → **IRM cérébrale (identifie ischémie plus tôt que CT)**

Arguments POUR:

- Cause probable des épisodes neurologiques antérieurs (5-6 fois, résolution en 10 min)
  - Fréquence croissante (2 épisodes en 2 semaines)
- Contre : Durée actuelle (2 heures et continue) suggère AVC plutôt qu'AIT (définition < 24h, typiquement < 1h)

**Causes néoplasiques**

• **Néoplasie intracrânienne** → **IRM cérébrale avec contraste (meilleure pour anomalies tissus mous)**

Arguments POUR:

- Patient âgé avec céphalées récentes (8 mois)
- Fatigue récente et perte d'appétit
- Tabagisme + ATCD familial cancer poumon (métastases cérébrales possibles)

Contre : Symptômes focaux transitoires plus typiques d'AIT qu'une tumeur en croissance constante ; stress familial récent explique mieux les céphalées (céphalées de tension)

**Autres causes à considérer**

• **Migraine** → **Diagnostic d'exclusion**

Peut causer déficits neurologiques focaux, mais présentation atypique

• **Hémorragie intracérébrale** → **CT cérébral sans contraste**

HTA + diabète sont facteurs de risque, mais absence de céphalée sévère brutale

• **Hémorragie sous-arachnoïdienne** → **CT cérébral sans contraste**

Peu probable sans céphalée en coup de tonnerre

• **Troubles convulsifs** → **EEG si suspicion**

Peuvent causer déficits focaux post-ictaux

• **Méningite** → **PL si suspicion clinique**

Peu probable sans fièvre ni méningisme

2. Examens complémentaires urgents

0

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Oxymétrie de pouls [pour exclure troubles respiratoires comme cause des déficits neurologiques et évaluer le statut en oxygène]           | <input type="checkbox"/> |
| ECG et monitoring cardiaque [pour exclure fibrillation auriculaire comme cause d'AVC et évaluer une ischémie cardiaque aiguë]             | <input type="checkbox"/> |
| NFS [pour évaluer un trouble plaquettaire potentiel et la probabilité d'infection systémique (leucocytose)]                               | <input type="checkbox"/> |
| TP, TCA [pour évaluer si le patient est éligible à la thrombolyse et la probabilité d'AVC hémorragique]                                   | <input type="checkbox"/> |
| Électrolytes, glucose sérique [pour exclure hyper-/hypoglycémie et/ou déséquilibre électrolytique comme cause des déficits neurologiques] | <input type="checkbox"/> |
| Troponine [prédit les complications neurologiques et le pronostic de l'AVC]   | <input type="checkbox"/> |

3. Imagerie cérébrale

0

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| CT cérébral sans contraste [gold standard et imagerie initiale la plus importante en cas de suspicion d'AVC]   | <input type="checkbox"/> |
| IRM cérébrale [identifie l'ischémie plus tôt que le CT ; meilleure modalité d'imagerie pour déterminer les anomalies des tissus mous et la vascularisation, comme dans les néoplasies intracrâniennes] | <input type="checkbox"/> |

4. Communication avec le patient

0

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Explications au patient des impressions diagnostiques préliminaires       | <input type="checkbox"/> |
| Explication du plan de prise en charge                                    | <input type="checkbox"/> |
| Utilisation d'un langage non médical et clarification des termes médicaux | <input type="checkbox"/> |
| Évaluation de l'accord du patient avec le plan diagnostique               | <input type="checkbox"/> |
| Recherche des préoccupations et questions du patient                      | <input type="checkbox"/> |

## 5. Conseil et soutien

Réaction appropriée au défi concernant la peur de mourir

### Prise en charge selon diagnostic

- Mesures immédiates :
  - Position demi-assise 30° (optimiser perfusion cérébrale)
  - Oxygène si SpO<sub>2</sub> < 94%
  - Monitoring continu (PA, FC, SpO<sub>2</sub>, Glasgow, NIHSS)
  - Deux voies veineuses périphériques
  - Glycémie capillaire immédiate
  - NPO jusqu'à évaluation déglutition
    - Thrombolyse IV (si < 4.5h du début) :
      - Alteplase (rt-PA) 0.9 mg/kg (max 90 mg)
      - 10% en bolus IV sur 1 min
      - 90% restant en perfusion IV sur 60 min
    - Contre-indications : AVC hémorragique, chirurgie récente, INR > 1.7
    - Surveillance neurologique q15min × 2h, puis q30min × 6h
      - Thrombectomie mécanique (si < 6-24h) :
        - Si occlusion gros vaisseau (ACM, ACI, basilaire)
        - Peut être faite seule ou après thrombolyse IV
    - Améliore significativement le pronostic fonctionnel
      - Contrôle tensionnel :
        - Si thrombolyse : PA < 185/110 avant, < 180/105 après
        - Si pas de thrombolyse : permettre HTA permissive jusqu'à 220/120
      - Éviter chutes brutales PA (risque hypoperfusion)
        - Antiagrégation plaquettaire :
          - Aspirine 325 mg PO/PR dans les 48h
          - Retarder 24h si thrombolyse effectuée
        - Double antiagrégation si AIT à haut risque
          - Prévention secondaire :
            - Statine haute intensité (atorvastatine 80 mg)
            - Anticoagulation si FA documentée (après 14j si AVC étendu)
            - Contrôle facteurs de risque (HTA, diabète, tabac)
            - Endartériectomie carotidienne si sténose > 70%
              - Réhabilitation précoce :
                - Évaluation orthophonie (aphasie, déglutition)
                - Physiothérapie dans les 48h
                - Ergothérapie pour autonomie
                - Prévention complications (pneumonie, TVP, escarres)

### ⚠ Signes d'alarme et complications

1. **Transformation hémorragique**  
Post-thrombolyse 6%, surveillance neurologique stricte
2. **Œdème cérébral malin**  
AVC ACM étendu, pic J2-5, craniectomie décompressive
3. **Extension de l'infarctus**  
Détérioration neurologique progressive → réévaluer imagerie
4. **Pneumonie d'aspiration**  
30% des AVC, test déglutition obligatoire
5. **Crise hypertensive**  
PA > 220/120 → risque transformation hémorragique

## Clôture de consultation

### Défi : Peur de mourir

[Est-ce que je vais mourir ?]

### Réponse type du candidat

M. Griffin, je comprends que ce doit être une expérience effrayante pour vous, et je suis content que vous soyez venu me voir aujourd'hui. Je vais devoir faire quelques tests et obtenir des images avant de pouvoir vous dire plus en détail ce qui se passe. Cependant, je peux vous promettre que vous êtes entre de bonnes mains, et que nous allons faire tout ce qui est en notre pouvoir pour prendre le meilleur soin de vous. Si vous souhaitez avoir un membre de votre famille ou un ami ici pour vous soutenir, je serais heureux de les contacter pour vous. Et si vous avez des questions ou des préoccupations pendant que vous êtes ici, assurez-vous de nous le faire savoir. Il est important pour nous que vous vous sentiez à l'aise et informé. Je vous promets aussi que nous ne prendrons aucune mesure avec laquelle vous n'êtes pas d'accord.

## Communication (25%)

Score : 0/20

Critères	A	B	C	D	E
<b>1. Réponse aux sentiments et besoins du patient</b> <i>Empathie, écoute active, validation des émotions Explique le déroulement de la consultation et vérifie les préoccupations du patient, commence l'anamnèse par une question ouverte ; reconnaît, verbalise et légitime les émotions, fournit du soutien</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>2. Structure de l'entretien</b> <i>Organisation logique, transitions fluides, gestion du temps Se présente par son nom et sa fonction, les étapes de l'entretien sont identifiables et s'enchaînent de manière logique, gestion du temps, adaptation à la situation</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>3. Expression verbale</b> <i>Clarté, vocabulaire adapté, vérification de la compréhension Langage adapté au niveau du patient, pas de jargon, explications compréhensibles, reformulations quand nécessaire, répétitions des points clés, fait une synthèse de la consultation, bonne articulation, ton et volume adéquats</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>4. Expression non verbale</b> <i>Contact visuel, posture, gestuelle appropriée Distance interpersonnelle adéquate, posture adéquate, gestes adéquats, contact visuel et expression faciale adéquats, pauses quand nécessaire</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>5. Évaluation générale de la communication</b> <i>Qualité globale de l'interaction médecin-patient</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Score Global

0%

### % par Section

Anamnèse

0%

Examen clinique

0%

Management

0%

Communication

0%

### Note Globale

A-E

### Échelle de notation

A

≥90%

B

80-89%

C

70-79%

D

60-69%

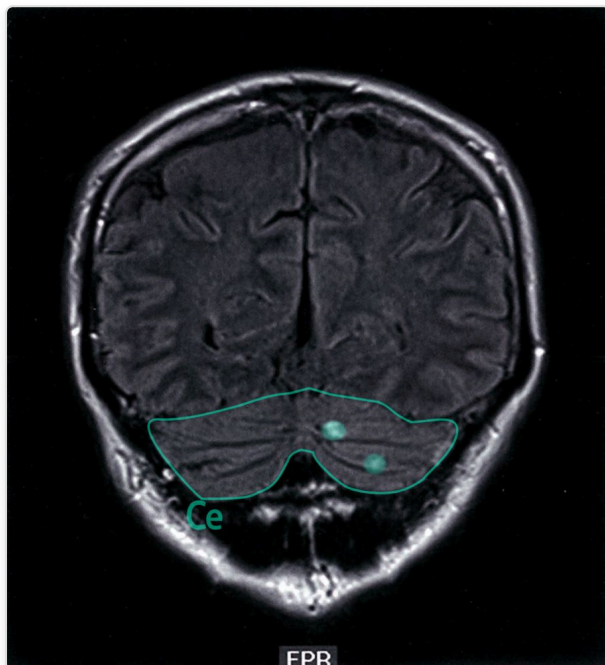
E

<60%

### Lésions hyperintenses dans l'infarctus cérébelleux

IRM crâne (FLAIR pondéré T2 ; plan coronal) d'un patient atteint de polycémie vera.

De petites lésions hyperintenses (superpositions vertes) dans le cervelet gauche (Ce ; contour vert) non associées à un effet de masse sont compatibles avec un infarctus.

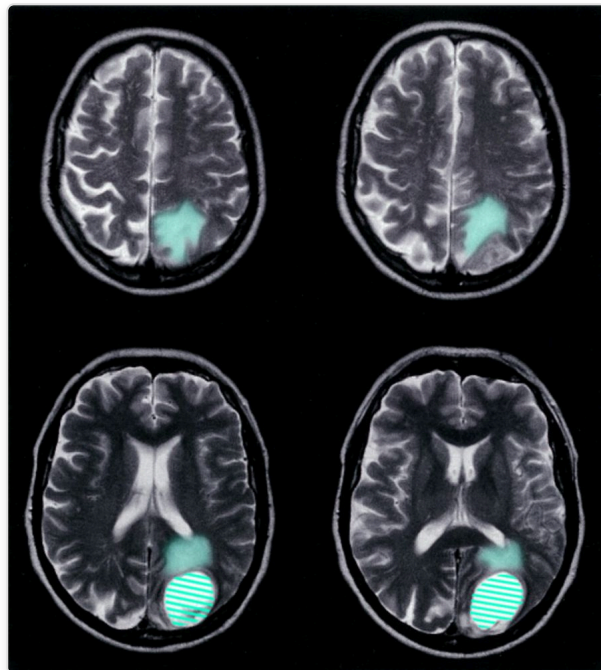


### Métastase cérébrale dans le carcinome pulmonaire

IRM crâne (pondéré T2 ; sans contraste ; plan axial) d'un patient atteint de carcinome pulmonaire.

Une masse solitaire, bien circonscrite, principalement hyperintense (superposition hachurée) dans le lobe occipital gauche est accompagnée d'un œdème périfocal (superposition verte).

La lésion est compatible avec une métastase cérébrale.





### Glioblastome bilatéral (gliome papillon)

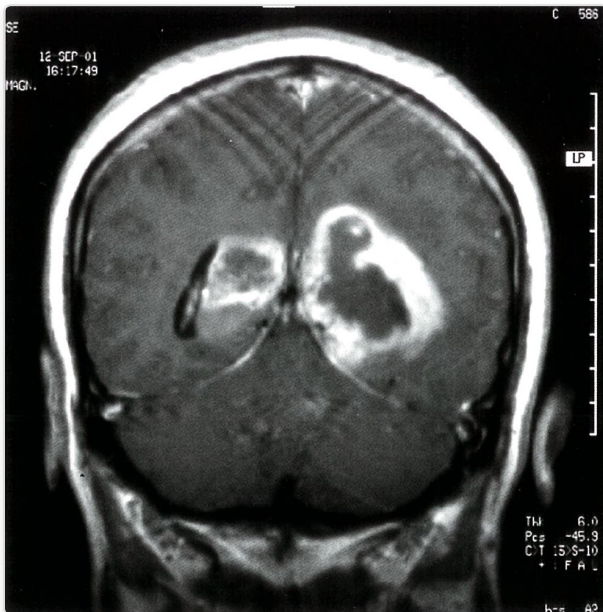
IRM pondérée T1 avec contraste, vue frontale : rehaussement en guirlande bihémisphérique.

Il y a un rehaussement périphérique de l'agent de contraste avec nécrose centrale.

Le troisième ventricule est situé au centre.

La tumeur déplace la corne postérieure du ventricule latéral.

Diagnostic : glioblastome bilatéral (gliome papillon).

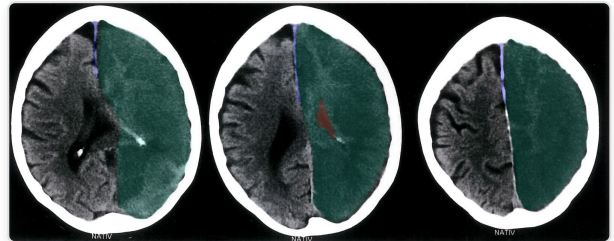


### Large infarctus cérébral hémisphérique gauche

CT crâne (sans contraste ; plan axial).

Une hypodensité diffuse (superposition verte) impliquant les distributions des artères cérébrales antérieure, moyenne et postérieure gauches est accompagnée d'un effacement des sillons et d'une perte de différenciation entre la substance grise et blanche.

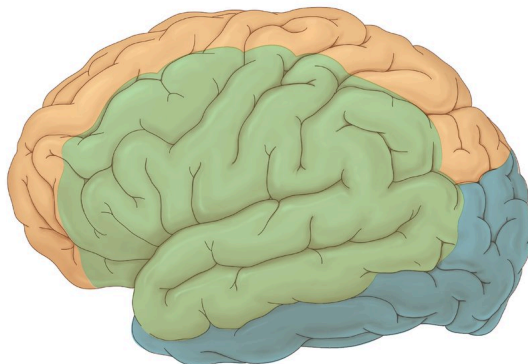
Il y a un léger effet de masse sur la faux du cerveau (ligne bleue) et le ventricule latéral gauche (superposition rouge).



### Vascularisation artérielle du cortex cérébral

Vascularisation artérielle du cortex cérébral.

Vue latérale.

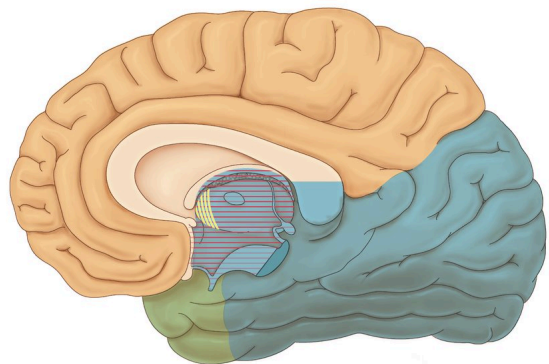


- Anterior cerebral artery
- Middle cerebral artery
- Posterior cerebral artery

### Vascularisation artérielle du cortex cérébral (2)

Vascularisation artérielle du cortex cérébral.

Section sagittale.



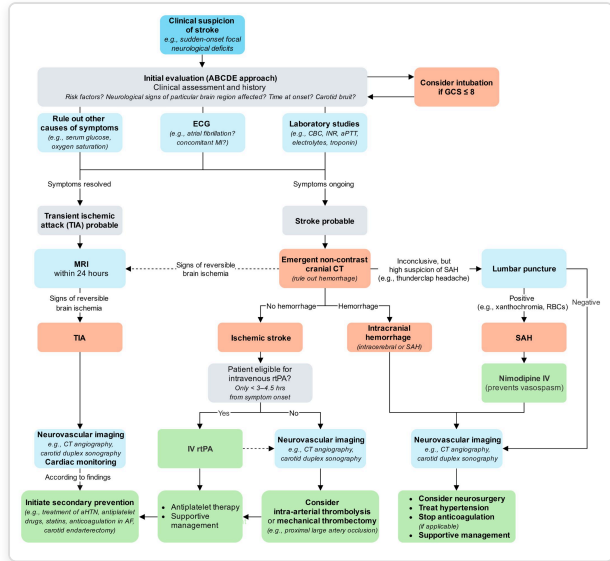
- Anterior cerebral artery
- Middle cerebral artery
- Posterior communicating artery
- Posterior cerebral artery
- Anterior choroidal artery





# Prise en charge de l'AVC

## Prise en charge de l'AVC



## Scénario pour le patient standardisé

**Nom :** Earl Griffin | **Âge :** 66 ans

**Contexte :** Homme avec perte de vision aiguë et déficits neurologiques focaux

### Motif de consultation

**Plainte principale :** «Je ne peux pas voir de mon œil gauche.»

**Si on demande s'il y a autre chose :** «J'ai aussi mal à la tête et ma main droite est faible.»

### Consignes

- Agissez comme si vous pouviez voir très peu du côté gauche, où tout apparaît sombre et flou. Si l'examineur teste votre champ visuel gauche en vous demandant de regarder droit devant puis en tenant son doigt sur votre côté gauche et en le déplaçant lentement devant votre nez, faites semblant de ne pas voir le doigt jusqu'à ce qu'il soit presque devant votre nez.
- Utilisez de mauvais mots de temps en temps (par ex., 'femme' au lieu d'"épouse" quand on vous demande vos conditions de vie) et faites semblant d'avoir du mal à trouver les bons mots. Agissez frustré quand vous faites ces erreurs.
- Faites semblant d'avoir une faiblesse dans votre main droite. Quand l'examineur vous demande de serrer sa main, serrez à peine. S'il/elle vous demande de lever votre main droite, levez-la à peine.
- Faites semblant d'avoir une sensibilité diminuée dans votre main droite et votre avant-bras inférieur droit. Quand l'examineur vous demande si vous pouvez le/la sentir vous toucher dans ces zones, dites 'à peine'.
- Vous n'êtes pas au courant de la signification des termes médicaux (par ex., CT) et demandez des clarifications si l'examineur les utilise.
- Défi : Demandez 'Est-ce que je vais mourir ?'

### Histoire actuelle

#### Symptôme principal :

- Perte de vision œil gauche depuis 2 heures
- Début comme un voile qui s'assombrit progressivement
- Maintenant stable depuis 1 heure
- Épisodes similaires antérieurs (5-6 fois en 6 mois)
- Résolution habituelle en 10 minutes
- Fréquence croissante (2 épisodes en 2 semaines)

#### Symptômes associés :

- Céphalée modérée (4-5/10), sensation de serrement
- Céphalées récurrentes depuis 8 mois
- Faiblesse main droite (début récent)
- Déficit sensitif main/avant-bras droit
- Aphasie (mauvais mots, frustration)
- Chute il y a 2 semaines (jambe droite)
- Palpitations (rythme irrégulier)
- Toux chronique matinale (3 ans)
- Dyspnée d'effort

### Simulation

#### Durant l'entretien :

- Défaut champ visuel gauche évident
- Paraphasies verbales occasionnelles
- Frustration lors des erreurs de langage
- Inquiétude sur le pronostic vital
- Demander clarification termes médicaux
- Mentionner stress familial récent

#### Durant le status :

- Acuité visuelle < 20/200 œil gauche
- Hémianopsie ou quadranopsie gauche
- Force 1/5 main droite
- Hypoesthésie main/avant-bras droit
- Aphasie motrice légère
- Coopération pour tous les tests

## Informations de l'expert

### Dossier médical de l'entretien

Homme 66 ans avec déficits neurologiques focaux évolutifs = AVC jusqu'à preuve du contraire. Présentation classique : amaurose fugace récurrente (AIT carotidiens) → AVC constitué territoire ACM gauche. Facteurs de risque majeurs : HTA, diabète, tabagisme lourd, FA probable. Évolution temporelle critique : symptômes visuels → moteurs → sensitifs → langage = progression thrombus. Fenêtre thérapeutique : 2h depuis début = éligible thrombolyse si pas de CI. Localisation : carotide gauche → ophtalmique (vision) + ACM supérieure (main, langage).

### Rôles et interventions de l'expert·e

L'expert·e intervient si l'étudiant·e demande :

- Acuité visuelle : < 20/200 œil gauche, 20/20 œil droit
- Champ visuel : hémianopsie homonyme gauche
- Funduscopie : pas d'œdème papillaire, AV normaux
- Auscultation carotides : souffle carotidien gauche
- ECG : FA avec réponse ventriculaire contrôlée
- NIHSS : score 8 (vision 2, moteur 3, sensitif 1, langage 2)

### Points clés

- AIT récurrents = risque AVC imminent (20% à 90 jours)
- Amaurose fugace = AIT carotidien typique
- Crescendo TIA = urgence neurologique absolue
- Fenêtre thrombolyse : 4.5h (idéal < 2h)
- Thrombectomie : jusqu'à 24h si pénombre viable
- FA + AVC = anticoagulation après phase aiguë

### Pièges

- Minimiser les AIT répétés (haut risque AVC)
- Attribuer symptômes à 'l'âge' ou stress
- Retarder imagerie (chaque minute compte)
- Oublier glycémie (peut mimer AVC)
- Négliger l'aphasie (signe localisation)
- Manquer la FA à l'ECG

### **Diagnostic le plus probable**

AVC ischémique du territoire de l'ACM gauche avec probable sténose carotidienne

### **Accidents ischémiques transitoires (AIT)**

Déficits neurologiques focaux temporaires par ischémie cérébrale :

- Définition : déficit < 24h (typiquement < 1h) sans infarctus
- Incidence : 200-500/100,000/an
- Mécanismes : embolique 50%, hémodynamique 25%, lacunaire 25%
- Risque AVC : 10% à 48h, 20% à 90 jours
- Score ABCD2 : Age, BP, Clinical, Duration, Diabetes
- Haut risque : score  $\geq 4$ , AIT répétés, sténose carotide > 50%

### **Amaurose fugace**

Perte de vision monoculaire transitoire :

- Mécanisme : embolie artère ophtalmique (branche carotide interne)
- Description : 'rideau qui descend' ou 'voile'
- Durée : typiquement 2-30 minutes
- Étiologie : sténose carotide 50%, cardio-embolique 25%
- Examen : souvent normal, parfois plaque de Hollenhorst
- Pronostic : risque AVC 2%/an si traité, 10%/an si non traité

### **Territoires vasculaires cérébraux**

Distribution anatomique et syndromes cliniques :

- ACM supérieure : face/bras > jambe, aphasie (hémisphère dominant)
- ACM inférieure : hémianopsie, négligence (hémisphère mineur)
- ACA : jambe > bras, troubles comportementaux
- ACP : hémianopsie avec épargne maculaire, alexie
- Vertébro-basilaire : vertiges, ataxie, diplopie, dysphagie
- Lacunaires : moteur pur, sensitif pur, ataxie-hémi-parésie

### **Thrombolyse intraveineuse**

Traitement de reperfusion en phase aiguë :

- Fenêtre : 0-4.5h (bénéfice maximal < 90 min)
- NNT : 3 si < 90 min, 7 si 3-4.5h
- Contre-indications : AVC hémorragique, chirurgie < 14j
- CI relatives : AVC étendu, INR > 1.7, plaquettes < 100k
- Complications : hémorragie symptomatique 6%, angioœdème 5%
- Surveillance : neuro q15min x 2h, PA < 180/105

### **Thrombectomie mécanique**

Extraction endovasculaire du thrombus :

- Indications : occlusion gros vaisseau, NIHSS  $\geq 6$ , mRS < 2
- Fenêtre : 0-6h standard, jusqu'à 24h si mismatch
- NNT : 2.6 pour indépendance fonctionnelle
- Taux recanalisation : 80-90% (TICI 2b/3)
- Peut être fait après ou sans thrombolyse IV
- Complications : hémorragie 5%, embolie distale 5%

### **Évaluation étiologique de l'AVC**

Bilan pour déterminer le mécanisme et la prévention :

- Classification TOAST : cardio-embolique, athérosclérose, lacunaire
- Echo carotides : sténose > 50% = indication chirurgicale

- ECG/Holter : FA dans 25% des AVC cryptogéniques
- Échocardiographie : thrombus, valvulopathie, FOP
- Angio-CT/ARM : dissection, vasculite chez le jeune
- Bilan thrombophilie : si < 50 ans sans cause évidente

## Rappels thérapeutiques

- Thrombolyse IV : alteplase 0.9 mg/kg (10% bolus, 90% sur 60 min)
- Antiagrégation : aspirine 325 mg J1 (si pas thrombolyse)
- Double antiagrégation 21j si AIT mineur/AVC mineur
- Statine haute dose : atorvastatine 80 mg dès J1
- Contrôle PA : permettre HTA permissive sauf si thrombolyse
- Anticoagulation si FA : débiter J3-14 selon taille infarctus
- Endartériectomie : si sténose symptomatique > 70%
- Stenting carotidien : si haut risque chirurgical

## Examens complémentaires

- CT cérébral sans contraste : urgent, exclut hémorragie
- IRM diffusion : plus sensible, montre ischémie précoce
- Angio-CT cou/tête : localise occlusion pour thrombectomie
- Perfusion CT/IRM : évalue pénombre (tissu à sauver)
- ECG 12 dérivations : FA, IDM concomitant
- Monitoring cardiaque 24-48h : FA paroxystique
- Echo-doppler carotides : sténose, plaque instable
- Échocardiographie : source cardio-embolique
- Holter 30 jours : si AVC cryptogénique