



ACTUALITÉ AVC ISCHÉMIQUE

Quel délai pour quel traitement de reperfusion ?

Thrombolyse et thrombectomie : les fenêtres selon ESO et AHA/ASA

Journée filière CERVEAU — Urg'ARA

Dr Nathalie Bourgois — Neurologue, animatrice filière AVC, CHU Clermont-Ferrand

La frise des fenêtres de traitement



Thrombolyse IV



Thrombectomie



heures depuis le début des symptômes (ou dernière heure vu bien portant)

Délais de prise en charge de l'AVC ischémique : quel traitement de reperfusion ?

Situation	Thrombolyse IV	Thrombectomie
0 – 4h30 sans occlusion de gros vaisseau	Recommandée (ESO : recommandation forte)	Sans objet
0 – 4h30 occlusion de gros vaisseau (OGV)	Si éligible aux deux traitements : thrombolyse + thrombectomie, sans retarder la thrombectomie (ESO)	Recommandée, le plus tôt possible ; seule si thrombolyse contre-indiquée (ESO)
4h30 – 6 h OGV	Peut être raisonnable si pénombre récupérable en imagerie avancée, jusqu'à 9 h (AHA 2026)	Recommandée dans les 6 h (ESO)
6 – 24 h OGV	Patient non éligible à une thrombectomie / OGV / mismatch: expertise neurovasculaire	Si critères DAWN / DEFUSE-3 (ESO) ; jusqu'à 24 h si tissu récupérable en imagerie avancée (AHA 2026)
AVC du réveil ou d'heure inconnue	En fonction de l'IRM (FLAIR – et DWI < 1/3 territoire MCA) dans les 4h30 suivant la constatation des symptômes Patient non éligible à une thrombectomie: si mismatch, entre 4h30 et 9h de la constatation des symptômes ou ≤ 9 h du milieu du sommeil	Selon les critères d'imagerie, mêmes fenêtres que ci-dessus
Occlusion du tronc basilaire	Suggérée de 4,5 à 24 h en l'absence de contre-indication ni lésions étendues (ESO)	≤ 24 h si mRS pré-AVC 0-1, NIHSS ≥ 10, PC-ASPECTS ≥ 6 (AHA 2026, COR 1)

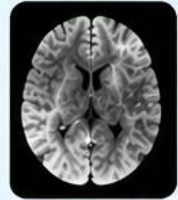
Sources : AHA/ASA 2026, Stroke 2026;57:e316-e436 · ESO 2021, Eur Stroke J 6(1):I-LXII · ESO-ESMINT 2019 et 2022 (thrombectomie, thrombolyse avant thrombectomie) · ESO-ESMINT 2024, J Neurointerv Surg 16(9):e7 (tronc basilaire)

Avant de décider d'une fibrinolyse et/ou d'une thrombectomie, le neurologue vasculaire vérifie plusieurs éléments clés :

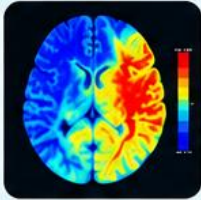


1 La perfusion cérébrale

Évalue la quantité de tissu encore viable et la zone déjà irréversiblement lésée.



TDM sans injection



Perfusion (CT/MR)

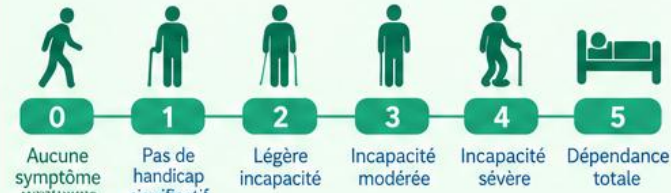
- Tissu viable (pénombre)
- Tissu déjà lésé (nécrose)

Plus la zone viable est importante, plus le traitement est bénéfique.



2 Le score de Rankin (mRS)

Mesure le niveau d'autonomie avant l'AVC et aide à évaluer le bénéfice attendu du traitement.



✓ Plus le patient est autonome avant l'AVC, plus on vise à récupérer une bonne qualité de vie.

3 La sévérité du déficit neurologique

Évaluée avec l'échelle NIHSS (plus le score est élevé, plus le déficit est important).



1. Vigilance / conscience
2. Regard oculaire
3. Champs visuels
4. Motricité (bras et jambe)
5. Sensibilité
6. Langage
7. Attention / extinction

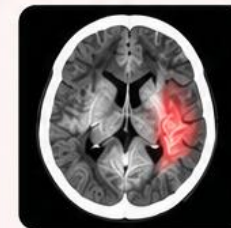
NIHSS

0-4	léger
5-15	modéré
16-20	sévère
21-42	très sévère

! Plus le déficit est invalidant, plus la recherche de reperfusion est justifiée (si pas de contre-indication).

4 Le risque de saignement

Évalué par l'imagerie et l'anamnèse (pour éviter une hémorragie, notamment intracrânienne).



- ✓ Pas d'hémorragie intracrânienne préexistante
- ✓ Pas de lésion à risque (tumeur, malformation, etc.)
- ✓ Contrôle de la tension artérielle
- ✓ Bilan biologique (plaquettes, INR, ...)
- ✓ Pas de traitement anticoagulant à risque

! Si le risque hémorragique est trop élevé, la fibrinolyse est contre-indiquée.

Après avoir analysé tous ces éléments, le neurologue vasculaire décide si le patient est éligible à :



FIBRINOLYSE

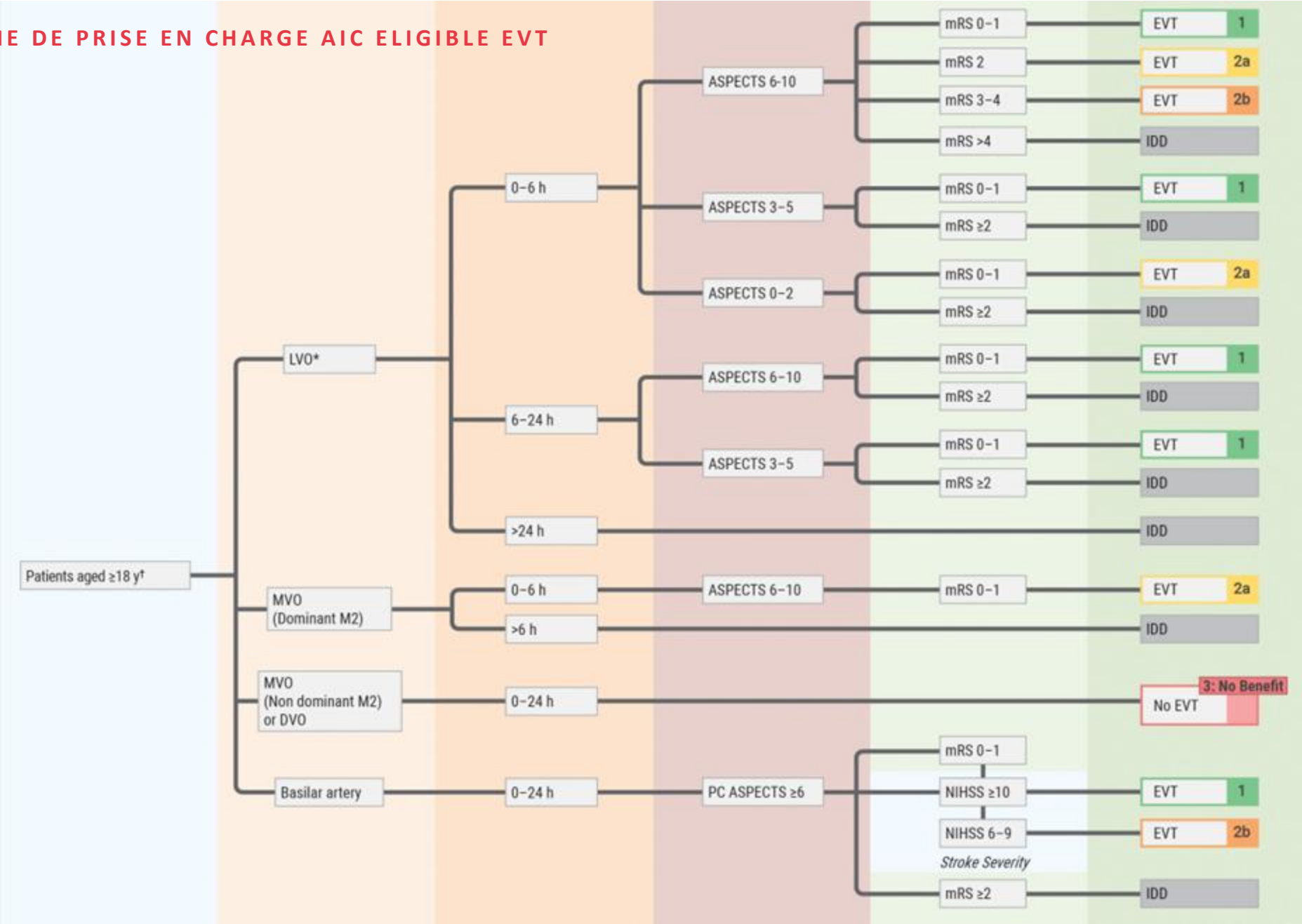
(dans les premières heures et si pas de contre-indication)



THROMBECTOMIE

(si occlusion d'une grosse artère et dans la fenêtre thérapeutique)

ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE AIC ELIGIBLE EVT



Les cibles temps à connaître



≤ 60 min

Door to needle

Arrivée du patient → thrombolyse IV



≤ 90 min

Door to groin puncture

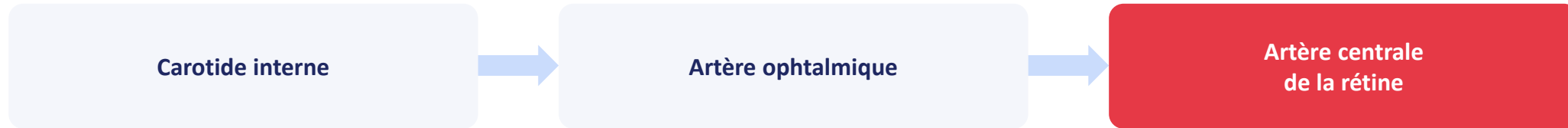
Arrivée en centre de recours → thrombectomie



Objectif encore plus ambitieux : un délai door-to-needle ≤ 30 min est associé à de meilleurs pronostics fonctionnels et à un bénéfice médico-économique dans les données récentes — viser toujours plus court reste pertinent.

Recommandations ESO (thrombolyse IV) et AHA/ASA (Target: Stroke)

L'OACR : l'AVC de l'œil



Une baisse de vision monoculaire brutale et indolore doit déclencher le même réflexe d'urgence qu'un AVC si <4h30.

Même territoire vasculaire

que le cerveau : la rétine est une extension embryologique cérébrale

Classée comme un AVC

parmi les accidents ischémiques cérébraux par les sociétés savantes

Thrombolyse à l'étude

Possible avec l'ALTEPLASE dans les 4h30



À retenir

Le délai n'est plus un motif d'exclusion en soi

En dehors des 4h30 (thrombolyse) et des 6h (thrombectomie), c'est l'imagerie avancée — pas seulement l'horaire— et l'expertise neurovasculaire qui décide si le patient peut encore bénéficier d'un traitement de reperfusion, jusqu'à 24h après le début des symptômes.

Merci — questions ?