



LES GRANDS MESSAGES DE LA JOURNÉE CERVEAU

Les replays et les présentations sont sur le site

EPA'AVC : retour sur 5 phases d'inclusions en 3 ans

Dr Cavalli

Etude observationnelle descriptive prospective
Multicentrique, régionale
Services Urgences
2 périodes d'inclusions de 15 j/an
Inclusions : AVC (Ischémique, hémorragique) ou AIT

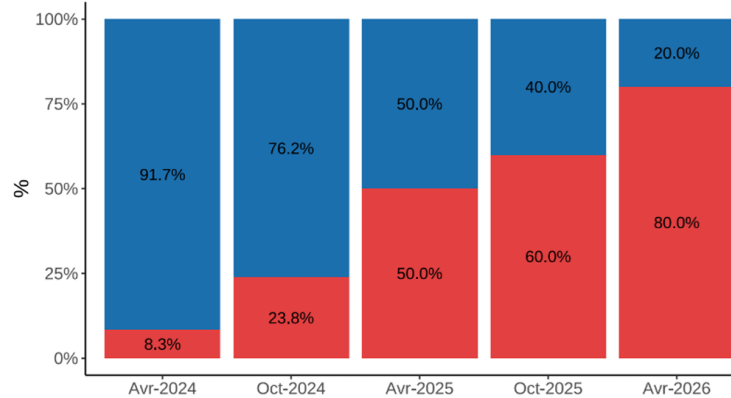
112 TIV réalisées :

- Délai médian imagerie – TIV 42 min
- Door to needle < 60 min dans 25% des cas (32% ES avec UNV)
- Type de thrombolytique : en 3 ans d'étude on observe clairement l'arrivée de la Métalyse passant de 8% à 80% des TIV réalisées

Sur 50 centres participants

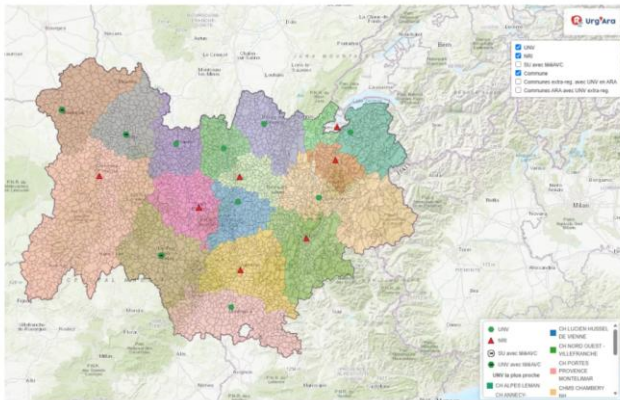
1698 patients inclus :

- 983 AVC ischémiques
- 152 AVC hémorragiques
- 545 AIT
- 18 sans diagnostic final renseigné



Accédez à cet outil créé par la filière Cerveau :

[Cartographie dynamique](#)



Mode d'emploi à l'utilisation de la carte

Type de thrombolytique ■ Actilyse® (ALTEPLASE) ■ Métalyse® (TENECTEPLASE)

Cartographie dynamique

Sur le site Urg'Ara, médecins urgentistes et neurovasculaires ont accès à une carte de la région ARA recensant les SU avec télémedecine, les UNV et les NRI.

Elle permet d'obtenir le temps d'accès vers l'UNV la plus proche par voie routière (véhicule sanitaire) pour chaque commune de la région.

Elle est accessible [ICI](#)

Gestion des anticoagulants dans les saignements intracrâniens

Dr Murgat

- Toutes les hémorragies intracrâniennes sont une urgence et donc doivent bénéficier d'une réversion précoce
- L'acide tranexamique est indiqué uniquement en cas de traumatisme crânien (pas indiqué si HSA ou HIC)
- Ponction lombaire contre-indiquée si anticoagulant => indication d'antagonisation (AVK et dabigatran)
- Si les traitements du patient sont inconnus : dosage TP – TCA – anti-Xa et temps de thrombine
- Pour la réversion ou antagonisation, suivre les guidelines communes de 2024 :



Recommandations sur la
gestion de l'anticoagulation dans un contexte d'urgence

L'HSA : y penser, la diagnostiquer et la traiter

Dr Ritzenhaler

La clinique : y penser devant

- Céphalées brutales en coup de tonnerre (intensité maximale immédiatement)
- Patient > 40 ans
- Début à l'effort
- Douleur ou raideur cervicale
- Perte de connaissance observée
- Flexion cervicale limitée à l'examen

Imagerie de 1^{re} intention => **TDM cérébrale / AngioTDM du polygone +/- TSA**

Si imagerie cérébrale réalisée dans les 6 heures suivant les symptômes **NEGATIVE => exclusion du diagnostic**

Examen en 2^e intention :

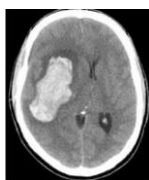
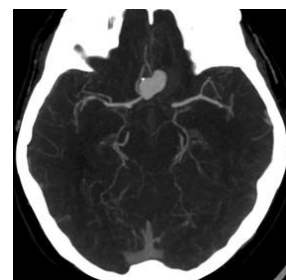
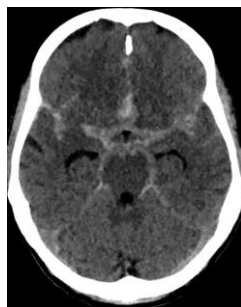
- IRM cérébrale et AngioMR du polygone (Association FLAIR et T2* : Sensibilité 100%)
- Ponction lombaire (d'autant plus recommandée que symptômes > 12h)

Contacter la **NEURO-REANIMATION** pour PEC

Mesures générales de traitement dans l'attente d'un transfert :

- > Si Glasgow < 9 et/ou détresse respiratoire => IOT/sédation
- > Lit strict, décubitus dorsal ou latéral, inclinaison dossier 30° possible
- > A jeun
- > Surveillance clinique régulière : Pupilles, Glasgow, NIHSS, signe d'HIC
PA, FC, SpO2, glycémie capillaire (glycémie cible entre 5 à 10 mmol/L ou 1 à 2 g/L)
- > Objectif de PAS à déterminer avec le neuro-réanimateur :
 - Trouble de la vigilance :
Obj PAS < 180 mmHg
PAM > 90 mmHg
 - Pas de trouble de la vigilance :
Obj PAS < 160 mmHg
 - Selon profil tensionnel patient :
Remplissage +/- amines
Nicardipine et/ou Urapidil au PSE
 - Nicardipine et/ou Urapidil au PSE
- > Oxygénothérapie pour SpO2 cible 94-98%
- > Remplissage vasculaire : préférentiellement NaCl 0,9 % (30 à 50 mL/kg/j) et correction des troubles électrolytiques
- > Prophylaxie antiépileptique à discuter avec le neuro-réanimateur si le patient a convulsé (Keppra® 500 mg /12h IV)
- > Arrêt des antiagrégants plaquettaires
- > Arrêt des anticoagulants ET normalisation de la coagulation selon les recommandations de réversion des anticoagulants
- > Traitement de la douleur (éliminer tout globe urinaire) y compris avec morphinique, de l'hyperthermie, des nausées et des vomissements

CHU Clermont-Ferrand	04 73 75 16 47
CHU Grenoble	04 76 76 81 41
CHU Lyon	04 72 35 58 13
CHU Saint-Etienne	04 77 82 85 66



Prise en charge des hémorragies intracranienues spontanées

European Stroke Organisation (ESO)

European Association of Neurosurgical Societies (EANS)

2025

Dr Blanc-Lasserre

15% des AVC

C'est une urgence neuro-vasculaire => prise en charge en UNV ++++

Imagerie en urgence avec recherche d'une cause sous jacente pour les profils à risque

Antagonisation immédiate des anticoagulants

Discussion neurochirurgicale précoce



**AVC Hémorragique
intra parenchymateux non
traumatique**

Le référentiel Urg'Ara ICI

Focus gestion HTA // Consensus d'experts :

- > Abaisser la pression artérielle systolique < 140 mmHg
- > Dans les 6h (le plus tôt possible)
- > Chez les patients présentant un hématome mineur ou modéré (taille < 30 ml)
- > En évitant une réduction < 70 mmHg par rapport à la PAS d'entrée
- > En évitant une réduction en deçà de 110 mmHg
- > En minimisant +++ les fluctuations tensionnelles,
- > A maintenir durant les 7 premiers jours

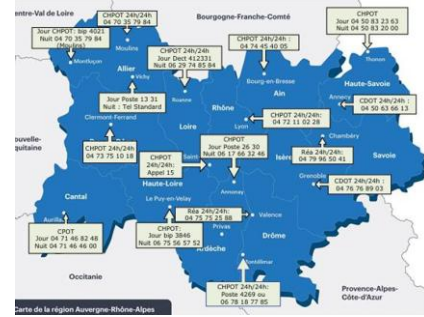
Equipes des CEDOT arc alpin

Equipes des CEDOT arc alpin

3 types de dons sur des donneurs décédés :

- DDME : Don après mort encéphalique
 - DDAC : Don après arrêt circulatoire
 - Maastricht 1 / 2 en extrahospitalier
 - Maastricht 3 après arrêt des thérapeutiques en réanimation
 - Prélèvement post-mortem (cornée, épiderme, veine, peau...)
- Pas d'auto-censure sur le profil du patient donneur, même âgé, même avec comorbidités

Une fois la limitation de soins actée pour le patient, appeler les correspondants des coordinations d'organe pour discuter du don.



Carte accessible dans les différents référentiels Urg'Ara ou [ICI](#)

Il est recommandé de dissocier les annonces aux familles :

- 1^{er} entretien : annonce du diagnostic et de l'issue fatale de la maladie sans thérapeutique possible
- 2^e entretien d'abord anticipé au don : cet entretien doit être préparé, se faire à plusieurs et dans l'idéal que les intervenants soient formés : d'où l'intérêt de le faire avec les IDE des coordinations.

La maladie épileptique : 1^{re} crise

Pr Jung

Il faut bien différencier :

- La crise d'épilepsie : apparition de signes/symptômes secondaires à une activité neuronale anormale et excessive d'un groupe de neurones du cortex
- L'épilepsie = maladie épileptique qui est une affection neurologique chronique liée à la répétition de crises d'épilepsie
- La crise symptomatique aiguë / crise situationnelle : Relation temporelle étroite avec une atteinte du SNC due à une pathologie métabolique, toxique, structurale, infectieuse ou inflammatoire

Il n'est pas toujours facile de différencier une crise généralisée tonicoclonique (CGTC) / d'une syncope / d'une crise fonctionnelle dissociative : la morsure latérale de langue & confusion postcritique prolongée sont très évocateurs de CGTC

Quels examens paracliniques ?

The diagram consists of two rounded rectangular boxes connected by a large blue plus sign. The left box is titled 'Biologie :' and contains a list of five items: 'Ionogramme avec glycémie, calcium et magnésium', 'Urée, créatininémie', 'Bilan hépatique, OH', 'Lactates veineux (si prélevé < 2h post crise), CPK', and 'BHCG'. Below this list is the text 'Si doute : toxiques, CO'. The right box is titled 'Imagerie cérébrale systématique :' and contains the text 'TDM avec injection au temps artériel (+/- veineux en fonction du contexte)' and 'ou si disponible IRM avec injection'.

Biologie :	+	Imagerie cérébrale systématique :
- Ionogramme avec glycémie, calcium et magnésium - Urée, créatininémie - Bilan hépatique, OH - Lactates veineux (si prélevé < 2h post crise), CPK - BHCG - Si doute : toxiques, CO		TDM avec injection au temps artériel (+/- veineux en fonction du contexte) ou si disponible IRM avec injection

Pas de traitement systématique par BZD

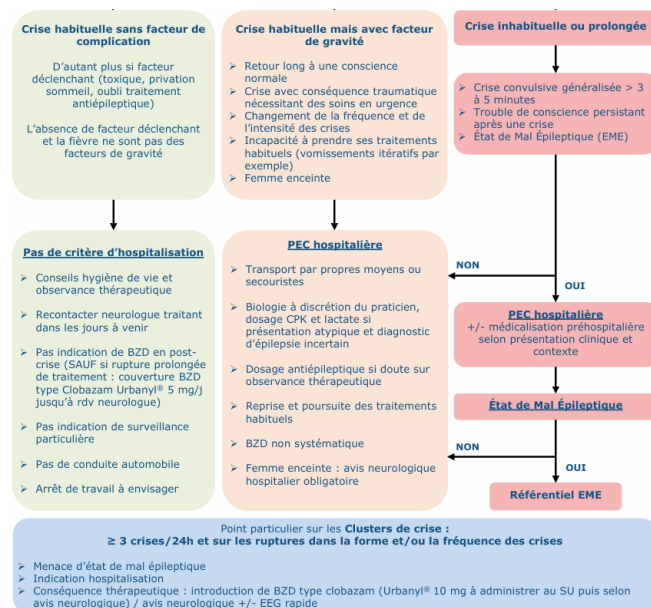
Orientation post-urgence : Avis neurologique ou
filière locale première crise disponible

CONSIGNE STRICTE DE NE PAS CONDUIRE
JUSQU'À LA CONSULTATION AVEC LE
NEUROLOGUE

Arrêt de travail jusqu'à la consultation
neurologique si activités à risque ou impossibilité
de transport jusqu'au lieu de travail

En cas de récurrence de crise : que faire?

- Crise habituelle sans complication
- Crise habituelle avec facteur de gravité
- Crise inhabituelle ou prolongée : EME / cluster de crise



Où orienter un AVC à la phase aigue?

Pr Detante

Toute la difficulté actuelle est de savoir comment orienter au mieux un patient victime d'AVC à la phase aigue.

Plusieurs stratégies sont possibles :

- Drip and ship : orientation vers SU avec télémedecine ou UNV pour bénéficier 1^{er} ttt par TIV et éventuellement transfert vers NRI en 2^{de} intention
- Mothership : orientation d'emblée vers une UNV avec NRI
- Mobil Stroke Unit : Ambulance équipée de scanner ou IRM qui prend en charge le patient sur le lieu de son AVC (non mise en place en France)

⇒ Les recommandations actuelles de l'ESO sont en faveur de la stratégie Mothership si différence de temps de transport < 30-45 min MAIS non applicable strictement en l'état.

⇒ Les recommandations Urg'Ara préconisent un appel neurovasculaire systématique dès la régulation pour décider conjointement de la meilleure orientation possible pour le patient au vu des ressources locales.

⇒ En cas de retransfert de patient, l'objectif du DIDO (délai entre arrivée hôpital => départ vers 2^e hôpital) < 60 min

L'AVC ischémique : quels traitements pour quel type d'AVC?

Dr Bourgois

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.

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):1-XXII - ESO-ESMINT 2019 et 2022 (thrombectomie, thrombolyse avant thrombectomie) - ESO-ESMINT 2024, J Neurointerv Surg 16(9):e7 (tronc basilaire)

 ≤ 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.

AVC ischémique mineur et double anti-agrégation

Dr Ferrier

1 QUELS PATIENTS ?  AVC ischémique non cardioembolique de faible sévérité NIHSS ≤ 3 (données les plus robustes) Extension possible à NIHSS ≤ 5 selon le contexte (athérosclérose, délai)  Minor ≠ non invalidant Toujours évaluer le caractère invalidant du déficit	2 QUEL TRAITEMENT ?  Aspirine (charge 160-300 mg puis 75-100 mg/j) + Clopidogrel (charge 300 mg puis 75 mg/j) DAPT Aspirine + clopidogrel = STRATÉGIE DE RÉFÉRENCE (CHANCE, POINT, INSPIRES) Alternative chez certains patients : Aspirine + ticagrelor (THALES, CHANCE-2) Situations particulières (CYP2C19 LOF, NIHSS ≤ 5, AIT à très haut risque)	3 QUAND INITIER ?  IDÉALEMENT dans les 24 heures Jusqu'à 72 heures possible chez des patients sélectionnés (ATHÉROSCLÉROSE PRÉSUMÉE, NIHSS ≤ 5) (INSPIRES)	4 PENDANT COMBIEN DE TEMPS ?  21 jours = durée optimale (concentration du bénéfice précoce, moindre risque hémorragique) ↓ Puis MONOTHÉRAPIE antiagréante	5 QUEL BÉNÉFICE ? QUEL RISQUE ?  - 20 à 35 % de récurrence d'AVC précoce  Risque hémorragique majeur  faible mais présent ≈ 0,3 – 0,9 % selon les études  Bénéfice net favorable dans les 21 premiers jours
---	---	---	---	--

SAVE THE DATE

16/11/2026 => Ateliers / revue de dossiers Traum'Ara
Arc alpin / Grenoble
01/12/2026 => Ateliers Traum'Ara Auvergne
Clermont-Ferrand
28/01/2027 => Journée Pédi'Ara / St Martin La Plaine

Tous nos référentiels sur www.urgences-ara.fr

