

Complications à court terme de l'ASC

Surveillance et diagnostic

Emmanuel Houdart

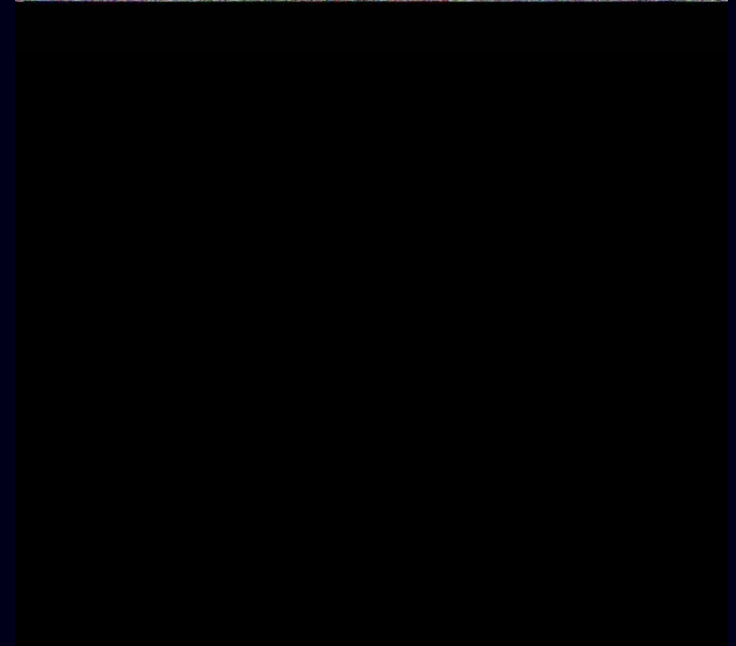
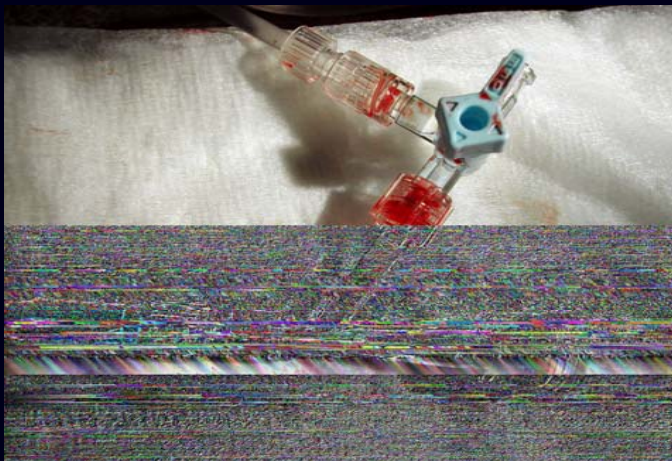
*Service de Neuroradiologie, Hôpital Lariboisière,
Paris, France*

Complications

- Cérébrales (infarctus ou hémorragie)
- Locales (point de ponction)
- Générales (infectieuses)

Pendant l'intervention : éviter la formation d'un thrombus dans le cathéter porteur

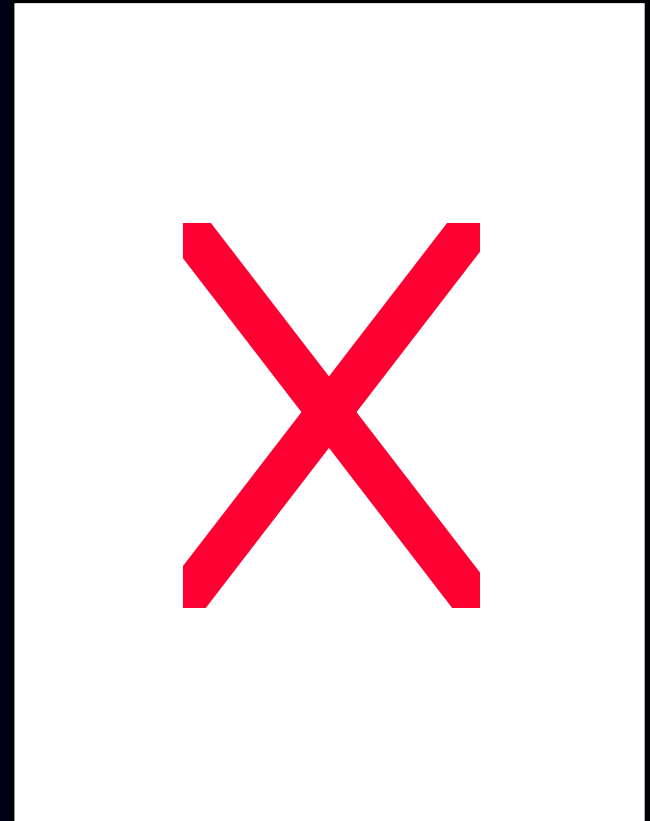
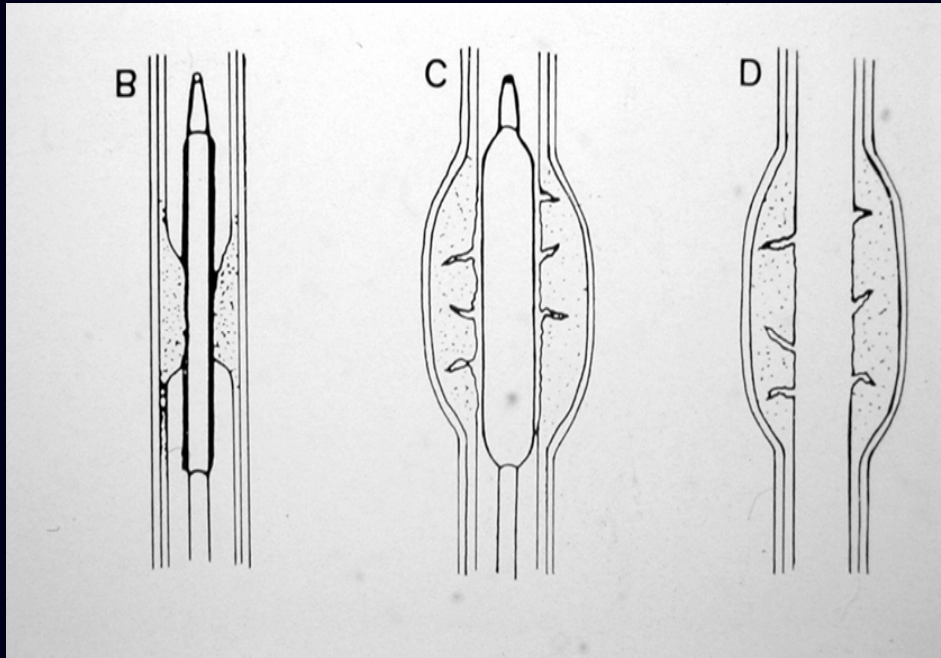
- Surveiller la perfusion continue par du sérum physiologique du cathéter au rythme de 1 goutte / sec



Ce que doit surveiller le personnel para-médical après intervention

- Observance de la prise des anti-agrégants !
- État neurologique
- Tension artérielle
- Point de ponction artérielle
- Point de ponction veineuse
- Température
- Diabétique : glycémie capillaire

Anti-aggrégants préviennent la thrombose au site d'angioplastie



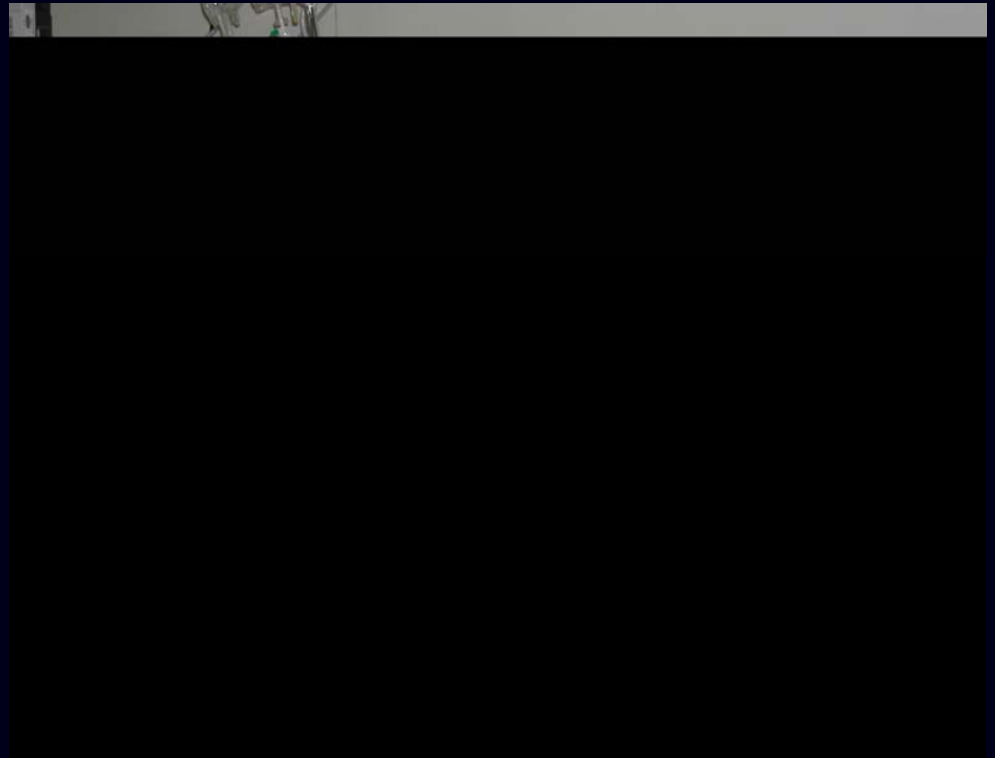
Tout patient stenté doit recevoir

- Association à poursuivre pendant 3 mois
 - Aspirine : 160 à 250 mg / jour
 - Plavix : 1 à 2 cp / jour
- L'absence de prescription est un oubli et doit être signalé à l'opérateur !!
- Efficacité doit être vérifiée toutes les fois que possible par VASP ou Verify Now

Examen neurologique minimum

- Conscience
- Motricité
- Sensibilité au toucher

- Rechercher des signes déficitaires du côté opposé à la carotide traitée

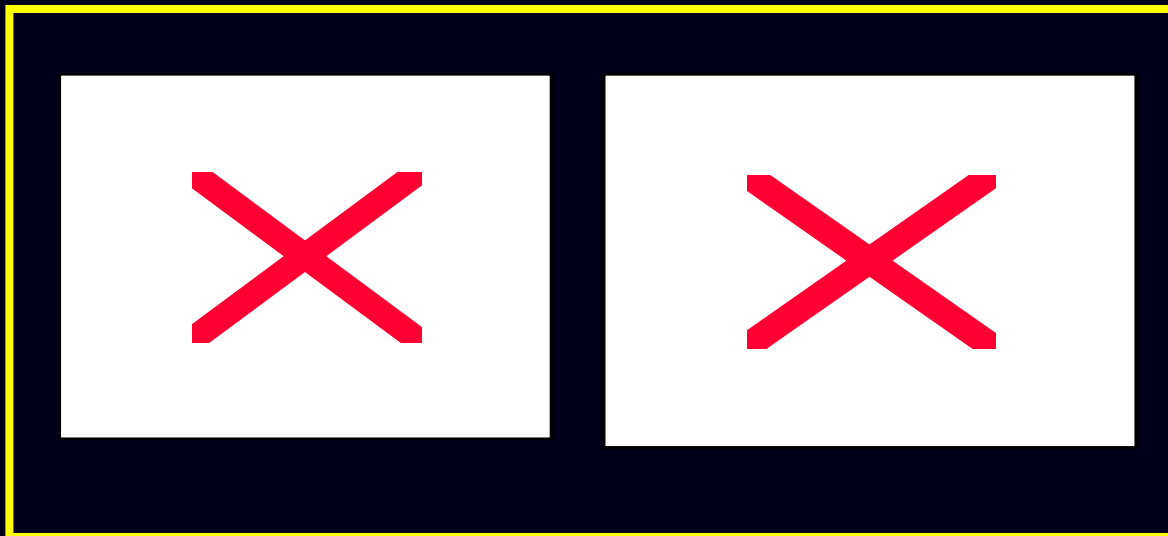
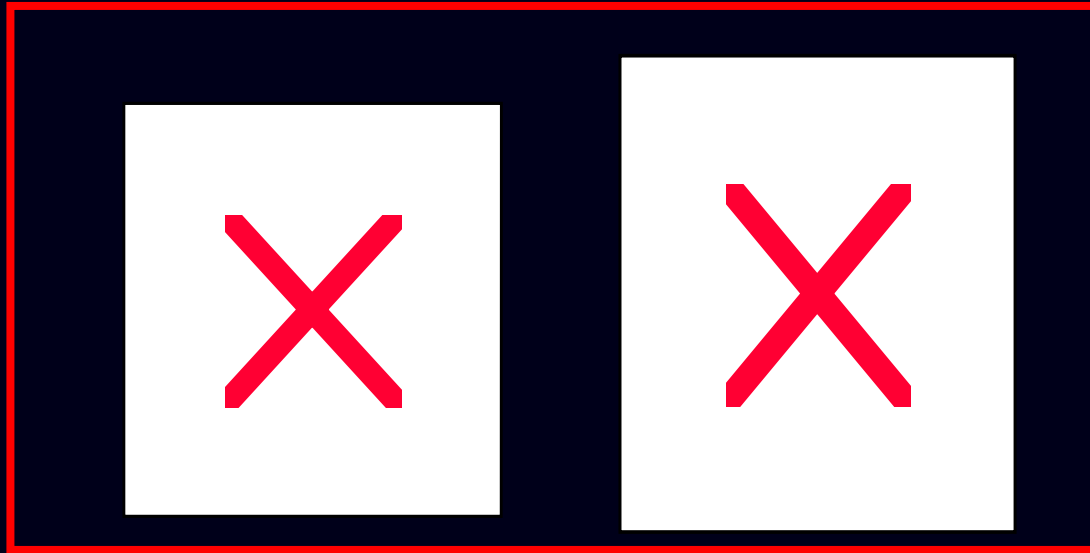


CAT si anomalie

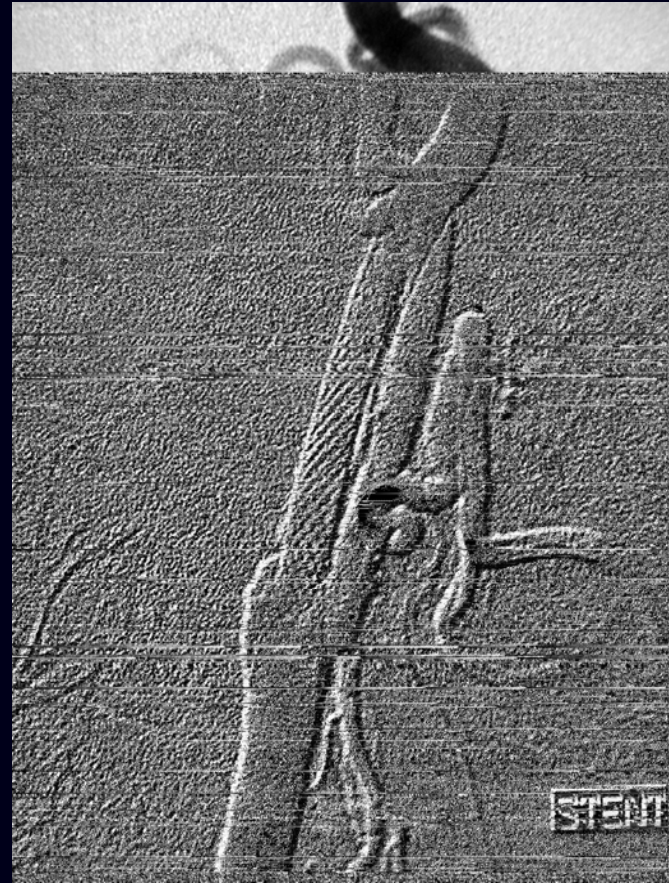
- Pas de méthode Coué !
- Toute modification de l'état neurologique impose l'appel du médecin référent
- Scanner / IRM / Doppler seront demandés



Bilan morphologique cérébral & vasculaire

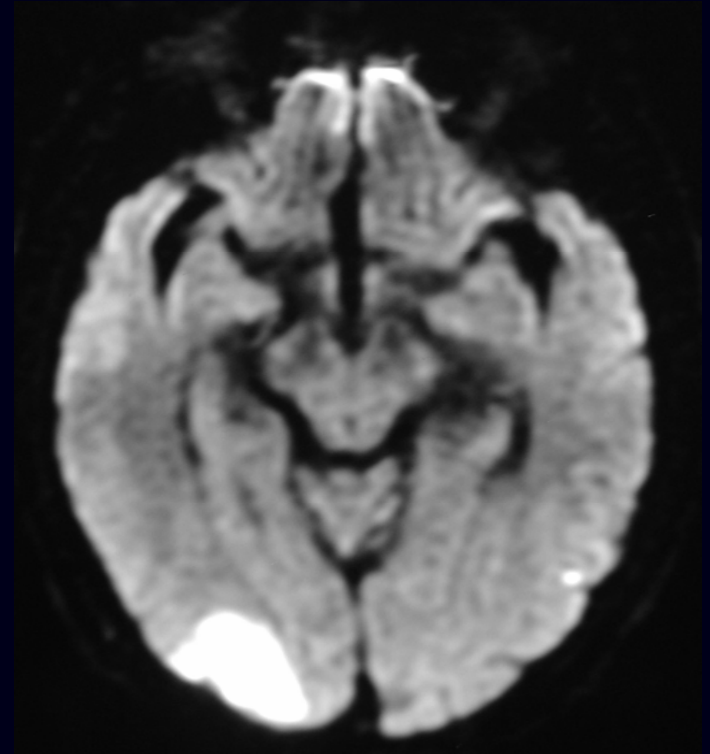


Example 1

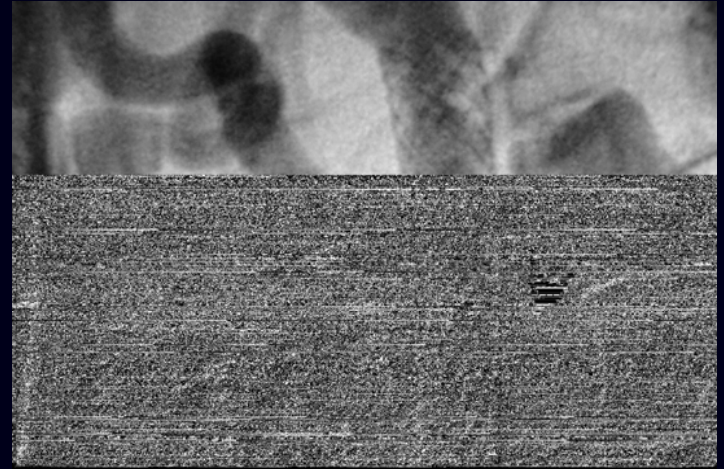
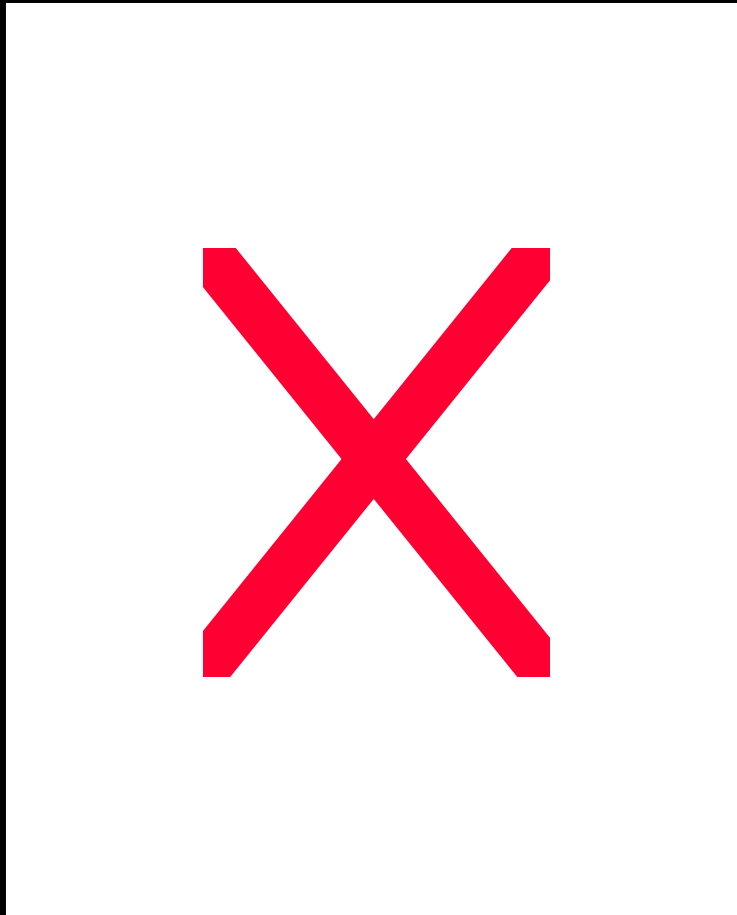


Évolution

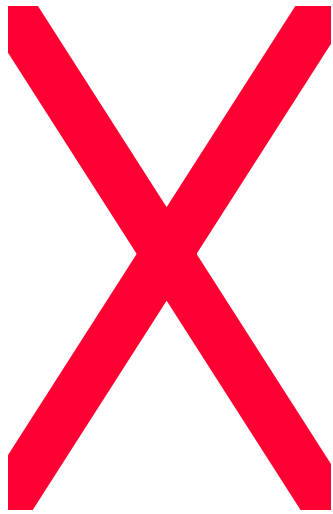
- 72 heures après stenting
- Déficit moteur membre sup droit et quadranopsie gauche



Thrombose intra-stent au Doppler et à l'artériographie



Traitement par Réo-Pro

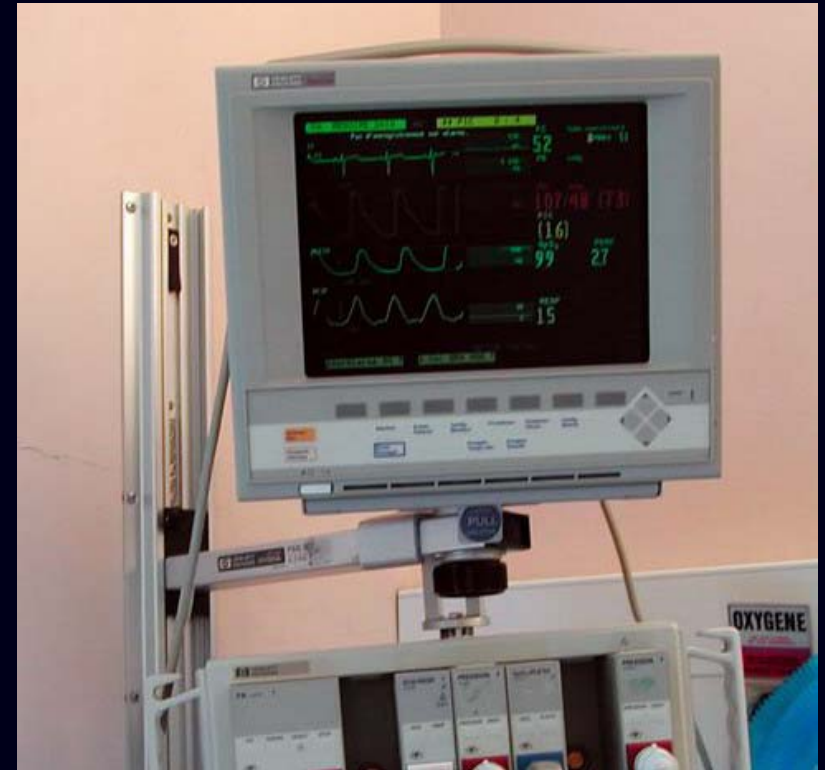


12 h after Reo-Pro

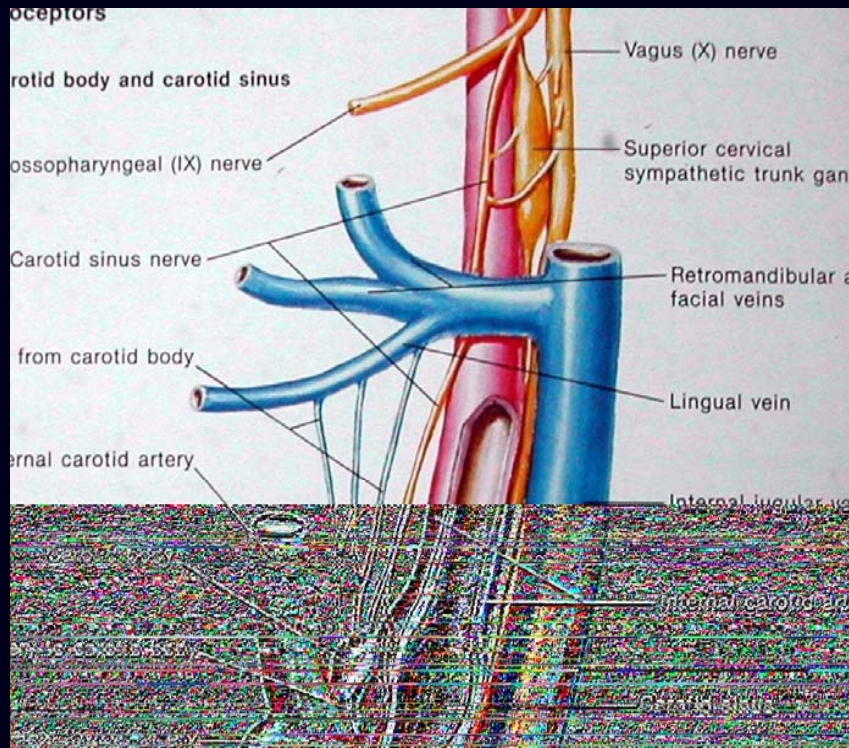
- Mécanisme de la thrombose : résistance au Plavix
- Changement de traitement par du Ticlid

Surveillance de TA

- TA peut s'abaisser anormalement après stenting de la CI par stimulation du glomus carotidien
- Plus grave : elle peut s'élever après arrêt de certains anti-HTA



Stimulation du sinus carotidien entraîne une réaction physiologique d'hypoTA et bradycardie



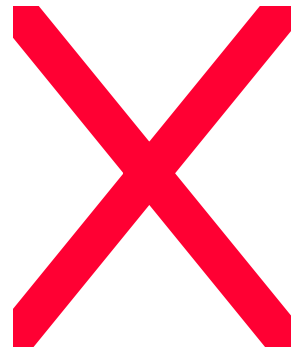
Traitement réaction vagale

- Atropine 0.5 mg IV avant implantation du stent
- Si persistance après angioplastie : inotropes + (Dobutamine IV) pendant 24 h

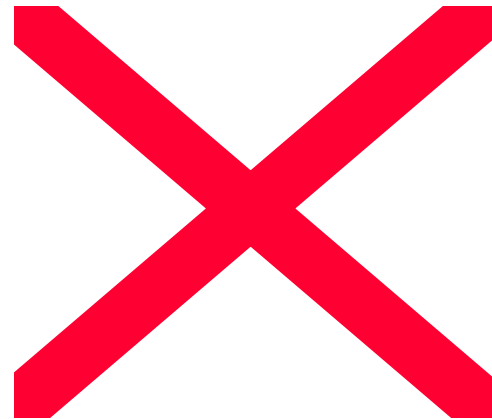
Traitement d'une HTA

- Patients souvent hypertendus
- La suppression de la sténose restaure un flux artériel normal au tissu cérébral
- Celui-ci peut devenir excessif et entraîner une hémorragie cérébrale si la TA est trop élevée
- Règle : la TA doit rester $< 130 / 80$

Sténose très serrée sur carotide unique

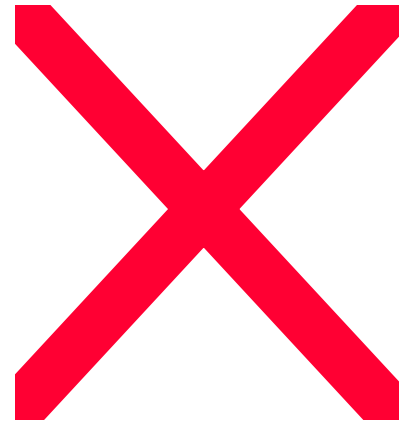


Stenting sans difficulté



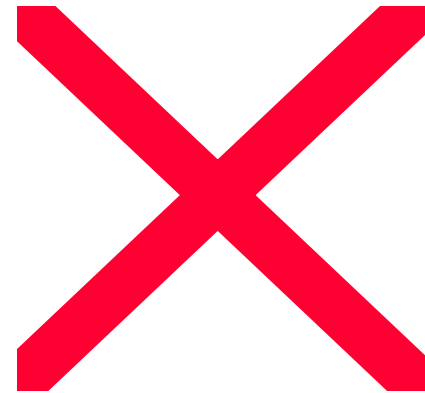
Evolution

- Asymptomatique mais TA instable
- Médecin qui demanda à sortir à J3
- Réadmis à J5 décédé en raison d'une hémorragie massive



Protocole anti-HTA habituel

- Eupressyl IV
- Loxen IV
- Augmentation des doses d'anti-HTA oraux pour sevrer rapidement le patient de sa seringue électrique

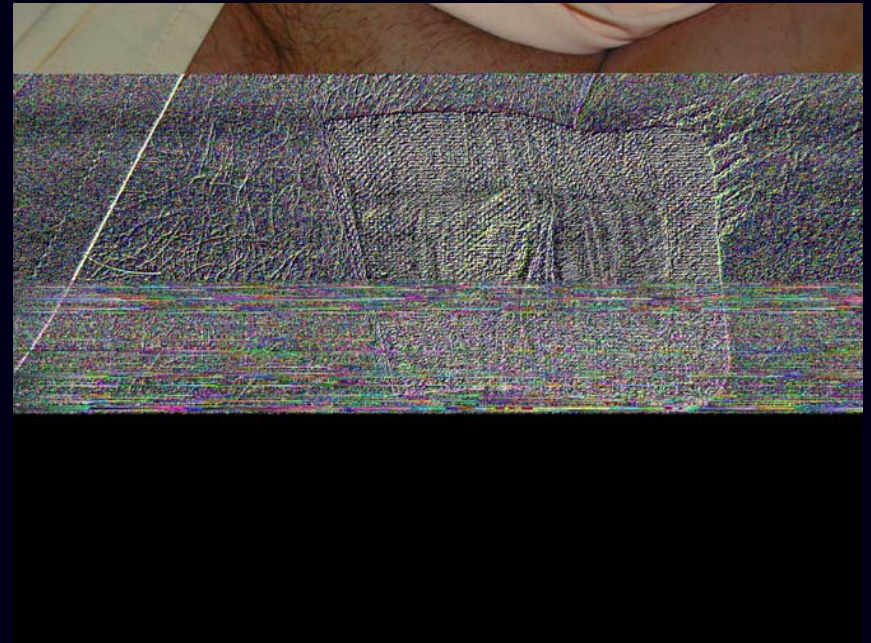


Chez le diabétique non insulino-dépendant (gras)

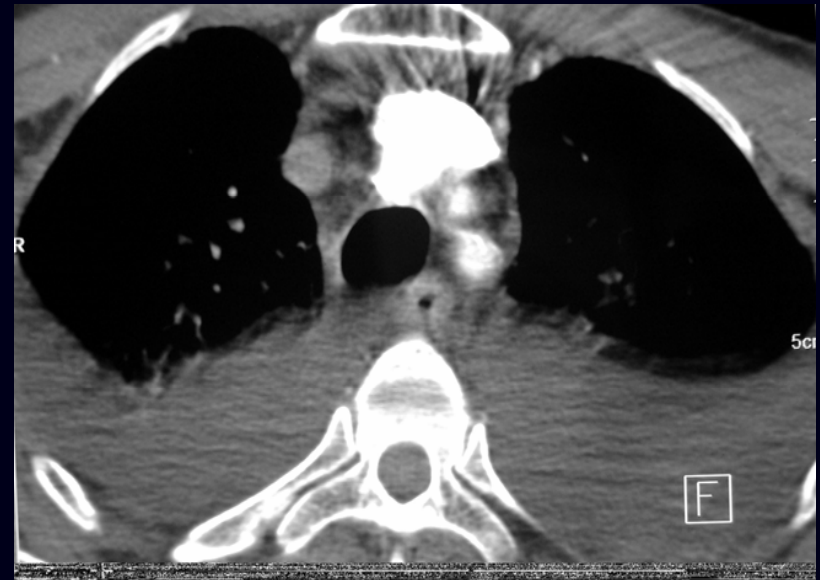
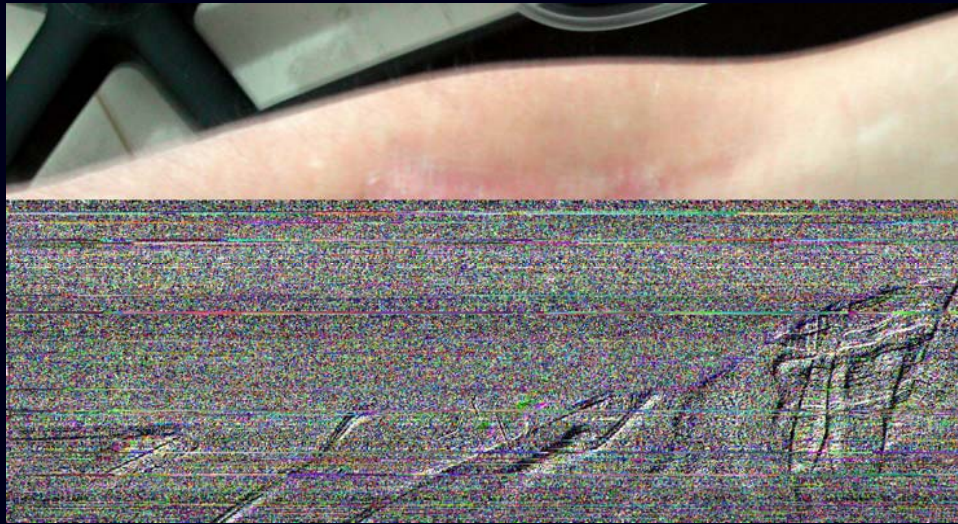
- Tout médicament contenant de la Metformine (Stagid, Glucophage etc..) doit être interrompu pendant 48 h suivant une injection d'iode :
risque d'acidose lactique mortelle
- Vérifier que l'arrêt du traitement a été noté !
- Surveillance glycémie capillaire et protocole insuline si glycémie s'élève $> 2 \text{ g / l}$

Surveiller le point de ponction artérielle

- 24 premières heures
- En l'absence d'utilisation de fermeture artérielle, ne pas lever le patient
- Risque : hématome



Surveiller la voie veineuse et la
retirer dès qu'elle n'est plus
nécessaire



« Il est toujours préférable dans le
cerveau d'éviter une complication
que d'avoir à la traiter »