

TRAITEMENT ENDOVASCULAIRE DES OCCLUSIONS EN TANDEM RÉSULTATS ANGIOGRAPHIQUES ET CLINIQUES

AGUETTAZ P¹, KALSOUM E¹, AGGOUR M¹, BOUSTIA F¹,
HÉNON H², LECLERC X¹

1 : Service de neuroradiologie, CHRU de Lille

2 : Service de neurologie vasculaire, CHRU de Lille

Problématique

RECANALISATION PRÉCOCE = FACTEUR PRÉDICTIF DE
BONNE ÉVOLUTION CLINIQUE

NINDS, NEJM, 1995;333:1581
Molina, Stroke, 2006; 37:2301
Saver, Stroke, 2007;38:967

Problématique

RECANALISATION PRÉCOCE = FACTEUR PRÉDICTIF DE
BONNE ÉVOLUTION CLINIQUE

TAUX DE RECANALISATION APRÈS LYSE IV DES
OCCLUSIONS EN TANDEM ACI-M1 EST FAIBLE

Varie de 10 à 20% selon les séries

NINDS, NEJM, 1995;333:1581
Molina, Stroke, 2006; 37:2301
Saver, Stroke, 2007;38:967

Problématique

RECANALISATION PRÉCOCE = FACTEUR PRÉDICTIF DE
BONNE ÉVOLUTION CLINIQUE

TAUX DE RECANALISATION APRÈS LYSE IV DES
OCCLUSIONS EN TANDEM ACI-M1 EST FAIBLE

Varie de 10 à 20% selon les séries

OCCLUSION EN TANDEM = FACTEUR PRÉDICTIF DE
MAUVAISE ÉVOLUTION APRÈS LYSE IV

NINDS, NEJM, 1995;333:1581
Molina, Stroke, 2006; 37:2301
Saver, Stroke, 2007;38:967

Objectif

Évaluer les résultats cliniques et angiographiques des patients pris en charge par voie endovasculaire pour une occlusion en tandem ACI-M1

Matériel et méthode

- Étude rétrospective de données collectées de façon prospective (janv 2011-sept 2012)

CRITÈRES D'INCLUSION

- AVC ischémique < 4h30 ou AVC du réveil avec FLAIR –
- Occlusion en tandem
- Thrombolyse IV
- Prise en charge endovasculaire

Matériel et méthode

- Tous les patients ont bénéficié
 - D'une IRM à H0 et H24
 - Détermination du volume lésionnel (B1000 et ADC)
 - Calcul du score ASPECT IRM
 - Complications hémorragiques (échelle ECASS II)
 - D'une évaluation clinique
 - Score NIHSS à H0, H24, M3
 - mRS à M3

ÉVOLUTION FAVORABLE = mRS \leq 2 à M3

1

Ttt de l'occlusion sylvienne : THROMBECTOMIE
Solitaire FR

2

Ttt l'occlusion carotidienne

Fonction des résultats en M1

SUCCÈS

ECHEC

Polygone inopérant

Polygone efficient

Angioplastie
Angioplastie stenting

Abstention

AUCUNE anticoagulation ou antiagrégation

SAUF

Si ANGIOPLASTIE/STENTING

- Administration de 10 UI/kg d'HNF en bolus puis 75mg ASA
- Double AAP à H24 après IRM de contrôle

Résultats : Population

- 14 patients ont été inclus
 - 12 hommes
 - Âge médian 61 ans (48-78)
 - NIHSS médian 17 (11-24)
 - 5 accidents du réveil
 - Délai symptômes-IRM : 1h23 (56 min-5h14)

- Étiologie de l'occlusion carotidienne
 - Athérome : 79% (11/14)
 - Embolique : 7% (1/14)
 - Dissection : 14% (2/14)

Données d'imagerie

- Volume infarctus initial : 23,5 mL (2-249)
- ASPECT : 7,5 (3-9)
- Slow Flow en FLAIR : 100%
- Longueur du thrombus : 8,7 mm (2-16,5)

Résultats angiographiques

- Délai symptômes-procédure : 3h48 (EC 1h21)
- Durée intervention : 1h15 (EC 37 min)
- Délai symptômes-Max TICl : 4h54 (EC 1h20)

1

THROMBECTOMIE M1
TICI 2b/3 :86% (12/14)

2

PEC occlusion carotide

Traitement : 71% (10/14)

Abstention : 29% (4/14)

Échec recanalisation M1
n=2

Polygone efficient
n=2

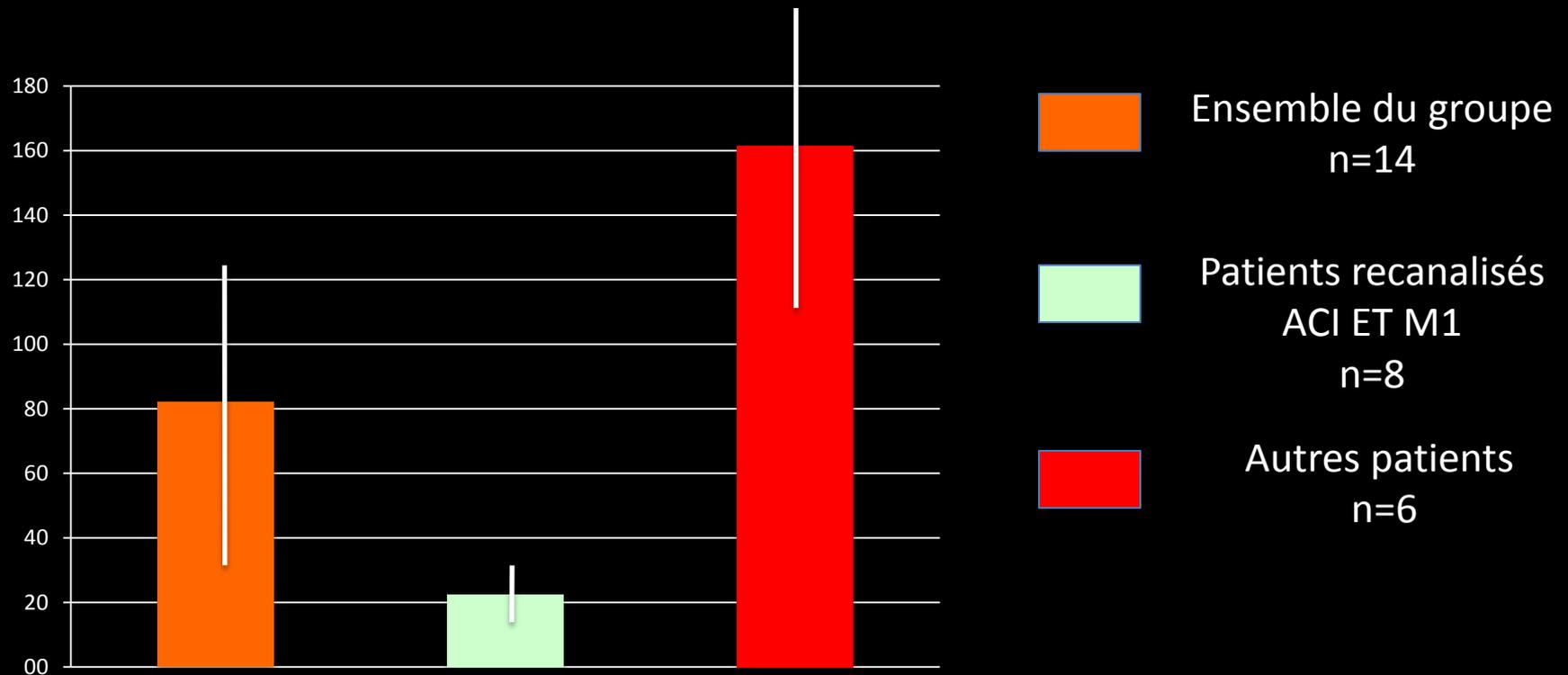
Angioplastie : 40%
(n=4)

Angioplastie stenting : 50%
(n=5)

Autre : 10%
(n=1)

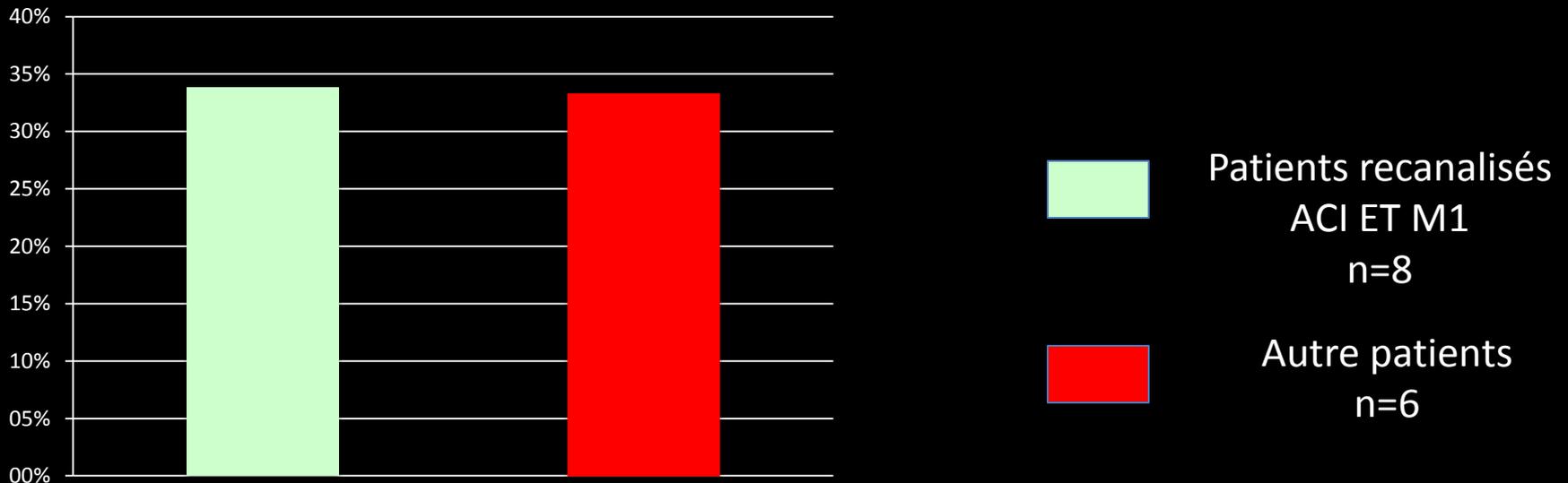
TIMI 2/3 : 80% (8/10)

IRM à H24



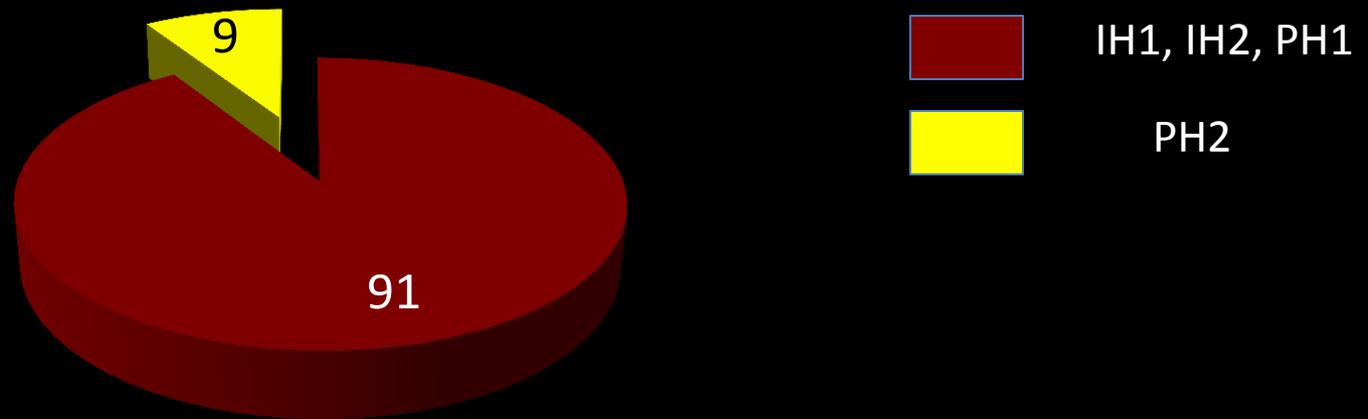
Taille de l'infarctus final en fonction du statut recanalisé (ACI ET M1) vs non ou partiellement recanalisé (autres patients)

IRM à H24



Évolution de la taille de l'infarctus entre H0 et H24 en fonction du statut recanalisé (ACI ET M1) vs non ou partiellement recanalisé (autres patients)

IRM à H24



Complications hémorragiques (échelle ECASS 2)
78,6% (11/14)

Résultats cliniques à M3

- Évolution favorable ($mRS \leq 2$) : 64% (9/14)
 - Patients recanalisés ACI-M1 : 88% (7/8)
 - Autres patients: 33% (2/6)
- $mRS \leq 3$: 86% (12/14)
- Complications hémorragiques symptomatiques : 14% (2/14)
 - 1 infarctus malin à transformation hémorragique
 - 1 patient intubé à H24 (échec d'extubation sur BPCO sévère)
- Mortalité : 7% (1/12)

Conclusion

LA PEC ENDOVASCULAIRE DES OCCLUSIONS EN TANDEM

- Fort taux de succès angiographique
 - ACI : 80%
 - M1 : 86%

Conclusion

LA PEC ENDOVASCULAIRE DES OCCLUSIONS EN TANDEM

- Fort taux de succès angiographique
 - ACI : 80%
 - M1 : 86%
- Résultats cliniques prometteurs à M3
 - 2/3 des patients avec $mRS \leq 2$
 - 86% avec $mRS \leq 3$

Conclusion

LA PEC ENDOVASCULAIRE DES OCCLUSIONS EN TANDEM

- Fort taux de succès angiographique
 - ACI : 80%
 - M1 : 86%
- Résultats cliniques prometteurs à M3
 - 2/3 des patients avec $mRS \leq 2$
 - 86% avec $mRS \leq 3$
- D'autant meilleurs que les deux sites d'occlusion sont traités

Conclusion

CEPENDANT

- Taille initiale de l'infarctus = Déterminant fondamental

Conclusion

CEPENDANT

- Taille initiale de l'infarctus = Déterminant fondamental
- Absence de corrélation entre recanalisation et évolution de la taille de l'infarctus entre H0 et H24
 - +33%, recanalisation ou non

Conclusion

CEPENDANT

- Taille initiale de l'infarctus = Déterminant fondamental
- Absence de corrélation entre recanalisation et évolution de la taille de l'infarctus entre H0 et H24
 - +33%, recanalisation ou non
- Biais lié à la faible puissance?

Conclusion

CEPENDANT

- Taille initiale de l'infarctus = Déterminant fondamental
- Absence de corrélation entre recanalisation et évolution de la taille de l'infarctus entre H0 et H24
 - +33%, recanalisation ou non
- Biais lié à la faible puissance?
- Recanalisation n'est pas synonyme de reperfusion?
 - Notion de lésions de reperfusion
 - Micro-obstruction vasculaire/No Reflow