

27

ème
Congrès Aquitain
de Médecine d'Urgence

INSTITUT
DES MÉTIERS
DE LA SANTÉ HÔPITAL
XAVIER ARNOZAN

... et si ce n'était pas un AVC?



*Les urgences neuro-vasculaires
(quelques tuyaux pour ne pas être pommé dans un SAU ou une UNV)*

LES URGENCES NEUROLOGIQUES

LES URGENCES NEUROVASCULAIRES

- La paralysie faciale
- Les troubles visuels
- Le syndrome médullaire aigu
- Le syndrome méningé
- Le coma
- Les états confusionnels
- Les céphalées
- Les crises d'épilepsie
- Les pertes de connaissance

Inférieure

Amaurose, HLH ou diplopie BI-noculaire

Parfois, en fonction de l'imagerie

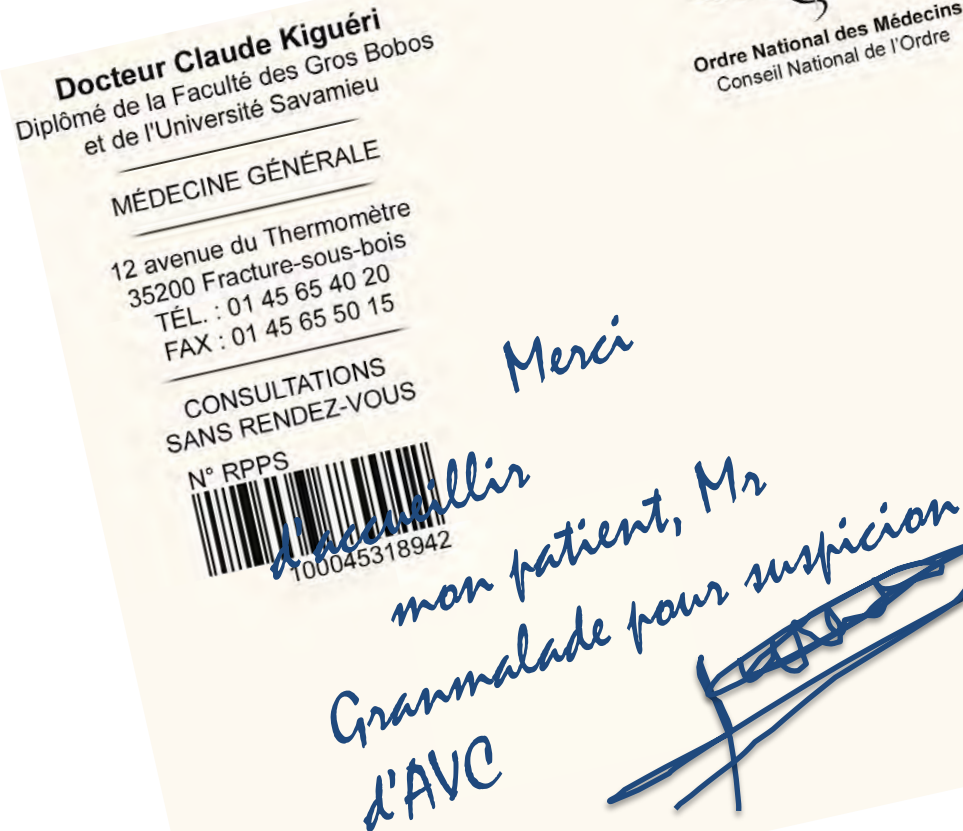
Parfois, en fonction de l'imagerie

Si déficit neurologique associé

Parfois, si brutale ou inhabituelle

Si déficit neurologique associé

- Les accidents vasculaires cérébraux



Certitude clinique si:

- BRUTAL: heure de début!!!
- DEFICIT NEUROLOGIQUE et non pas des « signes positifs »
- SYSTEMATISE: Une seule lésion neurologique suspecte
- Intensité maximale d'emblée



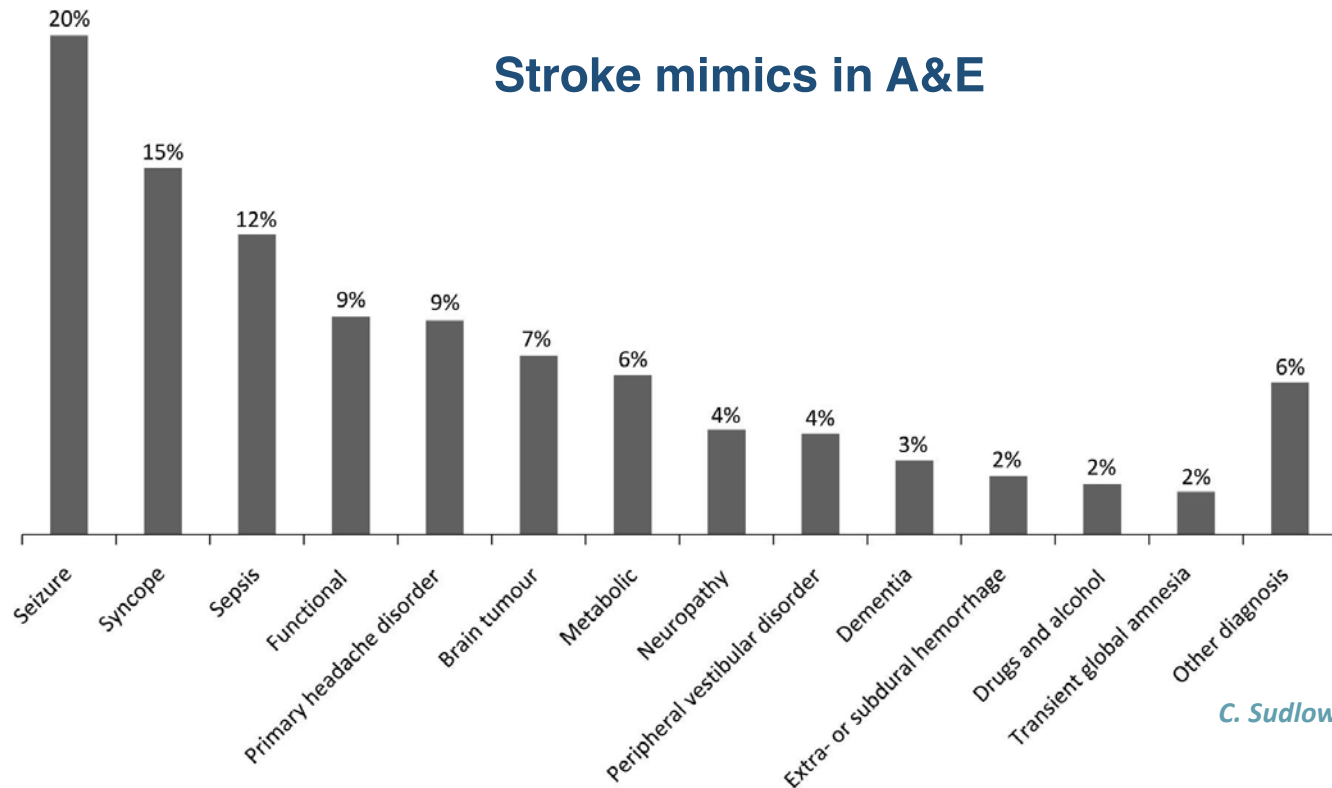
3 questions à poser AU PATIENT:

- Qu'est-ce qui vous arrive?
- Depuis quand?
- Montrez moi!

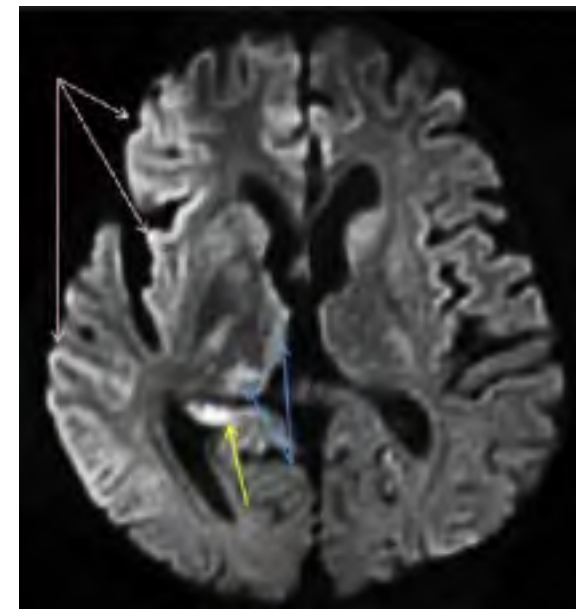


90% du diagnostic

De 15 à 30% des patients admis dans un SAU ou une UNV pour « suspicion d'AVC » n'ont pas réellement d'AVC = **Stroke Mimics**



C. Sudlow



Epilepsies: Si déficit prolongé ou inhabituel = **Imagerie**
3% des épilepsies peuvent montrer des anomalies IRM

Migraine: Les auras peuvent être isolées sans céphalée
+++ visuelles, sensibles, aphasiques
Diagnostic facilité si « marche migraineuse »

Hypoglycémie!!!

Tumeurs: Une présentation pseudo-vasculaire n'est pas rare

Mouvements anormaux: « Limb-shacking par hypoperfusion carotidienne

Céphalées

Quels sont les AVC qui font mal à la tête?

- Les hémorragies
- Les vasoconstrictions cérébrales
- Les thromboses veineuses
- Les dissections
- Les vascularites

La plupart des fois le diagnostic se trouve dans l'anamnèse...

Chercher les facteurs de risque

Voir le mode d'installation de tous les signes

Cela veut dire quoi « **début brutal** » ?

« Qu'est-ce que vous faisiez quand cela vous êtes arrivé? »

« Et puis tout est survenu d'un coup? »

« Comment cela s'est passé? »

Se méfier des « antécédents d'AVC »: interroger le patient

Existait-il des séquelles?

Déficits stéréotypés?

NB pour le SAMU / Centre 15: S'il existe des troubles de la parole il est très intéressant d'embarquer dans l'ambulance le témoin (s'il y en a)

... un petit peu dans l'examen clinique...

Mr LS 19 ans

Pas de FDRV, pas de traitement

Pas de tabac, pas de prise de toxiques

« Malaise » sans perte de connaissance avec céphalées brutales et vomissements lors d'une chute sans TCE.

Examen neurologique normal.

SCANNER cérébral normal.

Une semaine après, réapparition brutale des céphalées avec vomissements. Accueilli au SAU, examen au lit normal, pas de dysmétrie, pas de troubles de la parole, pas de déficit des PC évident.

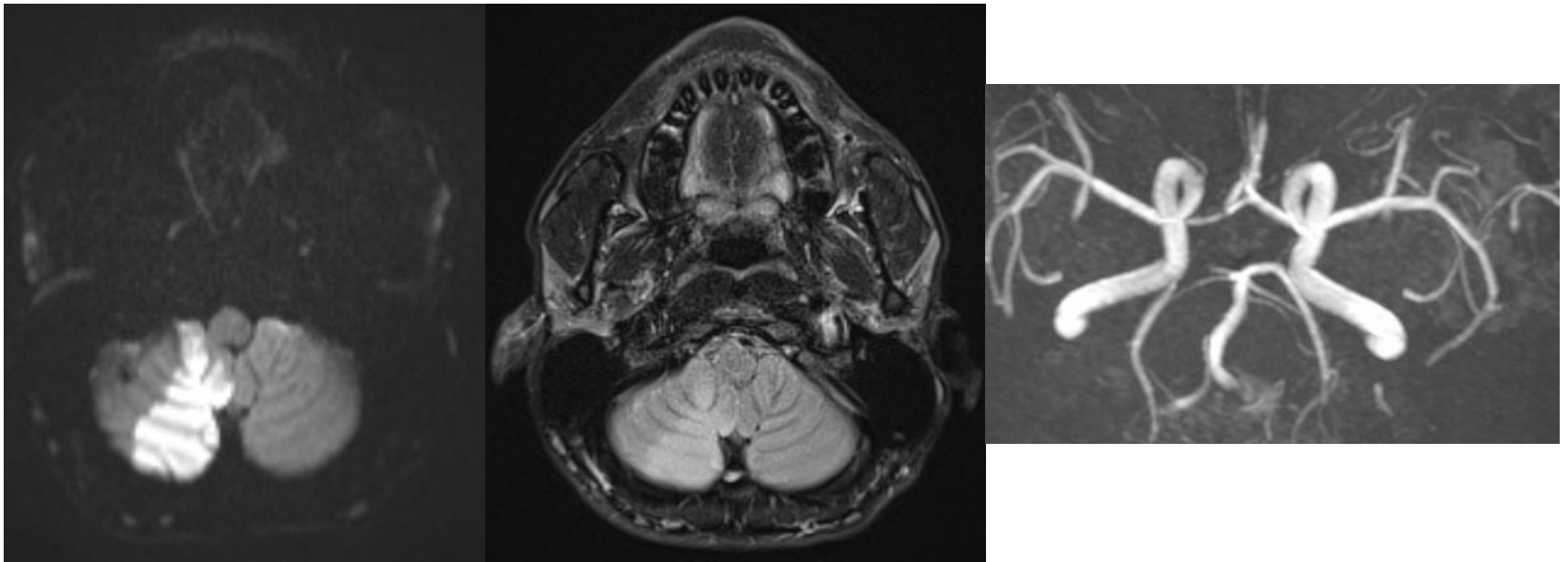
ON FAIT QUOI?

REPONSE CORRECTE:

On le met debout!!!

Parce que c'est le seul moyen de constater l'ataxie qu'il présentait, surtout à la marche

Et puis, déficit systématisé brutal = IRM



La plupart des fois le diagnostic se trouve dans l'anamnèse...

... un petit peu dans l'examen clinique...

A-t-on sorti le patient du lit?

On se balade autour du lit

On parle au patient

On lui pose des questions ouvertes et on évite le langage non verbale

Les déficits sont systématisés?

Si troubles de la conscience, on essaye d'aller plus loin que le GCS

... et parfois dans les examens complémentaires (+++ IRM ou SCAN C+).

Mais surtout parlons le même langage... ...Sémiologie!



Malaise

nom masculin (de mal et aise)

Sensation pénible, mal localisée, d'un trouble physiologique : *Malaise passager.*
Brusque défaillance des forces physiques pouvant aller jusqu'à l'évanouissement :
Avoir un malaise au volant de sa voiture.
État, sentiment de trouble, de gêne, d'inquiétude, de tension : *Le neurologue a un certain malaise...*

Marche des signes

Apparition progressive des signes suivant une aire fonctionnelle cérébrale

Hémi-parésie

Déficit moteur hémicorporel, proportionnel ou pas
Pure ou associant signes sensitifs de même localisation
En phase aiguë + aréflexie + signes pyramidaux

#Monoparésie

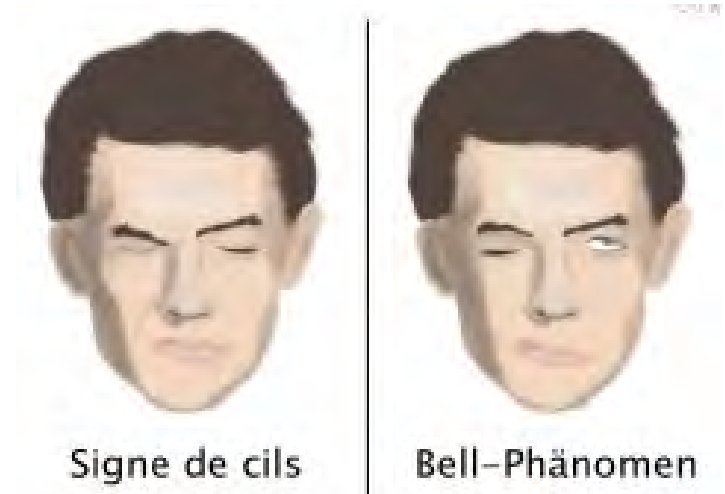
Déficit moteur d'un seul membre (jusqu'à 5% des AVC)
Distribution tronculaire?
Douleur?
Déficit sensitif associé?
SI MI: Syndrome radiculaire?
 Niveau sensitif?
 Globe vésicale?

Paralysie faciale centrale ou périphérique?

Recherche d'une atteinte faciale supérieure!

Essayer de ouvrir la paupière du patient
à la fermeture forcée

Hyperacousie ipsilatérale



Hémianopsie ou amaurose?



Diplopie binoculaire

= Seulement à l'ouverture des DEUX YEUX
(disparaît à la fermeture d'un œil)

Mme BM 74 ans
HTA « bien équilibrée »
Migraines
Hypercholestérolémie

Trouble du champ visuel G d'apparition brutale, « bi-temporale »
Résolutif en moins d'une heure
« Pas de céphalée, de vertige, **d'étourdissement** associé »
Pas de déficit neurologique autre

Avis ophtalmo: Episode déficitaire non expliqué par une atteinte ophtalmique

JE FAIS QUOI DE CETTE PATIENTE?

REPONSE CORRECTE:

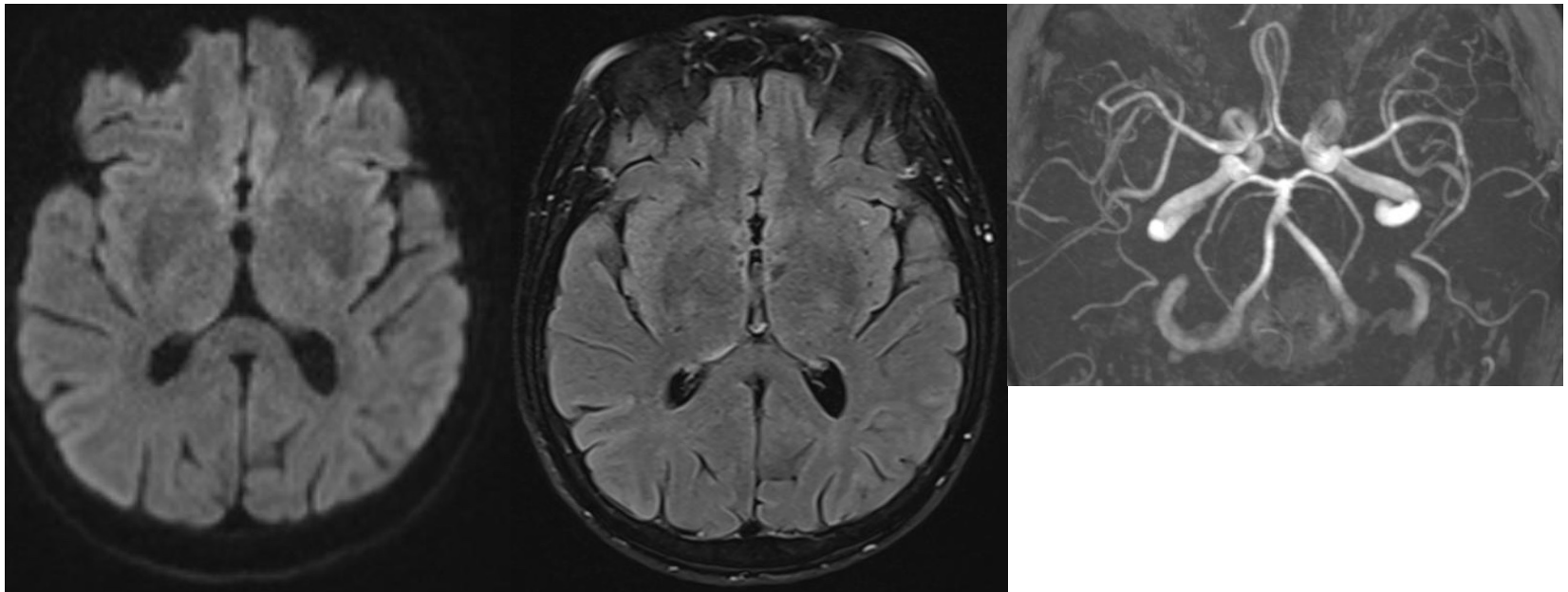
Je réinterroge la patiente

Et j'apprends que:

Elle a présenté des dysmorphopsies sur le champ visuel gauche
Avec des éléments linéaires scintillants
Comme elle avait eu dans sa jeunesse lors de ses crises de migraine
Mais sans céphalée associée cette fois

ET, DONC, JE:

Fais une IRM!



Et les troubles oculomoteurs?

- Le III nucléaire Très souvent associé à un déficit moteur contro-latérale
Ptosis bilatérale
Paralysie de l'élévation contro-latérale

- Paralysie de la verticalité
Souvent avec somnolence / confusion
AVC Mésencéphalique

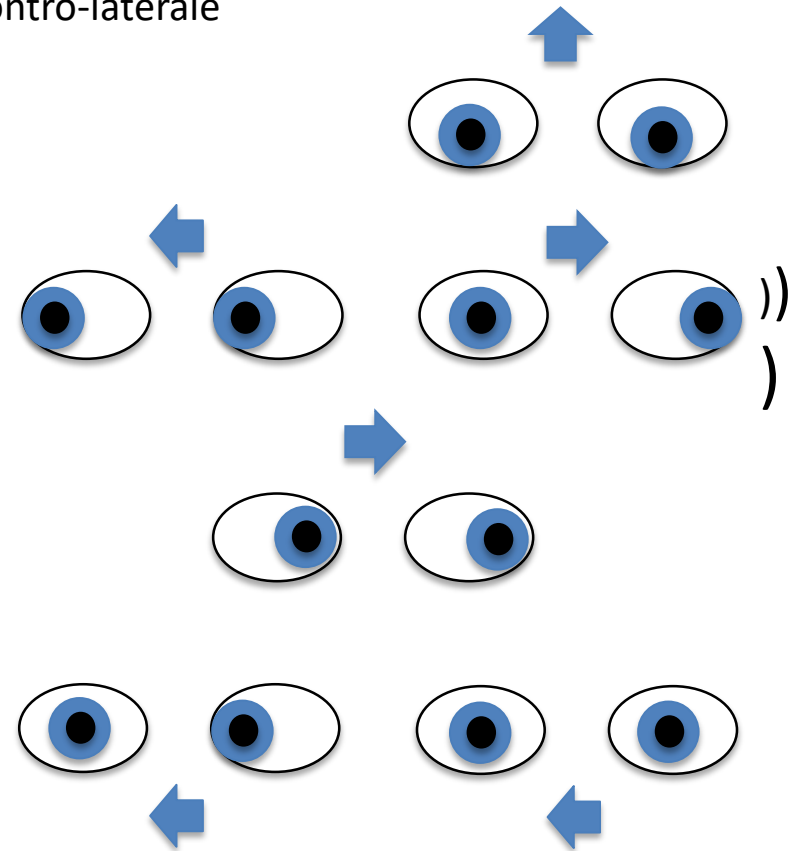
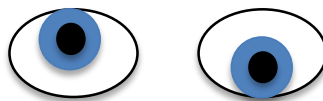
- L'ophtalmoplégie internucléaire
Atteinte du Faisceau Longitudinal Médial dans
la protubérance ou le mésencéphale

- Paralysie conjuguée du regard horizontale

Convergence conservée
Associe un VII

- La Skew deviation

Atteinte du tronc



Les vertiges

1) Tenir compte des signes associés et du contexte

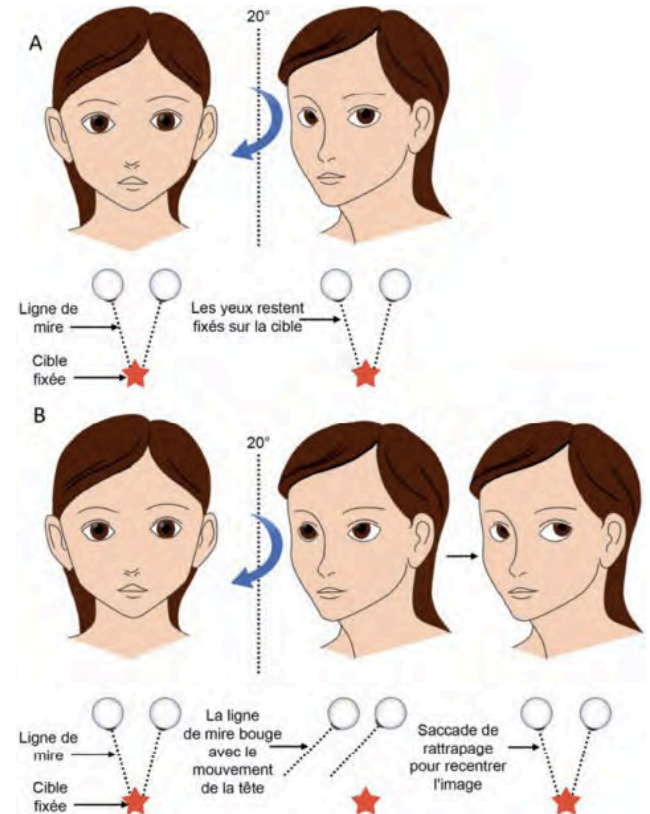
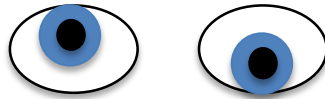
FDRV
Céphalées / Cervicalgies
Signes neurologiques
Acouphènes / **Surdit **

2) Caract riser le nystagmus

	Central lesions	Peripheral lesions
Nystagmus	Purely vertical, horizontal, or torsional; not inhibited by fixation of eyes onto object; may last weeks to months; may change direction with gaze toward fast phase of nystagmus	Combined horizontal and torsional; inhibited by fixation of eyes onto object; fades after a few days; does not change direction with gaze to either side
Imbalance	Severe; unable to stand still or walk	Mild to moderate; able to walk
Nausea, vomiting	Variable	May be severe
Hearing loss, tinnitus	Rare	Common
Nonauditory neurologic symptoms	Common	Rare
Latency following provocative diagnostic maneuver	Shorter (up to 5 s)	Longer (up to 20 s)

3) Le Head Impulse Test

4) La Skew Deviation (Cover Test)



5) Le syndrome vestibulaire disharmonieux :
les différentes épreuves (**Romberg**, **Index**, **Marche aveugle** ou **Fukuda**)
vont dans des sens différents

Mme RS 41 ans

Tabagisme 20 PA

Pas de traitement particulier

Perte de connaissance sur la voie publique, pas de témoin disponible.

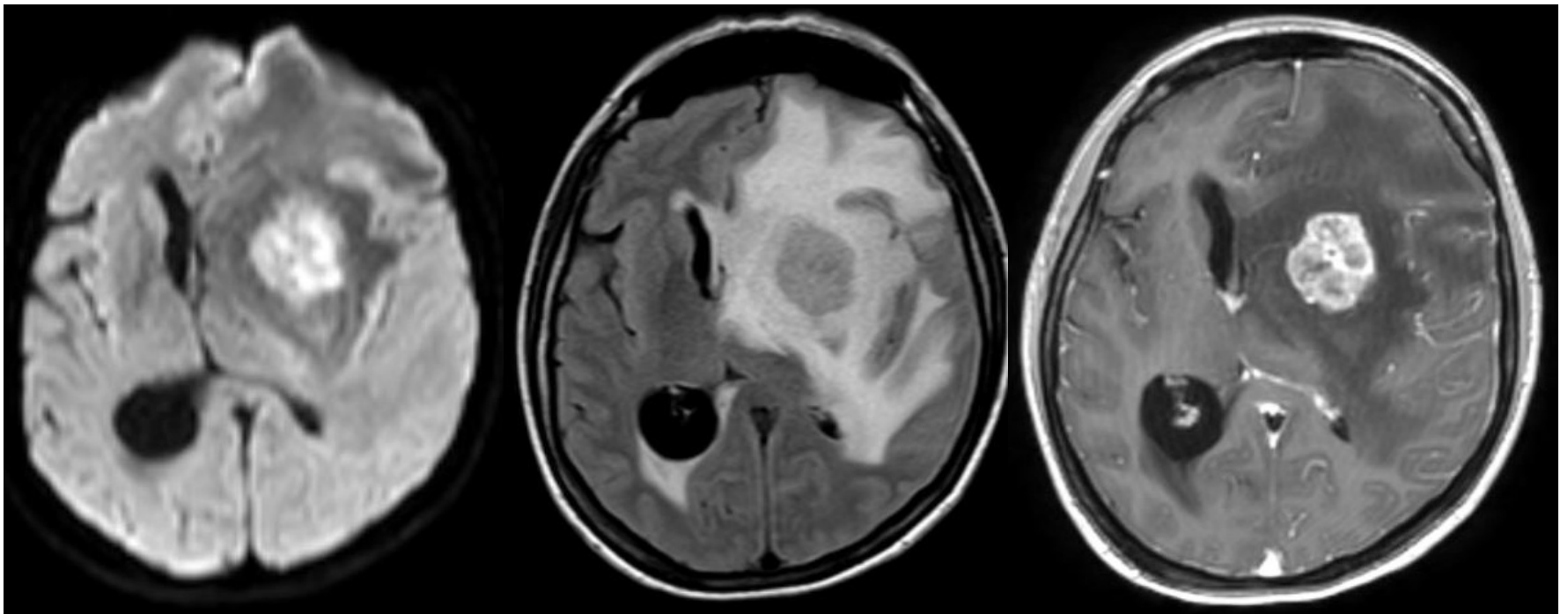
A l'arrivée au SAU:

- Semble perplexe.
- Ralentissement idéo moteur.
- Désorientée dans le temps et l'espace.
- Au discours, manque du mot
- Pas de déficit sensitivo – moteur évident

HYPOTHESES?

A l'interrogatoire, décrit des céphalées holocraniennes, non pulsatiles, d'intensité modérée, depuis 1 semaine, sans autre signe associée...

A-T-ELLE UN PROBLEME NEUROVASCULAIRE? NECESSITE-T-ELLE UN EXAMEN?



Dysarthrie, aphasie, jargonophasie ou confusion?

- Faire parler le patient: poser des questions ouvertes
- Faire répéter si pas de réponse
- Eviter le langage non verbal
- Ne pas s'attaquer d'emblée aux questions sur l'orientation
- Pour les aphasies « motrices »
 - la compréhension est généralement conservée, donner des ordres
 - Il existe des paraphasies et des manques du mot
- En cas de doute, poser la question
- Un jargonophasique est très fluent et incompréhensible
- Un patient confus est souvent plus lent et le discours peut être compréhensible

La confusion est fréquente dans les AVC
Thalamiques, temporo – pariétaux ou plus
rarement du tronc cérébral
Mais rarement isolées et « thrombolysables »

Et les paresthésies?

Et les paresthésies?



1) Paresthésies distales (symétriques ou pas)

Aiguës Penser au Guillain Barré
 Compression médullaire (recherche d'autres signes +++ niveau)
 SEP?

Sub-aiguës / chroniques: Myélopathie, CLE, SEP, Polyneuropathie...

2) Paresthésies systématisées (abolition des réflexes)

Radiculaires (NCB, sciatique...)

Tronculaires médian, cubital...

Hémicorporelles

→ **Transitoires**

Crise partielle
Migraine
AIT

→ **Permanentes**

AVC
Tumeur...

} **Lésionnelle**
=
Imagerie

2) Paresthésies NON systématisées = le flou artistique...

- Description bizarre, parfois très colorée
- Pas de topographie (on ne peut pas imaginer une seule lésion responsable)
- Caractère variable dans le temps et l'espace
- Très souvent brève durée
- On retrouve fréquemment un facteur déclenchant
- L'examen clinique montre des données discordantes

Mais:

Penser à Causes **toxico – médicamenteuses**
 Troubles **métaboliques** (diabète, IRC, carence vitaminique...)
 Troubles **immunitaires** (+++ post-infectieux)

TRES SOUVENT ON FINIT PAR FAIRE UNE IMAGERIE

Mme MY 62 ans
Tabagisme 45 PA
Anxiété +++
Pantoprazole, Temesta

La veille de l'admission présente un vertige rotatoire brutal, s'accompagnant de nausées et vomissements.
Décrit ensuite des paresthésies de l'hémiface G... ... Va se coucher.

Le lendemain à 6h30 décrit une déviation G de la bouche et réapparition à 7h30 de vertiges rotatoires avec des paresthésies du MSG.

Très inquiète, arrive au SAU par ses propres moyens

A l'arrivée au SAU, n'a plus de vertiges, état d'anxiété majeure.
On constate une paralysie faciale périphérique D.
Il existe un nystagmus lors du regard latéral D et G.
La patiente décrit une diplopie horizontale lors du regard latérale D, mais l'examen n'objective pas de trouble de l'oculomotricité à la confrontation.

ON FAIT QUOI AVEC MME MY?

UN SCANNER CEREBRAL

(Pour nous rassurer)

Mais qui ne nous rassure en rien parce qu'il est normal...



... et qui rassure encore moins Mme MY qui est déjà dans tous ses états...

ALORS, ON FAIT QUOI AVEC MME MY?

ON L'HOSPITALISE EN UNV POUR BILAN...

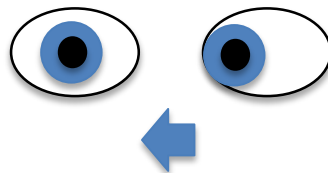
Ce qui provoque chez le neurologue, en lisant la quantité de déficits décrits dans le dossier...

*... un sentiment de trouble, de gêne, d'inquiétude, de tension : **Le neurologue a un certain malaise...***

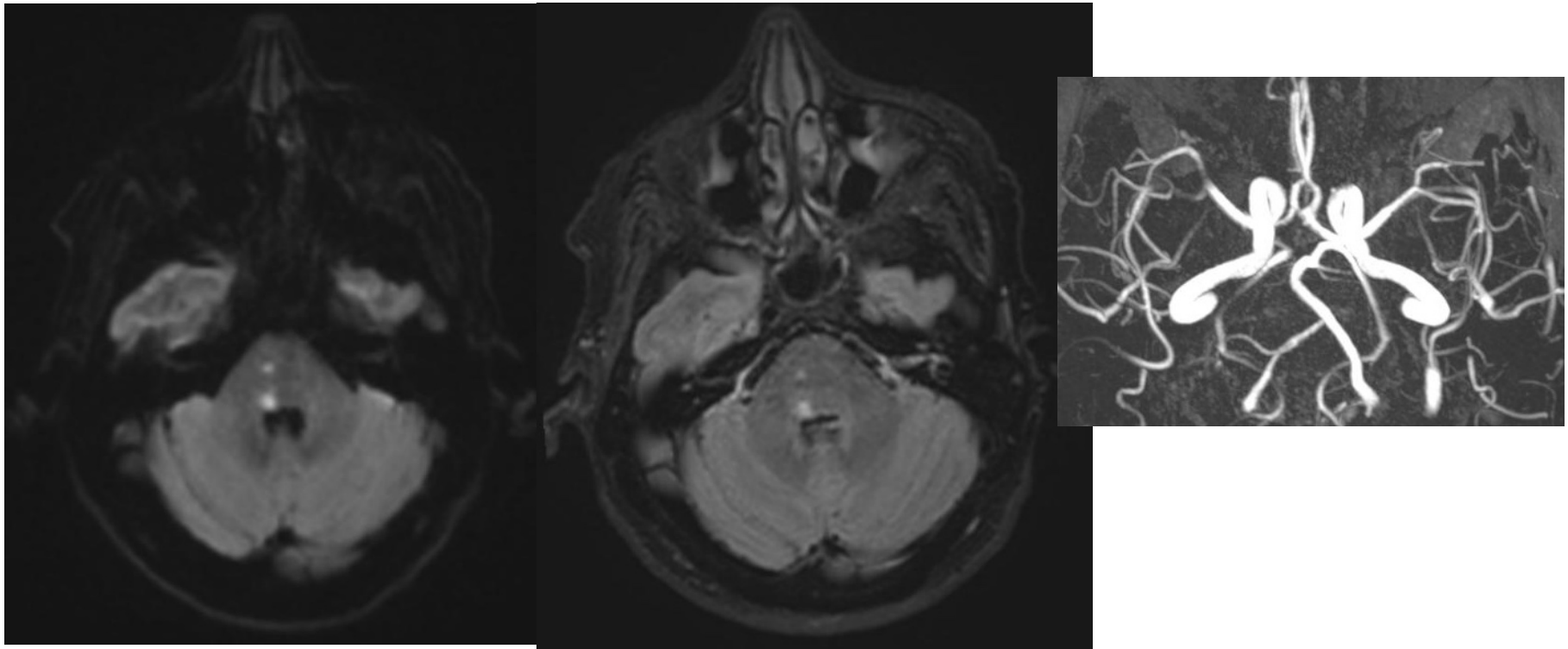
Il est temps de tout reprendre à zéro:



- Un vertige... ...pas examiné, mais fluctuant
- Une paralysie du regard D (non constatée, certes)
- Une paralysie du VII homolatérale
- Des paresthésies controlatérales
- Et on fera abstraction de
 - L'état des nerfs de Mme MY
 - L'état du neurologue et de tous les médecins impliqués jusqu'à là
 - Le nystagmus, qui peut être physiologique



ALORS, ON FAIT QUOI AVEC MME MY?



DERNIER MESSAGE

De 13 à 26% des patients avec une présentation neurologique atypique ont en réalité un AVC = **Stroke Chameleons**

... et si ce n'était pas un AVC?

... et si c'en était un?

Merci de votre attention

francisco.macian-montoro@chu-limoges.fr

