

Infarctus cérébraux constitués

Infarctus cérébraux carotidiens				
Territoire sylvien (ACM)			Territoire ACA	
<u>Infarctus cérébral sylvien superficiel</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hémiplégie à prédominance brachiofaciale ▪ Troubles sensitifs ▪ Hémianopsie latérale homonyme ▪ Hémisphère majeur : Aphasie (Broca si ant, Wernicke si post), apraxie idéomotrice ▪ Hémisphère mineur : syndrome d'Anton-Babinski (anosognosie, hémiasomatognosie, héminegligence) 	<u>Infarctus sylvien profond</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hémiplégie massive proportionnelle 	<u>Infarctus sylvien total</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hémiplégie massive proportionnelle + hémianesthésie ▪ Aphasie globale +/- ▪ Déviation conjuguée de la tête et des yeux vers la lésion ▪ Troubles de conscience 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hémiplégie à prédominance crurale avec troubles sensitifs ▪ Syndrome frontal (adynamie, syndrome dyséxécutif) 	
Infarctus cérébraux vertébro-basilaires				
Territoire ACP		Sous-tentorial		
<u>Territoire superficiel</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hémianopsie latérale homonyme ▪ +/- alexie/agnosie visuelle (hémi majeur) ▪ +/- troubles représentation spatiale et prosopagnosie (hémi mineur) 	<u>Territoire profond</u> <p>Syndrome thalamique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Troubles sensitifs hémicorps controlatéral ▪ +/- douleurs intenses ▪ +/---- mouvements anormaux de main ▪ si atteinte bilat et complète : cécité corticale + troubles mnésiques 	<u>Infarctus du tronc cérébral</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Syndromes alternes (syndrome Wallenberg ++) 	<u>Infarctus graves du tronc cérébral</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Coma ▪ Atteinte motrice bilatérale ▪ Locked-in syndrome 	<u>Infarctus cérébelleux</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ +/- Asymptomatiques ▪ Trouble équilibre (hémisynndrome cérébelleux) ▪ Si infarctus cérébelleux de grande taille, risque vital par compression du tronc cérébral ou hydrocéphalie aigüe
Petits infarctus profonds / lacunes				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hémiplégie motrice pure ▪ Hémianesthésie pure d'un hémicorps ou à prédominance chéiro-orale ▪ Hémiparésie + hémihypoesthésie ▪ Hémiparésie + hémiataxie ▪ Syndrome pseudo-bulbaire ▪ Détérioration des fonctions cognitives 				

Accident Ischémique transitoire

AIT probables :

- Installation rapide (<2min)
- AIT carotidien : cécité monoculaire, troubles du langage, troubles moteurs/sensitifs unilatéraux
- AIT vertébrobasilaires : troubles moteurs/sensitifs bilatéraux ou à bascule, perte de vision dans un hémichamp visuel homonyme ou dans les 2 hémichamps visuels homonymes

AIT possibles :

Vertige, diplopie, dysarthrie, troubles de la déglutition, perte d'équilibre, symptômes sensitifs isolés, drop-attack

Score ABCD2 (risque de survenue d'un AVC constitué après un AIT)

Age	≥ 60 ans	+1
BP (Tension artérielle à l'admission)	≥ 140 / 90 mmHg	+1
Clinique	Faiblesse unilatérale	+2
	Trouble de la parole sans faiblesse	+1
Durée	10 à 59 minutes	+1
	≥ 60 minutes	+2
Diabète	Diabétique	+1

Score < 4 = risque faible. Plaide pour une prise en charge ambulatoire (sous réserve d'autres considérations : suspicion de dissection, de coronopathie, d'arythmie,...).
Score ≥ 4 = risque modéré à important. Plaide pour un bilan intra-hospitalier.

Hémorragies intraparenchymateuses

- Céphalées + fréquentes et + sévères
- Troubles de la conscience plus précoces
- Imagerie cérébrale indispensable
- Hématomes profonds (noyaux gris), hématomes superficiels (lobaires), hématomes sous-tentoriels (protubérance, cervelet)
- IRMc + bilan coagulation + angiographie des artères intracrâniennes

Traitements :

- **Thrombolyse** : par rt-PA IV dans les 4 heures et demi suivant installation des premiers signes. Risque élevé d'hémorragie cérébrale et d'hémorragie systémique
- **Traitements anti-thrombotiques** : Infarctus cérébral
 - A l'arrivée ou 24h après thrombolyse
 - Prévention récursive précoce : aspirine (160-300mg/j) ou clopidogrel
 - Prévention d'une complication thromboembolique : héparine à doses iso-coagulantes Débuté 24h après débuts des symptômes si hémorragie intra-parenchymateuse. CI si infarctus cérébral étendu
- **Antagonisation** : hémorragie intra-parenchymateuse
 - Hémorragie sous AVK : PPSB + vit K
 - Hémorragie sous anticoagulants oraux directs : PPSB

Etiologies

Infarctus cérébraux	Macroangiopathies <i>Echo-Doppler des TSA ou angioscanner ou angio-IRM</i>	<u>Athérosclérose 30% :</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Présence d'une sténose >50% d'une artère en amont de l'infarctus cérébral et présence de FdR vasculaires ▪ Mécanismes conduisant à infarctus : thromboembolique, thrombotique, hémodynamique ▪ Localisations privilégiées : carotide interne, siphons carotidiens, artères sylviennes, artères vertébrales, tronc basilaire, artères perforantes
		<u>Dissections des artères cervico-encéphaliques :</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Origine de la dissection : post-traumatique ou spontanée ▪ FdR : HTA ▪ Cervicalgie/céphalée + signes locaux homolat (sd CBH, paralysie paires crâniennes basses, acouphène pulsatile) + signes ischémiques
		<u>Causes macroangiopathiques rares :</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Syndrome de vasoconstriction réversible (facteur déclenchant + céphalées ictales récurrentes + vasospasme) ▪ Certaines artérites
	Microangiopathies	<u>Infarctus lacunaires 20% :</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Liés à occlusion d'une artériole profonde ▪ FdR : HTA ▪ Localisation préférentielle : NGC, capsule interne, pied de la protubérance
		<u>Autres causes rares :</u> maladies génétiques (CADASIL), artérite primitive du SNC
	Cardiopathies emboligènes 20% <i>ECG ou ETT/ETO</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fibrillation atriale +++ ▪ A évoquer devant infarctus cérébraux dans territoires artériels différents
	Autres causes rares	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Etats prothrombotiques (<i>NFS, TP-TCA</i>): hémopathie, CIVD, anticoagulant circulant ▪ Maladies métaboliques rares
Hémorragies intraparenchymateuses	HTA chronique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 50% ▪ Hémorragie parenchymateuse profonde : capsulothalamique>capsulolenticulaire>cérébelleuse
	Rupture d'une malformation vasculaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 5-10% ▪ Malformation artério-veineuse / cavernome
	Troubles de l'hémostase	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Congénital/ acquis ▪ Origine iatrogène : 10% des hémorragies intra parenchymateuses sont liées à la prise d'AVK
	Tumeurs cérébrales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 5-10%
	Autres causes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angiopathie amyloïde ▪ Thrombose veineuse cérébrale ▪ Endocardite infectieuse ▪ Artérites cérébrales ▪ Méningo-enchépalite herpétique

Thromboses veineuses cérébrales

- Rares
- Céphalées + crises épileptiques + déficits neurologiques focaux
- IRMc + angio-RM veineuse
- Traitement : anticoagulation (héparinothérapie puis AVK), traitement étiologique, traitement symptomatique (antiépileptique antioedémateux)