Première expérience de thrombectomie mécanique pour occlusion proximale de l'artère cérébrale moyenne dans un centre militaire marocain : à propos d'un cas.

Résumé:

Introduction: L'accident vasculaire cérébral ischémique aigu secondaire à l'occlusion d'un gros vaisseau constitue une urgence thérapeutique majeure. La thrombectomie mécanique améliore le pronostic fonctionnel des patients correctement sélectionnés.

Observation : Patiente de 80 ans, droitière, ayant une maladie de Parkinson, présentant brutalement à 10 h 45 un déficit neurologique focal. Admission aux urgences à 18 h 45 avec NIHSS à 15. La TDM cérébrale initiale montrait une perte de différenciation cortico-sous-corticale du ruban insulaire droit et une hyperdensité spontanée de la première portion de l'ACM droite. L'ASPECTS retenu était de 9/10. L'IRM confirmait l'atteinte ischémique aiguë du territoire sylvien droit. Une thrombectomie mécanique par aspiration a été réalisée à 20 h 30, avec reperfusion TICI 3.

Conclusion : Cette observation illustre la faisabilité d'une filière de thrombectomie mécanique dans un centre militaire marocain et le rôle essentiel de la médecine d'urgence dans l'orientation rapide vers la reperfusion.

Mots-clés : AVC ischémique ; thrombectomie mécanique ; M1 ; ASPECTS ; diffusion ; FLAIR ; T1 ; thrombus ; médecine d'urgence.

Observation clinique

Une patiente de 80 ans, droitière, ayant comme antécédent une maladie de Parkinson, a présenté brutalement à 10 h 45 un déficit neurologique focal. Elle a été admise aux urgences à 18 h 45. Le NIHSS initial était de 15.

La TDM cérébrale sans injection retrouvait une perte de différenciation cortico-sous-corticale du ruban insulaire droit et une hyperdensité spontanée de la première portion de l'ACM droite, réalisant l'aspect de la « belle artère sylvienne ». ASPECTS : 9/10.

L'IRM cérébrale montrait une atteinte ischémique aiguë du territoire sylvien droit. Les quatre images retenues correspondent aux séquences diffusion, FLAIR, T1, ainsi qu'à une image montrant directement le thrombus intracrânien.

Compte tenu du délai depuis le début des symptômes, la thrombolyse intraveineuse n'a pas été réalisée. La décision de thrombectomie a été prise à 20 h 00 et la procédure a débuté à 20 h 30, soit 9 h 45 après le début des symptômes.

Données temporelles et thérapeutiques

Paramètre	Donnée
Âge	80 ans
NIHSS initial	15
Début des symptômes	10 h 45
Admission	18 h 45
ASPECTS	9/10
Occlusion	M1 droite
Décision de thrombectomie	20 h 00
Début procédure	20 h 30
Délai symptômes → procédure	9 h 45
Technique	Aspiration

UNDER PEER REVIEW IN IJAR

Reperfusion	TICI 3

Iconographie IRM — figures finales

UNDER PEER REVIEW IN IJAR

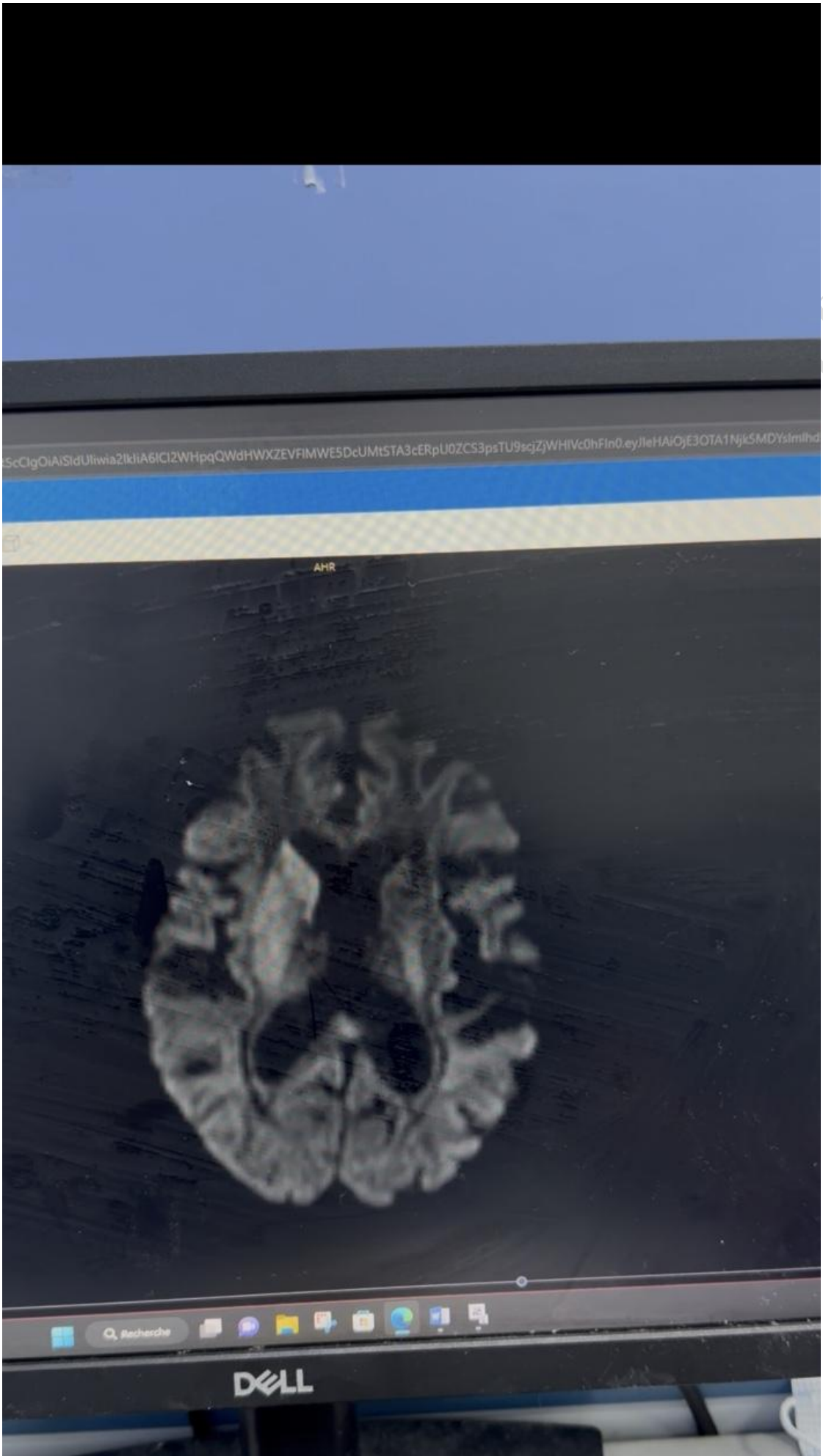

AHR
Recherche
DELL

Figure 1. Séquence de diffusion (DWI). Hyperintensité du territoire sylvien droit, compatible avec une ischémie cérébrale aiguë.

UNDER PEER REVIEW IN IJAR

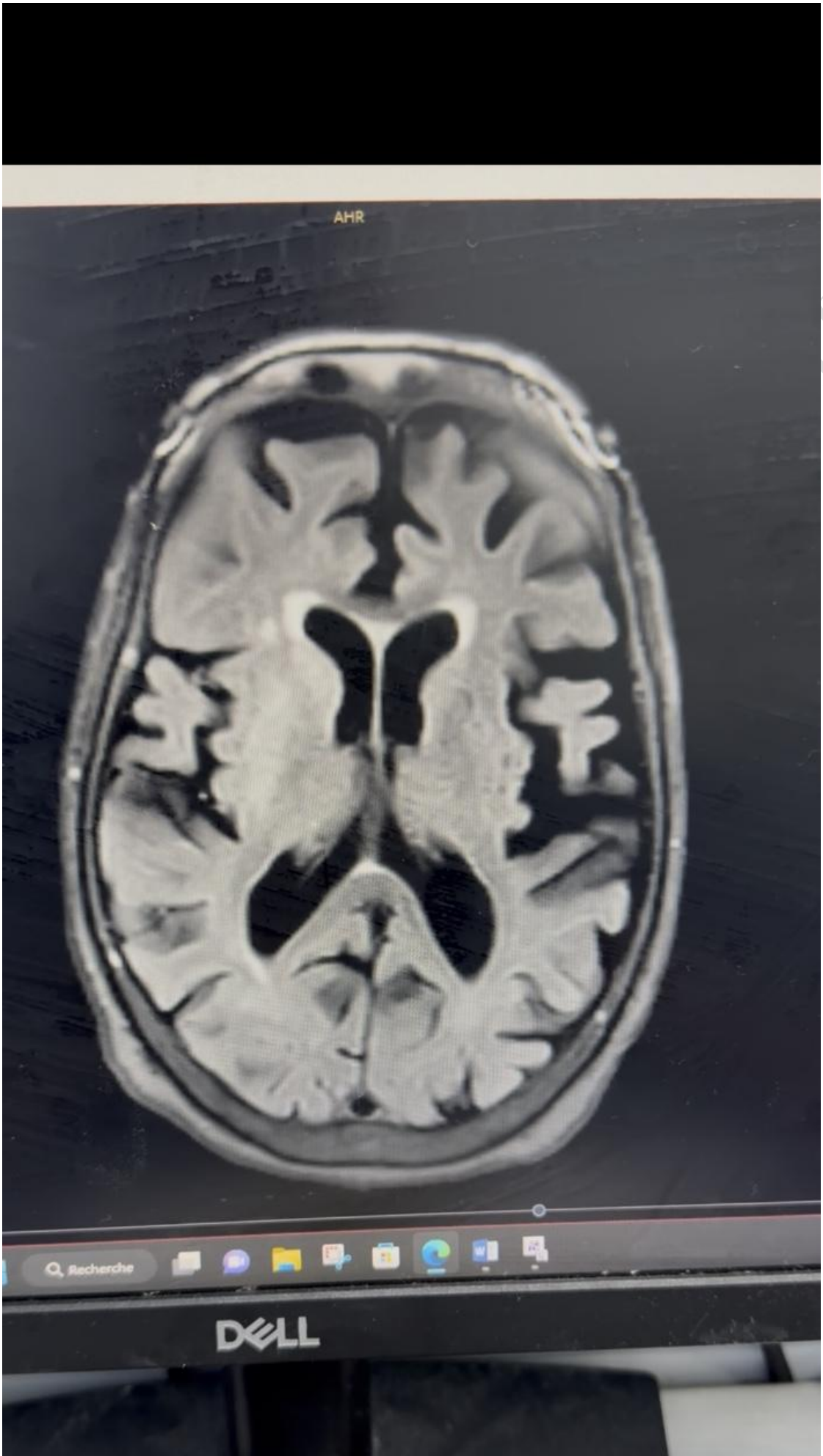

AHR
Recherche
DELL

Figure 2. Séquence FLAIR. Anomalies de signal du territoire sylvien droit, permettant la confrontation avec la séquence de diffusion.

UNDER PEER REVIEW IN IJAR

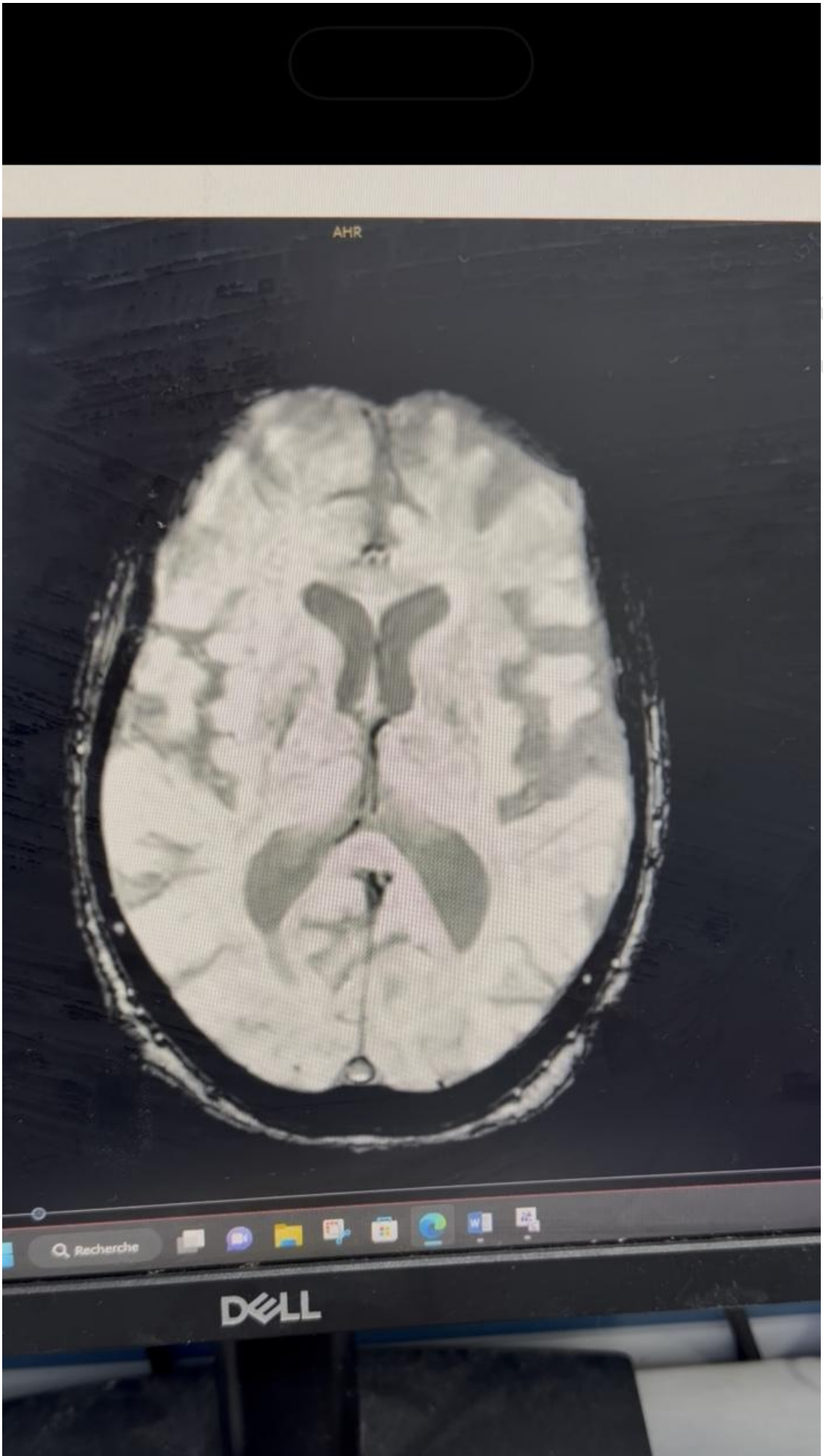

AHR
Recherche
DELL

Figure 3. Séquence T1 pondérée. Coupe axiale montrant l'anatomie cérébrale et les anomalies du territoire sylvien droit.

UNDER PEER REVIEW IN IJAR

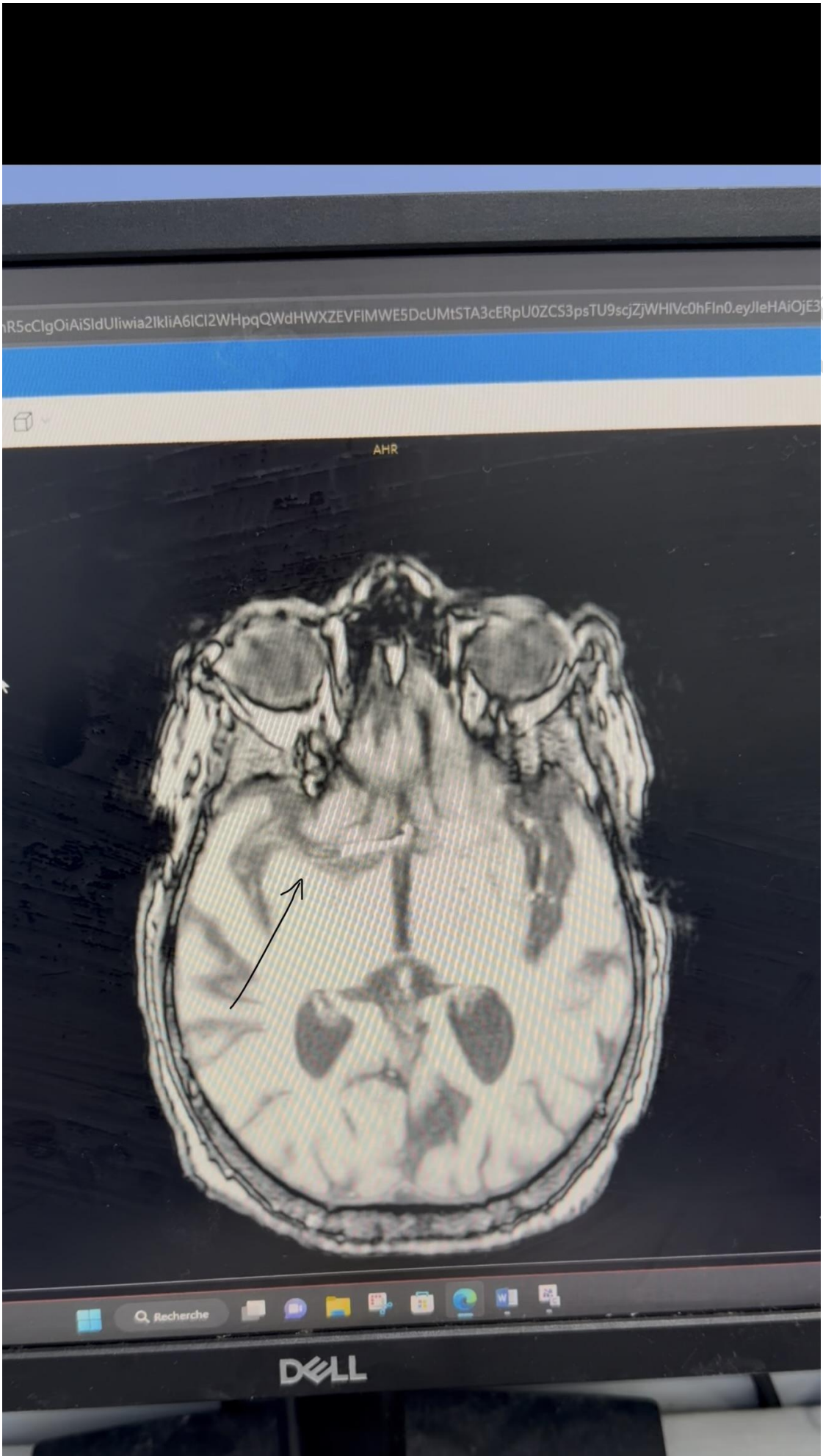

AHR
Recherche
DELL

Figure 4. Image montrant un aspect compatible avec la présence du thrombus au niveau de la circulation cérébrale droite (flèche).

TDM cérébrale initiale et ASPECTS

Le compte rendu de la TDM cérébrale initiale décrit une perte de différenciation cortico-sous-corticale du ruban insulaire droit et une hyperdensité spontanée de la première portion de l'ACM droite. L'ASPECTS retenu dans le manuscrit est de 9/10.

La TDM et l'IRM sont présentées de façon complémentaire : la TDM documente les signes précoces d'ischémie et le signe de l'artère sylvienne hyperdense, tandis que l'IRM documente le caractère ischémique aigu et le thrombus.

UNDER PEER REVIEW IN IJAR

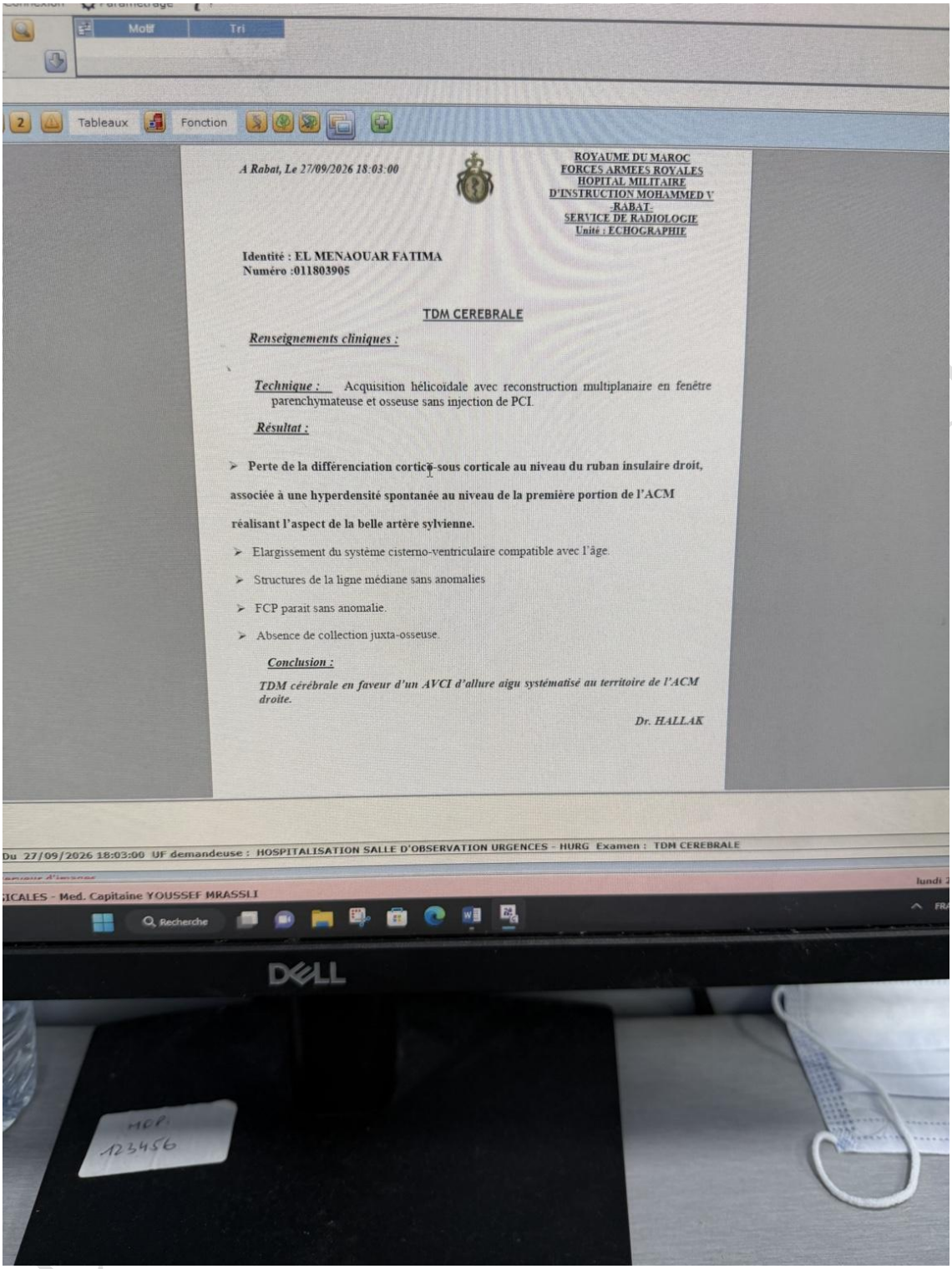


Figure 5. Compte rendu radiologique de la TDM cérébrale initiale documentant l'atteinte insulaire droite et le signe de l'artère sylvienne hyperdense.

Procédure endovasculaire

Une thrombectomie mécanique par technique d'aspiration a été réalisée pour traiter l'occlusion proximale M1 de l'ACM droite. Le contrôle angiographique post-interventionnel a montré une reperfusion complète, TICI 3.

Le délai de 9 h 45 entre le début des symptômes et le début de la procédure souligne l'intérêt des stratégies de sélection clinique et radiologique dans les fenêtres thérapeutiques étendues.

Discussion

Les essais MR CLEAN, ESCAPE, EXTEND-IA, SWIFT PRIME et REVASCAT ont établi la thrombectomie mécanique comme traitement majeur des AVC ischémiques avec occlusion proximale d'un gros vaisseau. La méta-analyse individuelle HERMES a confirmé une amélioration significative du pronostic fonctionnel.

Dans cette observation, la combinaison d'un NIHSS à 15, d'une occlusion M1 et d'un ASPECTS à 9/10 correspond à un profil radiologique favorable. L'iconographie IRM apporte une documentation complémentaire de l'ischémie aiguë par diffusion et FLAIR et montre l'argument morphologique en faveur du thrombus.

L'organisation de la filière est déterminante : reconnaissance de l'AVC, détermination de l'heure de début, NIHSS, imagerie cérébrale et vasculaire, identification de l'occlusion, activation de l'équipe neurovasculaire et transfert rapide vers la salle d'angiographie.

L'âge de 80 ans ne doit pas constituer à lui seul un critère d'exclusion. La décision doit intégrer le statut fonctionnel antérieur, la sévérité clinique, l'étendue du core et les caractéristiques vasculaires et tissulaires.

Conclusion

Cette observation illustre la faisabilité de la thrombectomie mécanique pour un AVC ischémique aigu secondaire à une occlusion proximale M1 dans un centre militaire marocain. Chez cette patiente de 80 ans présentant un NIHSS à 15 et un ASPECTS à 9/10, la stratégie endovasculaire a permis une reperfusion complète TICI 3.

Déclarations

Consentement éclairé : Un consentement éclairé écrit a été obtenu de la patiente pour la publication de ce cas clinique et des données iconographiques associées. Les informations permettant son identification ont été limitées au strict nécessaire à la présentation scientifique.

Conflits d'intérêts : Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts en lien avec ce manuscrit.

Financement : Ce travail n'a bénéficié d'aucun financement spécifique, public ou privé.

Contributions des auteurs : Tous les auteurs ont contribué à la prise en charge clinique et/ou à la conception du travail, à l'acquisition et à l'interprétation des données, ainsi qu'à la rédaction et à la révision critique du manuscrit. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit et en assument la responsabilité scientifique.

Éthique : Il s'agit d'un cas clinique individuel. Le consentement éclairé écrit de la patiente pour la publication est disponible. Les données présentées ont été traitées de manière confidentielle et anonymisée. Toute exigence supplémentaire du comité d'éthique ou de la revue pourra être satisfaite conformément aux procédures institutionnelles applicables.

Références principales

1. Goyal M, Menon BK, van Zwam WH, et al. Endovascular thrombectomy after large-vessel ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from five randomised trials. Lancet. 2016;387:1723-1731.

2. Berkhemer OA, Fransen PSS, Beumer D, et al. A randomized trial of intraarterial treatment for acute ischemic stroke. N Engl J Med. 2015;372:11-20.

3. Goyal M, Demchuk AM, Menon BK, et al. Randomized assessment of rapid endovascular treatment of ischemic stroke. N Engl J Med. 2015;372:1019-1030.

UNDER PEER REVIEW IN IJAR

4. Campbell BCV, Mitchell PJ, Kleinig TJ, et al. Endovascular therapy for ischemic stroke with perfusion-imaging selection. N Engl J Med. 2015;372:1009-1018.

5. Nogueira RG, Jadhav AP, Haussen DC, et al. Thrombectomy 6 to 24 hours after stroke with a mismatch between deficit and infarct. N Engl J Med. 2018;378:11-21.

6. Albers GW, Marks MP, Kemp S, et al. Thrombectomy for stroke at 6 to 16 hours with selection by perfusion imaging. N Engl J Med. 2018;378:708-718.

7. Riley DS, Barber MS, Kienle GS, et al. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. J Clin Epidemiol. 2017;89:218-235.

UNDER PEER REVIEW IN IJAR