

# TRAITEMENT ENDOVASCULAIRE DES AVC SCHEMIQUES DU TERRITOIRE CAROTIDIEN: EFFICACITE, FACTEURS PRONOSTIQUES CLINIQUES, RADIOLOGIQUES ET ANGIOGRAPHIQUES

Robert FAHED, Hocine REDJEM, Raphaël BLANC, Bruno BARTOLINI, Silvia PISTOCCHI, Aymeric ROUCHAUD, Eimad SHOTAR, Gabriele CICCIO, Boaz GILBOA, Thomas ROBERT, Michel PIOTIN // Service de Neuroradiologie Interventionnelle – Fondation Rothschild

## Objectifs

Malgré quelques études récentes discordantes, le traitement endovasculaire des AVC ischémique occupe une part de plus en plus importante dans la pratique quotidienne. Les dispositifs récents ont sensiblement augmenté le taux de recanalisation avec un taux de complication bas. Cependant, il subsiste des inconnues concernant la sélection des patients éligibles à un traitement endovasculaire. Nous rapportons ici notre expérience sur 88 patients consécutifs ayant présente un AVC ischémique de la circulation antérieure en 2012 et 2013, et adressés dans notre centre pour un traitement endovasculaire.

## Matériels et Méthodes

Etude **prospective** de **88** patients consécutifs (50 hommes, 38 femmes, **âge moyen** = 63.4 ± 14 ans) qui ont présenté un AVC ischémique dans le territoire carotidien et qui ont subi un traitement endovasculaire en 2012-2013 dans notre centre. Les données cliniques (dont le **score NIHSS** initial, à J1, à la sortie), le **score DWI-ASPECT**, les **données thérapeutiques** (thrombolyse IV, délai entre symptômes et thrombolyse IV/recanalisation, durée de la procédure), les **scores angiographiques pronostiques** (CIS, CFGS, **TICI**), et le mRS à 3 mois ont été analysés. Les patients ont été séparés en deux groupes : **bonne évolution clinique (mRS≤2)** et **mauvaise évolution clinique (mRS≥3)**.

## Résultats

A 3 mois, **47/88 patients (53,4 %) avaient une bonne évolution clinique (mRS ≤ 2)** et **41/88 (46,6 %) une mauvaise évolution clinique (mRS = 3-6)**. Le **taux de mortalité à 3 mois était de 17% (15/88)**.

La thrombolyse IV a été effectuée chez 30/47 patients (63.8 %) avec une bonne évolution clinique et 22/41 patients (53.7%) avec une mauvaise évolution clinique (p=0.45). Un score NIHSS bas à l'admission/à J1/à la sortie était associé à une bonne évolution clinique de façon statistiquement significative. La réalisation d'une craniectomie était statistiquement lié à une mauvaise évolution clinique.

La réalisation d'une IRM cérébrale plutôt qu'un scanner cérébral à l'admission était associé à une bonne évolution clinique de façon statistiquement significative. Il existait une différence significative entre les 2 groupes concernant le score DWI-ASPECT.

Il existait une différence statistiquement significative entre les 2 groupes pour le **score angiographique de collatéralité CIS (Capillary Index Score)**.

Une recanalisation satisfaisante (TICI ≥ 2b) a été obtenue chez 58/87 patients (66.7 %). La durée moyenne de procédure était de 71.2 minutes. Un score TICI ≥ 2b était associé à une bonne évolution clinique de façon statistiquement significative. En revanche, il n'existait pas de différence significative entre les 2 groupes concernant le délai entre les symptômes et la recanalisation, ni la durée de la procédure.

Sept patients (7.9 %) ont eu une hémorragie cérébrale retardée, dont 5 avec un grade ECASS-1 ou ECASS-2.

	mRS=[0-2] à 3 mois	mRS=[3-6] à 3 mois	p
Nombre de patients	47/88 (53.4 %)	41/88 (46.6 %)	x
Hommes	25/47 (53.2 %)	25/41 (61 %)	0.6
HTA	26/47 (55.3 %)	23/41 (56.1 %)	0.89
Diabète	5/47 (10.6 %)	3/41 (7.3 %)	0.72
Dyslipidémie	16/47 (34 %)	14/41 (34.1 %)	0.83
Tabagisme	14/47 (29.8 %)	12/41 (29.3 %)	0.86
Aspirine/Plavix	6/47 (12.8 %)	11/41 (26.8 %)	0.16
Anticoagulant	7/47 (14.9 %)	7/41 (17.1 %)	0.99
<b>NIHSS moyen initial</b>	14.3	19.3	<b>0.0001</b>
<b>TDM cérébrale initiale</b>	7/47 (14.9 %)	16/41 (39 %)	<b>0.02</b>
<b>IRM cérébrale initiale</b>	40/47 (85.1 %)	25/41 (61 %)	<b>0.02</b>
<b>DWI-ASPECTS moyen</b>	7.8	6.2	<b>0.04</b>
Thrombolyse IV	30/47 (63.8 %)	22/41 (53.7 %)	0.45
Délai moyen symptômes – thrombolyse (min)	137.9	157	0.19
<b>TICI ≥2B</b>	39/46 (84.8 %)	19/41 (46.3 %)	<b>0.0004</b>
Délai moyen symptômes – recanalisation (min)	335.1	360.8	0.32
Délai moyen ponction – recanalisation (min)	62.3	77.4	0.1
<b>Capillary Index Score (CIS) = 0</b>	1/32 (3.1 %)	8/36 (22.2 %)	<b>0.03</b>
CIS = 1	3/32 (9.4 %)	8/36 (22.2 %)	0.2
CIS = 2	12/32 (37.5 %)	11/36 (30.6 %)	0.61
<b>CIS = 3</b>	16/32 (50 %)	9/36 (25 %)	<b>0.04</b>
<b>NIHSS moyen à J1</b>	5	21.4	<b>&lt;0.0001</b>
<b>Craniectomie</b>	1/47 (2.1 %)	6/41 (14.6 %)	<b>0.06</b>
<b>NIHSS moyen à la sortie</b>	4	17.1	<b>&lt;0.0001</b>
<b>mRS moyen à la sortie</b>	1.8	4.7	<b>&lt;0.0001</b>

## Conclusion

Plus de la moitié des patients (53,4%) pris en charge dans notre centre pour traitement endovasculaire d'un AVC ischémique ont eu une bonne évolution clinique (mRS = 0-2 à 3 mois), sans corrélation avec une thrombolyse IV avant le geste, ni un délai symptômes-recanalisation plus court. Le facteur pronostique le plus frappant est la présence d'une bonne collatéralité vasculaire. De nouvelles études devront étudier la place de la collatéralité dans la sélection des patients éligibles à un traitement.