

La présentation clinique des AVC des patients âgés est-elle différente ?

Pr Marc VERNY

Centre de Gériatrie,
pavillon Marguerite Bottard
Hôpital de la Pitié-Salpêtrière et UPMC



Les AVC des patients âgés

Plus de la moitié des AVC chez > 70 ans

80% des AVC sont ischémiques

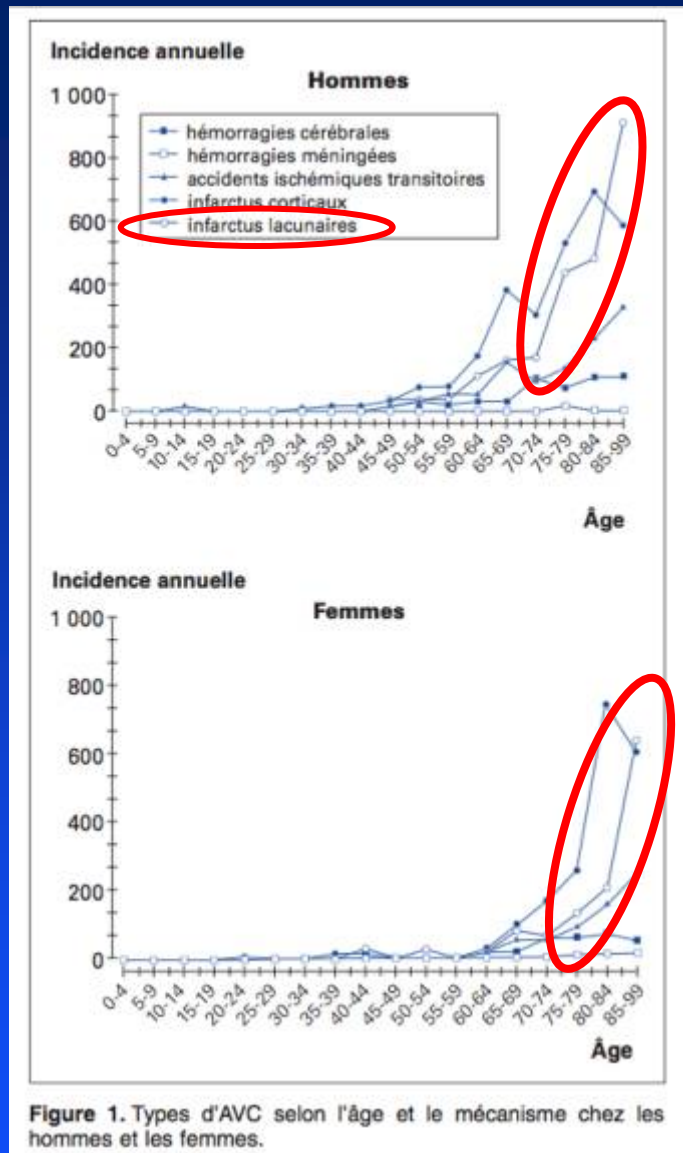
Cardiopathies emboligène = 20 à 30%

(1^{er} cause après 75 à 80 ans)

10% des AVC décèdent dans les 30 jours

La moitié des survivants ont un handicap

Réf. : Bamford et al. JNNP, 1988 ; 51 :1373-80



Rouaud et al (2005) Psychol Neuropsychiatr Vieil

Les faux AVC

Rancurel in Prendre en charge et traiter une personne âgée ;
Lambrozo, 1994

Hypoglycémie = grande simulatrice

Les crises comitiales focales prim. ou second.

Processus expansif

Paralysie périphérique d'apparition rapide

Les ictus amnésiques...

Si doute à la phase aiguë : place de l'IRM de diffusion +++

Les présentations « atypiques »

Difficultés d'anamnèse ; isolement fréquent

Méconnaissance des signes d'alerte

Troubles cognitifs pré-existants

Complications immédiates, essentiellement
cardiaques et respiratoires

« Piège diagnostique » si ces manifestations
sont au premier plan

TABLE 1. Distribution of Baseline Variables by Age Group

Variable	Age Group		<i>P</i>	Total Sample (n=4499)
	<80 y (n=3141)	≥80 y (n=1358)		
Sex (female)	42.9%	66.9%	<0.001	50.2%
Institutionalized	2.4%	13.8%	<0.001	5.8%
Atrial fibrillation	14.5%	26.3%	<0.001	18.0%
Hypertension	50.7%	44.0%	<0.001	48.7%
Diabetes	22.6%	17.1%	<0.001	20.9%
Current or previous smoking	44.5%	22.0%	<0.001	37.8%
Alcohol intake	38.3%	25.5%	<0.001	34.5%
Previous myocardial infarction	10.6%	11.9%	0.205	11.0%
Previous TIA	11.7%	14.5%	0.011	12.5%
Antihypertensive therapy	41.8%	40.0%	0.276	41.2%
Anticoagulant therapy	4.1%	3.2%	0.132	3.9%
Antiplatelet therapy	17.6%	21.0%	0.009	18.6%
Prestroke Rankin score (2 to 5)	19.7%	45.2%	<0.001*	27.3%

Di Carlo et al. Stroke 1999 ; 30 : 2313-9.

Tableau 1. Facteurs de risque en fonction de l'âge (avant et après 80 ans) [5].

Table 1. Risk factors for stroke before and after 80 years [5].

	< 80 ans (n = 3 141)	≥ 80 ans (n = 1 358)	p
Sexe féminin	43	67	< 0,001
Arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire	14,5	26,3	< 0,001
HTA	50	44	< 0,001
Diabète	22	17	< 0,001
Tabac	44	22	< 0,001
Alcool	38	25	< 0,001
Antécédent d'infarctus du myocarde	10	11	= 0,205
Antécédent d'accident ischémique transitoire	11	14	< 0,01
Traitements antihypertenseurs	41	40	0,276
Anticoagulants	4	3	0,132
Antiplaquettaires	17	21	0,009

Tableau 2. Séméiologie des AVC de part et d'autre de 80 ans [5].

Table 2. Frequency of clinical manifestations of stroke before and after 80 years [5].

	< 80 ans (n = 3 141)	≥ 80 ans (n = 1 358)	p
Confusion	25 %	39 %	< 0,001
Coma	7 %	12 %	< 0,001
Hémiplégie	35 %	48 %	< 0,001
Aphasie	29 %	40 %	< 0,001
Dysphagie	21 %	39 %	< 0,001
Incontinence	35 %	57 %	< 0,001
Décès à 28 jours	10 %	21 %	< 0,001
Retour à domicile	74 %	55 %	< 0,001
Institution	4 %	14 %	< 0,001

Di Carlo et al. Stroke 1999 ; 30 : 2313-9.

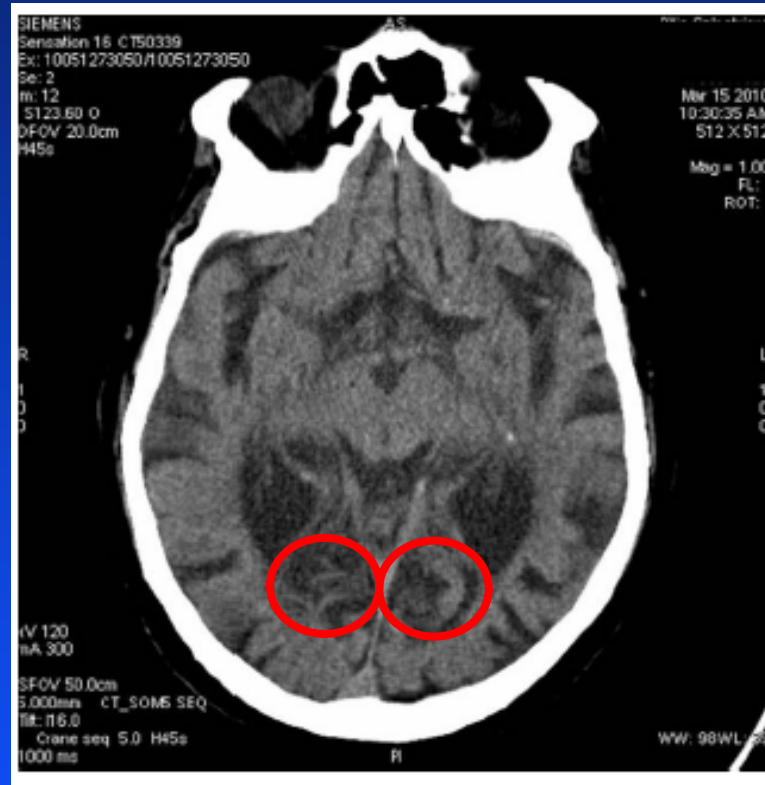
99 ans hospitalisé via SAU pour AEG avec chutes à répétition

Troubles cognitifs après AIC ACP G en 2008 j
jamais bilantés ; Vit dom avec enfants, seul dans
la journée

Vomissements brutaux et aggravation de la
marche (sur 3 sem?) + majoration de la
désorientation

MMS à 12/30

Réalisation du scanner cérébral



Patient de 84 ans : confus depuis 3 semaines

AC/FA anticoagulée, Parkinson peu évolutif, suivi pour un MCI « vasculaire »

Sd inflammatoire bio : découverte d'1 PNP « post noyade »?

Début (3 sem av) après un bain de mer : « ne savait plus nager » et a failli se noyer !

ABth adaptée mais persistance de la confusion!

Aggravation sd park résolutive ss modif de Ttt

IRM : lacune semi récente en diffusion

Minor stroke et AIT : IRM précoce

Des apports incontestable :

Diagnostic positif et différentiel

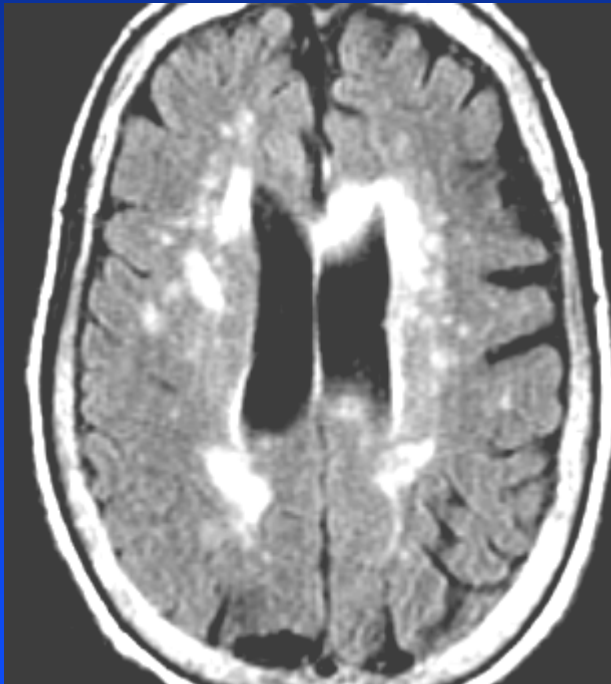
Cause de l'AVC : décision de
prévention secondaire

Risque hémodynamique

Risque hémorragique

Diagnostic positif

- F de 91 ans
- MMS : 22
- Possible déficit transitoire MI Dt
- Doute sur une PFC Dte

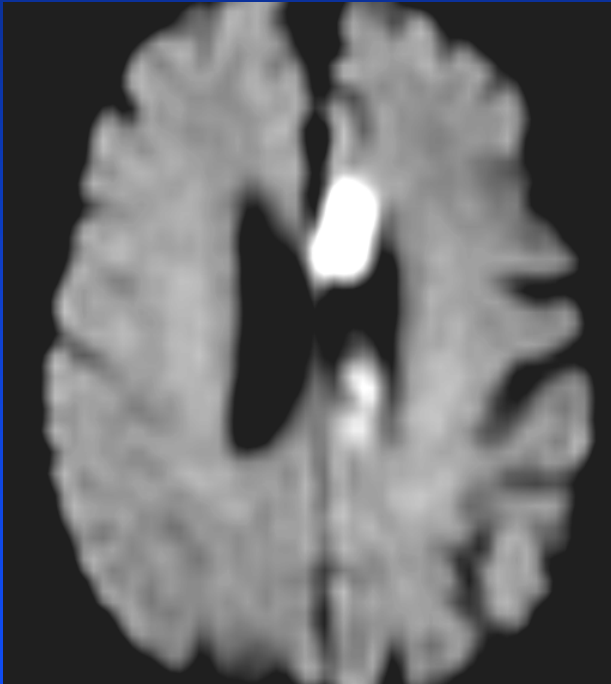


IRM en ville (FLAIR)

Démence mixte ou vasc
Maladie ptt vsseaux
Possible lacune récente

ASPIRINE

Diffusion (40 sec)



Infarctus ACA G récent



Holter ECG



FA paroxystique



Anticoagulation

Schulz et al. *Stroke* 2004

300 patients (70 % minor stroke, 30 % AIT)

Comparaison T2 vs diffusion :

information supplémentaire ds 36 % des cas

AIC : 56 %

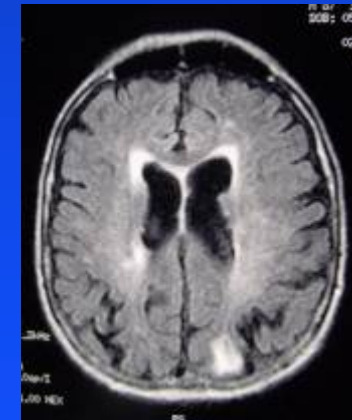
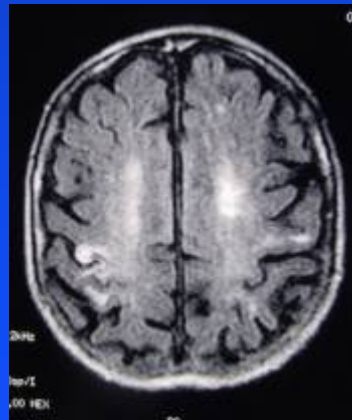
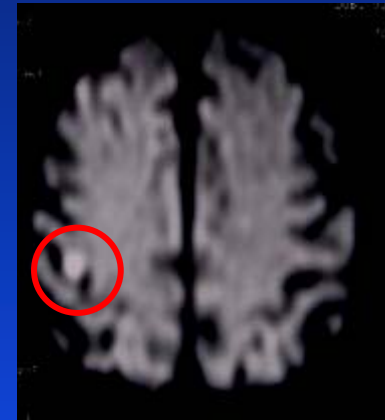
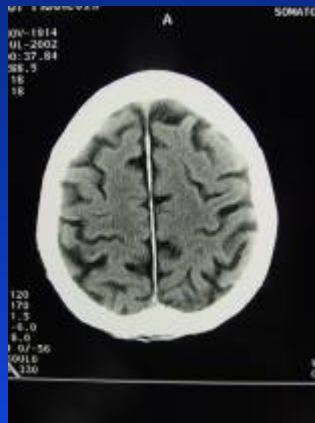
AIT : 13 %

influence sur la prise en charge ds 14 % des cas

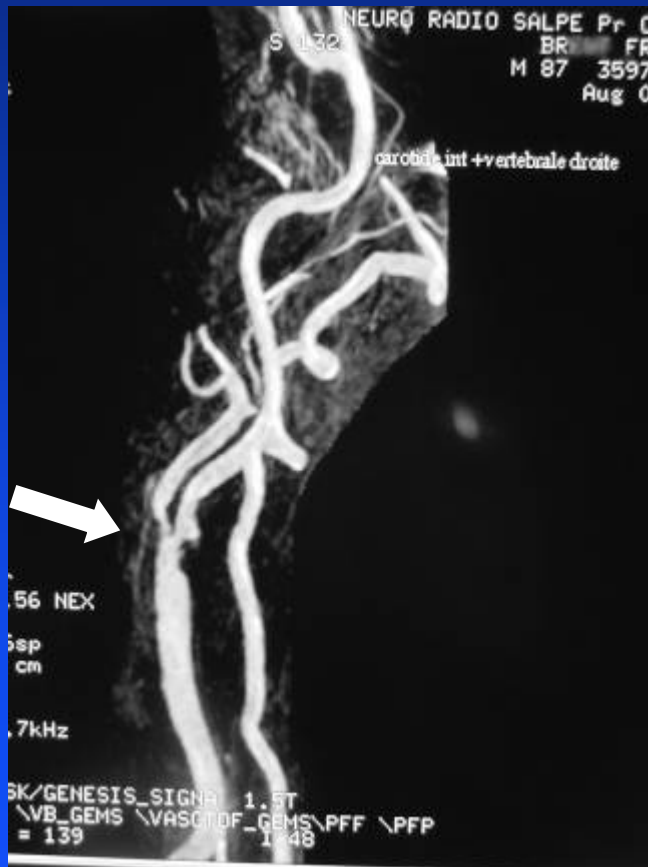
AIC : 19 %

AIT : 7 %

87 ans Au réveil, déficit moteur isolé de la main G : atteinte radiale ???



Lésion en ARM



A côté de la sténose AICA droite, patient en **FA**

Association de plusieurs mécanismes

Bogousslavsky et al. Neurology, 1991 ; 41 :855-59

Echo-doppler TSA des patients avec un infarctus cérébral et une source embolique cardiaque potentielle :

11% sténose > à 50% AIC ou occ. d '1 art. de gros calibre

40% sténose < à 50% et simples plaques

Pas étude pour déterminer si risque sup. d 'AIC par embole d'origine cardiaque pour ces patients

Evaluer le risque hémodynamique

Coutts et al. (*Ann Neurol* 2005)

120 AIT ou minor stroke (< 12 h)

AIC récurrent à 90 jours :

Diff négative : 4 %

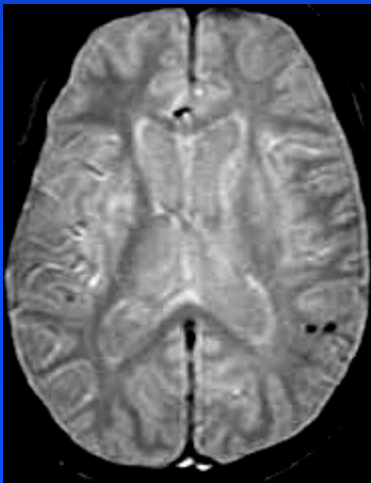
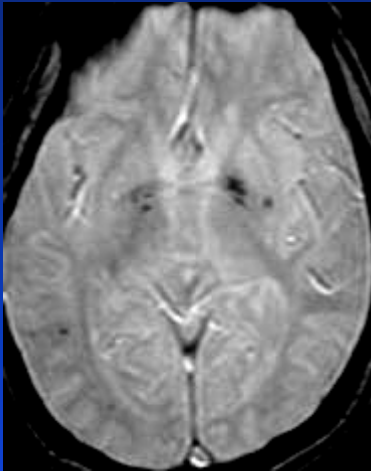
Diff positive et ARM intra-crânienne Nle : 11.6 %

Diff positive et ARM intra-crânienne anormale : **40.7 %**

Sténoses artères intracrâniennes : à haut
risque hémodynamique à éliminer avant
un traitement anti-HTA agressif

Le risque hémorragique

Microbleeds (T2* gradient-echo)



Prevalence :

- 4.7 % ds la Framingham study *Stroke* 2004
- 71 % ds les hémorragies IC *Kato Stroke* 2002
- 62 % ds les lacunes *Kato Stroke* 2002

Probable marqueur de la maladie des pttvs vsseaux

Hypertension, low Cholesterol, age, male sex

Possible facteur de risque des hémorragies IC

- post-thrombolyse (*Hermier stroke* 2004)
- Aspirine or AVK ? (*Hua Fan Stroke* 2003)

Les messages

Diagnostic souvent plus difficile dans la population âgée : polypathologie = atypies

Pourtant, évolution plus péjorative !

Trop de délai à la prise en charge et insuffisance de recours à l'IRM, y compris au SAU (*Montout et al. Am J Emerg Med 2008*)

Savoir recourir à l'IRM (reco HAS)

Conclusions

Déterminer les patients devant bénéficier des avancées technologiques

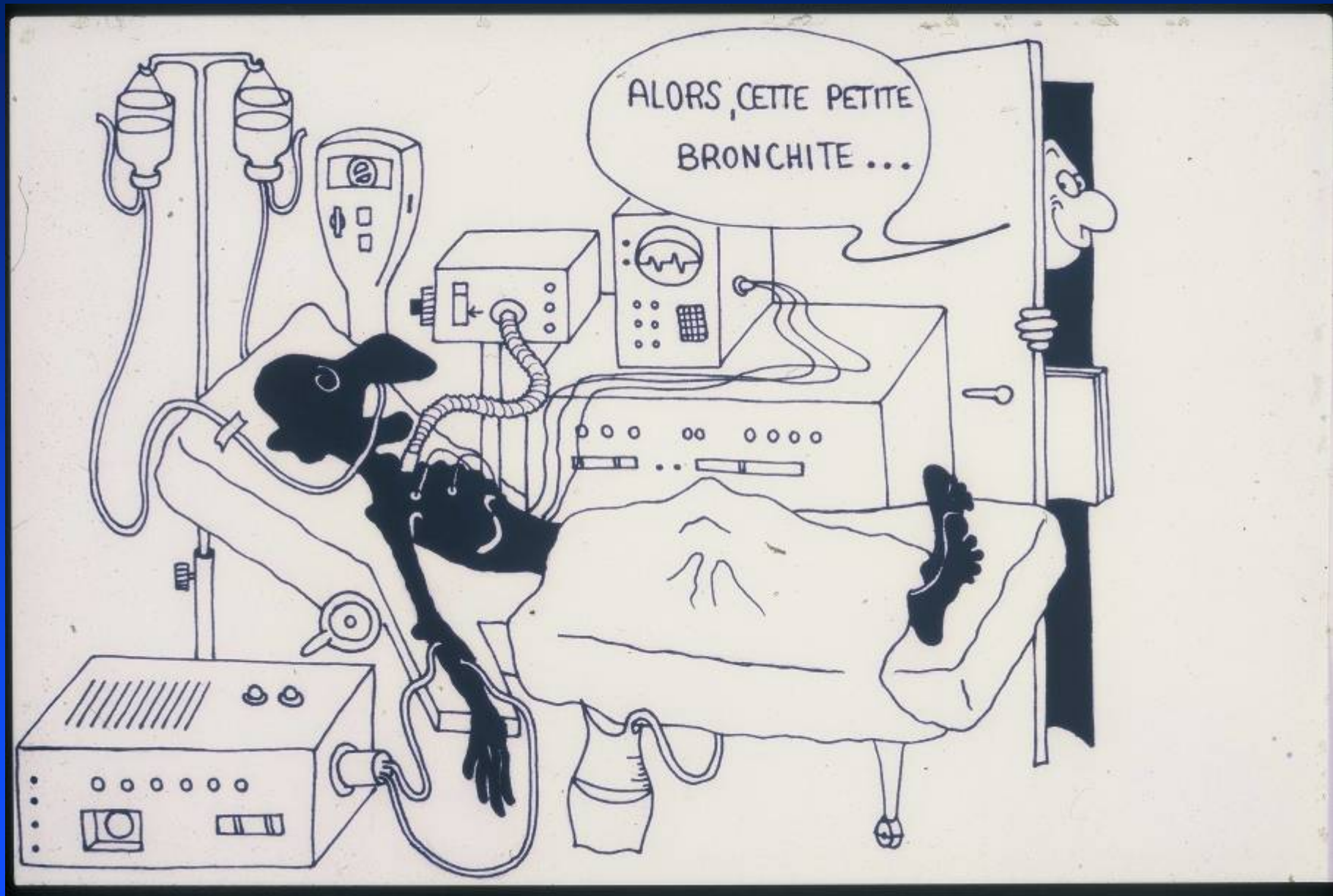
Renforcer les **coopérations neurovasculaires et gériatres**

Sujets de **recherche clinique** nombreux :

étiologies multiples, erreurs diagnostiques,

limitation des soins, nutrition à la phase aiguë...

Retroussons nous les manches !...



ALORS, CETTE PETITE
BRONCHITE ...