



FMC

# AVC et toxicomanie

Dr SERRE Patrice  
SAU – SAMU – SMUR  
CH Fleyriat – Bourg en Bresse

- Mr R, 30 ans, est adressé aux urgences par la régulation.
- A son arrivée par les ambulances à 08H30, l'IOA retrouve un FAST+ (Déficit MSD et aphasie). Les constantes sont normales hormis une tachycardie à 95.

1 - TDM?

2 - IRM?

3 - Dextro + ECG

4 - Examen clinique avec NIHSS

5 - Interrogatoire (ATCD + horaires début)

- Le patient est admis directement en box, l'ECG retrouve une tachycardie sinusale à 102, sans autre anomalie. Le dextro est à 6.6 mM (1.2 g/l )
- Le tableau clinique est apparu au réveil (07H30)
- Il présente un déficit brachio-facial D franc, une parésie du MID et une aphasie

# FMC A combien estimez vous le NIHSS?

1 - 0-6

2 - 7-12

3 - 13-20

4 - >20

0%

- Vigilance: normale=0
- Orientation: aphasie=2
- Commande: 2 ordres=0
- Oculomotricité: normale=0
- Champ visuel: Normal=0
- Paralyse faciale: unilat centrale=2
- Motricité Mb Sup: D=3 G=0
- Motricité Mb Inf: D=1et G=0
- Ataxie: 1 Membre=1
- Sensibilité: Minime=1
- Langage: Aphasie sévère=2
- Dysarthrie: Sévère=0
- Extinction, négligence: non=0
- Total = 12

- Les antécédents sont marqués par une toxicomanie IV par utilisation détournée de SUBUTEX, une hépatite C guérie, un tabagisme actif
- L'IRM est en maintenance

1 - Le patient présente une CI à une thrombolyse

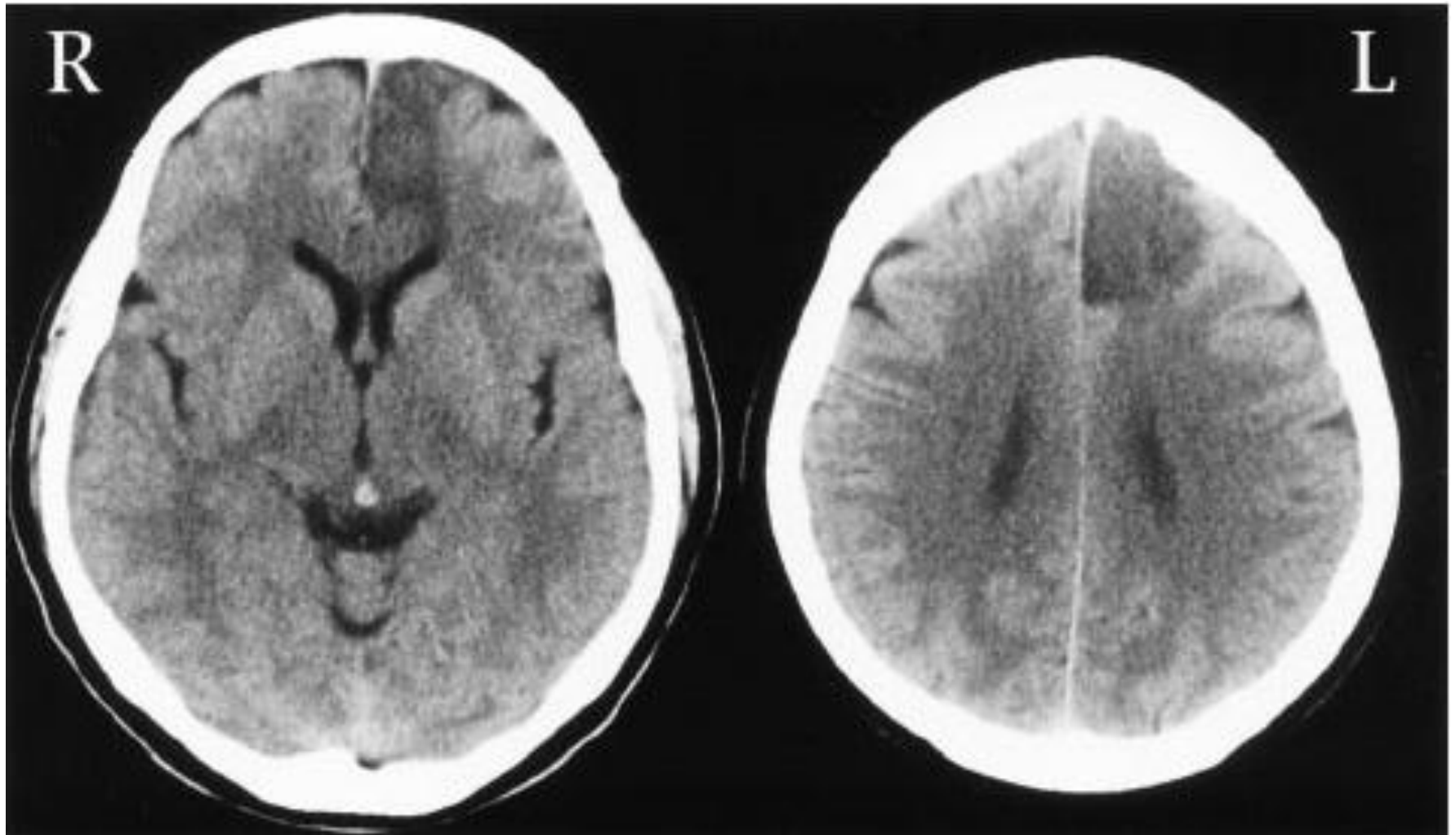
2 - Le patient est hors délai pour une thrombolyse

3 - Le patient doit aller au plus vite à l'imagerie

4 - Le scanner permettra de décider quand à l'éligibilité pour une thrombolyse



- Le TDM retrouve une hypodensité frontale gauche
- L'infirmière refait un tour de constantes et constate une fièvre à 39°C (patient apyrétique à l'accueil)



- Une biologie est réalisée en urgence, la CRP est à 183, les GB à 12, sans autre anomalie
- Le patient présente des frissons
- Une RP et une BU sont réalisées, sans anomalie notable
- Une écho cœur est faite aux urgences, sans anomalie

1 - Pneumopathie d'inhalation

2 - Prostatite

3 - Syndrome de manque

4 - Endocardite infectieuse

- Un TDM thoraco abdo mettra en évidence des ADP médiastinales + des infiltrats pulmonaires bilat et des lésions hypodenses du rein G et spléniques
- Un IRM cérébral sera réalisé dans les suites avec des hypersignaux dans différents territoires vasculaires
- 3 hémocultures pousseront à CG+
- L'ETO retrouvera une IM (valve épaissie) sans végétation ni abcès

