



CAFÉ

Capsule d'auto-formation écourtée

RÉSUMÉ

Nous avons eu un patient avec une présentation vertigineuse d'une durée brève.

Rien d'inquiétant ?

Dave Ross

AVC postérieur- le
simulateur de n'importe
quoi -Partie 1



Résumé inspiré du EMRAP décembre 2021¹

Les patients ayant subi un AVC postérieur présentent une apparition aiguë de symptômes vestibulaires, notamment des étourdissements, des vertiges, des nausées et des vomissements. Ces symptômes sont constants et persistants.

Cependant, lorsque l'épisode est bref, est-ce qu'il pourrait s'agir d'un ICT ?

Les vertiges périphériques sont pour la plupart bénins si ce n'est le risque de chute associé chez nos aînés.

Dans le vertige périphérique, les symptômes vestibulaires sont généralement déclenchés par le mouvement et entre ces mouvements, les symptômes disparaissent.

Comme mentionné précédemment, lorsque la symptomatologie est complètement disparue et qu'elle ne revient pas devant nous, il devient difficile de voir si la symptomatologie peut aller avec un vertige périphérique.

La présence de facteurs de risque cardiovasculaire (hypertension, diabète et hyperlipidémie), ainsi que des antécédents d'accident vasculaire cérébral et de fibrillation auriculaire contribuent à déterminer si un AVC est plus ou moins probable.

Ici, on retient que si nous suspectons un AVC, un électrocardiogramme nous permet de vérifier un des facteurs de risque c'est-à-dire, la fibrillation auriculaire. Fibrillation auriculaire qui peut être paroxystique donc, qui peut être disparue lorsque le patient arrive à l'urgence. Il faut au moins mettre le patient sur moniteur et vérifier s'il y a de l'irrégularité dans le rythme et le cas échéant, on imprime la bande de rythme.

Les symptômes d'apparition progressive sont moins préoccupants.

Un AVC débute habituellement de façon subite ou rapidement.

Un vertige positionnel bénin pourrait aussi commencer subitement, mais les symptômes ne vont pas persister comme avec un AVC et vont être précipités par les mouvements de la tête.

¹ Lorsqu'on mentionne inspirer, ceci veut dire que beaucoup d'informations ont été prises sur le site Web mais qu'il y a eu des ajouts, des retraits ou des précisions en lien avec notre réalité préhospitalière.

Les symptômes qui vont et viennent sont moins inquiétants.

Il faut cependant prendre en considération qu'il pourrait s'agir d'un ICT. Surtout si la symptomatologie a complètement disparu.

Les symptômes dus à une occlusion vasculaire ou à une hémorragie ne vont pas et ne disparaissent pas. Ils sont persistants.

À moins d'un ICT.

Deux scénarios cliniques sont discutés pour mettre en relief.

Scénario 1 : Un patient de 76 ans ayant des antécédents d'AVC et de fibrillation auriculaire s'est réveillé le matin. Il déclare qu'il s'est retourné et qu'il a eu un début soudain de vertige. Le patient déclare que lorsqu'il tourne la tête, il a 1 minute de symptômes de vertige, mais s'il ne tourne pas la tête, il ne ressent pas les symptômes. Il n'y a pas de maux de tête ou d'autres symptômes neurologiques focaux.

Ceci est une présentation typique pour le vertige périphérique positionnel bénin (VPPB).

La clé ici est que les symptômes disparaissent complètement entre les épisodes. Il s'agit d'un syndrome vestibulaire déclenché.

Il faut dire que la fibrillation auriculaire nous dérange et qu'elle peut précipiter un AVC alors prudence.

L'histoire et l'examen doivent être impeccables pour s'assurer de vertige périphérique positionnel bénin.

Scénario 2 : Un patient sans ATCD de 40 ans se présente avec un vertige qui était présent à son réveil. Le vertige est constant. Il n'y avait pas eu de symptômes d'infection des voies respiratoires supérieures (URI) antérieures. Le vertige est pire avec la tête qui tourne. Il n'y avait pas de début bien défini, mais les symptômes étaient constants et persistants. Il n'y avait pas d'autres symptômes ou signes neurologiques.

Ne vous laissez pas distraire par le fait que le patient est jeune et en bonne santé.

Cela pourrait être quelque chose comme une dissection de l'artère vertébrobasilaire.

Ici, même si le début n'est pas bien défini et donc difficile de dire si subit, si les symptômes sont persistants, on ne prend pas la chance et il faut investiguer.

On n'oublie pas la glycémie capillaire et on demande le moment où cela a débuté et si cela n'est pas clair, la dernière fois que le patient a été vu normal.

Un Cincinnati doit toujours être effectué et on complète avec l'échelle VAN (vision, aphasie, négligence)² afin d'identifier la possibilité d'une obstruction d'un gros vaisseau pouvant être traité par une thrombectomie. Celle-ci peut être effectuée avec un délai plus long (jusqu'à 12-24 heures) que la thrombolyse cérébrale. Plusieurs échelles existent, mais pour l'instant, le VAN est celui que les paramédics communautaires intégrés ont appris.



- Un vertige chez nos aînés doit nous inquiéter.
- Avant de pouvoir dire que le vertige est bénin, un bon questionnaire et un bon examen doivent nous permettre de vérifier la persistance ou non des symptômes.

La non-persistance des symptômes à notre arrivée et l'impossibilité de les déclencher par exemple avec les mouvements de la tête peuvent être dues à un ICTI

Dans le doute, il faut investiguer.

On retient aussi qu'avec des vertiges, le risque de chute est important et si le patient reste à domicile, il est important de prévenir le patient et les proches.

² <https://www.youtube.com/watch?v=KsK1oZtXo14>

