

Recommandations AVC
ischémique artériel néonatal
≥ 35 S.A.(AVCian)

Arch ped sept 2017 vol 24 supplément 9S1-
9S68

Résumé nov 2017

H BRUEL Pédiatrie néonatale et surveillance
continue Groupe Hospitalier du Havre

Prévalence-facteurs de risque

- Prévalence entre 6 et 17 pour 100 000 naissances
- AVCian représente la 1/2 des AVC ischémiques périnataux et le 1/4 des AVC périnataux
- Facteurs de risque : sexe masculin, nulliparité, césarienne et 2 complications postnatales IMF et hypoxie périnatale
- Méningites bactériennes , cardiopathies congénitales, assistance circulatoire extracorporelle sont significativement associés à AVCian

Circonstances de révélation

- Convulsions néonatales unilatérales avec ou non généralisation, dans les premiers jours (mais intervalle libre) et rarement après 7 jours
- Indispensable l'imagerie pour le diagnostic
- Tout nouveau né présentant AVCian doit être transféré en unité SI ou réa NN avec plateau EEG, imagerie en transport médicalisé
- Identifier hypoglycémie ou hypocalcémie , éliminer cause infectieuse
- Si convulsion prolongée ou subintrante discuter avec le service receveur dose de charge Phénobarbital (15-20 mg/kg IV lente

IMAGERIE

- IRM le mieux entre 2 ème et 4 ème jour après accident
- En attendant Echo doppler au lit
- Valeur pronostic de l'IRM :
 - *pour le pronostic moteur : lésion étendue territoire sylvien) si possible en diffusion du faisceau cortico-spinal
 - *pour le pronostic visuel : atteinte artère cérébrale postérieure
 - *Pour le pronostic fonctionnel (langage, praxies) : pas de données
 - *Pour le risque d'épilepsie : plus élevé si si large infarctus comprenant la totalité du territoire sylvien

biologie

- Hémostase difficile à interpréter chez le nn
- Pas de bilan systématique des facteurs biologique du risque thrombotique qui de plus n'impacte pas sur la prise en charge

Pathologies néonatales associées à l'AVC

- Métaboliques
 - *Hypoglycémie et hyperglycémie
 - *Hypocalcémie et hypomagnésémie
 - *acidose
 - *polyglobulie
 - *déshydratation
- Infections posnatales précoces : méningite, sepsis
- Pathologies cardiovasculaires : cardiopathies congénitales (avec shunt extrapulmonaire, HTAP), cathéter centraux, cathétérisme, CEC

EEG : aspects évocateurs

- Activité de fond asymétrique , discontinue, trop riche en rythme rapides en regard hémisphère atteint et normal (en dehors drogues) sur hémisphère sain, pointes
- Crises focalisées assez lentes (1 à 3 Hz
- 40 à 50 % des crises infraclinique
- EEG continu à faire si de base pas très parlant, à voir suivant clinique
- EEG : pas de facteur pronostic

Prise en charge thérapeutique

- Indications : état de mal, crises cliniques de plus de 5 min, crises électriques plus de 5 min ou brèves mais répétées plusieurs fois par heure
- Phénobarbital 20 mg/kg en IV 20 min si nécessaire répété 10mg/kg (pour barbitémie à 25 mg/l)
- Si AVCian avéré pas de place pour vitaminothérapie (Bécilian etc...)
- Quand arrêter : si examen clinique ou EEG normal après 72 h sans crise
- Si anomalies neurologiques modérées (clinique, EEG), arrêt en fin hospitalisation
- Si anomalies sévères discussion au cas par cas

Devenir et suivi

- Régulier par médecins spécialisés dans les troubles du développement, rapproché dans la 1ère année puis âges anniversaires jusqu'à la fin adolescence !
- Si paralysie cérébrales : circuit pluridisciplinaire
- Évaluation psychométrique

Au total suivi équivalent aux enfants vulnérables à risque de développement