

Critères prédictifs de passage en ME

Retour d'expérience CHPOT Tours

En place au CHU de Tours depuis 2013

- Démarche anticipé chez cérébrolésé grave sans perspective thérapeutique avec une hospitalisation en réanimation dans le seul but d'envisager un prélèvement d'organes
- Débuté UNV urgences Trousseau et ROP (1^{er} patient Chinon en 2013)
- Prise en charge depuis l'appel à la CHPOT jusqu'à l'arrivée en réanimation

Activité DA du 01/01/2014 au 1/09/2024

246 appels

- 124 UNV
- 85 Urgences Trousseau
- 41 Urgences ROP



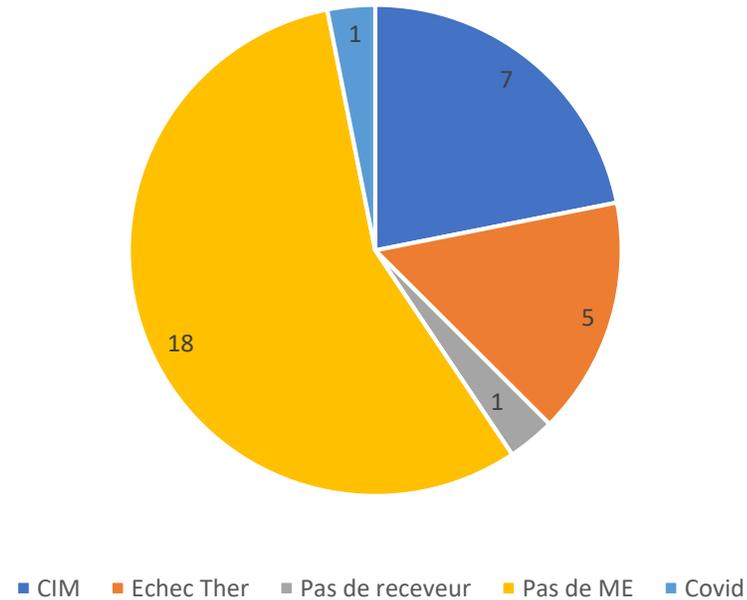
**56 admissions
en réanimation**



**24 PMO (55 - 88 ans)
32 processus non aboutis
(58 - 92 ans)**



causes de non aboutissement du processus



43% des patients admis = PMO

56 % des dossiers non aboutis = non passage en ME

Taux de refus démarches anticipées de 01/01/2014 au 1/09/2024



85 appels



46 entretiens (54%)



20 Refus (43,4%)



124 appels



62 entretiens (50 %)



23 Refus (37 %)



Nombre d'appels avec démarches anticipées



4 PMO UNV
3 PMO Urgences Trousseau
1 PMO 4 appels Chinon

23,5 % des PMO (ME)

L'Espagne et les Démarches anticipées ?



Les recommandations sur les démarches anticipées existent depuis 2018

- *La « lésion cérébrale dévastatrice » ou Severe brain damage (SBD) est définie comme une affection neurologique entraînant une menace immédiate pour la vie ou incompatible avec un bon rétablissement fonctionnel,*
- *et pour laquelle l'abstention ou l'arrêt de traitements de maintien de la vie (WLST) est envisagé*
- *Lorsqu'une équipe soignante multidisciplinaire décide de manière consensuelle de poursuivre les soins de fin de vie, la coordination des PMOT est systématiquement appelée pour évaluer les possibilités de don*
- *Les proches sont rencontrés et l'admission en ICU se fait en attendant le passage en ME*
- *Un délai de 72 heures est proposé avant la mise en place d'un arrêt des thérapeutiques.*
- *Représente de 24 à 33% des PMO en Espagne avec 2,3 organes transplantés par donneur*

Received: 1 August 2018 | Revised: 13 December 2018 | Accepted: 27 December 2018
DOI: 10.1111/ajt.15293

ORIGINAL ARTICLE

AJT

Summary of Spanish recommendations on intensive care to facilitate organ donation

María C. Martín-Delgado¹ | Fernando Martínez-Soba² | Nuria Masnou³ |
José M. Pérez-Villares⁴ | Teresa Pont⁵ | María José Sánchez Carretero⁶ | Julio Velasco⁷ |
Braulio De la Calle⁸ | Dolores Escudero⁹ | Belén Estébanez¹⁰ | Elisabeth Coll¹¹ |
Alicia Pérez-Blanco¹¹ | Lola Perojo¹¹ | David Uruñuela¹¹ | Beatriz Domínguez-Gil¹¹

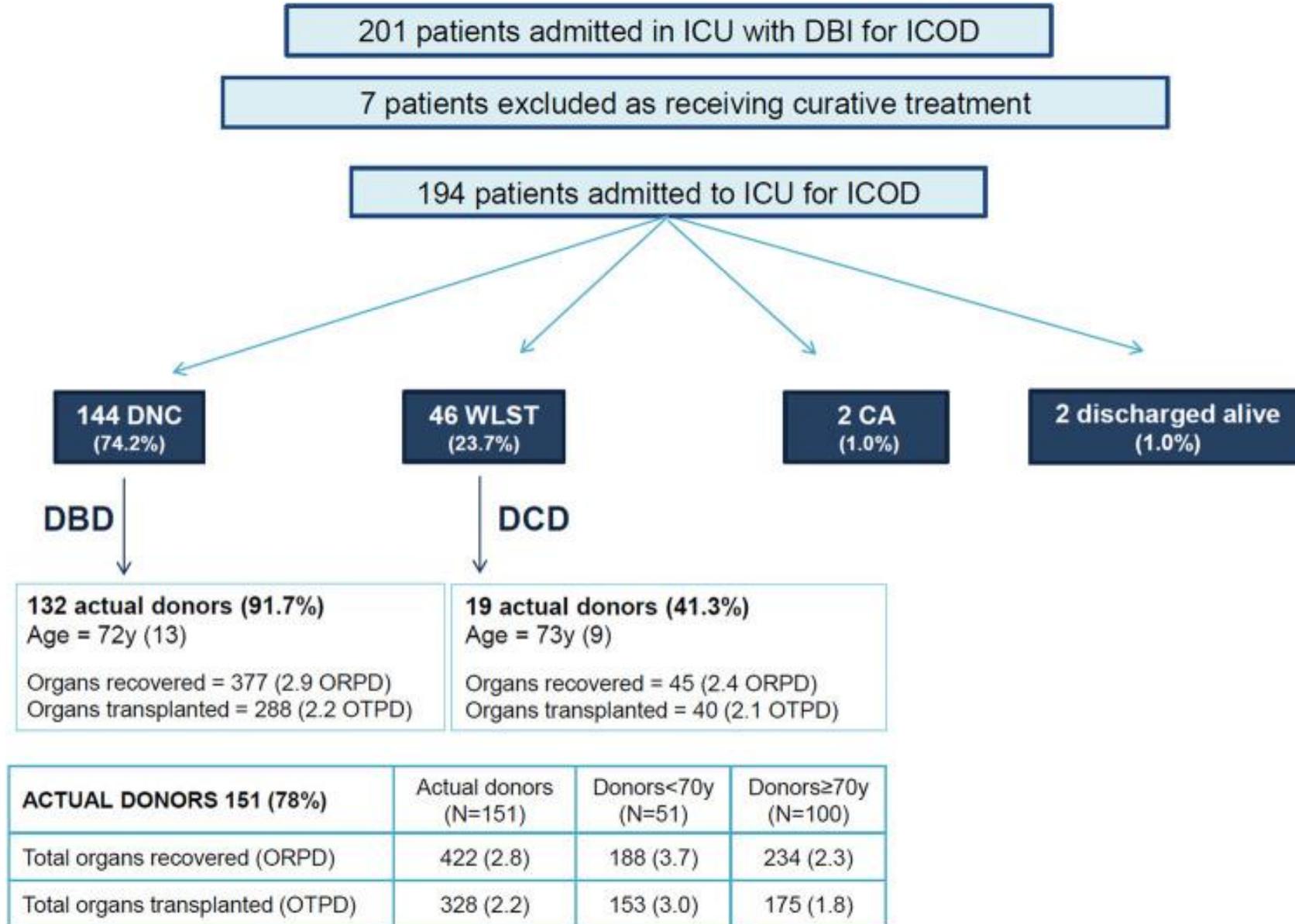


Assessing Outcomes of Patients Subject to Intensive Care to Facilitate Organ Donation: A Spanish Multicenter Prospective Study

Alicia Pérez-Blanco^{1†}, María Acevedo^{2†}, María Padilla^{1†}, Aroa Gómez^{3†}, Luis Zapata^{4†}, María Barber^{5†}, Adolfo Martínez⁶, Verónica Calleja^{7†}, María C. Rivero⁸, Esperanza Fernández⁹, Julio Velasco¹⁰, Eva M. Flores^{11†}, Brígida Quindós^{12†}, Sergio T. Rodríguez^{13†}, Beatriz Virgós¹⁴, Juan C. Robles¹⁵, Agustín C. Nebra¹⁶, José Moya^{17†}, Josep Trenado^{18†}, Nieves García¹⁹, Ana Vallejo^{20†}, Eugenio Herrero²¹, Álvaro García²², María L. Rodríguez²³, Fernando García²⁴, Ramón Lara^{25†}, Lucas Lage²⁶, Francisco J. Gil²⁷, Francisco J. Guerrero^{28†}, Ángela Meilán¹², Nayade Del Prado²⁹, Cristina Fernández^{30†}, Elisabeth Coll^{1†} and Beatriz Domínguez-Gil^{1†}*

Inclusion

- Juillet 2018 à Juillet 2020 (n = 194)
- Plus de 18 ans
- Dommage cérébral aboutissant à une décision collégiale de LAT
- Admis en Réanimation après Démarches anticipées



Le critère SBD (severe brain damage) est basé sur les scores validés pour chaque étiologie

• *Hémorragie intracérébrale :*

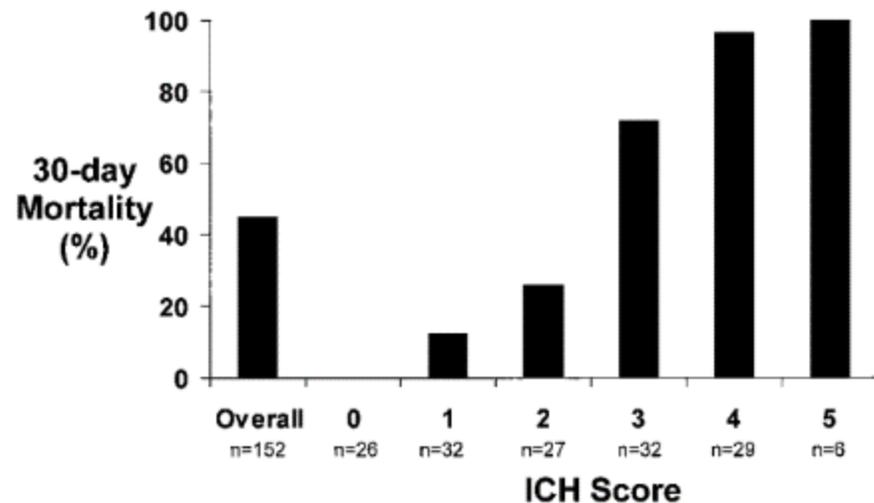
ICH > ou = à 3



The ICH Score

A Simple, Reliable Grading Scale for Intracerebral Hemorrhage

J. Claude Hemphill III, MD; David C. Bonovich, MD; Lavrentios Besmertis, MD;
Geoffrey T. Manley, MD, PhD; S. Claiborne Johnston, MD, MPH



ICH Score Points	
Score GCS	
3–4	2
5–12	1
13–15	0
Volume ICH, cm³	
30 ≥	1
30 <	0
Hémorragie intra ventriculaire	
Oui	1
Non	0
Origine soustentorielle de l'ICH	
Oui	1
Non	0
Âge,	
≥80	1
<80	0
Score total de l'ICH	0–6

Le critère SBD (severe brain damage) est basé sur les scores validés pour chaque étiologie

- **HSA :**

Hunt Hess > ou = 4


Neurocritical Care
 Copyright © 2005 Humana Press Inc.
 All rights of any nature whatsoever are reserved.
 ISSN 1541-6933/05/2:110-118
 DOI: 10.1385/Neurocrit. Care 2005;2:110-118

Review Article

Subarachnoid Hemorrhage Grading Scales

A Systematic Review

David S. Rosen and R. Loch Macdonald*

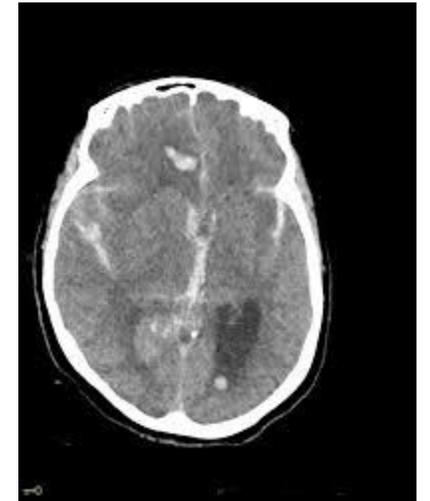
Section of Neurosurgery, Department of Surgery, University of Chicago Medical Center and Pritzker School of Medicine, Chicago, IL

HUN

Hunt and Hess score

Grade 1 - asymptomatique ou céphalée minime et légère raideur de la nuque	70% de survie
Grade 2 - céphalée modérée à sévère ; raideur de la nuque ; pas de déficit neurologique sauf paralysie des nerfs crâniens	60% de survie
Grade 3 - somnolence ; déficit neurologique minime	50% de survie
Grade 4 - stuporeux ; hémiparésie modérée à sévère ; éventuellement rigidité décérébrée précoce et troubles végétatifs	20% de survie
Grade 5 - coma profond ; rigidité décérébrée ; moribond	10% de survie

Grade	Echelle WFNS (Clinique)	Echelle Modifiée de Fisher (Tomodensitométrie)
I	Score de Glasgow 15	Pas de sang
II	Score de Glasgow 13 ou 14 sans déficit moteur	HSA minime, pas de sang dans les 2 ventricules latéraux
III	Score de Glasgow 13 ou 14 avec déficit moteur	HSA minime, présence de sang dans les 2 ventricules latéraux
IV	Score de Glasgow entre 7 et 12	HSA importante, pas de sang dans les 2 ventricules latéraux
V	Score de Glasgow < 7	



Le critère SBD (several brain damage) est basé sur les scores validés pour chaque étiologie

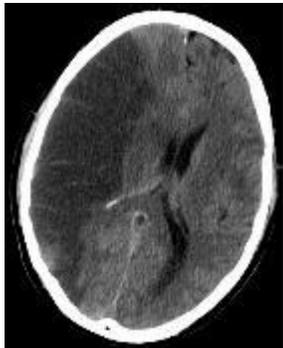
- **AVCI :** **NIHSS > ou = 25**

Le score de base de l'échelle NIH pour les accidents vasculaires cérébraux prédit fortement les résultats après un accident vasculaire cérébral

Un rapport de l'essai Org 10172 dans le traitement aigu de l'AVC (TOAST)

H.P. Adams, Jr, MD, P.H. Davis, MD, L.C. Laine, MD, K.-L. Chang, MD, S.H. Benson, PhD, MJ, W.H. Clarke, PhD, H.J. Wootton, PhD, et M.D. Hansen, MD

Numéro du 1er juillet 1999 • 33 (1) 126 • <https://doi.org/10.1212/WNL.53.1.126>



Score NIHSS

Item	Intitulé	cotation	score
1a	vigilance	0 vigilance normale, réactions vives 1 trouble léger de la vigilance : obtusité, éveil plus ou moins adapté aux stimulations environnantes 2 coma ; réactions adaptées aux stimulations nociceptives 3 coma grave : réponse stéréotypée ou aucune réponse motrice	
1b	orientation (mois, âge)	0 deux réponses exactes 1 une seule bonne réponse 2 pas de bonne réponse	
1c	commandes (ouverture des yeux, ouverture du poing)	0 deux ordres effectués 1 un seul ordre effectué 2 aucun ordre effectué	
2	oculomotricité	0 oculomotricité normale 1 ophtalmoplégie partielle ou déviation réductible du regard 2 ophtalmoplégie horizontale complète ou déviation forcée du regard	
3	champ visuel	0 champ visuel normal 1 quadrantanopsie latérale homonyme ou hémianopsie incomplète ou négligence visuelle unilatérale 2 hémianopsie latérale homonyme franche 3 cécité bilatérale ou coma (la=3)	
4	paralyse faciale	0 motricité faciale normale 1 asymétrie faciale modérée (paralyse faciale unilatérale incomplète) 2 paralyse faciale unilatérale centrale franche 3 paralyse faciale périphérique ou diplopie faciale	
5	motricité membre supérieur	0 pas de déficit moteur proximal 1 affaissement dans les 10 secondes, mais sans atteindre le plan du lit. 2 effort contre la pesanteur, mais le membre chute dans les 10 secondes sur le plan du lit. 3 pas d'effort contre la pesanteur (le membre chute mais le patient peut faire un mouvement tel qu'une flexion de hanche ou une adduction.) 4 absence de mouvement (coter 4 si le patient ne fait aucun mouvement volontaire) X cotation impossible (amputation, arthroclése)	Dt G
6	motricité membre inférieur	0 pas de déficit moteur proximal 1 affaissement dans les 5 secondes, mais sans atteindre le plan du lit. 2 effort contre la pesanteur, mais le membre chute dans les 5 secondes sur le plan du lit. 3 pas d'effort contre la pesanteur (le membre chute mais le patient peut faire un mouvement tel qu'une flexion de hanche ou une adduction.) 4 absence de mouvement (le patient ne fait aucun mouvement volontaire) X cotation impossible (amputation, arthroclése)	Dt G
7	ataxie	0 ataxie absente 1 ataxie présente pour 1 membre 2 ataxie présente pour 2 membres ou plus	
8	sensibilité	0 sensibilité normale 1 hypoesthésie minime à modérée 2 hypoesthésie sévère ou anesthésie	
9	langage	0 pas d'aphasie 1 aphasie discrète à modérée : communication informative 2 aphasie sévère 3 mutisme ; aphasie totale	
10	dysarthrie	0 normal 1 dysarthrie discrète à modérée 2 dysarthrie sévère X cotation impossible	
11	extinction, négligence	0 absence d'extinction et de négligence 1 extinction dans une seule modalité, visuelle ou sensitive, ou négligence partielle auditive, spatiale ou personnelle. 2 négligence sévère ou anosognosie ou extinction portant sur plus d'une modalité sensorielle	
			TOTAL

Le critère SBD (severe brain damage) est basé sur les scores validés pour chaque étiologie

- *Hémorragie cérébrale Trauma : GCS < ou = 5*

Ouverture des yeux	Réponse verbale	Réactivité motrice
Nulle (1)	Nulle (1)	Nulle (1)
À la douleur (2)	Incompréhensible (2)	Extension stéréotypée (2)
À la demande (3)	Inappropriée (3)	Flexion stéréotypée (3)
Spontanée (4)	Confuse (4)	Flexion (évitement) (4)
	Normale (5)	Localisation (5)
		Aux ordres (6)

TABLE 3 | Analysis of the factors associated with death by neurological criteria in patients subject to intensive care to facilitate organ donation. Univariate and multivariate Cox model.

Variables	Univariate			Multivariate ^a		
	Hazard ratio	[CI 95% HR]	<i>p</i>	Hazard ratio	[CI 95% HR]	<i>p</i>
Sex male	1.06	[0.76–1.47]	0.737			
Age <70 years^b	1.74	[1.24–2.45]	0.002	1.78	[1.24–2.56]	0.002
Cause of death			0.301			
Aneurysmal subarachnoid haemorrhage	<i>Ref.</i>					
Hemorrhagic Stroke	1.59	[0.70–3.64]	0.270			
Ischemic Stroke/Hypoxic brain injury	1.00	[0.39–2.62]	0.994			
Traumatic brain injury	1.36	[0.56–3.32]	0.497			
Glasgow Come Score			0.058			
3–5	3.31	[1.22–8.98]	0.019			
6–7	2.88	[0.98–8.49]	0.055			
>8	<i>Ref.</i>					
Severe Brain Damage^c	1.87	[1.11–3.14]	0.019	2.06	[1.19–3.58]	0.010
Time from DBI diagnosis to ICOD evaluation	0.95	[0.88–1.02]	0.131			
Intubated patient	1.57	[1.10–2.25]	0.014			
Unstable (risk of imminent respiratory arrest)	1.73	[0.98–3.07]	0.059	3.29	[1.71–6.33]	<0.001
Intracranial hemorrhage	1.37	[0.96–1.95]	0.079			
Intracranial hemorrhage in temporal region	1.70	[1.21–2.39]	0.002	1.47	[1.03–2.10]	0.034
Midline shift ≥5 mm	1.68	[1.13–2.51]	0.010	1.77	[1.14–2.74]	0.011
ONSD ^d ≥3 mm behind the globe	0.91	[0.76–1.08]	0.265			
Hydrocephalus	0.92	[0.67–1.28]	0.639			
Basal cistern effacement	1.36	[0.90–2.05]	0.146			
Type of brain herniation			0.003		<i>Ref.</i>	
No herniation	<i>Ref.</i>					
Transtentorial	1.98	[1.18–3.32]	0.009			
Subfalcine	1.41	[0.83–2.40]	0.204			
Cerebellar tonsil	2.55	[1.03–6.34]	0.043			
Transtentorial + Subfalcine	1.63	[0.92–2.89]	0.097			
Cerebellar tonsil + Transt. And/or Subfalcine	4.73	[2.15–10.40]	<0.001	1.45	[0.99–2.12]	0.054

^aDiscriminate analysis: Harrell Index, C 0.66.

^bCut-off established through ROC, curve.

^cSevere Brain Damage, defined by an ICH ≥ 3 for intracranial spontaneous hemorrhage, an NIHSS ≥25 for ischemic stroke, a HUNT-HESS ≥ IV, for aneurysmal subarachnoid haemorrhage and a Glasgow Coma Score ≤5 for traumatic brain injury.

^dONSD: Optic Nerve Sheath Diameter.

Bold means statistically significant, defined as *p* equal to or less than 0.05.

DIAPASON : PHRCI (Nancy Promoteur)

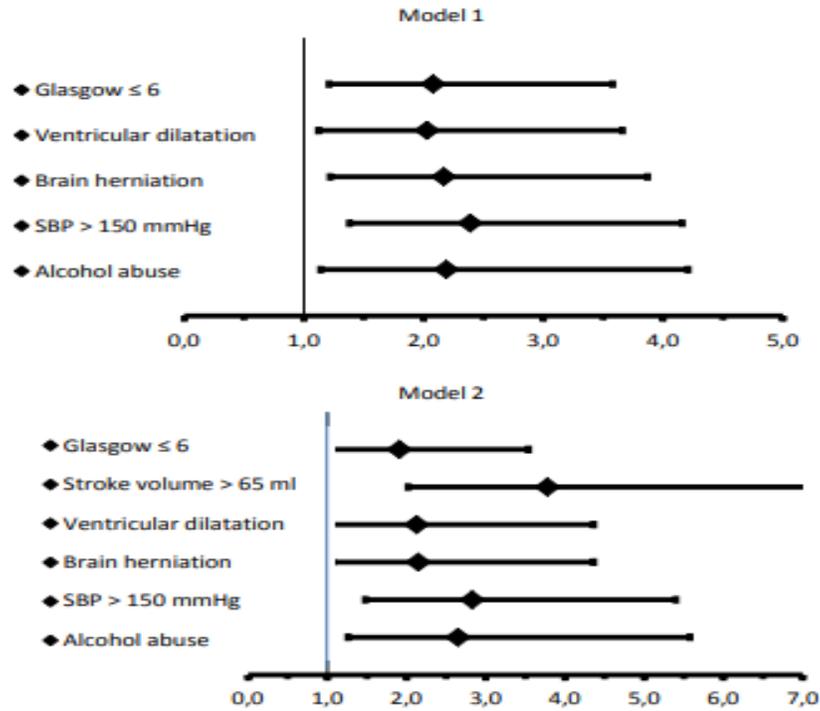
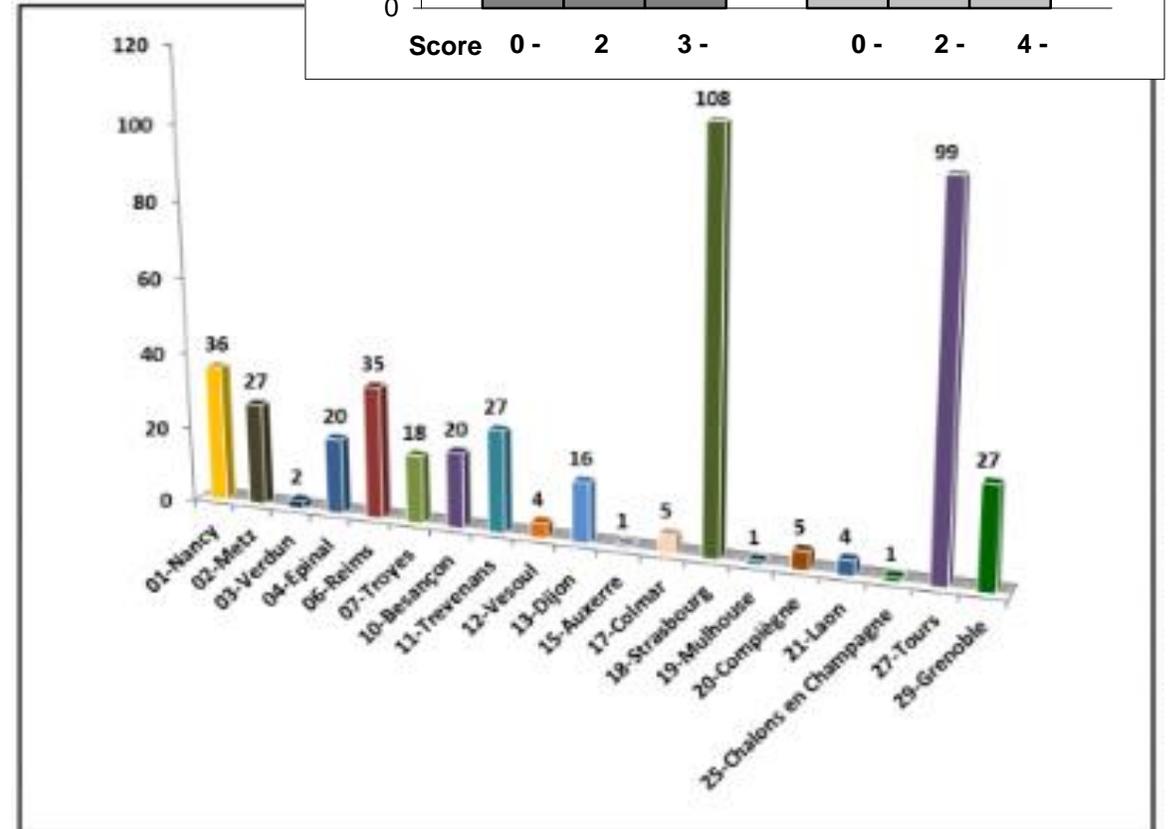
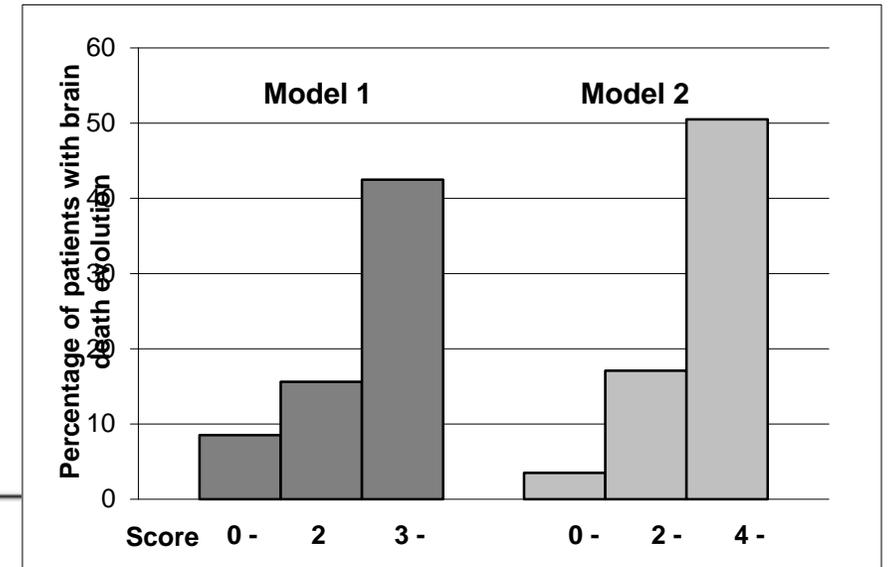


Figure 1 : Factors significantly associated in multivariate analysis with brain death for model 1 and model 2 , odds ratio and 95% confidence interval

(Model 1: model for stroke with non quantifiable volume, model 2 : model for stroke with quantifiable volume, SBP: systolic blood pressure)

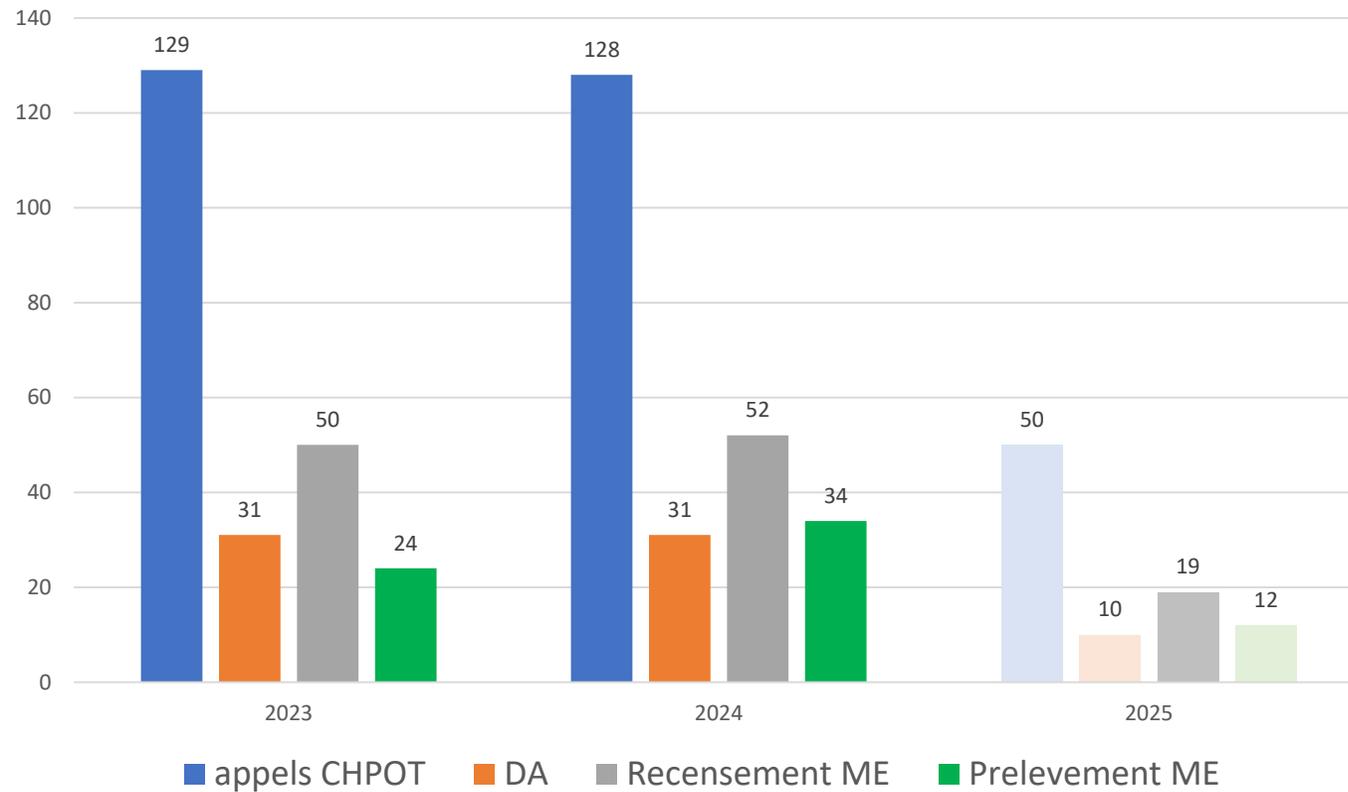


Critères prédictifs : Retour d'expérience CHU Tours

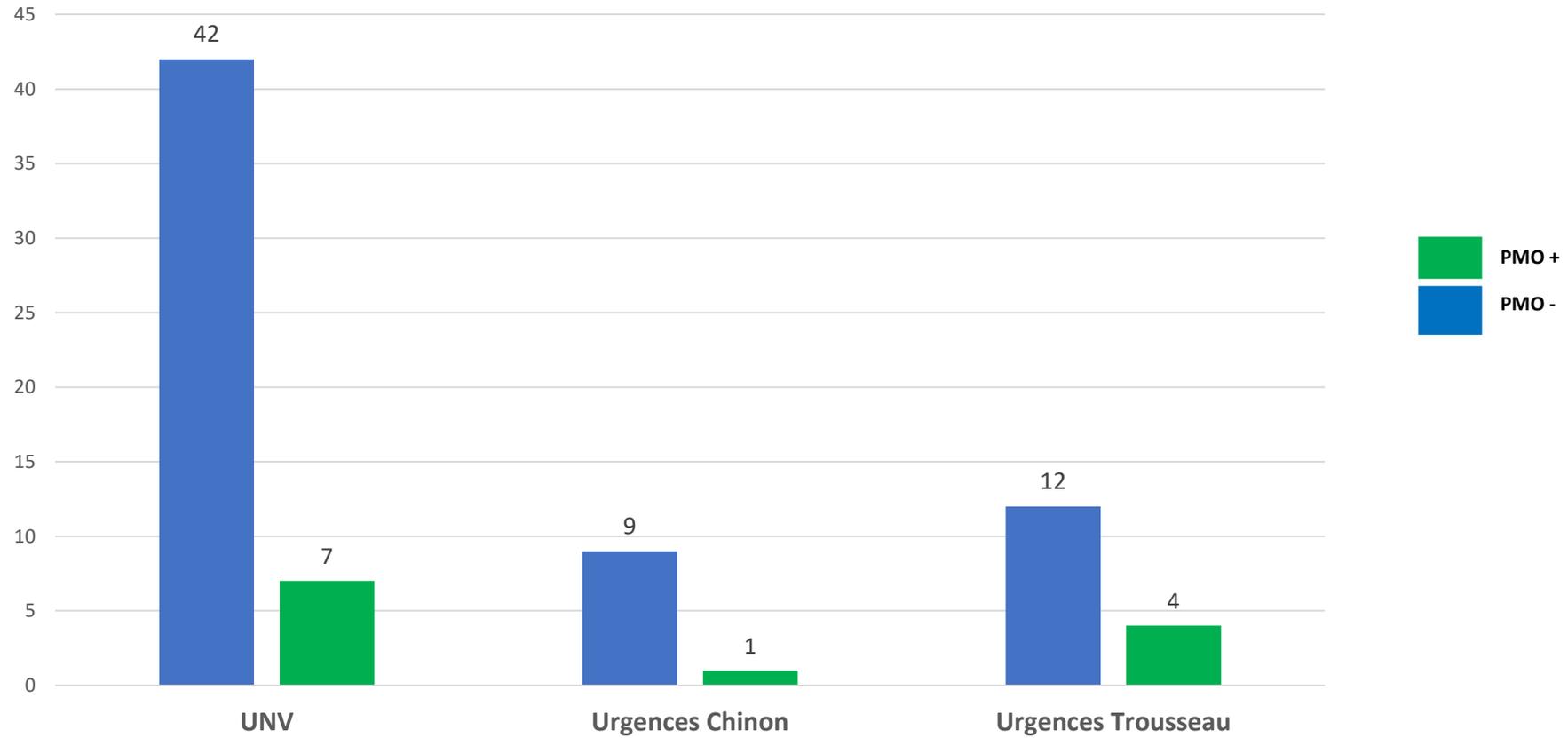
- Enquête rétrospective 1/01/2023 au 30/06/2025
- Evolution
- Comparaison avec Etude espagnole
- Perspectives

Répartition des appels

Les appels en DA représentent 24,4 % des appels



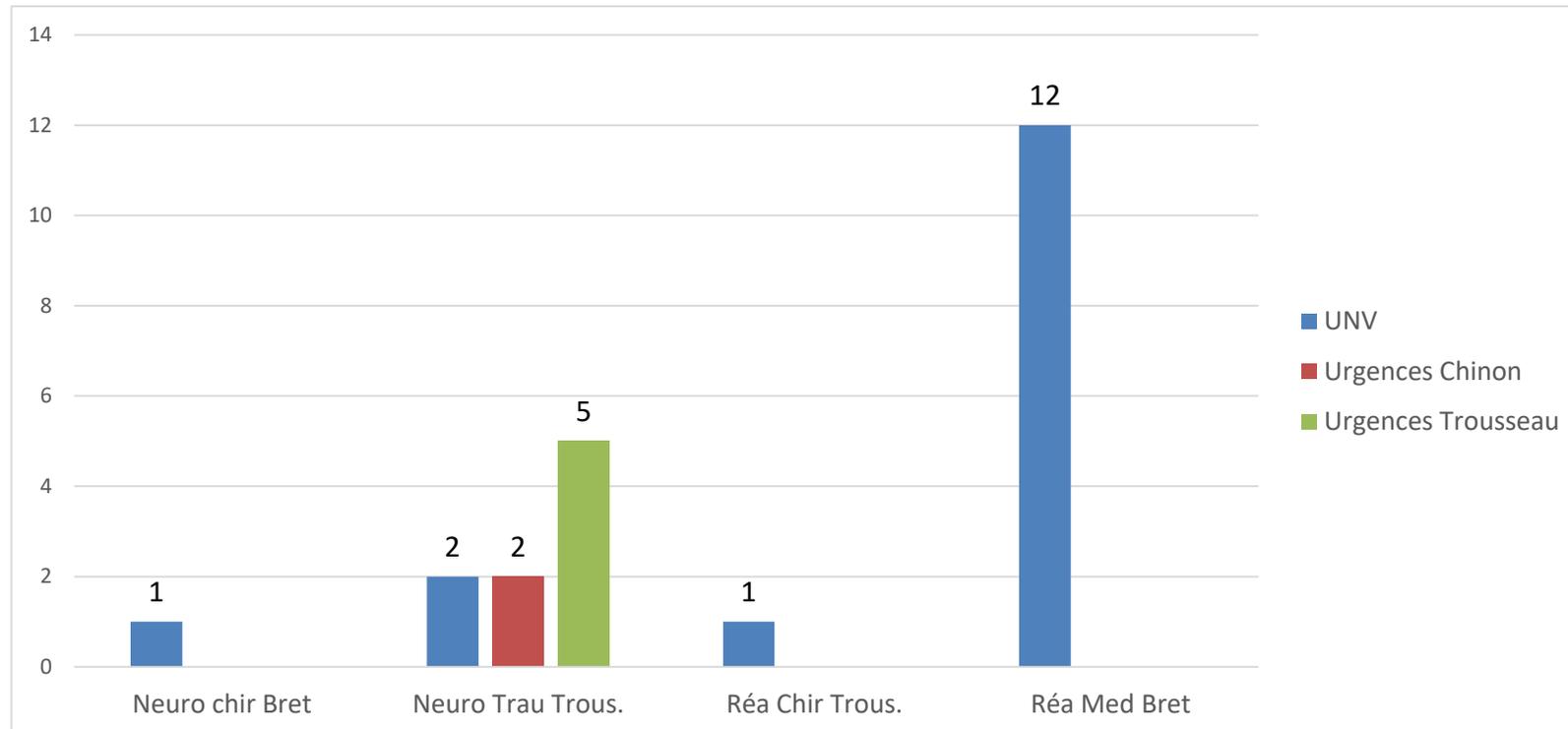
Origine des appels



Devenir des patients

	UNV	Urgences Chinon	Urgences Trousseau	Total général
CIM	8	3	1	12
Evolution ME peu probable	10	2	7	19
Pas de PEC Possible problème logistique	1			1
Poursuite des soins (dont hospitalisation en réa)	21	3	5	29
Refus famille	5	2	3	10
Refus vivant	4			4
Total général	49	10	16	75

Services « destinataires » (n=23)



Aboutissement du processus ?

PMO	Neuro chir Bret	Neuro Trau Trous.	Réa Chir Trous.	Réa Med Bret	UNV	Urgences Chinon	Urgences Trousseau	Total général
Non abouti		3		8	33	9	11	64
Abouti	1	6	1	4	1		1	11
Total général	1	9	1	12	34	9	12	75

Caractéristique des 23 patients transférés après DA

Valeur	Selon données disponibles	
Age	77,8	56 -89
Evolution vers ME	ME + n=14 ME - n = 9	61 % 39 %
Cause du SBD		
HIP n, (%)	10	43,5 %
TH sur AVCI	4	17,4 %
TC - HSD	4	17,4 %
AVCI	5	21,7 %
SBD (n , %)	20	87 %
<i>ICH n=14</i>	12	85%
<i>NIHSS n=12 , > 25</i>	4	33,3%
<i>GCS < ou = 5 (n = 20) avant DA</i>	15	75 %
Age < 70	3	13 %
Déviation de 5 mm ligne médiane	18	78 %
Hémorragie temporale (AVCH + TH sur AVCI) n=14	6	43 %
Engagement cerebelleux / sousfalcoriel (n=23)	14	60,9 %

	ME	Non ME
Age	78,5	76,2
DMS	1,9 (1 – 4)	4,4 (1,2 – 20)
Engagement temporal et compression TC (n=23) n, %	n =10 71,5 %	n =3 33,3 %

AVCH + TH/AVCI (n = 14)

Evolution vers ME	7	7
Age	77,8 (56 – 89)	76 (60/89)
Volume hématorne (Moyenne)	197 cm3 (90 – 300)	117 cm3 (50 – 247)

AVCI (n = 5)

Evolution vers ME	3	2
Volume ischémié	526 – 659 – 900 cm3	160 – 171 cm3

Vitesse de dégradation de la vigilance à étudier > valeur isolée du GCS

On joue ?

- Tous les patients sont en UNV
- Appel CHPOT par l'UNV
- Avis neurochir demandé : pas d'indication retenue
- Tous les patients ont été transférés en Réanimation

Question : sont ils passés en Mort encéphalique ?

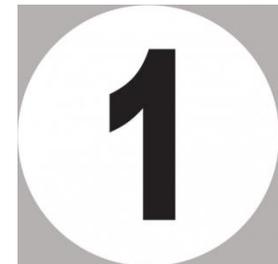
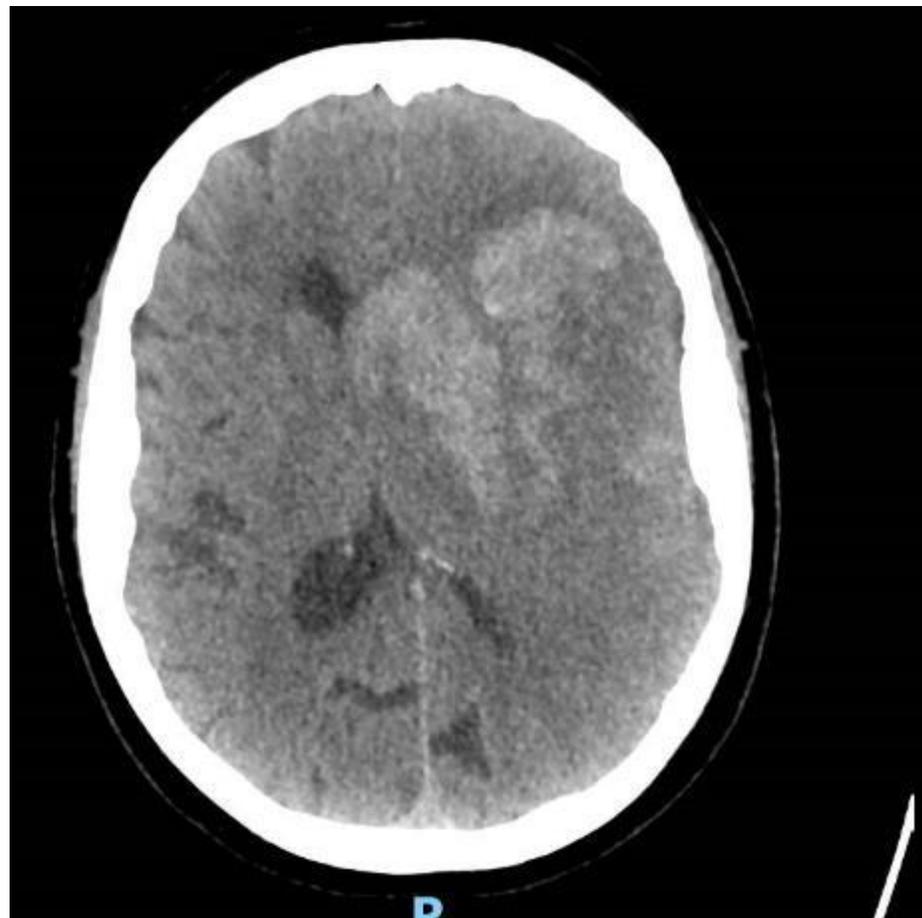
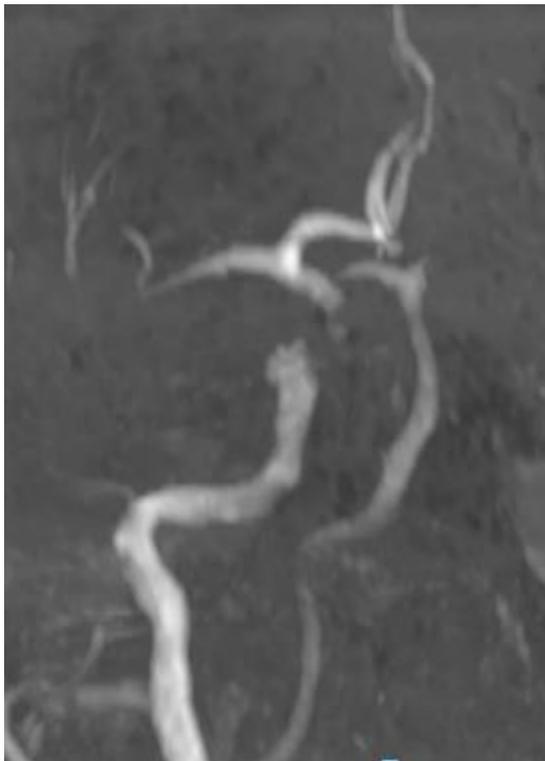




89 ans

- HDLM : Alerte thrombolyse pour hémiparésie droite .
Retrouvée au sol à 11h30 . Arrivée UNV 13h45
- Admission : GCS 9 / NIHSS 21 Hémiparésie Droite
- TDM : AVC ischémique étendu, sylvien total gauche; Thrombus proximal M1 gauche et absence de flux au sein de la carotide interne gauche. Thrombectomie à H25 recanalisation TICI2c
- 19h (H6) : TDM dégradation de la vigilance. **E1V1M4**
Déviation des structures de la ligne médiane vers la droite avec un engagement sous-falcarien mesuré à 14 mm
Début d'engagement temporel interne gauche avec bombement de l'uncus temporel gauche
Collapsus complet de la corne antérieure du ventricule latéral gauche
Collapsus complet des sillons corticaux de la convexité gauche
- Appel PMO : Patiente éligible (pas de CIM sur dossier / Famille non présente : Abord PMO demain
- J+1 : **E1V1M5** : Nièce vue en entretien OK PMO si ME : Transfert MIR

Déviatiion ligne médiane	14 mm
Engagement sous falcoriel	+
Volume (avec œdème)	160
NIHSS	21
GCS avant DA	5





Transfert CH 77 ans

- À 19h30, le patient est retrouvé au sol par sa fille, hémiparétique à gauche, dysarthrique. Le patient est accepté en alerte thrombolyse à Bourges.
- À l'examen clinique, le score de NIHSS est à 18 pour une hémiparésie gauche des trois étages une dysarthrie, une déviation de la tête et des yeux vers la droite, une HLH gauche.
IRM cérébrale : AVC ischémique étendu sylvien droit légèrement positifs en flair au niveau occipital droit, avec un thrombus en M1 droit et une occlusion de la carotide interne droite.
Thrombolyse par 80 mg Actilyse réalisée à 21h50. Le patient est transféré à Tours pour la thrombectomie.
- À l'arrivée à Tours, à 00h30, NIHSS à 18 pour une hémiparésie sévère gauche (contraction du membre inférieur gauche, plégie du membre supérieur gauche, paralysie faciale nette gauche), une dysarthrie difficilement compréhensible, une hémiparésie gauche, la tête et les yeux sont déviés vers la droite, HLH gauche
- Recanalisation à 02h30.
- J + 1 dégradation clinique- patient non confortable
- TDM Apparition d'une transformation hémorragique au sein de la volumineuse lésion ischémique récente fronto-pariétotemporo-occipitale droite (territoires superficiel et profond de l'artère cérébrale moyenne droite). Apparition d'un engagement sous-falcarien et d'un important effet de masse sur les structures adjacentes.
- GCS = 3 - Abord famille et transfert réanimation

Déviatión ligne médiane	12 mm
Engagement sous falcoriel	+
Volume (avec oedeme)	247 cc
NIHSS	18
GCS avant DA	3

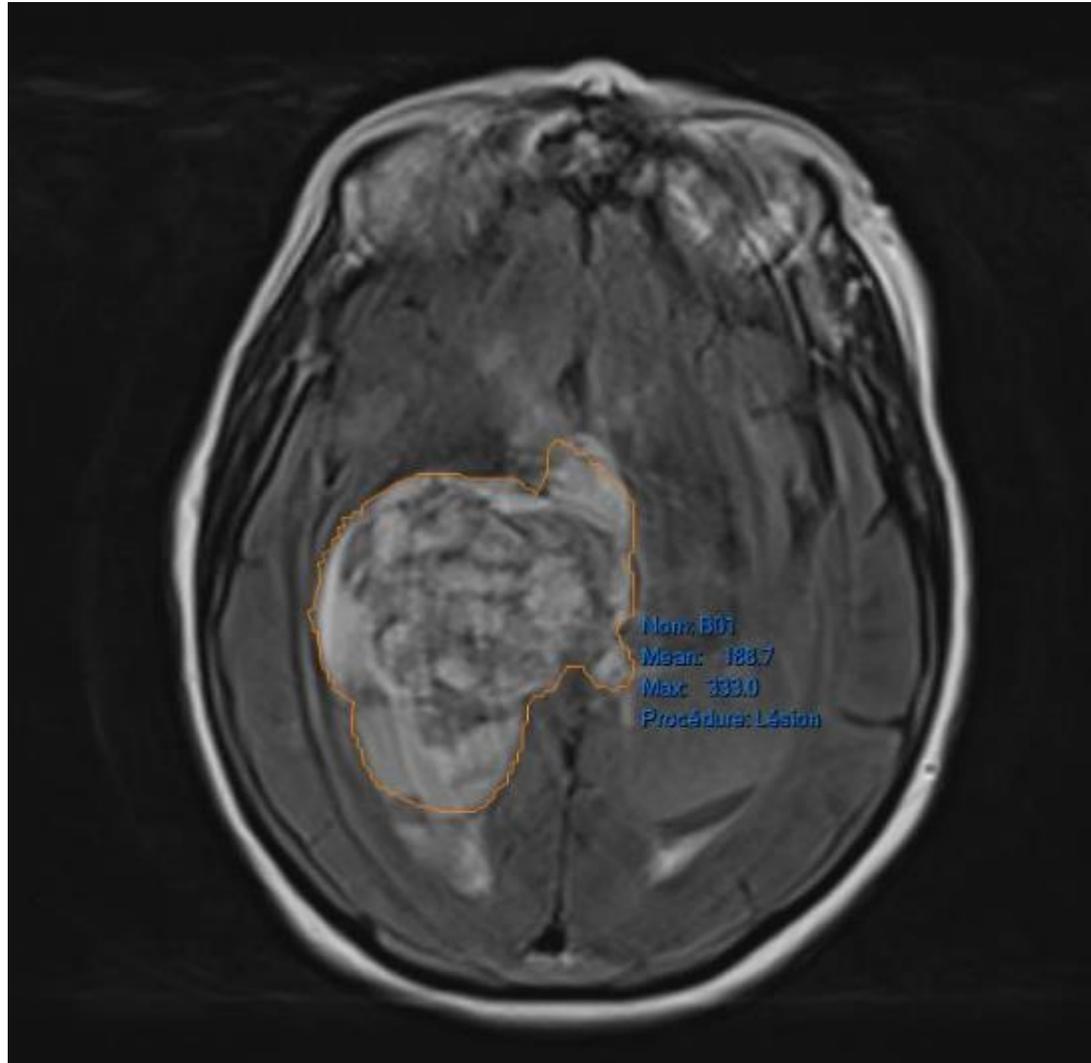




79 ans

- Vers 19h devant IDE déficit G, UNV contactée à 19h45 admise en urgence
Dégradation neurologique durant le transport, G6 . Récusée de la réa (age, autonomie, déficit neurologique sévère)
- **A son arrivée à 21h12 G5 Y1V1M3**
IRM
Hématome profond es noyaux gris centraux droits notamment capsulo-lenticulo-thalamique, hyperaigu avec extension mésencéphalo-protubérantielle, rompu en intraventriculaire responsable d'une inondation hémorragique tétraventriculaire et d'une hydrocéphalie avec ballonnisation des ventricules latéraux et signes débutants de résorption transépendymaire du LCR. Déviation de la ligne médiane de 10mm environ vers la gauche
- Dégradation GCS 3 . Abord des proches . Transfert MIR

Déviatiion ligne médiane	10
Engagement sous falcoriel	
Volume (avec oedeme)	105
NIHSS	
GCS avant DA	5





67 ans

- Le patient a présenté à 12h 20 une hémiparésie gauche avec somnolence.

Transfert à l'UNV de Bourges. L'IRM cérébrale retrouve un AVC ischémique sylvien droit massif avec un thrombus en M1 de l'artère sylvienne droite.

Le patient est thrombolysé à 14h56 soit 2h36 du début des symptômes. NIHSS 17 GCS 14

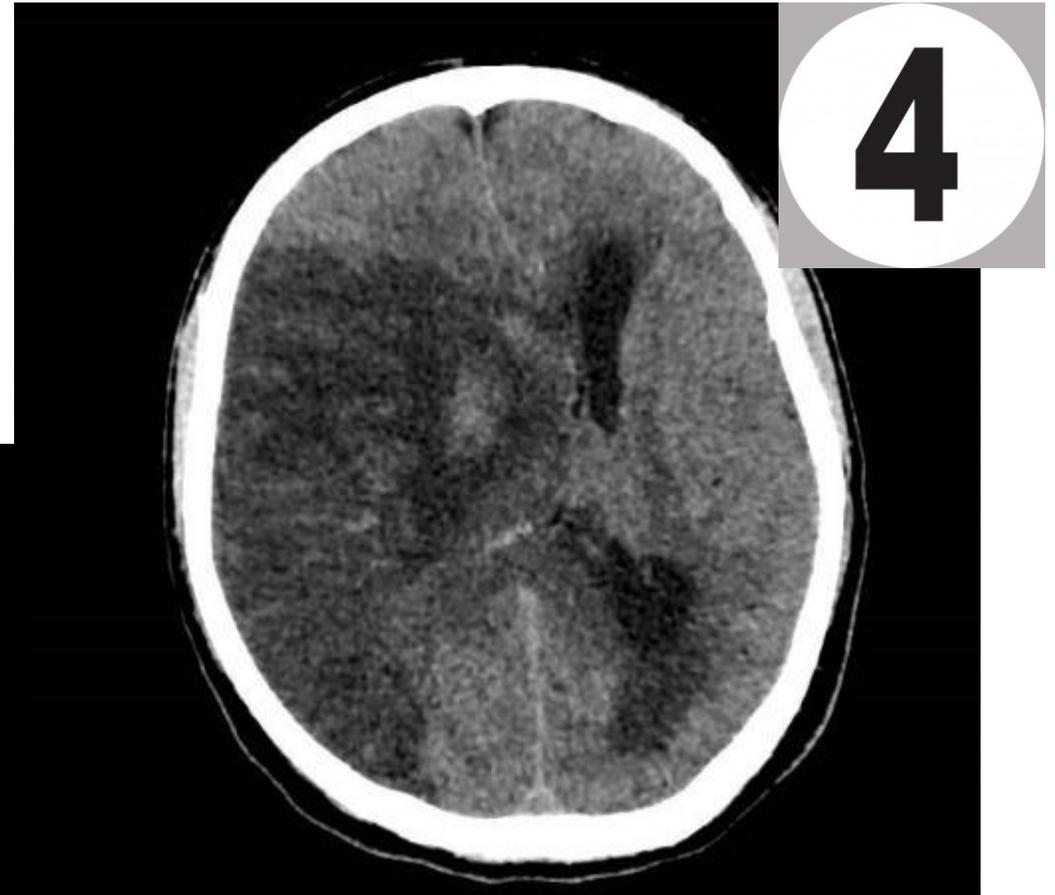
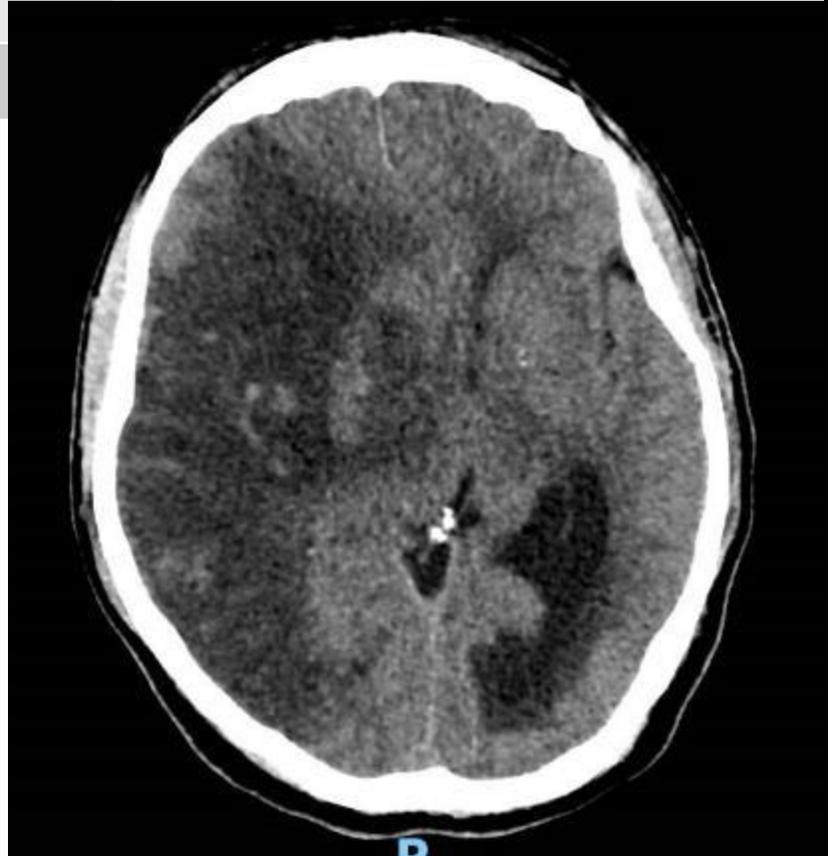
Transfert à Tours pour thrombectomie.

TDM Large plage d'ischémie hémisphérique droite ASPECTS 0 avec remaniements hémorragiques profonds associés à une hyperdensité spontanée sulcale en rapport avec un saignement méningé (probable composante d'iode).

Engagement temporal interne droit débutant en rapport avec les remaniements oedémateux hémorragiques.

J1 Majoration de l'effet de masse sur la ligne médiane (déviation vers la gauche passant de 11 mm à 15 mm) et de l'engagement temporal interne droit.

Déviatiion ligne médiane	10
Engagement	
Volume (avec oedeme)	105
NIHSS	
GCS avant DA	5





85 ans

- J0 à 15h, la patiente a brutalement présenté des céphalées avec troubles de l'élocution et déviation de la bouche, sans latéralité précisée, avec une mydriase bilatérale. La patiente a partiellement récupéré, elle est désorientée à l'arrivée des urgences d'Amboise sans paralysie faciale. Elle a eu un épisode de vomissements à son arrivée.

TDM /hématomes lobaires temporal externe et occipital gauche avec plages d'hémorragies sous-arachnoïdienne périphérique et lame d'hématome sous-dural de la tente du cervelet gauche. Défaut d'opacification partielle du sinus transverse et sigmoïde gauches pouvant être compatible avec une thrombose veineuse cérébrale compliquée d'une hémorragie lobaire temporo-occipitale gauche. Transfert en UNV pour la suite de la prise en charge.

NIHSS 7

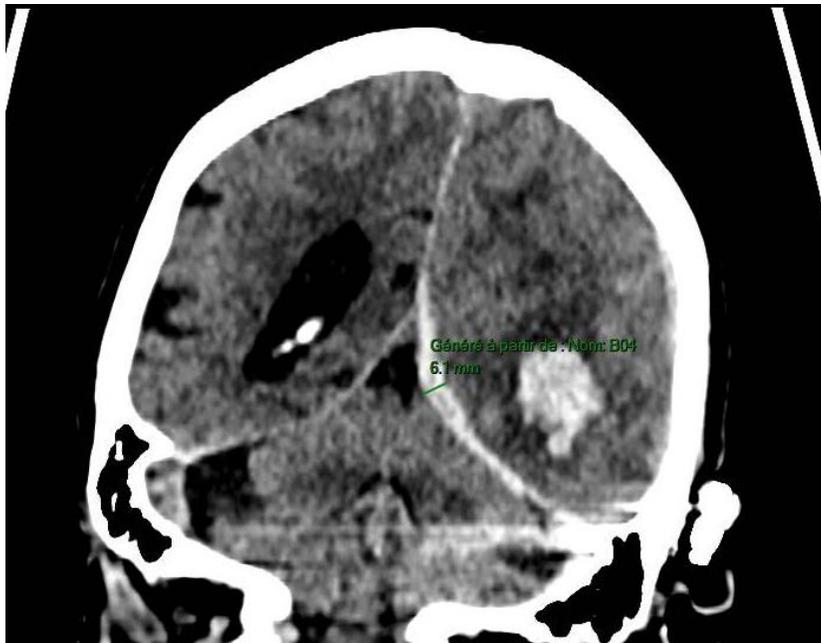
UNV Troubles phasiques ++ vigilante

- J0 + H14 : Déficit moteur hemicorps G. HLH Dte. NIHSS 21

TDM :majoration de l'hémorragie intraparenchymateuse et de l'hématome sous dural, déviation de la ligne médiane, début d'engagement temporal interne gauche. Antagonisation .

- J0 + H20 : dégradation GCS 5 E1V1M3 Mydriase bilatérale aréactive
- Transfert MIR

Déviatión ligne médiane	8 mm
Engagement sous falcoriel / Temporal	x
Volume (avec oedeme)	120
NIHSS	21
GCS avant DA	5

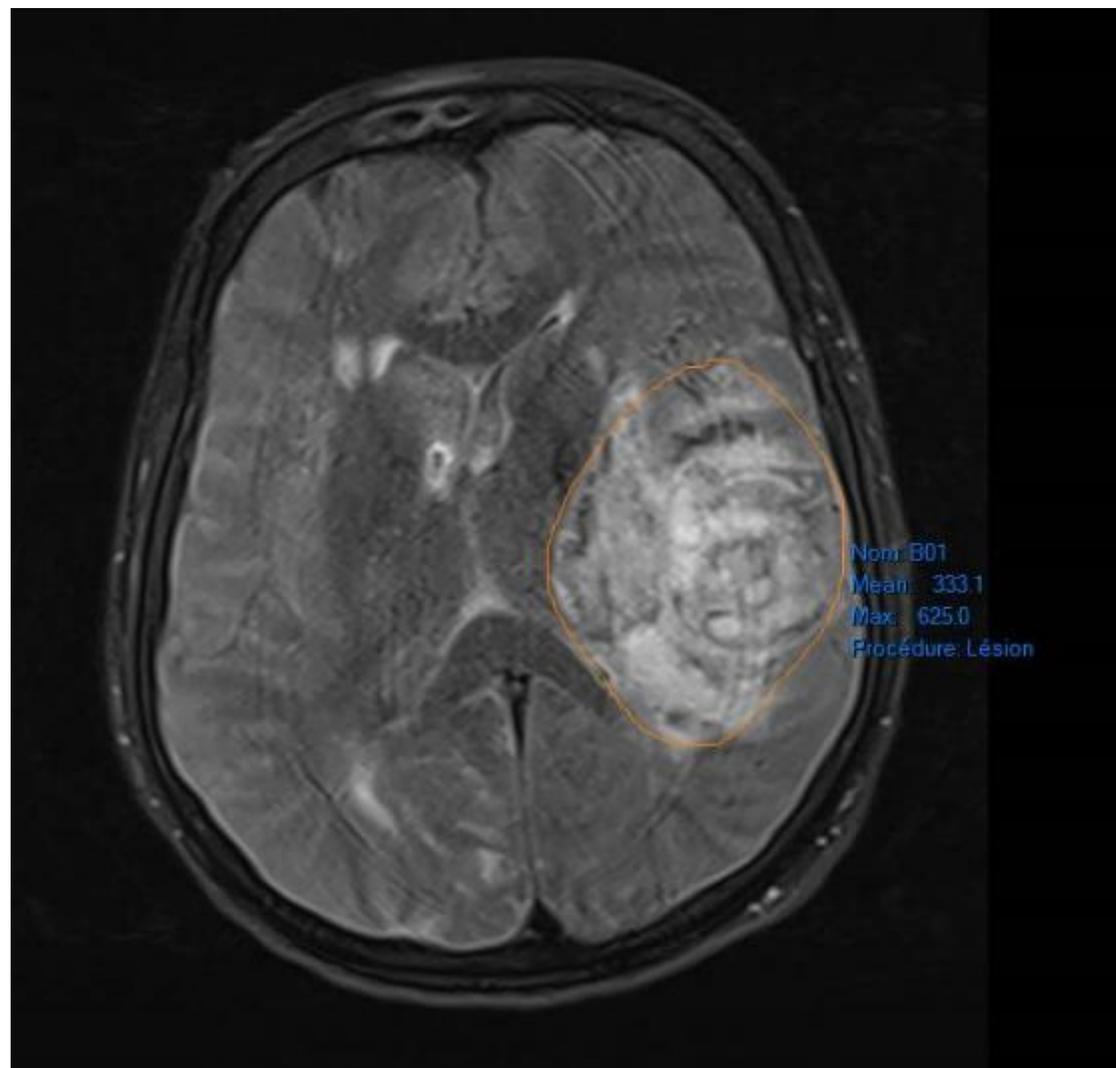




74 ans

- Survenue brutale vers 8h15, après le réveil, de céphalées avec vomissements puis hémiplégié D et aphasie
- Arrivée 10h: GCS 12 E3V3M6, NIHSS à 18
Somnolente mais facilement réveillable, Hémiparésie D sévère aux 3 étages (plégie MS, minimales contractions MI, PFc nette). Déviation du regard à G, Probable HLH droite. Aphasie non fluente: dénomme 1 objets, oui non fiable, exécute les OS.
- IRMc: Hématome parenchymateux lobaire pariéto-temporo-operculaire gauche de 62 x 39 x 44 mm, rompu dans les cavités ventriculaires à l'origine d'une inondation tétraventriculaire et d'une hémorragie sous-arachnoïdienne diffuse. Effet de masse avec latéro-déviation droite de 8 mm, collapsus partiel du ventricule latéral gauche et distension du ventricule droit, sans hydrocéphalie aiguë
- Directives anticipées : Pas d'acharnement
J1 : dégradation G9 : E1V2M6 ; NIHSS : 24
- J2 : GCS 4 E1V1M2

Deviation ligne médiane	8 mm
Engagement sous falcoriel / Temporal	x
Volume (avec oedeme)	119
NIHSS	24
GCS avant DA	4

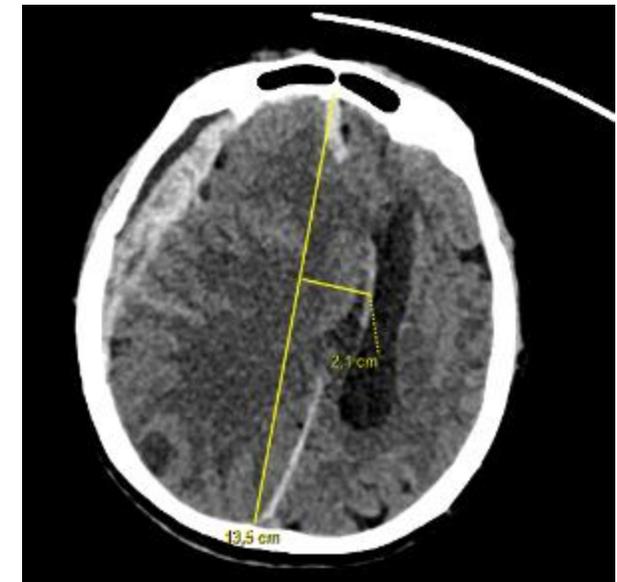
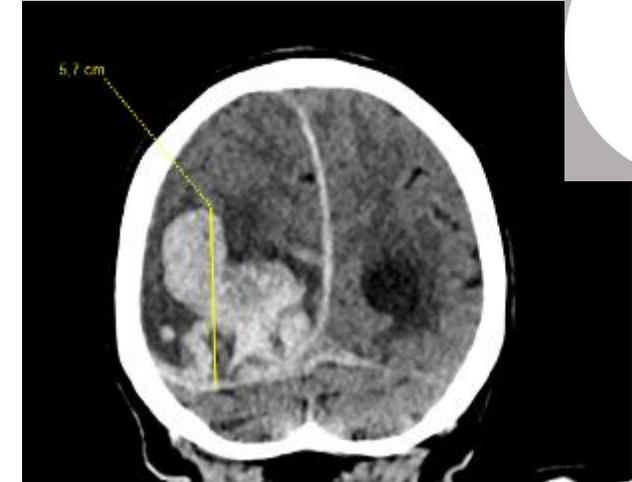




87 ans

- Vit EHPAD autonome
- Retrouvée a 8h50 par IDE assise sur le bord de son lit
Aurait présenté un déficit neurologique avec parésie gauche, propos incohérents
En < 5 min, chute sur le côté, G4 avec mydriase aréative bilatérale
- TDM URGENCES 16 h : Volumineux hématorne lobaire pariéto-occipital interne droit associé à un hématorne sous-dural de la convexité droite, l'ensemble exerçant un effet de masse sur les structures adjacentes et responsable d'une latérodéviatiion gauche de la ligne médiane estimée à 21 mm.

Deviation ligne médiane	21 mm
Engagement sous falcoriel / Temporal	
Volume (avec oedeme)	111
NIHSS	
GCS avant DA	4



7

68 ans hémiparésie G 3 étages brutale – Admis en UNV



Mai 2025 : GCS 14

Pas de DA sur une image !



2 Septembre 2025 : GCS 3 Evolution ME

Que retenir ?

- Faut il se calquer sur l'étude espagnole ?
 - Critères d'inclusion : OK
 - Critères de gravité SBD (Severe Brain damage) très discutables :
 - ICH ≥ 3 très vite obtenu
 - Se fier au NIHSS sur un AVCI est peu fiable
- Etude locale sur petit effectif
- Données incomplètes en retrospectif

Propositions

- Vitesse de dégradation de la vigilance à privilégier sur le GCS au moment des DA
- Volume de l'hématome sur AVCH et TH assez sensible sur des volumes > 100cc
- Volume de l'ischémie avec Oedème > score NIHSS : Probablement > 100 voire plus
- Effet de masse avec engagement temporal et compression du TC
- Projet IMADIS régional +++

