

Prise en charge en aigu des AVC ischémiques pédiatriques

Matsanga Leyila Kaseka, MD, MSc, FRCPC,
CSCN(EEG)

20 octobre 2023



**CHU
Sainte-Justine**
Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant

Université 
de Montréal

Conflits d'intérêt

- Fonds de recherche de Novartis Inc.

Objectifs

- Reconnaître les particularités cliniques de l'AVC chez l'enfant
- Rappeler l'évidence scientifique supportant l'usage des traitements de reperfusion chez l'enfant
- Adapter la prise en charge des AVC aigus au patient pédiatrique

Particularités cliniques

et leurs implications dans la prise en charge aigue

Particularités des AVC ischémiques pédiatriques

Épidémiologie

Caractéristiques cliniques

Étiologie

Particularités des AVC ischémiques pédiatriques

Épidémiologie

Divisés en deux groupes en pédiatrie:

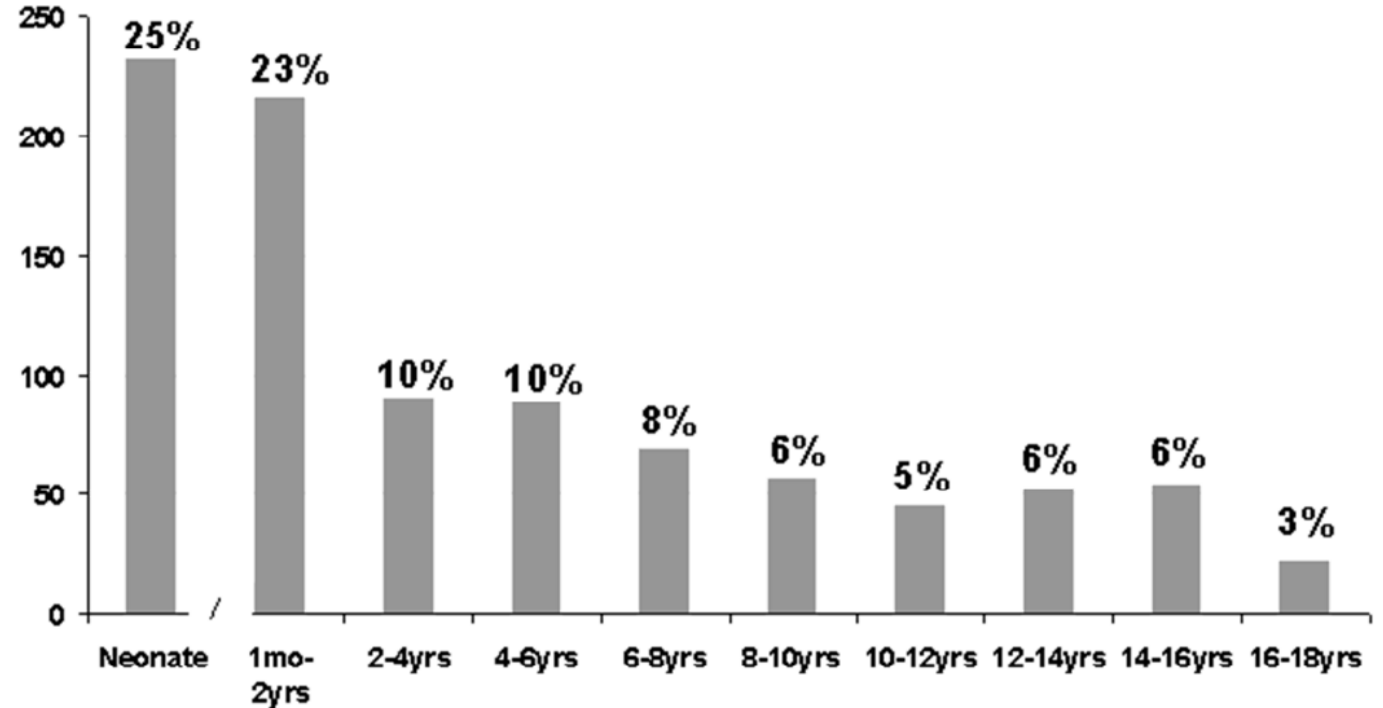
- AVC périnataux (36 semaines AG - 28 jours de vie)
- AVC pédiatriques (> 28 jours – 18 ans)

- Incidence 1.2-8/100 000 par an
- ♂ > ♀ (RR 1.24 excl. trauma)

- Top 10 causes de mortalité pédiatrique (1-14 ans)
- 5-10% décès
- 20% - 30% récives
- 70% séquelles neurologiques

Caractéristiques cliniques

Étiologie



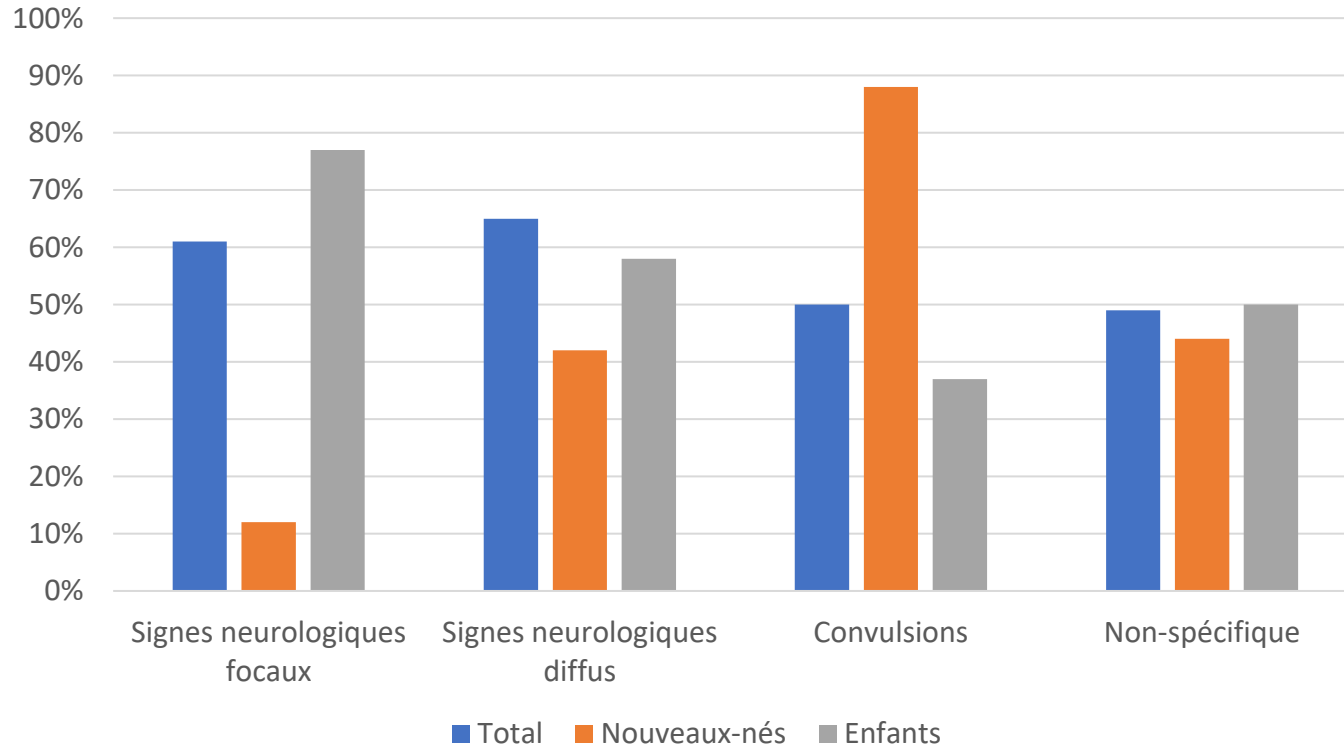
Canadian Pediatric Ischemic Stroke Registry (n=933)
Cohorte 1992-2001 suivi jusqu'en 2008

Particularités des AVC ischémiques pédiatriques

Épidémiologie

Caractéristiques cliniques

Étiologie



Visage
Est-il affaibli?

Incapacité
Pouvez-vous lever les deux bras normalement?

Trouble de la parole
Trouble de prononciation?

Extrême urgence
Composez le 9-1-1.

© Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2017.

Mais un haut degré de suspicion demeure nécessaire...

AVC vs paralysie de Todd?

CT de la tête avec angio-CT si:

- Première convulsion ou nouvelle sémiologie de crise
- Convulsion focale
- Aucune amélioration ou détérioration des déficits dans les 30 minutes suivant convulsion

Particularités des AVC ischémiques pédiatriques

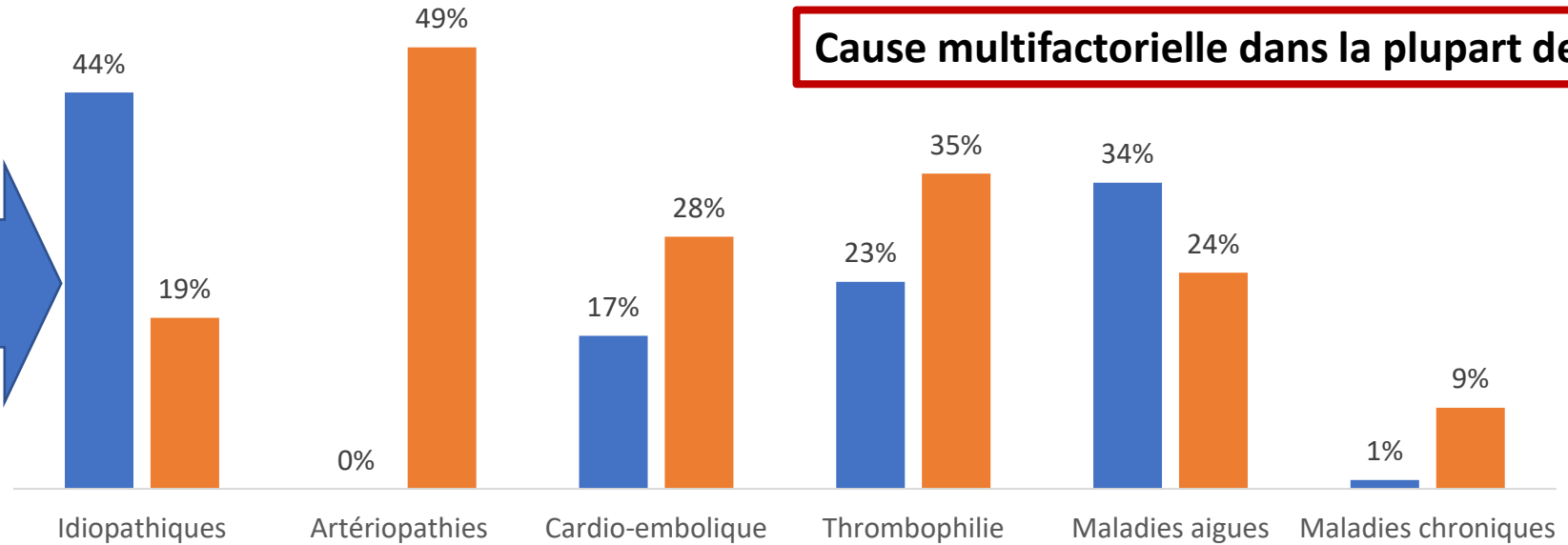
Épidémiologie

Caractéristiques cliniques

Étiologie

■ Nouveaux-nés ■ Enfants

- Embolies placentaires + probables
- Facteurs de risques maternels (ex: infections), fœtales (ex: souffrance périnatale) et placentaire (ex: insuffisance)



Cause multifactorielle dans la plupart des cas

Risque de récurrence à 1 an de 20-35%

Risque de récurrence à 10 ans de 27%

Particularités des AVC ischémiques pédiatriques

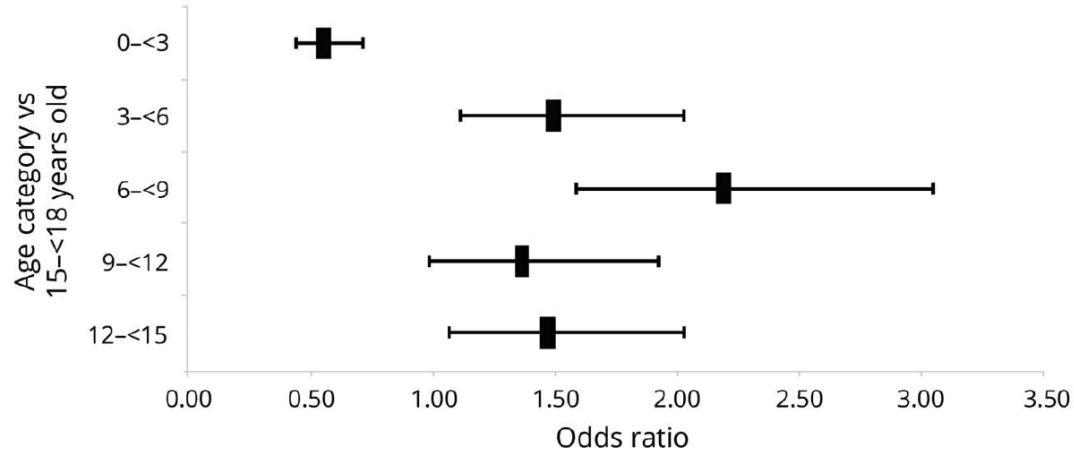
Épidémiologie

Caractéristiques cliniques

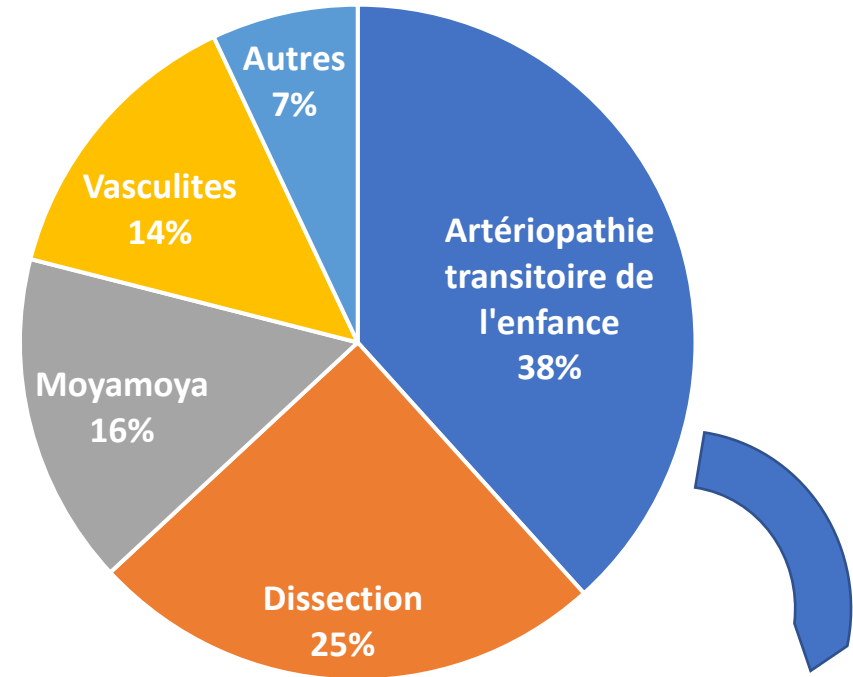
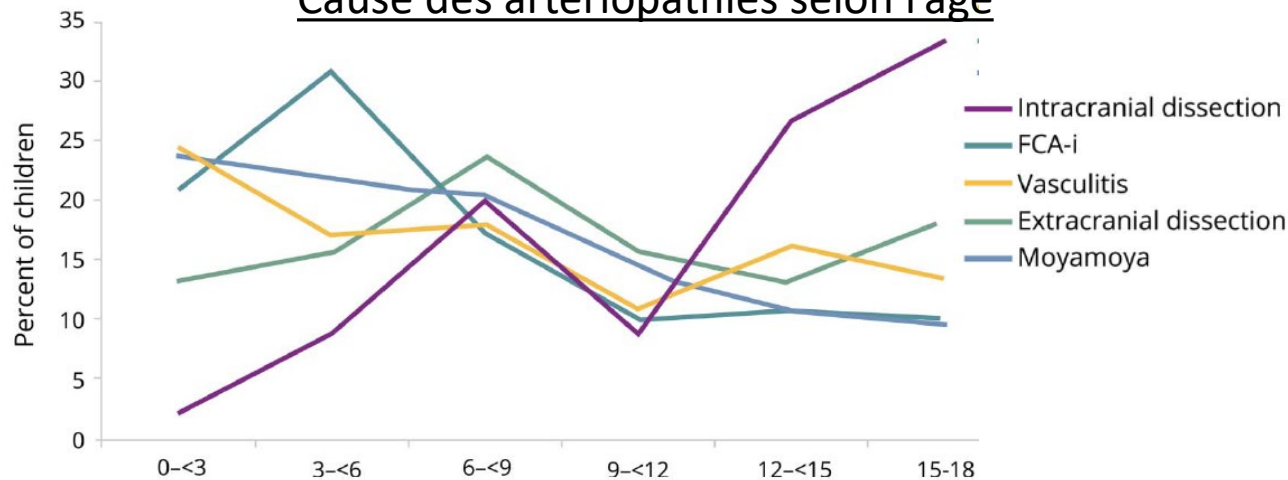
Étiologie

Artériopathies

Risque d'une artériopathie



Cause des artériopathies selon l'âge



- Synonymes: *Transient cerebral arteriopathy (TCA)*; *Inflammatory Focal cerebral arteriopathy (FCA-i)*
- Artériopathie unilatérale inflammatoire post-infectieuse
- Jonction T artère CI distale et branches M1 et A1
- Monophasique

Particularités des AVC ischémiques pédiatriques

Épidémiologie

Caractéristiques cliniques

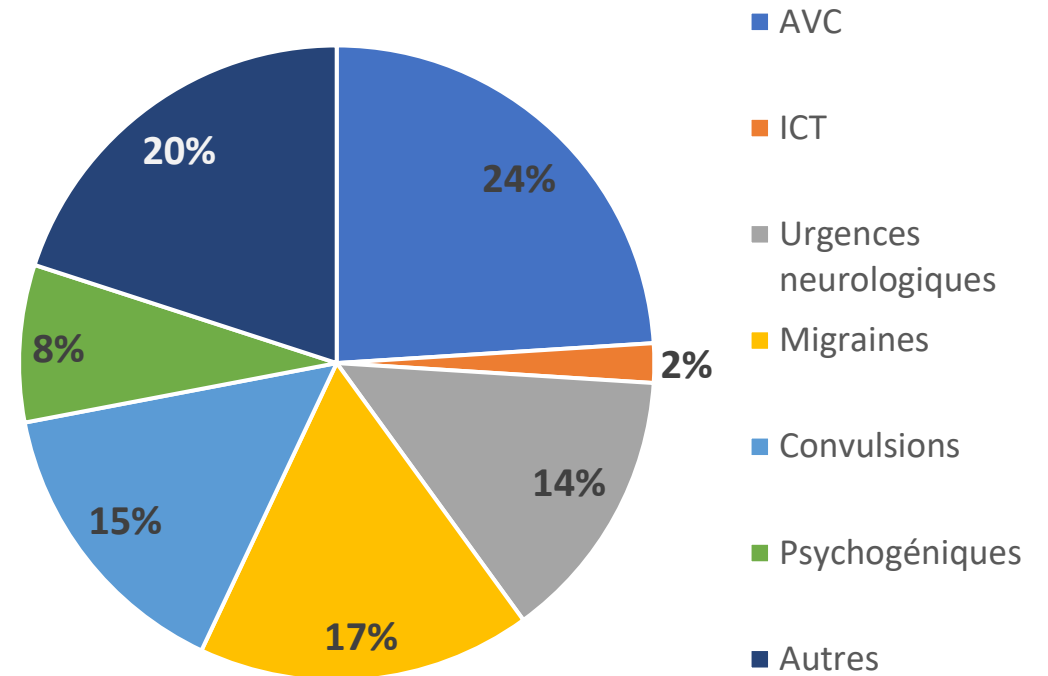
Étiologie

Stroke mimics fréquents en pédiatrie:

- 9-25% des « codes AVC » pédiatriques sont des AVC (vs 75% chez les adultes)

- IRM cérébrale + angio-IRM => préférable pour dx
- CT-scan cérébrale + **angio-CT** => alternative pour évaluation éligibilité à la thrombectomie lors d'une forte suspicion d'AVC
- Pas de thrombolyse sans occlusion

Étiologies des "codes AVC"



Prise en charge aigue

Thrombolyse

Thrombectomie

Et au-delà des traitements hyperaigus

Le dilemme du pédiatre

- Enfants ≠ Adultes
- Essais cliniques demandent temps et argent
- Plusieurs spécialistes hésitent à randomiser des enfants pour des traitements dont la valeur est établie chez les adultes

Établir la prise en charge seulement selon les données acquises dans la population pédiatrique

Compromis

Extrapoler des données acquises chez les adultes

Études rétrospectives multicentriques de larges cohortes analysées en profondeur avec un suivi longitudinal = Meilleur niveau d'évidence en AVC pédiatrique

Thrombolyse

Thrombectomie

Prévention secondaire

AHA/ASA Scientific Statement

Management of Stroke in Neonates and Children A Scientific Statement From the American Heart Association/American Stroke Association

The American Academy of Neurology affirms the value of this statement as an educational tool for neurologists.

Donna M. Ferriero, MD, MS, FAHA, Co-Chair; Heather J. Fullerton, MD, MAS, Co-Chair;
Timothy J. Bernard, MD, MSCS; Lori Billingham, MD, MSc, FRCPC; Stephen R. Daniels, MD, PhD;
Michael R. DeBaun, MD, MPH; Gabrielle deVeber, MD; Rebecca N. Ichord, MD;
Lori C. Jordan, MD, PhD, FAHA; Patricia Massicotte, MSc, MD, MHSc; Jennifer Meldau, MSN;
E. Steve Roach, MD, FAHA; Edward R. Smith, MD; on behalf of the American Heart Association
Stroke Council and Council on Cardiovascular and Stroke Nursing

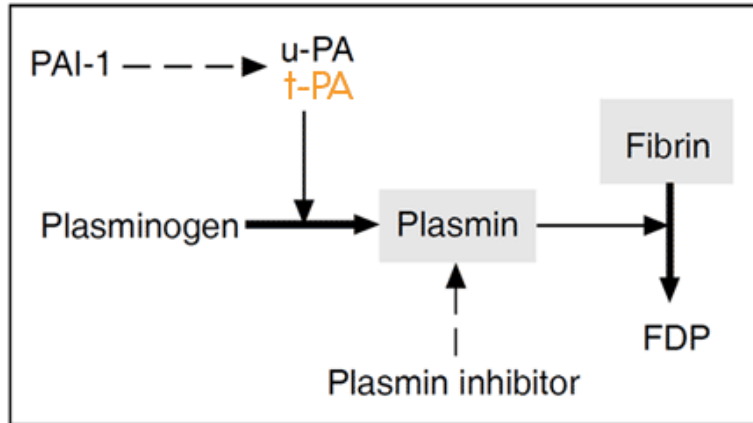
Les recommandations concernant les AVC périnataux non-cardiogéniques ne seront pas discutées

Prise en charge en aigu des AVC ischémiques

Thrombolyse

Thrombectomie

Prévention secondaire



Système fibrinolytique immature chez l'enfant

- ↓ tPA endogène
- ↑ *plasminogen activator inhibitor 1*
- ↑ volume de distribution
- ↑ clairance rénale

Thrombolysis in Pediatric Stroke (TIPS):

- Essai clinique randomisé avec suivi sur 5 ans (phase I)
- Buts:
 - Évaluer l'innocuité rtPA IV chez les enfants se présentant < 3 heures et rtPA IA chez les enfants se présentant < 6 heures
 - Identifier la dose adéquate de rtPA
- Population: Patients âgés entre 2-17 ans candidats à la thrombolyse
- 0.75 mg vs 0.9 mg vs 1 mg

Etude fermée prématurément en décembre 2013 due à recrutement insuffisant

Prise en charge en aigu des AVC ischémiques

Thrombolyse

Thrombectomie

Prévention secondaire

Risk of Intracranial Hemorrhage Following Intravenous tPA (Tissue-Type Plasminogen Activator) for Acute Stroke Is Low in Children

Catherine Amlie-Lefond, MD; Dennis W.W. Shaw, MD; Andrew Cooper, PhD;
Mark S. Wainwright, MD, PhD; Adam Kirton, MD, MSc; Ryan J. Felling, MD, PhD;
Michael G. Abraham, MD; Mark T. Mackay, MBBS, PhD; Michael M. Dowling, MD, PhD;
Marcela Torres, MD; Michael J. Rivkin, MD; Eric F. Grabowski, MD, DSci; Sarah Lee, MD;
Jonathan E. Kurz, MD, PhD; Hugh J. McMillan, MD, MSc; Dwight Barry, PhD;
Jacqueline Lee-Eng, BS; Rebecca N. Ichord, MD

Étude rétrospective

AVC ischémiques traités avec rtPA (centres TIPS)

N = 26

Age 1.1-17 ans

Résultats:

- Aucune hémorragie significative (2 patients ayant eu un épistaxis)
- Risque d'hémorragie estimée à 2.1%

Dose rtPA : 0.9 mg/kg (10% en bolus sur 5 minutes, 90% en infusion sur 60 minutes)

Maximum : 90 mg

Candidats à la thrombolyse

- ≥ 5 ans
- < 4.5 heures depuis le début des symptômes
- **Occlusion sur angio-IRM ou angio-CT**
- Aucune contreindication

Contreindication à la thrombolyse

- Mêmes que chez les adultes
- Att. Particulière en pédiatrie:
 - AVC 2nd à moyamoya / anémie falciforme
 - ATCD vasculite CNS
- N.B. Convulsions + artériopathie cérébrale transitoire \neq C-I

Prise en charge en aigu des AVC ischémiques

Thrombolyse

Thrombectomie

Prévention secondaire

Un mot sur la tenecteplase (TNK)...

Plusieurs études ont démontré que TNK est non-inférieure à l'alteplase (rtPA) avec un profil d'innocuité similaire

Avantages TNK vs rtPA :

- ↑ spécificité pour la fibrine
- ↑ demi-vie
- ↑ résistance à PAI-1
- Se donne en un bolus

Tenecteplase versus alteplase in acute ischaemic cerebrovascular events (TRACE-2): a phase 3, multicentre, open-label, randomised controlled, non-inferiority trial

Yongjun Wang¹, Shuya Li², Yuesong Pan², Hao Li², Mark W Parsons³, Bruce C V Campbell⁴, Lee H Schwamm⁵, Marc Fisher⁶, Fengyuan Che⁷, Hongguo Dai⁸, Deyang Li⁹, Runhui Li¹⁰, Junhai Wang¹¹, Yilong Wang², Xingquan Zhao², Zixiao Li², Huaguang Zheng², Yunyun Xiong², Xia Meng²; TRACE-2 Investigators

Collaborators, Affiliations + expand

PMID: 36774935 DOI: 10.1016/S0140-6736(22)02600-9

Intravenous tenecteplase compared with alteplase for acute ischaemic stroke in Canada (AcT): a pragmatic, multicentre, open-label, registry-linked, randomised, controlled, non-inferiority trial

Bijoy K Menon¹, Brian H Buck², Nishita Singh³, Yan Deschaintre⁴, Mohammed A Almekhlafi⁵, Shelagh B Coutts⁵, Sibi Thirunavukkarasu², Houman Khosravani⁶, Ramana Appireddy⁷, Francois Moreau⁸, Gord Gubitz⁹, Aleksander Tkach¹⁰, Luciana Catanese¹¹, Dar Dowlatshahi¹², George Medvedev¹³, Jennifer Mandzia¹⁴, Aleksandra Pikula¹⁵, Jai Shankar¹⁶, Heather Williams¹⁷, Thalia S Field¹⁸, Alejandro Manosalva¹⁹, Muzaffar Siddiqui²⁰, Atif Zafar²¹, Oje Imoukhuede²², Gary Hunter²³, Andrew M Demchuk⁵, Sachin Mishra², Laura C Gioia⁴, Shirin Jalini⁷, Caroline Cayer²⁴, Stephen Phillips⁹, Elsadig Elamin¹⁰, Ashkan Shoamanesh¹¹, Suresh Subramaniam³, Mahesh Kate², Gregory Jacquin⁴, Marie-Christine Camden²⁵, Faysal Benali³, Ibrahim Alhabli³, Fouzi Bala³, MacKenzie Horn³, Grant Stotts¹², Michael D Hill⁵, David J Gladstone⁶, Alexandre Poppe⁴, Arshia Sehgal³, Qiao Zhang³, Brendan Cord Lethebe²⁶, Craig Doram³, Ayoola Ademola²⁷, Michel Shamy¹², Carol Kenney³, Tolulope T Sajobi²⁷, Richard H Swartz⁶; AcT Trial Investigators

Collaborators, Affiliations + expand

PMID: 35779553 DOI: 10.1016/S0140-6736(22)01054-6

Prise en charge en aigu des AVC ischémiques

Thrombolyse

Thrombectomie

Prévention secondaire

Un mot sur la tenecteplase (TNK)...

Stroke

COMMENTS AND OPINIONS

Tenecteplase in Acute Stroke: What About the Children?

Lisa R. Sun¹, MD; Jenny L. Wilson², MD; Michaela Waak³, MD; Amy Kiskaddon⁴, PharmD; Neil A. Goldenberg, MD, PhD; Lori C. Jordan⁵, MD, PhD; Megan Barry⁶, DO

- Aucune donnée chez l'AVC pédiatrique
- Considérations:
 - ↑ demi-vie = ↑ risque d'hémorragie?
 - Vu ↑ PAI-1 et ↓ tPA chez les enfants et adolescents, doses plus élevées nécessaires ?

Au CHU Ste-Justine....

- Aucune expérience avec TNK chez les AVC pédiatriques pour l'instant
- Considérons TNK chez :
 - Pts transférés
 - Pts post-pubères (> 40 kg)
- A discuter avec neurologue vasculaire

Dose TNK: 0.25 mg/kg
max: 25 mg

Prise en charge en aigu des AVC ischémiques

Thrombolyse

MR CLEAN
EXTEND – IA
ESCAPE
REVASCAT
SWIFT PRIME

THROMBECTOMIE indiquée pour:

- > 18 ans
- Occlusion proximale
- Présentation <6 heures après le début des symptômes

Thrombectomie

HERMES

- Meta-analyse
- n = 1287 (653 EVT)
- 46% ↓ mRS EVT vs 26 % contrôles

NST = 2.6

Bénéfique pour :

- Présentation tardive (> 300 min)
- Occlusion distale
- ASPECT bas (5-6)

Prévention secondaire

Changement du paradigme de la prise en charge des AVC aigus

- Thrombectomie +/- rtPA = norme des soins
- Candidats sélectionnés selon temps + pénombre mesurée ou estimée sur imagerie cérébrale

4.5 hours

16 hours

24 hours

tPA

Thrombectomy (DIFUSE-3)

Thrombectomy (DAWN)

(Level Ia)

(Level Ia)

(Level IIa)

Prise en charge en aigu des AVC ischémiques

Thrombolyse

Thrombectomie

Prévention secondaire

Et chez les enfants...

Est-ce faisable, sécuritaire et bénéfique?

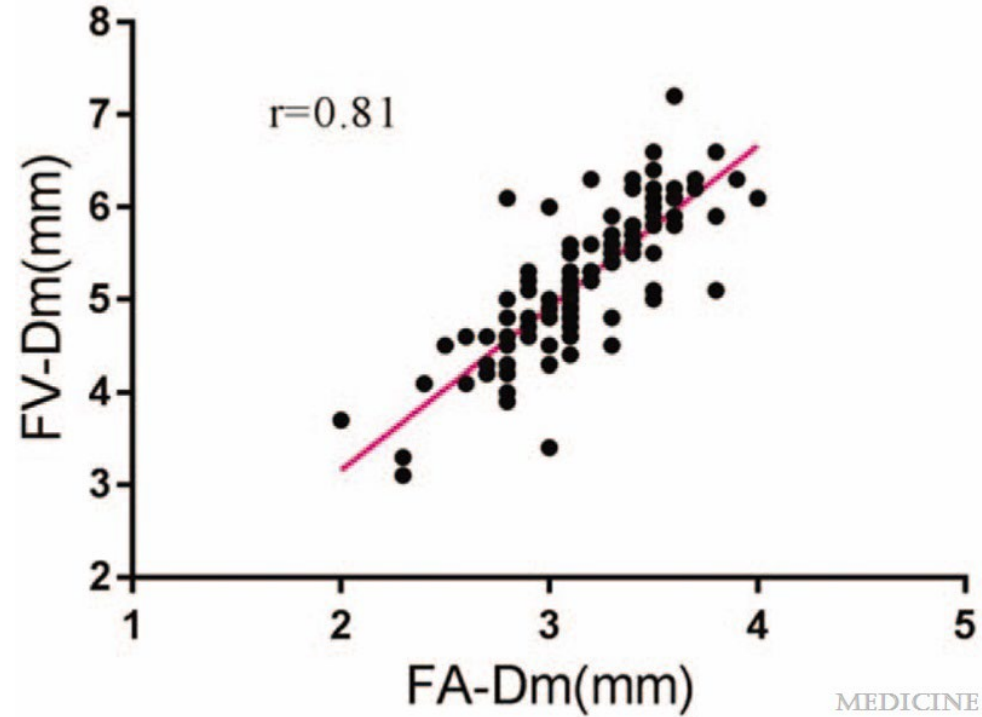
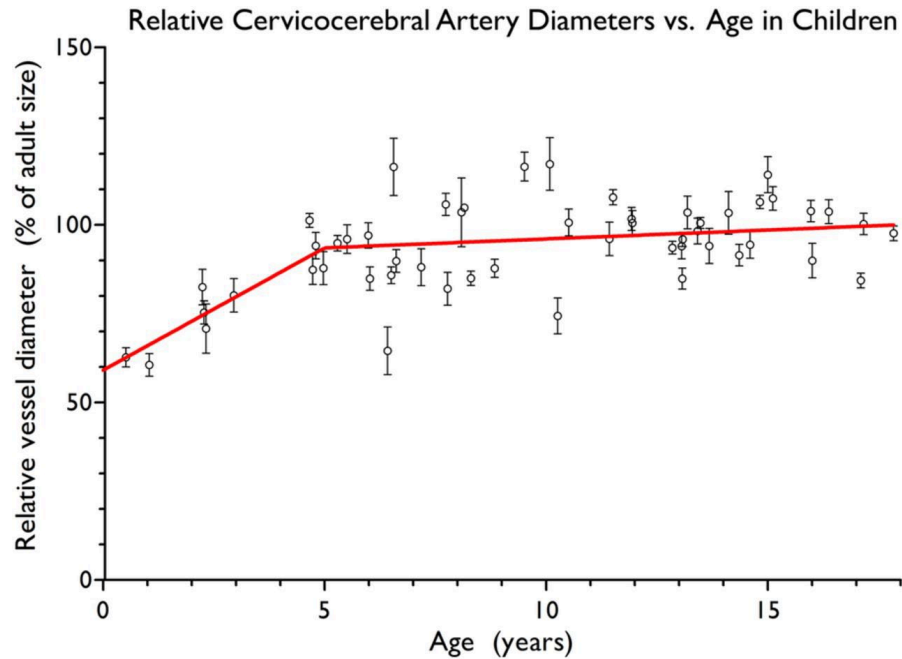
Prise en charge en aigu des AVC ischémiques

Thrombolyse

Thrombectomie

Prévention secondaire

Est-ce faisable?



- Taille cathétère <-> risque de vasospasme et thrombose
- Diamètre de l'artère fémorale <-> taille
- $FA-Dm=0.748+0.02*taille$ (cm); $FV-Dm=0.31+0.057*taille$ (cm)

Prise en charge en aigu des AVC ischémiques

Thrombolyse

Thrombectomie

Prévention secondaire

Est-ce sécuritaire et bénéfique?

JAMA Neurology | **Original Investigation**

Feasibility, Safety, and Outcome of Endovascular Recanalization in Childhood Stroke The Save ChildS Study

Peter B. Sporns, MD, MHBA; Ronald Sträter, MD; Jens Minnerup, MD; Heinz Wiendl, MD; Uta Hanning, MD; René Chapot, MD; Hans Henkes, MD; Elina Henkes, MD; Astrid Grams, MD; Franziska Dorn, MD; Omid Nikoubashman, MD; Martin Wiesmann, MD; Georg Bier, MD; Anushe Weber, MD; Gabriel Brooks, MD; Jens Fiehler, MD; Alex Brehm, MD; Marios Psychogios, MD; Daniel Kaiser, MD; Umut Yilmaz, MD; Andrea Morotti, MD; Wolfgang Marik, MD; Richard Nolz, MD; Ulf Jensen-Kondering, MD; Bernd Schmitz, MD; Stefan Schob, MD; Oliver Beuing, MD; Friedrich Götz, MD; Johannes Trenkler, MD; Bernd Turowski, MD; Markus Möhlenbruch, MD; Christina Wendl, MD; Peter Schramm, MD; Patricia Musolino, PhD; Sarah Lee, MD; Marc Schlamann, MD; Alexander Radbruch, MD, JD; Nicole Rübsamen, PhD; André Karch, MD; Walter Heindel, MD; Moritz Wildgruber, MD, PhD; André Kemmling, MD, MHBA

- Étude de cohorte multicentrique retrospective
- N=63 (2000-2018)
- Age médian = 11.3 years
- Résultats:
 - PedsNIHSS 14 → 4 à J7
 - mRS 1 à 6 mois et à 24 mois
 - 1.37% HIC (2.79% dans l'étude HERMES)

JNS PEDIATRICS

LITERATURE REVIEW

Mechanical thrombectomy in pediatric stroke: systematic review, individual patient data meta-analysis, and case series

Kartik Bhatia, MBBS, PhD, FRANZCR,^{1,2} Hans Kortman, MD,¹ Christopher Blair, MBBS, PhD,³ Geoffrey Parker, BMBS, FRANZCR,² David Brunacci, MBBS, FRANZCR,² Timothy Ang, MBBS, FRACP,^{2,3} John Worthington, MBBS, FRACP,³ Prakash Muthusami, MBBS, MD,⁴ Hazem Shoirah, MD,⁵ J Mocco, MD,⁶ and Timo Krings, MD, PhD¹

- Meta-analyse (1999-2019)
- N=110
- Age moyen = 10.5 years (16 < 5 years)
- Résultats:
 - mTICI score 2b/3 chez 87.8%
 - mRS 0-2 chez 90.6%
 - Décès chez 2 patients et HIC symptomatique chez un patient

Prise en charge en aigu des AVC ischémiques

Thrombolyse

Thrombectomie

Prévention secondaire

Est-ce sécuritaire et bénéfique?

Ischemic Stroke

REVIEW

Endovascular mechanical thrombectomy for acute stroke in young children

Lisa R Sun,¹ Ryan J Felling,¹ Monica Smith Pearl^{2,3}

- Revue systématique
- N=11 (9 mois – 4 ans)
- TICI 3 58%; TICI 2 33%
- Issue favorable chez 64% (évaluation clinique, NIHSS 0-4, mRS 0-2, PSOM < 1, or GMFSC level 1)

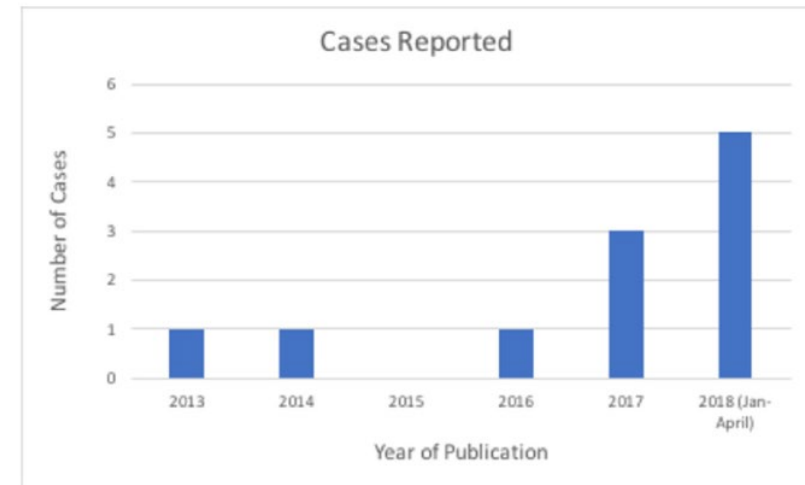


Figure 1 Number of reported cases of mechanical thrombectomy in children <5 years of age by year.

Prise en charge en aigu des AVC ischémiques












Thrombolyse

Thrombectomie

Prévention secondaire

Est-ce sécuritaire et bénéfique?

A Prospective Multicenter Registry on Feasibility, Safety, and Outcome of Endovascular Recanalization in Childhood Stroke (Save ChildS Pro)

 [Peter B. Sporns](#)^{1,2*},  [André Kemmling](#)³,  [Sarah Lee](#)⁴,  [Heather Fullerton](#)⁵,  [Wolfgang G. Kunz](#)⁶,  [Jenny L. Wilson](#)⁷,
 [Mark T. Mackay](#)⁸,  [Maja Steinlin](#)⁹,  [Jens Fiehler](#)²,  [Marios Psychogios](#)^{1†} and  [Moritz Wildgruber](#)^{6†} for the Save ChildS Pro Investigators

Étude de cohorte prospective multicentrique (Allemagne, Autriche, Suisse, Italie, EU, Danemark, Suède, Canada, Australie, Argentine)

Thrombectomie vs traitement médical (incl. thrombolyse)

mRS à 90 jours

N=200

Début du recrutement bientôt!

Prise en charge en aigu des AVC ischémiques

Thrombolyse

Thrombectomie

Prévention secondaire

En pratique, quand considérer la thrombectomie?

- ≥ 4 ans
- Évidence radiologique d'une occlusion proximale
- PedsNIHSS > 6
- < 6 heures du début des symptômes
- > 6 heures du début des symptômes si:
 - Patients avec mismatch clinico-radiologique ou radiologique (mismatch DWI-FLAIR)
 - CT perfusion: aucune donnée normative chez les enfants pour l'instant

Contraindications à la thrombectomie

- Mêmes que chez les adultes
- **Att. Particulière en pédiatrie:**
 - **Suspicion d'artériopathie sous-jacente**

Prise en charge en aigu des AVC ischémiques

Thrombolyse

Thrombectomie

Prévention secondaire

Mesures de neuroprotection

Apport en
énergie



- Maintenir normoglycémie
- Traiter hypoxémie ($pO_2 \geq 95\%$)
- Maintenir normoTA (traiter HTA et hypovolémie)

Consommation
d'énergie



- Maintenir normothermie
- Traitement agressif des convulsions

Prise en charge en aigu des AVC ischémiques

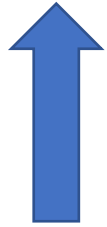
Thrombolyse

Thrombectomie

Prévention secondaire

Mesures de neuroprotection

Apport en énergie



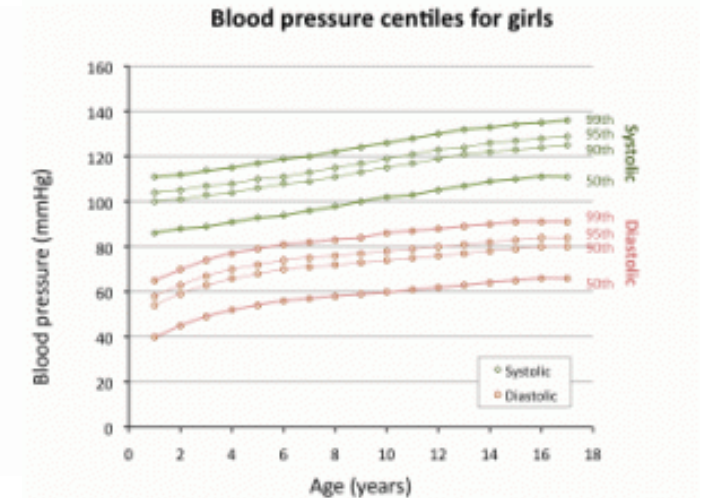
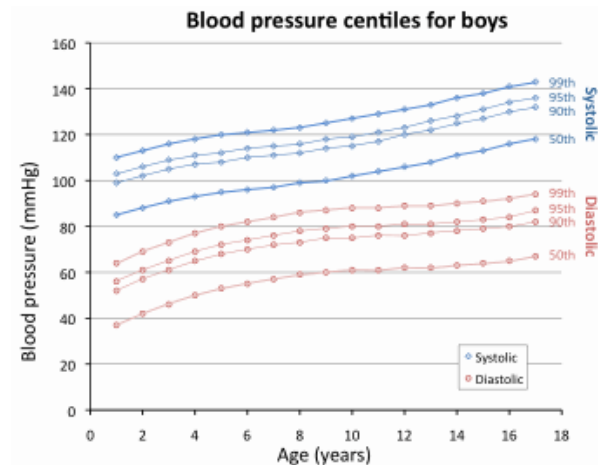
- Maintenir normoglycémie
- Traiter hypoxémie ($pO_2 \geq 95\%$)
- **Maintenir normoTA (traiter HTA et hypovolémie)**

Consommation d'énergie



- Maintenir normothermie
- Traitement agressif des convulsions

	< 13 ans	≥ 13 ans
TA normale	< 90 ^e -50 ^e percentile	<120/80
TA élevée	>90 ^e - ≤95 ^e percentile	120/80 – 129/80
HTA	>95 ^e percentile	>130 systolique > 80 diastolique
HTA sévère	≥ 30 mm Hg au de-là du 95 ^e percentile	> 180/110 (ESH 2018) > 220/120 (AHA 2017)



Prise en charge en aigu des AVC ischémiques

Thrombolyse

Thrombectomie

Prévention secondaire

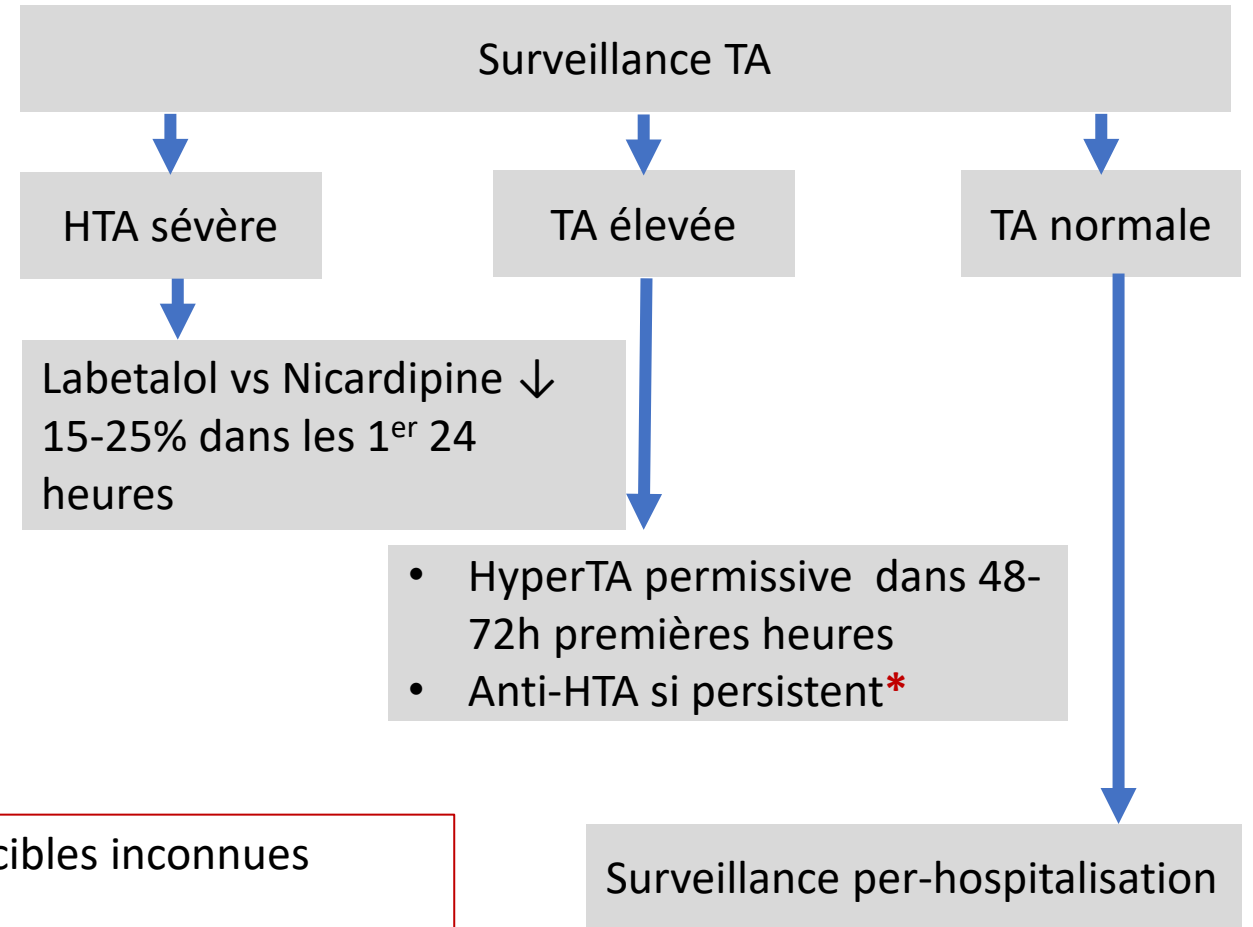
Mesures de neuroprotection

↑
Apport en énergie

- Maintenir normoglycémie
- Traiter hypoxémie ($pO_2 \geq 95\%$)
- **Maintenir normoTA (traiter HTA et hypovolémie)**

↓
Consommation d'énergie

- Maintenir normothermie
- Traitement agressif des convulsions



*TA visée plus élevée chez artériopathies chroniques, mais cibles inconnues

Échographies rénales + MAPA au congé à considérer si:

- HTA sévère
- hyperTA > 72h
- Artériopathies ou condition à risque d'artériopathies (ex: Anémie falciforme)

Prise en charge en aigu des AVC ischémiques

Thrombolyse

Thrombectomie

Prévention secondaire

Mesures de neuroprotection

Apport en énergie



- Maintenir normoglycémie
- Traiter hypoxémie ($pO_2 \geq 95\%$)
- Maintenir normoTA (traiter HTA et hypovolémie)

Consommation d'énergie



- Maintenir normothermie
- **Traitement agressif des convulsions**



70 ans



17 ans

30-50% des enfants se présentent avec des convulsions

Monitoring EEG

- AVC étendu ($>50\%$ territoire)
- AEC

Considérer traitement prophylaxique si monitoring EEG non disponible et patient à risqué

- Suggestion: Lévétiracetam 40 mg/kg x 1 dose, puis 10/mg/dose BID

Prise en charge en aigu des AVC ischémiques

Thrombolyse

Thrombectomie

Prévention secondaire

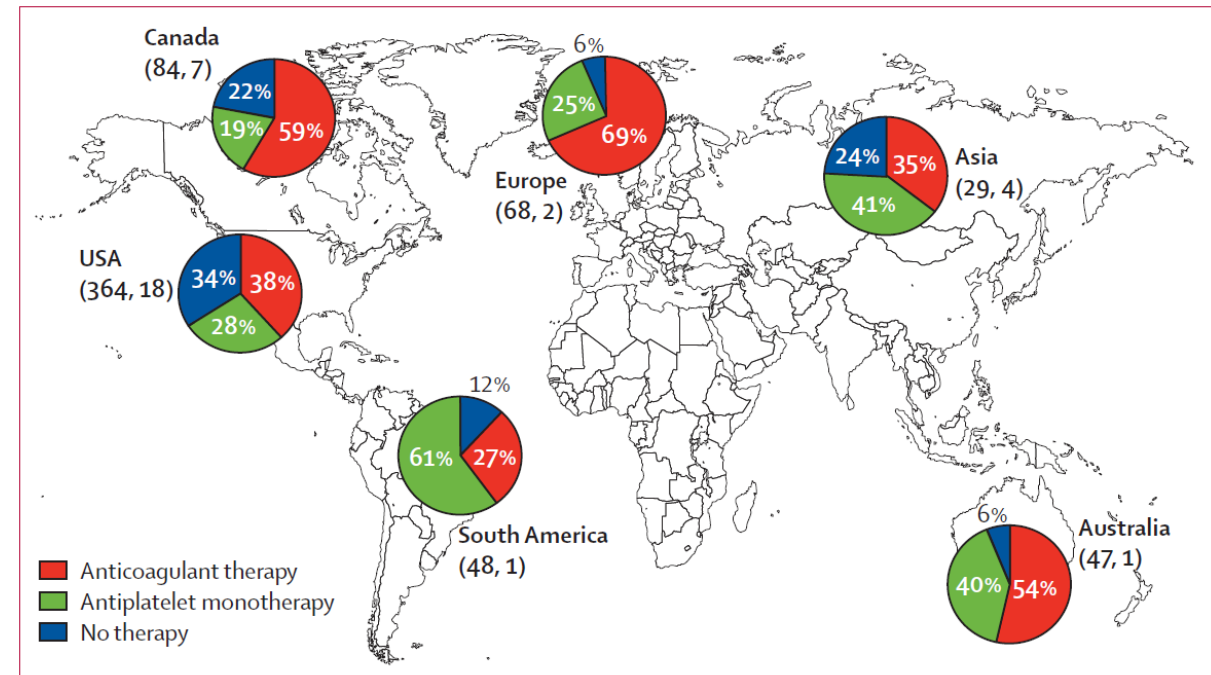
Traitement antithrombotique

Adultes: International Stroke Trial (IST)

- N >1900 patients
- Double randomisation:
 - Héparine vs Pas d'anticoagulation
 - Aspirine vs Pas d'anti-plaquettaire
- Résultats:
 - Héparine: ↓risque récurrence, mais ↑risque d'hémorragie
 - Aspirine : ↓risque récurrence sans ↑risque d'hémorragie
- Recommandations actuelles:
 - Antiplaquettaire pour AVC non-cardiogénique

Pédiatrie: Anticoagulant vs antiplaquettaire?

- Pas d'essai randomisé
- Variations géographiques
- Décision = centre-dépendant et étiologie-dépendant



Prise en charge en aigu des AVC ischémiques

Thrombolyse

Thrombectomie

Prévention secondaire

Traitement antithrombotique

Arguments pour l'anticoagulation

- 1) Héparine peut être renversée rapidement lorsque nécessaire (ex: pt instable, AVC relativement large avec risque d'œdème malin)
- 2) Étiologies associées avec thrombus riches en fibrine + fréquentes:
 - Thrombophilie
 - Embolies cardiogéniques
 - Artériopathies inflammatoires (TF pathway, thrombine-protéine C, fibrinolyse altérée)
- 3) Anticoagulation semble relativement sécuritaire chez les enfants :
 - 11-30% transformation hémorragique (TM), mais seulement 3-4% symptomatiques
 - Grande majorité pétéchiiales (ECASS HI1 et HI2) (≈ 3-4 jours)
 - Pas de corrélation entre anticoagulation et TM, mais possible corrélation entre TM et pronostic à long terme
 - Risques : ↑ volume de l'infarctus, possiblement maladies cardiaques congénitales

Prise en charge en aigu des AVC ischémiques

Thrombolyse

Thrombectomie

Prévention secondaire

Traitement antithrombotique

Court terme (0-7 jours)

- Héparine ou aspirine initialement
- Éviter anticoagulation si:
 - Infarctus large
 - Diathèse hémorragique ou hémorragie intra-crânienne présente

Long terme (3-6mo+)

Anticoagulation si:

- Cardio-embolique
- Condition pro-thrombotique connue
- Dissection (<3 mo)

Antiplaquettaire si :

- Cryptogénique (tx au moins 2 ans)
- Moyamoya et autre artériopathie
- Dissection (> 3 mo)

Conclusions

AVC ischémiques en enfance sont moins fréquents qu'en âge adulte, mais sont associés à une morbidité significative

Particularités cliniques:

- Les symptômes à la présentation peuvent être subtiles → haut degré de suspicion
- Les causes d'AVC pédiatrique sont différentes de l'adulte nécessitant certaines modifications à la prise en charge

Prise en charge:

- L'évidence sur la prise en charge des AVC pédiatriques est surtout basée sur des études rétrospectives de cohorte
- Thrombolyse, thrombectomie et l'anticoagulation semblent sécuritaires dans des cas sélectionnés
- Discussion avec expert en AVC pédiatrique important



Questions & Discussion