



Fiche AVC de l'enfant :
Suivi type d'une artériopathie cérébrale focale
Centre national de référence de l'AVC de l'enfant et Commission
Neurovasculaire de la SFNP

1. *Critères permettant d'évoquer une artériopathie cérébrale focale (FCA) dans le cadre d'un infarctus artériel cérébral de l'enfant*

Artériopathie intracrânienne, typiquement [1] :

- Unilatérale et homolatérale à l'infarctus
- Sténosante plutôt courte pouvant dans certains cas prendre un aspect irrégulier en collier de perle, plus rarement occlusive
- Typiquement localisée au segment M1 (partie proximale de l'artère cérébrale moyenne) mais pouvant intéresser d'autres segments du T carotidien : A1, terminaison carotidienne
- Sans autre pathologie associée, notamment drépanocytose ou neurofibromatose de type 1

Dans d'autres situations moins typiques, ce diagnostic peut être évoqué, idéalement par une équipe expérimentée ou lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire du Centre national de référence de l'AVC de l'enfant.

2. *Bilan initial (cf. fiche diagnostique)*

3. *Traitement de prévention secondaire*

Hors contre-indication, ce diagnostic permet la mise en place d'un traitement de prévention secondaire par aspirine 3 à 5 mg/kg/j du fait du risque de récurrence, plus élevé dans les 6 premiers mois [2]

4. *Suivi clinique, radiologique et thérapeutique*

Suivi clinique moteur et cognitif, troubles de l'humeur, participation sociale et scolarité : adapté à l'âge et aux conséquences de l'infarctus cérébral. Dépister les conséquences cognitives, notamment du langage, y compris chez le jeune enfant.

En l'absence de nouveaux signes cliniques :

- IRM avec ARM à 6 mois de l'infarctus initial, permettant d'objectiver la non-aggravation de la lésion artérielle et l'absence de nouvelle lésion parenchymateuse = confirmation diagnostique. Attention, une ARM plus précoce peut montrer une aggravation transitoire de la lésion artérielle (qui peut encore évoluer les premières semaines après l'infarctus cérébral [3])

- IRM avec ARM à 18-24 mois de l'infarctus initial. En l'absence de nouvelle lésion parenchymateuse, d'aggravation de la lésion artérielle et de nouveau signe clinique, on peut considérer la lésion artérielle comme non active et arrêter l'aspirine.

Il n'y a alors plus d'indication à renouveler les imageries. Il est important d'assurer un suivi clinique au long cours de ces patients, prenant en compte les dimensions motrices, cognitives, comportementales, la participation sociale et scolaire.

Si l'évolution clinique ou radiologique du patient n'est pas celle attendue, il peut être important de discuter son dossier en réunion de concertation pluridisciplinaire du Centre national de référence de l'AVC de l'enfant.

Références

- 1- Chabrier S, Sébire G, Fluss J. Transient Cerebral Arteriopathy, Postvaricella Arteriopathy, and Focal Cerebral Arteriopathy or the Unique Susceptibility of the M1 Segment in Children With Stroke. *Stroke*. 2016 Oct;47(10):2439-41
- 2- Darteyre S, Chabrier S, Presles E, Bonafé A, Roubertie A, Echenne B, Leboucq N, Rivier F. Lack of progressive arteriopathy and stroke recurrence among children with cryptogenic stroke. *Neurology*. 2012 Dec 11;79(24):2342-8
- 3- Fullerton HJ, Stence N, Hills NK, Jiang B, Amlie-Lefond C, Bernard TJ, Friedman NR, Ichord R, Mackay MT, Rafay MF, Chabrier S, Steinlin M, Elkind MSV, deVeber GA, Wintermark M; VIPS Investigators. Focal Cerebral Arteriopathy of Childhood. *Stroke*. 2018 Nov;49(11):2590-2596