

Tableau 1 . Résultats sur la migration du thrombus Données en nombre (%) ou moyenne (déviations standard). TD : Thrombus-Distance= distance en millimètres entre l'origine de l'artère et le début du thrombus en IRM et en artériographie (DSA). Δ TD : TD-DSA moins TD-IRM. MigT+ : migration de thrombus. MigT- : absence de migration de thrombus. Définition des sous catégories : migration distale : Δ TD > 10 mm ou migration dans un segment, migration modérée : $5 < \Delta$ TD $\leq$ 10 mm, recanalisation : $\text{TICI} \geq 2\text{B}$ au début de la procédure endovasculaire, absence de migration : Δ TD $\leq$ 5 mm, extension : Δ TD $\leq$ -10 mm. mRS : modified Rankin Scale.

Variable	Groupe tPA-TM (N=129)	Groupe TM (N=76)	P Value
Résultats principaux			
Catégories principales			
Groupe MigT+	47 (36.4)	5 (6.6)	<0.0001
Groupe MigT-	82 (63.6)	71 (93.4)	-
Sous-catégories			
Absence de migration	82 (63.6)	69 (90.8)	-
Migration modérée	27 (20.9)	5 (6.6)	-
Migration distale	11 (8.5)	0	-
Recanalisation	9 (7)	0	-
Extension du thrombus	0	2 (2.6)	-
Thrombus Distances (millimètres)			
TD moyen en IRM	9.98 (12.6)	14.2 (25.7)	<0.03
TD moyen calculé en DSA	14.7 (18.82)	13.9 (22.6)	<0.801
Δ TD	4.11 (7.231)	1.23 (4.001)	<0.006
Résultats secondaires			
NIHSS à la sortie	5.73 (5.99)	7.16 (6.73)	0.170
mRS à 90 jours	2.39 (2.24)	2.5 (2.15)	0.799
Décès <90 jours (mRS=6)	14 (11.1)	10 (12.6)	0.656

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Kaesmacher J, Boeckh-Behrens T, Simon S, et al. Risk of thrombus fragmentation during endovascular stroke treatment. *AJNR Am J Neuroradiol* 2017;38:991–8.
- [2] Kaesmacher J, Maegerlein C, Kaesmacher M, et al. Thrombus migration in the middle cerebral artery: incidence, imaging signs, and impact on success of endovascular thrombectomy. *J Am Heart Assoc* 2017;6.
- [3] Fransen PS, Beumer D, Berkhemer OA, et al. MR CLEAN, a multicenter randomized clinical trial of endovascular treatment for acute ischemic stroke in the Netherlands: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2014;15:343, <http://dx.doi.org/10.1186/1745-6215-15-343>.
- [4] Powers, William J, Colin P, Derdeyn, José Biller, Christopher S, et al. 2015 American Heart Association/American Stroke Association Focused Update of the 2013 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke Regarding Endovascular Treatment A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2015;46:3020–35.
- [5] Berkhemer OA, Fransen PS, Beumer D, van den Berg LA, Lingsma HF, Yoo AJ, et al. A randomized trial of intraarterial treatment for acute ischemic stroke. *N Engl J Med* 2015;372(1):11–20.

<https://doi.org/10.1016/j.neurad.2019.01.065>

100-110-C2527

La prise en charge endovasculaire de l'infarctus cérébral ischémique de nuit impacte-t-elle la récupération fonctionnelle à 3 mois ?

Amel Benali^{1,2,3,*}, Marinette Moynier², Cyril Dargazanli², Jeremy Deverdun^{1,2,3}, Vincent Costalat², Emmanuelle Le Bars^{1,2,3}, Anne Ducros^{3,4}

¹ Institut d'imagerie fonctionnelle humaine, I2FH, CHU de Montpellier, Service de neuroradiologie, hôpital Gui-de-Chauliac, 80, avenue Augustin-Fliche, 34295 Montpellier cedex 5

² Service de neuroradiologie, hôpital Gui-de-Chauliac, 80, Avenue Augustin-Fliche, 34295 Montpellier cedex 5

³ Laboratoire Charles-Coulomb UMR 5221 CNRS-UM2, Département Physique Théorique, Université Montpellier, place Eugène-Bataillon - CC070, 34095 Montpellier Cedex 5, France

⁴ Service de Neurologie, hôpital Gui-de-Chauliac, 80, avenue Augustin-Fliche, 34295 Montpellier Cedex 5

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : amel.benali16@gmail.com (A. Benali)

Introduction Peu de données ont été rapportées concernant l'influence du moment de la prise en charge (Jour/Nuit) sur les délais de la procédure endovasculaire, l'efficacité de la revascularisation, et la récupération fonctionnelle à 3 mois. Nous cherchons à déterminer si la prise en charge de nuit a un impact sur la récupération fonctionnelle à 3 mois.

Patients et méthodes Au total, 169 patients victimes d'un infarctus cérébral (occlusion circulation antérieure) ont été inclus dans l'étude, 112 [âge = 77(25–98), 55 hommes] traités le jour [08 h–20 h] et 57 [âge = 74(20–89), 30 hommes] traités la nuit [20 h–08 h]. Les variables catégorielles ont été analysées à l'aide d'un test de Fisher et les variables continues à l'aide d'un test de Mann-Whitney (seuil de significativité $p = 0,05$, analyse univariée).

Résultats Aucune différence significative n'a été trouvée entre l'activité de nuit versus celle de jour pour l'heure d'apparition des symptômes, le NIHSS à l'admission, le volume ischémique, le taux de thrombolyse IV, la durée entre l'admission et la reperfusion et la durée entre le point de ponction et la reperfusion (TICI = 3).

Une différence significative est observée pour la durée entre l'admission et le point de ponction. Elle est plus importante chez les patients traités de nuit (94 vs 82 min, $p = 0,009$).

La comparaison nuit/jour montre une différence significative pour le mRS à 3 mois. Le groupe traité de nuit présente un mRS plus faible ($\text{mRS} \leq 2$, $p = 0,05$). Cette différence est d'autant plus marquée lorsque l'on compare des sujets pour lesquels l'heure de début des symptômes est connue ($p = 0,02$).

Conclusion Une analyse multivariée devrait permettre de confirmer ces premiers résultats qui tendent à montrer une meilleure récupération chez les patients traités de nuit.

Mots clés Thrombectomie de nuit ; Infarctus cérébral ; Scale de Rankin modifié

Keywords Nighttime hours thrombectomy; Ischaemic Stroke; Modified Rankin Scale

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.neurad.2019.01.066>

100-110-C2532

Hémorragic transformation after stroke: Interrater and intrarater agreement

Adrien Guenego (MD)^{1,2}, Augustin Lecler (MD)³, Jean Raymond (MD)⁴, Candice Sabben (MD)⁵, Naim Khoury (MD)⁶, Kevin Premat (MD)¹, Daniele Botta (MD)¹, William Boisseau (MD)¹, Benjamin Maier (MD)¹, Gabriele Ciccio (MD)¹, Hocine Redjem (MD)¹,