



Prise en charge de l'accident ischémique transitoire en 2011

Marie-Hélène Mahagne

Unité Neuro Vasculaire

Hôpital Saint Roch, CHU Nice

Réunion de l'Amicale des Cardiologues de la Côte d'Azur, 3 Mai 2011

AIT:les points qui ont évolué



- ✓ La définition
- ✓ Imagerie en urgence
- ✓ Evaluation du risque
- ✓ Hospitalisation

Définition

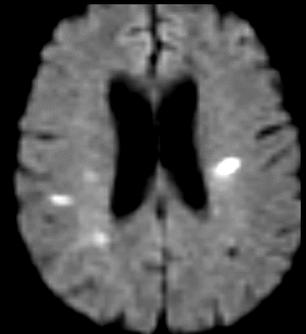
A thick, horizontal orange brushstroke underline that spans across the width of the word 'Définition' below it.

Nouvelle définition de l'AIT

- ✓ Définition classique:
 - « Déficit neurologique focal d'installation brutale, résolutif en moins de 24 heures, d'origine vasculaire présumée, et correspondant à l'atteinte d'un territoire artériel cérébral ou rétinien »

- ✓ Nouvelle définition
 - « Episode bref de déficit neurologique lié à une ischémie focale, cérébrale ou rétinienne, avec des signes cliniques régressifs *en moins d'une heure, et sans infarctus aigu documenté* »

- 40-60% ont une ischémie sur l'IRM

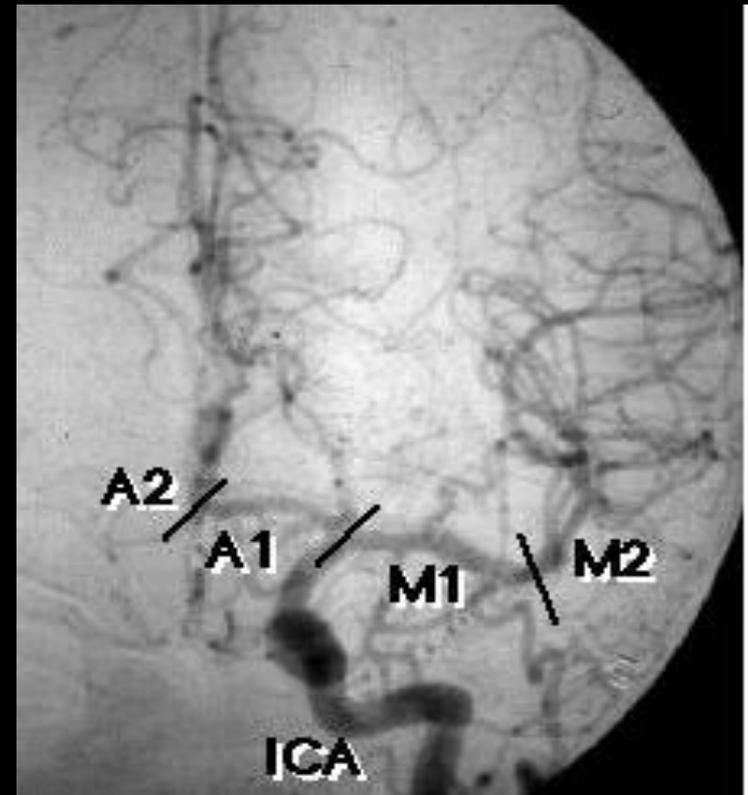


Le diagnostic

- ✓ Interrogatoire minutieux +++
- ✓ Durée :
 - ✓ 15' dans 40 % des cas
 - ✓ 30' dans 50 % des cas
- ✓ Nombre d'AIT
 - ✓ Reconnaître les AIT "crescendo"---> Prise en charge urgente
- ✓ Rechercher les signes évocateurs d'une pathologie carotidienne ou vertébro-basilaire

Territoire carotide

- ✓ Hémiparésie, monoparésie
- ✓ Hémisyndrome sensitif
- ✓ Troubles du langage
- ✓ Hémianopsie latérale homonyme
- ✓ Cécité monoculaire transitoire

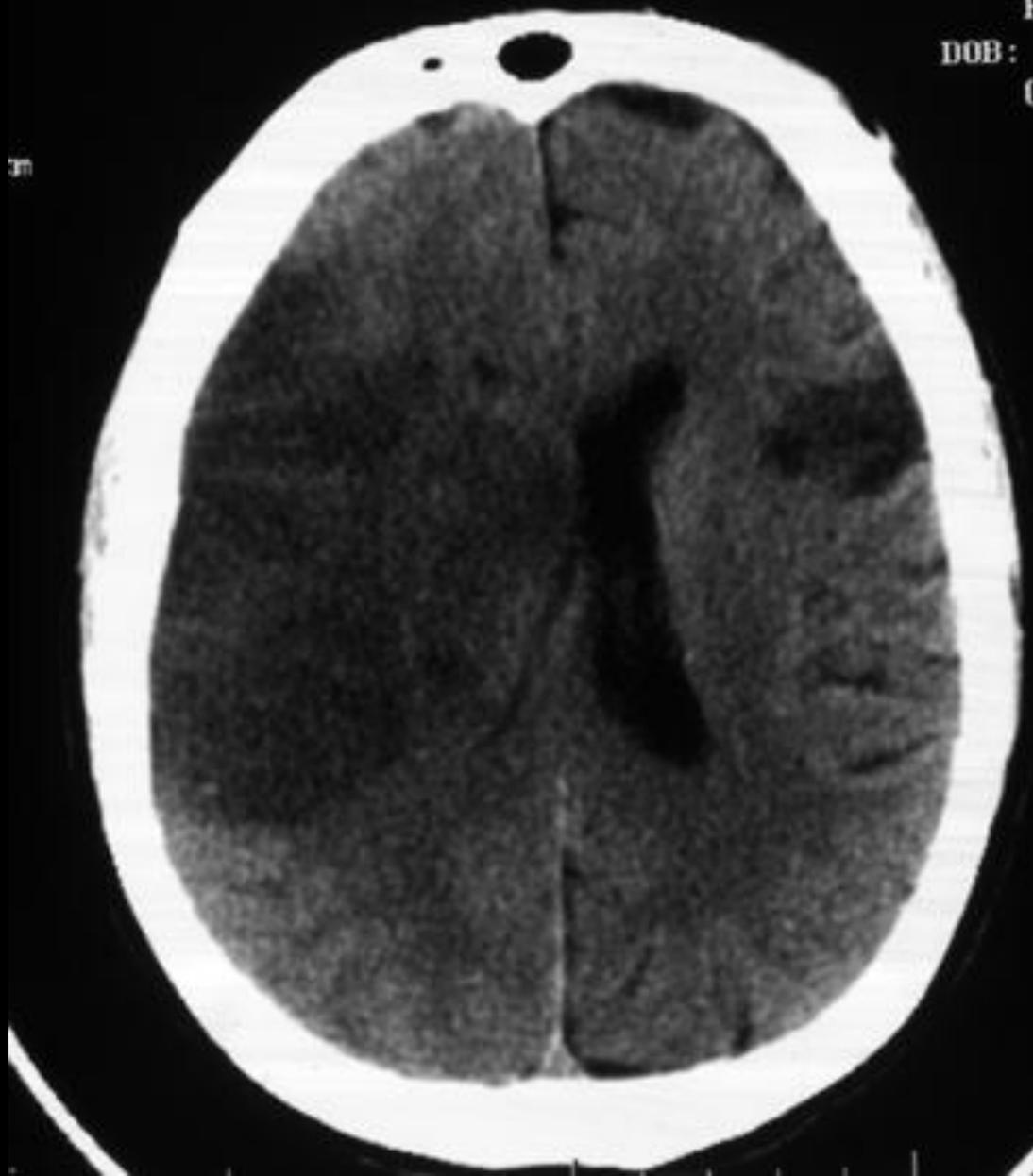


Mme D., 40 ans



- ✓ Suspension du langage, mutisme pendant 30 minutes dans un contexte de choc affectif
- ✓ Consultations ORL et cardiologique normales
- ✓ Installation d'un syndrome dépressif sévère
- ✓ Quelques mois après, hémiparésie gauche massive

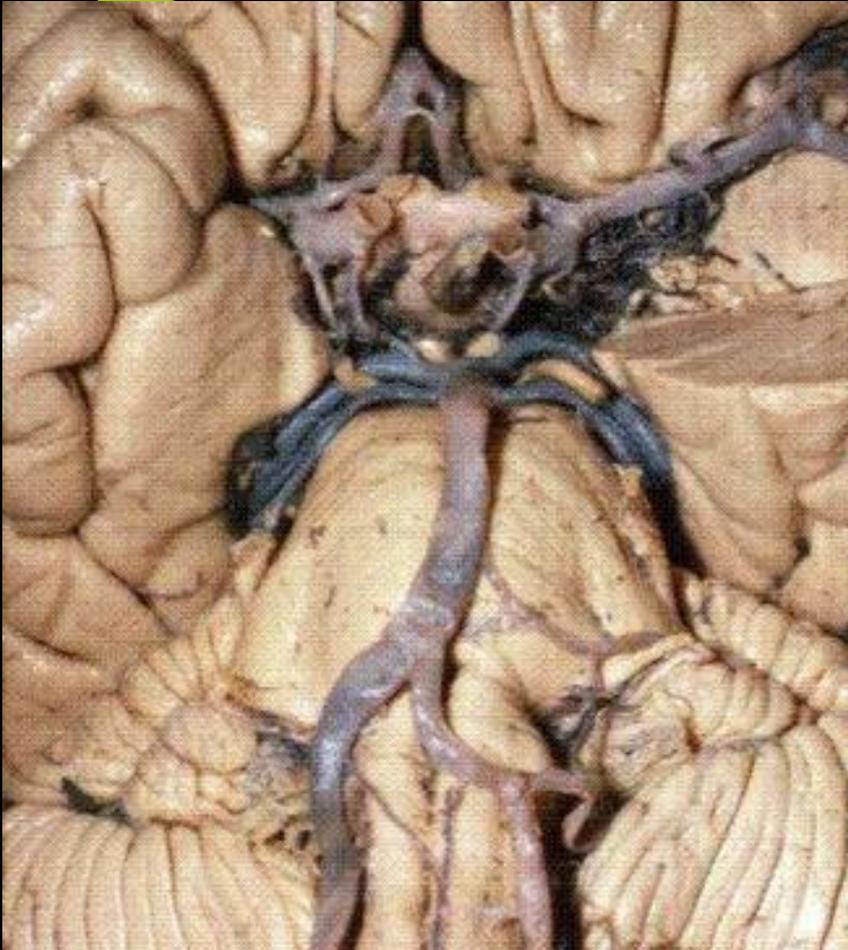
F
DOB :
0



3m



Territoire vertébro basilaire



- Hémiparésie, monoparésie, tétraparésie
 - Bilatéralité évocatrice
- Dysesthésies uni ou bilatérales
- Dysarthrie
- Hémianopsie latérale homonyme
- Cécité complète
- Diplopie
- Troubles de l'équilibre, vertiges, drop-attacks

Mr DC. 49 ans

- ✓ Gros fumeur
- ✓ Hypercholestérolémie non traitée
- ✓ Notion d'épisodes visuels stéréotypés depuis deux ans:
« soleils très lumineux » dans un champ visuel, tantôt droit, tantôt gauche.
- ✓ Vertiges rotatoires aux mouvements de la tête
- ✓ Sept épisodes d'hémiplégie Dt ou G, régressifs en 10 à 15 minutes

Examens complémentaires

- ✓ Scanner cérébral normal
- ✓ Echo TSAO: normal
- ✓ Echo TT et TO normales
- ✓ Biologie: hyperlipidémie mixte



Quel bilan et dans quel délai?

- ✓ Les buts du bilan:
 - ✓ Diagnostic positif et différentiel
 - ✓ Imagerie du parenchyme
 - ✓ Orientation étiologique
 - ✓ Imagerie des vaisseaux
 - ✓ ECG
 - ✓ Stratification du risque
 - ✓ Facteurs cliniques et paracliniques prédictifs d'AVC
 - ✓ Décision d'hospitalisation
 - ✓ Recommandée pour tous
 - ✓ Indispensable pour le patient à haut risque

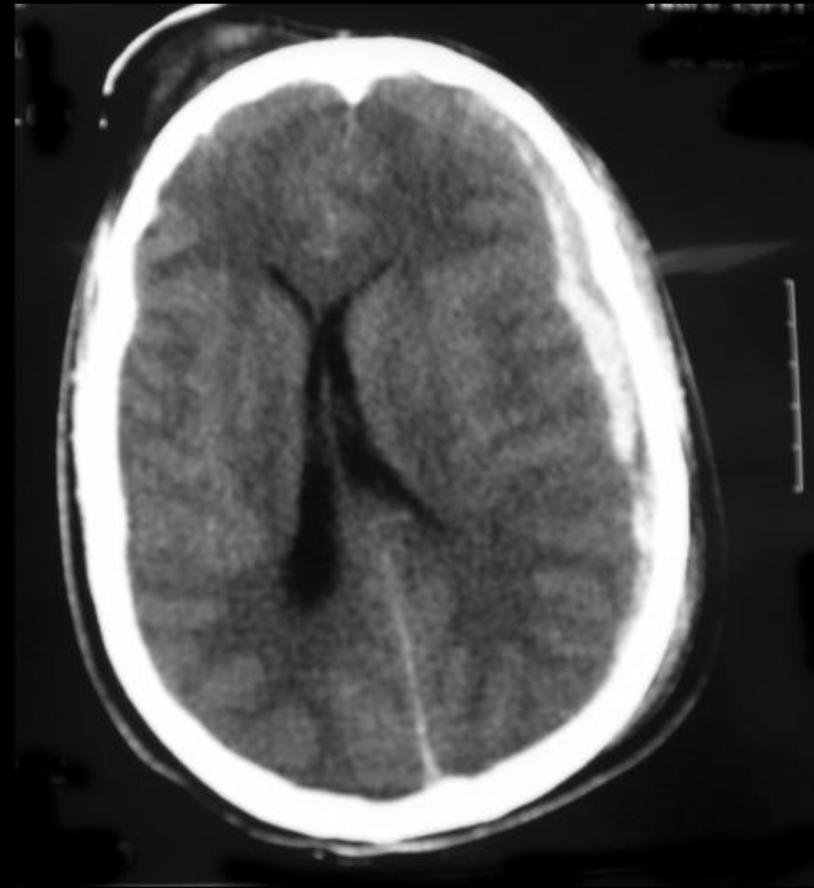
Le bilan « classique »

Scanner cérébral

- ✓ Souvent normal
- ✓ Diagnostic différentiel +++
- ✓ EchoTSAO
- ✓ ECG
- ✓ Biologie
- ✓ Puis ETT, Holter ECG

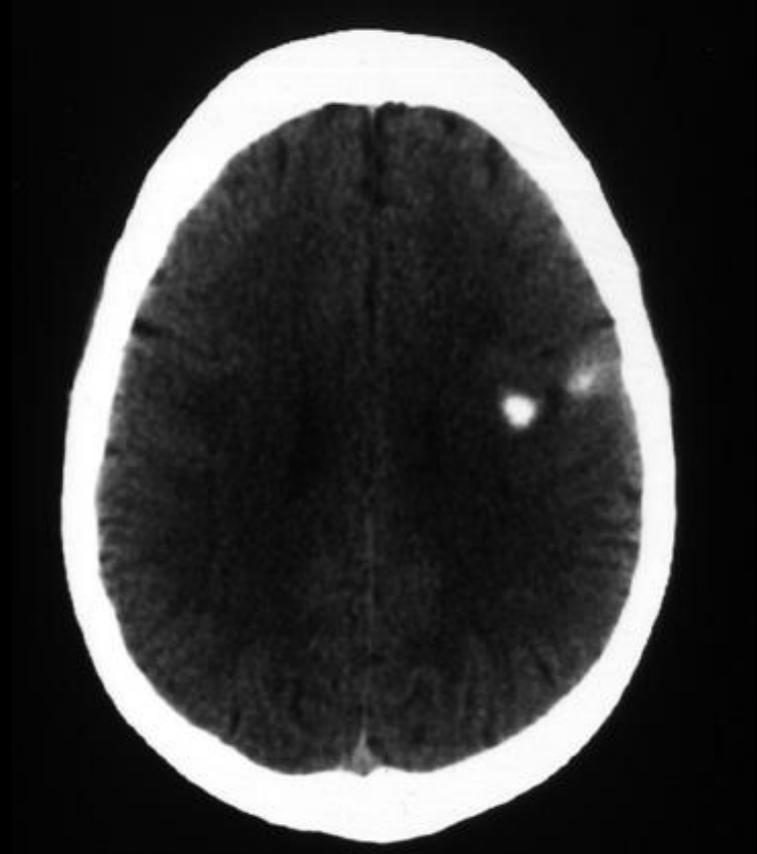
Mr B., 80 ans

- ✓ Antécédent d'AIT et d'IDM
- ✓ Prévention secondaire **par** AAPlaquettaires
- ✓ Hémiparésie gauche régressive en 20 minutes
- ✓ Le lendemain, hospitalisé pour confusion



Mme M. 47 ans

- ✓ Aucun antécédent
- ✓ A trois reprises, pendant 5 minutes, malaise, trouble de l'élocution, impression de « gêne » de l'hémiface droite
- ✓ Examen strictement normal



Le scanner cérébral

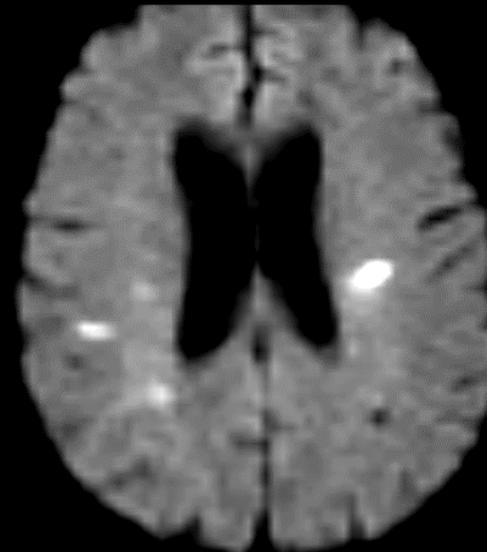
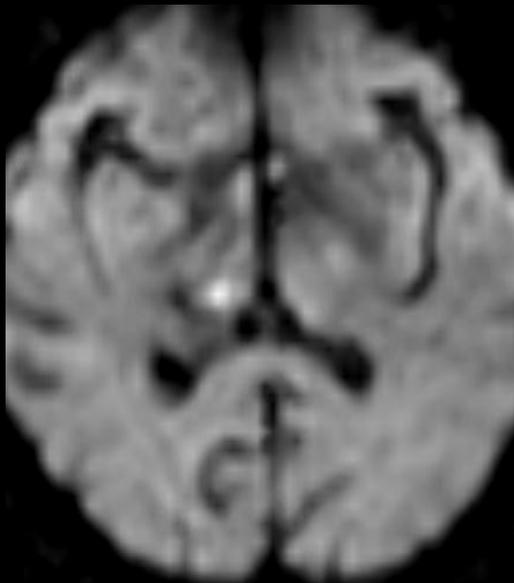
- ✓ Le plus souvent normal
- ✓ Sur une population d'AIT explorés par scanner cérébral: 4% (13/322) infarctus
- ✓ Risque d'AVC plus élevé en cas de lésion ischémique visible

Stroke. 2003 Dec;34(12):2894-8.

L'IRM

IRM de diffusion

- Souvent positive
- Prouve la topographie
- Oriente parfois vers l'étiologie
- A faire *rapidement*

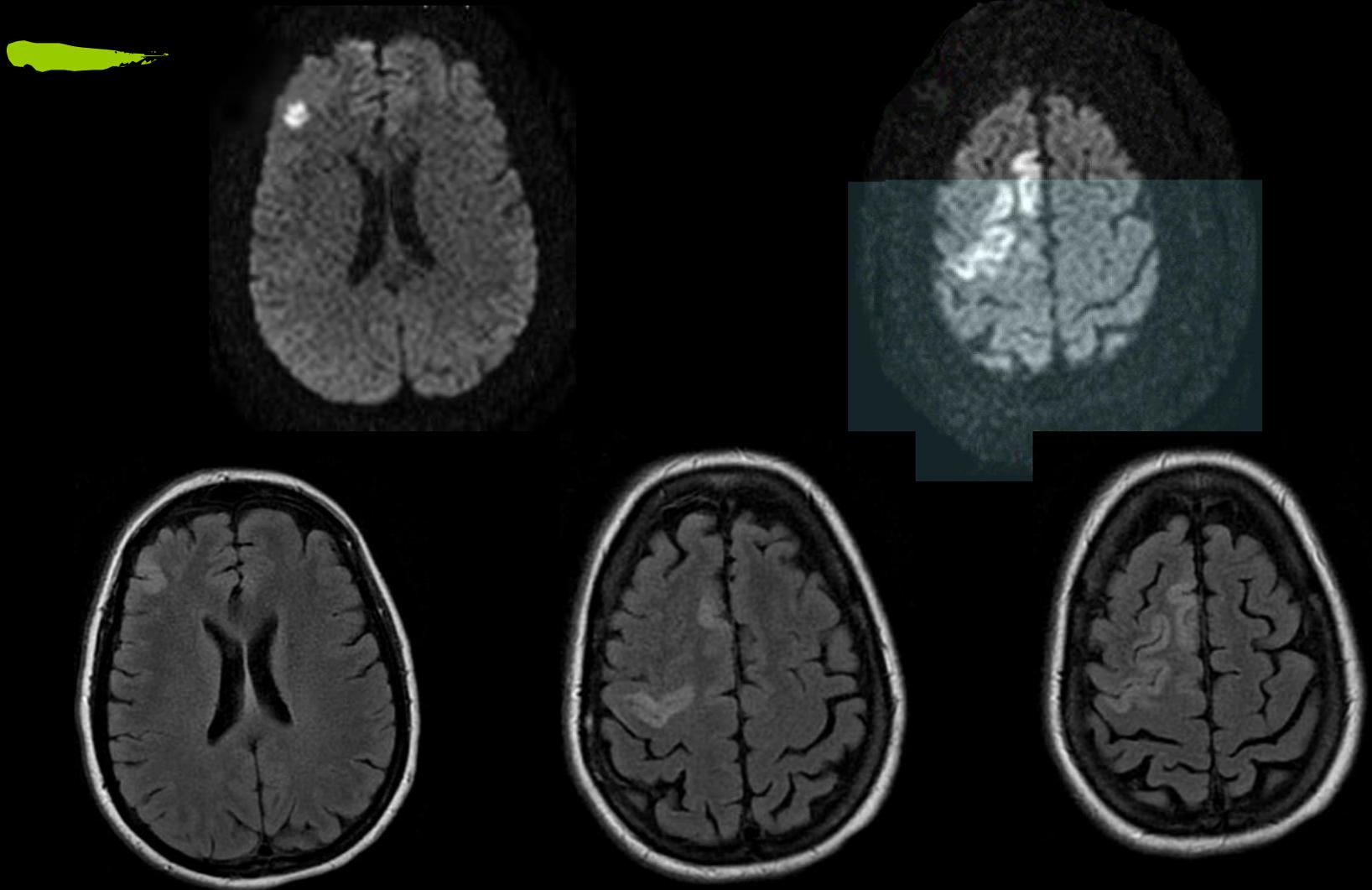


Mme W. , 48 ans



- ✓ Obèse
- ✓ Tabagisme sevré depuis 4 ans
- ✓ CO minidosée pour « problème ovarien »
- ✓ Hémiparésie, dysarthrie
- ✓ Examen neurologique 1 heure après normal
- ✓ TA 150/100 mm Hg

IRM cérébrale



Dans quel délai faire le bilan ?



Après un AIT



- ✓ Le risque est maximal dans les premiers jours (48 heures)
 - ✓ 10-20% dans les 90 jours
 - ✓ Dont 50% dans les 48 heures
- ✓ La prise en charge dans les premières 24 heures réduit le risque de récurrences et d'AVC
(*Rothwell et al, ESC 2007*)
 - ✓ Anti thrombotiques
 - ✓ Anti hypertenseurs
 - ✓ Statines
 - ✓ Endartérectomie

Le patient est vu à distance de l'AIT



- ✓ Le risque immédiat est « théoriquement » moins important
- ✓ Mais... le bilan doit être rapide

Mr P, 57 ans

- ✓ Aucun antécédent médical
- ✓ Parésie de la main gauche + ptosis
10 jours avant
- ✓ Consulte car persiste un ptosis de
l'œil droit
- ✓ L'examen
 - ✓ Confirme le ptosis isolé

3D
Ex: 20784
Se: 11 +c
Volume Rendering No cut

IRM 06

S 8

2.5 x

11/0

R
6
7

L
5
4

No VOI
384X256/1.00 NEX
01:17
1.4 mm/0.7sp
DFOV 12.1 cm
NVARRAY

EC:1/1 41.7kHz
TE:1.4/Fr
TR:6.1
GR/SS/GENESIS SIGNA 1.5T
FAST_GEMS\VB_GEMS\VASCTOF_GEMS\PEF
W = 577 L = 50 I 113



Identification des patients à haut risque



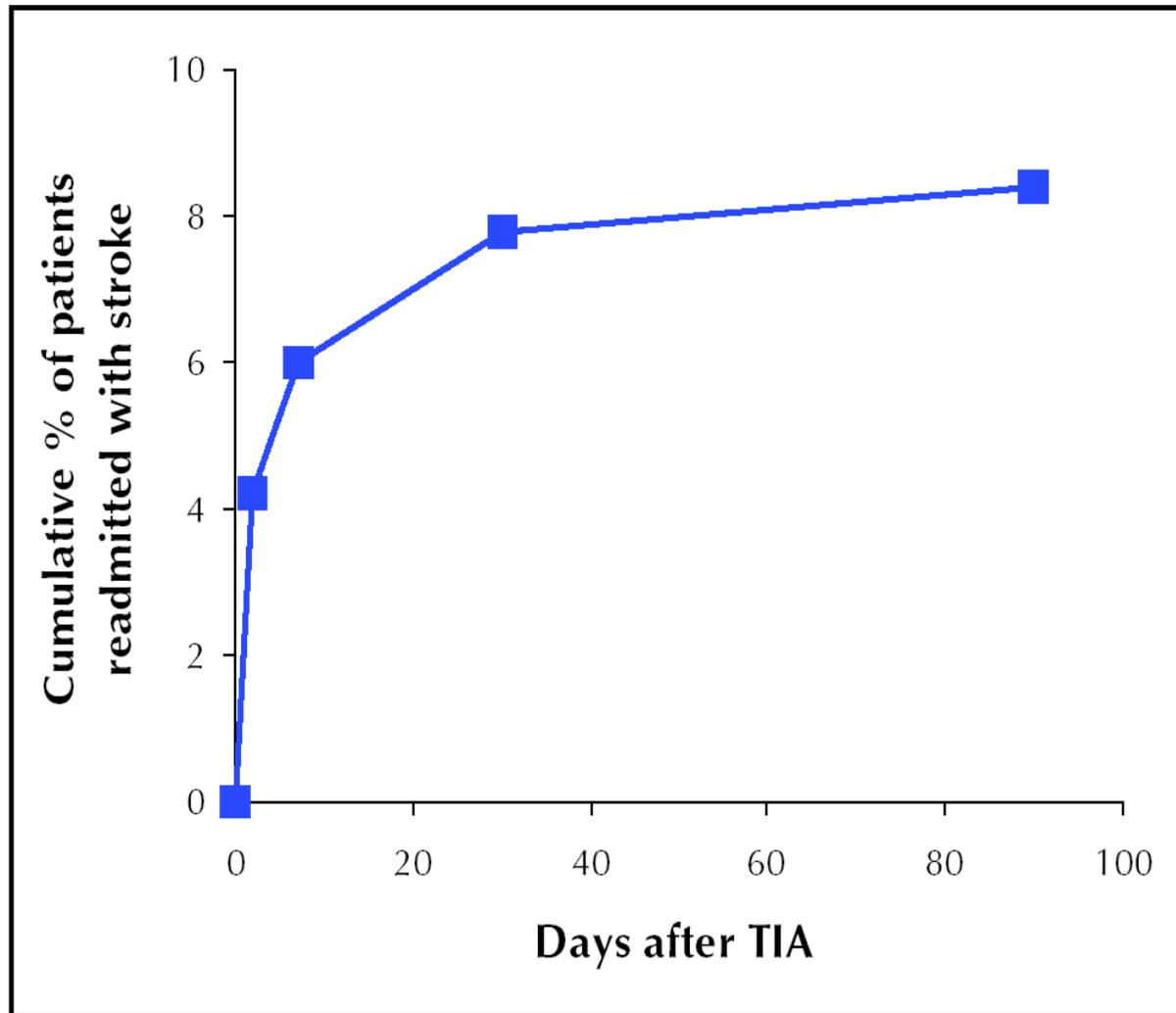
Les questions posées



- ✓ Quels sont les patients qui ont un risque d'AVC dans les 48 heures ?
 - ✓ Critères cliniques
 - ✓ Critères paracliniques
- ✓ Faut-il hospitaliser tous les patients présentant un AIT ?

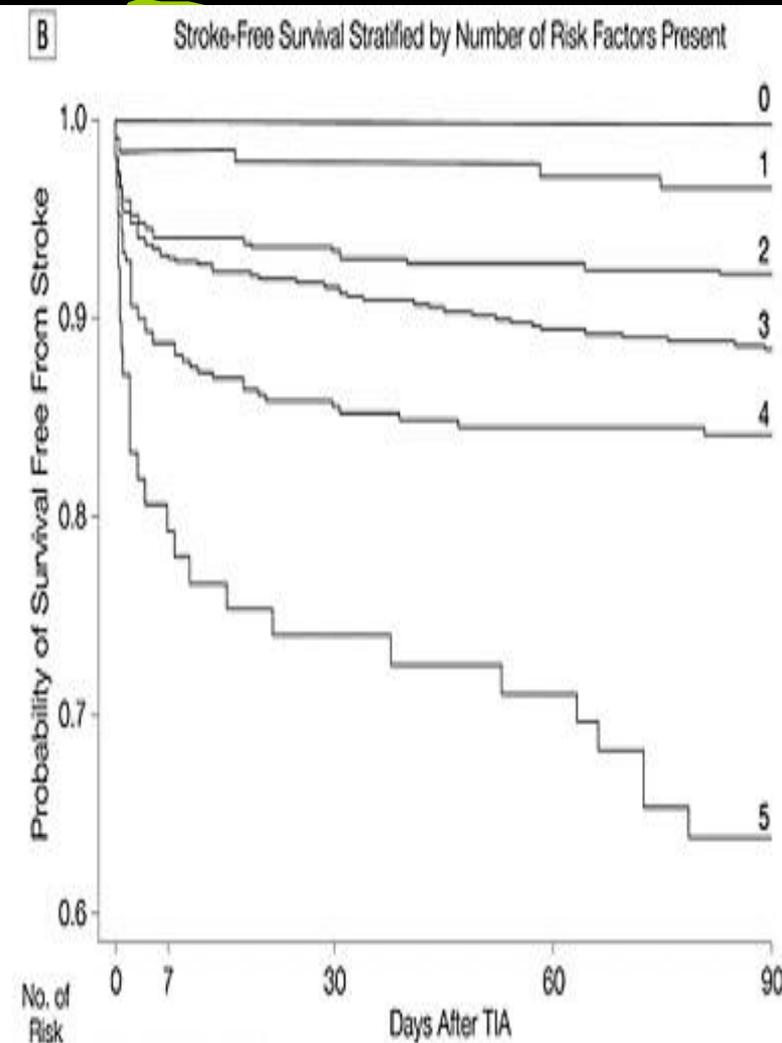
Le risque d'AVC

Gladstone D et al. CMAJ. 2004 Mar 30;170(7):1099-104.



Clinical Predictors of High Risk TIAs

Johnston CS et al. JAMA 2000; 284: 2901-6



	OR	CI	p value
Age >60	1.8	1.3-4.2	0.005
Durée	2.0	1.4-2.9	0.001
>10 min	2.3	1.3-4.2	0.005
Parésie	1.9	1.4-2.6	0.001
Langage	1.5	1.1-2.1	0.01

Critères prédictifs

Le score ABCD: Prédiction du risque d'AVC à 7 jours

	<u>Points</u>
✓ <u>A</u> ge ≥ 60	1
✓ <u>B</u> lood pressure $\geq 140/90$	1
✓ <u>C</u> linical features	
✓ Unilateral weakness	2
✓ Speech disturbance without weakness	1
✓ <u>D</u> uration of symptoms	
✓ $> 10 \text{ min} < 59 \text{ min}$	1
✓ $\geq 60 \text{ min}$	2
✓ Risque	
Score $< 5 = 0.4\%$ de risque	
Score à 5 = 16% de risque	
Score à 6 = 35% de risque	

Elements prédictifs cliniques

Signes sensitifs récidivants = Bénins

Johnston C et al. Neurology 2004;62:2015-2020.

Variable	n (%)	Stroke risk (%)
Overall	1,707 (100)	11
Duration \leq 10 min	266 (16)	5
Multiple TIAs	452 (26)	11
Absence of diabetes	1,375 (81)	9
Isolated sensory symptoms	161 (9)	4
And duration \leq 10 min	30 (2)	0
And multiple TIAs	60 (4)	2
And absence of diabetes	140 (8)	3
Isolated visual symptoms	26 (2)	0

Signes sensitifs
ou sensoriels,
brefs,isolés
=
bénins

Score ABCD²

0-3

34 % des patients

AVC

- 1,0% à J2
- 1,2% à J7
- 3,1% à M3

1/32

4-5

45 % des patients

AVC

- 4,1% à J2
- 5,9% à J7
- 9,8% à M3

6-7

21 % des patients

AVC

- 8,1% à J2
- 11,7% à J7
- 17,8% à M3

1/5

ABCD² Score

	Oui	Non
Age \geq 60 ans	1	0
TA \geq 140/90	1	0
Déficit moteur	2	0
Aphasie isolée	1	0
Durée 10'-59'	1	0
Durée \geq 60'	2	0
Diabète	1	0

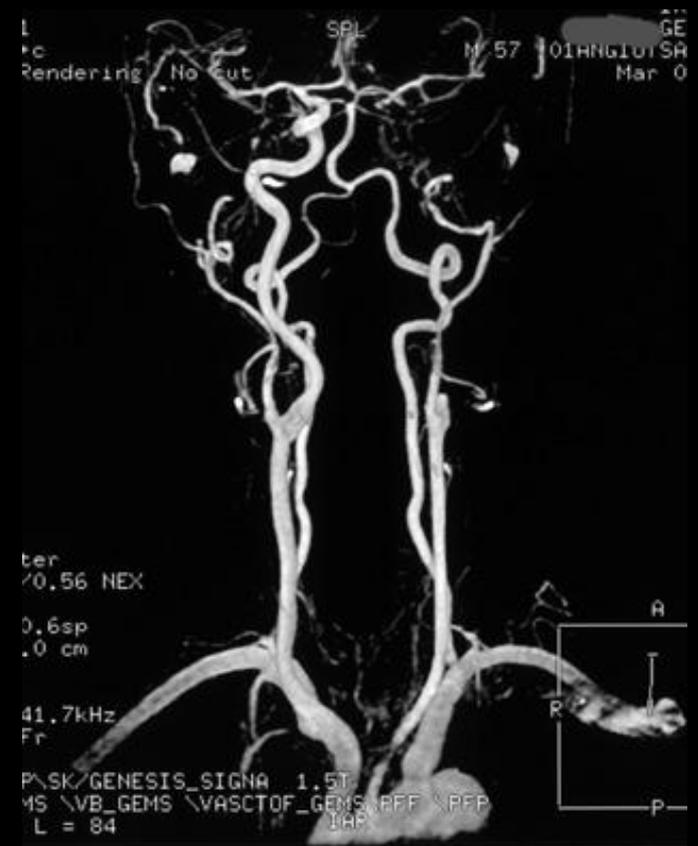
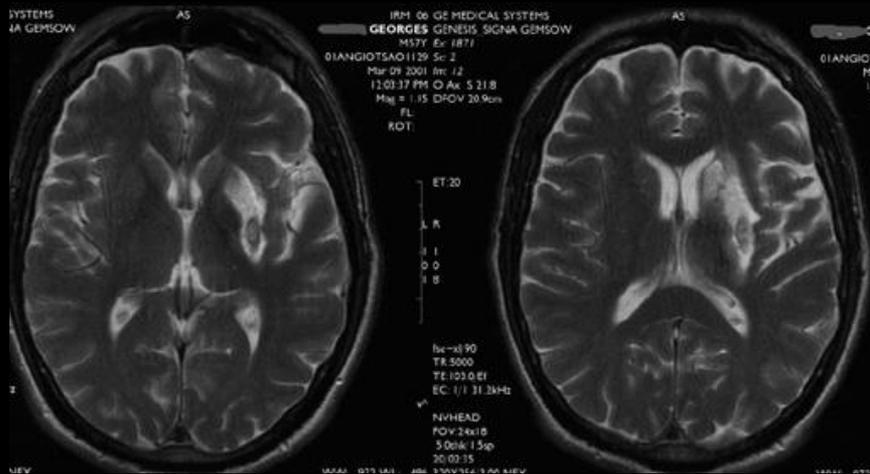
Score $>$ 5

=

Risque élevé

Mr M. 57 ans

- ✓ Aucun antécédent
- ✓ Baisse brutale de l'acuité visuelle de l'œil gauche
- ✓ Le lendemain, hémiparésie droite et aphasie brutale
- ✓ Scanner cérébral réalisé à la 5ème heure normale



Les critères paracliniques



- ✓ L'ECG
- ✓ Le scanner cérébral
- ✓ L'IRM
- ✓ L'évaluation des vaisseaux
 - ✓ ETSAO
 - ✓ Angioscanner
 - ✓ ARM

Le scanner cérébral

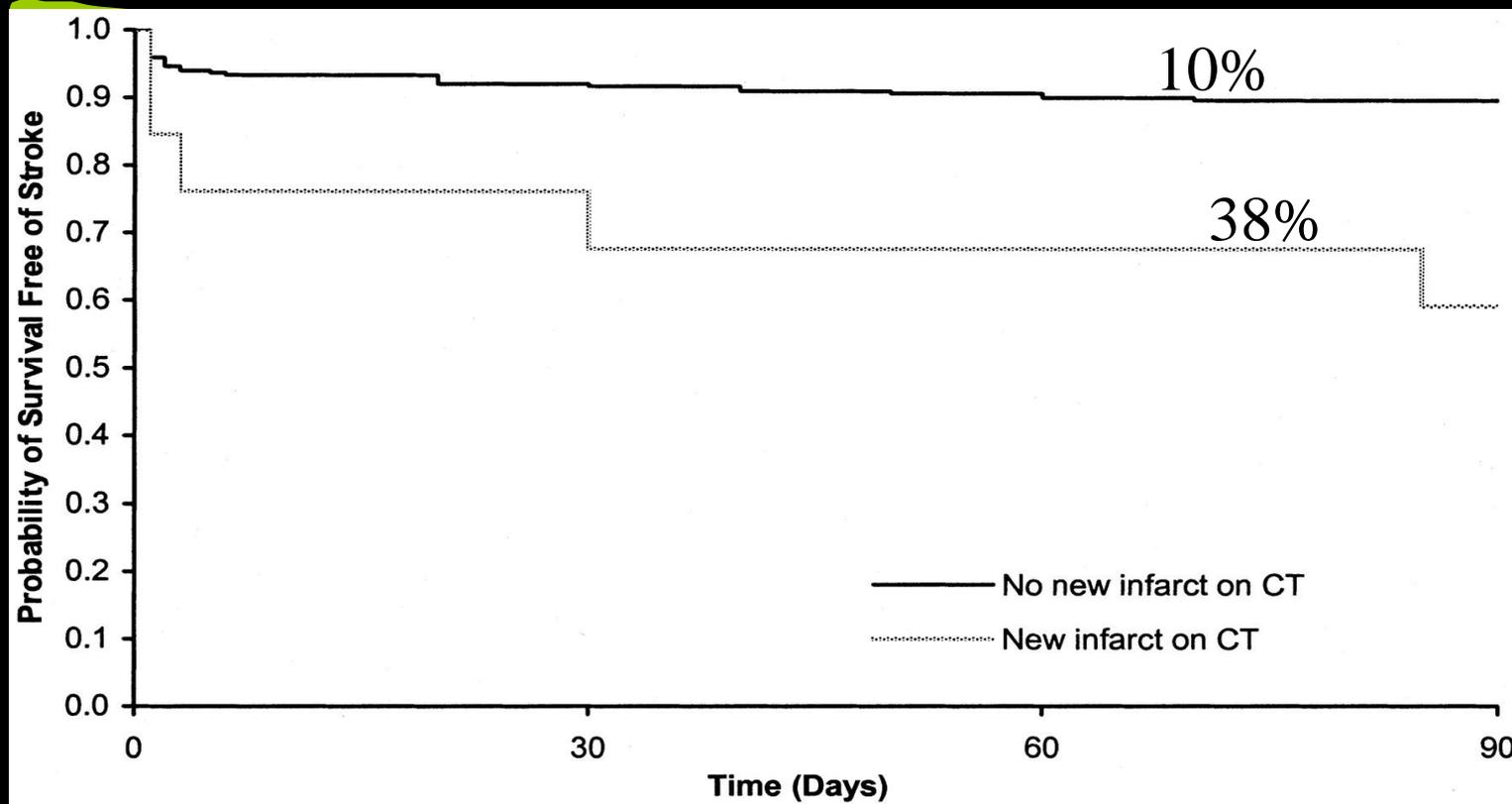
Sur une population d'AIT explorés par scanner cérébral

4% (13/322) infarctus sur le scanner

Risque d'AVC plus élevé en cas d'infarctus

Stroke. 2003 Dec;34(12):2894-8.

Kaplan-Meier life-table analysis of survival free from stroke for patients with (dotted line) and without (solid line) new infarct on head CT



L'IRM

Kidwell C et al. Stroke 1999; 6:1174-1180.

Coutts SB et al. Annals of Neurology 2005;57:848-854

Krol A et al. Stroke 2005

40-60% des AIT ont une lésion ischémique en diffusion

Facteurs prédictifs d'une lésion en diffusion

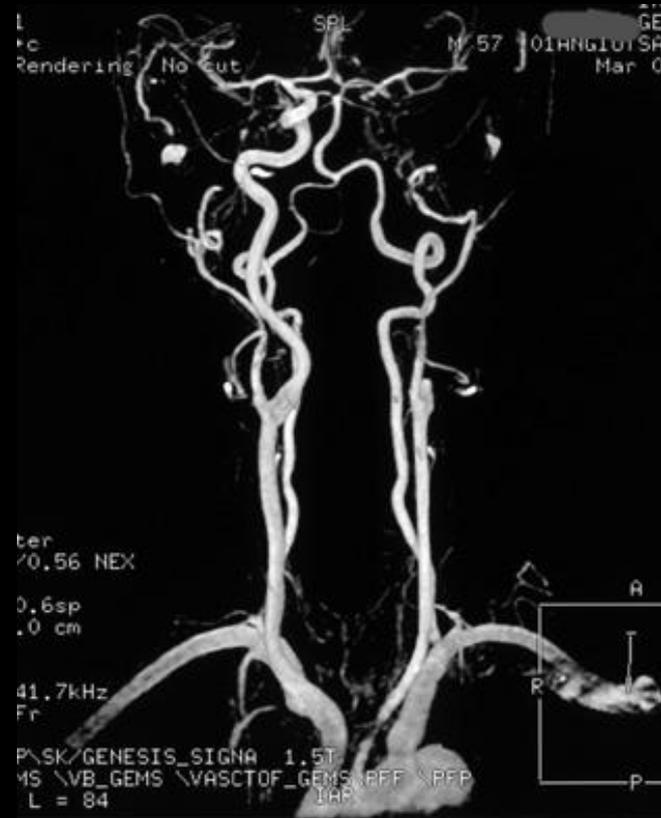
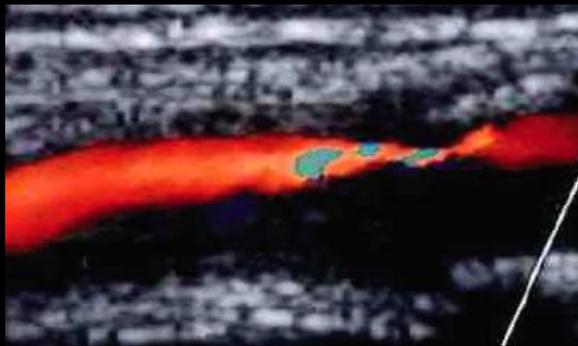
- Durée des symptômes > 1 heure
- Déficits moteurs
- Aphasie



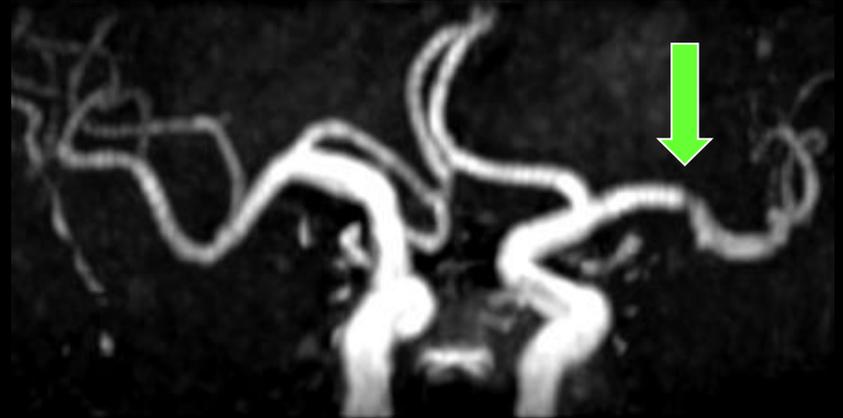
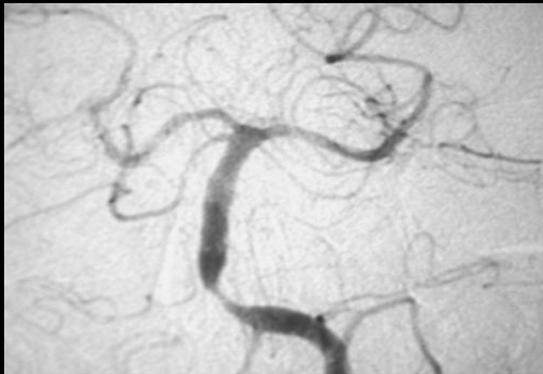
AIT+ lésion en diffusion = risque élevé d'AVC

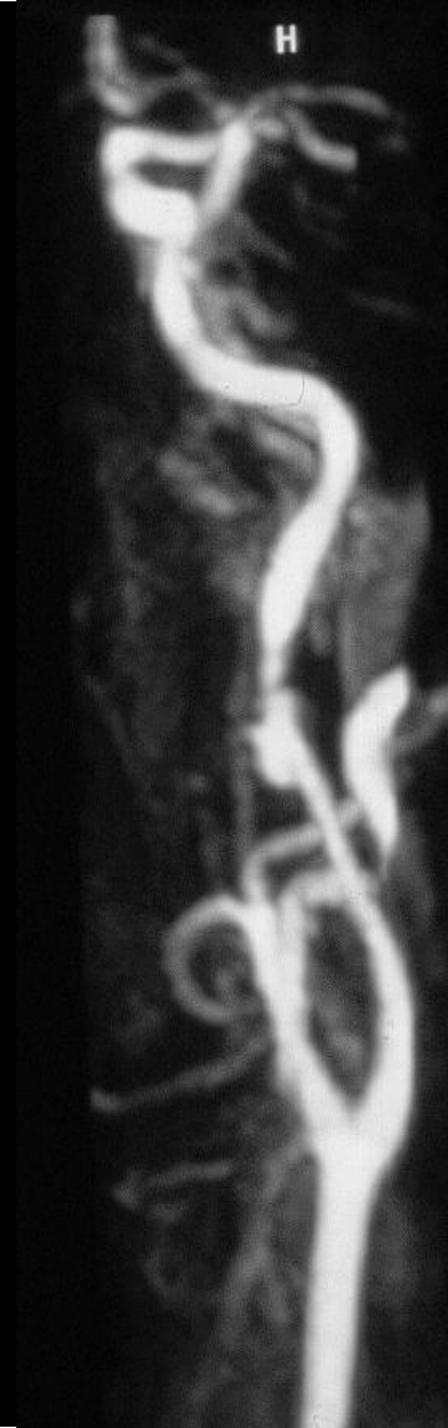
L'imagerie des vaisseaux





➤ Lésions à très haut risque hémodynamique





Traitement des AIT

- ✓ Antithrombotiques
 - ✓ Antiagrégants plaquettaires
 - ✓ Anticoagulants
 - ✓ FA
 - ✓ Dissection carotide
- ✓ Endartérectomie carotide
 - ✓ Sténose symptomatique > 50%
- ✓ En cas d'AIT hémodynamique
 - ✓ Décubitus strict
 - ✓ Maintien chiffres TA

Doit-on hospitaliser tous les AIT?

➤ Critères HAS, 2004

L'hospitalisation en service spécialisé est recommandée :

- si elle permet d'obtenir plus rapidement les examens complémentaires ;
- en cas d'AIT récidivants et récents et d'AIT survenant sous traitement antiagrégant plaquettaire ;
- si le terrain le justifie (comorbidité, âge, isolement social).

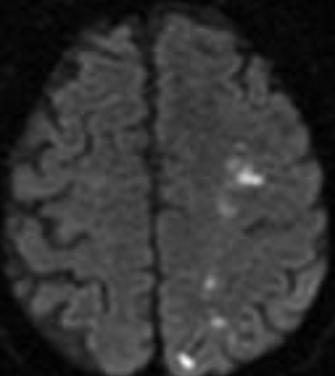
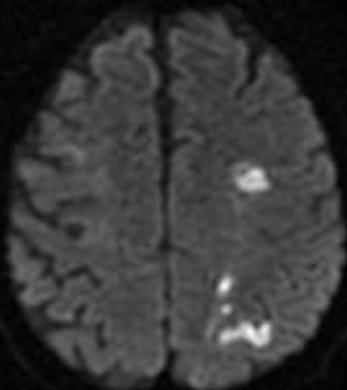
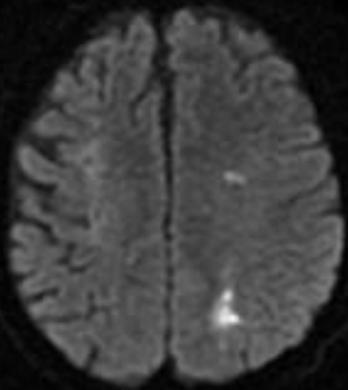
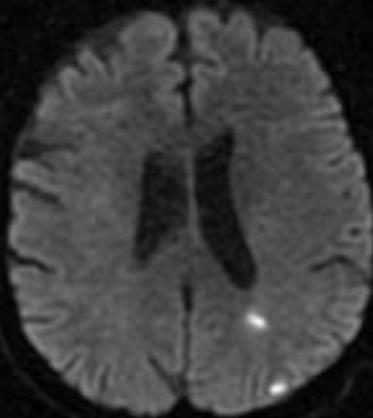
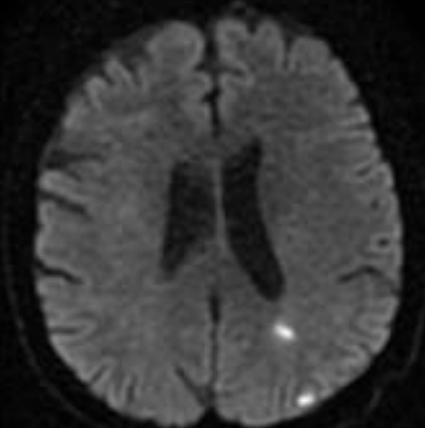
➤ Circulaire ministérielle Mars 2007:

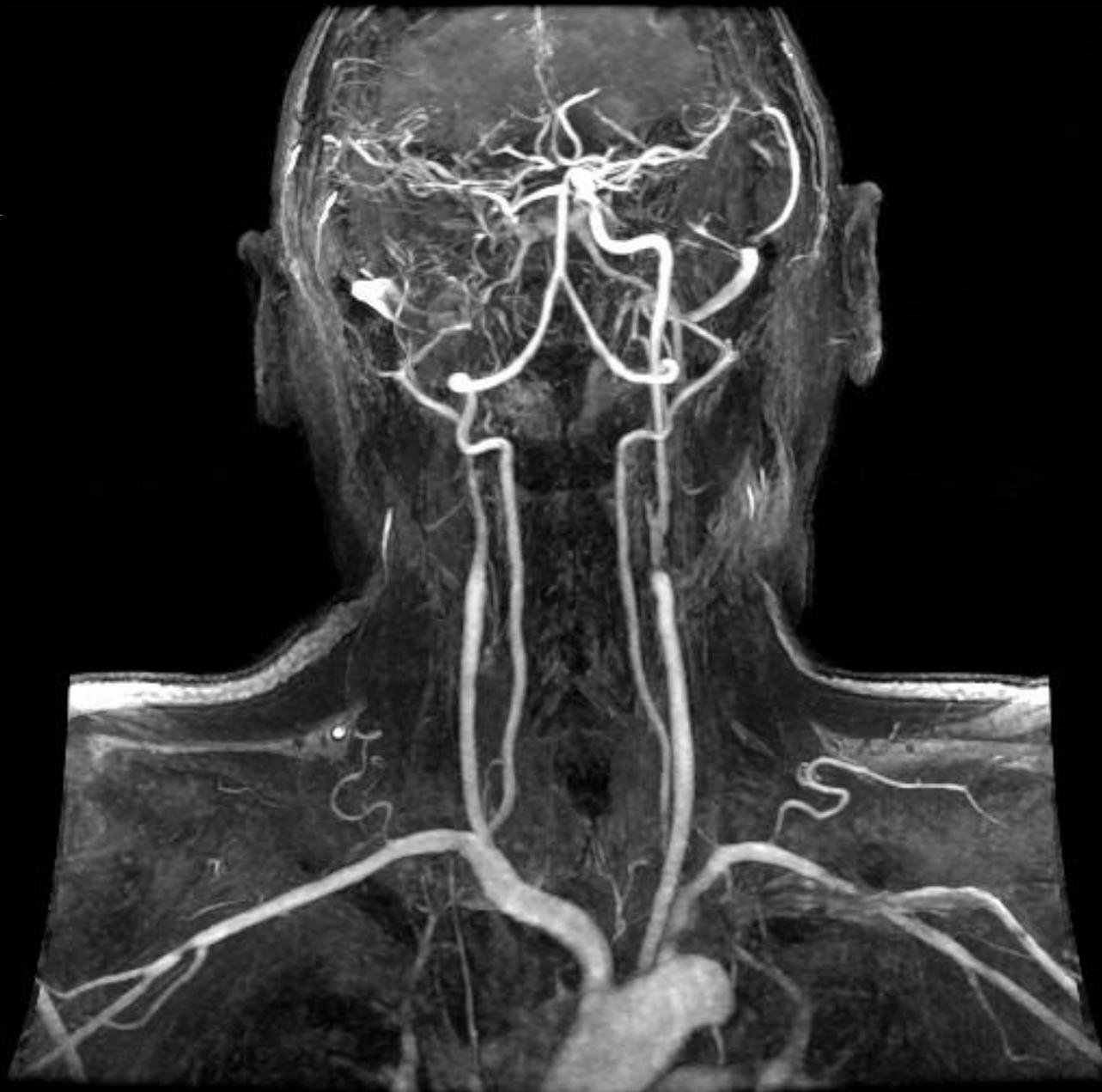
La circulaire ministérielle de mars 2007 propose que l'AIT soit surveillé comme un AVC grave : « l'unité neuro-vasculaire assure la prise en charge, à la phase initiale de leur maladie, (...) **sans discrimination d'âge, de gravité ou de nature** ». En France, en 2005, les AIT représentent plus de 36 000 séjours à l'hôpital et la durée moyenne des séjours s'élève à 6,2 jours.

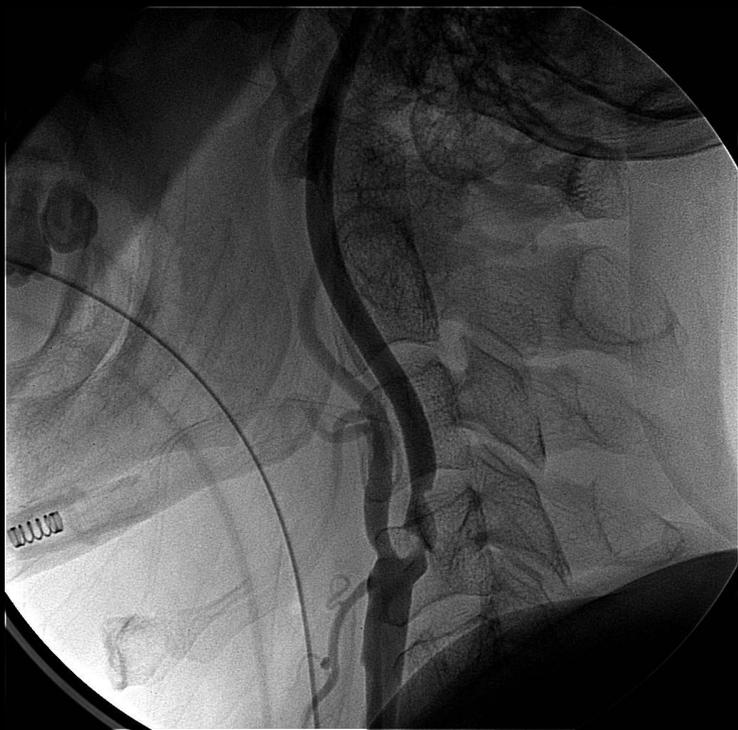
Mr B.59 ans



- ✓ Antécédents
 - ✓ Diabète non insulino dépendant traité
 - ✓ Tabac 2 paquets par jour 70 paquets/années
 - ✓ Dyslipidémie
- ✓ Histoire
 - ✓ 8 mars: manque du mot, difficultés au téléphone
 - ✓ 11 mars: consultation Médecin Traitant puis UNV
- ✓ Examen clinique normal
- ✓ TA: 160/90
- ✓ ECG: sinusal
- ✓ Glycémie: 1,77 g/l







Ordonnance de sortie



- ✓ Antiagrégation plaquettaire
- ✓ Anti hypertenseurs (objectif TA < 130/90)
- ✓ Statines (Objectif LDLc \leq 1 g/L)
- ✓ Sevrage tabagique
- ✓ Equilibre du diabète

✓ Mme B. 31 ans, surpoids

✓ 21h30

- ✓ Céphalées, troubles visuels, paresthésies hémicorps droit
- ✓ TDM normal
- ✓ Sortie autorisée

✓ 1h30

- ✓ A la sortie de l'hôpital
- ✓ Chute, hémiparésie droite, vomissements
- ✓ Omnubilation

DFOV 10.3 cm
STND/+
450/1

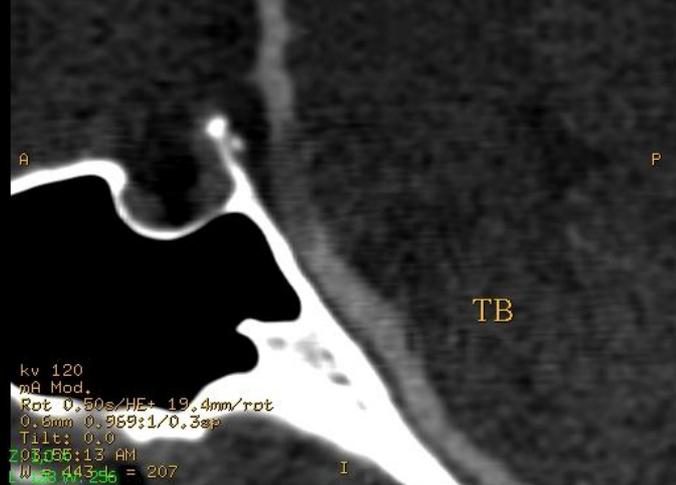


Clr C of W 1
Shutter 10.4 cm
kv 120
mA Mod.
Rot 0.50s/HE+ 19.4mm/rot
0.6mm 0.969:1/0.3sp
Tilt: 0.0
Z03:05:13 AM
W 443.26 = 207

Screen Size -87.0

DoB: Jun 04 1977
Ex: Jul 06 2008

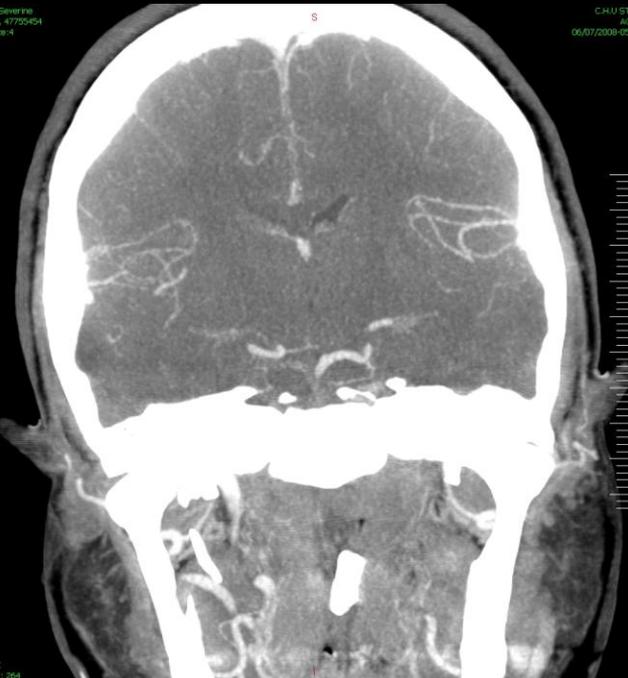
DFOV 7.2 cm
STND/+
450/3



kv 120
mA Mod.
Rot 0.50s/HE+ 19.4mm/rot
0.6mm 0.969:1/0.3sp
Tilt: 0.0
Z03:05:13 AM
W 443.26 = 207

BURAU Severina
0317, F: 47750494
451-Slice 4
MRP

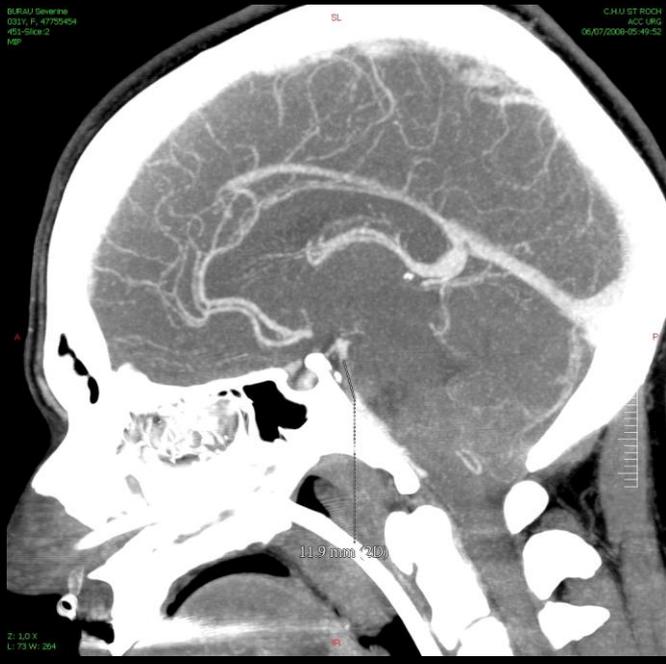
CHUSTR00H
ACC URG
06/07/2008 09:51:04



Z: 1.0 X
L: 73 W: 264

BURAU Severina
0317, F: 47750494
451-Slice 2
MRP

CHUSTR00H
ACC URG
06/07/2008 05:49:52



Z: 1.0 X
L: 73 W: 264

