

AIT : une urgence neurovasculaire

Dr Lucie Cabrejo
Service de neurologie Hôpital Bichat
Responsable médicale UTEP ENVOL

SFNV 2021

Le cerveau est l'organe le plus important dans votre corps

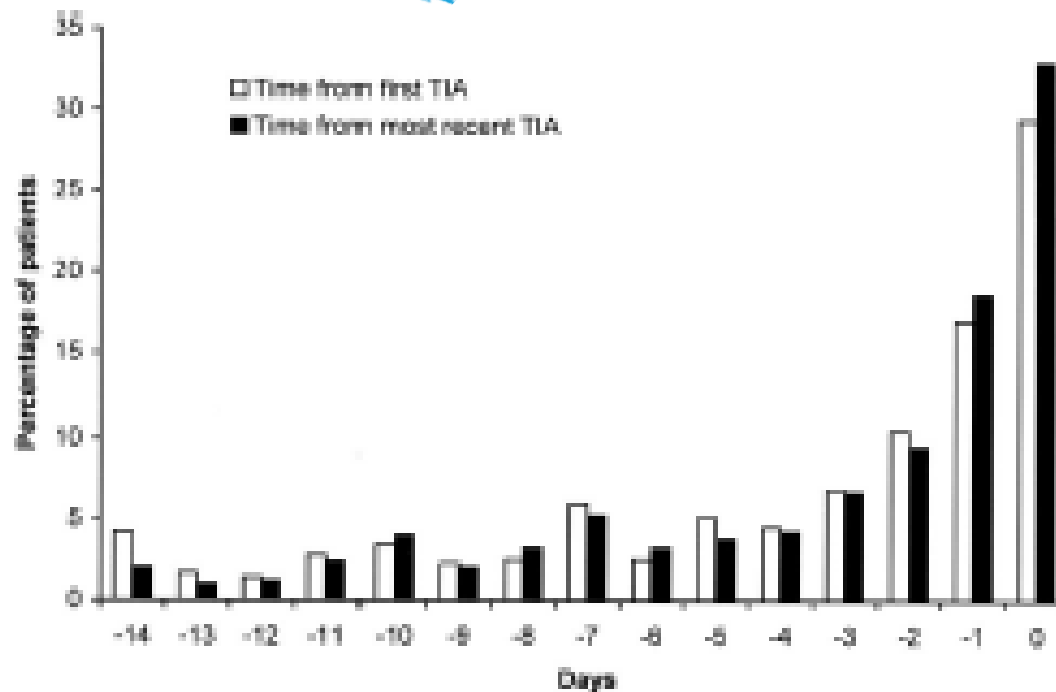


Selon le cerveau.

Retrouvez des milliers d'images drôles et étonnantes du net sur 9BLAGUE.COM ©

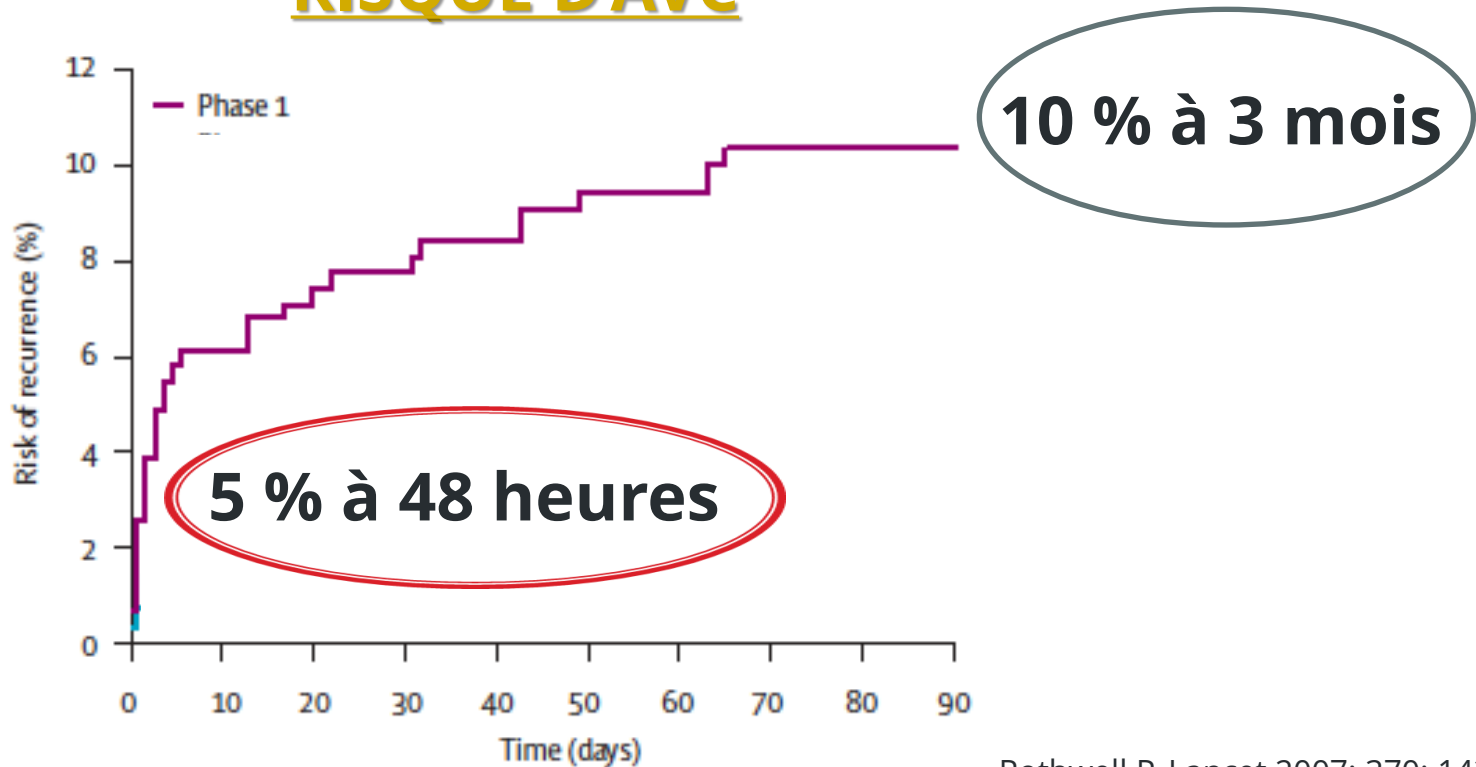
23 % des AIC sont précédés d'un AIT
Dont 50 % la semaine précédente

PEUT-ON PREVENIR ?



AIT : syndrome de menace cérébrovasculaire

RISQUE D'AVC



Rothwell P. Lancet 2007; 370: 1432-42

Quelle stratégie ?

1. Est-ce un AIT ?
2. Quelle est la cause ?
3. Quel est son risque ?
4. Quel traitement ?

UN DIAGNOSTIC DIFFICILE

- Présentations cliniques variées
- Diagnostic d'**interrogatoire**
- Diagnostics différentiels multiples
- 50 % des patients adressés pour AIT ont une autre pathologie

Un déficit neurologique transitoire n'est pas toujours un AIT

- Tout déficit neurologique transitoire **focal**, d'apparition **brutale** et compatible avec un territoire artériel peut être un AIT
- Durée
- Les symptômes vont dépendre de l'artère obstruée par le **CAIT**

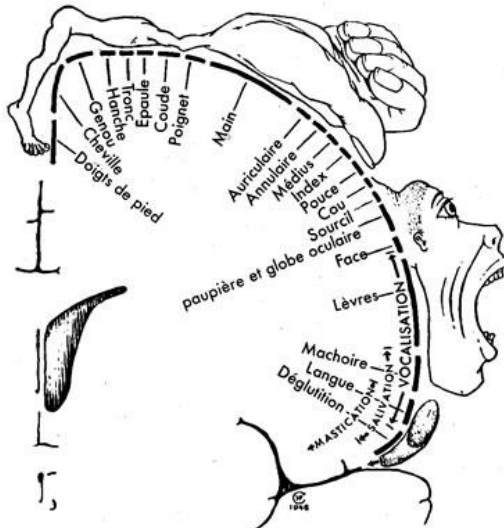
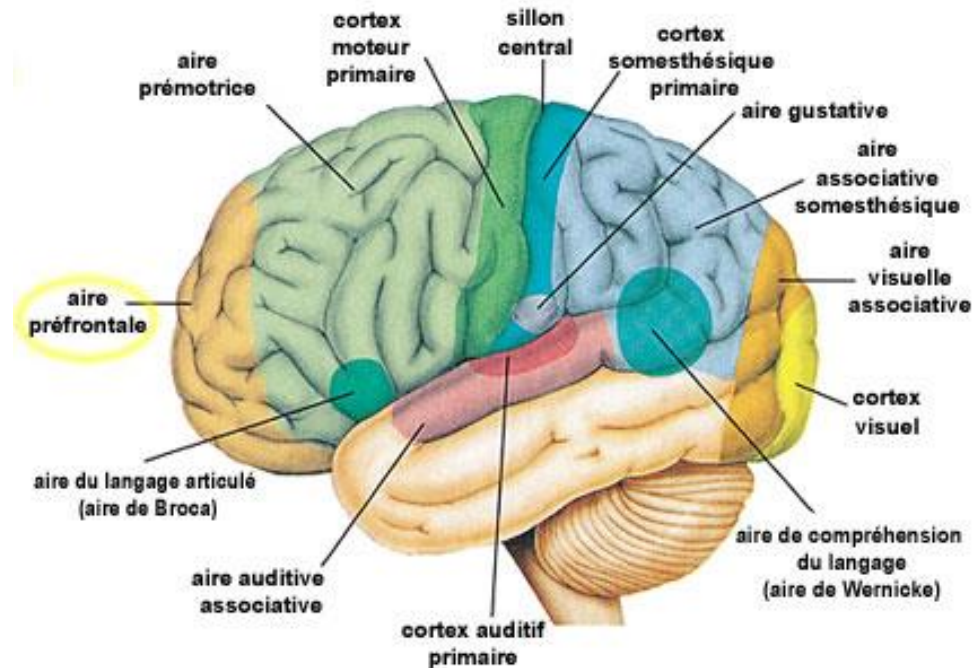


Figure 150 Δ

Homunculus moteur (Penfield et Rasmussen, 1957, p.57, figure 22)



AIT : QUELS SYMPTÔMES ?

AIT CAROTIDIENS

Cécité monoculaire transitoire
Troubles moteurs unilatéraux
Troubles sensitifs unilatéraux
Troubles du langage
Hémianopsie
Dysarthrie



Atypique :
Amnésie
Perte de connaissance
Céphalée

AIT VERTEBRO-BASILAIRES

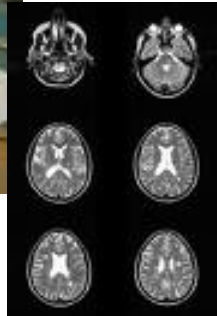
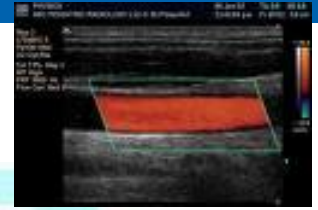
Troubles moteurs uni ou bilatéraux
Troubles sensitifs uni ou bilatéraux
Perte de la vision dans un ou dans les 2 champs visuels
Ataxie avec troubles de l'équilibre, vertige
Diplopie

Dysarthrie

UTEP Hôpitaux Bichat Beaujon L.Mourier Bretonneau

Quel bilan en urgence ?

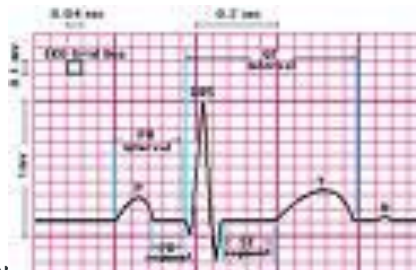
Bilan artériel



Imagerie cérébrale



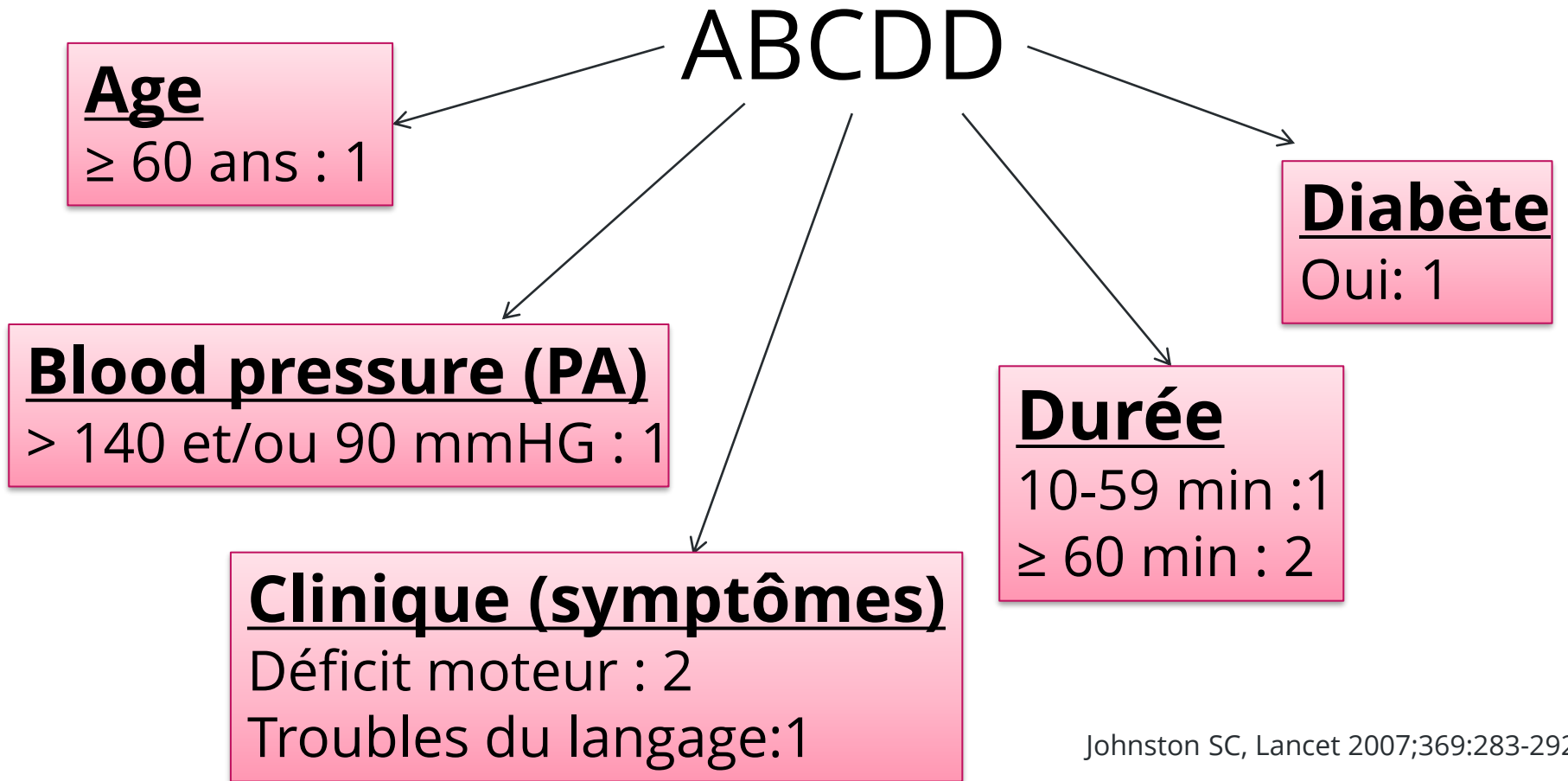
Bilan biologique



Nord
ité

Quel risque ?

Le score clinique: ABCD2



Johnston SC, Lancet 2007;369:283-292

Score ABCD²

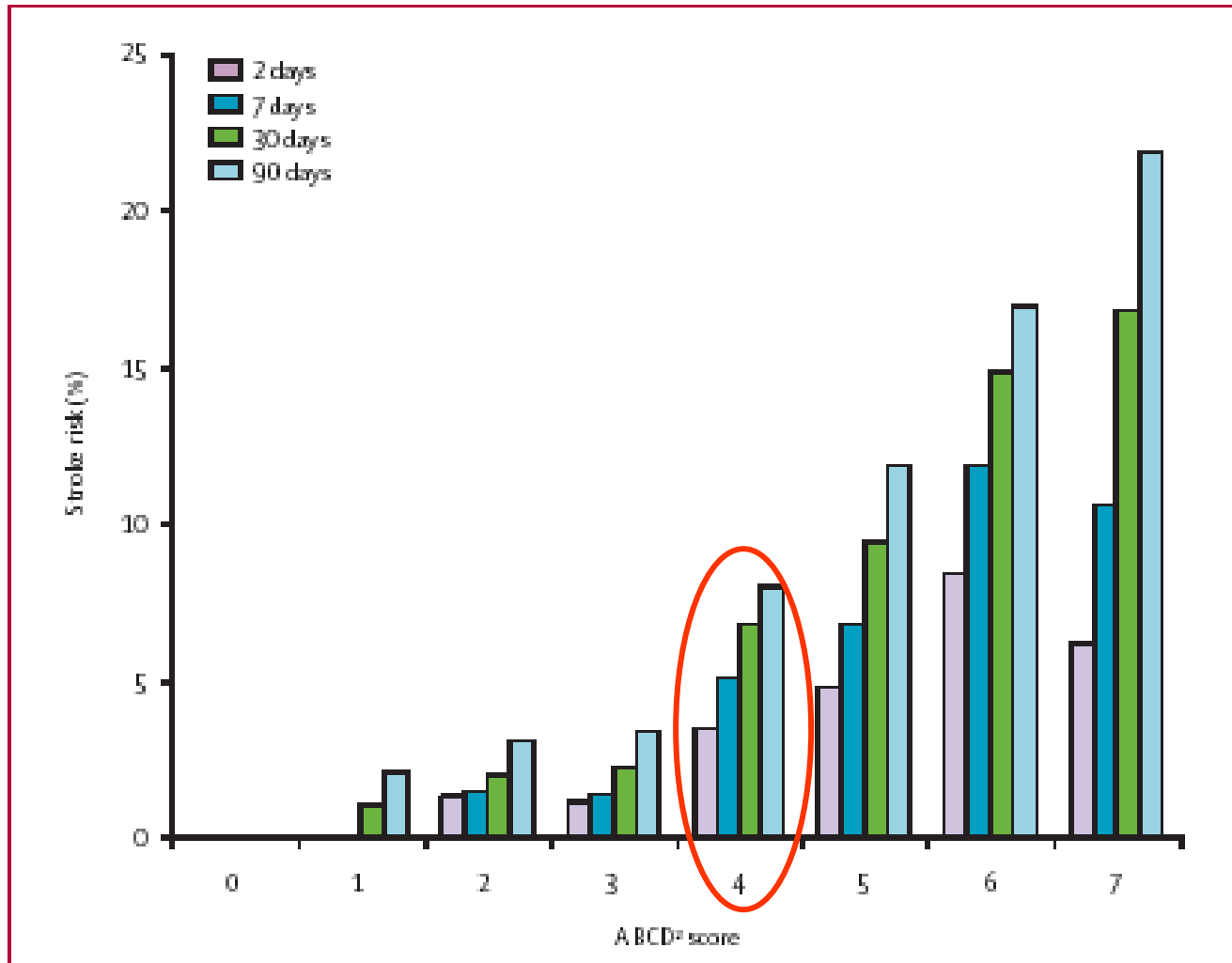


Figure: Short-term risk of stroke by ABCD² score in six groups combined (n=4799)

Les limites du score ABCD2

	ABCD ² < 4 N = 697	ABCD ² ≥ 4 N = 497
Cause à haut risque de récurrence	20 %	31,6 %

Amarenco P. Stroke. 2009;40:3091-3095

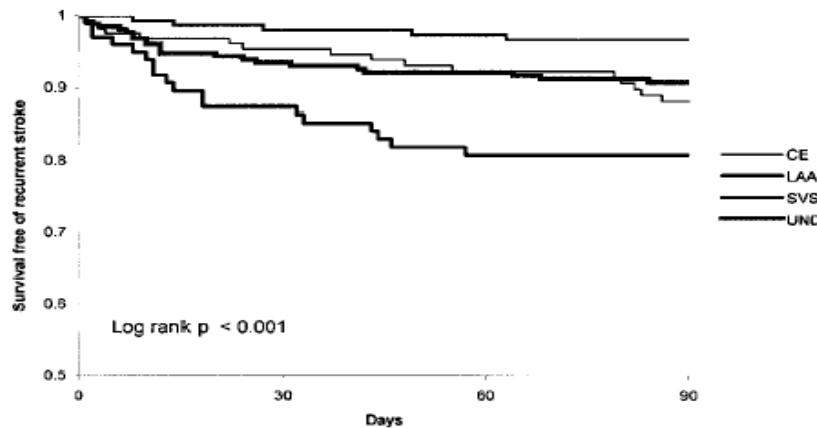
**Score pragmatique à l'usage des non spécialistes
pour la gestion du flux des patients dans un
système à offre de soin limitée.**

Facteur prédictif d'IC : La cause

Les AIC liés à l'athérosclérose et CE sont les plus à risque

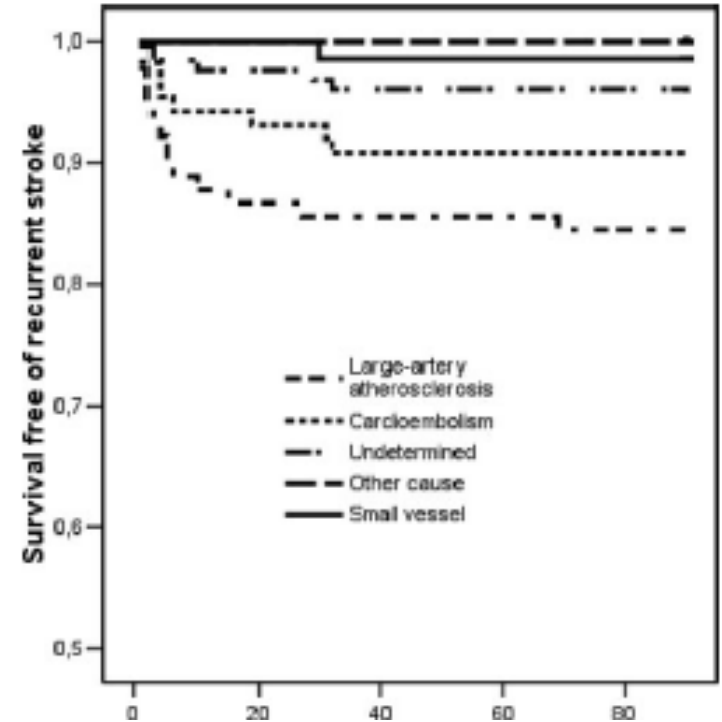
Purroy, Stroke 2007;

Lovett JK Neurology 2004



Actuarial recurrent stroke risks (95% CI)

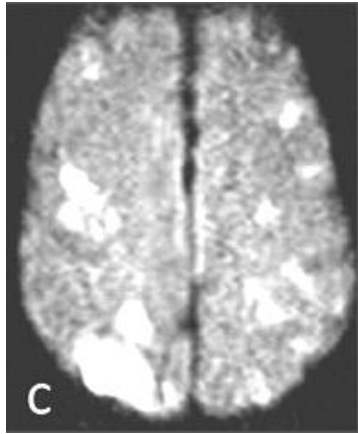
	At 7 days	At 1 month	At 3 months
SVS	0%	2.0% (0-4.2)	3.4% (0.5-6.3)
CE	2.5% (0.1-4.9)	4.6% (1.3 - 7.9)	11.9% (6.4-17.4)
UND	2.3% (0.5-4.1)	6.5% (3.4-9.6)	9.3% (5.6-13.0)
LAA	4.0% (0.2-7.8)	12.6% (5.9-19.3)	19.2% (11.2 - 27.2)



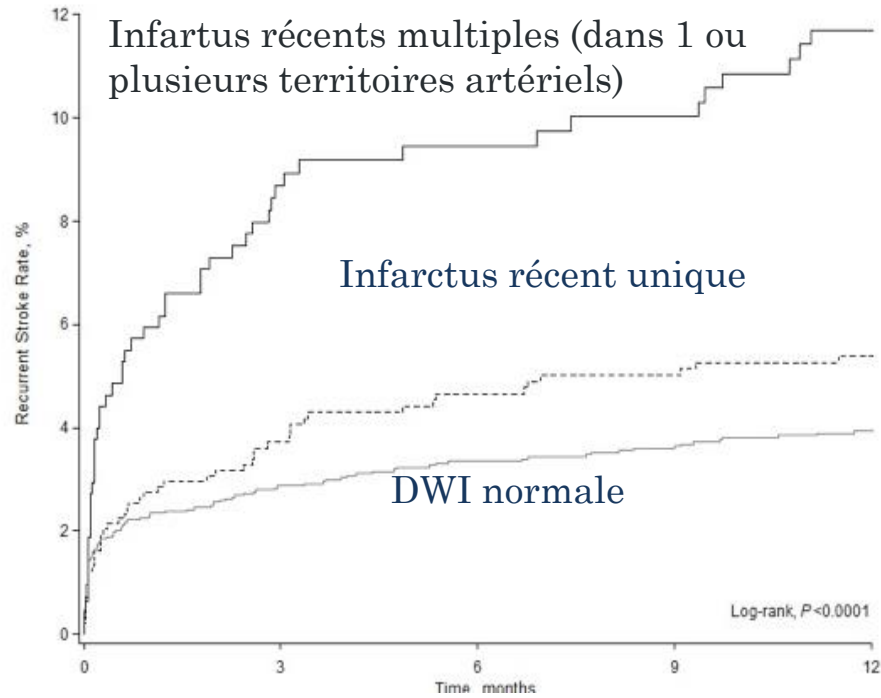
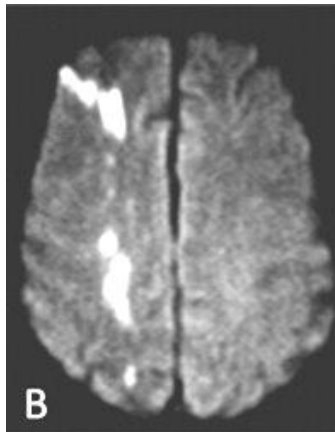
A 3 mois

SVD	1.5 %
CE	11.5 %
UND	4.7 %
LAA	20 %

AIT : QUELS SONT LES SUJETS LES PLUS A RISQUE ? DWI POSITIVE



OU



En pratique ça nous incite à :

- **Considérer tout AIT à risque, même si ABCD bas : ALERTE AIT**
- **Bien entendu si ABCD élevé : argument supplémentaire pour une hospitalisation.**
- **Faire systématiquement une IRM séquence diffusion si DWI positive argument pour hospitalisation**
- **si cause athéromateuse mise en évidence: argument pour une hospitalisation**

Quel traitement ?

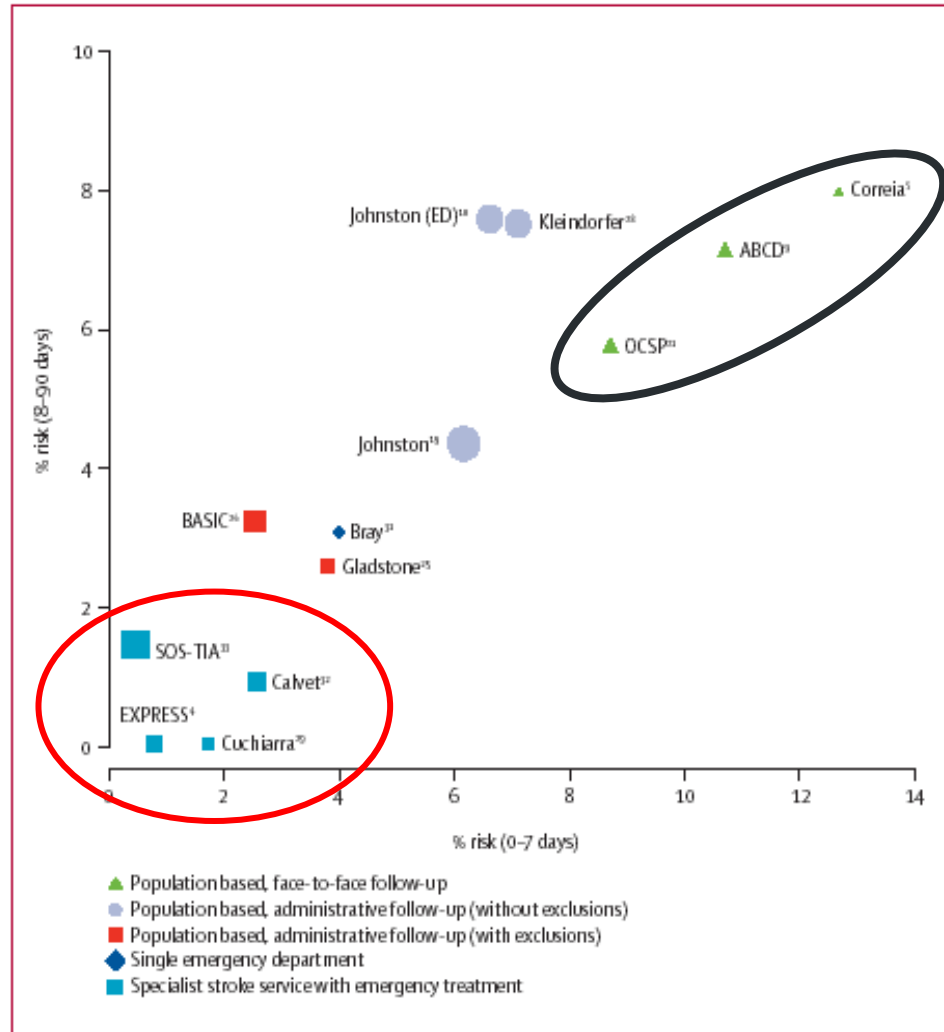
Traitement en urgence

Repose sur les antithrombotiques

- **A débiter immédiatement**
- **Traitement antithrombotique à adapter à la cause**
 - AIT cardio-embolique : Anticoagulation immédiate
 - AIT non cardio-embolique
 - ❖ Biantiagrégation ASA + Clopidogrel ou ASA + ticagrelor
 - ❖ 7 jours, 15 jours , 21 jours ?
 - ❖ ASA au long cours
- **Sténose > 70 % de la carotide interne** : Endartériectomie < 7 jours

AIT : EFFICACITÉ D'UNE PRISE CHARGE SPÉCIALISÉE EN URGENGE

Prise en charge urgente spécialisée
 =
 Risque d'IC à 7j
 1 à 2 %



Prise en charge non urgente
 =
 Risque d'IC à 7j
 6 à 8 %

**Prise en charge dans une
clinique AIT = réduction du
risque d'AVC de **80 %****