

# Prise en charge d'un Accident Ischémique Transitoire (AIT)

## Définition

Episode bref de dysfonction neurologique dont les symptômes cliniques durent typiquement *moins d'une heure et sans évidence d'un infarctus cérébral sur l'imagerie* – **C'est un syndrome de menace cérébro-vasculaire.**

**Le risque d'infarctus cérébral constitué après un AIT est élevé et précoce : 5% à 48 heures et de 10 % à 3 mois.**

## Démarche diagnostique devant un déficit neurologique transitoire :

- Est ce que c'est un AIT ?
- Quelle est sa cause ?
- Quel est le risque d'infarctus cérébral ?
- Quel traitement ?

## Manifestations ne devant pas faire évoquer un AIT

- **Symptômes non focaux**
  - altération de la conscience isolée ;
  - perte de connaissance ;
  - sensation de tête vide ;
  - étourdissement isolé ;
  - faiblesse généralisée ;
  - lipothymie ;
  - amnésie ;
  - confusion mentale isolée ;
  - perte de la vision associée à une baisse de la vigilance ;
  - incontinence urinaire ou fécale ;
  - acouphènes ;
  - scotomes scintillant ;
  - trouble aigu du comportement
- **Progression des symptômes (notamment sensitifs) selon une évolution intéressant plusieurs parties du corps.**

## AIT possible si

L'un des symptômes suivants s'il est isolé\* :

- vertige ;
- dipopie ;
- trouble de la déglutition (dysphagie) ;
- dysarthrie isolée ;
- perte de l'équilibre ;
- symptôme sensitif ne touchant qu'une partie d'un membre ou de la face ;
- drop attacks.

\* L'association de ces symptômes permet de poser le diagnostic d'AIT probable.

## AIT probable si

Installation rapide, habituellement en moins de 2 minutes, de l'un ou de plusieurs des symptômes suivants :

**Symptômes évocateurs d'un AIT carotidien :**

- cécité monoculaire ;
- troubles du langage (aphasie) ;
- troubles moteurs et/ou sensitifs unilatéraux touchant la face et/ou les membres.

**Symptômes évocateurs d'un AIT vertébro-basilaire :**

- troubles moteurs et/ou sensitifs bilatéraux ou à bascule d'un épisode à l'autre, touchant la face et/ou les membres ;
- perte de vision dans un hémichamp visuel homonyme (hémianopsie latérale homonyme) ou dans les 2 hémichamps visuels homonymes (cécité corticale).

## Bilan étiologique à réaliser dans les 24 heures → 3 examens :

- 1. Angio-IRM ou Angio-Scanner** si contre indication à l'IRM ou IRM non disponible
- 2. Echodoppler des artères extracrâniennes et intracrâniennes.**
- 3. ECG en urgence** recherche une arythmie cardiaque, une ischémie myocardique.
  - Echo cardiaque différée, mais en urgence si suspicion d'endocardite, thrombus sur valve mécanique, dissection aortique.
  - Surveillance télémétrique si hospitalisation.
  - Holter-ECG à réaliser en externe à la recherche d'une FA.
  - Bilan biologique : NFS, plaquettes, ionogramme, glycémie, TP, TCA, fibrinogène, CRP, recherche cause AIT : trouble coagulation, hémopathie ou angéite, ou troubles ioniques responsables de troubles neurologiques transitoires non ischémiques.

## Imagerie cérébrale à réaliser dans les 24 heures suivant le début des symptômes.

### Indispensable :

- permet d'établir le diagnostic d'AIT versus infarctus cérébral constitué ;
- éliminer certains diagnostics différentiels (tumeur, sclérose en plaque...)
- donner des informations sur l'étiologie de l'AIT.

**L'IRM cérébrale** (diffusion, FLAIR et écho de gradient) **est l'examen à privilégier.**

Si indisponible scanner afin d'éliminer un AVC hémorragique puis IRM dans un second temps.

Dans 70 % des cas l'IRM est normale alors que les patients ont eu des signes neurologiques transitoires.

Quels patients hospitalisés : évaluation du pronostic par le Score ABCD2

Paramètres cliniques		Points
<b>A</b> - Age - Age	≥ 60 ans	1
	< 60 ans	0
<b>B</b> - Blood pressure Pression artérielle	PAS > 140 mmHg ou PAD ≥ 90 mmHg*	1
	Autre	0
<b>C</b> - Clinical features Caractéristiques cliniques	Déficit moteur unilatéral	2
	Trouble de la parole** sans déficit moteur	1
	Autre	0
<b>D</b> - Duration of symptoms Durée des symptômes	60 minutes	2
	10-59 minutes	1
	< 10 minutes	0
<b>D</b> - Diabetes Diabète	Présent***	1
	Absent	0
Total maximum		7

\* ou traitement anti-hypertenseur en cours ; \*\*dysarthrie ou aphasie ; \*\*\* traitement antidiabétique en cours

**Si score ABCD2 ≥ 4 faire attention discuter une hospitalisation et si < 4 explorer le patient.**

**Dans 70 % des cas l'IRM est normale alors que les patients ont eu des signes neurologiques transitoires.**

## Les causes – 3 causes les plus fréquentes:

1. Maladie des petites artères (artères microscopiques chez les patients âgés).
  2. Maladie des grosses artères : athérosclérose.
  3. Fibrillation atriale.
- Autre cause : dissection cervicale (chez le sujet jeune) syndrome de Claude Bernard

## Traitement

**Si AIT cardio-embolique par fibrillation atriale** traitement anticoagulant immédiat.

**Si AIT non cardio-embolique :** traitement antiagrégant plaquettaire d'aspirine (250 mg intraveineux ou *per os*) devra être administrée.

Ne pas faire baisser la TA en phase aiguë sauf si PAS > 220 mmHg et/ou PAD > 120 mmHg.