

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*

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

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 intéressante plusieurs parties du corps.*

AIT possible si

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

- vertige ;
- diplopie ;
- 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).

Quels patients hospitalisés : évaluation du pronostic par le Score ABCD2

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

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

Score ABCD2 ≥ 3 = hospitalisation.

Les autres patients devant bénéficier du bilan étiologique de l'AIT dans la semaine.

L'étiologie de l'AIT est un facteur prédictif d'AVC précoce : sténose carotidienne homolatérale > 50 %, sténose intra-crânienne, fibrillation atriale ou autre pathologie cardio-embolique → hospitalisation même si score ABCD2 < 3.

Diagnostic étiologique - 2 mécanismes

- Occlusion artérielle par embolie d'origine cardiaque ou artérielle avec un fragmentation rapide du thrombus.
- Bas débit transitoire en aval d'une sténose artérielle.

Les causes les plus fréquentes:

- athérosclérose des vaisseaux du cou;
- lacunes cérébrales;
- embolies cardiaques;
- dissection cervicale (chez le sujet jeune).

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.

Bilan étiologique à réaliser dans les 24 heures selon les disponibilités locale :

- Angio-IRM ou
- Angio-Scanner ou
- Echodoppler des troncs supra-aortiques.
- 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.

Traitement

Si hémorragie cérébrale écartée par l'imagerie, une dose d'aspirine (250 mg intraveineux ou *per os*) devra être administrée. Une étude récente (1) a démontré l'intérêt d'associer à l'aspirine une dose de charge de 300 mg de clopidogrel et de poursuivre l'association aspirine-clopidogrel pendant un mois chez les patients à haut risque d'infarctus cérébral et dont l'étiologie de l'AIT est probablement athéromateuse, puis aspirine seul ou Clopidogrel seul si diabétique ou polyvasculaire.

Si fibrillation atriale traitement anticoagulant .

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

(1) Wang Y. Clopidogrel with aspirin in acute minor stroke or transient ischemic attack. N Engl J Med, 2013, Jul 4 ; 369 : 11-9.