

ENJEUX D'UNE PRISE EN CHARGE RAPIDE D'AIT

*Réunion REULIAN
20 Octobre 2016*

**Dr. Doina MARINESCU
UNV - CHU Saint-Etienne**

AIT

- **AIT** = épisode bref de dysfonction neurologique dû à une ischémie focale cérébrale ou rétinienne, dont les symptômes cliniques durent typiquement moins d'une heure, sans preuve d'infarctus aigu » HAS 2007

Mr C - homme 74 ans

- HTA, dyslipidémie, tabagisme 30 PA (sevré depuis juillet 2016)
- Traitement à domicile: EXFORGE 80/5 mg 1 cp le matin,
TAHOR 10 mg 1 cp le soir

- 17h: vertiges rotatoires, instabilité à la marche avec tendance de déviation vers la gauche par un « lâchage » du membre inférieur gauche et des troubles de l'élocution;
- amélioration à l'arrivée des Pompiers

- 18h15 – aux Urgences: asymptomatique NIHSS = 0
ECG – RS
TA 160/80 mm Hg

Quelle CAT en urgence?

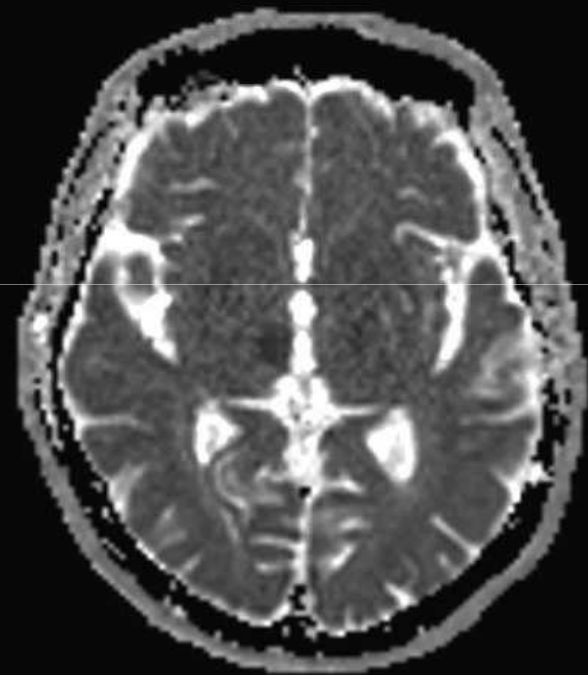
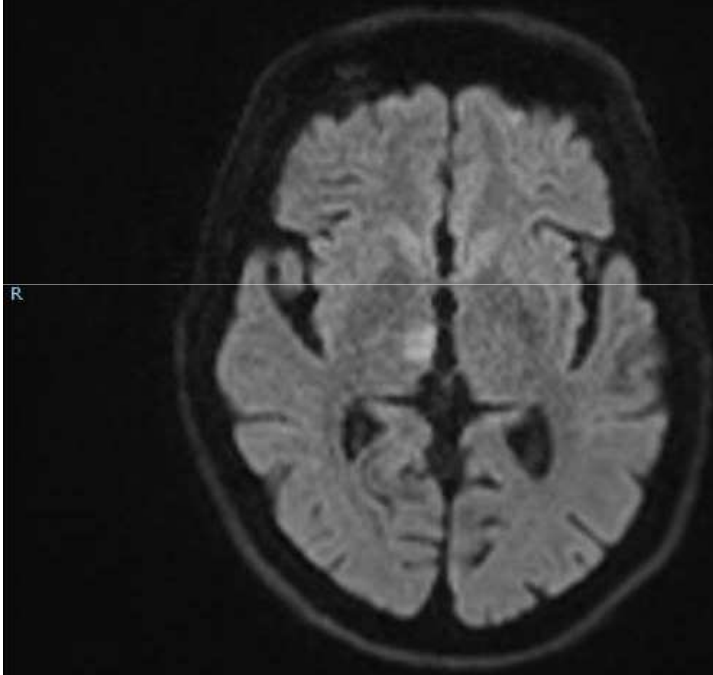
- Doppler TSA
- Imagerie cérébrale
- ETT/ETO
- Glycémie
- Aspirine d'emblée

- Dextro 1,20 g/l
- Imagerie en urgence

Quelle CAT?

- TDM cérébrale non injectée
- TDM cérébrale avec angioscan Willis
- Avis astreinte UNV pour décider le type d'imagerie
- IRM cérébrale
- Aspirine d'emblée

IRM



P

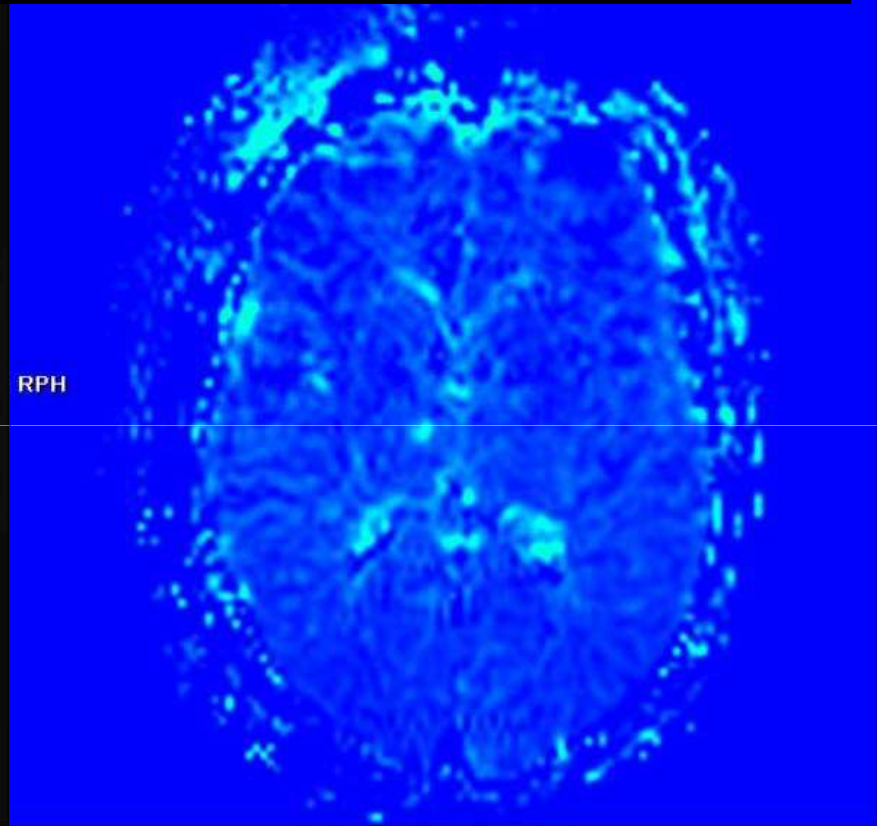
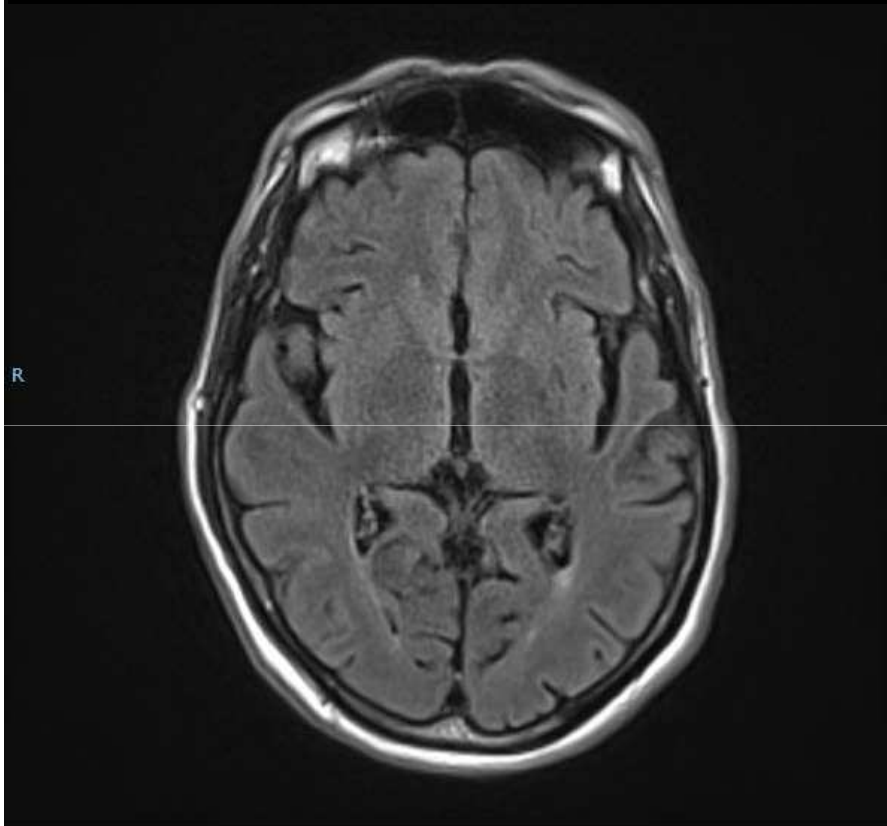
Lien 1

P

Lien 1

IRM

03
15
%



P

Quelle CAT?

- Retour à domicile avec Aspirine
- Retour à domicile avec Aspirine et bilan à réaliser rapidement en ambulatoire
- On complète le bilan par Doppler TSA, puis on envisage un RAD avec traitement
- Hospitalisation et poursuite du bilan
- On le garde aux Urgences

Au terme du bilan:

- **Surveillance scope** : rythme sinusal.
- **FO** : normal.
- **Doppler TSA** : athéromatose bi-carotidienne prédominante à droite non sténosante, non menaçante
- **ETT/ETO**: absence de source emboligène cardiaque ou aortique
- **Holter ECG/24 heures**: RS permanent
- **Holter TA/24 heures**: HTA systolo-diastolique permanente, cycle nycthéméral conservé
- **LDL-cholesterol**: 0,99 g/l

- **AVC ischémique de mécanisme athéro-thrombotique, avec comportement clinique d'AIT**
- Traitement à domicile:
 - KARDEGIC 160 mg 1 sachet à midi,
 - TAHOR 40 mg 1 cp le soir,
 - VALSARTAN 80 mg 1 cp le matin,
 - NICOPASS 1,5 mg 1 pastille six fois par jour si besoin

Consultation neurovasculaire de suivi à 3 mois

Message important:

- A moins de 4,5 heures du début des symptômes, même s'ils sont complètement régressifs – déclencher la filière SOS AVC (le 15) pour envoyer le patient à une UNV (imagerie cérébrale urgente et éventuelle décision de thrombolyse!)

C'est un AVC en évolution ! Jusqu'à la preuve contraire

- Thrombolyse i.v. envisageable si occlusion artérielle persistante, malgré régression complète des symptômes
- Risque important de récurrence neurologique précoce, cette fois-ci en dehors de la fenêtre thérapeutique thrombolyse - thrombectomie

Score ABCD2 (= score prédictif du risque de récurrence d'AVC après un AIT ou un AVC mineur)

- **A**ge – plus de 60 ans 1 point
- **B**lood pressure (TA) - PAS > 140 ou PAD > 90 mmHg 1 point
- **C**linique -autres manifestations 0 p
 - - trouble de la parole sans faiblesse musculaire 1 pt
 - - faiblesse musculaire unilatérale 2 pt
- **D**urée - < 10 min 0 pt
 - - >10 min et < 59 min 1 pt
 - - faiblesse musculaire unilatérale 2 pt
- **D**iabète 1 pt
- **Total** 7 points

Score ABCD2

- Si **<3** : risque faible (1% à J2, 3,1 % à 3 mois)
- **4-5** : modéré (4,1% à J2, 9,8 % à 3 mois)
- **6-7**: haut risque (8,1% à J2, 17,8 % à 3 mois)

Mr C - homme 74 ans

- HTA, dyslipidémie, tabagisme 30 PA (sevré depuis juillet 2016)
- Traitement à domicile: EXFORGE 80/5 mg 1 cp le matin,
TAHOR 10 mg 1 cp le soir

- 17h: vertiges rotatoires, instabilité à la marche avec tendance de déviation vers la gauche par un « lâchage » du membre inférieur gauche et des troubles de l'élocution;
- amélioration à l'arrivée des Pompiers

- 18h15 – aux Urgences: asymptomatique NIHSS = 0
ECG – RS
TA 160/80 mm Hg

Score ABCD2

- **CONDUITE A TENIR** recommandée, en fonction du score:
 - - entre **0 et 3** : effectuer rapidement un bilan (en ville ou hospitalisation) avec ECG, IRM ou scanner.
 - - entre **4 et 5** : hospitaliser pour bilan.
 - - entre **6 et 7** : hospitaliser le patient à proximité d'une unité de soins neuro-vasculaires et faire une IRM en urgence.

Mr D - homme 59 ans

- HTA
- Pas de traitement à domicile

- 10h20: parésie brachiale droite isolé
- durée 30 min

- 19h00 – asymptomatique NIHSS = 0
ECG – RS
TA 160/80 mm Hg

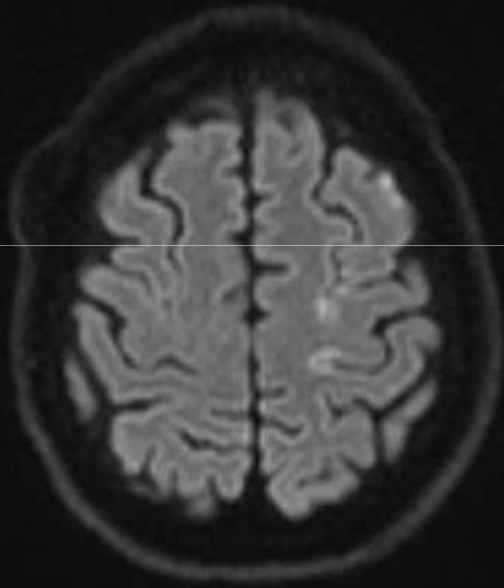
Quelle CAT en urgence?

- Doppler TSA
- Imagerie cérébrale
- ETT/ETO
- Glycémie
- Aspirine d'emblée

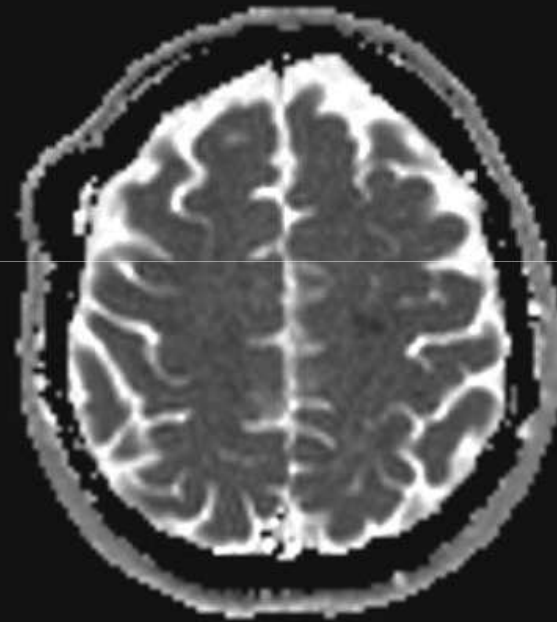
Quelle CAT?

- TDM cérébrale non injectée
- TDM cérébrale avec angioscan Willis
- Avis astreinte UNV pour décider le type d'imagerie
- IRM cérébrale
- Aspirine d'emblée

IRM



R



R

P

P

Quelles recommandations à plus de 4h30 mais moins de 24 heures, jusqu'à 1 semaine : toujours urgent !

Imagerie du parenchyme cérébral

. QUOI ?

- - IRM cérébrale (séquences à visée neurovasculaire : DIFF, ADC, FLAIR, T2*, TOFF polygone Willis) + angioRM des TSA
- TDM cérébrale sans contraste, idéal aussi avec contraste et angioTDM TSA et polygone de Willis

. QUAND ?

- - « le délai entre la réalisation de l'imagerie cérébrale et le début des signes cliniques doit être **inférieur à 12 heures** (en deçà si cela est possible) et **au grand maximum inférieur à 24 heures** si l'AIT s'est produit le soir (en deçà si cela est possible) » HAS 2007

Imagerie des artères cervico-cérébrales

- **QUOI ?**

- - angioRM des TSA et du polygone de Willis **OU**
- - angioTDM TSA et polygone de Willis **OU**
- - Doppler TSA

- **QUAND ?**

- Mêmes délais que pour l'imagerie cérébrale
- **Tout délai ou retard dans la réalisation de l'examen doit être justifié dans le dossier du patient.**

Le but final – le traitement

- Mettre en place le plus rapidement possible un traitement de prévention secondaire par aspirine 160 – 300 mg/jour, en l'absence de contre-indication prouvée ; si arythmie cardiaque - anticoagulant
- Etude EXPRESS (dérivé de OXVASC) – sur plus de 1200 patients anglais avec des AIT/AVC mineurs : la prescription d'aspirine / autre AAP dans les premières 24 heures post AIT diminue de **80%** le risque de récurrence d'AVC à 3 mois (*Rothwell, Lancet 2007*)

Bénéfices d'une PEC rapide en Clinique AIT

- Le projet **TIRegistry.org**

(Amarenco et al. N Engl J Med 2016;374:1533-42)

4789 patients

78% évalués dans les premières 48 h dans des Cliniques AIT

33% - infarctus cérébraux aigus

23% - minimum 1 sténose > 50% extra- ou intra crânienne

10% AC/FA

Le risque de récurrence d'AVC devient:

1,5% à J2

2,8% à J30

3,7% à 3 mois

5,1% à 1 an

Facteurs qui doublent le risque d'AVC post AIT:

- Infarctus multiples à l'imagerie cérébrale
- Athérosclérose des grands troncs artériels TSA
- Score ABCD2 de **6 ou 7**

TAKE HOME MESSAGE

- AIT = syndrome de menace pour le cerveau
- Urgence diagnostique et thérapeutique, urgence absolue
(SAMU, HAS 2009)

Faster is better

MERCI POUR VOTRE ATTENTION!