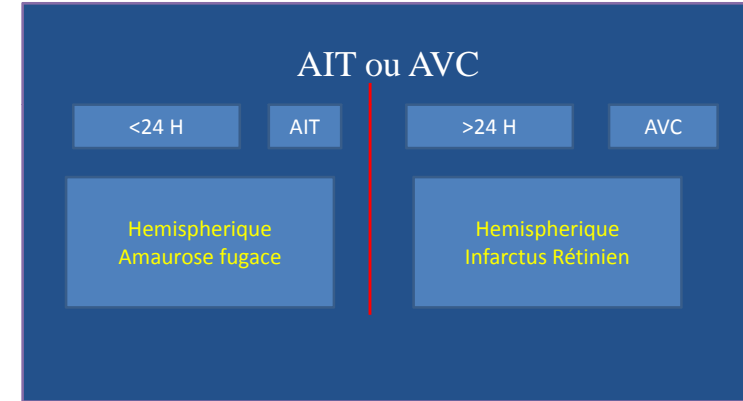


L'AIT: jusqu'où peut-on aller en ambulatoire ?

PD Roman Sztajzel
Neurologue FMH

Dr Philippe DUSSOIX
Médecine Interne FMH
Médecin d'Urgence SSMUS

Définition clinique (limite arbitraire des 24 h)



Scores ABCD et CALIFORNIEN unifiés en un seul score: **ABCD2** pour la prédiction du risque d'AVC à 2 jours

- Age ≥ 60 ans =1 point
- PA ≥ 140 mm Hg/≥ 90 mm Hg=1 point
- **CLINIQUE**
 - faiblesse unilatérale =2 points
 - troubles langage sans faiblesse =1 point
- **Durée symptômes**
 - 60 minutes=2 points
 - 10 to 59 minutes=1 point
 - <10 minutes=0 points
- Diabète= 1 point

Overall	ABCD ² score								c statistic (95% CI)	
	0	1	2	3	4	5	6	7		
California emergency department derivation group										
Patients	1207	6	38	143	250	478	351	384	28	
Stroke within 2 days	61(5.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(1.4)	4(1.6)	20(4.1)	21(6.0)	32(8.3)	5(18.0)	0.60(0.56-0.64)
Stroke within 7 days	76(6.3)	0(0.0)	0(0.0)	7(4.9)	13(5.2)	23(4.8)	29(8.2)	40(10.4)	7(24.2)	0.60(0.56-0.64)
Stroke within 90 days	202(16.7)	0(0.0)	1(2.6)	15(10.5)	31(12.4)	59(12.3)	69(19.2)	125(32.5)	18(57.7)	0.60(0.56-0.64)
Swedish population based derivation group										
Patients	323	4	24	27	25	47	58	36	0	
Stroke within 2 days	56(17.3)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(7.7)	4(7.0)	3(8.3)	0(0.0)	0.27(0.08-0.46)
Stroke within 7 days	37(11.5)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(4.0)	7(15.1)	6(10.3)	0(0.0)	0(0.0)	0.22(0.02-0.42)
Stroke within 90 days	202(62.5)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(8.0)	17(35.9)	25(43.2)	0(0.0)	0(0.0)	0.52(0.48-0.56)
California emergency department validation group										
Patients	7	1	1	1	1	1	1	1	1	
Stroke within 2 days	1(14.3)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0.50(0.14-0.86)
Stroke within 7 days	2(28.6)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0.50(0.14-0.86)
Stroke within 90 days	2(28.6)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0.50(0.14-0.86)
California clinic validation group										
Patients	95	15	05	10	20	10	10	10	10	
Stroke within 2 days	18(18.9)	0(0.0)	0(0.0)	1(10.0)	0(0.0)	1(10.0)	1(10.0)	0(0.0)	0(0.0)	0.27(0.08-0.46)
Stroke within 7 days	20(21.1)	0(0.0)	0(0.0)	1(10.0)	1(10.0)	1(10.0)	1(10.0)	0(0.0)	0(0.0)	0.25(0.02-0.48)
Stroke within 90 days	50(52.6)	0(0.0)	1(20.0)	3(30.0)	6(60.0)	6(60.0)	7(70.0)	1(10.0)	0(0.0)	0.50(0.46-0.54)
Swedish population based validation group										
Patients	148	1	1	1	1	1	1	1	1	
Stroke within 2 days	23(15.5)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0.27(0.08-0.46)
Stroke within 7 days	23(15.5)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0.27(0.08-0.46)
Stroke within 90 days	68(45.9)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0.52(0.48-0.56)
Swedish clinic validation group										
Patients	35	1	1	1	1	1	1	1	1	
Stroke within 2 days	6(17.1)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0.27(0.08-0.46)
Stroke within 7 days	7(19.9)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0.27(0.08-0.46)
Stroke within 90 days	23(66.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0.52(0.48-0.56)

Johnston SC, Lancet 2007

Score ABCD3 +I

(Merwick, Lancet Neurol 2010)

	ABCD ² score	ABCD ² -I score
Age ≥60 years	1	1
Blood pressure ≥140/90 mm Hg	1	1
Clinical features		
Speech impairment without weakness	1	1
Unilateral weakness	2	2
Duration		
10-59 min	1	1
≥ 60 min	2	2
Diabetes mellitus present	1	1
Dual TIA (TIA prompting medical attention plus at least one other TIA in the preceding 7 days)	2	2
Imaging: ipsilateral ≥50% stenosis of internal carotid artery	NA	2
Imaging: acute diffusion-weighted imaging hyperintensity	NA	2
Total range	0-9	0-13

Where the stated criteria are not met, a score of 0 is assigned. NA=not applicable. TIA=transient ischaemic attack.

Table 4: ABCD² and ABCD²-I scores

Si j'ai bien compris...

- AIT si déficit neuro < 24h
- AIT = signal d'alarme
- Risque AVC dans les 3 mois jusqu'à 20% dont ½ dans 48h
- Score ABCD2 => risque AVC 3mois faible (3%) vs élevé (18%)
- L'IRM avec diffusion améliore la stratification du risque
- L'angio-CT cérébral suffit en urgence
- L'ABCD s'améliore...

Les anti-agrégants plaquettaires sont le traitement de 1er choix AVC/AIT d'origine non cardio-embolique

☉ dans la phase aiguë :

- **aspirine** réduit risque de récurrence précoce et la mortalité de 1% (dose 250 mg)
- **clopidogrel**, si le patient présente un AVC sous aspirine, nous préconisons un traitement 75mg/j (dose de charge de 300mg)
- **aspirine-clopidogrel**, si évidence si pathologie athéromatose instable (aorte, carotide, vertébrale)
- **aspirine dipyridamole**, 200Mg 2x/j, cave: troubles hémodynamiques

bilan complémentaire

- **Echo-doppler carotidien-vertébral**
(d'autant plus si Angio-CT/IRM ont montré une anomalie)
- **US cardiaque** (recherche d'une source cardio-embolique), signes indirect FA (dilatation oreillette)
- **Holter/R-test**, rendement supérieur si l'on augmente la durée de l'enregistrement

Risque de récurrence avec une sténose carotidienne ?

- Risque de récurrence après un premier AVC lié à une sténose carotidienne varie entre 8% et 21% à 14 jours. La plupart des événements toutefois surviennent dans les 72 heures

A quel moment après AVC ischémique peut-on introduire l'antihypertenseur?

- **Quels valeurs cibles?**
- **220/120 durant les premières 24-48h, puis**
- **il est recommandé de viser:**
 - **une TA normale (<140/90mmHg), chez le sujet non hypertendu**
 - **<160/90 chez le sujet hypertendu connu**

Amaurose fugace diagnostic différentiel

- origine embolique (carotidienne, cardiaque, aortique). Souvent moins d'une 1 minutes, en général isolé
- neuropathie ischémique antérieure (HTA, diabète), persistante
- artérite temporale
- hypertension intracrânienne (bénigne), survient lors du Valsalva, œdème papillaire bilatéral
- névrite optique rétrobulbaire
- masse dans l'apex orbitaire
- migraine rétinienne
- hyperviscosité sanguine (polycythémie, leucémie, hyperprotéïnémie lors de myélome)

Ictus amnésique

- En présence d'une clinique typique, il n'y pas lieu de faire d'autres investigations
- Si FRCV, réaliser tout de même bilan vasculaire, car certaines ischémies peuvent mimer un ictus amnésique (thalamus)
- Si éléments cliniques atypiques (état confus, troubles vigilance) faire bilan incluant IRM et EEG

Conclusions

- **Risque d'AVC après un AIT:**
 - 5-10% à 1 semaine
 - 10-20% à 3 mois
- **Facteurs prédictifs:**
 - cliniques
 - vasculaires (etiologiques, en particulier maladie des gros vaisseaux, fibrillation auriculaire)
 - radiologiques (IRM)
- **Importance des investigations et traitement précoces**