

Update sur l'AIT

Recommandations

Centre Cérébrovasculaire CHUV

Dr S. David, médecin de famille
Dre V. Rey Bataillard, neurologue installée



Centre
Cérébrovasculaire



Vignette clinique

- ◆ Mme Aïté, 1930
- ◆ HTA, hypercholestérolémie
- ◆ SAS non appareillé, bronchectasies
- ◆ Palpitations sur TSV, sous Rytmonorm de longue date

Vignette clinique - suite

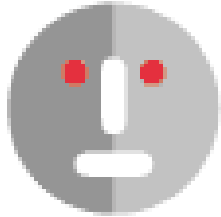
- ◆ Le 10 octobre au réveil, sensation de malaise, paresthésies main droite, aphasie, dysarthrie
- ◆ Régression complète des symptômes après 1h30
- ◆ Téléphone du mari le 12 octobre au cabinet → urgences CHUV
 - Status: sp
 - ECG: sinusal, sp
 - IRM: normale→ Retour à domicile le même jour (pt pas montré au neurologue)
- ◆ Diagnostic: AIT d'origine probablement cardio-embolique
- ◆ Ttt: Apixaban (Eliquis®)

Est-ce un AVC/AIT?

Suspecter si **apparition** aiguë de



Paralysie (unilatérale)



Troubles de la vue



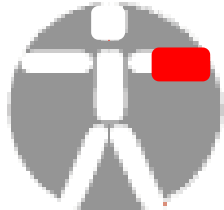
Troubles du langage



Maux de tête (→ HSA)

Manifestations plus rares d'un AVC/AIT

Apparition aiguë de



Parésie d'une seule extrémité (distale)



Vertiges isolés



Baisse de la vigilance / coma



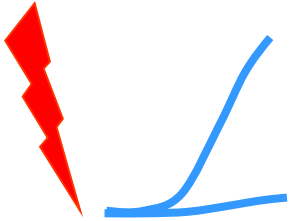
Confusion / amnésie / tr. comportement



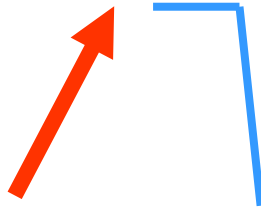
checklist

Caractéristiques cliniques des atteintes neurologiques aiguës / transitoires du CNS

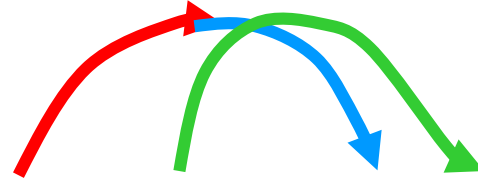
AVC AIT



Epilepsie partielle



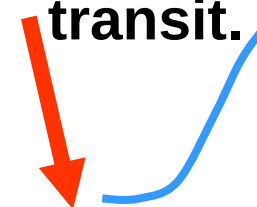
Migraine + aura



Lipothymie/ Syncope



Amnésie globale transit.



Trouble fonctionnel



- Début aigu
sur secondes

- Phénomènes négatifs (parésie, hyposensibilité, aphasie)
- Baisse vigilance rare
- Antécédents / FR vasculaires

- Progression sur
sec.- 1min.

- Phénomènes positifs (clonies, paresthésies)
- Parfois perte de connaissance / connaissance / amnésie
- Antécédents épilepsie, OH

- Progression sur
3-15 min.

- Phénomènes pos. ou négatifs
- Apparition 2° de céphalées
- Pas de baisse de vigilance
- Antécédents de migraines

- Progression sur
sec.- 1min

- Symptômes lipothymiques généralisés
- Baisse vigilance
- Pas de signes focaux
- Ev. orthostatisme

- Début rapide
- Amnésie profondes pour des données récentes
- Mémoire autobiogr. OK
- Pas de signes focaux
- 50% épisode stressant avant

- Début variable
- Absence de signes objectifs
- Indifférence
- Démonstrativité à l'examen
- Antécédents psychiatriques et psycho-sociaux



2018

AVC ou AIT ?

Nouvelle définition



AVC = durée > 24 heures et/ou lésion à l'imagerie

AIT = durée < 24 heures sans lésion à l'imagerie

Vignette clinique - suite

- ◆ Le 15 octobre, récurrence des mêmes symptômes, avec paralysie faciale droite
- ◆ Régression en 30 minutes
 - Urgences CHUV
 - Evaluation neurologique
 - Hospitalisation neurologie

Vignette clinique – Evaluation hospitalière

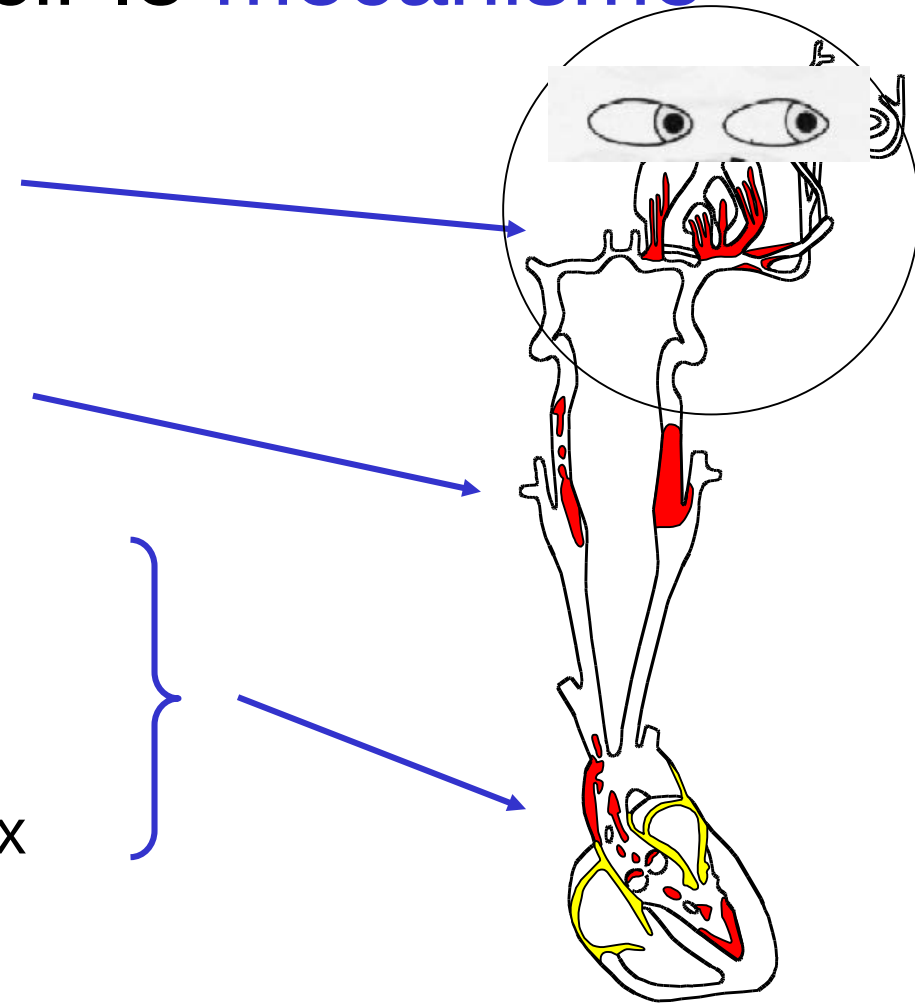
- ◆ CT cérébral natif du 16.10.2018: normal
- ◆ EEG: normal
- ◆ Test de Schellong négatif
- ◆ Doppler des artères pré- et intracérébrales
 - Flux physiologiques
 - Mauvaise fenêtre pour art. intracérébrales à gauche
- ◆ Ultrason cardiaque du 18.10.2018:
 - FEVG 61%, dysfonction diastolique de degré II
 - Dilatation OG, légère insuffisance mitrale (1/4) et tricuspidiennne (2/4)
- ◆ ECG et monitoring rythmique : pas de trouble du rythme

Vignette clinique - Posthospitalier

- ◆ Retour à domicile
- ◆ Stop anticoagulation
- ◆ Rp clopidogrel
- ◆ R-Test puis REVEAL® en ambulatoire

Bilan AVC/AIT : éclaircir le mécanisme

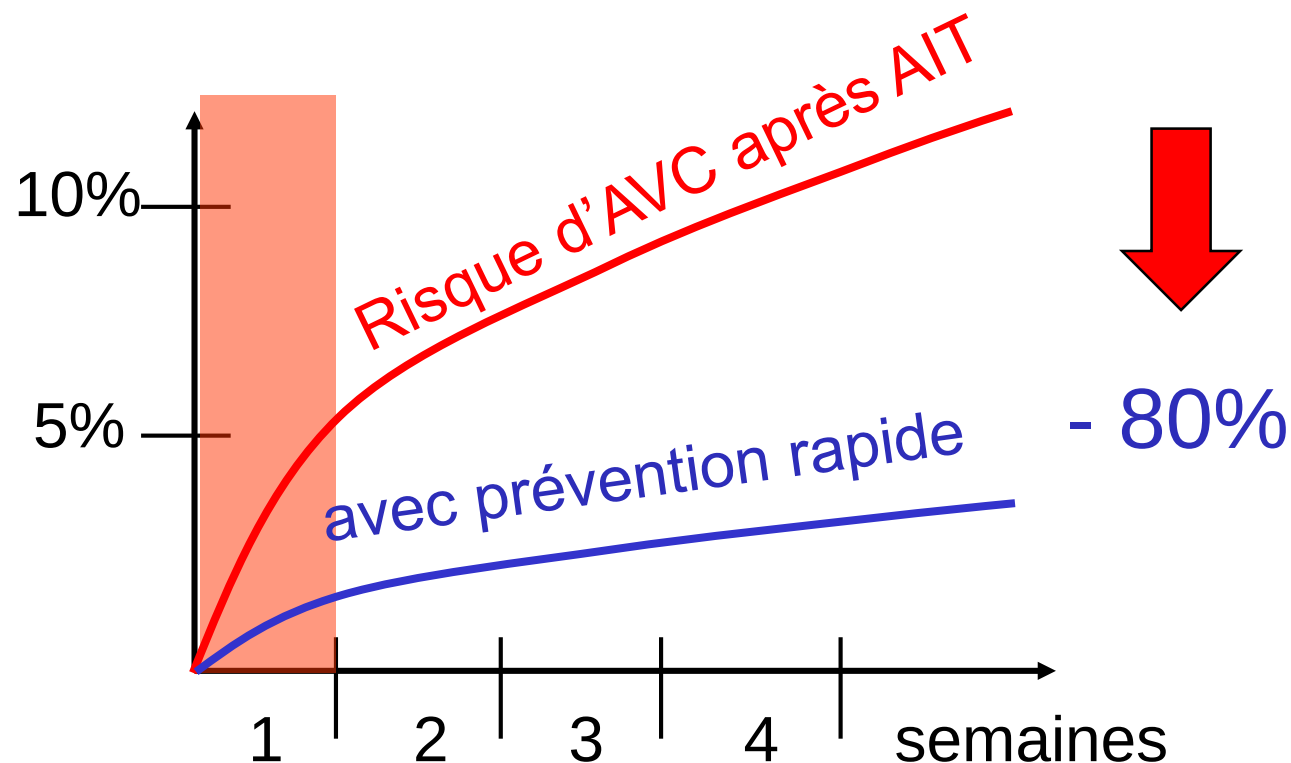
- Imagerie cerveau
(CT ou IRM)
- Imagerie des artères
(Angio-CT ou angio-IRM ou Doppler)
- ECG
- Monitoring continu 24h ou Holter 24h
& év. monitoring ambul. prolongé
- Plupart des patients: écho transthx
- Anamnèse pour facteurs de risque
- Bilan sanguin usuel et CRP, bilan lipidique
- Chez le patient jeune : bilan supplémentaire à discuter



Mumenthaler, Mattle
Thieme 2002

Suspicion d'AIT : adresser aux urgences ?

Taux de récurrence d'AVC après AIT



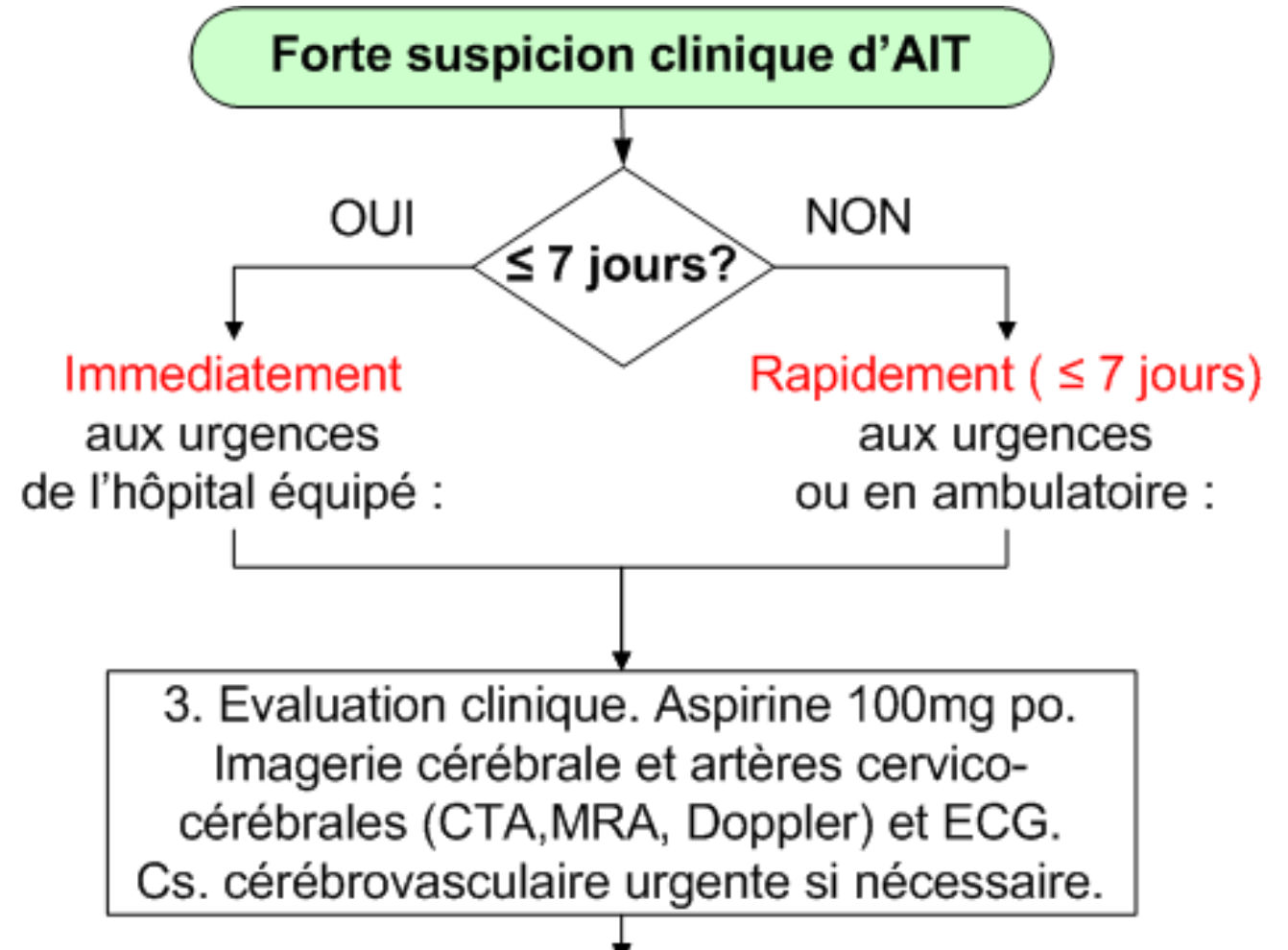
- ◆ L'AIT est l'angor instable du neurologue
- ◆ Un AIT récent nécessite une évaluation immédiate

Lovett Stroke 2003. EXPRESS, Rothwell Lancet 2007.
Métaanalyse : Giles Lancet Neurol 2007.

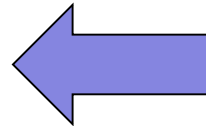
AIT: urgences ?

Gestion ambulatoire ?

Recommandations CHUV



Echelle



Hospitaliser ?



Checkliste

AIT : Hospitaliser si risque élevé de récurrence



Si score ≥ 4
→ en général hospitaliser

*Score ABCD3-I

Age ≥ 60 ans	1
Blood pressure $\geq 140/90$ Hg	1
Clinique	
- Dysphasie	1
- Parésie	2
Durée	
- 10-59 min.	1
- ≥ 60 min.	2
Diabète	1
Double AIT	2
Imagerie	
- Sténose $> 50\%$	2
- Lésion parenchyme au CT, CTP, ou DWI	2

Adapté de Merwick, LancetNeurol 2010

AIT = urgence ? Recommandations

AIT il y a < 7 jours

- ◆ Aux urgences immédiatement
- ◆ Initier bilan immédiat
- ◆ Initier traitement <24h
- ◆ Hospitaliser si haut risque de récurrence*

AIT il y a > 7 jours

- ◆ Evaluation rapide (<7j), i.e.
 - ◆ aux urgences, ou
 - ◆ en ambulatoire
- ◆ Faire bilan dès que possible
- ◆ Initier traitement rapidement
- ◆ Hospitaliser si haut risque de récurrence*

*Echelle ABCD3-I

Mais qu'est devenue Mme Aïté ?

- ◆ Holter: tracé de mauvaise qualité, pas d'arythmie significative
- ◆ Reveal: 2 épisodes de tachycardie supraventriculaire de 7 minutes, asymptomatiques, pas de FA
- ◆ La patiente va bien, elle n'a pas présenté de récurrence

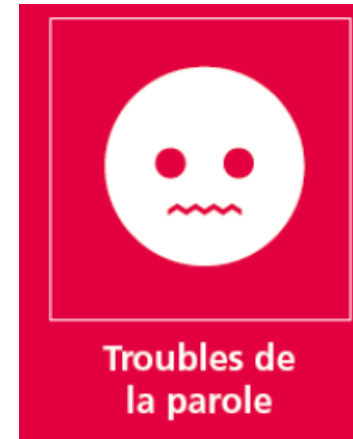
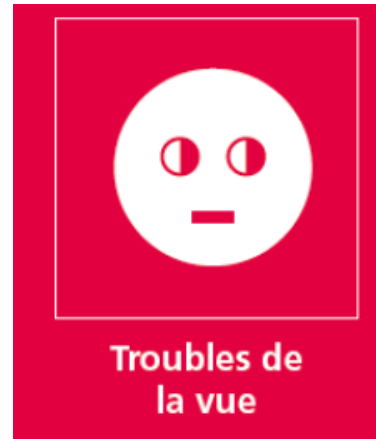
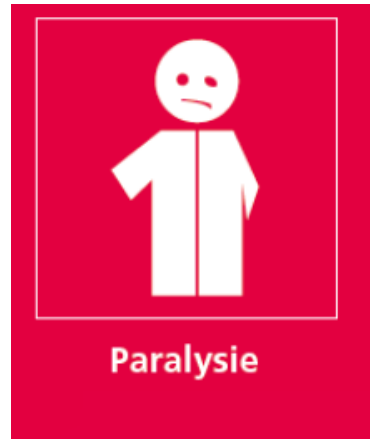
Références

- ◆ Carte de poche de prise en charge des AVC/AIT

Diapos réserve

Est-ce un AVC/AIT ?

Campagne Suisse contre l'AVC



Clip sur: www.attaquerebrale.ch (avi)

Imitateurs de l'AVC et AIT

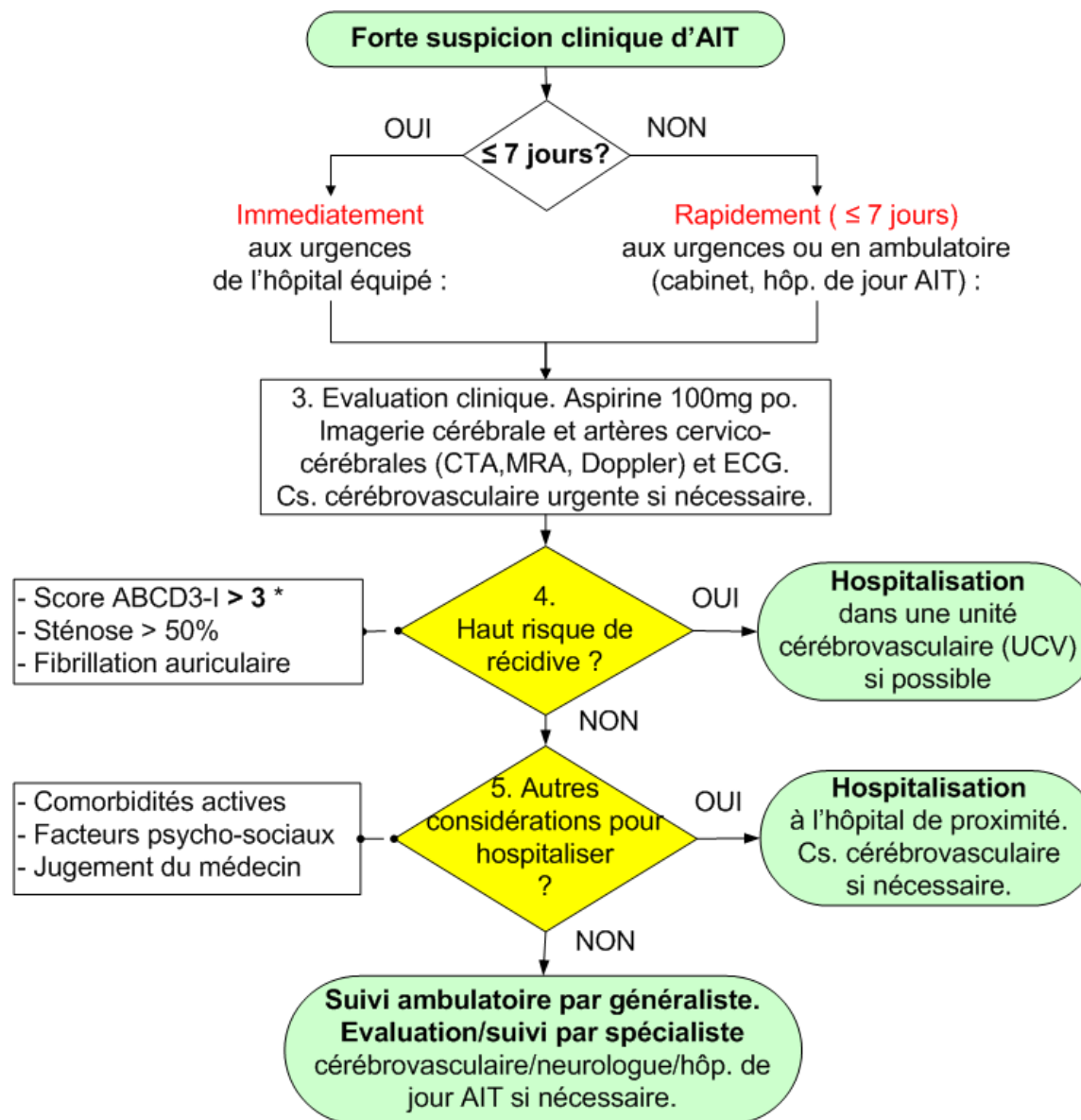
= Diagnostic différentiel



- ◆ Migraine avec aura
- ◆ Crise d'épilepsie (focale, ou phénomène de Todd)
- ◆ (Pré-) Syncope / hypotension systémique / orthostatisme
- ◆ Vertige aigu d'origine périphérique ou autre
- ◆ Amnésie globale transitoire
- ◆ Trouble fonctionnel
- ◆ Autre lésion cérébrale focale (SEP, sous-dural, tumeur ...)
- ◆ Encéphalopathie hypertensive / postérieure réversible
- ◆ Méningite / encéphalite
- ◆ Problème systémique métabolique / hypoglycémique / infectieux
 - Décompensation d'anciennes lésions
 - Etat confusionnel
 - Coma

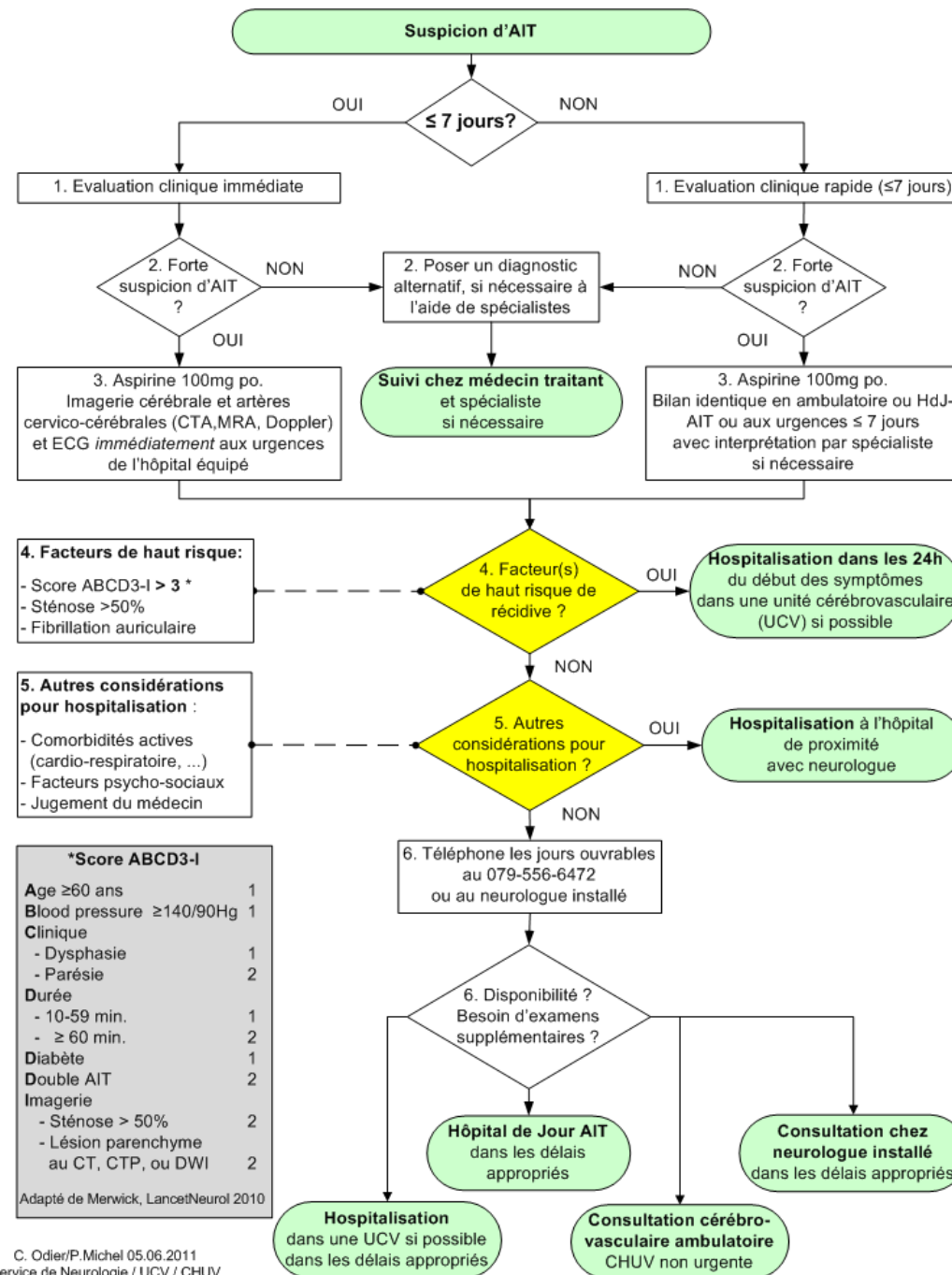
Suspicion d'AIT

Recommandations brèves



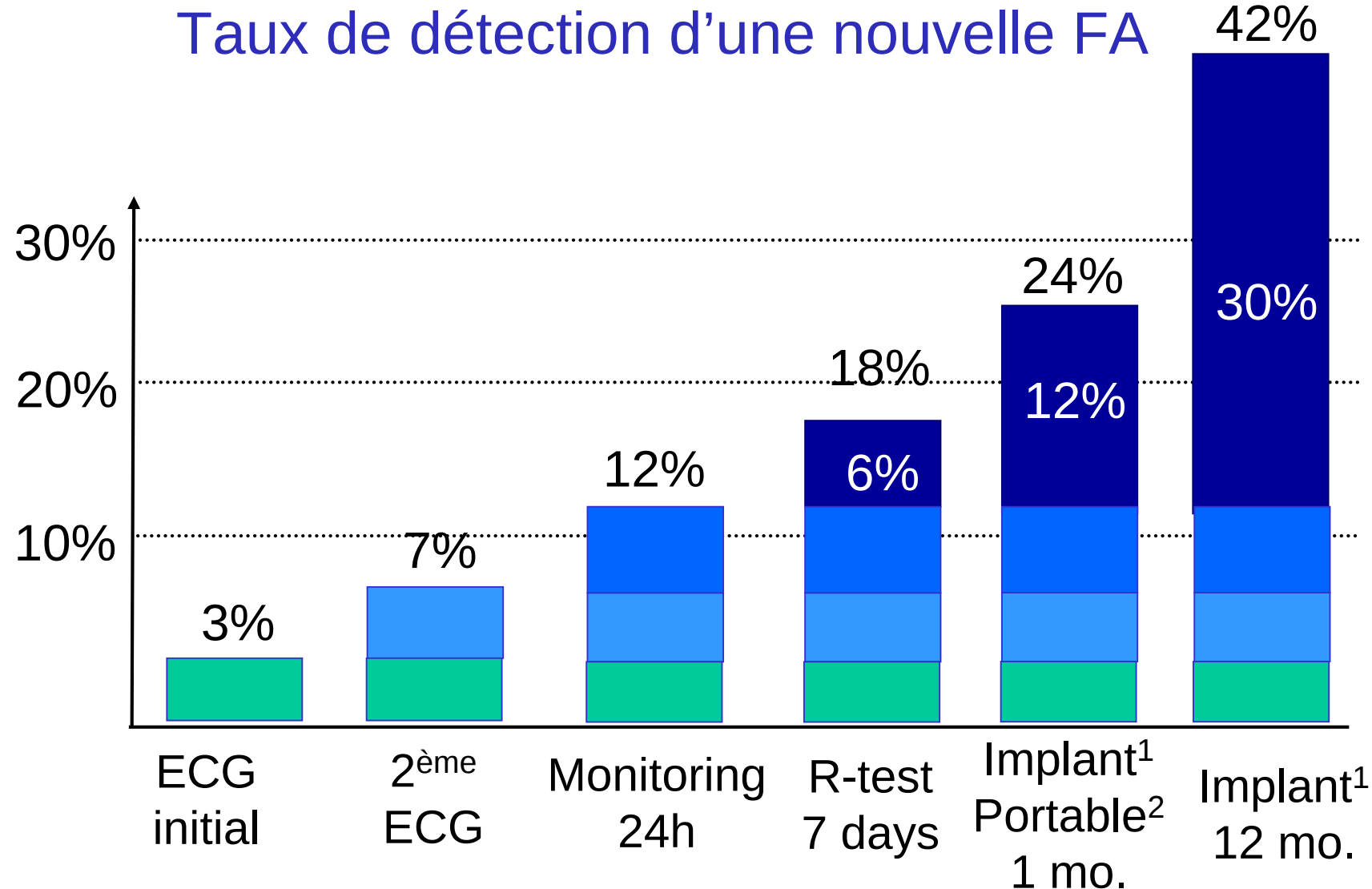
Suspicion d'AIT

Recommandations détaillées



Utilité de la recherche de FA après AVC

Taux de détection d'une nouvelle FA



Up to 7d: Jaubadan, Stroke 2004. Beyond: 1) Sanna/CRYSTAL NEJM 2014; Brachmann/CRYSTAL Circulation 2016; 2) Gladstone/EMBRACE NEJM 2014



Checkliste

Prédicteurs de la FA intermittente



Clinique : > 62 ans

- ◆ Lésions emboliques multi-territoires (simultanés ou âge variable)
- ◆ Peu ou pas d'athérosclérose
- ◆ Palpitations

ECG : $P > 120$ ms; $PR \geq 200$ ms

- ◆ Composante négative de l'onde P en V1 > 1 mm2
- ◆ $QRS \geq 120$ ms
- ◆ Extrasystoles atriales

Echocardio :

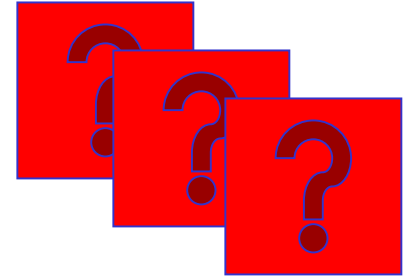
- ◆ Dilatation oreillette ≥ 30 (femme) ou ≥ 32 cc/m2 (homme)
- ◆ Insuffisance ou sténose mitrale au moins modérée
- ◆ Fraction d'éjection $< 40\%$

CHUV: Si AVC/AIT embolique sans source certaine:
Considérer monitoring prolongé si ≥ 2 de ces facteurs présents

STAF: Suissa Stroke 2007; Fujii J Neurol Sci 2013; APB: Wallman Stroke 2007;
Gladstone/EMBRACE NEJM 2014 and Stroke 2015; Thijs/CRYSTAL Ann Neurol 2016

L'amnésie globale transitoire

n'est pas un AVC



- ◆ Bilan clinique
 - Anamnèse, examen: **chercher atypies** (signes focaux, déficits cognitifs autres, source embolique majeure)
 - Chercher FRCV majeurs
- ◆ Bilan complémentaire : **seulement si atypies = drapeaux rouges**
 - IRM cérébrale avec DWI des hippocampes à 24-72h
 - Év. EEG, PL, etc.
- ◆ Risque de récurrence : 5-10%, reste bénigne
- ◆ Prévention 2°:
 - Prévention 1° des facteurs de risque vasculaires
 - Pas d'antiplaquettaire car pas un AVC/AIT

