

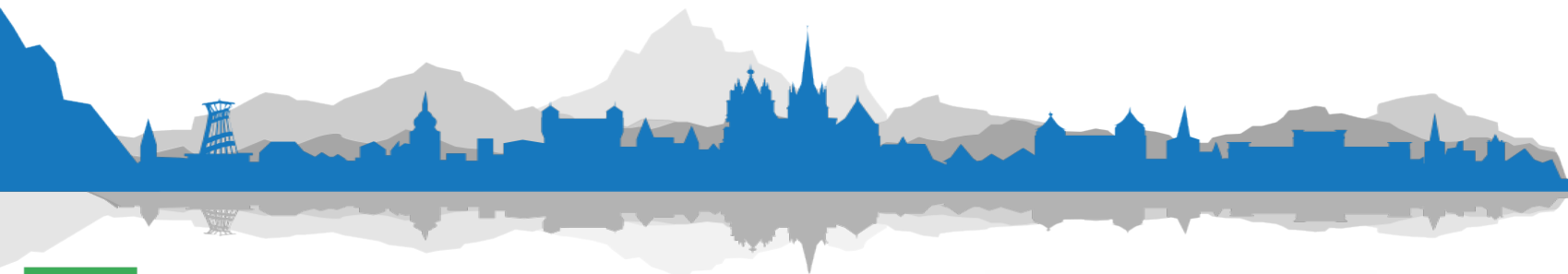
Formation annuelle de neurologie romande – Maladies cérébrovasculaires

Gestion de l'AIT

Dr. Davide Strambo

Medecin associé

Service de Neurologie



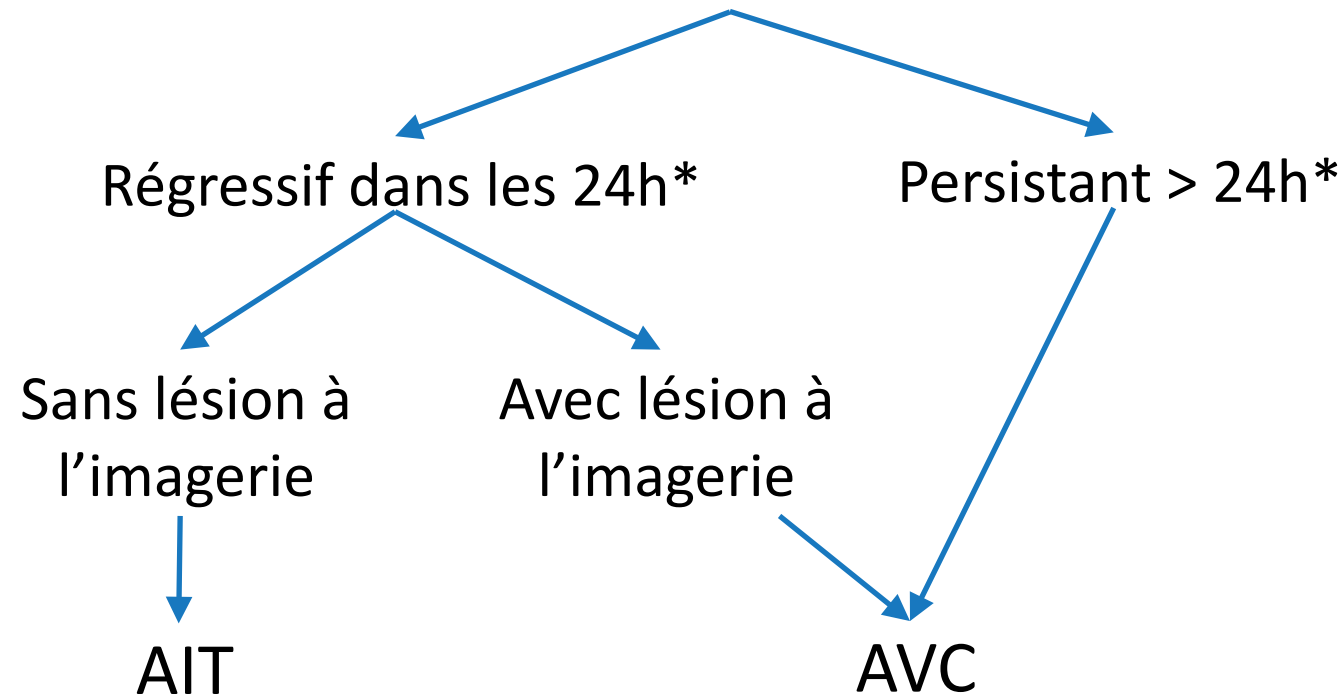


Gestion de l'AIT

- Diagnostic différentiel
- Risque d'AVC après un AIT
- Bilan diagnostic et prise en charge
- Pronostic

Definition d'AIT vs. AIT

- Apparition soudaine d'un déficit neurologique focal attribuable au manque de fonctionne d'une région cérébrale correspondant à un territoire vasculaire



Cette définition ne fournit aucune indication sur les symptômes susceptibles d'être d'origine vasculaire

Concordance pour le diagnostic d'AIT

Entre urgentistes et neurologues

Neurologue	Total patients examinés	Diagnostic discordant, n (%)
A	147	44 (30%)
B	130	48 (37%)
C	9	7 (78%)
D	123	50 (41%)
E	20	7 (35%)
Total	429	156 (36%)

Neurologist Diagnosis	No. (%) [*]
Other	73 (47)
Migraine	31 (20)
Vertigo/dizziness	24 (15)
Seizure	19 (12)
Syncope	9 (6)

Concordance pour le diagnostic d'AIT

Entre neurologues expérimentés

TABLE 1 Agreement Rate for the Question: TIA, Yes or No

		First investigator				
		Yes %		No %		Total %
Second investigator	Yes	36 (64)	*C 51	4 (7)	C 20	40 (71)
	No	4 (7)	C 20	12 (22)	C 8	16 (29)
	Total	40 (71)		16 (29)		n = 56

kappa = 0.65 (SE = 0.11).

*C = percentage expected by chance.

Fellowship-trained stroke neurologists

55 patients → kappa=0.72 (moderate)

Concordance pour le diagnostic d'AIT

Entre neurologues expérimentés

TABLE 1 *Agreement Rate for the Question: TIA, Yes or No*

First investigator

We advise that the history of a patient with possible TIA's should be independently taken by at least two physicians, followed by a discussion of the findings.

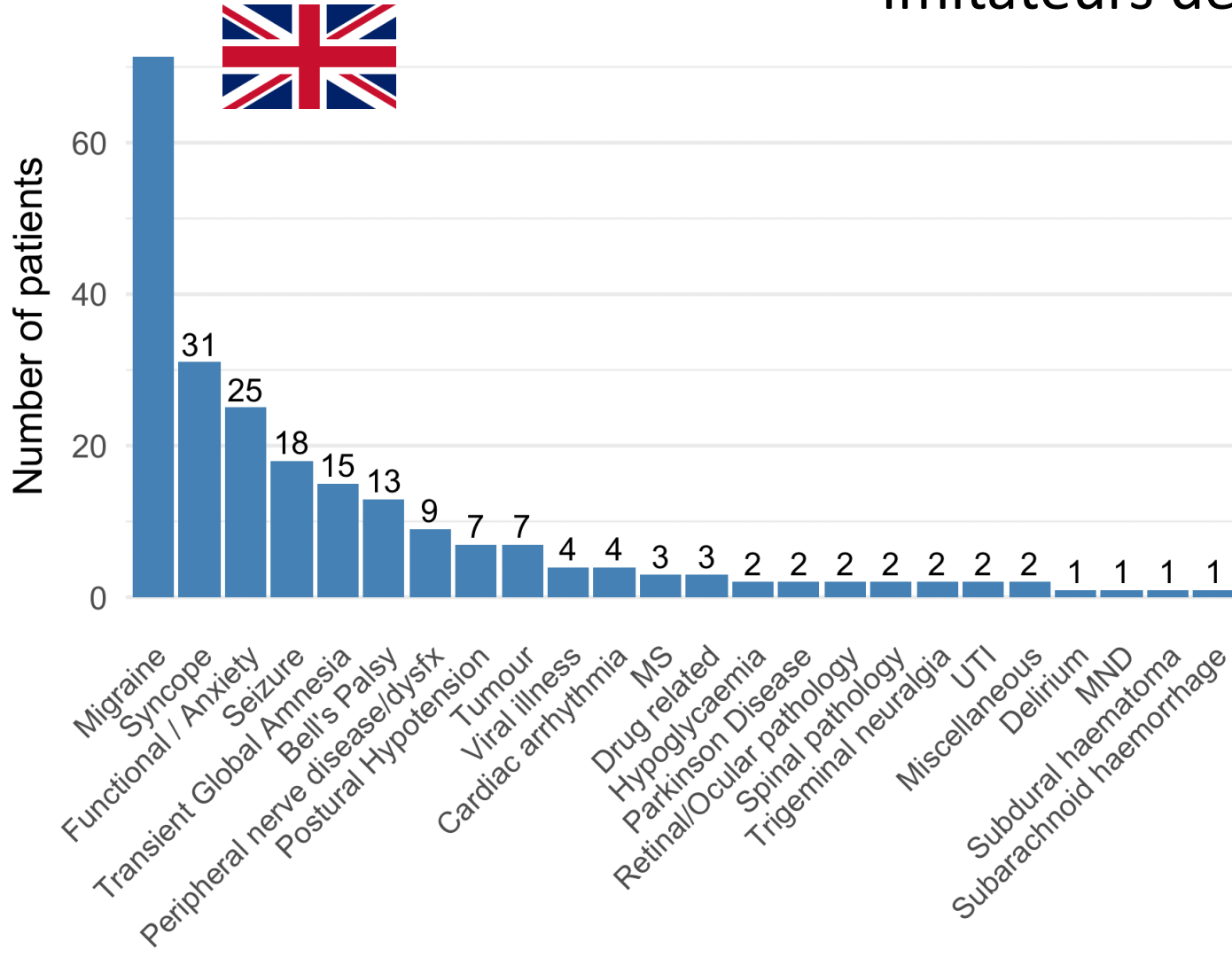
Analysis of the written histories suggested that disagreement was generally not caused by failure of one investigator to elicit the main symptoms but rather by the weight of additional features or other differences in interpretation.

Mutual consultation can be expected to improve the consistency of the diagnosis.

Such consensus may not necessarily increase the accuracy of the diagnosis, but in the absence of objective criteria for TIA's a pragmatic approach should be adopted.

Total	40	(71)	10	(29)	n = 50
kappa = 0.65 (SE = 0.11).			Fellowship-trained stroke neurologists		
*C = percentage expected by chance.			55 patients → kappa=0.72 (moderate)		

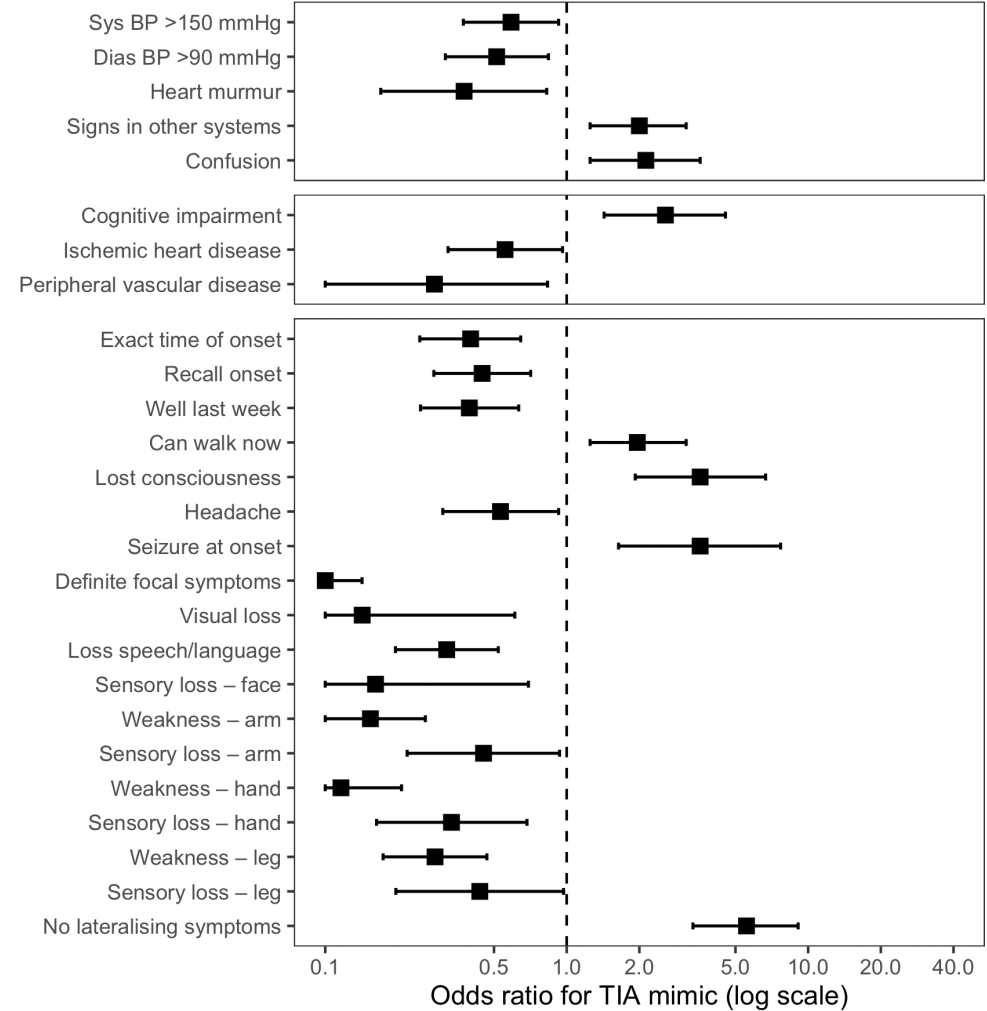
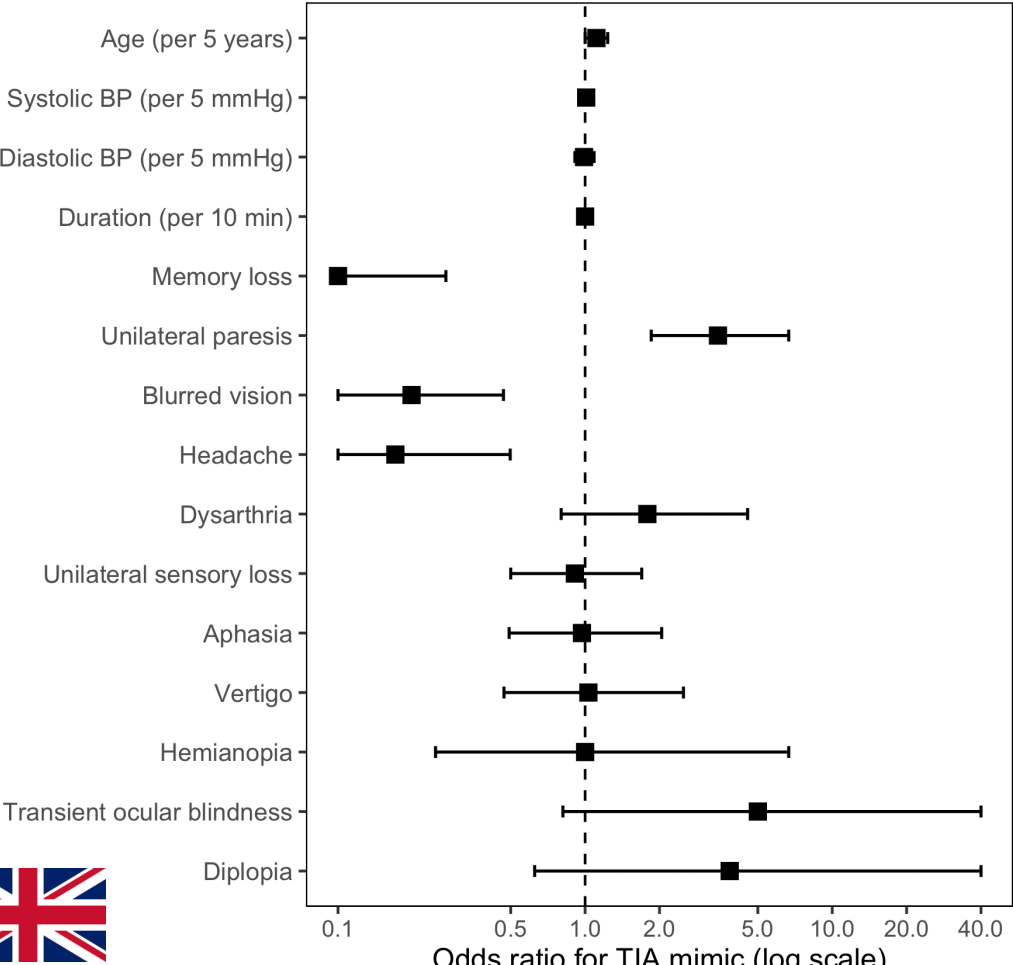
Imitateurs de l'AVC



Diagnosis of TIA mimics (n = 55)	n
Epileptic seizures	26 (43.7)
Migraine	13 (23.6)
Psychogenic hyperventilation	4 (7.3)
Hypertensive encephalopathy	2 (3.6)
Transient global amnesia	2 (3.6)
Sepsis	2 (3.6)
Hypoglycaemia	1 (1.8)
Benign paroxysmal vertigo	1 (1.8)
Cerebral venous thrombosis	1 (1.8)
Neoplasm of the brain	1 (1.8)
Subarachnoid bleeding	1 (1.8)
Peripheral nerve lesion	1 (1.8)

Catacteristiques cliniques associées aux TIA mimics

Predictors of TIA mimic vs. true TIA

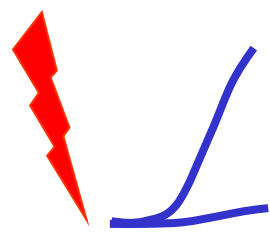




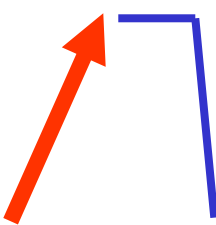
Diagnostic différentiel des atteintes neurologiques aiguës

Caractéristiques
de la dysfonction
cérébrale

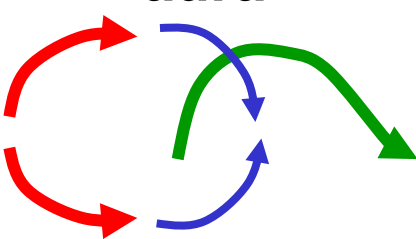
**Vasculaire
AVC / AIT**



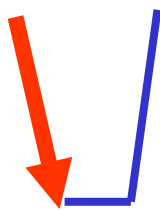
**Epilepsie
partielle**



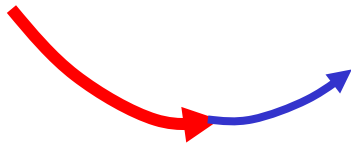
**Migraine
+ aura**



Syncope

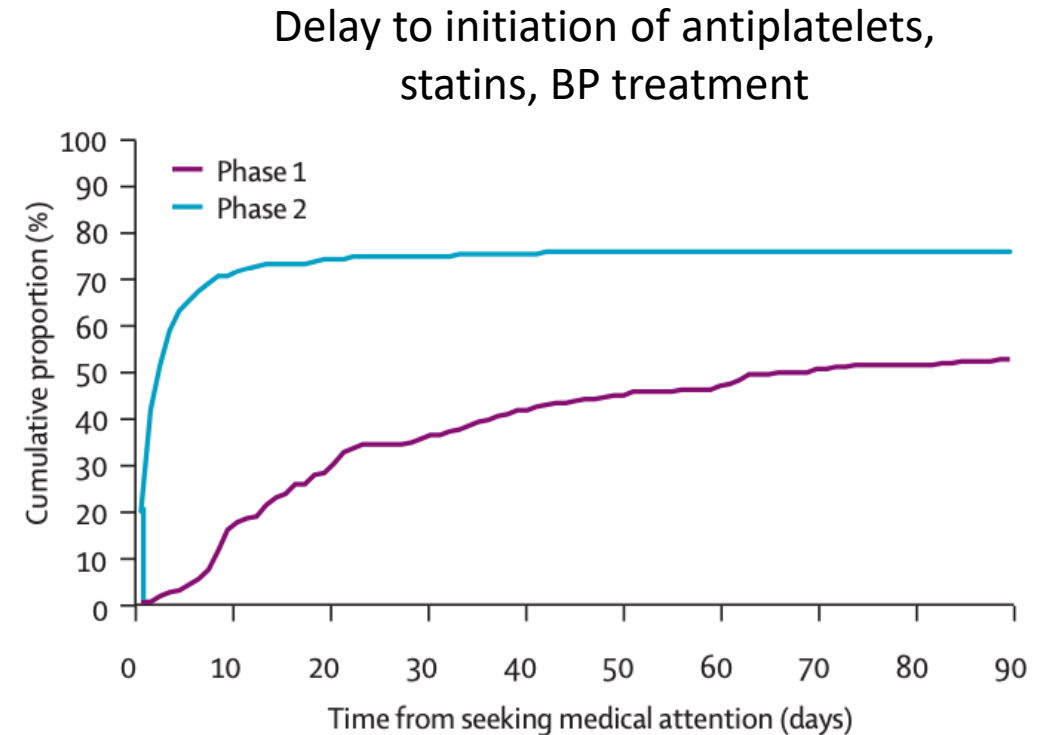
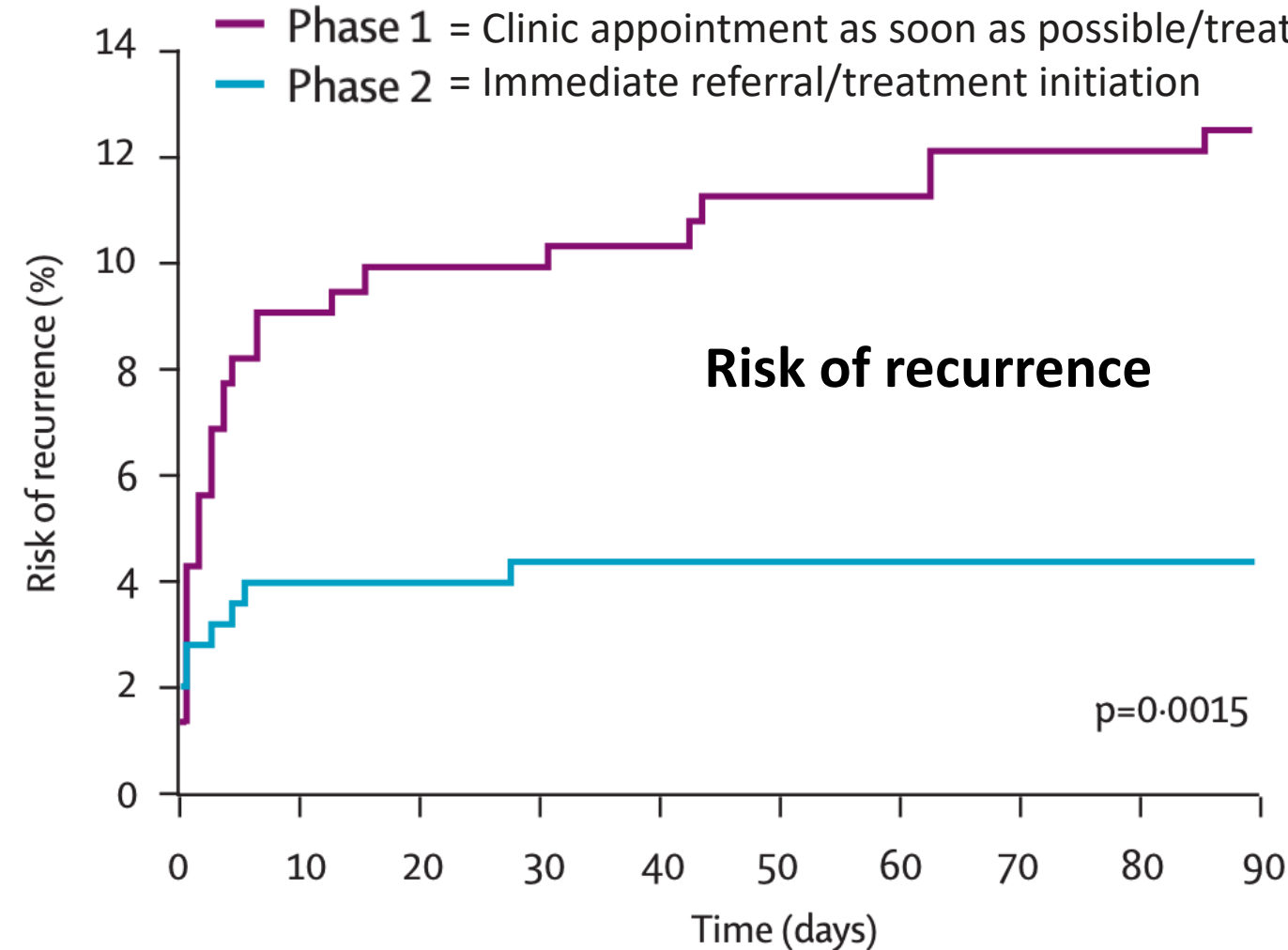


**Vertiges
périphériques**



Distribution	Focal	Focal	Focal	Global	Focal
Type des symptômes	Deficitaire	Positifs puis deficitaires	Positifs et deficitaires	Deficitaire	Deficitaire
Modalité d'installation	Aigue sur secondes	Progression sur sec- min	Progression sur 5- 20 min	Progression sur sec-min	Progression sur min-heures
Autres symptômes	Rare alteration vigilance	Possible pdc/amnesie	Pas d'alteration vigilance	Pas de deficit focal	
Profil du patient	Atcd AVC, FR+	Atcd epi	Atcd migraine		

Pourquoi l'AIT est-il une urgence?

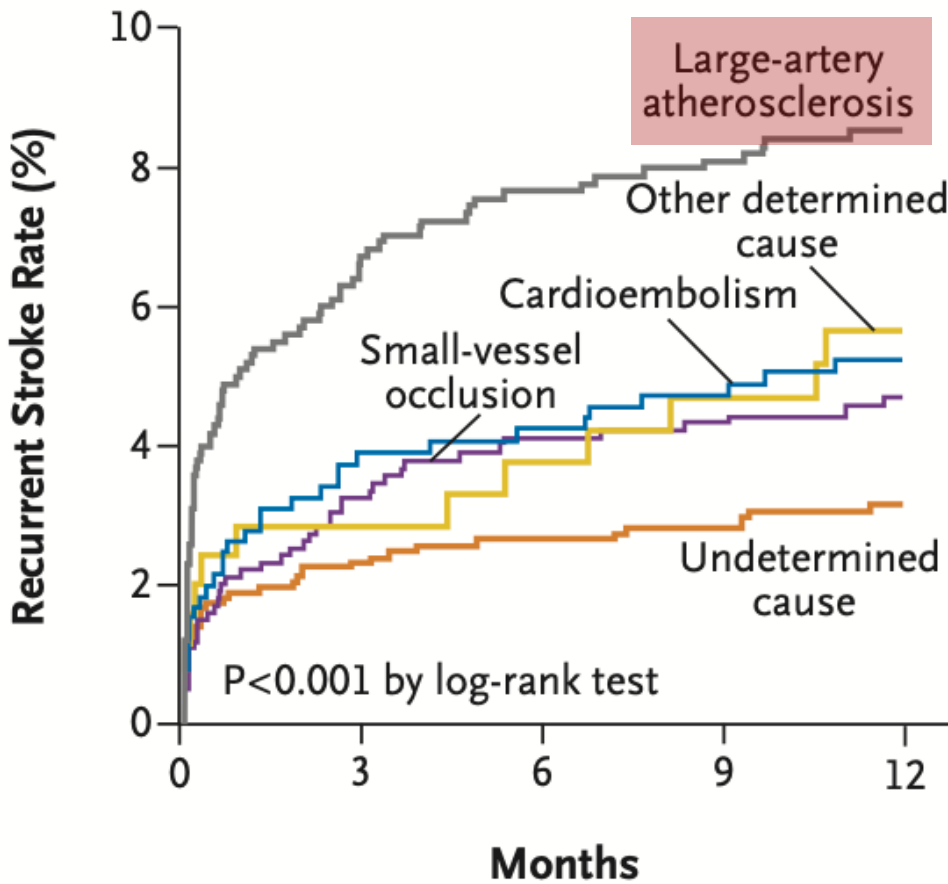
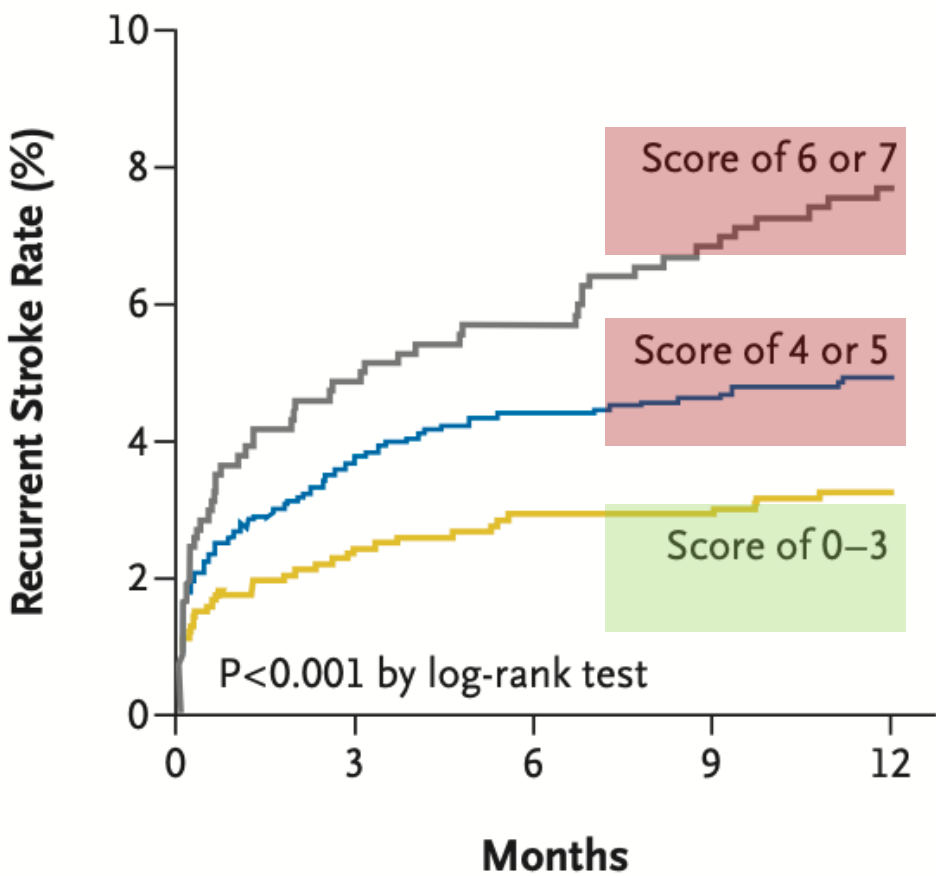


Stratification du risque – scores ABCD

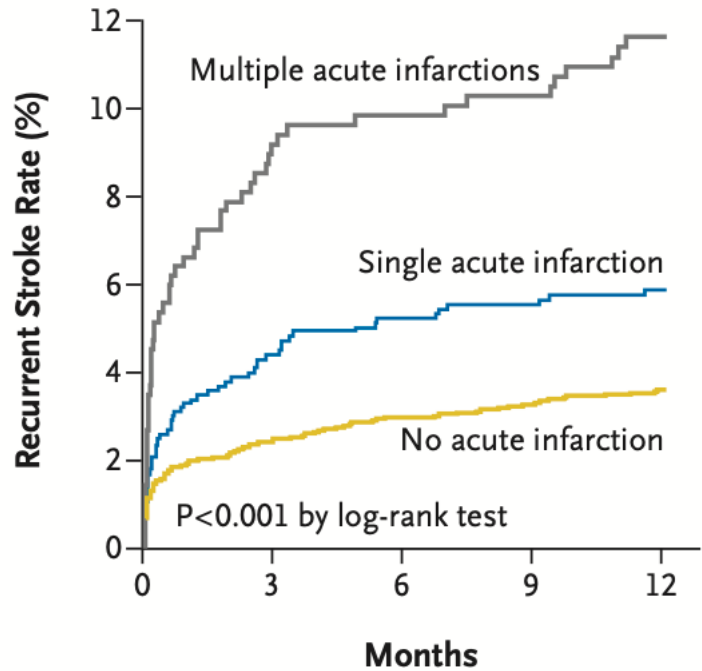
	Item	ABCD2	ABCD3-I
A – Age	≥ 60 ans	1	1
B – Blood pressure	PA ≥ 140/90 mmHg à l'arrivée	1	1
C – Clinical features	Déficit moteur unilatéral	2	2
	Trouble du langage sans déficit moteur	1	1
D – Duration	≥ 60 minutes	2	2
	10–59 minutes	1	1
D2 – Diabetes	Présence de diabète	1	1
D3 – Dual events	Deux AIT en 7 jours	-	2
I2 – Imagerie	Infarctus aigu en DWI	-	2
	Sténose ≥ 50 % d'une artère responsable	-	2
		0-7	0-13

Stratification du risque – scores ABCD

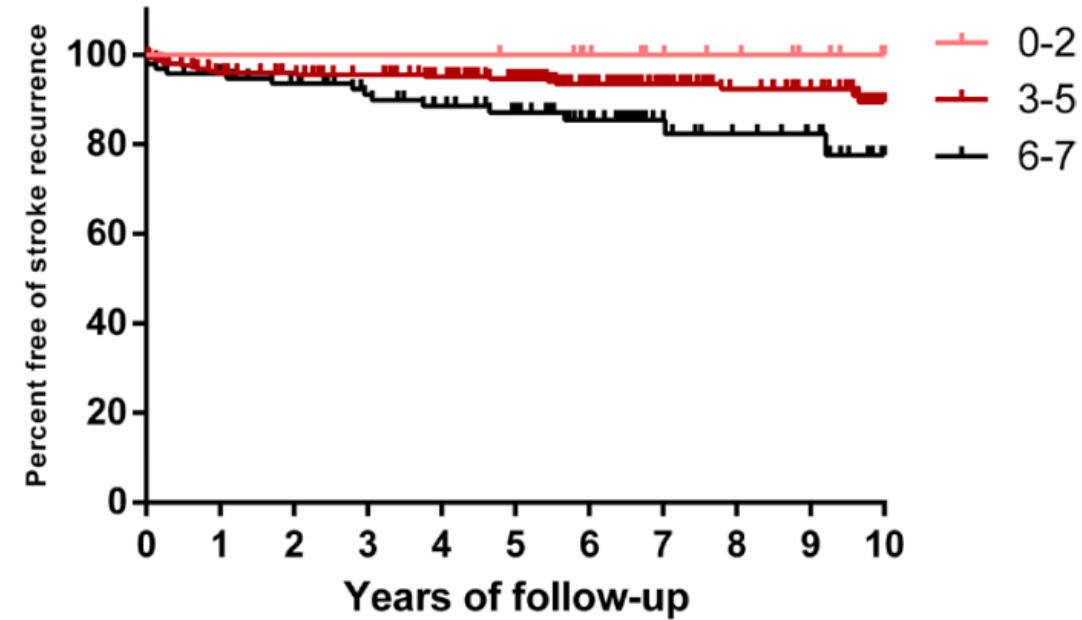
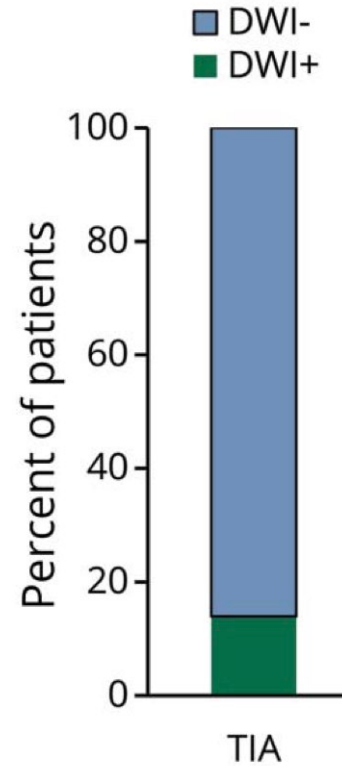
Rate of Recurrent Stroke According to ABCD² Stroke Risk Score



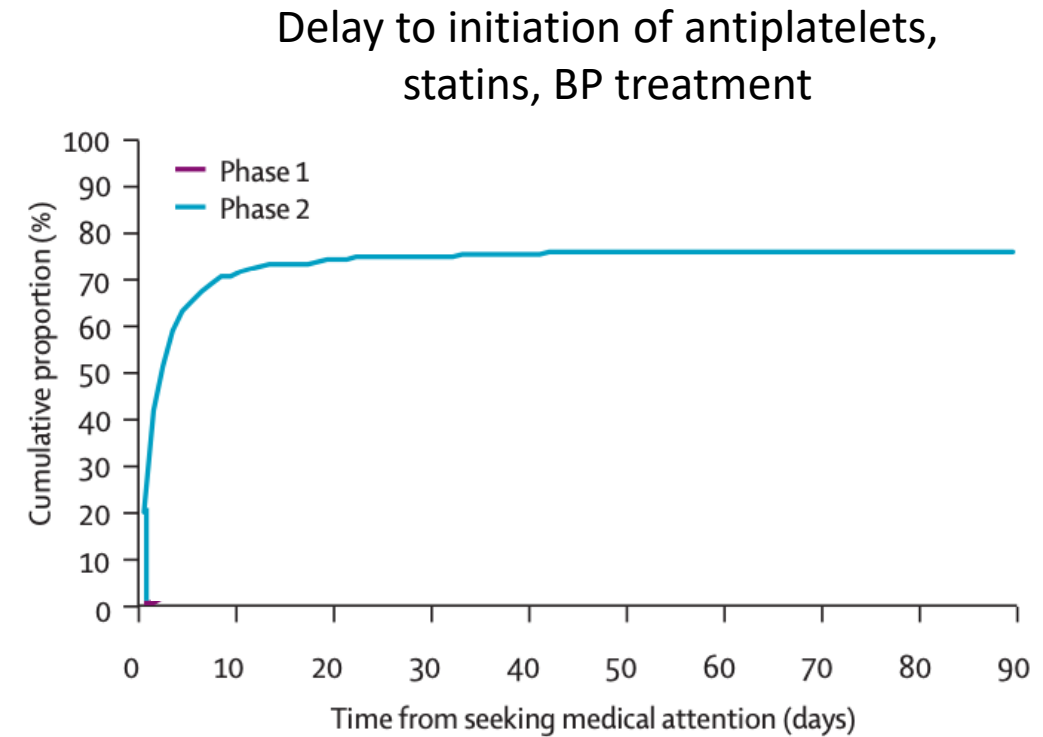
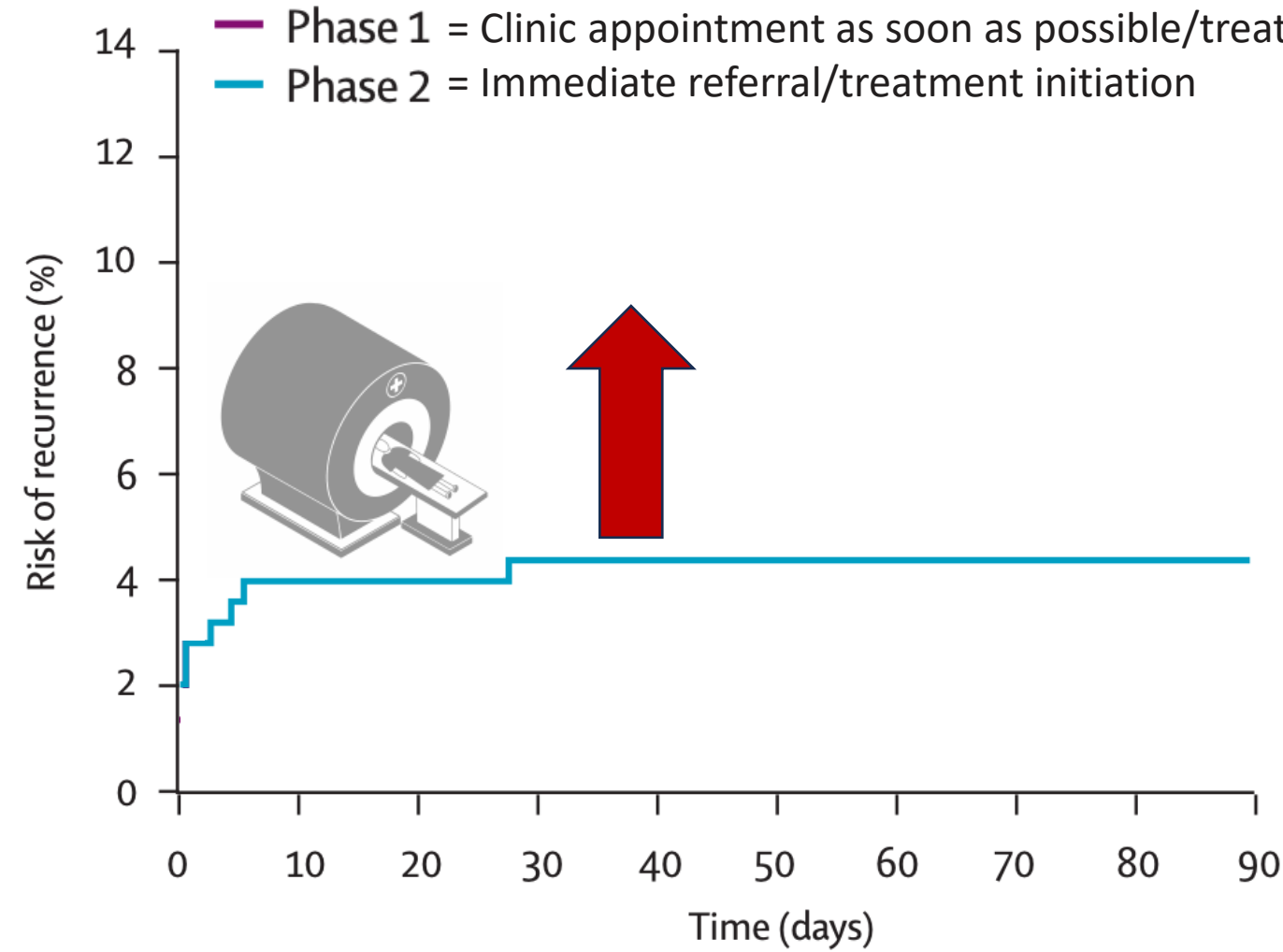
Est-ce que une IRM suffit?



No. at Risk					
No acute infarction	2946	2699	2570	2542	2289
Single acute infarction	995	926	894	885	821
Multiple acute infarctions	481	414	397	394	357



Est-ce que une IRM suffit? **NON!**



Quelle surveillance, quel bilan diagnostic et quelle prise en charge ?

- Hospitalisation ou prise en charge ambulatoire?

Recommendation

There is insufficient evidence to provide a recommendation.

Expert consensus

Prompt review in a TIA clinic or hospitalization in a stroke unit are reasonable options.

- Quelle imagerie cérébrale?

There is insufficient evidence to provide a recommendation.

MR (multimodal) or CT perfusion, if feasible, instead of non-contrast CT*

- Quelle imagerie vasculaire?

MRA or CTA for confirmation after US of large artery stenosis $\geq 50\%$

In routine practice, US, CTA and/or MRA are recommended for evaluating the extent and severity of extracranial carotid stenoses

*Where it will influence treatment and/or there is diagnostic uncertainty

Prevention secondaire

Recommendation

- Delai d'initiation des antiplaquettaires?
- Double antiaggregation?
- Autres mesures de preventions secondaire?

If a wait >24h to planned imaging is foreseen we suggest antiplatelet monotherapy compared to not starting antiplatelet monotherapy.

In patients with acute non-cardioembolic high risk TIA (ABCD2 ≥ 4), we recommend short term dual anti-platelet therapy with aspirin and clopidogrel over monotherapy, subsequently followed by monotherapy

Risk factors assesement and treatment as for all ischemic stroke



Dans la pratique au CHUV



AAS charge 250-500mg poudre
ou comprimé ou IV sauf
si anticoagulé et/ou imagerie rapide possible
(alternative: clopidogrel 300mg PO).

**Suspicion d'AIT selon le 1^{er} médecin
en contact avec patient-e**

OUI

**≤ 5 jours et
ABCD2 ≥ 4 ?**

NON

Adresser patient-e **immédiatement** à
une structure capable d'une
évaluation cérébrovasculaire urgente
y.i. imagerie neurovasculaire (de préférence avec
Unité cérébrovasculaire = UCV de proximité) *

Contacter le prochain jour ouvrable
l'UCV de proximité
ou neurologue installé·e
pour organiser la PeC °



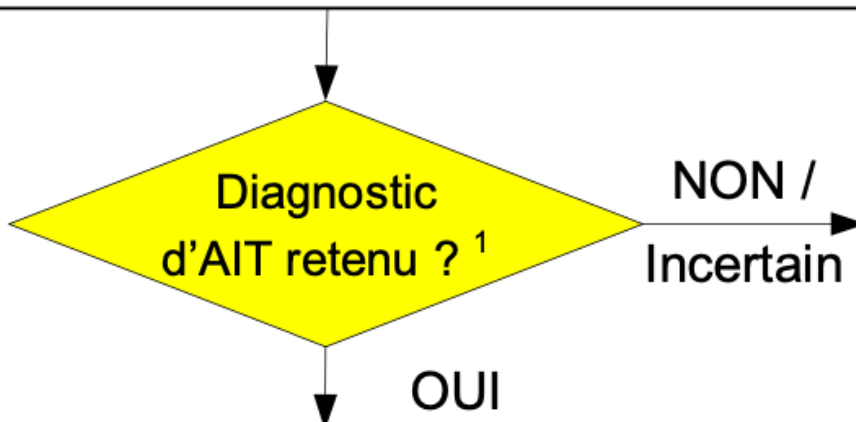


* Adresser rapidement à UCV si

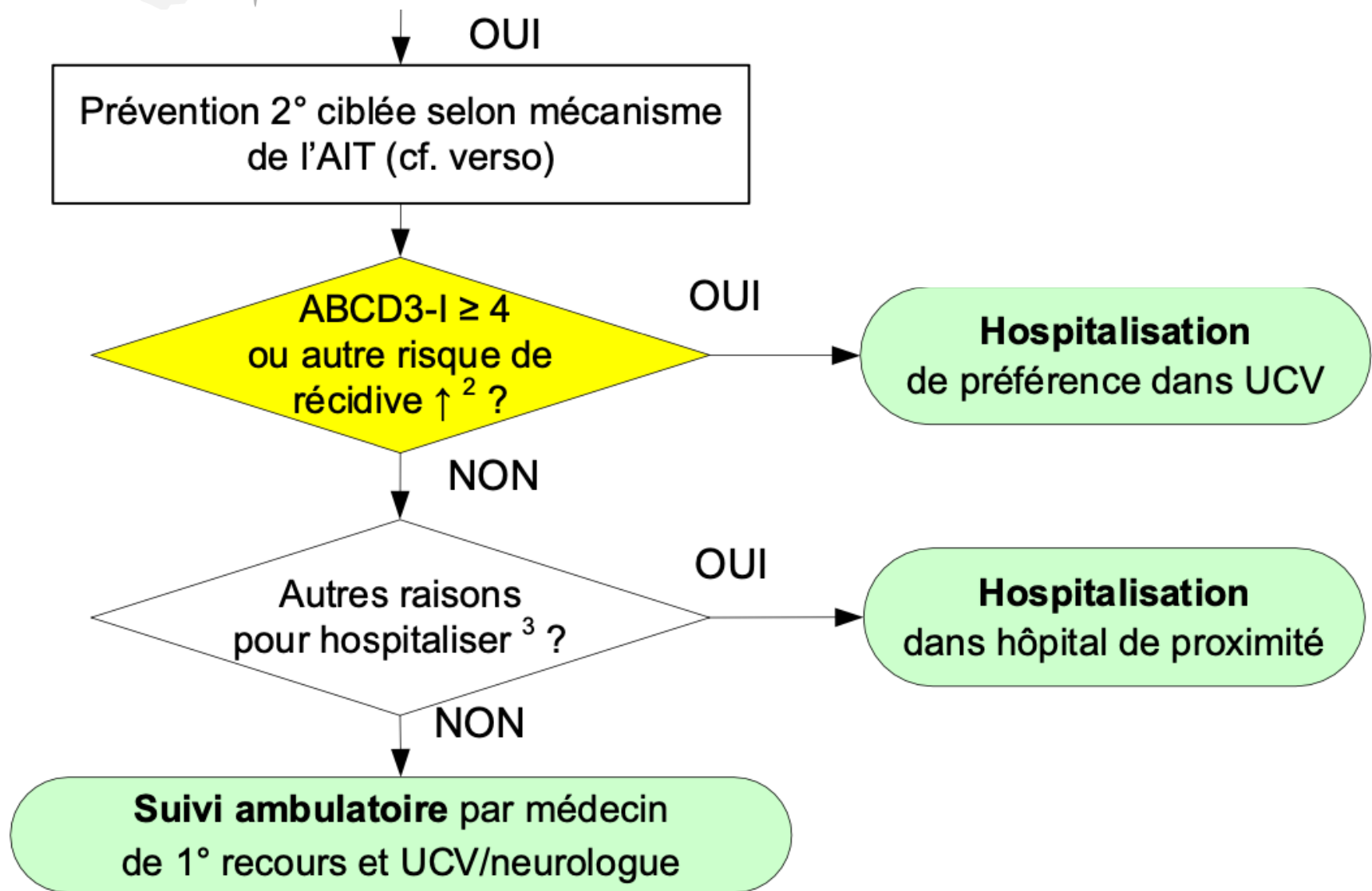
- AIT répétitifs/crescendo
- Occlusion/sténose $\geq 50\%$ en amont de l'AIT
- Suspicion de cause rare

Réévaluation clinique → si AIT toujours possible:
Avis cérébrovasculaire par UCV ou neurologue
en personne dès que possible (sinon par tél. ou écrit).
Neuroimagerie avec artères cérébrales et cervicales
(de préférence IRM) °*. Charge antiplaq. si pas déjà faite.
ECG, labo routine, CRP, HbA1c, profil lipidique.

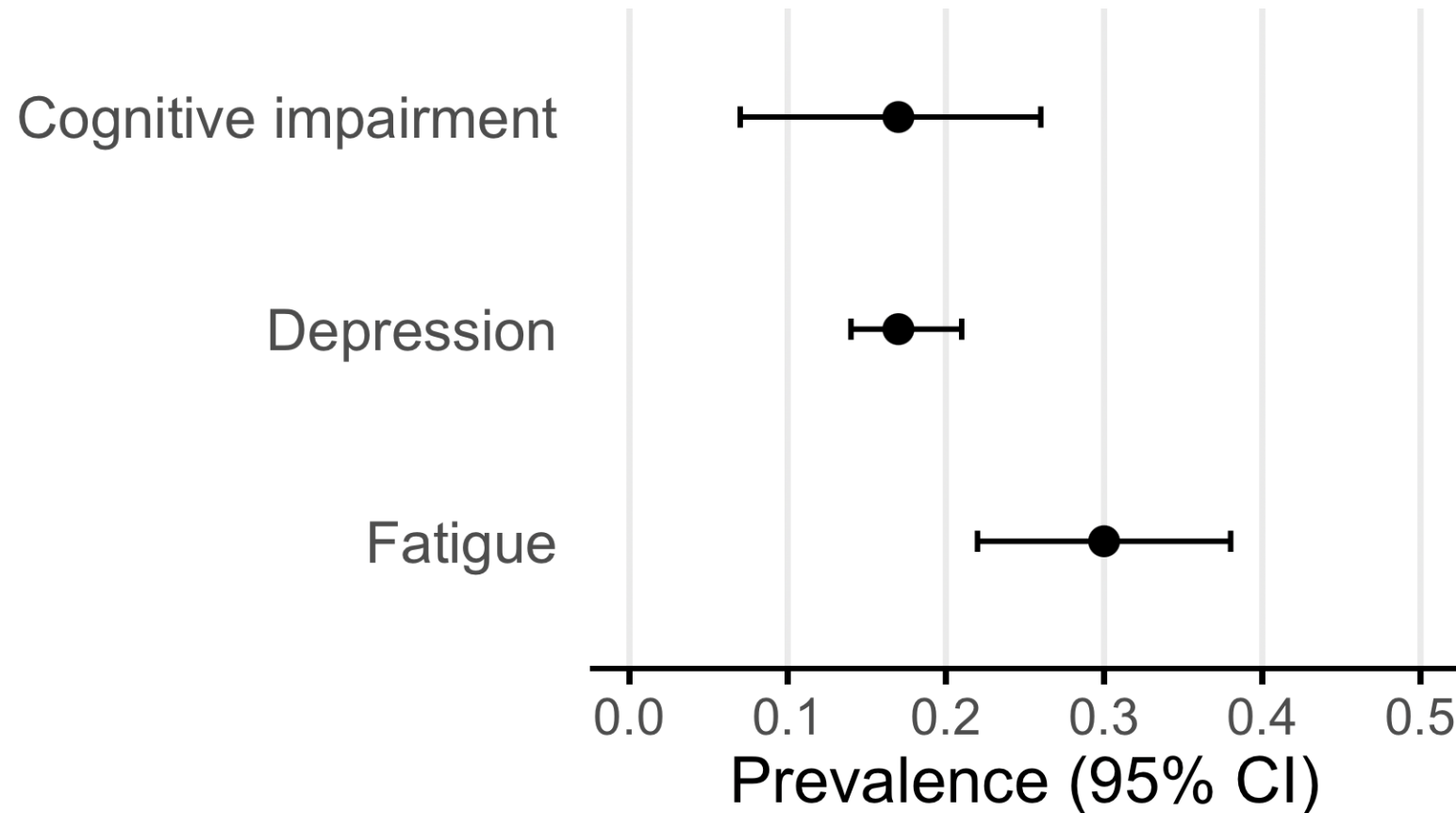
° Considérer
neuroimagerie en
ambulatoire le même
jour si possibilité existe



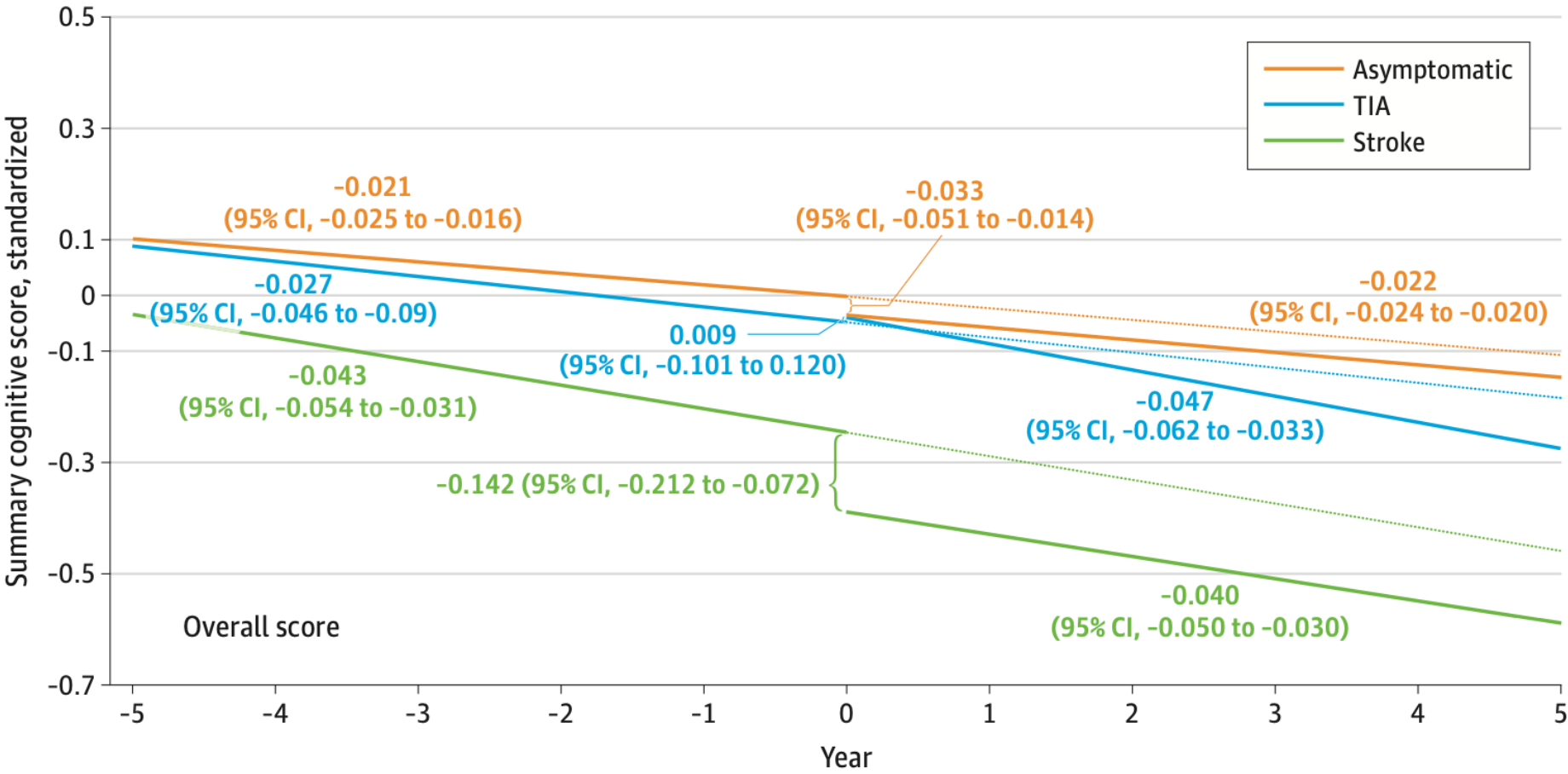
Ajouter consultations
spécialisées et/ou IRM (si pas
déjà faite) dès que possible,
puis examens complémentaires
selon hypothèse diagnostique



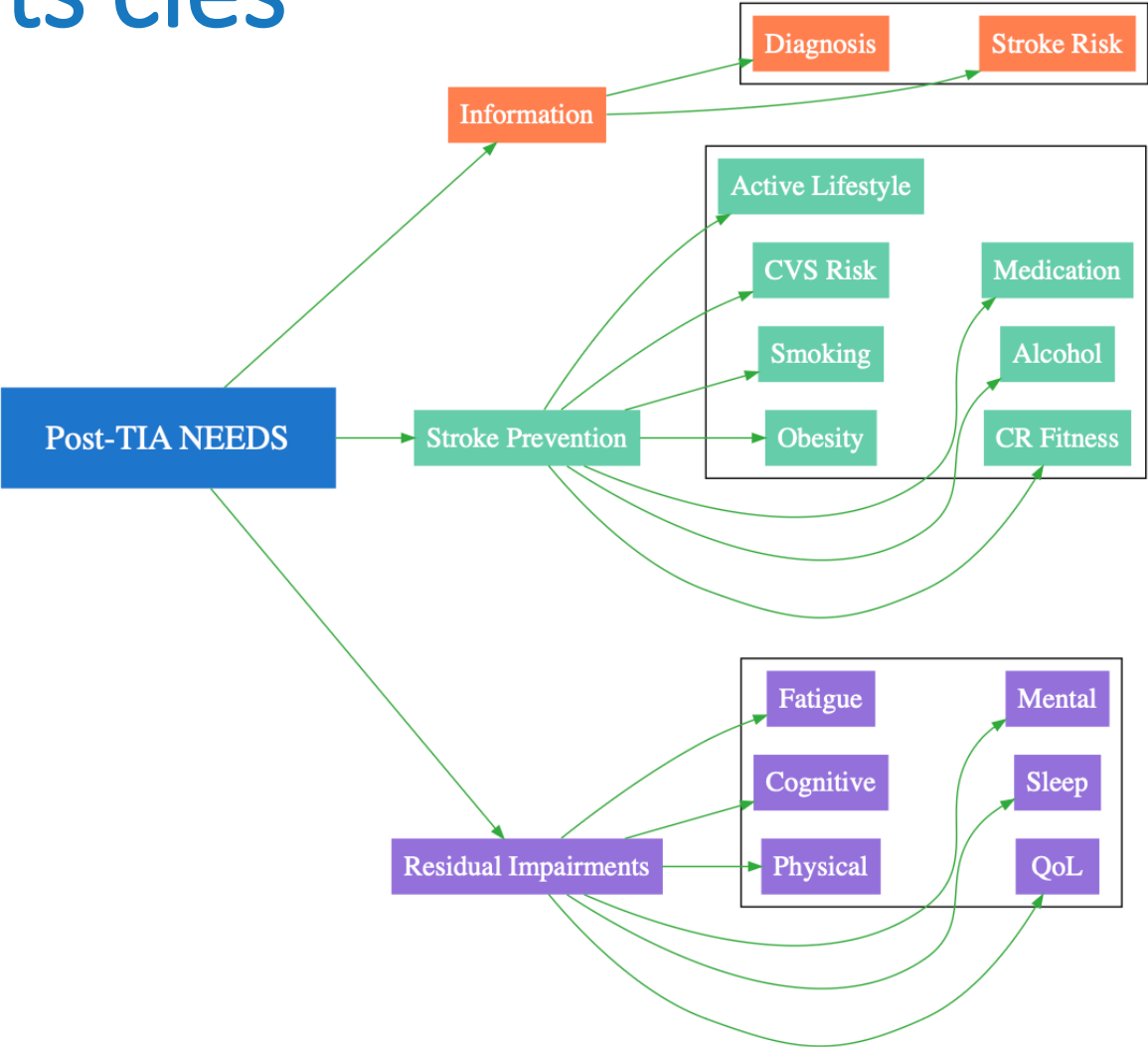
Pronostic de l'AIT (au delà du risque de récurrence)



Pronostic (au delà du risque de récurrence)



AIT: points clés



Merci pour l'attention

davide.strambo@chuv.ch

