



PRISE EN CHARGE DE L'ACCIDENT ISCHÉMIQUE TRANSITOIRE - AIT

« Un AIT est un épisode bref de dysfonction neurologique dû à une ischémie focale cérébrale ou rétinienne, dont les symptômes cliniques durent typiquement moins d'1 heure, sans preuve d'infarctus aigu. »

TOUT DÉFICIT TRANSITOIRE FOCAL EST A PRIORI UN AIT

AIT PROBABLE

Carotidien :

- cécité monoculaire
- troubles du langage (aphasie)
- troubles moteurs et/ou sensitifs unilatéraux touchant la face et/ou les membres

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)

AIT POSSIBLE

Symptômes compatibles avec un AIT mais ne doivent pas faire retenir le diagnostic en première intention s'ils sont isolés.

Le **diagnostic devient probable** si ces signes s'associent :

- vertige
- diplopie
- dysarthrie
- troubles de la déglutition
- perte de l'équilibre
- symptômes sensitifs isolés ne touchant qu'une partie d'un membre ou qu'une hémiface
- drop-attack

EN QUOI L'AIT EST-IL UNE URGENCE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE ?

Le **risque d'infarctus cérébral** est **imminent**. Il est d'environ 10% à 3 mois, dont la moitié dans les 48 premières heures¹. Une prise en charge urgente et structurée de ces patients permet de réduire considérablement ce risque².

QUELLES SONT LES PRINCIPALES CAUSES D'AIT ?

Les causes d'AIT sont les mêmes que celle des infarctus cérébraux. Les 3 principales sont l'athérome des artères de gros calibre, les cardiopathies emboligènes dont la fibrillation atriale, et la microangiopathie cérébrale. D'autres causes existent (dissection artérielle...).

QUEL BILAN EST NÉCESSAIRE EN URGENCE ?

- bilan biologique
- ECG
- **imagerie du parenchyme cérébral**
- **imagerie des artères cervicales et intracrâniennes**

Le scanner + angioscanner des artères cervicales et intracrâniennes est souvent réalisé en 1ère intention du fait de sa disponibilité.

Dans la plupart des cas, le patient peut rentrer à domicile avec un traitement préventif à l'issue de ce premier bilan. Seuls les patients ayant un bilan anormal (sténose artérielle...) ou rem-plissant des critères d'hospitalisation (AIT à répétition, découverte ou suspicion de cardiopathie emboligène...) sont hospitalisés à l'unité Neurovasculaire.

QUEL BILAN PEUT ÊTRE FAIT EN SEMI-URGENCE ?

- l'IRM cérébrale si elle n'a pu être faite initialement (vérifier l'absence de contre-indication)
- l'échographie cardiaque transthoracique
- +/- d'autres examens en fonction du contexte (bilan de thrombophilie, échographie cardiaque transoesophagienne, holter ECG...)
- la consultation neurologique est indispensable car le diagnostic de l'AIT est clinique. Il faut s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une autre pathologie (crise d'épilepsie, aura migraineuse...).



LA FILIÈRE AIT À LYON

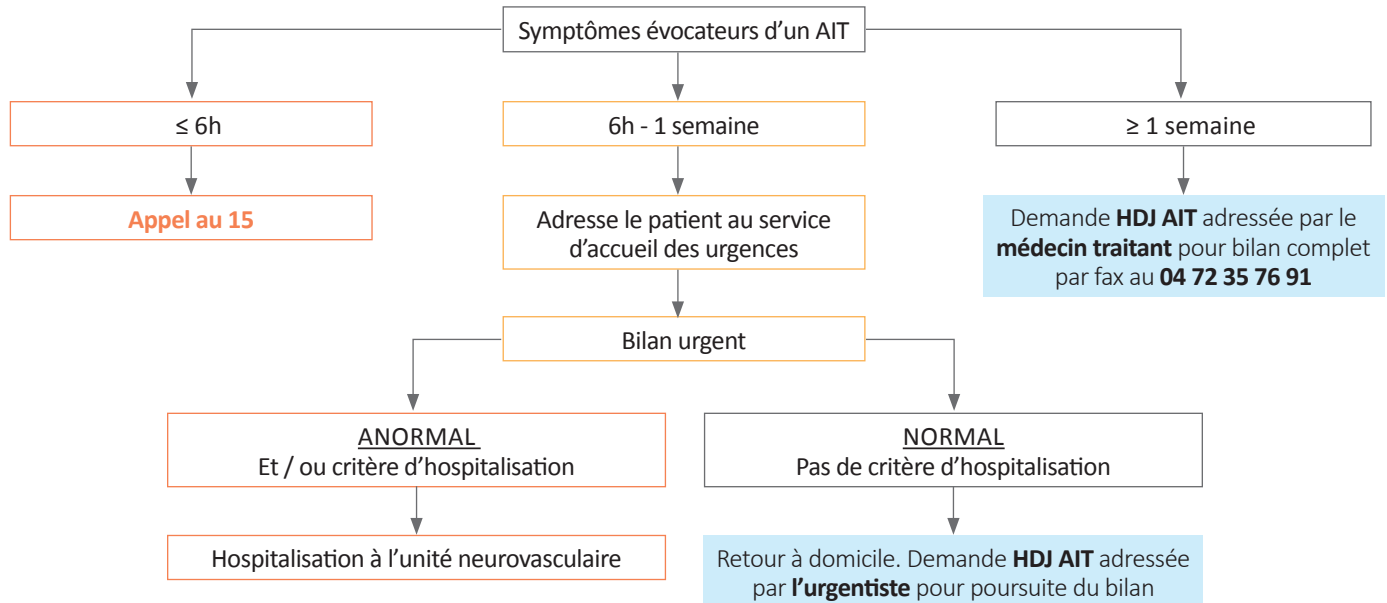
L'Unité Neurovasculaire de Lyon propose désormais une prise en charge structurée de l'AIT en Hôpital de jour (HDJ) à l'Hôpital Neurologique Pierre Wertheimer.

Chaque patient a une échographie cardiaque transthoracique, une IRM cérébrale et une consultation auprès d'un neurologue de l'Unité Neurovasculaire.

L'activité étant programmée, les patients sont adressés soit par les urgentistes après la réalisation du bilan urgent soit directement par le médecin traitant lorsque le patient consulte tardivement.



OÙ ORIENTER LE PATIENT ?



QUEL EST LE TRAITEMENT PRÉVENTIF OPTIMAL AU DÉCOURS D'UN AIT³ ?

- traitement antithrombotique (anticoagulants si cardiopathie emboligène, sinon antiagrégants plaquettaires)
- +/- traitement hypotenseur (IEC, diurétiques, inhibiteurs calciques) si PA ≥ 140/90 mmHg
- +/- statines si LDL-cholestérol ≥ 1g/L ou quel que soit le taux de LDL-cholestérol si diabète, coronaropathie ou autre maladie athéroscléreuse symptomatique
- +/- traitement antidiabétique
- +/- traitement spécifique en fonction de la cause (endartériectomie carotidienne....)

QUELS SONT LES OBJECTIFS DE LA PRÉVENTION VASCULAIRE APRÈS UN AIT^{3/4} ?

- PA < 140/90 mmHg
- LDL-cholestérol < 1g/L, (< 0,7 g/L en cas de risque cardiovasculaire très élevé)
- Hba1c ≤ 8% si AIT < 6 mois, Hba1c ≤ 7% si AIT > 6 mois

INFORMATIONS :

Retrouvez les dernières informations sur la prise en charge de l'AIT depuis la plateforme Ressources sur : ait.ressources-aura.fr



CONTACT :

SOS AIT/AVC,
Unité Neurovasculaire Lyon,
04 72 35 69 27

Références : 1. Johnston SC, et al. JAMA. 2000;284:2901-6. 2. Amarenco P, et al. N Engl J Med 2016;374:1533-42. 3. Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique : prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un accident ischémique transitoire ; 2014. 4. Haute Autorité de Santé. Rapport d'élaboration: Principales dyslipidémies : stratégies de prise en charge; 2017.