



**CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE**

**DR : BENBADIS – CONSTANTINE -**

**CLINIQUE DE // EUROLOGIE**

**PROF. A. HAMRI**

**LES ACCIDENTS VASCULAIRES  
CEREBRAUX  
ISCHEMIQUES TRANSITOIRE  
OU TRANSIENT ISCHEMIC ATACK(TIA)**

***Dr. A.S. FEKRAOUI***

**« ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022 »**

## *OBJECTIFS PEDAGOGIQUES :*

1. savoir définir un Accident ischémique transitoire « AIT »
2. connaître les formes topographiques artérielles.
3. Les critères de diagnostic de L'AIT
4. savoir différencier l'AIT d'autre pathologie à sémiologie similaire.
5. Considéré l'AIT comme une urgence diagnostic et thérapeutique.

## *ACQUISITIONS :*

- ❖ La sémiologie de l'AIT dans les territoires carotidien et vertébro-basilaire.
- ❖ Diagnostic positif à l'imagerie
- ❖ Savoir prendre en charge en urgence un AIT
- ❖ Les principales étiologies

**ACCIDENT ISCHEMIQUE TRANSITOIRE = السكتة الدماغية الافقارية العابرة =**  
**TRANSIET ISCHEMIC ATTACK**

# **PLAN**

**DEFINITION**

**EPIDEMIOLOGIE**

**DIAGNOSTIC POSITIF**

**DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL**

**ETIOLOGIES**

**PRISE EN CHARGE**

## I/ DEFINITION

Un accident ischémique transitoire “ AIT” est un épisode bref de dysfonctionnement neurologique dû à une ischémie focale cérébrale ou rétinienne, dont les symptômes cliniques durent typiquement moins d'une heure, sans preuve d'infarctus aigu.

L'accident ischémique transitoire doit être considéré comme une urgence diagnostic et thérapeutique car c'est un signal d'alarme pour la survenue d'un infarctus cérébral.

## II/ EPIDEMIOLOGIE :

- ▶ Prévalence est difficile à préciser
- ▶ Les facteurs de risque sont les mêmes que ceux d'un infarctus cérébral (ou AIC)
- ▶ Les deux sexes sont touchés avec légère prédominance masculine.

### A/ Facteurs de risque non modifiable:

- Age avancé
- Le sexe masculin.(sexe féminin plus concerné dans notre population)

### B/ FACTEURS DE RISQUE MODIFIABLES :

- Hypertension artérielle: Risque Relatif (RR)=4 à 4.4 : ce risque augmente avec les chiffres de la pression artérielle aussi bien systolique que diastolique : toute augmentation de la pression artérielle diastolique de 5 à 10 mmhg est responsable d'une augmentation de 40% du risque d'infarctus cérébral.
- La diminution de la pression artérielle s'accompagne d'une réduction du risque vasculaire cérébral « $\searrow$  de 5 à 6 mmhg de la PAD  $\Rightarrow$   $\searrow$  de 42% des AVC.
- Diabète : RR = 1.5 à 2.
- Sténose carotidienne: le risque d'AIT et d'AVC augmente avec le degré de la sténose
- L'épaisseur intima media des carotides avec un RR = 3.5
- Cardiopathie ischémique(IDM): RR = 2 à 4
- Arythmie par fibrillation auriculaire AC/FA: RR=4 à 5
- ◆ Hypercholestérolémies: RR=1.3 à 2.9
- ◆ Tabac: RR =1.5 à 1.9

- ◆ Hyperhomocystéinémie: RR=1.82, (Odds Ratio = 2.3) pour une concentration > 12.1 µmol/L
- ▶ Les contraceptifs oraux :RR d'IC de 2,75 Le risque persiste(RR : 1,93) pour les pilules faiblement dosées.
- ▶ Fibrinogène: le risque augmente avec le taux plasmatique
- ▶ Ronflement: RR=1.6 ce risque augmente s'il associe un syndrome d'apnée hypopnée du sommeil.
- ▶ Obésité: RR=2
- ▶ Migraine avec aura « OR=5 »
- ▶ Régime alimentaire riche en sel par l'intermédiaire de la PA
- ▶ Antécédents d'AVC
- ▶ *L'inflammation* est un facteur de risque de l'athérosclérose

#### **FACTEURS PROTECTEURS :**

- ▶ Une activité physique régulière démarrée au début de l'âge adulte et poursuivie toute la vie
- ▶ La consommation de fruits et légumes verts, de même que celle des céréales et l'augmentation de la consommation de K<sup>+</sup> ou de Mg<sup>+</sup> entraîne une réduction du risque d'infarctus cérébral
- ▶ l'alcool à faible dose?

### **III/ DIAGNOSTIC POSITIF**

- ▶ Il est clinique et radiologique

A/ Cliniquement :

L'interrogatoire est souvent l'outil majeur avec dans certains circonstances l'examen clinique.

Le diagnostic d'AIT est un diagnostic clinique rétrospectif, qui repose initialement sur l'interrogatoire approfondi du patient et de son entourage

La sémiologie clinique est variable selon la topographie de l'ischémie cérébrale

**Symptômes d'AIT probable** : Installation rapide, habituellement en moins de 2minutes, de l'un ou de plusieurs des symptômes suivants :

#### **1. Symptômes évocateurs d'un AIT carotidien :**

- ▶ cécité monoculaire ;
- ▶ aphasie ;
- ▶ troubles moteurs et/ou sensitifs unilatéraux touchant la face et/ou les membres.

## 2. *Symptômes évocateurs d'un AIT vertébro-basilaire :*

- ▶ troubles moteurs et/ou sensitifs bilatéraux ou à bascule d'un épisode à l'autre ; touchant la face et/ou les membres ;
- ▶ hémianopsie latérale homonyme (HLH) ou cécité corticale
- ▶ **symptômes dits «d'AIT possibles»:** sont compatibles avec le diagnostic d'AIT.
- ▶ Cependant, s'ils sont isolés, ils doivent faire évoquer en première intention d'autres diagnostics.
- ▶ En revanche, si ces symptômes s'associent entre eux ou aux symptômes ci dessus, que ce soit de façon concomitante ou successive, alors l'AIT doit être considéré comme probable.
- ▶ **Symptômes d'AIT possible :**
  - ▶ - vertige et perte d'équilibre ;
  - ▶ - symptômes sensitifs isolés ne touchant qu'une partie d'un membre ou qu'une hémiface ;
  - ▶ - diplopie ;
  - ▶ - dysarthrie ;
  - ▶ - troubles de la déglutition ;
  - ▶ - *drop-attack*
- ▶ **Recherche de l'ancienneté (date et heure ) et de la durée des symptômes**
- ▶ La durée des symptômes est un élément indicatif important pour porter le diagnostic d'AIT car dans la plupart des cas les symptômes sont de courte durée.

**Confirmation à l'examen clinique de la disparition des troubles neurologiques.**

La régression complète des signes déficitaires focaux est particulièrement importante.

car s'il persiste des signes neurologiques à l'examen,

Le patient doit être considéré comme ayant un AVC constitué jusqu'à preuve du contraire.

La prise en charge hospitalière, si possible en Unité Neuro-Vasculaire (UNV), doit alors être la plus rapide possible afin de préserver les chances du patient de bénéficier d'une fibrinolyse

## **B/ EXAMENS COMPLEMENTAIRE :**

L'imagerie cérébrale étant donc nécessaire au diagnostic positif d'AIT.

- ▶ La TDM ou l'IRM sont normaux ou ne retrouvant pas de signe d'infarctus cérébral expliquant la symptomatologie actuelle

**La réalisation d'une imagerie cérébrale, préférentiellement une IRM de diffusion (au minimum), est nécessaire au diagnostic afin de s'assurer de l'absence d'infarctus cérébral, critère nécessaire selon la nouvelle définition.**

- ▶ Elle permet également d'éliminer certains diagnostics différentiels, au premier rang desquels un saignement intracrânien

## **C/ BILAN ETIOLOGIQUE :**

- ▶ Bilan biologique:

Vs, CRP, glycémie, bilan lipidique, FNS,FR, TP,INR,... Bilan selon contexte

- ▶ Bilan cardiaque: ECG, échocardiogramme, Doppler des troncs supra-aortiques, holter, ETO,...
- ▶ Angio TDM cérébrale,angioIRM (ARM)

## **IV/ DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL**

### **A/ Affections neurologiques :**

- ▶ **migraine avec aura ,**

- ▶ **crise épileptique focale :**
- ▶ **tumeurs cérébrales ,**
- ▶ **malformations vasculaires cérébrales ,**
- ▶ **hématome sous-dural ,**
- ▶ **hémorragie cérébrale ,**
- ▶ **sclérose en plaques ,**
- ▶ **Ictus amnésique**
- ▶ **myasthénie ,**
- ▶ **paralysie périodique , narcolepsie.**

**B /Affections non neurologiques :**

- ▶ troubles métaboliques (notamment hypoglycémie)
  - ▶ vertige de cause ORL (maladie de Ménière, vertige positionnel paroxystique bénin, névrite vestibulaire)
  - ▶ syncope ;
  - ▶ hypotension orthostatique ;
  - ▶ syndrome d'hyperventilation ; (spamophilie)
  - ▶ hystérie, simulation ;
- troubles psychosomatiques.

**C/ En cas de cécité monoculaire transitoire:**

- ▶ amaurose liée à une hypertension artérielle maligne
- ▶ glaucome aigu
- ▶ hypertension intracrânienne
- ▶ thrombose de la veine centrale de la rétine
- ▶ Névrite optique rétro-bulbaire
- ▶ décollement de rétine
- ▶ **Athérosclérose**
- ▶ **Maladie des petits vaisseaux/lacunes**



## V/ ETIOLOGIES :

- ▶ **Athérosclérose des artères carotides**
- ▶ **Angiopathies non inflammatoires :** Dissection des artères carotides.
- ▶ Cardiopathies emboligènes : troubles du rythme ,  
valvulopathies(rétrécissement mitral), IDM récent
- ▶ Causes hématologiques: Polyglobulies, Drépanocytose,Thrombocytémie  
essentielle,Leucémies
- ▶ Autres causes:Drogues, médicaments, angiographie, Hypotension  
systémique,...

## VI / EVALUATION DU RISQUE DE SURVENU D'UN IC :

des scores spécifiques de l'AIT sont utilisés pour évaluer le risque de survenue d'un infarctus cérébral dans l'année qui suit.

SCORE ABCD

SCORE ABCDI2

SCORE ABCDI3

PARAMETRES CLINIQUES		ABCD2	ABCD3-1
Age	≥ 60 ans	1	1
Pression artérielle	PAS > 140 mmHg ou PAD ≥ 90 mmHg	1	1
Caractéristiques cliniques	Déficit moteur unilatéral	2	2
	Troubles de la parole sans déficit moteur	1	1
Durée des symptômes	≥ 60 minutes	2	2
	10-59 minutes	1	1
Diabète sucré présent		1	1
Double AIT (AIT demandant des soins médicaux et au moins une autre AIT dans les 7 jours précédant)		N.A	2
Imagerie : sténose ipsilatéral de l'artère carotide interne ≥ 50 %		N.A	2
Imagerie : hyperintensité aigue en séquence de diffusion		N.A	2
TOTAL		0 - 7	0 - 13

Score ABCD2I	Risque d'AVC	Récidive dans les 90 jours
0 - 3	Faible	2 - 3 %.
4 - 7	Intermédiaire	< 6 %.
8 - 13	Haute	> 18 %.

## VI/ PRISE EN CHARGE :

- ▶ La prise en charge des AIT est également urgente, vu que 10% d'entre eux présentent un infarctus cérébral dans les 48 heures. L'accès immédiat à l'imagerie est facilité par le contact pré-hospitalier et une bonne communication avec le service de radiologie: les UNV doivent travailler étroitement avec le service de radiologie afin d'utiliser au mieux leurs disponibilités
- ▶ Il n'y a pas *stricto sensu* de traitement de l'AIT. Le but de la prise en charge initiale est d'instaurer au plus vite un traitement par aspirine afin d'éviter la survenue d'un infarctus cérébral.
- ▶ Il s'agit en réalité d'un traitement anti-thrombotique préventif.
- ▶ Le traitement sera ensuite adapté, dans les meilleurs délais, à l'étiologie suspectée de l'AIT, en fonction des résultats du bilan étiologique
- ▶ **Traitement par aspirine en urgence et en l'absence de contre-indication prouvée. Dose de charge de 160-300mg**
- ▶ **L'utilisation de deux antiagrégants plaquettaires est recommandée avec un bolus en J1(300 à 600mg de clopidogrel + 300mg d'aspirine) suivi de 100mg d'aspirine et 75 mg de clopidogrel pendant 21jours)**