

Pronostic des accidents ischémiques cérébraux transitoires.

Les accidents ischémiques cérébraux transitoires (AIT) sont fréquents. On estime qu'une personne de plus de 65 ans sur 15 a eu une histoire d'AIT. L'attitude à adopter devant un sujet qui décrit un épisode de ce type n'est pas définie de façon très précise. On sait que les antiagrégants, les anticoagulants en cas de fibrillation auriculaire et l'endartériectomie en cas de sténose carotidienne sont efficaces pour prévenir les récurrences et les risques d'AVC. Mais il est difficile de préciser le degré d'urgence de ces actions thérapeutiques; on ne connaît pas très bien l'histoire naturelle des AIT, et surtout l'importance du risque d'AVC définitif. Une étude de cohorte vient d'être publiée sur le devenir de 1707 patients étiquetés AIT au service des urgences, par des médecins non neurologues.¹

L'étude est issue de 16 hôpitaux californiens desservant 2,9 millions d'affiliés d'une HMO. 1707 patients étiquetés AIT au service d'urgence ont été suivis pendant 90 jours. Étaient notés la survenue d'un AVC ou d'un nouvel AIT, les morts, les hospitalisations pour événements cardiovasculaires. Le diagnostic d'AIT était secondairement confirmé par un neurologue.

99% des patients étaient examinés dans les 24 heures après le début de l'AIT, dont la durée moyenne a été de 207 minutes. La moyenne d'âge était de 72 ans, avec 53% de femmes. Les facteurs de risque étaient habituels: HTA (58%), diabète (19%), cardiopathie ischémique (24%), fibrillation auriculaire (9%), sténose carotidienne connue (6%), AIT ou AVC antérieur (26% et 23%), hypercholestérolémie (16%), tabagisme (14%).

Un AVC survint dans les 90 jours chez 180 patients (10,5%), 91 de ceux-ci survenant les deux premiers jours. (AVC mortels chez 38 patients, invalidants chez 115).

Cinq facteurs de risque (FR) ont été identifiés comme associés à un risque augmenté d'AVC: âge > 60 ans, diabète, durée de l'AIT >10 minutes, sensation de faiblesse au cours de l'AIT, troubles de la parole. En l'absence de ces cinq FR, le risque était nul; il augmentait en fonction de leur nombre atteignant 15% avec 4 FR, 34% avec 5 FR.

Une récurrence d'AIT a été observée chez 216 patients (12,7%). Un événement adverse (AVC, hospitalisation pour motif cardiovasculaire, mort, récurrence d'AIT) survint chez 428 patients (25,1%). Plus de 50% de ces événements sont survenus dans les quatre premiers jours. 45 patients (2,6%) sont morts dans les 90 jours (dont 20 d'AVC, et 9 d'événements cardiovasculaires).

Sous anticoagulant ou antiagrégant (775 patients) le risque d'AVC, était diminué, mais non significativement.

Le diagnostic d'AIT a été récusé par le neurologue dans 96 cas (5,6% des cas). Trois de ces patients ont eu un AVC dans les 90 jours.

Le risque d'AVC est de 5% dans les 2 premiers jours, de 10% dans les 90 jours dans cette étude. Cela confirme les données classiques obtenues sur de plus petits effectifs: risque de 8% les premiers mois et de 3% par an les 3 années suivantes. 9 à 30% des AVC seraient précédés d'AIT.²

L'AIT est aussi un indicateur de risque cardiovasculaire: le risque global d'événement cardiovasculaire est élevé, autour de 25% dans les 3 mois, et pour la moitié dans les 4 premiers jours.

L'étude propose une hiérarchie des facteurs de risque d'AVC. Les auteurs pensent cependant qu'une validation prospective par une cohorte indépendante doit être réalisée avant d'en faire un modèle prédictif. Les auteurs signalent de plus un biais possible: le recrutement dans un service d'urgence hospitalier peut sélectionner des cas apparemment à plus grand risque. A l'inverse, si le patient consulte au troisième jour, un certain nombre des risques immédiats, ceux des deux premiers jours, sont écartés.

Le diagnostic est difficile. C'est en général un diagnostic rétrospectif. L'étude a été réalisée sur des patients étiquetés AIT au service d'urgence de 16 hôpitaux par des médecins non neurologues, mode de diagnostic proche de la pratique quotidienne. La validation du diagnostic, a posteriori, par un neurologue a été confirmative dans 94% des cas; la survenue parmi les cas récusés de 3 AVC dans les 3 mois semble montrer que le diagnostic spécialisé n'est pas sans appel. La difficulté du diagnostic est confirmée par le peu de concordance entre observateurs spécialisés dans plusieurs études^{1,2}.

Cette étude ne révolutionne pas notre stratégie face aux AIT. Elle confirme le risque, son importance, la nécessité d'une action prophylactique rapide. L'étude, purement observationnelle, ne permet pas de préciser l'efficacité de ces actions. Il est admis que la recherche d'une cardiopathie emboligène et en principe un traitement anticoagulant sont urgents. En dehors de ce cas, un traitement antiagrégant immédiat et un bilan carotidien rapide sont à mettre en oeuvre. Nous en reparlerons.

1 - Johnston SC et al. Short-term prognosis after emergency department diagnosis of TIA. JAMA. 2000;284(22):2901-6

2 - Amarenco P, Bousser MG. Accident ischémique cérébral transitoire. Encycl. Med-Chir, neurol. 1995 - 17-046-A-15

Mots-clé: AIT, AVC, pronostic, risque, facteur de risque.

Numéro 224 du 3 mai 2001

Les articles cités peuvent être fournis (contre paiement des frais de reproduction et d'envoi)