

Accident cérébral ischémique transitoire (AIT) : quel devenir ?

Mots
clés :

AVC
AIT
Pronostic
Récidive
Risque
Incidence

Les AVC sont une cause majeure de mortalité, de morbidité et d'incapacité chez les adultes. Malgré le vieillissement de la population, leur incidence diminue. Une étude anglaise¹ comparant dans une population de 100 000 habitants l'incidence des AVC et des AIT entre 1981-84 et 2002-04 constate une baisse d'incidence de 40% sur 20 ans, semblant liée aux modifications de facteurs de risque (tabac, HTA, cholestérol) et à l'usage d'une prévention secondaire. Celle-ci, une fois éliminée une origine embolique cardiaque, concerne les AIT (déficit neurologique durant moins de 24 heures) mais aussi les AVC mineurs (déficit >24 heures sans dépendance pour les activités quotidiennes). Quel est leur devenir, dont la connaissance va conditionner le bilan et le traitement² ? Des études récentes^{3,4,5} apportent des informations sur le risque de récurrence précoce et à long terme, le risque plus général dans le domaine vasculaire, les facteurs de risque.

Des risques importants de récurrence précoce

Jusqu'à récemment le risque de récurrence précoce des AIT ou AVC mineurs était évalué entre 1 et 2% à 7 jours, 2 à 4% à un mois. Une étude américaine plus récente relevait notait 5% dans les 2 premiers jours, 10% dans les 90 jours⁶. Ce risque, fondé sur le suivi de patients vus à l'hôpital, ignorait sans doute les évolutions précoces. L'étude anglaise¹ a suivi en liaison avec les médecins généralistes tous les patients dès le premier signe. Sur un an, en 2002-2003, 87 AIT et 87 AVC mineurs ont été observés. Dans les 3 premiers mois de suivi, 15 et 16 patients ont eu une récurrence (2 et 4 mortels, 3 et 2 avec une incapacité résiduelle). Pour 5 AIT et 3 AVC mineurs, ces récurrences sont survenues très précocement, avant le recours au médecin. Globalement le risque peut être estimé, pour les AIT ou les AVC mineurs, à 8 ou 12% à 7 jours, 11 ou 15% à un mois, 17 ou 18% à 3 mois⁴.

Des facteurs de risque de récurrence identifiables

Les auteurs anglais ont étudié un score pour apprécier le risque de récurrence⁵, avec 4 critères: l'âge (≥ 60 ans = 1), la TA (systolique >140 et/ou diastolique >90 = 1), les manifestations cliniques (déficit unilatéral=2, trouble de la parole sans déficit moteur=1, autres=0), la durée des symptômes en minutes ($\geq 60=2$, 10 à 59=1, $<10=0$). Sur 188 patients, il y a eu 20 récurrences :

aucune avec un score <4 , une avec un score =4, 19 avec un score ≥ 5 . Pour les patients avec score ≥ 5 , un bilan en urgence est donc nécessaire. Ce score recoupe celui de l'étude néerlandaise³.

Un pronostic à long terme encore mal connu

Une étude néerlandaise a suivi 2473 patients ayant eu un AIT ou un AVC mineur³. Les patients issus de 24 hôpitaux avaient été inclus entre 1986 et 1989. Sur l'ensemble, après un suivi moyen de 10,1 ans, 60% étaient morts, 54% avaient eu au moins un événement vasculaire. A 10 ans, le risque de mort était de 42,7%, variant selon l'âge (risque relatif [RR] de 3,3 après 65 ans), l'existence d'un diabète (RR 2,1), d'une claudication (RR 1,9), d'une onde Q pathologique sur l'ECG de base (RR 1,5). Les facteurs prédictifs de risque d'événement vasculaire étaient identiques. A 10 ans, moins d'un patient sur 2 survivait indemne d'un autre événement vasculaire. Le risque annuel d'événement vasculaire n'était pas linéaire : haut précocement, il décline dans les trois premières années, pour croître par la suite. Les risques de mort sont probablement sous estimés : l'inclusion se faisait avec un délai d'au moins une semaine, excluant ainsi les risques très précoces ; par ailleurs tous les patients recevaient précocement un antiagrégant plaquettaire.

Que retenir pour la pratique ?

Ces deux études sont de grande qualité par leur méthodologie et leur suivi. L'une est de recrutement communautaire^{1,4,5}, l'autre hospitalier³. Leurs conclusions sont très voisines².

AIT et AVC mineurs doivent être considérés comme des urgences, à l'image de l'angor instable ; ils posent des problèmes similaires de récurrence précoce d'AVC, malgré un risque immédiat plus grand pour les AVC mineurs. Ce risque est plus élevé que celui d'infarctus en cas d'angor instable. Il est multiplié par 3 si une atteinte carotidienne est en cause².

A plus long terme, le risque est un risque vasculaire : parmi les événements vasculaires non mortels, 2/3 étaient des AVC, 1/3 étaient coronariens. Mais parmi les morts la part cardiaque devient largement dominante³. Les facteurs de risque cardiovasculaires prennent alors toute leur importance. C'est, après la phase précoce, une stratégie globale qu'il faut mettre en œuvre. Nous reviendrons sur ces stratégies, immédiate et à plus long terme.

Références

- 1 - Rothwell PM et al. Change in stroke incidence, mortality, case-fatality, severity and risk factors in Oxfordshire, UK from 1981 to 2004. *Lancet*. 2004; 363: 1925-33.
- 2 - Hankey GM. Redefining risks after TIA and minor ischaemic stroke. *Lancet*. 2005; 365: 2065-6.
- 3 - van Wijk I et al. Long-term survival and vascular event risk after transient attack or minor ischaemic stroke : a cohort study. *Lancet*. 2005; 365: 2098-104.
- 4 - Coull AJ et al. Population based study of early risk of stroke after TIA or minor stroke. *BMJ*. 2004; 328: 326-8.
- 5 - Rothwell PM et al. A simple score (ABCD) to identify individuals at high early risk of stroke after transient ischaemic attack. *Lancet*. 2005; 366: 29-36.
- 6 - Collectif. Pronostic des AIT. *Bibliomed*. 2001: 224.