

## Recommandations de l'European Stroke Organisation (ESO) concernant la prise en charge de l'accident ischémique transitoire

Fonseca AC, Merwick Á, Dennis M, et al. European Stroke Organisation (ESO) guidelines on management of transient ischaemic attack. *European Stroke Journal*. 2021;6(2):CLXIII-CLXXXVI.  
doi:10.1177/2396987321992905 ([lien](#))

**Auteur de la version française : Aurélien Freiherr von Seckendorff**

Service de Neurologie, Hôpital Fondation Adolphe de Rothschild, 29 rue Manin, 75019 Paris.  
Conflit d'intérêt : aucun.

**Relecteurs : Sonia Alamowitch (SFNV) et Guillaume Turc (ESO)**

### Résumé

L'objectif de ce document réalisé par l'European Stroke Organisation, concernant la prise en charge de l'accident ischémique transitoire (AIT) est de fournir des recommandations cliniquement utiles basées sur les preuves, concernant les stratégies de triage, l'investigation et la prévention secondaire, en particulier à la phase aiguë de la prise en charge d'un AIT. Ces recommandations ont été préparées conformément à la procédure opérationnelle standard pour un document de référence de l'European Stroke Organisation et selon la méthodologie GRADE. Comme principe de base pour généralisation, nous avons défini l'AIT de manière clinique et pragmatique, comme des symptômes neurologiques transitoires, susceptibles d'être dus à une ischémie cérébrale focale ou rétinienne, durant moins de 24 heures. L'AIT à haut risque a été défini sur la base de caractéristiques cliniques chez des patients vus peu après l'événement ou présentant d'autres caractéristiques suggérant un risque précoce élevé d'AVC (par exemple, score ABCD2  $\geq 4$ , faiblesse ou troubles de la parole pendant plus de cinq minutes, événements récurrents, ou maladie significative ipsilatérale des grosses artères, par exemple sténose carotidienne, sténose intracrânienne).

Dans l'ensemble, nous recommandons fortement l'utilisation d'une bithérapie antiplaquettaire par clopidogrel et aspirine pour une durée courte chez les patients atteints d'un AIT non cardioembolique à haut risque, avec un score ABCD2  $\geq 4$ , tel que défini dans les essais contrôlés randomisés. Nous recommandons également un examen par un spécialiste dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes de l'AIT. Si la prise en charge initiale est ambulatoire, nous suggérons un examen dans une clinique AIT spécialisée plutôt qu'en consultation externe conventionnelle. Nous recommandons la réalisation d'une ARM ou d'un angioscanner chez les patients ayant eu un AIT pour confirmer une sténose artérielle supérieure à 50 %, afin d'orienter la prise en charge ultérieure, par exemple en clarifiant le degré d'une sténose carotidienne détectée par échodoppler. Nous recommandons de ne pas utiliser uniquement les outils de prédiction (comme le score ABCD2) pour identifier les patients à haut risque ou pour prendre des décisions de triage et de traitement chez les patients avec suspicion d'AIT du fait de la sensibilité limitée des scores. Les patients avec un score ABCD2  $\leq 3$  peuvent ainsi avoir de manière individuelle un risque de récurrence d'AVC important et nécessiter une évaluation et un traitement précoce. Ces recommandations visent à souligner l'importance d'une évaluation rapide en aigue, et d'une prévention secondaire adaptée. Il n'existe pas de données issues d'essais contrôlés randomisés sur l'utilisation des outils de prédiction et les stratégies d'imagerie optimales en cas de suspicion d'AIT.

## Résumé grand public

Un accident ischémique transitoire ou AIT (également connu sous le nom de « mini-AVC ») est similaire à un AVC hormis le fait que les symptômes durent peu de temps. Un AIT peut être un signal d'alarme de risque de survenue d'un accident vasculaire cérébral plus grave et plus invalidant, c'est un motif de consultation fréquent chez un médecin. Reconnaître l'importance de l'AIT permet une prise en charge rapide par un spécialiste, qui peut inclure un traitement pour réduire le risque de survenue d'un accident vasculaire cérébral.

Pour les patients présentant un risque élevé d'accident vasculaire cérébral et dont l'AIT n'est pas dû à un problème cardiaque, la prise de deux médicaments sous forme de comprimés (aspirine et clopidogrel) le jour de l'AIT puis pendant les trois semaines qui suivent, peut réduire le risque d'accident vasculaire cérébral.

Pour 50 patients "à risque" traités de cette manière, on évite la survenue d'un accident vasculaire cérébral chez un patient.

Il est recommandé aux personnes ayant présenté un AIT de voir un spécialiste dans une clinique spécialisée dans les AIT dès le premier jour de l'AIT, plutôt que d'attendre plus d'une journée pour se rendre à une consultation médicale simple.

Les professionnels de santé utilisent parfois des scores, connus sous le nom d'outils de prédiction du risque, pour les aider à évaluer les personnes avec un risque important d'accident vasculaire cérébral. Toutefois, ces outils de prédiction ne doivent pas être la seule façon d'évaluer le risque. L'AIT est un diagnostic clinique et les scores de prédiction calculés ne doivent pas remplacer une évaluation clinique menée par un spécialiste expérimenté en neurologie vasculaire.

Les imageries cérébrales réalisées à l'aide d'un scanner spécialisé ou d'une IRM peuvent aider à confirmer que les symptômes neurologiques temporaires sont effectivement dus à un AIT. Ces imageries sont plus utiles qu'un scanner cérébral standard, mais ne sont pas disponibles partout.

Lors du diagnostic d'AIT, il est important de rechercher un rétrécissement de certaines artères dans le cerveau. Un bilan sanguin est réalisé en parallèle d'une imagerie cérébrale; l'ARM (examen des vaisseaux sanguins par IRM) ou l'angioscanner (examen des vaisseaux sanguins par scanner), doivent être disponibles pour détecter ces rétrécissements artériels et décider de la meilleure nature du traitement.

On se sait toujours pas quel est le meilleur parcours de soins pour les AIT. De vastes études de recherche sont nécessaires pour comparer les stratégies de prise en charge des AIT, notamment pour déterminer entre une prise en charge dans une clinique spécialisée dans l'AIT, dans une unité neurovasculaire classique ou dans un service d'Urgence, laquelle est la plus efficace en terme de coût et la plus utile pour prévenir l'AVC.

Sujet / Question PICO	Recommandation (GRADE)	Consensus d'experts
<b>Organisation des services</b>		
<b>PICO 1</b>		
<p>Chez les patients avec suspicion d'AIT, l'examen du patient par un spécialiste de l'AVC dans les 24 heures par rapport à plus de 24 heures réduit-il la récurrence de l'AIT ou de l'AVC ?</p>	<p>Chez les patients présentant un AIT, nous recommandons que le patient soit examiné par un spécialiste dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes plutôt qu'à plus de 24 heures après l'apparition des symptômes.</p> <p>Niveau de preuve : <b>Faible</b> ⊕⊕ Force de la recommandation : <b>Forte</b> ↑↑</p>	
<b>PICO 2</b>		
<p>Chez les patients avec suspicion d'AIT, l'examen du patient par un spécialiste de l'AVC dans une clinique AIT spécialisée dans les 24 heures est-il comparable à une consultation médicale simple plus de 24 heures après ?</p>	<p>Chez les patients présentant un AIT, nous suggérons un examen spécialisé dans une clinique d'AIT dans les 24h par rapport à une consultation médicale simple plus de 24h après l'AIT.</p> <p>Niveau de preuve : <b>Faible</b> ⊕⊕ Force de la recommandation : <b>Faible</b> ↑?</p>	
<b>PICO 3</b>		
<p>Chez les patients avec suspicion d'AIT à haut risque, l'examen du patient par un spécialiste de l'AVC dans une clinique AIT spécialisée dans les 24 heures par rapport à l'hospitalisation dans une unité neuro-vasculaire réduit-il le risque de récurrence de l'AVC ?</p>	<p>Les preuves sont insuffisantes pour formuler une recommandation.</p>	<p>Chez les patients avec suspicion d'AIT à haut risque, tous les membres du groupe d'écriture (9/9) suggèrent qu'un examen rapide dans une clinique d'AIT ou une hospitalisation dans une unité neuro-vasculaire sont des options raisonnables pour l'évaluation par un spécialiste de l'AVC, en fonction des ressources locales disponibles et des préférences des patients,</p>

Sujet / Question PICO	Recommandation (GRADE)	Consensus d'experts
<b>Outils de prédiction du risque</b>		
<b>PICO 4</b>		
<p>Chez les patients avec suspicion d'AIT, l'utilisation d'outils de prédiction du risque par le médecin de premier recours réduit-elle le risque de récurrence de l'AVC, identifie-t-elle avec précision les patients à haut risque et améliore-t-elle la précision du diagnostic de l'AIT ?</p>	<p>Pour les patients avec suspicion d'AIT, nous suggérons de ne pas utiliser uniquement les outils de prédiction pour identifier les patients à haut risque/prendre des décisions de triage et de traitement.</p> <p>Niveau de preuve : <b>Très faible</b> ⊕            Force de la recommandation : <b>Faible contre l'intervention</b> ↓?</p>	
<b>Imagerie</b>		
<b>PICO 5</b>		
<p>Chez les patients avec suspicion d'AIT, l'utilisation de l'IRM (DWI/PWI) ou du scanner de perfusion par rapport à la scanner sans injection diminue-t-elle le risque d'AVC en identifiant avec précision un mécanisme ischémique et donc les patients à haut risque d'AVC ?</p>	<p>Les preuves sont insuffisantes pour formuler une recommandation.</p>	<p>Chez les patients avec suspicion d'AIT, pour confirmer la physiopathologie ischémique des symptômes neurologiques transitoires, lorsque cela influencera le traitement et/ou qu'il y a une incertitude diagnostique, 8/9 membres du groupe d'écriture suggèrent d'utiliser l'IRM (multimodale) ou le scanner de perfusion, si cela est possible, au lieu d'un scanner sans injection.</p>
<b>PICO 6</b>		
<p>Chez les patients avec une suspicion d'AIT, l'angiographie par résonance magnétique (ARM) est-elle supérieure à l'angioscanner pour identifier les patients présentant une sténose artérielle supérieure à 50% et donc les patients présentant un risque élevé de récurrence de l'AVC ?</p>	<p>Chez les patients présentant un AIT, nous suggérons d'utiliser l'ARM ou l'angioscanner pour une confirmation supplémentaire après l'échographie d'une sténose artérielle supérieure à 50%, afin de guider la prise en charge ultérieure.</p> <p>Niveau de preuve : <b>Très faible</b> ⊕            Force de la recommandation : <b>Faible</b> ↑?</p>	

### Sujet / Question PICO

### Recommandation (GRADE)

### Consensus d'experts

#### Prévention secondaire

##### PICO 7

Chez les patients avec une suspicion d'AIT aigu, l'utilisation "de novo" d'antiplaquettaires (avant l'imagerie) comparée à l'utilisation retardée d'antiplaquettaires réduit-elle la récurrence de l'AVC ?

Chez les patients avec une suspicion d'AIT, s'il est impossible d'avoir une imagerie cérébrale dans les 24h et si l'on estime qu'un retard augmente le risque d'autres événements ischémiques, nous suggérons l'utilisation d'une monothérapie antiplaquettaire "de novo".

Niveau de preuve : **Faible** ⊕⊕

Force de la recommandation : **Faible** ↑?

##### PICO 8

Chez les patients présentant un AIT aigu non cardioembolique, la bithérapie antiplaquettaire comparée à la monothérapie réduit-elle le risque de récurrence de l'AVC ?

Chez les patients présentant un AIT aigu non cardioembolique à haut risque (score ABCD2 de 4 ou plus), nous recommandons une bithérapie antiplaquettaire pour une courte durée (3 semaines) par aspirine et clopidogrel plutôt qu'une monothérapie, puis un relais par monothérapie.

Niveau de preuve : **Élevée** ⊕⊕⊕⊕

Force de la recommandation : **Forte** ↑↑

Pour les patients présentant un AIT non cardioembolique à faible risque ou un diagnostic d'AIT incertain, tous les membres du groupe d'écriture (9/9) ont voté contre l'utilisation d'une bithérapie antiplaquettaire par rapport à une monothérapie.