

Exploration des AIT

Pierre Garnier

13/12/2008

DIAGNOSTIC d'AIT

AIT probable

Carotidien

- cécité monoculaire
- aphasie
- trouble moteur/sensitif hémicorporel

Vertébro-Basilaire

- trouble moteur/sensitif (à bascule, bilatéral)
- HLH, cécité corticale

DIAGNOSTIC d'AIT

Symptômes généralement non acceptables

S'ils sont isolés

- vertige
- diplopie,
- dysarthrie,
- dysphagie
- perte d'équilibre
- amnésie
- symptôme sensitif confiné à la face ou à un membre
- scotome scintillant
- drop-attack

Non focaux

- perte de connaissance
- lipothymie
- confusion mentale isolé
- étourdissement isolé (tête vide)
- faiblesse généralisée
- acouphènes isolés
- trouble sphinctérien
- trouble aigu du comportement
- progression des symptômes

DIAGNOSTIC d'AIT

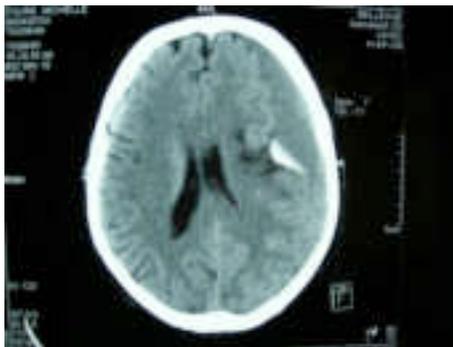
diagnostic différentiel

- **Affections neurologiques**

- migraine avec aura
- crise épileptique focale
- Ictus amnésique
- lésions cérébrales expansives
tumeurs, MVx, HSD, hématomes

- **Affections non neurologiques**

- tbles métaboliques (hypoglycémie)
- vertiges de cause ORL (VPPB, Ménière)
- SEP (neuropathie optique)
- simulations
- tbles oculaires (glaucome)



IRM DIFFUSION ET AIT

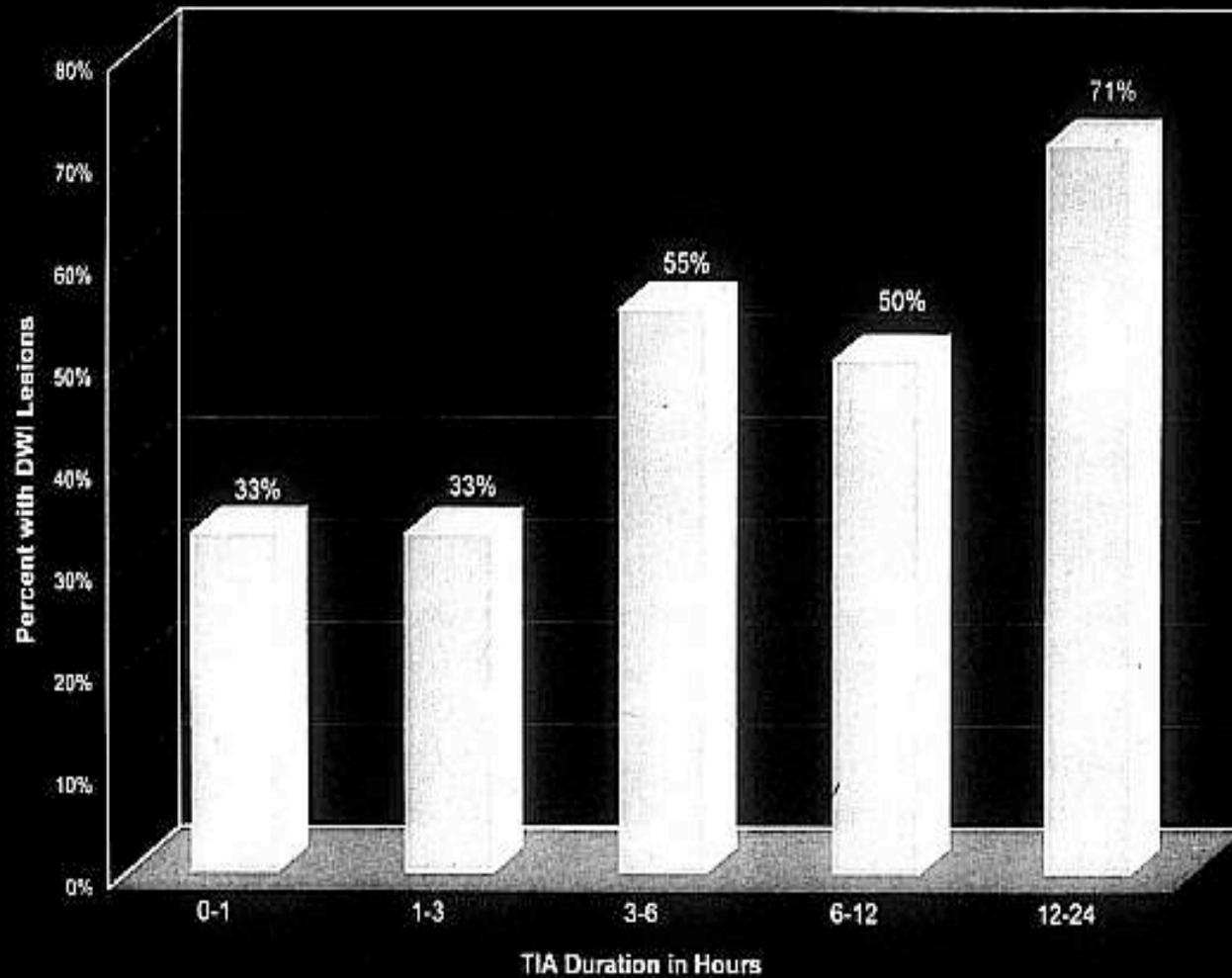
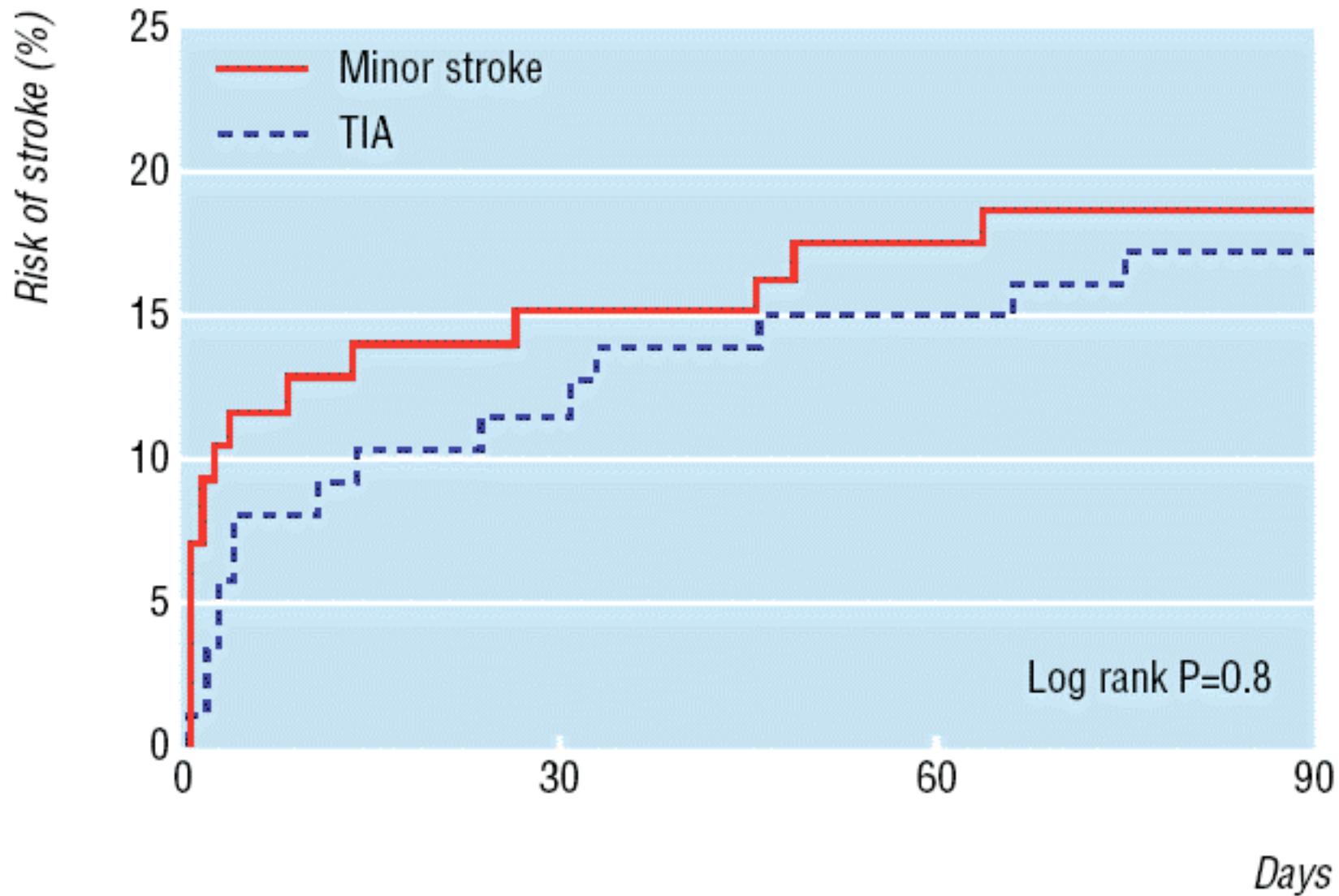


Figure 4. Relationship of TIA symptom duration to presence or absence of DWI abnormality in different duration cohorts.

Après un AIT ou un AIC mineur : risque précoce élevé d'AVC



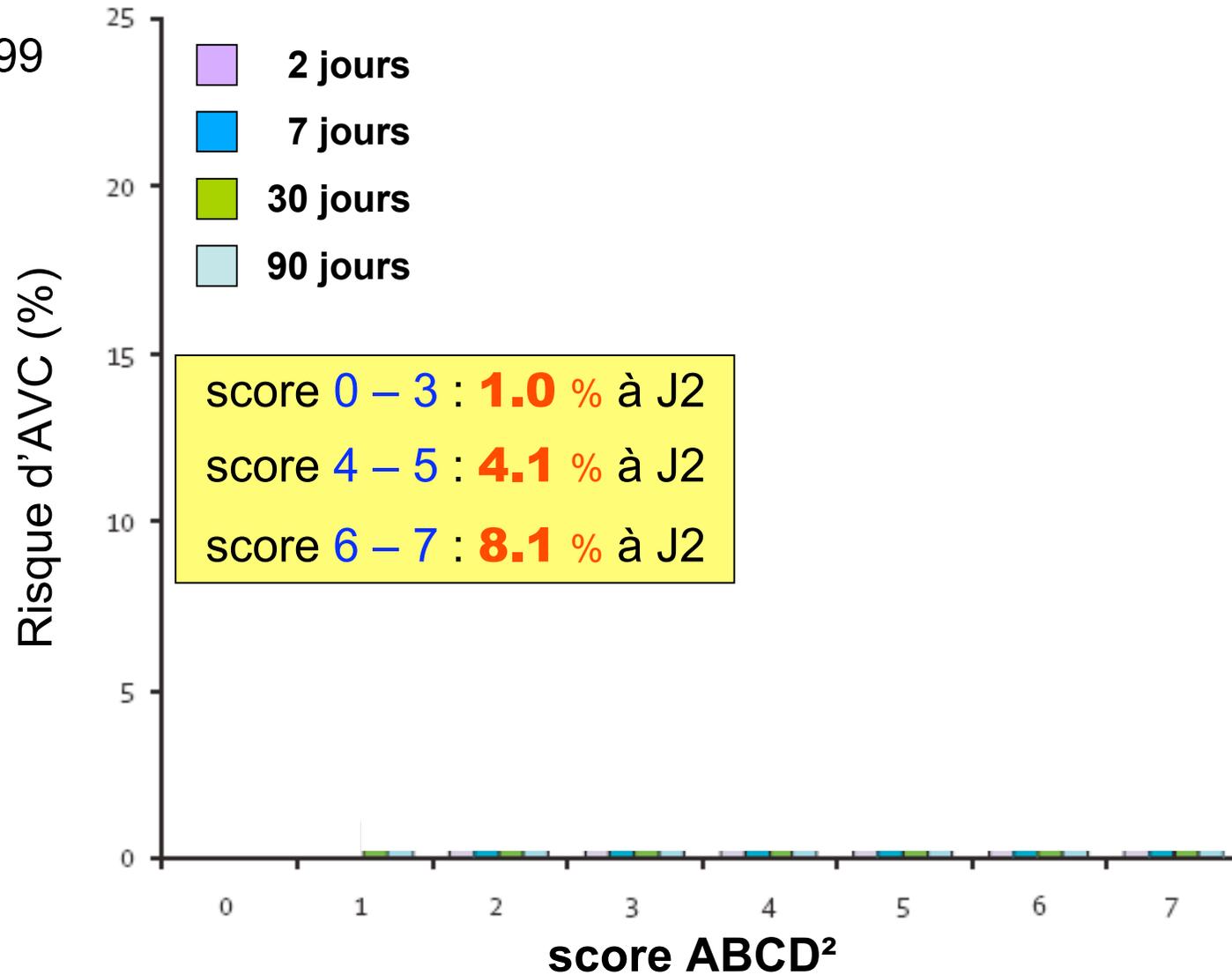
Prédiction du risque d'AVC après un AIT

Score ABCD²

• âge \geq 60 ans		1 point
• TA \geq 140 / 90 mm Hg		1 point
• clinique	- déficit moteur unilatéral	2 points
	- trouble du langage	1 point
• durée	- \geq 60 mn	2 points
	- 10 à 59 mn	1 point
• diabète		1 point

Risque d'AVC selon score ABCD²

n = 4799



BILAN

- Initial dans les meilleurs délais
 - IRM (diffusion) recommandée, sinon scanner
 - échodoppler TSA
 - angio-IRM / angioscanner
 - ECG
 - biologie standard
- Dans un 2^{ème} temps
 - ETT ou ETO
 - Holter TA/ECG, R-test
 - artériographie cérébrale +/-
 - biologie poussée : thrombose, immunologie +/-