



**PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE ET  
TRAITEMENT IMMÉDIAT DE L'ACCIDENT  
ISCHÉMIQUE TRANSITOIRE DE L'ADULTE**

**MAI 2004**

**Service des recommandations professionnelles**

Les recommandations professionnelles ci-dessous ont été élaborées par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) à la demande de la Société française neuro-vasculaire.

La méthode de travail a été celle décrite dans le guide « Recommandations pour la pratique clinique – Base méthodologique pour leur réalisation en France – 1999 » publié par l'Anaes.

Les sociétés savantes dont les noms suivent ont été sollicitées pour participer à ce travail :

- le Collège national des généralistes enseignants ;
- la Société de formation thérapeutique du généraliste ;
- la Société française d'angiologie ;
- la Société française de cardiologie ;
- la Société française de chirurgie vasculaire ;
- la Société française d'hématologie ;
- la Société française de gériatrie ;
- la Société française de médecine générale ;
- la Société française de médecine vasculaire ;
- la Société française de neurologie ;
- la Société française neuro-vasculaire ;
- la Société française de radiologie ;
- la Société francophone de médecine d'urgence ;
- la Société nationale française de médecine interne.

L'ensemble du travail a été coordonné par le D<sup>r</sup> Philippe MARTEL, chef de projet, sous la direction du D<sup>r</sup> Patrice DOSQUET, responsable du service des recommandations professionnelles.

La recherche documentaire a été effectuée par M<sup>lle</sup> Marie GEORGET, documentaliste, sous la direction de M<sup>me</sup> Rabia BAZI. L'assistante documentaliste était M<sup>lle</sup> Sylvie LASCOLS.

Le secrétariat a été assuré par M<sup>lle</sup> Élodie SALLEZ.

L'Anaes tient à remercier les membres du groupe de travail, du groupe de lecture et de son Conseil scientifique qui ont participé à ce travail et dont les noms suivent.

---

## COMITÉ D'ORGANISATION

---

D<sup>r</sup> Jean-François ALBUCHER, chargé de projet, neurologue, Toulouse  
D<sup>r</sup> Michèle CAZAUBON, angiologue, Paris  
D<sup>r</sup> Ismaïl ELALAMY, hématologiste, Paris  
P<sup>r</sup> Jean-Louis MAS, président du groupe, neurologue, Paris  
P<sup>r</sup> Jean-François MEDER, radiologue, Paris

D<sup>r</sup> Jean-Marc MOLLARD, médecine vasculaire, angiologue, Chambéry  
D<sup>r</sup> Thierry RUSTERHOLTZ, réanimateur, médecine d'urgence, Strasbourg  
D<sup>r</sup> Olivier VARENNE, cardiologue, Paris  
P<sup>r</sup> Marc VERNY, gériatre, Paris

---

## GROUPE DE TRAVAIL

---

P<sup>r</sup> Jean-Louis MAS, neurologue, Paris – Président du groupe  
D<sup>r</sup> Jean-François ALBUCHER, neurologue, Toulouse – Chargé de projet  
D<sup>r</sup> Philippe MARTEL, chef de projet Anaes, Saint-Denis La Plaine

P<sup>r</sup> François-André ALLAERT, angiologue, épidémiologiste, Dijon  
D<sup>r</sup> Michel ALMERAS, radiologue, Le Mans  
P<sup>r</sup> François BECKER, médecine vasculaire, angiologue, Lyon  
D<sup>r</sup> Claire BILLAULT, urgentiste, Clermont-Ferrand  
P<sup>r</sup> Claude CONRI, médecine vasculaire, médecine interne, Bordeaux  
P<sup>r</sup> Geneviève DERUMEAUX, cardiologue, Rouen  
D<sup>r</sup> Philippe DUPONT, anesthésiste réanimateur, Saintes  
D<sup>r</sup> Yves FILLOUX, médecin généraliste, Champniers

D<sup>r</sup> Michel GUDIN DE VALLERIN, cardiologue, Paris  
D<sup>r</sup> Sandrine HARSTON, gériatre, neurologue, Pessac  
D<sup>r</sup> Pierre LE MAUFF, médecin généraliste, La Roche-sur-Yon  
D<sup>r</sup> François MOUNIER-VEHIER, neurologue, Lens  
D<sup>r</sup> Catherine OPPENHEIM, radiologue, Paris  
P<sup>r</sup> Philippe PIQUET, chirurgien vasculaire, Marseille  
D<sup>r</sup> Pierre-Jean TOUBOUL, neurologue, Paris

---

## GROUPE DE LECTURE

---

P<sup>r</sup> Claude ATTALI, médecin généraliste, Épinay-sous-Sénart  
D<sup>r</sup> Marina BAIETTO, angiologue, Montluçon  
D<sup>r</sup> Jean-Louis BENSOUSSAN, médecin généraliste, Castelmourou  
P<sup>r</sup> Alain BONAFÉ, neuroradiologue, Montpellier  
D<sup>r</sup> Christine BORGAT, cardiologue, Carquefou  
D<sup>r</sup> Claude BOUCHET, chirurgie vasculaire, Avignon  
D<sup>r</sup> Jacques BOULLIAT, neurologue, Bourg-en-Bresse

D<sup>r</sup> Alain BOUSQUET, anesthésiste réanimateur, Saintes  
P<sup>r</sup> Marie-Germaine BOUSSER, neurologue, Paris  
P<sup>r</sup> Luc BRESSOLLETTE, médecine vasculaire, Brest  
P<sup>r</sup> Daniel BUCHON, médecin généraliste, Bugeat  
D<sup>r</sup> Catherine BUSSEUIL, urgentiste, Lons-le-Saunier  
D<sup>r</sup> Michèle CAZAUBON, angiologue, Paris  
P<sup>r</sup> Marcel CHATEL, neurologue, Nice  
D<sup>r</sup> Ruxandra COSSON-STANESCU, neuro-radiologue, Créteil

D<sup>r</sup> Nicolas COUDRAY, cardiologue, Cagnes-sur-Mer  
D<sup>r</sup> Viviane DE LAIGUE ARFI, angiologue, Dieppe  
P<sup>r</sup> Benoît DE WAZIÈRES, gériatre, Nîmes  
D<sup>r</sup> Arnaud DECAMPS, neuro-gériatre, Pessac  
D<sup>r</sup> Thierry DENOLLE, cardiologue, Dinard  
D<sup>r</sup> Jean-Louis DEVOIZE, neurologue, Angoulême  
P<sup>r</sup> Didier DORMONT, neuro-radiologue, Paris  
D<sup>r</sup> Jean-Jacques DUJARDIN, cardiologue, Douai  
D<sup>r</sup> Ismaïl ELALAMY, hématologiste, Paris  
D<sup>r</sup> Bernard GAVID, médecin généraliste, Neuville-de-Poitou  
D<sup>r</sup> Annick GENTY, urgentiste, Lyon  
P<sup>r</sup> Maurice GIROUD, neurologue, Dijon  
D<sup>r</sup> Pierre GRAS, neurologue, Dijon  
P<sup>r</sup> Jean-Louis GUILMOT, médecine vasculaire, Tours  
P<sup>r</sup> Jean-Claude HACHE, ophtalmologiste, Lille  
D<sup>r</sup> Claude JONQUILLE, médecin généraliste, Linars  
P<sup>r</sup> Pierre JULIA, chirurgien vasculaire, Paris  
D<sup>r</sup> Gérard JULLIEN, cardiologue, Marseille  
P<sup>r</sup> Fabien KOSKAS, chirurgie vasculaire, Paris  
D<sup>r</sup> Serge KOWNATOR, cardiologue, Thionville  
P<sup>r</sup> Marie-France LE GOAZIOU, médecin généraliste, Lyon  
D<sup>r</sup> Claire LE HELLO, médecine vasculaire, Caen  
P<sup>r</sup> Jean-Yves LE HEUZEY, cardiologue, Paris  
D<sup>r</sup> Patrick LEBRIN, urgentiste, Bry-sur-Marne  
P<sup>r</sup> Thomas LECOMPTE, hématologiste, Nancy  
D<sup>r</sup> Alain LEGOUT, neurologue, le Mans  
P<sup>r</sup> Didier LEYS, neurologue, Lille  
D<sup>r</sup> François LUIZY, médecine vasculaire, angiologue, Paris  
D<sup>r</sup> Florence MATHONNET, hématologiste, Poissy  
P<sup>r</sup> Jean-François MEDER, radiologue, Paris  
D<sup>r</sup> Claude MEKIES, neurologue, Toulouse

D<sup>r</sup> Ulrique MICHON-PASTUREL, médecine vasculaire, Paris  
D<sup>r</sup> Jean-Marc MOLLARD, médecine vasculaire, angiologue, Chambéry  
P<sup>r</sup> Thierry MOULIN, neurologue, Besançon  
D<sup>r</sup> Jean-Jacques MOURAD, médecine interne, Bobigny  
D<sup>r</sup> Bernard ORTOLAN, médecin généraliste, L'Hay-les-Roses, Conseil scientifique Anaes  
P<sup>r</sup> Rissane OURABAH, médecin généraliste, Châtillon  
D<sup>r</sup> Anne PASCO-PAPON, neuro-radiologue, Angers  
D<sup>r</sup> Jean-Luc PATUREL, médecin généraliste, Francheville  
D<sup>r</sup> Bertrand PERTUISET, neurologue, Neuilly-sur-Seine  
D<sup>r</sup> Jean-Marc PHILIPPE, urgentiste, Aurillac  
D<sup>r</sup> François PLASSART, radiologue, La Flèche  
D<sup>r</sup> Monique PLAT, radiodiagnostic et imagerie médicale, Le Mans  
P<sup>r</sup> Jean-Pierre PRUVO, radiologue et imagerie médicale, Lille  
D<sup>r</sup> Thierry RUSTERHOLTZ, réanimateur, médecine d'urgence, Strasbourg  
P<sup>r</sup> Jean-François SCHVED, hématologiste, Montpellier  
D<sup>r</sup> Jean-Philippe SOMMEREISEN, urgentiste, Cholet  
P<sup>r</sup> Dominique STEPHAN, médecine vasculaire, Strasbourg  
D<sup>r</sup> Simona SUCIU, urgentiste, Aurillac  
D<sup>r</sup> Olivier VARENNE, cardiologue, Paris  
P<sup>r</sup> Alain VERGNENEGRE, pneumologue en santé publique, Limoges, Conseil scientifique Anaes  
P<sup>r</sup> Marc VERNY, gériatre, Paris  
D<sup>r</sup> Thierry VOISIN, neuro-gériatre, Toulouse  
P<sup>r</sup> Denis WAHL, médecine interne, Nancy  
D<sup>r</sup> France WOIMANT, neurologue, Paris

---

## RECOMMANDATIONS

---

### I. INTRODUCTION

Ces recommandations s'intègrent dans un ensemble de travaux réalisés par l'Anaes à la demande notamment de la Société française neuro-vasculaire concernant les accidents vasculaires cérébraux (AVC) : prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral – aspects médicaux et paramédicaux ; imagerie de l'accident vasculaire cérébral aigu ; place des unités neuro-vasculaires dans la prise en charge des patients atteints d'accident vasculaire cérébral.

Elles sont destinées à tous les professionnels de santé prenant en charge des adultes présentant un accident ischémique transitoire (AIT).

Elles ont pour objectifs :

- **de fournir une définition de l'AIT** tenant compte des données actuelles de la neuro-imagerie et de la prise en charge des urgences neuro-vasculaires ;
- **de préciser la valeur diagnostique des signes cliniques** compatibles avec un AIT et d'indiquer les diagnostics différentiels à évoquer ;
- **d'évaluer le pronostic de l'AIT** afin de préciser le délai de prise en charge diagnostique et thérapeutique ;
- **d'indiquer les examens complémentaires à visée diagnostique et étiologique** à réaliser ;
- **d'indiquer le traitement immédiat** à entreprendre dans l'attente du bilan étiologique.

Elles n'abordent pas :

- l'évaluation individuelle des différents examens complémentaires utilisables pour le diagnostic étiologique des AIT ;
- le traitement de prévention secondaire spécifique en fonction de la cause de l'AIT ; ce point fera l'objet de recommandations ultérieures ;
- le cas particulier de l'AIT de l'enfant.

#### Niveau de preuve des recommandations

En l'absence de niveau de preuve suffisant, la plupart des recommandations sont fondées sur l'accord des professionnels du groupe de travail et du groupe de lecture.

La littérature permettant de documenter les choix faits dans ces recommandations a été analysée et est rapportée dans l'argumentaire scientifique disponible à l'adresse : [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr).

## II. DÉFINITION DE L'AIT

### II.1. Définition classique de l'AIT

Classiquement, l'AIT est défini comme un déficit neurologique ou rétinién survenue brutale, d'origine ischémique, correspondant à une systématisation vasculaire cérébrale ou oculaire et dont les symptômes régressent totalement en moins de 24 heures.

Cette définition est fondée essentiellement sur un critère temporel, fixé arbitrairement à 24 heures. Elle est d'utilisation simple, en particulier sur le plan épidémiologique. Cependant elle comporte des limites :

- la plupart des épisodes transitoires (environ 2/3) durent moins d'1 heure ;
- la probabilité que des symptômes durant plus d'1 heure régressent en moins de 24 heures est faible (environ 15 %) ;
- certains épisodes transitoires s'accompagnent de lésions ischémiques à l'imagerie cérébrale, dont la fréquence est d'autant plus élevée que la durée des symptômes est longue ;
- cette définition est peu opérationnelle puisqu'elle peut inciter à attendre une régression spontanée éventuelle et par conséquent retarder la prise en charge d'un accident ischémique cérébral qui doit se faire en urgence.

### II.2. Proposition de nouvelle définition de l'AIT

Une nouvelle définition a été proposée par le «*TIA working group*»<sup>1</sup> : «Un AIT est un épisode bref de dysfonction neurologique dû à une ischémie focale cérébrale ou rétiniénne, dont les symptômes cliniques durent typiquement moins d'1 heure, **sans preuve d'infarctus aigu.** »

Cette nouvelle définition, fondée à l'heure actuelle sur la détection d'un infarctus cérébral à l'imagerie, répond à certaines limites de la définition classique. Elle a comme principal inconvénient de dépendre de la disponibilité et de la qualité des examens de neuro-imagerie. Par ailleurs, le critère temporel est ambigu du fait de l'emploi de l'adverbe «typiquement» devant la notion de durée de «moins d'1 heure». En pratique, les épisodes durant plus d'1 heure et sans preuve d'infarctus aigu restent des AIT dans cette définition.

En l'absence d'examen permettant, comme dans le cas de l'ischémie myocardique, de discriminer de façon totalement satisfaisante ischémie réversible et ischémie constituée, le groupe de travail et le groupe de lecture considèrent que cette définition présente plus d'avantages que d'inconvénients et proposent de l'adopter.

### II.3. Attitudes pratiques

Lorsqu'un patient est examiné alors que **le déficit neurologique persiste**, l'attitude médicale recommandée est de considérer que ce patient est atteint d'un AVC aigu, dont les symptômes peuvent ou non régresser rapidement, et de mettre en œuvre, en urgence, les moyens diagnostiques et thérapeutiques appropriés

---

<sup>1</sup> Albers GW, Caplan LR, Easton JD, Fayad PB, Mohr JP, Saver JL et al. Transient ischemic attack. Proposal for a new definition. N Engl J Med 2002;347(21):1713-6.

(cf. recommandations « Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral – aspects médicaux », Anaes septembre 2002).

Lorsqu'un patient est examiné alors que **le déficit neurologique a régressé**, l'attitude médicale recommandée est de mettre en œuvre dans les meilleurs délais les moyens diagnostiques et thérapeutiques détaillés ci-dessous dans le but d'initier au plus vite un traitement de prévention secondaire. Si l'imagerie cérébrale montre un infarctus récent dans un territoire compatible avec les signes cliniques, il s'agit d'un AVC ischémique régressif. Dans le cas contraire, il s'agit d'un AIT. La prise en charge est identique.

### III. DIAGNOSTIC D'AIT

Le diagnostic d'AIT peut être difficile du fait de la diversité des symptômes, des nombreux diagnostics différentiels et de son caractère rétrospectif.

La qualité du diagnostic dépend de l'interrogatoire approfondi du patient et des témoins de l'épisode. La même attention devra être portée tant aux symptômes eux-mêmes qu'à leur chronologie et à leurs circonstances de survenue.

Il est proposé de classer les symptômes compatibles avec le diagnostic d'AIT en deux catégories : AIT probable, AIT possible.

#### III.1. AIT probables

Il s'agit de l'installation rapide, habituellement en moins de 2 minutes, de l'un ou de plusieurs des symptômes suivants.

- ***Symptômes évocateurs d'un AIT carotide :***
  - cécité monoculaire ;
  - troubles du langage (aphasie) ;
  - troubles moteurs et/ou sensitifs unilatéraux touchant la face et/ou les membres ; ces symptômes traduisent le plus souvent une ischémie du territoire carotide mais en l'absence d'autres signes il n'est pas possible de trancher entre une atteinte carotide et vertébro-basilaire.
  
- ***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 ;
  - perte de vision dans un hémichamp visuel homonyme (hémianopsie latérale homonyme) ou dans les 2 hémichamps visuels homonymes (cécité corticale) ; l'hémianopsie latérale homonyme peut être observée également dans les AIT carotides.

#### III.2. AIT possibles

Les symptômes suivants sont compatibles avec un AIT mais ne doivent pas faire retenir le diagnostic en première intention s'ils sont isolés :

- vertige ;
- diplopie ;
- dysarthrie ;
- troubles de la déglutition ;

- perte de l'équilibre ;
- symptômes sensitifs isolés ne touchant qu'une partie d'un membre ou qu'une hémiface ;
- *drop-attack*.

Le diagnostic d'AIT devient probable si ces signes s'associent, de façon successive ou concomitante, entre eux ou aux signes cités dans le paragraphe «AIT probables ».

**Les symptômes suivants ne doivent pas, sauf exception, faire évoquer un AIT :**

- altération de la conscience sans autre signe d'atteinte de la circulation vertébro-basilaire ;
- confusion mentale isolée ;
- étourdissement isolé ;
- amnésie isolée ;
- faiblesse généralisée ;
- lipothymie ;
- scotome scintillant ;
- acouphènes isolés ;
- incontinence sphinctérienne urinaire et/ou anale ;
- progression des symptômes (notamment sensitifs) selon « une marche » intéressant plusieurs parties du corps ;
- trouble aigu du comportement.

### III.3. Diagnostic différentiel d'un AIT

Les AIT peuvent faire discuter les diagnostics différentiels suivants.

- Affections neurologiques :
  - migraine avec aura ;
  - crise épileptique focale ;
  - autres :
    - tumeurs cérébrales,
    - malformations vasculaires cérébrales,
    - hématome sous-dural,
    - hémorragie cérébrale,
    - sclérose en plaques,
    - ictus amnésique,
    - myasthénie,
    - paralysie périodique,
    - narcolepsie.
- 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 ;
  - hystérie, simulation ;
  - troubles psychosomatiques.



- 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.

## **IV. STRATÉGIE DE PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE**

### **IV.1. Délai et stratégie de prise en charge**

Il est recommandé de considérer l'AIT comme une **urgence diagnostique et thérapeutique** car :

- le risque de survenue d'un AVC ischémique après un AIT est élevé en particulier au décours immédiat de l'épisode (2,5-5 % à 48 heures, 5-10 % à 1 mois, 10-20 % à 1 an) ; ces données concernent les AIT correspondant à la définition classique ;
- il existe des traitements d'efficacité démontrée en prévention secondaire après un AIT (grade A).

La nature de ces traitements est conditionnée par la cause de l'AIT, d'où la nécessité d'un bilan étiologique rapide.

Il est donc recommandé de réaliser une imagerie cérébrale et un bilan étiologique rapidement chez tout patient ayant présenté un AIT. Aucune étude ne permet de préciser le délai optimal de réalisation de ces examens complémentaires. La notion d'urgence est d'autant plus importante que l'accident est récent. Le groupe propose de réaliser ces examens en urgence lorsque l'AIT est récent.

L'hospitalisation en service spécialisé est recommandée :

- si elle permet d'obtenir plus rapidement les examens complémentaires ;
- en cas d'AIT récidivants et récents et d'AIT survenant sous traitement antiagrégant plaquettaire ;
- si le terrain le justifie (comorbidité, âge, isolement social).

### **IV.2. Imagerie cérébrale**

En cas de suspicion d'AIT, l'imagerie cérébrale :

- contribue à éliminer, en urgence, certains diagnostics différentiels, notamment un saignement intracrânien qui contre-indiquerait un traitement antithrombotique ;
- peut apporter des arguments en faveur d'une ischémie cérébrale ancienne et ainsi documenter l'existence d'un terrain vasculaire ;
- est nécessaire au diagnostic positif d'AIT si l'on utilise la nouvelle définition (« absence d'infarctus aigu ») ;
- peut montrer des signes d'ischémie récente dans le territoire approprié (AVC ischémique selon la nouvelle définition).

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) avec séquence de diffusion est l'examen recommandé (grade C). Si l'IRM n'est pas réalisable ou contre-indiquée, un scanner cérébral sans injection de produit de contraste est recommandé.

### IV.3. Bilan étiologique

Le bilan étiologique doit être individualisé, adapté au terrain, à l'histoire clinique et à la cause suspectée.

Une exploration en deux étapes est recommandée.

- ***Le bilan initial, réalisé dans les meilleurs délais, comprend :***
  - une exploration non invasive des artères cervico-encéphaliques par échodoppler (avec si possible Doppler transcrânien). En fonction du plateau technique, une angiographie par résonance magnétique ou un angioscanner spiralé peuvent être réalisés en première intention et couplés à l'imagerie du parenchyme cérébral ;
  - un électroencéphalogramme (EEG) ;
  - un bilan biologique avec au minimum : hémogramme, vitesse de sédimentation (VS), *C-Reactive Protein* (CRP), ionogramme sanguin, glycémie, créatininémie, temps de Quick, temps de céphaline activée (TCA).
  
- ***Dans un deuxième temps***, d'autres examens permettant la recherche ou la documentation plus approfondie d'une cause pourront être réalisés :
  - échocardiographie transthoracique ou transœsophagienne ;
  - explorations complémentaires des artères cervico-encéphaliques, pouvant aller jusqu'à une angiographie par cathétérisme si nécessaire ;
  - bilan glycémique et lipidique ;
  - en fonction du contexte (liste non limitative) : auto-anticorps antiphospholipides, holter rythmique, examen du liquide cébrospinal, etc.

Chez les patients ayant un AIT et des lésions d'athérosclérose ou des facteurs de risque d'athérosclérose, d'autres localisations asymptomatiques de la maladie athéroscléreuse, notamment coronariennes, sont fréquentes. La rentabilité de leur recherche systématique nécessite des études complémentaires. En l'absence de preuve scientifique, le groupe considère que la recherche de lésions coronaires asymptomatiques doit être discutée au cas par cas.

### IV.4. Traitement

Après un AIT, il est recommandé de **débuter au plus vite un traitement par aspirine, à la dose de charge de 160-300 mg/j**, en l'absence de contre-indication et dans l'attente des résultats du bilan étiologique. Cette recommandation prend en compte :

- le risque de survenue parfois précoce d'un AVC après un AIT (2,5-5 % à 48 heures) ;
- l'action rapide de l'aspirine ;
- son efficacité en prévention secondaire après un AIT (grade A) ;
- son efficacité dans la prévention des récurrences à la phase aiguë de l'AVC ischémique (grade A).

La recherche d'un saignement intracrânien contre-indiquant l'utilisation des antiagrégants plaquettaires justifie **la réalisation en urgence d'une IRM ou d'un scanner cérébral avant l'instauration du traitement par aspirine**. Si le scanner ou l'IRM ne peuvent être réalisés en urgence, l'instauration d'un traitement antiagrégant peut être proposée, le groupe de travail et de lecture considérant que le rapport bénéfice/risque d'une telle attitude est favorable.

Le traitement devra être réévalué en fonction des résultats du bilan étiologique. En effet, le risque de survenue d'un AVC après un AIT et les mesures de prévention secondaire à mettre en œuvre (antiagrégants, anticoagulants, chirurgie carotide, prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaires) dépendent en grande partie de la cause de l'AIT et donc des résultats du bilan étiologique qui doit être réalisé dans les meilleurs délais. Les mesures de prévention secondaire spécifiques de la cause de l'AIT ne sont pas abordées dans ce document et feront l'objet de recommandations ultérieures.

---

## FICHE DE SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

---

### DÉFINITION DE L'AIT

#### Définition classique de l'AIT

« Déficit neurologique ou rétinien de survenue brutale, d'origine ischémique, correspondant à une systématisation vasculaire cérébrale ou oculaire et dont les symptômes régressent totalement en moins de 24 heures. »

#### Proposition de nouvelle définition de l'AIT

« Un AIT est un épisode bref de dysfonction neurologique dû à une ischémie focale cérébrale ou rétinienne, dont les symptômes cliniques durent typiquement moins d'1 heure, **sans preuve d'infarctus aigu**. »

Il est proposé d'utiliser la nouvelle définition fondée sur l'imagerie.

#### Situations pratiques

Déficit neurologique persistant : mettre en œuvre, en urgence, les moyens diagnostiques et thérapeutiques appropriés à la prise en charge de l'AVC.

Déficit neurologique ayant régressé : initier au plus vite un traitement préventif ; pour cela réaliser dans les meilleurs délais les examens complémentaires permettant de confirmer le diagnostic positif et de rechercher une cause.

### STRATÉGIE DE PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

Imagerie cérébrale et bilan étiologique en urgence lorsque l'AIT est récent.

#### Imagerie cérébrale

Si possible : IRM avec séquence de diffusion.

À défaut : scanner cérébral sans injection de produit de contraste.

#### Bilan étiologique

##### *Bilan initial :*

- écho-Doppler avec si possible Doppler transcrânien. Alternative : angio-RM couplée à l'IRM ou angioscanner spiralé couplé au scanner cérébral ;
- ECG ;
- bilan biologique : hémogramme, VS, CRP, ionogramme sanguin, glycémie, créatininémie, temps de Quick, TCA.

*Dans un deuxième temps :* recherche plus approfondie d'une cause si nécessaire.

#### Traitement

Débuter au plus vite un traitement par aspirine, à la dose de 160-300 mg/j, en l'absence de contre-indication et dans l'attente des résultats du bilan étiologique.