



université
PARIS
PARIS 7
DIDEROT

Clinique d'AIT

**Un parcours de soin dédié :
pourquoi et comment ?**

Dr Philippa LAVALLEE
MCU-PH
Hôpital BICHAT



Mais pourquoi ?!

AIT: Une pathologie fréquente

- Registre Dijon : 81/100 000 habitants \approx 54 000 AIT / an
(Béjot Y. Neuroepidemiology 2017)
- PMSI : 38 500 AIT 2016
>1/3 ne sont pas pris en UNV
Manque de place, méconnaissance de la pathologie...
- 25 % des AIT sont vus en 1^{ère} ligne par les médecins généralistes
(Amarenco P. NEJM 2016)

AIT: Un diagnostic difficile

DEFICIT NEUROLOGIQUE TRANSITOIRE



1 patient / 2 adressé pour suspicion d'AIT n'a pas d'AIT

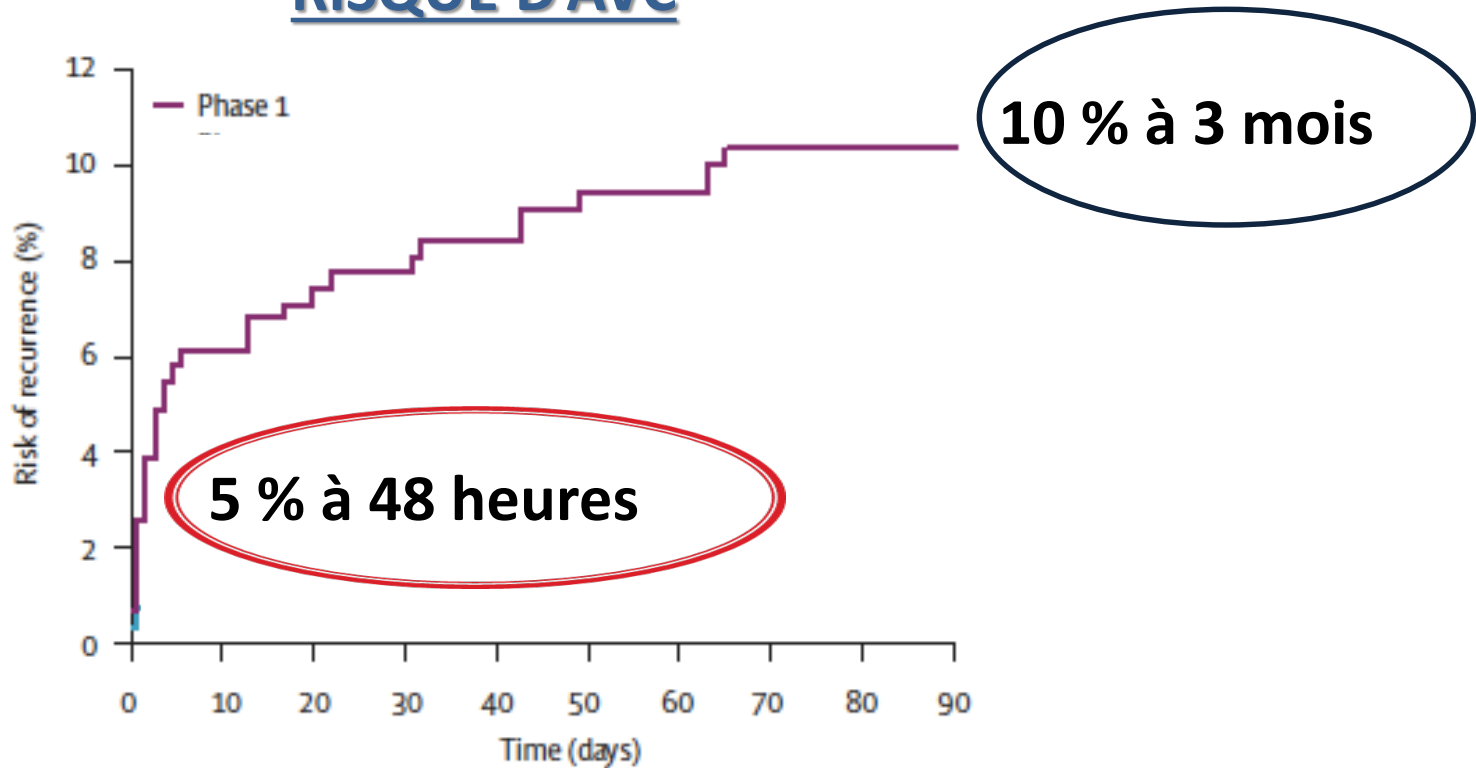


MIGRAINE

EPILEPSIE

AIT : syndrome de menace cérébrovasculaire

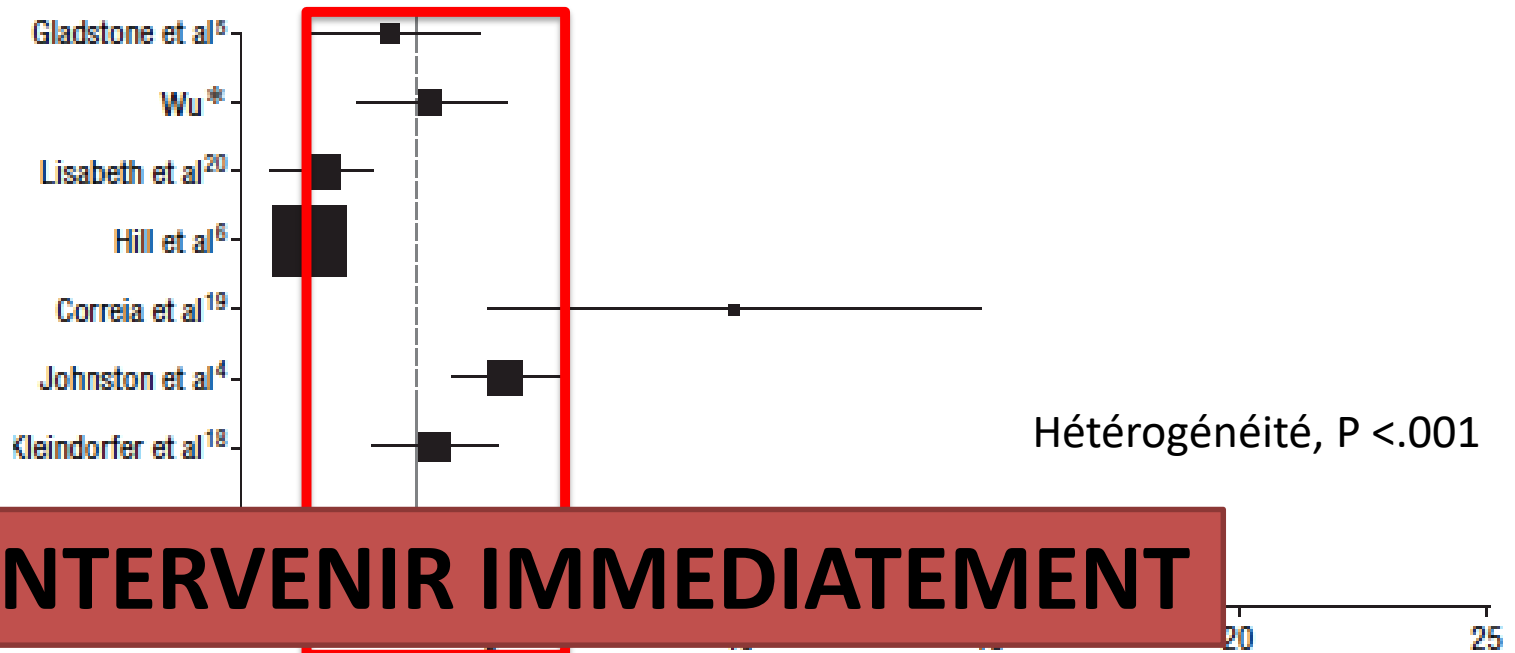
RISQUE D'AVC



COMMENT

Risque d'AVC après un AIT est précoce

Risque d'AVC à 48 h, %



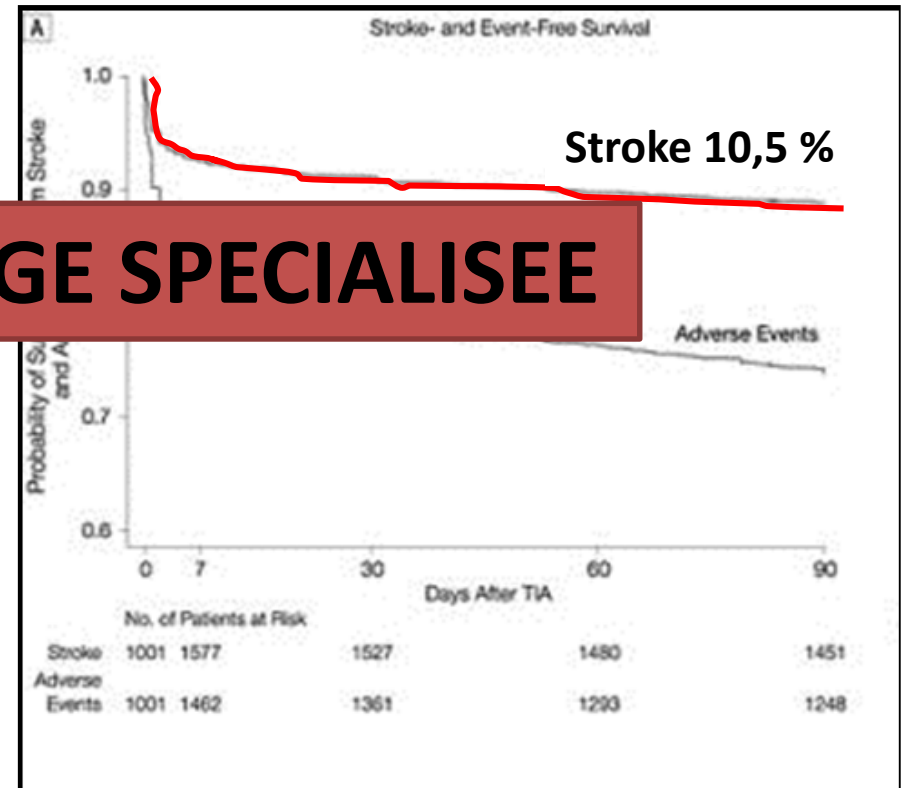
Risque d'AVC après un AIT vu en urgence par un non spécialiste

Etude Californienne 1997-1998

1707 AIT admis dans un service d'urgence

PRISE EN CHARGE SPECIALISEE

	Risque d'AVC
48 heures	5,2 %
90 jours	10,5 %





POPULATION
MÉDECINS

LES CLINIQUES D'AIT

Structure d'accueil spécialisée
24/7

ACCES SIMPLE ET RAPIDE



Prise en charge sans délai dans une unité
spécialisée de tous les patients



SOS AIT: FONCTIONNEMENT

MEDECIN

SUSPICION D'AIT

SOS AIT

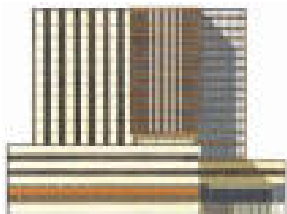
N°Vert

0 800 888 248

IDE spécialisée : Lundi - Vendredi de 9h à 18 h
Neurologue de garde

Déficit brutal qui a complètement récupéré?
Réorientation dans certains cas (PC, déficit persistant...)

AIT POSSIBLE



ADMISSION CLINIQUE D'AIT

HDJ 24/24



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SOLIDARITÉS TERRITORIALES

SOS AIT

L'AIT en pratique



APPELEZ LE 0 800 888 AIT

N° Vert 0 800 888 248

24 heures/24

Exclusivement réservé au corps médical

SAVEZ-VOUS ?

- Qu'il s'agit d'un **AIT**
- Que ce patient risque de faire une **hémiplegie définitive** dans les heures suivantes

QUE RÉPONDRE AU PATIENT ?

- Ne surtout pas banaliser
- Lui dire qu'il risque une hémiplegie mais aussi le rassurer car on peut l'éviter
- Que des examens doivent être faits en urgence

QUELS EXAMENS DEVEZ-VOUS FAIRE ?

- un **examen neurologique complet** pour s'assurer qu'il ne reste plus de déficit moteur, sensitif, aphasique, du champ visuel ou de l'équilibre
- faire un **scanner cérébral** ou mieux une **IRM de diffusion** en urgence
- faire un **écho-Doppler cervical** et un **Doppler transcrânien**
- faire un **électrocardiogramme**, et souvent une **échocardiographie transoesophagienne**

LES EXAMENS PEUVENT-ILS ATTENDRE QUELQUES HEURES, LE LENDEMAIN OU LA SEMAINE SUIVANTE ?

- **NON**, ils sont d'une urgence absolue et prioritaire

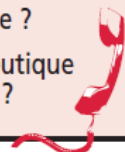
Ce symptôme décrit par mon patient est-il un AIT ?

Quels examens dois-je faire ?

Quel est le degré d'urgence ?

Où faire les examens en une demi-journée ?

Quelle décision thérapeutique pour mon patient ?



URGENT !

→ pour répondre à chacune de ces questions, **appelez gratuitement le numéro vert 24 heures/24, on vous répond immédiatement**

• Les symptômes d'AIT les plus fréquents :


Circulation antérieure

- Cécité monoculaire transitoire
- Hémiplegie
- Troubles sensitifs unilatéraux
- Troubles du langage

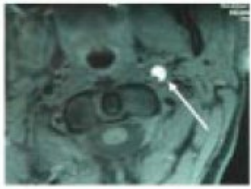
Circulation postérieure

- Hémiplegie (peut changer de côté), tétraplégie
- Paresthésies unilatérales (peuvent changer de côté)
- Perte de la vision totale ou partielle, uni- ou bilatérale
- Ataxie avec trouble de l'équilibre (sans vertige)




IRM cérébrale de diffusion : montre la lésion moins d'une heure après l'événement



Dissection carotïde



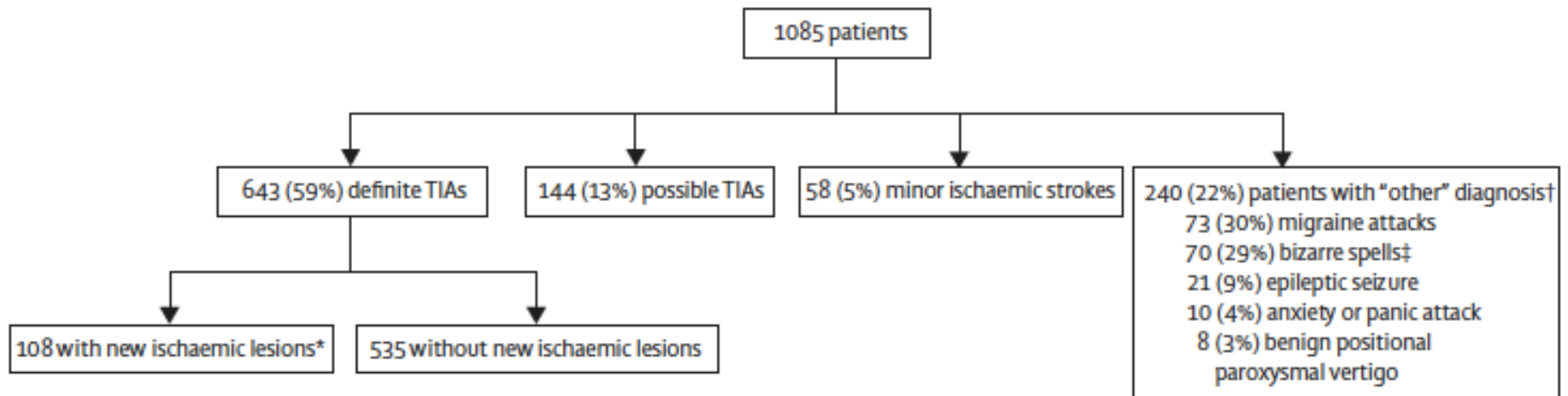
Sténose serrée de l'origine de l'artère carotïde interne

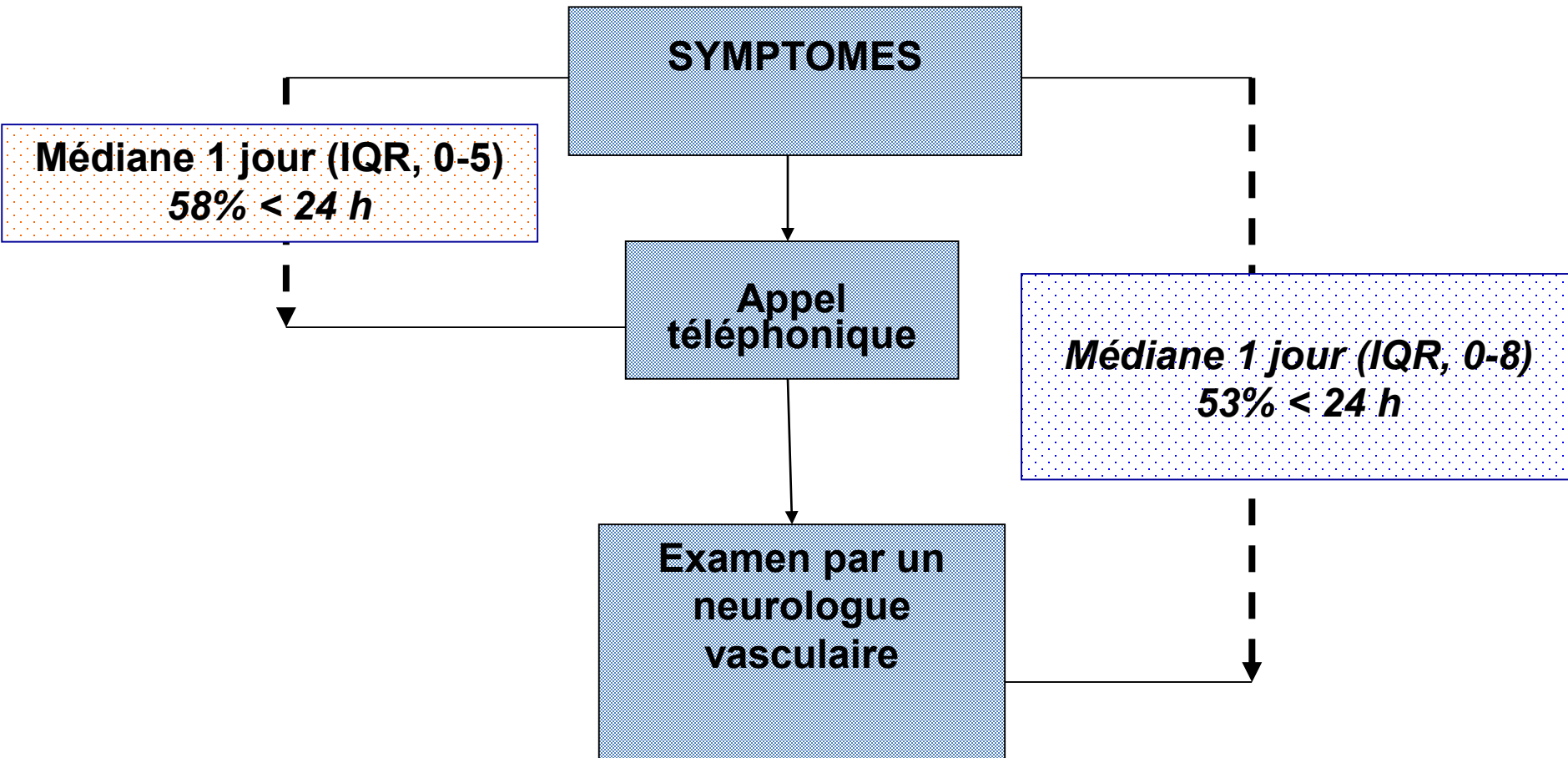
Échographie carotïde Scanner spiralé Angiographie par résonance magnétique

SOS AIT : Résultats

- 1085 patients admis pour suspicion d'AIT 2003 – 2005
- Critère de jugement: AVC à J90



SOS AIT : Résultats



Appel-Examen par neurologue: Médiane 0 day (IQR, 0-1) 87% <24 h

SOS AIT : Résultats

- Hospitalisation : 26 %
- DMS <1j
- Antithrombotique : 95%
- Instauration ACO : 30 patients
- 43 revascularisations carotide

SOS AIT : Résultats

	Observed		Expected % ABCD ² risk
	Number	Risk 95 % CI, %	
All Patients	13	1.24 (0.72-2.12)	5.96
Definite TIA, DWI -	7	1.34 (0.64-2.78)	6.11
Definite TIA, DWI+	5	4.76 (2.01-11.06)	7.49
Possible TIA	1	0.71 (0.10-4.93)	3.89

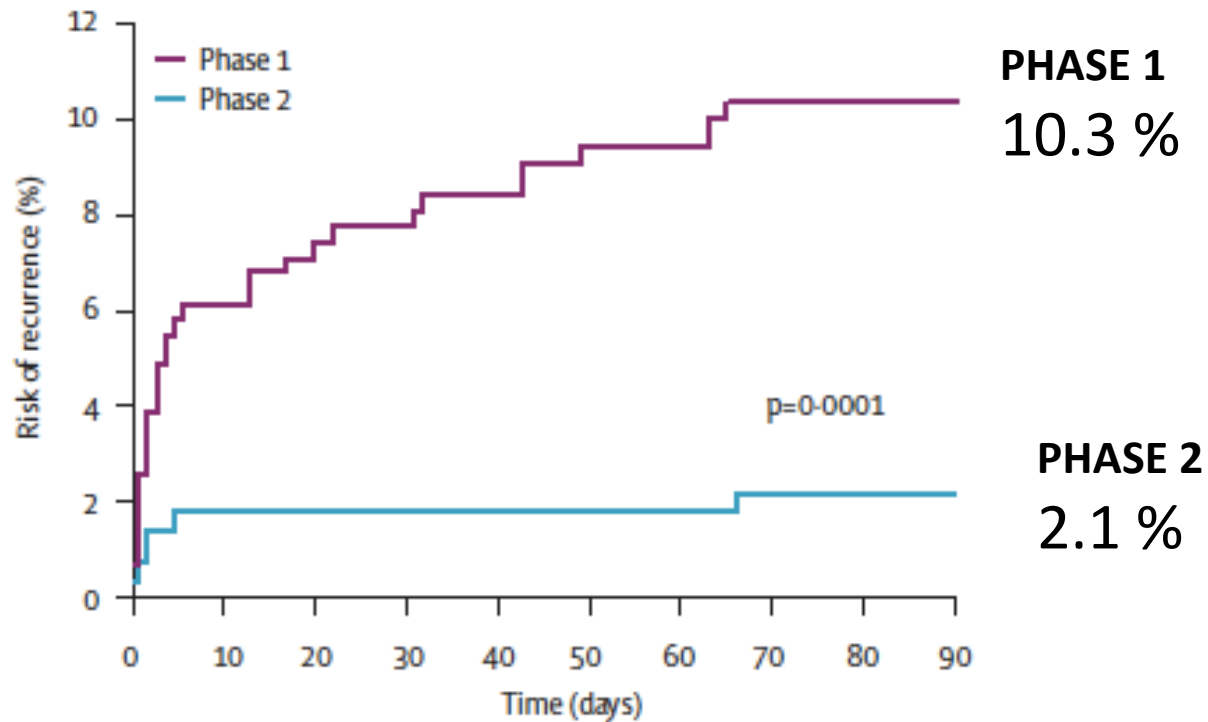
REDUCTION DU RISQUE D'AVC : 80%

EXPRESS Study: Clinique d'AIT à Oxford

	EXPRESS Phase 1	EXPRESS Phase 2
Population	Oxfordshire	Oxfordshire
Période	2002-2004	2004-2007
Admission	Sur rendez-vous	Immédiate
Bilan		
CT	< 24 heures	< 24 heures
ECG	< 24 heures	< 24 heures
Echo TSA	< 7 jours	< 7 jours
ETT	<7 jours	<7 jours
Traitement		
Antiplaquettaire	Recommandations	Immédiatement
Statine	Recommandations	Ordonnance
Antihypertenseur	Recommandations	Ordonnance

EXPRESS Study: Résultats

RISQUE D'AVC à 90 J



EXPRESS Study: Résultats

	Phase 1 (n=310)	Phase 2 (n=281)	p
First call for medical attention*			
≤12 h	128 (41.3%)	105 (37.5%)	0.35
≤24 h	184 (59.4%)	160 (57.1%)	0.62
First call for attention to assessment in study clinic†			
≤6 h	5 (1.7%)	80 (29.0%)	<0.0001
≤24 h	70 (23.4%)	163 (59.1%)	<0.0001

EXPRESS Study: Résultats

Evaluation du traitement à 1 mois

	Phase 1 (n=302)*	Phase 2 (n=278)*	p
On antiplatelet or anticoagulant	292 (97%)	269 (97%)	1.00
On aspirin and 30-day course of clopidogrel	26 (10%)	137 (49%)	<0.0001
On a statin	196 (65%)	233 (84%)	<0.0001
On one or more blood-pressure-lowering drugs	187 (62%)	231 (83%)	<0.0001
On two or more blood-pressure-lowering drugs	103 (34%)	168 (60%)	<0.0001
Systolic blood pressure (mm Hg)	142 (20)	136 (21)	0.0019
Diastolic blood pressure (mm Hg)	80 (10)	75 (10)	<0.0001
Time to carotid surgery	n=17	n=15	
<7 days	0 (0%)	6 (40%)	0.006
<30 days	2 (12%)	10 (67%)	0.001

EFFICACITE DES CLINIQUES D'AIT

Méta-analyse : 18 cohortes, 10 126 AIT

Risque global d'AIT 5.2% à J7

Risque hétérogène : 0% to 12.8%.

Hétérogénéité due

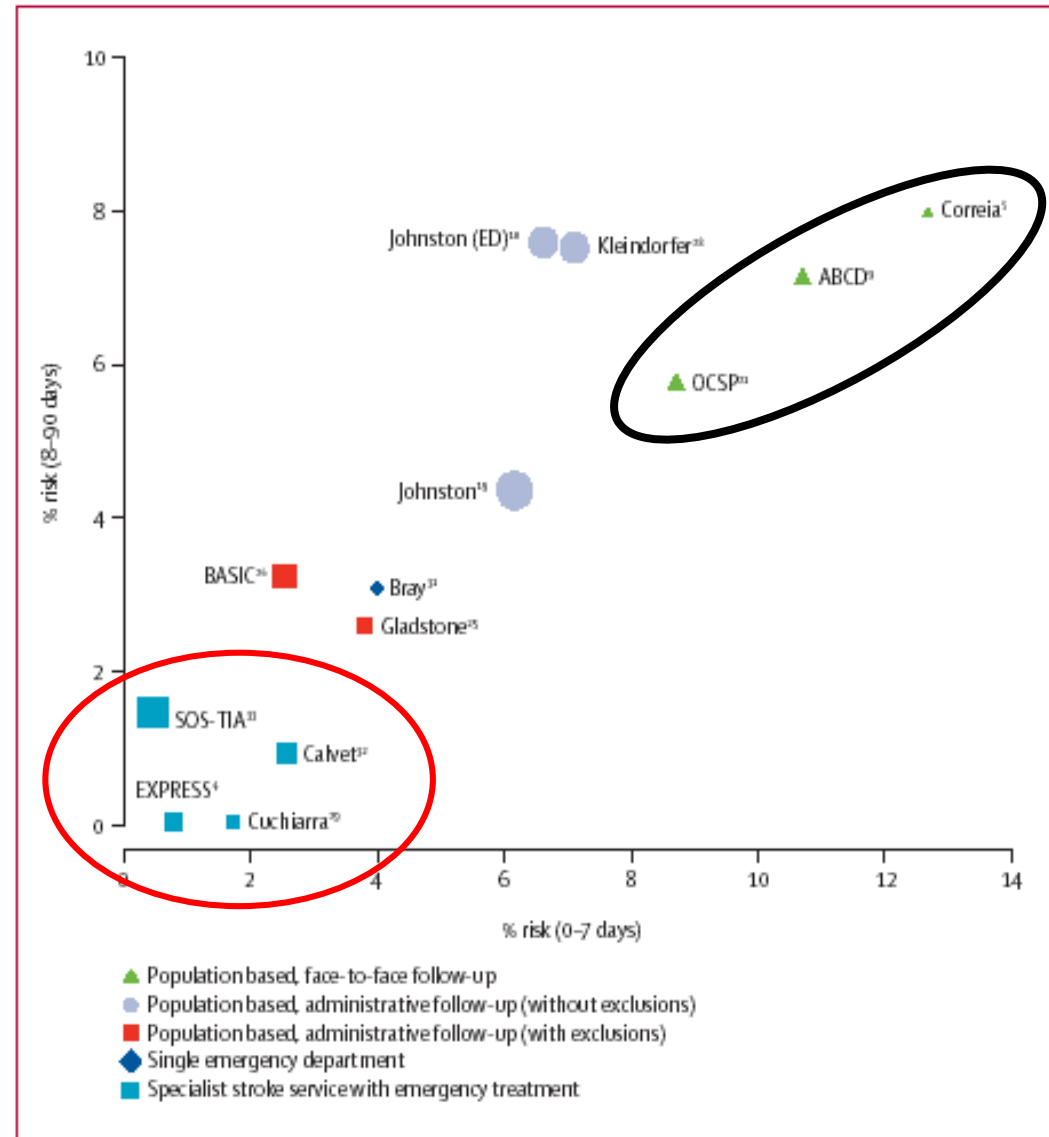
Méthode d'étude

Structure d'accueil

Rapidité de prise en charge

Risque faible si structure spécialisée et ttt en urgence 0.9%

Risque élevé si étude en population sans ttt urgent 11%



Recommandations AVC (IC et AIT) HAS 2009

- Prise en charge en UNV
- En urgence :
 - Evaluation par un neurologue vasculaire
 - Imagerie cérébrale : IRM > CT
 - Exploration des artères cérébrales intra et extracrâniennes
 - ECG
 - Bilan biologique

... **OUI MAIS**

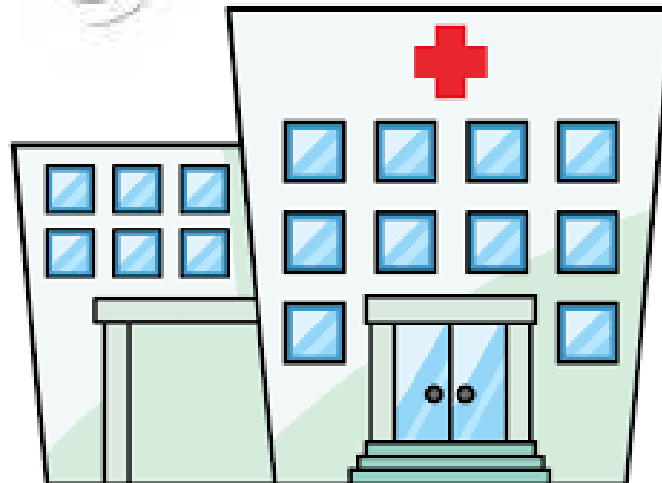
Médecin au lit du patient

**Vous êtes la 5 ème UNV
que j'appelle :
J'AI BESOIN D'UN LIT
POUR UN AIT !**



Médecin de garde en UNV

**Désolé, nous
n'avons pas
de place**

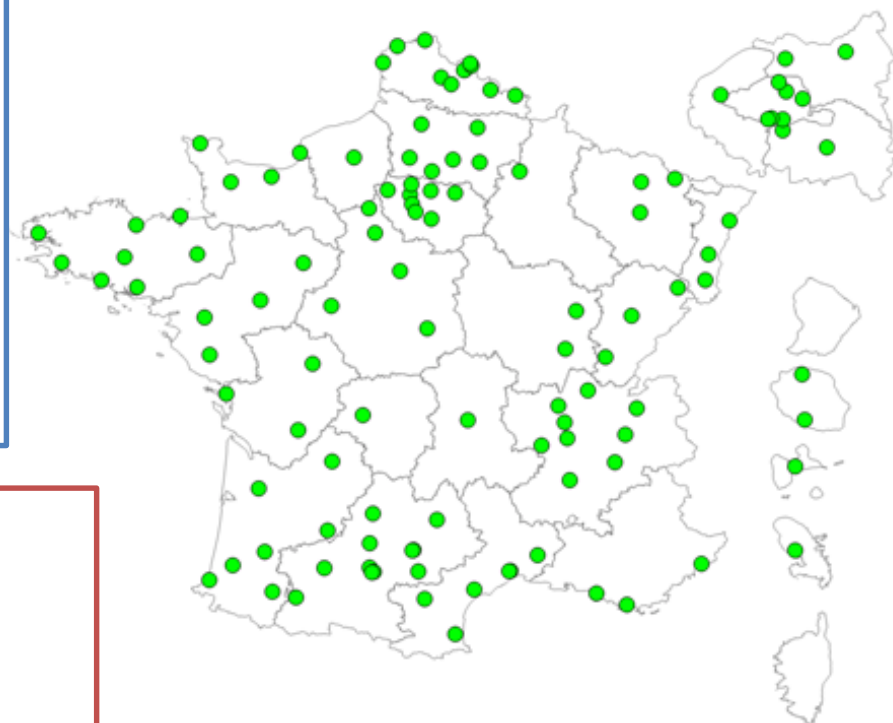


AIT : DEFICIT EN STRUCTURE D'ACCUEIL

- **135 UNV en France**
- **110 000 AVC/an**
- **40-45 % des AVC sont pris en charge en UNV**

PMSI 2016 :

- **38 500 Séjours AIT**
- **21 300 en UNV**
- **DMS 4,5 jours**



UNV en France

ACCUEIL DE L'AIT EN FRANCE

- Peu de Clinique d'AIT en France : Bichat, Toulouse et Nantes

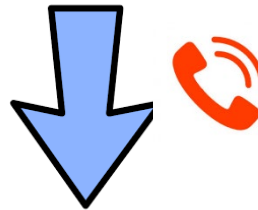
	N AIT 2016	DMS (jours)
UNV USINV		4,5
BICHAT	530	1,2
TOULOUSE	649	2



ALERTE AIT



Médecins
SAMU, pompiers



Clinique d'AIT

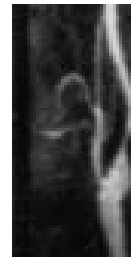
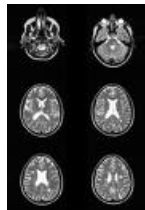


UNV

NEUROLOGUE VASCULAIRE

NON

CONFIRMATION DU DIAGNOSTIC d'AIT



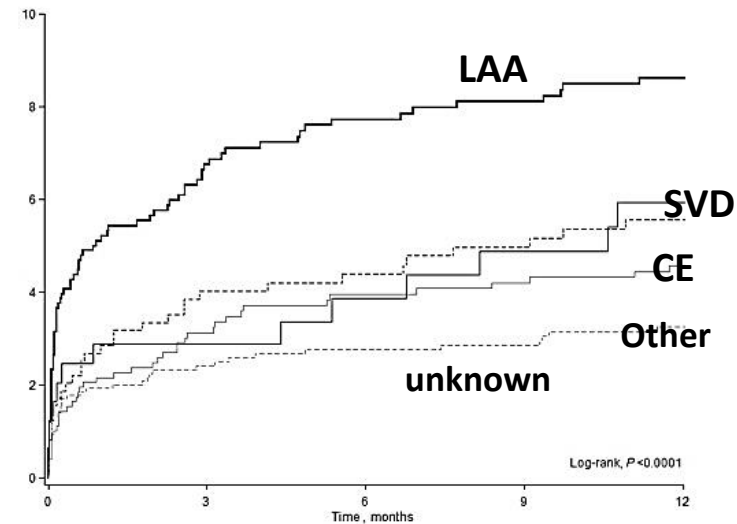
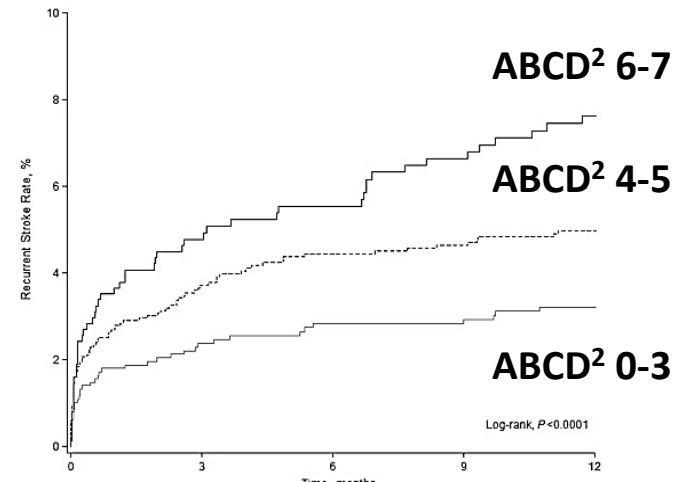
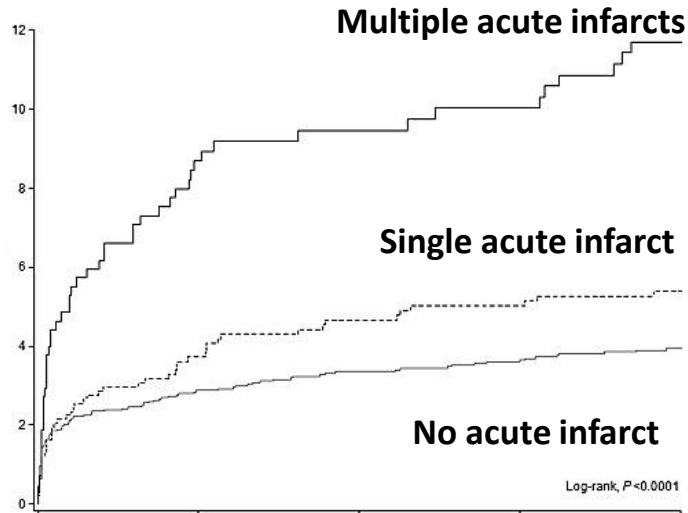
**NON (80%)
=
RAD**

RISQUE d'AIC ELEVE ?

**OUI (20%)
=
HOSPITALISATION UNV**

TIA REGISTRY :

Facteurs de risque d'AIC à court terme



▪ **Malgré un traitement adapté le risque reste élevé chez certains patients :**

- ✓ LAA
- ✓ ABCD²
- ✓ DWI +

CLINIQUE D'AIT PRE-REQUIS

- Accès direct pour les médecins en première ligne :
Urgentistes, généralistes, cardiologues, ophtalmologues

CLINIQUE D'AIT PRE-REQUIS

- Accès direct pour les médecins en première ligne :
Urgentistes, généralistes, cardiologues, ophtalmologues
- Prise en charge ambulatoire : accueil non limité

CLINIQUE D'AIT PRE-REQUIS

- Accès direct pour les médecins en première ligne :
Urgentistes, généralistes, cardiologues, ophtalmologues
- Prise en charge ambulatoire : accueil non limité
- Accueil en URGENCE 24/24 et 7/7

CLINIQUE D'AIT PRE-REQUIS

- Accès direct pour les médecins en première ligne :
Urgentistes, généralistes, cardiologues, ophtalmologues
- Prise en charge ambulatoire : accueil non limité
- Accueil en URGENCE 24/24 et 7/7
- Possibilité d'hospitalisation en UNV si besoin

CLINIQUE D'AIT PRE-REQUIS

- Accès direct pour les médecins en première ligne :
Urgentistes, généralistes, cardiologues, ophtalmologues
- Prise en charge ambulatoire : accueil non limité
- Accueil en URGENCE 24/24 et 7/7
- Possibilité d'hospitalisation en UNV si besoin
- Evaluation neurologique spécialisée

CLINIQUE D'AIT PRE-REQUIS

- Accès direct pour les médecins en première ligne :
Urgentistes, généralistes, cardiologues, ophtalmologues
- Prise en charge ambulatoire : accueil non limité
- Accueil en URGENCE 24/24 et 7/7
- Possibilité d'hospitalisation en UNV si besoin
- Evaluation neurologique spécialisée
- Accès 24/24 et 7/7
 - IRM cérébrale
 - Exploration des axes cervico-céphaliques
 - ECG

CLINIQUE D'AIT PRE-REQUIS

- Accès direct pour les médecins en première ligne :
Urgentistes, généralistes, cardiologues, ophtalmologues
- Prise en charge ambulatoire : accueil non limité
- Accueil en URGENCE 24/24 et 7/7
- Possibilité d'hospitalisation en UNV si besoin
- Evaluation neurologique spécialisée
- Accès 24/24 et 7/7
 - IRM cérébrale
 - Exploration des axes cervico-céphaliques
 - ECG



* Recommandations HAS
Tous AVC y compris AIT
doivent être pris en charge en
UNV.

CONCLUSION

- La prise en charge urgente et spécialisée des patients présentant un AIT permet de réduire de façon drastique le risque d'infarctus cérébral
- L'hospitalisation systématique n'est pas nécessaire et non réaliste
- La création de cliniques d'AIT est indispensable pour augmenter la capacité et la qualité d'accueil de ces patients