

Prises en charge des suspicions **d'accident vasculaire cérébraux** sur le CH Seclin
déclinaison des algorithmes-aide à l'orientation en l'absence de neurologue sur site

Dr M Girot

01/07/2025



Neurologue vasculaire (heures ouvrables) :
standard CHR 0320445962 et poste 30116

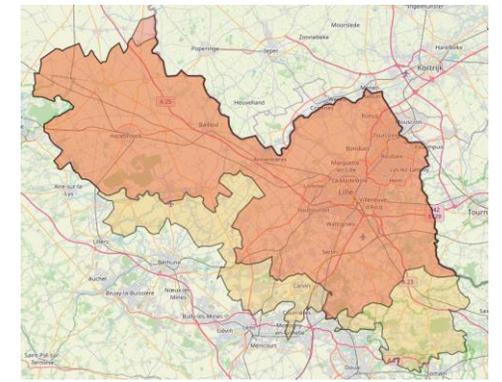
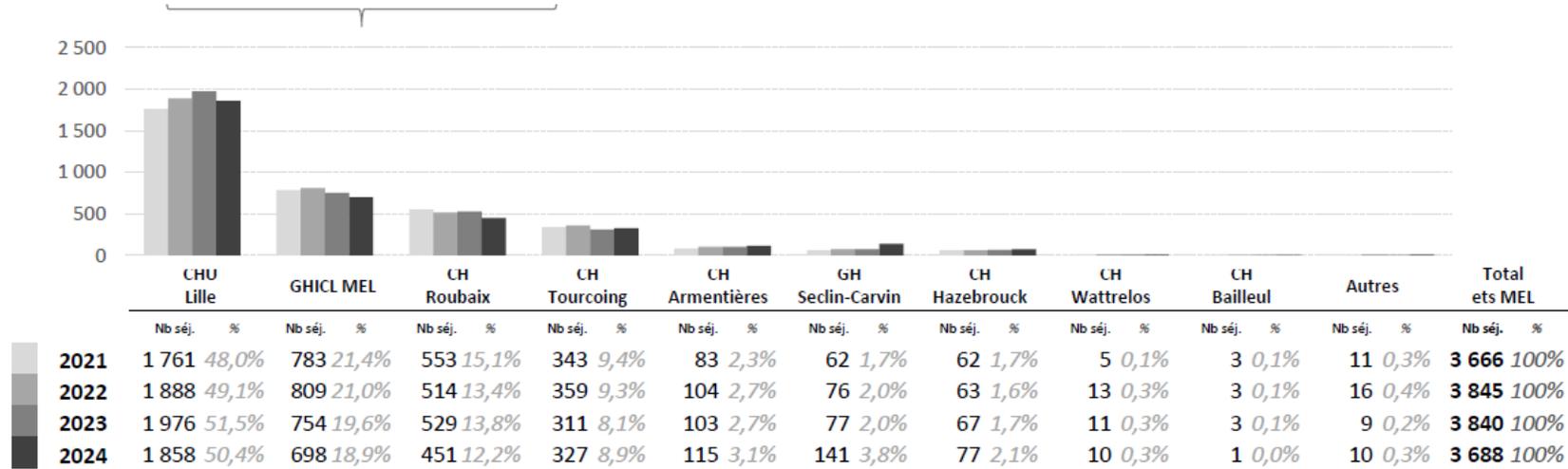
Neurologue de garde (hors heures ouvrables) :
standard CHR 0320445962 et poste 31244

Introduction

- **Historique**
- **Pre requis**
 - Partage d'image
 - Avis de senior à senior
 - Une coopération fluide : répondre à vos besoins **et** solliciter la garde de manière appropriée

AVC/ AIT : chiffres clés

- AVC



NB : passages aux urgences (HCD) suivi d'un transfert dans un autre Ets → Un RSS pour chacun des 2 établissements



GH
Seclin-Carvin

| Nb séj. | % |
|---------|-------|
| 13 | 2,6% |
| 21 | 4,8% |
| 32 | 6,4% |
| 78 | 16,7% |
| 55 | |

- HDJ AIT

urgence thérapeutique :
reperfusion IV ou TM

Prise en charge des AVC / AIT aux urgences de Seclin

AVC / AIT < 6h ou AVC du réveil ou dernière fois vu normal non daté

→ Réorientation en mode alerte SAU-CHU

- Score NIHSS
- Autonomie
- ATCD / ttt (anticoagulation / diabète)
- Pas d'imagerie en 1ère intention
- Appeler neurologue vasculaire (heures ouvrables) / neurologue de garde :

- TRANSFERT de type « **Alerte Thrombolyse** » immédiat pour IRM/CHU

- Si transfert récusé : demande d'une expertise neurologique explicite

C.A.T précise :

Indication d'hospitalisation en UNV validée : oui / non

transfert différé ?

.....

.....

imagerie sur place ? oui / non

type d'imagerie ?

.....

.....

questions à poser au radiologue / séquences ?

.....

.....

thérapeutique / prise en charge ?

.....

.....

- si patient non transféré par défaut de place

Appeler autres Unités Neuro Vasculaires si pas de place

Reste en surveillance rapprochée aux **soins intensifs**

avec réévaluation régulière pour valider / discuter l'orientation (UNV versus post-urgence)

- si patient non transféré pour diagnostic d'AVC peu probable

Reste en surveillance rapprochée en **UHCD**

avec réévaluation en heures ouvrables pour valider / discuter l'orientation

(UNV versus post-urgence)

CONTACTS NEUROLOGUES CHRU LILLE

Dr GIROT Marie (heures ouvrables)

standart CHR et poste 30057

ou appeler le 9 + téléphone portable

présente le mardi après-midi sur Seclin (poste 8612)

mail : marie.destee@chru-lille.fr

Neurologue vasculaire de garde 24/24h :

AVC => Neurologue Vasculaire : poste 30116

| Item | Intitulé | Cotation | Score | |
|--|--|--|-------|---|
| 1a | Vigilance | 0 = Vigilance normale, réactions vives | | |
| | | 1 = Trouble léger de la vigilance : obnubilation, éveil plus ou moins adapté aux stimulations environnantes | | |
| | | 2 = Coma; réactions adaptées aux stimulations nociceptives | | |
| | | 3 = Coma grave : réponse stéréotypée ou aucune réponse motrice | | |
| 1b | Orientation (mois, âge) | 0 = Deux réponses exactes | | |
| | | 1 = Une seule bonne réponse | | |
| | | 2 = Pas de bonne réponse | | |
| 1c | Commandes (ouverture des yeux, ouverture du poing) | 0 = Deux ordres effectués | | |
| | | 1 = Un seul ordre effectué | | |
| 2 | Oculomotricité | 0 = Oculomotricité normale | | |
| | | 1 = Ophthalmoplogie partielle ou déviation réductible du regard | | |
| | | 2 = Ophthalmoplogie horizontale complète ou déviation forcée du regard | | |
| 3 | Champ visuel | 0 = Champ visuel normal | | |
| | | 1 = Quadrantoplogie latérale homonyme ou hémianopsie incomplète ou négligence visuelle unilatérale | | |
| | | 2 = Hémianopsie latérale homonyme franche | | |
| | | 3 = Cécité bilatérale ou coma (1a = 3) | | |
| 4 | Paralysie faciale | 0 = Motricité faciale normale | | |
| | | 1 = Asymétrie faciale modérée (paralysie faciale unilatérale incomplète) | | |
| | | 2 = Paralysie faciale unilatérale centrale franche | | |
| | | 3 = Paralysie faciale périphérique ou diplégie faciale | | |
| 5 | Motricité du membre supérieur | | D | G |
| | | 0 = Pas de déficit moteur proximal | | |
| | | 1 = Affaissement dans les 10 secondes, mais sans atteindre le plan du lit | | |
| | | 2 = Effort contre la pesanteur, mais le membre chute dans les 10 secondes sur le plan du lit | | |
| | | 3 = Pas d'effort contre la pesanteur (le membre chute mais le patient peut faire un mouvement tel qu'une flexion de hanche ou une adduction) | | |
| | | 4 = Absence de mouvement (coter 4 si le patient ne fait aucun mouvement volontaire) | | |
| X = Cotation impossible (amputation, arthrodèse) | | | | |

Orientation vers UNV

Prise en charge des AVC / AIT aux urgences de Seclin
AVC > 6h / NIHSS > ou = 4

CONTACTS NEUROLOGUES CHRU LILLE
Dr GIROT Marie (heures ouvrables)
standart CHR et poste 30057
ou appeler le 9 + téléphone portable
présente le mardi après-midi sur Seclin (poste 8612)
mail : marie_destee@chru-lille.fr
Neurologue vasculaire de garde 24/24h :
AVC => Neurologue Vasculaire : poste 30116

→ Transfert vers UNVs dès que possible

- Score NIHSS
NB : si NIHSS > 8-10 et délai 6-12H → alerte de principe
car possible indication à thrombectomie
- Autonomie
- ATCD / ttt (anticoagulation / diabète)
- Faire imagerie cérébrale :
IRM cérébrale + ARM
ou scanner cérébral + angioscanner cérébral
- Transfert de l'imagerie cérébrale PACS to PACS au CHR Lille
- ECG / Biologie
- Appeler neurologue vasculaire : Expertise neurologue vasculaire
neurologue de garde / Dr Girot (heures ouvrables) :
- Si transfert refusé : demande d'une expertise neurologique explicite
 - Indication d'hospitalisation en UNV validée : oui / non
 - transfert différé ?
 -
 - thérapeutique / prise en charge ?
 -
- si patient non transféré par défaut de place
Appeler autres Unités Neuro Vasculaires si pas de place
Reste en surveillance rapprochée aux soins intensifs
avec réévaluation régulière pour valider / discuter l'orientation (UNV versus post-urgence)
- si patient non transféré pour diagnostic d'AVC peu probable
Reste en surveillance rapprochée en UHCD
avec réévaluation en heures ouvrables pour valider / discuter l'orientation
(UNV versus post-urgence)

| Item | Intitulé | Cotation | Score | |
|------|--|--|-------|---|
| 1a | Vigilance | 0 = Vigilance normale, réactions vives 1 = Trouble léger de la vigilance : obnubilation, éveil plus ou moins adapté aux stimulations environnantes 2 = Coma; réactions adaptées aux stimulations nociceptives 3 = Coma grave : réponse stéréotypée ou aucune réponse motrice | | |
| 1b | Orientation (mois, âge) | 0 = Deux réponses exactes 1 = Une seule bonne réponse 2 = Pas de bonne réponse | | |
| 1c | Commandes (ouverture des yeux, ouverture du poing) | 0 = Deux ordres effectués 1 = Un seul ordre effectué 2 = Aucun ordre effectué | | |
| 2 | Oculomotricité | 0 = Oculomotricité normale 1 = Ophthalmoplégie partielle ou déviation réductible du regard 2 = Ophthalmoplégie horizontale complète ou déviation forcée du regard | | |
| 3 | Champ visuel | 0 = Champ visuel normal 1 = Quadransopie latérale homonyme ou hémianopsie incomplète ou négligence visuelle unilatérale 2 = Hémianopsie latérale homonyme franche 3 = Cécité bilatérale ou coma (1a = 3) | | |
| 4 | Paralysie faciale | 0 = Motricité faciale normale 1 = Asymétrie faciale modérée (paralysie faciale unilatérale incomplète) 2 = Paralysie faciale unilatérale centrale franche 3 = Paralysie faciale périphérique ou diplégie faciale | | |
| 5 | Motricité du membre supérieur | 0 = Pas de déficit moteur proximal 1 = Affaissement dans les 10 secondes, mais sans atteindre le plan du lit 2 = Effort contre la pesanteur, mais le membre chute dans les 10 secondes sur le plan du lit 3 = Pas d'effort contre la pesanteur (le membre chute mais le patient peut faire un mouvement tel qu'une flexion de hanche ou une adduction) 4 = Absence de mouvement (coter 4 si le patient ne fait aucun mouvement volontaire) X = Cotation impossible (amputation, arthrodèse) | D | G |

NIHSS GRILLE DE COTATION

DATE : _____

Thrombolyse heure début : _____

Thrombolyse heure fin : _____

| ITEM | INTITULE | COTATION | SCORE | HEURES | | | | | | | | | | |
|------|--|--|--------------|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | |
| 1a | Vigilance | 0 vigilance normale, réactions vives 1 trouble léger de la vigilance : obnubilation, éveil plus ou moins adapté aux stimulations environnantes 2 coma : réactions adaptées aux stimulations nociceptives 3 coma grave : réponse stéréotypée ou aucune réponse motrice | | | | | | | | | | | | |
| 1b | Orientation (mois, âge) | 0 deux réponses exactes 1 une seule bonne réponse 2 pas de réponse | | | | | | | | | | | | |
| 1c | Commandes (ouverture des yeux, ouverture du poing) | 0 deux ordres effectués 1 un seul ordre effectué 2 aucun ordre effectué | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Oculomotricité | 0 oculomotricité normale 1 ophthalmoplégie partielle ou déviation réductible du regard 2 ophthalmoplégie horizontale complète ou déviation forcée du regard | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Champ visuel | 0 champ visuel normal 1 quadrantanopsie latérale homonyme ou hémianopsie incomplète ou négligence visuelle unilatérale 2 hémianopsie homonyme franche 3 cécité bilatérale ou coma (1a = 3) | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Paralysie faciale | 0 motricité faciale normale 1 asymétrie faciale modérée (paralysie faciale unilatérale incomplète) 2 paralysie faciale unilatérale centrale franche 3 paralysie faciale périphérique ou diplégie faciale | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Motricité Membre supérieur | 0 pas de déficit moteur proximal 1 affaissement dans les 10 secondes, mais sans atteindre le plan du lit 2 effort contre la pesanteur, mais le membre chute dans les 10 secondes sur le plan du lit 3 pas d'effort contre la pesanteur (le membre chute mais le patient peut réaliser une contraction musculaire avec ou sans mouvement du membre) 4 absence de mouvement (coter 4 si le patient ne fait aucun mouvement volontaire) X cotation impossible (amputation, arthrodèse) | D | G | D | G | D | G | D | G | D | G | D | G |
| 6 | Motricité Membre inférieur | 0 pas de déficit moteur proximal 1 affaissement dans les 5 secondes, mais sans atteindre le plan du lit 2 effort contre la pesanteur, mais le membre chute dans les 5 secondes sur le plan du lit 3 pas d'effort contre la pesanteur (le membre chute mais le patient peut faire un mouvement tel qu'une flexion de hanche ou une adduction) 4 absence de mouvement (le patient ne fait aucun mouvement volontaire) X cotation impossible (amputation, arthrodèse) | D | G | D | G | D | G | D | G | D | G | D | G |
| 7 | Ataxie | 0 ataxie absente 1 ataxie présente pour 1 membre 2 ataxie présente pour 2 membres ou plus | | | | | | | | | | | | |
| 8 | Sensibilité | 0 sensibilité normale 1 hypoesthésie minimale à modérée 2 hypoesthésie sévère ou anesthésie | | | | | | | | | | | | |
| 9 | Langage | 0 pas d'aphasie 1 aphasie discrète à modérée : communication informative 2 aphasie sévère 3 mutisme : aphasie totale | | | | | | | | | | | | |
| 10 | Dysarthrie | 0 normal 1 dysarthrie discrète à modérée 2 dysarthrie sévère X cotation impossible | | | | | | | | | | | | |
| 11 | Extinction Négligence | 0 absence d'extinction et de négligence 1 extinction dans une seule modalité, visuelle ou sensitive, ou négligence partielle auditive, spatiale ou personnelle 2 négligence sévère ou anosognosie ou extinction portant sur plus d'une modalité sensorielle | | | | | | | | | | | | |
| | | | TOTAL | | | | | | | | | | | |

Rationnel

- **Cas particulier d'une fenêtre thérapeutique étendue sur critères mismatch/occlusion → appel au moindre doute**
- **Bénéfice UNV pour tout AVC : lieu final d'hospitalisation**

Thrombolyse



Berge et al, ESJ, 2021

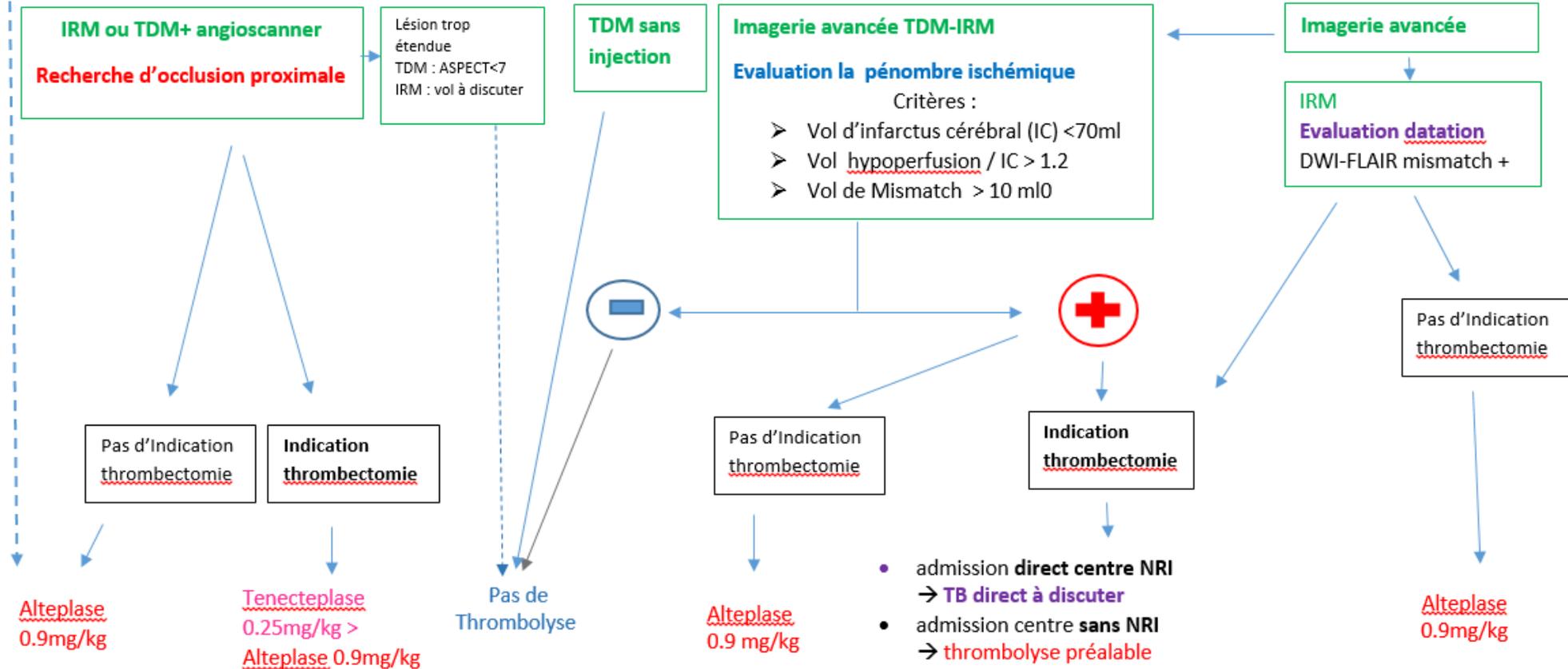
Suspicion AVC délai < 4H30

Suspicion AVC délai 4H30-9H

Suspicion AVC du réveil évalué <9H du début de nuit

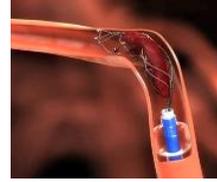
Suspicion AVC du réveil / heure inconnue <4hH30

AIC mineur ← 5 < NIHSS < 25 → ! AIC sévère*
avec possible handicap résiduel



*AIC mineur sans handicap patent (paralysie faciale isolée, troubles sensitifs : données limitées, pas de recommandation mais si occlusion accord d'expert pour thrombolyse

Thrombectomie



Turc et al, ESO, 2019

Ischémie cérébrale < 6 H et occlusion proximale des artères cérébrales (OPAC) carotide, ACM1

*consensus d'expert pour occlusion M2 et TB

<4h30

> 4h30

Ischémie cérébrale pris en charge entre 6-24h du début des signes ou dernière fois vu sans signe et OAPC

*consensus d'expert pour occlusion M2 et TB

TDM-IRM

Recherche d'occlusion proximale

Taille de l'IC autorisée

ASPECT \geq 6 si TDM

IRM vol IC < 70 ml

Imagerie avancée TDM-IRM

+ Evaluation la pénombre ischémique

Critères DEFUSE mismatch radiologique (Perf)

- ✓ Vol d'infarctus cérébral (IC) < 70ml
- ✓ Vol hypoperfusion / IC > 1.8
- ✓ Vol de Mismatch > 15 ml

Critères DAWN : mismatch clinico-radiologique (No perf)

- ✓ âge < 80 ans, NIHSS > 10, vol IC < 21 ml
- ✓ âge < 80 ans, NIHSS > 20, vol IC < 30ml
- ✓ age > 80 ans, NIHSS > 10, vol < 21ml

Thrombectomie

- pas de limite d'âge pour accès à la thrombectomie
- patient avec bon degré d'autonomie
- Critères NIHSS : pas de limite haute, pour NIHSS < 5 (essai en cours)
- Critères radiologiques IC > 70 ml en cours d'évaluation

Orientation vers
UNV ou Cardiologie

Prise en charge des AVC / AIT aux urgences de Seclin

AVC mineur / AIT > 6h ET NIHSS < 4

CONTACTS NEUROLOGUES CHRU LILLE

Dr GIROT Marie (heures ouvrables)
standart CHR et poste 30057
ou appeler le 9 + téléphone portable
présente le mardi après-midi sur Seclin (poste 8612)
mail : marie.destee@chru-lille.fr

Neurologue vasculaire de garde 24/24h :
AVC => Neurologue Vasculaire : poste 30116

- Score NIHSS
- Score ABCD 2
- Autonomie
- ATCD / ttt (anticoagulation / diabète)
- Faire imagerie cérébrale :
IRM cérébrale + ARM
ou scanner cérébral + angioscanner cérébral
- Transfert de l'imagerie cérébrale PACS to PACS au CHR Lille
- ECG / Biologie
- Appeler neurologue vasculaire : **Expertise neurologue vasculaire**
neurologue de garde / Dr Girot (heures ouvrables) :
Synthèse demandée sur la base des signes cliniques
NIHSS + score ABCD2 + ECG + imagerie artérielle

SCORE CLINIQUE ABCD2

| | | |
|---------------------|-----------------------|---|
| Age | > 60 ans | 1 |
| Pression Artérielle | > 140/80 mmhg | 1 |
| Clinique | Autre manifestation | 0 |
| | Trouble de la parole | 1 |
| | Déficit moteur unilat | 2 |
| Durée des symptômes | <10 min | 0 |
| | >10-<59 min | 1 |
| | > 60 min | 2 |
| Diabète | oui | 1 |

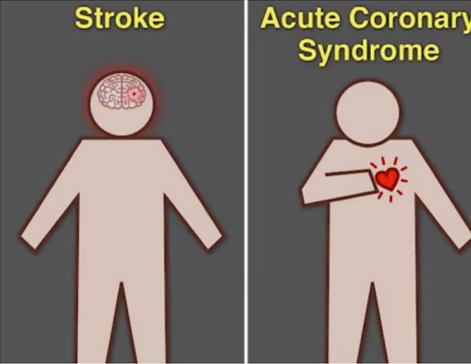
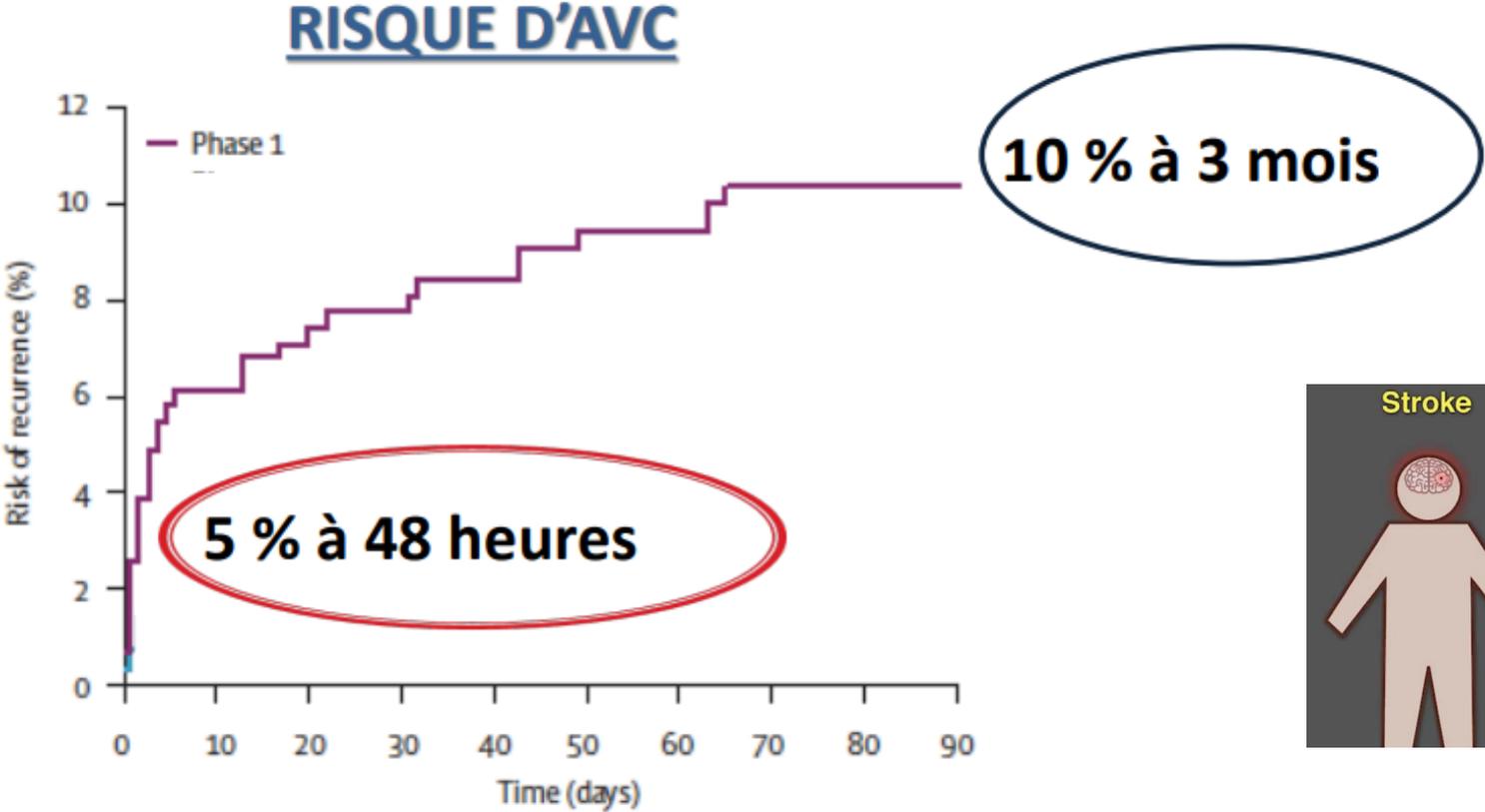
SCORE \geq 4 = haut risque

| Patients à haut risque | Patients à faible risque |
|--------------------------------|--------------------------|
| 1<NIHSS <4 | signes atypiques |
| score ABCD2 > 4 | score ABCD2 <4 |
| athérome extra ou intracranien | pas d'athérome |
| découverte FA | pas de FA |
| AIT récidivants | |

- Résultat de l'avis neurologique
 - Transfert UNV (patients à haut risque)
 - Doute diagnostique → hospitalisation sur Seclin
 - AIT faible risque / AIT sur FA de novo → service de cardiologie Seclin avec télémétrie

| Item | Intitulé | Cotation | Score | |
|------|--|--|-------|---|
| 1a | Vigilance | 0 = Vigilance normale, réactions vives | | |
| | | 1 = Trouble léger de la vigilance : obnubilation, éveil plus ou moins adapté aux stimulations environnantes | | |
| | | 2 = Coma; réactions adaptées aux stimulations nociceptives | | |
| | | 3 = Coma grave : réponse stéréotypée ou aucune réponse motrice | | |
| 1b | Orientation (mois, âge) | 0 = Deux réponses exactes | | |
| | | 1 = Une seule bonne réponse | | |
| | | 2 = Pas de bonne réponse | | |
| 1c | Commandes (ouverture des yeux, ouverture du poing) | 0 = Deux ordres effectués | | |
| | | 1 = Un seul ordre effectué | | |
| | | 2 = Aucun ordre effectué | | |
| 2 | Oculomotricité | 0 = Oculomotricité normale | | |
| | | 1 = Ophtalmoplégie partielle ou déviation réductible du regard | | |
| | | 2 = Ophtalmoplégie horizontale complète ou déviation forcée du regard | | |
| | | 3 = Cécité bilatérale ou coma (1a = 3) | | |
| 3 | Champ visuel | 0 = Champ visuel normal | | |
| | | 1 = Quadransopie latérale homonyme ou hémianopsie incomplète ou négligence visuelle unilatérale | | |
| | | 2 = Hémianopsie latérale homonyme franche | | |
| | | 3 = Cécité bilatérale ou coma (1a = 3) | | |
| 4 | Paralysie faciale | 0 = Motricité faciale normale | | |
| | | 1 = Asymétrie faciale modérée (paralysie faciale unilatérale incomplète) | | |
| | | 2 = Paralysie faciale unilatérale centrale franche | | |
| | | 3 = Paralysie faciale périphérique ou diplopie faciale | | |
| 5 | Motricité du membre supérieur | 0 = Pas de déficit moteur proximal | D | G |
| | | 1 = Affaissement dans les 10 secondes, mais sans atteindre le plan du lit | | |
| | | 2 = Effort contre la pesanteur, mais le membre chute dans les 10 secondes sur le plan du lit | | |
| | | 3 = Pas d'effort contre la pesanteur (le membre chute mais le patient peut faire un mouvement tel qu'une flexion de hanche ou une adduction) | | |
| | | 4 = Absence de mouvement (coter 4 si le patient ne fait aucun mouvement volontaire) | | |
| | | X = Cotation impossible (amputation, arthrodèse) | | |

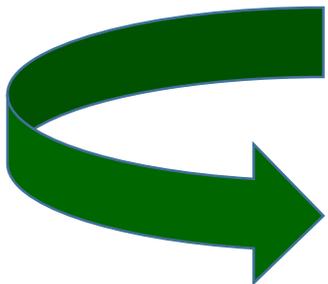
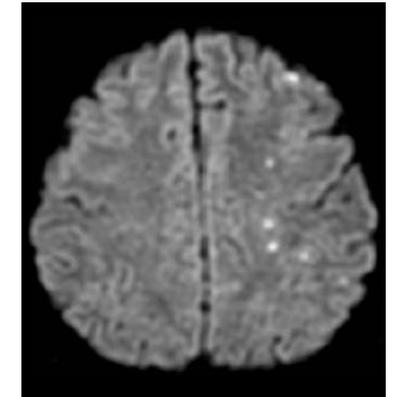
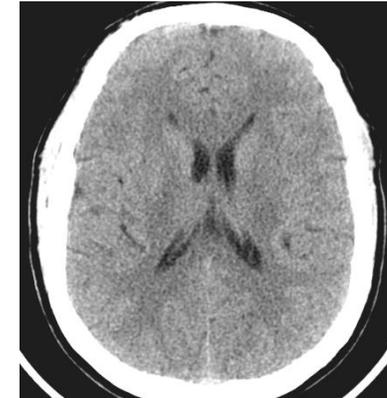
AIT: syndrome de menace



Un diagnostic clinico-radiologique



- Déficit neurologique focal et brutal
- Causé par une ischémie focale cérébrale ou rétinienne
- Symptômes de durée <1h
- Sans signe d'infarctus cérébral à l'imagerie



Diagnosis of TIA can be challenging, with significant inter-rater variability.^{3,4} TIA definition for the purpose of these guidelines, and for generalisability across settings, is clinically diagnosed and based on symptom duration of less than 24 hours.

Un diagnostic clinique difficile

- **AIT certain**

- Déficit moteur unilatéral touchant 2 membres ou 1 membre+face
- Déficit sensitif unilatéral touchant 2 membres ou 1 membre+face
- Déficit visuel à type de HLH ou cécité monoculaire
- Troubles du langage (aphasie)

- **AIT possible**

- Instabilité, trouble de l'équilibre
- Diplopie
- Vertige
- Dysphagie, dysrathrie

- **AIT peu probable**

- Amnésie
- Confusion
- Incoordination des membres
- Déficit sensitif partiel
- Déficit visuel inhabituels
- Troubles de la conscience
- céphalée

Expertise neurovasculaire +++

Que faire quand vous êtes face à des signes non consensuels ?

- Reproductibilité faible à modérée y compris chez les neurologues vasculaires
- Pas de gold standard
- Influence de la durée et des antécédents vasculaires
- Caractère rétrospectif (reconnaissance des signes par le patient lui-même)

Les AIT non consensuels revisités.....



Diagnosis of non-consensus transient ischaemic attacks with focal, negative, and non-progressive symptoms: population-based validation by investigation and prognosis



Maria A Tuna, Peter M Rothwell, on behalf of the Oxford Vascular Study

Summary

Lancet 2021; 397: 902-12

Background Diagnosis

AIT non consensuels:

Population 2878 patients =
AIC mineur 1287 +AIC classique
1021 + AIT non consensuel (570)

Signes consensuels d'installation brutale

- Déficit moteur touchant 1 ou plusieurs segments de membres (face, main, bras ou jambe)
- Troubles du langage d'expression ou de compréhension
- Déficit sensitif touchant 2 ou plusieurs segments de membres (face, main, bras ou jambe)
- Troubles visuels à type hémianopsie ou quadranopsie
- Amaurose
- Vertige + autres symptômes d'AIT
- Diplopie + autres symptômes d'AIT
- Dysarthrie + autres symptômes d'AIT
- Ataxie + autres symptômes d'AIT

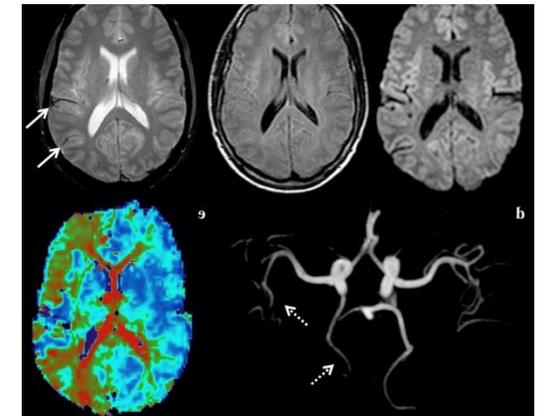
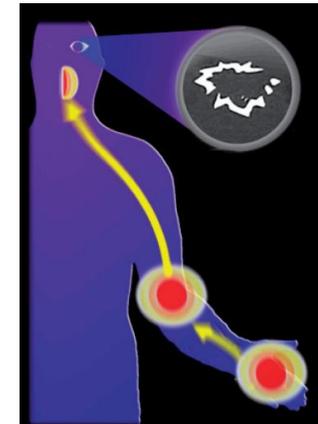
Signes non consensuels d'installation brutale

- Vertige isolé sans récurrence (avec ou sans nausées, non provoqué par les mouvements de tête ou par un traumatisme, sans otalgie ou acouphènes)
- troubles de l'équilibre sans autre cause
- Diplopie isolé sans argument pour cause ophtalmo ou une atteinte neuromusculaire
- Dysarthrie isolé
- Baisse d'acuité visuelle bilatérale (sans HLH ou quadranopsie) et signes visuels positifs
- Troubles sensitifs isolés à un segment de membre sans marche progressive

Un diagnostic clinique difficile



- **Stroke-mimics** 15% des patients (phase aigue) → 50 % sur du recours
- **Migraine avec aura**
 - 1,8% des alertes thrombolyse
 - Premier épisode
 - Aura prolongée
 - Aura sans céphalée
 - Population exposée à erreur diagnostique
- **Epilepsie**
 - Sujet âge +++
- **Troubles somatoformes**

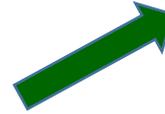


En pratique

- AIT
- AIC mineur



Urgence de prise en charge



- Évaluation du risque de récurrence
- prévention secondaire adaptée dès J0



Réduction du risque d'AVC de 80% en 3 mois



- **Traitement aigu (<6heure)**
 - Thrombolyse
 - +/- thrombectomie



Modalités de prise en charge en urgence

- Les recommandations ESOC 2021 (hors délai thrombolyse)

Expertise NV +

CLINIQUE ABCD2

+

PARACLINIQUE

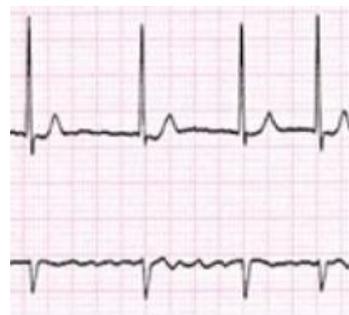
+

IMAGERIE

| | | |
|---------------------|-----------------------|---|
| Age | > 60 ans | 1 |
| Pression Artérielle | > 140/80 mmhg | 1 |
| Clinique | Autre manifestation | 0 |
| | Trouble de la parole | 1 |
| | Déficit moteur unilat | 2 |
| Durée des symptômes | <10 min | 0 |
| | >10-<59 min | 1 |
| | > 60 min | 2 |
| Diabète | oui | 1 |

SCORE \geq 4 = haut risque

- Biologie
- ECG FA ?



- Recherche d'athérome intra+- extra crâniennes



Le profil à risque

- Dépendant

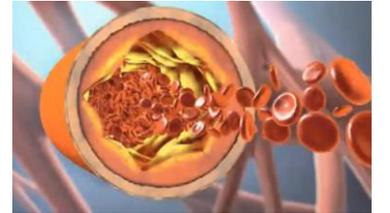
- Délai entre les signes et l'évaluation J 0, J3 , > J7
- Délai à l'expertise
- Clinique
- Imagerie
- Etiologie sous-jacente

- Définition AIT à **haut risque** avec sanction thérapeutique

- $ABCD_2 \geq 4$
- $1 \leq \text{NIHSS} \leq 4$
- AIT répétés
- Suspicion ou découverte d'une cardiopathie emboligène

Quid des options thérapeutiques en urgence?

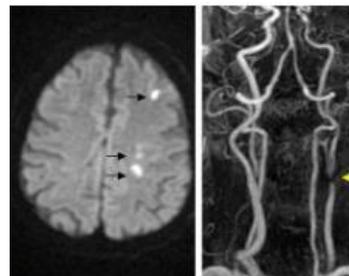
- **Aspirine** 160-300 mg/jour → 75mg/j
- **Double AAP** (aspirine-clopidogrel ou aspirine-ticagrelor) pour les AIT/ AIC mineur à haut risque de récurrence vu <24h



- **Anticoagulation** pour les AIT/AIC mineur de cause cardio-embolique
 - Début de l'anticoagulation entre J0 (AIT) à J3 (AIC mineur)



- **Chirurgie de la carotide** (<15 jours) chez les AIT/AIC avec sténoses symptomatiques serrées carotidiennes



Quelle filière de prise en charge ? 4 circuits

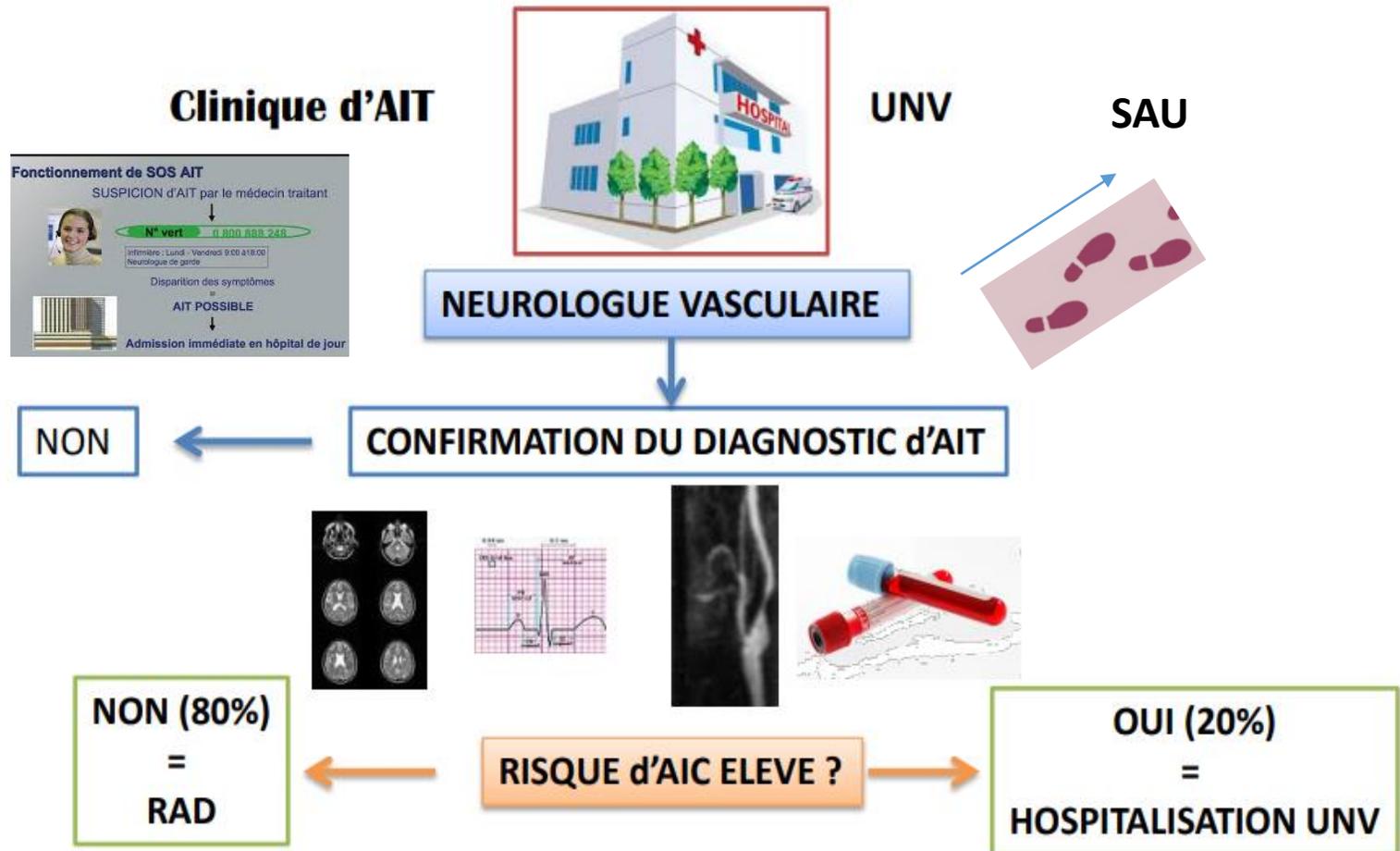
- Hospitalisation UNV++
 - Clinique AIT+++
 - SAU+ expertise NV
- parcours

- Ambulatoire

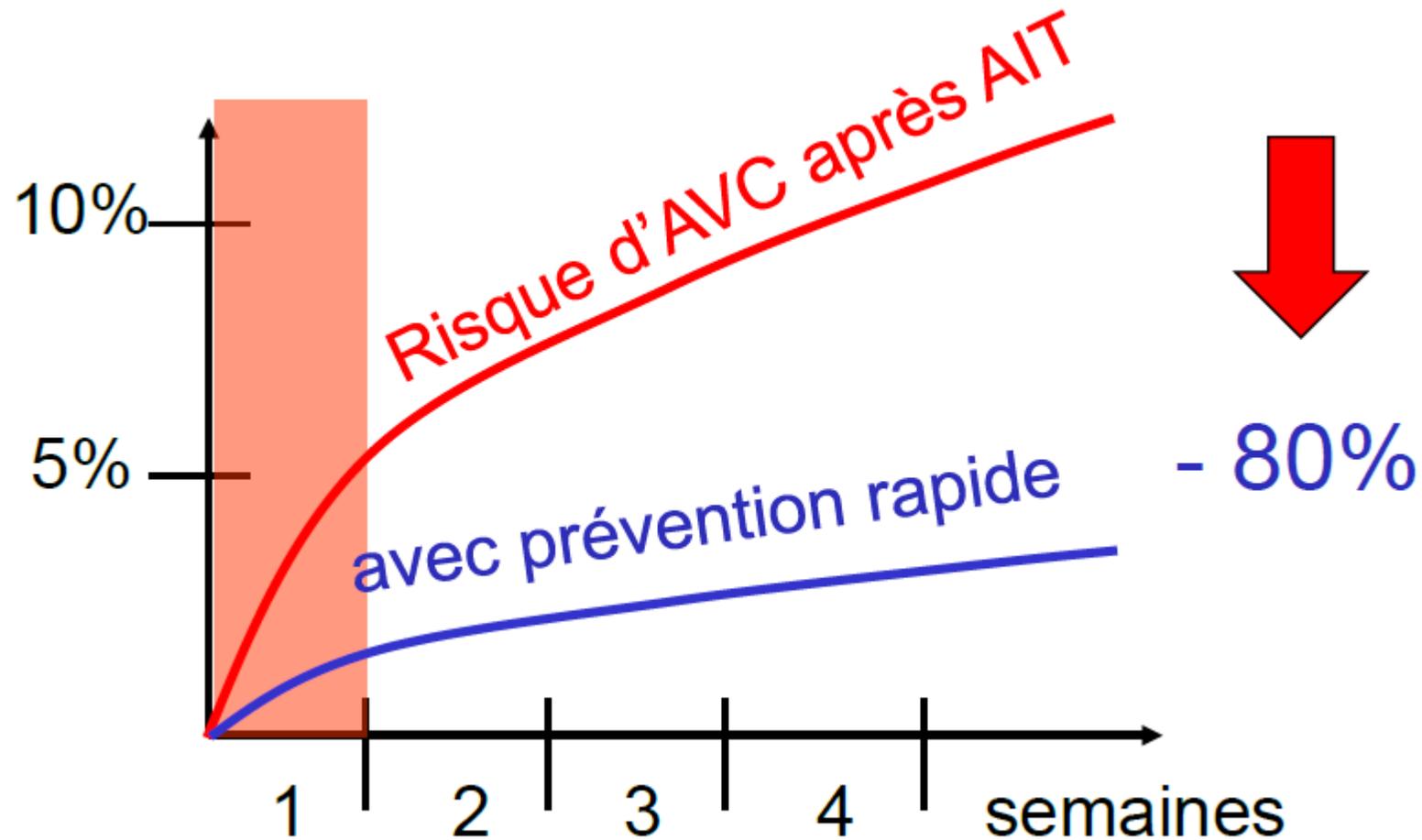
- > J7
- AIT faible risque

Parcours patient dépendant

- Délai
- Du risque de récurrence
- De l'offre de soins



Prise en charge précoce: quel bénéfice ?



Merci de votre attention

