

Comment évaluer la gravité d'un AIT par le score ABCD ?



→ **P. KERSCHÉN**^{1, 2},
H. HOSSEINI^{1, 2}

¹ Unité Neurovasculaire,
CHU Henri-Mondor,
CRETEIL.

² Faculté de Médecine,
Université Paris XII,
CRETEIL.

Comment définir un AIT en 2010 ?

La définition de l'accident ischémique transitoire (AIT) est en constante évolution. Sa durée fut initialement définie comme inférieure à 24 heures, ce critère temporel arbitraire reposant sur l'idée qu'une ischémie de cette durée n'évoluait qu'exceptionnellement vers la nécrose tissulaire, à une époque où aucune technique neuroradiologique ne permettait d'en détecter la présence de manière fiable *in vivo*. **La limite des 24 heures fut peu à peu remise en cause** : d'une part, la majorité des AIT ≤ 24 heures durent pour 60 % d'entre eux moins de 1 heure, dont une majorité dure moins de 30 minutes ; d'autre part, l'essor du scanner puis de l'IRM a mis en évidence que près d'un tiers des patients atteints d'AIT ≤ 24 heures présentaient un accident ischémique constitué (AIC) sur l'imagerie cérébrale.

Ces considérations ont amené un groupe d'experts en 2002 à redéfinir la durée d'un AIT comme inférieure à 1 heure. Les dernières recommandations de l'*American Heart Association* (AHA) publiées en 2009 préconisent quant à elles d'abandonner toute référence à un critère temporel puisque près d'un tiers des AIT ≤ 1 heure présentent eux aussi des anomalies détectables en IRM sur les séquences de diffusion [1]. **Cette évolution reflète le passage d'une définition "temporelle" à une définition "tissulaire" des AIT, simplement définie à présent par l'AHA comme tout**

déficit neurologique transitoire en rapport avec une ischémie cérébrale ou rétinienne sans nécrose tissulaire [1].

La durée d'un événement neurologique donné étant par nature inconnue au moment où il débute, le panel d'experts avance le terme de *syndrome neurovasculaire aigu* pour définir la situation clinique correspondant à un déficit neurologique focal d'installation brutale d'origine vasculaire présumée, par analogie avec la terminologie employée dans les syndromes coronariens aigus.

Risque précoce d'AVC après AIT

Les résultats concordants de plusieurs études prospectives ont permis d'estimer le risque d'AVC après AIT à 10 % à 3 mois, dont la moitié survient dans les deux premiers jours [2]. L'AIT est également prédictif de morbi-mortalité cardiovasculaire puisque 2,6 % des patients sont hospitalisés dans les 3 mois pour un angor instable, un infarctus du myocarde, une insuffisance cardiaque décompensée ou une tachycardie ventriculaire et que 2,6 % des patients décèdent pendant la même période (toutes causes confondues, au premier rang desquelles AVC et événements cardiovasculaires).

Ce risque élevé pose deux questions : celle de l'identification des patients à haut risque de récurrence ischémique et celle de l'impact d'une prise en charge thérapeutique précoce sur la réduction du risque d'infarctus cérébral après AIT. Il a ainsi été démontré récemment qu'au décours d'un AIT la mise en place d'un traitement précoce qui peut combiner selon les situations cliniques antiagrégants plaquettaires, antihypertenseurs, statines, anticoagulation efficace et endartériectomie carotidienne permettait de réduire le risque subséquent d'AVC de près de 80 % [2].

Trois types de paramètres ont démontré leur influence sur le risque d'AVC après AIT. Il s'agit :

- de paramètres cliniques liés aux comorbidités du patient et aux caractéristiques sémiologiques de l'AIT tels qu'évalués à l'aide de scores cliniques comme le score ABCD,

- de paramètres radiologiques comme l'existence sur l'imagerie initiale de séquelles d'AVC ou d'une leucopathie vasculaire,
- de paramètres directement liés à la cause de l'AIT.

Le score ABCD...

La plupart des modèles pronostiques ne permettent d'estimer le risque d'AVC après AIT qu'à 3 mois, ce qui en réduit l'intérêt pratique pour déterminer l'urgence de la prise en charge et décider d'une hospitalisation. C'est pour pallier ces limites que le score ABCD fut développé, estimant le risque d'AVC dans la semaine qui suit l'AIT [3].

Il est coté sur 6 points à partir de quatre paramètres cliniques dont chacun est apparu prédictif d'AVC en analyse univariée :

- **A** pour *age* (1 point si âge \geq 60 ans),
- **B** pour *blood pressure* (1 point si antécédents d'HTA définis par le recours à un traitement antihypertenseur ou si PAS > 140 mmHg ou PAD \geq 90 mmHg),
- **C** pour *clinical features* (2 points si déficit moteur unilatéral, 1 point si dysarthrie ou aphasie sans déficit moteur, 0 point pour tout autre type de symptôme),
- et **D** pour *duration of symptoms* (2 points si durée des symptômes \geq 60 minutes, 1 point si durée comprise entre 10 et 59 minutes, 0 point si durée < 10 minutes).

Le déficit moteur unilatéral peut associer à divers degrés une atteinte de la face, du membre supérieur et/ou du membre inférieur. Dans un souci de simplification, les auteurs ont regroupé sous le terme générique de troubles de la parole (*speech disturbance*) les troubles de l'élocution relevant d'une dysarthrie et les troubles du langage relevant d'une aphasie.

Le score ABCD a connu des développements ultérieurs avec l'adjonction d'un facteur pronostique supplémentaire, le diabète (défini par la nécessité d'un traitement antidiabétique oral ou d'une insulinothérapie), pour aboutir au score **ABCD2** utilisé aujourd'hui qui est coté sur 7 points [4] (*tableau I*). Ce score prédit le risque d'AVC dans les 48 heures qui suivent un AIT (*fig. I*), ce qui en renforce l'intérêt pratique comparativement au score ABCD. Le risque d'AVC à 48 heures est de :

- 0 % pour un score 0 ou 1,
 - de 1,3 % pour un score 2 ou 3,
 - de 4,1 % pour un score 4 ou 5,
 - et de 8,1 % pour un score 6 ou 7,
- permettant de classer les patients en groupes à risque faible (scores 0 à 3), intermédiaire (scores 4 et 5) ou élevé (scores 6 et 7).

Ces trois groupes présentent un risque d'AVC à 3 mois qui est respectivement de 3,1 %, 9,8 % et 17,8 %. Bien qu'aucune étude randomisée n'ait directement évalué le bénéfice du score ABCD2 en pratique clinique quoti-

Paramètres cliniques			Points
A <i>Age</i>	Age	\geq 60 ans < 60 ans	1 0
B <i>Blood pressure</i>	Pression artérielle	PAS > 140 mmHg ou PAD \geq 90 mmHg* Autre	1 0
C <i>Clinical features</i>	Caractéristiques cliniques	Déficit moteur unilatéral Troubles de la parole** sans déficit moteur Autre	2 1 0
D <i>Duration of symptoms</i>	Durée des symptômes	\geq 60 minutes 10-59 minutes < 10 minutes	2 1 0
D <i>Diabetes</i>	Diabète	Présent*** Absent	1 0
Total maximum			7

* ou traitement antihypertenseur en cours ; ** dysarthrie ou aphasie ; *** traitement antidiabétique en cours.

TABLEAU I : Le score ABCD2.

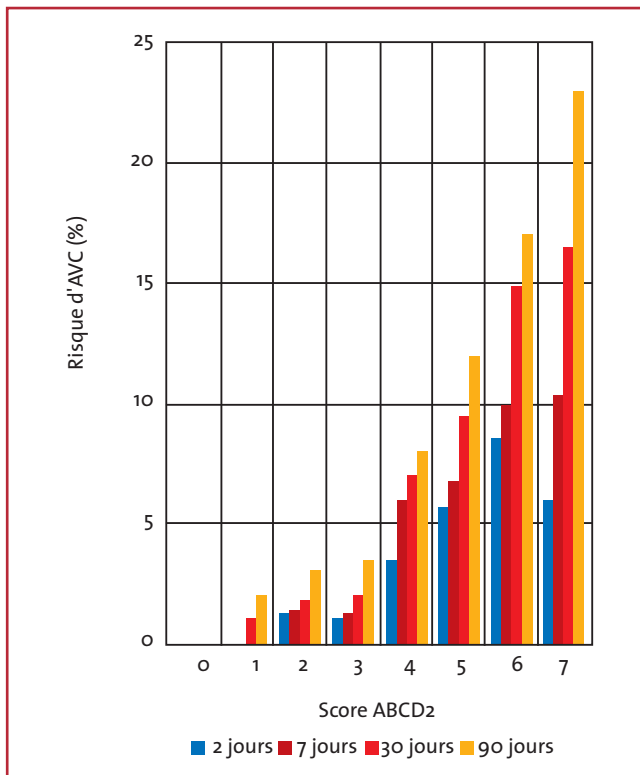


FIG. 1 : Risque d'AVC ischémique à 2, 7, 30 et 90 jours après AIT en fonction du score ABCD2 [4].

dienne, un certain nombre de Sociétés savantes basent leurs recommandations de prise en charge des AIT sur ce score. Ainsi, l'AHA préconise d'hospitaliser tout AIT vu dans les 72 heures s'il présente un score ABCD2 ≥ 3 [1]; le *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) britannique recommande une hospitalisation pour tout patient présentant un score ABCD2 ≥ 4 , les autres patients devant bénéficier du bilan étiologique de l'AIT dans la semaine [5].

... et ses limites

La principale critique adressée au système ABCD tient au fait que l'étiologie de l'AIT semble être un meilleur facteur prédictif d'AVC précoce que les caractéristiques cliniques du patient ou la sémologie de l'AIT [5]. Il a ainsi été montré récemment que jusqu'à 20 % des patients à haut risque d'AVC précoce du fait de l'étiologie sous-jacente (sténose carotidienne homolatérale $> 50\%$, sténose intra-crânienne, fibrillation auriculaire ou autre pathologie cardio-embolique) qui nécessitait un traitement spécifique en urgence présentaient un score ABCD2 < 4 [5].

Par conséquent, le score ABCD2 ne dispense pas d'une approche "étiologique" de l'AIT : toute décision de non-hospitalisation basée sur le score ABCD2 ne doit avoir été prise qu'en complément d'une évaluation paraclinique minimale incluant un ECG et une exploration des troncs supra-aortiques par écho-Doppler, angio-scanner ou angio-IRM. Cette stratégie est la seule à même d'identifier l'ensemble des patients à haut risque d'AVC précoce susceptibles de bénéficier d'un traitement étiologique qui doit être instauré en urgence. Les AIT à répétition, associés à un haut risque d'infarctus précoce et justifiant par conséquent une prise en charge hospitalière, ne sont pas pris en compte par le score ABCD2.

Conclusion

L'AIT est associé à un risque élevé d'AVC dans les 48 premières heures, risque susceptible d'être réduit de 80 % par l'instauration précoce de traitements appropriés. Il constitue à ce titre une urgence diagnostique et thérapeutique. Les paramètres cliniques évalués par le score ABCD2 sont prédictifs d'AVC précoce et peuvent servir d'aide aux décisions d'hospitalisation. Ils ne doivent néanmoins être envisagés qu'en complément d'une stratégie diagnostique visant à déterminer la cause de l'AIT. Seule cette approche combinée permet d'identifier l'ensemble des patients à haut risque d'AVC précoce susceptibles de bénéficier d'un traitement étiologique qui doit être instauré en urgence.

Bibliographie

1. EASTON JD, SAVER JL, ALBERS GW *et al.* Definition and evaluation of transient ischemic attack : a scientific statement for healthcare professionals. *Stroke*, 2009 ; 40 : 2276-93.
2. GILES MF, ROTHWELL PM. Transient ischaemic attack : clinical relevance, risk prediction and urgency of secondary prevention. *Curr Opin Neurol*, 2009 ; 22 : 46-53.
3. ROTHWELL PM, GILES MF, FLOSSMANN E *et al.* A simple score (ABCD) to identify individuals at high early risk of stroke after transient ischaemic attack. *Lancet*, 2005 ; 366 : 29-36.
4. JOHNSTON SC, ROTHWELL PM, NGUYEN-HUYNH MN *et al.* Validation and refinement of scores to predict very early stroke risk after transient ischaemic attack. *Lancet*, 2007 ; 369 : 283-92.
5. AMARENCO P, LABREUCHE J, LAVALLEE PC *et al.* Does ABCD2 score below 4 allow more time to evaluate patients with a transient ischemic attack ? *Stroke*, 2009 ; 40 : 3091-5.