

L'AIT au bureau, « pratico-pratique » ou: Comment éviter le crash neurovasculaire?





**Jean-Martin Boulanger, Neurologie,
HCLM**

Conflits d'intérêts



BI, Sanofi-Aventis,
BMS, Roche, Bayer,
Novartis, Solvay,
Allergan, Merz, Octa-
Pharma, Servier

Objectifs

-  Reconnaître les manifestations cliniques de l'AIT
-  Stratifier l'urgence de l'AIT au-delà de l'ABCD2
-  Proposer une stratégie d'investigations et de traitement
-  En français: déterminer quels tests demander, dans quels délais et comment prioriser les cas...

Background

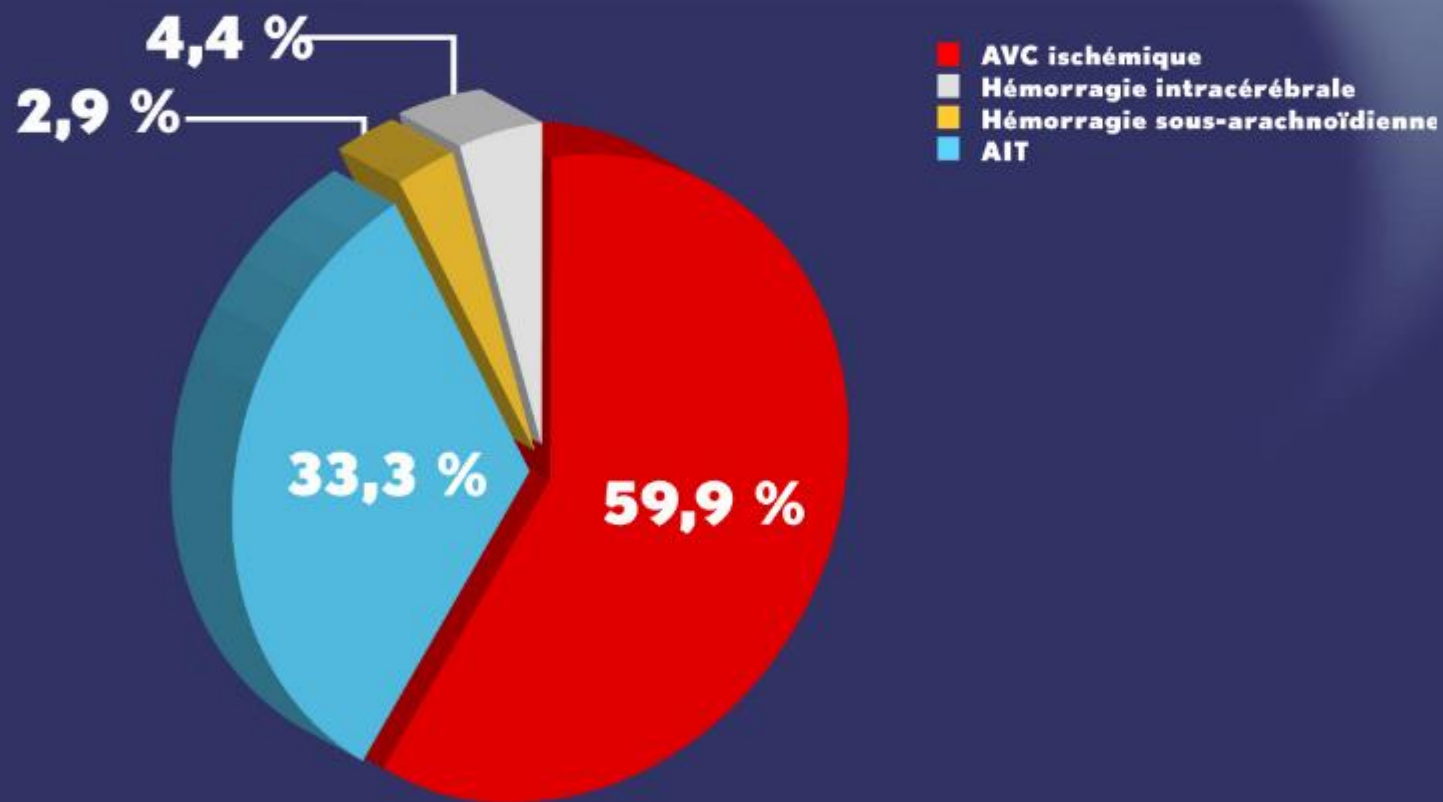
- ❑ L'accès au plateau technique est souvent difficile au bureau
- ❑ La plupart des milieux n'ont pas accès à des cliniques d'ICT rapides
- ❑ La neurologie est une spécialité de symptômes...
- ❑ Les HMA ne sont souvent pas aussi claires qu'on le voudrait
- ❑ La majorité des AVC n'ont pas la « chance » d'avoir une ICT avant mais les ICT consultent davantage au bureau que les AVC.

Définition

Transient ischemic attack (TIA): a transient episode of neurological dysfunction caused by focal brain, spinal cord, or retinal ischemia, without acute infarction.


Based on the new definitions of TIA, an ischemic stroke is defined as an **infarction of central nervous system tissue.**


ÉPISODES VASCULAIRES CÉRÉBRAUX : POPULATION DE L'ÉTUDE OXVASC (OXFORD VASCULAR STUDY)



Thème 1: Les SX visuels

Cas 1

 Un homme de 57 ans est rencontré pour son examen annuel. Il vous parle d'une perte de vision « gauche ».

 Il est connu pour diabète et tabagisme.

 Metformin, ASA,
Atorvastatin

Quels sont les éléments
pertinents à l'histoire à
rechercher?

Questions

DDX pertinent



Amaurosis fugax



Sténose carotidienne ..

- Emboli de cholestérol (plaque de Hollenhorst)



Neuropathie optique ischémique antérieure



(artères postérieures ciliaires) =
ischémie vs artérite temporale



Migraine avec aura/aura avec céphalée non migraineuse/aura sans céphalée



Pathologie ophtalmologique

Donc...Cas 1



Perte de vision « probablement »
monoculaire gauche il y a 1 mois d'une
durée d'environ 10 minutes.



Sa vision était floue mais non clairement
noire.



Il a aussi noté une légère céphalée
frontale non spécifique.

Quels sont les éléments
principaux à rechercher à l'EP

Examen physique



TA, Pouls



Souffle carotidien ou cardiaque



Acuité visuelle



Fundi et réactivité pupillaire



Champs visuels (testés séparément si doute)



Mouvements extraoculaires



EP neuro sommaire...

Quel est l'examen le plus pertinent et urgent chez ce patient?



A) Une VS et une CRP



B) Une imagerie cérébrale



C) Une imagerie carotidienne



D) Un ECG

Quel est l'examen le plus pertinent et urgent chez ce patient?



A) Une VS et une CRP



B) Une imagerie cérébrale



C) Une imagerie carotidienne



D) Un ECG

Comment aborder ce cas?

- A) Référer le patient à l'urgence
- B) Changer l'AAS pour du Clopidogrel, Demander un Doppler carotidien, un ECG, une glycémie et un bilan lipidique d'ici 1 mois en externe
- C) Demander un CT scan, un Doppler carotidien, une glycémie et un bilan lipidique d'ici 3 mois en externe
- D) Changer l'AAS pour le Clopidogrel et suivre le patient cliniquement

Comment aborder ce cas?

- A) Référer le patient à l'urgence
- B) Changer l'ASA pour du Clopidogrel, demander un Doppler carotidien, un ECG, une glycémie et un bilan lipidique d'ici 1 mois en externe*
- C) Demander un CT scan, un Doppler carotidien, un ECG, une glycémie et un bilan lipidique d'ici 3 mois en externe*
- D) Changer l'AAS pour le Plavix et suivre le patient cliniquement

Recommandations: patients à haut risque



SX moins de 48h



Pas de sx moteurs ou langagiers (sx sensitifs, amaurosis, diplopie, 1/2 anopsie, ataxie, etc.)



Référence pour évaluation la même journée (clinique de prévention d'AVC ou urgence)

Recommandations: patients à haut risque



SX entre 48h et 2 semaines



Référence pour évaluation en moins de 2 semaines



Pas de sx moteurs ou langagiers (sx sensitifs, amaurosis, diplopie, 1/2 anopsie, ataxie, etc.)

Recommandations: patients à risque moindre



SX datant de plus de 2 semaines



Référence pour évaluation en moins d'un mois

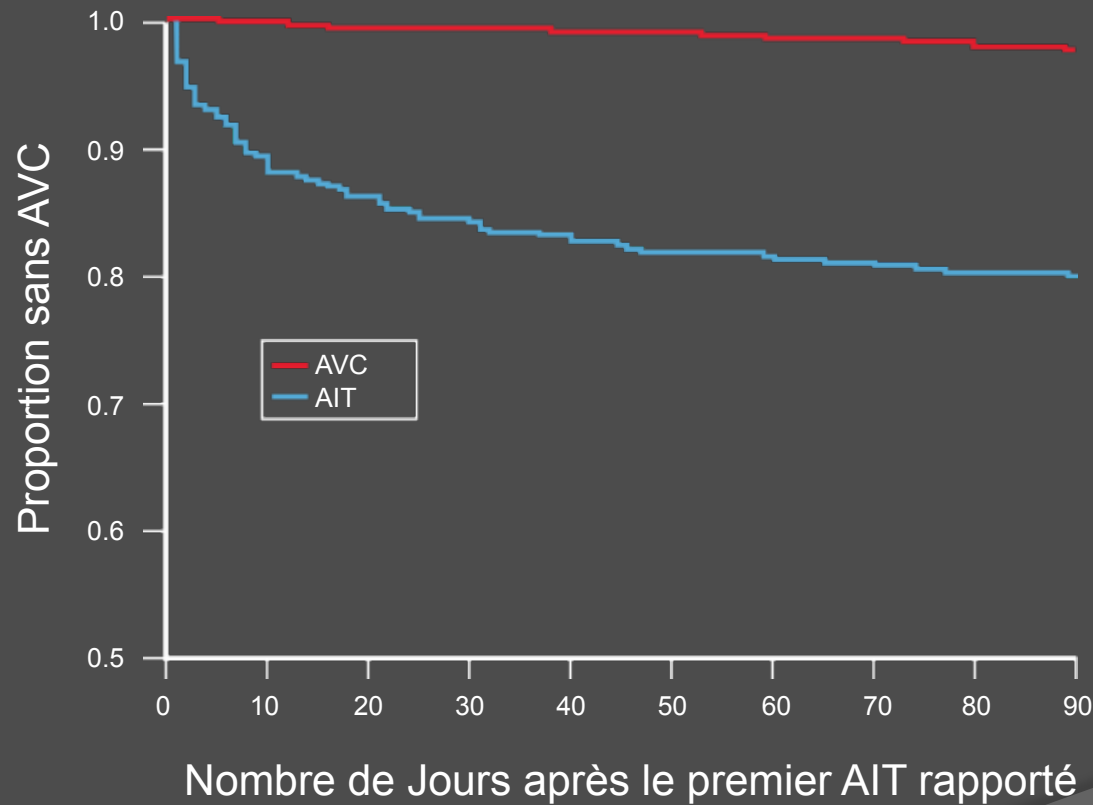


**HEART &
STROKE
FOUNDATION
OF CANADA**

**FONDATION
DES MALADIES
DU CŒUR
DU CANADA**

*Finding answers. For life.
À la conquête de solutions.*

Risque d'AVC dans les 90 jours qui suivent un AIT chez les patients atteints d'athérosclérose de la carotide interne (ACI)



Et si...



Le patient était une femme sous hormonothérapie.



Qui cesserait le traitement?



Quel serait l'augmentation du risque d'AVC?

HT et AVC

Table 1 Risk for total stroke among current postmenopausal hormone users compared with women who never used hormones, by dose of oral conjugated estrogens. Follow-up is from 1980 to 2004, as data on dose were first collected in 1980¹³

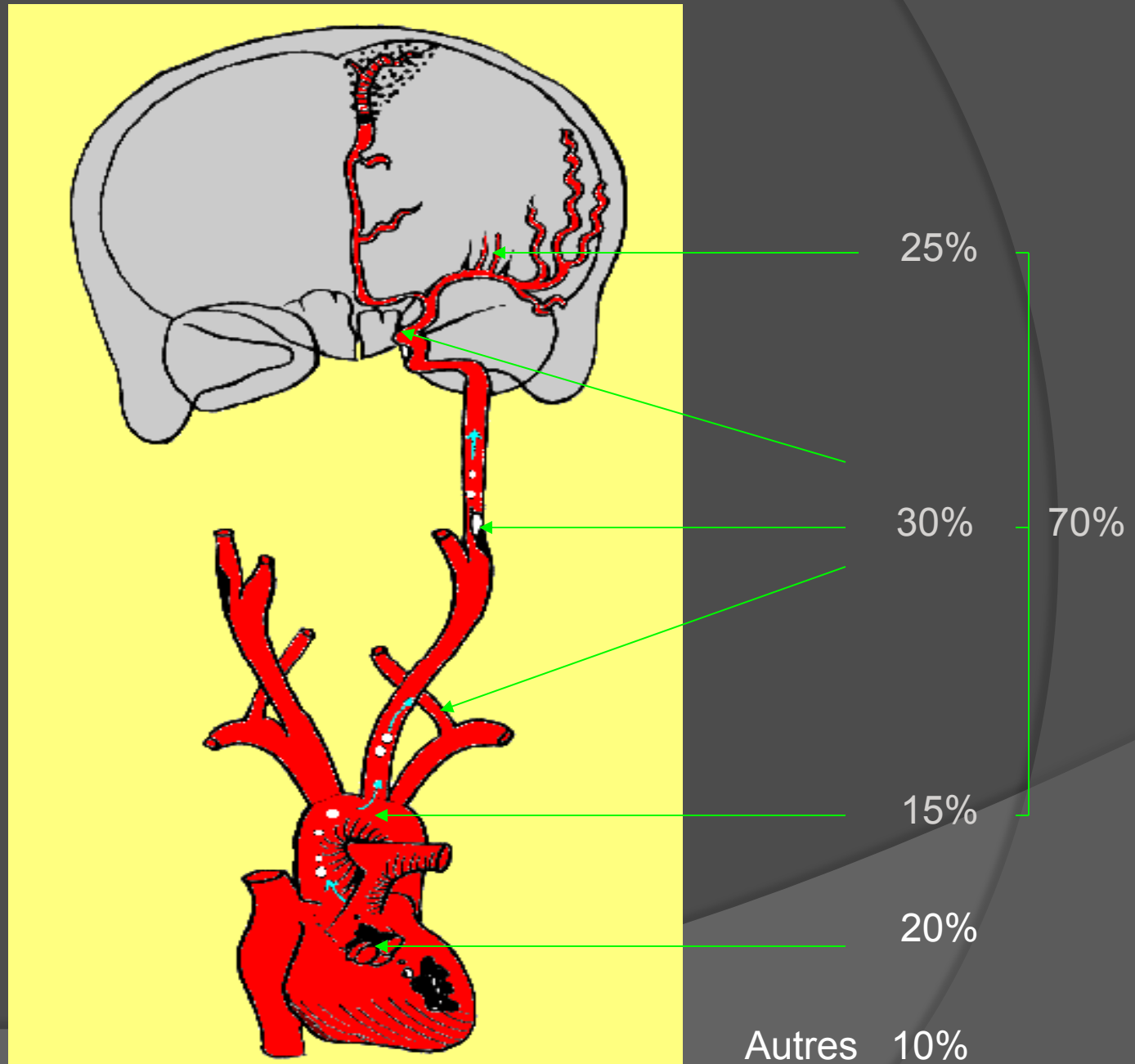
<i>Variable</i>	<i>n</i>	<i>Person-years</i>	<i>Multivariable adjusted relative risk*</i>	<i>95% confidence interval</i>
Never used hormones	349	452 957	1	reference
Current estrogen dose				
0.3 mg	25	33 391	0.93	0.62–1.40
0.625 mg	268	233 249	1.54	1.31–1.81
1.25 mg	60	59 373	1.62	1.23–2.14

*, Adjusted for age, body mass index, high cholesterol level, diabetes, high blood pressure, husband's education, smoking and family history of premature myocardial infarction

i. Estrogen-containing oral contraceptives or hormone replacement therapy should be discontinued in patients with stroke. Management alternatives should be considered in these patients (Evidence Level B).

Quel bilan demander?

Le but du bilan: déterminer l'étiologie des AVC et ICT



Recommandations: bilan sanguin



FSC



Électrolytes



PTT et INR



Créatinine et GFR



Bilan lipidique et
glycémie à jeûn



Hb1Ac



ALT

i. All patients with suspected TIA or ischemic stroke should undergo an initial assessment that includes: brain imaging and noninvasive vascular imaging of the carotid arteries (Evidence Level B).

a. This is most quickly and efficiently performed using CTA at the time of brain CT. Carotid ultrasound and MR angiography (MRA) are alternatives, and selection should be based on immediate availability and patient characteristics (Evidence Level C).

b. The main evidence-based rationale for vascular imaging is to identify carotid stenosis (Evidence Level A). CTA may be considered to allow visualization of the intracranial circulation, posterior circulation and the aortic arch. A detailed understanding of this vasculature may guide management decisions (Evidence Level B).

c. When performing CTA or MRA, we recommend including intracranial and extracranial vasculature (Evidence Level C).

Recommandations: Bilan cardiaque



ECG = tous



Si ECG ou monitoring cardiaque de 24-48h = N.....



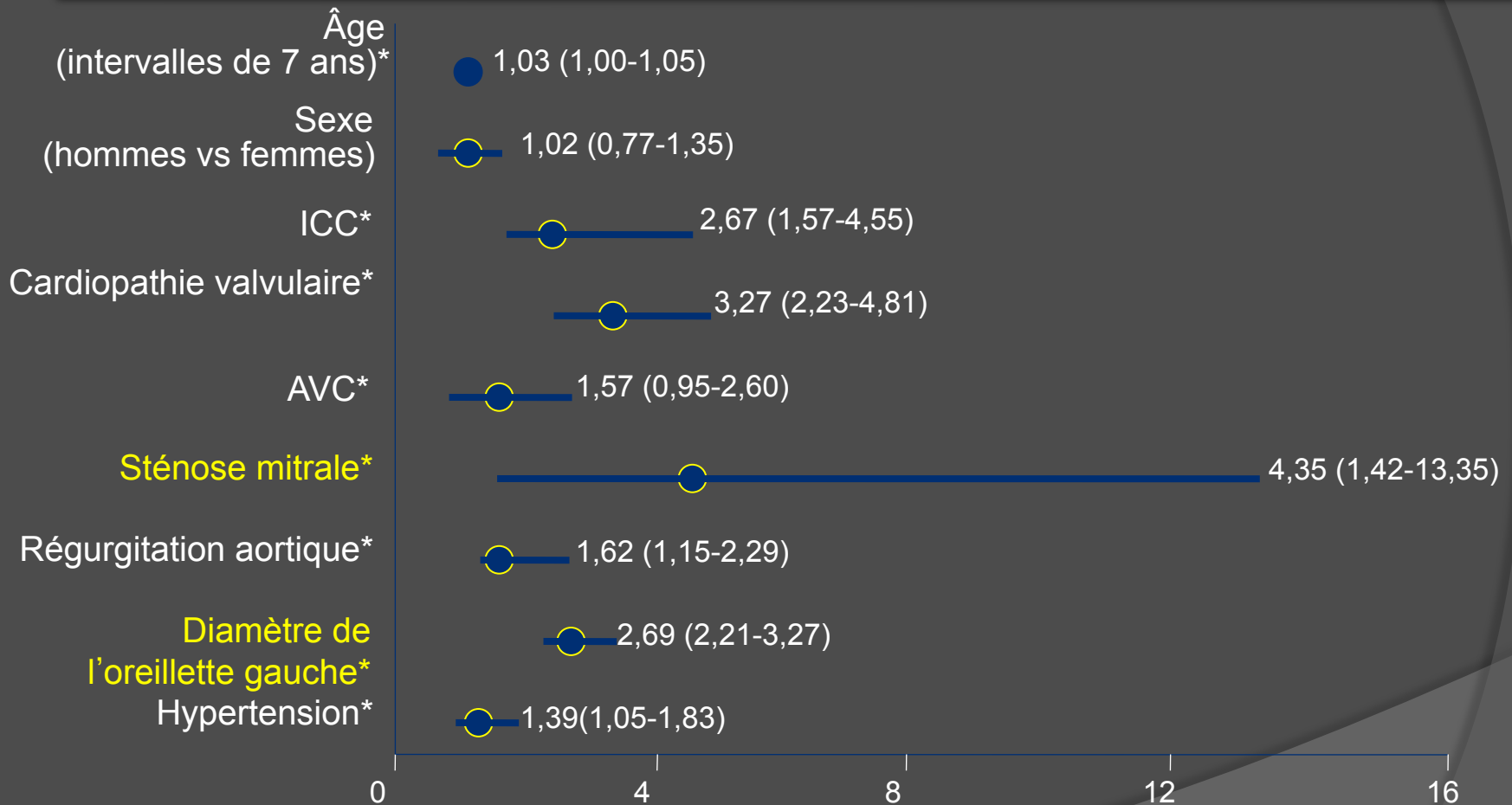
Considérer monitoring cardiaque prolongé ad 30 jours

- (si candidat à anticoagulation si forte suspicion d'une source cardiaque)*



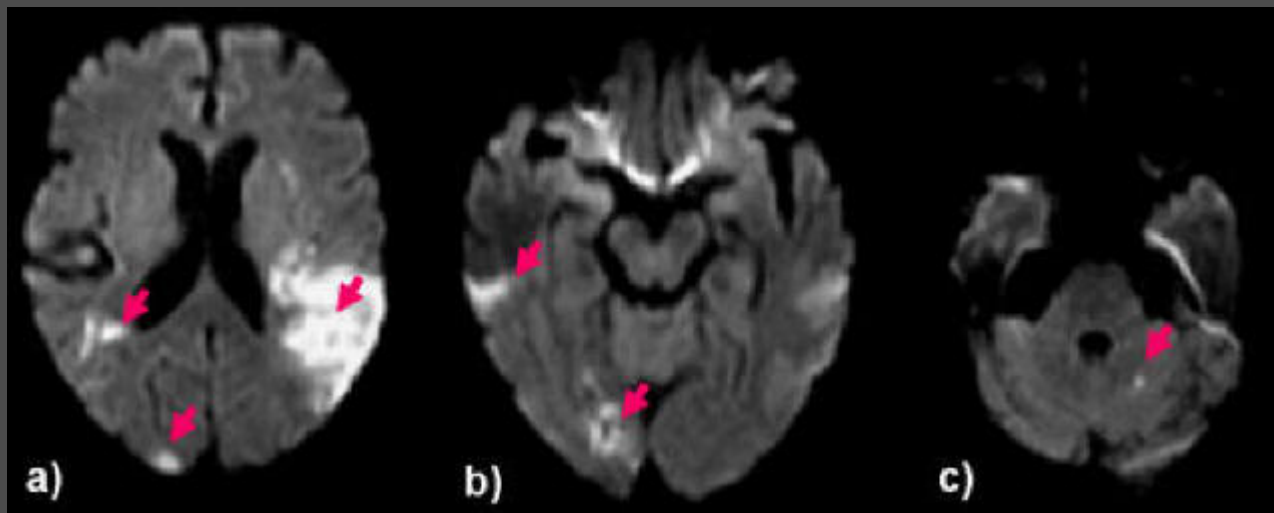
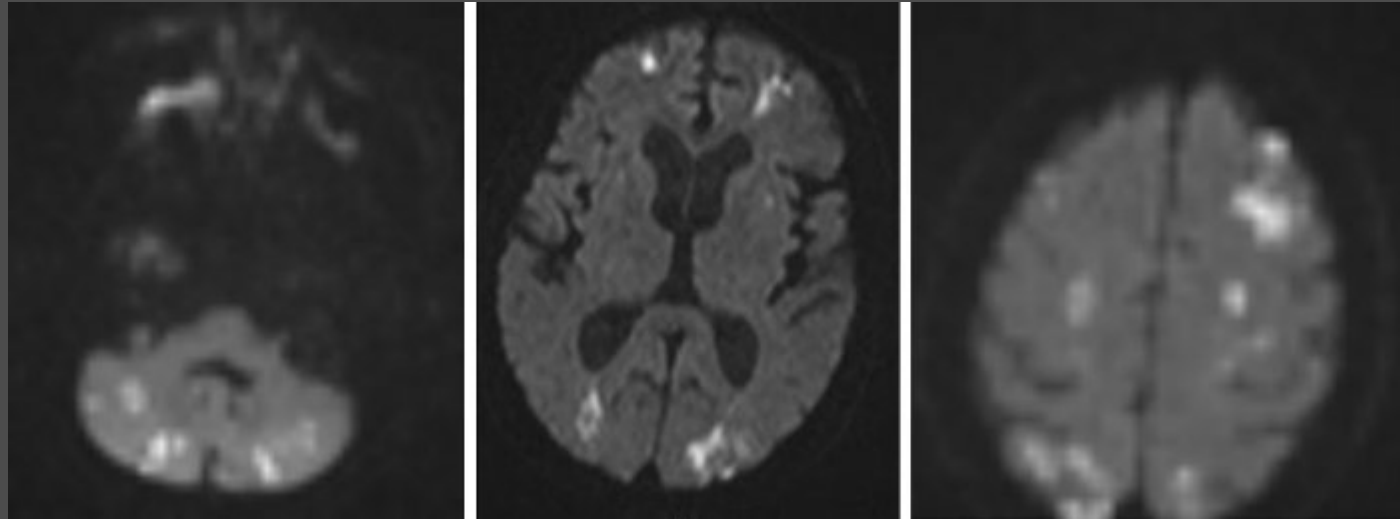
ETT à considérer si pas d'étiologie

Facteurs de risque de FA



* $p < 0,05$; IC 95 %

L'utilité de l'imagerie



Atrial Fibrillation in Patients with Cryptogenic Stroke

David J. Gladstone, M.D., Ph.D., Melanie Spring, M.D., Paul Dorian, M.D., Val Panzow, M.D., Kevin E. Thorpe, M.Math., Judith Hall, M.Sc., Haris Vaid, B.Sc., Martin O'Donnell, M.B., Ph.D., Andreas Laupacis, M.D., Robert Côté, M.D., Mukul Sharma, M.D., John A. Blakely, M.D., Ashfaq Shuaib, M.D., Vladimir Hachinski, M.D., D.Sc., Shelagh B. Coutts, M.B., Ch.B., M.D., Demetrios J. Sahlas, M.D., Phil Teal, M.D., Samuel Yip, M.D., J. David Spence, M.D., Brian Buck, M.D., Steve Verreault, M.D., Leanne K. Casaubon, M.D., Andrew Penn, M.D., Daniel Selchen, M.D., Albert Jin, M.D., David Howse, M.D., Manu Mehdiratta, M.D., Karl Boyle, M.B., B.Ch., Richard Aviv, M.B., Ch.B., Moira K. Kapral, M.D., and Muhammad Mamdani, Pharm.D., M.P.H., for the EMBRACE Investigators and Coordinators*

ABSTRACT

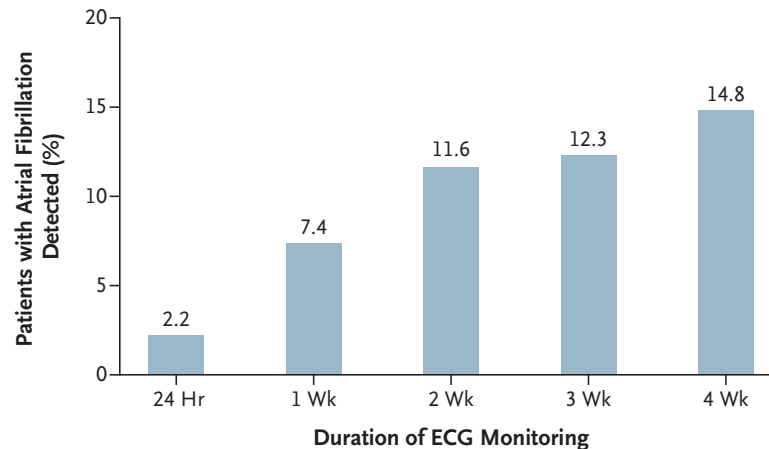


Figure 2. Incremental Yield of Prolonged ECG Monitoring for the Detection of Atrial Fibrillation in Patients with Cryptogenic Stroke or TIA.

The proportion of patients in whom atrial fibrillation was detected increased with increasing duration of ECG monitoring. The data reflect the timing of the first detected episode of atrial fibrillation; data for 2 patients are not shown because the exact date of the detection of atrial fibrillation was unknown. Atrial fibrillation was detected in 6 of 277 patients who underwent monitoring with a 24-hour Holter monitor (the control group). In the group of 284 patients who underwent 30-day monitoring, atrial fibrillation was detected in 21 patients within the first week of monitoring, in 33 within the first 2 weeks of monitoring, in 35 within the first 3 weeks of monitoring, and in 42 within 4 weeks of monitoring (including 1 patient with atrial fibrillation that was first detected on day 34).

Plaque aortique et AVC...

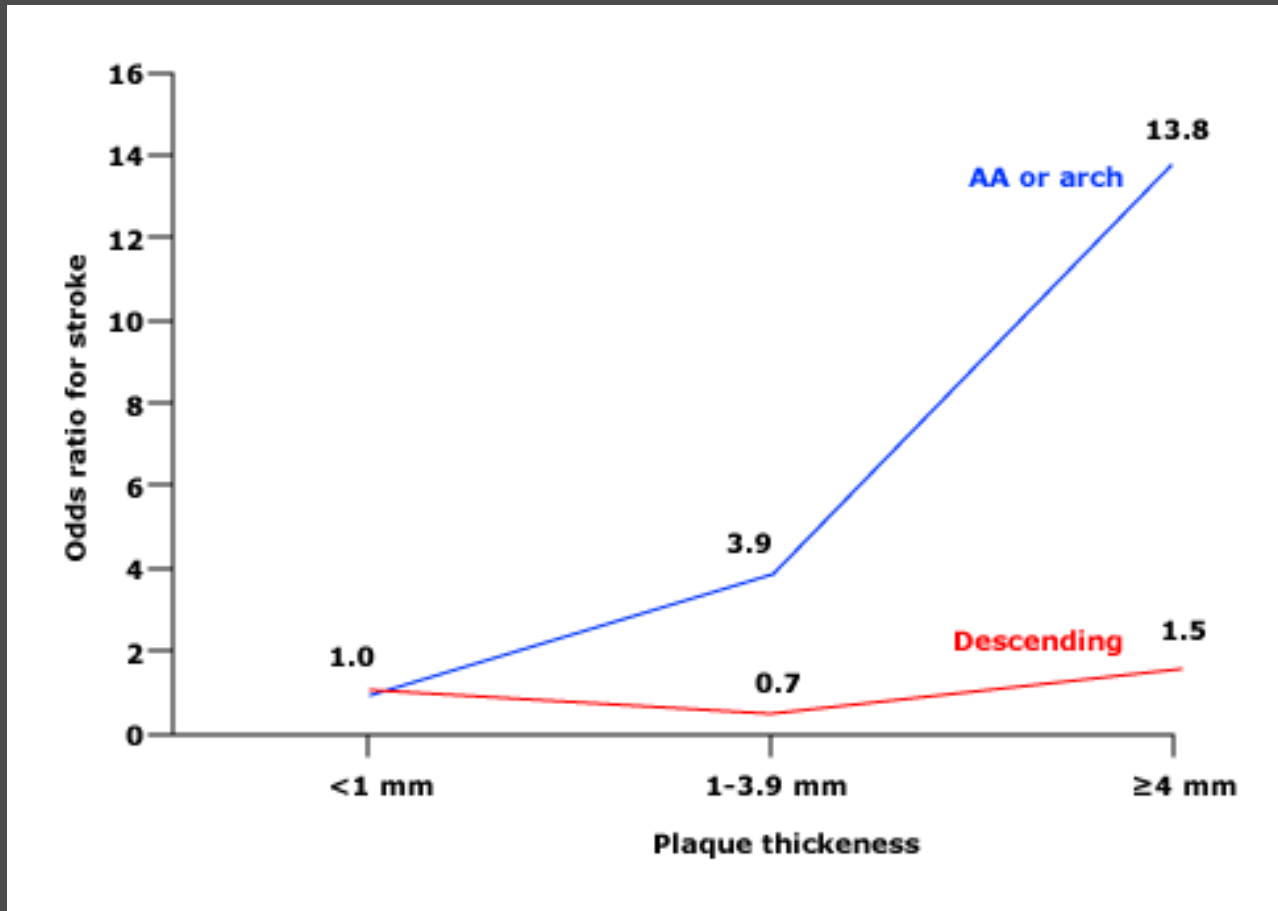


TABLE I

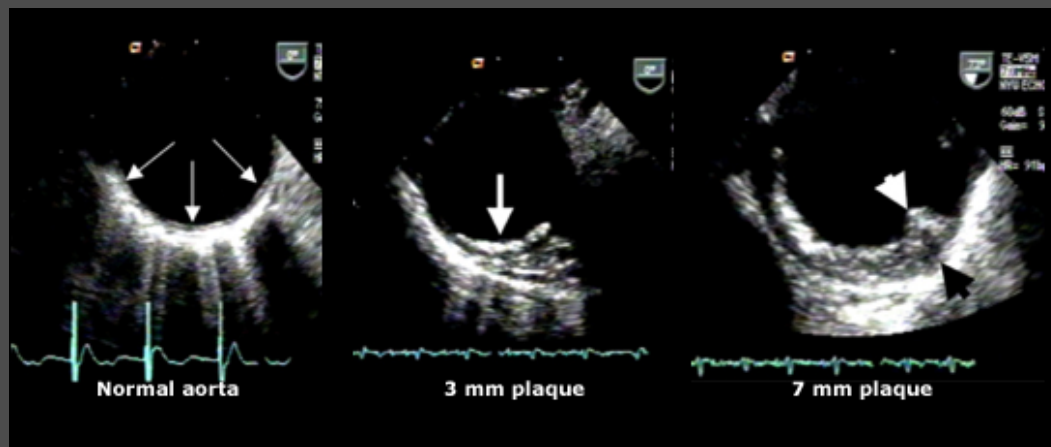
Characteristics of Complex and Simple Atheromatous Plaques

Complex Plaque:

- Protruding atheroma >4-mm thickness
- Presence of mobile components
- Presence of > 2-mm surface ulceration

Simple Plaque:

- Protruding atheroma <4-mm thickness
 - No mobile debris
 - No surface ulceration
-



Bottom line...



ECG = tous



Holter ou télémétrie 24h = minimum



ETT = utilité moins claire mais
recommandation pour l'ensemble des
cas, peut-être sauf si:



AVC lacunaire prouvé à l'imagerie



Source carotidienne convaincante (encore
là...)

ETO: Qui?



Endocardite



Lésion suspecte de thrombus à l'ETT



Lésions multiples au CT ou à l'IRM



AVC chez le jeune (moins de 60-65 ans) ou en absence de facteur de risque classique



ATCD d'AVC chez un patient se présentant avec un nouvel AVC et sans explication

Monitoring cardiaque prolongé si...

- ❑ En absence de CI à l'ATC et sans cause définie
- ❑ MCAS
 - ❑ ECG anormal (infarctus ancien, ischémie aigu, BBG, etc)
 - ❑ Troponines élevés
- ❑ Valvulopathies (sténose mitrale++) ou dilatation de l'oreillette gauche
- ❑ Sx d'arythmie (ex: palpitations)
- ❑ Source cardiaque fortement suspectée cliniquement ou radiologiquement (ex:lésions de plus d'un territoire)

Le temps d'enregistrement dépend surtout...



Des ressources locales et de l'aspect réaliste de la chose...un pacemaker n'est pas souhaitable pour tous!!!



Monitoring externe = préférable

Cardiac Event Recorder
with Atrial Fibrillation
Auto-Capture



Recommandations: antiplaquettaires

i. Acetylsalicylic acid (80 mg to 325 mg), combined ASA (25 mg) and extended-release dipyridamole (200 mg), or clopidogrel (75 mg) are all appropriate options, and selection should depend on the clinical circumstances (Evidence Level A).

Chicken...

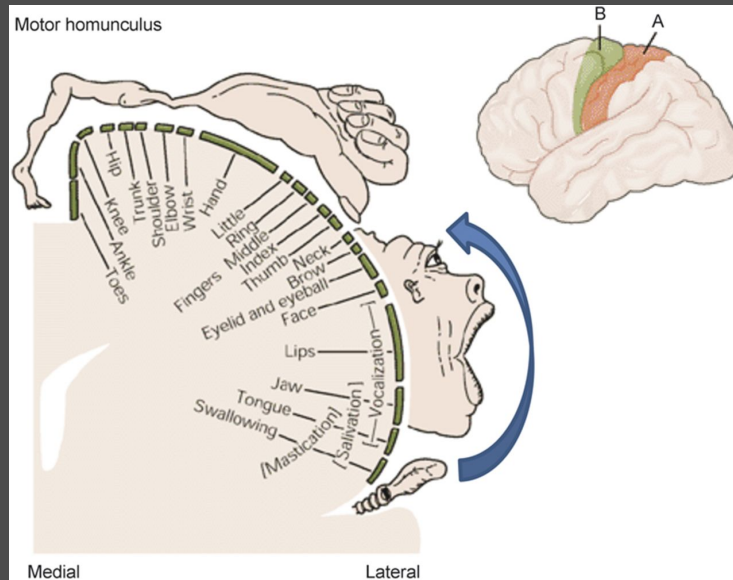
iv. At the present time, there is not enough evidence to guide management if a patient has a stroke while on a specific antiplatelet agent (Evidence Level C). In all cases of recurrent stroke while on antiplatelet therapy, all other vascular risk factors should be reassessed and aggressively managed. *Refer to Prevention of Stroke section 2 on Lifestyle and Risk Factor Management for additional recommendations.*

Thème 2: Les engourdis, les étourdis

Cas 2

- ☒ Homme 69 ans
- ☒ AAS, candesartan, metoprolol
- ☒ Tabagisme et HTA
- ☒ Il vous consulte pour des paresthésies brachifaciales gauches survenues il y a 10 jours.
- ☒ TA 142/80mmHg
- ☒ Il n'a pas remarqué de céphalée, de sx moteurs ou de trouble de langage.

Autres questions?



Donc



Les symptômes sont apparus sur qqs secondes.



Ils ont débuté à la main puis irradié rapidement au visage.



Les sx ont duré 30 minutes.



Pas de récurrence depuis.

Lesquels des éléments suivants n'est pas pertinent?



A) Changer l'AAS pour du clopidogrel



B) Demander une imagerie cérébrale



C) Demander une imagerie carotidienne



D) Demander un bilan cardiaque (ECG, Holter, ETT)



E) Tous ces éléments sont pertinents

Lesquels des éléments suivants n'est pas pertinent?



A) Changer l'ASA pour du clopidogrel



B) Demander une imagerie cérébrale



C) Demander une imagerie carotidienne



D) Demander un bilan cardiaque (ECG, Holter, ETT)



E) Tous ces éléments sont pertinents

Doit-on envoyer ce patient à l'urgence?



A) oui



B) non

DDX Paresthésies



ICT-AVC



Équivalent migraineux



Migraine avec aura



Aura avec céphalée non migraineuse



Aura sans céphalée



Épileptique



Hyperventilation



Paresthésie bénigne d'étiologie indéterminée



SEP, tumeur, etc

Recommandations: patients à haut risque



SX entre 48h et 2 semaines



Référence pour évaluation en moins de 2 semaines



Pas de sx moteurs ou langagiers (sx sensitifs, amaurosis, diplopie, 1/2 anopsie, ataxie, etc.)

Au-delà du délai, comment stratifier le risque d'AVC?

Risk stratification for TIA with ABCD₂ score

ABCD ²	Criteria	Points
<u>A</u> ge	≥ 60 years	1
<u>B</u> lood pressure	≥ 140/80	1
<u>C</u> linical features	Unilateral weakness	2
	Speech impairment without weakness	1
<u>D</u> uration of Sx	>60minutes	2
	10-59 minutes	1
<u>D</u> iabetes	Yes	1

Score	2day-risk for stroke	Recurrence within 90days
0-3	Low	1.0%
4-5	Moderate	4.1%
6-7	High	8.1%

JAMA 2000;284:2901-2906

Stroke 2010;41:1907-13

Les Pour et Contre de l'ABCD2

- Facile et utile pour le clinique en bureau sans plateau technique
- Peu coûteux
- Validé (mais non toujours reproductible)
- Dichotomisation selon des valeurs absolues (âge-TA)
- Peu de spécificité
- Ne s'applique pas aux « SX foireux »...
- Ne tient pas compte du « timing » de l'AIT.

Early risk of recurrence by subtype of ischemic stroke in population-based incidence studies

J.K. Lovett, MRCP; A.J. Coull, MRCP; and P.M. Rothwell, MD, PhD, FRCP

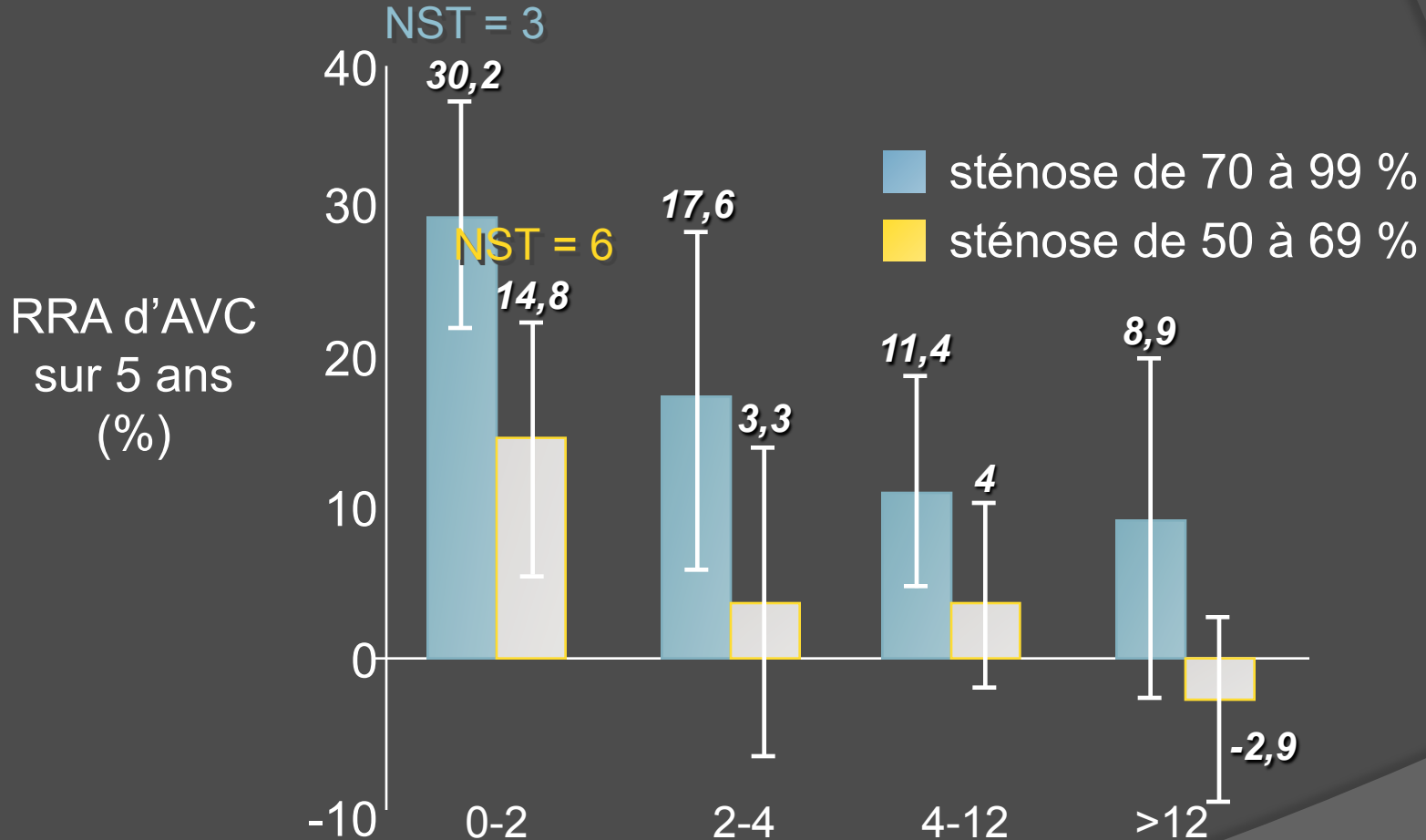
Actuarial recurrent stroke risks (95% CI)

	At 7 days	At 1 month	At 3 months
SVS	0%	2.0% (0–4.2)	3.4% (0.5–6.3)
CE	2.5% (0.1–4.9)	4.6% (1.3 – 7.9)	11.9% (6.4–17.4)
UND	2.3% (0.5–4.1)	6.5% (3.4–9.6)	9.3% (5.6–13.0)
LAA	4.0% (0.2–7.8)	12.6% (5.9–19.3)	19.2% (11.2 – 27.2)



Moment de l'intervention chirurgicale

Les études NASCET et ECST



Temps depuis l'événement jusqu'à la répartition aléatoire (semaines)

Les nombres au-dessus des barres indique la réduction du risque absolu réelle.

L'indice de confiance des barres verticales est à 85 %.

NST=Nombre de sujets à traiter

Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC de 2008

Intervention carotidienne

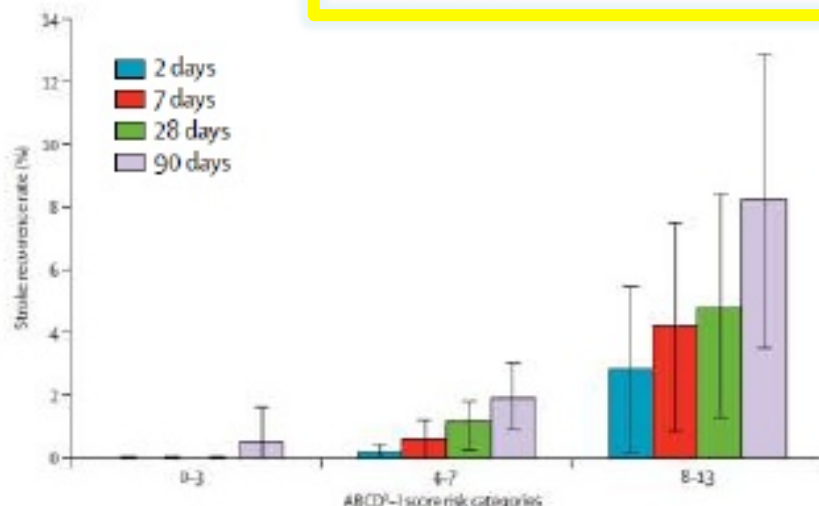


Les patients ayant subi un AIT ou un AVC mineur et présentant une sténose carotidienne interne ipsilatérale de 70 % à 99 % (mesurée par angiographie avec cathétérisme ou par deux techniques d'imagerie non effractives concordantes) **devraient subir une endartériectomie carotidienne dans les deux semaines** qui suivent l'épisode d'AIT ou d'AVC, à moins d'une contre-indication [niveau de preuve A].

Risk stratification for TIA with ABCD³-I score

Table 1: ABCD³-I

Clinical Feature	ABCD ³ -I Points
Age \geq 60 years	1
BP Systolic $>$ 139 or Diastolic $>$ 89 mm Hg	1
Speech Impairment without weakness	1
Unilateral Weakness	2
Duration \leq 59 minutes	1
Duration $>$ 59 minutes	2
Diabetes present	1
Dual TIA (Second TIA within 7 days)	2
Same sided $>$ 49% stenosis of ICA	2
MRI showing hyperintensity on Diffusion Weighted Images	2
Total Range	0-13



Score	Risk for stroke	Recurrence within 90days
0-3	Low	2-3%
4-7	Intermediate	$<$ 6%
8-13	High	$>$ 18%

Lancet Neurol 2010;9:1060-69.

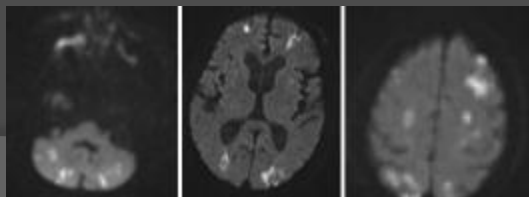
Clinical- and Imaging-Based Prediction of Stroke Risk After Transient Ischemic Attack

The CIP Model

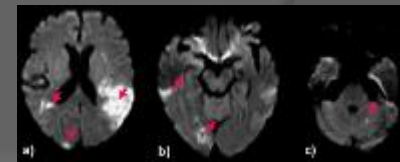
Hakan Ay, MD; E. Murat Arsava, MD; S. Claiborne Johnston, MD, PhD; Mark Vangel, PhD; Lee H. Schwamm, MD; Karen L. Furie, MD; Walter J. Koroshetz, MD; A. Gregory Sorensen, MD

Table 4. Seven-Day Risk of Stroke After a TIA According to the CIP Model

ABCD ² Score ≥ 4	DWI	No. of Patients	Subsequent Stroke	Stroke Risk	Risk Categories
-	-	121	0	0.0%	Low risk (1.2%; 95% CI, 0.0%– 2.5%)
+	-	201	4	2.0%	
-	+	41	2	4.9%	High risk (12.3%; 95% CI, 7.1%–17.4%)
+	+	114	17	14.9%	



Risque à 7 jours



Cas 2

- ❏ 69 ans
- ❏ Il vous consulte pour des paresthésies brachifaciales gauches survenues il y a 10 jours.
- ❏ TA 142/80mmHg
- ❏ Il n'a pas remarqué de céphalée, de sx moteurs ou de trouble de langage.
- ❏ **ABCD2 = 2.....risque d'environ 1% à 90 jours...**

Recommandations: patients à haut risque



SX entre 48h et 2 semaines



Référence pour évaluation en moins de 2 semaines



Pas de sx moteurs ou langagiers (sx sensitifs, amaurosis, diplopie, 1/2 anopsie, ataxie, etc.)

Cas 2+



Même patient mais avec paresthésies brachifaciales gauches récurrentes ad 6 épisodes depuis 6 mois. Il y a une “marche sensitive” aux sx mais aucune céphalée.



Il a déjà eu le bilan suivant sans particularité: CT, Doppler, ETT, Holter, bilan sanguin.



L'AAS a été changé pour du clopidrogel mais les sx récidivent quand même.

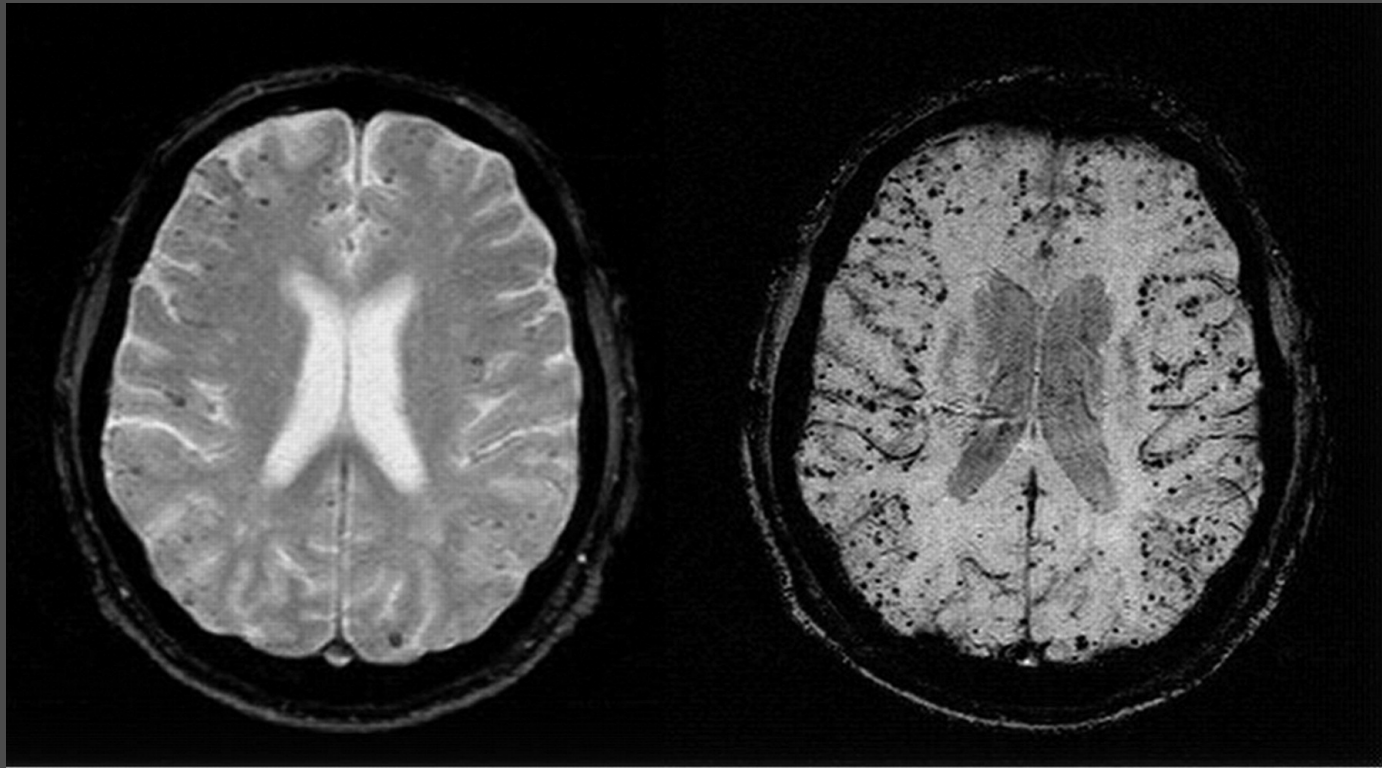
Cas 2+



Que faire?

Paresthésies récurrentes de la personne âgée...

 EEG N



Cas 3



Femme de 76 ans



HTA, DM, HTA, MCAS, ACTD d'AVC
carotidien gauche sans séquelle, surdité
appareillée



RX: liste de 4 pages



Elle vous consulte pour des
« étourdissements » survenus il y 3
semaines.

Comment établir si des
étourdissements sont secondaires
à une ICT?

Étourdissements...les grands principes



Vertiges = sensation de rotation = périphérique si isolé la vaste majorité du temps







Si augmentation importante avec les changements de position = périphérique la majorité du temps



Étourdissements = non spécifiques et multifactoriels

Étourdissements...les grands principes

-  Épisodes similaires...réurrence = origine vasculaire improbable
-  SX ORL (surdité/plénitude de l'oreille, etc)
-  SX neuro VB (dysarthrie/diplopie, etc)
-  Si vasculaire = apparition subite

Étourdissements...les grands principes



La plupart du temps le tout est non vasculaire ou multifactoriel



HTO, RX multiples



Vestibulopathie, Ménière, VPB, neuronite vestibulaire



Leucoaraïose, lacunes multiples



Sténose(s) spinale et/ou foraminales multiples

Cas 3



Ses étourdissements ont débuté subitement il y a 3 semaines et ont été accompagné d'ataxie pour une durée de 3 h. Elle est actuellement asymptomatique. Son examen neuro est normal.

Quel examen est le moins pertinent?



A) CT cérébral



B) IRM cérébral



C) ETT



D) Doppler carotidien



E) Holter 24h

Quel examen est le moins pertinent?



A) CT cérébral



B) IRM cérébral



C) ETT



D) Doppler carotidien



E) Holter 24h

Recommandations: patients à risque moindre









SX datant de plus de 2 semaines



Référence pour évaluation en moins d'un mois

Thème 3: Les *sx* moteurs ou langagiers

Cas 4

-  Homme de 68 ans
-  MCAS avec stent il y a 2 mois
-  Sous ASA et Plavix
-  Vous consulte car il a été incapable de trouver ses mots et parlait « étrange » pendant 10 min
-  Parésie/pesanteur du MSD
-  Épisode survenu hier

Que fait-on avec ce patient?



A) On le réfère à une clinique d'ICT d'ici 1 semaine



B) On le réfère à l'urgence



C) On le réfère à une clinique d'ICT d'ici 2 semaines



D) On appelle le neurologue de garde pour qu'il soit évalué d'ici 72 h

Que fait-on avec ce patient?



A) On le réfère à une clinique d'ICT d'ici 1 semaine



B) On le réfère à l'urgence



C) On le réfère à une clinique d'ICT d'ici 2 semaines



D) On appelle le neurologue de garde pour qu'il soit évalué d'ici 72 h

Recommandations: patients à très haut risque



SX moteurs ou langagiers



Référence à l'urgence pour une évaluation immédiate



SX moins de 48h



Imagerie cérébrale (Ct ou IRM), imagerie carotidienne non invasive et ECG sans délai.

Recommandations: patients à risque augmenté



SX entre 48h et 2 semaines



Référence pour évaluation en 24h



sx moteurs ou langagiers

Recommandations: combinaison d'antiplaquettaires



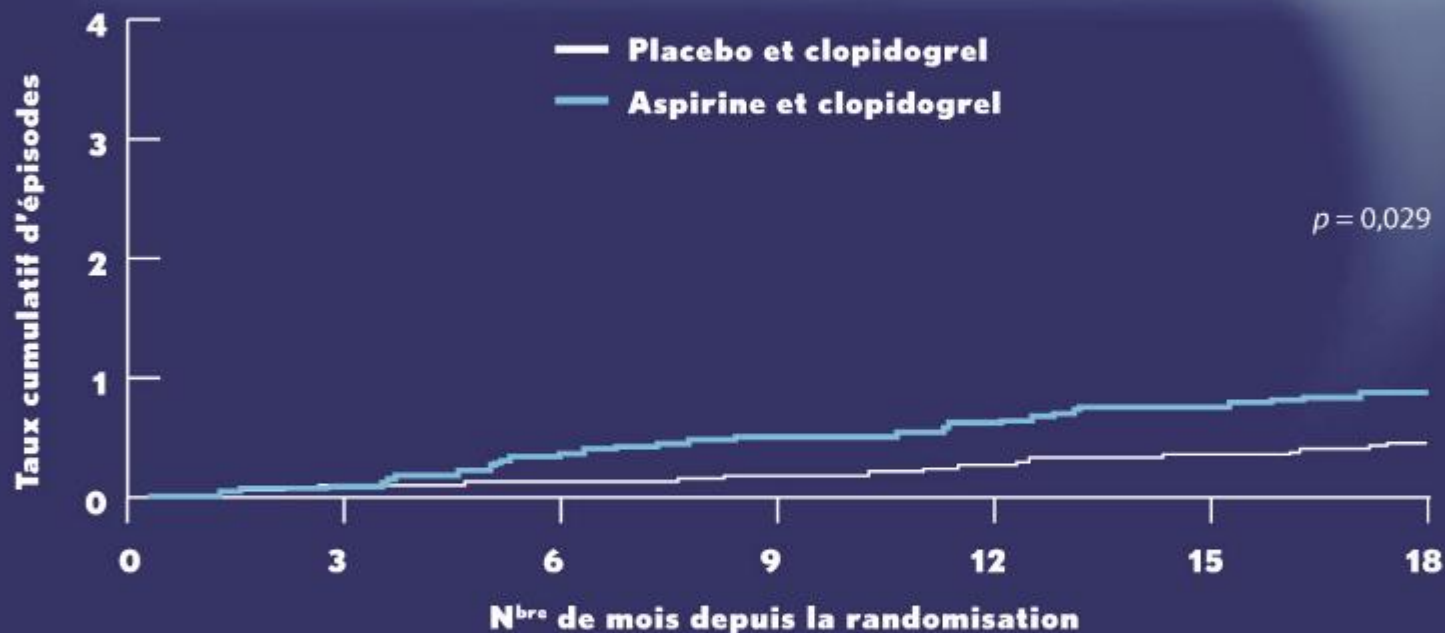
Pas d'évidence de saignements accrus en présence de bithérapie (ASA-clopidogrel) pour moins de 90 jours mais une bithérapie à long terme n'est pas indiquée.



Le bénéfice d'une bithérapie à court terme (90j) demeure incertain et n'est toujours pas recommandé pour la majorité des patients.

MATCH

TAUX D'HÉMORRAGIE INTRACRÂNIENNE PRIMAIRE



Il n'y a pas eu de hausse rapide (0-3 mois) de la fréquence des hémorragies intracrâniennes primaires après l'ajout d'AAS au clopidogrel



Antiplatelet Therapy for the Secondary Prevention of Cerebrovascular Disease

1. Patients who suffer a TIA or ischemic stroke of noncardiac origin should be treated with an antiplatelet agent (Class I, Level A). Initial therapy should be ASA 75-162 mg once daily, clopidogrel 75 mg once daily, or ER-dipyridamole 200 mg twice daily plus ASA 25 mg twice daily (Class I, Level A). The choice of antiplatelet therapy regimen is determined by consideration of cost, tolerance, and other associated vascular conditions. Available data does not allow for differentiation of antiplatelet regimen by specific stroke subtype (Class IIb, Level C).
2. The combination of ASA 75-162 mg daily plus clopidogrel 75 mg daily in the first month after TIA or minor ischemic stroke may be superior to aspirin alone in patients not at a high risk of bleeding (Class IIb, Level C).
3. The combination of ASA 75-162 mg daily plus clopidogrel 75 mg daily should not be used for secondary stroke prevention beyond 1 month unless otherwise indicated and the risk of bleeding is low (Class III, Level B).



Canadian Cardiovascular Society


Leadership. Knowledge. Community.


Société canadienne de cardiologie

Communauté. Connaissances. Leadership.

Bithérapie pour 30-90j?

 Patients à haut risque






 Sténose carotidienne ou intracrânienne non opérable




 Plaque aortique de plus de 4 mm ou plaque carotidienne/aortique ulcérée

 Épisodes répétés

 Lésion (multiples) à l'IRM

Les éléments importants pour la stratification du risque

-  L'âge du patient
-  La présence de sx moteurs ou langagiers
-  La persistance des SX
-  La récurrence des SX*
-  Les facteurs de risque vasculaire

-  Une sténose carotidienne connue
-  Une FA connue
-  Une lésion ischémique récente documentée ou un atcd d'AVC

Résumé...

Délais d'évaluation pour les ICT ou AVC mineurs

	SX de moins de 48h	48h-2 semaines	Plus de 2 semaines
SX moteurs ou langagiers	Urgence	Dans les 24h	D'ici 1 mois
Autres sx (visuels, paresthésies, étourdissements, etc.)	Urgence	Dans les 2 semaines	D'ici 1 mois

Rien ne se substitue au jugement clinique...

Effect of urgent treatment of transient ischaemic attack and minor stroke on early recurrent stroke (EXPRESS study): a prospective population-based sequential comparison

Peter M Rothwell, Matthew F Giles, Arvind Chandratheva, Lars Marquardt, Olivia Geraghty, Jessica N E Redgrave, Caroline E Lovelock, Lucy E Binney, Linda M Bull, Fiona C Cuthbertson, Sarah J V Welch, Shelley Bosch, Faye Carasco-Alexander, Louise E Silver, Sergei A Gutnikov, Ziyah Mehta, on behalf of the Early use of Existing Preventive Strategies for Stroke (EXPRESS) study

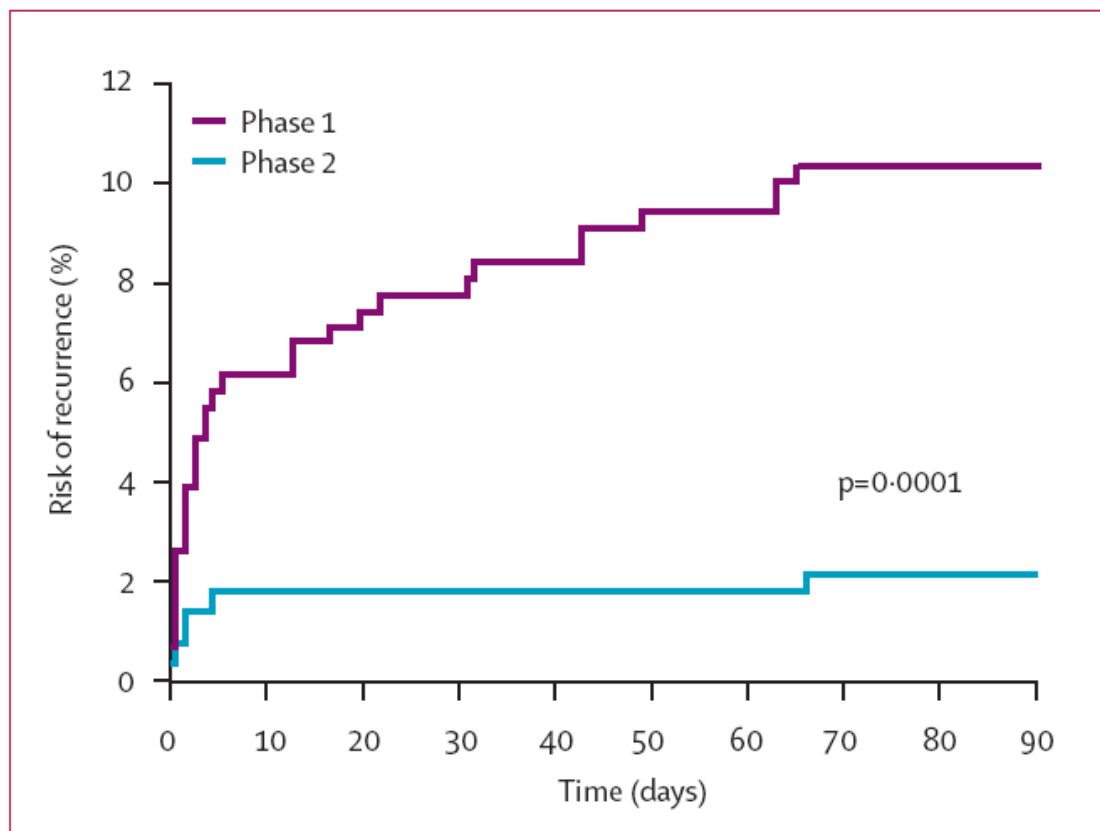


Figure 2: Risk of recurrent stroke after first seeking medical attention in all patients with TIA or stroke who were referred to the study clinic

RRR de 80% !!!

www.strokebestpractices.ca

a