

Déficit neurologique transitoire

M. MAZIGHI



Voir la vidéo

La prise en charge des patients avec un déficit neurologique transitoire est souvent difficile à la fois sur le plan diagnostique et thérapeutique. La complexité du diagnostic ne doit pas faire oublier l'urgence de sa prise en charge, qui ne doit souffrir d'aucun retard. La démarche diagnostique conditionne la prise en charge thérapeutique et par voie de conséquence le pronostic des patients.

La sémiologie des événements neurologiques est parfois complexe et différentes causes peuvent être envisagées : accident ischémique transitoire (AIT), migraine, épilepsie, hémorragie cérébrale, sclérose en plaques, neuropathie périphérique, processus expansif intracrânien, vertiges périphériques, ictus amnésique, syncope, confusion et autres (troubles métaboliques : encéphalopathie hépatique, hypothyroïdie... ; toxiques : intoxication éthylique aiguë ; des pathologies ophtalmologiques). Certains diagnostics seront plus aisés à faire en cas de témoin, par exemple, l'amnésie antérograde permettra de poser le diagnostic d'ictus amnésique en l'absence de signes de comitialité. Le diagnostic d'AIT est le plus souvent rétrospectif, basé sur l'interrogatoire. L'AIT est un déficit neurologique focal, de début et de fin brutale, avec une durée inférieure à 24 heures liée à ischémie dans un territoire artériel rétinien ou cérébral. L'AIT est une urgence car il est associé à un risque majeur d'infarctus cérébral avec un risque à 7 jours pouvant aller jusqu'à 10 % (1, 2). Ce risque peut être diminué de 80 % si les patients sont pris en charge immédiatement de manière adaptée (3).

Dans certains cas, les symptômes sont typiques, notamment pour les syncopes. Par contre, pour les migraines, les symptômes sont parfois très proches d'un AIT et la différence peut parfois nécessiter une évaluation neurologique. Les scotomes

Correspondance : Mikael Mazighi – Service de Neurologie et Unité INSERM U 698 – Groupe Hospitalier Universitaire Paris Nord Val de Seine, 46, rue Henri Huchard, 75018 Paris, France. E-mail : Mikael.mazighi@bch.aphp.fr

scintillants sont un bon signe de migraine. Dans les auras migraineuses, la durée de chaque symptôme est supérieure ou égale à 5 minutes et inférieure ou égale à 60 minutes. L'aphasie n'est que très rarement isolée dans les migraines. Des aphasies isolées ou accompagnées d'autres symptômes peuvent révéler une pathologie sous-jacente nécessitant une prise en charge rapide : hémorragies cérébrales, épilepsies symptomatiques.

Les vertiges isolés posent souvent un problème diagnostique. Les vertiges isolés sans aucun autre symptôme sont rarement un signe d'atteinte du système nerveux central, mais ils peuvent quand même être une manifestation d'un infarctus cérébelleux. Ce symptôme étant très difficile à évaluer, ces patients nécessitent souvent une évaluation neurologique. En effet, les patients décrivent souvent comme « vertiges » tout un panel de symptômes : instabilité à la marche, vision floue, malaise, sensation vertigineuse... et il est parfois très difficile de faire la part des choses. Un avis neurologique peut-être utile pour rechercher une diplopie, une démarche ébrieuse, dysarthrie qui pourront orienter vers un processus lésionnel du système nerveux.

Les hématomes sous-duraux ou hémorragies sous-arachnoïdiennes peuvent entraîner des déficits neurologiques transitoires. Par contre, les régressions rapides des symptômes ne correspondent pas à l'évolution habituelle des hémorragies cérébrales intraparenchymateuses. Le diagnostic rapide est important car il importe de prendre en charge rapidement ces pathologies vasculaires, qui peuvent parfois avoir une cause sur laquelle il faut agir de façon urgente, comme les hémorragies méningées. L'identification d'une malformation vasculaire (anévrisme intracrânien) conduira à une intervention dans les meilleurs délais (embolisation d'une lésion anévrysmale).

Les conséquences thérapeutiques et les modalités de prise en charge des causes des déficits neurologiques transitoires peuvent être radicalement différentes (par exemple, les AIT et les hémorragies). Ces éléments soulignent l'importance de réaliser une imagerie cérébrale, examen non invasif, devant tout épisode neurologique transitoire (26). Il est important de noter que si le scanner était jusqu'à présent l'examen le plus souvent prescrit pour le diagnostic des hémorragies, il faut noter que dans un cas d'angiopathie amyloïde, seule la séquence IRM en T2* permet de préciser le diagnostic.

Devant tout déficit neurologique, un bilan biologique (numération formule sanguine, glycémie à jeun et bilan lipidique, ionogramme sanguin avec créatinine, CRP et vitesse de sédimentation), imagerie cérébrale, sont nécessaires dans la majorité des cas. En cas de suspicion d'AIT, les examens suivants seront réalisés : l'échographie doppler des artères cérébrales extra et intracrâniennes, si besoin angioscanner et/ou angio IRM ; des explorations cardiaques : un électrocardiogramme, échographie cardiaque transthoracique et transœsophagienne. La ponction lombaire sera effectuée en cas de céphalées inhabituelles et *a fortiori* en cas de céphalées d'installation brutale.

Les résultats de ce bilan conditionnera le traitement qui est immédiatement débuté. Par exemple, un traitement de prévention secondaire de l'infarctus cérébral en cas d'AIT, le traitement d'une malformation vasculaire en cas d'hémorragie, la contre-indication de tout traitement anti-thrombotique en cas d'angiopathie amyloïde, l'instauration d'un traitement anticomitial si une épilepsie est diagnostiquée...

Les épisodes neurologiques transitoires nécessitent donc une prise en charge rapide avec une imagerie cérébrale en l'absence de troubles métaboliques évidents. Le reste du bilan sera adapté en fonction des hypothèses diagnostiques, pouvant inclure un bilan cardiovasculaire en cas de suspicion d'AIT et une ponction lombaire pour des céphalées inhabituelles. Le pronostic des patients dépend de cette prise en charge, car le risque de récurrence de l'événement neurologique est conditionné par l'évaluation initiale clinique et morphologique.

Références

1. Johnston S.C., Gress D.R., Browner W.S., Sidney S. Short-term prognosis after emergency department diagnosis of tia. *Jama* 2000 ; 284 : 2901-2906.
2. Lovett J.K., Dennis M.S., Sandercock P.A., Bamford J., Warlow C.P., Rothwell P.M. Very early risk of stroke after a first transient ischemic attack. *Stroke* 2003 ; 34 : e138-140.
3. Lavalley P.C., Meseguer E., Abboud H., Cabrejo L., Olivot J.M., Simon O., Mazighi M., Nifle C., Niclot P., Lapergue B., Klein I.F., Brochet E., Steg P.G., Leseche G., Labreuche J., Touboul P.J., Amarenco P. A transient ischaemic attack clinic with round-the-clock access (sos-tia): Feasibility and effects. *Lancet Neurol* 2007 ; 6:953-960.