

Cas clinique

SAU Thionville

- Mme O, 64 ans, pas d'ATCD particulier
- Adressée par MT pour céphalées, cervicalgies et déficit moteur du membre supérieur gauche
- En fait : céphalée datant d'il y a 6 jours
- A l'examen :
 - Apyrétique
 - Trouble moteur du MSG coté 4/5
 - PF gauche
 - Légers troubles de la déglutition rapportés par la patiente

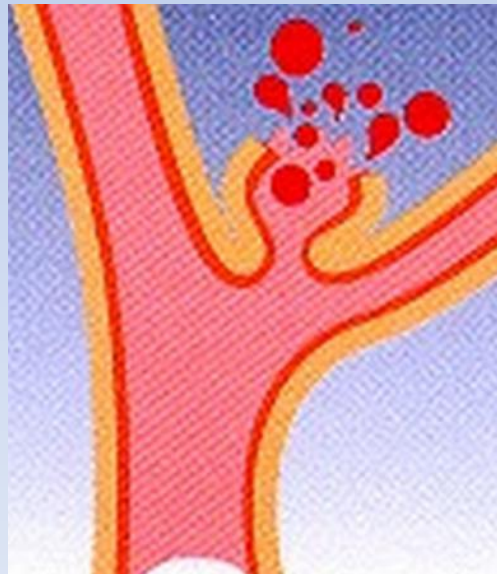
- Suspicion de dissection carotidienne devant l'association des céphalées, cervicalgies et troubles moteurs
- Sur avis Neuro, consigne de réaliser un scanner non injecté pour éliminer une hémorragie ou une tumeur cérébrale avant le scanner injecté et le début d'une anti coagulation



- Finalement : Hémorragie méningée compliquée de vasospasme
- Transfert de la patiente à Nancy

Hémorragie méningée

- Extravasation de sang dans l'espace sous arachnoïdien
- Cause la plus fréquente : rupture d'anévrisme



Symptomatologie :

- Céphalée BRUTALE : en « coup de tonnerre »
- Parfois modérée mais toujours soudaine
- Chez les migraineux : caractère et intensité inhabituels
- Signes associés : nausées, vomissements, photophobie et photophonie

Signes cliniques :

- Syndrome méningé avec raideur nucale, parfois signe de Kernig et Brudzinski
- Paralysie du III intrinsèque (mydriase) et extrinsèque (diplopie) si l'anévrisme est au niveau de la terminaison de l'artère carotide interne
- Hémorragie intra-vitréenne au fond d'œil
- Signes de focalisation : liés aux complications de l'hémorragie : hématome ou vasospasme

Causes :

- Anévrisme artériel : 85%
 - FRD cardio-vasculaires : HTA chronique - Tabac
 - héréditaire : poly-kystose rénale, Ehler-Danlos, neurofibromatose, syndrome de Marfan
- Idiopathiques : 15%
 - se localise autour de la protubérance ou des pédoncules cérébraux
- Autres causes : 5%
 - anévrisme mycotique, lésions inflammatoires des artères cérébrales, coagulopathies...

Examens complémentaires :

- Scanner cérébral
 - A réaliser en urgence
 - Sans injection
 - Recherche d'hyperdensités spontanées dans les espaces sous arachnoïdiens
 - Recherche de complications :
 - Hématome associé
 - Rupture intra-ventriculaire
 - Hydrocéphalie aiguë
 - Peut être normal (20% des cas)



Hyperdensité spontanée en région frontale gauche

Hémorragie méningée compliquée :

- d'un hématome intraparenchymateux
- d'une inondation ventriculaire



Examens complémentaires :

- Ponction lombaire :
 - Indiquée en cas de forte présomption et de scanner cérébral normal

Résultats de la ponction lombaire

- Les anomalies caractéristiques du LCS en cas d'hémorragie méningée sont les suivantes :
 - liquide uniformément rouge (rosé), incoagulable, dans les trois tubes ;
 - surnageant xanthochromique après centrifugation, avec pigments sanguins (à partir de la 12e heure) ;
 - érythrocytes en nombre abondant, rapport érythrocytes/leucocytes supérieur à celui du sang (103) ; la leucocytose possède initialement la même répartition que celle du sang, puis devient à prédominance lymphocytaire ;
 - pression du LCS élevée, témoignant de l'augmentation de la pression intracrânienne.
- Ces résultats s'opposent point par point à ceux d'une ponction lombaire traumatique :
 - liquide coagulable et de moins en moins sanglant au fur et à mesure du recueil ;
 - surnageant clair après centrifugation avec absence de pigments sanguins ;
 - à l'examen cytologique, rapport érythrocytes/leucocytes superposable à celui du sang ;
 - pression d'ouverture normale.

La normalité d'une ponction lombaire 12 heures après le début de la céphalée (avec notamment absence de xanthochromie) permet d'éliminer le diagnostic d'hémorragie méningée.

Examens complémentaires :

- Bilan pré-opératoire
- Artériographie des 4 axes artériels qui sera réalisée en milieu spécialisé :
 - Met en évidence l'anévrisme
 - Le localise
 - Recherche d'autres anévrismes (20% des cas)
 - Peut rechercher un vasospasme
 - But thérapeutique si traitement endo-vasculaire

Complications :

- Hypertension intracrânienne :
 - Liée à l'irruption de sang dans les espaces sous-arachnoïdiens
 - Majorée par l'hydrocéphalie aiguë
 - Traitée par solutés macromoléculaires
- Hydrocéphalie aiguë :
 - Causée par l'obstruction ventriculaire par caillotage
 - Nécessite une dérivation ventriculaire externe en urgence

Complications :

- Récidive hémorragique
- Vasospasme cérébral :
 - Environ 50% des cas d'hémorragie sur rupture d'anévrisme
 - Survient dans un délai de 4 à 10 jours
 - Sévérité selon le volume de l'hémorragie méningée
 - Peut être asymptomatique ou causer une ischémie cérébrale

Complications :

- A distance : hydrocéphalie à pression normale
 - Après une durée de quelques semaines à quelques mois
 - Triade symptomatique classique :
 - Troubles de la marche
 - Troubles sphinctériens
 - Troubles cognitifs

Traitement :

- Repos strict au lit : prévention des TVP par contention élastique
- Traitement antalgique :
 - Eviction des salicylés et AINS qui altèrent la fonction plaquettaire
 - Eviction des morphiniques qui altèrent l'examen neurologique
- Prévention du vasospasme artériel :
 - Par nimodipine
 - Objectif de PAS autour de 150 mmHg
- Surveillance :
 - PA, T°, dextro, score de Glasgow et examen neurologique réguliers

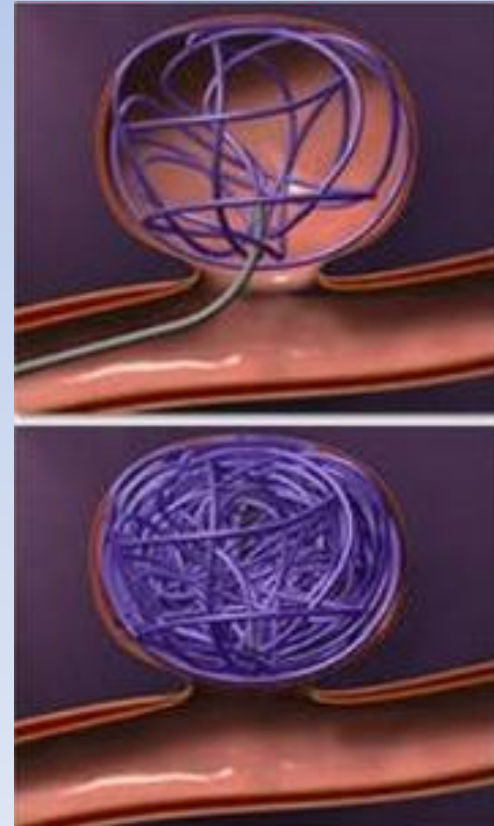
Traitement :

- Traitement étiologique : transfert médicalisé en milieu neurochirurgical
 - Traitement chirurgical : pose de clip



Traitement :

- Traitement endo-vasculaire par radiologie interventionnelle par pose de coils :
- Nécessite un traitement par aspirine



Conclusion :

- Urgence diagnostique et thérapeutique
- Signe clinique majeur : céphalée brutale
- Nécessité d'un scanner cérébral sans injection
- PL si scanner normal
- Prévention du vasospasme par nimodipine