

# 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

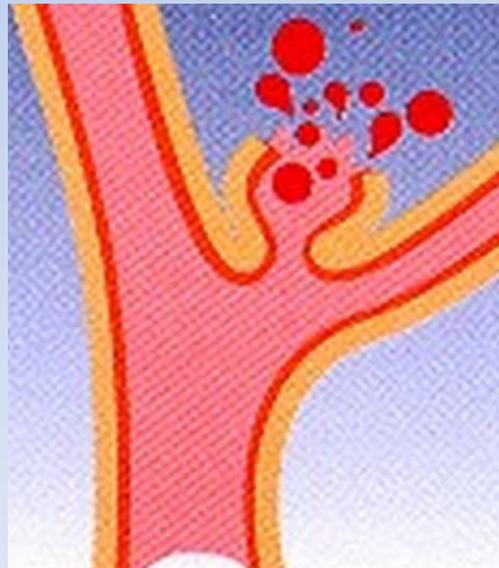
- Suspicion de dissection carotidienne devant l'association des céphalées, cervicalgies et troubles moteurs
- Sur avis Neuro, consigne de réaliser un scanner non injecté pour éliminer une hémorragie ou une tumeur cérébrale avant le scanner injecté et le début d'une anti coagulation



- 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 :

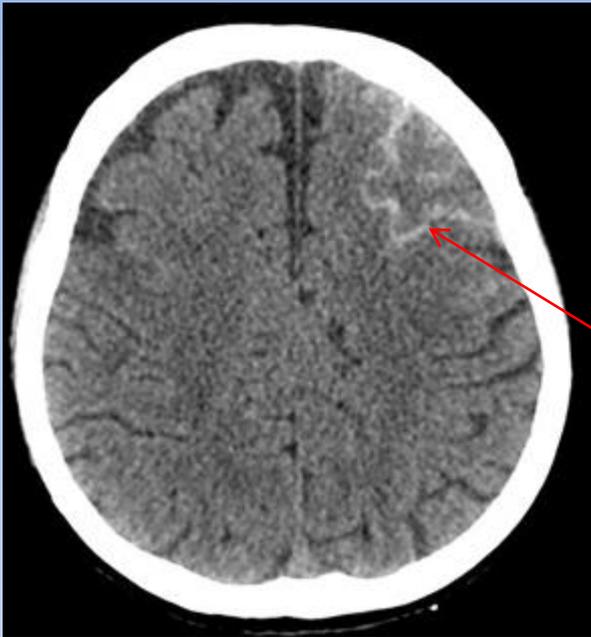
- Syndrome méningé avec raideur nucale, parfois signe de Kernig et Brudzinski
- Paralysie du III intrinsèque (mydriase) et extrinsèque (diplopie) si l'anévrisme est au niveau de la terminaison de l'artère carotide interne
- Hémorragie intra-vitréenne au fond d'œil
- Signes de focalisation : liés aux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

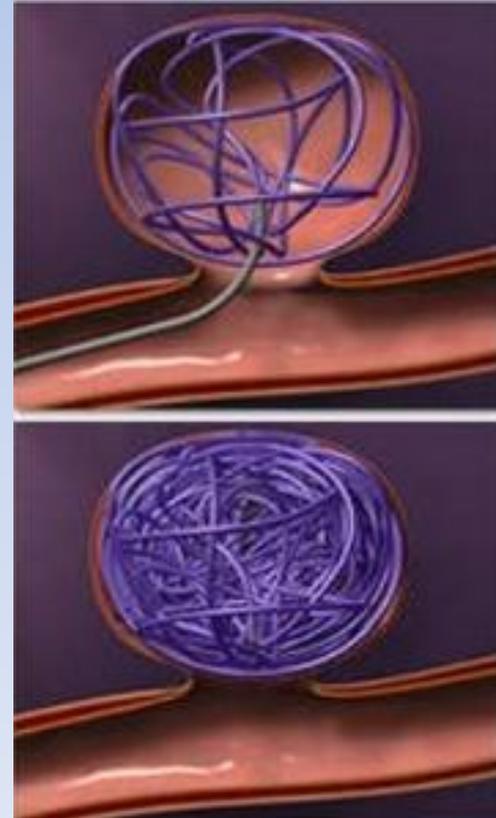
# Traitement :

- 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