

Hémorragie intra-crânienne

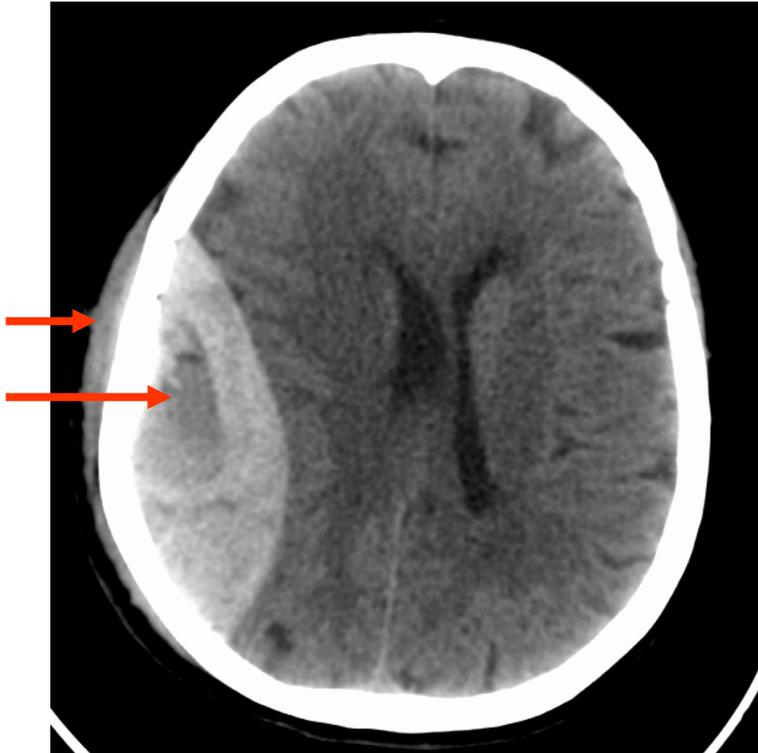
Carole Henry, neurologue
Hôpital Delafontaine St-Denis (93)

Journée de formation
Commission de médecine d'urgence de la SRLF
11 septembre 2014

Déclaration de liens d'intérêt

Mon intervention ne présente aucun
conflit d'intérêt



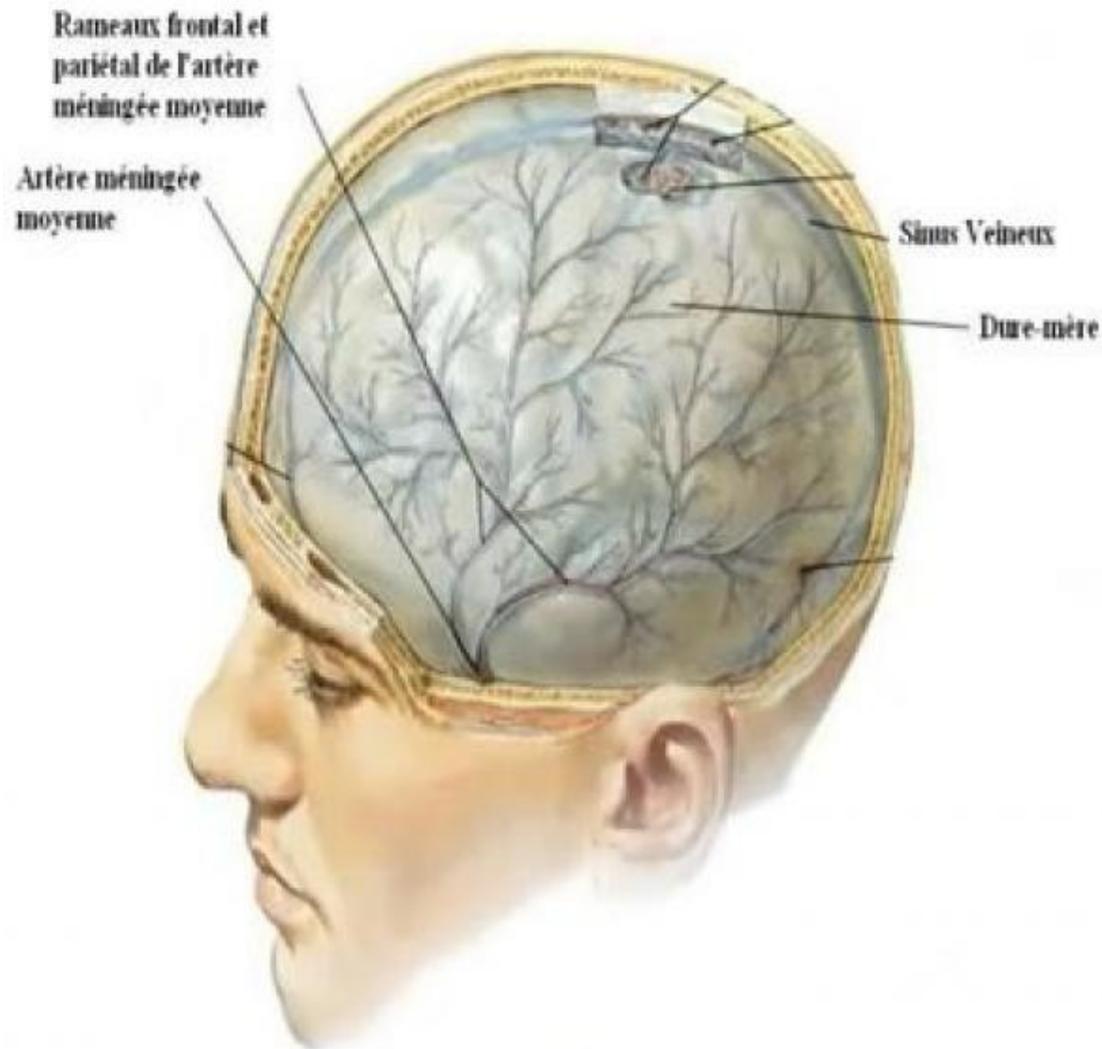


Femme de 67 ans sans antécédent ni traitement,
chute dans les escaliers de sa cave

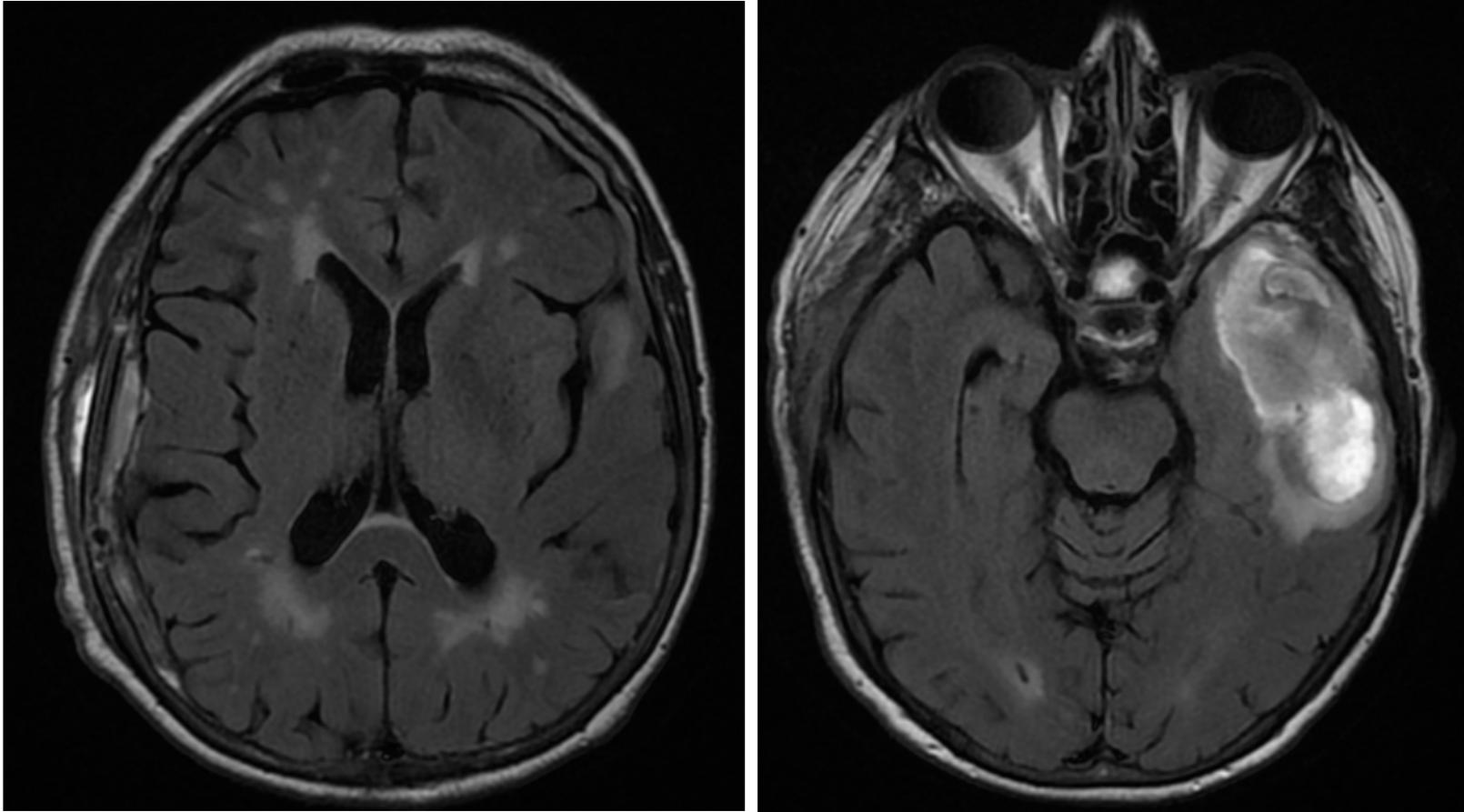
TC-PC

Glasgow 15 à l'arrivée des pompiers, 9 à l'arrivée aux urgences

Hématome extra-dural = épidural, entre l'os et la dure-mère, par rupture d'une branche de **l'artère méningée moyenne**, souvent à proximité d'une fracture



Saignement artériel
Evolution rapide
Possible intervalle libre



11 jours après l'évacuation
syndrome amnésique et trouble du langage, en rapport
avec la contusion du pôle temporal gauche.

A un an vie normale, manque du mot indétectable dans la conversation.

- Homme de 70 ans, vélo percuté par une voiture à 20 Km/h
- TC, PC de quelques secondes, parfait souvenir du choc
- Antécédent d'infarctus du myocarde il y a 6 mois, angioplastie + stent actif
- sous aspirine + clopidogrel
- Aux urgences Glasgow 15, examen neuro normal.

- Faut-il un scanner?

Facteurs de risque d'hémorragie intra-crânienne devant faire réaliser un scanner cérébral

Recommandations SFMU sur le traumatisme crânien léger (2012)

- * Déficit neurologique focalisé
Amnésie des faits de plus de 30 minutes avant le TC
- * Glasgow < 15 à 2 heures du TC
PC ou amnésie des faits associée à
Âge > 65 ans
Piéton renversé par véhicule motorisé ou patient éjecté d'un véhicule ou chute
d'une hauteur de plus d'un mètre
- * Suspicion de fracture ouverte du crâne ou d'embarrure
- * Tout signe de fracture de la base du crâne (hémotympan, ecchymose
périorbitaire bilatérale), otorrhée, rhinorrhée de LCR
Plus d'un épisode de vomissement chez l'adulte
- * Convulsion post-traumatique
Trouble de la coagulation (prise d' *anticoagulant ou d'antiagrégant)

* *scanner à faire dans l'heure*



Localisation classique des contusions cérébrales:
région fronto-orbitaire, pôle temporal

Prise d'anti-thrombotique chez le TC léger

- Facteur de risque de dégradation neurologique
 - certain pour les AVK
 - probable à mon avis pour les ACD
 - études discordantes pour les anti-agrégants mais prudence
- A eux seuls ils sont des critères d'hospitalisation du TC léger (*recommandations SFMU 2012*)

Que faire de l'anti-agrégant plaquettaire en cas de TC léger?

- Arrêt?
 - Effet anti-agrégant 5 jours après arrêt du clopidogrel, 7 à 10 jours après arrêt de l'aspirine
 - Risque de récurrence d'infarctus, de thrombose intra-stent
 - Quand les reprendre??
 - Réponse: ???
- Aucune étude ne permet de recommander la transfusion de plaquettes (*EBM Martin M, Ann Emerg Med, 2013;61:58*)

TC sous AVK

- Si hémorragie, antagoniser l'AVK cf recommandations HAS 2008
- Si pas d'hémorragie, pas d'antagonisation préventive
- Pour les anticoagulants directs, faire comme pour une hémorragie cérébrale spontanée?

[http://extranet.pco.lepublicsysteme.fr/SFNV/SFNV_PRE
CONISATIONS_MAI_2014.pdf](http://extranet.pco.lepublicsysteme.fr/SFNV/SFNV_PRE_CONISATIONS_MAI_2014.pdf)

Perfuser concentré de complexe prothrombique

« Un homme de 52 ans est en état d'ébriété »
Ecchymoses crânio-faciales multiples



24 janvier

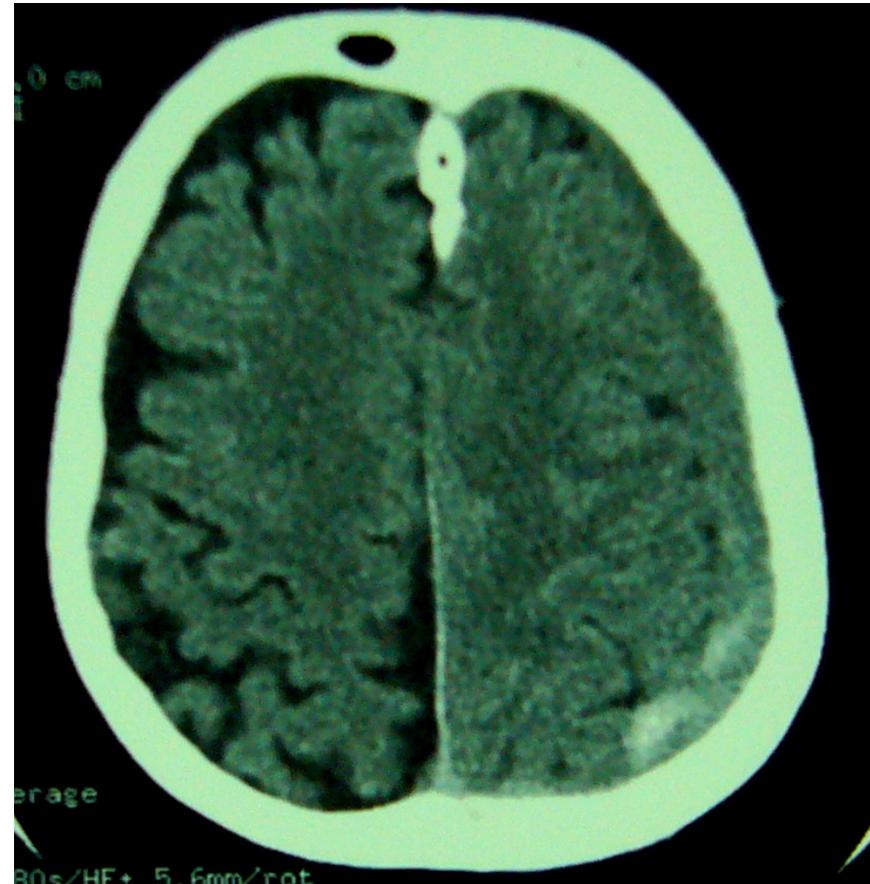


13 février

Hématome sous-dural (HSD)

- Aigu (hyperdense)
 - Traumatisme à forte énergie cinétique
 - neurochirurgie exceptionnelle
- Chronique (hypodense)
 - Traumatisme initial peu grave, constitution progressive par saignement veineux à bas bruit
 - Ou chronicisation d'un HSD aigu
 - Neurochirurgie si symptomatique

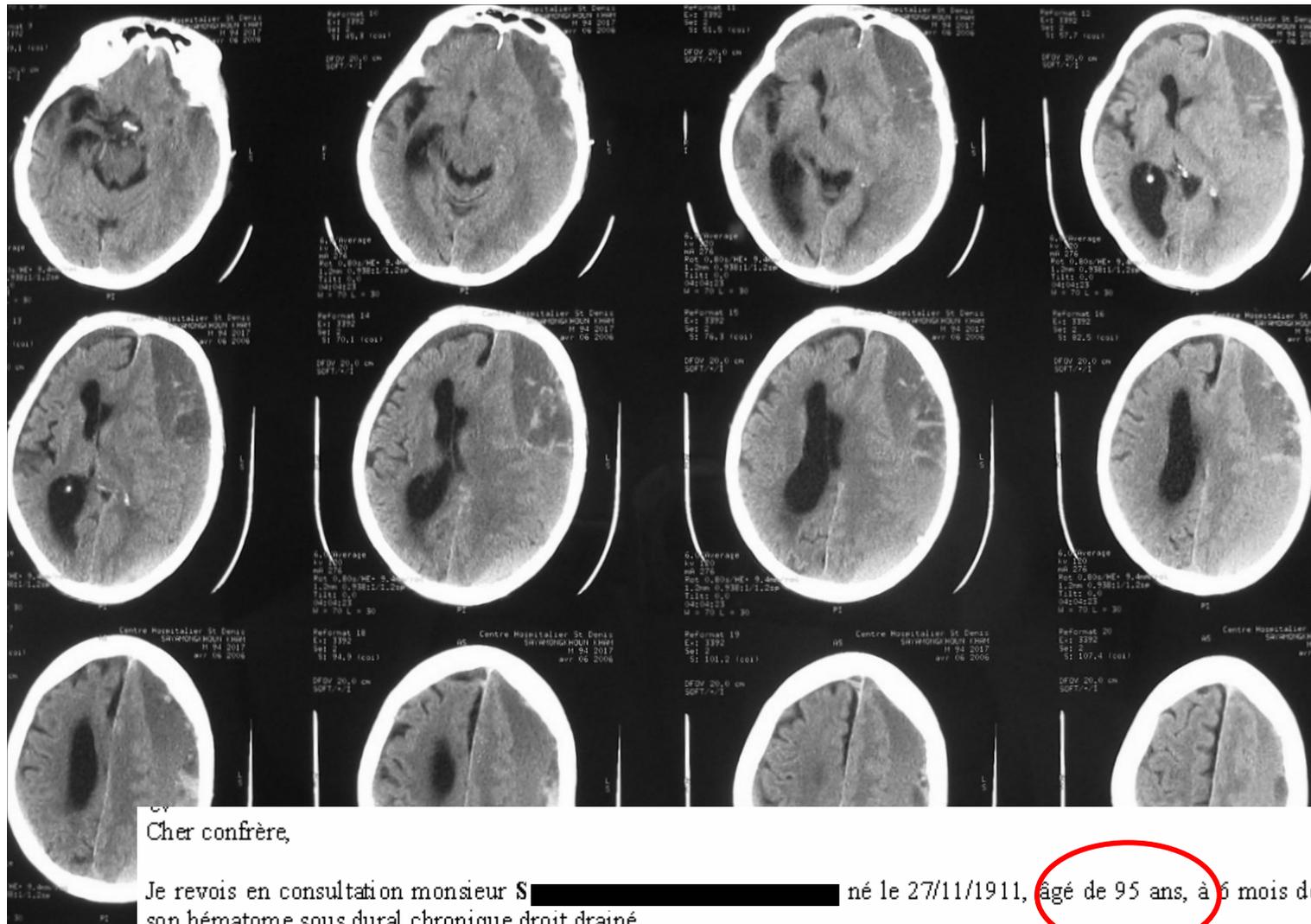
Homme de 70 ans
ramené d'Algérie en avion par un copain
« parce qu'il ne va pas bien »
et déposé aux urgences
Ininterrogeable, peu francophone,
ralenti, marche à petits pas,
sans déficit focal



Avis de la grande garde de neurochirurgie:
pas d'indication neurochirurgicale car pas de déficit

Rappel du copain: chute de sa hauteur il y a 6 semaines
Depuis, dégradation progressive
Trouble de la marche, chutes de plus en plus fréquentes
Démence
Incontinence urinaire

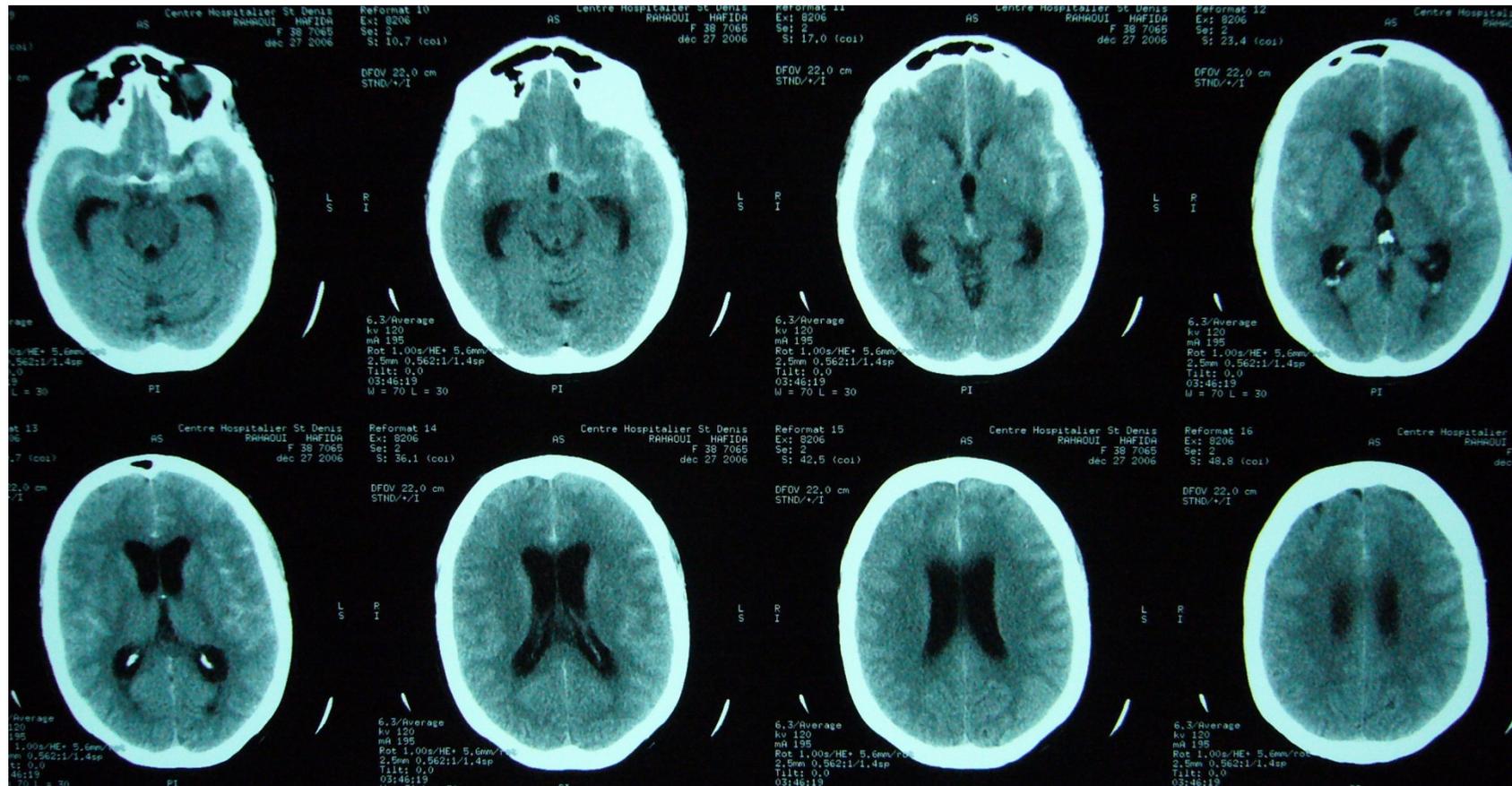
Transfert en neurochirurgie et quasi guérison
Quand on voit des démences curables, il faut les traiter!



CV
Cher confrère,

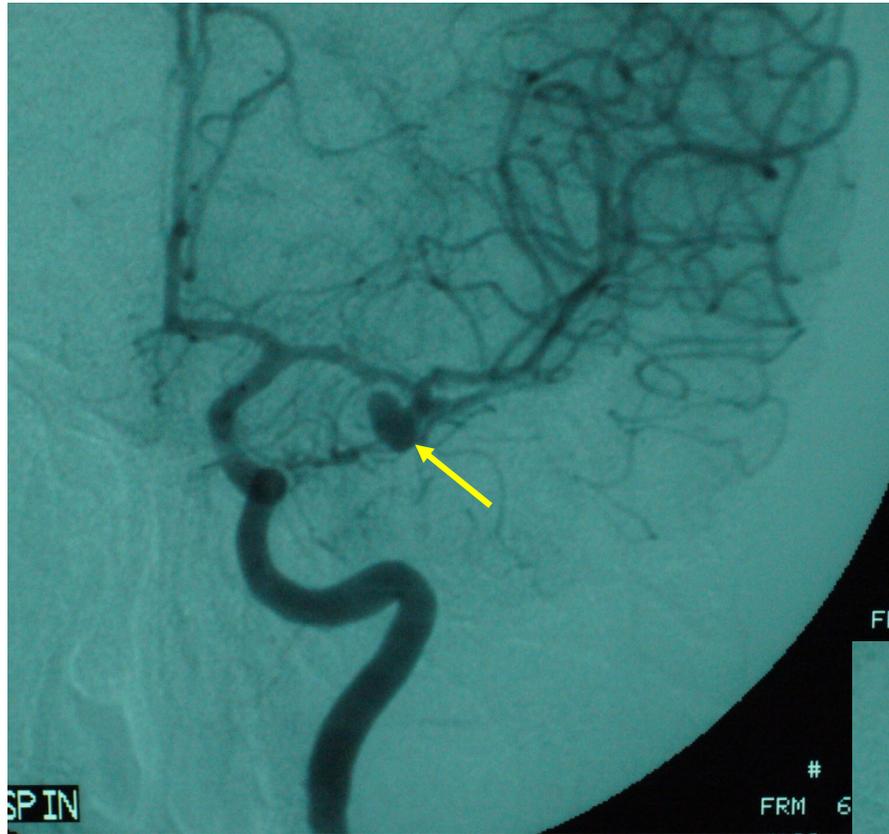
Je revois en consultation monsieur S [redacted] né le 27/11/1911, âgé de 95 ans, à 6 mois de son hématome sous dural chronique droit drainé.

Il va bien, il mange bien, il marche assez facilement avec une aide et une canne, même si la marche est anté-fléchie à petits pas et avec une perte importante des réflexes de posture. Il n'y a pas de déficit moteur notable au membre supérieur gauche, et le fauchage gauche est très discret. Il garde des troubles de la mémoire, qui n'étaient pas présents auparavant. Il ne se plaint pas de céphalées. Il a pris un peu de poids puisqu'il pèse actuellement 41 kg.



Femme de 30 ans sans antécédent, céphalée en coup de tonnerre
Confusion, Glasgow 12 à l'arrivée

Hémorragie méningée
par rupture d'anévrisme
de l'artère sylvienne gauche



avant

Après embolisation

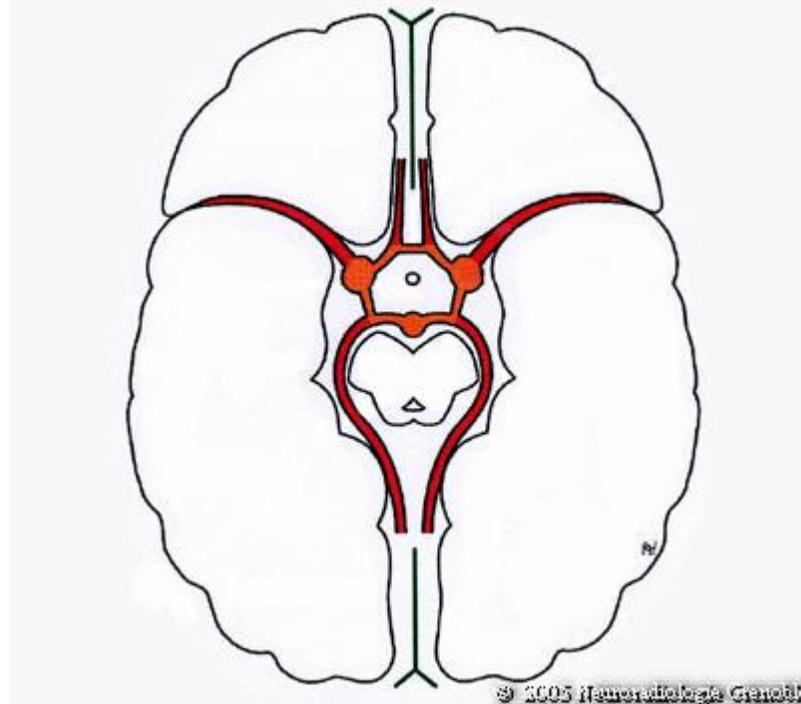


F SPIN

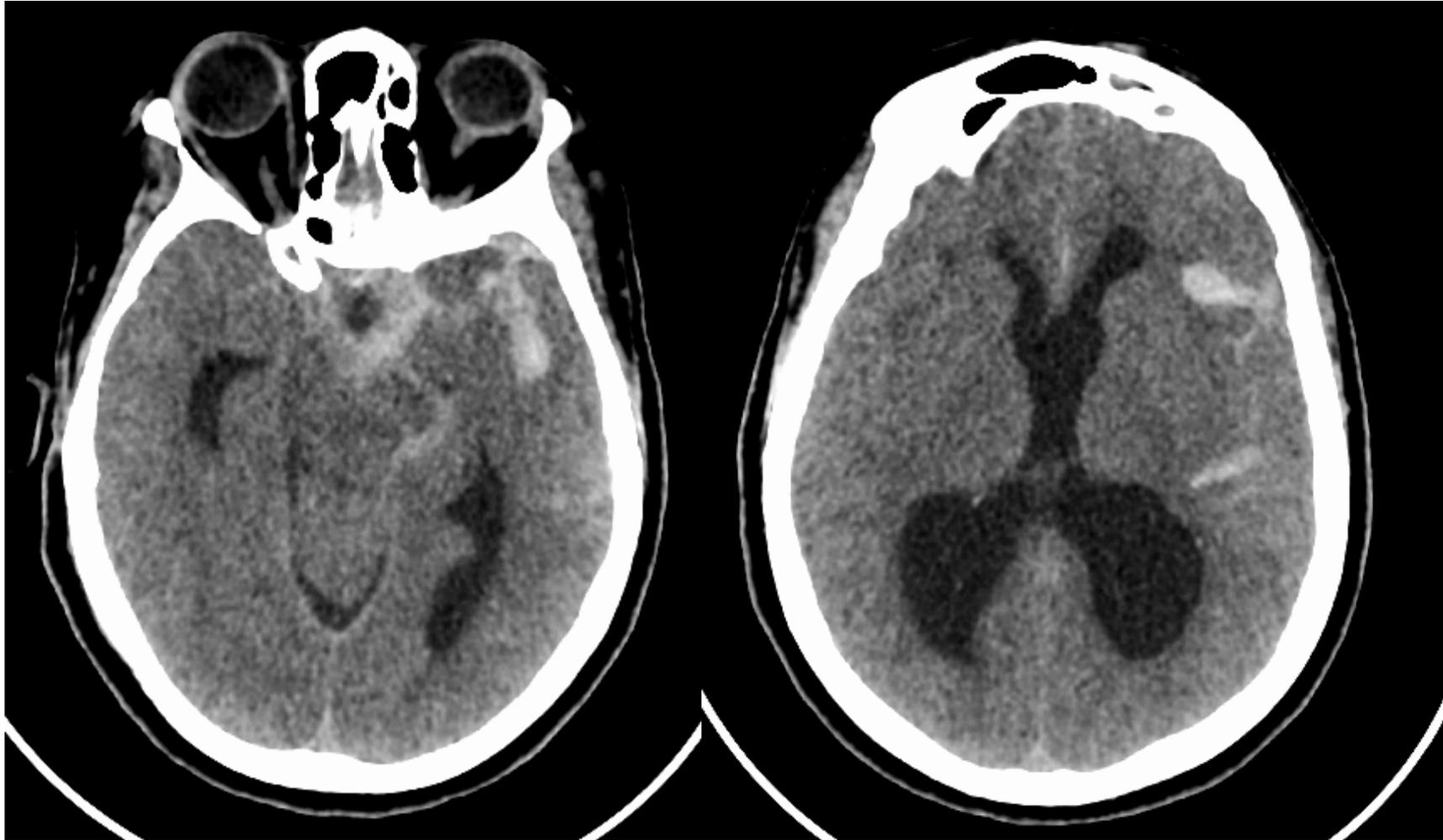
Hémorragie méningée post-traumatique vs spontanée



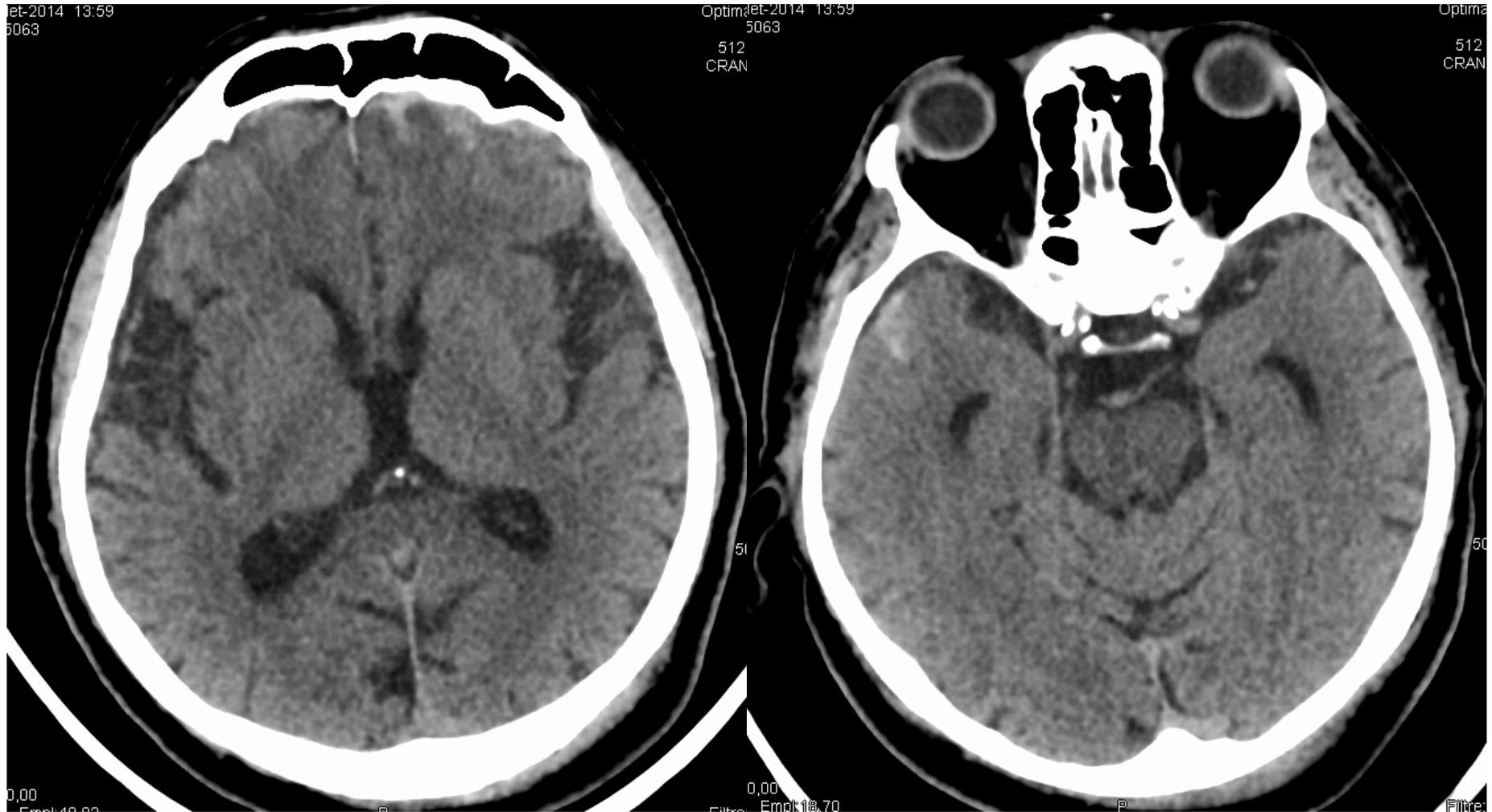
Angioscanner d'un polygone de Willis normal



Localisation des anévrismes: sur les artères du polygone de Willis,
à la base du crâne

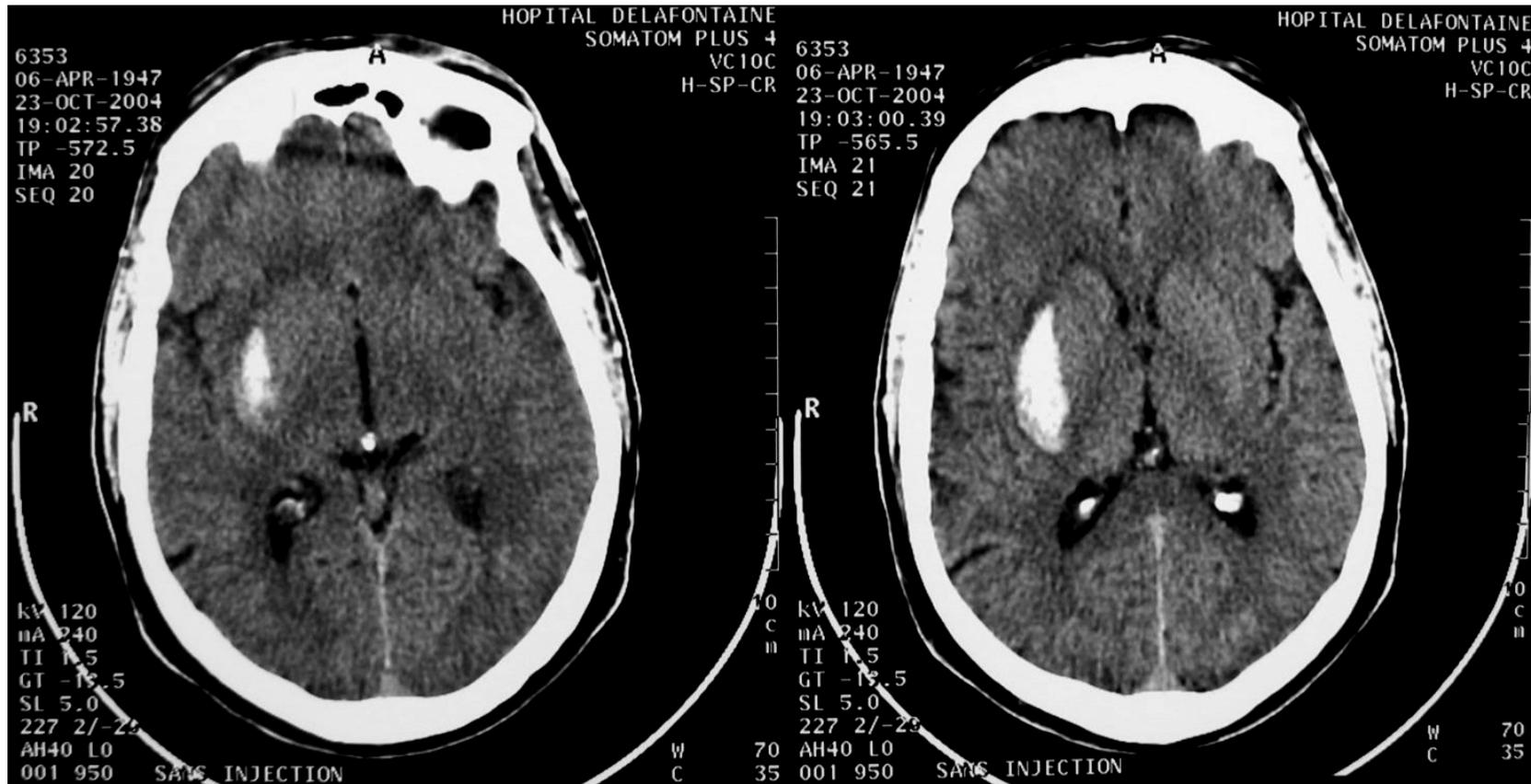


Hémorragie méningée = sous-arachnoïdienne
par rupture d'anévrisme de la sylvienne gauche
vue à J7
avec hydrocéphalie



Hémorragie sous-arachnoïdienne post-traumatique
Sites habituels des lésions traumatiques
Pôle frontal, pôle temporal

Parlons de ce que je connais... l'AVC



Homme de 71 ans, hypertendu, hémiparésie gauche il y a une heure
Vigilance normale, hémiparésie G totale, héminegligence G
NIHSS 12
Conduite à tenir?

Traitement de l'hémorragie cérébrale à la phase aiguë

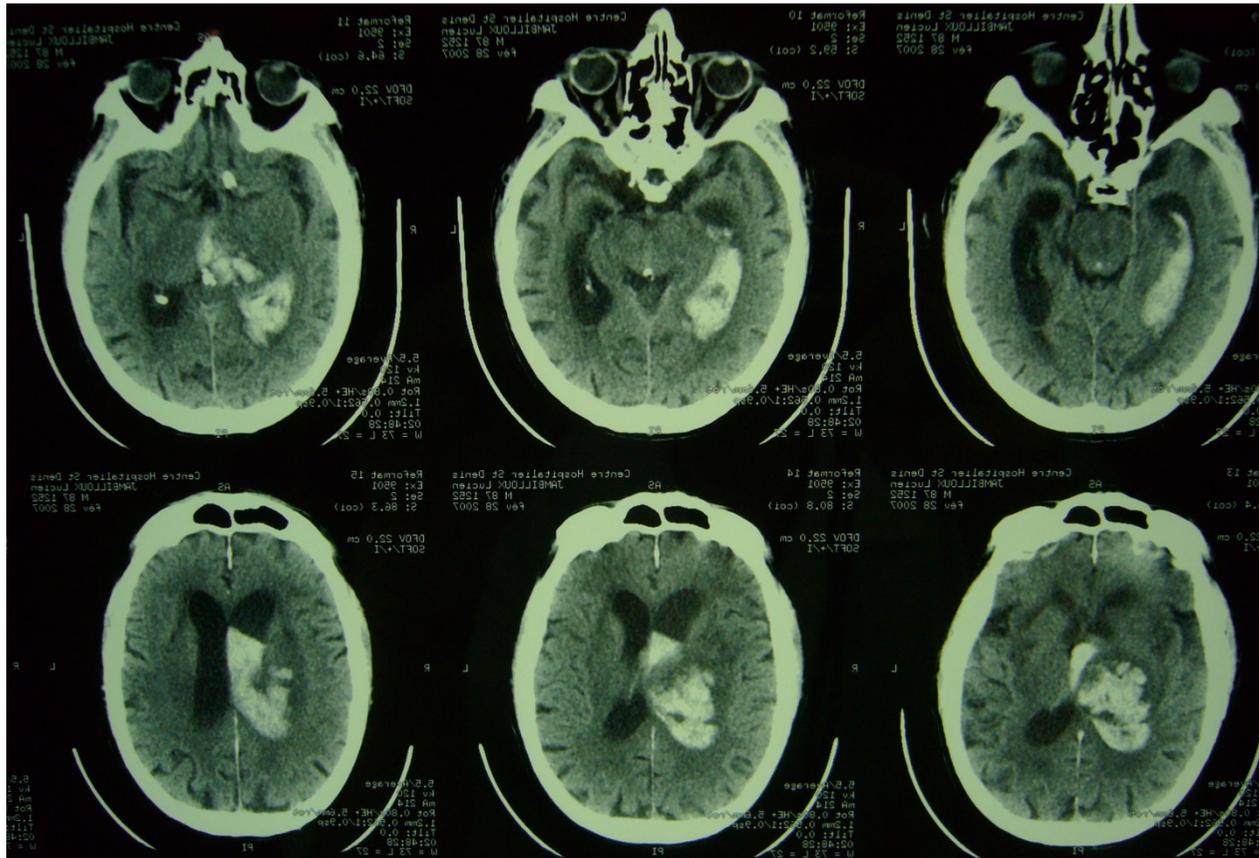
- 1- Régler les facteurs systémiques aggravant les lésions cérébrales
 - État d'hydratation
 - Température: traitement symptomatique et étiologique
 - Glycémie: cible $<1,4\text{g/L}$ (non consensuelle)
 - Pression artérielle
 - Cible ancienne $<180/105$ mmHg
 - Cible actuelle si possible <140 mmHg
 - Saturation en oxygène

- 2- Eliminer les facteurs aggravants
 - Arrêter et si possible antagoniser les antithrombotiques
- 3- Prévenir les complications du décubitus et/ou de l'hémiplégie
 - Pneumopathie de déglutition: textures adaptées voire SNG
 - Rétention d'urines
 - Escarres
 - Phlébite: HBPM préventive conseillée après 24-48h si stabilité clinico-radiologique
 - Fécalome
 - Positions vicieuses

- 4- Rééduquer précocément
 - Motrice: kiné, ergo
 - Cognitive: orthophoniste, neuropsychologue

UNITE NEURO-VASCULAIRE

69 ans, chute dans les escaliers



Ce n'est pas une hémorragie post-traumatique...

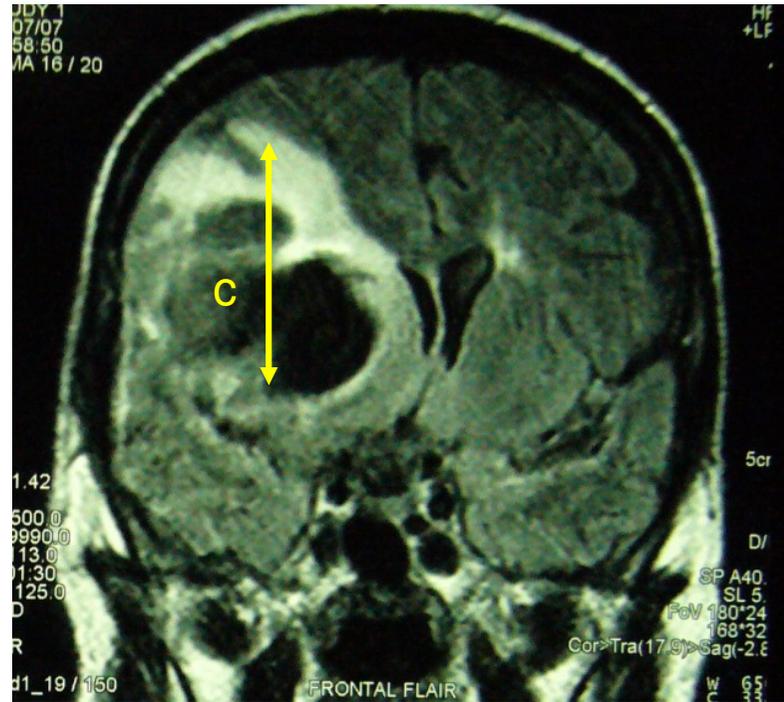
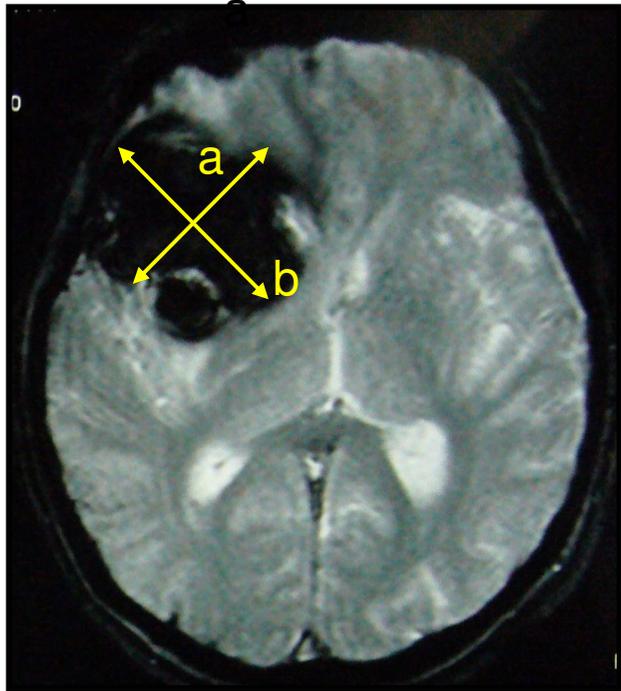
Encore un



Hématome lobaire chez un homme suivi pour une angiopathie amyloïde

Facteurs de mauvais pronostic

- Âge
- Trouble de conscience
- Volume >40 mL
- Contamination ventriculaire



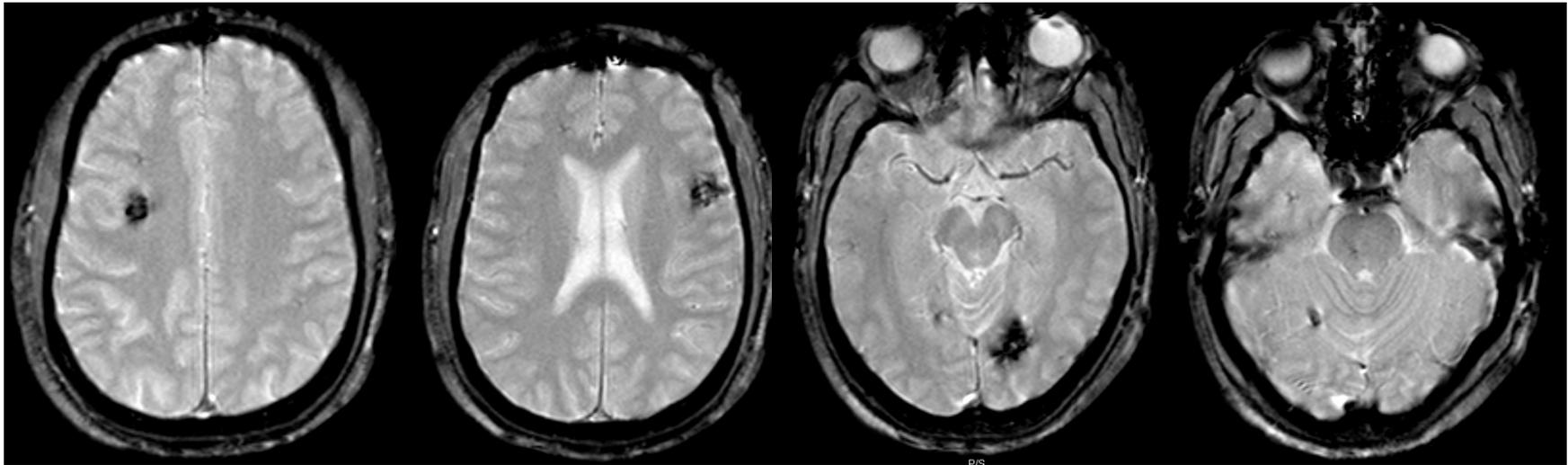
Volume= $axbxc$ (en mm) /2

Diviser par 1000 pour obtenir des mL

Grave si >40 mL

Cause des hémorragies cérébrales spontanées

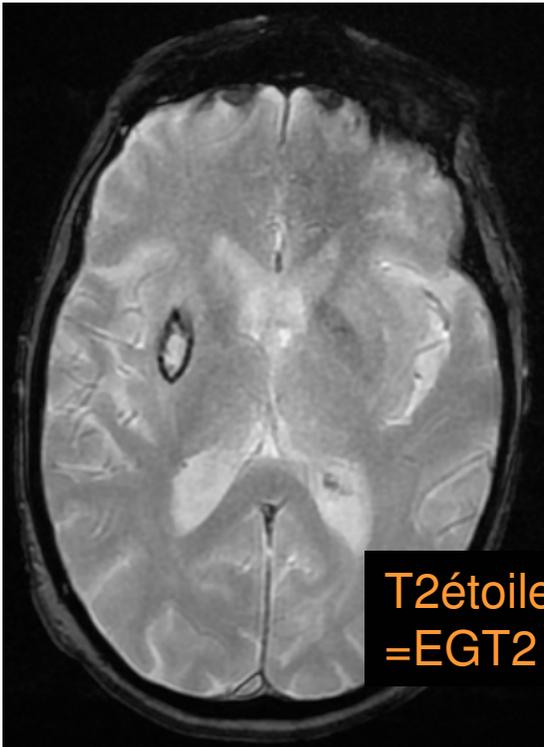
- Causes fréquentes
 - Hémorragie profonde: HTA chronique
 - Hémorragie lobaire, sujet âgé: angiopathie amyloïde
- Causes plus rares
 - Malformation artério-veineuse
 - Cavernome
 - Thrombose veineuse cérébrale
 - Tumeur hémorragique
 - Infarctus hémorragique



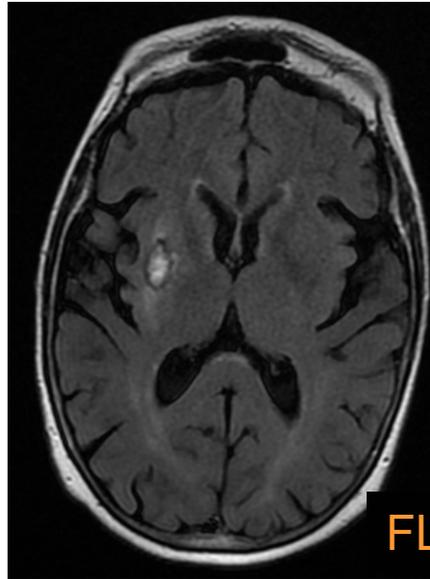
Monsieur J, 29 ans, état de mal épileptique

Hématomes anciens

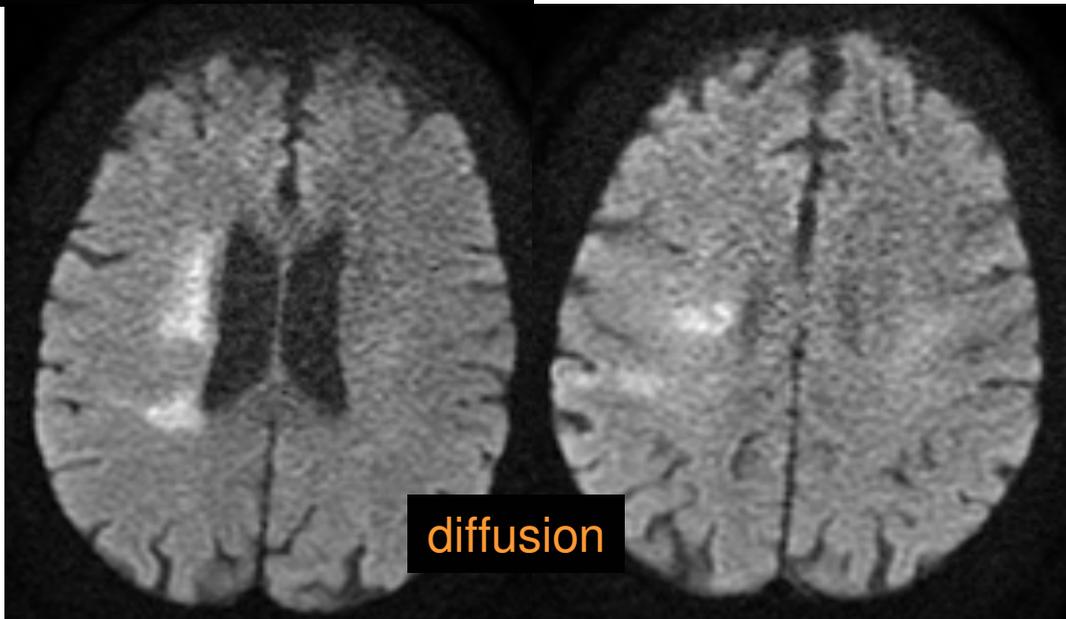
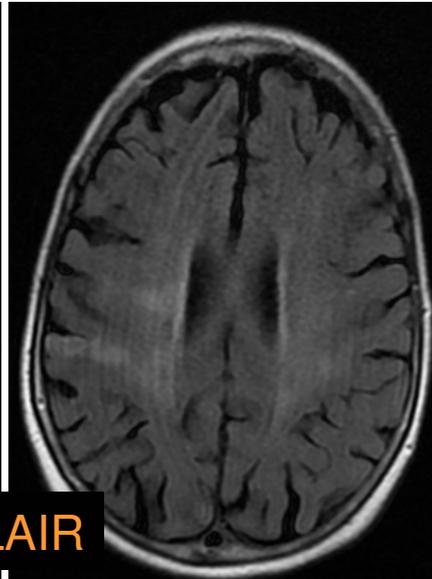
Diagnostic de cavernomatose familiale par mutation du gène CCM1



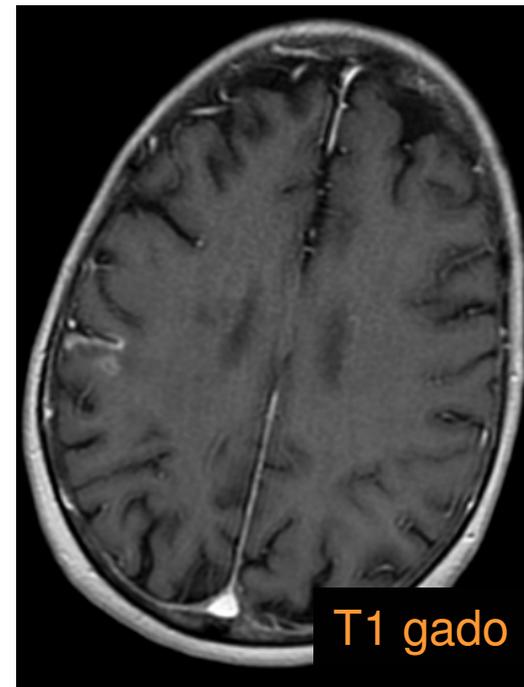
T2 étoile
=EGT2



FLAIR



diffusion

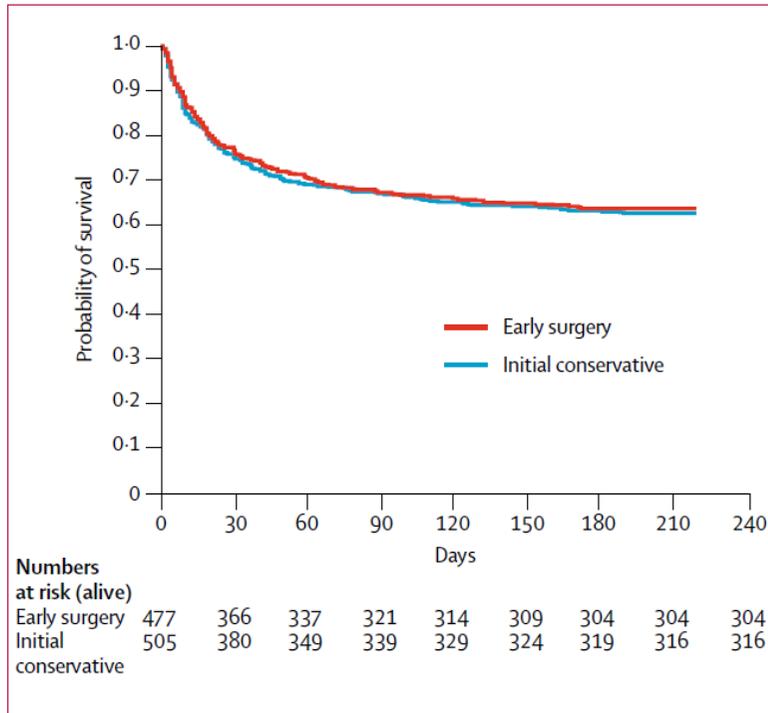


T1 gado

Prise en charge de l'HTA à la phase aiguë de l'hémorragie cérébrale spontanée

- Anciennes recommandations: respect de l'HTA jusqu'à 180/105 mmHg pour maintenir la pression de perfusion intra-cérébrale
- Baisser la PAS à 140 mmHg dans l'heure qui suit la prise en charge, comparé à la prise en charge standard
 - Est faisable mais objectif difficile à atteindre en une heure (nicardipine IVSE, urapidil IVSE, labetolol IV)
 - N'est pas délétère
 - Diminue l'augmentation de taille de l'hématome à H24 (*INTERACT, Anderson Lancet Neurol 2008*)
 - Tend à diminuer la mortalité et le handicap à 3 mois mais de façon non significative (*INTERACT 2, Anderson, NEJM 2013*)

Place de la neurochirurgie dans l'hémorragie cérébrale spontanée



STICH Mandelkow Lancet 2005

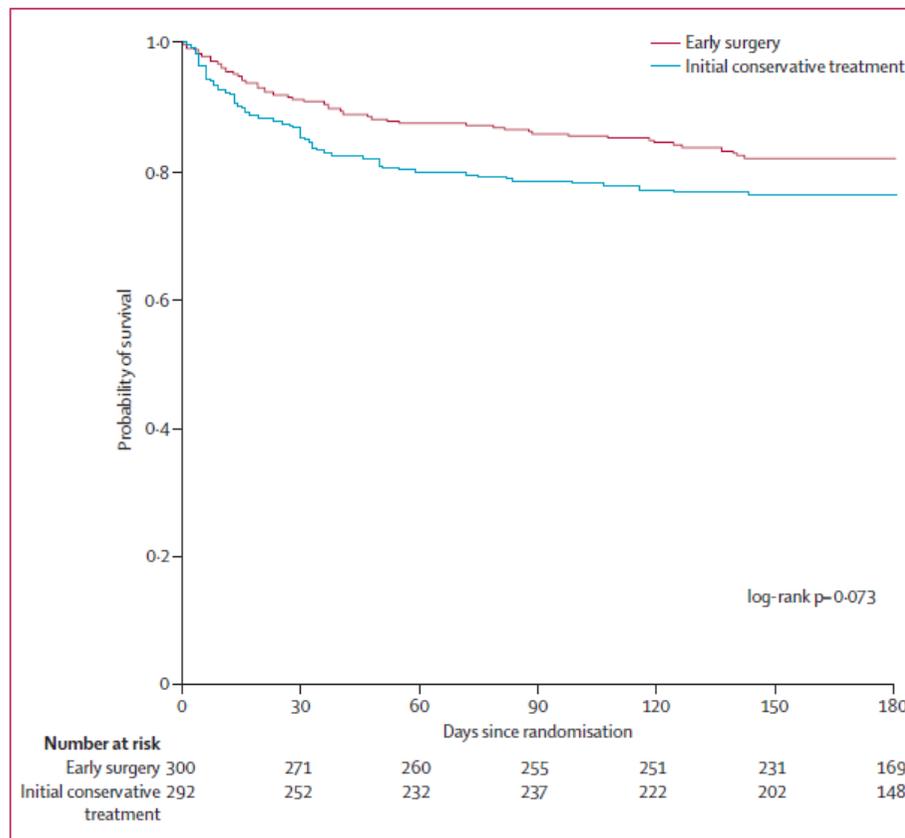
Traitement chirurgical précoce (24h)
comparé à traitement conservateur

Chirurgie retardée autorisée
dans le bras « ttt conservateur »

Incluible: tout hématome spontané
assez gros (2cm)
et pas trop grave (glasgow>5)
sauf MAV, tumeur...

Critère principal d'évaluation
Handicap à 6 mois

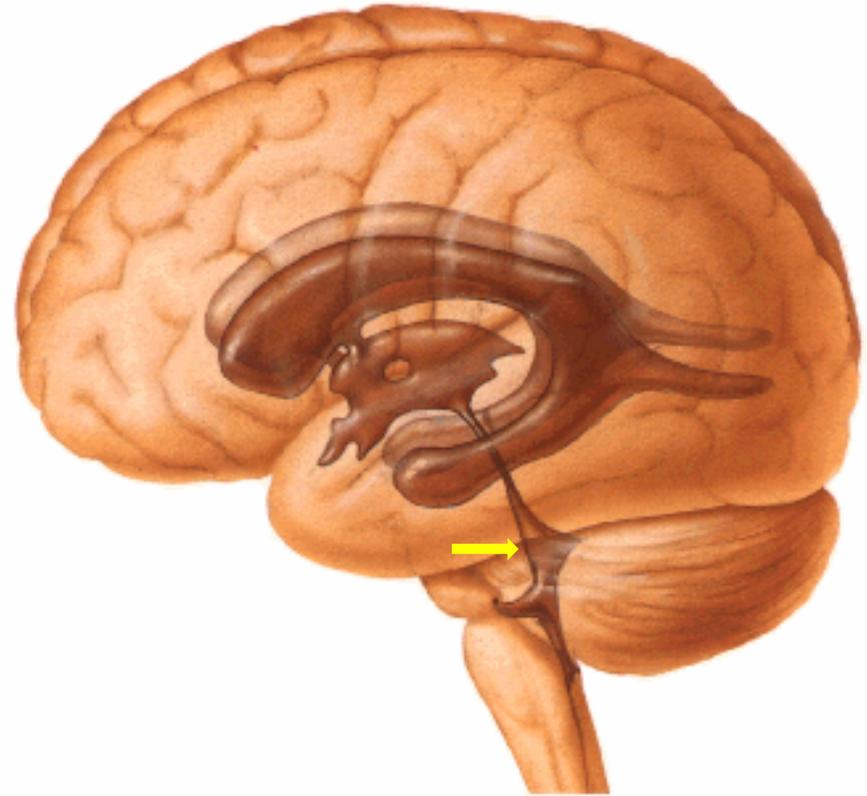
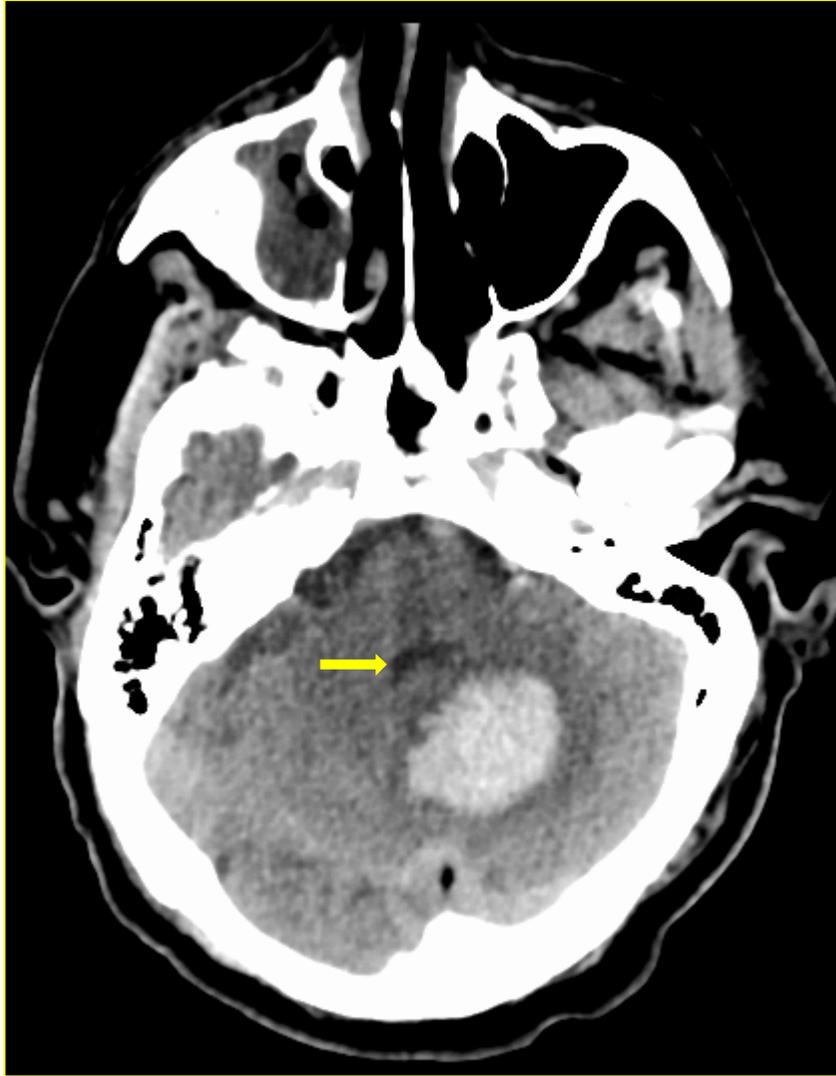
Place de la neurochirurgie dans l'hémorragie cérébrale spontanée lobaire car analyse de sous-groupe de STICH montrait supériorité de la chirurgie



Pas mieux

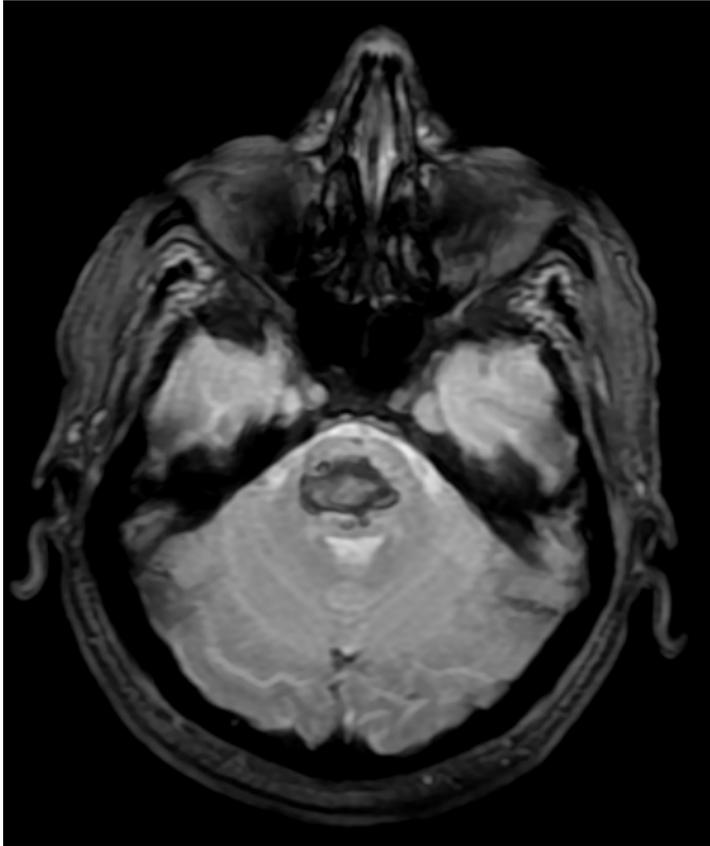
STICH II Mandelov, Lancet 2013

Indication indiscutable
Hématome du cervelet avec risque d'hydrocéphalie par
compression du V4



Place de la neurochirurgie, en pratique

- Dans l'hématome profond, presque jamais
- Dans l'hématome lobaire, indications limitées, au cas par cas: patient jeune, s'aggravant, pas trop grave quand même...
- Dans l'hématome du cervelet, transférer facilement en milieu neurochirurgical



Homme de 78 ans
sous anticoagulant direct
Vu à 90 minutes d'une hémiparésie droite
Puis rapidement coma,
ophtalmoplégie et enroulement

En cas d'hémorragie cérébrale spontanée
avec pronostic d'emblée désespéré,
évoquer une réanimation d'organe
en vue d'un prélèvement pour
transplantation