

LES HEMORRAGIES INTRAPARENCHYMATEUSES

OBJECTIFS DU COURS

1. Savoir diagnostiquer une hémorragie intraparenchymateuse (HIP).
2. Citer les étiologies de l'HIP.
3. Connaître la prise en charge thérapeutique de l'HIP.

PLAN DU COURS

- Introduction.
- Diagnostic clinique.
 - HIP profondes.
 - HIP lobaires.
- Diagnostic paraclinique.
- Etiologies.
- Prise en charge thérapeutique.

INTRODUCTION

L'hémorragie intracérébrale (HIC) se définit par la présence de sang au sein du parenchyme cérébral.

Son incidence est de 10 à 30 /100 000 ha.

Elle représente 10 à 15 % des AVC ; elle atteint 30 % dans les populations asiatiques et africaines.

Le pronostic est moins favorable que dans les AVC ischémiques.

Les facteurs de risques sont : l'âge, le sexe, l'HTA, La consommation d'alcool et l'hypocholestérolémie.

DIAGNOSTIC CLINIQUE

- Symptômes neurologiques déficitaires d'apparition brutale.
- Certains signes cliniques peuvent faire envisager cliniquement une HIP ; mais seule l'imagerie cérébrale peut poser le diagnostic.
 - Les céphalées (40% cas), par majoration de l'HTA et de l'HTIC.
 - Les vomissements : par HTIC et suite à l'inondation ventriculaire.
 - Des troubles de la conscience (20 à 40 % cas)
 - Crises comitiales (5 à 15 % cas) ; souvent des crises partielles.
 - Raideur de nuque : rare
- Ces signes ne sont pas spécifiques.

1- HIP profondes

Elle sont les plus fréquentes (50 % des HIP) ; et constituent le siège privilégié de l'hématome de l'hypertendu.

Hématome capsulo-lenticulaire

- Hémiplégie controlatérale.
- Troubles sensitifs en cas d'extension postérieur de l'hématome.
- Aphasie en cas d'atteinte gauche.
- Négligence en cas d'atteinte droite.
- Déviation de la tête et des yeux du côté de la lésion en cas d'hématome volumineux.
- Troubles de la vigilance associés à des troubles oculomoteurs en cas d'effet de masse de l'hématome sur les pédoncules cérébraux.

Hémorragies thalamiques

- Troubles sensitifs : hypoesthésie, anesthésie, parfois hyperalgésie controlatéraux.
- Le déficit moteur est modéré.
- Trouble du langage ou de la mémoire.

HIP lobaires

L'HTA est aussi l'étiologie la plus fréquente (20 à 45 %) ; les céphalées et les crises d'épilepsie sont plus fréquentes que dans les HIP profondes.

Hémorragies frontales

- Syndrome frontal.
- L'hémi-parésie est inconstante.

Hémorragies temporales

- Quadranopsie supérieure controlatérale.
- Hémi-parésie et hémi-hypoesthésie.
- Aphasie fluente de Wernicke en cas d'atteinte de l'hémisphère dominant.

Hémorragies pariétales

- Hémi-hypoesthésie controlatérale
- Quadranopsie inférieure controlatérale
- Négligence en cas d'atteinte de l'hémisphère mineur
- Syndrome de Gerstmann : en cas d'atteinte de l'hémisphère dominant ; il comporte :
 - Acalculie.
 - Indistinction droite-gauche.
 - Agraphie.
 - Agnosie digitale.

Hémorragies occipitales

- Hémianopsie homonyme controlatérale.
- Aléxie (atteinte de l'hémisphère dominant).
- Prosopagnosie (atteinte de l'hémisphère mineur).

HIP sous-tentorielles (10 à 20 %)

Hématomes protubérantiels

- Hématomes volumineux
 - Trouble de la conscience.
 - Tétraplégie.
 - Myosis bilatéral.
 - Troubles neurovégétatifs et dyspnée de Cheynes-Stokes.
- Hématomes de petite taille
 - Syndrome alterne

Hématomes du cervelet

- Ataxie associée à des vomissements et à des céphalées ;
- Constituent une urgence car deux types de complications sont possibles :
 - Compression du tronc cérébral avec risque d'hydrocéphalie par blocage de l'aqueduc, pouvant justifier une dérivation ventriculaire externe urgente en neurochirurgie.

- L'engagement des amygdales cérébelleuses à travers le trou occipital.

DIAGNOSTIC PARACLINIQUE

Réalisation en urgence d'une imagerie cérébrale devant tout signe neurologique déficitaire d'apparition brutale, car cliniquement il n'est pas possible de distinguer un AVC hémorragique d'un AVC ischémique.

1- Scanner cérébral sans injection du produit de contraste

- A réaliser en urgence dès l'admission du patient.
- Objective une hyperdensité spontanée visible dès les premières minutes.
- Cette densité diminue progressivement pour devenir isodense au bout de 2 à 3 semaines.
- Il persiste après une cicatrice hypodense non spécifique.
- Le scanner peut mesurer le volume de l'hématome qui est un facteur pronostique.

2- IRM cérébrale

- Elle montre dans les 24 premières heures l'HIP sous forme d'un hyposignal en séquence T2* et un hypersignal en FLAIR (*fluid attenuated inversion recovery*).
- Le signal varie au cours du temps sur les différentes séquences.
- Peut objectiver une malformation vasculaire sur les séquences d'angio-IRM et dépister une éventuelle lésion sous-jacente (tumeur, cavernome, etc.) après la phase aiguë.

3- Artériographie cérébrale

- est réalisée précocement en cas de suspicion de malformation vasculaire :
 - sujet de moins de 50 ans ;
 - hématome lobaire ;
 - sans contexte d'HTA ni étiologie évidente.

4- Angioscanner intracrânien

- Recherche une malformation vasculaire si le contexte est évocateur.

5- Bilan sanguin

- Bilan standard avec un bilan de coagulation.
- Analyses toxicologiques systématiques chez le sujet jeune.

ETIOLOGIES

1- Hypertension artérielle

- c'est la cause la plus fréquente.
- Rechercher les stigmates de retentissement viscéral de l'HTA.
- L'HTA chronique est à l'origine de lipohyalinose affectant les artères de petit calibre, expliquant la localisation préférentielle des HIP liées à l'HTA : les noyaux gris centraux, le thalamus, la capsule interne, la protubérance.

2- Angiopathie amyloïde cérébrale

- Elle se caractérise par des dépôts amyloïdes sur les parois des vaisseaux.
- Le diagnostic de certitude est anatomopathologique.

3- Malformations vasculaires (malformations artério-veineuses, cavernomes)

- représentent 40 % des hématomes du sujet jeune.
- Sont à l'origine d'HIP plus souvent lobaire ou intraventriculaire pure.

4- Toxiques

- les drogues incriminées sont la cocaïne, le crack, les amphétamines, l'héroïne.

5- *Alcool*

6- *Tumeurs cérébrales*

7- *Troubles de l'hémostase*

- les antivitamines K (AVK) sont impliqués dans 10 % cas d'HIP qui sont plus volumineuses et lobaires.
- Les thrombolytiques.
- Les anomalies de l'hémostase congénitales (hémophilie) ou acquises (thrombopénie).

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

L'AVC est une urgence ; hospitalisation du patient dans une unité neurovasculaire.

Mesures générales

- Surveillance des paramètres hémodynamiques, en particulier l'HTA.
- Ventilation mécanique si troubles de la vigilance.
- Dépistage et traitement des complications.
- Prévention thrombo-embolique.
- Prévention des hémorragies digestives.

Traitement antihypertenseur

Traitement médical antioedème cérébral

- mannitol 20 % si effet de masse important.

Antagoniser un traitement anticoagulant par antivitamines K.

- objectif INR inférieur à 1.5
- Le traitement est antagonisé en urgence par un concentré de complexe prothrombinique (CCP aussi appelé PPSB) à 25 U/kg qui peut être répété à 30 minutes. Une ampoule de 10 mg de vitamine K est prescrite simultanément.
- la reprise de l'AVK à distance est discutée en fonction de l'indication du traitement anticoagulant et du risque de récurrence hémorragique.

Traitement chirurgical

- il se limite à la dérivation ventriculaire d'une hydrocéphalie aiguë par HIP cérébelleuse et au traitement chirurgical de certains hématomes lobaires associés à une MAV.