

LES ACCIDENTS HÉMORRAGIQUES CÉRÉBRAUX

S. BEN AMMOU, J.EL OUNI

I- INTRODUCTION

Les accidents vasculaires cérébraux hémorragiques représentent 20 à 30 % des AVC avec une légère prédominance masculine. Leur incidence paraît augmenter depuis l'avènement de la TDM. Les progrès de l'imagerie ont transformé nos connaissances jadis basées sur les confrontations anatomo-cliniques pour faire émerger les nouvelles entités clinico-morphologiques caractérisées par un pronostic vital et fonctionnel meilleurs que celui de la classique hémorragie cérébro-méningée. Ces techniques ont permis de reconnaître les hémorragies cérébrales circonscrites et/ou de faible volume et d'en adapter la prise en charge .

L'hémorragie cérébrale grave reste d'actualité. C'est le cas des hémorragies profondes des noyaux gris centraux avec ou sans inondation ventriculaire qui compliquent habituellement l'hypertension artérielle mal contrôlée.

Les hémorragies de la fosse postérieure et notamment du tronc cérébral se dégagent de l'ensemble par leur pronostic vital médiocre de même pour certaines formes foudroyantes d'hémorragie méningée qui sortent de ce cadre nosologique.

II – ETIOLOGIES :

L'accident vasculaires cérébral hémorragique survient à tout âge et il s'en dégage une corrélation étiologique.

Les sujets les plus jeunes sont habituellement victimes de rupture de malformation vasculaire congénitale le plus souvent artérielle alors que les sujets adultes âgés sont victimes de l'HTA.

D'autres facteurs étiologiques ne sont pas à omettre : trouble de l'hémostase iatrogène (traitement anticoagulant) ou constitutionnels (hémophilie, maladies hémorragiques, ...) et peuvent être à l'origine d'accidents hémorragiques. On ne fera que citer les transformations hémorragiques des ramollissement artériels et veineux. Dans l'état actuel de nos connaissances, plusieurs cas reste sans étiologies connues.

III – FACTEURS DE RISQUE

L'HTA représente le principal facteur de risque des AVC hémorragiques d'autant plus grave qu'elle est irrégulièrement suivie ou non contrôlée.

IV – ETUDE CLINIQUE :

L'AVC qu'il soit ischémique ou hémorragique réalise habituellement un tableau de détresse fonctionnelle hémicorporelle avec ou sans trouble de la conscience qui amène le malade à consulter. L'accident hémorragique se détache classiquement par sa survenue rapidement progressive, dans un contexte céphalique chez un sujet en pleine activité. IL est plus fréquemment associé aux signes d'HTIC aiguë et mal tolérée avec souvent es troubles de la conscience et des crises comitiales.

Dans ce qui suit nous passerons en revue certaines formes classiques et d'autres qui le sont moins grâce à l'imagerie.

A/ LA GRANDE HÉMORRAGIE CÉRÉBRALE CAPSULO-LENTICULAIRE :

Elle réalise un tableau d'installation brutale de trouble de la conscience où le déficit est difficile à mettre en évidence.

L'épisode est parfois précédé de céphalées rapportées par l'entourage avec vomissements, convulsions, troubles neurovégétatifs qui préparent le lit à un coma profond et durable aboutissant souvent au décès. L'imagerie permet de mettre en évidence un hématome des noyaux gris centraux avec inondation ventriculaire.

B/ LES AUTRES FORMES D'HÉMORRAGIE DES NOYAUX GRIS CENTRAUX :

1-Hématome putaminal ou capsulaire externe s'exprime rapidement par une hémiparésie ou mono parésie associée à des paresthésies. Les hématomes volumineux s'accompagnent de céphalées, de vomissement d'obnubilation, d'une hémiplégie flasque et de troubles sensitifs associés à une HLH et une aphasie en cas de lésion de l'hémisphère majeur. Un tableau de coma profond est possible.

2-Hématome thalamique ou thalamocapsulaire interne : il s'accompagne presque constamment d'une atteinte motrice et sensitive de l'hémicorps, plus rarement d'une HLH avec dans 2/3 des cas de troubles de la conscience. La déviation du regard en bas et la paralysie du regard vers le haut sont des signes de mauvais pronostic traduisant la souffrance du tronc cérébral. Les petits hématomes peuvent n'entraîner que hémiparésie avec quelques paresthésie régressant en 6 à 12 heures simulant en AIT.

3- Les hématomes du noyau caudé sont plus rares.

C/ LES HÉMORRAGIES DE LA FOSSE POSTÉRIEURE :

Peuvent intéresser le tronc cérébral ou le cervelet.

1/ Hémorragie cérébelleuse : 8 %

Réalise un tableau superposable à celui de l'infarctus cérébelleux avec les mêmes considérations d'urgences en rapport avec une HTIC menaçante (évolution spontanée et péjorative. Le décès survient dans un cas sur deux au bout de 24 H).

2/ Hémorragie du tronc cérébral : 11 %

Essentiellement protubérantielle, importante, elle est rapidement mortelle, elle peut se produire par un coma profond installé en quelques minutes : une tétraplégie, rigidité de décérébration, un myosis bilatéral serré et réactif, une altération des réflexes du tronc cérébral (oculocéphalique et oculovestibulaire).

D/ LES HÉMORRAGIES LOBAIRES : 9 %

Elles réalisent un tableau clinique selon l'importance de l'hématome et sont de meilleur pronostic. Elles offrent parfois la possibilité d'une sanction neurochirurgicale.

Le tableau est celui de signes de localisation déficitaires ou irritatifs d'importance variable qui évoluent dans un contexte d'HTIC aiguë avec des céphalées, vomissements et troubles de la conscience. Elles peuvent prêter à confusion dans certains cas avec une localisation ischémique mais l'examen attentif ne permet de retenir une systématisation artérielle ou en distingue classiquement :

1/ L'hématome frontal :

Déficit héli-corporel, un grasping réflexe et rouble du langage en cas d'atteinte de l'hémisphère dominant.

2/ L'hématome pariétal :

se caractérise par une hémianesthsie de même topographie, une hémianopsie latérale homonyme (HLH), un trouble du langage si hémisphère dominant ou un syndrome de négligence si hémisphère mineur.

3/ L'hématome temporal :

Réalise une atteinte quadranopsique controlatérale, un trouble du langage si hémisphère dominant, un état confusionnel si lésion de l'hémisphère mineur.

4/ L'hématome occipital :

se traduit par une atteinte hémianopsique controlatérale et une alexie en cas d'atteinte de l'hémisphère dominant.

E/ LES HEMORRAGIES CEREBRALES DE FAIBLE ABONDANCE :

Réalisent un tableau qui associe des signes déficitaires ou irritatifs caractérisé par l'absence de céphalée ou céphalée minime et l'absence de trouble de la conscience.

L'examen neurologique ne permet pas de ressortir une systématisation artérielle.

'évolution se fait habituellement vers la stabilisation et la régression en une à deux semaines.

Le diagnostic est posé à l'imagerie qui montre une hémato-me intracérébral circonscrit.

V- CONCLUSION

Les AVC hémorragiques représentent environ $\frac{1}{4}$ des AVC . Ils restent graves par leur mortalité et leur morbidité , le scanner permet le diagnostic des formes circonscrites et d'en guider la prise en charge. La diversité des tableaux est à retenir.

L'existence de trouble de la conscience n'est pas obligatoire. Le principal facteur de risque reste l'HTA mal contrôlée.