

COMMENTAIRES (C Letouzey).

L'incidence annuelle des hémorragies sous-arachnoïdiennes anévrismales est rare, estimée entre 5-10/100 000 habitants par an.

Du fait de leur gravité (séquelles, décès), plusieurs dossiers de méconnaissance diagnostique d'une rupture/fissuration d'un anévrysme cérébral parviennent chaque année à la Macsf.

Avant la survenue d'un coma ou de troubles neurologiques patents, ces patients souvent jeunes ont fréquemment consulté à plusieurs reprises dans les deux semaines précédentes pour des céphalées inhabituelles, parfois intenses et en tout cas persistantes malgré la prise d'antalgiques usuels. (la récurrence est estimée à 20 % dans les deux premières semaines).

Le diagnostic clinique de l'hémorragie sous arachnoïdienne (HSA) se fait classiquement sur la céphalée brutale, intense, inhabituelle qui peut être suivie de vomissements (symptôme confondant égarant parfois le diagnostic vers la gastro-entérite). Une perte de connaissance initiale est fréquente, de même qu'une crise convulsive. Un syndrome méningé peut apparaître plusieurs heures après l'HSA (raideur méningée –enraidissement douloureux de la nuque parfois responsable des signes de Kernig et Brudzinski) et peut donc faire défaut lors de l'admission du patient aux urgences. L'association à une cervicalgie, qui peut passer au premier plan, est typique. Dans un quart des cas, le diagnostic est retardé car la céphalée est progressive ou bien l'intensité des céphalées est modérée et on parle alors de migraine : mais il n'y a pas d'antécédent migraineux ni d'autres signes de maladie migraineuse et la céphalée aiguë est d'emblée maximale. Cette céphalée, parfois modérée, est toujours soudaine.

Il est vrai que le diagnostic peut être difficile et les signes évidents manquer. Dans tous ces dossiers, comme dans celui-ci, il est rare que soient reportés la description précise de la céphalée, alors que seul l'interrogatoire peut évoquer le diagnostic (en l'absence de signes neurologiques ou de troubles de la conscience) et conduire au seul examen utile : un scanner cérébral. Il faut se méfier des céphalées inhabituelles, savoir écouter le patient et prendre son temps ce qui est parfois difficile dans un service d'urgences ou au cabinet médical. Il est important de mener un bon interrogatoire

pour déceler les céphalées primaires nécessitant des examens complémentaires. Ce sont souvent des céphalées calmées par la prise d'antalgiques de première intention !

Dans cette observation, on peut avant tout reprocher au premier urgentiste d'avoir été abusé devant une élévation somme toute modérée de la PA, de ne pas avoir noté les caractéristiques de la céphalée, et de ne pas avoir remis en cause son diagnostic le soir : la présence d'une hyperleucocytose attribuée, sans symptôme évident à une infection urinaire chez un homme, était en fait a posteriori un signe accompagnant l'HSA. La pertinence des demandes figurant sur le bilan systématique nous échappe...Cet avis du CHU a probablement pesé son poids ultérieurement.

Le premier généraliste traitant s'est reposé sur les constats du CHU, pourtant il savait son patient ni hypertendu auparavant ni migraineux. Il est vrai que la présentation clinique, somme toute était rassurante. Les « hallucinations » décrites par la mère du patient n'ont vraisemblablement pas été évoquées et c'est un symptôme aspécifique. Il n'est pas rare, dans l'expérience de nos dossiers, que la famille décrive a posteriori des symptômes neurologiques frustes, temporaires (?) et passés inaperçus car oubliés du patient ou faute d'un interrogatoire ciblé.

Le deuxième médecin généraliste a certes tenté de faire un bilan : mais que penser de la demande de radiographies du rachis cervical sans élément décrit d'examen ? La cervicalgie ou raideur musculaire (certes qui n'avait rien à voir avec une raideur nucale de méningisme évident) a contribué à l'errance diagnostique. La demande de consultation ORL s'adressait à un symptôme (les acouphènes) difficile à interpréter (plus d'hypertension) mais la céphalée (sans cause) était présente.

La répétition de ces consultations rapprochées, effectuées par des médecins différents (comme souvent) aurait dû également attirer l'attention et conduire à ne pas banaliser cette céphalée, motif fréquent de consultation en médecine générale (parmi les dix motifs principaux de consultation). Si le premier médecin consulté peut parfois échapper au reproche d'une faute diagnostique, ce n'est pas le cas en général pour les médecins suivants ou lorsque plusieurs consultations se sont succédées chez le même praticien.

Une autre étude que celle cotée dans le rapport d'expertise, l'étude ISAT (International Subarachnoid aneurysm Trial) sur une cohorte de 2000 patients retrouve 25% de mortalité/ dépendance à un an de traitement. La prise en charge des hémorragies sub arachnoïdiennes doit s'effectuer dès que possible afin d'éviter la récurrence hémorragique source d'une morbi-mortalité élevée. Les modalités de prise en charge doivent être définies dans le cadre d'une discussion pluridisciplinaire en prenant en compte les caractéristiques de l'anévrisme : taille, situation, l'état clinique du patient et les co-morbidités. Lorsque les patients présentent un anévrisme rompu susceptible d'être traité par voie endovasculaire ou chirurgicale et dont les caractéristiques sont comparables aux anévrysmes étudiés dans l'étude ISAT, l'approche endovasculaire est à proposer en première intention.

Quel que soit le choix du traitement neurochirurgical ou d'embolisation endovasculaire, et tput en tenant compte de la mortalité et morbidité liée au geste, le bon pronostic de ces anévrysmes traités avant l'accident définitif rend compte de condamnations fréquentes et de montants élevés d'indemnisations.

BIBLIOGRAPHIE

Accès hypertensif aux urgences, B. Orlando-Ouaknine, M. Baud, J.-L. Pourriat, Conférences d'actualisation 2002, p. 669-682.

Le principal problème posé par les urgences hypertensives a longtemps été celui de leur définition, ce terme étant souvent abusivement employé pour désigner une simple élévation de la pression artérielle sans atteinte viscérale associée. Pour cette raison, des conduites thérapeutiques anarchiques inappropriées et dangereuses se sont développées, telle l'utilisation de la fameuse capsule d'Adalate® sublinguale devant toute augmentation de pression artérielle (PA) jugée excessive.

C'est sans doute pour cela que de nombreuses terminologies sont apparues pour désigner des situations très différentes, même si toutes sont caractérisées par une brutale augmentation de la PA. Plusieurs revues récentes de la littérature insistent largement sur ce point dont découlent des attitudes thérapeutiques différentes. Les auteurs nord-américains par exemple distinguent les « urgences » ou « hypertensive crises » qui se définissent comme une élévation brutale de la pression artérielle accompagnée d'un retentissement organique (système nerveux central, cœur, rein), des « urgences », sans atteinte d'organes. Pour nous, cela pourrait correspondre à la différence entre l'urgence « absolue », autrement dit l'accès hypertensif « vrai », nécessitant une réduction immédiate de la pression artérielle par un traitement parentéral, et l'urgence « relative » pour laquelle la mise en route du traitement peut être différée. Ces urgences hypertensives absolues correspondant à des situations bien définies comme étant « des situations rares qui demandent une réduction immédiate de la pression artérielle (mais pas obligatoirement un retour à des valeurs normales) pour prévenir ou limiter une atteinte des organes cibles » (tableau I). Le terme « d'hypertension maligne ou accélérée » (selon le type de lésion observée au fond d'œil), est également fréquemment rencontré. Il est défini comme un syndrome associant une PA élevée et une encéphalopathie ou une néphropathie avec respectivement, risque de coma, convulsions par hypertension intracrânienne, et défaillance multiviscérale avec atteinte rénale, mais aussi cardiaque et survenue possible d'un syndrome hémolytique et urémique. Celle-ci fait partie des urgences hypertensives.

Tableau I. Urgences hypertensives absolues.

- Encéphalopathie hypertensive
- Dissection d'un anévrisme de l'aorte
- Œdème aigu pulmonaire avec insuffisance respiratoire aiguë
- Infarctus du myocarde - angor instable
- Éclampsie
- Insuffisance rénale aiguë
- Anémie hémolytique microangiopathique

L'urgence « relative » est définie par le JNC comme une hypertension sévère ou accélérée : chiffres supérieurs ou égaux à 180 mm Hg de PA systolique (PAS) ou 110 de PA diastolique (PAD) ou signes fonctionnels associés sans souffrance viscérale. C'est le stade 3 de la classification de l'hypertension donnée par le JNC, les stades 1 et 2 étant respectivement définis par une PAS de 140-159 mm Hg ou une PAD de 90-99 mm Hg, ou par une PAS de 160-179 mm Hg ou une PAD de 100-109 mm Hg. Pour le stade 3, un traitement oral sera instauré en cas de persistance de chiffres de PA élevés (PAD > 120 ou 130 mm Hg) après mise au repos du patient.

Ainsi, dans le cadre de l'urgence, l'élément principal permettant de distinguer l'urgence relative (urgences) de l'urgence absolue (urgences) est, non pas le chiffre de PA, qui même élevé, peut ne pas représenter de menace à court terme, mais l'association d'une augmentation brutale de la PA avec des signes de souffrance viscérale aiguë.

Tableau III. Caractéristiques cliniques des urgences hypertensives.

PA habituellement > 220/140 mm Hg, associée à :

État neurologique altéré

*encéphalopathie hypertensive
hypertension intracrânienne
céphalées
convulsions
déficits focaux
confusion
sommolence*

Anomalies au fond d'œil

*hémorragies
exsudats
œdème
nodules dysoriques*

Symptômes rénaux

*azotémie
protéinurie
oligurie
néphroangiosclérose maligne*

Atteintes cardiaques

*infarctus du myocarde
angor instable
insuffisance ventriculaire gauche aiguë avec œdème pulmonaire et défaillance respiratoire*

Tableau IV. Prise en charge d'un accès hypertensif.

	Groupe I PA élevée	Groupe II urgence relative	Groupe III urgence absolue
PA	> 180/110	> 180/110	> 220/140
Symptômes	Céphalées Anxiété Souvent asymptomatique	Céphalées sévères Dyspnée Œdème	Dyspnée Douleur thoracique Nocturie Dysarthrie Faiblesse Troubles de la conscience
Examen	Pas d'atteinte viscérale	Atteinte viscérale	Encéphalopathie
	Pas de maladie cardiovasculaire clinique	Présence de maladie cardiovasculaire stable	Œdème pulmonaire Insuffisance rénale Accident cérébrovasculaire Ischémie cardiaque
Thérapeutique	Observation 1-3 heures	Observation 3-6 heures	Données de laboratoire

	<i>Débuter ou interrompre le traitement</i>	<i>Abaisser la PA par des médicaments per os d'action courte</i>	<i>Voie intraveineuse</i>
	<i>Augmenter les dosages si inadéquats</i>	<i>Ajuster le traitement en cours</i>	<i>Monitoring de la PA</i>
			<i>Possibilité de débuter le traitement parentéral aux urgences</i>
<i>Orientation</i>	<i>Prévoir un suivi dans les 72 heures qui suivent</i>	<i>Prévoir une évaluation dans les 24 heures qui suivent</i>	<i>Admission immédiate en soins intensifs</i>
	<i>En l'absence d'évaluation antérieure, planifier un rendez-vous</i>		<i>Traiter jusqu'à obtention de l'objectif de PA de départ</i>
			<i>Compléter l'évaluation diagnostique</i>

Nakagawa et coll, Surgical neurology, 2005 ; 63 :329-335.

Subarachnoid Aneurysm Trial (ISAT) of neurosurgical clipping versus endovascular coiling in 2 143 patients with ruptured intracranial aneurysms: a randomised trial. Molyneux A, Kerr R, Stratton I, Sandercock P, Clarke M, Shrimpton J, Holman R. International .*Lancet* 2002; 360 : 1267-1274.

Prise en charge des hémorragies méningées par rupture d'anévrisme ,2007 Uhrig L , Losser MR : www.sfar.org/acta/dossier/archives

Céphalées aux urgences : prise en charge des céphalées ...www.copacamu.org

Actualisation du rapport d'évaluation sur les anévrismes sacculaires intracrâniens rompus :

Occlusion par voie endovasculaire versus exclusion par microchirurgie

Rapport d'évaluation technologique, 2009, <http://www.has-sante.fr>

Quand référer aux urgences un patient présentant une céphalée ?

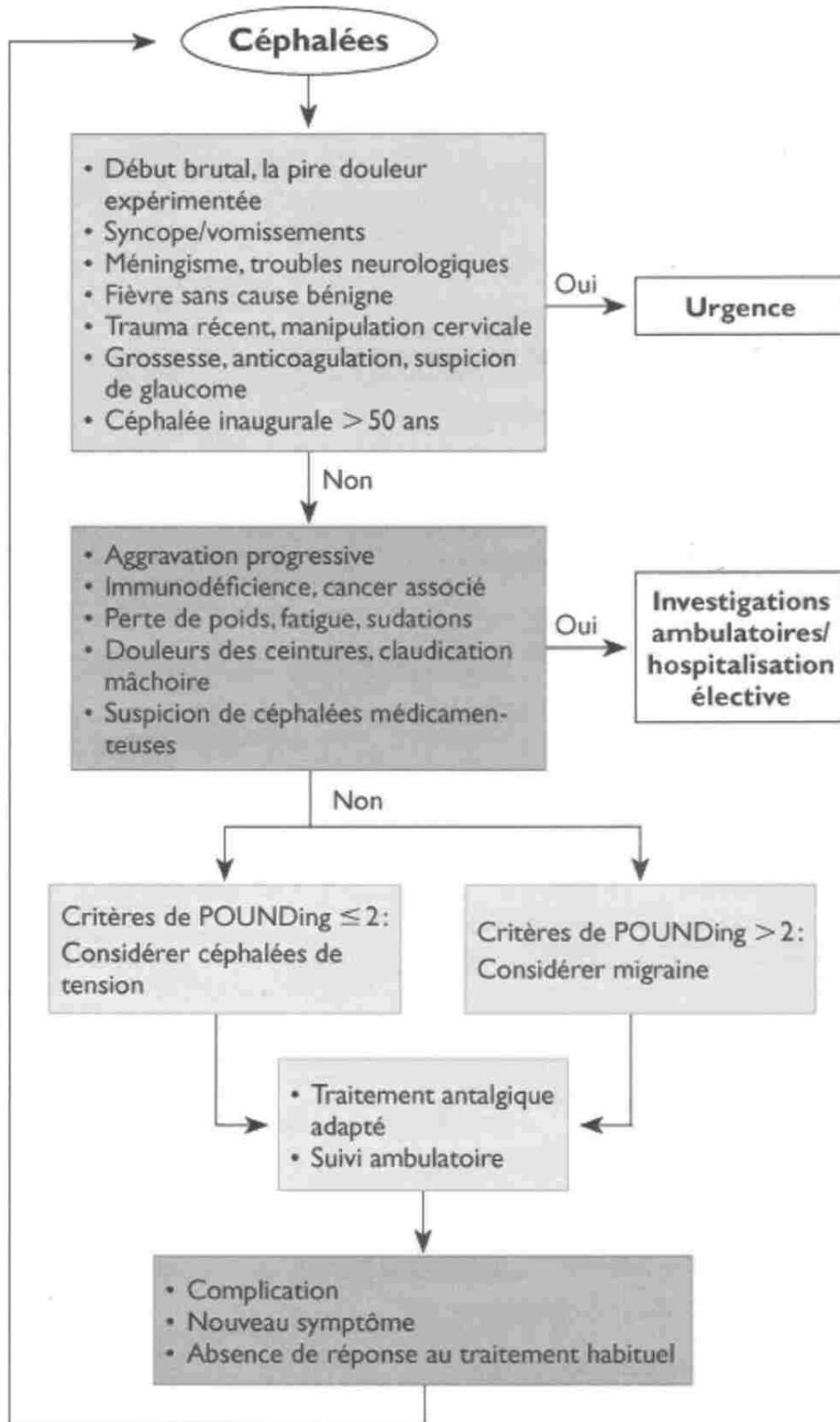
Rev Med Suisse 2010;1526-1529. Extraits des tableaux ci-dessous.

Éléments anamnestiques

- Céphalée en «coup de tonnerre», «explosive», pire jamais expérimentée
- Céphalée inhabituelle (localisation, durée, évolution, intensité, mode d'apparition)
- Age > 50 ans
- Premier épisode, surtout si début brusque
- Vomissements (hors migraine)
- Céphalée évocatrice de migraine, mais toujours latéralisée du même côté
- Céphalée réfractaire au traitement habituel
- Céphalée déclenchée au Valsalva, postcoïtale, changement de position
- Situations particulières: immunodéficience, cancer actif, post-partum, anticoagulation
- Traumatisme récent, manipulation de la nuque
- D'aggravation progressive au cours des derniers jours ou semaines
- Douleur des ceintures, claudication de la mâchoire, myalgie et/ou sensibilité temporale
- Perte de poids, fatigue, sudations

Éléments cliniques

- HTA > 180/120 mmHg, signes d'HTA maligne (hémorragie rétinienne, œdème papillaire, atteinte rénale ou symptôme neurologique)
- Fièvre sans foyer, méningisme, rash cutané
- Anomalies au status neurologique



P (Pulsatile)	Céphalée pulsatile? (+ 1 pt)
O (hOurs)	Céphalée durant entre 4 et 72 heures sans traitement? (+ 1 pt)
U (Unilateral)	Céphalée unilatérale? (+ 1 pt)
N (Nausea)	Nausées associées? (+ 1 pt)
D (Disability)	Interférence avec les activités de la vie quotidienne? (+ 1 pt)
<p>4-5 points: rapport de vraisemblance (RV) d'être en présence d'une migraine de 24.</p> <p>3 points: RV d'être en présence d'une migraine de 3,5.</p> <p>1-2 points: RV d'être en présence d'une migraine de 0,41.</p>	