

Création : Octobre 2003
Auteurs : D. Sablot
 F. Belhasen
 T. Moulin (Besançon)

PRISE EN CHARGE DES HÉMATOMES INTRACÉRÉBRAUX RÉCENTS

Modification :

Au cours d'un tableau neurologique soudain faisant évoquer un accident vasculaire cérébral (AVC), les caractéristiques cliniques sont peu spécifiques d'un mécanisme hémorragique; une évaluation de neuro-imagerie est indispensable; si l'utilisation de l'IRM devient de plus en plus fréquente devant tout AVC, le scanner reste souvent l'examen de base. Le diagnostic est très aisé et permet d'appliquer une prise en charge spécifique.

LES QUESTIONS ESSENTIELLES À LA PHASE INITIALE DE L'HÉMATOME

Quel est le pronostic ?

Les facteurs de mauvais pronostic sont : l'âge, les troubles de la conscience initiaux, une localisation profonde de l'hématome et un volume > 40 ml.

Le volume (ml) est estimé par la formule: $Vol = 0,5 ABC$

(ABC sont les diamètres dans les 3 plans exprimés en mm et divisé par 1 000 pour obtenir des millilitres).

Le patient était-il sous anticoagulants ? Il s'agit alors d'une **urgence supplémentaire** (surmortalité de 35 %) (*voir § 1*)

Existe-t-il une indication urgente à une exploration neuroradiologique plus poussée (artériographie, IRM ...) ?

■ **Bilan initial :** en cas d'urgence neurochirurgicale, l'évaluation vasculaire est réalisée au moins par angioscanner, sinon l'idéal est l'IRM dans les 24 heures avec injection de gadolinium pour tous les patients de moins de 45-50 ans non hypertendus quelle que soit la localisation et pour les patients plus âgés ou hypertendus présentant une hémorragie lobaire ou intraventriculaire. L'angio-RM a moins d'intérêt.

L'angiographie numérisée est réservée aux échecs de l'angio-RM ou de l'angioscanner (pour tous les patients < à 45 ans et pour les patients non hypertendus avec hémorragie lobaire ou du tronc cérébral).

Existe-t-il une indication neurochirurgicale ? (*voir § 2*)

Les indications dépendent du siège et volume de l'hématome, de l'âge et de l'état clinique du patient ; elles restent mal codifiées mais un avis neurochirurgical doit être sollicité systématiquement pour les hématomes du cervelet ou lobaires et elles doivent être discutées au cas par cas dans les autres types d'hématomes (transfert d'images souhaitable si possible).

PRISE EN CHARGE LORS DES PREMIERS JOURS

Mesures générales

Admission en unité neurovasculaire

- Contrôle de la pression artérielle (*cf. fiche tension artérielle*).
- Surveillance hémodynamique (monitoring, TA, pouls, saturation O₂).
- Reprise progressive de l'alimentation ; SNG si troubles de déglutition ou troubles de conscience.
- Dépistage et traitement des complications (*cf. fiche complication, fiche surveillance*).
- Prévention thromboembolique veineuse : bas contention, HBPM préventive (dès le 2^e jour) (**grade C**).

Contrôle de la pression intracrânienne

- Osmothérapie (recommandations d'experts, indication non fondée sur preuves scientifiques) : **mannitol 20 %** (0,25 - 0,5 g/kg toutes les 4 h) réservé aux hématomes avec effet de masse (déviations structures médianes > 5 mm), ou aux patients s'aggravant et présentant des signes cliniques d'HTIC. On évitera de le maintenir au-delà de 3 à 5 jours. Si nécessaire, introduction de **furosémide** (10 mg/2-8 h) avec une surveillance biquotidienne de l'osmolalité (# 310 mosm/l).
- Les corticostéroïdes ne sont pas recommandés : bénéfice non démontré et risque de survenue d'effets secondaires .

Surveillance neurologique (cf. fiche surveillance)

Surveillance radiologique

Pour confirmer le pronostic

Un scanner cérébral en urgence si au cours de la surveillance apparaissent : aggravation du NIHSS, apparition ou aggravation d'une confusion, de troubles de la conscience, de vomissements ou de céphalées.

Une imagerie de contrôle (scanner cérébral) au 2^e jour en principe permet d'évaluer l'augmentation de volume (environ 30 % des cas).

Pour définir le mécanisme étiologique de l'hématome

Il a été abordé dans le cadre de l'urgence et réglé par la stratégie d'explorations de neuro-imagerie. Rappelons que l'IRM est toujours recommandée lorsque l'hématome est supposé secondaire (cavernome, lésion primitive ou secondaire, thrombose veineuse cérébrale).

Reprise d'autonomie (cf. fiche procédure kiné)

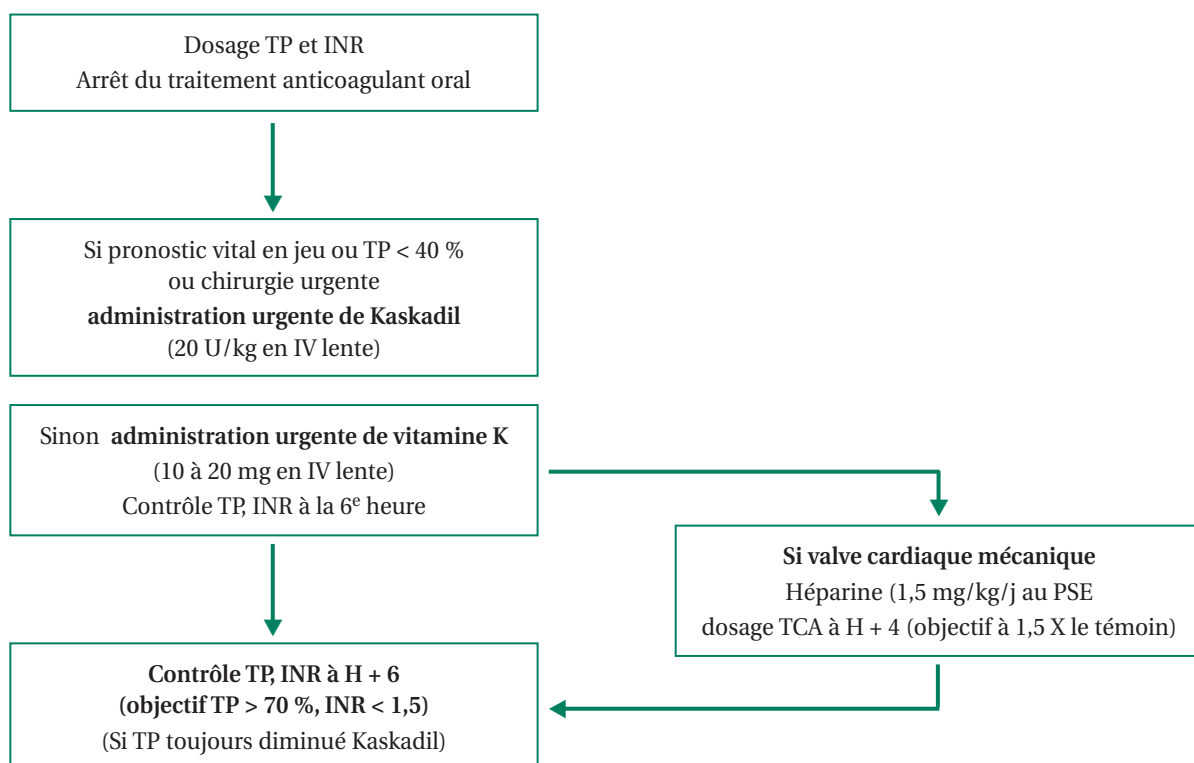
CAT DEVANT UN HÉMATOME SOUS ANTITHROMBOTIQUE

L'attitude devant un hématome survenant sous traitement antithrombotique doit être discutée en évaluant le bénéfice potentiel (favoriser l'arrêt du saignement pour en limiter le volume), le risque thrombotique (à apprécier en fonction de l'indication du traitement antithrombotique) et le type d'anticoagulant (AVK, héparines, ...), d'antiagrégant ou de thrombolytique (cf. *CAT spécifique*). Quoi qu'il en soit, il n'existe pas de schéma validé par des données scientifiques mais la surmortalité de ce type d'hématome est démontrée^{2,3,6}.

Les moyens d'action reposent sur :

1. l'arrêt de la prise du traitement anticoagulant ou antiagrégant : effet rapide (4 - 6 heures) s'il s'agit d'une héparine non fractionnée intraveineuse, plus lent (8 - 12 heures) pour une injection sous-cutanée ; et > 24 heures pour les héparines de bas poids moléculaire. Plusieurs jours pour les antiagrégants;
2. l'utilisation d'antagonistes spécifiques (sulfate de protamine pour l'héparine non fractionnée, vitamine K, plasma frais, facteurs spécifiques de la coagulation, ...).

La proposition suivante, concernant spécifiquement **un hématome survenant sous AVK** est établie à partir de recommandations concernant les hémorragies systémiques graves avec menace vitale (grade C)³⁻⁶.



INDICATIONS NEUROCHIRURGICALES - RECOMMANDATIONS ANAES

Les indications du traitement neurochirurgical des AVC hémorragiques comme des AVC ischémiques sont insuffisamment évaluées¹.

La décision de traitement neurochirurgical repose sur :

- **Des critères cliniques**

Âge du patient, traitement en cours, en particulier anticoagulant, niveau de vigilance (score de Glasgow), taille pupillaire, évolutivité.

- **Des critères neuroradiologiques**

Taille et siège de l'hématome, hémorragie sous-arachnoïdienne associée, effet de masse, taille des ventricules. L'appréciation de ces signes demande une expertise, au mieux un transfert d'images vers le service de neurochirurgie.

Il existe une indication d'intervention :

- **Hématome du cervelet**

L'évacuation de l'hématome peut être envisagée dans les cas suivants : hématome > 3 cm avec hydrocéphalie (**grade C**), coma (de durée inférieure à 2 heures si le coma est profond) ou compression évolutive du tronc cérébral.

L'hydrocéphalie par obstruction du 4^e ventricule est un argument d'intervention (dérivation ventriculaire externe ou ventriculo-cisternostomie endoscopique) chez les patients dont l'état clinique s'aggrave, vigilants ou avec troubles modérés de la vigilance et en l'absence de signes de compression du tronc cérébral (**grade C**).

- **Hémorragie cérébrale lobaire**

L'évacuation de l'hématome peut être envisagée en cas d'aggravation clinique en l'absence de contre-indication liée à l'état général (**grade B**).

Il n'y a pas d'indication neurochirurgicale (grade B) :

- en cas d'hématomes de petite taille (< 10 cm³) ou de déficit neurologique mineur,
- chez les patients ayant un hématome hémisphérique et un score de Glasgow ≤ 4.

Pour tous les autres cas d'hémorragie cérébrale, la meilleure thérapeutique reste imprécise. Il est souhaitable de solliciter un avis neurochirurgical au cas par cas.

RÉFÉRENCES

1. Broderick JP, Adams HP, Jr, Barsan W, et al. Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage A Statement for Healthcare Professionals From a Special Writing Group of the Stroke Council, American Heart Association *Stroke*. 1999;30:905-915.
2. Hirsh J, Dalen JE, Deykin D, Poller L. Oral anticoagulants: mechanism of action, clinical effectiveness, and optimal therapeutic range. *Chest*. 1992;102(suppl):312S-326S.
3. Hirsh J, Fuster V. Guide to anticoagulant therapy. Part 2: Oral anticoagulants. *Circulation*. 1994;89:1469-1480.
4. Leker RR, Abramsky O. Early anticoagulation in patients with prosthetic heart valves and intracerebral hematoma. *Neurology*. 1998;50:1489-1491.
5. Moulin T, Bogousslavsky J. Anticoagulation in stroke. In: Cerebrovascular Disease. Volume II. Eds J Bogousslavsky, M Ginsberg. Blackwell, New York. 1998;vol II: 1839-1863.
6. Sjoblom L, Hardemark HG, Lindgren A, et al. Management and prognostic features of intracerebral hemorrhage during anticoagulant therapy: a Swedish multicenter study. *Stroke*. 2001;32(11):2567-2574.