



Cas clinique



Une femme de 56 ans s'est présentée au SAU pour des céphalées intenses d'installation brutale évoluant depuis 10 jours.

Elle s'est réveillée avec une douleur vive à l'arrière de son cou se prolongeant à la région occipitale et frontale bilatérale associée à des nausées, vomissements, vertiges.

EVA= 10

La douleur s'accroît à la position debout et s'améliore à la position couchée.

Pas de notion de traumatisme crânien récent.

ANTECEDANTS:

- Sclérodermie cutanée :

syndrome de CREST (calcinose, phénomène de Raynaud, dysfonctionnement de l'œsophage, sclérodactylie et télangiectasie).

- Diabète de type 2.

- Hypertension avec accident vasculaire cérébral ischémique.

- Syndrome d'apnée de sommeil.

- Hypercoagulabilité avec un anticoagulant lupique positive.

- Traitement par le warafine pour thromboses multiples .

EXAMEN

- L' examen physique montre un reflexe vif dans le membre supérieur droit et les deux membres inférieurs et une paralysie du sixième nerf crânien gauche.
- Biologie:
NFS, bilan métabolique: correcte.
TP bas avec INR= 4,5 (INR cible, 2,0-3,0).

A) Quel est le diagnostic le plus probable?

1. Migraine
2. Céphalée de tension
3. Céphalée d'effort
4. Algie vasculaire
5. Maux de tête secondaire à une hypotension intracrânienne spontanée (SIH)

A) Quel est le diagnostic le plus probable?

1. Migraine
2. Céphalée de tension
3. Céphalée d'effort
4. Algie vasculaire
5. Maux de tête secondaire à une hypotension intracrânienne spontanée (SIH)

***La migraine** est peu probable chez cette patiente. Les crises durent de 4 à 72 heures, céphalées pulsatiles, photophobie, sonophobie. La migraine aggrave par l'activité physique.*

***Les céphalées de tension** peuvent durer de 30 minutes à 7 jours, le siège est bilatéral, d'intensité légère à modérée, et ne s'aggravent pas avec l'activité physique.*

***Céphalées d'effort** le plus souvent bilatérales, pulsatiles, et inductibles par l'activité physique. Ils durent généralement 5min à 48 heures et ne sont pas associées à des nausées ni vomissements. L'examen neurologique est normale.*

***Algies vasculaires** sont généralement unilatérales dans la région orbitaire, sus orbitaire, ou temporelle. Elles durent de 15 à 180 min et se produisent avec une fréquence de 1 à 8 attaques par jour. les symptômes sont ipsilatéraux associés: larmoiement, congestion nasale, rhinorrhée, myosis, ptosis, ou œdème de la paupière.*

Céphalée secondaire à SIH

*a été sérieusement envisagée chez notre patiente
devant le caractère orthostatique des douleurs.*

B) Lequel des éléments suivants ne représente pas une indication à l'imagerie chez cette patiente?

1. Résultats à l'examen neurologique
2. céphalée brutale
3. Céphalées d'apparition récente à l'âge de plus de 50 ans
4. La présence d'un INR bas
5. Antécédent d'apnée obstructive du sommeil

B) Lequel des éléments suivants ne représentent pas une indication à l'imagerie chez cette patiente?

1. Résultats à l'examen neurologique
2. Céphalée brutale
3. Céphalées d'apparition récente à l'âge de plus de 50 ans
4. La présence d'un INR bas
5. Antécédents d'apnée obstructive du sommeil

La tomодensitométrie (TDM) a montrée:

- 2 hématomes sous-duraux bilatéraux que l'on croyait être subaiguë.
- Pas de décalage de la ligne médiane ni effet de masse .
- Petits ventricules avec œdème ont été notées,
- Malformation Chiari possible avec la descente des amygdales dans le trou occipital (fig 1).

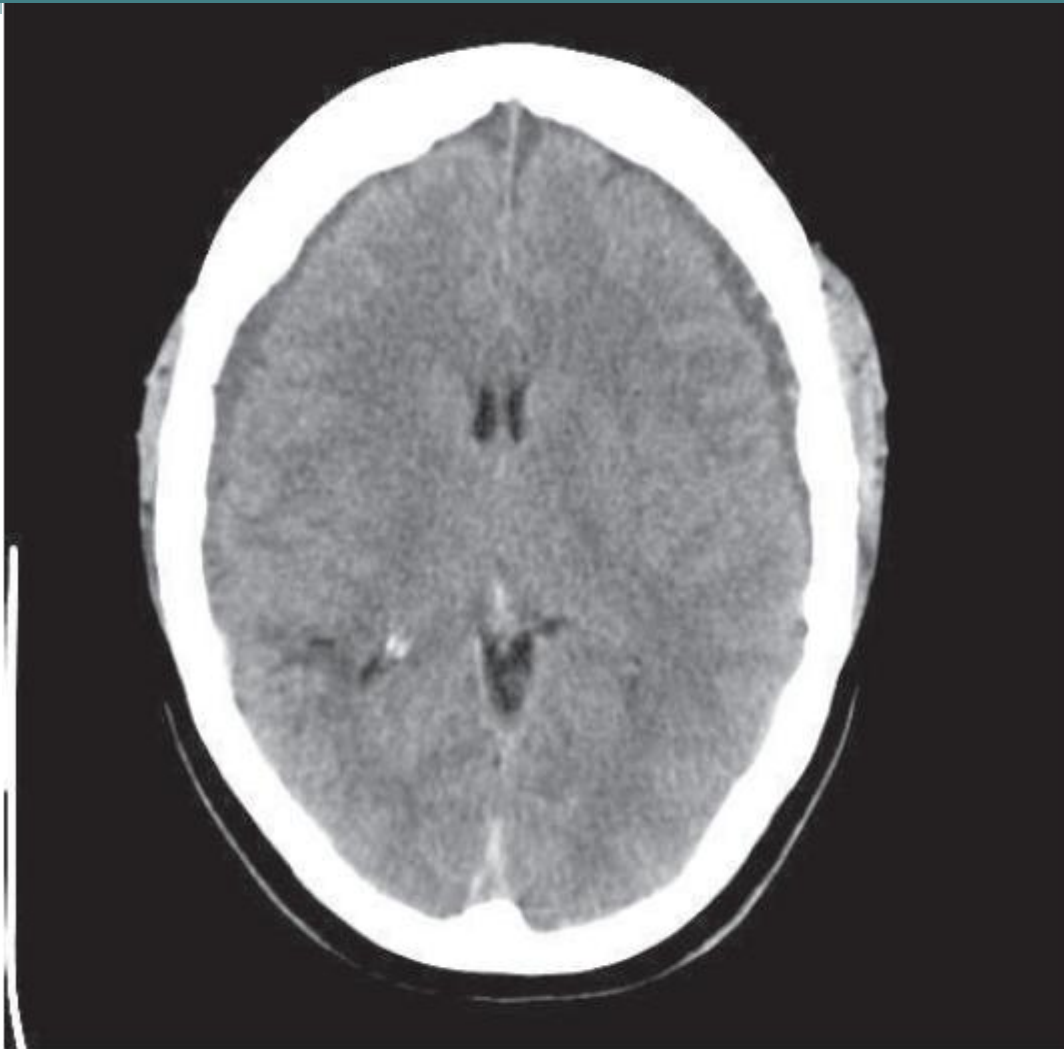


FIGURE 1. Computed tomogram of the brain demonstrating bilateral subdural hematomas.

C) Selon le TDM, quel est la structure vasculaire probablement en cause ?

1. Rupture des veines de pont entre le cortex et les sinus veineux
2. Malformation artérioveineuse
3. Anévrisme de Berry
4. Artère méningée moyenne
5. Anévrisme de Charcot-Bouchard

C) Selon le TDM, quel est la structure vasculaire probablement en cause ?

1. Rupture des veines de pont entre le cortex et les sinus veineux
2. Malformation artérioveineuse
3. Anévrisme de Berry
4. Artère méningée moyenne
5. Anévrisme de Charcot-Bouchard

La rupture des veines de pont entre le cortex et les sinus

veineux entraîne une hémorragie sous-durale, qui se manifeste par un croissant hyperdense sur les coupes scannographiques .

Malformations artério-veineuses congénitales sont des structures vasculaires qui peuvent se rompre et provoquer une hémorragie intraparenchymateuse.

Un anévrisme intracrânien de Berry connu comme un anévrisme sacculaire. Il s'agit d'une évagination en forme de sac d'un vaisseau sanguin cérébral qui peut se rompre dans l'espace sous-arachnoïdien

Rupture de l'artère méningée moyenne conduirait à une accumulation de sang entre la dure-mère et l'os: hématome extradural.

TDM: croissant hyperdense le long de la face interne du crâne, le plus souvent dans la région pariétale.

La rupture d'un anévrisme de Charcot- Bouchard (microanévrisme intracrânienne) se traduirait par une hémorragie intracérébrale.

- Un IRM du cerveau, du rachis cervical et thoracique a été pratiqué. Il montre :
 - Un affaissement du cerveau.
 - Une diminution de la taille du ventricule.
 - Un rehaussement méninge diffus.
 - Une collection de liquide tout au long de la colonne thoracique évocatrice d'un liquide céphalo-rachidien (LCR).
 - Une fuite au niveau de la C6-C7 (Figure 2).
- Le neurochirurgien a jugé que l'évacuation des hématomes sous duraux serait inutile, car il n'y avait pas d'effet de masse ou de changement dans les structures de la ligne médiane.

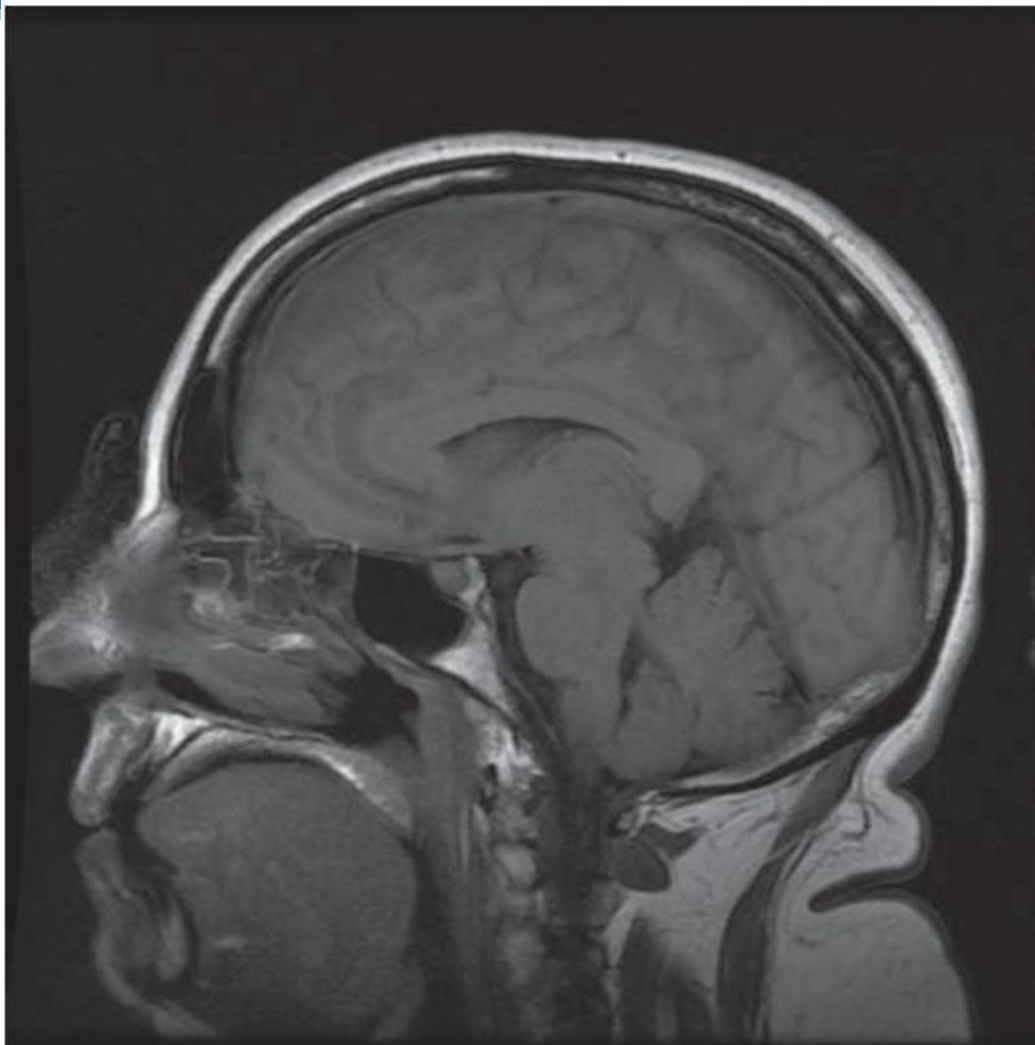


FIGURE 2. Magnetic resonance imaging of the brain demonstrating brain sag, diminished ventricular size, and diffuse dural enhancement.

D) Quel est l'examen le plus utile qui permet de localiser le site de fuite présumée du LCR?

1. IRM spinale
2. Cisternographie nucléaire
3. Myélographie tomographique
4. Tomodensitométrie cérébrale
5. La ponction lombaire

D) Quel est l'examen le plus utile qui permet de localiser le site de fuite présumée LCR?

1. IRM spinale
2. Cisternographie nucléaire
3. Myélographie tomographique
4. Tomodensitométrie cérébrale
5. La ponction lombaire

- ***La myélographie tomographique:***

est le meilleur test pour la localisation d'une fuite de LCR. Le produit de contraste est injecté dans l'espace péri-dural au niveau du rachis lombaire.

L'imagerie est ensuite réalisée au début (en cas de fuite rapide) et à la fin (en cas de fuite lente) après l'injection pour trouver une extravasation de produit de contraste extra-archnoïde.

En plus de l'extravasation de produit de contraste extra-dural, la myéloscanner peut montrer des diverticules méningés et extra-archnoïde collection CSF sur le site de la fuite de LCR.

E) Quel est parmi ces propositions le meilleur traitement ultérieur de cette patiente?

1. L'administration intraveineuse de caféine
2. Perfusion épidurale de sérum physiologique
3. Oxygénothérapie nasale à Haut-débit
4. Injection épidurale de sang autologue (EBP)
5. La réparation durale chirurgicale

E) Quel est parmi ces propositions le meilleur traitement ultérieur de cette patiente?

1. L'administration intraveineuse de caféine
2. Perfusion épidurale de sérum physiologique
3. Oxygénothérapie nasale Haut-débit
4. Injection épidurale de sang autologue (EBP)
5. La réparation durale chirurgicale

- *On commence initialement par un traitement conservateur: repos au lit et antalgiques.*
- ***L'administration intraveineuse de caféine et la perfusion épidurale de sérum physiologique ont été utilisés et sont parfois, mais pas toujours, efficaces.***
- ***oxygénothérapie nasale à haut débit** offre un soulagement des algies vasculaires mais pas dans les céphalées secondaire à SIH.*

- ***L'injection épidurale de sang autologue est considérée comme le traitement de choix en cas d'échec du traitement conservateur. Environ 20 ml de sang autologue est injecté dans l'espace épidural, avec compression immédiate. La première tentative d'EBP est efficace chez 30% à 56% des patients.***
- ***En cas d'échec de ces mesures conservatrices, l'injection percutanée scannoguidée de colle de fibrine ou la réparation chirurgicale de la dure-mère doivent être envisagées.***

- Une EBP lombaire a été effectuée initialement chez notre patiente. Les céphalées ont régressé pendant 3 jours.

Une EBP thoracique haute a été effectuée 6 jours plus tard en raison de la récurrence des douleurs mais sans amélioration.

Six jours après que le patient a reçu la deuxième EBP, CT-myélographie du rachis cervical, thoracique et lombaire a été réalisée afin d'évaluer la persistance de fuite de LCR. La pression d'ouverture était normale, et le site de la fuite de LCR n'a pas pu être localisé.

- À la sortie de l'hôpital, la patiente était mise sous opioïdes pour gérer la douleur qui a régressée progressivement au bout de 6 mois. Toutefois, elle a continué à signaler des céphalées intermittentes soulagées par l'acétaminophène.
- Elle a continué à avoir des difficultés cognitives: mémoire à court terme, concentration prolongée, et le multitâche.
- Dans l'ensemble, elle s'est améliorée, mais cet événement a considérablement affecté sa qualité de vie.