

Caractéristiques des hémorragies sous-arachnoïdiennes dans le service de Réanimation de l'Hôpital Universitaire Joseph Raseta Befelatanana.

Characteristics of subarachnoid haemorrhage at the Befelatanana Intensive Care Units.

F A PRAZAFINDRAIBE ^{(1)*}, F A RAKOTOMAVO ⁽¹⁾, A R N RAMAROLAHY ⁽²⁾, A T RAJAONERA ⁽²⁾, N E RAVELOSON ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Service Accueil-Triage-Urgences et Réanimation Médicale, Hôpital Universitaire Joseph Raseta, Befelatanana, 101 Antananarivo Madagascar

⁽²⁾ Service de Réanimation Chirurgicale, Hôpital Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Ampefiloha, 101 Antananarivo Madagascar

Accepté le 06 mai 2015
Disponible en ligne le 01^{er} mars 2016

RESUME

Objectif : L'hémorragie sous arachnoïdienne (HSA) est une pathologie peu fréquente mais grave. L'objectif de cette étude est de décrire les caractéristiques épidémiologiques cliniques des HSA dans le service de Réanimation Médicale de l'Hôpital Universitaire Joseph Raseta Befelatanana. **Matériel et méthodes :** Il s'agit d'une étude prospective, descriptive, réalisée sur une période de 24 mois allant du mois d'Avril 2013 au mois de Mars 2015 incluant tous les patients victimes d'une HSA confirmée par un scanner cérébral. Les malades avec dossiers incomplets ont été écartés. **Résultats :** Parmi les 184 patients victimes d'accident vasculaire cérébral (AVC) ayant bénéficié d'un scanner cérébral, 114 patients, soit 62% avaient un AVC hémorragique dont 22 étaient des hémorragies sous arachnoïdiennes (HSA), soit 12% et 70 patients, soit 38% avaient un AVC ischémique. Pour les patients présentant une HSA, l'âge moyen était de 50,18±13 ans. La plupart des patients se situait entre 45 et 80 ans (64%), on notait une prédominance féminine (64%). Tous ces patients étaient admis pour troubles de la conscience. Les facteurs de risque d'HSA les plus observés étaient l'HTA (64%). Viennent ensuite le tabagisme (27%) et l'alcoolisme (9%). Aucun patient n'avait un antécédent familial d'hémorragie sous arachnoïdienne. Douze patients, soit 55% avaient une échelle WFNS à IV. Après scanner cérébral, 14 patients (64%) avaient un score de Fischer à III. La rupture anévrysmale était l'étiologie la plus retrouvée (73%).

Mots clés : Facteurs de risque, Hémorragie sous-arachnoïdienne, Hypertension artérielle, Rupture anévrysmale.

ABSTRACT

Aim: The subarachnoid hemorrhage is a sparse but life-threatening pathology. The aims of this study were to determine the epidemiological and clinical characteristics of subarachnoid hemorrhage at the Befelatanana intensive care unit. **Methods:** This is a prospective and descriptive study carried out at the intensive care unit of Befelatanana intensive care unit from April 2013 to March 2015, including all patients who subarachnoid hemorrhage confirmed by the cerebral scanner. **Results:** Among the 184 patients victims of stroke, 70(38%) patients had an ischemic stroke, 114 (62%) had a hemorrhagic stroke; twenty two of them (12%) were subarachnoid hemorrhage. For these patients, the mean age was 50.18±13 years, most patients were located between 45 and 80 years (64%). Feminine gender predominated (64%). All these patients were admitted for unrest of the conscience. The arterial hypertension was the main subarachnoid hemorrhage risk factor observed (64%), followed by the tobacco addiction (27%), and of the alcoholism (9%). No patient had a history of subarachnoid hemorrhage. Twelve patients (55%) had a WFNS scale IV. After the cerebral scanner, fourteen patients (64%) had a Fischer's scoring III. The most observed etiology were the rupture of intracranial aneurysms (73%).

Keywords: Aneurysmal rupture, Arterial hypertension, Risk factor, Subarachnoidal hemorrhage.

INTRODUCTION

L'hémorragie sous arachnoïdienne (HSA) est une pathologie peu fréquente mais grave, avec une incidence variant selon les études allant de 6 à 9 cas par 100000 habitants par an [1-2]. La mortalité globale associée à cette affection atteint plus de 45% [3]. L'objectif de cette étude est de déterminer les caractéristiques épidémiologiques cliniques de l'HSA.

MATERIEL ET METHODES

Nous avons mené une étude prospective, descriptive, à l'USFR Accueil-Triage-Urgence et Réanimation (ATUR) de l'Hôpital Universitaire Joseph Raseta de Befelatanana, Antananarivo, sur une période de 24 mois allant du mois d'Avril 2013 au mois de Mars 2015, incluant tous les patients victimes d'une HSA confirmée par le scanner cérébral. Les malades avec dossiers incomplets ont été écartés. Le recueil des données a été fait à l'aide d'une fiche d'enquête sur

laquelle nous avons noté pour chaque malade les données démographiques, cliniques et paracliniques. L'analyse des données a été réalisée par la moyenne arithmétique simple. Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne avec sa déviation standard. Les variables catégorielles sont exprimées en pourcentage.

RESULTATS

Cent quatre-vingt quatre patients ont présenté un accident vasculaire cérébral (AVC) confirmé par le

Du Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo, et de l'Université d'Antananarivo, Madagascar.

*Auteur correspondant :

Dr. RAZAFINDRAIBE Faneva Angelo Parfait

Adresse : Service Accueil-Triage-Urgences et Réanimation
Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta Befelatanana, Antananarivo Madagascar

Téléphone : +261 34 72 337 06

E-mail : fanevarazafindraibe@yahoo.fr

scanner cérébral pendant l'étude. Parmi eux, 114 patients soit 62% avaient un AVC hémorragique dont 22 étaient des hémorragies sous arachnoïdiennes soit 12%. Soixante dix patients soit 38% avaient un AVC ischémique. La figure 1 représente le type d'AVC.

L'âge moyen des patients présentant une HSA était de 50,18±13 ans. Une prédominance féminine (64%) était observée. La plupart des patients se situait entre 45 et 80 ans (64%). Tous ces patients étaient admis pour troubles de la conscience. L'hypertension artérielle (HTA) était le principal facteur de risque d'HSA observé (64%), suivi du tabagisme (27%) et de l'alcoolisme (9%). Aucun patient n'avait un antécédent familial d'hémorragie sous arachnoïdienne. Douze patients, soit 55%, avaient une échelle WFNS (World Federation of Neurosurgeon) à IV ; 04 patients, soit 18% chacun pour l'échelle WFNS à III et à II ; 02 patients, soit 9% avaient une échelle WFNS à V et aucun patient n'avait une échelle WFNS à I ou à 0. Le tableau I illustre les caractéristiques épidémiocliniques de l'HSA.

Tableau I : Caractéristiques épidémiocliniques de l'HSA.

Caractéristiques	Effectif (n=22)	%
Données démographiques :		
- Age moyen (ans)	50,18±13	
- Age : <45 ans	08	36
- Age : de 45 à 80 ans	14	64
- Genre : Masculin/Féminin	08/14	36/64
Motifs d'entrée :		
- Troubles de la conscience	22	100
Facteurs de risque d'HSA :		
- HTA	14	64
- Tabac	06	27
- Alcool	02	09
Echelle WFNS :		
- II	04	18
- III	04	18
- IV	12	55
- V	02	09

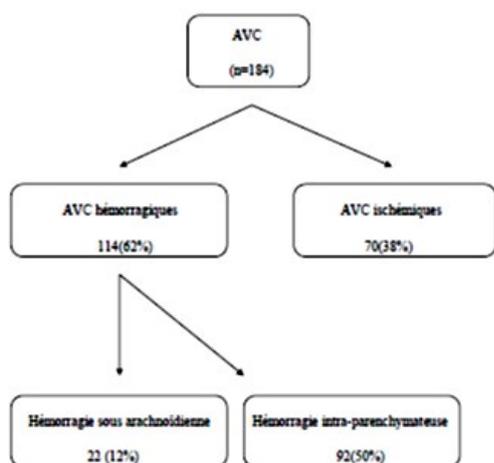


Fig. 1 : Répartition des patients selon le type d'AVC.

En prenant compte des résultats du scanner cérébral, 14 patients, soit 64% avaient un score de Fischer à III ; 06 patients, soit 27% avaient un score de Fischer à IV ; 02 patients, soit 9% avaient un score à II et aucun patient n'avait un score à I. La rupture anévrysmale était l'étiologie la plus retrouvée (73%). Le tableau II représente les caractéristiques scannographiques de l'HSA.

Tableau II : Caractéristiques scannographiques de l'HSA.

Caractéristiques	Effectif (n=22)	%
Score de Fisher :		
- II	02	09
- III	14	64
- IV	06	27
Etiologies de l'HSA :		
- Rupture anévrysmale intracrânienne	16	73
- Causes non vasculaires	06	27

DISCUSSION

Dans cette étude, l'HSA représentait 12% de l'accident vasculaire cérébral. Ce résultat est élevé par rapport aux données de la littérature. L'hémorragie sous arachnoïdienne représente 1 à 5% de l'ensemble des accidents vasculaires cérébraux [4].

L'âge moyen des patients présentant une HSA dans notre étude était de 50,18±13ans. On notait une prédominance féminine. La plupart des patients se situait entre 45 et 80 ans (64%). Cette moyenne d'âge avoisine celui de l'étude faite par Trethem et al sur 933 patients, qui était de 50,0±13,3 ans [5]. L'étude Framingham [6], une analyse prospective épidémiologique, a retrouvé une augmentation linéaire de l'incidence des HSA avec l'âge, allant de 37 pour 100000 dans la catégorie d'âge 60-69 ans à 78 pour 100000 dans la catégorie 70-88 ans. La plus forte prévalence de femmes parmi les patients hospitalisés pour HSA est déjà bien documentée [7-9]. Ceux ayant analysé la population en utilisant une classification d'âge plus précise ont retrouvé que l'HSA était plus fréquente chez les hommes dans l'enfance et l'adolescence, et que cette tendance ne s'inversait qu'à partir de 40 ans environ [10-11].

L'hypertension artérielle était le facteur de risque d'HSA le plus retrouvé (64%) au cours de notre étude. Viennent ensuite le tabagisme (27%) et l'alcoolisme (9%). Aucun patient n'avait un antécédent familial d'hémorragie sous arachnoïdienne. Les patients atteints d'HTA présentent un risque relatif de développer une HSA de 2,2 à 2,8 selon les études, par rapport aux sujets sains [12-13]. Le tabagisme est un facteur de risque d'HSA indépendant fort qui concerne les patients tabagiques actifs ou sevrés, avec des risques relatifs respectifs de 6,1 et 2,7 par rapport aux sujets non-fumeurs [12].

Plus de la moitié des patients (55%) avaient une échelle de WFNS à IV ; 18 % chacun pour l'échelle WFNS à III et à II ; 9% avaient une échelle WFNS à V

et aucun patient n'avait une échelle WFNS à I et 0. L'étude de Lanzino et al a retrouvé une aggravation significative de l'état clinique avec l'âge [14].

La majorité de nos patients (64%) avaient un score de Fischer à III ; 27% avaient un score à IV ; 9% avaient un score à II et aucun patient n'avait un score à I. L'HSA est classiquement plus abondante chez les sujets âgés [15-17]. Cela peut s'expliquer par l'atrophie parenchymateuse qui permet la collection d'une plus grande quantité de sang dans l'espace sous-arachnoïdien.

La rupture d'anévrisme intracrânien était la principale cause observée (73%). Notre résultat concorde avec les données de la littérature. Selon les études, l'HSA est due à une rupture d'anévrisme intracrânien dans 85% des cas [18-19].

CONCLUSION

L'hémorragie sous arachnoïdienne est une pathologie peu fréquente dans notre service. Elle représentait 12% des accidents vasculaires cérébraux. L'HTA était le principal facteur de risque observé. La rupture anévrysmale en était la principale cause.

REFERENCES

- Zacharia BE, Hickman ZL, Grobelny BT, et al. Epidemiology of aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Neurosurg Clin N Am* 2010;21:221-33.
- Rinkel GJ, Algra A. Long-term outcomes of patients with aneurysmal subarachnoid haemorrhage. *Lancet* 2011;10:349-56.
- Coppadoro A, Citerio G. Subarachnoid hemorrhage: an update for the intensivist. *Minerva Anestesiol* 2011;77:74-84.
- Feigin VL, Lawes CM, Bennett DA, Anderson CS. Stroke epidemiology: a review of population-based studies of incidence, prevalence, and case-fatality in the late 20th century. *Lancet Neurol* 2003;2:43-53.
- Trehel V. Hémorragie sous arachnoïdienne du sujet âgé : l'hydrocéphalie à l'admission comme marqueur de mauvais pronostic. Thèse de médecine, 2012.
- Sacco RL, Wolf PA, Bharucha NE, et al. Subarachnoid and intracerebral hemorrhage: natural history, prognosis, and precursive factors in the Framingham Study. *Neurology* 1984;34:847-54.
- Sekhar LN, Heros RC. Origin, growth, and rupture of secular aneurysms: a review. *Neurosurgery* 1981;8:248-60.
- Kongable GL, Lanzino G, Germanson TP, et al. Gender-related differences in aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *J Neurosurg* 1996;84:43-8.
- Simpson RK, Contant CF, Fisher DK, et al. Epidemiological characteristics of subarachnoid haemorrhage in an urban population. *J Clin Epidemiol* 1991;44:641-8.
- Bonita R, Thomson S. Subarachnoid hemorrhage: epidemiology, diagnosis, management, and outcome. *Stroke* 1985;16:591-4.
- Pakarinen S. Incidence, etiology, and prognosis of primary subarachnoid haemorrhage. A study based on 589 cases diagnosed in a defined urban population during a defined period. *Acta Neurol Scand* 1967;43(Suppl 29):1-8.
- Sandvei MS, Romundstad PR, Muller TB, Vatten L, Vik A. Risk factors for aneurysmal subarachnoid hemorrhage in a prospective population study: the HUNT study in Norway. *Stroke* 2009;40:1958-62.
- Teunissen LL, Rinkel GJ, Algra A, van Gijn J. Risk factors for subarachnoid hemorrhage: a systematic review. *Stroke* 1996;27:544-9.
- Lanzino G, Kassell NF, Germanson TP, et al. Age and outcome after aneurysmal subarachnoid hemorrhage: why do older patients fare worse? *J Neurosurg* 1996;85:410-8.
- Sedat J, Dib M, Lonjon M, et al. Endovascular treatment of ruptured intracranial aneurysms in patients aged 65 years and older: follow-up of 52 patients after 1 year. *Stroke* 2002;33:2620-5.
- Sakaki S, Ohta S, Ohue S, Kohno K, Matsuoka K. Outcome in elderly patients with ruptured intracranial aneurysm. *Clin Neurol Neurosurg* 1989;91:21-7.
- Inagawa T, Yamamoto M, Kamiya K, Ogasawara H. Management of elderly patients with aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *J Neurosurg* 1988;69:332-9.
- Suarez JI, Tarr RW, Selman WR. Aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *N Engl J Med* 2006;354:387-96.
- Van Gijn J, Kerr RS, Rinkel GJ. Subarachnoid haemorrhage. *Lancet* 2007;369:306-18.