

Par **Benoît Delabre**

Anévrisme cérébral, pas forcément une fatalité

2 à 4 % de la population seraient porteurs d'un anévrisme cérébral. Mais seulement 1 % d'entre eux risque une rupture, qui n'est pas toujours fatale.

Dans l'inconscient collectif, l'anévrisme cérébral est souvent assimilé à une épée de Damoclès, ennemi invisible, pouvant frapper à tout moment d'une manière dramatique. Pourtant cette maladie vasculaire n'est ni incurable, ni systématiquement fatale. Mais d'abord, qu'est-ce donc que cet anévrisme cérébral ?

Un anévrisme, au sens large, est une sorte de hernie ; un gonflement, créant une petite poche sur une artère. Cette petite poche est naturellement remplie de sang, puisqu'elle communique directement

avec l'artère par le biais d'un collet. Dans le cas de l'anévrisme cérébral, c'est une artère du cerveau qui est en cause. Il est généralement situé au niveau des bifurcations des vaisseaux sanguins, là où la pression sur les parois des artères est plus élevée.

Les causes de la formation d'un anévrisme sont soit innées, soit en lien avec des facteurs de risque. La cause génétique est fréquente, reliée à une faiblesse congénitale du tissu vasculaire. Toutefois, l'anévrisme peut aussi se former plus tard durant la vie, en relation avec

diverses maladies (comme l'hypertension ou le diabète), les habitudes de vie (tabagisme, alcoolisme...) ou certains accidents (traumatismes crâniens).

Selon les études, 2 à 4 % de la population seraient porteurs d'un anévrisme cérébral, et les femmes seraient plus concernées que les hommes. Sa découverte se fait le plus souvent de manière fortuite à l'occasion d'un examen médical (scanner ou IRM) pour un tout autre problème. En effet, la plupart du temps, aucun symptôme n'est associé à la présence d'un anévrisme.

En lui-même, d'ailleurs, celui-ci

n'est pas gênant. Mais à l'occasion d'une augmentation de la pression sanguine (en cas d'exercice physique intense, de stress ou d'un orgasme par exemple), il peut grossir, amincissant par là même la paroi artérielle qui peut aller jusqu'à se fissurer ou se rompre. Elle provoquera inmanquablement une hémorragie cérébrale plus ou moins abondante. Une large partie du cerveau ne sera alors plus irriguée, provoquant rapidement la mort des cellules cérébrales.

En cas de rupture, la prise en charge doit être rapide et consiste à limiter les répercussions de l'hémorragie et ses complications et à éviter une récurrence, en traitant directement l'anévrisme rompu. La chirurgie par clippage a longtemps été le traitement de référence. Il s'agit de poser un clip au niveau du collet de l'anévrisme (zone de jonction avec l'artère) interrompant ainsi la circulation sanguine dans celui-ci. En clair : l'anévrisme rompu est mis hors-circuit.

Voie endovasculaire



Mais désormais une autre intervention, moins lourde, est souvent préférée au clippage : l'embolisation neuroradiologique. Ce traitement endovasculaire consiste à boucher l'anévrisme... De petites spirales de platine sont introduites dans le système artériel par un cathéter. Celui-ci est introduit dans l'artère fémorale (cuisse) et ensuite glissé dans les artères. Le choix de la technique de traitement dépend de l'état de santé général du patient, des facteurs de risque et de l'évolution de l'hémorragie. Ces interventions peuvent aussi être pratiquées avant la rupture pour prévenir cette dernière.

Le traitement de l'anévrisme ne suffit toutefois pas. Il faut aussi traiter les conséquences de l'hémorragie et éviter une récurrence. Cette

dernière est d'ailleurs fréquente dans les jours suivants la première rupture et jusqu'à plusieurs mois après.

En général, on prescrit également des anti-œdémateux cérébraux pour réduire le gonflement du cerveau dû au sang écoulé lors de l'hémorragie. Un drainage du liquide céphalo-rachidien peut aussi s'avérer nécessaire, si l'hémorragie a causé un caillot empêchant l'écoulement de celui-ci.

On l'aura compris, la rupture de l'anévrisme n'est pas une mince affaire. Heureusement, elle ne concerne finalement que peu de patients. Seulement 1 % des porteurs d'anévrisme seraient victimes d'une rupture, soit environ 5 000 personnes par an en France. Les conséquences peuvent être dramatiques à totalement nulles. Tout dépend de l'importance de l'hémorragie et de la rapidité avec laquelle elle est traitée. Environ un tiers des patients décèdent avant leur arrivée à l'hôpital ; un tiers s'en tirent sans aucune autre séquelle qu'une grosse frayeur et une fatigue passagère (un repos d'au moins trois mois est toutefois nécessaire). Pour les autres, il y a des séquelles neurologiques qui

Symptômes annonciateurs

Selon l'ampleur et la localisation de l'hémorragie, les symptômes ne sont pas de même intensité, ni de même nature. En cas d'hémorragie peu abondante, une raideur de la nuque peut-être le seul symptôme observé. L'apparition de maux de tête exceptionnellement violents, accompagnés ou non de perte de conscience, est généralement la première manifestation clinique observée. Ces céphalées, dites sentinelles, peuvent apparaître entre plusieurs jours et quelques heures avant la rupture proprement dite. Des nausées, vomissements voire une intolérance à la lumière peuvent aussi annoncer une rupture.

peuvent être bénignes (légers troubles de la mémoire par exemple) à graves (état végétatif) en passant par des paralysies... Ces séquelles sont généralement liées aux vasospasmes (contraction des artères) et à l'infarctus cérébral induits par l'hémorragie.

Limiter les risques

La prévention de la rupture d'anévrisme cérébral consiste avant tout chose à diagnostiquer sa présence... Pas facile, dans la mesure où l'anévrisme non rompu est souvent asymptomatique. Mais sa formation est souvent liée à une faiblesse congénitale du tissu vasculaire. Les personnes ayant des cas dans leur entourage familial proche ont donc tout intérêt à se faire dépister au plus tôt. En outre, certaines habitudes de vie peuvent influencer l'apparition d'un anévrisme, mais aussi augmenter le risque de rupture et de complications (vasospasmes) ou de récurrences. Dans la ligne de mire : les éternels mauvais garçons que sont le tabac et l'alcool, mais aussi, dans une moindre mesure, les contraceptifs oraux.

Une fois détecté, l'anévrisme non rompu peut soit être traité directement par chirurgie ou embolisation, soit être suivi radiologiquement. Le choix appartient au neurochirurgien qui tiendra compte de la taille de l'anévrisme et de sa localisation, mais aussi de l'état de santé général du patient.