

Rechercher à l'interrogatoire :

- Coté dominant, notion de chute et de stigmatisme traumatique
- ATCD personnels et familiaux d'anévrismes intracrâniens, d'AVC, polykystose rénale, syndrome de Marfan, syndrome d'Ehler-Danlos
- FDR : HTA, OH, toxiques, hémophilie et Grossesse / post-partum

**CEPHALEE EN « COUPS DE TONNERRE » EXPLOSIVE\***

Signes neurologiques :

- diffus : nausée, vomissements, troubles transitoires de conscience, confusion brutale, épilepsie (morsure de langue, perte d'urine), irritation méningée (raideur de nuque, photophobie)
- focaux :
  - déficits focaux transitoires
  - déficits focaux persistants : par compression des nerfs crâniens (III avec mydriase +++), par saignements intraparenchymateux ou par processus ischémique

Anomalies systémiques : poussée HTA, hyperthermie, œdème pulmonaire cardiogénique, trouble du rythme, altération métabolique

*\*Biologie systématique :*

- NFP, CRP
- Iono, créat
- Coag, dosage des AOD

*Et en fonction orientation :*

- BHCG
- Bilan hépatique, lipase
- troponine
- Hémocultures
- Toxiques sang et urine

**Complications aiguës**

- Resaignement 5-10 % dans les 24-48 heures (en l'absence de sécurisation anévrysmale)
- Hydrocéphalie précoce (3h-72 h)
- Hématome intraparenchymateux
- Ischémie par vasospasme incidence maximale entre 4 et 15j
- SIADH, dysrégulation glycémique

**TDMc sans et avec injection et polygone de Willis**

Pour tous les patients à la recherche d'un anévrisme, d'une malformation artério-veineuse, d'une dissection intracrânienne, d'une angiopathie spastique ou d'une thrombose veineuse cérébrale

**HSA visualisée**

Examen négatif mais **forte suspicion clinique** :

- Si disponible **IRMc** en urgence avec séquence FLAIR et T2\* (Surtout si céphalées > 7 jours)
- Si IRMc non immédiatement disponible : **ponction lombaire**

**IRMc ou PL positive**

**IRMc ou PL négative** : avis neurovasculaire

CHU St-Etienne : 04 77 82 90 25 (PDS : 04 77 82 94 65)  
CH de Roanne : 04 77 44 31 96 (PDS : 04 77 72 24 00)

**Avis NRI** : CHU St Etienne 07 44 82 90 28 ou via 15

**Avis neurochirurgical** : CHU St-Etienne au 04 77 82 91 95

Neuro-réanimateur : 04 77 82 85 66

**Mesures générales de traitement :**

Avis Réa/IOT selon habitudes locales en cas de trouble de la conscience

Lit strict, décubitus dorsal ou latéral, inclinaison dossier 30 ° possible

Surveillance clinique : Pupilles, Glasgow, NIHSS, signe d'HIC

Protection des voies aériennes : laisser le patient à jeun

Monitoring :

- HTA avec objectif PAM < 90 mm Hg,
- FC, SpO<sub>2</sub>, glycémie capillaire, doppler transcrânien

Oxygénothérapie systématique aux lunettes pour SpO<sub>2</sub> > 96 %

**Remplissage vasculaire** : préférentiellement NaCl 0,9 %  
(30 à 50 ml/kg/j et correction des troubles électrolytiques)

**Antivasospasme : nimodipine**

- PO : 60 mg /4h
- IV : 10 mg dans 50 ml vitesse 2 ml/h

**Antiépileptique (Keppra 500 mg /12h PO ou IV) si convulsion**

**Exacyl IV 1g/8h pendant 48 h**, en prévention d'un resaignement si anévrysme rompu < 4 jours

Traitement de la douleur (éliminer tout globe urinaire), de l'hyperthermie, de l'ulcère de stress

Prévention des complications thrombo-emboliques : bas de contention/compressions pneumatiques intermittentes

Arrêt des antiagrégants plaquettaires  
Et

Discuter avec le réanimateur  
accueillant le patient d'une  
transfusion de concentré plaquettaire

Arrêt des anticoagulants  
ET

Normalisation de la coagulation selon  
les recommandations de réversion  
des anticoagulants