

PRISE EN CHARGE PRÉHOSPITALIÈRE

CEPHALEE EN « COUPS DE TONNERRE » EXPLOSIVE
ou **CEPHALEE INHABITUELLE** si ATCD de céphalée chronique

+/- Déficits focaux transitoires ou persistants (hémiparésie, hémiplégie...)

+/- Signes neurologiques diffus : nausées, vomissements, troubles de vigilance, confusion brutale, épilepsie (morsure de langue, perte d'urine), irritation méningée (raideur de nuque, photophobie)

Orientation SANS DÉLAIS vers le SU de proximité pour imagerie scanographique
(si absence de détresse vitale : transport non médicalisé)

PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

TRI 1 (FRENCH)

Trouble de vigilance
et/ou déficit focal neurologique ?

TRI 2 (FRENCH)

Rechercher à l'interrogatoire :

- Date et horaire de début de la céphalée
- Circonstances, notion de chute et stigmate 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
- Traitement : Antiagrégant plaquettaire et/ou anticoagulant

TDMc sans et avec injection, polygone de Willis +/- TSA *
dans l'idéal **< 6h suivant le début des symptômes**
(meilleure sensibilité de l'examen)

- Recherche d'une HSA en premier lieu
- Recherche d'un anévrisme, d'une malformation artério-veineuse
- A défaut, recherche d'une dissection intracrânienne, d'une angiopathie spastique ou d'une thrombose veineuse cérébrale

* TSA sera fait en 2^{ème} intention si Willis négatif (recherche diagnostic différentiel)



- NFP, CRP
- Iono, créat
- TP-TCA, dosage des AOD
- Troponine
- ECG

HSA visualisée

OU Anévrisme sans HSA

Envoi image sur PACS régional

Pas HSA mais **forte suspicion clinique** :

Symptômes < 6h

Se poser la question
d'une 2^{ème}
interprétation par
radiologue ou
neuroradiologue

Symptômes > 6h

- Si disponible : IRMc en urgence avec séquences classiques et **3D FLAIR et T2***
- Si IRMc non immédiatement disponible : ponction lombaire **

IRMc ou PL ou 2^{ème} interprétation positive = HSA

Oui

Non

Avis neuro-réanimateur :

- Destination
 - Thérapeutiques immédiates (objectifs PA)
 - Thérapeutiques sur plateau technique
- => Le patient doit être le plus tôt possible sur plateau spécialisé *

HSA et anévrisme éliminés

Penser diagnostic différentiel ***
évoquer avis neurologique si
céphalée récidivante et/ou
résistante aux thérapeutiques

CHU Clermont-Ferrand	04 73 75 16 47
CHU Grenoble	04 76 76 81 41
CHU Lyon	04 72 35 58 13
CHU Saint-Etienne	04 77 82 85 66

Mesures générales de traitement dans l'attente d'un transfert :

- Si Glasgow < 9 et/ou détresse respiratoire => IOT/sédation
- Lit strict, décubitus dorsal ou latéral, inclinaison dossier 30° possible
- A jeun
- Surveillance clinique régulière : Pupilles, Glasgow, NIHSS, signe d'HIC
PA, FC, SpO2, glycémie capillaire (glycémie cible entre 5 à 10 mmol/L ou 1 à 2 g/L)
- Objectif de PAS à déterminer avec le neuro-réanimateur :

Trouble de la vigilance :
Obj PAS < 180 mmHg
PAM > 90 mmHg

Pas de trouble de la vigilance :
Obj PAS < 160 mmHg

Selon profil tensionnel patient :
Remplissage +/- amines
Nicardipine et/ou Urapidil au PSE

Nicardipine et/ou Urapidil au PSE
- Oxygénothérapie pour SpO2 cible 94-98%
- Remplissage vasculaire : préférentiellement NaCl 0,9 % (30 à 50 mL/kg/j et correction des troubles électrolytiques)
- Prophylaxie antiépileptique à discuter avec le neuro-réanimateur si le patient a convulsé (Keppra® 500 mg /12h IV)
- Arrêt des antiagrégants plaquettaires
- Arrêt des anticoagulants ET normalisation de la coagulation selon les recommandations de réversion des anticoagulants
- Traitement de la douleur (éliminer tout globe urinaire) y compris avec morphinique, de l'hyperthermie, des nausées et des vomissements

TRANSFERT VERS CENTRE AVEC PLATEAU TECHNIQUE ADÉQUAT

Dans l'idéal le transport doit être médicalisé quelle que soit la gravité initiale du patient

Le transport paramédicalisé peut être envisagé en fonction de la balance bénéfice-risque : délai arrivée centre expert / état clinique du patient

- * Complications aiguës rapides de l'HSA :
 - Resaignement 5-10 % dans les 24-48 heures (en l'absence de sécurisation anévrysmale)
 - Hydrocéphalie précoce (3h-72h)
 - Ischémie par vasospasme incidence maximale entre 4 et 15 jours

** Préciser dans la demande au laboratoire la recherche pigments xanthochromiques

- *** Diagnostic différentiel céphalée en coup de tonnerre :
 - Dissection
 - Thrombose Veineuse Cérébrale
 - SVCR (Syndrome de Vasoconstriction Cérébrale réversible)
 - Méningite
 - Hydrocéphalie aiguë
 - PRESS syndrom