

Prise en charge des hémorragies intracrâniennes spontanées

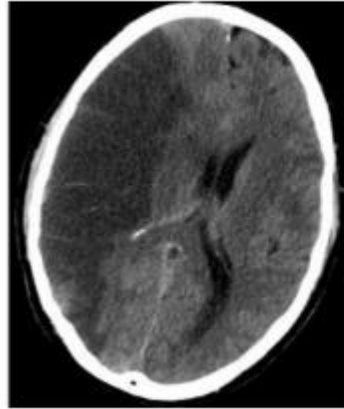
European Stroke Organisation (ESO)

European Association of Neurosurgical Societies (EANS)

2025

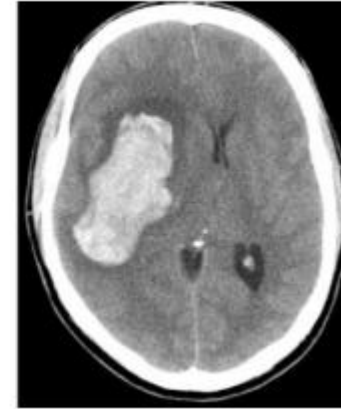
- **Définition:** hémorragie intracérébrale spontanée (HIS) = rupture d'une petite artère ou d'une autre structure vasculaire **au sein du parenchyme** cérébral **ou des ventricules** cérébraux.
 - ≠ hémorragie méningée
 - ≠ hématome sous dural/extra dural

Infarctus cérébral



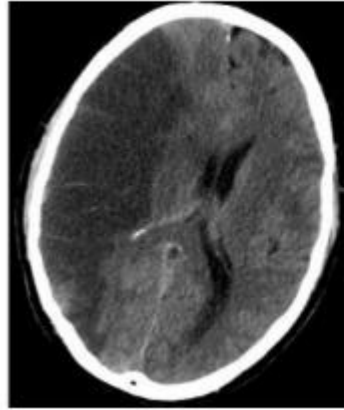
80% des AVC en France
= 95 000 hospitalisations/an

Hématome intracérébral



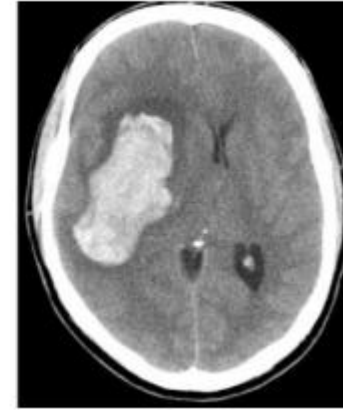
15% des AVC en France
= 16 400 hospitalisations/an

Infarctus cérébral



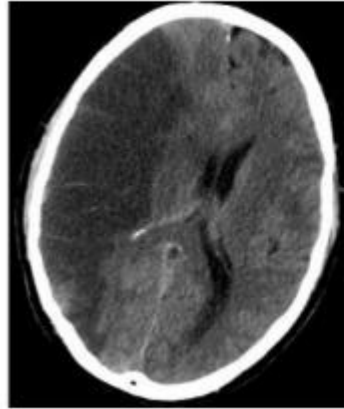
80% des AVC en France
= 95 000 hospitalisations/an
Prise en charge **protocolisée**

Hématome intracérébral



15% des AVC en France
= 16400 hospitalisations/an
Pas de protocole dédié

Infarctus cérébral

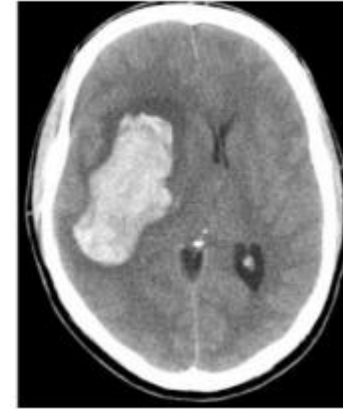


80% des AVC en France
= 95 000 hospitalisations/an

Prise en charge protocolisée

Thrombolyse, thrombectomie

Hématome intracérébral

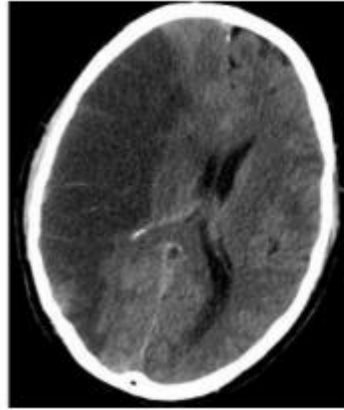


15% des AVC en France
= 16400 hospitalisations/an

Pas de protocole dédié

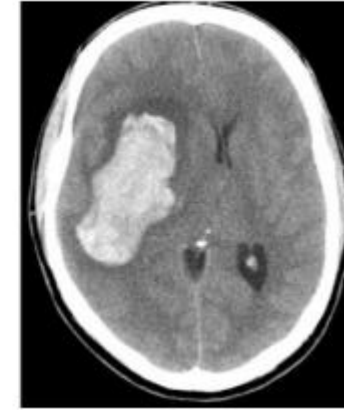
Pas de traitement spécifique

Infarctus cérébral



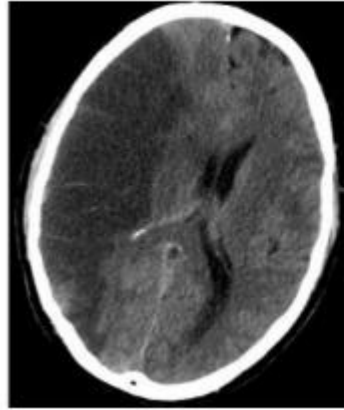
80% des AVC en France
= 95 000 hospitalisations/an
Prise en charge protocolisée
Thrombolyse, thrombectomie
Pronostic amélioré par la reperfusion

Hématome intracérébral



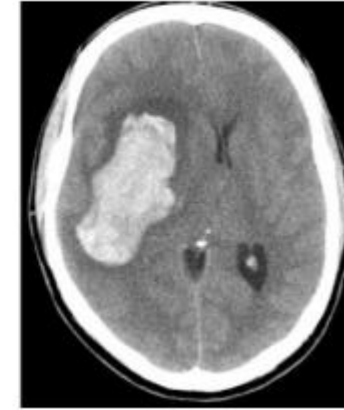
15% des AVC en France
= 16400 hospitalisations/an
Pas de protocole dédié
Pas de traitement spécifique
Mortalité stable depuis 30 ans

Infarctus cérébral



80% des AVC en France
= 95 000 hospitalisations/an
Prise en charge protocolisée
Thrombolyse, thrombectomie
Pronostic amélioré par la reperfusion

Hématome intracérébral

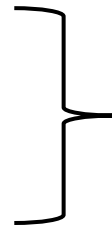


15% des AVC en France
= 16400 hospitalisations/an
Pas de protocole dédié
Pas de traitement spécifique
Mortalité stable depuis 30 ans
30% à 1 mois
50% à 1 an

Handicap + important
Récidive cardio neuro vasculaire + important

Comme tout AVC, l'hémorragie se présente par un **déficit neurologique focal brutal**.

- Céphalées,
- tb de vigilance (Glasgow < 8)
- poussée hypertensive

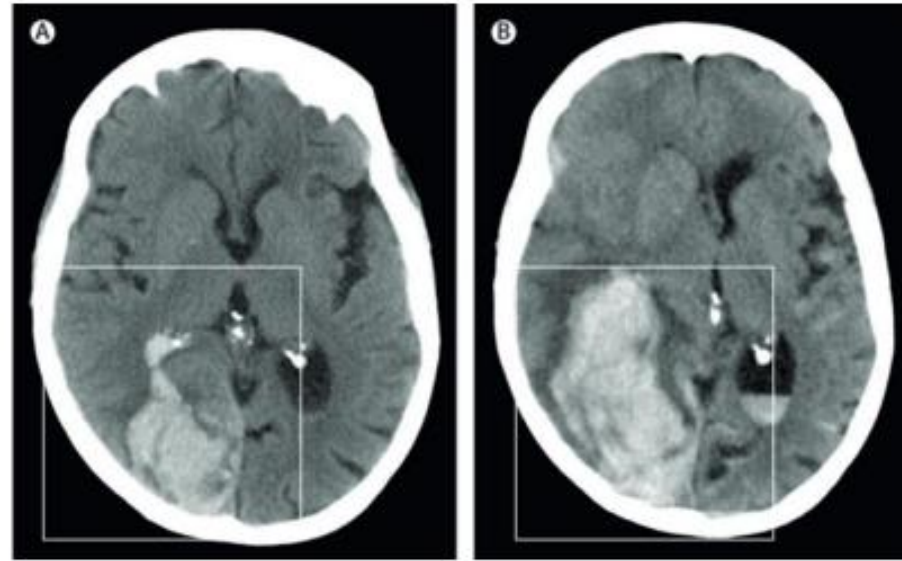


+ fréquentes **MAIS**

- **aucun signe clinique n'est suffisamment spécifique** pour distinguer infarctus/hémorragie en préhospitalier
- nécessitant dans tous les cas une **imagerie cérébrale la plus rapide possible**.

Introduction

L'hémorragie est un phénomène dynamique: **expansion initiale**



Admission

Scanner à H+2

Scanner à H+10

J1

Comme pour tout AVC, le concept du **gain de temps** de prise en charge pour **préserver le tissu cérébral** est la règle d'or.

« **Time is brain** »

Freixa-Cruz et al, Sci Rep 2025; 15 (1) :2959

Mac Dermott et al: Cerebrovasc Dis 2025; 34(10) 108413

Runchey et al, JAMA 2010; 303(22): 2280-6



Recommandations:

- AHA/ASA 2022
- ESO 2025
- UrgARA 2026

Propositions ESO 2025

37 questions cliniques regroupées en 6 groupes:

- PICO 1- recommandations générales
- PICO 2- gestion HTA
- PICO 3- hémostase
- PICO 4- chirurgie
- PICO 5- gestion des ACSOS
- PICO 6- prévention secondaire

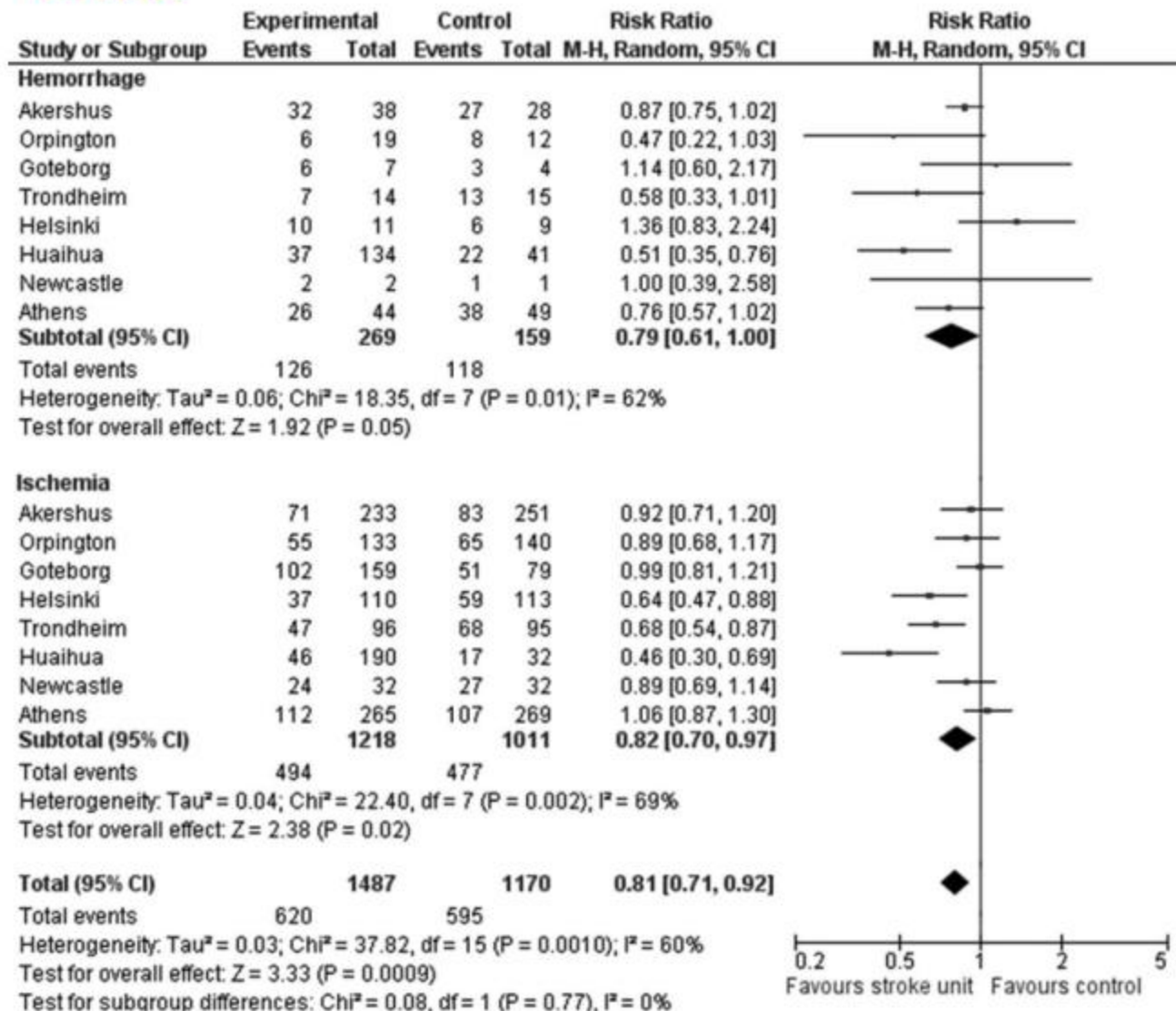
1- admission en UNV

1- Chez les patients avec HIC spontanée ne nécessitant pas de soins intensifs, nous recommandons l'admission dans une unité neurovasculaire spécialisée afin de réduire le risque de décès ou de dépendance.

Niveau de preuve : Modéré ⊕⊕⊕
Force de la recommandation : Forte en faveur de l'intervention ↑↑

PICO 1.1.1

Management on specialised units



Stroke unit vs conventional care:
death or dependency at the end of
scheduled follow-up

Relative risk of 0.79; 95% CI 0.61–1.00

2- Imagerie cérébrale

Imagerie cérébrale en urgence
pour distinguer hémorragie et ischémie, et guider le traitement.

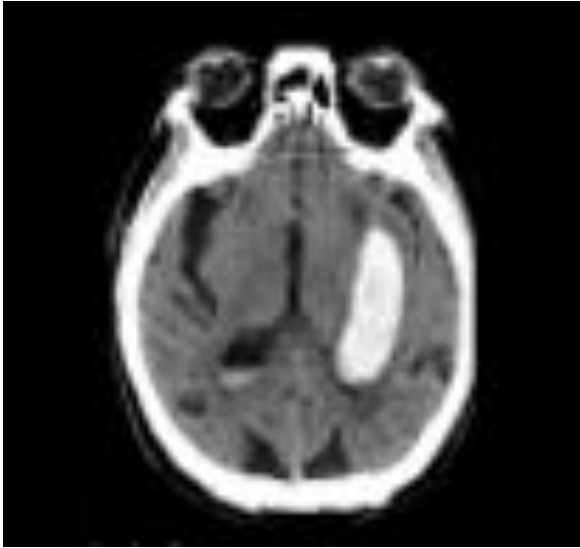
Imagerie initiale

3 objectifs principaux:

- confirme la **nature hémorragique** d'un AVC
- oriente l'**étiologie**
- évalue les **critères pronostics**

Confirmation du diagnostic

TDM cérébrale non injectée
hyperdensité spontanée au
sein du parenchyme

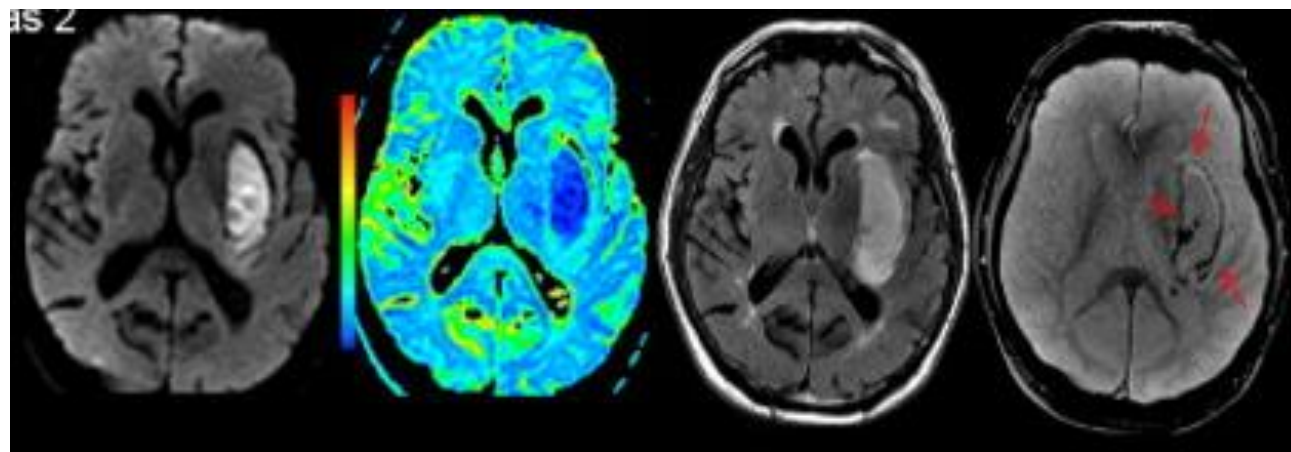


Confirmation du diagnostic

TDM cérébrale non injectée
hyperdensité spontanée au
sein du parenchyme



IRM cérébrale
aussi performante que le
scanner pour le diagnostic
d'AVC hémorragique



diffusion

ADC

FLAIR

T2*

Confirmation du diagnostic



Bien penser à
regarder toutes
les séquences !

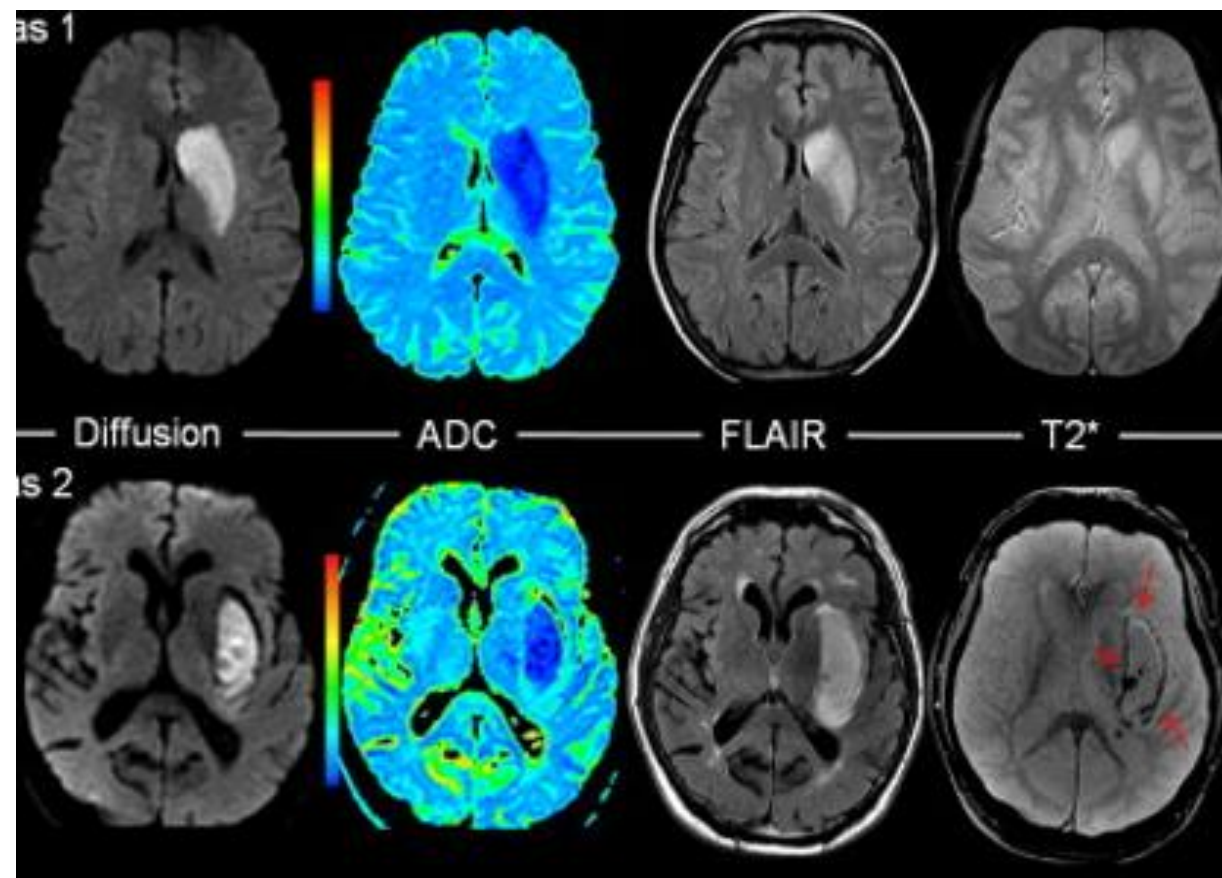
TDM cérébrale non injectée
hyperdensité spontanée au
sein du parenchyme



Infarctus

Hématome

IRM cérébrale



Orientation étiologique

En fonction localisation et signes associés:

Sur le scanner



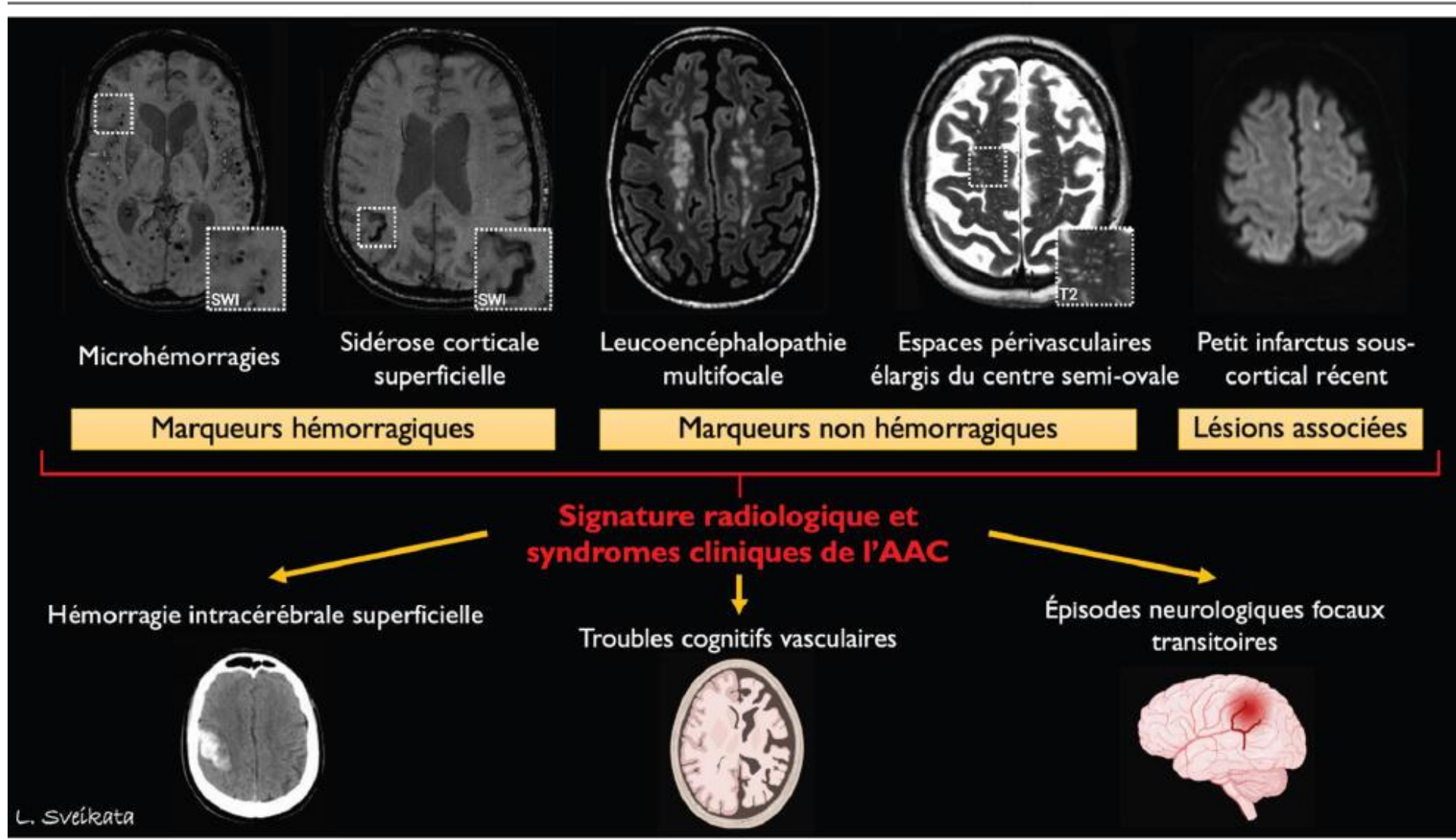
maladie des petites artères hypertensive
en cas d'hémorragie profonde



angiopathie amyloïde cérébrale en cas d'hémorragie lobaire,
d'HSA associée et un aspect de l'hématome et de l'œdème
infiltrant le parenchyme sous-cortical « en doigt de gant »

Orientation étiologique:

Sur l'IRM



Imagerie initiale

L'injection de produit de contraste concomitant peut être utile

- temps artériel précoce et temps plus tardif
 - pour rechercher cause macrovasculaire (MAV, etc.)
 - pour donner des éléments pronostics (« spot sign »...)

- Si hémorragie **lobaire** spontanée et < 70 ans
- Si hémorragie **profonde** ou de la **FCP** et < 45 ans
- Si hémorragie **profonde** ou de la **FCP** et **sans antécédents d'HTA** et **45 à 70 ans**

Imagerie initiale

Intérêt du score DIAGRAM pour orienter l'exploration de la cause

Critère	Caractéristique	Points
Âge	≤ 50 ans	1
	> 50 ans	0
Maladie des petits vaisseaux (SVD)	Absente	2
	Présence (leucoaraïose, microsaignements)	0
Localisation de l'hématome	Fosse postérieure (cervelet, tronc)	3
	Lobaire / Corticale	2
	Profonde (ganglions de la base, thalamus)	0
Le score total varie de 0 à 6 points.		
Interprétation globale		
• Score bas (0 à 2) : Faible probabilité de cause structurelle.		
• Score élevé (3 à 6) : Forte suspicion de malformation vasculaire. Angiographie fortement recommandée.		

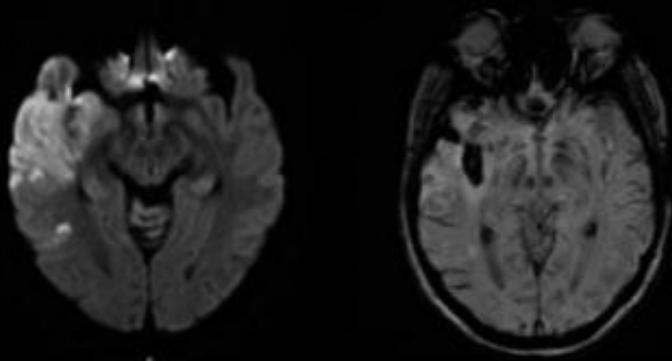
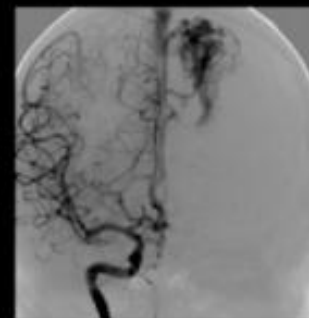
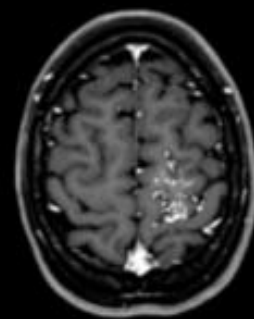
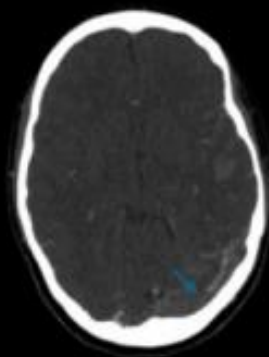
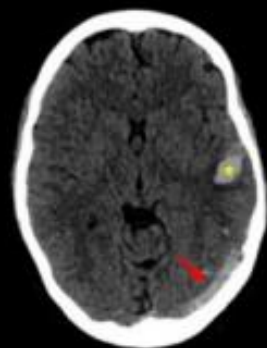
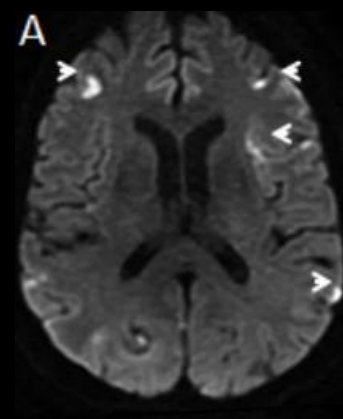
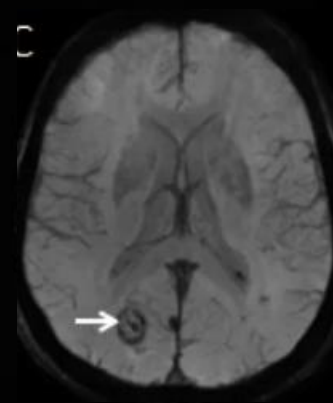
Niveau de preuve : Faible ⊕⊕ Force de la recommandation : Faible en faveur de l'intervention ↑ ?

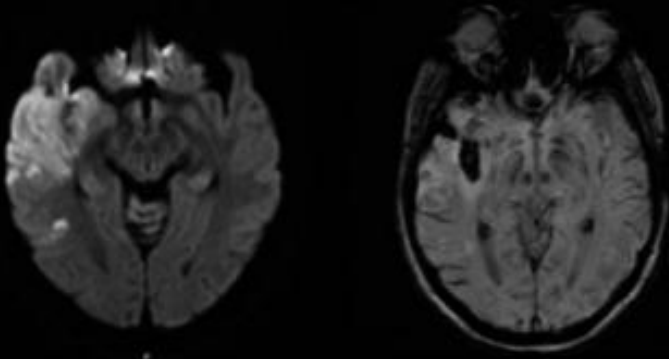
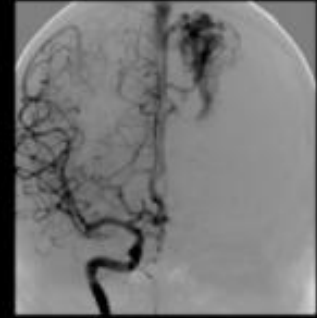
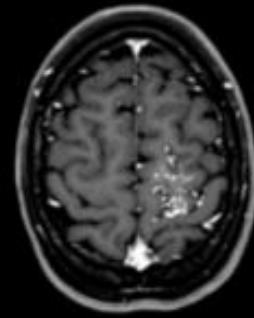
Imagerie initiale

Incertitude sur supériorité de l'angioTDM ou de l'angioIRM sur l'angiographie conventionnelle pour détecter malformation vasculaire:

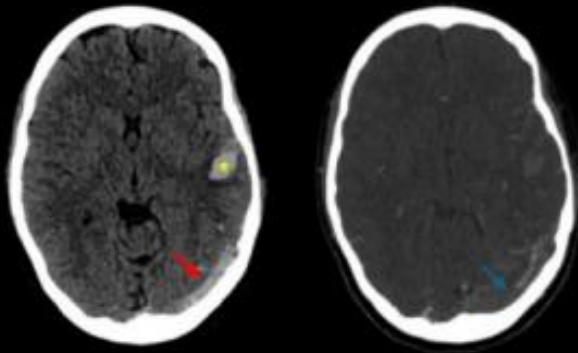
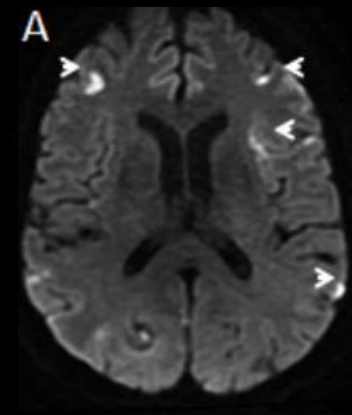
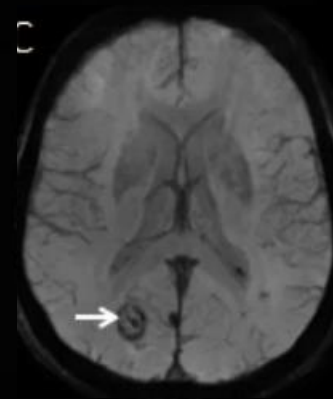
Il est recommandé d'utiliser l'angioTDM ou angioARM artérielles et veineuses pour sélectionner les patients qui nécessitent une angiographie cérébrale conventionnelle.

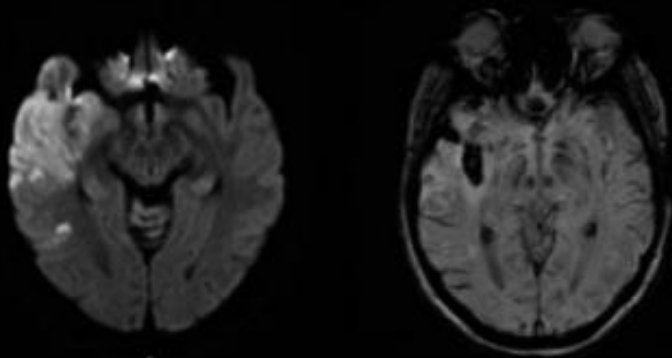
Niveau de preuve : Faible $\oplus\oplus$
Force de la recommandation : -

A**B****C****D**

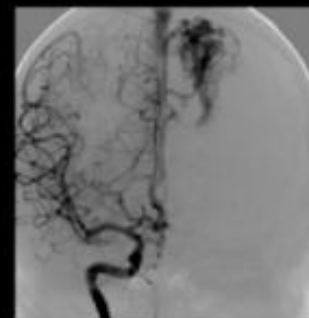
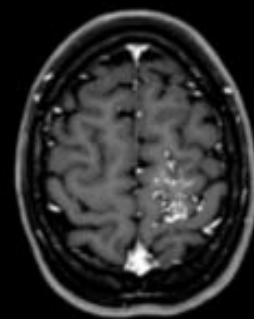
A**B**

Transformation hémorragique d'un infarctus

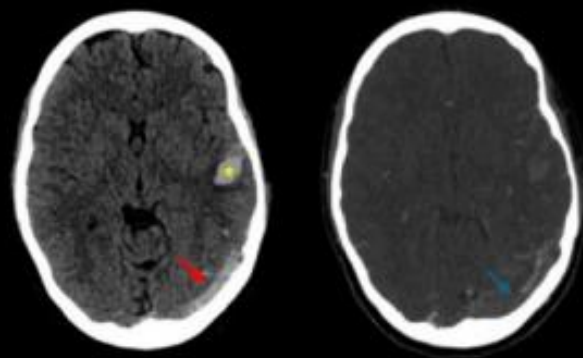
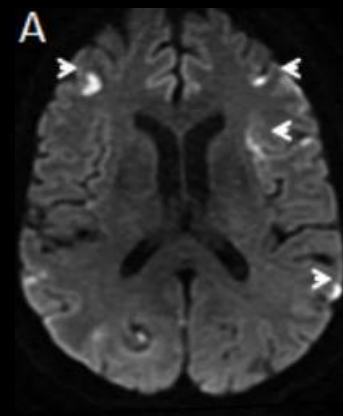
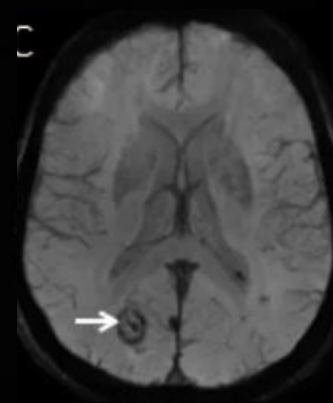
C**D**

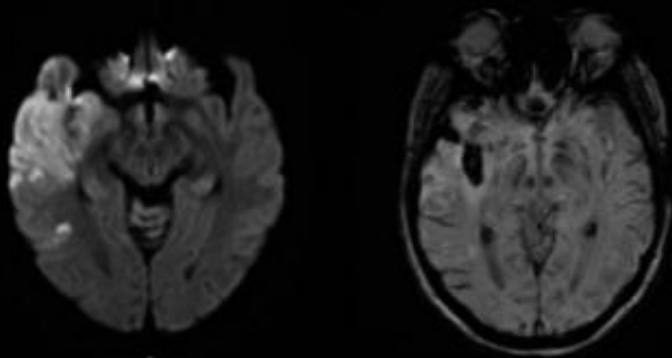
A

Transformation hémorragique d'un infarctus

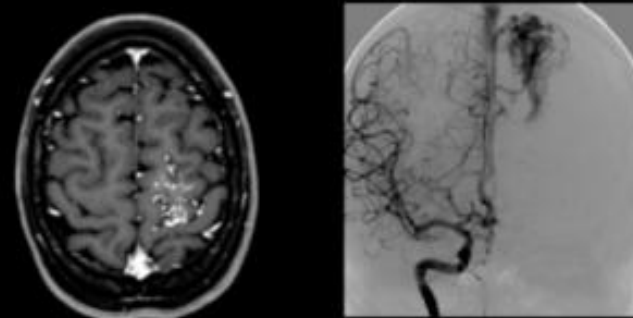
B

Rupture de MAV

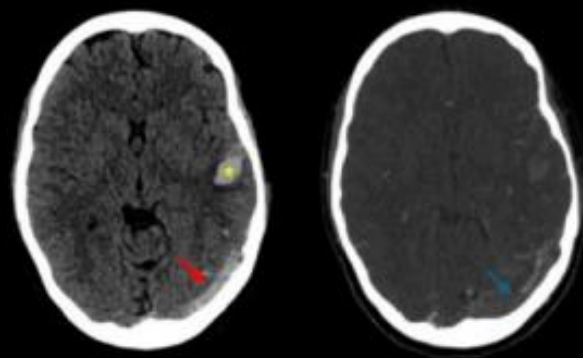
C**D**

A

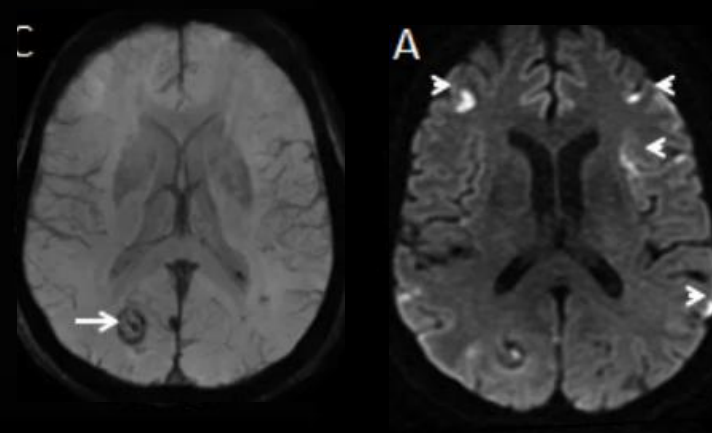
Transformation hémorragique d'un infarctus

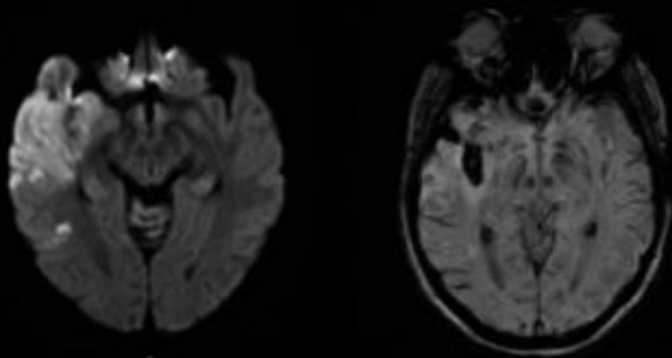
B

Rupture de MAV

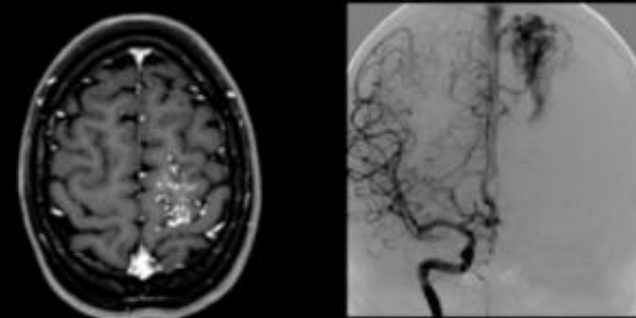
C

Thrombose veineuse cérébrale

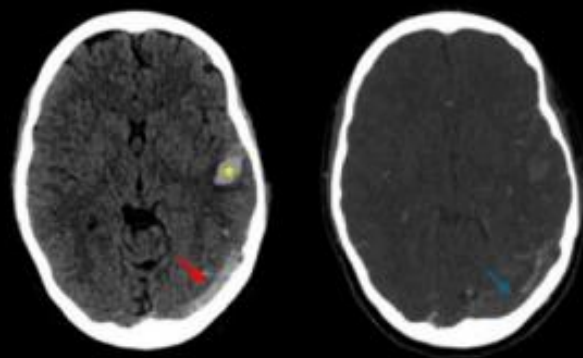
D

A

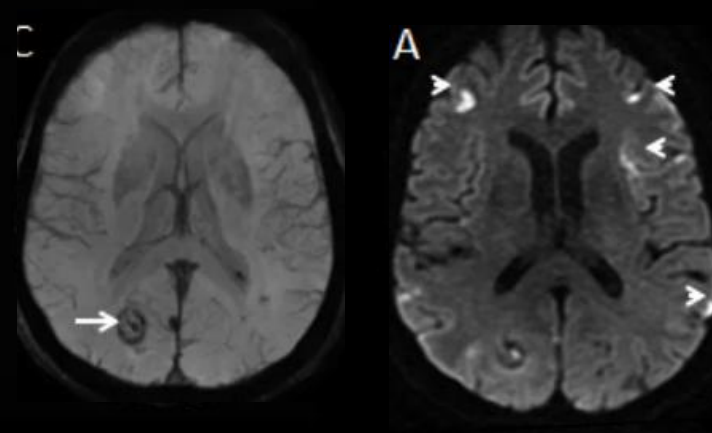
Transformation hémorragique d'un infarctus

B

Rupture de MAV

C

Thrombose veineuse cérébrale

D

Endocardite infectieuse

Critères pronostiques

- Localisation (TC/cervelet)
- volume initial (30 ml)

Critères pronostiques

- Localisation (TC/cervelet)
- volume initial (> 30 ml)

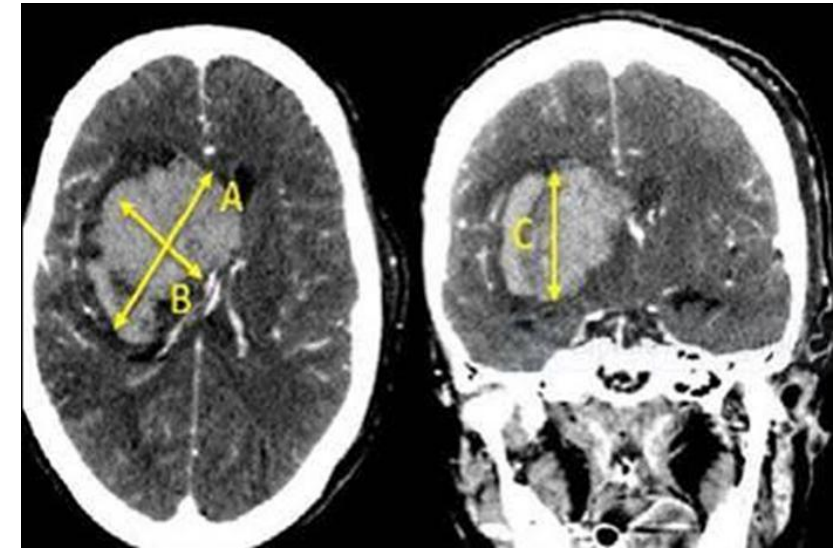
Volume de l'hématome:

$$\frac{A \times B \times C}{2}$$

A = largeur max (cm)

B = perpendiculaire à A (cm)

C = nombre de coupes contenant du sang ×
épaisseur de coupe (en cm)

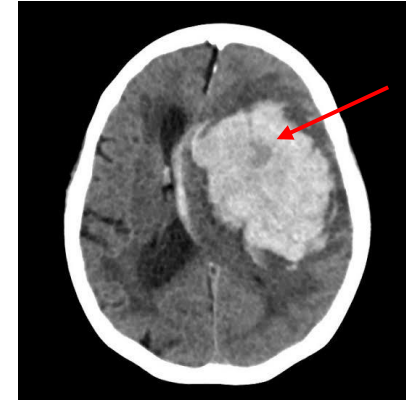


Critères pronostiques

- Localisation (TC/cervelet)
- volume initial (> 30 ml)
- diffusion intraventriculaire du sang,
- hydrocéphalie aiguë,
- effet de masse avec signes d'engagement,
- risque de croissance secondaire de l'hématome:

Critères pronostiques

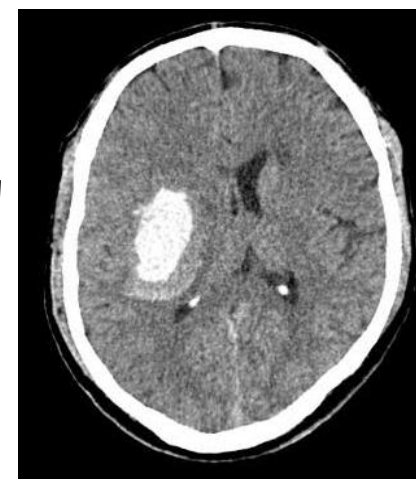
- prédicteurs de croissance
 - volume de l'hématome initial > 16 ml
 - hétérogénéité de la densité de l'hématome



« swirl sign »



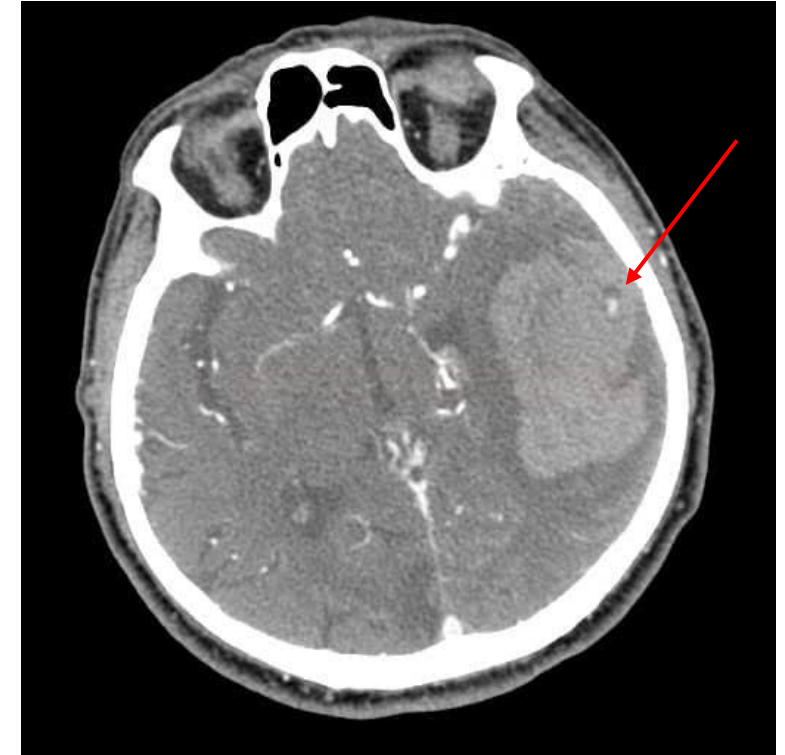
« black hole »



« blend sign »

Critères pronostiques

- prédicteurs de croissance
 - volume de l'hématome initial > 16 ml
 - hétérogénéité de la densité de l'hématome
 - « spot sign » objectivé après injection



« spot sign »

1 – recommandations générales

3- évaluation du pronostic

Score de Hemphill (ICH)		
CRITERES		POINTS
Glasgow	3-4	2
	5-12	1
	13-15	0
Volume de l'hématome	≥ 30 ml	1
	< 30 ml	0
Hémorragie intraventriculaire	Oui	1
	Non	0
Age	≥ 80 ans	1
	< 80 ans	0
Topographie sous-tentorielle	Oui	1
	Non	0

SCORE ICH	MORTALITE A 1 MOIS
5 ou 6	100 %
4	97 %
3	72 %
2	26 %
1	13 %
0	0 %

1 - recommandations générales

3- évaluation du pronostic

Il reste incertain que les outils de prédiction de l'évolution aient de meilleures propriétés prédictives que l'évaluation des cliniciens.

Nous suggérons de **limiter l'utilisation des scores de pronostic** et de ne pas les utiliser comme méthode principale ou unique pour prédire l'évolution, en raison du risque de prophétie auto-réalisatrice.

Niveau de preuve : Faible $\oplus\oplus$
Force de la recommandation : -

1- recommandations générales

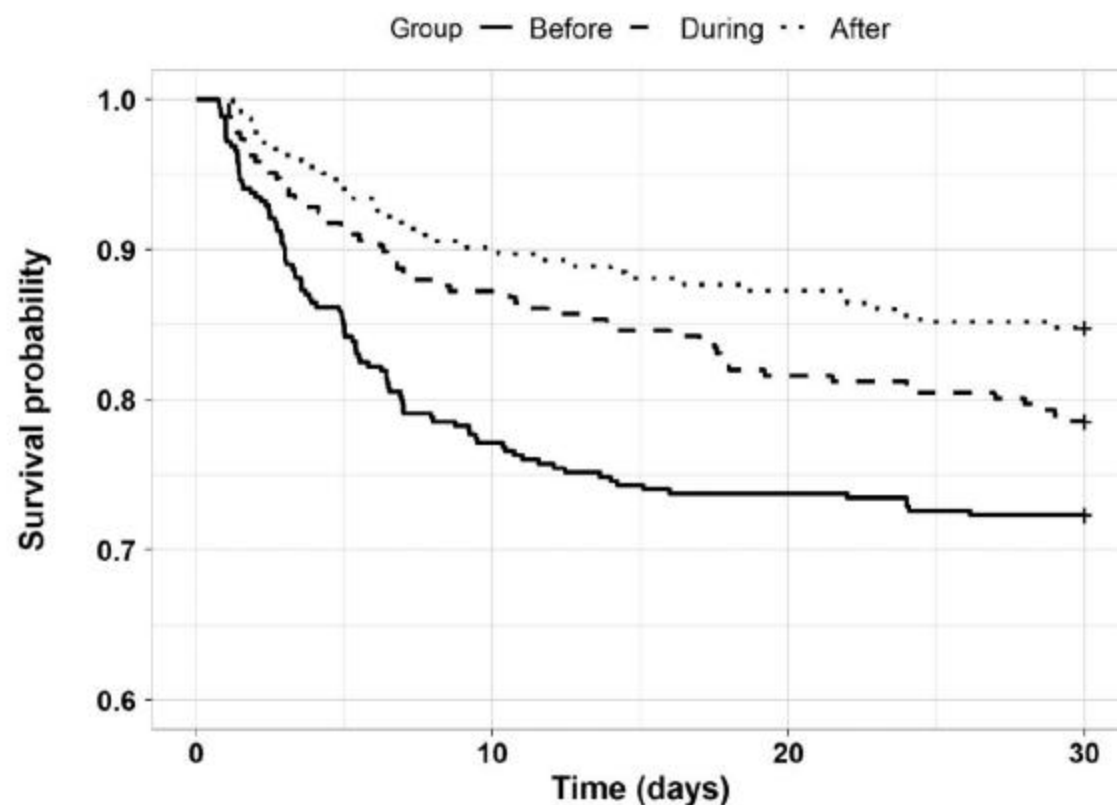
3- évaluation du pronostic

Nous suggérons **de ne pas** appliquer de politiques générales de **limitation de traitement** ou d'établir un **ordre de ne pas réanimer dans les 24 heures** suivant l'apparition d'une HIC ;

les décisions doivent être prises au cas par cas selon la volonté du patient et la situation clinique.

Niveau de preuve : Très faible ⊕
Force de la recommandation : -

Reduction in **early DNR orders** mediated **53%** of the association between bundle implementation and the **reduced 30-day case fatality**



Measure	Before implementation, n = 353	During Implementation, n = 266	After Implementation, n = 241	<i>p</i>
DNR <24 hours, n (%)	96 (27.2)	47 (17.7)	38 (15.8)	<0.001



THE EUROPEAN ASSOCIATION
OF NEUROLOGICAL SOCIETIES



EUROPEAN STROKE
ORGANISATION

Recommandations: envisager un abaissement tensionnel si
TAS comprise entre **150 et 220 mm Hg**.

Incertitude concernant la balance bénéfice risque, continuer à inclure dans des essais thérapeutiques

Consensus d'experts:

- Abaisser la pression artérielle systolique **< 140 mmHg**
- **Dans les 6h** (le plus tôt possible)
- Chez les patients présentant un **hématome mineur ou modéré (taille < 30 ml)**
- en évitant une réduction **< 70 mmHg** par rapport à la PAS d'entrée
- en évitant une réduction en deçà de **110 mmHg**
- en minimisant +++ les fluctuations tensionnelles,
- à maintenir durant les 7 premiers jours

- Abaissement tensionnel **déconseillé** si :
 - Hématome volumineux avec **effet de masse**
 - **Chirurgie** d'évacuation de l'hématome prévue
 - HTA extrêmement sévère avec **pression artérielle systolique > 220 mmHg**

Recommandation cohérente avec lignes directrices AHA/ASA ICH 2022 .

Niveau de preuve : Faible ⊕⊕
Force de la recommandation : -

Quels médicaments utiliser?

Médicament	Classe thérapeutique	Mode d'administration (IV)	Avantages principaux	Vigilance / Contre-indications
Nicardipine	Inhibiteur calcique	Perfusion continue au PSE (Pousse-Seringue Électrique).	• Action rapide et puissante. • Facile à titrer pour stabiliser la TA. • Pas d'effet dépresseur sur le cœur.	• Risque de tachycardie réflexe. • Phlébite locale si injecté sur une petite veine périphérique.
Labétalol	Alpha/Bêta-bloquant	Bolus lents répétés ou perfusion continue au PSE.	• Double action (baisse la TA et la fréquence cardiaque). • Idéal si le patient est tachycarde.	• Contre-indiqué en cas d'asthme sévère, BPCO ou bloc auriculo-ventriculaire (BAV). • Risque de bradycardie sévère.
Urapidil	Alpha-bloquant périphérique / Agoniste sérotoninergique	Bolus initial suivi d'une perfusion continue au PSE.	• Préserve le flux sanguin cérébral. • Très bonne tolérance cardiaque (pas de tachycardie).	• Risque de vertiges ou nausées en cas de baisse trop rapide. • Moins puissant que la nicardipine chez certains patients.

3 situations:

ICH not associated with
antithrombotic treatment



ICH associated with
antiplatelet treatment



ICH associated with
anticoagulant treatment



En cas d'HIS SANS LIEN avec un antithrombotique:

- Pas d'indication à utiliser FVII recombinant en dehors d'essais thérapeutiques
- Discuter acide tranexamique, même en l'absence d'essai thérapeutique

Niveau de preuve : Très faible ⊕
Force de la recommandation : Faible
Contre l'intervention ↓?

En cas d'HIS sous antiplaquettaire :

- **PAS DE TRANSFUSION DE PLAQUETTES** (sauf si chirurgie envisagée)
- pas d'indication à utiliser la desmopressine **en dehors d'essai thérapeutique.**

Niveau de preuve : Modéré ⊕⊕⊕

Force de la recommandation : Faible contre l'intervention ↓?

Niveau de preuve : Très faible ⊕

Force de la recommandation : -

Niveau de preuve : Très faible ⊕
Force de la recommandation : -

En cas d'HIS sous anticoagulants:

Aucune recommandation basée sur des preuves n'est formulée

Consensus d'experts:

Sous AVK:

Vit K 10 mg

+

PPSB

30 et 50 unités/kilo si INR ≥ 2

10 unités kilos si INR 1,3 à 1,9

Objectif INR < 1,3 à H+1

Sous Dabigatran:

PRAXBIND 2,5 g:

2 perfusions I.V.

consécutives de 5 minutes
chacune

Sous Apixaban ou Rivaroxaban:

l'utilisation de **PPSB** peut être envisagée, mais il est suggéré de bien peser la balance bénéfice sur la limitation d'expansion de l'hématome, et le risque d'événement thrombo-embolique

Place de l'andexanet ?

3 situations



Hématome supratentorial



Extension
intraventriculaire

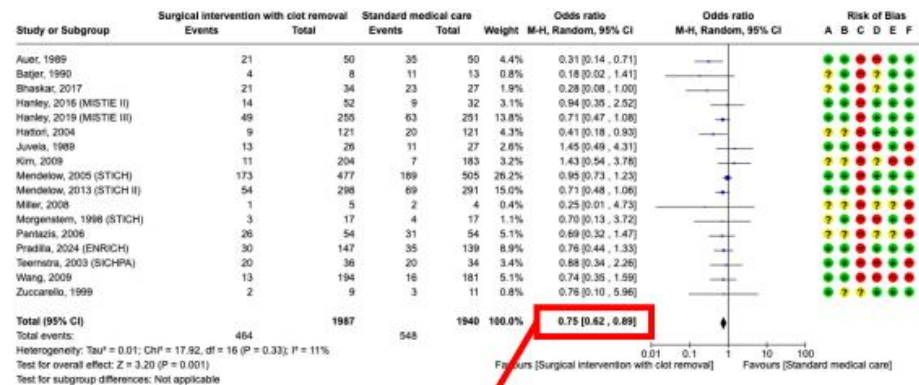


Hématome infratentorial

Hématome supratentoriel spontané

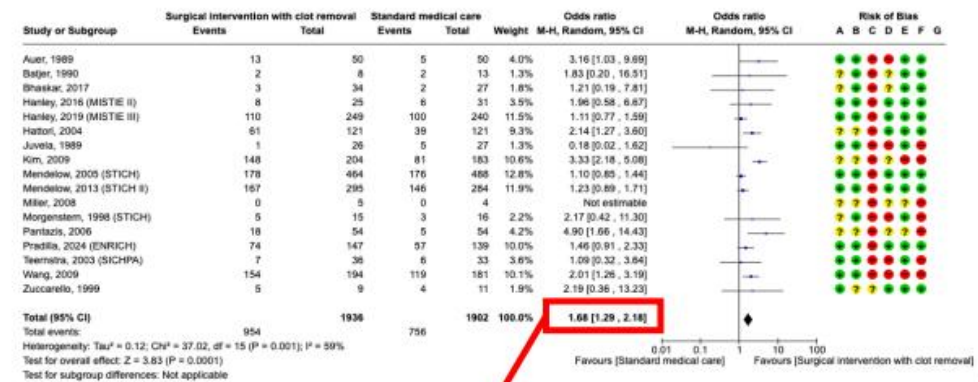
Il est maintenant prouvé que la chirurgie d'évacuation de l'hématome apporte un bénéfice

Death at 3–12 months



0.75 [0.62 , 0.89]

Good functional outcome (mRS 0-3) at 3–12 months

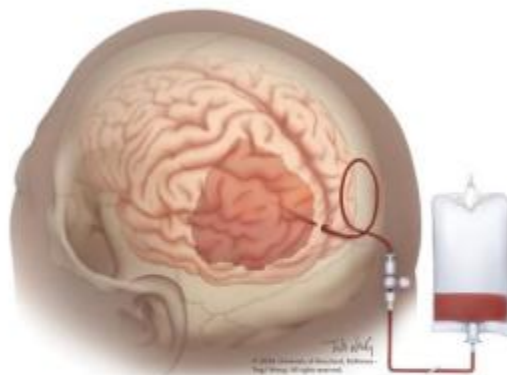


1.68 [1.29 , 2.18]

Quelle chirurgie?



Craniotomy



Stereotactic aspiration
with clot lysis



Minimally-invasive surgery

Hématome supratentorial **lobaire** spontané:

Envisager une chirurgie mini invasive d'évacuation de l'hématome, dans les **24h**:

en particulier chez les patients avec

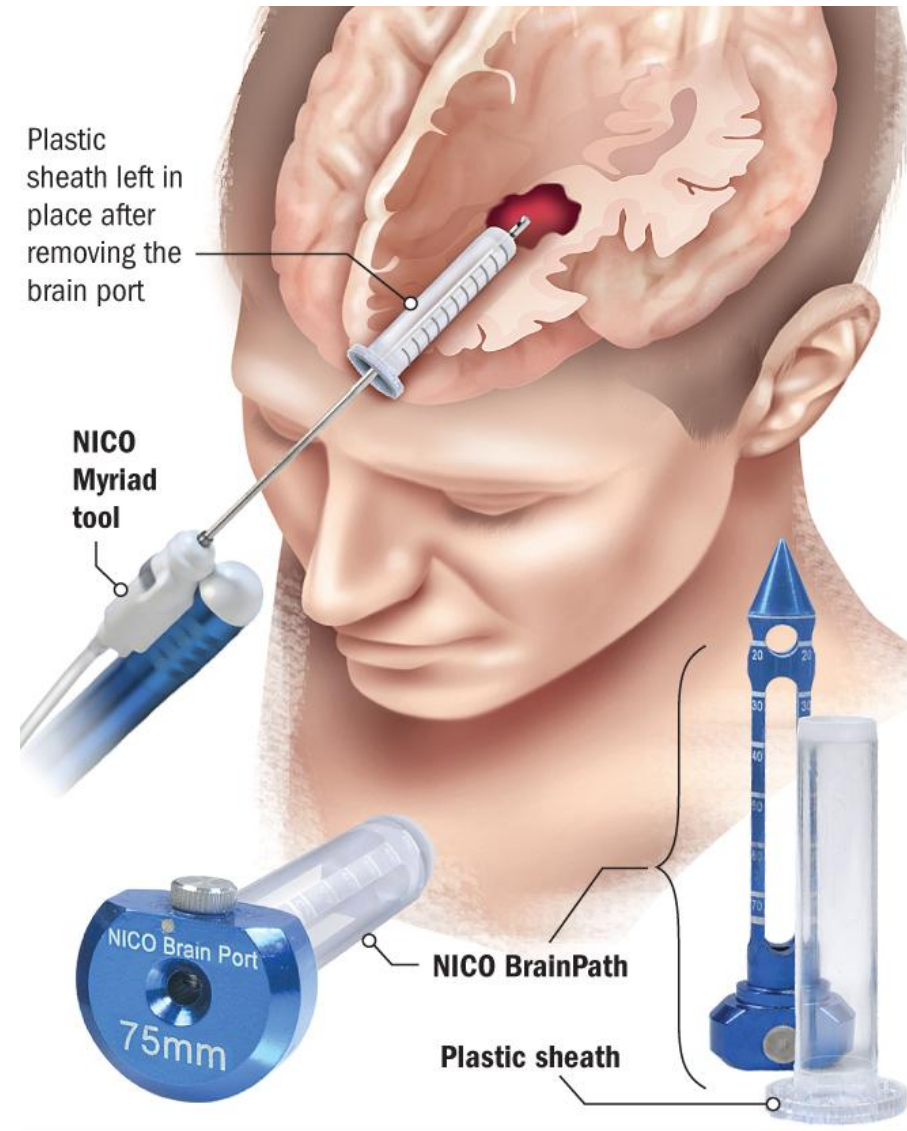
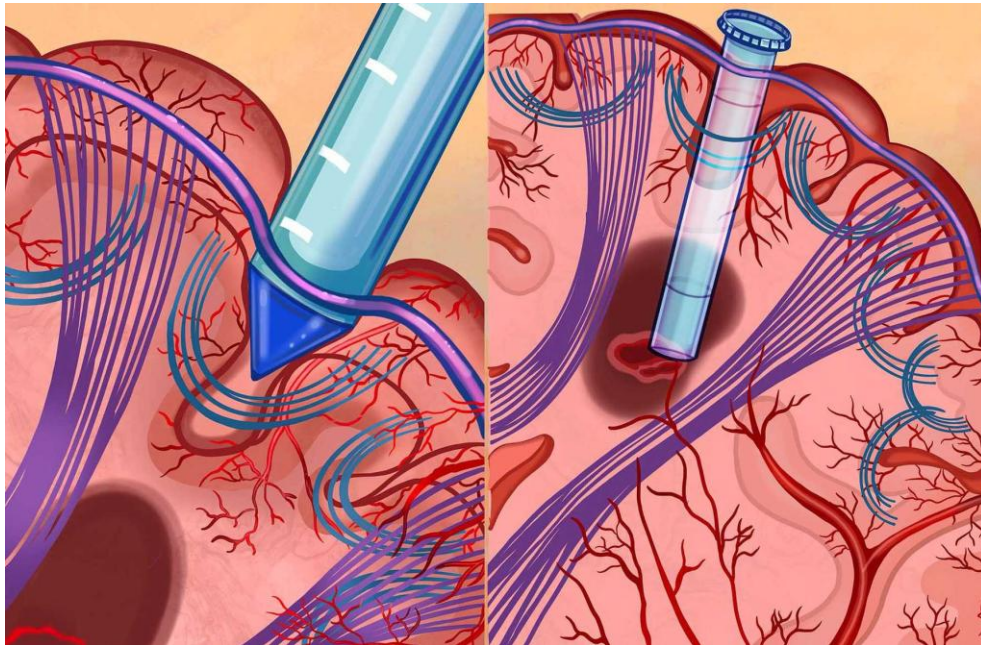
- Volume 20 à 100 ml
- Glasgow 8 à 13

Si chirurgie mini invasive non disponible: discuter chirurgie standard d'évacuation.

Les preuves de l'intérêt de la micro chirurgie avec placement de cathéter et thrombolyse in situ sont insuffisantes pour proposer l'utilisation de cette technique: inclure dans les essais thérapeutiques.

Niveau de preuve :Très faible ⊕
Force de la recommandation : Faible pour intervention ↑?

La technique la plus prometteuse:
transsulcale et parafasciculaire



Hématome supratentorial **profond** spontané

Discuter craniectomie décompressive (et non chirurgie d'évacuation) si :

- Patient de 18 à 75 ans
- Glasgow 8 à 13
- NIHSS 10 à 30
- Volume 30 à 100 ml
- Dans les **72h**

Uniquement pour éviter un décès ou un handicap majeur donc à pondérer selon l'état antérieur et directives anticipées +++

Hématome infratentorial spontané

envisager chirurgie d'évacuation si hématome cérébelleux > 15 ml
(3 cm de Ø) pour augmenter la survie.

0.28 [0.15 , 0.51]



Niveau de preuve : Très Faible ⊕

Force de la recommandation : Faible pour intervention ↑?

Hémorragie avec inondation ventriculaire

envisager un

Drainage Ventriculaire Externe si

inondation ventriculaire avec hydrocéphalie et trouble de conscience
pour réduire le risque de décès.

+/- avec thrombolyse locale

+/- avec chirurgie miniinvasive d'évacuation du sang intraventriculaire.

Surveillance de la pression intracranienne

Incertitude concernant l'intérêt d'une mesure invasive de la pression intra cranienne pour réduire la mortalité /le handicap: inclure dans des essais thérapeutiques

Chez les patients présentant un **volumineux hématome intracérébral** spontané **avec effet de masse**, chez lesquels la surveillance clinique seule n'est pas possible, l'utilisation de monitoring invasif de la pression intracranienne peut être envisagée, de préférence en utilisant des **mesures intraventriculaires**, avec l'option d'une évacuation de LCR.

Niveau de preuve : faible ⊕
Force de la recommandation : -



Thrombose veineuse

Il est suggéré la compression pneumatique intermittente pour les patients victimes d'HIS, immobiles, pour prévenir le risque de thrombose veineuse profonde



Lancet 382, 516–524 (2013).

pour une durée de 30 j ou au moins jusqu'à récupération de la marche sans aide technique.

Incertitude sur la prévention de l'embolie pulmonaire et la réduction de mortalité

Niveau de preuve : Très Faible ⊕
Force de la recommandation : Faible pour intervention ↑?

5- prévention des complications

- Incertitude concernant la balance bénéfice risque de l'utilisation des HBPM en prévention des thromboses veineuses et de l'embolie pulmonaire
- Consensus d'experts: la prophylaxie par HBPM peut être proposée
 - après 24h,
 - si l'HIS est stabilisé
 - si la compression pneumatique intermittente n'est pas disponible ou réalisable.
 - pour les patients immobiles, ou à haut risque (en raison de comorbidités ou de médicaments prothrombotiques).

Niveau de preuve : Très faible ⊕

Force de la recommandation : -

Epilepsie

Pas d'indication de traitement anti épileptique en l'absence de crise

Pas de recommandation formelle sur l'utilisation d'un traitement anti épileptique en cas de crise symptomatique survenant dans les 7 1ers jours

Si un traitement anti épileptique a été initié après une crise symptomatique survenue durant les 7 1ers jours, sans récurrence par la suite, il est suggéré d'interrompre le traitement anti épileptique à partir de 4 semaines.

Niveau de preuve : Modéré $\oplus\oplus\oplus$

Force de la recommandation : Faible contre l'intervention $\downarrow$?

Utilisation d’anti inflammatoires

Substance	No of RCTs	Enrolled patients
Anakinra	1 RCT	25
Celecoxib	1 RCT	44
Citicoline	1 RCT	38
Corticosteroids	6 RCTs	429
Deferoxamine	2 RCTs	333
Edaravone	38 RCTs (China)	3454
Fingolimod	1 RCT	23
Minocycline	2 RCTs	36
Panax notoginseng	No official RCTs	
Reactive oxygen species scavengers	1 RCT	123

L’utilisation de traitements anti inflammatoires est formellement déconseillée en dehors d’essais thérapeutiques.

Niveau de preuve : Très faible ⊕
Force de la recommandation : **Forte contre** l’intervention ↓↓

ESO ICH Care Bundle

Lower Blood Pressure



< 140 mmHg
< 1 Hour

Blood Glucose Control



110–141 mg/dl
(6.1–7.8 mmol/L)
141–180 mg/dl (8–10)
with Diabetes

Reduce Fever



< 37.5 °C
< 1 Hour

Reverse Anticoagulation



INR < 1,3
< 1 Hour

Additional Measures



Avoid DNR
Orders



Dysphagia
Screening



Neurosurgical
Consultation

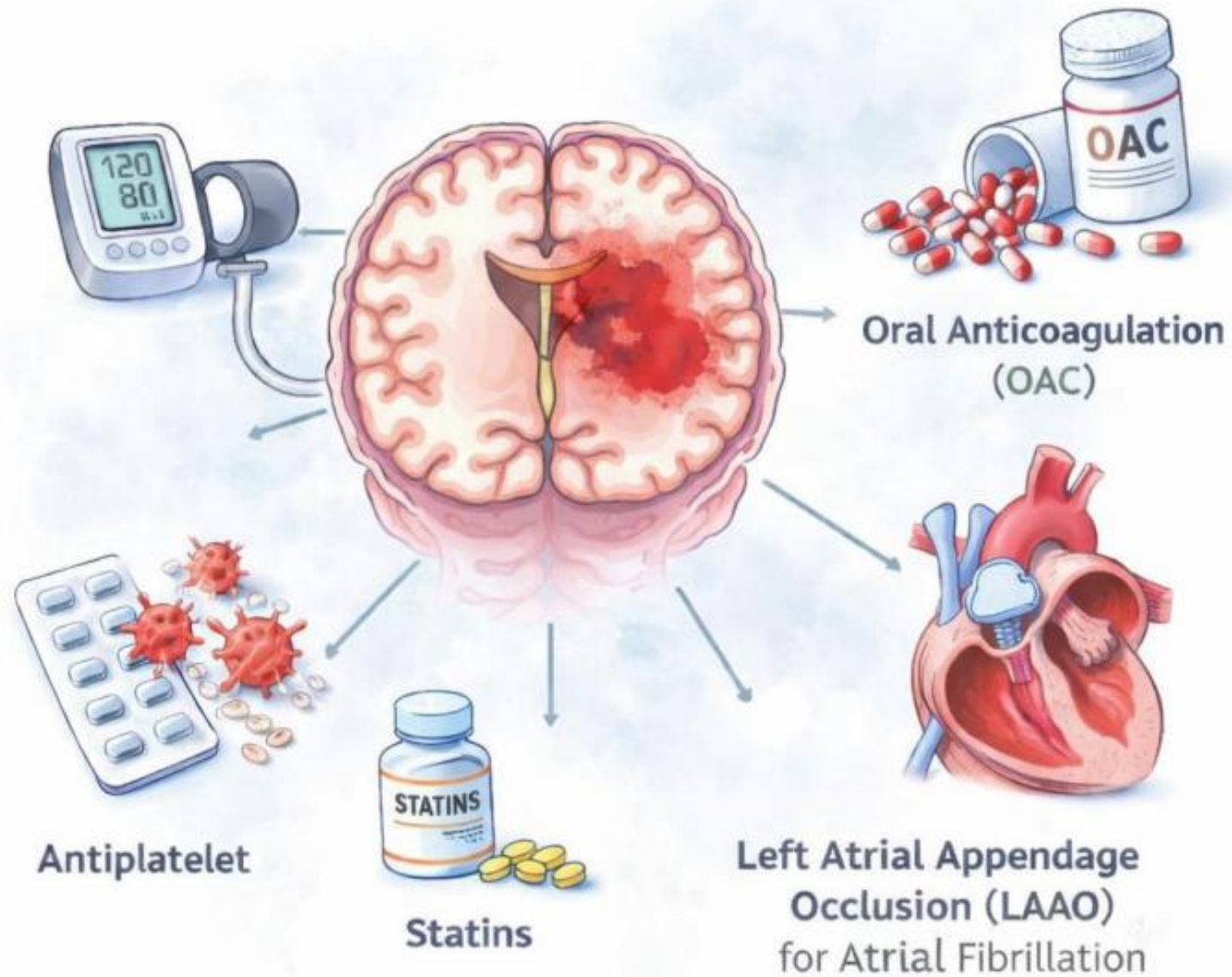


Promote Study
Enrollment



AI Gen. Symbolic.

6- prévention secondaire



6 – prévention secondaire

1- gestion de l'HTA

Le contrôle de l'HTA est capitale après une HIC pour limiter le risque de récurrence et de complications vasculaires.

La cible et le traitement doivent être adaptés au patient.

Consensus d'expert: maintien de la **TA < 130/80**

6 – prévention secondaire

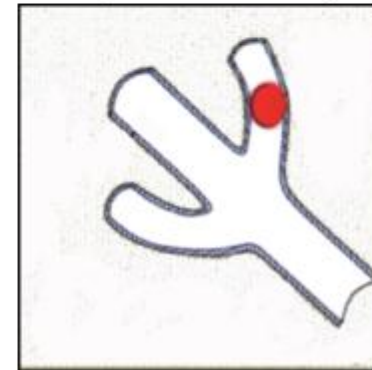
2- gestion des anti coagulants

Gestion des anticoagulants en cas de FA:
l'éternel dilemme de la reprise

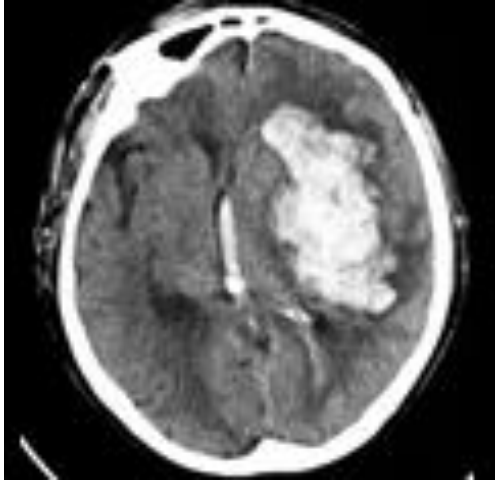
Risque hémorragique ?



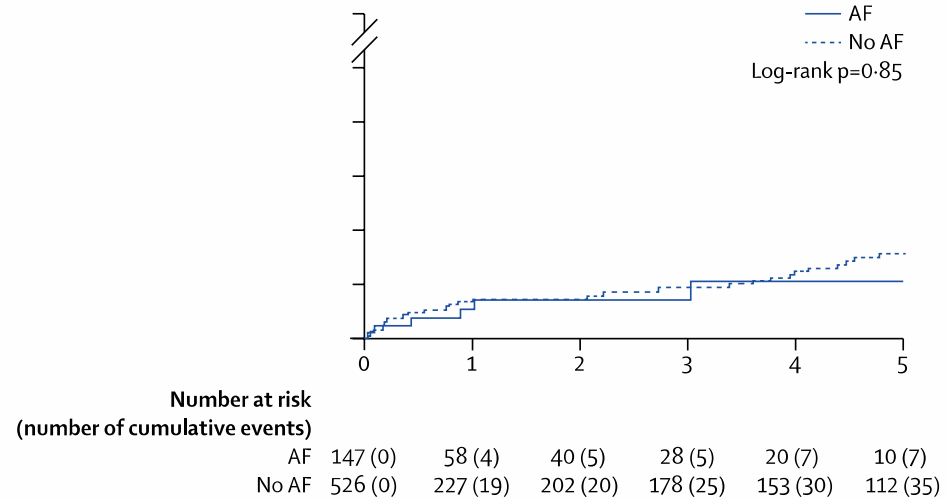
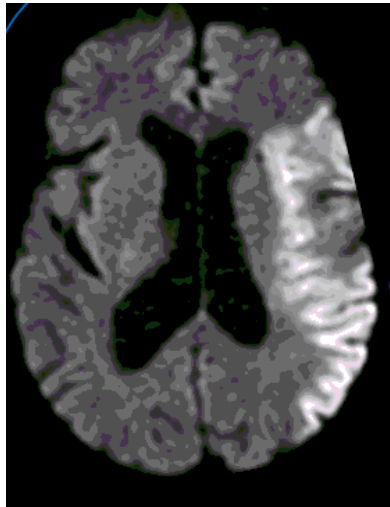
Risque ischémique?



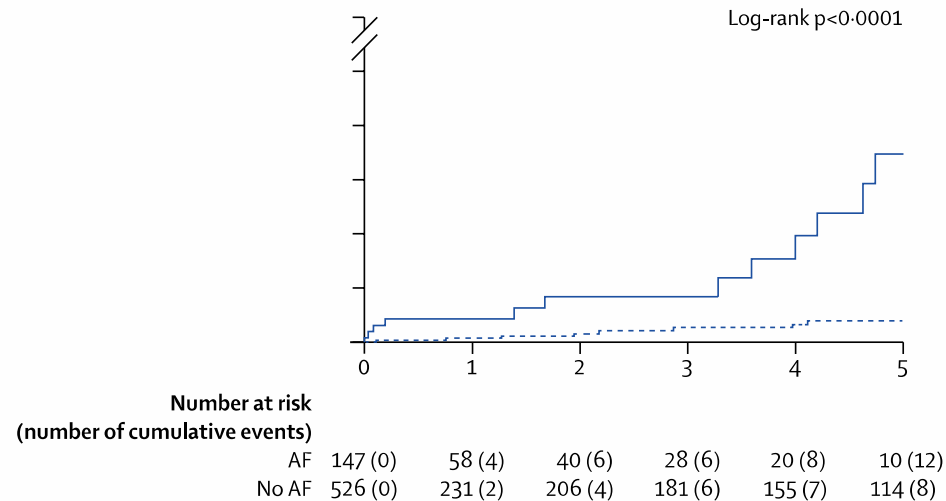
Après un hématome intracérébral spontané, le risque hémorragique n'est pas le seul risque



Influence of AF

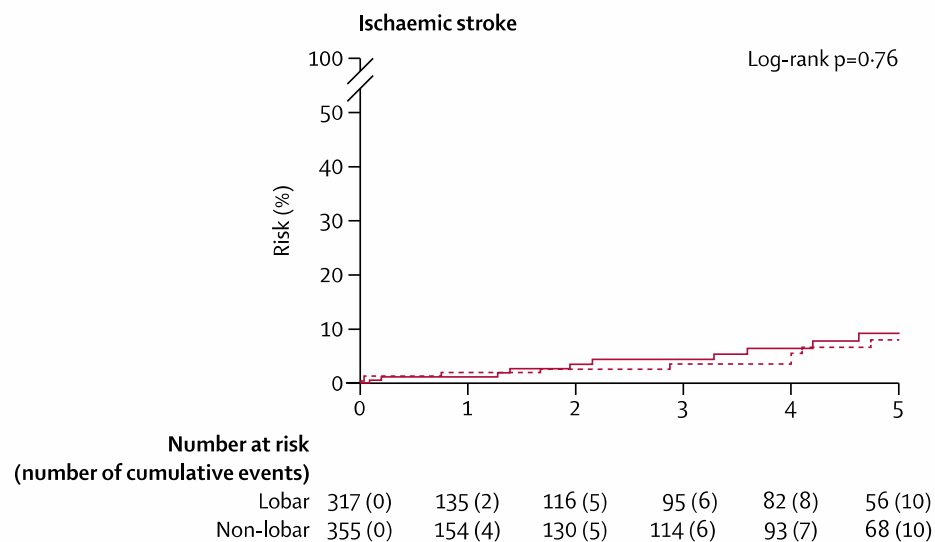
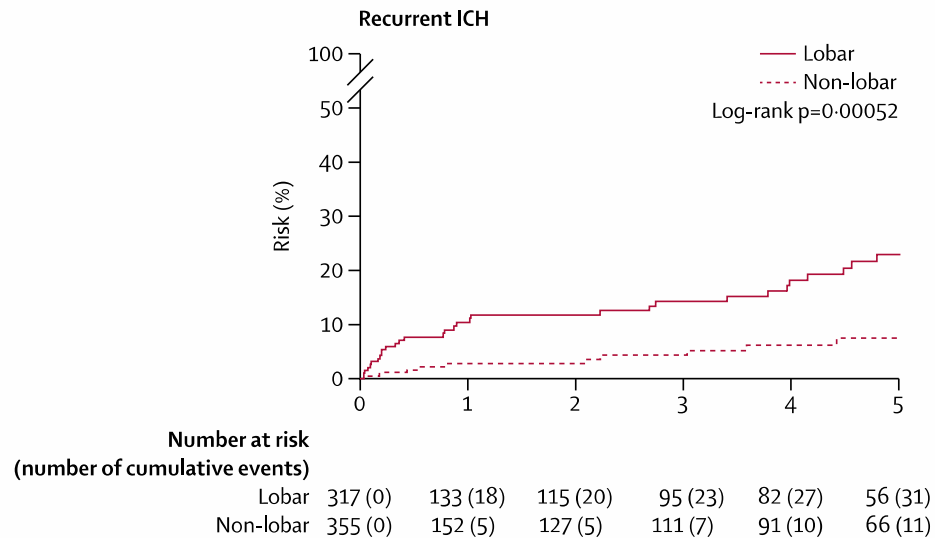


Recurrent ICH
3.2 per 100 patient-year



Ischemic stroke
1.7 per 100 patient-year

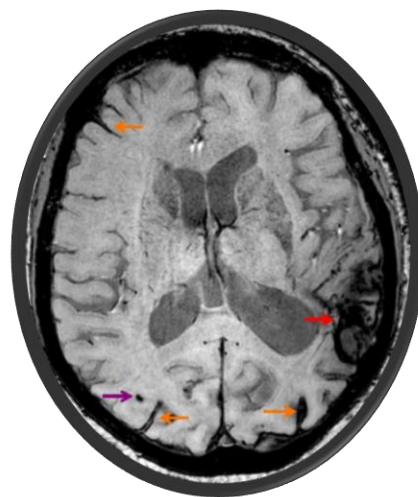
ICH patients are at high risk of future vascular events



Li L. Lancet 2021



Influence of ICH location
The cause of ICH is important



Recurrent ICH
3.2 per 100 patient-year

Ischemic stroke
1.7 per 100 patient-year

6 – prévention secondaire

Gestion des anticoagulants en cas de FA:

Reprise des AOD?

Il persiste une **incertitude sur le bénéfice** net à long terme de la reprise des AOD: intérêt d'inclure dans des essais randomisés

Les AOD semblent **augmenter** le risque d'hémorragies intracérébrales mais **réduisent** les évènements cardio vasculaires majeurs.

Les AOD peuvent être envisagés après une **évaluation attentive du rapport bénéfice-risque individuel** (charge en microbleeds, localisation, HTA, consommation d'alcool...)

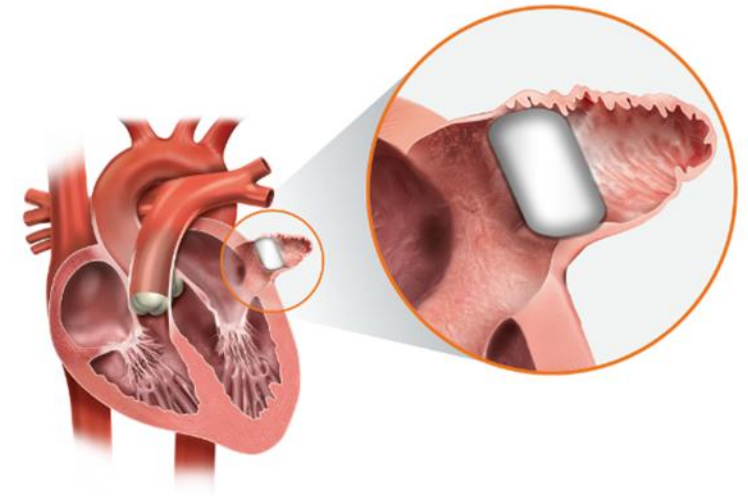
6 – prévention secondaire

Gestion des anticoagulants en cas de FA:

Fermeture de l'auricule?

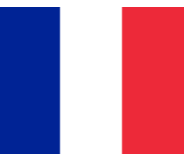
Pas d'essai randomisé contrôlé dédié aux HIS:
la plupart des essais ont comparé Fermeture de l'auricule versus Warfarine

Attente des études CHAMPION AF/CATALYST

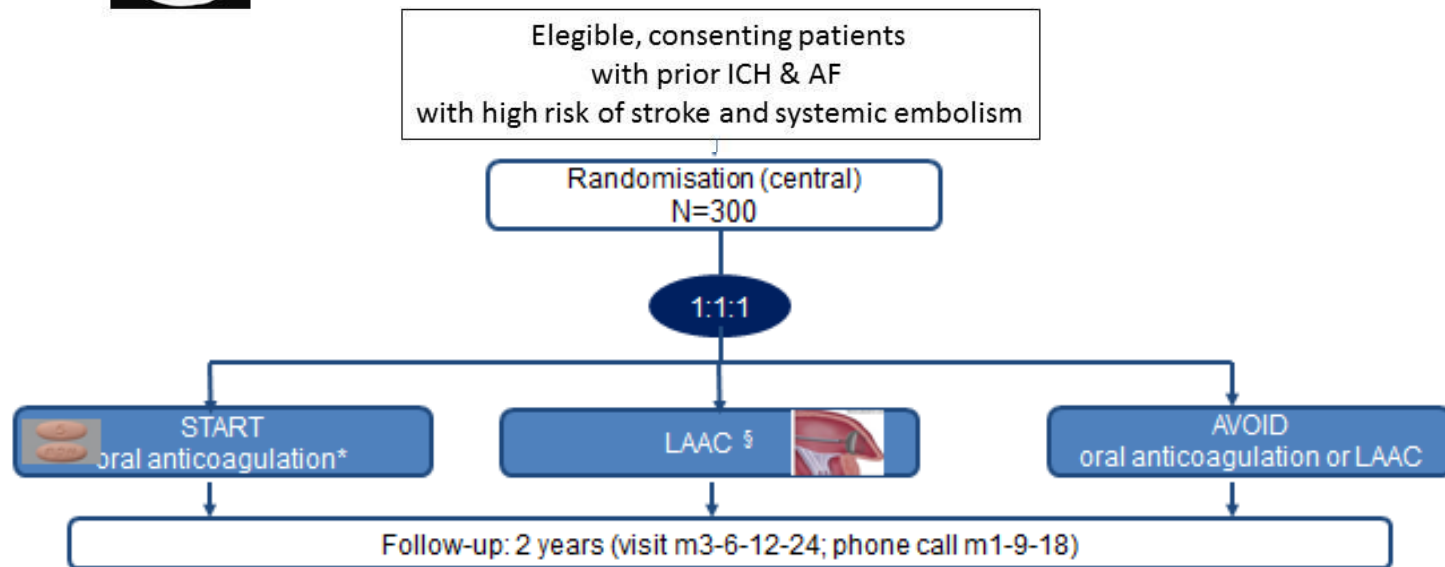
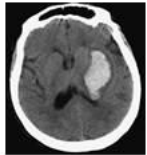


Il persiste une **incertitude sur le bénéfice net à long terme** de la fermeture de l'auricule comparativement aux AOD: : intérêt d'inclure dans des essais randomisés

1. Considérer la possibilité d'une fermeture de l'auricule si le traitement anticoagulant oral direct n'est pas adapté (par ex. personnes présentant des arguments radiologiques pour une angiopathie amyloïde cérébrale)
2. Encourager l'inclusion de ces patients dans des essais contrôlés randomisés.
3. Traitement antiplaquettaire péri procédural



PHRC national Avoid Anticoagulation After ICH – A3ICH



- PROBE
- Previous ICH & history of AF
- CHA2DS2-Vasc ≥ 2
- mRS ≤ 3

36 centres
154 patients inclus

* Apixaban

§ within 30 days of randomisation

Contact morgane.coeffet@chru-lille.fr ou charlotte.cordonnier@univ-lille.fr

6 – prévention secondaire

2- gestion des anti plaquettaires

La reprise d'un anti-plaquettaire pour une indication formelle est sûre mais les effets globaux restent incertains.

Niveau de preuve :Modéré ⊕⊕⊕

Force de la recommandation :Faible pour intervention ↑?

RESTART , Lancet 2019

Métaanalyse 2025 Diagnostics (Basel):15(14):1780

Diagnosis and management of cerebral amyloid angiopathy, Int Journal Stroke, 2025

Messages clés

- HIS = urgence neuro-vasculaire : prise en charge en UNV
- imagerie en urgence avec recherche d'une cause sous jacente pour les profils à risque
- Cible TA 130–139 mmHg dans l'heure si SBP 150–220 mmHg
- Antagonisation immédiate des anti coagulants
- Discussion neurochirurgicale précoce
- Reprise des antithrombotiques : décision individualisée, particulièrement pour la FA

① Prevention of Hematoma Expansion

- Reversal of antithrombotics
- Blood pressure control
- Hemostasis

② Hematoma Evacuation

- Neurosurgery
- Enhancing erythrophagocytosis
- Iron chelation

③ Mitigation of Secondary Injury

- Perihematoma edema reduction
- Anti-inflammation
- Antioxidant





Toute suspicion d'AVC < 24h ou de déficit transitoire < 6h doit faire envisager la mise en route de la filière « AVC aigu » selon contexte, type de déficit, score NIHSS, dépendance éventuelle
=> référentiel suspicion AVC aigu < 24h

AUCUN SCORE NE PERMET DE FAIRE LA DISTINCTION ENTRE UN AVC ISCHEMIQUE OU HEMORRAGIQUE, le diagnostic se fera sur **l'IMAGERIE par SCANNER ou IRM**

Sont également exclus de ce référentiel les :
Hématomes Sous Duraux (HSD)
Hématomes Extra Duraux (HED)
Hémorragies Sous Arachnoïdiennes (HSA)

1^{er} Score de Glasgow et NIHSS à l'arrivée

Imagerie cérébrale sans et avec injection aux **temps artériels et veineux**

AVC hémorragique Intra parenchymateux isolé

Réévaluation à la sortie de l'imagerie à la recherche :

- Apparition ou aggravation de signes focaux
- installation secondaire ou majoration des troubles de la vigilance
- Cinétique de la dégradation

2^e Score de Glasgow et NIHSS à la sortie de l'imagerie

Traitement intensif de l'HTA < 6^{re} heures suivant le début des symptômes

- À initier le plus tôt possible, idéalement dans les deux heures suivant l'apparition des symptômes (phase aiguë)
- **Objectif PAS < 140 mmHg et > 110 mmHg dans l'heure après initiation de la thérapeutique**
- Diminution maximale de la PAS de 70 mmHg par rapport à la valeur initiale
- Urapidil et/ou Nicardipine au PSE (Cf. livret du médicament)

Réversion des anticoagulants (Vit K, PPSB et antidotes spécifiques) cf. annexe

Mesures générales de traitement au SU

- Lit strict, décubitus dorsal ou latéral, inclinaison dossier 30°
- Surveillance clinique : pupilles, Glasgow, NIHSS, signe d'hypertension intracrânienne
- Surveillance scopée / glycémie capillaire, température
- Hydratation : préférentiellement NaCl 0,9 % et correction des troubles électrolytiques
- Traitement de la douleur (éliminer tout globe urinaire), de l'hyperthermie
- Oxygénothérapie si besoin : objectif SaO2 entre 94% et 98%
- Protection des voies aériennes : à jeun

Aux urgences, pas d'indication systématique :

- Ni aux corticoïdes, ni aux substances osmotiques en cas d'hypertension intracrânienne
- Aux antiépileptiques à titre préventif

