



PROTOCOLES THERAPEUTIQUES

HEMORRAGIE CEREBROMENINGEE



DEFINITION :

Présence de sang dans le parenchyme cérébral et / ou dans les espaces sous-arachnoïdiens cérébraux 20 % d'AVC hémorragiques

DIAGNOSTIC :

Terrain : ATCD familiaux, syndrome de Ehlers Danlos, syndrome de Marfan, polykystose rénale

Signes cliniques :

Céphalée brutale, inhabituelle, violente, résistante à la prise d'antalgiques mineurs

± nausées ± vomissements ± perte de connaissance ± signes méningés ± suite à un stress ou un effort

Déficit neurologique (hémorragie cérébroméningée) ± fébricule retardé

± signes cardiovasculaires aspécifiques : HTA, tachycardie, ESV, bradycardie, ST modifié

Signes de gravité : signes d'hypertension intracrânienne

PIEGES :

Forme frustrée (céphalée mineure, pseudomigraine), **forme pseudoébrieuse, pseudopsychiatrique, forme avec atteinte oculomotrice** (mydriase aréactive unilatérale), **forme spinale** (violente douleur rachidienne), **forme comateuse** d'emblée

TRAITEMENT :

Urgence neuro-chirurgicale

Oxygénothérapie : MHC QSP SpO₂ >_ 95 %

Voie veineuse périphérique, sérum salé isotonique, glycémie capillaire, température tympanique

Analgésie : **Perfalgan**[®] 1 g ± morphinomimétiques (titration)

Si agitation : **Hypnovel**[®] par bolus de 1 mg IVD

Si troubles de vigilance ou de déglutition : sonde nasogastrique

Si convulsion : cf. protocole p.29

Si Glasgow ≤ 8, signes d'engagement, EMC, tr de déglutition, hypoventilation :

IOT / VC (ISR) pour SpO₂ >_ 95 %, PetCO₂ = 35 - 40 mm Hg, pas de PEP

Entretien par **Hypnovel**[®] / **Sufenta**[®] QSP

Si désadaptation (attention PIC), curarisation par **Nimbex**[®] 0,15 mg / kg IV

Si engagement : **importance de la détection précoce et du traitement rapide**

En 1^{ère} intention,

Mannitol[®] 20 % jusqu'à régression de la mydriase, maximum 500 ml si normotension et

Hyperventilation avec objectif de **PetCO₂ = 30 mm Hg**

En 2^{ème} intention, **Nesdonal**[®] bolus de 250 mg jusqu'à 1g si PAS >_ 120 mm Hg

Si HTA : avant imagerie (cf. protocole p.1), après confirmation du diagnostic

Loxen[®] (titration) QSP chez le normotendu **PAS < 180 mm Hg** et **PAD < 105 mm Hg**

TRANSPORT :

Surveillance : paramètres vitaux, pupilles, motricité, examen des paires crâniennes, PetCO₂

Position : demi-assise ou décubitus dorsal, proclive 30° maximum si HTIC

ORIENTATION :

Neurochirurgie ou neuroréanimation si possible