

Type de document : Protocole		Document situé sous : O:\05-COORDINATION DE PROJETS\02_protocoles_collaboration	Publié le : 18.06.2013
Protocole : Céphalées aiguës brutales non traumatiques et suspicion d'hémorragie sous-arachnoïdienne (HSA) : prise en charge			N° de version : 1.0
Rédacteur : Prof. Sarasin (SU) Dr Bijlenga (NCH) Prof. Kleinschmidt (Neurol) Prof. Lovblad (Neuroradiol) Dr Mendez Pereira (Neuroradiol)	Responsable du document : François Sarasin	Créé le : Avril 2013 Modifié le :	En vigueur à partir du : Juin 2013

Département de médecine communautaire, de premier recours et des urgences
Service des Urgences

Céphalées aiguës brutales non traumatiques et suspicion d'hémorragie sous-arachnoïdienne (HSA) : prise en charge

Type de document : Protocole		Document situé sous : O:\05-COORDINATION DE PROJETS\02_protocoles_collaboration	Publié le : 18.06.2013
Protocole : Céphalées aiguës brutales non traumatiques et suspicion d'hémorragie sous-arachnoïdienne (HSA) : prise en charge			N° de version : 1.0
Rédacteur : Prof. Sarasin (SU) Dr Bijlenga (NCH) Prof. Kleinschmidt (Neurol) Prof. Lovblad (Neuroradiol) Dr Mendez Pereira (Neuroradiol)	Responsable du document : François Sarasin	Créé le : Avril 2013 Modifié le :	En vigueur à partir du : Juin 2013

Démarche diagnostique: 5 questions clés

1. Qui est suspect d'une HSA, qui investiguer ?
2. Quel diagnostic différentiel ?
3. Quelle démarche diagnostique pour exclure une HSA?
4. Comment faire et interpréter une ponction lombaire (PL) ?
5. Quel traitement mettre en route aux urgences ?

1. Qui est suspect d'une HSA, qui investiguer ?

Une céphalée aiguë brutale se définit par son mode d'apparition (< 1h), son intensité (maximale) et son caractère (nouveau, différent des épisodes précédents) :

→ La prévalence d'HSA se situe entre **10 et 15%** en cas de céphalées d'apparition brutale (≤ 1 minute) et d'intensité d'emblée maximale (8-9/10)

→ La prévalence d'HSA se situe entre **5 et 10%** en cas de céphalées d'apparition rapide (≤ 1 heure) et d'intensité d'emblée maximale (8-9/10)

Cave :

- La contribution diagnostique des symptômes (raideur de nuque, nausées, vomissements, syncope, cervicalgies, diplopie, confusion) associés ou non à la céphalée est faible ; leur absence n'exclut pas le diagnostic.
- L'amélioration des symptômes, spontanée ou après un traitement antalgique, ne permet pas non plus d'exclure le diagnostic.
- Facteurs favorisant l'HSA: cocaïne, maladie polykystique, OH, HTA, effort, âge > 40, AF)

→ Tout patient avec des céphalées aiguës brutales nécessite des investigations à la recherche d'une HSA

2. Quel diagnostic différentiel ?

Le diagnostic différentiel des céphalées aiguës brutales comprend:

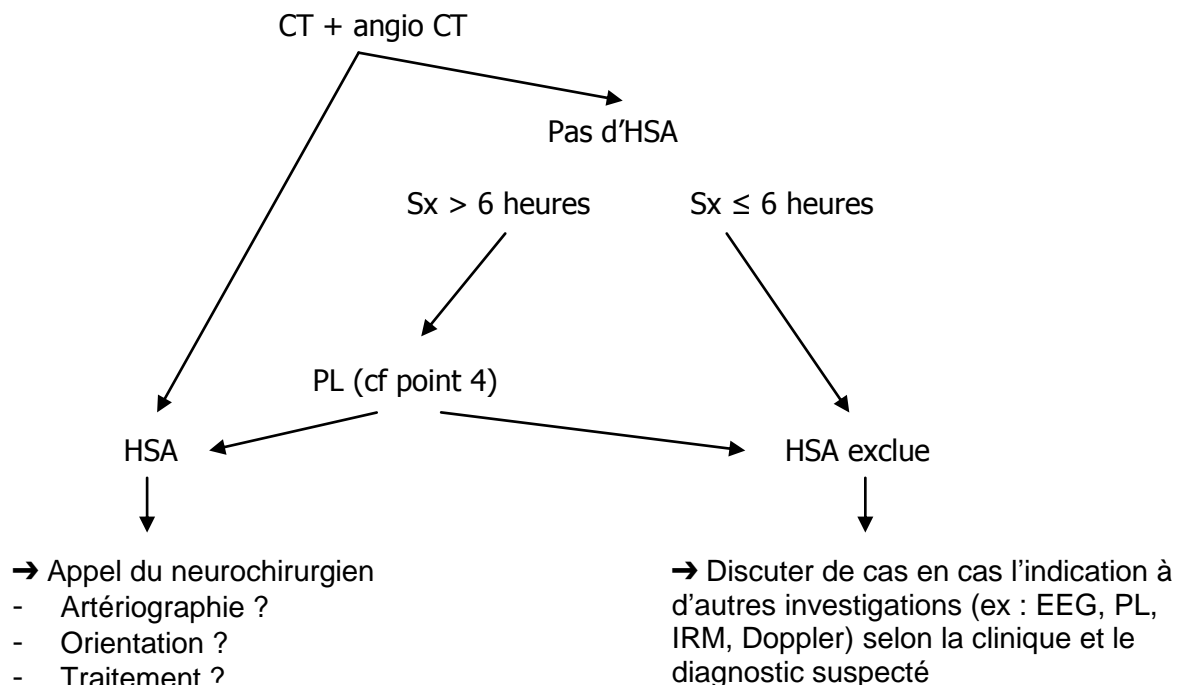
1. Les céphalées bénignes (40-60% des cas)
2. Les migraines (10-20% des cas)
3. **L'hémorragie sous-arachnoïdienne (HSA) et les autres saignements intracrâniens (5-15% des cas)**
4. Les autres causes : crise hypertensive, dissection d'une artère cervicale, sinusite, AVC, anévrisme (sans HSA), céphalée post-coïtale, tumeur, HSD, méningite...

Type de document : Protocole		Document situé sous : O:\05-COORDINATION DE PROJETS\02_protocoles_collaboration	Publié le : 18.06.2013
Protocole : Céphalées aigües brutales non traumatiques et suspicion d'hémorragie sous-arachnoïdienne (HSA) : prise en charge			N° de version : 1.0
Rédacteur : Prof. Sarasin (SU) Dr Bijlenga (NCH) Prof. Kleinschmidt (Neurol) Prof. Lovblad (Neuroradiol) Dr Mendez Pereira (Neuroradiol)	Responsable du document : François Sarasin	Créé le : Avril 2013 Modifié le :	En vigueur à partir du : Juin 2013

3. Quelle démarche diagnostique pour exclure une HSA?

- Le test diagnostique de choix est le CT cérébral natif, puis avec injection de produit de contraste (angio-CT).
- La sensibilité de cet examen est proche de 100% dans les 6 heures qui suivent le début des symptômes, puis diminue avec le temps écoulé depuis le début des céphalées.
- La spécificité de cet examen est de 100%.

Céphalée aigüe brutale



Commentaires :

- 1) En cas d'anévrisme sans HSA à l'angio CT, discuter la PL avec le neurochirurgien
- 2) CT et Angio CT doivent être relus par le neuroradiologue avant de laisser rentrer le patient à domicile.

Type de document : Protocole		Document situé sous : O:\05-COORDINATION DE PROJETS\02_protocoles_collaboration	Publié le : 18.06.2013
Protocole : Céphalées aiguës brutales non traumatiques et suspicion d'hémorragie sous-arachnoïdienne (HSA) : prise en charge			N° de version : 1.0
Rédacteur : Prof. Sarasin (SU) Dr Bijlenga (NCH) Prof. Kleinschmidt (Neurol) Prof. Lovblad (Neuroradiol) Dr Mendez Pereira (Neuroradiol)	Responsable du document : François Sarasin	Créé le : Avril 2013 Modifié le :	En vigueur à partir du : Juin 2013

4. Comment faire et interpréter une ponction lombaire (PL) ?

Enjeux : distinguer une PL traumatique (10-15% des cas) d'une HSA

1. Attendre au minimum 12h après le début de la céphalée
2. Mesurer la pression initiale (diagnostic différentiel !)
3. Demander une centrifugation et une mesure de la xanthochromie par spectrophotométrie
4. Demander une recherche d'hématophages
5. Envoyer le LCR en culture



5. Quel traitement mettre en route aux urgences?

1. A : Airways
 - protéger les voies aériennes (intubation) si nécessaire (coma, confusion, déglutition)
 - assurer une bonne oxygénation (Saturation O2 \geq 92%)
2. B : Bleeding
 - viser une TA systolique \leq 160 mm Hg
 - antihypertenseur de choix : labétalol i.v.
 - corriger l'AC si nécessaire (TP > 50%)
3. C : Circulation
 - Tête à 30°
 - Jugulaire dégagée
 - PEEP les plus basses possibles si le patient est intubé
 - Normocapnie
 - Envisager drainage ventriculaire externe avec le neurochirurgien