



AVC hémorragique intraparenchymateux

Rechercher à l'interrogatoire :

- ATCD personnels et familiaux d'hémorragie cérébrale (HC), d'AVC, d'épilepsie
- FDR : HTA, OH, toxiques, hémophilie et grossesse / post-partum
- TTT par AAP, AC

Signes neurologiques

- **diffus** : céphalées, vomissements, troubles de la vigilance, épilepsie
- **focaux** : D'apparition brutale d'emblée maximale
D'installation plus progressive (10-30 minutes)
Fluctuation initiale

Circonstances de survenue variables : sommeil, effort, stress, ...

***Biologie systématique :**

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

Et en fonction orientation :

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

AUCUN SCORE NE PERMET DE FAIRE LA DISTINCTION ENTRE UN AVC ISCHEMIQUE OU HEMORRAGIQUE *

Patient dans le délai de thrombolyse
Cf protocole PEC de l'AVC au SAU

Patient hors délais de thrombolyse

TDMc avec injection et polygone de Willis

(Si disponible IRMc avec angio-IRMc)

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

L'injection sera discutée chez le patient âgé et/ou très dépendant sauf si localisation suspecte (proximité avec les espaces sous-arachnoïdiens) ou hémorragie sous-arachnoïdienne associée

Mesures générales de traitement :

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

Et/Ou **Avis Neuro-Radio-Interventionnel** CHU St-Etienne au 04 77 82 90 28 ou via centre 15 sur la PDS

Avis neurovasculaire si nécessaire (Avis Réa selon habitudes locales en cas de trouble de la conscience) :

- 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)

Normalisation de la coagulation selon les recommandations de réversion des anticoagulants

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

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

Monitoring HTA, FC, SpO2, glycémie capillaire, doppler transcrânien

Traitement intensif de l'HTA avec objectif PAS < 140 mmHg (cf protocole si dessous)

Hydratation : préférentiellement NaCl 0,9 % et correction des troubles électrolytiques

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

Oxygénothérapie systématique aux lunettes pour objectif SpO2 > 96 %

Protection des voies aériennes : laisser le patient à jeun avant dépistage des troubles de la déglutition

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

Traitement intensif de l'HTA avec objectif PAS < 140 mmHg

NICARDIPINE 50mg / 50 ml PSE IV commencer à vitesse 2
millilitre/h puis contrôle PAS après 30 minutes et si :

- PAS > 200 : augmenter à vitesse 3
- 180 < PAS < 200 : maintenir vitesse 2
- 160 < PAS < 180 : diminuer à vitesse 1.5
- 140 < PAS < 160 : diminuer à vitesse 1
- PAS < 140 : arrêter le PSE

Surveillance : toutes les 30 minutes pendant 2h puis toutes les 2h
pendant 12h puis toutes les 4h

Pas d'indication systématique :

- Ni aux corticoïdes, ni aux substances osmotiques en cas d'HIC
- Aux antiépileptiques à titre préventif
- A une anti coagulation préventive dans les 48 h (en fonction du risque/bénéfice)