

Hémorragie sous-arachnoïdienne

Shannon M. Fernando M.D., M.Sc., Jeffrey J. Perry M.D., M.Sc.

■ Cite as: *JAMC* 2017 novembre 20;189:46-p. E1421. doi: 10.1503/cmaj.170893

1 L'hémorragie sous-arachnoïdienne non traumatique est une cause rare, mais potentiellement fatale de céphalée

Les céphalées sont fréquentes et sont la cause de 2 % des consultations aux services d'urgence¹. L'hémorragie sous-arachnoïdienne, souvent consécutive au saignement d'un anévrisme cérébral, est pour sa part à l'origine de 1 % des céphalées vues aux services d'urgence et s'accompagne d'un taux de mortalité de 44 %². En 2012, une directive pour la prise en charge de l'hémorragie sous-arachnoïdienne anévrismale a été publiée par l'American Heart Association et l'American Stroke Association².

2 Le diagnostic d'hémorragie sous-arachnoïdienne peut être écarté selon des critères spécifiques fiables

Chez les patients qui consultent aux services d'urgence pour une céphalée d'apparition récente, non traumatique et ayant culminé rapidement (en moins d'une heure), et en l'absence de déficits neurologiques, la règle d'Ottawa sur l'hémorragie sous-arachnoïdienne peut servir à écarter ce diagnostic sans épreuves diagnostiques. On peut écarter le diagnostic d'hémorragie sous-arachnoïdienne si toutes les conditions suivantes sont absentes chez le patient : âge de 40 ans ou plus, douleur ou raideur de la nuque, perte de conscience, déclenchement durant un exercice, mal de tête foudroyant (culminant instantanément) et flexion limitée du cou à l'examen³. Cette règle s'accompagne d'une sensibilité de 100 % (intervalle de confiance [IC] à 95 %, 97,2 %-100 %) pour l'hémorragie sous-arachnoïdienne³.

3 La tomодensitométrie permet d'écarter le diagnostic d'hémorragie sous-arachnoïdienne dans les six premières heures

Pour les patients à risque (c.-à-d., ceux chez qui la règle d'Ottawa sur l'hémorragie sous-arachnoïdienne n'a pas été concluante), l'imagerie par TDM de la tête dans les six heures suivant le déclenchement de la céphalée est sensible à 100 % (IC à 95 %, 97 %-100 %) et spécifique à 100 % (IC à 95 %, 99,5 %-100 %) pour l'hémorragie sous-arachnoïdienne⁴. Il faut donc effectuer rapidement une TDM chez les patients à risque. Chez les patients anémiques, le sang paraît isodense, et la TDM est peu fiable.

4 Chez les patients à risque qui consultent après plus de six heures, il faut effectuer une ponction lombaire

La ponction lombaire est indiquée chez les patients qui ont une TDM normale et qui consultent six heures ou plus après le déclenchement de la céphalée. Le tiers des ponctions lombaires sont dites traumatiques et sont associées à la présence de sang. L'absence de xanthochromie et la présence de moins de $2000 \times 10^6/L$ de globules rouges sur un spécimen de ponction lombaire permet d'écarter le diagnostic d'hémorragie sous-arachnoïdienne anévrismale avec une sensibilité de 100 % (IC à 95 %, 74,7 %-100 %) et une spécificité de 91,2 % (88,6 %-93,3 %)⁵.

5 L'angio-TDM peut être envisagée

La présence d'un anévrisme peut aider à orienter la décision vers une réparation neurochirurgicale². L'angio-TDM peut être envisagée chez les patients qui ont l'une ou l'autre des caractéristiques suivantes : numération élevée des érythrocytes ou xanthochromie à la ponction lombaire, hémorragie sous-arachnoïdienne visible à la TDM, consultation six heures ou plus après le déclenchement de la céphalée et ponction lombaire contre-indiquée, consultation une semaine après le déclenchement de la céphalée ou fort indice de suspicion clinique en l'absence d'une ponction lombaire entièrement normale¹.

References

1. Carpenter CR, Hussain AM, Ward MJ, et al. Spontaneous subarachnoid hemorrhage: a systematic review and meta-analysis describing the diagnostic accuracy of history, physical examination, imaging, and lumbar puncture with an exploration of test thresholds. *Acad Emerg Med* 2016;23:963-1003.
2. Connolly ES Jr, Rabinstein AA, Carhuapoma JR, et al. Guidelines for the management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2012;43:1711-37.
3. Perry JJ, Stiell IG, Sivilotti ML, et al. Clinical decision rules to rule out subarachnoid hemorrhage for acute headache. *JAMA* 2013;310:1248-55.
4. Perry JJ, Stiell IG, Sivilotti ML, et al. Sensitivity of computed tomography performed within six hours of onset of headache for diagnosis of subarachnoid haemorrhage: prospective cohort study. *BMJ* 2011; 343:d4277.
5. Perry JJ, Alyahya B, Sivilotti ML, et al. Differentiation between traumatic tap and aneurysmal subarachnoid hemorrhage: prospective cohort study. *BMJ* 2015;350:h568.

Intérêts concurrents :

Aucun déclaré

Cet article a été révisé par des pairs.

Affiliations : Département de médecine d'urgence (Fernando, Perry); Division des soins intensifs, département de médecine (Fernando), Université d'Ottawa; Programme d'épidémiologie clinique (Perry), Institut de recherche de l'hôpital d'Ottawa, Ottawa, Ontario

Correspondance : Jeffrey Perry, jperry@ohri.ca