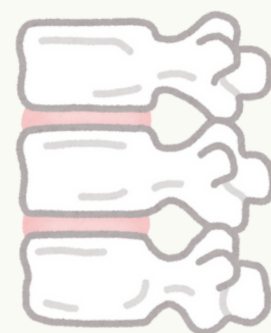




ASSISE MENSUELLE DE LA SOCIETE BENINOISE DE NEUROCHIRURGIE

**BULLETIN N° 1 DU 06
AVRIL 2024**



Présents : 27 participants

SUPERVISEUR : PROF HOLDEN

FATIGBA

COORDINATEUR : DR FORTUNÉ

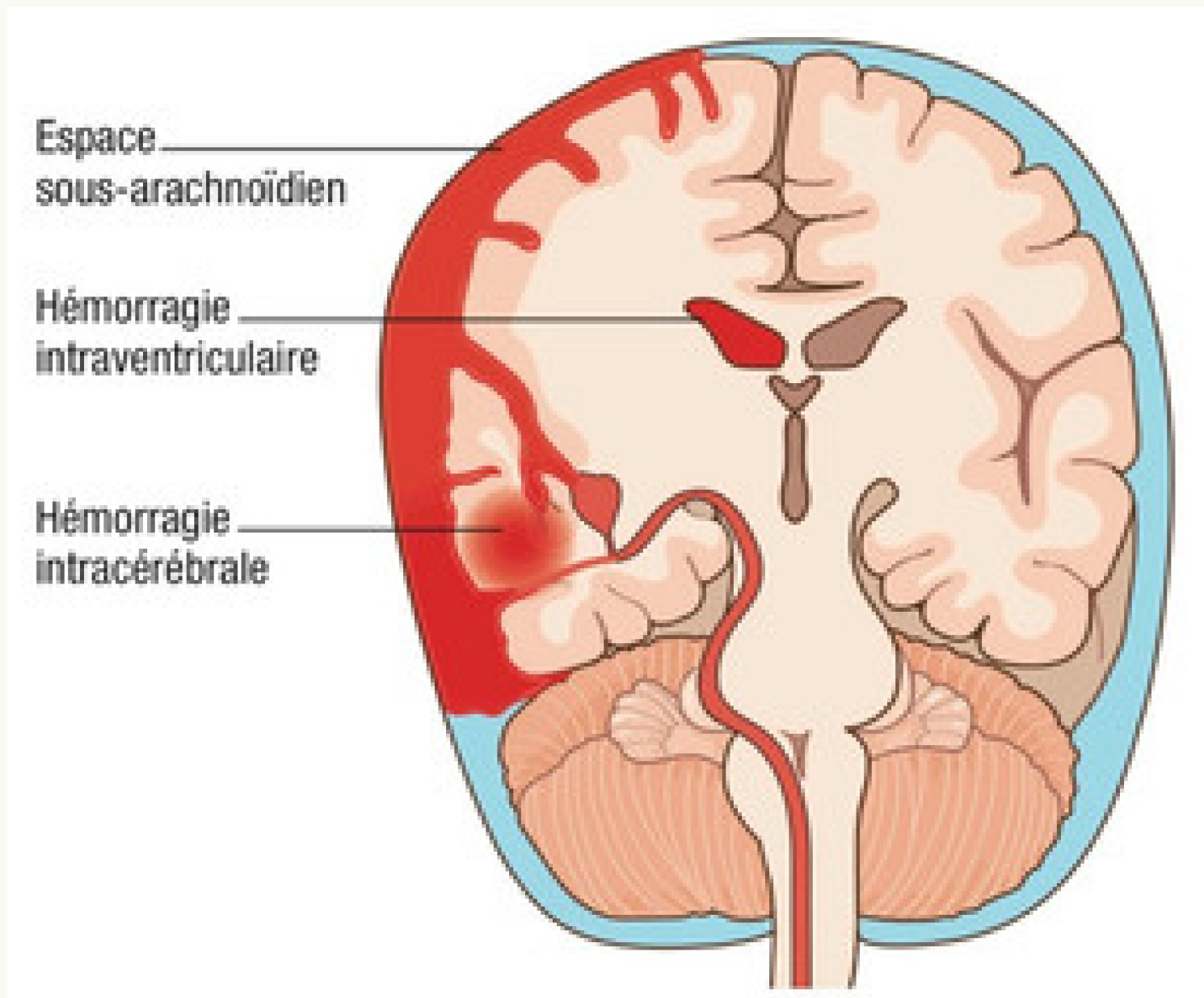
GANKPE

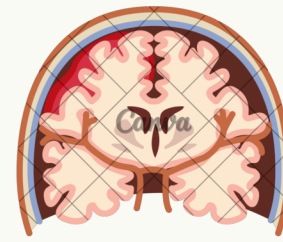
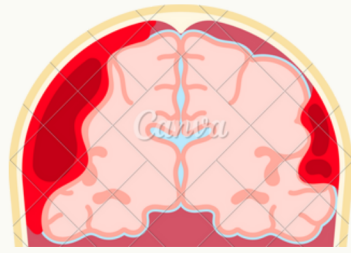
PRÉSENTATEUR : DR NOUROU DINE

BANKOLE

Conférence : CAT devant une hémorragie sous-arachnoïdienne (HSA)

Définition : issue ou présence de sang dans les espaces sous-arachnoïdiens.





HSA post-traumatique dans 40% des traumatismes crâniens.

HSA spontané : 5% des hémorragies intracérébrales due à une rupture d'anévrisme intracrânien (75 - 80%) = 1ère cause des HSA spontanés.

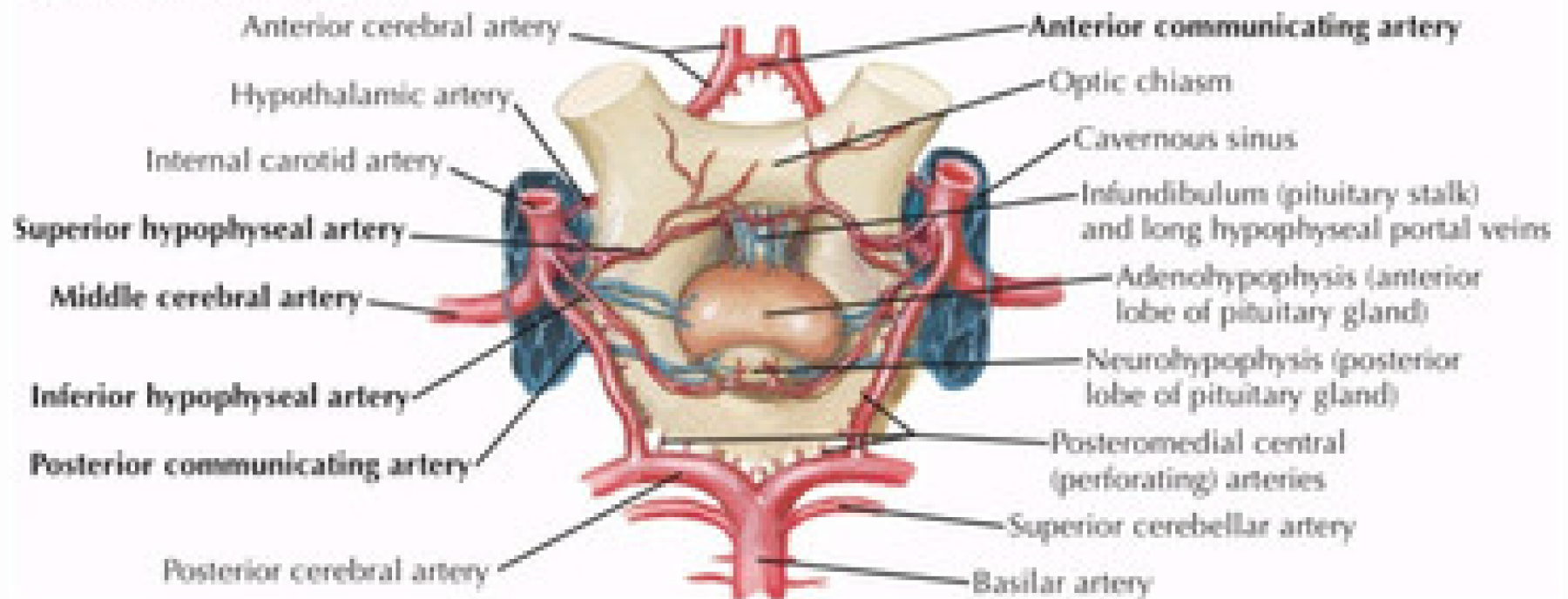
Urgence diagnostique et thérapeutique

+++

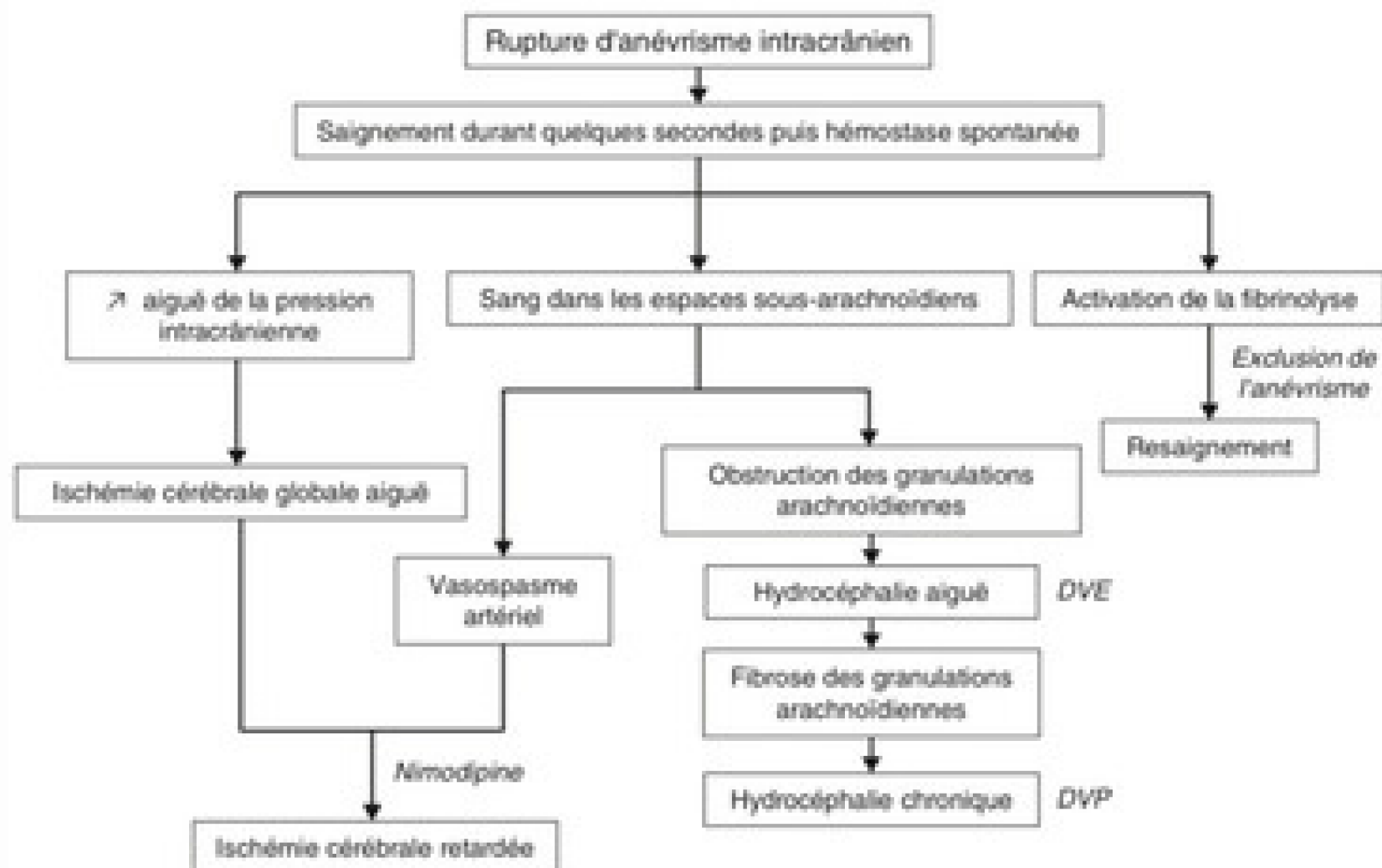
Facteurs de risques : Tabac, Alcool, HTA, Maladie de Marfan, Polykystose rénale, Syndrome Ehlers - Danlos

Anatomie

Vessels in situ: inferior view



Physiopathologie



Diagnostic



Clinique

Céphalées brutales intense diffuse en casque, (seul symptôme dans 50% des cas)

Nausées, vomissements, phono-photophobie

Flou visuel, BAV, crises convulsives, raideur méningée.

Examen neurologique

**Déficit neurologique focal +/- troubles de conscience
(Grading de classification clinique post-HSA de la WFNS).**

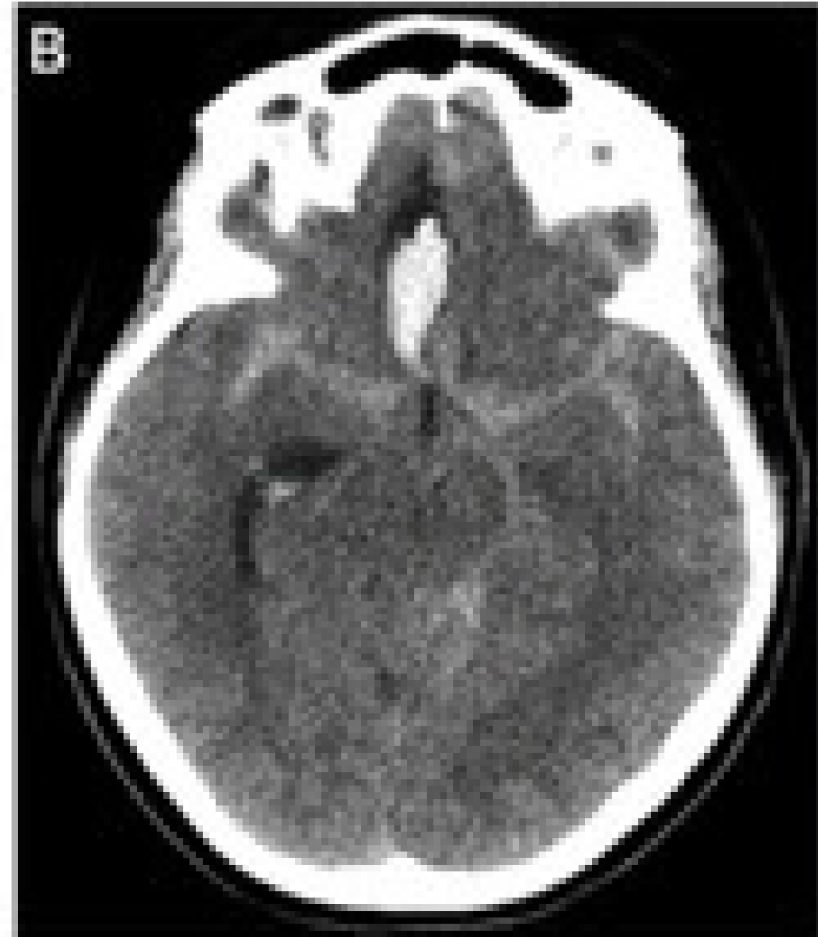
Syndrome méningé non fébrile

**Syndrome de Terson : hémorragie intravitréenne
d'où l'intérêt du fond d'oeil**

**Atteinte du III (ptosis + diplopie) par compression
d'un anévrisme géant de la PCoA.**

Grade WFNS	Score de Glasgow	Déficit moteur
Grade I 35 %	15	Absent
Grade II 30 %	14-13	Absent
Grade III 15 %	14-13	Présent
Grade IV 15 %	12-7	Présent ou absent
Grade V 5 %	6-3	Présent ou absent

Paraclinique : TDM C- (examen de référence+++)



Classification de Fisher basée sur la TDM C-

Grade	Aspect du scanner
1	Absence de sang
2	Dépôts de moins de 1 mm d'épaisseur
3	Dépôts de plus de 1 mm d'épaisseur
4	Hématome parenchymateux ou hémorragie intraventriculaire

Conduite à tenir

Hospitalisation d'emblée en soins intensifs

**Repos strict au strict, tête surélevée à 30° dans une salle à l'abri du bruit, de la lumière et toute autre stimulation
Diet absolu.**

2 Voies veineuses pour hydratation des patients instable sur le plan hémodynamique.

Libération des VAS : intubation des patients en coma

Surveillance au scope cardiotensionnel (FC, TA) et SaO2

Correction HTA avec maintien d'une bonne volémie avec une PAM (80 – 100 mm Hg).

Antalgique de palier 2

Maintenir une glycémie normale, température normale

Maintenir une SaO2 normale.

Conduite à tenir (suite)

Maintenir une SaO2 normale

Médicaments antiépileptiques si crises convulsives

Nursing ++++ (matelas anti-escarres, bas de contention, sonde urinaire, etc.)

Prélèvement pour la biologie : NFS, TP TCA, bilan rénal, ionogramme complet, troponine

Lutter contre le vasospasme : Nimodipine 60mg /4h avec PAS (140-160 mm Hg).

Evaluation neurologique régulière : GCS, raideur méningée, déficit neurologique, paires crâniennes, etc.

Scanner cérébral : faire le diagnostic de l'HSA et rechercher les complications (resaignement, hématome, hydrocéphalie aiguë, ischémie cérébrale, etc.) à répéter si nécessaire.

Si scan normal (5% des cas), ponction lombaire (épreuve des 3 tubes): délai >4h, aspect xanthochromique, recherche des produits de dégradation de l'hémoglobine par centrifugation),

Conduite à tenir (suite et fin)

**Ou IRM cérébral (séquences FLAIR+++, peut poser le diagnostic jusqu'à J40 post HSA).
Envisager une DVE (dérivation ventriculo-externe) si hydrocéphalie aiguë.**

Envisager une angioplastie chimique et/ou mécanique si vasospasme avec ischémie cérébrale.

Lutter contre le resaignement par le traitement de l'anévrisme dans les 24-48hr post-HSA si possible.

Décision thérapeutique en concertation entre la neurochirurgie et la radiologie interventionnelle (coiling vs chirurgie).

Discussions et perspectives

Gestion des DVE

Difficile dans nos hôpitaux : risques infectieux, disponibilité du personnel pour la surveillance, Envisager la dérivation sous-galéale avec le matériel de DVP, et/ou la PL avec un trocart de gros calibre.

Dans tous les cas, DVE <10 j

Etablir un protocole de PEC des HSA au Bénin

Revoir le circuit d'approvisionnement en Nimodipine

Discuter la faisabilité de la chirurgie des anévrismes

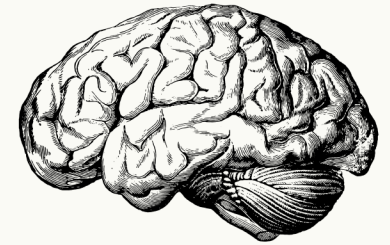
Œuvrer pour l'équipement pour une telle chirurgie

Dr HODE : étude sur combien coûte la PEC des HSA au

Bénin pendant la première semaine

Quels sont les freins à la PEC de cette pathologie

Quel est l'état des lieux de la situation ?, Si plaidoyer
quoi dire et quoi faire ?



Divers

Bonne initiative des assises de la SBNC (Avis partagé par tous les participants)

Annonce de la création du DES de Neurochirurgie dès la rentrée académique prochaine 2024 - 2025

Plaidoyer pour l'implication de tous les praticiens neurochirurgiens dans ce projet

Discussion à venir avec l'ARS pour l'élaboration des bonnes pratiques en neurochirurgie au Bénin

Rappel du programme des prochaines assises



Timeline

Date de la prochaine assise : 4 mai 2024

Thème : Comment optimiser la prise en charge des traumatismes du rachis cervical inférieur au Bénin : diagnostic, besoins et challenges par Prof ALIHONOU

Cas clinique : équipe de Tanguiéta