

**PROTOCOLE MEDICAL ET DOSSIER PATIENT
SUIVI ET PRISE EN CHARGE DES SYMPTOMES RELATIFS A UNE
HYPOTENSION INTRACRANIENNE SPONTANEE OU IATROGENE
BLOOD PATCH**

**DIAGNOSTIC DE L'HYPOTENSION INTRACRANIENNE :
DIAGNOSTIC POSITIF**

Céphalées positionnelles frontales ou pariétales associées à des cervicalgies.

1. Brèche de la dure-mère au cours d'une ponction pour mise en place d'un cathéter péri-dural = reflux de liquide céphalo-rachidien dans l'aiguille de Tuohy ou dans la seringue de repérage. Si le reflux n'est pas franc, diagnostic différentiel avec le sérum physiologique : différence de densité des deux liquides, présence de glucose au dextro si LCR, floculation au pento du LCR.
2. Céphalées positionnelles dans les heures qui suivent une analgésie ou une anesthésie péri-durale.
3. Apparition secondaire de céphalées et cervicalgies à J1 ou plus d'un geste invasif intrarachidien (rachianesthésie, ponction lombaire à visée diagnostique), d'un geste d'imagerie ou d'un geste rhumatologique (infiltration).
4. Hypotension intracrânienne spontanée (suivi et diagnostic de la consultation de neurologie).

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL de la céphalée positionnelle :

1. Absence d'argument clinique en faveur d'une thrombose veineuse cérébrale, d'une méningite, d'une éclampsie.
2. Absence de signe déficitaire focalisé
3. Si signes oculaires de type amaurose ou flou visuel, régression des signes à la surélévation des membres inférieurs
4. Absence d'hypertension artérielle et de fièvre

Au moindre doute, recherche d'éléments objectifs en faveur d'une brèche de dure-mère et élimination neuroradiologique des autres diagnostics :

IRM encéphalique et lombaire = fuite de LCR paravertébrale lombaire, dédoublement des feuillets méningés céphaliques par présence de LCR entre eux, absence de signes d'ischémie focalisée en particulier au niveau occipital pour la prééclampsie, absence de thrombose veineuse cérébrale ou d'hémorragie cérébroméningée.

DECISION DU BLOOD PATCH

Céphalées invalidantes : EVA > 40, persistantes malgré le décubitus dorsal et/ou rendant le lever impossible chez des patients ne pouvant rester allongés de façon prolongée.

Pas de Blood Patch précoce (moins efficace) : attendre au moins J3 post-brèche.

Décision médicale spécifiée sur le dossier médical avec identification du médecin prescripteur de la technique. Utilisation du dossier patient en annexe du dossier médical accompagnant le patient pendant le geste comme base de transmission entre les médecins et recueil de suivi du patient.

ORGANISATION DE LIEU DU BLOOD PATCH

Activité à réaliser dans des périodes ouvrables (personnel et disponibilité) ; Equipe d'anesthésie de J de Flandre et/ou des urgences chirurgicales selon lieu, origine patients et disponibilité :

- Patients de neurologie et de rhumatologie : Bloc abdominal ou petit bloc non septique des urgences chirurgicales.
- Patientes d'obstétrique : Bloc obstétrical.

PRECAUTIONS A PRENDRE AVANT LA REALISATION DU GESTE

- Information du patient sur les conditions techniques de réalisation du geste, les difficultés techniques possibles de la ponction péridurale, les précautions diagnostiques et infectieuses, les chances de succès.

- Vérification de l'absence de signes cliniques et biologiques en faveur d'un trouble de la coagulation ou d'un syndrome infectieux : température, saignement clinique, hyperleucocytose, CRP s'élevant, Tca > 40s, TP<60%, Nplaquettaire < 100 000/mm³

Si infection, traiter avant le geste et flash antibioprophylactique pré-acte immédiat.

Si HBPM, arrêt au moins 48 heures avant le geste. Si aspirine, arrêt au moins 9 jours avant le geste.

- Patient non à jeun

REALISATION DU GESTE

A J3 ou plus après la brèche :

2 opérateurs + 1 infirmier.

PREPARATION

1. Matéiovigilance matériel anesthésie et réanimation, Monitoring TA FC
2. Accueillir, rassurer
3. Installation en décubitus latéral par les opérateurs eux-mêmes : un coussin sous la tête, genoux remontés sur le ventre en position fœtale.
4. Repérage du point de ponction veineuse à gros débit au membre supérieur en position inférieure.
5. Repérage du point de ponction péridural lombaire au même niveau que la ponction précédente ou au niveau le plus accessible si le niveau précédent est complexe d'accès : ponction lombaire basse sur arthrose ou lordose.
6. Mise en place du garrot, déterision et asepsie chirurgicale des deux champs veineux et péridural.
7. Lavage chirurgical des mains, sarraux, gants, lunettes pour les deux opérateurs.
8. Matériel péridural : prendre le matériel habituel de l'opérateur péridural
 - 2 champs stériles autocollants, 1 cupule, compresses
 - 1 seringue 20 cc, 1 aiguille sous-cutanée, 1 flacon Xylo 1%NA
 - 1 aiguille de Tuohy
 - 1 seringue de repérage trois pièces luer lock
 - 20 cc sérum physiologique
9. Matériel de ponction veineuse :
 - 1 cathéter g 14 ou g16
 - 2 champs stériles autocollants
 - 2 seringues 20 cc

Tables pour disposer les matériels et champs de couverture

REALISATION

10. Réaliser l'anesthésie locale de la peau lombaire et pli du coude
11. Ponction veineuse au pli du coude céphalique ou basilique
12. Ponction péridurale médiane, repérage au sérum physiologique et tenant compte des données de la ponction précédente (distance espace péridural-peau) : présence possible de LCR dans l'espace péridural le noter.
13. Prélèvement veineux de sang total 20 ml, passer seringue pleine rapidement et stérilement à l'opérateur péridural.
14. Injection péridurale lentement progressive de 20 ml de sang en testant la contre-résistance. Arrêter l'injection si :
 - Contre-résistance augmentant brutalement
 - Dorsalgie – douleur entre les deux omoplates
 - Pesanteur lombaire avec contre-résistanceSi pas de contre-résistance au bout de 20 ml (espace péridural compliant), prélever 10 ml supplémentaires et injecter 5 à 10 ml dans les mêmes conditions
15. Retirer l'aiguille, cicatrifier sur le point de ponction péridural et bouchon sur le cathéter veineux
16. Remettre sur le dos : souvent impression de soulagement en fin de geste. La pesanteur lombaire correspond à un effet volume péridural.
17. Noter les éléments techniques du geste sur le document.

SUIVI APRES LE GESTE

SUIVI A COURT TERME

1. Décubitus dorsal
2. Lever en présence du personnel soignant
3. Noter signes cliniques et disparition des céphalées (parfois quelques céphalées résiduelles de symptomatologie variable à H4-H6)
4. et ablation du cathéter veineux à la 6^{ème}-12^{ème} heure
5. Sortie possible à J1

SUIVI A LONG TERME

1. Prévenir la constipation dans les premiers jours si nécessaire (ex : femmes allaitantes)
2. Donner les coordonnées du service si problème après la sortie : reprise des céphalées, hyperthermie, dorsalgie
3. Si reprise des céphalées à la sixième semaine, possible lyse du caillot sur une dure-mère non cicatrisée.

REFERENTS

Neurologie : Dr.C.Lucas : 46054

Anesthésie urgences : Dr.P.Boittiaux 31274, Dr.G.Strecker 31451, Dr.D.Garrigue 31452

Anesthésie Jeanne de Flandre : Dr.A.S.Ducloy-Bouthors 31214

Anesthésie Traumato : Dr.T.Depret 32725

Neuroradiologie : Pr.J.P.Pruvo 46484

Et l'ensemble des équipes de ces cinq unités

DOSSIER PATIENT - BLOOD PATCH
SUIVI ET PRISE EN CHARGE DES SYMPTOMES RELATIFS A UNE
HYPOTENSION INTRACRANIENNE SPONTANEE OU IATROGENE

ETIQUETTE PATIENT

DATE :

SERVICE :

NEUROLOGIE

ANESTHESIE

RHUMATOLOGIE

NEURORADIOLOGIE

MEDECIN PRESCRIPTEUR :

DIAGNOSTIC DE L'HYPOTENSION INTRACRANIENNE

<p>BRECHE DURE MERE DATE : HEURE :</p> <p>ORIGINE : SPONTANEE : oui non SECONDAIRE : oui non à PONCTION PERIDURALE RACHIANESTHESIE PONCTION LOMBAIRE DIAGNOSTIQUE IMAGERIE RHUMATOLOGIE INFILTRATION</p> <p>DECOUVERTE : IIMMEDIATE : REFLUX LCR SECONDAIRE : CEPHALEE POSITIONNELLE</p>	<p>PONCTION BRECHE SUR AIGUILLE / CATHETER GAUGE AIGUILLE : WHITECARE / CLASSIQUE GAUGE CATHETER : NIVEAU PONCTION : NOMBRE DE TENTATIVES :</p> <p>DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL : CLINIQUE : IRM ENCEPHALIQUE IRM LOMBAIRE :</p>
--	---

BLOOD PATCH

DATE :

HEURE :

<p>Contrôle NF Coagulation CRP température HTA : OK :</p> <p>Lieu de réalisation du patch : bloc obstétrical , bloc ORL des urgences, bloc abdo des urgences, bloc traumatolo</p> <p>Patient en décubitus latéral : D / G. Ponction veineuse stérile membre sup. : D / G</p> <p>Ponction péridurale stérile Niveau de ponction péridurale : Présence de LCR dans espace péridural : Oui : Non Volume total injecté :ml Pesanteur lombaire : oui / non Motif de l'arrêt de l'injection : dorsalgie – contre-résistance – volume de 30 ml atteint.</p> <p>Durée du décubitus après l'injection :</p>
--

SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE A COURT TERME

Date	:	:	:	:	:	:
Heure	:	:	:	:	:	:
Circonstances	Avt Bpatch					
Aucun symptôme						
<u>Céphalée</u> localisation	Temporale <input type="checkbox"/> Frontale <input type="checkbox"/> Occipitale <input type="checkbox"/> Pariétale <input type="checkbox"/>	Temporale <input type="checkbox"/> Frontale <input type="checkbox"/> Occipitale <input type="checkbox"/> Pariétale <input type="checkbox"/>	Temporale <input type="checkbox"/> Frontale <input type="checkbox"/> Occipitale <input type="checkbox"/> Pariétale <input type="checkbox"/>	Temporale <input type="checkbox"/> Frontale <input type="checkbox"/> Occipitale <input type="checkbox"/> Pariétale <input type="checkbox"/>	Temporale <input type="checkbox"/> Frontale <input type="checkbox"/> Occipitale <input type="checkbox"/> Pariétale <input type="checkbox"/>	Temporale <input type="checkbox"/> Frontale <input type="checkbox"/> Occipitale <input type="checkbox"/> Pariétale <input type="checkbox"/>
Intensité EVA mm DD :						
Assis, debout :						
Nausées, Vomissements. 0-3						
Troubles visuels Oui / Non						
Baisse acuité auditive Oui / Non						
<u>Autre douleur :</u> EVA mm de la douleur la plus significative	Scapulalgie <input type="checkbox"/> Cervicalgie <input type="checkbox"/> Dorsalgie <input type="checkbox"/> Lombalgie <input type="checkbox"/>	Scapulalgie <input type="checkbox"/> Cervicalgie <input type="checkbox"/> Dorsalgie <input type="checkbox"/> Lombalgie <input type="checkbox"/>	Scapulalgie <input type="checkbox"/> Cervicalgie <input type="checkbox"/> Dorsalgie <input type="checkbox"/> Lombalgie <input type="checkbox"/>	Scapulalgie <input type="checkbox"/> Cervicalgie <input type="checkbox"/> Dorsalgie <input type="checkbox"/> Lombalgie <input type="checkbox"/>	Scapulalgie <input type="checkbox"/> Cervicalgie <input type="checkbox"/> Dorsalgie <input type="checkbox"/> Lombalgie <input type="checkbox"/>	Scapulalgie <input type="checkbox"/> Cervicalgie <input type="checkbox"/> Dorsalgie <input type="checkbox"/> Lombalgie <input type="checkbox"/>
<u>Mobilité :</u>	Normale <input type="checkbox"/> Diminuée <input type="checkbox"/> DD forcé <input type="checkbox"/>	Normale <input type="checkbox"/> Diminuée <input type="checkbox"/> DD forcé <input type="checkbox"/>	Normale <input type="checkbox"/> Diminuée <input type="checkbox"/> DD forcé <input type="checkbox"/>	Normale <input type="checkbox"/> Diminuée <input type="checkbox"/> DD forcé <input type="checkbox"/>	Normale <input type="checkbox"/> Diminuée <input type="checkbox"/> DD forcé <input type="checkbox"/>	Normale <input type="checkbox"/> Diminuée <input type="checkbox"/> DD forcé <input type="checkbox"/>
Autres symptômes						
<u>Traitements Méd.</u> - Hyperhydratation - Paracetamol - AINS - caféine - sumatriptan - ACTH						

SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE A LONG TERME

Numéro de téléphone de la patiente :

Suivi à 1 mois : date :/..../.... :

contact tél. consultation commentaire :

.....
.....

Suivi à 3 mois : date :/..../.... :

contact tél. consultation commentaire :

.....
.....

Suivi à 6 mois : date :/..../.... :

contact tél. consultation commentaire :

.....
.....

COMMENTAIRES ADDITIONNELS