

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NICE
DEPARTEMENT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DE MEDECINE D'URGENCE

Protocole de service accueil des urgences	
Titre	Prise en charge d'une céphalée aux urgences - Migraine
<u>Rédaction</u> <i>Nicolas FRAIMOUT</i>	<u>Approbation</u> <i>Jacques LEVRAUT, Eric BOZZOLO, Henri OUALID, Mathieu BOIFFIER, Caroline MION</i>
Date de création	<i>Novembre 2016</i>

Généralités

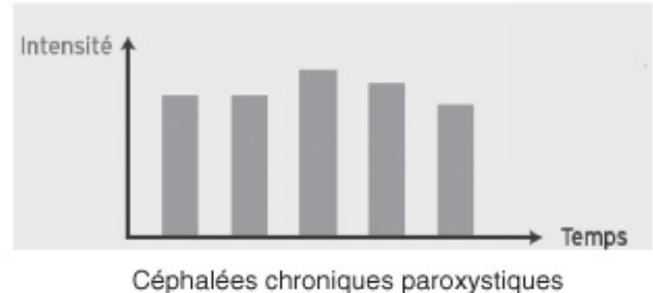
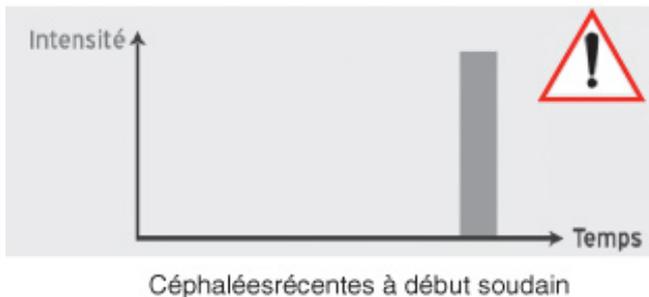
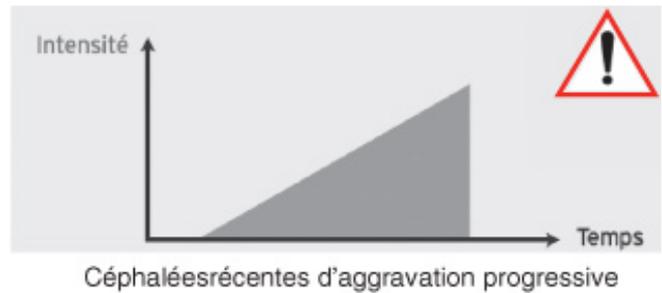
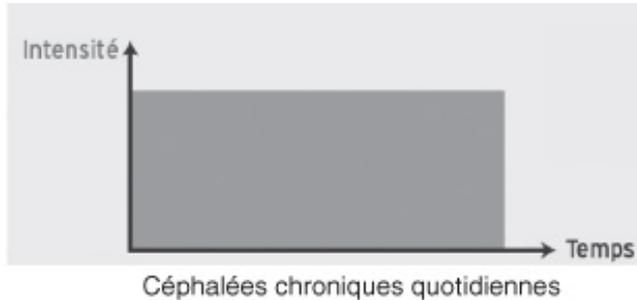
- Plus de 85 étiologies de céphalées répertoriées et classées en céphalées PRIMAIRES (95%) ou SECONDAIRES (5%)
- L'intensité de la céphalée n'est pas corrélée à la gravité de même que l'efficacité d'un antalgique palier 1
- Place prépondérante de l'interrogatoire dans la stratégie diagnostique
- Toute céphalée aiguë ou inhabituelle est à considérer comme SECONDAIRE jusqu'à preuve du contraire

Clinique

- Interrogatoire +++ : 7 questions clés
 - o Depuis quand ?
 - o Délai jusqu'à l'intensité maximale ?
 - o Antécédent du même type ?
 - o Existence d'un facteur déclenchant ?
 - o Symptômes associés ?
 - o Contexte particulier ? (CO, grossesse, traitement, iatrogénicité...)
 - o Influence des changements de position ?
- Examen clinique :
 - o Recherche d'un déficit neurologique
 - o Recherche d'un syndrome méningé, de signes d'HTIC
 - o Niveau de conscience
 - o Température
 - o Sphère ORL et ophtalmo


 Au terme de l'examen on doit pouvoir définir un type de céphalée parmi les 4 types suivants :

- Récente d'installation brutale,
- Récente d'aggravation progressive,
- Chronique évoluant par crises,
- Chronique et continue



Etiologies

- Céphalées récentes d'installation brutale = **Céphalée en coup de tonnerre**
 - o **Hémorragie Méningée +++**
 - o Mais aussi les AVC, les dissections, les thromboses, le glaucome, etc...
- Céphalées récentes d'aggravation progressive = **HTIC +++**
 - o **Méningites**
 - o Encéphalopathie hypertensive
 - o Maladie de Horton, etc...
- Céphalées chroniques évoluant par crises = **céphalées Primaires +++**
 - o Migraines
 - o Céphalées de tension
 - o Algies vasculaires de la face, Névralgies
- Céphalées chroniques et continues
 - o Post traumatique
 - o **Par abus médicamenteux**
 - o Psychogène, etc..
- **Quelques tableaux typiques**
 - o Céphalée + déficit neuro = AVC
 - o Céphalée + mydriase aréactive ou III complet = Anévrisme carotide interne
 - o Céphalée + Ptosis + Myosis + Enophtalmie = CBH = Dissection carotidienne
 - o Céphalée + nuque raide + fièvre = Méningite
 - o Céphalée + nuque raide + 37° (ou fébricule) = hémorragie méningée
 - o **Céphalée + nuque souple = n'élimine rien !**
 - o **Céphalée + examen neuro normal = n'élimine rien !**

Paraclinique

Une céphalée primaire reconnue et identifiée ne nécessite pas d'examen complémentaire si l'examen neurologique est normal

- Chez les patients > 50 ans le dosage de la CRP sera utile si l'on suspecte un Horton
- A défaut de l'IRM le TDM sans et avec injection et étude des vaisseaux est l'examen de référence
- **Ponction Lombar** : avec une aiguille atraumatique de 25 Gauges de préférence
 - o Indiquée en cas d'imagerie normale pour toute céphalée présumée secondaire
 - o 3 tubes (chimie, cyto-bactério, viro) + 1 si suspicion de méningoencéphalite

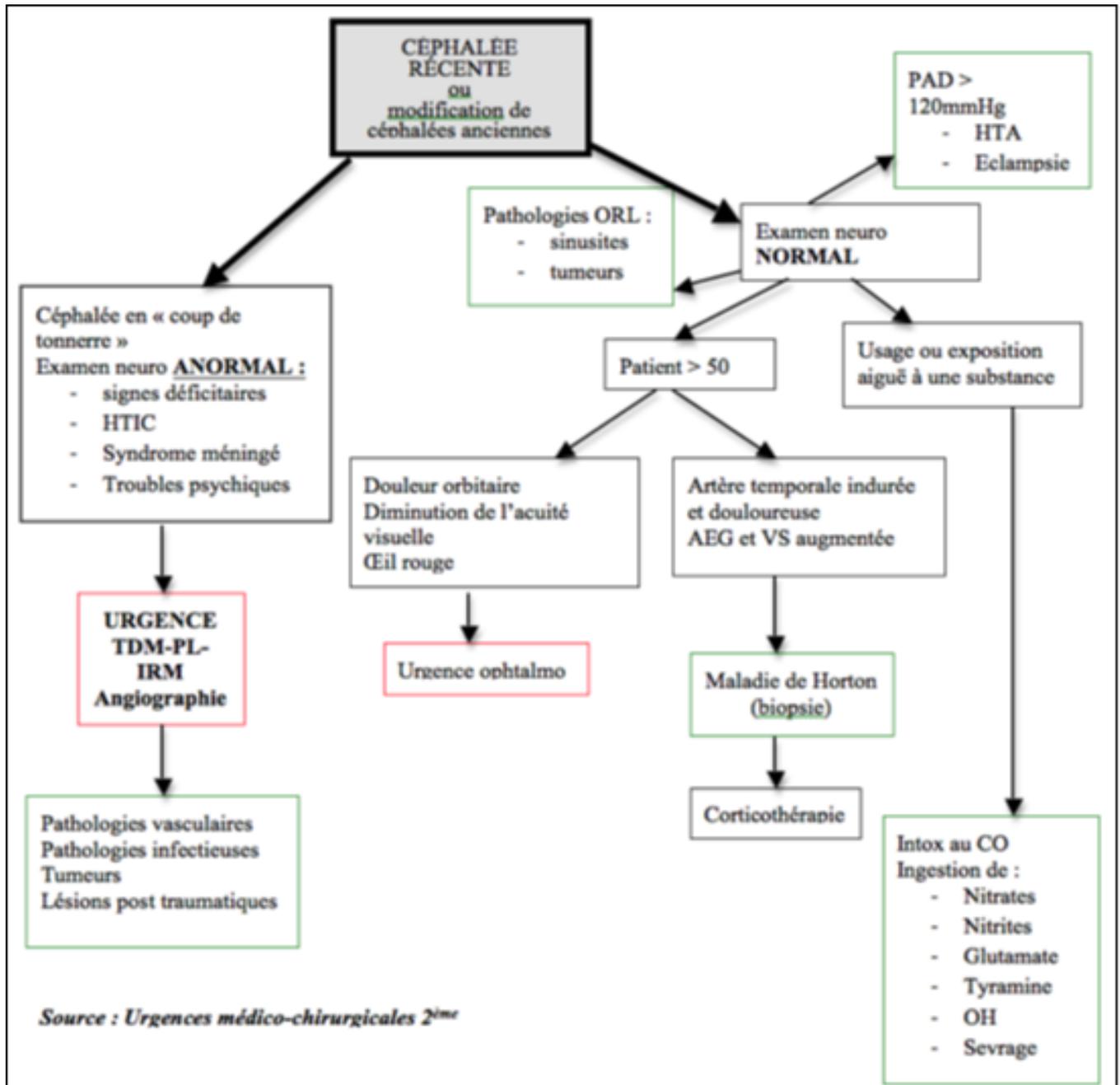
Traitement

- Etiologique évidemment
- Repos au calme et dans l'obscurité
- Cas des céphalées primaires :
 - o **Migraine** = Cf chapitre dédié
 - o **Céphalée de Tension**
 - Ketoprofène
 - Primperan (effet antinauséeux mais aussi analgésique)
 - o **Algies vasculaires de la face**
 - Oxygénothérapie au MHC
 - +/- Sumatriptan 6 mg en SC
 - o **Névralgie du V**
 - Tégrétol 200 mg PO
 - Ou Rivotril 1 amp IVL

Différence entre les différentes étiologies – Arbres diagnostiques

<i>Caractères</i>	<i>AVF</i>	<i>Névralgie du Trijumeau</i>
<i>Sex Ratio (H/F)</i>	<i>H > F (8/1)</i>	<i>H < F</i>
<i>Douleur</i> <i>Type</i> <i>Sévérité</i> <i>Siège</i> <i>Latéralisation</i> <i>Côté des crises</i>	<i>Broiement</i> <i>Très sévère</i> <i>Orbito/Temporal</i> <i>Exclusive</i> <i>Constant</i>	<i>Poignard/Décharge</i> <i>Très sévère</i> <i>V2/V3 > V1</i> <i>Exclusive</i> <i>Constant</i>
<i>Durée des crises</i>	<i>15-180 min</i>	<i>Quelques secondes</i>
<i>Fréquence</i>	<i>1-8 /j</i>	<i>1-300 /j</i>
<i>Symptômes associés</i> <i>Neurologiques</i> <i>Larmoiement-rougeur- obstruction nasale</i> <i>Myosis-Ptosis</i> <i>Nausées-Vomissements</i>	<i>Exceptionnels</i> <i>Très fréquents</i> <i>Très fréquent</i> <i>Rares</i>	<i>Non</i> <i>Rare</i> <i>Rare</i> <i>Rares</i>

<i>Caractères</i>	<i>Migraine</i>	<i>Céphalée de Tension</i>
<i>Durée</i>	<i>Crises 4-72h</i>	<i>Episodes 1-14j</i>
<i>Topographie</i>	<i>Unilatérale</i>	<i>Bilatérale</i>
<i>Tonalité</i>	<i>Pulsatile</i>	<i>Etau</i>
<i>Intensité</i>	<i>Modérée à sévère</i>	<i>Mineure à modérée</i>
<i>Efforts physiques</i>	<i>Aggravation</i>	<i>Pas d'effet</i>
<i>Phono/Photophobie</i>	<i>Les deux</i>	<i>Un des deux</i>
<i>Signes digestifs</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>



Migraine

GÉNÉRALITÉS

- Maladie très fréquente avec prévalence de 10% en France
- Physiopathologie inconnue (vasculaire, neuronale et biochimique)
- Diagnostic essentiellement clinique et ne requiert aucun examen complémentaire dans les formes habituelles

DIAGNOSTIC : Critères cliniques précis définis par l'International Headache Society (IHS)

- **MIGRAINE SANS AURA**
 - o > 5 crises répondant aux critères ci-dessous
 - o Céphalée durant de 4 à 72h (avec ou sans traitement)
 - o 2 symptômes parmi pulsatile, unilatérale, modérée à sévère, aggravée par l'effort
 - o 1 symptôme parmi nausée et/ou vomissement, phono et photophobie
 - o Non imputée à une autre pathologie
- **MIGRAINE AVEC AURA**
 - o > 2 crises
 - o Aura avec > 1 critère parmi trouble visuel, sensitif ou phasique (jamais moteur)
 - o > 1 critère parmi topographie unilatérale, apparition progressive en >5min, durée entre 5 et 60 min pour chaque symptôme (réversibilité totale)
 - o Céphalée répondant aux critères de la migraine sans aura et se développant pendant l'aura ou dans les 60 minutes
- Examen neurologique normal en dehors de l'aura
- **Pas de nécessité d'examen paraclinique**

TRAITEMENT

- Cas N°1 : le patient n'a pris aucun traitement
 - o AINS (Ketoprofène 100mg iv ou po) +
 - o Primperan 10 mg iv ou po (même s'il n'y a pas de nausées)
 - o +/- Atarax
 - o Si échec = Triptan 20mg en intra nasal ou 6mg en sc
 - o Si échec = avis neuro pour Laroxyl, Dexamethasone et/ou hospitalisation
- Cas N°2 : le patient a pris un AINS
 - o Triptan + Primperan +/- Atarax
 - o Si échec = avis neuro
- Cas N°3 : le patient a pris un Triptan
 - o AINS + Primperan +/- Atarax
 - o Si échec = avis neuro
- Cas N°4 : si contre indication aux AINS
 - o Aspirine 1g ou Paracétamol 1g
 - o Acupan 1 amp
 - o Tranxène 20mg
- Cas N°5 : femme enceinte
 - o O2 à 10L/min
 - o Perfalgan
 - o AINS si <6 mois
 - o Sumatriptan si < 3mois

Contre indication aux triptans

AOMI
SCA / Angor
HTA
Troubles de la conduction
AVC
Allergie aux sulfamides
Traitement par DHE
(diergospray®, seglor®,
gynergene®, desernyl®)

