

Céphalées aiguës

Signes de gravité

Immédiats

Troubles de la vigilance

Risques d'inhalation ou d'obstruction des voies aériennes

Troubles hémodynamiques

Détresse respiratoire

Prise en charge symptomatique immédiate :

Protection des voies aériennes supérieures

Remplissage vasculaire

Oxygénothérapie



Généralités

- 1 % des passages aux urgences
- Plusieurs problèmes :
 - Diagnostique (place des examens complémentaires)
 - Thérapeutiques (gestion de la douleur en fonction de l'étiologie)
 - Orientation (en fonction de l'étiologie et de la gravité)



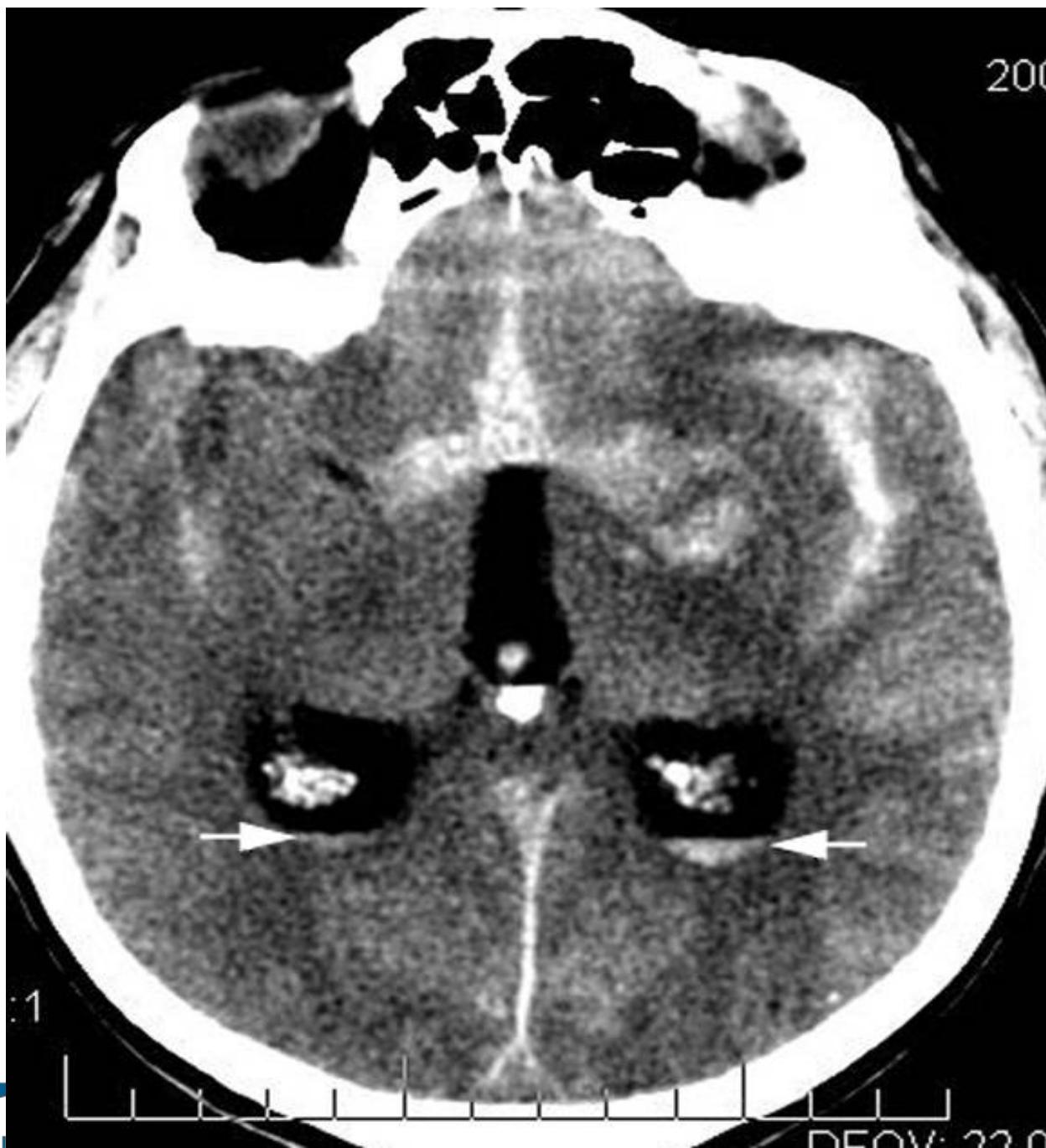
Mr F, 45 ans

- ATCD
 - 0
 - Tabac
- HDM
 - Au cours d'un effort physique intense il y a 5j
 - Céphalée brutale en casque
 - Vomissements
 - Sédation progressive en plusieurs heures



Mr F, 45 ans

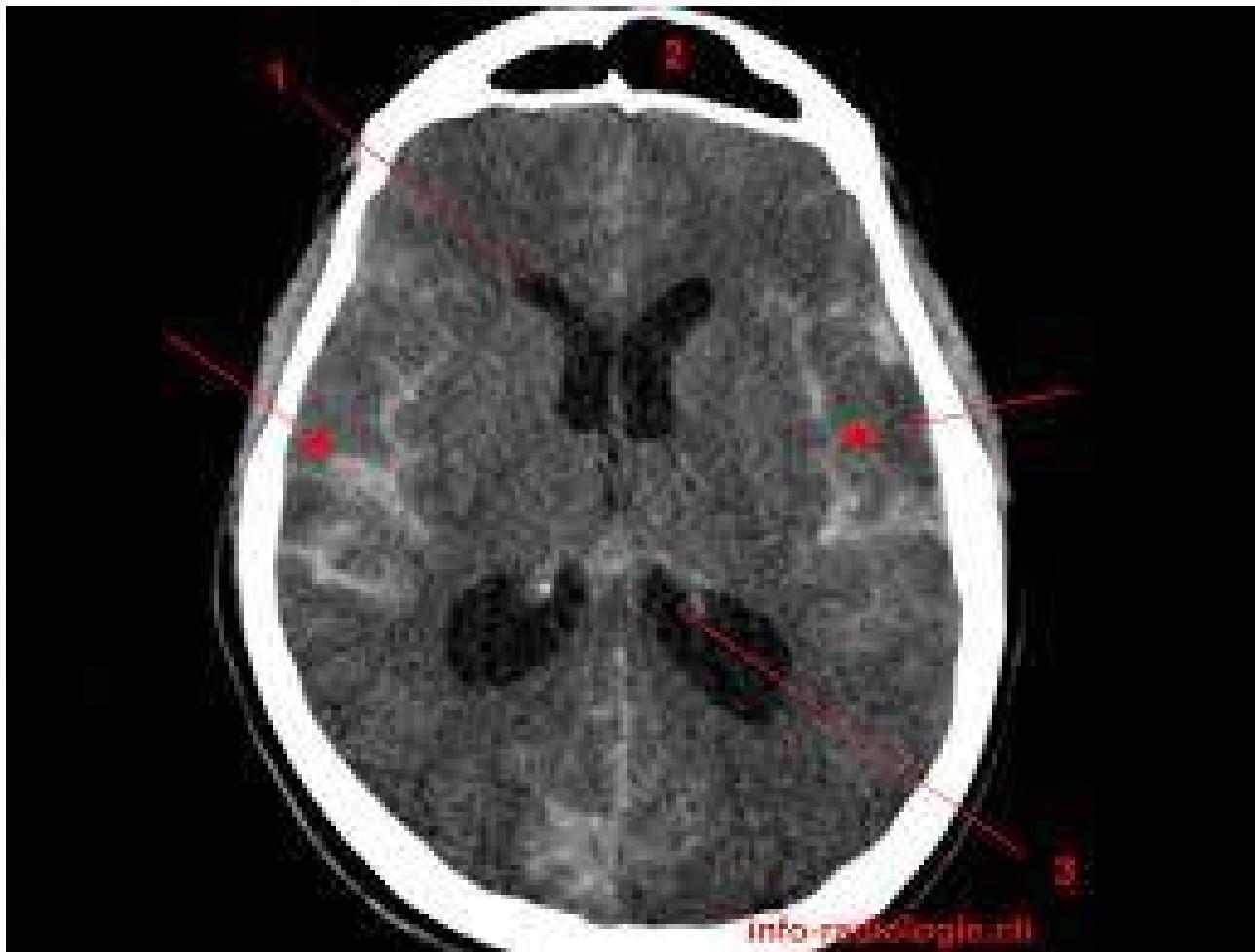
- Examen :
 - Plus de céphalées
 - Constantes normales
 - Pas de signe de localisation
 - Pas de raideur méningée
 - Reste de l'examen normal
- CAT ?



CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE NANTES



UNIVERSITÉ DE NANTES



info-pathologie.fr

Mr F, 45 ans

- Délai important entre céphalée et examen
- Faible sensibilité du scanner dans ces conditions
- Ponction lombaire avec recherche de pigments
- Si positifs : angio-MR
- Si négatifs : arrêt des examens

Céphalées aiguës

- Hémorragies méningées :
 - Céphalées en coup de tonnerre, d'emblée intense
 - Interrogatoire ++
 - Scanner cérébral sans et avec IV
 - Si négatif : PL avec recherche de pigments 12 heures après le début
 - Orientation neuro-vasculaire



Hémorragie méningée

- Pathologie rare mais grave
 - Mortalité 50 %, dépendance 30 % des survivants
- Peu de signes cliniques : raideur ++
- Importance du resaignment (céphalée annonciatrice)
- Étiologies
 - Rupture d'anévrisme (85%)
 - Sans cause (10%)
- Explorations
 - Scanner injecté
 - Angio-IRM
 - Artériographie classique

Thérapeutique

- En urgence
 - Contrôle rigoureux de la TA
 - Nimodipine : prévention spasme vasculaire
- Exclusion de l'anévrisme
 - Voie endovasculaire
 - Chirurgical
- Complications
 - Resaignement
 - Vasospasme



Mme A, 33 ans

- Adressée pour céphalées fébriles
- Pas d'antécédents particuliers
- HDM :
 - Céphalées apparues la veille au soir
 - Quelques épisodes de vomissement
 - Température : 38,5°C dans la nuit
 - Accompagnée par son mari aux urgences

Mme A, 33 ans

- Somnolente mais réveillable
- Temp : 39°C, fc : 110/min, fr : 24/min, TA : 85/45 mm Hg, SpO2 92%
- Critères de gravité ?
- Conduite à tenir initiale ?

Mme A, 33 ans

- Admission immédiate
- Monitorage non-invasif
- Voie veineuse périphérique
- Bilan : NFS, iono, créat, gazométrie, lactates, hémoculture, TP, TCA
- O2 haute concentration
- Remplissage vasculaire

Mme A, 33 ans

- Examen clinique :
 - Raideur méningée
 - Pas de signes cutanés
 - Auscultation normale
 - G 13
 - Pas de signe de localisation
- Examens complémentaires ?

Mme A, 33 ans

- PL : liquide trouble.
- Conduite à tenir ?
 - Rocéphine : 50 mg/kg IV
 - Dexamethasone : 10 mg iv
- Biologie :
 - Protéinorachie : 1,5 g/l Glucorachie : 1 mM
 - 1000 éléments dont 95% PNN
 - Examen direct négatif



• Germes suspectés ?

– Pneumocoque, méningocoque

Mme A, 33 ans

- Importance majeure du délai entre l'admission et la 1ère dose d'antibiotique sur le pronostic.
- Admission en réanimation médicale
- Absence d'intérêt du scanner cérébral dans ce contexte ou administration d'une 1ère dose d'antibiotique avant.

Méningites

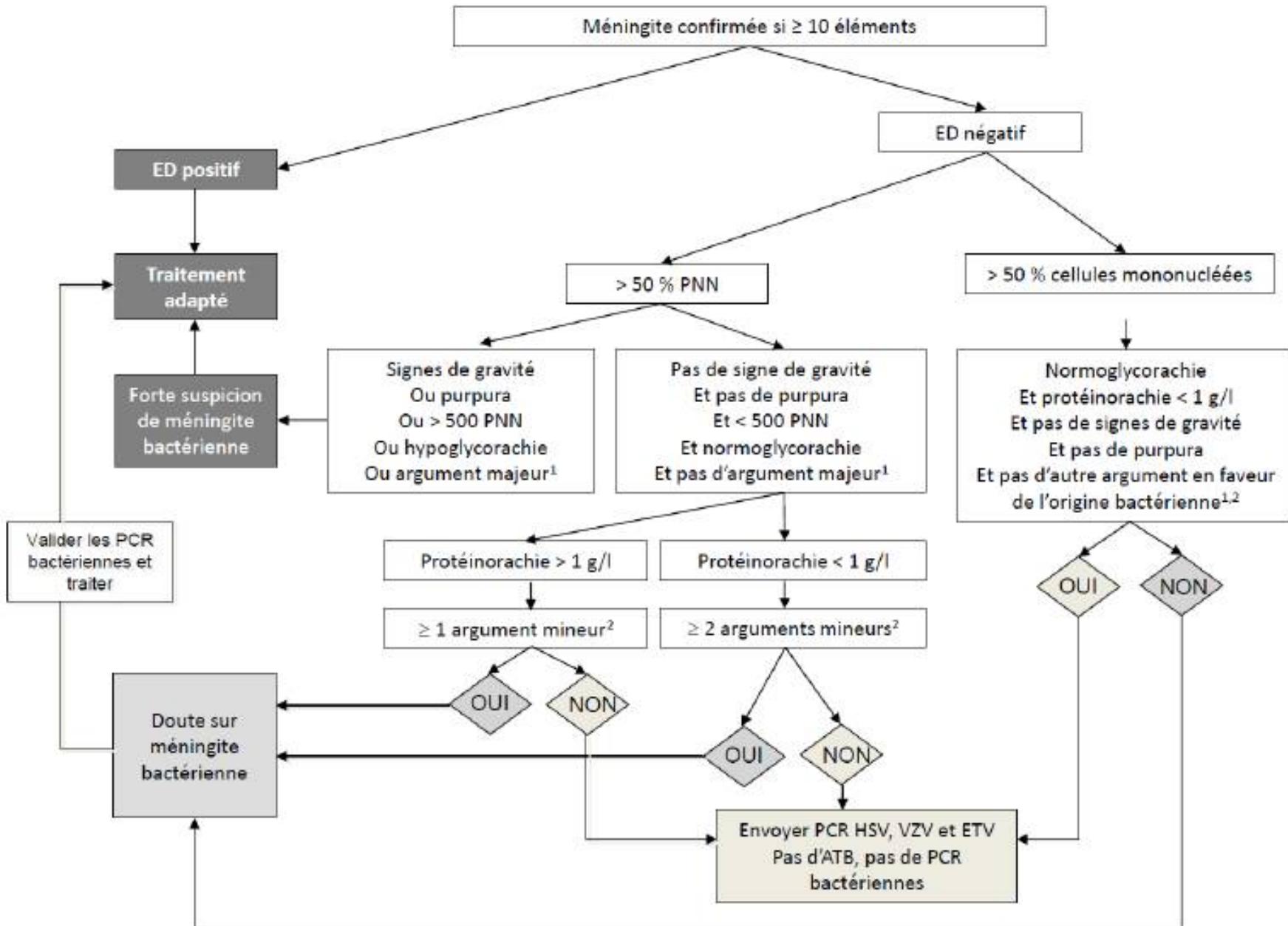
Céphalées, vomissements, raideur de nuque dans un contexte fébrile

- PL en urgence
- Contre indications :
 - Anticoagulants, troubles connus hémostase, instabilité hémodynamique
 - Mydriase uni ou bilatérale, dysautonomie, déficit focal, enroulement, Glasgow < 11
- Cyto, bactério, chimie, garder un tube sup.

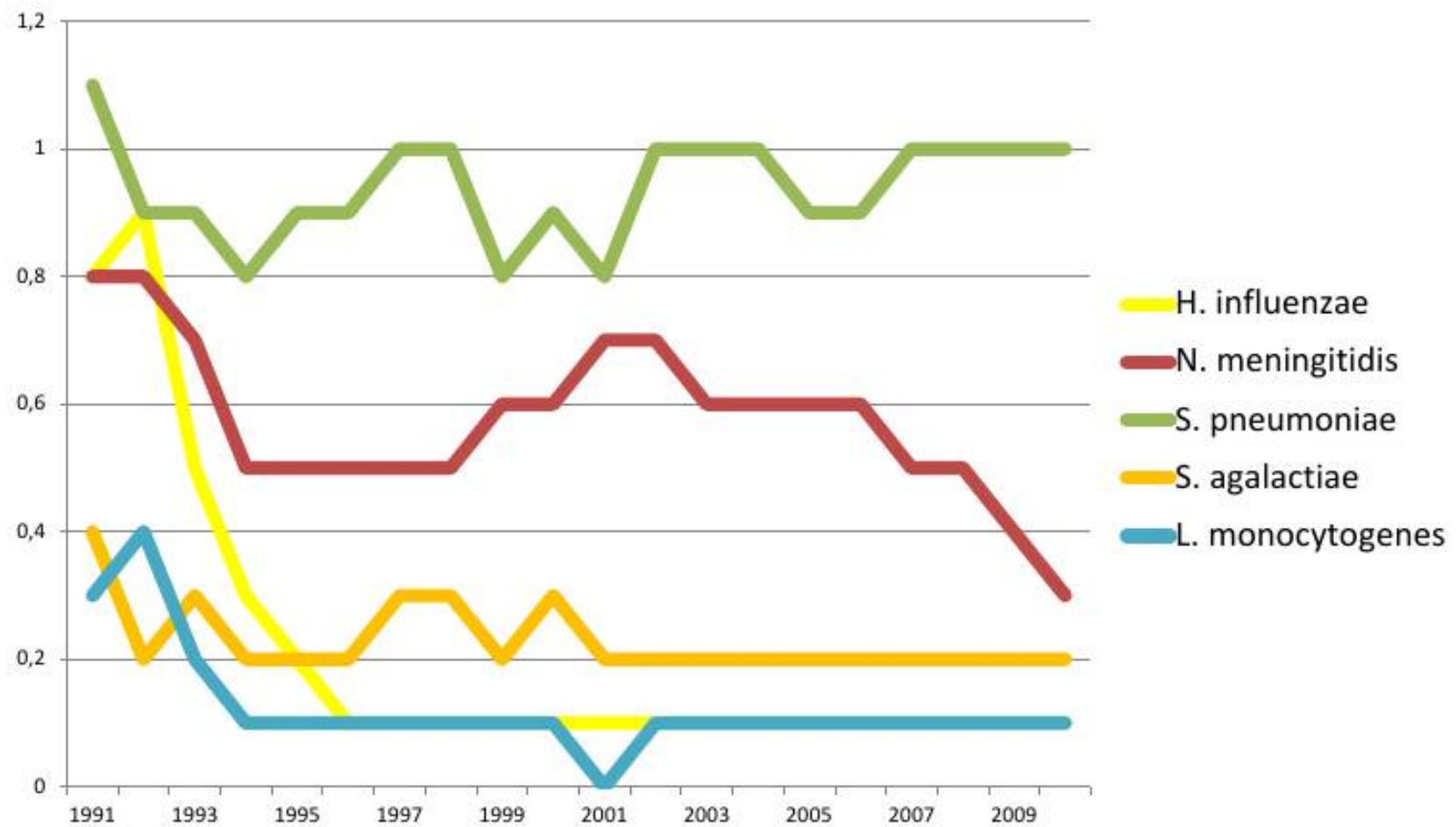


Méningites bactériennes

- PL : liquide trouble ou purulent
 - Hypercytorachie : $> 500/\text{mm}^3$ avec PNN
 - Hyperprotéinorachie : $> 1\text{g/l}$
 - Hypoglycorachie
 - Examen direct à la recherche de bactéries :
 - Coccoi gram + : pneumo
 - Coccoi gram - : méningo



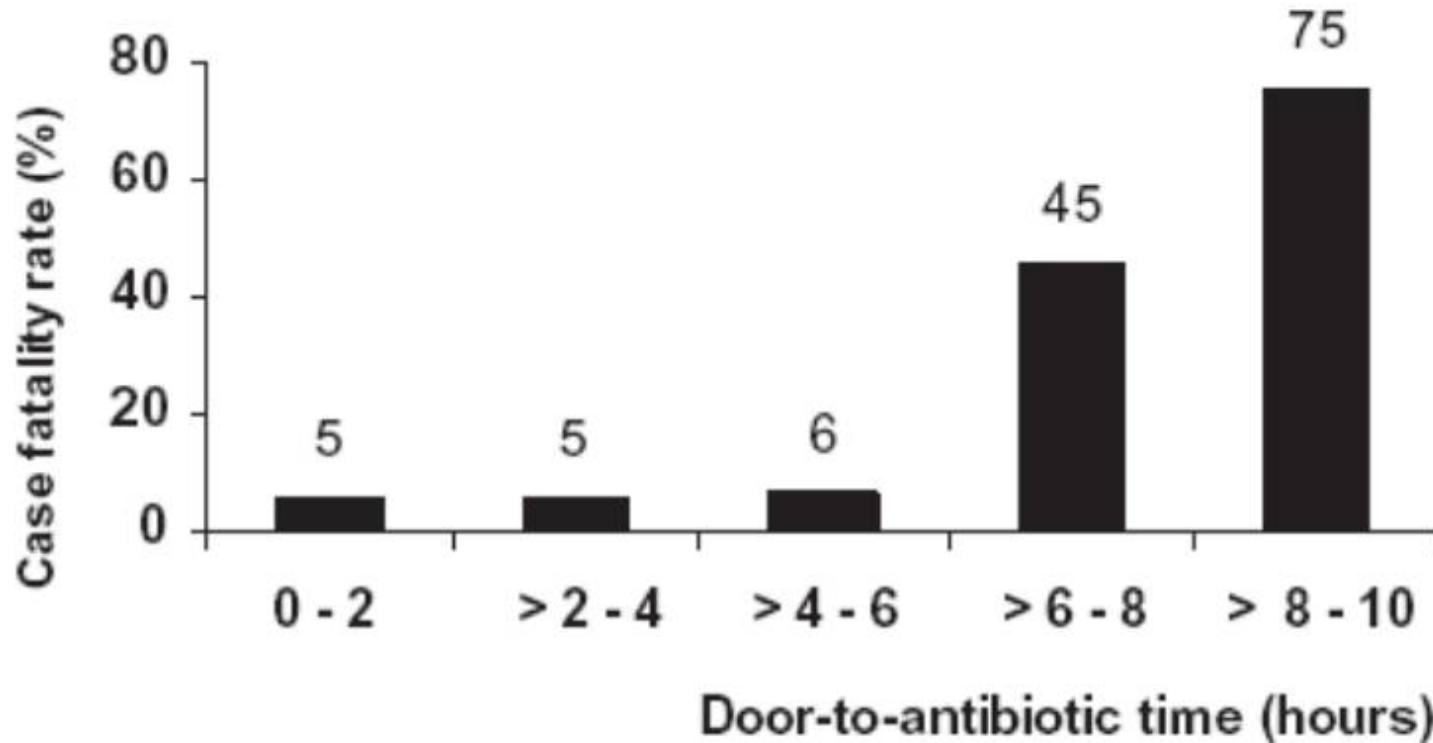
Bactériologie



Méningites bactériennes

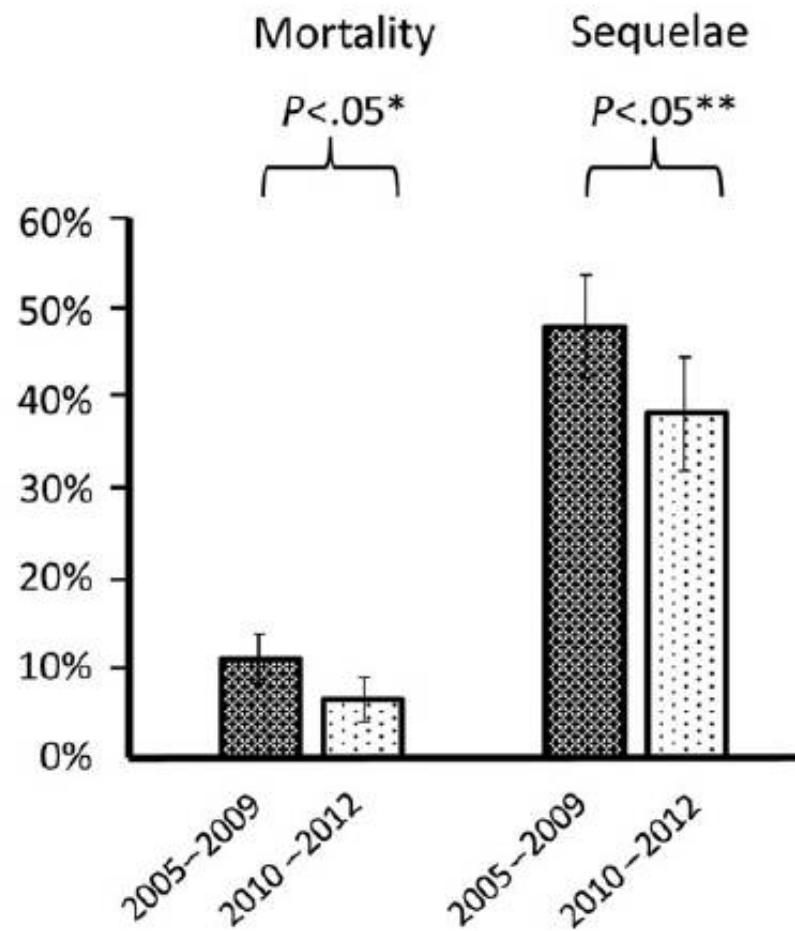
- Urgence thérapeutique absolue :
- Dès que la PL est faite
- Antibiothérapie :
 - Ceftriaxone 100 mg/kg IV
 - Dexaméthasone : 10 mg IV
- Si indication de scanner : injection avant le départ

Délai antibiothérapie



Délai antibiotique > 4 h : mortalité * 4,3
Scanner puis PL puis ATB : mortalité *4

Registre suédois



Maxime, 16 ans

- Adressé pour céphalées fébriles
- Pas d'antécédent médical ni de traitement
- Céphalées apparues depuis 24 heures, accompagnées de nausées
- Consulte avec ses parents



Maxime, 16 ans

- Constantes normales, température 38°C
- Pas de raideur de nuque
- Examen neuro normal
- Reste de l'examen sans particularité
- CAT ?



Maxime, 16 ans

- PL :
 - 55 elts/mm³
 - Prot : 0.60 g/l
 - Glycorachie normale
 - Examen direct négatif
- CAT ?



Méningites virales

- Tableau clinique moins franc
- PL : liquide clair
 - Hyperprotéinorachie modérée
 - Hypercytorachie à lymphocytes
 - Normoglycorachie
 - Examen direct négatif
- Traitement symptomatique pur sauf si signes d'encéphalite associés



Méningites bact. Liquide clair

- Listeriose :
- Début progressif
- Immuno-dépression ou grossesse
- Signes déficitaires : paires crâniennes
- PL : hypoglycorachie
- Amoxicilline + gentamicine



Mme L, 35 ans

- Consulte pour céphalées apparues depuis 24 h.
- Pas d'ATCD particuliers
- Pas de traitement en cours
- HDM :
 - Céphalées apparues depuis la veille
 - Nausées, un épisode de vomissement
 - Paracétamol inefficace

Mme L, 35 ans

- Temp : 36,7°C, fc 75/min, fr 16/min, TA 120/70 mm Hg, EVA 8/10.
- Interrogatoire ?
 - Atcd identique, facteur déclenchant?
 - Mode de survenue, facteurs accompagnants?
 - Phono-photophobie ?
 - Évolution ? Insomniant ?

Mme L, 35 ans

- Examen clinique :
 - Recherche d'une raideur méningée
 - Examen neurologique complet
 - Examen clinique de débrouillage
- Examen normal
- Persistance d'une céphalée cotée 8/10.
- Conduite à tenir ?

IHS

Encadré 1. Les différents types de migraine selon la classification de l'IHS.

Code 1.1 Migraine sans aura

Code 1.2 Migraine avec aura

 Code 1.2.1 Migraine avec aura typique

 Code 1.2.2 à 1.2.6 Migraine avec auras atypiques

Code 1.3 à code 1.6 Formes rares de migraine

Code 1.7 Migraine sans aura probable, remplissant l'ensemble des critères diagnostiques à l'exception d'un seul



IHS

Encadré 2. Critères de la migraine sans aura* (adaptés d'après les critères IHS).

- A.** Au moins cinq crises répondant aux critères B à D.
- B.** Crises de céphalées durant de 4 à 72 heures (sans traitement).
- C.** Céphalées ayant au moins deux des caractéristiques suivantes :
 - unilatérale ;
 - pulsatile ;
 - modérée ou sévère ;
 - aggravation par les activités physiques de routine, telles que montée ou descente d'escaliers.
- D.** Durant les céphalées au moins l'un des caractères suivants :
 - nausée et/ou vomissement ;
 - photophobie et phonophobie.
- E.** L'examen clinique doit être normal entre les crises. En cas de doute, un désordre organique doit être éliminé par les investigations complémentaires appropriées.

*** Le terme de migraine sans aura a remplacé celui de migraine commune.**



CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE NANTES



UNIVERSITÉ DE NANTES

Migraines aux urgences

- Examen clinique / interrogatoire soigneux
- Pas d'indication à une imagerie d'urgence
- Traitement antalgique
- Retour à domicile
- Cs neurologie sans urgences

Traitement crise de migraine

- Non spécifique
 - AINS (grade A)
 - Paracétamol
- Spécifique
 - Triptans (grade A)
 - d'autant plus efficace que précoce
- Seconde intention aux urgences
 - Amitriptyline : 25 mg en perfusion



Mme A, 75 ans

Adressée pour céphalées brutales

Antécédents :

HTA traitée

DNID

AC/FA

Traitement :

Propranolol

Metformine

previscan

Mme A, 75 ans

G 10/15, TA 190/120, fc 80, temp 37°C

Déficit moteur hémicorps droit

Pupilles réactives et symétriques.

Reste de l'examen sans particularité

Diagnostic évoqué ?

Conduite à tenir ?

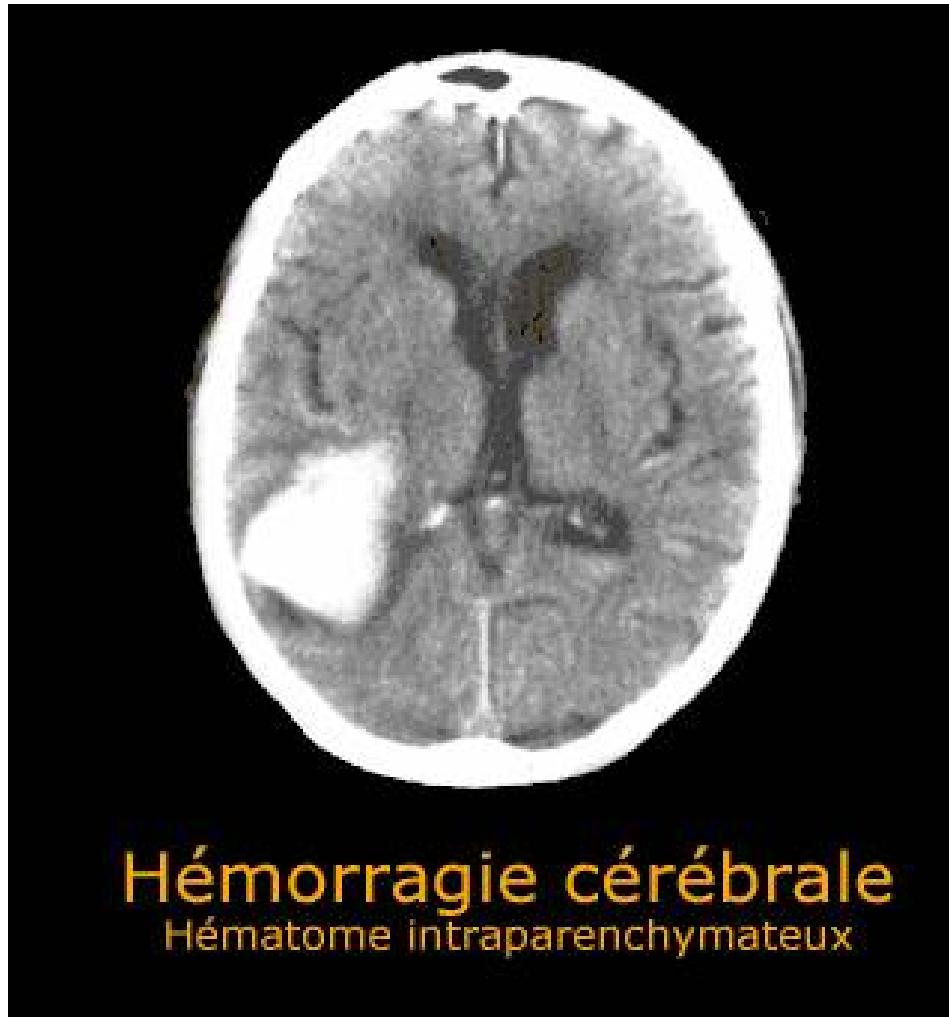
Mme A, 75 ans

AVC hémorragique hémisphérique G

Scanner cérébral en urgence

Antagonisation du préviscan par PPSB et vit K

Appel neurochirurgien pour suite de la prise en charge



Hémorragie cérébrale

Hématome intraparenchymateux

AVC hémorragique

- 20 % des AVC
 - Sujets âgés
 - Céphalée brutale +
 - Vomissements
 - Signes déficitaires focaux
 - Altération de la vigilance fréquente
 - Scanner cérébral en urgence
- Mortalité 30 à 40 %, dépendance 90 %



Traitement AVC hémorragique

- Contrôle tensionnel
 - Non strict PAS < 160
- Mesures usuelles
- Si localisation inhabituelle ou superficielle
 - Possibilité neurochirurgicale
 - En pratique, rare

Melle L, 28 ans

- Consulte pour céphalées depuis une semaine
- Antécédents 0
- Traitement : diane pour acné
- HDM :
 - Céphalées d'apparition progressive et d'intensité croissante
 - Amputation champ visuel droit



Melle L, 28 ans

- Consciente et orientée G15,
- Céphalées présentes
- HALH droite
- Reste de l'examen sans particularité
- Diagnostic évoqué et démarche diagnostique ?



Thrombophlébite cérébrale

- Pathologie rare : 1 % des AVC
- Étiologies
 - Tous facteurs de risque thromboembolique
 - Causes locales : abcès...
- Clinique
 - Céphalées, crise comitiale, troubles focaux
- Investigations
 - Ddimères discutés
 - Angioscanner avec temps veineux

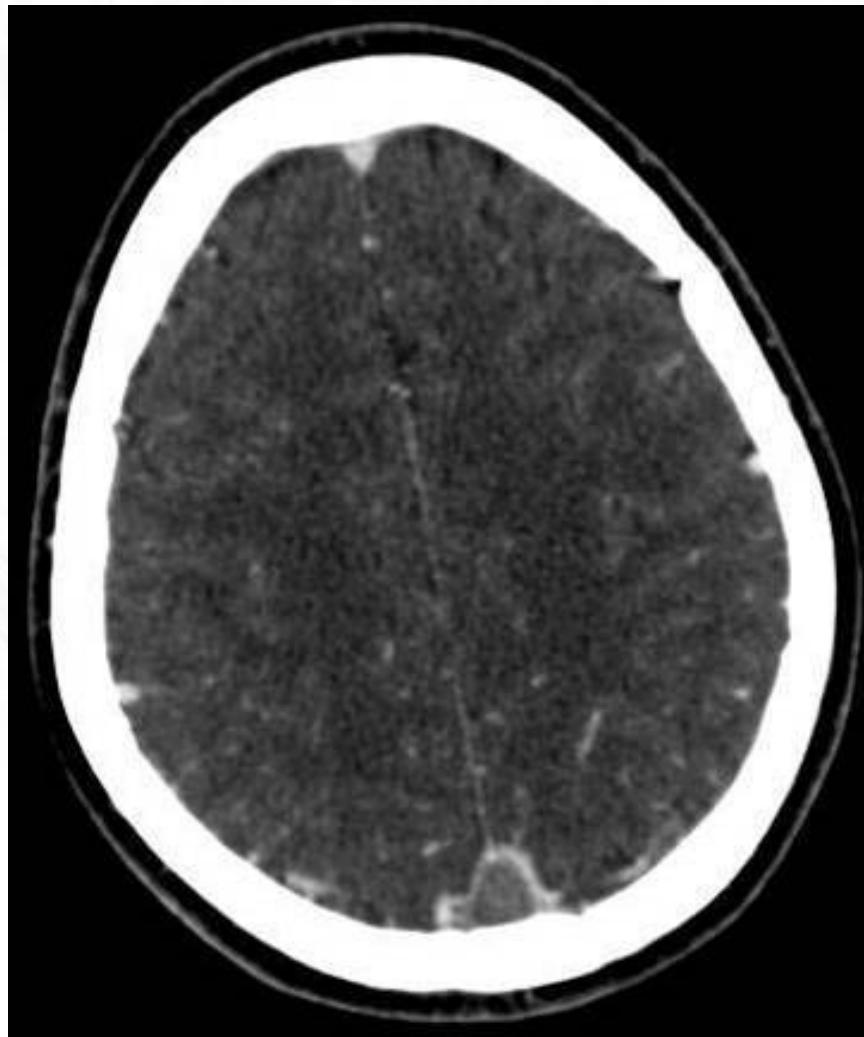


Thrombophlébite cérébrale

- Diagnostic difficile :
 - Céphalées + crise focale + déficit focal
 - Contexte particulier :
 - Post partum, contraception orale, thrombophilie, infection ORL
- Examen de choix : IRM, à défaut scan injecté
- Traitement : anticoagulants



Scanner



Mme S, 35 ans

- ✓ Consulte pour céphalées
- ✓ ATCD
 - ✓ Cholecystectomie
 - ✓ Terrain anxio-dépressif
- ✓ Traitement usuel :
 - ✓ Paracétamol de façon quasi-quotidienne
 - ✓ OP

Histoire de la maladie

- ✓ Histoire ancienne de céphalées presque quotidienne
- ✓ Pas de caractère insomniant
- ✓ Autres questions :
 - ✓ Pas de caractère pulsatil
 - ✓ Durée de plusieurs jours sans sédation
 - ✓ Pas de signe accompagnateur (vomissements)

Retentissement sur la qualité de vie

Conduite à tenir

- ✓ Examen neurologique complet
- ✓ Reste de l'examen sommaire
- ✓ Imagerie ?
 - ✓ Pas d'indication en urgence
 - ✓ Scanner ou IRM à discuter avec un neurologue
- ✓ Traitement ?
 - ✓ Pas d'indication à augmenter les antalgiques
 - Échec fréquent