

# 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

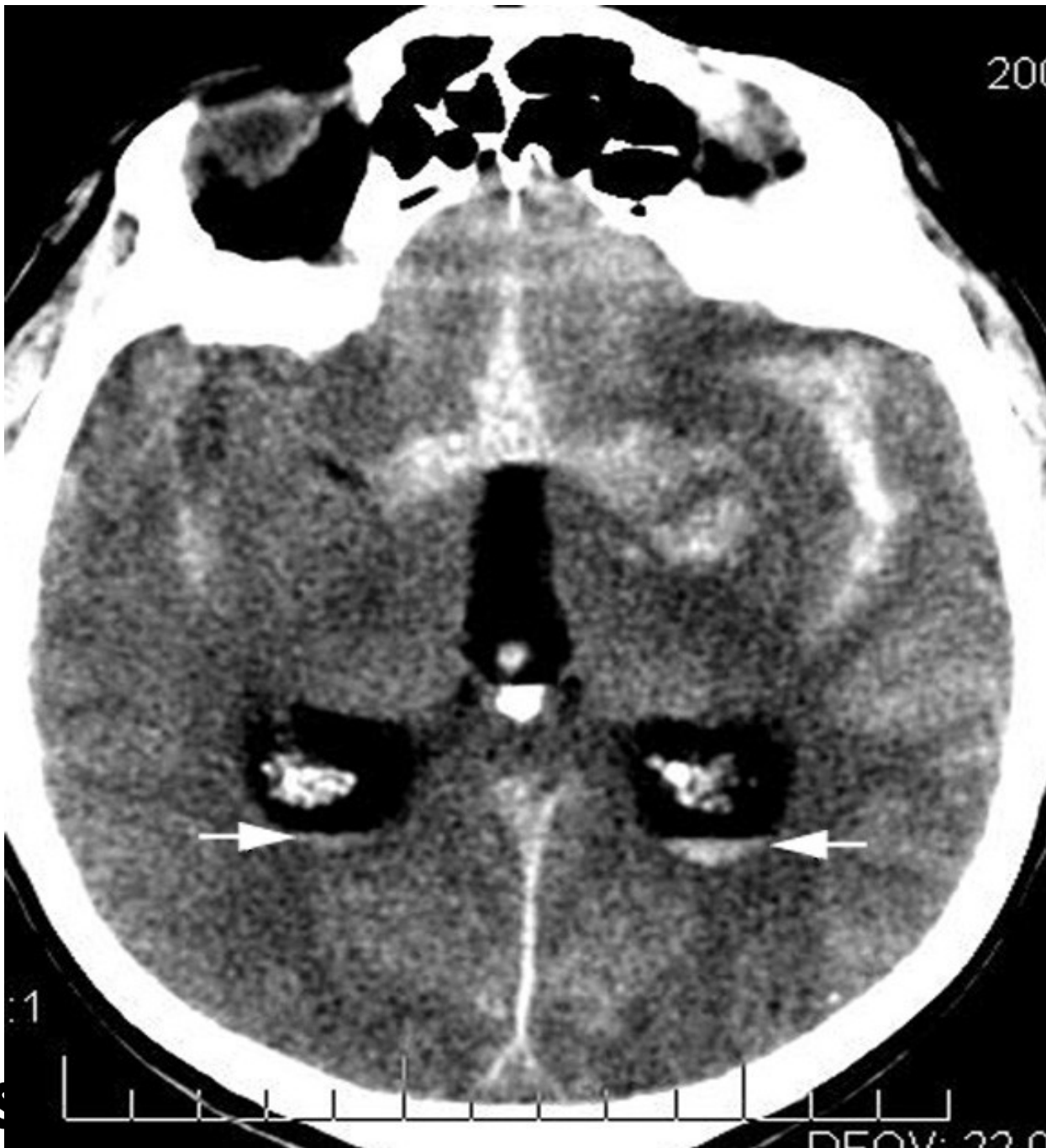
- 1 % des passages aux urgences
- Plusieurs problèmes :
  - Diagnostique (place des examens complémentaires)
  - Thérapeutiques (gestion de la douleur en fonction de l'étiologie)
  - Orientation (en fonction de l'étiologie et de la gravité)

# Mr F, 45 ans

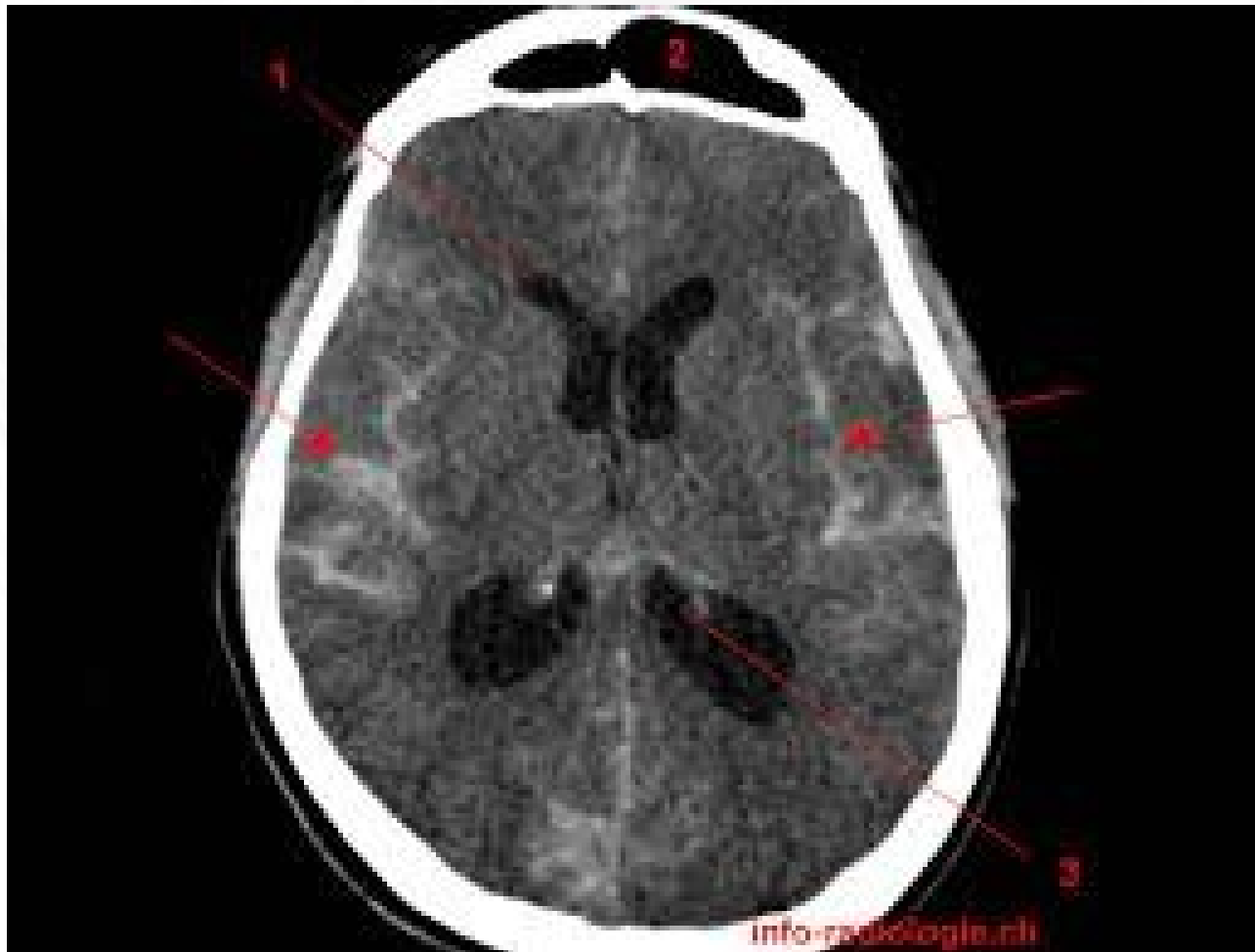
- ATCD
  - 0
  - Tabac
- HDM
  - Au cours d'un effort physique intense il y a 5j
  - Céphalée brutale en casque
  - Vomissements
  - Sédation progressive en plusieurs heures

# 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 ?



200



# 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 neurovasculaire

# Hémorragie méningée

- Pathologie rare mais grave
  - Mortalité 50 %, dépendance 30 % des survivants
- Peu de signes cliniques : raideur ++
- Importance du resaignement (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
- Monitoring 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 ?
  - Ceftriaxone : 50 mg/kg IV
  - Dexamethasone : 10 mg iv
- Biologie :
  - Protéïnorachie : 1,5 g/l Glucorachie : 1 mM
  - 1000 éléments dont 95% PNN
  - Examen direct négatif



**CHU**  
**NANTES**

Germes suspectés ?

– Pneumocoque, méningocoque

**IV** Nantes  
Université



# 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.

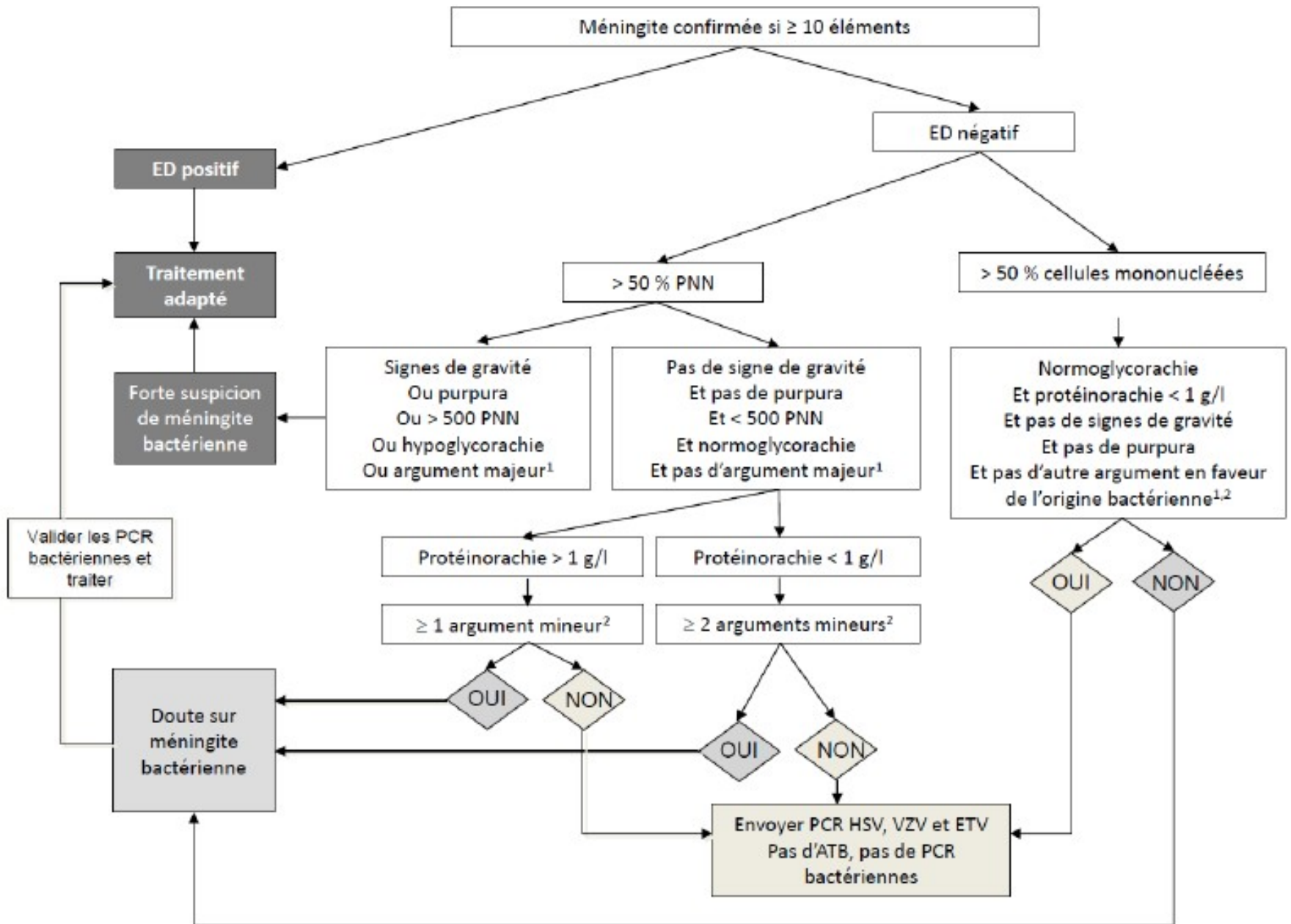
# Méningites

Céphalées, vomissements, raideur de nuque dans un contexte fébrile

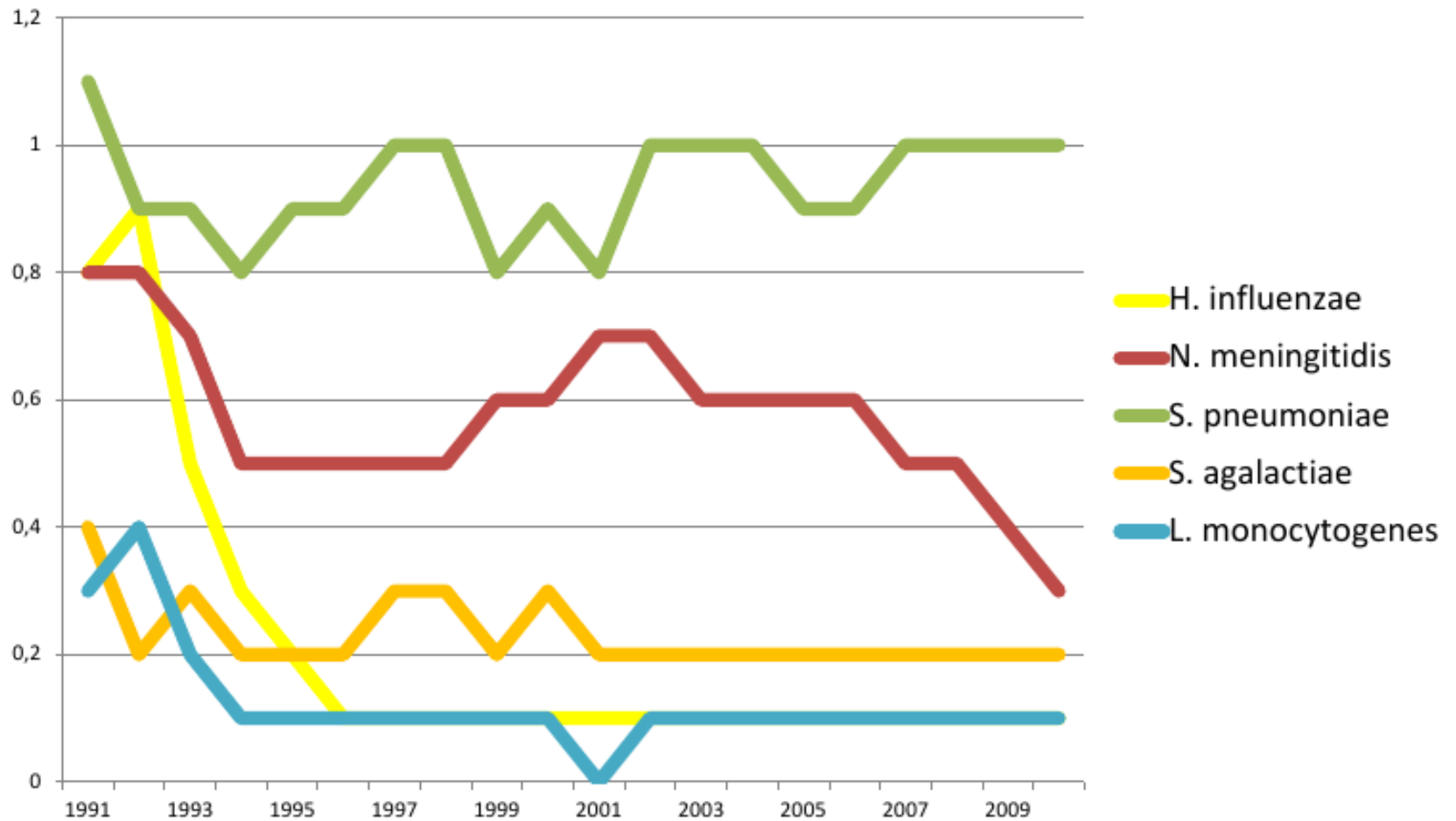
- PL en urgence
- Contre indications :
  - Anticoagulants, troubles connus hémostasie, instabilité hémodynamique
  - Mydriase uni ou bilatérale, dysautonomie, déficit focal, enroulement, Glasgow < 11
- Cyto, bactério, chimie, garder un tube sup.

# 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 :
    - Cocci gram + : pneumo
    - Cocci gram - : méningo



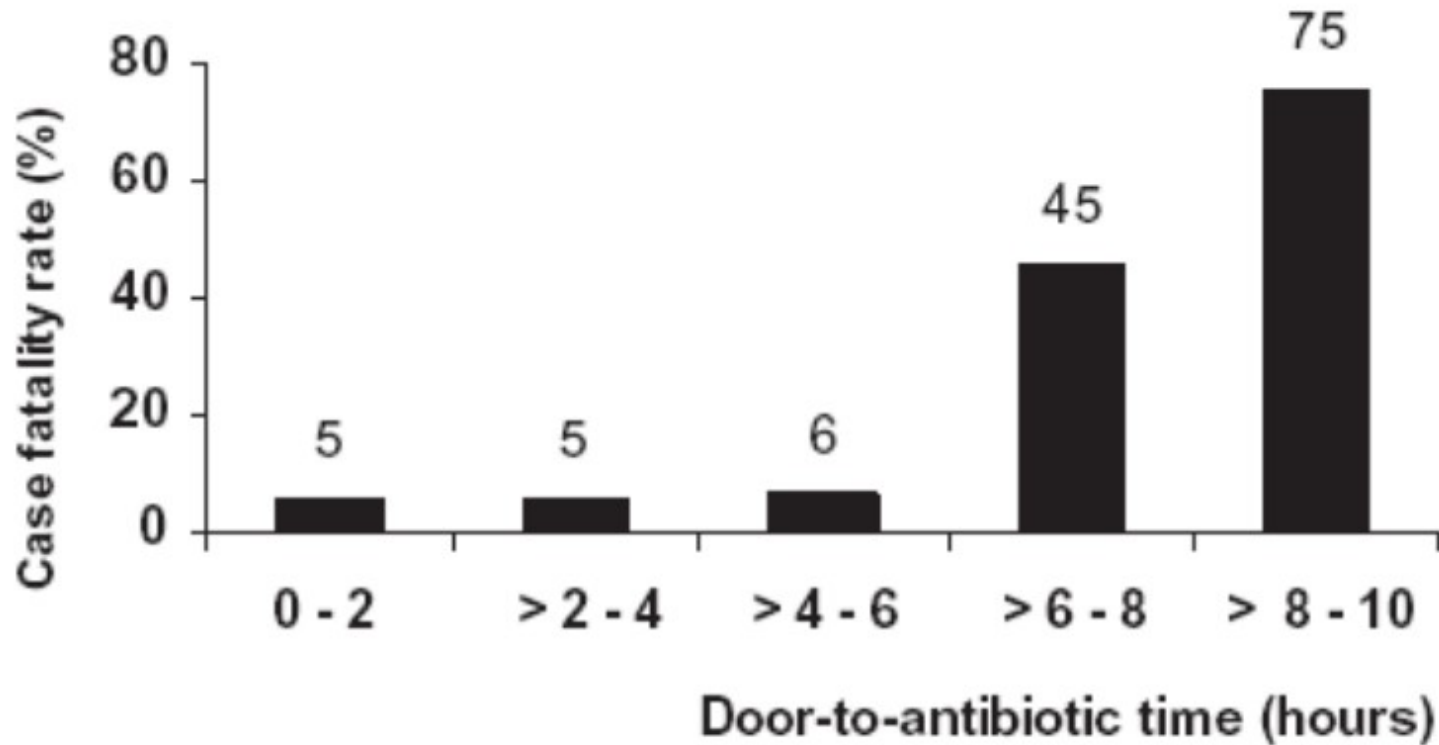
# Bactériologie



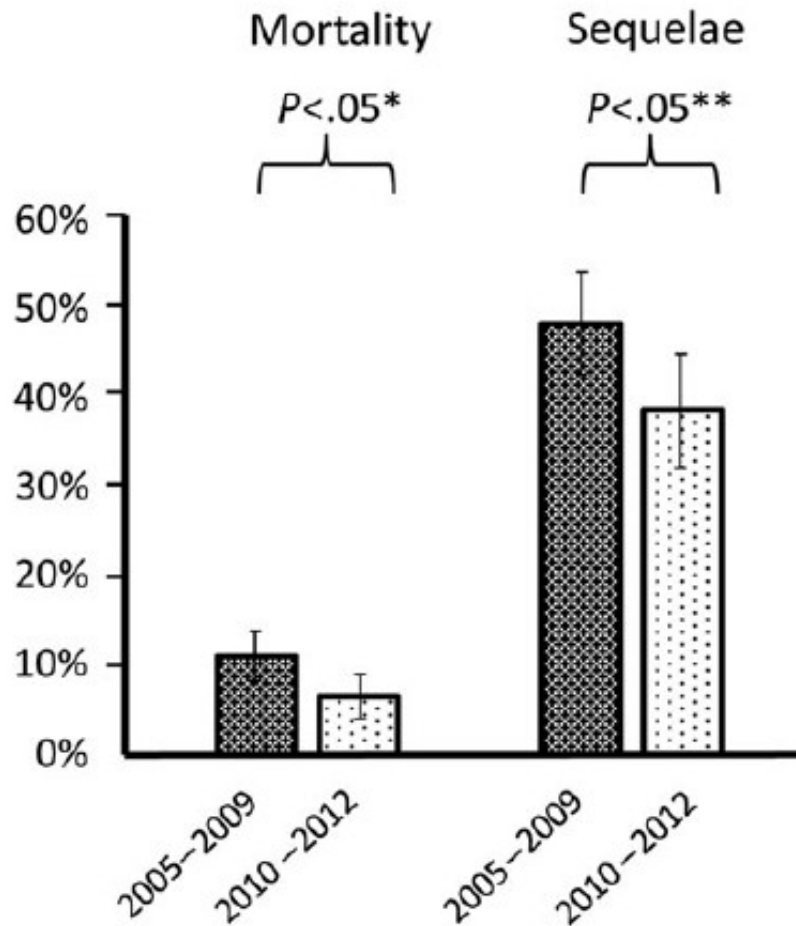
# Méningites bactériennes

- 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
- Orientation : USC ou réa médicale

# Délai antibiothérapie



# 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 neurologique normal
- Reste de l'examen sans particularité
- CAT ?

# Maxime, 16 ans

- PL :
  - 55 elts/mm<sup>3</sup>
  - 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  
CHU Nantes Université signes d'encéphalite associés

# Méningites bact. Liquide clair

- Listériose :
- Début progressif
- Immunodépression 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

- Température : 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.**

# 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) : ibuprofène 400 mg
  - Paracétamol
- Spécifique
  - Triptans (grade A)
    - d'autant plus efficace que précoce
- Seconde intention aux urgences
  - Amitryptiline : 25 mg en perfusion ou per os (pas de vomissements)
  - ECG avant (recherche QT long)

# 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 ?

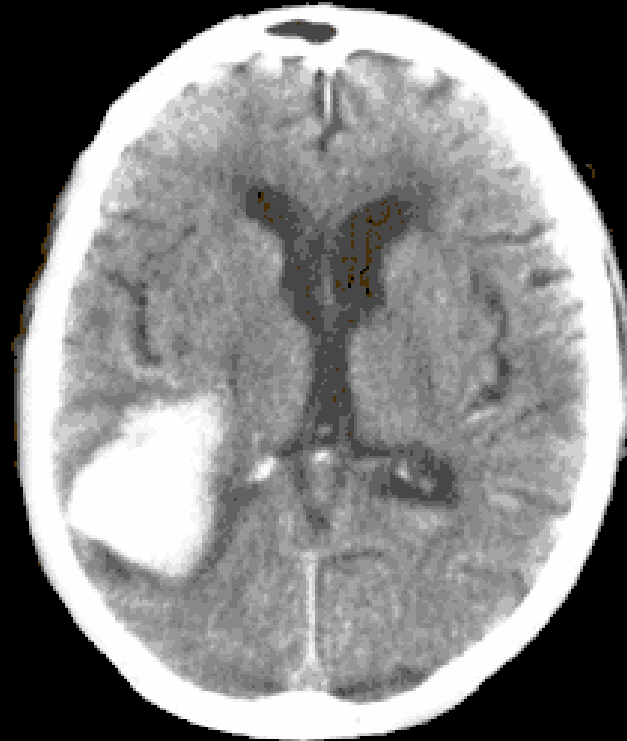
Mme A, 75 ans

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 ?

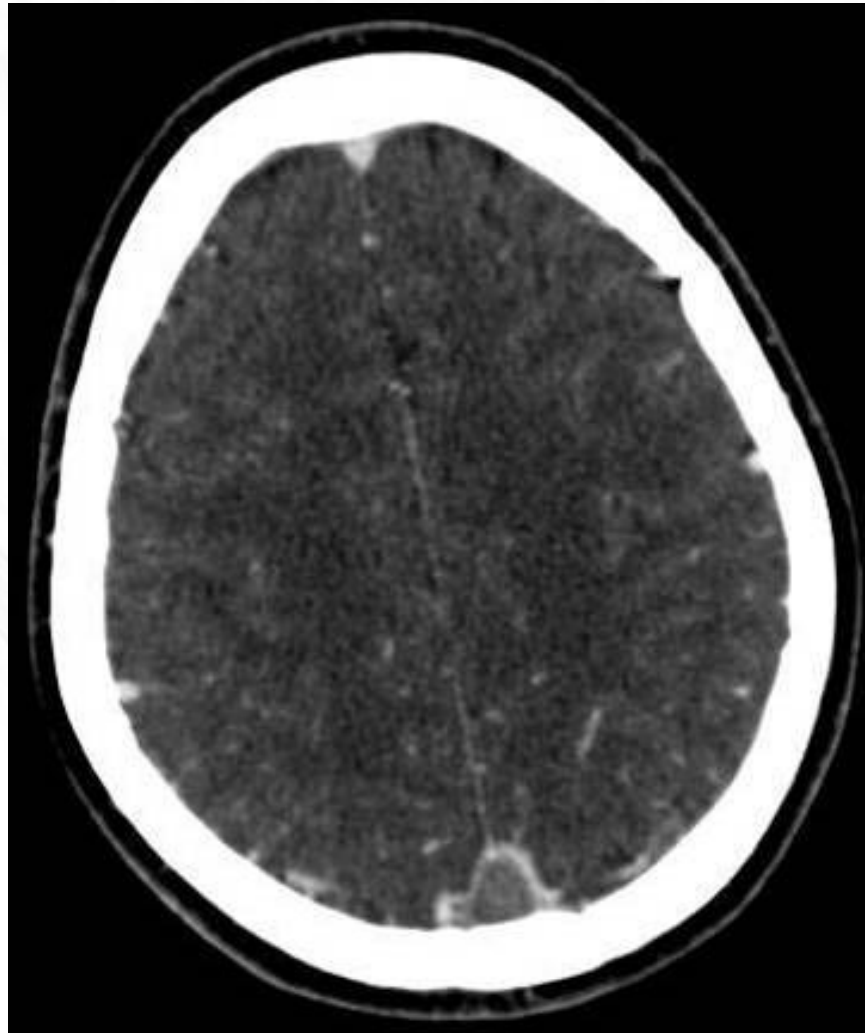
# Thrombophlébite cérébrale

- 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 :
  - Postpartum, 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