

CÉPHALÉES AIGÜES ET MIGRAINES CHEZ L'ADULTE *

RÉDACTEURS :

Axel Ellrodt - Bruno Garrigue - Pierre-Yves Gueugniaud - Frederic Lapostolle - Saïd Laribi - Agnes Ricard-Hibon

* Sous la responsabilité des rédacteurs

GÉNÉRALITÉS

L'analyse clinique est particulièrement cruciale dans le diagnostic d'une céphalée aiguë en urgence pour distinguer les céphalées primaires des céphalées secondaires. Les éléments cliniques doivent être soigneusement consignés dans le dossier.

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX

- Cancer, infection, immunodépression, alcoolisme, altération de l'état général.
- Date des dernières règles.

ANTÉCÉDENTS DE CÉPHALÉES

- Sont-elles chroniques ou par crises?
- Cette crise est-elle comme les autres?
- Est-ce la pire céphalée de la vie du patient?

TRAITEMENT EN COURS

- S'informer du traitement en cours (anticoagulants, antiagrégants, etc.) et/ou du traitement pris pour la crise.

HISTORIQUE

- Mode de début : en coup de tonnerre, intensité maximale d'emblée.
- Signes d'accompagnement en particulier symptômes neurologiques et leur chronologie.
- Signes vitaux dont température, pression artérielle, évaluation de la douleur.
- Traumatisme de la tête ou du cou.
- Toxiques : alcool, psychotropes, monoxyde de carbone...

EXAMEN CLINIQUE

- Examen de la conscience, de l'orientation.
- Recherche d'un syndrome méningé.
- Bref examen des fonctions supérieures, recherche d'une aphasie.
- Examen visuel et manuel du crâne et du cou.
- Auscultation des carotides à la recherche d'un souffle.
- Palpation des artères temporales après 60 ans.
- Recherche de marques de traumatisme.
- Recherche de signes cérébelleux, déficitaires.
- Champ visuel, acuité visuelle (sommaire), oculomotricité.
- Étude de la marche.
- Examen cutané immédiat si céphalée + fièvre à la recherche d'un purpura.

SPÉCIFICITÉS DE LA PRISE EN CHARGE

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL¹

VASCULAIRE

- Hémorragie méningée
- Thrombose veineuse cérébrale
- Anévrisme artériel non rompu
- Dissection artérielle cervicale
- Hématome sous/extradural
- AVC
- HTA maligne
- Syndrome de vasoconstriction

SYNDROMES TUMORAUX

- Hypertension intracrânienne idiopathique
- Tumeurs
- Abscès
- Apoplexie pituitaire

CÉPHALÉES PRIMAIRES

- Migraine
- Algie vasculaire
- Céphalée de tension
- Névralgies
- Céphalée d'effort

INFLAMMATIONS

- Maladie de Horton

TRAUMATISMES

- Hémorragie méningée traumatique
- Thrombose veineuse cérébrale
- Dissection artérielle cervicale

INTOXICATIONS/ ENVIRONNEMENT

- Monoxyde de carbone
- Céphalée post-alcoolisation
- Abus d'antalgiques (migraine, céphalée de tension)
- Céphalée d'altitude
- Hyperthermie d'effort/maligne
- Barotraumatismes sinusiens (avion, plongée)

INFECTIONS

- Méningite
- Encéphalite
- Sinusite
- Mastoïdite
- Fièvres de toutes causes

REMARQUES¹

- L'efficacité d'un traitement, même « spécifique » n'a jamais de valeur diagnostique (un triptan peut soulager une hémorragie méningée).
- Le soulagement de la douleur permet un meilleur examen et surtout une meilleure anamnèse, permettant d'orienter au mieux le diagnostic étiologique.
- Ce n'est pas parce que la douleur est soulagée que le patient n'a pas une hémorragie méningée, une méningite, une intoxication, etc.

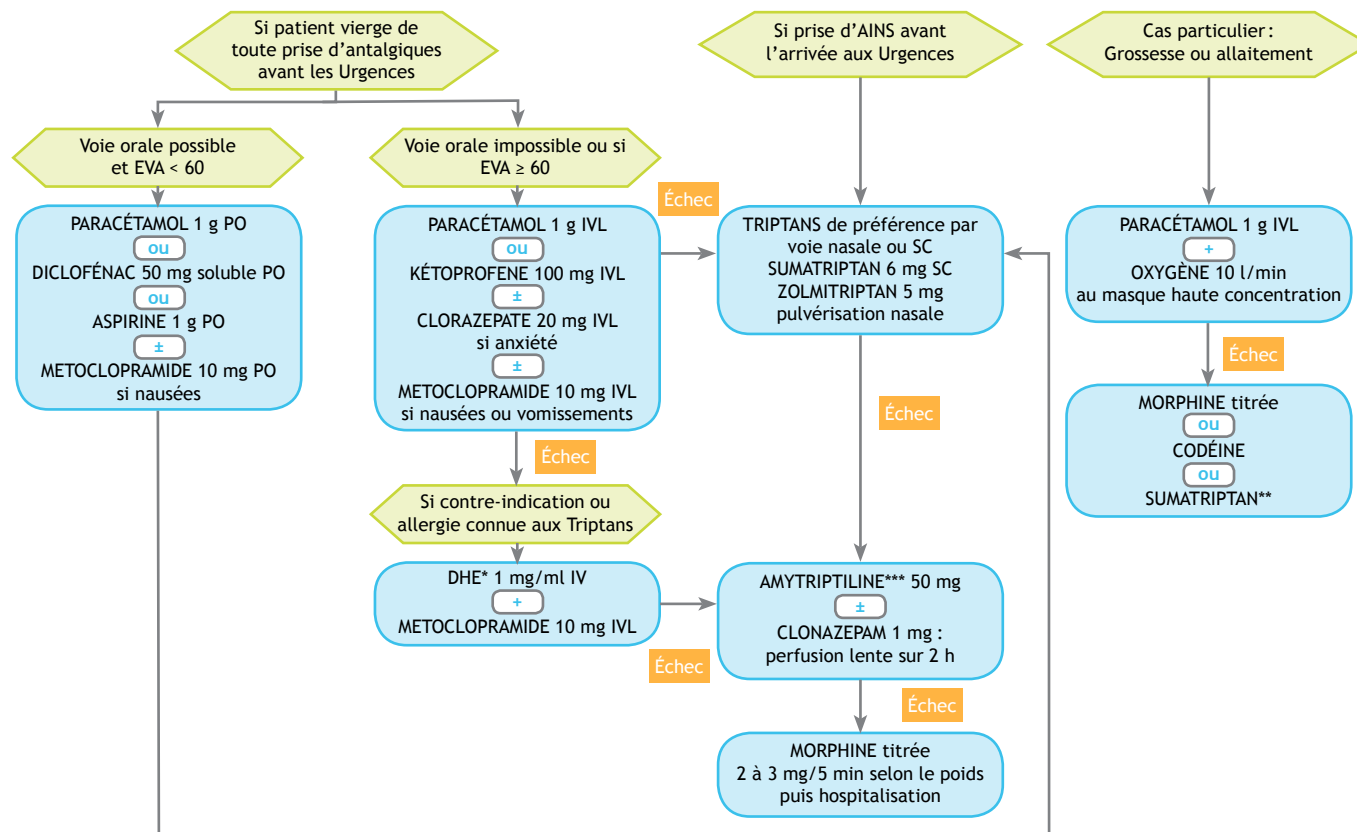
DEVENIR DU PATIENT

- Le retour au domicile est indiqué s'il s'agit d'une céphalée de cause bénigne, ou dont le traitement spécifique n'est pas urgent : prescrire un traitement des crises ultérieures¹. Confier le patient au médecin traitant ou à un neurologue pour discuter à distance de la crise et du traitement de fond.
- Hospitalisation en UHCD ou service adapté si non soulagé : traitement symptomatique et/ou spécifique de la douleur et poursuite des investigations.

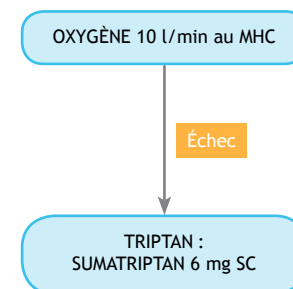
STRATÉGIE D'ANALGÉSIE

Après interrogatoire, examen clinique +/- examens complémentaires et lorsque le diagnostic de céphalée primaire est posé : 3 situations différentes

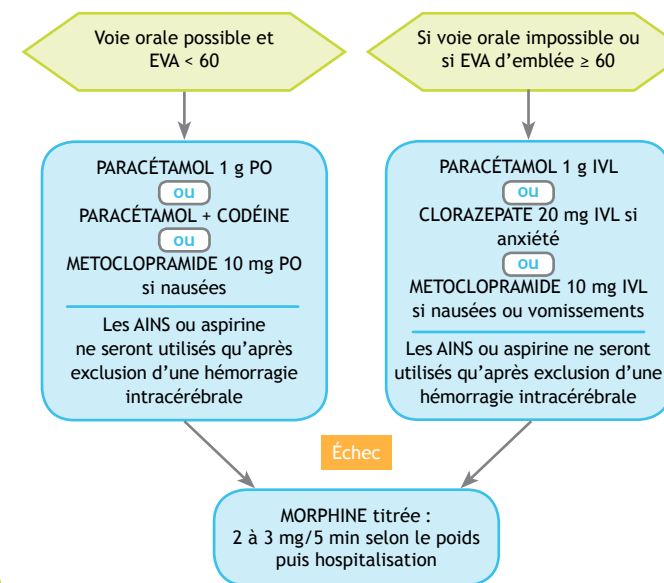
MIGRAINES



ALGIE VASCULAIRE DE LA FACE



CÉPHALÉES AIGÜES NON SPÉCIFIQUES



* Sauf artérite temporale ou migraine hémiplégique et/ou basilaire

** Le centre de référence sur les agents tératogènes autorise en cas d'inefficacité au palier I, le recours au sumatriptan quel que soit le terme de la grossesse⁶. Néanmoins des doutes persistent sur sa sécurité d'emploi en dehors du cadre des malformations⁷. Utilisable en cas d'allaitement.

*** Après ECG (troubles de conduction)

STRATÉGIE D'ANALGÉSIE

COMPLÉMENT D'ANALGÉSIE

En cas de traitement parentéral, réhydrater avec du sérum physiologique pour compenser les vomissements et éviter l'hypotension iatrogène de certains traitements (neuroleptiques).

Sinon, réhydrater per os dès que possible.

DOSAGE DES TRIPTANS

TRIPTAN PER OS

- Almotriptan: 6.25 ou 12,5 mg (max. 25 mg/24h)
- Eletriptan: 20 ou 40 mg (max. 80 mg/24h)
- Frovatriptan: 2,5 mg/j (max. 7,5 mg/24h)
- Naratriptan: 1 ou 2,5 mg renouvelable (max. 5 mg/24h)
- Rizatriptan: 5 à 10 mg/crise (max. 30 mg/24h)
- Sumatriptan: 25, 50 et 100 mg (max.200 mg/24h)
- Zolmitriptan: 2,5 ou mg (max. 10 mg/24)

TRIPTAN SC

- Sumatriptan 6 mg/crise renouvelable à intervalle d'au moins 1 h (max.12 mg/24h)

TRIPTAN NASAL

- Sumatriptan: 5 and 20 mg 1 pulv./crise dans une narine (max. 40 mg/24h)
- Zolmitriptan 5 mg/crise (max. 10 mg/24h)

REMARQUES

- Les triptans ne doivent être utilisés qu'après avoir établi un diagnostic certain de migraine
- Grossesse et allaitement: Le centre de référence sur les agents tératogènes autorise en cas d'inefficacité au palier I, le recours au sumatriptan quel que soit le terme de la grossesse⁶. Néanmoins des doutes persistent sur sa sécurité d'emploi en dehors du cadre des malformations⁷. Utilisable en cas d'allaitement.
- Contre-indications:
 - Antécédents d'infarctus du myocarde ou pathologie cardiaque ischémique, vasospasme coronarien (angor de Prinzmetal), pathologie vasculaire périphérique ou symptômes de pathologie cardiaque ischémique ou signes compatibles avec une pathologie cardiaque ischémique.
 - Antécédents d'accident vasculaire cérébral (AVC) ou d'accident ischémique transitoire (AIT).
 - Insuffisance hépatique sévère.
 - Hypertension modérée ou sévère et hypertension légère non contrôlée.
 - Ergotamine ou dérivés de l'ergotamine (y compris le méthysergide): cf. Interactions.
 - Inhibiteurs de la monoamine-oxydase (IMAO): le sumatriptan ne doit pas être utilisé dans les 2 semaines suivant l'arrêt d'un traitement par les inhibiteurs de la monoamine-oxydase. Un délai de 24 h après administration d'ergotamine et avant prise de triptan doit être observé et à l'inverse, entre une prise de triptan et une prise d'ergotamine, il faut respecter un délai de 6 h (sumatriptan) à 24 h (autres triptans).

SOINS INFIRMIERS

L'INFIRMIER(E) D'ORGANISATION DE L'ACCUEIL (IOA) ET/OU DES URGENCES

1. Installe si possible le patient dans un box calme (baisser l'intensité lumineuse si photophobie).
2. Reconnaît la douleur, la caractérise.
3. Choisit et applique une méthode d'évaluation de la douleur compatible avec le patient (EVA-EN). Note ces éléments sur le dossier patient.
4. Recueille et surveille les paramètres cliniques et paracliniques: fréquence respiratoire, pression artérielle, fréquence cardiaque, état de conscience, température et douleur. Note ces éléments sur le dossier patient.
5. Rassure le patient malgré la douleur le plus souvent très sévère et explique les gestes entrepris.
6. Met en route le traitement antalgique sur prescription médicale ou protocole préétabli après contrôle d'absence d'allergies ou de contre-indications.
7. Surveille spécifiquement la titration morphinique.
8. Explique les consignes de sortie et de suivi au patient et la famille, s'assure de la compréhension de la feuille de recommandations remise au patient à sa sortie du SAU.

Références bibliographiques :

1. Acute Headache in Emergency Departments D Valade and A Ducros. Handbook of clinical neurology headache 2006.
2. Triptan therapy in Migraine. E Loder, NEJM 2010.
3. Torelli P, Campana V, Cervellin G, Manzoni GC. Management of primary headaches in adult Emergency Departments: a literature review, the Parma ED experience and a therapy flow chart proposal. Neurol Sci. 2010; 31: 545-53.
4. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant : aspects cliniques et économiques. ANAES 2003. [www.anaes.fr/anaes/publications.nsf/\(ID\)/74D6F6A8D31A0D67C1256CC2005971B8/\\$file/migraine_recos.pdf](http://www.anaes.fr/anaes/publications.nsf/(ID)/74D6F6A8D31A0D67C1256CC2005971B8/$file/migraine_recos.pdf)
5. Sfm et Sfar. Conférence d'experts: « Sédation et analgésie en structure d'urgence » http://www.sfm.org/documents/consensus/rfe_sedation_analgésie_2010.pdf
6. Centre de référence sur les Agents Tératogènes. Hôpital Armand-Trousseau (AP-HP), 26 avenue du Dr Netter 75571 PARIS CEDEX 12. www.lecrat.org
 - grossesse: www.lecrat.org/article.php3?id_article=455
 - allaitement: www.lecrat.org/article.php3?id_article=854 et CRAT: http://www.lecrat.org/article.php3?id_article=456
7. Kurth T, Hernandez-Diaz S. Triptan use during pregnancy: a safe choice? Headache. 2010; 50: 576-8.