

	PRISE EN CHARGE INITIALE DES CEPHALEES AU SERVICE DES URGENCES SITE D'ETAMPES	PR-ULI-URG-PEC-N°108
		Version n°1
		Crée le 01-02-2011
DIFFUSION : Urgences site d'Etampes		

➤ **OBJET ET DEFINITIONS**

- Organiser et protocoliser la prise en charge des céphalées à l'arrivée des patients dans la Structure d'Urgence
- La prise en charge initiale s'entend dès l'arrivée du patient aux urgences avant toute attente et dès le premier contact avec le personnel des urgences

➤ **DOMAINE D'APPLICATION ET RESPONSABILITES**

- Structure d'Urgence
- Tout personnel

➤ **DESCRIPTION**

PRISE EN CHARGE A L'ACCUEIL

EVALUATION

Dès l'arrivée du patient la douleur est évaluée par le personnel d'accueil, quel que soit sa qualification (agent administratif, secrétaire, DEAmbulancier, aide-soignant, infirmier, médecin) grâce à une échelle verbale simplifiée (voir procédure de prise en charge initiale de la douleur) Le protocole sur la prise en charge de la douleur est appliquée jusqu'à l'entrée en box d'examen La poursuite de la prise en charge est effectuée sous la responsabilité du médecin.

CONDUITE DE L'EXAMEN MEDICAL

INTERROGATOIRE

- Antécédents de migraine ou de céphalées
- Douleurs habituelles ou non
- Mode d'installation
- Signes associés (vomissements, nausées, troubles visuels, troubles sensitifs ou moteur)..
- Intoxication monoxyde de carbone

EXAMEN GENERAL

- Prise de constantes
- Examen cardio-vasculaire, souffle,...

EXAMEN NEUROLOGIQUE

- Conscience ? confusion ?
- Syndrome méningé ?
- Déficit moteur ou sensitif ?
- Nerfs crâniens, oculomotricité, champ visuel

PRINCIPALES CAUSES DE CEPHALEES

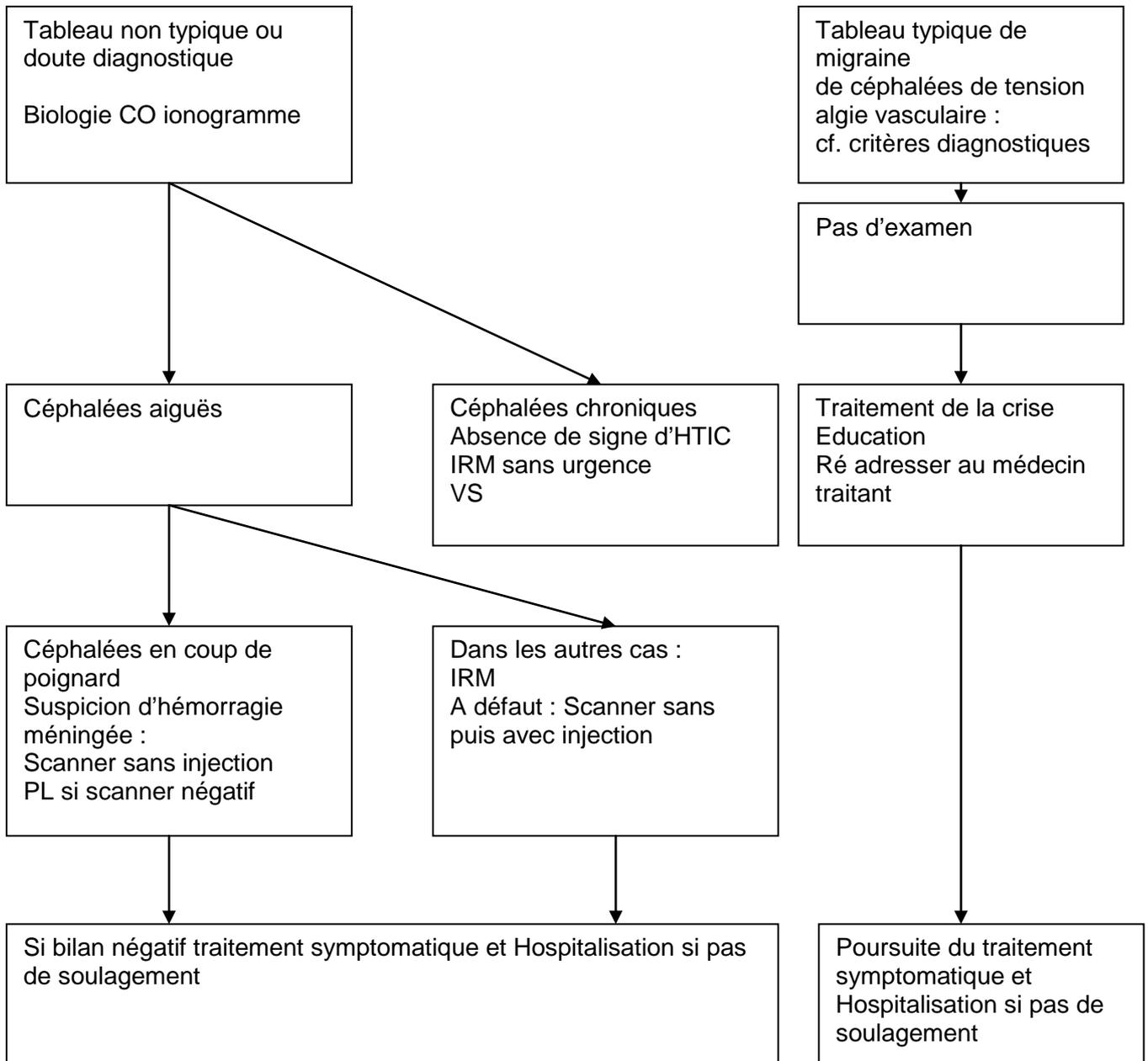
Céphalées Primaires

- Migraine
- Céphalées de tension
- Algie vasculaire de la face
- Céphalées non associée à une lésion : céphalées au froid, à la toux, à l'effort, post coïtale

Céphalées secondaires :

- Traumatisme crânien
- Pathologie vasculaire :
 - o Hématome intra crânien
 - o AVC
 - o Thrombose veineuse
- pathologie intracrânienne non vasculaire
 - o Hémorragie méningée
 - o Encéphalite
 - o Tumeur
 - o Céphalées toxiques ou iatrogénique de sevrage
- céphalées infectieuses non céphaliques
- troubles métaboliques
 - o intoxication CO
 - o douleur de la face et de la nuque

ARBRE DECISIONNEL



CRITERES DIAGNOSTIQUES DE LA MIGRAINE SANS AURA

- au moins cinq crises répondant aux critères suivants :
 - crises de céphalées durant 4 à 72h en l'absence de traitement
 - céphalées présentant au moins 2 des caractéristiques suivantes :
 - Unilatérale
 - Pulsatile
 - Modéré ou sévère
 - Aggravée par l'effort physique
 - Lors des céphalées présence d'au moins un des signes fonctionnels suivant :
 - Nausées ou vomissements
 - Photo-phonophobie
 - au moins une des caractéristiques suivantes
 - histoire examen physique et neurologique ne suggérant pas une céphalée secondaire
 - investigations complémentaires écartant une céphalée secondaire
 - présence d'une affection secondaire mais les crises migraineuses ne sont pas survenues pour la première fois en relation temporelle étroites avec ces affections
- le début est souvent rapide mais non brutale, avec des facteurs déclenchant à rechercher systématiquement

CRITERES DIAGNOSTIQUES DE LA MIGRAINE AVEC AURA

- au moins deux crises répondant aux critères suivants :
 - céphalées présentant au moins 2 des caractéristiques suivantes :
 - Présence d'un ou plusieurs symptômes de l'aura, totalement réversibles
 - Syndrome se développant progressivement sur plus de quatre minutes et se succédant
 - Chaque symptôme dure moins de 60 minutes
 - la céphalée fait suite à l'aura après intervalle libre de moins de 60mn mais peut commencer avant ou pendant l'aura
- au moins une des caractéristiques suivantes
 - histoire examen physique et neurologique ne suggérant pas une céphalée secondaire
 - investigations complémentaires écartant une céphalée secondaire
 - présence d'une affection secondaire mais les crises migraineuses ne sont pas survenues pour la première fois en relation temporelle étroites avec ces affections

CARACTERISTIQUES CLINIQUES DES CEPHALEES DE TENSION

Diffère d'un accès migraineux par :

- douleur habituellement bilatérale
- non pulsatile à type de brûlures de fourmillements, d'étau, de pesanteur
- pas exagérée par les efforts physiques usuels et n'oblige pas à interrompre ses activités en cours
- pas de vomissements
- pas le caractère paroxystique de la migraine et se caractérise par son évolution dans le temps, sa permanence, sa durée, depuis des jours, des semaines, voir des années, soulagée par les périodes de détente

TRAITEMENT ANTALGIQUE DE LA MIGRAINE

le patient est installé dans une **zone calme, dans la pénombre**

Niveau 1 crise simple non traitée :
PARACETAMOL 1 g + VOLTARENE 50 1cp + MOTILIUM 1 cp
En l'absence de contre indication de ces molécules

Si échec du traitement per os ou vomissements

Niveau 2 traitement par TRIPTAN :
IMIJECT 60mg sous cutané ou ZOMIG Oro + PRIMPERAN 1 cp
En l'absence de contre indication de ces molécules

Si Echec des TRIPTAN

Niveau 3 :
Perfusion SERUM PHYSIO 500cc en 1h
PROFENID 100mg IVL (dans 50cc) + PRIMPERAN 10 mg IV
En l'absence de contre indication de ces molécules
Si échec : Titration morphinique

Niveau 4 :
En cas d'échec des autres protocoles :
Hospitalisation
SOLUMEDROL 80mgx2 par jour
+ LAROXYL 50mg en perfusion sur deux heures toutes les 8 heures pendant 3 jours maximum
REHYDRATATION
DISCUTER UNE HOSPITALISATION EN MILIEU SPECIALISE

Dans tous les cas ne pas oublier :

- rechercher les facteurs déclenchant
- éducation thérapeutique
- prévoir prise en charge ultérieure surtout si crises fréquentes

La résistance au traitement doit faire reprendre le bilan étiologique

➤ **SOURCES DOCUMENTAIRES**

- Cours céphalées Campus de neurologie Paris V
- Céphalées en urgence Monographie de la SFUM 2001
- Recommandations pour la pratique clinique « Céphalées chroniques quotidienne » ANAES 2004

➤ **MOTS CLEFS - CLASSEMENT**

Douleur, Antalgiques, Urgences

DATE DE REVISION PREVUE :

01/02/2013

REDIGE PAR : Dr Jean Marc PONE Responsable des Urgences 01-02-2011	APPROUVE PAR : C. TARDY, Directrice Qualité-GDR S. OLLIVIER, Responsable Qualité Octobre 2011	VALIDE PAR Dr Jean Marc PONE Dr LARIBI, Neurologue Mars 2011
--	---	--