

## SOINS INFIRMIERS

### L'Infirmier(e) d'Accueil et d'Organisation (IOA) et/ou des Urgences

1. Reconnaît la douleur, la caractérise.
2. Installe si possible le patient dans un box calme (baisser l'intensité lumineuse si photophobie).
3. Recueille et surveille les paramètres cliniques et paracliniques : fréquence respiratoire, pouls, pression artérielle, fréquence cardiaque, température. Note ces éléments sur le dossier patient.
4. Choisit et applique une méthode d'évaluation de la douleur compatible avec le patient (EVA-EN). 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.

### ÉTABLISSEMENT

## 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<sup>4</sup>

#### TRIPTAN PER OS

- Almotriptan 12,5 mg/j (max. 25 mg/j)
- Elétriptan 40 mg/j (max. 80 mg/j)
- Frovatriptan 2,5 mg/j (max. 5 mg/j)
- Naratriptan 2,5 mg renouvelable (max. 5 mg/j)
- Rizatriptan 10-20 mg/crise
- Sumatriptan 50-100 mg/j (max. 300 mg/j)
- Zolmitriptan 2,5 mg/j (max. 10 mg/j)

#### TRIPTAN SC

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

#### TRIPTAN PER NASAL

- Sumatriptan 10-20 mg 1 pulv./crise dans une narine (max. 2 pulv./j)
- Zolmitriptan 5 mg/0,1 ml/crise

#### TRIPTAN RECTAL

- Sumatriptan 25 mg/j (max. 50 mg/j)

- REMARQUES**
- Contre-indications : Grossesse et allaitement. Hypersensibilité. Antécédents d'infarctus du myocarde ou pathologie cardiaque ischémique, vasospasme coronarien (Prinzmetal), de pathologie vasculaire périphérique, d'accident vasculaire cérébral ou d'accident ischémique transitoire. Insuffisance hépatique sévère. Hypertension modérée ou sévère et hypertension légère non contrôlée. Association avec les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO).
  - 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).

### Références bibliographiques

1. Céphalées en urgence. Monographie de la SFMU. Masson, Paris 2001 : 185. [www.sfm.u.org](http://www.sfm.u.org)
2. Silberstein SD. MD, FACP, for the US Headache Consortium\*. Practice parameter : evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review). Report of the quality standards subcommittee of the American Academy of Neurology. American Academy of Neurology [www.neurology.org/cgi/reprint/55/6/754.pdf](http://www.neurology.org/cgi/reprint/55/6/754.pdf).
3. Snow V, et al. Pharmacologic management of acute attacks of migraine and prevention of migraine headache. 2002 ; 137 : 840-9. [www.annals.org/cgi/content/full/137/10/840](http://www.annals.org/cgi/content/full/137/10/840).
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. Silberstein SD. Migraine. Lancet. 2004 ; 363 : 381-91.

## GÉNÉRALITÉS

L'analyse clinique est particulièrement cruciale dans le diagnostic d'une céphalée aiguë en urgence. Les graves conséquences médico-légales potentielles imposent d'en laisser la trace 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 : brutal ou pas.
- Signes d'accompagnement en particulier symptômes neurologiques et leur chronologie, exposition au monoxyde de carbone.
- Signes vitaux dont température, pression artérielle, évaluation de la douleur.
- Traumatisme de la tête ou du cou (alcool, psychotropes...).

### EXAMEN CLINIQUE

- Examen de la conscience, de l'orientation.
- Bref examen des fonctions supérieures, recherche d'une aphasie.
- Examen visuel et manuel du crâne et du cou.
- Recherche de marques de traumatisme.
- Palpation des pouls temporaux après 60 ans.
- Recherche de signes méningés, cérébelleux, déficitaires.
- Champ visuel, acuité visuelle (sommaire), oculomoteurs.
- Étude de la marche.

STRATÉGIE D'ANALGÉSIE<sup>1-7</sup>

SPÉCIFICITÉS DE LA PRISE EN CHARGE

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL<sup>1</sup>

VASCULAIRE	CÉPHALÉES PRIMAIRES	INTOXICATIONS/ENVIRONNEMENT
- Hémorragie méningée	- Migraine	- Monoxyde de carbone
- Thrombose veineuse cérébrale	- Algie vasculaire	- Abus d'antalgiques
- Anévrisme artériel non rompu	- Céphalée de tension	(migraine, céphalée de tension)
- Dissection artérielle cervicale	- Névralgies	- Céphalée d'altitude
- Hématome sous/extradural	- Céphalée per/postcoïtale	- Hyperthermie d'effort/maligne
- AVC	- Céphalée d'effort	
- HTA maligne		
SYNDROMES TUMORAUX	TRAUMATISMES	
- Hypertension intracrânienne idiopathique	- Hémorragie méningée traumatique	
- Tumeurs	- Thrombose veineuse cérébrale	
- Abcès	- Dissection artérielle cervicale	
- Apoplexie pituitaire		

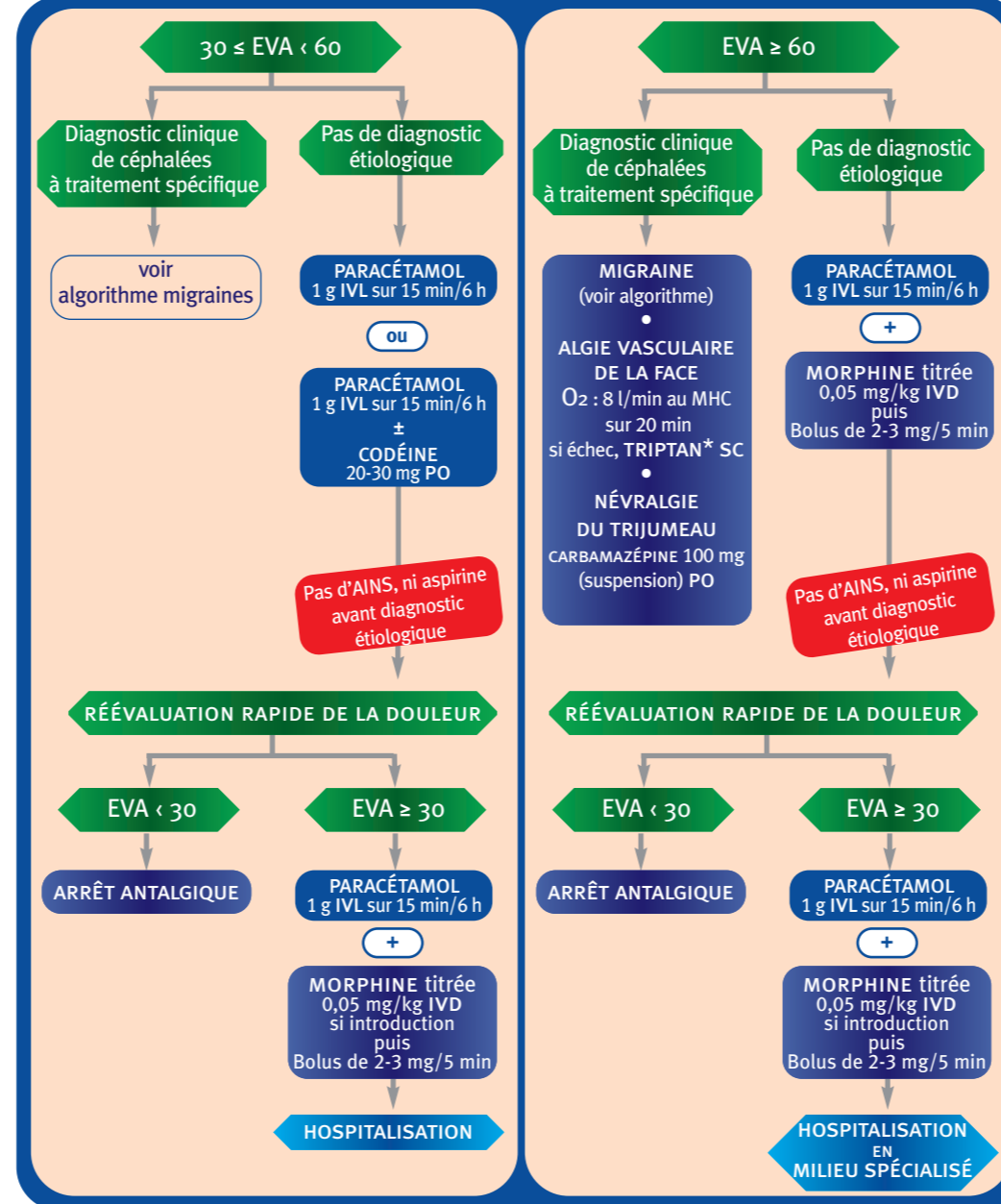
- REMARQUES<sup>1</sup>**
- L'efficacité d'un traitement, même "spécifique" n'a jamais de valeur diagnostique (un triptan peut soulager une hémorragie méningée).
  - Le soulagement de la douleur permet un meilleur examen et surtout une meilleure anamnèse, permettant d'orienter au mieux le diagnostic étiologique.
  - Mais 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 ultérieures<sup>1</sup>. Envisager un traitement de fond s'il s'agit d'une migraine<sup>4</sup> (ou confier au médecin traitant ou neurologue). Prescrire le traitement préventif de la rechute de la névralgie du V ou de l'algie vasculaire de la face<sup>1</sup>.
- Zone d'Hospitalisation de Très Courte Durée (ZHTCD) ou service adapté :
  - Traitement symptomatique et/ou spécifique de la douleur et poursuite des investigations.

\* Triptan : voir les dosages au dos de la fiche  
DHE : dihydroergotamine  
MHC : masque haute concentration  
PO : per os  
SC : sous-cutanée

CÉPHALÉES AIGÜES



MIGRAINES

