



Tutorat 2024-2025



FORMATION EN SOINS
INFIRMIERS
PREFMS CHU DE TOULOUSE
Rédaction 2023-2024

Semestre 3

UECP 15 Neurologie et grands syndromes

Ce cours vous est proposé bénévolement par le Tutorat Les Nuits Blanches qui en est sa propriété. Il n'a bénéficié d'aucune relecture par l'équipe pédagogique de la Licence Sciences pour la Santé et de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne subsiste pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en soins infirmiers.

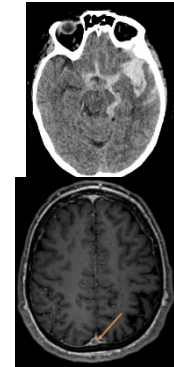
Céphalées

I. Introduction

Les **céphalées** touchent une grande partie de la population. La **migraine** touche 16% de la population, elle est reconnue par l'OMS comme étant la **deuxième maladie** la plus **invalidante** en termes de nombre d'années en bonne santé perdue. Plus d'1 personne sur 2 a couramment mal à la tête (céphalée de tension).

Les **ruptures d'anévrismes** et les **thromboses veineuses cérébrales** sont des causes graves de céphalées. La première image représente une rupture d'anévrisme, le blanc correspond à du sang, elle se manifeste tout d'abord par un mal de tête brutal.

Sur la deuxième image, on observe une thrombose veineuse cérébrale. Contrairement à la rupture d'anévrisme, la thrombose veineuse cérébrale se manifeste par un **mal de tête lent et progressif**. Si on ne fait rien, la thrombose peut s'étendre et toutes les veines cérébrales se retrouvent bouchées, c'est une maladie mortelle.



Il faut donc savoir faire la **distinction** entre ce qui est **banal** (migraine, céphalée de tension) et les céphalées **graves** (rupture d'anévrisme et thrombose veineuse cérébrale).

Pour faire cette distinction, il y a **4 questions clés** :

- Depuis quand avez-vous mal à la tête ? (Ancien ou récent)
- Avez-vous déjà eu ce mal de tête ? (Régulier ou inhabituel)
- Comment a débuté la céphalée ? (Progressivement ou brutalement)
- Comment évolue la céphalée ? (Chronique/ persistante ou aiguë)

Après ces 4 questions, on définit **deux types** de céphalées :

- **Céphalées récentes et inhabituelles** : urgence jusqu'à preuve du contraire.

On parle de céphalée **secondaire** car on pense que la céphalée est liée à une maladie (tumeur, rupture d'anévrisme...). Si le début est brutal (coup de tonnerre, 7/10 d'intensité en moins d'une minute) on suspecte un problème d'ordre vasculaire comme une rupture d'anévrisme, c'est une urgence vitale. Si le début est progressif (quelques jours, quelques heures) et que la céphalée ne fait que s'aggraver on suspecte une maladie secondaire mais qui ne sera pas forcément d'ordre vasculaire (tumeur, méningite).

- **Céphalées connues habituelles** : ce n'est pas une urgence vitale. C'est une céphalée **primaire** (sans cause secondaire), on veut savoir si les maux de tête évoluent par crises (migraine) ou bien s'ils sont chroniques (mal de tête depuis au moins 3 mois et plus d'un jour sur 2)

Des exemples de céphalées secondaires : thrombose veineuse cérébrale du sinus longitudinal supérieur (IRM), hydrocéphalie (scanner), tumeur cérébrale (glioblastome) (IRM), hémorragie sous-arachnoïdienne (scanner), dissection carotide interne gauche (IRM = hypersignal de la paroi artérielle en « croissant »).

II. Hémorragie méningée par rupture d'anévrisme

L'**hémorragie méningée** se manifeste par un mal de tête explosif, brutal, en « coup de tonnerre » et très intense. Le diagnostic se fait par **scanner cérébral** non injecté pour voir le sang puis injecté en urgence pour voir l'anévrisme.

Si le scanner est **normal** (hémorragie microscopique) : on effectue une **ponction lombaire** pour recueillir le liquide céphalo-rachidien pour voir s'il y a du sang (hémorragie) et des produits de dégradation d'hémoglobine. La prise en charge se fait en **urgence** dans des structures de réanimation ou de soins intensifs de neurologie ou de neurochirurgie. Les différentes imageries vasculaires utilisées sont : **angioscanner, angio-IRM, artériographie** cérébrale des 4 axes). Un anévrisme se rompt dans **80% des cas**.

III. La migraine

La migraine touche **16% de la population** mondiale. **1 adulte sur 9** en souffre, dont 2 à 3 fois plus de femmes que d'hommes. Le pic de prévalence est entre **30 et 39 ans**.

Les critères de diagnostic des **migraines sans aura** (interrogatoire ++):

- A. Au moins 5 crises répondant aux critères B et D.
- B. Crises de céphalées durant de 4 à 72 heures (non traitée ou traitée sans succès)
- C. La céphalée ayant au moins deux des 4 caractéristiques suivantes :
 - o 1. Localisation unilatérale
 - o 2. Qualité pulsatile
 - o 3. Intensité modérée ou sévère
 - o 4. Aggravée par ou provoquant l'évitement d'activités physiques de routine (par exemple marcher ou monter les escaliers)
- D. Durant la céphalée, au moins l'un des signes suivants :
 - o 1. Nausées et/ou vomissements
 - o 2. Photophobie (gêne de la lumière) et phonophobie (gêne du bruit)
- E. Pas de meilleure définition par un autre diagnostic.

La **migraine avec aura** est un symptôme neurologique transitoire s'installant en plus de 5 minutes, durant moins d'une heure avant ou au début de la céphalée. La plupart du temps, ce symptôme neurologique est **visuel** avec la description d'un **scotome scintillant**, mais il peut aussi être sensitif avec des fourmillements dans les mains et la bouche puis qui se propagent, ou bien il peut être dysphasique (troubles de la parole, gêne pour parler et paraphasie). L'aura migraineuse concerne **1 patient migraineux sur 3**.

La prise en charge d'un patient migraineux commence par la réalisation d'un **agenda des crises** de migraine par le patient (fréquence, intensité, traitements pris). Les **traitements** des migraines sont le repos, les AINS et/ ou le triptan pendant les crises. Le traitement de fond (en fonction des fréquences, de l'intensité, et de la durée des crises) se fait grâce aux **bêtabloquants**, des **antidépresseurs** (amitriptyline), **anti-épileptique** (topiramate, valproate de sodium) et **anti-CGRP** (= médicaments développés spécifiquement pour la migraine, coûteux et non remboursables en France). Il faut faire attention aux **effets indésirables**, notamment pour les femmes en âge de procréer.

IV. Algie vasculaire de la face

L'**algie vasculaire de la face** est une maladie sous-diagnostiquée qui touche 1 personne / 2000. Il y a une prédominance masculine avec une augmentation de la prévalence chez les femmes, elle débute souvent entre 20 et 40 ans.

L'algie vasculaire de la face est la **pire douleur qui existe** avec l'impression qu'on arrache l'oeil et les dents ou bien qu'on plante quelque chose dedans, c'est une **douleur suicidaire**.

Pour établir un diagnostic, il doit y avoir les **critères suivants** : au moins **5 crises, unilatérale** et située au niveau de l'orbite, dans la région **supra-orbitaire** et/ou temporale, qui dure de 5 à 180 minutes (non traitée). Il y a au moins un des **signes végétatifs** suivants, ipsilatéral à la céphalée :

- Injection conjonctivale et / ou larmolement
- Congestion nasale et/ ou rhinorrhée
- Oedème palpébral
- Sudation front et face
- Myosis et/ ou ptosis

Ces signes sont accompagnés d'une impression **d'impatience motrice** ou **d'agitation**. La fréquence des crises peut aller d'une seule 1 jour sur 2 à 8/jour, souvent à la même heure et souvent la nuit, en fonction des changements de saison (périodicité circadienne et circanuelle). Le traitement se fait par **Triptan** en sous-cutanée (efficacité ++) ainsi que de **l'oxygène**.

V. Céphalée de tension

La **céphalée de tension** est une céphalée **bilatérale** à type d'étau ou de pression, avec une intensité légère à modérée, sans aggravation aux efforts physiques, non associées à des nausées / des vomissements, de la phonophobie ou photophobie. Elle est liée à une tension excessive des muscles péri-crâniens. Les traitements de crises sont le **paracétamol** et les **AINS**. Les traitements de fond sont le laroxyl, les techniques de relaxation... Elle se traite d'abord par des **méthodes non médicamenteuses** de préférence.

VI. Névralgie du trijumeau (V)

La **névralgie du trijumeau (V)** est une douleur située sur le territoire du nerf trijumeau, sur la branche mandibulaire ou maxillaire.

C'est une **douleur fulgurante**, survenant par **décharges électriques** d'une intensité atroce, survenant en salves de quelques secondes. Elle peut être déclenchée par la parole, la mastication, le brossage des dents ou le simple contact par effleurement d'une zone gâchette : le sourcil pour le VI, le pli naso-génien pour le V2 et le menton pour le V3.

Ça a lieu majoritaire chez les **personnes âgées**, c'est lié à un conflit entre le nerf trijumeau et une artère du cerveau (souvent cérébelleuse) : avec l'âge les artères se rigidifient et leur pulsation sur le nerf font que le nerf est plus irritable et déclenche les douleurs. Le traitement se fait par **antiépileptique** (tégrétol), parfois par une **chirurgie** de décompression du conflit de l'artère ou bien par une **thermocoagulation** (griller le nerf trijumeau).