

L'évaluation des céphalées à l'urgence, tout un casse-tête!

Jessie Carrier, inf., M. Sc., IPSPL and Nathalie Amiot, inf., M. Sc., IPSSA

Volume 1, Number 1, Spring 2020

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1102108ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1102108ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec

ISSN

2816-6892 (print)

2816-6906 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Carrier, J. & Amiot, N. (2020). L'évaluation des céphalées à l'urgence, tout un casse-tête! *Soins d'urgence*, 1(1), 32–41. <https://doi.org/10.7202/1102108ar>

Article abstract

L'évaluation des céphalées à la salle d'urgence peut représenter un défi de taille pour les infirmières vu leurs causes multiples. Cet article, à travers la mise en situation de Madame Lespérance, situe le rôle de l'infirmière pour la prise en charge des céphalées à la salle d'urgence. Il présente les éléments d'évaluation à considérer, les différentes options thérapeutiques associées ainsi que les ressources pouvant être suggérées au patient.

© Jessie Carrier et Nathalie Amiot, 2020



This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

<https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/>

Érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

<https://www.erudit.org/en/>



PRATIQUE CLINIQUE

L'évaluation des céphalées à l'urgence, tout un casse-tête !

L'ÉVALUATION DES CÉPHALÉES À LA SALLE D'URGENCE peut représenter un défi de taille pour les infirmières vu leurs causes multiples. Cet article, à travers la mise en situation de Madame Lespérance, situe le rôle de l'infirmière pour la prise en charge des céphalées à la salle d'urgence. Il présente les éléments d'évaluation à considérer, les différentes options thérapeutiques associées ainsi que les ressources pouvant être suggérées au patient.

par Jessie Carrier et Nathalie Amiot

INTRODUCTION

Les céphalées représentent 1 à 2 % des consultations à l'urgence [1]. Bien qu'elles puissent être perçues comme banales, elles peuvent également signifier une pathologie grave. Selon l'*International Classification of Headache Disorders*, il existe plus de 300 types de céphalées, ce qui explique la grande complexité par rapport à son évaluation [8]. Elles sont regroupées en trois grandes classes soient les céphalées primaires, les céphalées secondaires et enfin, les névralgies et neuropathies. À l'urgence, lors de l'évaluation d'un patient avec une céphalée, on pense bien sûr aux conséquences physiques, comme la douleur, et aux drapeaux rouges à ne pas manquer. Par contre, on oublie souvent d'évaluer l'impact fonctionnel qui peut avoir des conséquences psychologiques chez la personne. En effet, les céphalées constituent la première cause de perte de qualité de vie chez les moins de 50 ans [2]. Cet aspect est très important pour la clientèle et peut diriger le choix du traitement. Pourtant, il est rarement abordé en contexte hospitalier [3]. Les patients sont souvent dépourvus d'information et l'infirmière de l'urgence peut jouer un rôle clé afin d'aider les patients à mieux connaître leur maladie et les ressources mises à leur disposition dans le but de mieux contrôler leurs symptômes et ainsi avoir une meilleure qualité de vie.

MISE EN SITUATION — PREMIÈRE PARTIE

Madame Lespérance, âgée de 30 ans, se présente au triage de

l'Urgence SOS pour une céphalée depuis environ 36 heures. Vous procédez à son évaluation selon les lignes directrices «Triage à l'urgence» de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec qui stipulent que vous avez la responsabilité de : «faire une évaluation clinique ciblée à la raison de consultation en tenant compte des antécédents reliés...» [4], et de «colliger les données relatives à la raison de consultation à l'aide d'une technique d'entrevue efficace basée sur le PQRSTU-AMPLE...» [4].

Elle débute en vous disant qu'elle est connue pour des migraines habituellement soulagées avec Ibuprofène (Advil) 400 mg per os (PO). Depuis trois mois, elle a également dû prendre son Élétriptan (Relpax) 40 mg PO environ une fois par semaine. De plus, dans les dernières 24 heures, elle a tenté d'alterner la prise d'Acétaminophène (Tylenol) 975 mg PO et Ibuprofène (Advil) 400 mg PO régulièrement, mais sans soulagement adéquat. La dernière dose prise de ces deux médicaments remonte à moins d'une heure avant son arrivée au triage. Elle évalue sa céphalée à 8/10 sous forme pulsatile constante depuis 36 heures avec une apparition progressive. Son mal de tête est situé unilatéralement au niveau de la région fronto-pariétale droite, et ce, sans irradiation ni douleur péri oculaire, faciale, ni cervicale. Selon madame Lespérance, aucun élément déclencheur ni traumatisme n'aurait provoqué sa céphalée. Elle est augmentée par l'activité physique, mais non aggravée à la manœuvre de ►

Valsalva.

Vous la questionnez sur les signes et symptômes associés. Elle accuse des nausées, mais dit ne pas avoir eu de vomissement. Elle présente de la sonophobie et de la photophobie. Elle n'a pas eu d'aura, de symptôme visuel, de trouble moteur, de changement de la parole ni de trouble sensitif. Elle n'a pas fait de température et ne ressent pas de raideur de la nuque. Enfin, elle n'a pas subi de perte de conscience, n'a pas eu de convulsion ni d'étourdissement.

Il s'agit de son deuxième épisode depuis le début de la semaine, mais cette fois-ci, la durée est beaucoup plus longue qu'à l'habitude et elle a même dû quitter le travail plus tôt, car elle était incapable de vaquer à ses occupations. Elle n'a pas mangé et s'hydrate peu depuis 24 heures étant donné ses nausées. De plus, elle affirme avoir dormi seulement quelques heures par nuit depuis deux jours. Elle croit qu'il s'agit d'une douleur de type migraineuse et spécifie, à votre demande, que ce n'est pas la pire céphalée de sa vie, et que l'intensité, la fréquence et les caractéristiques de sa céphalée sont semblables à celles déjà vécues auparavant.

Elle a comme seul autre antécédent personnel une fracture du poignet droit et elle n'a pas d'allergie. Elle ne prend pas d'autre médicament ni produit naturel et a un stérilet Mirena depuis 3 ans puisque les autres contraceptifs exacerbaient ses symptômes. Vous avez maintenant tout ce dont vous avez besoin afin de procéder à l'examen physique.

• **Signes vitaux (SV) :** Tension artérielle (TA) : 118/71, Pouls : 78, Saturation : 98 %, Température buccale : 36,8 °C.

• **Examen physique ciblé :** Examen neurologique sommaire.

(Voir tableau 1).

Le jugement clinique est essentiel afin de déterminer l'examen neurologique requis. Selon la présentation clinique du patient, d'autres tests peuvent être requis.

Avant de terminer votre triage, vous vous assurez d'avoir toutes les informations requises pour déterminer l'urgence de la situation et identifier les signaux d'alarme. Effectivement, selon les lignes directrices sur la prise en charge en soins primaires des céphalées chez l'adulte, la reconnaissance des signaux d'alarme est la première étape dans l'algorithme pour déterminer l'urgence d'agir [5]. Donc, afin de bien compléter votre triage, vous repensez à l'acronyme SNOOP4 proposé par Dodick, qui se veut un outil reconnu pour l'évaluation des céphalées secondaires [6].

LE SNOOP4

S : Symptômes systémiques

Fièvre, frissons ou perte de poids qui peuvent faire penser à une pathologie infectieuse ou néoplasique.

N : Déficits ou symptômes Neurologiques

Tout déficit neurologique doit faire penser à un accident vasculaire cérébral (AVC), un saignement intracrânien ou une encéphalite.

O : Old: Apparition nouvelle après 50 ans

Dans cette situation on doit penser à une cause aiguë : artérite temporale, glaucome aigu ou lésion intracrânienne par exemple.

O : Onset : Apparition subite, en coup de tonnerre

Ce type de présentation fait d'emblée penser à un saignement intracrânien.

P : Positionnel

La céphalée devrait diminuer en position debout puisque le débit sanguin diminue, si elle augmente, ceci fait penser à une hypotension intracrânienne.

P : Précipité par Valsalva/exercice

L'augmentation de la céphalée à l'exercice et lors de la manœuvre de Valsalva fait penser à une hypertension intracrânienne (HTIC)

P : Œdème Papillaire:

Une tuméfaction de la papille à l'examen du fond d'œil en présence de céphalées est suspicieuse d'un œdème cérébral. Bien que peu pratiqué par les infirmières d'urgence, le fond d'œil est un examen qui relève de leurs compétences et qui peut aider à diriger le diagnostic. Par contre, la prudence est de mise en contexte de céphalées, puisque cet examen pourrait exacerber les symptômes des patients qui craignent la lumière.

P : Pattern

Lorsqu'une personne connue pour des céphalées décrit un changement dans la présentation de ces dernières, il s'agit d'une alerte qui fait penser à une cause secondaire. Nous aborderons les causes secondaires de céphalées plus loin dans le texte.

La situation de Mme Lespérance ne démontre donc pas de signaux d'alarme. Aussi, selon vos connaissances sur les pathologies neurologiques graves, vous ne retrouvez pas de critères inquiétants dans votre anamnèse et examen physique chez cette cliente. Cependant, puisqu'il s'agit d'une douleur centrale évaluée à 8/10, soit sévère, vous attribuez la priorité deux à Mme Lespérance selon l'échelle canadienne de triage [7]. Voici un tableau résumé des pathologies neurologiques graves à ne pas manquer en présence de céphalées. (Voir tableau 2).

LES CÉPHALÉES

Les céphalées primaires

Près de 90 % des consultations pour céphalée en première ligne sont en lien avec une céphalée primaire [9]. Comme son nom le dit, la céphalée primaire n'est pas causée par une pathologie sous-jacente. La cause est intrinsèque, elle est le plus souvent reliée à une hyperactivité ou une anomalie des récepteurs sensoriels intracrâniens. Plusieurs autres éléments peuvent avoir un rôle dans la céphalée primaire dont la génétique ainsi que l'activité chimique cérébrale, l'homéostasie intracérébrale, la vascularisation, les nerfs et les muscles de la tête et du cou [10]. Dans cette classe, on retrouve les migraines avec ou sans aura, les migraines chroniques et les migraines avec complications comme

Tableau 1. Examen neurologique sommaire [5-35-36-37-38].

Questions clés à se poser en général

CHANGEMENT COGNITIF OBSERVÉ ?

- Confusion
- Altération de l'état de conscience
- Trouble du langage

DÉFICIT DE LA FONCTION MOTRICE ET SENSITIVE, DÉFICIT DE LA COORDINATION ET DE L'ÉQUILIBRE ?

SYMÉTRIE ENTRE LE CÔTÉ DROIT ET GAUCHE ?

- Symétrie faciale
- Manœuvre de serment ou test de barré

Examen neurologique de Mme Lespérance	Résultat	Explications
<p>État mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • État de conscience <ul style="list-style-type: none"> - Orientation dans les trois sphères • État d'éveil <ul style="list-style-type: none"> - Réponse verbale • Langage <ul style="list-style-type: none"> - Fluidité du discours - Aphasie (Expression) - Dysarthrie (Articulation) 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientée dans les trois sphères • Alerté • Fluide, pas de dysarthrie 	<p>Une détérioration de l'état mental est le premier signe de détérioration neurologique et un signal d'alarme. Peut indiquer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saignement, une lésion, une infection intracrânienne ou de l'HTIC <p>La dysarthrie et l'aphasie peuvent indiquer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • AVC, une tumeur ou une hémorragie cérébrale
<p>Nerfs crâniens (NC)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nerf II : nerf optique <ul style="list-style-type: none"> - Évaluer la vision avec le test des champs visuels par confrontation • Nerfs III-IV-VI : nerf oculomoteur commun et externe ou trochléaire <ul style="list-style-type: none"> - Évaluer les mouvements oculaires avec le test des positions cardinales - Évaluer la contraction et la dilatation de la pupille • Nerf VII : nerf facial <ul style="list-style-type: none"> - Évaluer la mobilité et la symétrie faciale (sourire en montrant les dents, lever les sourcils, gonfler les joues) 	<ul style="list-style-type: none"> • II : Champs visuels normaux, pas de changement au niveau de la vision • III-IV-VI : PERRLA 4mm, mouvements oculaires normaux, pas de nystagmus • VII : Pas d'asymétrie faciale, bonne mobilité du visage 	<p>Une atteinte du nerf II peut indiquer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perte de vision : artérite temporale • Baisse de vision : glaucome • Perte des champs visuels : HTIC ou tumeur <p>Une atteinte du nerf III-IV-VI peut indiquer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • AVC • Tumeur <p>Une atteinte du nerf VII peut indiquer un AVC</p>
<p>Fonction motrice et cérébelleuse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forces musculaires membres supérieurs (MS) <ul style="list-style-type: none"> - Évaluer en appliquant une résistance contre amplitude normale - Évaluer la manœuvre de serment (Barré) • Forces musculaires membres inférieurs (MI) <ul style="list-style-type: none"> - Évaluer en appliquant une résistance contre amplitude normale • Démarche <ul style="list-style-type: none"> - Coordination et équilibre 	<ul style="list-style-type: none"> • MS : normal • MI : normal • Démarche normale 	<p>Faiblesse musculaire possible en présence de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • AVC • Tumeur • Plus rarement : migraines hémiplegiques
<p>Fonction sensitive</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilité MS et MI : <ul style="list-style-type: none"> - Toucher superficiel 	<ul style="list-style-type: none"> • Bonne sensibilité 	<p>Parfois altérée en présence d'aura avec symptôme sensitif ou AVC</p>

les status migraineux (migraine sévère qui persiste depuis plus de 72 heures). Il y a également les céphalées de tension dont la fréquence est variable. Cette catégorie comprend également les céphalées trigémino-autonomes, qu'on appelle aussi «algies vasculaires», dont les céphalées de Horton. Enfin, on y retrouve certains autres types de céphalées moins fréquentes telles que les céphalées causées par des éléments déclencheurs comme l'effort, la toux ou les relations sexuelles. Bien que causées par des éléments déclencheurs, ces dernières sont catégorisées comme des céphalées primaires de par leur présentation qui est semblable [10].

Les céphalées secondaires

Quant aux céphalées secondaires, elles ne représentent que 10 % des motifs de consultation pour céphalée, mais comme elles sont le symptôme d'une pathologie sous-jacente, il faut être très vigilant avec ces types de céphalées et bien savoir les reconnaître [9-10]. Les principales causes de céphalées secondaires qu'on peut retrouver à l'urgence sont les suivantes [8] :

- Traumatismes crâniens ou de la colonne cervicale ;
- Causes vasculaires : Accident ischémique transitoire et accident vasculaire cérébral, hémorragie intracrânienne, artérite temporale ;
- Tumeurs intracrâniennes : Néoplasie primaire du cerveau ou

Tableau 2. Pathologies neurologiques graves [6-32-35-36-39]

HYPOTHÈSE	QUESTIONNAIRE	EXAMEN PHYSIQUE CIBLÉ
Infections intracrâniennes (Ex : Méningite, encéphalite, abcès)	<ul style="list-style-type: none"> • Raideur de la nuque • Température • Aspect modérément abattu (état grippal très septique) 	<ul style="list-style-type: none"> • Signes vitaux • Kernig et Brudzinski positifs • Manœuvre de Jolt positive • Examen neurologique sommaire (Tableau 1) <ul style="list-style-type: none"> - Atteinte de l'état de conscience - Atteinte possible de certains nerfs crâniens
Hémorragie cérébrale (Ex : HSA, HSD)	<ul style="list-style-type: none"> • Pire céphalée de la vie • Violente, subite • Photophobie, sonophobie • Hyperesthésie • Exacerbée à l'effort le plus souvent • Parfois nausée et vomissement 	<ul style="list-style-type: none"> • Examen neurologique sommaire (Tableau 1) <ul style="list-style-type: none"> - Atteinte de l'état de conscience - Atteinte de certains nerfs crâniens (Surtout NC III) - Réflexe cutané plantaire possiblement positif • Kernig et Brudzinski positif <ul style="list-style-type: none"> - Raideur de la nuque possible
AVC	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit neurologique qui persiste dans le temps • Peut ne pas avoir de céphalée associée 	<ul style="list-style-type: none"> • Examen neurologique sommaire + Cincinnati positif <ul style="list-style-type: none"> - Asymétrie faciale - Asymétrie corporelle (faiblesse musculaire) - Trouble du langage
Artérite temporale	<ul style="list-style-type: none"> • Trouble visuel <ul style="list-style-type: none"> - Perte de la vision partielle ou complète - Diplopie - Hallucinations • Claudication de la mâchoire ou de la langue • Fièvre • Rarement brutal • Surtout > 50 ans 	<ul style="list-style-type: none"> • Anomalie de l'artère temporale : <ul style="list-style-type: none"> - Rougeur - Gonflement - Diminution du pouls - 30 % normal - Plus ferme et douloureuse au toucher • Atteinte nerf crânien II
Hypertension intracrânienne	<ul style="list-style-type: none"> • Céphalée exacerbée en position couchée • Vomissement en jet • Tinnitus 	<ul style="list-style-type: none"> • Examen neurologique sommaire (Tableau 1) <ul style="list-style-type: none"> - Atteinte de l'état de conscience - Atteinte des certains nerfs crâniens (Surtout NC VI) - Œdème papillaire - Babinski positif • Changement des SV <ul style="list-style-type: none"> - Diminution de la fréquence cardiaque/respiratoire - Augmentation TA

métastases cérébrales;

- Hypertension intracrânienne (HTIC);
- Causes infectieuses : Méningite, encéphalite, sinusite, otite moyenne, abcès dentaire;
- Habitudes de vie et environnement : Abus ou sevrage de substances comme l'alcool, la caféine, les médicaments ou certaines drogues, déshydratation, intoxication au monoxyde de carbone.

Les névralgies et neuropathies

En ce qui concerne les névralgies, elles sont causées par une irritation au niveau d'un nerf causant une douleur qui s'étend le long du trajet nerveux. Dans cette dernière classe, on retrouve les lésions des nerfs crâniens et les douleurs faciales comme la névralgie du trijumeau, la névralgie d'Arnold ou les douleurs neuropathiques centrales [8].

Afin de mieux comprendre les différentes présentations cliniques des céphalées primaires et névralgies qui représentent des motifs fréquents de consultation à l'urgence, nous avons élaboré un tableau comparatif. (Voir tableau 3).

MISE EN SITUATION – DEUXIÈME PARTIE

En revenant sur la situation de Mme Lespérance, on remarque qu'elle a presque tous les critères correspondants à la migraine. La patiente est donc installée dans le secteur civière afin d'être prise en charge rapidement par le médecin, soit en moins de 15 minutes selon la priorité accordée. Après son évaluation, l'urgentologue pose un diagnostic de migraine tel que vous le soupçonniez.

Vous recevez une prescription afin d'administrer du métoclopramide (maxéran) 10 mg intraveineux (IV) immédiatement (STAT) ainsi qu'un bolus de solution saline NaCl 0,9 % 500 ml IV. En effet, le métoclopramide a d'abord un effet anti-nauséux, mais il est également reconnu dans la littérature pour son effet antimigraineux [11-12]. Son mécanisme d'action envers les migraines est peu connu, mais il est suggéré qu'il obtient son effet grâce à son mécanisme antagoniste des récepteurs dopaminergiques [13]. Ce traitement agira donc à deux niveaux chez notre patiente qui éprouve des nausées en plus d'une migraine. Le médecin a également choisi de lui administrer un bolus afin d'assurer une hydratation optimale chez Mme Lespérance puisqu'elle n'a pas été en mesure de s'alimenter depuis plus de 24 heures. En effet, il a été démontré qu'une hydratation parentérale favorise le soulagement de la douleur migraineuse lorsqu'elle est reçue en combinaison avec un autre médicament comme le métoclopramide [14].

Elle est rapidement bien soulagée par le traitement reçu. Afin d'assurer un soulagement optimal et diminuer le risque de récurrence, le médecin décide de la garder en observation pour deux heures. Il a effectivement été démontré que le soulagement de la migraine était mieux 1 à 2 heures après le traitement parentéral [15].

LA PRISE EN CHARGE DE LA MIGRAINE

La migraine comporte deux différents types soient celui avec aura ou sans aura [8]. Certains patients éprouvent un prodrome, c'est-à-dire des signes annonciateurs de la migraine, tels que la fatigue, une humeur dépressive, une frustration inhabituelle et des envies soudaines de certains aliments [8]. Les prodromes peuvent varier en temps allant de 2 à 48 heures. Ensuite, certains patients peuvent présenter des auras sous forme de symptômes visuels, sensitifs ou des troubles moteurs et de la parole [8]. L'aura précède généralement la crise et est d'une durée moyenne de 30 minutes. Les prodromes et les auras peuvent varier d'une personne à l'autre, mais leur présentation demeurera toujours identique pour une même personne [8]. La migraine touche près de 2,7 millions de Canadiens. La prévalence la plus importante est chez les femmes entre 30 et 49 ans, il s'agit donc de personnes en âge de travailler et d'avoir un mode de vie actif. En effet, 70 % des patients migraineux sont sur le marché du travail. Les crises migraineuses sont d'autant plus invalidantes pour cette clientèle qui mène une vie active. Bien que plusieurs solutions puissent leur être offertes, la clientèle manque souvent d'information quant à leur maladie [16]. Selon Dre Heather Pim, neurologue et présidente de Migraine Québec, la prise en charge de cette clientèle passe en premier lieu par l'éducation [17]. L'infirmière a donc un rôle à jouer dans l'enseignement au patient. Une fois la situation stabilisée, il est important, même en contexte d'urgence de prendre le temps de s'intéresser aux préoccupations du patient.

Pour débiter l'enseignement, vous pouvez introduire la discussion en commençant avec la question unique suggérée par Duhamel : « Si je pouvais vous aider avec un élément aujourd'hui lequel serait prioritaire? » [19]. Cela permettra tout d'abord de créer une relation de confiance, de comprendre ses besoins et de mieux accompagner la personne dans son épisode de soins [18-19-20]. Cette discussion centrée sur le client favorise également une meilleure adhésion au plan de traitement proposé au congé grâce à la compréhension de sa situation de santé et une meilleure satisfaction sur les soins prodigués [21-22].

MISE EN SITUATION – TROISIÈME PARTIE

Au congé, vous débutez donc une conversation thérapeutique en utilisant la question unique. Elle se met à pleurer et affirme qu'elle a peur pour son emploi. Elle vous demande un billet d'arrêt de travail. De plus, elle ajoute que ce n'est pas la première fois ce mois-ci qu'elle manque du travail à cause de ses migraines. Selon Statistique Canada, environ 36 % des gens qui souffrent de migraine ont déclaré minimalement une journée d'absentéisme au travail dans les trois derniers mois et un lien a été démontré avec une baisse de productivité [16]. En plus des répercussions professionnelles, près d'une personne sur quatre se limite dans ses activités personnelles et sociales, 53 % ont évité de conduire en présence de migraine et 76 % ont indiqué avoir une perturbation du sommeil [16]. Vous réalisez donc l'impact de sa maladie sur son quotidien et vous vous questionnez sur l'existence d'outils qui ►

Tableau 3. Céphalées primaires et névralgies fréquentes à l'urgence. [5-8-11-36-39]

TYPE	PROVOQUÉ/PALLIÉ	QUANTITÉ/QUALITÉ	RÉGION /IRRADIATION	SIGNES/SYMPTÔMES	TEMPS/DURÉE
Céphalées					
Céphalée de tension	<ul style="list-style-type: none"> Soulagée par Tylenol/AINS Ø changement à l'effort 	<ul style="list-style-type: none"> Compression, étai Légère à modérée Non pulsatile 	<ul style="list-style-type: none"> Bilatérale 	<ul style="list-style-type: none"> Photophobie ou sonophobie mais pas les deux 	<ul style="list-style-type: none"> Durée 30 min à 7 jours Relation étroite avec périodes de stress prolongées
Migraine	<ul style="list-style-type: none"> Aggravée par l'effort Soulagée par la noirceur et le sommeil 	<ul style="list-style-type: none"> Pulsatile Modérée à sévère 	<ul style="list-style-type: none"> Unilatérale 	<ul style="list-style-type: none"> Nausée/Vomissement Photophobie Sonophobie Possibilité d'aura 	<ul style="list-style-type: none"> 4-72h Lien étroit avec cycle menstruel
Céphalées trigémino-autonomes (Horton)	<ul style="list-style-type: none"> Ø changement à l'effort Non soulagée par analgésie 	<ul style="list-style-type: none"> Très sévère Arrachement Brûlure 	<ul style="list-style-type: none"> Unilatérale orbitale OU Orbito-temporale 	<ul style="list-style-type: none"> Agitation Larmolement Rougeur du visage Diaphorèse Myosis Œdème palpébral 	<ul style="list-style-type: none"> Durée 15 min à 3 h Surtout la nuit ou le matin Peut survenir jusqu'à 8 fois par jour
Névralgies					
Trijumeau	Déclenchée par : <ul style="list-style-type: none"> Le toucher Stimuli tactiles au visage (Brossage de dents) 	<ul style="list-style-type: none"> Très intense Choc électrique 	<ul style="list-style-type: none"> Unilatérale 	<ul style="list-style-type: none"> Rougeur faciale Unilatérale 	<ul style="list-style-type: none"> Très courte durée et répétitive (Fraction de secondes à 2 minutes)
Arnold	Provoquée par : <ul style="list-style-type: none"> Le froid Stimuli tactiles au cuir chevelu Spontanée 	<ul style="list-style-type: none"> Choc électrique Coup de couteau Intense 	<ul style="list-style-type: none"> Unilatérale (parfois bilatérale) Occipitale irradiant à la région ophthalmique 	<ul style="list-style-type: none"> Paresthésies à la région douloureuse Spasmes musculaires cervicaux Allodynie unilatérale 	<ul style="list-style-type: none"> Début soudain Quelques secondes à quelques minutes Attaques récurrentes

pourrait quantifier cet impact.

LES OUTILS D'ÉVALUATION DE L'IMPACT DES CÉPHALÉES

Il existe plusieurs outils qui facilitent l'évaluation de l'impact des céphalées. Le plus simple à utiliser en contexte de soins d'urgence est le *Headache Impact Test (HIT-6)* puisqu'il s'agit d'un questionnaire d'auto-évaluation de seulement six questions sur la sévérité de la douleur, la fatigue, l'irritabilité, la concentration et la limitation dans les activités. Le client attribue une cote allant de « jamais » à « toujours ». Chaque réponse compte pour 6 à 13

points selon le degré de gravité attribué. Plus le total de points est bas, moins l'impact est important [23]. (Voir figure 1).

Ensuite, vous pouvez également utiliser le questionnaire *Migraine Disability Assessment (MIDAS)* qui quantifie le nombre de jours d'absence à l'école ou au travail, l'absence dans les activités familiales et la productivité dans les activités de la vie quotidienne et domestique. Ce questionnaire comporte cinq questions visant à quantifier le nombre de jours de limitation dans les trois derniers mois et le nombre de jours total détermine la sévérité de l'impact fonctionnel [23].

MISE EN SITUATION – QUATRIÈME PARTIE

Après lui avoir fait remplir le questionnaire HIT-6, son résultat de 57 vous fait réaliser que ses migraines ont un impact modéré sur son fonctionnement. Un programme d'enseignement adapté chez les patients avec un impact fonctionnel modéré à sévère démontre une amélioration significative de la qualité de vie chez ces patients [42]. Vous décidez donc de la questionner sur ses connaissances en lien avec la prise en charge de ses migraines. Vous constatez qu'elle n'est pas en mesure d'identifier les éléments déclencheurs, qu'elle connaît brièvement sa médication et qu'elle ne sait pas comment utiliser efficacement son traitement. Lors de votre entretien, elle réalise qu'elle est très stressée puisqu'elle a un nouvel emploi depuis trois mois et elle consomme beaucoup plus de café depuis qu'elle a commencé ce travail. Puisque

la prise en charge optimale de la migraine inclut des moyens pharmacologiques et non pharmacologiques [5], vous décidez donc de débiter l'enseignement, tout en vous assurant qu'elle consent à le recevoir.

TRAITEMENTS NON PHARMACOLOGIQUES

Reconnaître les déclencheurs

Un déclencheur est un élément qui accentue le risque d'avoir une migraine (Voir tableau 4). Afin de mieux les reconnaître, il est recommandé de remplir un journal des migraines [27]. En plus d'identifier les déclencheurs, le journal permet d'évaluer l'effet du traitement, de détecter les abus médicamenteux et de faciliter l'élaboration d'un plan de traitement adapté au patient [5]. Il existe plusieurs modèles de calendrier, dont certaines applications sur téléphone intelligent qui peuvent faciliter la réalisation du journal. ► (Voir tableau 4).

Figure 1. Questionnaire *Headache Impact Test* (HIT-6) [23]

	Jamais	Rarement	De temps en temps	Très souvent	Tout le temps
Lorsque vous avez des maux de tête, à quelle fréquence la douleur est-elle intense ?					
À quelle fréquence votre capacité à effectuer vos activités quotidiennes, y compris les tâches ménagères, le travail, les études ou les activités sociales, est-elle limitée à cause de vos maux de tête ?					
Lorsque vous avez des maux de tête, à quelle fréquence souhaiteriez-vous avoir la possibilité de vous allonger ?					
Au cours de ces 4 dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) trop fatigué(e) pour travailler ou effectuer vos activités quotidiennes à cause de vos maux de tête ?					
Au cours de ces 4 dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) découragé(e) ou irritable à cause de vos maux de tête ?					
Au cours de ces 4 dernières semaines, à quelle fréquence votre capacité à vous concentrer a-t-elle été limitée à cause de vos maux de tête ?					
Il faut d'abord calculer le nombre de points total obtenu pour chaque colonne. Pour obtenir le score final, il faut additionner le nombre de points total de chaque colonne.	6 points par réponse	8 points par réponse	10 points par réponse	11 points par réponse	13 points par réponse
Total par colonne					
Grand total :					
Moins de 49 : Aucun impact; 50-55 : Impact léger; 56-59 : Impact modéré; Plus de 60 : Impact sévère					

* Tableau inspiré de Yang, Rendas-Baum, Varon, et Kosinski [23].

Modification des habitudes de vie

Alimentation. Le jeûne, la déshydratation ou les horaires de repas irréguliers peuvent contribuer aux céphalées [5]. Il est donc suggéré de manger des repas réguliers et de maintenir une bonne hydratation, soit 2 à 3 litres d'eau par jour en l'absence de contre-indication [28]. On recommande également de limiter la consommation de caféine puisqu'un changement dans la consommation peut causer des céphalées surtout lorsque la consommation dépasse 200 mg de caféine par jour depuis plus de deux semaines [8]. À titre d'exemple, une tasse de café filtre contient jusqu'à 179 mg de caféine, un thé jusqu'à 50 mg et un coca-cola jusqu'à 50 mg [26].

Alcool, drogues et tabagisme. Puisque l'alcool, le tabagisme et certaines drogues sont reconnus comme éléments déclencheurs de migraine, il serait préférable de limiter leur consommation chez les personnes qui les ont identifiés comme déclencheurs [29].

Activité physique. Les recommandations entourant l'activité physique sont similaires à la population en générale soit de 150 minutes d'activité modérée par semaine [30]. L'activité physique intense pouvant exacerber le risque de développer une migraine. De plus, l'activité physique contribue à améliorer la gestion du stress, les habitudes alimentaires et de sommeil [30].

Sommeil et stress. Il est suggéré d'avoir une routine de sommeil régulière, d'avoir un nombre d'heures de sommeil suffisant et d'avoir de bons comportements d'hygiène de sommeil [5]. La gestion du stress est un autre élément à enseigner. Différentes solutions sont recommandées dans la littérature : des techniques de relaxation et de respiration, la musicothérapie, la méditation, le yoga ou la massothérapie sont des stratégies pouvant être offertes [5]. Aussi, l'acupuncture a été démontrée comme étant aussi efficace que le traitement prophylactique de la migraine et peut, par le fait même aider à réduire le stress [24].

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

Traitement de la crise aiguë

Le traitement généralement prescrit en première intention pour les crises aiguës peut comporter les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) tels que l'Ibuprofène et le Naproxène sodique, l'Acétaminophène ou une combinaison des deux. Par contre, il faut être prudent avec leur utilisation, car il y a un risque de céphalée médicamenteuse, dite céphalée de rebond. Dans ce cas-ci, il faut limiter la prise d'Acétaminophène et d'Ibuprofène à moins de 15 jours par mois [5-8]. À noter que l'analgésie en combinaison peut également comporter des risques de céphalée secondaire à une consommation excessive, surtout si la co-analgésie est utilisée plus de trois jours/semaine [32].

En deuxième intention, lorsque la migraine est réfractaire aux moyens pharmacologiques utilisés en première intention, les



médecins envisagent les Triptans, comme le Sumatriptan et l'Élétriptan. Les Triptans sont des agonistes sélectifs des récepteurs 5HT utilisés dans le traitement des crises aiguës de migraine. Cependant, il faut également réitérer l'importance de respecter la fréquence et la dose prescrite, puisque l'abus de ces médicaments présente aussi un risque de céphalée médicamenteuse. Pour cette classe, il faut limiter la consommation à moins de dix jours par mois, surtout si le médicament est pris depuis plus de trois mois [5-8]. Comme autre traitement de deuxième intention, la Dompéridone et le Métoprolol peuvent être utilisés lorsque les nausées accompagnent la migraine. En troisième intention, on parle surtout d'une combinaison Triptan avec AINS qui pourrait améliorer la réponse et diminuer les récurrences [5-33].

Il y a un moment précis pour utiliser le traitement de la crise aiguë et cette information doit figurer dans l'enseignement à donner au patient. Il n'est pas nécessaire de prendre la médication durant le prodrome puisque celui-ci peut s'étendre sur plusieurs heures. Par contre, lorsque la crise débute, soit à une intensité légère, c'est le moment idéal pour prendre le traitement. Inutile d'attendre que la migraine ait atteint une intensité élevée, il sera trop tard et le traitement sera inefficace [34]. Ce principe de traitement est fondamental puisque, souvent, les patients ne prennent pas leur médicament au bon moment, ce qui le rend inefficace.

Traitement en prophylaxie

Certains patients nécessitent un traitement en prophylaxie lorsque les migraines sont fréquentes et entraînent un impact fonctionnel. On peut retrouver dans leur profil pharmaceutique des bêtabloquants, comme le Propranolol (Indéral) et le Nadolol (Corgard), des antidépresseurs, comme l'Amitriptyline (Élavil) et le Nortriptyline (Anventyl), ou encore des anticonvulsivants comme le Topiramate (Topamax) utilisés en prévention contre la migraine. Plusieurs autres molécules peuvent être utilisées en traitement prophylactique de deuxième ou troisième intention [5].

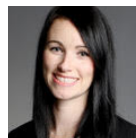
Tableau 4. Principaux déclencheurs de la migraine [25-26-28-29]

Déclencheurs en lien avec l'alimentation	Autres déclencheurs
<ul style="list-style-type: none">• Sauter un repas ou le jeûne• Aliments qui contiennent des additifs alimentaires<ul style="list-style-type: none">Glutamate monosodique (MSG)<ul style="list-style-type: none">- Nourriture chinoise- Mets emballés et préparésAspartame et autre édulcorantNitrite<ul style="list-style-type: none">- Viande en conserve- Charcuterie- Produits transformésExtrait de levure• Boisson :<ul style="list-style-type: none">Alcool et vin rougeExcès et sevrage de caféine• Nourriture :<ul style="list-style-type: none">Aliments salés ou grasCertains fruits, légumes : Oignons, haricots, agrumesProduits laitiers :<ul style="list-style-type: none">- Crème,- Yogourt- Certains fromages (vieillis et forts)Poisson fuméOeufsNoisettes	<ul style="list-style-type: none">• Stress<ul style="list-style-type: none">Toute forme de stress, autant au travail que familial• Stimuli sensoriels<ul style="list-style-type: none">Lumière très brillanteSons de forte intensitéOdeurs fortes<ul style="list-style-type: none">- Parfums- Peinture• Habitudes de vie<ul style="list-style-type: none">Changement dans les habitudes de sommeilDécalage horaireTabagisme et fumée secondaireDrogues (surtout cocaïne)• Facteurs physiques<ul style="list-style-type: none">Activité physique intenseActivités sexuelles• Médication<ul style="list-style-type: none">Contraceptifs oraux et remplacements hormonauxVasodilatateurs<ul style="list-style-type: none">- Nitroglycérine• Changements hormonaux<ul style="list-style-type: none">Fluctuations d'œstrogène<ul style="list-style-type: none">- Cycle menstruel- Grossesse- Ménopause

RESSOURCES À OFFRIR AU PATIENT

Afin de mieux accompagner les patients qui consultent à l'urgence pour cette problématique, une panoplie d'outils peut leur être recommandée. Migraine Québec (migrainequebec.com) et Migraine Canada (migrainecanada.org) sont des ressources que tout patient atteint de céphalée devrait connaître [17, 40]. Une autre ressource intéressante est le site internet Parlons migraine (parlonsmigraine.ca). On y retrouve notamment un questionnaire de prévention des migraines et un guide de discussion avec le médecin contenant toute l'information importante à collecter avant sa visite médicale [41].

À la lecture de cet article, il est important de retenir que l'infirmière joue un rôle primordial dans l'évaluation rigoureuse de la céphalée pour identifier les signaux d'alarme. Son rôle est également essentiel dans la prise en charge de l'impact fonctionnel que peut avoir la céphalée. Enfin, l'enseignement que l'infirmière prodigue sur les moyens non pharmacologiques et pharmacologiques est précieux pour le congé du patient et améliorera ainsi sa qualité de vie. ■



Les auteures
Jessie Carrier, inf., M. Sc., IPSPL
CISSS Montérégie-Est



Nathalie Amiot, inf., M. Sc., IPSSA
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

RÉFÉRENCES

- [1] Moisset X, Mawet J, Guegan-Massardier E, Bozzolo E, Gilard V, Tollard E, et al. *Recommandations pour la prise en charge d'une céphalée en urgence. Douleurs — Évaluation — Diagnostic — Traitement*. 2018; 19: 4-16.
- [2] Steiner TJ, Stovner LJ, Vos T, Jensen R, Katsarava Z. *Migraine is first cause of disability in under 50s: will health politicians now take notice*. *J Head Pain*. 2018; 19(1): 17.
- [3] Pringsheim T, Davenport WJ, Mackie G, Worthington I, Aubé M, Christie SN, et al. *Canadian Headache Society Guideline for Migraine Prophylaxis*. *Can J Neurol Sci*. 2012; 39(2): 1-59.
- [4] *Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIQ) et Collège de médecins du Québec (CMQ). Triage à l'urgence. Lignes directrices*. (2^e éd). Montréal, Canada : OIQ et CMQ ; 2019. Repéré à <https://www.oiq.org/documents/20147/237836/2510-triage-urgence-lignes-directrices-web.pdf>
- [5] Becker WJ, Findlay T, Moga C, Scott NA, Harstall C, Taenzer P. *Lignes directrices sur la prise en charge en soins primaires des céphalées chez l'adulte*. *Canadian Family Physician*. 2015; 61: e353-e364.
- [6] Dodick DW. *Pearls: Headache. Seminars in Neurology*. 2010; 30(1): 74-81.
- [7] *Association canadienne des médecins d'urgence. Echelle canadienne de triage et de gravité : programme d'éducation combiné adultes/pédiatrie : manuel du participant*. 2011. Repéré à http://ctasphctas.ca/wp-content/uploads/2018/05/participant_manual_v2.4.pdf
- [8] *International Headache Society. The International Classification of Headache Disorder, 3rd edition*. Cephalalgia. 2018; 38(1): 1-211.
- [9] *Institut national d'excellence en santé et services sociaux. Indications justifiant le recours à l'imagerie pour le diagnostic des patients présentant une céphalée primaire ou secondaire*. 2019. Repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Technologies/INESSS_Cephalée_tire_a_part.pdf
- [10] *Mayo clinic staff. Symptoms Headache*. 2018. Repéré à <https://www.mayoclinic.org/symptoms/headache/basics/causes/sym-20050800>
- [11] Moisset X, Mawet J, Guegan-Massardier E, Bozzolo E, Gilard V, Tollard E, et al. *Recommandations pour la prise en charge d'une céphalée en urgence. Douleurs — Diagnostic — Traitement*. 2018; 19: 4-16.
- [12] Orr SL, Aube M, Becker WJ, Davenport WJ, Dili E, Dodick D, et al. *Canadian Headache Society systematic review and recommendations on the treatment of migraine pain in emergency settings*. *Cephalalgia*. 2015; 35(3).
- [13] Kelly AM. *Migraine: pharmacotherapy in the emergency department*. *J Accid Emerg Med*. 2010; 17: 241-245.
- [14] Gupta S, Oosthuizen R, Pulfrey S. *Treatment of acute migraine in the emergency department*. *Canadian Family Physician*. 2014; 60(1): 47-49.
- [15] Sumamo Schellenberg E, Dryden DM, Pasichnyk D, Ha C, Vandermeer B, Friedman BW, et al. *Acute Migraine Treatment in Emergency Settings*. Agency for Healthcare Research and Quality. 2012; 12(13).
- [16] Ramage-Morin PL, Gilmour H. *Prévalence de la migraine chez la population à domicile au Canada*. *Statistique Canada*. 2014. Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2014006/article/14033-fra.htm>
- [17] *Migraine Québec. Accueil*. 2019. Repéré à <https://migrainequebec.com/>
- [18] *Phaneuf M. La relation soignant-soigné : l'accompagnement thérapeutique (2^e éd.)*. Montréal, Québec : Chenelière Éducation ; 2016.
- [19] *Duhamel F. La santé et la famille : une approche systémique en soins infirmiers. (3^e éd.)*. Montréal : Chenelière

éducation ; 2015.

- [20] *Reny P. Savoir communiquer pour mieux aider : la communication aidante et pédagogique en soins infirmiers dans le domaine de la santé. (2^e éd.)*. Montréal, Québec, Canada : Pearson ERPI ; 2018.
- [21] *McCormack B, McCance TV. Development of a framework for person-centred nursing*. *J Adv Nurs*. 2006; 56(5): 472-479.
- [22] *McCormack B, McCance TV. Person-Centred Nursing: Theory and Practice*. Hoboken: Hoboken: John Wiley & Sons ; 2010.
- [23] *Yang M, Rendas-Baum R, Varon SF, Kosinski M. Validation of the Headache Impact Test (HIT-6) across episodic and chronic migraine*. *Cephalalgia*. 2011; 31(3): 357-367.
- [24] *Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Fei Y, Mehring M, Vertosick EA, et al. Acupuncture for the prevention of episodic migraine*. *Cochrane Library*. 2016; 28(6).
- [25] *Mayo Clinic Staff. Migraine*. 2019. Repéré à <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/migraine-headache/symptoms-causes/syc-20360201>
- [26] *Toward Optimized Practice [TOP] et Institute of Health Economic Alberta Canada [IHE]. (2013). Food triggers, caffeine and migraine attacks*. Dans *Toward Optimized Practice [TOP] et Institute of Health Economic Alberta Canada [IHE]*. (2016). Primary care management of headache in adults clinical practice guideline. Repéré à <https://actt.albertadoctors.org/CPGs/Lists/CPGDocumentList/Primary-Care-Management-of-Headache-in-Adults.pdf>
- [27] *Migraine Québec. Calendriers*. (2019a). Repéré à <https://migrainequebec.com/calendriers/>
- [28] *Migraine Québec. L'alimentation et les migraines - Questions fréquentes, réponses utiles*. (2012a). Repéré à https://migrainequebec.com/wp-content/uploads/2017/03/nutrition_migraine.pdf
- [29] *Kelman L. The triggers or precipitants of the acute migraine attack*. *Cephalalgia*. 2007; 27:394-402.
- [30] *Migraine Québec. L'exercice et les migraines - Questions fréquentes, réponses utiles*. (2013). Repéré à https://migrainequebec.com/wp-content/uploads/2017/03/exercice_migraine.pdf
- [31] *Migraine Québec. La gestion du stress - Questions fréquentes, réponses utiles*. (2012 b). Repéré à https://migrainequebec.com/wp-content/uploads/2017/03/stress_migraine.pdf
- [32] *Lanthier L. Guide pratique de médecine interne. (7^e éd.)*. Trois-Rivières, Québec : Les éditions Formed ; 2018.
- [33] *Messier K, Lapierre M. Les triptans, quel casse-tête ! Le Médecin du Québec*. 2013; 48(1).
- [34] *Wood JJA, Goadsby PJ, Lipton RB, Ferrari MD. Migraine— Current understanding and treatment*. *New Eng J Med*. 2002; 346(4).
- [35] *Bates B. Guide de l'examen clinique. (7th ed.)*. Montrouge, France : John Libbey ; 2014.
- [36] *Doyon O, Longpré S. Évaluation clinique d'une personne symptomatique*. Montréal, Canada : ERPI ; 2016.
- [37] *Letendre JF. Guide pratique de médecine clinique. (5^e éd.)*. Anjou, Canada : Éd. Saint-Martin ; 2010.
- [38] *Rizzoli P, Mullally WJ. Headache*. *Am J Med*. 2018; 131(1): 17-24.
- [39] *Starling AJ. Diagnosis and Management of Headache in Older Adults*. *Mayo Clinic Proceedings*. 2018; 93(2): 252-262.
- [40] *Migraine Canada. Home*. 2019. Repéré à <https://migrainecanada.org/>
- [41] *Parlons Migraine. Outils et ressources*. 2019. Repéré à <https://www.parlonsmigraine.ca/outils-ressources/>
- [42] *Rendas-Baum R, Yang M, Varon SF, Bloudek LM, DeGryse RE, Kosinski M. Validation of the headache impact test (HIT-6) in patients with chronic migraine*. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2015; 12 (117).

PRINTEMPS
2021

Granby

JONGLER AVEC
LES TRANSITIONS
UN RÉEL
DÉFI!

37^e  Association québécoise
des infirmières et infirmiers
en santé mentale
(AQISM)
Colloque annuel

Œuvre de Lyne Gravel