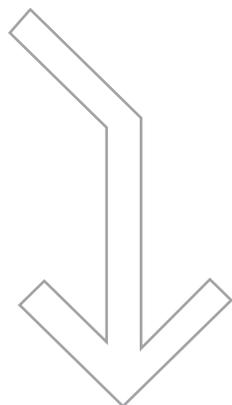


03

MAJBOOK



iECN

2^e ÉDITION ACTUALISÉE

MAJBOOK

Toute la spécialité, par le Major

NEUROLOGIE PSYCHIATRIE et ADDICTOLOGIE

Alexis Maillard
Lina Jeantin

Préface du Pr Claire Le Jeune
Professeur à l'Université Paris Descartes

MED-LINE
Editions

Éditions MED-LINE
74 Boulevard de l'Hôpital
75013 Paris
Tél. : 09 70 77 11 48
www.med-line.fr

MAJBOOK NEUROLOGIE, PSYCHIATRIE ET ADDICTOLOGIE (N°. 03) - MAJBOOK - TOUTE LA SPÉCIALITÉ,
PAR LE MAJOR - 2 ÉDITION
ISBN : 978-2-84678-287-6
© 2021 ÉDITIONS MED-LINE

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement des auteurs, ou de leurs ayants droit ou ayants cause, est illicite (loi du 11 mars 1957, alinéa 1^{er} de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code Pénal.



Préface du Pr Claire Le Jeunne

Publier les notes du major à l'Examen Classant National de médecine 2018, voilà une idée originale qui mérite tout notre intérêt.

Les notes qui deviennent fiches sont des documents uniques. Élaborées avec beaucoup de soin et de sens pratique, elles permettent de faire une révision d'un item en quelques dizaines de minutes.

Tout compte dans une fiche : la présentation, le jeu des couleurs, le choix des abréviations. C'est un énorme travail original fait à partir de sources différentes, des photocopiés, des manuels, le cours de l'enseignant, un article. Tout document jugé informatif peut contribuer à la touche finale de la fiche qui s'élabore et se complète petit à petit pour devenir définitive en général la dernière année.

En l'occurrence une fiche concerne un item du programme du 2^e cycle des études médicales sachant qu'il y en a 362 au total.

Cette méthodologie des fiches a traversé les temps, j'ai moi-même travaillé avec cette technique pour préparer le concours de 1977 et ce n'est que récemment que j'ai accepté l'idée de m'en séparer, tant l'énergie mise pour les préparer et le travail que cela symbolise sont considérables.

La taille de cet ouvrage de 1900 pages nous montre bien la somme des connaissances que nous demandons à nos étudiants de métaboliser. Chaque année davantage, car la médecine – et les connaissances scientifiques qui s'y rattachent – progresse à pas de géant et doit se spécialiser.

Il faut donc trouver des moyens pour pouvoir assimiler un programme aussi important sachant qu'en médecine, il n'y a pas d'impasse possible. C'est bien ce que nous montrent Alexis Maillard, Major aux iECN 2018, et Lina Jeantin, 71^e aux iECN 2018, dans ce recueil.

Ils abordent toutes les questions du programme sous forme de fiches présentées selon l'ordre du programme. Ils ont traité tous les items. Ils ont fait des fiches synthétiques brillantes qui leur ont permis d'avoir un classement exceptionnel.

Cet ouvrage permettra à ceux qui n'ont pas commencé le travail minutieux dès le début de DFASM de pouvoir rattraper le temps et de s'approprier les fiches ainsi élaborées.

Elles sont complémentaires de l'enseignement à la faculté qui se veut éminemment pratique et qui ne revendique pas l'exhaustivité surtout dans la dernière année des études.

Merci aux Éditions Med-Line d'avoir voulu valoriser ce travail et ainsi reconnaître son importance.

Nous lui souhaitons tout le succès qu'il mérite.

Pr Claire LE JEUNNE
Professeur de Thérapeutique à l'Université Paris Descartes
Ex vice doyen à la pédagogie

Remerciements

Nos remerciements tous particuliers aux auteurs et aux éditeurs des livres suivants, qui nous ont autorisés à reproduire certaines iconographies de leurs ouvrages, au sein de notre livre, dans un souci d'aider le lecteur et de rendre l'ouvrage plus pédagogique.

- *Cancérologie*, Livre du Collège, Collège National des Enseignants en Cancérologie (CNEC), Ouvrage coordonné par le Pr Philippe Giraud et le Pr Jean Trédaniel, Editions Med-line
- *Dermatologie*, UE ECN en dossiers progressifs, Félix Pham, Guillaume Rougier, Editions VG
- *Dermatologie, vénérologie*, iKB, Pr Philippe Bahadoran, Alexandra Picard, Frédéric Mantoux, Emeline Castela, Editions VG
- *Chirurgie générale, viscérale et digestive*, Livre du Collège, Collège Français de Chirurgie générale, viscérale et digestive, Editions Med-line
- *Douleur, Soins palliatifs et accompagnement*, 3^e édition, Livres des Collèges : Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD), la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP) et la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR)
- *Guide pratique d'Ophthalmologie*, Dr Patrice Vo Tan - Dr Yves Lachkar, Editions VG
- *Guide pratique de Pédiatrie*, Daniel Berdah, Marc Bellaïche, Editions VG
- *Gynécologie Obstétrique*, iKB, Pr Blandine Courbière, Pr Xavier Carcopino, Editions VG
- *Hépatologie, Gastrologie-entérologie, chirurgie viscérale*, iKB, Jean-David Zeitoun, Ariane Chryssostalis, Pr Jérémie Lefevre
- *Imagerie médicale*, KB, Mickaël Soussan, Editions VG
- *iECN+ Imagerie*, Pr Ivan Bricault, Raphaël Girard, Julien Frandon, Mehmet Sahin, Editions VG
- *Neurologie*, 12^e édition, Nicolas Danziger, Sonia Alamowitch, Editions Med-line
- *Orthopédie-Traumatologie*, 7^e édition, Guillaume Wavreille, Editions Med-Line
- *Ophthalmologie*, iKB, Allan Benarous, Tich Ludovic Le, Editions VG
- *Orthopédie-Traumatologie*, iKB, Sylvain Bodard, Grégory Edgard-Rosa, Arié Azuelos, Claude Aharoni, Editions VG
- *Parasitoses et mycoses*, L'entraînement IECN, Pr Patrice Bourée, Editions Med-Line
- *Parasitoses et mycologie en poche*, Pr Patrice Bourée, Editions Med-Line
- *Pédiatrie*, iKB, Marc Bellaïche, Editions VG
- *Radiologie-Imagerie*, 2^e édition, sous la direction du Pr Nathalie Boutry, Editions Med-Line
- *Radiodiagnostic, Imagerie médicale et médecine nucléaire*, 116 dossiers à interpréter, Michaël Soussan, Ingrid Faouzzi, Editions Med-Line
- *Rhumatologie*, iKB, Pierre Khalifa, Editions VG



Introduction par les auteurs

Majbook Neurologie, Psychiatrie et Addictologie

La préparation de l'iECN est une épreuve complexe et de longue haleine par la masse considérable des connaissances nécessaires et par la ténacité dont il faut faire preuve. Et cette épreuve est rendue d'autant plus ardue que les supports de connaissances sont disparates, souvent peu synthétiques et de qualité inégale.

Avec cet ouvrage, constitué de la somme revue et actualisée de nos fiches pour la préparation au concours, nous proposons un support homogène, synthétique et complet pour la préparation des iECN. Le Majbook paru en un seul volume (avec tous les items de l'iECN) est désormais également décliné par spécialités pour ceux d'entre vous qui préfèrent réviser de cette façon. Au total 10 volumes qui traitent de la Pédiatrie (volume 1), de la Cardiologie-Pneumologie (volume 2), de la Neurologie, Psychiatrie et addictologie (volume 3), de la Santé publique, médecine légale, médecine du travail, pharmacologie (Volume 4), de la Gynécologie, obstétrique, urologie, néphrologie (Volume 5), de la Dermatologie, maladies infectieuses (Volume 6), de l'Hépto-gastro-entérologie, Endocrinologie, diabétologie, nutrition (Volume 7), de la Cancérologie, hématologie, Douleur, Soins palliatifs, Gériatrie, MPR (Volume 8), de la Médecine interne, immunologie, Rhumatologie, Orthopédie (Volume 9), de Urgences Réanimation, anesthésie, Ophtalmologie, ORL et Chirurgie maxillo-faciale (Volume 10).

Ces fiches nous ont accompagnés tout au long de notre externat. Elles ont été créées et enrichies à partir de nos cours, de nos stages, de nos conférences, et de toute la bibliographie utile tout au long de notre préparation. Elles donnent, pour chaque item, un contenu organisé et adapté à la réponse aux questions à choix multiples. Elles ne font pas l'impasse sur la compréhension qui est, de notre point de vue, le ciment de la mémorisation.

La présentation utilise des couleurs pour faciliter la lisibilité. Les points essentiels sont mis en valeur afin de hiérarchiser les connaissances et rendre l'apprentissage à la fois plus agréable et plus efficace. Des schémas et tableaux de synthèses viennent encore consolider les points importants du texte.

Enfin, nous avons souhaité intégrer à cet ouvrage une iconographie en couleurs (photographies, imagerie radiologique, schémas explicatifs, etc.) afin de fixer les concepts et image-clés qu'il est nécessaire d'avoir en tête le jour J.

Nous espérons que ces fiches vous aideront autant qu'elles nous ont aidés pour la préparation des iECN et vous permettront d'atteindre la spécialité dont vous rêvez.

Bon courage à tous !

Alexis Maillard, Major aux iECN 2018
Lina Jeantin, 71^e aux iECN 2018



Les auteurs

Alexis Maillard est arrivé Major à l'iECN 2018. Il a débuté ses études de médecine à la faculté de médecine de Grenoble. Après un master 2 en neurosciences intégratives à l'École Normale Supérieure, il a poursuivi son externat à Paris Descartes. Il choisit la spécialité de Maladies infectieuses et tropicales en Ile de France.

Lina Jeantin est classée 71^e à l'iECN 2018. Elle intègre la promotion 2013 de l'école de l'Inserm, où elle poursuit un double cursus médecine-sciences. Elle est également interne en Maladies infectieuses et tropicales en Ile de France et souhaite allier une activité de recherche fondamentale à sa pratique clinique.

Ouvrage coordonné par le **Dr Sylvain Bodard**, classé 7^e à l'ECN 2013, Conférencier d'Internat.

Sommaire

PARTIE 1 : NEUROLOGIE

UE 4 : Perception - Système nerveux - Revêtement cutané

Item 89	Déficit neurologique récent.....	17
Item 90	Déficit moteur et/ou sensitif des membres	21
Item 91	Compression médullaire non traumatique et syndrome de la queue de cheval.....	25
Item 94	Neuropathies périphériques.....	33
Item 95	Polyradiculonévrite aiguë inflammatoire (syndrome de Guillain-Barré)	41
Item 96	Myasthénie	44
Item 97	Migraine, névralgie du trijumeau et algies de la face.....	47
Item 98	Céphalée aiguë et chronique chez l'adulte et l'enfant	58
Item 99	Paralysie faciale.....	64
Item 102	Sclérose en plaques	69
Item 103	Épilepsie de l'enfant et de l'adulte	74
Item 104	Maladie de Parkinson	85
Item 105	Mouvements anormaux	90
Item 106	Confusion, démences Troubles cognitifs du sujet âgé (voir item 129)	94
Item 107	Troubles de la marche et de l'équilibre	101
Item 108	Troubles du sommeil de l'enfant et de l'adulte	107

UE 6 : Maladies transmissibles - Risques sanitaires - Santé au travail

Item 148	Méningites, méningoencéphalites chez l'adulte et l'enfant	121
----------	---	-----

UE 9 : Cancérologie - Onco-hématologie

Item 296	Tumeurs intracrâniennes.....	135
----------	------------------------------	-----

UE 11 : Urgences et défaillances viscérales aiguës

Item 330-1	Orientation diagnostique et conduite à tenir devant un traumatisme crânien.....	147
Item 331	Coma non traumatique chez l'adulte et l'enfant.....	155
Item 335	Accidents vasculaires cérébraux (AVC)	160
Item 336	Hémorragie méningée.....	171
Item 337	Malaise, perte de connaissance, crise comitiale chez l'adulte	178
Item 338	État confusionnel et trouble de conscience chez l'adulte et chez l'enfant.....	182

Les items suivants sont traités dans d'autres volumes de la Collection :

Item 80 : Anomalie de la vision d'apparition brutale dans le volume d'Ophtalmologie.

Item 86 : Trouble aigu de la parole. Dysphonie dans le volume d'ORL.

Item 100 : Diplopie dans le volume d'Ophtalmologie.

Item 101 : Vertige dans le volume d'ORL.

PARTIE 2 : PSYCHIATRIE ET ADDICTOLOGIE

➤ UE 1 : Apprentissage de l'exercice médical

Item 11	Soins psychiatriques sans consentement.....	191
---------	---	-----

➤ UE 3 : Maturation - Vulnérabilité - Santé mentale - Conduites addictives

Item 56	Sexualité normale et ses troubles	199
Item 58	Facteurs de risque, prévention, dépistage des troubles psychiques de l'enfant à la personne âgée.....	204
Item 59	Connaître les bases de la classification des troubles mentaux de l'enfant à la personne âgée	205
Item 60	Organisation de l'offre de soin en psychiatrie.....	208
Item 61	Trouble schizophrénique de l'adolescent de l'adulte	211
Item 62	Trouble bipolaire de l'adolescent de l'adulte.....	218
Item 63	Trouble délirant persistant	224
Item 64-1	Diagnostiquer : un trouble anxieux généralisé panique, un trouble phobique, un TOC, un état de stress post-traumatique, un trouble de l'adaptation (de l'enfant à la personne âgée)	226
Item 64-2	Diagnostiquer un trouble de la personnalité.....	237
Item 64-3	Diagnostiquer un trouble de l'humeur : trouble dépressif de l'enfant et l'adulte	241
Item 65	Troubles envahissants du développement	245
Item 66	Troubles du comportement de l'adolescent.....	249
Item 67	Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum	252
Item 69	Troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adulte.....	256
Item 70	Troubles somatoformes	263
Item 71	Différents types de techniques psychothérapeutiques.....	267
Item 72	Prescription et surveillance des psychotropes.....	270
Item 74	Addiction à l'alcool	286
Item 75	Addiction aux médicaments psychotropes (benzodiazépines et apparentés).....	294
Item 76	Addiction au cannabis, à la cocaïne, aux amphétamines, aux opiacés, aux drogues de synthèse.....	296
Item 77	Addictions comportementales	307
Item 78	Dopage	310

➤ UE 5 : Handicap - Vieillesse - Dépendance - Douleur - Soins palliatifs - Accompagnement

Item 117	Le handicap psychique.....	315
Item 141	Deuil normal et pathologique	318

➤ UE 11 : Urgences et défaillances viscérales aiguës

Item 346	Agitation et délire aigu.....	323
Item 347	Crise d'angoisse aiguë et attaque de panique	328
Item 348	Risques et conduites suicidaires chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte.....	330

Les items suivants sont traités dans d'autres volumes de la Collection :

Item 53 : Développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant dans le volume de Pédiatrie.

Item 68 : Troubles psychiques du sujet âgé dans le volume de Gériatrie.

Item 73 : Addiction au tabac dans le volume de Pneumologie.

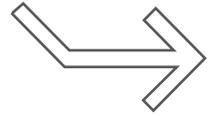
Item 74 : Addiction à l'alcool dans le volume de Gasto-entérologie.

Abréviations

AA	Air ambiant	CIM	Classification internationale des maladies
AAH	Allocation adulte handicapé	CIVD	Coagulation intravasculaire disséminée
AAN	Anticorps anti-nucléaires (= FAN)	CI	Chlore
AAP	Anti-agrégant plaquettaire	CMUc	Couverture universelle maladie complémentaire
Ac	Anticorps	CMV	Cytomégalovirus
ACH	Acétyl-Choline	CPDPN	Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal
ACR	Arrêt cardiorespiratoire	CPK	Créatine phospho-kinase
AD	Antidépresseur	CRIP	Cellule de recueil des informations préoccupantes
ADH	Anti-diurétique hormone (hormone anti-diurétique)	CTCG	Crise tonico-clonique généralisée
ADK	Adénocarcinome	CV	Cordes vocales, cardiovasculaire, champ visuel
ADP	Adénopathies	D	Droit, droite
ADT	Antidépresseur tricyclique	DA	Dopamine
AEEH	Allocation d'éducation enfant handicapé	DALA	Déficit androgénique lié à l'âge
AG	Anesthésie générale	DDB	Dilatation des bronches
AIT	Accident ischémique transitoire	DLCO	Diffusion Libre du CO
AL	Anesthésie locale	DMLA	Dégénérescence maculaire liée à l'âge
ALR	Anesthésie loco-régionale	DR	Décollement de rétine
AMM	Autorisation de mise sur le marché	DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders
AMS	Atrophie multi-systématisée	DT	Douleur thoracique, Delirium tremens
AOMI	Artérite oblitérante des membres inférieurs	DT1, DT2	Diabète de type 1, 2
APA	Allocation personnalisée d'autonomie	EAL	Examen d'une anomalie lipidique
ARM	Angiographie par résonance magnétique	EBV	Epstein-Barr virus
ARS	Agence régionale de santé	EDC	Épisode dépressif caractérisé
ASE	Aide sociale à l'enfance	EDTSA	Écho-doppler des troncs supra-aortiques
ATB	Antibiotique, antibiothérapie	EEG	Électro-encéphalogramme
ATCD	Antécédents	EER	Épuration extra-rénale
ATIII	Antithrombine III	EG	État général
AV	Acuité visuelle	EI	Effet indésirable
AVC	Accident vasculaire cérébral	EMG	Électromyogramme
AVF	Algie vasculaire de la face	ENMG	Électro-neuromyogramme
AVK	Anti-vitamine K	EP	Embolie pulmonaire
AVP	Accident de la voie publique	EPP	Électrophorèse des protéines plasmatiques
AVS	Auxiliaire de vie scolaire	ES	Effet secondaire
BAT	Biopsie de l'artère temporale	ETO	Échographie trans-oesophagienne
BAV	Bloc atrio-ventriculaire ou Baisse de l'acuité visuelle	ETT	Échographie trans-thoracique
BB-	Bêta bloquants	F	Fille, femme
BGN	Bacille Gram Négatif	FAN	Facteur anti-nucléaire (= AAN)
BK	Bacille de Koch, par extension tuberculose	FCS	Fausse couche spontanée
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive	FdR	Facteur de risque
BU	Bandelette urinaire	FN	Faux négatifs
BZD	Benzodiazépines	FO	Fond d'oeil
C2G, C3G	Céphalosporine de 2 ^e , de 3 ^e génération	FP	Faux positifs
Ca	Calcium	G	Gauche, Garçon
CAE	Conduit auditif externe	GDS	Gaz du sang
CAI	Conduit auditif interne	GDS en AA	Gaz du sang en air ambiant
CAT	Conduite à tenir	GEM	Glomérulonéphrite extra-membraneuse
CBH	Claude-Bernard-Horner	GEPA	Granulomatose éosinophile et polyangéite
CBP	Cancer broncho-pulmonaire	GEU	Grossesse extra-utérine
CCR	Cancer colorectal	GGT ou γGT	Gamma-glutamyl-transférase
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées	GNMP	Glomérulonéphrite membrano-proliférative
CE	Corps étranger	GNRP	Glomérulonéphrite rapidement progressive
CHC	Carcinome hépato-cellulaire	GPA	Granulomatose avec poly-angéite
CI	Contre-indication	GPAO	Glaucome primitif à angle ouvert

GR	Globule rouge	LP	Libération prolongée
H	Homme	M	Mois (3M = 3 mois)
H1	Récepteurs histaminergiques de type 1	MAF	Mouvements actifs foetaux
HBP	Hypertrophie bénigne de prostate	MAP	Menace d'accouchement prématurée
HBPM	Héparine de bas poids moléculaire	MAV	Malformation artério-veineuse
HDJ	Hôpital de jour	MCV	Maladie cardio-vasculaire
HED	Hématome extra-dural	MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
HELLP	Hemolysis, Elevated liver enzymes, Low platelets	MG	Médecin généraliste
HIA	Hémorragie intra-alvéolaire	MHD	Mesures hygiéno-diététiques
HIV	Hémorragie intra-vitréenne	MI	Membre inférieur
HMG	Hépatomégalie	MID	Membre inférieur droit
HNF	Héparine non fractionnée	MIG	Membre inférieur gauche
HPN	Hydrocéphalie à pression normale	MIN	Mort inattendue du nourrisson
HPN	Hémoglobinurie paroxystique nocturne	MPP	Mal perforant plantaire
HPV	Human papilloma virus	MS	Membre supérieur
HRP	Hématome rétro-placentaire	MSD	Membre supérieur droit
HSA	Hémorragie sous arachnoïdienne (= hémorragie méningée)	MSG	Membre supérieur gauche
HSD	Hématome sous dural	MT	Médecin traitant
HSM, HSMG	Hépatosplénomégalie	MTX	Méthotrexate
HSV	Herpes Simplex virus	N	Normal
HTA	Hypertension artérielle	NA	Noradrénaline
HTAP	Hypertension artérielle pulmonaire, par définition HTP de type 1	Na	Sodium
HTIC	Hypertension intracrânienne	NFS-P	Numération Formule sanguine - Plaquettes
HTP	Hypertension pulmonaire	NGC	Noyaux gris centraux
HTS	hormonothérapie substitutive	NL	Neuroleptiques
HU	Hauteur utérine	NN	Nouveau-né
HyperTG	Hypertriglycéridémie	NOIA (ou NOIAA)	Neuropathie optique ischémique antérieure (aigue)
HypoTA	Hypotension artérielle	NORB	Neuropathie optique rétrobulbaire
IC	Insuffisance cardiaque	NRS	Nourrisson
ICG	Insuffisance cardiaque gauche	OACR	Occlusion de l'artère centrale de la rétine
ICoro	Insuffisance coronarienne	OAP	Œdème aigu du poumon
ID	Immunodépression	OATF	Ostéonécrose aseptique de la tête fémorale
IDM	Infarctus du myocarde	OBACR	Occlusion d'une branche de l'artère centrale de la rétine
IDR	Intra-dermo réaction	OBVCR	Occlusion d'une branche de la veine centrale de la rétine
IHC	Insuffisance hépato-cellulaire	OCT	Tomographie par cohérence optique
IMG	Interruption médicale de grossesse	OEAP	Oto-émissions acoustiques provoquées
INF	Interféron	OG / OD	Oreille gauche / droite
IOA	Infection ostéo-articulaire	OGE	Organes génitaux externes
IOT	Intubation oro-trachéale	OH	Alcool, alcoolisme
IR	Insuffisance rénale (IRC = chronique, IRA = aigue)	OM	Oreille moyenne
IRA	Insuffisance rénale aiguë	OMA	Otite moyenne aigue
IRespC	Insuffisance respiratoire chronique	OMC	Oedème maculaire cystoïde
IRSNA	Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline	OMC	Otite moyenne chronique
ISRS	Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine	OMI	Oedèmes des membres inférieurs
IST	Infection sexuellement transmissible	OMS	Organisation Mondiale de la Santé
IU	Infection urinaire	OPP	Ordonnance de placement provisoire
IV	Intraveineux	OSM	Otite séro-muqueuse
IVG	Interruption volontaire de grossesse	OVCR	Occlusion de la veine centrale de la rétine
JPDC	Jusqu'à preuve du contraire	PA	Pression artérielle
K ou K+	Potassium	PAN	Péri-artérite noueuse
KT	Cathéter, cathéterisme	PAP	Pression artérielle pulmonaire
LAF	Lampe à fente	PC	Perte de connaissance, Périmètre crânien
LBA	Liquide broncho-alvéolaire	PCR	Polymerase Chain Reaction
LCR	Liquide céphalo-rachidien	PdC	Produit de contraste
LCS	Liquide cérébro-spinal	PEA	Potentiels évoqués auditifs
LED	Lupus érythémateux disséminé	PEC	Prise en charge
LGM	Lésions glomérulaires minimes		

PIO	Pression intra oculaire	TDM TAP	Tomodensitométrie Toraco-Abdomino-Pelvienne
PMI	Protection maternelle et infantile	TDM Tx	Tomodensitométrie du thorax
PNA	Pyélonéphrite aiguë	TdR	Trouble du rythme
PO	Per os	TED	Troubles envahissant du développement
POM	Paralysie oculomotrice	TFI	Troubles fonctionnels intestinaux
POP	Pillule oestro-progestative	THM	Traitement hormonal substitutif
PP	Post-partum	THM	Traitement hormonal de la ménopause
PPR	Photocoagulation pan-rétinienne	TJ	Turgescence jugulaire
PPS	Projet personnalisé de soins	TO	Tonus oculaire
PR	Polyarthrite rhumatoïde	TP	Taux de prothrombine
PSP	Paralysie supra-nucléaire progressive	TR	Toucher rectal
PTx	Pneumothorax	TS	Tentative de suicide
PUMA	Protection universelle maladie	TSA	Troncs supra aortiques
QI	Quotient intellectuel	TV	Tachycardie ventriculaire
RAA	Rhumatisme articulaire aigu	TVC	Thrombose veineuse cérébrale
RCIU	Retard de croissance intra-utérin	TVO	Trouble ventilatoire obstructif
RCV	Risque cardio-vasculaire	TVR	Trouble ventilatoire restrictif
RD	Rétinopathie diabétique	Tx	Thorax
RGO	Reflux gastro-oesophagien	TXA2	Thromboxane A2
RHJ	Reflux hépato-jugulaire	UGD	Ulcère gastro-duodéal
RM	Rétrécissement mitral	VADS	Voies aérodigestives supérieures
RPCA	Résistance à la protéine C activée (= déficit en facteur V)	VB	Voies biliaires
RPM	Réflexe photomoteur	VHA (VHB, C, D, E)	Virus de l'hépatite A (B, C, D, E)
RPM	Rupture prématurée des membranes	VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
RSA	Revenu de solidarité active	VitD	Vitamine D
RTx	Radio de thorax		
S	Semaine (3S = 3 semaines)		
SA	Semaines d'aménorrhée (36SA = 36 semaines d'aménorrhée)		
SAOS	Syndrome d'apnée obstructive du sommeil		
SAPL	Syndrome des antiphospholipides		
SAT-VAT	Sérologie antitétanique - Vaccination antitétanique		
SAU	Service d'accueil des urgences		
SB	Substance blanche (cérébrale)		
SC	Sous-cutané		
Sd	Syndrome		
SdG	Signe de gravité		
SEP	Sclérose en plaques		
SG	Substance grise (cérébrale)		
SGS	Syndrome de Goujerot-Sjögren		
SMG	Splénomégalie		
SN	Syndrome néphrotique		
SNG	Sonde naso-gastrique		
SpA	Spondylarthrite		
SpO2	Saturation en oxygène de l'hémoglobine		
SRAA	Système rénine angiotensine aldostérone		
ssi	Si et seulement si		
SSR	Soins de suite et de réadaptation		
Staph	Staphylocoque		
TA	Tension artérielle		
TA	Troubles de d'adaptation		
TAG	Trouble anxieux généralisé		
TC	Tronc cérébral, Trauma crânien		
TCA	Trouble du comportement alimentaire		
TCA	Temps de Céphaline activée (équivalent du TCK)		
TCC	Thérapie Cognitivo-comportementale		
TCK	Temps de Céphaline Kaolin (équivalent du TCA)		
TDAH	Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité		
TDM AP	TDM abdomino-pelvien		



Partie 1

NEUROLOGIE



Perception

Systeme nerveux

Revêtement cutané

- ITEM 89 Déficit neurologique récent
- ITEM 90 Déficit moteur et/ou sensitif des membres
- ITEM 91 Compression médullaire non traumatique et syndrome de la queue de cheval
- ITEM 94 Neuropathies périphériques
- ITEM 95 Polyradiculonévrite aiguë inflammatoire (syndrome de Guillain-Barré)
- ITEM 96 Myasthénie
- ITEM 97 Migraine, névralgie du trijumeau et algies de la face
- ITEM 98 Céphalée aiguë et chronique chez l'adulte et l'enfant
- ITEM 99 Paralyse faciale
- ITEM 102 Sclérose en plaques
- ITEM 103 Épilepsie de l'enfant et de l'adulte
- ITEM 104 Maladie de Parkinson
- ITEM 105 Mouvements anormaux
- ITEM 106 Confusion, démences (voir item 129)
- ITEM 107 Troubles de la marche et de l'équilibre
- ITEM 108 Troubles du sommeil de l'enfant et de l'adulte

Déficit neurologique récent

OBJECTIFS CNCI :

- Diagnostiquer un déficit neurologique récent.
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge, notamment en unité neurovasculaire en cas de suspicion d'accident vasculaire cérébral.

1. Identification du déficit neurologique : diagnostic syndromique et topographique

- **Diagnostic syndromique et topographique :**
 - 3 grandes topographies de l'atteinte : SNC / SNP / Jonction neuro-musculaire ou les muscles
 - Signes d'atteinte du SNC :
 - Atteinte hémicorps / Troubles de la **vigilance** associés / Association à une crise d'**épilepsie**
 - **Signes d'atteinte corticale** : aphasie / HLH / troubles gnosiologiques praxiques...
 - **Signes pyramidaux** : ROT diffusés / clonus de cheville / signe de Babinski
 - **Niveau sensitif** abdominal ou thoracique franc (atteinte moelle)
 - Atteinte des PC et/ou oculomotricité ET atteinte voies longues (oriente vers atteinte du TC)
 - Signes d'atteintes du SNP :
 - **Fasciculations / amyotrophie** / ↓ ROT (!! phase « flasque » d'un déficit moteur central)
 - Déficit moteur ou sensitif de topographie **radiculaire** ou **tronculaire systématisés**
 - Atteinte **distale** des MI sans troubles vesico-sphinctériens
 - Signes d'atteinte de la jonction neuromusculaire ou musculaire :
 - Atteinte **motrice pure** (pas de trouble sensitif ou vesico-sphinctérien)
 - Déficit à prédominance **proximal** / Absence d'anomalie des ROT et des RCP
- **Diagnostic différentiel** : causes non neurologiques de déficit récent
 - **Perte de la motilité : impotence fonctionnelle** qui peut être:
 - **d'origine ostéoarticulaire** : fracture / entorse / arthrite / rupture de coiffe...
 - **d'origine vasculaire périphérique** : **Occlusion artérielle aiguë ++** / Phlébite / hématome
 - **Troubles de l'élocution, de l'équilibre et de la vision d'origine locale** : **ORL** ou **ophtalmologique**
 - **Déficit d'origine psychogène** : = **trouble somatomorphe**

2. Identification du mécanisme et de la cause

- **Mode d'installation et profil évolutif**
 - **Mode d'installation** : élément majeur d'orientation diagnostique
 - **Soudain (secondes ou minutes)** : mécanisme vasculaire / migraineux / épileptique / traumatique
 - **Déficit soudain d'emblée maximal** : avant tout **vasculaire**
 - **Déficit installé sur quelques dizaines de secondes** : mécanisme **épileptique** (marche épileptique)
 - **Déficit installé sur quelques dizaines de minutes** : un mécanisme **migraineux** (marche migraineuse)
 - **!!** Un mécanisme vasculaire est toujours possible pour tous ces modes
 - **Aigu-subaigu** (quelques heures à jours) : Surtout mécanisme **inflammatoire / infectieux / toxique**
 - ⇒ **Certaines affections cérébro-vasculaires** : **TV cérébrale** / thrombose artérielle *in situ* (tronc basilaire...)
 - **Rapidement progressif** (quelques semaines) : Processus **expansif** rapide (tumoral, abcès, HSD) / Infectieux / Métabolique
 - **Profil évolutif** :
 - **Déficit neurologique transitoire** : examen clinique est normal à l'arrivée du patient
 - ⇒ Déficiences liées à une **atteinte centrale** dans la très grande majorité des cas
 - **Amélioration spontanée** : mécanisme vasculaire (AIT) ou inflammatoire (poussée de SEP)
 - **Aggravation** (déficit en tache d'huile) : **processus expansif**

- **Examens complémentaires** : orientés par diagnostic topographique
 - Examens d'exploration neurologiques :
 - **IRM cérébrale** (à défaut TDM) : si orientation vers atteinte **supra-médullaire**
 - **IRM cervico-dorso-lombaire** : si Sd médullaire / **lombaire** : si Sd de la queue de cheval
 - **ENMG** : suspicion atteinte **SNP** / jonction neuromusculaire / muscles
 - **EEG** : si suspicion de crise d'épilepsie
 - **PL étude du LCS** : Si suspicion **polyradiculonévrite** / processus infectieux ou inflammatoire
 - ⇒ **!!** après imagerie cérébrale (ou médullaire) car présence d'un déficit neurologique focal
 - **Délai de réalisation** : dépend des hypothèses étiologiques
 - **Tout déficit neurologique aigu = AVC JPDC** → imagerie cérébrale **en urgence**
 - **Tout TC avec signes neurologiques focaux** : réalisation immédiate d'un **scanner cérébral**
 - **Suspicion de pathologie infectieuse** : imagerie **en urgence** indispensable
 - **Sd médullaire ou Sd de la queue de cheval aigu** : imagerie médullaire doit être réalisée en urgence
 - **Déficits d'installation progressive (sans SdG)** : Examens complémentaires délai rapide (**<24 h**)
 - **Autres examens** (selon orientations étiologiques) : Enzymes musculaires / dosage de toxiques...

3. Principales étiologies

- **Déficits neurologiques transitoires**
 - **3 principales causes neurologiques** : **AIT** / **Crises d'épilepsie** / **Auras** migraineuses
 - **AIT** :
 - **Terrain** : **> 50 ans** avec FdR vasculaires
 - **Mode d'installation** : Evocateur si **soudain** et **d'emblée maximal**
 - **Symptômes** : « **Négatifs** » (amputation du CV, perte sensibilité...)
 - **Signes associés** : Souffle vasculaire / Cardiopathie / AOMI...
 - **Résolution** : **Rapide**
 - **Crise d'épilepsie** :
 - **Terrain** : Variable / ATCD épilepsie connue ou **épisodes identiques** (accès stéréotypés)
 - **Mode d'installation** : **Marche épileptique** (de proche en proche sur **dizaines de secondes**)
 - **Symptômes** : « **Positifs** » (paresthésies, illusions ou hallucinations...)
 - **Signes associés** : **Clonies** dans crises motrices / **Rupture de contact**, amnésie
 - **Résolution** : **Rapide**
 - **Aura migraineuse** :
 - **Terrain** : **< 50 ans**, ATCD de migraine
 - **Mode d'installation** : **Marche migraineuse** (extension des troubles quelques dizaines de **minutes**)
 - **Symptômes** : « **Positifs** » (Symptômes surtout visuels et sensitifs)
 - **Signes associés** : Céphalées migraineuses (hémicrâniées / photosonophobie / signes digestifs)
 - **Résolution** : Progressive / **Durée déficit < 1h**
 - **Autres causes** :
 - **Hypoglycémie** (signes focaux possibles) : **!! Glycémie capillaire devant tout déficit neurologique**
 - **Autres causes centrales** : HSD, tumeur, malformation vasculaires → plus souvent sur épilepsie surajoutée
 - **Atteinte périphérique tronculaire** : par **compression posturale** ou externe
 - ⇒ si récidivant : rechercher une **neuropathie tronculaire**
- **Déficits neurologiques permanents**
 - **Principales étiologies des déficits neurologiques récents permanents** :
 - **Atteinte encéphalique** :
 - **AVC** : ischémiques / hémorragique / thrombose veineuse cérébrale...
 - **TC compliqué** / **Tumeur cérébrale maligne** / **Infectieuse** / **HSD**
 - Poussée de SEP et autres atteintes inflammatoires du SNC (Behçet, sarcoïdose.. .)
 - **Carentielle** : encéphalopathie de **Gayet-Wernicke**
 - **Atteinte médullaire** :
 - Compression médullaire / Accident vasculaire médullaire
 - **Myélite** inflammatoire et infectieuse / Myélopathie carentielle
 - **Atteinte du SNP** :
 - Sd de la queue de cheval / Sciatique paralysante / SGB / méningoradiculite
 - Plexopathie / Neuropathie multifocale ou unifocale

- Atteinte jonction neuro-musculaire ou muscles :
 - **Myasthénie** et autres causes de syndrome de la jonction neuromusculaire
 - **Myosite** (inflammatoire, infectieuse.. .) / myopathie toxique ou métabolique (dyskaliémie)

4. Identification des situations d'urgence et prise en charge

- **Accidents vasculaires cérébraux**

- **Evaluation clinique** (rapide) : Examen neurologique (score **NIHSS**) / glycémie capillaire / constantes
- **Principes de traitement** : **Tout AVC doit être orienté en UNV**
- **Objectifs de la PEC** : selon nature de l'AVC
 - **Infarctus cérébral**
 - **Symptômes < 4 h 30** : **thrombolyse** (altéplase) IV le plus rapidement possible après imagerie
 - **Symptômes > 4 h 30** : **antiagrégant plaquettaire** (aspirine)
 - Identification rapide de la cause et **traitement adapté ++**
 - **Hémorragie intraparenchymateuse**
 - **Si HTA** : Traitement **antihypertenseur** en urgence
 - Correction d'un surdosage en anticoagulant si besoin
 - **AIT (Sd de menace)** : Traitement **antiagrégant plaquettaire** / Identification cause et traitement adapté ++
 - **TVC** : Traitement **anticoagulant** à dose efficace / Traitement symptomatique (HTIC...)
 - **Hémorragie méningée** : neurochirurgie ou neuroradiologie interventionnelle



Artère cérébrale moyenne droite hyperdense spontanément (thrombus). Signe précoce d'infarctus sylvien.
Dit signe de la trop belle sylvienne

Source : IKB Imagerie

- **Traumatisme crânien** : Déficit neurologique post TC = **SdG** → réalisation immédiate **scanner cérébral**
 - **Si hématome extradural ou sous-dural** : transfert par SAMU en neurochirurgie → évacuation
- **Causes infectieuses** : A évoquer en urgence devant **tout déficit neurologique fébrile**
 - **Méningo-encéphalites infectieuses** :
 - **Clinique** : typiquement Sd méningé + Sd infectieux + signes neurologiques focaux
 - **!!** Si déficit neurologique → au minimum **scanner cérébral en urgence** avant PL
 - **PL** :
 - **LCS trouble** (méningite purulente) : débuter immédiatement **ATB IV probabiliste** à forte dose
 - **LCS clair** :
 - **formule lymphocytaire et glycorachie normale** : traitement IV anti-herpétique et/ou anti-Listeria
 - **formule panachée et/ou hypoglycorachie** : traitement IV antibiotique
 - **Abcès cérébraux** :
 - **Clinique** : signes focaux + paramètres infectieux mais **!! fièvre absente dans 50 % des cas**
 - **Imagerie cérébrale** (sans et avec injection) : lésion avec prise de contraste annulaire → fait diagnostic
 - **Traitement** : **ATB IV probabiliste** en urgence ++
 - **Bilan systémique large** : **sérologie VIH** / NFS-CRP / procalcitonine / Hémocultures / radio de thorax / prélèvements bactériologiques...
- **Épilepsie** (état de mal partiel) : traitement antiépileptique IV en urgence

- **Encéphalopathies carenciales et métaboliques**
 - Encéphalopathie hypoglycémique : contexte ++ (diabétique traité...)
 - **Tableau clinique** : Troubles de la vigilance ou Sd confusionnel / ± crises d'épilepsie et déficit neurologique
 - **Contrôle immédiat glycémie capillaire** : hypoglycémie à corriger en urgence
 - Encéphalopathie de Gayet-Wernicke
 - **Contexte associé aux carences en B1** : alcoolique, dénutrition...
 - **Tableau clinique** : Signes déficitaires = atteinte **cérébelleuse** et **oculomotrice** / tableau d'**encéphalopathie**
 - **Traitement** : **VitB1** à forte dose en **parentérale** (1 g/j)
 - A débiter sans attendre les résultats des examens complémentaires
 - **!!** sérum glucosé contre-indiquée avant recharge vitaminique (perfusion avec sérum physiologique)
- **Syndrome médullaire aigu**
 - **IRM médullaire +++** : **en urgence** devant tout Sd médullaire (ou Sd queue de cheval) d'installation récente
 - **Si compression médullaire** : **urgence thérapeutique** → avis neurochirurgical en urgence
 - **Si Sd médullaire aigu sans compression médullaire** : **myélite** le plus souvent
 - **Accidents vasculaires médullaires** : **!!** Recherche ++ dissection aortique → cause d'infarctus médullaire
- **Guillain-Barré**
 - **Clinique** : Atteinte sensitivomotrice ascendante avec abolition des ROT / post-infectieux dans 50 % des cas
 - **Recherche SdG** = nécessitant transfert en réanimation
 - **Troubles de la déglutition**
 - **Troubles respiratoires** : encombrement / dyspnée / toux inefficace
 - **Troubles neurovégétatifs** : instabilité tensionnelle / TdR cardiaque
 - **Examens complémentaires** : **étude LCS** (hyperprotéinorachie) et **ENMG** → confirmation
 - **Traitement** : **Ig IV** et/ou **échange plasmatiques** (corticoïdes inefficaces)
- **Myasthénie**
 - **Crise myasthénique** = urgence vitale
 - **!! Signes de gravité** : atteinte **muscles respiratoires** / **troubles déglutition**
 - A suspecter devant : fausses routes / toux inefficace / dyspnée / encombrement
 - **Examens complémentaires** : si myasthénie inconnue
 - **EMG** avec recherche d'un bloc neuromusculaire
 - **Dosage des anticorps** : anti-acétylcholine et MUSK
 - **Prise en charge** : traitement par **Ig IV** et/ou **échange plasmatiques**

Migraine, névralgie du trijumeau et algies de la face

OBJECTIFS CNCI :

- Diagnostiquer une migraine, une névralgie du trijumeau et une algie de la face.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

Généralités

- **Céphalées :**
 - **Céphalées primaires :** les plus fréquentes +++
 - **Souvent crises paroxystiques :** Migraine / Algie vasculaire / Céphalée de tension épisodique
 - **Mode continu et quotidien** (plus rare) : Céphalée de tension chronique / migraine chronique...
 - **Céphalées secondaires :** moins fréquentes mais potentiellement grave = lésion structures crâniennes sensibles
 - **!!** Toute céphalée « aiguë », récente et inhabituelle, doit être explorée rapidement
 - Exploration systématique des patients avec céphalées quotidiennes chroniques
- **Diagnostic de céphalée primaire : clinique** ++ = interrogatoire et critères **ICHD-3** / examen clinique normal
 - **Écarter une céphalée secondaire**
 - **2 questions +++ :** Quand a démarré votre céphalée actuelle ? / 1^{er} épisode de ce type ?
 - **Céphalées « aiguës » récentes et/ou inhabituelles :** Suspecter céphalée secondaire ++
 - **Céphalées chroniques et habituelles** (mois ou années) : Céphalée primaire est la plus probable
 - **!! Toute céphalée inhabituelle** (à début progressif ou brutal) **doit être explorée rapidement**
 - **Préciser le type de la céphalée primaire** = céphalées habituelles (qu'il reconnaît) et anciennes
 - **Céphalées anciennes habituelles / < 15 j/M / par crises paroxystiques :** 2 causes principales
 - **Migraine**
 - **Céphalée de tension** épisodique
 - ± Algie vasculaire de la face à crises peu fréquentes (rare)
 - **Céphalées fréquentes (> 15j/mois) ou chroniques quotidiennes (CCQ) :**
 - **CCQ « de courte durée » (crises < 4h) :** Algie vasculaire / Névralgies essentielles / Hémicrânie paroxystique
 - **CCQ « de longue durée » :** migraine chronique ou céphalée de tension chronique (± abus médicamenteux)
 - ⇒ **Causes rares :** **hemicrania continua** / **CCQ de novo** (peut préciser le jour et l'heure de début)
- **Principales étiologies des CCQ et névralgies faciales essentielles évoluant par crise :**

	Migraine	Céphalées de tensions épisodiques	Névralgie essentielle du trijumeau	Algie vasculaire de la face
Sex-ratio	F > H (3/1)	F = H (!!)	F > H	H > F (5/1)
Fréquence crises	Variables, irrégulières	Variables / irrégulières	5 à > 100/j tous les jours	1 à 8/j tous les jours
Durée crises	4-72h	1h – 7 jours	2-3 s à 2 min	15 – 180 min
Facteurs déclenchant	Multiplés	Stress, contrariété, surmenage	Zones gâchettes Parler, mastiquer	Rien / sommeil / prise OH
Latéralité et topographie douleur	Unilatérale à bascule ou bilatérale Topographie variable	Bilatérales En casque / bandeau	Strictement unilatéral Toujours même côté Territoires V2/V3 > V1	Strictement unilatéral Toujours même côté Orbitotemporale
Type douleur et intensité	Pulsatile ou continue Modéré à sévère	Pression / poids Modéré à sévère	Décharge électrique Très sévère	Broiement, arrachement Très sévère
Signes dysautonomiques	Possibles	-	-	Présents
Nausées-vomissements	Fréquents	-	-	Possibles
Photo-phonophobie	Fréquents et importants ± osmiophobie	Absent ou modérés	-	Possible
Impact de la crise sur les activités	Activités difficiles ou impossibles Activité physique aggrave la céphalée	Activité conservée mais plainte +++ Activité physique peut améliorer la céphalée	Sidération brève lors des décharges Évitement activité physique (peur des accès)	Activités normales impossibles, agitation motrice (« lion en cage »)

- **Signes d'alerte :**
 - Doivent faire suspecter céphalée secondaire devant CCQ ou crise de migraine sévère et prolongée
 - **Terrain et ATCD médicaux**
 - **Age > 50 ans** / Absence de céphalées primaires préalables
 - **Affection générale** : néoplasie, maladie systémique, VIH... / **Grossesse** ou contexte post-partum
 - Apparition consécutive à **prise médicamenteuse** / **Obésité** (HTIC idiopathique) / **trauma crânien**
 - **Caractéristiques de la céphalée**
 - **Céphalée de novo** (brutale ou progressive) / **CCQ < 1 an**
 - **Céphalée en coup de tonnerre** : maximale en < 1 min et intense
 - Provocation ou ↑ par toux, effort physique et Valsalva
 - **↑ en fin de nuit** : céphalées matinale ou de fin de nuit
 - **Caractère orthostatique** (↑ debout et ↓ décubitus) : évoque **hypotension IC**
 - **Symptômes neurologiques** ou BAV transitoire ou progressive
 - Confusion mentale / somnolence
 - **Examen clinique**
 - Anomalies à l'examen neurologique / Fièvre / Nuque raide / Douleur et induration des artères temporales
 - Œdème papillaire au FO / PA très élevée

I. Migraine

- **Généralités**
 - **Migraine sans aura** (MSA) : la plus fréquente
 - **Migraine avec aura** (MAA) : précédé ou accompagnée de symptômes neurologiques transitoires
⇒ dysfonctionnement transitoire cortical à point de départ occipital → vers l'avant
 - **Epidémiologie** : **1^{ère} cause de céphalées chroniques récurrentes** (CCQ) +++
 - P = **15%** / F > H / Adulte jeune (début 10-40 ans dans 90%) mais possible à **tout âge** (5-10% des enfants)
 - ATCD familiaux dans 70% / Transmission polygénique (hormis migraine hémiplegique familiale AD)
 - **!! Migraine avec aura** = FdR indépendant d'**infarctus cérébral** surtout **femme < 45 ans**
⇒ +++ si cofacteurs : tabac et contraception OP

1. Diagnostic

- **Examen clinique**
 - **Migraine sans aura**
 - **Caractéristiques typiques +++**
 - **Prodromes fréquents** : irritabilité / asthénie / somnolence / faim...
 - **Installation rapidement progressive** : minutes-heures / maximum en quelques heures
 - **Durée** : entre **4h et 72h** / typiquement ≈ < 1 journée
 - **Siège** : unilatérale (hémicrâne) ou à **bascule** / topographie variable
 - **Type** : **pulsatile**
 - **Intensité** : modérée à sévère
 - **Aggravée par** : **activités physiques** de routine (marcher) / lumière / bruit
 - **Soulagée par** : repos et obscurité
 - **Signes associés** : **nausées-vomissements** fréquents / photophobie / phonophobie
 - **Chez l'enfant** : **crise souvent < 4h** et est calmée par le sommeil
 - **Migraine avec aura**
 - = Céphalée précédée ou accompagnée symptômes neurologiques transitoires successifs
 - « **positifs** » : vision de lumière, de taches / paresthésies
 - ou « **négatifs** » : déficit visuel / sensitif / du langage...
 - **Aura visuelle** (la plus fréquente ++): 99% des MAA (dont 90% ont uniquement une aura visuelle)
 - Phénomènes positifs (persistant les yeux fermés) et/ou négatifs
 - **Topographie** : **binoculaires** / débutent centre ou périphérie CV → gagne un hémichamp visuel ou les deux
 - « **Scotome scintillant** » (classique) = point lumineux dans une partie champ visuel des deux yeux
 - **Phénomènes positifs** : phosphènes / taches / lignes brisées / halos lumineux / brillants > mats
 - **Parfois complexes** : Vision kaléidoscopique / métamorphopsies ++ voire hallucinations élaborées
 - **Phénomènes négatifs** : Flou visuel / scotome / HLH voire cécité

- **Aura sensitive** (30 %) : Débute généralement après les troubles visuels
 - **Phénomènes positifs** : **paresthésies indolores** : marche migraineuse caractéristique ++
 - Débute aux doigts ou pourtour des lèvres → coude et/ou l'hémiface du même côté
 - **Phénomènes négatifs** (moins fréquents) : Hypoesthésie / ± perturbation proprioception
- **Aura aphasique** (20 % des patients) : Démarrent après les troubles visuels ou sensitifs
 - ⇒ **Troubles du langage** : manque du mot / dysarthrie ou aphasie totale
- **Aura du tronc cérébral** (10 %) : **aura « basilaire »** = propagation aux 2 hémisphères ou TC
 - Troubles visuels bilatéraux (voire cécité corticale) / Troubles sensitifs bilatéraux (des deux hémicorps)
 - Vertige / hypoacousie / ataxie / diplopie et/ou somnolence
- **Aura motrice** (6 %) = **Migraine « hémiplégique »** sporadique ou familiale
 - Faiblesse motrice concerne l'un ou des deux hémicorps / Installation progressive **marche migraineuse**
 - **!! Toujours associée aux autres symptômes de l'aura** : visuels, sensitifs, aphasiques et/ ou basilaires
- **Déroulement d'une migraine avec aura** :
 - Chaque symptôme apparaît **progressivement** / dure 5-60 minutes / puis disparaît
 - **Déroulement typique** :
 - Troubles visuels puis ± troubles sensitifs puis du langage
 - Puis exceptionnellement troubles « basilaires » ou moteurs (doivent être explorés)
 - **!! auras prolongées** (plusieurs heures à jours) possibles mais nécessitent explorations +++
 - **Céphalée** : Débute pendant ou après l'aura (rarement avant)
 - **Migraine typique**: rapidement progressive / unilatérale / pulsatile...
 - **Parfois « non migraineuse »** : légère ou < 4h voire absente
 - **!!** Existence d'auras isolées sans céphalées chez 1/3 des patients et 5 % n'ont jamais de céphalée
- **Evolution des crises de migraine** :
 - **Facteurs déclenchants des crises** : à **rechercher** +++ (intrinsèque ou extrinsèque)
 - **Psychologiques** : Contrariétés / anxiétés / Emotion (positive-négative)
 - **Modifications du mode de vie** : Déménagement / surmenage / Vacances / weekend
 - **Facteurs hormonaux** : Règles / Prise de POP ou traitement hormonal
 - **Facteurs sensoriels** : Lumière / bruit / Odeur / Vibration
 - **Aliments** : **OH** / Repas trop riche / fromages / Agrumes
 - **Facteurs climatiques** : Vent / Chaleur humide (temps orageux) / Froid
 - **Habitudes alimentaires** : **Jeûne** / Repas sautés ou irréguliers / Sevrage caféine
 - **Autres** : **TC** / Manque ou excès de sommeil (grasse matinée) / Altitude / Effort physique inhabituel
 - **Rythmes des crises** : MSA sans périodicité généralement / MAA très variable ± en salves avec intervalles libres
 - **Evolution des crises** : Intensité / durée / **auras** peuvent fluctuer au cours de la vie
 - **Chronicisation rare** : présentation de CCQ (souvent avec **abus médicamenteux**)
 - **15 j/mois depuis ≥ 3M** dont ≥ 8 jours avec des caractéristiques migraineuses
 - Tendent le plus souvent à ↓ voire cesser après 50-60 ans
- **Examens complémentaires**
 - Si migraine typique (critères IHS): **AUCUN** examen
 - **Imagerie cérébrale = TDM ou IRM** : INUTILE si typique
 - **Indications** : élimination d'une céphalée secondaire
 - Anomalie à l'examen clinique / Début > **50 ans**
 - Si **céphalée inhabituelle** : **TDM cérébrale sans injection**
 - ⇒ **Si normal** : **IRM cérébrale** injectée et angio-IRM artérielle et veineuse
 - **Migraine avec aura** : Si aura **atypique** (basilaire ou hémiplégique ou sans symptômes visuels)
 - Début **brutal** / prolongée > **1h** / Survenue toujours du **même côté**
 - **!!** Possibles hypersignaux non spécifiques dans MAA
- **Critères diagnostiques : ICHD-3**

Migraine sans aura	
A	≥ 5 crises répondants aux critères (B-D)
B	Durée : 4 à 72h (sans traitement)
C	Céphalées avec ≥ 2 des caractéristiques : Topographie unilatérale / Pulsatiles / Intensité modérée à sévère / ↑ par ou évitement efforts physiques de routine
D	≥ 1 signes d'accompagnement : Nausées-vomissement / Photophobie ET phonophobie
E	N'est pas mieux expliqué par autre diagnostic de l'ICHD-3

Migraine avec aura	
A	≥ 2 crises répondants aux critères (B-C)
B	Auras : trouble visuels, sensitifs et/ou de la parole ou langage Tous entièrement réversibles Mais PAS de symptômes moteur, basilaire ou rétinien
C	≥ 3 des caractéristiques suivantes : - Evolution : ≥ 1 symptômes de l'aura se développe <u>progressivement</u> en ≥ 5 min et/ou apparition successive d'au moins 2 symptômes de l'aura - Durée de chaque symptôme : 5 à 60 min - Topographie : ≥ 1 symptôme unilatéral - ≥ 1 symptôme positif - Aura accompagnée ou suivie dans les 60 min par une céphalée
D	N'est pas mieux expliqué par autre diagnostic de l'ICHD-3 / Exclusion d'un AIT

- **Diagnostiques différentiels**

- **Autres céphalées chroniques**
 - Céphalées de tension ++ / CCQ ± par abus médicamenteux ++ / Algie vasculaire de la face
 - MAV intra-crânienne: à évoquer si **toujours du même coté / siège invariable**
- **Migraine avec aura**
 - **AIT** : déficits brutaux / maximaux d'emblée / durée souvent < 30 min
⇒ **!! Exploration cérébrale + anti-aggrégant au moindre doute +++**
 - **Crises d'épilepsie partielles** : Durée quelques secondes ou minutes (<< aura migraineuse)
 - **Migraines avec aura secondaires** : !! Peut parfois être **symptomatique** d'une lésion cérébrale
 - **Malformation vasculaire (MAV)** : Aura hémicorps (hémichamps) opposé lésion / céphalée ipsilatérale
 - **Autres maladies neurologiques ou générales** : Crises ± prolongées ou atypiques
 - Lupus / SAPL / thrombocytémies / cytopathies mitochondriales
 - Certaines maladies des petites artères cérébrales (**CADASIL**)
 - **Diagnostic** : **IRM** avec ARM cérébrale ± autres examens selon les cas

2. Traitement

- **Prise en charge**

- **Traitement en 2 temps** :
 - **Traitement des crises** : pour tous les migraineux
 - **Traitement de fond** : ↓ fréquence des crises chez patient avec crises fréquentes
- **Suivi médical** : Médecin généraliste ± neurologue (migraines rebelles traitement crise et échec 1^{ère} ligne)

- **Mesures hygiéno-diététiques +++** : Recherche et éviction des facteurs déclenchants

- **!! CCQ par abus médicamenteux**
- **Education thérapeutique** (pas de disparition des crises mais ↓ fréquence) :
 - Régularité des horaires de repas et de sommeil
 - Consommation caféine modérée sans sevrage weekend / Consommation OH limitée
- **Fréquence des crises sur les 3 derniers mois et Agenda des crises** : facilite le suivi

- **Traitement de la crise**

- **Mise en condition** : Patient au **calme** / dans l'obscurité
- **Traitement médicamenteux** : **A instaurer le plus tôt possible ++** (céphalée modérée)
 - A bonne dose (± par tâtonnement pour AINS et aspirine) et bonne voie (cf rectale si vomissements)
 - **Principaux traitements**:
 - Antalgiques non spécifiques (AINS, paracétamol...) ou spécifiques (triptans, dérivés ergot de seigle)
 - **AINS** : tous sont efficaces mais 2 avec AMM (**Ibuprofène** et **Kétoprofène**)
 - Principales CI : allergie ou asthme déclenché par aspirine ou AINS / UGD évolutif / grossesse > 24SA
 - **Agoniste 5-HT : triptans** (traitement de la crise le plus efficace) → Effets vasoconstricteurs
 - **Posologie des triptans** : **1 unité** en début de prise / à renouveler si récurrence (**max 2/j**)
 - **!!** Prise seulement au moment des crises / **Ne pas dépasser 8 jours de prise par mois ++**
 - EI : Nausées / vertiges / somnolence / Tachycardie et **palpitations** / spasme coronaire
 - CI : **Coronaropathie** / HTA incontrôlée / AOMI... / AVC ou AIT
 - Ne pas associer à : dérivés ergotés / macrolides / antiprotéases

- **Dérivés de l'ergotamine**
 - EI : Paresthésies / troubles circulatoires périphériques / nausées et vomissements
 - CI : Coronaropathie / HTA incontrôlée / AOMI / AVC / IR ou hépatique / **association aux triptans**
- **Anti-émétiques (métoclopramide)** : utiles si signes digestifs importants
 - ⇒ **!! CI** : enfant (< 18 ans) / ATCD de dyskinésie aux neuroleptiques
- **Eviter les opioïdes** (codéine, tramadol, morphine...) :
 - ↑ souvent les nausées / Risque d'abus médicamenteux → chronicisation migraine ou addiction
 - A réserver aux patients avec CI absolue aux AINS et triptans
- **Prescription pratique** : Prescrire sur la même ordonnance un triptan ET un AINS (ou aspirine)
 - Commencer par l'**AINS** et garder le triptan en traitement de secours
 - **Si soulagement insuffisant 1-2h après AINS** : prendre le triptan
 - **Si prise de l'AINS + triptan lors des 3 premières crises** : prendre le triptan d'emblée
 - **Si intolérance ou CI aux AINS** : triptan d'emblée
 - **Si crises sévères** : triptan d'emblée ou association AINS + triptan d'emblée
 - **Si triptan inefficace** : Vérifier la prise précoce / Changer de triptan et/ou associer à un AINS d'emblée
- **Migraine avec aura** : Aucun traitement n'a d'efficacité démontrée pour écourter l'aura
 - Aspirine (≥ 1.5-2g) ou AINS dès le début de l'aura → ↓ intensité céphalée ultérieure
 - **Triptans** : uniquement lorsque la **céphalée a débuté** (Inefficaces sur la douleur sinon)
- **Crise de migraine rebelle ou état de mal migraineux**
 - **Mal migraineux** = crise persistant > **72h** avec retentissement important sur état général
 - **Sumatriptan** en injection SC (**!! ssi** patient n'a pas déjà pris 2 doses de triptan en 24h)
 - **Si échec** : Hospitalisation pour réhydratation + perfusion d'AINS et de métoclopramide
 - **Si échec** : perfusion de tricycliques (amitriptyline)
 - **!!** Si drapeaux rouges ou crise rebelle : céphalée secondaire suspectée → rechercher cause
- **Traitement de fond**
 - **Indications**
 - Crises **fréquentes** (≥ 3-4x/mois) **handicapantes** (sévère ou longue)
 - Si consommation médicamenteuse > **6-8 prises/M**
 - **Molécules**
 - **β-bloquants** (propranolol, métoprolol)
 - **Effets secondaires** : Asthénie / intolérance à l'effort / HypoTA orthostatique / insomnie / cauchemar / dépression / troubles libido
 - **Contre-indications** : Asthme +++ / BAV et bradycardie
 - **!!** peuvent parfois aggraver les migraines avec aura
 - **Antisérotoninergiques** (oxétorone, pizotifène)
 - **Effets secondaires** : somnolence / diarrhée / hyperprolactinémie
 - **Contre-indications** : glaucome / troubles uréthro-prostatiques (pizotifène)
 - **Antidépresseurs**
 - **Amitriptyline** :
 - **Effets secondaires** : Somnolence / prise de poids / Xérostomie / Troubles libido et de l'érection
 - **Contre-indications** : Glaucome et HBP
 - **Venlafaxine (Hors AMM)** :
 - **Effets secondaires** : Nausées / vertiges / hypersudation / Nervosité / somnolence / Troubles de la libido et de l'érection
 - **Contre-indications** : Association aux IMAO non sélectifs / **Galactosémie congénitale** / Allaitement
 - **Inhibiteurs calciques (flunarizine)** : **!!** A arrêter après 6M
 - **Effets secondaires** : Somnolence / prise de poids / dépression / Sd Parkinsonien
 - **Contre-indications** : Syndrome dépressif / Sd extra-pyramidal
 - **Anti-épileptiques**
 - **Topiramate** : Entraîne paresthésies / troubles cognitifs / Irritabilité / dépression / ↓ **poids**
 - **Valproate** :
 - **Effets secondaires** : Nausées / prises de poids / somnolence / tremblement / **alopécie** / hépatite / tératogénicité
 - **Contre-indications** : pathologies hépatiques / ne pas prescrire sans contraception

- **Candésartan** :
 - **Effets secondaires** : hypoTA orthostatique / vertiges / FCS (à arrêter avant tout projet de grossesse)
 - **Contre-indications** : hypersensibilité / IHC ou IR sévère / T2-T3 de grossesse
- **Stratégie thérapeutique** :
 - En 1^{ère} intention : **β-bloquants** (propranolol ou métoprolol)
 - **Si CI ou intolérance ou inefficacité des BB-** : Selon terrain / comorbidité et sévérité de la migraine
- **Modalités** : Débuter par monothérapie à faible dose puis ↑ très progressive
 - Surveillance ++ : agenda des crises
 - **Durée initiale = 2-3M** avant évaluation
 - **Si efficace** : poursuite 6 à 18M puis ↓ très progressive et arrêt si pas de récurrence
 - **Si échec** : essayer nouveau traitement de fond
- **Traitements de fonds non médicamenteux** : Relaxation / biofeedback / TCC de gestion du stress...
- **Migraine contraception et grossesse** :
 - **Désir de grossesse chez une migraineuse** :
 - Grossesse entraîne rémission des crises chez la plupart des migraineuses
 - **Traitement de fond** : Ne pas débuter un traitement de fond si possible
 - **Si traitement de fond indiqué** : choisir **β-bloquants** (propranolol, métoprolol) ou **amitriptyline**
 - **!! Antimigraineux formellement CI si grossesse** : Dérivés de l'ergot de seigle / Valproate / Candésartan
 - **Traitement des crises** :
 - Traitement selon les recommandations (cf supra)
 - **Après début grossesse : Arrêt des triptans** (restent contre-indiqués) / Arrêt **aspirine-AINS** (≥ 24 SA)
 - **Patiente migraineuse enceinte : Suivi mensuel**
 - **Traitement de crise** : **Paracétamol** avec un AINS en traitement de secours uniquement jusqu'à 24^{ème} SA
 - **Si prophylaxie nécessaire** : **β-bloquants** ++ (propranolol, métoprolol) ou amitriptyline
 - **Contraception chez la migraineuse**
 - **Contraception orale OP** : Influence variable → ↑ ou ↓ fréquence des crises / Pas de CI de principe
 - **Migraine avec aura = FdR indépendant d'infarctus cérébral** (RR x2)
 - **Risque ↑ encore si cofacteurs** : Fréquence élevée crises / Sexe féminin / tabac / POP / < 45 ans
 - → Contraception **œstroprogestative non recommandée chez femme avec migraine avec aura** ++
 - ⇒ Utiliser contraception progestative ou un autre moyen de contraception
- **Efficacité traitement de fond** : Evaluation clinique à **2-3M** → **Agenda des crises** +++ / **consommation** d'antalgiques

II. Céphalée de tension

- **Généralités** : p = 30-80% ++
 - **Céphalée de tension épisodique peu fréquente** : < 15 jours par mois
 - **Céphalée de tension épisodique fréquente ou chronique** : ≥ 15 j/mois depuis > 3 mois / altère qualité de vie
- **Clinique** : Maux de tête classiques / quasi universels
 - **Interrogatoires : céphalées**
 - **Siège** : typiquement bilatéral / antérieur (barre frontale) ou postérieur (avec cervicalgies)
 - **Type (variable)** : Serrement / étai / pression / brûlure / fourmillement / sentiment de « tête vide »
 - **Intensité : légère à modérée** (parfois décrite comme insupportables) / possibilité de poursuivre activités
 - **Facteurs d'aggravation / d'amélioration** : non ↑ par le mouvement ± améliorée par l'activité physique ++
 - ⇒ Typiquement améliorée lorsque le sujet est détendu ou occupé
 - **Evolution** : sur mode épisodique parfois fréquentes voire chroniques
 - **Crises** : épisodes à limites floues et de durée très variable
 - **Signes associés** (≠ migraine ++): Pas de signes digestifs / Pas de photophobie ou phonophobie significative
 - **Selon le contexte psychologique** :
 - **Chez le sujet anxieux** : Volontiers associée à palpitations / nosophobie de la tumeur cérébrale
 - **Chez le sujet déprimé** : peut masquer les autres symptômes qu'il faut s'attacher à dépister ++
 - **Examen clinique** : **Normal** +++

- **Examens complémentaires** : Normaux ou anomalies « annexes » (arthrose cervicale, polype ou sinusite chronique)
 - **!!** Education ++ patient → absence de lien de causalité avec les douleurs
 - **Imagerie cérébrale = TDM ou IRM** : INUTILE si typique
 - **Indications** : élimination d'une céphalée secondaire
 - Anomalie à l'examen clinique / **Début > 50 ans**
 - **Si céphalée inhabituelle** : apparition ou modification récente
 - **TDM cérébrale** sans injection
 - **Si normal** : **IRM cérébrale** injectée et angio-IRM artérielle et veineuse
 - **Autres examens** (Selon le contexte clinique) : Biologique / PL avec prise de pression
- **Traitement** : PEC non codifiée précisément / traitements hors AMM spécifique
 - **Education patient ++** : **!!** Ne pas se sur-médiquer (antalgiques et psychotropes)
 - **Formes épisodiques** (< 15 jours/M) : paracétamol / aspirine-AINS lors des crises / **!!** JAMAIS opiacés
 - ⇒ Ne pas dépasser 8 à 10 jours de prise par mois ++
 - **Formes épisodiques fréquentes ou céphalées de tension chroniques** :
 - **Traitement de fond** : **Amitriptyline** ++ (dose minimale efficace)
 - Démarrer par faible dose au coucher et ↑ progressive jusqu'au maximum toléré (jusqu'à 75 mg)
 - **Autres molécules** : Venlafaxine / gabapentine / duloxétine
 - **Si abus médicamenteux d'antalgiques ou AINS** : **sevrage** indispensable sous amitriptyline
 - **PEC non médicamenteuse indispensable** : Hygiène de vie / relaxation / TCC de gestion du stress

III. Céphalée chronique quotidienne (CCQ)

- **Généralités**
 - **Définitions** : céphalées chroniques quotidiennes > **15 j/mois depuis > 3 mois**
 - Complication de la migraine et/ou de la céphalée de tension épisodique
 - Fréquemment associées à un **abus médicamenteux**
 - **Epidémiologie** : p > 3 % / femme 40-50 ans / Comorbidité **psychiatrique** (anxiété et/ou dépression)
- **Clinique** : céphalées fréquentes (> 15 jours par mois) ou quotidiennes (CCQ)
 - **Anamnèse** :
 - Crises de migraine de plus en plus fréquentes ou intrications migraines-céphalées de tension
 - Tolérance par prise trop souvent du traitement (voire en préventif)
 - ⇒ **Surtout opiacés** ++ mais possible avec tous les traitements
 - **Exclure cause de céphalée secondaire** : **signaux d'alerte** (cf supra) → examens complémentaires ++
 - **Diagnostics différentiels** :
 - **CCQ « de courte durée » (< 4h)** : Algie vasculaire / Hémicrânie paroxystique / Névralgies essentielles
 - **CCQ de « longue durée »** : Hemicrania continua / CCQ *de novo*
- **Etiologies** :
 - **Migraine chronique +++** : Céphalée > 15 j/M dont ≥ **8 jours** de **céphalée migraineuse** (critères ICHD-3 MSA)
 - **Céphalée de tension chronique +++**
 - **Céphalée par abus médicamenteux** : **Le plus souvent** (chronicisation céphalée de tension ou migraine)
 - **Triptans** : céphalées > 15 j/mois depuis ≥ 3 mois ET prise **triptans ≥ 10 j/mois**
 - **Opiacés** : céphalées > 15 j/mois depuis ≥ 3 mois ET prise **opiacés ≥ 10 j/mois**
 - **AINS et antalgiques simples** : céphalées > 15 j/mois depuis ≥ 3 mois ET prise **AINS ≥ 15 j/mois**
- **Traitement**
 - **Céphalée par abus médicamenteux** :
 - **Education ++** : « plus patient prend des traitements de crise et plus il aura mal »
 - **Seul traitement = sevrage total en traitement de crise**
 - En ambulatoire ou en hospitalisation
 - Prescrire **amitriptyline** (doses progressives 10 à 75 mg/j) ou **topiramate** pour faciliter le sevrage
 - **Après sevrage** (et période ± longue) : reprise traitement crise (triptans et/ou AINS) en limitant les prises

- **Migraine chronique sans abus médicamenteux** : Patient non amélioré par le sevrage
 - Affection rare et très invalidante ++ / traitement difficile
 - **Traitement** : injections de toxine botuliniques intéressantes mais pas encore d'AMM en France

IV. Autres algies de la face

1. Névralgies essentielles faciales et crâniennes

- **Epidémiologie** :
 - **Névralgie essentielle du trijumeau** (rare) : femme de plus de 50 ans
 - **Autres névralgies faciales et crâniennes** :
 - **Névralgie du glossopharyngien** : exceptionnelle (1 cas pour 100 cas de névralgie du V)
 - **Névralgie d'Arnold** : très rare mais sur-diagnostiquée
- **Etiologies**
 - **Névralgie essentielle du trijumeau** : femme d'âge mûr (> 50 ans) / Sans lésion organique à l'imagerie
 - **Névralgie secondaire du trijumeau (= symptomatique)**
 - **Atteinte intra-axiale du TC** : SEP (cause la + fréquente chez le sujet jeune) / syringobulbie / tumeur intra-axiale / infarctus latéro-bulbaire
 - **Angle ponto-cérébelleux** : Neurinome du VIII / méningiome / cholestéatome / anévrisme de l'artère basilaire / zona (du ganglion de Gasser)
 - **Base du crâne** :
 - **Tumeur locale** : cancer du cavum / méningiome du sinus caverneux / méningite carcinomateuse ou infectieuse
 - **Fractures** : base du crâne / sinus / massif facial
 - **Thrombose des sinus caverneux**
 - **Microangiopathie du V** : **diabète** / SGS / sclérodémie
- **Formes cliniques** : !! Toute névralgie est secondaire jusqu'à preuve du contraire
 - **Névralgie essentielle du trijumeau** : typiquement femme > 50 ans
 - **Douleur** : **très intense** / fulgurante / à type d'éclair ou de décharge électrique
 - **Durée** : très brève (quelques secondes)
 - **Evolution** : Répétition **salves** sur 1-2 min / suivies période réfractaire / entrecoupées de périodes libres
 - **Fréquence salves** : variable ++ → de 5-10/j aux formes subintrantes
 - **Fond non douloureux** ++ : intervalle libre indolore entre les crises
 - **Topographie** : **unilatérale et strictement localisée**
 - **A une branche du trijumeau** : **V2** (40%) >> V3 (20%) > V1 (10%)
 - **Ou à 2 branches** (jamais 3 branches)
 - **Déclenchement accès** : Effleurement cutané « **zone gâchette** » / parole / mimique / rire / mastication
 - **Examen clinique** : **normal** (névralgie isolée)
 - Sensibilité faciale et cornéenne (réflexe cornéen présent) / Force des masticateurs normale
 - Absence de toute atteinte neurologique / Peau normale
 - **Examens complémentaires**
 - **AUCUN** si typique : **diagnostic clinique**
 - **IRM cérébrale avec ARM** : devant toute névralgie du trijumeau atypique ++ (exclure forme secondaire)
 - ⇒ Souvent conflit vasculo-nerveux homolatéral à la névralgie du V
 - **!! NB** : IRM systématique devant tout autre névralgie faciale et crânienne
 - **Névralgie secondaire du trijumeau** : H/F de tout âge (souvent **jeune** ++)
 - **Caractéristiques des douleurs**
 - **Facteurs déclenchants** : en général absent → **pas de zone gâchette**
 - **Siège** : prépondérance dans le territoire **V1**
 - **Type** : souvent **moins intenses** (pas à type d'éclair ou décharge)
 - **Evolution** : persistance d'un « **fond douloureux** » entre les accès ++ ± anesthésie ou hypoesthésie

- Examens physique entre les crises = anormal +++
 - Hypoesthésie faciale / Abolition du réflexe cornéen (V₁) / atteintes autres PC
 - Déficit moteur V₃ moteur : masséter / ptérygoïdiens
- Examens complémentaires : **IRM injectée** systématique +++ / bilan biologique ± PL
- **Névrалgie du glossopharyngien** : rarissime
 - Douleur : comparable à celle de la névrалgie du V
 - Sauf topographie : **territoire sensitif du IX** (base langue / fond de la gorge / amygdale / CAE)
 - Sauf facteurs déclenchants : parole / **déglutition** / mouvements du cou
 - Examen clinique : normal
 - Examens complémentaires : **IRM systématique**
- **Névrалgie d'Arnold ou du nerf grand occipital** : !! très rare mais sur-diagnostiquée
 - Anatomie :
 - **Nerf d'Arnold (= nerf grand occipital)** (branche de C2) : innerve le cuir chevelu de l'occiput au vertex
 - **Nerf petit occipital** : innerve la région rétro-auriculaire
 - Douleurs : à type de décharge électrique ou d'élanement
 - **Siège** : région occipitale **unilatérale** / irradiation vers vertex homolatéral ± jusque dans région orbitaire
 - Accès sur un **fond douloureux permanent** à type de paresthésies ou de brûlures
 - **Déclenchement des accès** : mouvements de la tête et du cou
 - Examen clinique : ± déclenchement douleur par pression zone d'émergence nerf
 - Examens complémentaires : **IRM systématique**
- **Traitement**
 - **Névrалgie essentielle du trijumeau**
 - **Carbamazépine** : traitement de **1^{ère} intention** / Posologie doit être ↑ progressivement
 - 2-3x/j de préférence **30-45 min** avant repas → permettre repas sans salves douloureuses
 - **!! Surveiller les EI** : Somnolence / **Vertiges** avec Sd vestibulo-cérébelleux
 - **NFS + Transaminases + natrémie**
 - **Autres traitements médicamenteux** : si intolérance à la carbamazépine ou effet insuffisant
 - **Oxcarbamazépine**
 - **Baclofène** : seul ou en association à la carbamazépine
 - **Autres** : le plus souvent en association avec la carbamazépine et/ou baclofène
 - **Certains antiépileptiques** : phénytoïne / clonazépam / lamotrigine / gabapentine
 - Antidépresseurs tricycliques / certains neuroleptiques
 - **Traitements chirurgicaux** : si échec des traitements médicamenteux
 - = **Thermocoagulation percutanée du ganglion trigéminal le plus souvent** (AG de courte durée)
 - **Action ciblée** : patient participe au repérage zone douloureuse (réveil en cours d'intervention)
 - Préserve la sensibilité cutanée tactile dans plus de 80 % des cas ++
 - **Décompression vasculaire microchirurgicale du nerf trijumeau** : parfois proposée chez sujets plus jeunes
 - **Névrалgie du glossopharyngien** : Traitement similaire à névrалgie V ± décompression si rebelle
 - **Névrалgie d'Arnold ou du grand nerf occipital** : **AINS** +++
 - ± associés à des antiépileptiques : carbamazépine, clonazépam
 - ± **Infiltrations locales de corticostéroïdes** ou d'anesthésique

2. Algie vasculaire de la face et névrалgies trigémino-autonomiques

- **Cliniques** : Douleur strictement unilatérale + signes dysautonomiques / homme jeune (âge moyen de début = 30 ans)
 - **Algie vasculaire de la face (AVF)** :
 - **Triade clinique lors des crises** :
 - **Douleur atroce** : strictement unilatérale toujours même coté, centrée œil / **15-180 min** / +++ intolérable
 - **Signes végétatifs homolatéraux** : Larmoiement / congestion nasale / injection conjonctivale / œdème palpébral / Sd de CBH / sudation...
 - **Agitation psychomotrice**

- **Répétition périodique des crises** (« cluster headache ») : Répétition quotidienne (**1 à 8/j**) souvent à heure fixe
 - ⇒ Après les repas ou lors du **sommeil** (entraînant le réveil du patient)
- **Formes cliniques** :
 - **AVF épisodique** (90%) : crises par périodes de 2 à 8 semaines 1-2x/an
 - **AVF chronique** (10%) : crises au long cours sans rémission > 1M
 - ⇒ Redoutable avec comorbidités psychiatriques : Signes dépressifs (> 50%) / agoraphobie (33%)...
- **Autres céphalées trigémino-autonomiques**
 - **Hémicrânie paroxystique** : Crises brèves (2-45 min) et fréquentes (5-30 par jour)
 - **Terrain** : **F >> H** (7/1)
 - **Formes cliniques** : épisodiques et chroniques (idem AVF)
 - **Tests diagnostic** : **indométacine** (AINS) → Efficacité spectaculaire (disparition en quelques jours)
 - ⇒ **!!** Critère indispensable au diagnostic
 - **Hemicrania continua** : Douleur unilatérale fixe / quotidienne / **permanente**
 - **Topographie** : crânienne et/ou faciale
 - **Signes associés** : exacerbations d'allure migraineuse / crises avec symptômes trigémino-autonomiques
 - ± pics de douleur brefs et localisés « en coups de poignard »
 - **Tests diagnostic** : **indométacine** (AINS) → Efficacité spectaculaire (disparition en quelques jours)
 - ⇒ **!!** Critère indispensable au diagnostic
 - **Sd SUNCT** (*short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing*) : Exceptionnel
 - Crises très intenses / brève (< 3min) et fréquentes (5-80 par jour) / souvent par **salves**
 - Toujours accompagnées **larmoiement et injection conjonctivale**
 - Par épisodes de quelques jours à quelques mois 1-2x/an
 - **Traitement** : indométacine inefficace / le plus souvent rebelle à tout traitement hors **antiépileptiques**
- **Examen clinique** : strictement normal

- **Examens complémentaires** :

- **Objectif** : exclure une cause secondaire → Lésion hypothalamo-hypophysaire / Dissection carotide
- **Modalités** : **IRM cérébrale ET Angiographie cervico-céphalique** (par ARM ou angio-scan)
- **Indications** : Devant toute 1^{ère} crise d'AVF ou tout tableau évoquant CTA
 - ⇒ IRM chez tout patient atteint d'AVF (même depuis plusieurs années) d'après SFEMC (2014)

- **Critères diagnostic de l'AVF (ICHD-3)**

A	≥ 5 crises répondants aux critères (B-D)
B	Douleur : sévère à très sévère / unilatérale / orbitaire, sus-orbitaire et/ou temporale Durée : 15 min à 3h
C	≥ 1 des signes suivant homolatéral à la douleur : <ul style="list-style-type: none"> - injection conjonctivale / larmoiement / Congestion nasale / rhinorrhée - Œdème palpébral / Transpiration du front ou de la face - Impression de plénitude de l'oreille / Myosis ou ptosis (CBH) ET/OU impression d'impatience ou agitation
D	Fréquence des crises 1x/2j à 8/j en période active
E	N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3

- **Traitement de l'AVF**

- **Prise en charge** : confirmation diagnostic (interrogatoire) et **IRM cérébrale** (normale en cas d'AVF)
 - **MHD ++** : Eviter OH / Horaires de sommeil réguliers / **éviter les siestes**
 - **Education du patient** : pas d'examen nécessaire (notamment ORL, dentaires...) si typique
- **Principes de traitement** :
 - **Traitement de crise** : **tous les patients** → soulagement douleur le plus rapidement possible
 - **Traitement fond** : crises pluriquotidiennes et AVF épisodiques à épisodes longs ou AVF chroniques

- **Traitement de crise** : 2 traitements efficaces
 - **Sumatriptan injectable SC** : traitement de crise de référence → la douleur disparaît en 3-10 minutes
 - **Modalités** : Ordonnance de médicament d'exception
 - Dose maximum = **2 injections par jour** / le patient peut en prendre **tous les jours** (≠ migraine)
 - **O₂ nasal** (12-15 L/min pendant 15-20 minutes) **au masque facial** : prescription limité ORL ou neurologue
- **Traitement de fond** : ↓ fréquence des crises
 - **Traitements disponibles** :
 - **Vérapamil** : en 1^{ère} intention (**Après ECG ++**) / Posologie ↑ doucement jusqu'à doses élevées (960 mg/j)
 - **Carbonate de lithium** : réservé aux **formes chroniques**
 - **Corticothérapie orale** : efficace mais rebond des crises à l'arrêt → éviter au maximum
 - **Injections sous-occipitales de corticoïdes** : ↓ rapidement la fréquence des crises sans effet rebond
 - **Formes chroniques pharmaco-résistantes** : **Stimulation du grand nerf occipital** (bilatérale) proposée

Céphalée aiguë et chronique chez l'adulte et l'enfant

OBJECTIFS CNCI :

- Diagnostiquer une céphalée aiguë et une céphalée chronique.
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient

I. Céphalées aiguës

1. Définitions

- Céphalées primaires = sans lésion causale / diagnostic uniquement clinique
- Céphalées secondaires = lésion sous-jacentes → diagnostic **paraclinique** !!

2. Orientation diagnostique

• Interrogatoire

- 2 questions fondamentales : Céphalée **habituelle** ou non ? / Depuis **combien de temps** ?
 - → **Toute céphalée récente ou inhabituelle est une céphalée secondaire JPDC**
- Signes fonctionnels
 - Caractéristiques de la céphalée
 - **Mode d'installation** / habituel ou inhabituel / Siège / irradiation / type / intensité (EVA)
 - **Evolution**: durée / fluctuantes, progressives, recrudescences...
 - **Facteurs modifiants**: aggravant ou soulageant / **Efficacité des traitements** / **Retentissement** : socio-professionnel
 - **Rechercher des signes associés +++** : Nausées-vomissements / photophobie / AEG / fièvre...

• Examen physique

- Signes d'orientation étiologique :

Selon l'anamnèse	Selon l'examen physique
<p>Âge > 50 ans : Horton</p> <p>FdR CV : AVC ischémique ou hémorragique</p> <p>FdR de thrombose : TVC ++</p> <p>Fièvre : Causes infectieuses (méningite, infection générale)</p> <p>VIH non contrôlé : Toxoplasmose / méningite à cryptocoque</p> <p>Néoplasie : métastase / méningite carcinomateuse</p> <p>Ponction durale récente : hypotension intracrânienne</p> <p>Post-partum : Sd de vasoconstriction réversible (SVCR) / éclampsie / TVC / hypotension intracrânienne (péridurale)</p> <p>Symptômes ORL : sinusite compliquée</p> <p>Trauma crânien : HSD / hémorragie cérébrale</p> <p>Trauma rachidien mineur : dissection artérielle cervicale / hypotension intracrânienne</p> <p>Survenue brutale à l'effort ou orgasmique : HSA / SVCR</p> <p>Survenue brutale à Valsalva : SVCR / HTIC aiguë</p> <p>Survenue brutale lors de mictions, du bain : SVCR</p> <p>SVCR par prise de vasoactifs : cannabis / cocaïne / amphétamines / ISRS / IRSNa / décongestionnant / IMAO / épinéphrine / triptans / ergotés</p>	<p>AEG et claudication mâchoire : Horton</p> <p>Crise comitiale ± déficit: AVC / HSA / TVC / SVCR / MGE / tumeur</p> <p>PC avec céphalée à début brutal : HSA (50% cas) / tumeur intra-ventriculaire (kyste colloïde du V3)</p> <p>Fièvre : Causes infectieuses (méningite, infection générale)</p> <p>Raideur méningée : HSA / méningite</p> <p>CBH / acouphène pulsatile / paralysie linguale : dissection carotide interne homolatérale</p> <p>Mydriase unilatérale ± paralysie III : anévrisme crânien</p> <p>Diplopie VI : HTIC ou hypotension IC</p> <p>HTA : HSA / pré-éclampsie / SVCR / encéphalopathie hypertensive</p> <p>Hémianopsie bitemporale : apoplexie pituitaire</p> <p>CMT : dissection carotidienne (sujet jeune) / artérite temporale (sujet âgé) / AIT</p> <p>Œdème papillaire : HTIC</p> <p>↑ en décubitus : HSA / HTIC / sinusite bloquée</p> <p>Aggravation orthostatique : hypotension IC</p> <p>Aggravation par Valsalva : HTIC et hypotension IC</p> <p>Anomalies ECG : HSA / ischémie myocardique</p> <p>Asymétrie tensionnelle MS : dissection aorte</p>

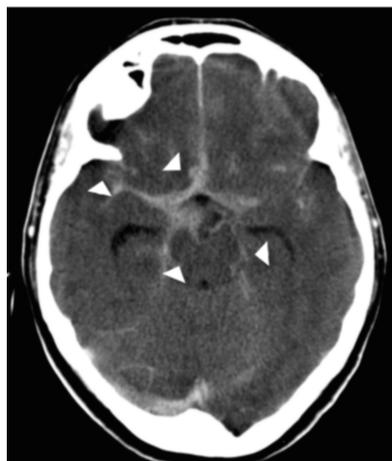
• Identifier les situations d'urgence vitale

- **Syndrome méningé ++** : céphalées en casque / nausées-vomissements / raideur nuque / Photophobie / phonophobie
 - Si fièvre : méningite infectieuse → PL urgente sauf CI
 - Si pas de fièvre : HSA → TDM non injectée en urgence
- **Sd d'HTIC** : céphalées matinales ↑ par toux et décubitus / vomissements en jet / Troubles vigilance / diplopie / éclipses visuelles (péjoratif +++)/ Œdème papillaire au FO → **imagerie cérébrale en urgence**

- **Examens complémentaires : !! toute céphalée récente ET inhabituelle = secondaire JPDC → explorée**
 - Examens systématiques devant une **céphalée brutale avec facteurs de gravité : 2**
 - **TDM cérébrale non injectée** : **En urgence** et en 1^{ère} intention
 - **!! TDM normale n'élimine pas une cause lésionnelle** (HSA, TVC, méningite...)
 - → **si pas d'étiologie retrouvée : IRM injectée** à la recherche d'une thrombose
 - **PL : examen du LCR**
 - **Indications** : Devant tout **syndrome méningé fébrile**
 - **Après TDM normale** : si céphalée brutale ou progressive (HSA, méningite apyrétique)
 - **Sd d'HTIC avec TDM normal** : permet **mesure de pression** / recherche cause / soulage céphalée
 - **!! CI à la PL** : Troubles de l'hémostase sévères / effet de masse / instabilité hémodynamique / Signes focaux
 - **Mesure pression LCR** : **Avant** toute soustraction de LCR
 - **Pression normale** : entre **10 et 20 cmH₂O**
 - **HTIC** = Pression **LCR > 25 cm H₂O** (adulte) ou **28 cm H₂O** (enfant)
 - **IRM cérébrale** : Examen de choix (Plus sensible que TDM) / **!! NPO coupes cervicales T1 FAT-SAT** pour dissection
 - **AngioTDM et Angio-IRM** : Si céphalée **aigue sans étiologie à la TDM et la PL**
 - ⇒ Ou pour anévrisme (rompu ou non) / vasospasmes / dissection cervicale / thrombose
 - **Angiographie cérébrale** (très rarement) : Si HSA avec traitement endovasculaire envisagé
 - ⇒ Suspicion TVP à IRM normale / Suspicion angiopathie ou angéite non visible sur angio-TDM ou angio-IRM
 - **Autres examens complémentaires selon contexte**
 - **Echo-doppler TSA** : devant **tout CBH** (dissection carotidienne) / mais moins performant qu'angio-TDM ou ARM
 - **VS-CRP** : devant toute **céphalée chez sujet > 50 ans** (recherche Horton)
 - **Examen ophtalmologique avec FO** : suspicion GAFA / HTIC
 - **TDM sinus et examen ORL** : suspicion sinusite

II. Diagnostic étiologique des céphalées aiguës

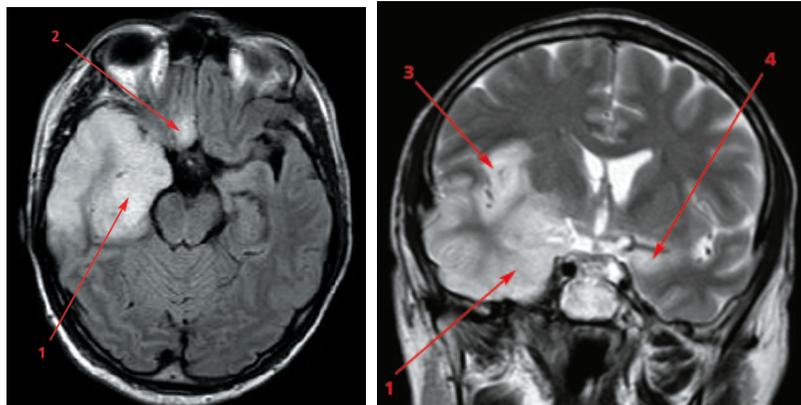
- **Céphalée brutale en « coup de tonnerre » = EVA > 7** en moins d'une minute
 - **En pratique** : mêmes causes que céphalées aiguës maximales en < 1h
 - **HSA = hémorragie méningée** (30% des céphalées brutales isolées)
 - **Toute céphalée à début brutal est une HSA JPDC ++**
 - **Clinique** :
 - Céphalée en coup de tonnerre très intense / **Sd méningé apyrétique**
 - **Formes trompeuses** : céphalée isolée / disparition en quelques heures
 - ⇒ HSA faible abondance : céphalées « sentinelles » qui précèdent HSA massive
 - **± signes associés** : déficit focaux / crise épileptique
 - **CAT en urgence**
 - **TDM non injecté en urgence** : sensibilité décroît avec le temps
 - **IRMc (FLAIR et T2*)** : aussi sensible en aiguë et supérieure au TDM après 24h
 - **Si imagerie normale : PL + centrifugation** (surnageant xanthochromique)
 - **Imagerie vasculaire** : angioTDM / ARM / artériographie 4 axes



Hémorragie méningée

Source : Med-line Radiodiagnostic

- **Syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible (SVCR) : A connaître ++**
 - **Clinique** : Céphalée **en coup de tonnerre** (isolées 75% cas)
 - **Durée** : **5min** à plusieurs heures / **Répétition sur 1 à 3S**
 - **Circonstance** : Provoquées par effort / Valsalva / coït
 - ± crise comitiale / déficit focal
 - **Contexte** : 50% dans le **post partum** / après prise de **vasoactifs**
 - **Imagerie** : **Vasoconstriction artères cérébrales** réversible en 3M
 - **IRM / TDM** : le plus souvent normale ± compliqué **d'hémorragie / infarctus** cérébraux
 - **Angiographie, ARM, angioTDM** : **sténoses artérielles segmentaires et diffuses** (image « chapelet de saucisse »)
 - **Traitement** : Repos et arrêt des vasoactifs / **nimodipine**
- **Causes plus rares de céphalées brutales**
 - **TDM anormale**
 - **Hémorragies intracrâniennes** : Intracérébrale / HED ou HSD → **Répétition sur 1 à 3S** (à défaut TDM) en urgence
 - **Infarctus** : visibles après 3h en TDM / faire **IRM en 1^{ère} intention** devant suspicion AVC
 - **Hydrocéphalie**
 - **Tumeurs cérébrales** : Céphalée brutale à la toux ou Valsalva possible / Avec déficit focal
 - **Sinusite** (sphénoïdale ++) : début brutal possible / **diagnostic d'exclusion**
 - **TDM normale et PL anormale**
 - **Méningite** (2% des céphalées brutales isolées)
 - **Penser à la MGE herpétique** : Troubles conscience / signes neurologiques focaux / crises comitiales
 - ⇒ Si PL lymphocytaire : aciclovir en urgence



- (1) Vaste plage hyperintense cortico-sous-corticale touchant le cortex et la substance blanche temporale antérieure droite.
(2) Lésion fronto-basale droite. / (3) Lésion insulaire droite. / (4) Atteinte contro-latérale temporale interne gauche.
Il existe une atteinte bilatérale asymétrique du système limbique, typique dans cette pathologie, avec présence de lésions nécrotico-hémorragiques

Méningo-encéphalite herpétique.

Source : Med-Line Radiologie Imagerie

- **TDM et PL normales**
 - **Dissections cervicales** (Carotide interne ou a. vertébrale) : céphalée isolée dans 8% des cas
 - **Carotide** : **Cervicalgie** unilatérale et céphalée ipsilatérale frontale et temporale
 - ⇒ **CBH ++** / Acouphènes pulsatiles / paralysie des nerfs crâniens (XII ++)
 - **Dissection vertébrale** : **Torticolis / céphalée postérieure**
 - **AngioTDM et IRM ± EDTSA** : Rétrécissement artériel avec hématome de la paroi
 - **Traitement anti-thrombotique** : prévient AVC
 - **Si dissection intracrânienne** : rechercher **HSA** (imagerie + PL)
 - **Thrombose veineuse cérébrale** : **céphalée brutale** isolée dans 15% des cas
 - ± signes HTIC / **signes focaux bilatéraux et à bascule**
 - **Anticoagulant en urgence** même si suffusion hémorragique
 - **Si HTIC** : œdème papillaire fond d'œil (risque cécité ++)
 - ⇒ PL évacuatrice AVANT le traitement anticoagulant
 - **SVCR**
 - **Encéphalopathie hypertensive / éclampsie**
 - **Artérite temporale / Nécroses pituitaires / AVC ischémique / Hypotension IC**
 - **Ischémie myocardique / dissection aortique** : par douleur projetée (exceptionnel)

- **Céphalées récentes à début progressif**
 - **Méningites et MGE : !!** Fièvre et raideur de nuque parfois absentes → **PL dans tous les cas si TDM normale**
 - **HTIC symptomatique**
 - **Processus expansif intra-crânien** : Signes focaux progressifs / Imagerie en urgence
 - **TVC : Céphalée** quasi constante (brutale dans 15% des cas) / Signes focaux **bilatéraux/à bascule**
 - **Complications** : infarctus veineux / lésions oedémateuses souvent hémorragiques
 - **Diagnostic** : IRM sagittale T1 / coronale T2 / axiale T2* / **3D SPGR après gadolinium** ou angioTDM veineux
 - **Traitement** : Anticoagulant en urgence / Si HTIC → PL évacuatrice avant anticoagulants
 - **Si ni TVC ni processus expansif** : faire PL et prise de pression
 - **Cause vasculaire non vue** : fistule durale / tumeur médullaire
 - **Si toujours pas d'étiologie : HTIC idiopathique (!!)** Diagnostic d'élimination
 - **Cause** : **Jeunes femmes obèses** / Parfois médicaments (vitamine A) / **endocrinopathies surrénaliennes**
 - **Clinique** : Céphalée / éclipses visuelles / œdème papillaire bilatéral au FO
 - **Diagnostic** : Imagerie cérébrale normale / Pression LCR > **25 cm H₂O** (28 si enfant)
 - **Traitement** : PL soustractive / **acétazolamide** / perte de poids
 - **Syndrome d'hypotension intracrânienne**
 - **Céphalée post-PL (A connaître)** : Baisse pression LCS après brèche durale iatrogène
 - PL / anesthésie péridurale / rachianesthésie / infiltrations épidurales / neurochirurgie
 - **Quelques heures après le geste : syndrome post-PL**
 - **Clinique** : Céphalée orthostatique / Disparaît en < **15 min en décubitus**
 - **IRM** : mêmes anomalies qu'hypotension intracrânienne idiopathique
 - **Hypotension intracrânienne idiopathique**
 - Fuite LCR par **brèche durale spontanée** ou après trauma rachidien mineur
 - **Clinique**
 - Céphalée progressive (!! brutale dans 15% des cas) / Posturale
 - **Signes associés** : cervicalgies / **acouphènes** / hypoacousie / nausées / diplopie horizontale par **paralysie du VI**
 - **IRM cérébrale** :
 - **Réhaussement intense** méninges après gadolinium
 - **Déplacement cranio-caudal** encéphale ± ventricules collabés
 - **Complications** : HSD / TVC → aggravation céphalées / perte caractère postural
 - **Traitement des hypotensions intracrâniennes** : Injection péridurale de sang autologue après quelques jours = **blood-patch** (très efficace)
 - **Céphalées post traumatiques aiguës** : Par définition < **7j après un TC**
 - **Maladie de Horton** : À évoquer devant toute céphalée récente inhabituelle patient > **50 ans**
 - **Ophthalmologie et ORL**
 - **Sinusites aiguës** : Céphalées intenses **↑ si tête penchée en avant ou au décubitus** → Examen ORL + TDM sinus
 - **Gafa** : Douleur périorbitaire sévère / rougeur oculaire / BAV unilatérale / Mydriase modérée aréactive
 - **Rhumatologie**
 - Arthrose cervicale / conflit disco-radiculaire / Séquelle fracture-luxation d'une vertèbre / PR (luxation C1-C2)
 - **Clinique** : **Céphalées postérieures** avec contracture paravertébrale
 - **Intoxication au CO** : céphalée inhabituelle (90%) qui précède vertiges / troubles visuels / asthénie / sensation ébrieuse
 - Surtout si **céphalée nocturne** (disparaît en matinée) à l'intérieur d'**une même pièce**
 - **Diagnostic** : dosage **HbCO** (détermine gravité) → Si > 30% : céphalée sévère avec confusion puis coma
 - **ECG + troponine** : recherche myocardio-pathie
 - **Névralgies faciales et crâniennes symptomatiques**
 - Douleurs intenses et brèves à type de décharges électriques ou brûlures localisées au territoire d'un nerf
 - **Si secondaire** : **hypoesthésie permanente** et accès douloureux
 - **Diagnostic** : **IRM** avec et sans gadolinium coupes fines sur trajet du nerf / ± PL si besoin
- **Céphalées inhabituelles récentes avec bilan étiologique négatif** : Explorations négatives pour 30-70% des patients
 - **Si 1^{er} épisode** : on ne peut pas diagnostiquer une migraine / céphalée de tension / algie vasculaire
 - **Si histoire de céphalées chroniques** : épisode aigu peut être une décompensation ou crise particulièrement violente

III. Céphalées chroniques : voir item 97

IV. Céphalées de l'enfant

- **Principales causes selon l'anamnèse :**
 - Céphalées aiguës inhabituelles :
 - **Méningite** (virale ou bactérienne)
 - Trauma crânien / Intoxication / HTA
 - Céphalées progressives : **tumeurs cérébrales** ou HTIC idiopathique
 - Céphalées récurrentes : **Migraine de l'enfant**
 - Céphalées prolongées : Causes ophtalmiques ou **céphalées de tension**
- **Céphalées aiguës inhabituelles**
 - **Fébriles**
 - **Suspecter méningite aiguë** : Sd méningé chez l'enfant / signes frustes nourrisson
 - **Pathologies virales** ou ORL : Sinusites maxillaires
 - **Non fébriles**
 - **Suivant un TC** : hématome extra ou sous-dural → **surveillance clinique**
 - **Hypoglycémie** (++) si enfant sous insuline) / HTA (crise hypertensive)
 - **intoxication aiguë CO** : contexte
 - **Hémorragie méningée** : **Sd méningé** intense très brutal et **altération conscience** (très rare)
 - **1^{ère} crise migraineuse**
 - Céphalées d'installation progressive : **Signes HTIC** = alerte
 - **CAT** : **Imagerie cérébrale** en urgence / **FO** = œdème papillaire bilatéral
 - **Étiologies**
 - **« Tumeur cérébrale »** (infra-tentorielle) : Signes de localisation / Sd cérébelleux / Cassure staturo-pondérale
 - **« HTIC idiopathique »** : quand normalité imagerie cérébrale
 - **Intoxication médicamenteuse** / **obésité** / vascularite
 - **Pronostic visuel en jeu** : œdème papillaire chronique
- **Céphalées récurrentes**
 - **1^{ère} cause = migraine de l'enfant** : 3 à 10 % des enfants (Très bon pronostic)
 - **Facteurs déclenchants** :
 - **Stimulations sensorielles** : chaleur / lumière ou bruit intense / odeurs
 - **Stress** : disputes / contrôle scolaire / Efforts physiques / **manque de sommeil**
 - **Fièvre** / hypoglycémie
 - **Diagnostic**
 - **Crises plus courtes que celles de l'adulte** : **2 à 4 h le + souvent** (vs 4 à 72h)
 - **Localisation** : **bilatérale** et **antérieure** +++
 - Troubles **digestifs** +++ et pâleur inaugurale fréquente
 - **± Aura** : précède/accompagne céphalée
 - **Tableaux spécifiques chez l'enfant** :
 - **Migraine abdominale** / **Vomissements cycliques** / Vertiges paroxystiques
 - Migraine confusionnelle / Torticolis paroxystique
 - **Migraine hémiplégiante** : maladie génétique / mutations canaux Ca²⁺
 - **Critères IHS de migraine sans aura chez l'enfant**

A	Au moins 5 crises répondant aux critères B et D
B	Crises de 2 à 72h
C	Céphalées avec ≥ 2 signes parmi : <ul style="list-style-type: none"> - Localisation unilatérale ou bilatérale frontotemporale - Caractère pulsatile - Intensité modérée à sévère - Aggravation par activité physique de routine
D	Céphalée avec ≥ 1 parmi : <ul style="list-style-type: none"> - Nausée ou vomissement - Phono ET photophobie
E	Exclusion d'une maladie organique pouvant causer céphalées

- **Imagerie si** : Signes **atypiques** / crise inhabituelle / **Enfants < 6 ans** avec interrogatoire peu contributif
 - Anomalie ex. neuro / HTIC / vomissements persistants / signe atteinte hypothalamo-hypophysaire / NF1 / retard ou infléchissement statural
- **Thérapeutique des crises** :
 - **Traitement médicamenteux précoce** : !! Antalgiques **max 2x/S ou 6/M** pour éviter CCQ par abus de médicaments
 - **Ibuprofène** : 10 mg/kg **ibuprofène** PO (max 25 à 50 mg/kg/j)
 - **Paracétamol** : 15 mg/kg **paracétamol** PO (max 60 mg/kg/j) / IV si vomissements
 - **Si échec ou chez adolescent** : **triptan** spray nasal ou comprimé
 - **Nausées-vomissements** : Métopimazine + **antalgiques IV**
 - **Traitement de fond** : si > 1 **crise invalidante/semaine** malgré traitement de crise bien conduit
 - **1^{ère} intention** = traitement **non médicamenteux** (éviction facteurs déclenchants, relaxation...)
 - **Traitement médicamenteux = 2nd intention** : Prescription après **consultation spécialisée**
 - ⇒ Propranolol / fulnarizine / pizotifène
- **Céphalées prolongées (ou chroniques quotidiennes)** : permanence **≥ 3 mois** et **± continu (> 15j/M)**
 - **Localisations évocatrices** : Rétro-orbitaire et gêne oculaire majorée par lecture prolongée
 - ⇒ céphalées projetées par **trouble de la réfraction** (hypermétropie)
 - **« Céphalées de tension » : contexte +++**
 - Adolescence, conflits intrafamiliaux / difficultés scolaires
 - Localisation occipitale et sensation de striction muscles du cou
 - isolées ++ / sans troubles de l'appétit / **entrave activité physique**
 - Jamais de nausées / ± photophobie ou phonophobie

2^e ÉDITION ACTUALISÉE

iECN : Toute la spécialité, par le Major

➤ Travailler efficacement l'iECN avec les fiches du Major

- Les fiches actualisées du Major
- Tous les Items de la spécialité

➤ Votre nouvel outil pour mettre toutes les chances de votre côté

- Un contenu organisé, synthétique et adapté à la réponse aux QCM
- Les explications utiles pour comprendre et mémoriser
- Des couleurs pour hiérarchiser les connaissances et faciliter la lecture
- Les points essentiels, schémas, tableaux, pour mieux comprendre
- Un texte et une iconographie en couleurs

➤ Un livre pour avoir toute la spécialité en tête le jour J.

Les auteurs :

Alexis Maillard, Major aux iECN 2018

Lina Jeantin, 71^e aux iECN 2018

Coordination : Dr Sylvain Bodard, 7^e aux ECN 2013, conférencier d'Internat

Préface du Pr Claire Le Jeunne, Professeur de Thérapeutique à l'Université Paris Descartes,
Ex vice doyen à la pédagogie

22€ TTC

ISBN : 9782846782876



9 782846 782876

MED-LINE
Editions

www.med-line.fr