

Grille d'évaluation ECOS - Céphalée 1

📍 Urgences

👤 Mme Iris Ducommun, 23 ans, étudiante, consulte aux urgences pour une céphalée.

TA
132/76 mmHg

FC
89 bpm

FR
22/min

T°
36.7°C

Anamnèse (25%)

Score : 0/35

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Caractérisation de la céphalée				0
Localisation [holocrânienne]	<input type="checkbox"/>			
Qualité [compressive]	<input type="checkbox"/>			
Intensité [8/10, pire douleur jamais ressentie]	<input type="checkbox"/>			
Début [il y a 48h au réveil]	<input type="checkbox"/>			
Évolution [douleur ne fait qu'augmenter]	<input type="checkbox"/>			
Durée [continue]	<input type="checkbox"/>			
2. Drapeaux rouges - céphalée				0
Céphalée nouvelle/différente [oui, inhabituelle par rapport aux migraines]	<input type="checkbox"/>			
Céphalée décrite comme la pire	<input type="checkbox"/>			
Céphalée en coup de tonnerre	<input type="checkbox"/>			
Céphalée déclenchée par effort/exercice/activité sexuelle	<input type="checkbox"/>			
Céphalée déclenchée/aggravée par Valsalva ou position	<input type="checkbox"/>			
3. Symptômes associés				0
Nausées/vomissements [un vomissement alimentaire ce matin]	<input type="checkbox"/>			
Photophobie/phonophobie	<input type="checkbox"/>			
Symptômes neurologiques [hypoesthésie bras droit découverte au status]	<input type="checkbox"/>			
Fièvre [non]	<input type="checkbox"/>			
Éruption cutanée [non]	<input type="checkbox"/>			
4. Antécédents neurologiques				0
Migraines chroniques [depuis 2019]	<input type="checkbox"/>			
Caractéristiques des migraines habituelles [normalement unilatérale droite]	<input type="checkbox"/>			
Traitement habituel [Sumatriptan 50mg]	<input type="checkbox"/>			
Efficacité du traitement actuel [aucun effet sur cette céphalée]	<input type="checkbox"/>			
5. Facteurs de risque vasculaire				0
Contraception orale [Elyfem 20]	<input type="checkbox"/>			
Tabagisme [2 cigarettes/jour depuis 5 ans]	<input type="checkbox"/>			
Antécédents familiaux vasculaires	<input type="checkbox"/>			
HTA/diabète/dyslipidémie	<input type="checkbox"/>			
6. Contexte				0
Grossesse/post-partum [non, dernières règles il y a 1 semaine]	<input type="checkbox"/>			
Immunosuppression/cancer [non]	<input type="checkbox"/>			
Traumatisme crânien récent [non]	<input type="checkbox"/>			
Voyage/contage [non]	<input type="checkbox"/>			
Vaccins [à jour]	<input type="checkbox"/>			

7. Anamnèse par système

0

État général [fatiguée, perte d'appétit]

☐

Système digestif [un vomissement alimentaire]

☐

Système gynécologique [règles régulières]

☐

État psychique [angoissée]

☐

8. Anamnèse en général - ciblée, fil conducteur

☐☐☐

0

Examen clinique (25%)

Score : 0/24

Critères

Oui

±

Non

Points

1. Examen général

0

État de conscience/niveau attentionnel

☐

Signes vitaux [TA, FC, FR, T°]

☐

Aspect général [se tient la tête, visage algique]

☐

2. Examen neurologique - nerfs crâniens

0

Acuité visuelle

☐

Champs visuels

☐

Réflexes pupillaires

☐

Oculomotricité

☐

Sensibilité faciale

☐

Motricité faciale

☐

3. Examen neurologique - voies longues

0

Force motrice 4 membres

☐

Sensibilité [hypoesthésie latérale bras droit]

☐

Réflexes ostéotendineux

☐

Réflexe cutané plantaire

☐

4. Recherche de méningisme

0

Raideur de nuque

☐

Signe de Kernig

☐

Signe de Brudzinski

☐

5. Examen vasculaire

0

Palpation artères temporales

☐

Auscultation carotidienne

☐

Recherche de souffle vasculaire

☐

6. Autres examens pertinents

0

Fond d'œil/cédème papillaire

☐

Démarche et épreuves cérébelleuses

☐

Recherche d'un rash cutané

☐

7. Status en général - réalisé de manière structurée, correcte et professionnelle

☐☐☐

0

Management (25%)

Score : 0/30

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Hypothèse diagnostique principale Thrombose veineuse cérébrale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
2. Diagnostics différentiels				0
AVC ischémique/hémorragique	<input type="checkbox"/>			
Migraine avec aura	<input type="checkbox"/>			
Méningite/encéphalite	<input type="checkbox"/>			
Hémorragie sous-arachnoïdienne	<input type="checkbox"/>			
Dissection artérielle	<input type="checkbox"/>			
Hypertension intracrânienne	<input type="checkbox"/>			
3. Examens complémentaires - laboratoire				0
FSC, CRP/VS	<input type="checkbox"/>			
Coagulation (TP, PTT)	<input type="checkbox"/>			
D-dimères	<input type="checkbox"/>			
Fonction rénale, ionogramme	<input type="checkbox"/>			
Test de grossesse si doute	<input type="checkbox"/>			
4. Examens complémentaires - imagerie				0
CT cérébral en urgence	<input type="checkbox"/>			
CT avec temps veineux/angio-CT	<input type="checkbox"/>			
IRM cérébrale si disponible	<input type="checkbox"/>			
Veinographie par résonance magnétique	<input type="checkbox"/>			
5. Prise en charge immédiate				0
Voie veineuse périphérique	<input type="checkbox"/>			
Analgésie adaptée	<input type="checkbox"/>			
Antémétiques si nécessaire	<input type="checkbox"/>			
Surveillance neurologique	<input type="checkbox"/>			
6. Traitement spécifique si thrombose confirmée				0
Anticoagulation par HBPM dose thérapeutique	<input type="checkbox"/>			
Même si lésion hémorragique	<input type="checkbox"/>			
Hospitalisation	<input type="checkbox"/>			
Arrêt contraception orale	<input type="checkbox"/>			
7. Réponse aux demandes de la patiente				0
Certificat médical pour examen	<input type="checkbox"/>			
Explication du diagnostic suspecté	<input type="checkbox"/>			
Rassurer sur la prise en charge	<input type="checkbox"/>			
8. Management en général	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0

Communication (25%)

Score : 0/20

Critères

1. Réponse aux sentiments et besoins du patient

Empathie, écoute active, validation des émotions
Explique le déroulement de la consultation et vérifie les préoccupations du patient, commence l'anamnèse par une question ouverte ; reconnaît, verbalise et légitime les émotions, fournit du soutien

2. Structure de l'entretien

Organisation logique, transitions fluides, gestion du temps
Se présente par son nom et sa fonction, les étapes de l'entretien sont identifiables et s'enchaînent de manière logique, gestion du temps, adaptation à la situation

3. Expression verbale

Clarté, vocabulaire adapté, vérification de la compréhension
Langage adapté au niveau du patient, pas de jargon, explications compréhensibles, reformulations quand nécessaire, répétitions des points clés, fait une synthèse de la consultation, bonne articulation, ton et volume adéquats

4. Expression non verbale

Contact visuel, posture, gestuelle appropriée
Distance interpersonnelle adéquate, posture adéquate, gestes adéquats, contact visuel et expression faciale adéquats, pauses quand nécessaire

5. Évaluation générale de la communication

Qualité globale de l'interaction médecin-patient

A

B

C

D

E

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Score Global

0%

% par Section

Anamnèse

0%

Examen clinique

0%

Management

0%

Communication

0%

Note Globale

A-E

Échelle de notation

A

≥90%

B

80-89%

C

70-79%

D

60-69%

E

<60%

Céphalées justifiant une neuro-imagerie

La neuro-imagerie est importante dans la démarche diagnostique, mais différents examens radiologiques et modalités d'examen s'offrent au praticien ; il s'agit alors de choisir le bon examen en fonction de la suspicion clinique.
HSA : hémorragie sous-arachnoïdienne ;
TVC : thrombose veineuse cérébrale ;
HSD : hématome sous-dural.

Symptômes/signes	Suspicion clinique
Brutale, «en coup de tonnerre»	HSA
«Pire céphalée»	HSA,TVC
Femme enceinte ou post-partum, état procoagulable	TVC
Crise convulsive inaugurale	Masse intracrânienne, TVC, infection
Anomalie nouvelle au status neurologique	Masse intracrânienne, hypertension intracrânienne
Ptose, myosis	Dissection de l'artère carotide
Etat fébrile/immuno-suppression	Infection du système nerveux central, sinusite, lymphome
Douleur aux mouvements des yeux, baisse de l'acuité visuelle	Névrite optique
Traumatisme crânien	HSD

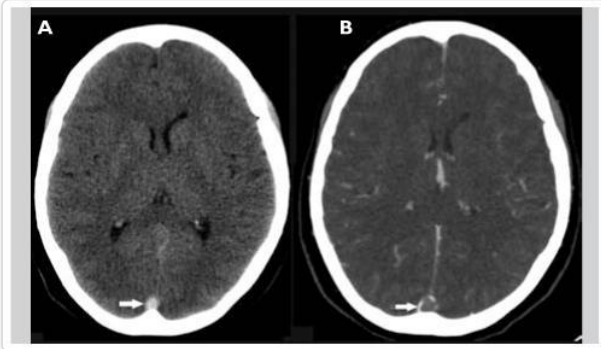
Imagerie médicale en cas de céphalées

Avant d'effectuer une neuro-imagerie pour des céphalées, il est important de considérer plusieurs facteurs, en particulier la pathologie intracrânienne suspectée et le degré d'urgence à l'investiguer.

Suspicion cliniques	Imagerie
Hémorragie sous-arachnoïdienne	CT cérébral natif et angio-CT
Anévrisme cérébral	Angio-CT ou angio-IRM
Dissection carotido-vertébrale	Angio-CT des vaisseaux du cou et cérébraux ou IRM avec séquences spéciales (hématome intramural)
Thrombose veineuse cérébrale	CT cérébral natif et injecté avec séquence veineuse
Tumeur cérébrale (primaire ou secondaire)	IRM ou CT cérébral natif et injecté
Hématome sous-dural	CT cérébral natif
Méningite/méningo-encéphalite	CT cérébral natif avant ponction lombaire si présence de signes neurologiques. IRM en différée
Abscès cérébral	IRM ou CT cérébral injecté
Sinusite	CT natif
Névrite optique	IRM avec produit de contraste

Angio-CT veineux

Reconstruction veineuse montrant un défaut de remplissage du sinus sagittal supérieur confirmant la thrombose.
Le CT natif peut montrer des signes indirects de TVC (hyperdensité spontanée du sinus, infarctus hémorragique parenchymateux), mais n'est que peu sensible en raison de la variabilité anatomique des sinus veineux et 30% des lésions peuvent être manquées, il faut donc compléter par les séquences veineuses (phlébo-CT), permettant d'objectiver les défauts de remplissage du sinus, typique de la TVC.



Laboratoire

CRP ou VS (Céphalée inaugurale si > 50 ans).
FSC et Hémocultures (Si suspicion méningite / autre pathologie infectieuse).
Crase (Si suspicion d'hémorragie / de pathologie chirurgicale).

Formule sanguine		Unité	Intervalle de référence
Leucocytes	4.1	G/l	4.0-10.0
Erythrocytes	4.45	T/l	3.8-5.2
Hémoglobine	129	g/l	117-157
Hématocrite	39	%	35-47
MCV	87	fl	81-99
MCH	29	pg	27-34
MCHC	335	g/l	310-360
RDW	12.2	%	11-15
Plaquettes	274	G/l	150-350
Volume plaq. moyen	10.6	fl	8-13
Indice de distrib. plaq	12	fl	p-17
Chimie sanguine			
eGFR (CKD-EPI Créatinine)	>90	ml/min/1.73m²	
CRP	1	mg/l	< 10
Hémostase			
D-dimères	1735 ↑	ng/ml	< 500

Scénario pour la patiente standardisée

Nom : Iris Ducommun | **Âge :** 23 ans

Contexte : Étudiante consultant aux urgences pour céphalée

Motif de consultation

Plainte principale : «Je viens vous voir car j'ai mal à la tête.»

Si on demande s'il y a autre chose : «J'ai besoin d'un certificat médical car je ne me sens pas capable d'effectuer mon examen demain.»

Consignes

- Vous pouvez être assez ouverte sur le fait que vous êtes connue pour des migraines et le mentionner spontanément durant l'entretien.

Histoire actuelle

Symptôme principal :

- Céphalée
- Localisation : Holo crânienne
- Qualité : Compressive
- Quantité/intensité : Initialement 3/10 et actuellement 8/10. C'est la pire douleur jamais ressentie qui est d'allure inhabituelle
- Chronologie : Début il y a 48h au réveil, en continue
- Développement : Douleur ne fait qu'augmenter
- Circonstances de survenue : Au réveil
- Facteurs atténuants : Aucun
- Facteurs déclenchants/aggravants : Aucun

Symptômes associés :

- Un vomissement alimentaire

Réponse aux symptômes :

- Elle se couche et se repose

Représentation de la maladie :

- Elle a peur d'avoir une méningite

Habitudes

- Médicaments :** Sumatriptan 50 mg (anti migraineux) en réserve, Paracétamol 1g en réserve, Ibuprofène 400 mg en réserve
- Tabac :** 2 cigarettes par jour depuis 5 ans
- Alcool :** Occasionnellement
- Sexualité :** Hétérosexuelle. Dernier rapport sexuel il y a 1 an.

Histoire médicale

- Migraines chroniques depuis 2019
- Appendicectomie en 2005

Anamnèse par systèmes

Système général :

- Baisse de l'état général : fatiguée et perte d'appétit

Système neurologique :

- Céphalée compressive

Système digestif :

- Un vomissement alimentaire ce matin

Système gynécologique :

- Dernières règles il y a 1 semaine
- Elle n'a jamais été enceinte et ne pense pas l'être actuellement (dernier rapport il y a 1 an)

Système psychiatrique :

- Angoissée

Simulation

Durant l'entretien :

- Elle doit se tenir la tête avec un visage algique

Durant le status :

- Lors du status neurologique :
- - Hypoesthésie au niveau latéral du bras droit, ne respectant pas de dermatome précis. La patiente est surprise car ne l'avait pas remarqué.
- - Le reste du status neurologique est sans particularité.

Informations de l'expert

Dossier médical de l'entretien

Patiente de 23 ans, connue pour des migraines chroniques, qui consulte pour une céphalée évoluant depuis 48h et ne cédant pas aux antalgiques. C'est une douleur holocrânienne, compressive, qui est apparue au réveil sans facteur déclenchant. Elle est inhabituelle de part sa localisation et son intensité qui est plus élevée que ses migraines habituelles. La douleur ne fait que d'augmenter progressivement, sans facteur soulageant ni aggravant.

Cette céphalée est associée à un déficit sensitif du membre supérieur droit et à un vomissement alimentaire ce jour. Il n'y a pas eu de mouvement anormaux ni d'état fébrile. Il n'y a pas de notion de contagé ni de voyage.

C'est une patiente en bonne santé habituelle, qui a comme traitement habituel un contraceptif oral (Elyfem 20) et du Sumatriptan 50 mg (anti-migraineux) en réserve. Elle fume 2 cigarettes par jour depuis 5 ans. Ses dernières règles datent d'il y a une semaine.

Vaccins à jour. Pas d'allergie.

Nous attendons du médecin qu'il évalue cette céphalée en investiguant les red flags, qu'il effectue un examen clinique ciblé et qu'il propose des examens paracliniques afin d'étailler son diagnostic principal.

Rôles et interventions de l'expert·e

L'expert·e intervient si l'étudiant·e dit vouloir faire :

- une analyse sanguine : demander de préciser quels examens (cf. grille de correction), puis donner la feuille "analyse sanguine" quelque soit la réponse du médecin
- une imagerie cérébrale : donner la feuille avec l'imagerie cérébrale

Diagnostic

Thrombose veineuse cérébrale.

Définition et épidémiologie d'une céphalée

Les céphalées sont des maux de tête, de durée et d'allure variables entre chaque individu. Elles représentent 2% des motifs de consultations aux urgences en Suisse, soit la 5e cause de consultation en médecine interne générale. Elles touchent plusieurs millions de personnes à travers le monde chaque année.

Anamnèse

Il est important d'évaluer l'évolution, l'intensité et la caractérisation des douleurs. Il faut savoir si le/la patient(e) a déjà expérimenté cette douleur par le passé et à quel point elle l'handicape dans sa vie quotidienne.

L'anamnèse de base face à des céphalées doit permettre d'identifier des drapeaux rouges, c'est-à-dire des signes de gravité devant nous aiguiller sur une céphalée secondaire à une pathologie sévère, voir mortelle. Les questions clés sont celles-ci :

- Céphalée nouvelle/différente : localisation, durée, intensité
- Céphalée décrite comme la pire
- Céphalée en coup de tonnerre = explosive (max)
- Céphalée déclenchée par effort, exercice, activité sexuelle
- Céphalée déclenchée/aggravée par Valsalva ou position

Symptômes associés à rechercher

Il faut également demander si cette céphalée est associée à :

- Des symptômes neurologiques récents inhabituels
- Des douleurs ceintures, claudication mâchoire, myalgie, sensibilité temporale
- Une perte pondérale

Contexte à évaluer

Il faut également s'intéresser aux contexte dans laquelle cette céphalée apparait, notamment :

- HIV / immunosuppression
- grossesse /post-partum
- cancer
- anticoagulation
- manipulation ou trauma nuque
- traumatisme crânien (simple ou compliqué)

Examen clinique

Celui-ci doit être guidé par l'anamnèse et les éventuels drapeaux rouges mis en évidence. L'examen de base comporte :

- Signes vitaux (T°, TA, FC)
- Auscultation cardio-pulmonaire et carotidienne
- Palpation artères temporales (> 50 ans)

Examen neurologique

Celui-ci doit être associé à l'examen neurologique suivant :

- Niveau de conscience, niveau attentionnel
- Aphasie, amnésie, hémiparésie
- Nerfs crâniens
- Voies longues
- Démarche et épreuves cérébelleuses

- Recherche de méningisme (Signe de Kernig et de Brudzinski)
- Examen du fond d'œil

Drapeaux rouges à l'examen clinique

Il faut être attentifs aux drapeaux rouges qui se remarquent lors de l'examen clinique :

- Rash
- Méningisme
- HTA ou hypertension maligne
- Anomalies examen neurologique
- Déclenchée ou aggravée par Valsalva
- État fébrile sans autre foyer clinique

Diagnostics différentiels sans signe de gravité

- Céphalée de tension : Elles représentent 25% des céphalées. C'est une douleur holocrânienne, compressive, sans déficit neurologique associé. Elles durent entre 30 min jusqu'à 7 jours.
- Migraines : Elles représentent 15% des céphalées. La douleur est unilatérale, pulsatile associée à des photophonophobies, des nausées ou des vomissements.

Diagnostics différentiels avec drapeaux rouges

- Infectieux : méningite, encéphalite, méningo-encéphalite, abcès cérébral, sinusite...
- Vasculaire : AVC, dissection (carotidienne, vertébrale), thrombose veineuse, HSA, Artérite temporale (maladie de Horton)...
- Neurologique : néoplasie, névralgie du trijumeau, céphalée en grappe, céphalée post-traumatique...

Examens paracliniques

Dans le cadre d'une céphalée sans critère de gravité, aucun examen clinique est recommandé. A contrario, il est recommandé de faire une imagerie cérébrale et/ou une analyse sanguine.

Laboratoire

- CRP ou VS – Céphalée inaugurale si > 50 ans
- Si suspicion méningite / autre pathologie infectieuse – Formule sanguine – Hémocultures
- Crase – Suspicion d'hémorragie – Suspicion de pathologie chirurgicale

Imagerie cérébrale

Dans le cas de présence de drapeaux rouges et/ou d'un patient instable, un CT-scan cérébral est indiqué en urgence. Une IRM cérébrale peut également être réalisée mais demande souvent un délai plus long que le scanner. Si nous suspectons une cause vasculaire, nous pouvons demander un scanner avec injection de produit de contraste, en s'intéressant à un temps artériel/veineux.

Attention : lors de suspicion de méningite, une ponction lombaire est recommandée avant le scanner cérébral sauf si le patient est instable hémodynamiquement ou qu'une lésion cérébrale sévère est suspectée.

Résumé du cas clinique

La patiente présente plusieurs critères de gravité : c'est une céphalée nouvelle, décrite comme pire que d'habitude. De plus, elle présente une anomalie à l'examen clinique avec une hypoesthésie du membre supérieur droit. Ces éléments doivent motiver une prise en charge rapide avec l'organisation d'une imagerie cérébrale en urgence (CT-scan).

Concernant le diagnostic, le fait que ce soit une femme jeune avec des facteurs de risque thrombotiques (contraceptif oral et tabac) doit faire évoquer une thrombose veineuse cérébrale. Une recherche de D-dimères est donc recommandée mais ne doit pas retarder l'imagerie cérébrale.

Conclusion

- La thrombose veineuse cérébrale est une cause importante d'AVC du sujet jeune et d'âge moyen.
- Le tableau clinique initial est protéiforme et on doit évoquer le diagnostic devant un tableau de céphalées tenaces plus ou moins associées à des crises d'épilepsie et/ou des déficits neurologiques focaux, à fortiori chez un patient jeune.

- Dans les analyses sanguines, des D-dimères peuvent être augmentés et doivent être faits (sauf si les symptômes durent depuis > 1 semaine).
- Le diagnostic radiologique est essentiel et repose sur une imagerie précise : scanner cérébral et IRM cérébrale sans et avec injection. L'étude des temps veineux (MRV, CT scanner veineux) permet d'authentifier la topographie et l'extension de la thrombose.
- Le traitement repose sur l'anticoagulation immédiate par de l'héparine à bas poids moléculaire (HBPM) à dosage thérapeutique. même en cas de lésion parenchymateuse hémorragique.
- Le pronostic à long terme est favorable pour 80% des patients.

Tableau récapitulatif des symptômes/signes et suspicions cliniques

Symptômes/signes → Suspicion clinique

- Brutale, «en coup de tonnerre» → HSA
- «Pire céphalée» → HSA, TVC
- Femme enceinte ou post-partum, état procoagulable → TVC
- Crise convulsive inaugurale → Masse intracrânienne, TVC, infection
- Anomalie nouvelle au status neurologique → Masse intracrânienne, hypertension intracrânienne
- Ptose, myosis → Dissection de l'artère carotide
- État fébrile/immuno-suppression → Infection du système nerveux central, sinusite, lymphome
- Douleur aux mouvements des yeux, baisse de l'acuité visuelle → Névrite optique
- Traumatisme crânien → HSD