

Grille d'évaluation ECOS - USMLE-14 - Céphalée - Femme de 35 ans

📍 Service d'urgences

👤 Kelly Clark, 35 ans, se présente aux urgences en se plaignant de céphalées

TA 135/80 mmHg	FC 76 bpm	FR 16/min	T° 37.0°C
-------------------	--------------	--------------	--------------

Anamnèse (25%)

Score : 0/45

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Motif principal [Céphalée]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Caractérisation de la douleur				0
Début [Il y a deux semaines]	<input type="checkbox"/>			
Évolution temporelle [Eh bien, je n'ai pas mal tout le temps. Ça va et ça vient]	<input type="checkbox"/>			
Fréquence [Au moins une fois par jour]	<input type="checkbox"/>			
Progression [Ça devient pire (2 à 3 fois par jour)]	<input type="checkbox"/>			
Intensité [Quand j'ai mal, c'est 9/10 et cela m'empêche de travailler]	<input type="checkbox"/>			
Localisation [C'est ici (montre le côté droit de la tête)]	<input type="checkbox"/>			
Durée [Une à deux heures]	<input type="checkbox"/>			
Irradiation [Non]	<input type="checkbox"/>			
Qualité [Vive et lancinante]	<input type="checkbox"/>			
3. Facteurs modulateurs				0
Facteurs d'amélioration [Repos dans une pièce sombre et calme, sommeil, aspirine]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs aggravants [Stress, lumière, et bruit]	<input type="checkbox"/>			
4. Symptômes associés				0
Nausées/vomissements [Parfois, je me sens nauséuse quand j'ai mal. Hier, j'ai vomi pour la première fois]	<input type="checkbox"/>			
Aura [Non]	<input type="checkbox"/>			
Timing [La céphalée peut survenir à tout moment. J'en ai une maintenant]	<input type="checkbox"/>			
Relation menstruations [Non]	<input type="checkbox"/>			
Réveil nocturne [Non]	<input type="checkbox"/>			
Changements visuels/larmoiements/rougeur [Non]	<input type="checkbox"/>			
Faiblesse/engourdissement [Non]	<input type="checkbox"/>			
Difficulté d'élocution [Non]	<input type="checkbox"/>			
Rhinorrhée pendant l'attaque [Non]	<input type="checkbox"/>			
5. Antécédents de céphalées				0
Épisodes similaires [Oui, à l'université, j'avais une céphalée similaire accompagnée de nausées]	<input type="checkbox"/>			
Traumatisme crânien [Non]	<input type="checkbox"/>			
6. Symptômes généraux				0
Changements poids/appétit [Non]	<input type="checkbox"/>			
Douleurs articulaires/fatigue [Douleurs et courbatures occasionnelles, traitées avec de l'ibuprofène]	<input type="checkbox"/>			
7. Stress et contexte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
Niveau de stress [Oui, je travaille sur un nouveau projet que je dois finir ce mois-ci. Le mois dernier a été un désastre. J'ai travaillé dur sur mes designs, mais ils ont été rejetés, et je dois tout recommencer]				

8. Antécédents médicaux

0

- Pathologies connues [Un épisode de sinusite il y a 4 mois, traité avec de l'amoxicilline (mais la douleur était différente de celle que j'ai maintenant)]
- Dernières règles [Il y a deux semaines]

9. Antécédents chirurgicaux [Ligature des trompes il y a 8 ans]

0

10. Médicaments actuels [Ibuprofène]

0

11. Antécédents familiaux [Mon père est décédé à 65 ans d'une tumeur cérébrale. Ma mère a des migraines]

0

12. Mode de vie

0

- Profession [Ingénieure]
- Alcool [Non]
- Drogues illicites [Non]
- Tabagisme [Non]
- Vie sociale [Je vis avec mon mari et mes 3 enfants]
- Activité sexuelle [Avec mon mari]
- Contraception [Non, j'ai eu une ligature des trompes après mon troisième enfant il y a 8 ans]

13. Allergies médicamenteuses [Aucune]

0

Examen clinique (25%)

Score : 0/19

Critères

Oui

±

Non

Points

1. État général [La patiente ressent une forte douleur]

0

2. Examen ORL-Ophtalmologique

0

- Palpation tête [Non sensible à la palpation]
- Palpation sinus faciaux [Normaux]
- Palpation articulations temporo-mandibulaires [Normales]
- Fond d'œil [Pas d'œdème papillaire]
- Inspection nez [Pas de congestion nasale]
- Inspection bouche/gorge [Pas d'érythème pharyngé ni d'exsudats]
- Inspection dents [Dentition correcte]

3. Examen du cou

0

- Inspection [Normal]
- Palpation [Souple, pas d'adénopathie]

4. Examen cardiovasculaire

0

- Auscultation [RR et FC normaux, B1/B2 normaux, pas de souffles, frottements ou galops]

5. Examen pulmonaire

0

- Auscultation [Murmures vésiculaires bilatéralement]

6. Examen neurologique

0

- État mental [Vigilante et orientée x 3, bonne concentration]
- Nerfs crâniens [II–XII intacts]
- Force musculaire [5/5 partout]
- ROT [2+ intacts, symétriques]

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Hypothèses diagnostiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
2 points si au moins 2 diagnostics pertinents mentionnés, 1 point si 1 diagnostic				

Diagnostics différentiels à considérer

Céphalées primaires

• **Migraine** → *Diagnostic clinique, IRM si atypique*

Arguments POUR:

- ☐ Femme de 35 ans
- ☐ Céphalée unilatérale (hémicrânienne droite)
- ☐ Qualité vive et lancinante
- ☐ Intensité sévère (9/10)
- ☐ Nausées et vomissements associés
- ☐ Photophobie et phonophobie
- ☐ Amélioration avec repos dans le noir
- ☐ Antécédent familial (mère migraineuse)
- ☐ Épisode similaire à l'université

Arguments CONTRE:

- ☐ Absence d'aura

• **Céphalée de tension** → *Diagnostic clinique*

Arguments POUR:

- ☐ Stress professionnel important
- ☐ Projet rejeté, surcharge de travail
- ☐ Amélioration avec sommeil
- ☐ Douleurs musculaires associées

Arguments CONTRE:

- ☐ Unilatérale (souvent bilatérale)
- ☐ Qualité lancinante (plutôt oppressive)
- ☐ Nausées/vomissements (rares)

• **Céphalée en grappe** → *Diagnostic clinique*

Arguments POUR:

- ☐ Unilatérale
- ☐ Intensité sévère
- ☐ Épisodes quotidiens

Arguments CONTRE:

- ☐ Femme (rare chez femmes)
- ☐ Durée 1-2h (typiquement 15-180 min)
- ☐ Pas de signes autonomiques
- ☐ Pas de réveil nocturne

Céphalées secondaires graves

• **Tumeur cérébrale** → *IRM cérébrale avec gadolinium*

Arguments POUR:

- ☐ Antécédent familial père (tumeur cérébrale)
- ☐ Céphalées progressives
- ☐ Nausées et vomissements

Arguments CONTRE:

- ☐ Examen neurologique normal
- ☐ Pas de céphalée matinale
- ☐ Pas de déficit focal
- ☐ Évolution rapide (2 semaines)

• **Pseudotumeur cérébrale** → *IRM + PL (pression ouverture)*

Arguments POUR:

- ☐ Femme en âge de procréer
- ☐ Céphalées quotidiennes

Arguments CONTRE:

- ☐ Pas d'œdème papillaire
- ☐ Pas de troubles visuels
- ☐ Pas d'obésité mentionnée
- ☐ Unilatérale (souvent diffuse)

Autres causes

• **Dépression avec somatisation** → *Évaluation psychiatrique*

Arguments POUR:

- ☐ Stress professionnel majeur
- ☐ Échec projet (rejet designs)
- ☐ Douleurs somatiques multiples
- ☐ Fatigue mentionnée

Arguments CONTRE:

- ☐ Pattern typique de migraine
- ☐ Pas d'autres symptômes dépressifs

• **Sinusite chronique** → *CT sinus si doute*

Arguments POUR:

- ☐ Antécédent sinusite il y a 4 mois

Arguments CONTRE:

- ☐ Patient dit que douleur différente
- ☐ Pas de congestion nasale

- ☐ Pas de rhinorrhée
- ☐ Sinus non douloureux

2. Examens complémentaires urgents

0

- IRM cérébrale (ou CT si IRM non disponible) ☐
- NFS, VS, CRP ☐
- Ionogramme, fonction rénale ☐
- Glycémie ☐

3. Examens complémentaires selon évolution

0

- PL si suspicion pseudotumeur ou méningite ☐
- CT sinus si suspicion sinusite ☐
- EEG si suspicion épilepsie partielle ☐
- Angio-IRM si suspicion vasculaire ☐
- Bilan thyroïdien si symptômes systémiques ☐

4. Prise en charge immédiate de la crise



0

Traitement de la crise migraineuse

- Environnement calme, sombre
- Hydratation IV si vomissements
- Antiémétiques : métoclopramide 10mg IV
- Analgésie :
 - AINS : kétorolac 30mg IV
 - Triptans : sumatriptan 6mg SC
 - Si échec : dexaméthasone 10mg IV
 - Éviter opioïdes (risque chronicisation)

Critères pour triptans

- Migraine probable ou certaine
- Pas de contre-indications CV
- Pas d'aura prolongée
- Efficace si pris tôt dans la crise
- Max 2 doses/24h, 10 jours/mois

Mesures non pharmacologiques

- Repos au calme
- Application de froid sur la tête
- Techniques de relaxation
- Éviter facteurs déclenchants
- Hydratation adéquate

5. Traitement préventif à envisager

0

- Si ≥ 4 crises/mois ou crises invalidantes ☐
- Bêta-bloquants : propranolol 40-160mg/j ☐
- Antiépileptiques : topiramate 25-100mg/j ☐
- Antidépresseurs : amitriptyline 10-75mg/j ☐
- Antagonistes calciques : vérapamil ☐
- Toxine botulique si migraine chronique ☐

6. Conseils et prévention

0

- Tenir un journal des céphalées ☐
- Identifier et éviter facteurs déclenchants ☐
- Gestion du stress (psychothérapie, yoga) ☐
- Horaires de sommeil réguliers ☐
- Repas réguliers, éviter jeûne ☐
- Limiter caféine et alcool ☐
- Exercice physique régulier ☐

7. Signes d'alarme à surveiller



0

⚠ Red Flags - Urgences neurologiques

1. **Céphalée en coup de tonnerre**
→ Début brutal maximal d'emblée = HSA, angio-CT urgent
2. **Déficit neurologique focal**
→ Faiblesse, aphasie, troubles visuels = AVC/tumeur, IRM urgente
3. **Fièvre + raideur nucale**
→ Méningite/encéphalite = PL urgente après CT
4. **Œdème papillaire**
→ HTIC = IRM urgente, risque engagement
5. **Céphalée progressive avec altération état général**
→ Processus expansif = Imagerie urgente

Clôture de consultation

Clôture type

Madame Clark, il semble que vos symptômes soient dus à une migraine, donc la première chose que je vais faire est de vous prescrire des médicaments qui soulageront votre douleur. Cependant, pour être sûr qu'il n'y a rien d'autre, je voudrais faire un scanner de votre tête pour exclure la possibilité d'une masse ou d'un problème vasculaire à l'origine de votre céphalée. Une analyse de sang peut également montrer si vous avez des problèmes autres que la migraine. Avez-vous des questions pour moi ?

Questions difficiles à poser

[Y a-t-il quelque chose qui pourrait me soulager ? S'il vous plaît, docteur, j'ai mal.]

Réponse type du candidat

Oui, nous avons plusieurs options pour soulager votre douleur, mais d'abord, je dois en savoir plus sur votre douleur pour pouvoir vous recommander le meilleur médicament.

Communication (25%)

Score : 0/20

Critères	A	B	C	D	E
1. Réponse aux sentiments et besoins du patient <i>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</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Structure de l'entretien <i>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</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Expression verbale <i>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</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Expression non verbale <i>Contact visuel, posture, gestuelle appropriée Distance interpersonnelle adéquate, posture adéquate, gestes adéquats, contact visuel et expression faciale adéquats, pauses quand nécessaire</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Évaluation générale de la communication <i>Qualité globale de l'interaction médecin-patient</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Score Global	% par Section				Note Globale
0%	Anamnèse 0%	Examen clinique 0%	Management 0%	Communication 0%	A-E

Échelle de notation				
A ≥90%	B 80-89%	C 70-79%	D 60-69%	E <60%

Scénario pour la patiente standardisée

Nom : Kelly Clark | **Âge :** 35 ans

Contexte : Femme mariée avec 3 enfants, ingénieure stressée

Motif de consultation

Plainte principale : «Céphalée.»

Si on demande s'il y a autre chose : «J'ai des maux de tête terribles depuis 2 semaines.»

Consignes

- Tenez le côté droit de votre tête pendant la rencontre.
- Semblez être en grande douleur.
- Fermez légèrement les yeux comme si la lumière vous dérangeait.
- Parlez doucement, comme si le bruit aggravait la douleur.
- Mentionnez spontanément le stress au travail.

Histoire actuelle

Douleur :

- Début il y a 2 semaines
- Intermittente, 2-3 fois/jour maintenant
- Durée 1-2 heures par épisode
- Hémicrânienne droite
- Vive et lancinante
- Intensité 9/10 pendant les crises

Symptômes associés :

- Nausées fréquentes
- Premier vomissement hier
- Photophobie
- Phonophobie
- Pas d'aura
- Pas de larmoiement

Facteurs modulateurs :

- Aggravé : stress, lumière, bruit
- Soulagé : repos au noir, sommeil, aspirine

Habitudes

- Non-fumeuse
- Pas d'alcool
- Pas de drogues
- Ibuprofène pour courbatures

Antécédents

Antécédents médicaux :

- Épisode similaire à l'université
- Sinusite il y a 4 mois (douleur différente)

Antécédents familiaux :

- Père : tumeur cérébrale (décès à 65 ans)
- Mère : migraines

Contexte psychosocial

Stress :

- Projet important à finir ce mois
- Designs rejetés le mois dernier
- Doit tout recommencer
- Pression professionnelle intense

Situation familiale :

- Mariée, 3 enfants
- Ligature des trompes il y a 8 ans

Simulation

Durant l'entretien :

- Main sur tempe droite
- Grimaces de douleur
- Yeux mi-clos (photophobie)
- Voix basse
- Mouvements lents et prudents

Durant le status :

- Permettre tous les examens
- Pas de douleur à la palpation
- Examen neurologique normal
- Montrer soulagement dans l'obscurité

Informations de l'expert

Dossier médical de l'entretien

Femme de 35 ans avec migraine sans aura typique, dans contexte de stress professionnel majeur. Antécédent familial de migraine maternelle et tumeur cérébrale paternelle nécessitant imagerie de dépistage. Pattern classique de migraine mais première présentation à cet âge justifie bilan.

Rôles et interventions de l'expert·e

L'expert·e intervient si l'étudiant·e demande :

- IRM cérébrale : normale
- NFS : normale
- VS, CRP : normales
- Fond d'œil : normal (fait aux urgences)

Points clés

- Migraine probable mais imagerie justifiée (début récent + ATCD familial)
- Traitement aigu : triptans ou AINS + antiémétique
- Éviter opioïdes (risque céphalée médicamenteuse)
- Prophylaxie si ≥ 4 crises/mois
- Gestion du stress essentielle

Pièges

- Ne pas faire d'imagerie (ATCD familial tumeur)
- Prescrire opioïdes en première intention
- Oublier le traitement antiémétique
- Ne pas aborder la gestion du stress
- Méconnaître critères prophylaxie migraine

Diagnostic

Migraine sans aura dans un contexte de stress professionnel intense, avec antécédents familiaux nécessitant exclusion de pathologie intracrânienne

Épidémiologie de la migraine

Prévalence et caractéristiques :

- Prévalence : 15% femmes, 6% hommes
- Pic incidence : 25-55 ans
- Facteur génétique : 70% si parent migraineux
- Coût socio-économique majeur
- 2e cause mondiale d'années vécues avec handicap
- Sous-diagnostiquée et sous-traitée

Physiopathologie

Mécanismes complexes :

- Activation du système trigémino-vasculaire
- Dépression corticale propagée (aura)
- Libération CGRP et peptides vasoactifs
- Sensibilisation centrale et périphérique
- Dysfonction tronc cérébral (nausées)
- Predisposition génétique polygénique

Critères diagnostiques ICHD-3

Migraine sans aura :

- ≥ 5 crises répondant aux critères
- Durée 4-72h sans traitement
- ≥ 2 parmi : unilatérale, pulsatile, modérée/sévère, aggravée par activité
- ≥ 1 parmi : nausées/vomissements, photo et phonophobie
- Non attribuable à autre pathologie
- Avec aura : symptômes neurologiques réversibles 5-60 min

Facteurs déclenchants

Triggers fréquents :

- Stress (le plus fréquent)
- Modifications du sommeil
- Jeûne, saut de repas
- Hormones (règles, ovulation)
- Stimuli sensoriels (lumière, odeurs)
- Aliments (chocolat, fromage, alcool)
- Changements météorologiques

Red flags céphalées

Signes d'alerte :

- Début brutal (thunderclap)
- Première ou pire céphalée
- Changement de pattern
- Début > 50 ans
- Immunosuppression, cancer
- Fièvre, raideur nucale
- Déficit neurologique focal
- Œdème papillaire

Traitement aigu

Approche stratifiée :

- Légère : AINS ou paracétamol
- Modérée/sévère : triptans d'emblée
- Antiémétiques si nausées
- Voie parentérale si vomissements
- Environnement calme et sombre
- Éviter abus médicamenteux (< 10j/mois)
- Urgence : kétorolac IV + métoclopramide

Triptans

Agonistes 5-HT_{1B/1D} :

- Plus efficaces si pris tôt
- Sumatriptan : référence (6mg SC, 100mg PO)
- CI : cardiopathie ischémique, AVC
- EI : oppression thoracique, paresthésies
- Max 2 doses/24h, 10 jours/mois
- Récurrence possible dans 24-48h

Prophylaxie

Indications et options :

- ≥ 4 crises/mois ou handicap important
- 1er choix : propranolol, métoprolol
- Antiépileptiques : topiramate, valproate
- Antidépresseurs : amitriptyline, venlafaxine
- CGRP-mAb : érénumab (si échec autres)
- Toxine botulique : migraine chronique
- Objectif : ↓ 50% fréquence

Migraine et hormones

Considérations féminines :

- Migraine menstruelle : 10% femmes
- Amélioration grossesse : 70%
- Aggravation pérимénopause
- CO combinés : CI si aura (AVC x2)
- Progestatifs seuls possibles
- THS : balance bénéfice/risque

Complications

Évolutions défavorables :

- Chronicisation (> 15j/mois)
- Céphalée par abus médicamenteux
- État de mal migraineux
- Infarctus migraineux (rare)
- Impact psychosocial (anxiété, dépression)
- Perte productivité professionnelle

Messages clés

- Migraine = diagnostic clinique principalement
- Imagerie si red flags ou début atypique
- Traitement précoce plus efficace
- Stratégie thérapeutique individualisée
- Prophylaxie si crises fréquentes/sévères
- Éviter abus médicamenteux
- Approche bio-psycho-sociale
- Journal des céphalées utile

Rappels thérapeutiques

- Crise légère : ibuprofène 400-600mg
- Crise modérée/sévère : sumatriptan 100mg PO
- Antiémétique : métoclopramide 10mg
- Prophylaxie : propranolol 40-160mg/j
- Alternative : topiramate 25-100mg/j

Examens complémentaires

- IRM cérébrale (ATCD familial + début récent)
- NFS, ionogramme, fonction rénale
- Pas de PL sauf si suspicion spécifique
- EEG inutile sauf si épilepsie suspectée
- Journal des céphalées à débiter