

Protocoles Opérationnels Standardisés Thérapeutiques et Exploratoires

FICHE P.O.S.T.E — NEUROLOGIE · PROTOCOLE THÉRAPEUTIQUE

Réf. POSTE-NEU-CEPH · Version 1.0 — validée le 21/06/2026

CÉPHALÉES AIGUËS — conduite à tenir

Objet

Distinguer une céphalée aiguë secondaire (potentiellement grave) d'une céphalée primaire et traiter en conséquence.

CAT diagnostique

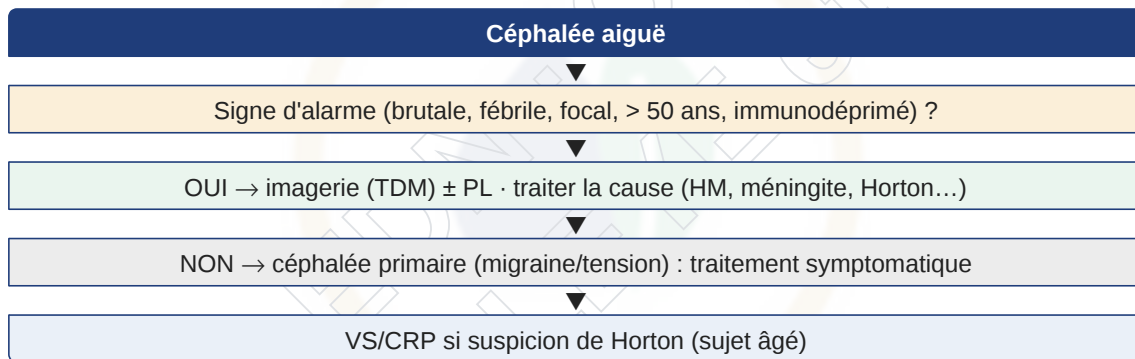
1. Signes cliniques

- **Signes d'alarme : céphalée brutale « en coup de tonnerre »** (hémorragie méningée), fièvre + syndrome méningé (méningite), **signes neurologiques focaux**, trouble de conscience, âge > 50 ans avec céphalée récente (Horton), immunodépression, effort/Valsalva.
- Céphalées primaires (sans signe d'alarme) : migraine, céphalée de tension, algie vasculaire de la face.

2. Signes paracliniques

- **Signes d'alarme** → **imagerie cérébrale (TDM)** en urgence ; **PL** si suspicion d'hémorragie méningée avec TDM normale ou de méningite.
- VS/CRP (Horton, sujet âgé) ; bilan selon l'orientation.
- Céphalée primaire typique sans signe d'alarme : pas d'imagerie systématique.

Algorithme décisionnel



CAT thérapeutique

- **Céphalée secondaire** : traitement de la cause en urgence — hémorragie méningée (neurochirurgie/neuroradiologie), méningite (antibiothérapie), **maladie de Horton** (corticothérapie urgente), HTIC, etc.
- **Migraine** : antalgiques/AINS ou triptans ; traitement de fond si crises fréquentes.
- **Céphalée de tension** : antalgiques, prise en charge des facteurs (stress, posture).
- Éviter l'abus d'antalgiques (céphalée chronique quotidienne).

Surveillance

- Évolution de la céphalée, apparition de signes d'alarme ; réponse au traitement.
- Suivi des céphalées primaires (agenda, traitement de fond).

Points de vigilance

- Une **céphalée brutale en coup de tonnerre** impose d'éliminer une hémorragie méningée (TDM ± PL).
- Sujet âgé + céphalée récente + VS élevée → **maladie de Horton** (corticoïdes en urgence, risque de cécité).

Adaptation à notre contexte (ressources limitées)

- Reconnaissance clinique des signes d'alarme ; TDM/PL selon disponibilité (transfert si besoin).
- Traitement symptomatique des céphalées primaires (antalgiques/AINS accessibles).
- Corticoïdes en urgence si suspicion de Horton ; éviter l'abus d'antalgiques.