

## **Céphalées aux urgences : prise en charge des céphalées par le centre 15 Dr A.Donnet (1), Dr S.Martinez (2)**

La céphalée est motif de consultation important. Sa prévalence est estimée à 90% dans les pays occidentaux (1)

La plupart sont des céphalées primaires mais 1 à 4% sont des céphalées secondaires dont certaines peuvent engager le pronostic vital.( 12% sont des hémorragies sous arachnoïdiennes) (2 ;3) La difficulté, dans un service d'accueil des urgences, est donc de distinguer les céphalées primaires des secondaires bénignes et des céphalées secondaires à une affection grave.

Nous verrons le rôle crucial de l'interrogatoire dans la démarche diagnostique.

Mais d'autres consultations portent aussi sur des céphalées primaires dont les migraines avec un abus médicamenteux important. Quel est alors le traitement aux urgences mais aussi de sortie ? Qui doit consulter un neurologue ?

Après un rappel bref sur la classification des céphalées, nous traiterons de la démarche diagnostic aux urgences, de la stratégie des examens complémentaires, du traitement, et nous ferons deux paragraphes sur la céphalées en coup de tonnerre et sur la prise en charge des migraines.

### **I. Classification des céphalées**

Elle est clinique.

Elle permet de différencier les céphalées primaires des secondaires.

*Classification internationale des céphalées, 2<sup>o</sup> édition (d'après l'International Headache Society,*

#### **Céphalées primaires**

1. Migraine
2. Céphalées de tension
3. Algie vasculaire de la face et autres céphalées trigémino-autosomiques
4. Autres céphalées primaires

#### **Céphalées secondaires**

5. Traumatisme crânien et/ou cervical
6. Affection vasculaire crânienne et//ou cervicale
7. Affection intracrânienne non vasculaire
8. Prise ou retrait d'une substance
9. Infection
10. Anomalie de l'homéostasie
11. Anomalie du crâne, du cou, des yeux, des oreilles, du nez, des sinus, des dents, de la bouche ou d'autres structures faciales ou crâniennes
12. Affection psychiatrique

#### **13. Névralgies crâniennes et causes centrales de douleurs faciales**

#### **14. Autres céphalées, névralgies crâniennes, douleurs faciales centrales ou primaires**

2004)(4)

(1) Service Neurologie, Pr Gastaut, Timone, . (2) Service d'accueil des Urgences ,Dr Jean, Nord, AP-HM

## II. Démarche diagnostique

Le but final de cette démarche est de savoir si la céphalée est primaire ou secondaire.  
L'interrogatoire joue un rôle primordial. Il sera complété par un examen clinique systématique.

### A. Interrogatoire

Il repose essentiellement sur 4 questions (5) :

- Comment a débuté la céphalées ?
- Depuis quand avez-vous mal à la tête ?
- Avez-vous déjà eu ce mal de tête ?
- Comment évolue la douleur depuis son installation ?

Elles permettent de distinguer quatre profils évolutifs (5) :

- la céphalée récente brutale
- la céphalée récente progressive
- la céphalée chronique paroxystique
- la céphalée chronique continue

En effet les céphalées récentes doivent être explorées.

### *Principales étiologies des céphalées récentes (6)*

#### **Céphalées brutales :**

- Hémorragie sous arachnoïdienne
- Autres causes vasculaires
  - o hémorragie ou infarctus cérébraux ou cérébelleux
  - malformation vasculaire non rompu
  - dissection des artères cervicales et cérébrales
  - angiopathie cérébrale aigue réversible
  - angéite cérébrale
  - thrombose veineuse cérébrale
  - nécrose pituitaire
- Encéphalopathie hypertensive et éclampsie
- Tumeurs
- Méningites
- Rhino sinusites aigues et trouble de l'aération des sinus
- Glaucome aigu
- Hypotension du liquide céphalospinal

#### **Céphalées progressives**

- Hypertension intracrânienne
- Méningite et méningo-encéphalite
- Syndromes infectieux généraux aigus
- Encéphalopathie hypertensive et éclampsie
- Causes artérielles
- Rhino sinusites aigues et trouble de l'aération des sinus
- Pathologie inflammatoire de l'oeil et de l'orbite
- Hypotension du liquide céphalospinal

Les caractéristiques des céphalées n'apportent pas toujours des indications sur l'étiologie ou sur la gravité. En effet, l'intensité de la douleur est souvent subjectif et peut être sévère dans les céphalées primaires (migraine, AVF). (7)

Le type et la topographie sont variables et peu spécifiques.

La recherche de facteurs aggravants ou améliorant peut orienter le diagnostic. En effet, les céphalées posturales orthostatiques peuvent évoquer une hypotension cérébrospinale, et celle s'aggravant en position couchée une hypertension intracrânienne ou une sinusite.

Par ailleurs, les circonstances d'apparition peuvent orienter l'étiologie de la céphalée : traumatisme crânien, prise de toxique, fièvre, ponction lombaire....

Mais parfois elles peuvent être trompeuses : une céphalée post coïtale peut être bénigne ou révélée un hémorragie sous arachnoïdienne.(7)

#### B. La recherche de symptômes associés(7)

La présence de tout symptôme neurologique indique une lésion intracrânienne jusqu'à preuve du contraire.

La nausée, vomissement et photophobie ne sont pas des signes spécifiques car ils peuvent évoquer un syndrome méningé mais aussi une migraine.

#### C. L'examen clinique(7)

L'examen général recherchera une fièvre et la prise de tension artérielle.

L'examen neurologique sera complet avec entre autre l'appréciation de la conscience, la recherche d'un syndrome méningé, le fond d'œil (recherche d'œdème papillaire...).

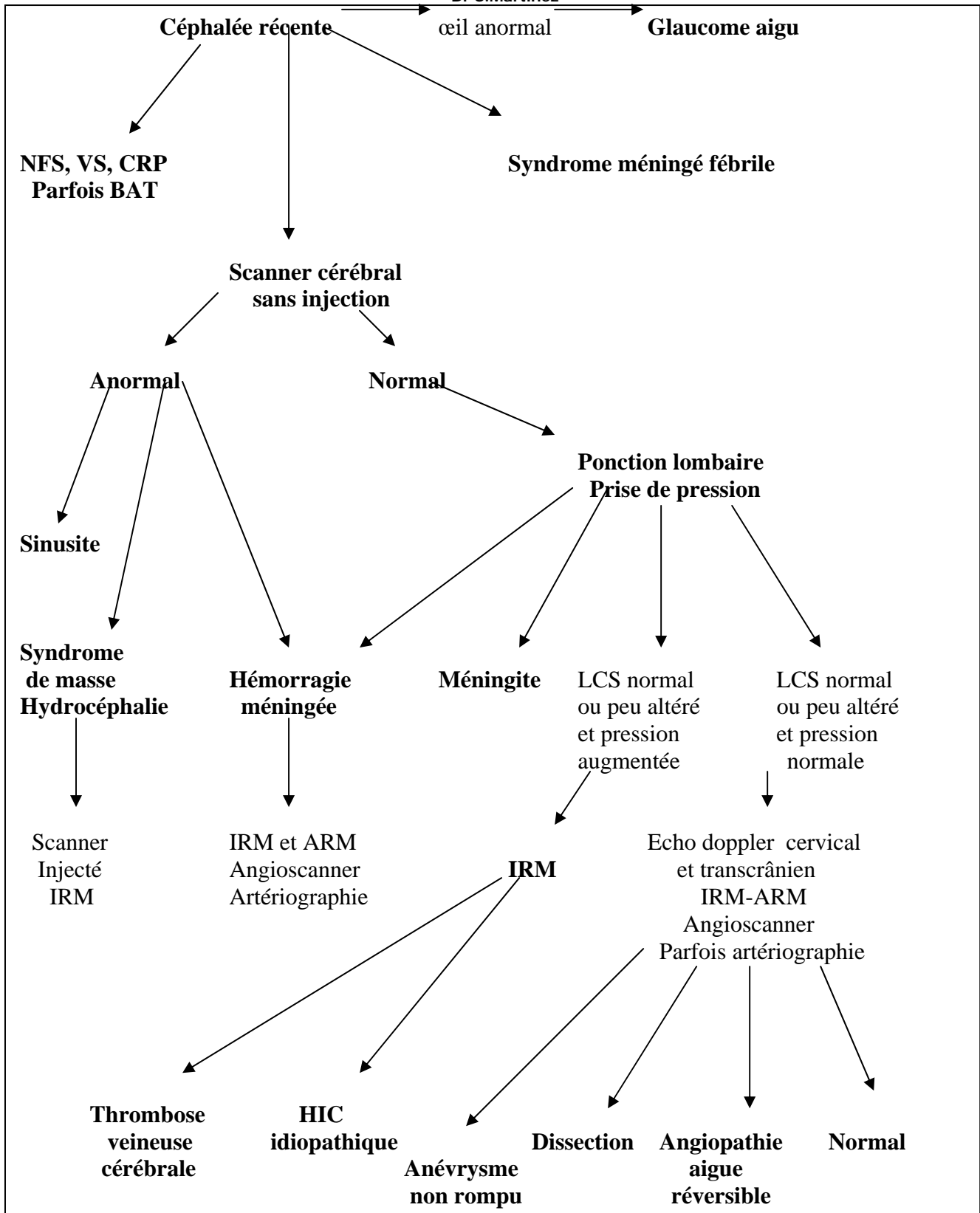
L'examen locorégional comportera la palpation des artères temporales, la pression des sinus ...

En résumé les signes cliniques en faveur d'une étiologie secondaire sont :

- une céphalée récente brutale ou progressive
- une céphalée nouvelle ou inhabituelle chez un patient qui a une céphalée primaire
- une céphalée en coups de tonnerre
- autre symptôme neurologique sauf aura typique
- troubles de la conscience ou confusion
- signes neurologiques à l'examen
- œdème papillaire
- raideur de nuque
- fièvre
- altération de l'état général
- maladie systémique
- hypertension actuelle sévère
- artères temporales douloureuses non dépressibles

### **III. Stratégie des examens complémentaires**

Les céphalées récentes ou inhabituelles nécessitent des examens plus approfondis en urgence et en service d'hospitalisation.(5 ; 7)



### A. Le bilan biologique

La recherche d'une VS ou CRP pour les patients de plus de 60 ans  
Un bilan biologique infectieux en cas de fièvre.

### B. Le scanner cérébral sans injection

Il est à la recherche de :

- hyperdensité spontanée
- hydrocéphalie
- effet de masse
- oedème localisé

Il peut être complété par une injection lors d'une hydrocéphalie, un effet de masse ou œdème localisé afin de déceler une tumeur ou un abcès.

Il peut être normal dans :

- 5-10% des hémorragies méningées
- 30-50% des thromboses veineuses profondes
- 95- 100% des méningites

La sensibilité du scanner cérébral sans injection a une sensibilité de 90 à 95% quand apparition des signes à moins de 24 heures, de 80 % à partir de 72 heures, de 50% une semaine après. (3 ;8)  
C'est pourquoi, en cas de scanner normal, il faut compléter par une ponction lombaire.

### C. La ponction lombaire

Elle se réalise le plus souvent après le scanner cérébral sauf en cas de syndrome méningé fébrile où elle est réalisée d'emblée.

Elle permet le diagnostic de méningite mais aussi celui d'hémorragie méningée (xanthochromie).

Elle permet aussi la mesure de la pression couvée en cas de suspicion d'hypertension intracrânienne avec un scanner normal.

### D. Echodoppler cervical et transcrânien

Il est utilisé dans les suspicion de dissection carotidienne ou vertébrale

### E. IRM et ARM

Il permet le diagnostic de :

- thromboses veineuses profondes
- petites lésions de la fosse postérieure
- dissections carotides et vertébrales
- anévrisme du polygone de Willis
- cavernomes....

#### **IV. Traitement des céphalées aiguës**

Le traitement principal est celui de la cause.

On prescrira des antalgiques de niveau 1 le plus souvent à l'exception de l'aspirine et des AINS .

Il est recommandé de mettre le patient dans un endroit calme, ce qui est une grande difficulté aux urgences.

#### **V. Cas particulier des céphalées en coups de tonnerre (9)**

Les céphalées explosives ou en coup de tonnerre sont intenses, brutales, maximales d'emblée et s'accompagnent parfois d'un déficit neurologique.

La céphalée en coup de tonnerre est un symptôme qui peut révéler de très nombreuses affections, notamment vasculaires potentiellement graves. Ces céphalées constituent un ensemble hétérogène d'étiologies et de pronostic contrastés. Elles peuvent révéler un processus organique intracrânien (hémorragie méningée au premier chef, thrombose de sinus veineux, apoplexie pituitaire) ou bien survenir sans cause connue avec une évolution bénigne, mais parfois compliquée de récurrences. Elles peuvent être spontanées ou déclenchées par des manœuvres de Valsalva (toux, effort, coït, ...).

Dans certains cas apparemment idiopathiques, des sténoses segmentaires multiples et réversibles d'artères cérébrales ont été décrites. L'angiopathie cérébrale aiguë réversible est probablement l'une des causes les plus fréquentes et les plus méconnues de céphalées en coup de tonnerre. Il s'agit d'un syndrome clinico-radiologique associant une céphalée aiguë, parfois accompagnée de déficits focaux ou de crises d'épilepsie, et une vasoconstriction réversible des artères cérébrales. La céphalée se présente très souvent comme une céphalée qui survient au repos, à l'effort, la toux ou l'acte sexuel, et a la particularité de se répéter en salves pendant 1 à 3 semaines. Le diagnostic nécessite une angiographie par IRM, scanner X ou conventionnelle, montrant initialement des rétrécissements artériels segmentaires et diffus, puis un contrôle montrant la normalisation des artères en un à trois mois.

En l'absence de cause retrouvée, la classification internationale des céphalées propose de retenir le diagnostic de céphalée en coup de tonnerre primaire qui reste une entité discutée. Un bilan rapide et exhaustif est indispensable.

Les caractéristiques cliniques et anamnestiques étant similaires entre céphalées explosives symptomatiques et idiopathiques, il semble prudent de réaliser une angio-IRM chez les patients qui n'ont pas d'anomalie à la tomodensitométrie cérébrale ou à la ponction lombaire.

#### **VI. Cas particulier de la prise en charge des migraines (10)**

##### **A. Définition**

On ne peut parler vraiment de migraine qu'au-delà de 5 crises de céphalées typiques

Donc devant une première crise qui semble typique il faut d'abord éliminer les autres causes de céphalées aiguës brutales

##### **Critères d'IHS**

- Aux moins 5 crises
- Durée de 4 à 72 heures sans traitement
- Aux moins 2 caractéristiques suivantes
  - ✓ Unilatérale
  - ✓ Pulsatile
  - ✓ Modérée ou sévère
  - ✓ Aggravation par une activité physique de routine

- Au moins un des signes accompagnants suivants
  - ✓ Nausées et/ou vomissements
  - ✓ Photophobie et phonophobie
- Examen clinique normal entre les crises

**Si, 5 de ces critères, il s'agit d'une migraine sans aura au sens strict du terme.**

**Si un des ces critères est absent ou pas total, il s'agit d'une migraine sans aura probable.**

Le terrain : il s'agit en général de patients jeunes (moins de 40 ans) et de sexe féminin (ratio 3/1), possibilité de facteurs déclenchant

### **Migraine avec aura** :

L'aura est un ensemble de signes neurologiques qui précède la crise.

Les caractéristiques de l'aura d'après l'IHS :

- Développement progressif en 5-20 minutes
- Durée inférieure à 60 minutes
- Totalement réversible
- Toujours associée à une céphalée qui suit ou parfois chevauche

Elle peut être :

- Visuelle (phosphènes, amputation du champs visuel)
- Hémisensitif
- Hémiparésie
- Aphasie

### B. Les facteurs déclenchants

#### *1°Hormones*

Pillules  
TSH  
Règles  
Ménopause  
Grossesse

#### *2°Effort*

#### *3°Emotions*

#### *4°Changement de rythme de vie*

#### *5°Sommeil*

#### *6°Aliments*

Pas prouvé

### C. Traitement

#### *1°) crise atypique ou première crise*

La crise peut être atypique en durée, en intensité ou par la présence de signes neurologiques ou autres

dans tous les cas il faudra éliminer les autres causes de céphalées selon les signes cliniques et en s'aidant d'examen para cliniques ( inutiles dans une crise de migraine typique )

Un scanner cérébral sera demandé dans les cas suivants :

- Enfant de moins de 6 ans
- Modification du rythme ou de la présentation de la céphalée
- Aura atypique : brève, isolée, prolongée
- Signes de focalisation neurologique
- Douleur brutale en coups de tonnerre

2°) *crise typique chez un migraineux connu*

- Repos au calme : lumière tamisée, décubitus
- en première intention et en l'absence d'autre prise médicamenteuse
  - o paracétamol IV
  - o AINS IV
  - o Antiémétique IV
  - o Aspirine : à éviter tant que l'on n' a pas éliminé une cause hémorragique
- En l'absence d'amélioration ou si prise de ce traitement au domicile
  - o Triptan, en respectant les contre indications : traitement par ergot de seigle dans les 24 heures précédentes, traitement par IMAO, hypersensibilité à un des composants, pathologies cardiovasculaires ischémiques, HTA, grossesse et allaitement

Si la crise est bien calmée : retour à domicile avec courrier au médecin traitant et/ou un neurologue en l'absence de suivi neurologique.

Si la crise n'est que partiellement calmée : hospitalisation de 24 heures à l'HTCD

Se méfier des céphalées médicamenteuses induites par l'automédication

## **Conclusion**

La prise en charge des céphalées dans un service d'urgence n'est pas si facile que ça.

Il est important de mener un bon interrogatoire pour déceler les céphalées secondaires nécessitant des examens complémentaires en urgence car le pronostic vital peut être parfois engagé. Ce sont souvent des céphalées calmées par la prise de simple paracétamol !

Il faut aussi se méfier des céphalées inhabituelles chez les patients qui ont des céphalées primaires, savoir écouter le patient et prendre son temps, ce qui est parfois difficile dans un service d'accueil des urgences.



## **Bibliographie**

1. Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, Olesen J. Epidemiology of headache in a general population- a prevalence study. *J Clin Epidemiol* 1991; 44 : 1147-57
2. Edlow\*JA, Caplan LR, Avoiding pitfalls in the diagnosis of subarachnoid hemorrhage ; *N Engl J Med* 2000 ; 342 : 29-36.
3. Morgensterne LB, Luna-Gonzales H, Huber JC Jr, *et al.* Worst headache and subarachnoid hemorrhage. *Ann Emerg Med.* 1998; 32:297-304
4. Classification committee of the International Headache Society. The international classification of headache disorders. 2<sup>nd</sup> edition. *Cephalgia* 2004; 24 (Suppl 1) : 1-160
5. Ducros A, Valalde D, Bousser MG. Migraine et céphalées. Paris : *Doin*, 2005 : 505-511
6. Bousser MG, Ducros A, Massiou H. Migraine et céphalées. Paris : *Doin*, 2005 : 1-16
7. Boulan P, Ducros A, Berroir S, Bousser MG, Niclot P, Amarenco P. Urgences neurologiques. *Da Te Be* 2007 : 26
8. Sames TA, Stororrow AB, Finkelstein JA Magoon MR. Sensitivity of new-generation computed tomography in subarachnoid hemorrhage. *Acad Emerg* 1996; 3 : 16-20
9. Ducros A, Boukobza M, Porcher R, Sarov M, Valade D, Bousser MG. The clinical and radiological spectrum of reversible cerebral vasoconstriction syndrome. A prospective series of 67 patients. *Brain.* 2007 Dec;130(Pt 12):3091-101. Epub 2007 Nov 19.
10. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant : aspects cliniques et économiques. Recommandations de l'ANAES : Octobre 2002