

Prise en charge des céphalées aiguës aux urgences A propos de 50 cas

A. BENHMIDOUNE, R. HSSAÏDA*

*Service des urgences, Hôpital Militaire Avicenne, Marrakech

ملخص

صداع الرأس الحاد يشكل شكوى شائعة بقسم المستعجلات. نظرا لأسبابه المتعددة، فإنه يطرح إشكالية رئيسية و هي التمييز فيما بين صداع الرأس الأساسي الحميد و هو الأكثر شيوعا و صداع الرأس الثانوي الناتج عن خلل عضوي قد يشكل خطرا على حياة المريض. يجب إذن الحصول على تشخيص دقيق وذلك باستعمال محكم لوسائل التحقيق التي يتوفر عليها طبيب قسم المستعجلات (سوابق المريض، الفحص السريري، التصوير بالأشعة للدماغ، تحليل سائل الوعائية الدماغية). تقوم هذه الدراسة الإستراتيجية، إستنادا الى المراجع العلمية، باستعراض 50 حالة مرضية تمت معابنتها بقسم المستعجلات بالمستشفى العسكري ابن سينا بمرآكش خلال الفترة الممتدة من يناير 2006 إلى ديسمبر 2007. فقد حاولنا وصف المناهج التشخيصية و العلاجية التي إتبعها أطباء المستعجلات. شملت هذه الدراسة 50 مريضا (28 رجلا و 22 امرأة)، وأعمارهم تتراوح بين 17 و 78 سنة مع متوسط 49,2 عاما. مع إتباع معايير التشخيص كما أنشأتها المنظمة العالمية لصداع الرأس. تم تشخيص صداع الرأس كأولي عند 37 مريضا، من بينهم 28 حالة شقيقة، و كثنوي عند 13 مريض فقط، من بينهم 8 حالات إصابة بالدماغ. تم إنجاز فحص الدماغ بالسكانير عند 60% من المرضى و أظهر إصابات فقط في 23% من الحالات (7 مرضى). تطلبت حالة 14% من المرضى علاجا بقسم الإنعاش، 84% خضعوا لعلاج طبي في حين خضع 4 مرضى لعملية جراحية. تم تتبع 35 مريضا، من بينهم 20 مريض بالشقيقة، 6 مرضى بصداع التوتر و 9 مرضى بصداع الرأس الثانوي. 61,5% من المرضى بصداع الرأس الأولي الذين تم تتبعمهم قد تحسنوا، من بينهم 19% (3 مرضى) خضعوا للعلاج بالحجامة. وكانت هناك حالات وفاة ، واحدة بعد جلطة دماغية والأخرى بعد نزيف تحت غشاء الدماغ. أغلبية الأم الرأس ابتدائية، لكنه من الضروري دائما إقصاء الأسباب العضوية و التي قد تهدد حياة المريض .

الكلمات الأساسية : صداع الرأس الحاد - قسم المستعجلات - شقيقة.

Résumé Les céphalées aiguës sont un motif fréquent de consultation au service des urgences. Leurs causes étant multiples, le problème essentiel est de distinguer les céphalées essentielles, bénignes, les plus fréquentes, des céphalées symptomatiques d'une affection organique dont certaines peuvent engager le pronostic vital et sont donc des urgences médicales. Pour cela une démarche diagnostique minutieuse doit être entreprise utilisant de façon judicieuse les différents moyens d'investigation dont dispose le médecin des urgences (anamnèse, examen clinique, neuroimagerie, ponction lombaire). Ce travail rétrospectif, avec revue de la littérature, commente 50 dossiers de céphalées aiguës colligés au service des Urgences de l'Hôpital Militaire Avicenne sur une période s'étalant de Janvier 2006 à Décembre 2007. Nous avons essayé de décrire la conduite diagnostique et thérapeutique entreprise par les médecins du service. Notre étude a porté sur 50 patients (28 hommes et 22 femmes), leur âge variant entre 17 et 78 ans avec une médiane de 49,2 ans. Les critères diagnostiques étant ceux de l'International Headache Society. Le diagnostic de céphalées primaires a été retenu chez 37 patients, dont 28 avaient une migraine, et celui de céphalées secondaires chez seulement 13 patients dont 8 avaient une lésion cérébrale. Le scanner cérébral a été réalisé chez 60% des patients et n'a montré d'anomalies que dans 23% des cas (7 patients). 14% des patients ont nécessité des mesures de réanimation, un traitement médical a été entrepris chez 84% des patients avec une utilisation des triptans dans 17% des cas, 4 patients ont été opérés. 35 patients ont bénéficié d'un suivi clinique et thérapeutique après leur passage aux urgences, dont 20 patients migraineux, 6 souffrant de céphalées de tension et 9 patients avec des céphalées secondaires. 61,5% des patients suivis avec des céphalées primaires ont bien évolué dont 19% (3 patients) ont bénéficié de séances de Hijama. On a déploré deux décès, l'un des suites d'un hématome cérébral et l'autre des suites d'une hémorragie sous-arachnoïdienne post-traumatique. La grande majorité des céphalées aiguës est d'origine primaire, cependant il est essentiel de toujours écarter une pathologie organique ou mettant en jeu le pronostic vital.

Mots-clés Céphalées aiguës – Urgences – Migraine.

Abstract Acute headache is a common complaint among patients seeking care at an emergency department. The primary role of ED physicians is to discriminate between the most common primary benign headaches and secondary potentially life-threatening headaches. There are several tools at the physician's disposal to corroborate the diagnosis (anamnesis, examination, neuroimaging, lumbar puncture). This work which resumes the review of literature, comments retrospectively 50 observations of acute headaches gathered in the emergency department of Avicenna Military Hospital, during the period dating between January 2006 and December 2007. We tried to describe the diagnostic and therapeutic approach undertaken by the ED physicians. Our study focused on 50 patients (28 men and 22 women), their age ranging is between 17 and 78 years with a median of 49,2 years. The diagnostic criteria met those of the International Headache society. 37 patients were diagnosed with primary headaches, whom 28 of them with migraine, whereas only 13 had secondary headaches, whom 8 of them had a brain lesion. The brain scanner was performed in 60% of cases and showed abnormalities in 23% of cases (7 patients). 14% of patients needed reanimation measures; medical treatment has been undertaken at 84% of patients with using the triptans in 17% of cases, 4 patients had a surgery. 35 patients had a medical follow-up, including 20 cases of migraine, 6 tension-type headache and 9 secondary headaches. 61,5% of followed patients with primary headaches had a good evolution, 19% among them (3 patients) had wet-cupping therapy. We report two deaths which were caused by a post-traumatic subarachnoid hemorrhage and a cerebral hematoma. The overwhelming majority of headaches are primary; however it is capital to eliminate an organic or a life-threatening disease.

Key words Acute headaches – Emergency department - migraine.

Introduction

Les céphalées aiguës sont un motif fréquent de consultation en urgence. Elles constituent un symptôme banal et redouté à la fois. Leurs

causes étant multiples, le problème essentiel est de distinguer les céphalées essentielles bénignes, les plus fréquentes, des céphalées

symptomatiques d'une affection organique dont certaines peuvent engager le pronostic vital et sont donc de véritables urgences médicales.

Malades et méthodes

Notre étude est rétrospective descriptive portant sur 50 dossiers de patients admis aux urgences de l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech, pour le motif de céphalées aiguës, sur une durée s'étalant de Janvier 2006 à Décembre 2007. Les critères diagnostiques sont ceux de l'International Headache Society. Ce travail a permis de recueillir des données épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives sur les céphalées aiguës.

Résultats

Durant cette période nous avons colligé 50 patients, 28 hommes et 22 femmes. La moyenne d'âge est de 49.2 ans avec des extrêmes de 17 et 78 ans. 62% des patients se sont présentés aux urgences avec une douleur insupportable selon l'échelle visuelle simple, 36% avec une douleur intense et 2% ont jugé leur douleur comme modérée. 10 patients étaient déjà connus migraineux. L'examen neurologique a été normal chez 80% des patients. Le scanner a été réalisé chez 30 patients (60% des cas) et n'a révélé d'anomalies que chez 8 patients : deux hémorragies sous-arachnoïdiennes, deux tumeurs cérébrales bénignes (un méningiome et un angiome), deux accidents vasculaires cérébraux et deux hématomes cérébraux. La ponction lombaire a été réalisée chez 3 patients et a montré une méningite chez 2 d'entre eux. Le diagnostic de céphalées primaires a été retenu dans 74% des cas avec 56% de cas de migraine, et les céphalées étaient secondaires dans 26% des cas. Les différents diagnostics retenus sont résumés dans le tableau 1.

Tableau 1 : Les différents diagnostics retenus

Diagnostic	%
Céphalées primaires	74
Migraine	56
Céphalées de tension	12
Céphalées primaires non étiquetées	4
Céphalée chroniques quotidiennes	2
Céphalées secondaires	26
Lésion cérébrale	16
Hémorragie sous-arachnoïdienne	4
Accident vasculaire cérébral ischémique	2
Accident vasculaire cérébral hémorragique	2
Méningiome cérébral	2
Angiome cérébral	2
Hématome cérébral	4
Méningite	4
Maladie de Horton	2
Rétrécissement aortique	2
Hypertension artérielle	2

En matière de prise en charge : 14% des patients ont nécessité des mesures de réanimation, 84% ont reçu un traitement

médical (figure 1) et 8% ont subi une intervention chirurgicale.

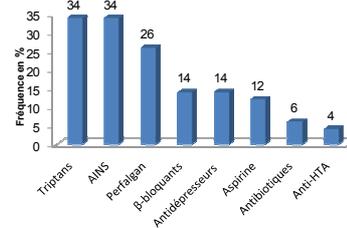


Figure 1 : Les traitements médicaux et leur fréquence d'utilisation

Le diagnostic le plus fréquemment retenu était celui de la migraine chez 56% des patients, dont 54% sont des hommes et 46% des femmes. 60.71% des patients migraineux ont reçu des traitements à base de triptans. Après leur passage aux urgences, 35 patients ont bénéficié d'un suivi clinique et thérapeutique dont 20 patients migraineux, 6 souffrant de céphalées de tension et 9 patients avec des céphalées secondaires. 61.5% des patients suivis avec des céphalées primaires ont bien évolué dont 19% (3 patients) ont bénéficié de séances de Hijama. On a déploré deux décès, l'un des suites d'un hématome cérébral et l'autre des suites d'une hémorragie sous-arachnoïdienne post-traumatique.

Discussion

Les céphalées aiguës sont une cause fréquente d'admission dans les services d'urgence (1,5 à 2,5% des passages) [4,11] et leurs étiologies sont multiples. La classification de référence est celle de l'International Headache Society (tableau 2) [8,10,12]. Les migraines et céphalées apparentées représentent 25 à 55% des céphalées dans les services d'urgence [20], alors que dans notre étude elles ont atteint 74% ; les céphalées associées à des pathologies systémiques : 33 à 39% [20], contre seulement 10% dans notre série ; et les céphalées secondaires à des lésions intracérébrales : 1 à 15% [20], 16% dans notre série. Le problème essentiel est de faire la distinction entre les céphalées primaires et les céphalées symptomatiques ou secondaires attribuées à une affection organique en particulier neurologique qui peuvent nécessiter un bilan. Un schéma de prise en charge diagnostique peut être proposé (figure 2) [16,17]. Il faut souligner l'importance d'une prise en charge spécialisée aux urgences car il a été démontré un plus faible rendement des examens d'imagerie cérébrale en l'absence de signes cliniques d'orientation [13]. Il a, d'autre part, été montré qu'un bilan d'imagerie, réalisé en urgence pour céphalée, n'objective des anomalies intracérébrales que dans 2,5 à 10% des cas [14,15], ce chiffre a atteint 23% dans notre étude.

Tableau 2 : Etiologies des céphalées

Céphalées primaires
1. Migraine
2. Céphalée de tension
3. Algie vasculaire de la face et autres céphalées trigémino-Vasculaires
4. Autres céphalées primaires : — Céphalée en coup de poignard ; — Céphalée déclenchée par le froid ; — Céphalée de la toux ; — Céphalée bénigne d'effort ; — Céphalée liée à l'activité sexuelle ; — Céphalée hypnique ; — Céphalée en coup de tonnerre ; — Hemicrania continua ; — Céphalée récente quotidienne persistante.
Céphalées secondaires
5. Céphalées attribuées à un traumatisme
6. Céphalées attribuées à une atteinte intracrânienne vasculaire
7. Céphalées attribuées à une atteinte intracrânienne non vasculaire
8. Céphalées toxiques iatrogènes ou de sevrage
9. Céphalées attribuées à une infection
10. Céphalées attribuées à une trouble de l'homéostasie : hypoxie, HTA
11. Céphalées ou algies faciales
12. Céphalées attribuées à un trouble psychiatrique
13. Névralgies crâniennes et causes centrales de douleurs faciales
14. Autres céphalées

(4% dans notre série) suivie par la méningite (4% dans notre série), puis l'hypertension intracrânienne (aucun cas dans notre série), l'ischémie et l'hémorragie cérébrale (6% dans notre série) et la poussée d'hypertension artérielle (2% dans notre série).

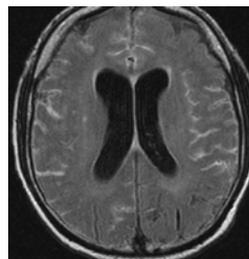


Figure 3 : Coupe axiale en séquence FLAIR. Hypersignal épousant les contours du cortex, dans les espaces sous-arachnoïdiens des deux vallées sylviennes et inter-hémisphérique : hémorragie sous-arachnoïdienne.

En matière de prise en charge des céphalées aiguës aux urgences, les approches diagnostiques et thérapeutiques doivent être simultanées, le soulagement rapide du patient permettant un meilleur interrogatoire, examen clinique et donc une meilleure prise en charge. Quand l'orientation est en faveur d'une céphalée primaire la question thérapeutique devient centrale et spécifique et la place des examens complémentaires, limitée ou absente. Dans le cas d'une orientation en faveur d'une céphalée secondaire, un traitement antalgique non spécifique est nécessaire, mais seule la mise en évidence d'une étiologie améliorera définitivement ou durablement le patient [2]. La migraine reste le diagnostic le plus fréquemment retenu devant des céphalées (56% dans notre série), cependant l'utilisation de traitement spécifique de la crise reste limitée aux urgences et représenté essentiellement par les triptans, entre 17 et 46% selon les différentes études [7], et 34% dans notre étude. Les céphalées de tension quelles que soient leurs fréquences représentent la catégorie de céphalées la plus fréquente et concernent 30 à 78% de la population [9], nous avons répertorié dans notre série 12% de cas de céphalées de tension. Les patients diagnostiqués aux urgences avec migraine ou céphalées de tension doivent bénéficier d'un suivi clinique afin de déterminer la fréquence des crises et leur impact sur la qualité de vie, critères déterminants pour le choix d'un traitement prophylactique spécifique. 85% des patients souffrant de céphalées ont essayé des thérapies alternatives, et 60% disent avoir perçu un effet bénéfique de ces thérapies [3]. Une étude récente a démontré que des séances de Hijama diminuaient de façon significative la fréquence et la sévérité des crises de migraine et des céphalées de tension [19]. Dans notre étude, les trois patients ayant bénéficié de séances de Hijama (2 patients

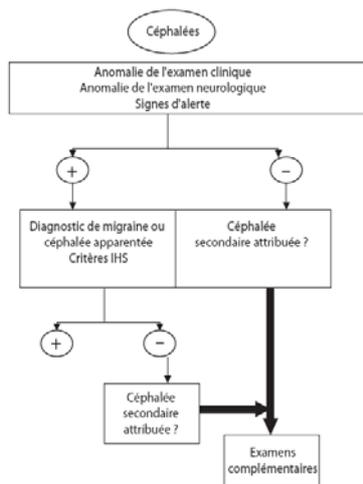


Figure 2 : Conduite à tenir devant une céphalée

Par ailleurs, trois critères cliniques ont été identifiés comme signes de gravité des céphalées aiguës [5] : l'âge supérieur à 50 ans (44% dans notre série), le début brutal (86% dans notre série) et des anomalies à l'examen neurologique (20% dans notre série). Les étiologies des céphalées aiguës secondaires par ordre de fréquence et de gravité sont [1] : l'hémorragie sous arachnoïdienne (figure 3) [6]

migraineux et un patient avec céphalées de tension) ont rapporté ces mêmes résultats.

Conclusion

La prise en charge des céphalées aiguës reste complexe. Malgré la grande fréquence des céphalées primaires bénignes, le praticien doit s'attacher à adopter une démarche systématique afin de ne pas méconnaître une étiologie secondaire qui pourrait bénéficier d'une prise en charge parfois très spécifique, mais obligatoirement rapide.

Références

- 1-Michelet P. Régulation des céphalées aiguës par le SAMU. Urgence pratique 2008 N°91
- 2-Valade D, Ducros A, Elkharrat D. «Quelle céphalée ne requiert pas de neuro imagerie d'urgence?». Bourrier P, ed Céphalées en urgence. Paris : Masson 2001;(5):43-49.
- 3-Young WB, Pozo-Rosich P, Paolone MF. Alternative therapies for headache. Current Treatment Options in Neurology 2003;(5):441-453.
- 4-Gardinali M, Bernareggi M, Magni S. Headache in the emergency department. Neurol Sci 2004;(25):S192-S195.
- 5-Locker TE, Thompson C, Rylance J, Mason SM. The utility of clinical features in patients presenting with non-traumatic headache: an investigation of adult patients attending an emergency department. Headache 2006;(46):954-961.
- 6-Naggara O, Gauvrit JY, Oppenheim C, Rodrigo S, Pruvo JP, Meder Jf. Imagerie des céphalées. Feuilles de Radiologie, 2005 ;(45) n° 5:345-354.
- 7-Kalra Arun A., Elliott D. Acute migraine: Current treatment and emerging therapies. Therapeutics and Clinical Risk Management 2007;(3):449-459.
- 8-Boussier MG, Massiou H. Nouvelle classification internationale des céphalées. EMC-Neurologie 2004;(1):366-374.
- 9-Fumal A, Schoenen J. Céphalées de tension. Rev Neurol (Paris) 2005; (161): 6-7, 720-722.
- 10-Le Jeune C. Céphalées et migraine. Annales D ' ORL et de Chirurgie cervico-faciale 2007;(124): S45 – S49.
- 11-Sztajnkrzyver M, Jauch EC. Unusual headaches. Emerg Med Clin North Am 1998;(16):741-760.
- 12-The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. Cephalalgia 2004;(24):9-160.
- 13-Frishauf BM. Neuroimaging in presumed primary headache disorders. Semin Neurol 1997;(17):373-382.
- 14-Ramirez-Lassepas M, Espinosa CE, Cicero JJ, Johnston KL, Cipolle RJ, Barber DL. Predictors of intracranial pathologic findings in patients who seek emergency care because of headache. Arch Neurol 1997;(54):1506-1509.
- 15-Rothrock SG, Buchanan C, Green SM, Bullard T, Falk JL, Langen M. Cranial computed tomography in the emergency evaluation of adult patients without a recent history of head trauma: a prospective analysis. Acad Emerg Med 1997;(4):654-661.
- 16-Moulin T, Berger E, Lemounaud P, et al. Emergency neurology consultations in the university hospital setting: contribution of the neurologist to inpatient management. Rev Neurol (Paris) 2000;(156):839-847.
- 17-Newman LC, Lipton RB. Emergency department evaluation of headache. Neurol Clin 1998;(16):285-303.
- 18-Gauvrit JY, Leclerc X, Savage J, Pruvo JP, Oppenheim C, Meder JF, Moulin T. Céphalées dans un contexte d'urgence. J. Neuroradiol., 2004;(31):262-270.

- 19-Ahmadi A, Schwebel DC, Rezaei M. The efficacy of wet-cupping in the treatment of tension and migraine headache. Am J Chin Med. 2008;(36):37-44.
- 20-Newman LC, Lipton RB. Emergency department evaluation of headache. Neurol Clin 1998;(16):285-303.