

**8ème congrès national et 3ème congrès Pan Arabe de lutte contre la douleur
Alger 3, 4 et 5 octobre 2012**



Céphalées au service des urgences médicales du CHU Oran

S. Benbernou - D. Lounis - K. Henkouche - A. Azza - K. Bouyacoub –
M. Goulman - D. Alachaher - A. Bensmaili - O. Bellounar - B. Benmeziane -
N. Mahieddin - M. Guellami - **Professeur Houria Mokhtari-Djebli**
Service des Urgences Médicales CHU Oran

“Lorsque les maux de tête sont là,
tout le corps est malade ”

Proverbe anglais



Introduction

- La céphalée est un motif de consultation extrêmement courant dans les services d'urgences (SU)

Certaines céphalées sont révélatrices de graves maladies sous-jacentes, mais heureusement dans la majorité des cas l'origine est bénigne.

Headache in the Emergency Department

Carrie E. Robertson , David F. Black, and Jerry W. Swanson

Les céphalées

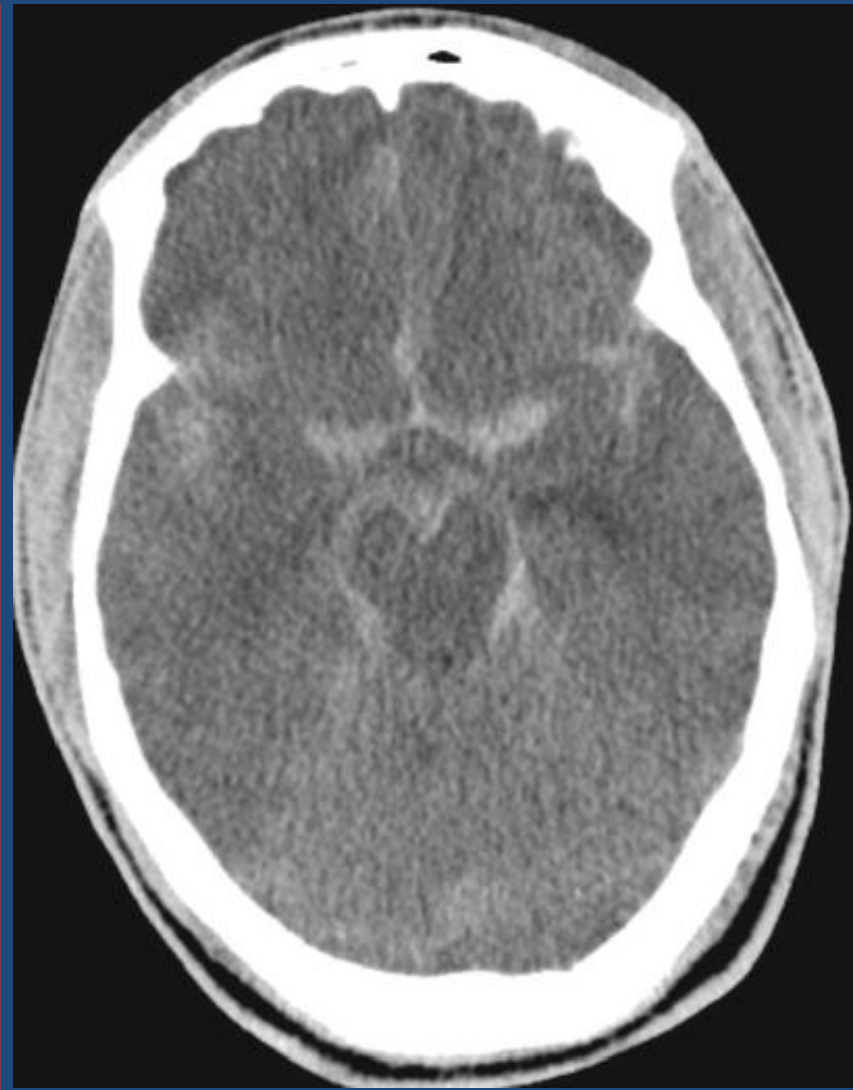
Définition

- Les **céphalées**, appelées habituellement **maux de tête**, sont définies classiquement comme des **douleurs de la tête**.
- 95% à 100% de la population générale a eu moins une fois un épisode de céphalée durant leur vie.
- Motif de consultation très fréquent aussi bien au près des médecins généralistes que des médecins spécialistes.

Tout mal de tête qui est inhabituel pour le patient, surtout s'il ya une douleur ou une raideur du cou associées, doit évoquer la possibilité d'une hémorragie sous-arachnoïdienne

HSA

•



1-4% des céphalées secondaires sont des HSA

Epidémiologie des céphalées dans les services d'urgence

- 4 ème motif pour les céphalées dans les services d'urgence pendant les années ans et plus
- 3 ème raison pour les céphalées chez les femmes et 7 ème chez les hommes
- 3,3 millions de consultations au SU ce qui représente un total de plus de 119 millions de consultations.

Céphalée d'apparition soudaine est un drapeau rouge

Epidémiologie des céphalées dans les services d'urgences

- Entre 1992 et 2001: 2/3 des céphalées étaient primaires.
- La grande majorité des céphalées secondaires étaient bénignes et 2% étaient secondaires à des pathologies graves et jusqu'à 4 % dans d'autres séries
-

Goldstein JN, Camargo Jr CA, Pelletier AJ, Edlow JA. Headache in United States emergency departments: demographics, work-up and frequency of pathological diagnoses. *Cephalalgia*. 2006;26(6):684–90.

Impact des céphalées

- La céphalée est une expérience quasi universelle de l'homme avec un grand impact sur la santé publique.
- Un travail publié résume l'énorme impact social des céphalées avec comme conséquence l'absentéisme et la réduction de l'efficacité au travail.

Stovner LJ, André'e C, on behalf of the Eurolight Steering Committee (2008) Impact of Headache in Europe: a review for the Eurolight project. J Headache Pain 9:139–146

Problèmes ?

1. Les Céphalées sont fréquentes
2. La majorité sont bénignes
3. Certaines d'entre – elles peuvent engager le pronostic vital
4. Le service des urgences n'est pas le meilleur endroit pour évaluation et le traitement des céphalées
5. Risque d'oublier certaines étiologies
6. A quel moment doit-on indiquer le scanner cérébral

Classification des céphalées

```
graph TD; A[Classification des céphalées] --> B[Céphalées Primaires]; A --> C[Céphalées Secondaires]; B --> D["Les céphalées bénignes<br/>Migraine (avec ou sans aura)<br/>Céphalées de tension<br/>Les céphalées de Horton<br/>Céphalées secondaires à la<br/>surutilisation des drogues<br/>(effet rebond)"]; C --> E["Céphalées<br/>symptôme d'une<br/>maladie organique"];
```

Céphalées Primaires

Les céphalées bénignes
Migraine (avec ou sans aura)
Céphalées de tension
Les céphalées de Horton
Céphalées secondaires à la
surutilisation des drogues
(effet rebond)

Céphalées Secondaires

Céphalées
symptôme d'une
maladie organique

Céphalées Secondaires

Headache type	What to look for	Testing
Subarachnoid hemorrhage	Sudden onset May have decreased consciousness, possible neck stiffness	CT without contrast. If no acute blood, check CSF for xanthochromia
Intracranial hemorrhage	Focal neurologic signs, altered mentation, possible seizures	CT without contrast
Cerebral venous sinus thrombosis	Headache may be postural (worse supine) and may worsen with Valsalva. Check for papilledema	MRV preferred. CT <i>with contrast</i> may reveal Delta sign. CSF may be normal or have increased pressure or elevated protein concentration
Cervicocephalic arterial dissection (carotid or vertebral)	May have associated neck pain Check for presence of Horner's sign and other neurologic deficits	MRI and MRA of head and neck. Can start with carotid ultrasound or get CTA if MRI not available
Pituitary apoplexy	Often have nausea May have change in consciousness, visual loss, or double vision May present with pituitary insufficiency	Start with CT if acute to look for blood. However, MRI may be required
Acute hypertensive crisis	Presence of hypertension, usually more than 180/110	Need to rule out other causes of headache with high BP ECG Consider CT head for blood, stroke, or PRES MRI is more sensitive for PRES
Spontaneous intracranial hypotension	Postural headache, better supine, worse upright	MRI to look for pachymeningeal enhancement and low-lying cerebellar tonsils Can check LP for opening pressure
Reversible cerebral vasoconstriction syndrome (RCVS)	May present with recurrent thunderclap headache, occipital or diffuse May have photophobia, nausea	Cerebral angiogram is gold standard; can check MRA or CTA
Ischemic stroke	New neurologic deficits, especially in a vascular distribution	MRI with diffusion-weighted imaging

Schwedt TJ, Matharu MS, Dodick DW. Thunderclap headache. *Lancet Neurol.* 2006;5(7):621–31.

Céphalées Secondaires

Headache type	What to look for	Testing
Third ventricular colloid cyst	Headache often positional, can be followed by syncope or even death if hydrocephalus is severe	CT often sufficient, but MRI may be required
Acute expansion of mass in posterior fossa	May have reduced consciousness, cerebellar signs, or asymmetric pupils if associated with herniation	CT head should show mass effect
Intracranial infection (e.g., bacterial meningitis)	Fever, chills, meningismus, leukocytosis	CSF studies; MRI may show meningeal enhancement
Primary sexual or exertional headache	Sudden onset before, during, or right after orgasm or peak of exertion. Look for previous episodes	Diagnosis of exclusion (especially if this is the first occurrence); specifically need to rule out aneurysm with SAH and RCVS
Primary cough headache	Sudden onset with cough or strain, lasting minutes (1 s to 30 min)	Diagnosis of exclusion
Glaucoma	Slowly responsive dilated pupil, with ipsilateral pain	Ophthalmology consult
Primary thunderclap headache	Maximum intensity in <1 min. Lasts 1 h to 10 days	Diagnosis of exclusion

Schwedt TJ, Matharu MS, Dodick DW. Thunderclap headache. *Lancet Neurol.* 2006;5(7):621–31.

Diagnostic des céphalées aux Urgences

Place fondamentale de l'INTERROGATOIRE.

Préciser les antécédents céphalalgiques du patient avant d'aborder la céphalée en cours

« Etes vous d'habitude sujet à des céphalées et depuis combien de temps » si oui

« Céphalée en cours est similaire ou aux céphalées habituelles »

3
situations

Antécédents
céphalalgiques:
céphalée / céphalées
habituelles

Céphalée
secondaire

≠

céphalées
habituelles.

Céphalée Bénigne

=

céphalée
habituelle.

Pas d'ATCD de céphalées

=

Céphalée secondaire.

Les signes cliniques importants à rechercher pour les céphalées aux urgences

- Fièvre et/ou altération de l'état général.
- Raideur du coup et/ou du rachis.
- Signes neurologiques déficitaires (parésie, hypoesthésie, hémianopsie latérale homonyme, dysarthrie, trouble oculomoteur, troubles de la coordination des gestes, nystagmus, instabilité, troubles des fonctions supérieures comme l'aphasie).
- Œdème papillaire au FO.

En pratique... céphalée aiguë aux urgences

(Guidelines nord-américains: Ann Emerg Med octobre 2008;52:407)

- **1. La réponse thérapeutique est-elle prédictive d'une étiologie?**
 - Niveau de preuve C: non (quel que soit le traitement)
- **2. Quelle imagerie pour quel malade?**
 - Niveau de preuve B:
 - Céphalée avec signes neurologiques récents (déficit, confusion, trouble de conscience, troubles cognitifs) = scanner sans injection en urgence
 - Céphalée récente, brutale (« coup de tonnerre ») et intense = scanner en urgence
 - Malade VIH avec céphalée inhabituelle = imagerie en urgence
 - Niveau de preuve C
 - Malade de plus de 50 ans avec céphalée récente et examen neurologique normal = imagerie à programmer avant sortie des urgences

En pratique... céphalée aiguë aux urgences

(Guidelines nord-américains: Ann Emerg Med octobre 2008;52:407)

- **3 . Si scanner sans injection normal: PL ou non ?**
 - Niveau de preuve B
 - Céphalée récente, brutale (« coup de tonnerre ») avec scanner sans injection normal = PL
 - *limites du scanner:*
 - *non identification des petites hémorragies méningées (HM) ou des HM dans des zones artéfactées*
 - *Incapacité à diagnostiquer HIC idiopathique, méningite, dissection artérielle, certaines thrombophlébites cérébrales*
 - *Lecture opérateur dépendante*
 - *Sensibilité diminuée pour visualiser le sang en cas d'anémie (<10g)*
 - *Diminution de sensibilité avec le temps*
 - « Aucune imagerie n'est actuellement sensible à 100% pour le diagnostic des HM et des lésions intracrâniennes significatives »

En pratique... céphalée aiguë aux urgences

(Guidelines nord-américains: Ann Emerg Med octobre 2008;52:407)

- **4 . PL avant imagerie: chez quel malade?**
 - Niveau de preuve C
 - Pas de PL si céphalée et signes évoquant une hypertension intracrânienne (œdème papillaire, veines non pulsatiles au FO, trouble de conscience, déficits focaux)
 - PL avant imagerie si absence de signes cliniques évocateurs d'HTIC
- **5 . Faut-il d'autres examens d'imagerie en urgence si scanner et PL sont négatifs?**
 - Niveau de preuve B
 - « Lorsque le scanner crânien et la PL (avec analyse biologique et mesure de la pression de LC) sont normaux, l'angiographie n'est pas nécessaire en urgence. Un suivi est recommandé. »

Drapeau Rouge



- Symptômes neurologiques focaux
Aura <5 mn ou> 1 heure
- Troubles cognitifs
- L'examen neurologique anormal
- Céphalée Coup de tonnerre
- Variation des maux de tête
- Nouvelle céphalée
- Les patients > 50 ans (artérite à cellules géantes, des tumeurs, SDH)
 - VIH
 - Cancer
 - Immunodéprimés

Drapeau Rouge



- Céphalée
 - D'aggravation progressive
 - Les modifications de la position
 - Précipitée par un effort physique
 - Réveil du patient
- Raideur de la nuque
- Fièvre
- Le patient revient avec des céphalées

Matériel et Méthode

- Avec une population d'environ un million d'habitants, Oran est la deuxième grande ville en Algérie.
- Le service des urgences médico-chirurgicales du CHUOran représente le principal centre d'accueil des urgences.
- Le triage des malades se fait par les médecins généralistes, qui en fonction de la pathologie oriente les malades vers les différents services.
- Sachant que le service de neurologie du CHUOran n'assure pas les urgences.
-

- Il s'agit d'une étude prospective, réalisée pendant le mois de mai 2012 par les médecins généralistes du service des urgences médicales du CHUOran.

- Les données étudiées étaient l'âge, le sexe, le temps d'apparition des céphalées, les antécédents familiaux, la fréquence des céphalées, l'intensité de la douleur évaluée par l'échelle visuelle analogique (EVA), les signes associés, céphalée primaire ou secondaire et le traitement pharmacologique.

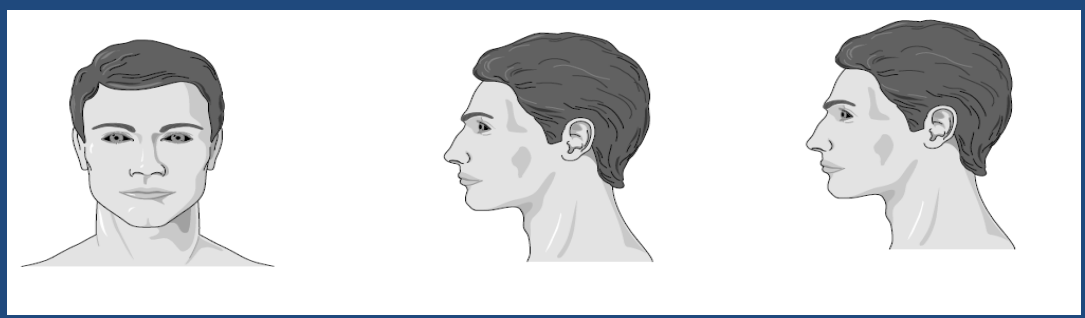
QUESTIONNAIRE CEPHALEE

Numéro : _____ Date : _____
Nom : _____ ÂGE: _____

S'il vous plaît répondre aux questions suivantes S'il vous plaît donner les détails nécessaires pour réponses «oui». Nous sommes conscients que cette formulaire est long, mais quand il est rempli avec soin il nous permet de consacrer plus de temps à vous examiner.

Description de la maladie actuelle

- 1a. Mes maux de tête ont commencé sur:
 - 1b. Fréquence des céphalées : jour semaine mois, trois mois de l'année (cercle)
 - 1c. céphalées récentes il ya quelques :minutes secondes: jours heures (cercle)
 - 1d. Décrire le mal de tête vous rencontrez (encercler un ou plusieurs)
- | | | | | |
|-----------|-----------|-------------|-----------|------------|
| lancinant | palpitant | martèlement | constante | serré |
| pressant | pression | net | broyage | étai bande |
- autre:
- 1: Mes maux de tête sont situés (marquer l'emplacement, un ou plusieurs)



Questionnaire
céphalée

Associations

- 2. Maux de tête est accompagné d'(cercle)**
- diarrhée
 - vertiges
 - paupière tombante
 - la tendresse du visage
 - fièvre
 - sensibilité à la lumière
 - perte de conscience
 - nausées ou vomissements
 - raideur de la nuque
 - sensibilité au bruit
 - engourdissement dans le visage / bras / jambe
 - œil rouge, larmoiement
 - nez qui coule / congestion
 - oedeme des chevilles
 - troubles de la parole
 - troubles visuels
 - faiblesse dans le visage / bras / jambe

- autre:
- 3A. Est-ce votre mal de tête provoqué par l'un des suivante: (cercle)**
- Alcool
 - La pression barométrique ou la météo
 - Penché sur
 - Tension artérielle
 - Certains aliments (tels que le fromage ou au chocolat)
 - Les rhumes
 - Toux
 - La dépression, l'anxiété, les nerfs, ou le stress
 - Effort
 - Fatigue
 - Chaleur, douches chaudes
 - Mouvement de la tête
 - Les menstruations
 - Sauter un repas
 - Odeurs
 - Sel
 - Saisons
 - Avalement
 - Sommeil ou manque de sommeil
 - Heure du jour
- autre:

Résultats

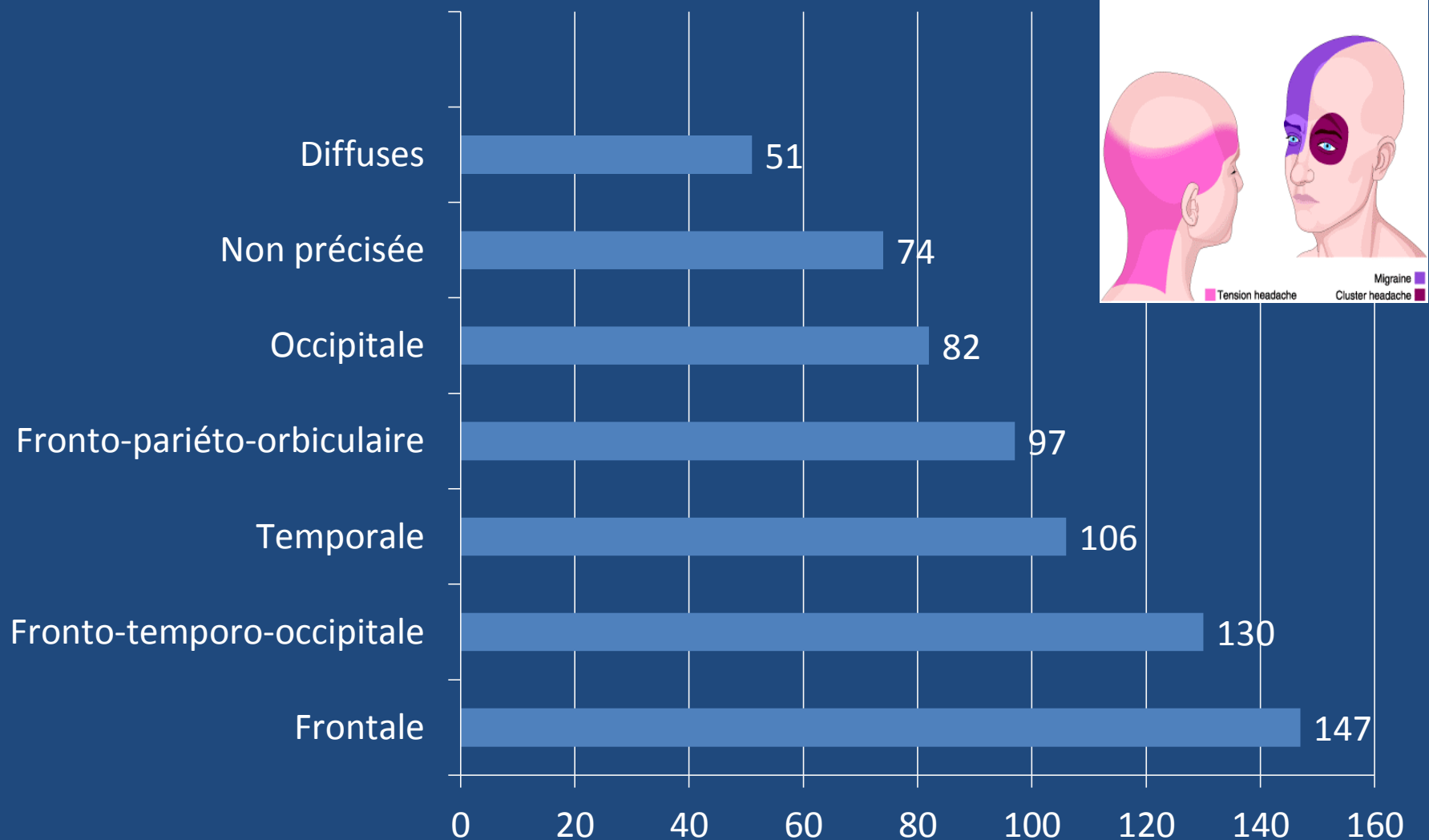
Céphalées aux UMC CHU. Oran

- Parmi les 10350 patients vus en consultation aux UMC :
- 694 avaient consulté pour céphalées ce qui représente 6.7 % des consultations.
- 69.2 % étaient des femmes
- 30.8 % étaient des hommes
- Sex-ratio: 0.44
- Moyenne d'âge: 39.72

Fréquence des céphalées	Nombre de malades
1 fois par semaine	50%
1 fois par jour	12.5 %
Tous les mois	25 %
Tous les 3 mois	8%
Non précisée	4.5 %

Caractéristiques des céphalées	Nombre de malades
Pression	29.16 %
Martèlement	16.6 %
Pulsatile	20.83%
Broyage	4.1%
Étau en bande	16.6 %
Constante	8 %

Localisations des céphalées

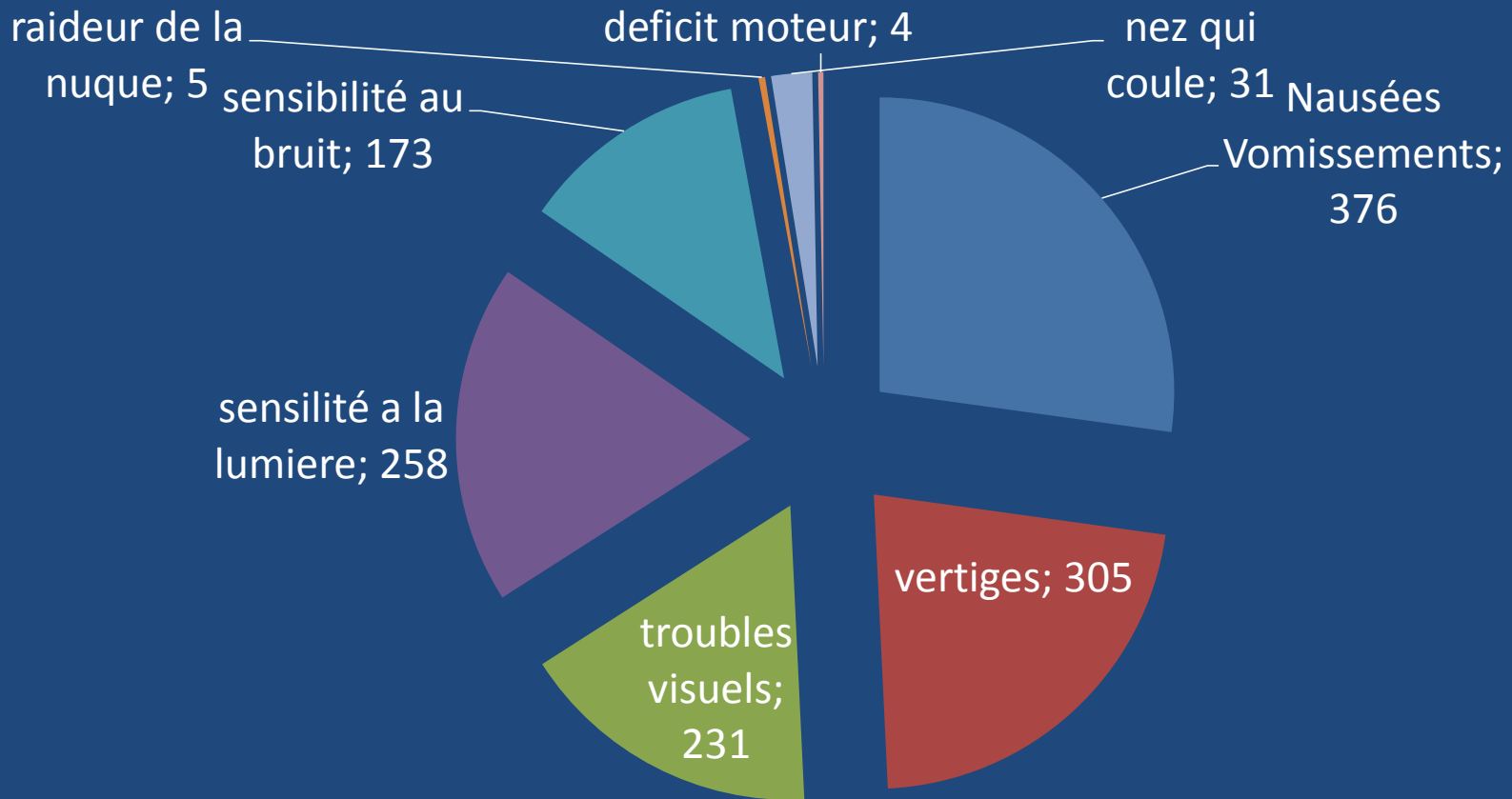


Les facteurs déclenchants les plus fréquemment retrouvés sont : le stress (17%), Changement de posture (15%), la toux, la fatigue, le rhume, et poussée hypertensive.

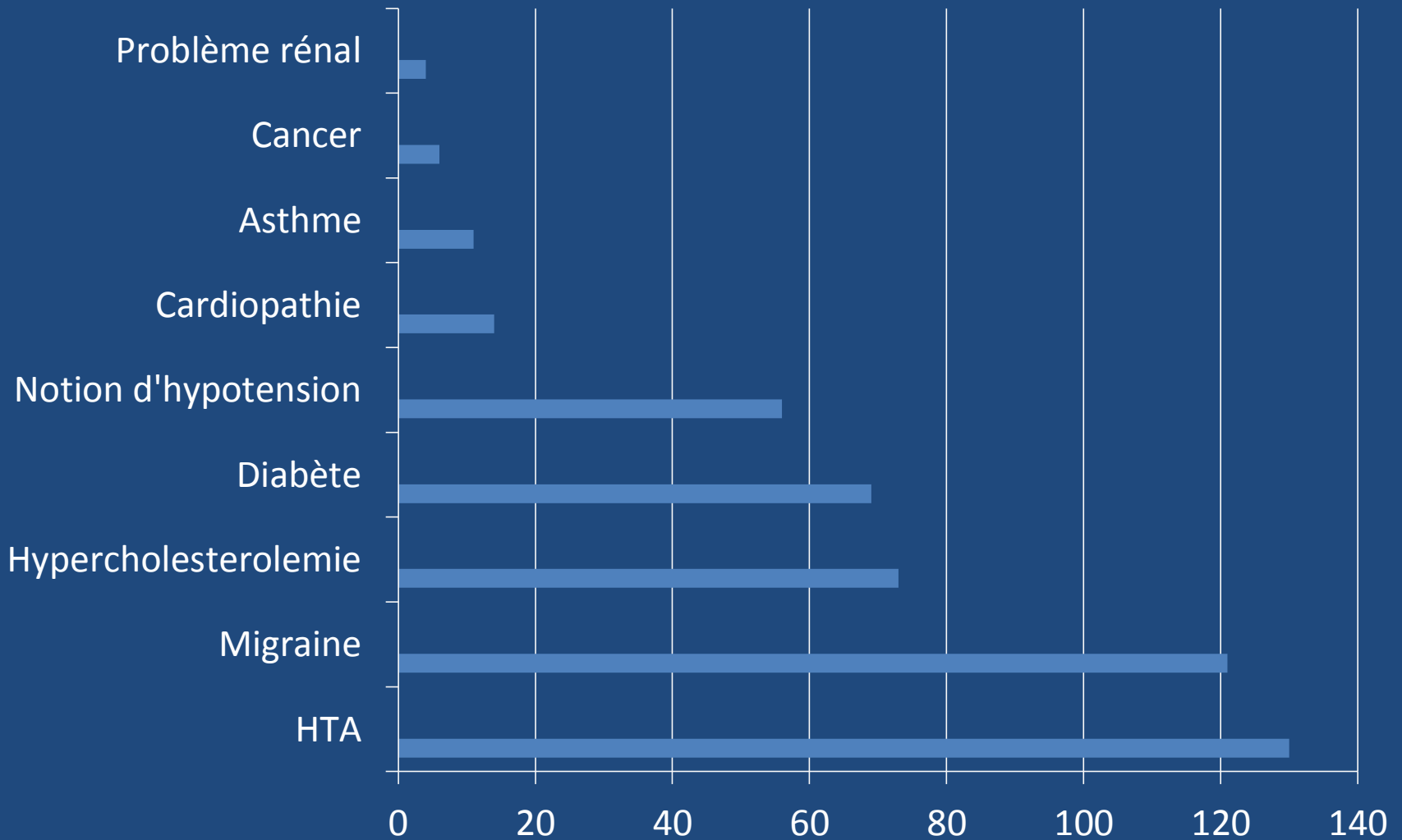
Les moyens utilisés par le malade pour les soulager sont paracétamol (37.5 %), sommeil (16.6 %), bandeau autour de la tête (8.3 %), Compresses froides (5 %), et la nourriture (4.16 %).

Médicaments pris par les malades sont: 23 % des contraceptifs, 17 % traitement Antihypertenseurs, 12.5 % Antibiotiques 6 % Antidiabétiques Oraux et 3 % Insuline.

Signes Associés



Antécédents



Diagnostic des céphalées au service des UMC CHU Oran

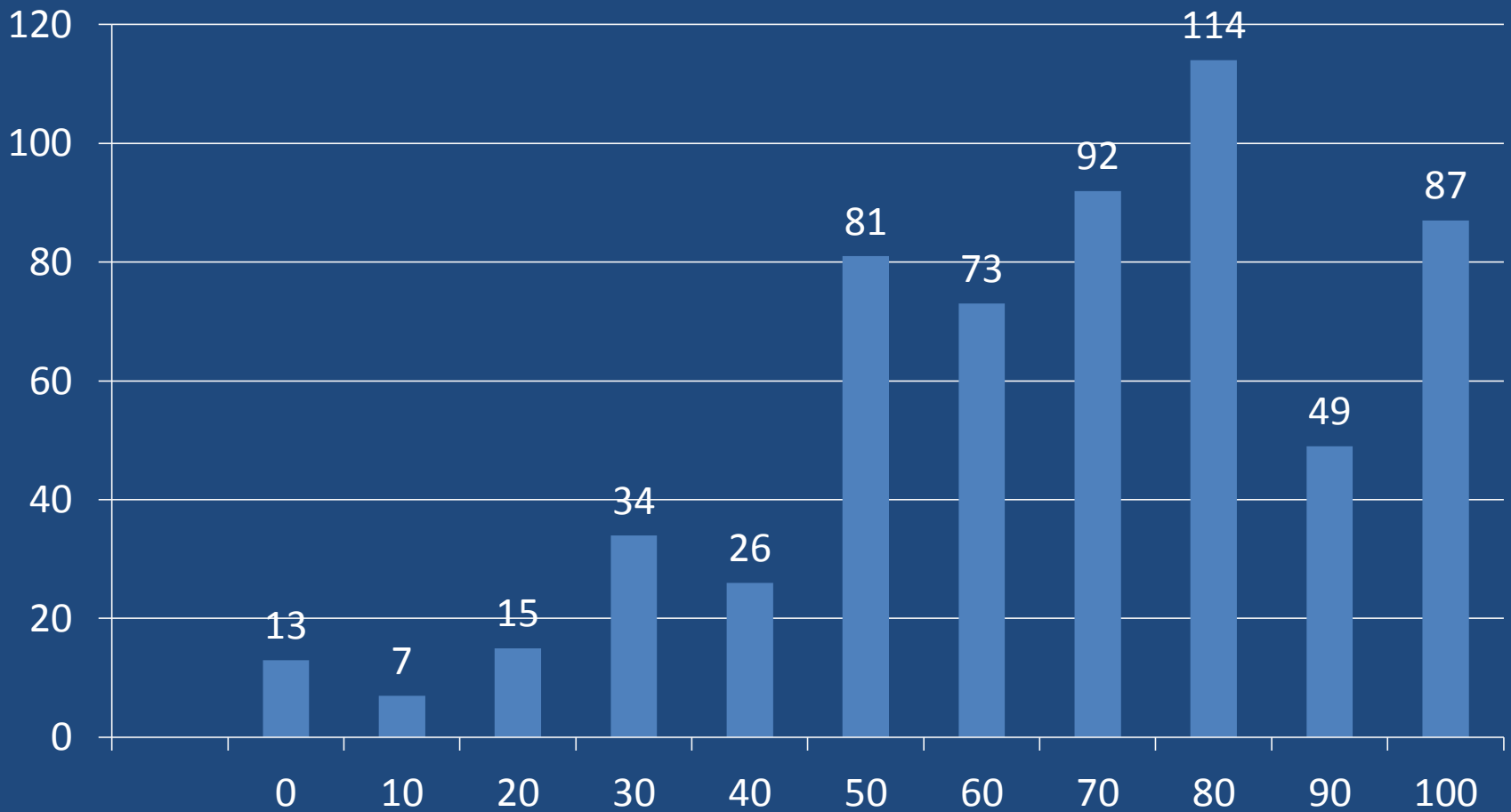
Diagnostic	n°
Céphalée de Tension	222 (32 %)
Migraine	126 (18.1 %)
Céphalée secondaire (HTA, Rhume, stress sinusite, HSA, AVC ischémique, Hématome intraparenchymateux, TVC méningite)	143 (20.60%)
Céphalée non précisée	203 (29.2 %)

Diagnostic des céphalées secondaires

- Poussée hypertensive :123 malades
- Rhume: 6 malades
- Sinusite: 5 malades
- Hémorragies sous arachnoïdienne: 2 malades
- Méningite: 2 malades
- AVC ischémiques : 3 malades
- Hématome intra parenchymateux: 1 malade
- Thrombose veineuse cérébrale :1 malade

Evaluation de la douleur

EVA



Examens Complémentaires

- 6.05 % d'hospitalisation
- Un scanner cérébral a été demandé chez 76 patients ce qui représente 11 % de l'ensemble des malades consultant pour des céphalées
- PL : 3 dans suspicion de méningite
- RX des sinus : 6

Conduite à tenir

- 6.05 % d'hospitalisation
- La thérapeutique prescrite aux urgences a été paracétamol (31 %) et ibuprofène (13 %)

Conclusion

- La céphalée est un motif de consultation extrêmement courant dans les services d'urgences.
- Certaines céphalées sont révélatrices de graves troubles sous-jacents .
- L'Elaboration de protocoles de prise en charge sur la base des recommandations internationales permettra de ne pas passer a coté de certaines pathologies graves d'une part et de mieux prendre en charge les céphalées primaires.
- Les céphalées primaires sont source de douleur et représente un handicap pour un certain nombre de patients, sans oublier leur impact sur le rendement et l'efficacité dans le travail