



UNIVERSITÉ DE LIMOGES

Faculté de Médecine

ANNÉE 2014

THÈSE N°

**Céphalées aiguës aux urgences du CHU de Limoges
État des lieux et proposition d'un protocole pour la
prise en charge**

THÈSE POUR LE DIPLÔME DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 22 Septembre 2014

Par

Alexandra APPERT DÈCLE

Née le 11 Mars 1986, à Évry

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur COURATIER..... Président

M. le Professeur MAGY.....Juge

M. le Professeur BUCHON.....Juge

Mme le Docteur VALLEJO.....Directeur de thèse



UNIVERSITÉ DE LIMOGES

Faculté de Médecine

ANNÉE 2014

THÈSE N°

**Céphalées aiguës aux urgences du CHU de Limoges
État des lieux et proposition d'un protocole pour la
prise en charge**

THÈSE POUR LE DIPLÔME DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 22 Septembre 2014

Par

Alexandra APPERT DÈCLE

Née le 11 Mars 1986, à Évry

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur COURATIER..... Président

M. le Professeur MAGY.....Juge

M. le Professeur BUCHON.....Juge

Mme le Docteur VALLEJO.....Directeur de thèse

UNIVERSITE de LIMOGES
FACULTE de MEDECINE

TITRES des PROFESSEURS et MAITRES de CONFERENCES des UNIVERSITES pour la REDACTION des DEDICACES

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ABOYANS Victor	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE Responsable de service
ACHARD Jean-Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier OPHTALMOLOGIE
ALAIN Sophie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE INTERNE Responsable de service
ARNAUD Jean-Paul	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE Responsable de service
AUBRY Karine	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier O.R.L.
BEDANE Christophe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE Responsable de service
BERTIN Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier THERAPEUTIQUE Responsable de service de RHUMATOLOGIE
BESSEDE Jean-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier O.R.L. Responsable de service
BONNAUD François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PNEUMOLOGIE Doyen Honoraire
BORDESSOULE Dominique	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE Responsable de service d'HEMATOLOGIE CLINIQUE et THERAPIE CELLULAIRE
CHARISSOUX Jean-Louis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RADIOETHERAPIE Responsable de service

CLEMENT Jean-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PSYCHIATRIE d'ADULTES Responsable de service
COGNE Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier IMMUNOLOGIE Responsable de service
COLOMBEAU Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE
CORNU Elisabeth	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE Responsable de service
DANTOINE Thierry	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GERATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT Responsable de service
DARDE Marie-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE Responsable de service
DAVIET Jean-Christophe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE et SANTE au TRAVAIL Responsable de service
DUMAS Jean-Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE Responsable de service
ESSIG Marie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEPHROLOGIE Responsable de service
FAUCHAIS Anne-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE INTERNE Responsable de service
FEUILLARD Jean	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE Responsable de service du Laboratoire d'HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE INFANTILE Responsable de service
FUNALOT Benoît	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

GAINANT Alain	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE DIGESTIVE
GUIGONIS Vincent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES Responsable de service
LACROIX Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LASKAR Marc	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE Responsable de service Assesseur
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PEDIATRIE Responsable de service
LOUSTAUD-RATTI Véronique	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEPATOLOGIE
MABIT Christian	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE Responsable de service d'ORTHOPEDIE-TRAUMATOLOGIE
MAGY Laurent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE
MARQUET Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE Responsable de service
MATHONNET Muriel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PNEUMOLOGIE Responsable de service
MERLE Louis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE CLINIQUE
MOHTY Dania	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE Responsable de service

MOREAU Jean-Jacques	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROCHIRURGIE Responsable de service Assesseur
MOUNAYER Charbel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANESTHESIOLOGIE-RENIMATION Responsable de service
PARAF François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE Responsable de service
PLOY Marie-Cécile	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE Responsable de service
PREUX Pierre-Marie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION Responsable de service du SIME Assesseur
ROBERT Pierre-Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier OPHTALMOLOGIE Responsable de service
SALLE Jean-Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION Responsable de service
SAUTEREAU Denis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE Responsable de service
STURTZ Franck	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE Responsable de service
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CANCEROLOGIE Responsable de service
VALLAT Jean-Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE
VALLEIX Denis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE Responsable de service de CHIRURGIE DIGESTIVE et ENDOCRINIENNE Doyen
VERGNENEGRE Alain	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION

VERGNE–SALLE Pascale	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier REANIMATION Responsable de service
VINCENT François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHYSIOLOGIE
VIROT Patrice	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE
WEINBRECK Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MALADIES INFECTIEUSES Responsable de service
YARDIN Catherine	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CYTOLOGIE et HISTOLOGIE Responsable de service

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel	Professeur des Universités MEDECINE GENERALE
----------------------	---

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
BOURTHOMIEU Sylvie	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
CHABLE Héléne	Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
DURAND Karine	Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier BIOLOGIE CELLULAIRE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE
ESCLAIRE Françoise	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOLOGIE CELLULAIRE
HANTZ Sébastien	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
LE GUYADER Alexandre	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
LIA-BALDINI Anne-Sophie	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
MARIN Benoît	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION

MOUNIER Marcelle	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE
PICARD Nicolas	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
QUELVEN-BERTIN Isabelle	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
TERRO Faraj	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOLOGIE CELLULAIRE

PROFESSEURS ASSOCIES

BUISSON Jean-Gabriel	Professeur associé à mi-temps MEDECINE GENERALE
DUMOITIER Nathalie	Professeur associé à mi-temps MEDECINE GENERALE
PREVOST Martine	Professeur associé à mi-temps MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

MENARD Dominique	Maître de Conférences associé à mi-temps MEDECINE GENERALE
-------------------------	---

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE des UNIVERSITES

BARRAUD Olivier	Maître de Conférences associé des Universités BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
-----------------	--

PROFESSEURS EMERITES

BONNETBLANC Jean-Marie	Professeur des Universités Emérite
VIDAL Elisabeth	Professeur des Universités Emérite

Le 09 septembre 2013

A notre Maître et Président du jury,

Monsieur le Professeur Philippe COURATIER.

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

NEUROLOGIE

Responsable de service.

Vous me faites l'honneur d'accepter la Présidence de ce jury.

Vos qualités humaines et professionnelles sont reconnues de tous.

Que cette thèse soit l'expression de ma gratitude et de mon respect le plus profond.

A ma Directrice de thèse,

Madame le Docteur Christine VALLEJO.

Praticien Hospitalier

URGENCES

Responsable de Service.

Vous me faites l'honneur de bien vouloir assurer la direction de ma thèse.

Je vous remercie pour vos conseils et votre grande disponibilité.

Vous m'avez accordé votre confiance tout au long de mon internat, ainsi que prochainement en rejoignant votre équipe médicale. Je suis très honorée, et vous en remercie.

Que cette thèse soit l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A mes juges,

Monsieur le Professeur Laurent MAGY.

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

NEUROLOGIE

Vous me faites le grand honneur d'accepter de siéger parmi ce jury.

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

Que cette thèse soit l'expression de ma gratitude et de mon respect le plus profond.

Monsieur le Professeur Daniel BUCHON.

Professeur des universités.

MÉDECINE GÉNÉRALE

Vous me faites le grand honneur d'accepter de siéger parmi ce jury.

Votre investissement au service de la Médecine Générale et de son enseignement fait mon admiration.

Que cette thèse soit l'expression de mon profond respect.

REMERCIEMENTS

A mes parents,

pour votre amour inconditionnel et votre soutien indéfectible.

A ma maman, pour avoir toujours su me sortir la tête des bouquins pour une virée shopping-resto mère-fille !!!

A mon papa, pour tes paroles décisives sur cette plage en Grèce et les gâteaux de « La Forêt Noire » !

A Cyril, mon mari,

pour tout ton amour et ta patience (et Dieu sait qu'il t'en a fallu... !!). Pour tous tes petits plats mijotés, et en particulier l'escalope de veau-petits pois d'il y a huit ans !!

A Brice, mon grand frère adoré,

pour ton amour fraternel, et tous les très bons moments passés ensemble (autour d'un bon boursin-saucisson !!).

A mes neveu et nièce, Noah et Alice,

pour leur vision d'enfant d'une « tata, elle est ambulance », qui « NON » ne peut pas travailler la nuit (« on dort la nuit... ») !!!

A Maryse, ma belle sœur.

A Mamie, Papi et Mémé,

pour tous ces étés à manger des kilos de fraises, les soirées télé à veiller jusqu'à pas d'heure et les framboises melba de la crêperie !

A Mamie et Pépé,

pour les pizzas de la boulangerie, les chars du 15 Août et les coups de téléphone à 7h...du matin !

A mes amis,

en particulier à Fred (et Kraby) sous colleur hors pair. Pour ces rendez vous télévisuels de 20h15 !!!

A tous ceux qui ont partagé mes années d'internat, mes co-internes de DESC : vive les congrès et les karaokés dans la voiture !

Une mention particulière à Thomas, fidèle co-interne pendant ces trois années. Pour toutes les histoires rocambolesques racontées autour d'un « caf » !

A tout le Service des Urgences de Limoges et du Samu 87, que je suis ravie de rejoindre.

Aux services de Réanimation de Guéret, de Post Urgences Gériatriques et d'Urgences Pédiatriques de Limoges.

PLAN

INTRODUCTION

1. PREMIÈRE PARTIE : LITTÉRATURE

1.1 Définition

1.2 Épidémiologie

1.2.1. Dans le Monde et en Europe

1.2.2. En France

1.2.3. Dans les services d'urgence

1.3 Physiopathologie

1.4 La classification IHS

1.5 Démarche diagnostique aux urgences

1.5.1. L'interrogatoire

1.5.2. L'examen clinique

1.5.3. Place des examens complémentaires

1.5.3.1. Critères diagnostiques des céphalées primaires

1.5.3.1.1. La migraine

1.5.3.1.2. La céphalée de tension

1.5.3.1.3. L'algie vasculaire de la face

1.5.3.2. Céphalées secondaires et investigations

1.5.3.2.1. Le scanner cérébral

1.5.3.2.2. La ponction lombaire

1.5.3.2.3. L'écho doppler cervical

1.5.3.2.4. L'IRM

1.5.4. Syndrome méningé et orientation diagnostique

1.5.4.1. Scanner cérébral vs IRM

1.5.4.2. Ponction lombaire

1.5.4.3. Artériographie cérébrale des 4 axes

1.5.5. Traumatisme crânien et céphalée

1.5.6. Céphalée et pathologies infectieuses

- 1.5.6.1. Infections extra neurologiques
- 1.5.6.2. Sinusites
- 1.5.7. Céphalée et pression intra crânienne
 - 1.5.7.1. HTIC idiopathique
 - 1.5.7.2. HTIC secondaire
 - 1.5.7.3. Hypotension intra crânienne
- 1.5.8. Céphalée due au monoxyde de carbone
- 1.5.9. Céphalée et pathologies vasculaires
 - 1.5.9.1. Dissections carotidiennes et vertébrales
 - 1.5.9.2. Thrombose veineuse cérébrale
 - 1.5.9.3. Hypertension artérielle
- 1.5.10. Céphalée iatrogène

2. DEUXIÈME PARTIE : NOTRE ÉTUDE

2.1. Matériel et méthode

- 2.1.1. Le CHU de Limoges
- 2.1.2. Type d'étude
- 2.1.3. Objectifs
- 2.1.4. Sélection des dossiers
- 2.1.5. Recueil de données

2.2. Résultats

- 2.2.1. Données épidémiologiques
- 2.2.2. Données cliniques
 - 2.2.2.1. Antécédents
 - 2.2.2.2. À l'arrivée
 - 2.2.2.3. Caractéristiques de la douleur
 - 2.2.2.4. Examens complémentaires
 - 2.2.2.5. Avis spécialisé
 - 2.2.2.6. Diagnostic de sortie
 - 2.2.2.7. Orientation
 - 2.2.2.8. Traitement antalgique administré aux urgences
- 2.2.3. Migraine
- 2.2.4. Syndrome méningé

- 2.2.5. Imagerie cérébrale et antécédents
- 2.2.6. Imagerie cérébrale et caractéristiques de la douleur
- 2.2.7. Hypertension artérielle
- 2.2.8. Examen clinique normal et investigations

3. TROISIÈME PARTIE : DISCUSSION

- 3.1. Caractéristiques de la douleur
 - 3.1.1. Données épidémiologiques
 - 3.1.2. Antécédents
- 3.2. Données cliniques
 - 3.2.1. Traitement antalgique
 - 3.2.2. Caractéristiques de la douleur
 - 3.2.3. Signes associés
- 3.3. Examens complémentaires
 - 3.3.1. Biologie
 - 3.3.2. Imagerie cérébrale
 - 3.3.3. Ponction lombaire
- 3.4. Diagnostic de sortie
- 3.5. Avis spécialisé
- 3.6. Orientation
- 3.7. Traitement administré aux urgences
- 3.8. La migraine, un diagnostic par excès ?
- 3.9. Syndrome méningé et démarche diagnostique
- 3.10. Une imagerie nécessaire selon les antécédents ?
 - 3.10.1. Tumeur cérébrale et autres néoplasies
 - 3.10.2. Anévrisme intra crânien
- 3.11. Céphalée post traumatisme crânien
- 3.12. Drapeaux rouges et examens complémentaires

- 3.12.1. Anticoagulant
- 3.12.2. Patients de plus de 50 ans
- 3.12.3. Caractéristiques de la douleur et signes associés

3.13. Hypertension artérielle

3.14. Que faire devant un examen clinique normal ? Quand faire des explorations ?

4. QUATRIÈME PARTIE : PROPOSITION D'UN PROTOCOLE

CONCLUSION

ABRÉVIATIONS

AAO-HNS : American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

ARM : Angiographie par Résonance Magnétique

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

AVK : Anti Vitamine K

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CO : Monoxyde de Carbone

DTS : Désorientation Temporo-Spatiale

ECG : Electrocardiogramme

EEG : Electroencéphalogramme

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EVA : Echelle Visuelle Analogique

FO : Fond d'œil

GR : Globules Rouges

HbCO : Carboxyhémoglobine

HM : Hémorragie Méningée

HSD : Hématome Sous Dural

HTA : Hypertension Artérielle

HTIC : Hypertension Intra-Crânienne

IHS : International Headache Society

INR : International Normalized Ratio

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

IRMc : Imagerie par Résonance Magnétique cérébrale

LCR : Liquide Céphalo Rachidien
NFS : Numération Formule Sanguine
TC : Traumatisme Crânien
TCL : Traumatisme Crânien Léger
TDM : Tomodensitométrie
TDMc : Tomodensitométrie cérébrale
PA : Pression Artérielle
PAD : Pression Artérielle Diastolique
PAO : Poste d'Accueil et d'Orientation
PAS : Pression Artérielle Systolique
PIC : Pression Intra-Crânienne
PL : Ponction Lombar
SAU : Service d'Accueil des Urgences
SU : Structures d'Urgences
UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine
VS : Vitesse de Sédimentation

INTRODUCTION

Les céphalées sont un symptôme courant (presque chaque individu y est confronté au moins une fois dans sa vie) et ses causes sont extrêmement diverses. Elles sont un motif de recours aux urgences fréquent. Bien qu'elles soient invalidantes dans la vie quotidienne des patients, le diagnostic est bénin dans la grande majorité des cas. Toutefois, certaines céphalées peuvent révéler des pathologies graves engageant le pronostic vital ou fonctionnel. Le rôle de l'urgentiste est de soulager ces patients et de diagnostiquer ces céphalées graves pour mettre en route un traitement étiologique précoce.

Dans un premier temps, il est très important de préciser les caractéristiques de la douleur et les signes d'accompagnement afin de distinguer les céphalées primaires ne nécessitant pas d'examen d'imagerie et dont les causes les plus fréquentes sont les migraines et les céphalées de tension, des céphalées secondaires attribuées à une cause organique et nécessitant des explorations plus approfondies. En cas de suspicion de céphalées secondaires ou symptomatiques, l'imagerie tient une place très importante dans le bilan étiologique. Son objectif en urgence est de rechercher une affection susceptible d'engager le pronostic vital.

A l'heure actuelle, il n'existe pas de recommandations françaises de sociétés d'experts à propos de la démarche diagnostique à réaliser pour les céphalées aux urgences.

Nous avons souhaité établir, par le biais d'une étude rétrospective, un état des lieux de la prise en charge diagnostique des céphalées aiguës au sein des urgences du CHU de Limoges, afin de la confronter aux données de la littérature et tenter d'établir un protocole proposant une démarche standardisée.

1. PREMIÈRE PARTIE : LITTÉRATURE

1.1. Définition

Certaines céphalées, ou céphalalgies, comptent parmi les affections du système nerveux les plus répandues [1]. Ces pathologies touchent quantité de personnes et, dans de nombreux cas, de façon permanente.

Une céphalée est un symptôme subjectif défini par des douleurs ressenties au niveau de la boîte crânienne ou de la tête. Elle est la manifestation douloureuse et souvent incapacitante d'un nombre relativement restreint de céphalées primitives. Elle peut également être secondaire à un très grand nombre d'autres affections. L'International Headache Society (IHS) a établi une classification détaillée d'un large éventail de céphalées. Les plus répandues (céphalée de tension, migraine, algie vasculaire de la face et céphalée chronique quotidienne) sont responsables d'une incapacité importante. L'ampleur des céphalées reste sous-évaluée et ces pathologies sont encore insuffisamment reconnues et soignées dans le monde.

1.2. Épidémiologie

1.2.1. Dans le Monde et en Europe

Si les données épidémiologiques relatives aux céphalées restent partielles, ces affections, dans leur ensemble, n'en sont pas moins extraordinairement répandues.

À l'échelle mondiale, on estime que la prévalence des céphalées (tout type de céphalées confondues) courantes chez l'adulte (mal symptomatique au moins une fois au cours de l'année écoulée) est de 47% [2].

Entre la moitié et les trois quarts des adultes âgés de 18 à 65 ans dans le monde ont eu mal à la tête au cours de l'année écoulée et, parmi eux, plus de 10% ont fait état d'une migraine.

Il y a une forte variabilité selon les pays. Par exemple, pour la migraine, la prévalence varie de 1 % dans une étude à Hong Kong, à 27,5 % dans une étude en Allemagne [3]. En Europe, on trouve une prévalence des céphalées chez les adultes égale à 61 % chez les femmes et 45 % chez les hommes [4].

Malgré des variations régionales, les céphalées sont un problème mondial touchant toutes les populations, quels que soit l'âge, la race, le niveau des revenus et la zone géographique.

1.2.2. En France

Une enquête décennale Santé réalisée par l'INSEE en 2002-2003 [5] permet pour la première fois d'appréhender l'état de santé perçu à travers des questionnaires relatifs à diverses pathologies. Un volet dédié aux céphalées ou maux de tête y figure et s'adresse à tous les individus âgés de 15 ans et plus. Ce volet s'articule autour de treize questions qui permettent de décrire la prévalence et les caractéristiques cliniques des maux de tête.

Parmi la population de France métropolitaine âgée de 15 ans et plus, près d'une personne sur deux déclare souffrir de maux de tête en 2003. Dans la très grande majorité des cas, ils surviennent de façon ponctuelle puisque seuls 6 % des enquêtés céphalalgiques ont déclaré avoir des crises quotidiennes.

L'analyse démographique met en évidence deux gradients principaux : le sexe et l'âge. Ces deux facteurs, bien connus à propos de la population migraineuse, s'avèrent également discriminants vis-à-vis de l'ensemble des personnes souffrant de maux de tête. Ainsi, sur dix individus céphalalgiques âgés de 15 ans et plus, six sont des femmes.

	Sujets aux maux de tête	Sujets à des céphalées non migraineuses	Sujets à des migraines possibles	Sujets à des migraines strictes	Sujets à des céphalées chroniques quotidiennes
Hommes	43,8	47,3	29,9	22,7	29,4
Femmes	56,2	52,7	70,1	77,3	70,6
Sex ratio	0,78	0,9	0,43	0,29	0,42

Source : enquête décennale Santé 2002-2003, INSEE. Exploitation DREES.

Tableau 1 : Sex ratio pour différents types de céphalées

La prévalence en fonction de l'âge souligne quant à elle que ce sont les âges intermédiaires, les 30-44 ans, qui sont les plus exposés au risque de céphalées. Ils représentent près de 30 % des céphalalgiques. Passé cet âge, la proportion d'individus se déclarant céphalalgique diminue sensiblement.

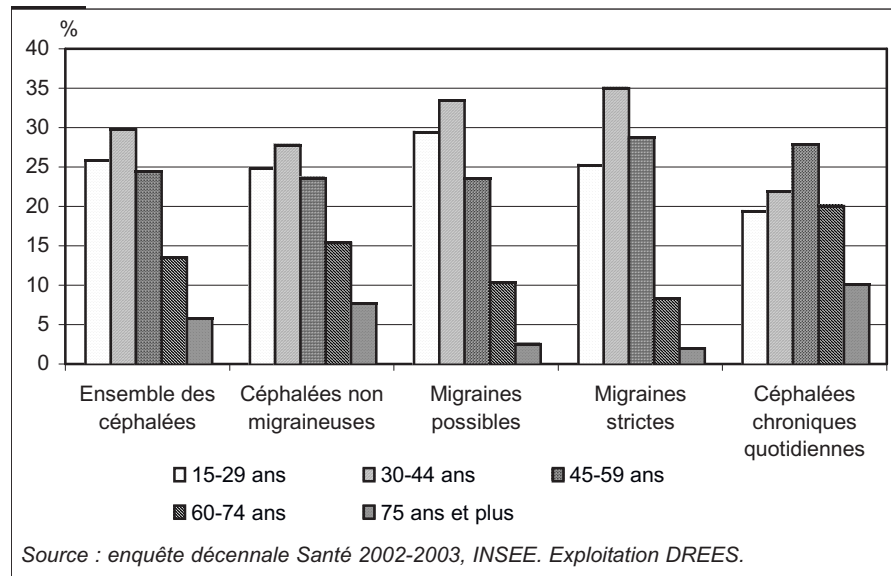


Figure 1 : Contribution des groupes d'âges à la prévalence des différents types de céphalées

1.2.3. Dans les services d'urgences

Les urgences sont quotidiennement confrontées à la douleur chez les patients, qu'elle soit d'origine neurologique, cardiologique, digestive, traumatique. Elle concerne plus de 70% des patients et pour près de 80% d'entre eux il s'agit du motif principal de consultation [6, 7, 8].

Concernant les céphalées, les données épidémiologiques dans les services d'urgences d'adultes sont rares, contrastant avec une littérature riche pour les céphalées aux urgences pédiatriques. En effet, plusieurs remarques peuvent être mises en avant : tous les services d'urgences ne sont pas polyvalents, c'est à dire médico-chirurgicaux, et tous n'incluent pas la pathologie traumatique. Par ailleurs, certains services sont exclusivement dédiés à l'adulte et d'autres comportent également un recrutement pédiatrique. Enfin,

certains services d'urgences disposent de structures spécialisées contiguës, entraînant de ce fait un biais. La prévalence va donc être fortement influencée par ces éléments.

Les céphalées sont le cinquième motif de recours aux urgences aux États-Unis (2,2 % des patients) [9].

Une étude au service d'urgences du Mans en 1999 montrait que les céphalées n'étaient qu'au 27^e rang des motifs de recours, soit 0,87 % des admissions, avec une prédominance féminine (61,2 %) [10].

D'autres données indiquent que les céphalées représentent 1,5 à 2,5% des admissions dans les services d'urgences [11]. Ce chiffre atteint même 4% dans certaines études [9].

1.3. Physiopathologie

De nombreux travaux ont montré que chez l'homme, sont sensibles à la douleur [12,13] le scalp, le périoste du crâne, les artères méningées, les artères cérébrales intracrâniennes, le segment intracrânien de l'artère carotide interne, les sinus veineux et la dure-mère adjacente, la dure-mère de la base du crâne et du sinus caverneux, les nerfs optiques, les nerfs oculomoteurs, les nerfs glosso-pharyngiens, les nerfs vagues et les trois premiers nerfs cervicaux.

En revanche, le parenchyme cérébral, l'arachnoïde, la pie-mère, l'épendyme, les plexus choroïdes, et une grande partie de la dure-mère sont insensibles.

La sensation de céphalée est générée et véhiculée par des centres et des fibres nerveuses du nerf trijumeau [14] mais avec des modalités variables expliquant le polymorphisme clinique des céphalées. Les fibres nerveuses qui partent des noci-récepteurs des méninges et de leurs vaisseaux et qui rejoignent le nerf trijumeau sont des fibres axonales amyéliniques [15,16].

Des études immuno-histochimiques expérimentales ont démontré que ces fibres nerveuses sont riches en peptides comme la neurokinine A, la substance P et le peptide lié au gène de la calcitonine [14]. Leur libération à partir des terminaisons nerveuses trigéminées péri-vasculaires entraîne une vasodilatation pouvant s'accompagner d'une inflammation [16]. Il existe une activation endo-pariétale, une vasodilatation, un exsudat

plasmatique péri-vasculaire, une activation et une dégranulation mastocytaire et une agrégation plaquettaire [15,17]. Ce phénomène est reproduit chez l'homme lors de la stimulation du ganglion de Gasser [15].

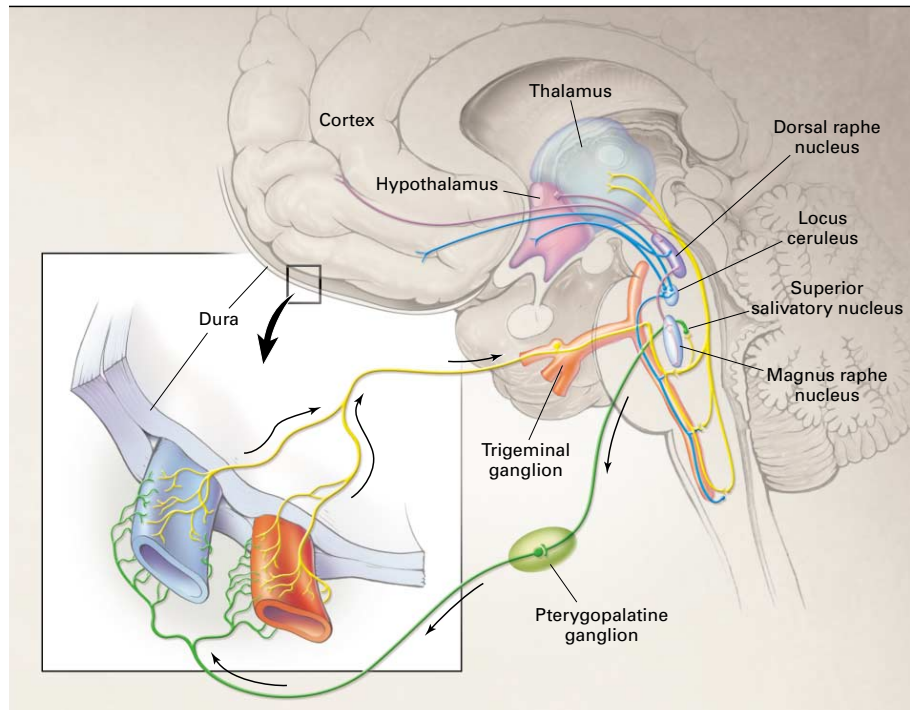


Figure 2 : Schématisation du système trigémino-vasculaire

Migraine current understanding and treatment. Goadsby, Lipton, Ferrari. N Engl J Med 2002 ; 346 : 257-70

1.4. La classification IHS

Dans la grande majorité des cas, le diagnostic étiologique d'une céphalée peut se faire à partir des données de l'interrogatoire et de l'examen clinique. Les céphalées les plus fréquentes sont les céphalées de tension et les migraines qui souvent coexistent chez un même patient selon les périodes de la vie. La classification de l'IHS publiée en 1988 et revue en 2004 [18] a permis d'établir une grille de critères diagnostiques reconnus par l'ensemble de la Communauté médicale internationale permettant d'identifier les diverses céphalées symptomatiques ou non, 14 rubriques ont ainsi été retenues. Cette classification est

essentiellement applicable aux céphalées de l'adulte et moins adaptée à celles de l'enfant.

Elle se subdivise en trois parties :

- les céphalées dites primitives : les migraines, les céphalées de tension, les algies vasculaires et autres céphalées primitives.

- les céphalées dites secondaires au nombre de huit grandes familles parmi lesquelles figurent les céphalées ou les douleurs de la face dues à une anomalie du crâne, de la région cervicale, des yeux, des oreilles, du nez des sinus, des dents, de la bouche ou de toute autre structure du crâne ou de la face.

- les névralgies crâniennes ou faciales primitives centrales ou périphériques et les céphalées mal classées.

<p>A. <i>Céphalées primitives</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Migraine avec ou sans aura (groupe 1)- Céphalées de tension (groupe 2)- Algie vasculaire de la face et autres céphalées trigéminales autonomiques (groupe 3)- Autres céphalées primitives : Céphalées non associées à une lésion, telles que céphalées survenant au froid ou céphalées bénignes provoquées par le froid, la toux, l'effort, l'activité sexuelle, céphalée en coup de tonnerre (groupe 4) <p>B. <i>Céphalées secondaires</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Céphalées post-traumatisme crânien ou cervical aiguës ou chroniques (groupe 5)- Céphalées secondaires à une pathologie vasculaire, telles qu'hémorragie méningée, hématome intracrânien, malformation vasculaire, artérite, douleur de l'artère carotide ou de l'artère vertébrale, hypertension artérielle systémique, thrombose veineuse, (groupe 6)- Céphalées secondaires à une pathologie intracrânienne non vasculaire, telles qu'hypertension intracrânienne, tumeur cérébrale, encéphalite inflammatoire, (groupe 7)- Céphalées toxiques aiguës ou chroniques, par abus médicamenteux, céphalées de sevrage, (groupe 8)- Céphalées en rapport avec un processus infectieux intracrânien : méningite, encéphalite, abcès, empyème ou extracéphaliques, infections virales ou bactériennes, (groupe 9)- Céphalées secondaires à un trouble métabolique, telles qu'hypoxie, hypercapnie, hypoglycémie, hypercalcémie, dialyse, HTA, jeun (groupe 10)- Céphalée associée à une douleur de la face (dentaire, sinusienne, oculaire ou auriculaire) ou de la nuque (groupe 11)- Céphalées associées à une maladie psychiatrique (groupe 12) <p>C. <i>Névralgies crâniennes</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Céphalée associée à une névralgie faciale : trijumeau, glossopharyngien et autres algies en rapport avec une lésion d'un nerf facial (groupe 13)- Céphalées inclassables (groupe 14)
--

Tableau 2 : Principales classifications des céphalées (d'après la classification de l'IHS 1988, revue en 2004).

1.5. Démarche diagnostique aux urgences

Il n'existe pas de recommandation précise quant à la démarche diagnostique à adopter aux urgences face à ces céphalées.

La prise en charge médicale d'un patient se plaignant de céphalée doit être stéréotypée : il s'agit de soulager la douleur et de rechercher une cause grave de céphalée secondaire afin d'engager un traitement étiologique immédiat.

1.5.1. L'interrogatoire

Il est à la base de la démarche diagnostique et peut être difficile chez les sujets qui souffrent de céphalées intenses.

Il s'attache à préciser le mode d'installation, les caractéristiques de la douleur, les circonstances d'apparition et les signes associés afin de rechercher des signes d'alertes [19] faisant évoquer une céphalée secondaire, les drapeaux rouges :

- céphalée en coup de tonnerre ou explosive
- céphalée nouvelle ou inhabituelle
- céphalée fébrile sans foyer infectieux patent
- céphalée déclenchée par des changements de position, l'effort, le coït ou la manœuvre de Valsalva
- céphalée réveillant le patient
- syndrome méningé
- symptômes neurologiques (focaux ou non) récents
- première céphalée après 50 ans
- antécédents particuliers (immunosuppression, grossesse, post-partum, cancer, anticoagulants, manipulations de la nuque ou traumatisme crânien à distance)
- myalgies ou sensibilité temporale ou douleurs rhumatismales des ceintures ou claudication de la mâchoire.

L'interrogatoire doit par ailleurs rechercher des facteurs favorisant ou des situations permettant d'évoquer une intoxication au monoxyde de carbone (CO).

Les antécédents du patient doivent être recherchés car ils conditionnent également la démarche diagnostique (hypertension artérielle (HTA), post partum, néoplasie, consommation de toxiques).

A noter que l'intensité de la douleur ne présage pas de l'étiologie.

1.5.2. L'examen clinique

En plus de l'examen général avec mesure de la pression artérielle (PA) et de la température, il comporte un examen neurologique et un examen général.

L'examen neurologique a pour but d'apprécier l'état de conscience et de rechercher un déficit focal ou un syndrome méningé.

L'examen général permettra de chercher un point d'appel infectieux, de palper les artères temporales, les sinus.

1.5.3. Place des examens complémentaires

A partir de l'anamnèse et de l'examen clinique, certaines explorations complémentaires vont être envisagées devant :

- tout patient présentant un signe d'alerte (drapeau rouge)
- un céphalalgique connu présentant une céphalée inhabituelle.

Parallèlement, connaître les critères diagnostiques des céphalées primaires est primordial afin de ne pas prescrire d'examen inutiles.

1.5.3.1. Critères diagnostiques des céphalées primaires [18]

1.5.3.1.1 La migraine

Le diagnostic de migraine repose sur le trépied clinique suivant (accord professionnel)

:

- une évolution par crises récurrentes, séparées par des intervalles libres de toute douleur
- des caractéristiques sémiologiques propres
- un examen clinique normal.

Les critères diagnostiques IHS de la migraine sans et avec aura figurent dans les encadrés 1 et 2. Ces critères sont simples à utiliser, permettent de poser les questions essentielles dans un ordre logique et structuré. Il est recommandé de les utiliser de façon systématique dans la pratique quotidienne

- A. Au moins cinq crises répondant aux critères B à D
- B. Crises de céphalées durant de 4 à 72 heures (sans traitement)
- C. Céphalées ayant au moins deux des caractéristiques suivantes :
 - unilatérale
 - pulsatile
 - modérée ou sévère
 - aggravée par les activités physiques de routine, telles que montée ou descente des escaliers
- D. Associé aux céphalées, au moins l'un des symptômes suivants :
 - Nausées et/ou vomissements
 - Photophobie et phonophobie
- E. L'examen clinique doit être normal entre les crises. En cas de doute, un désordre organique doit être éliminé par les investigations complémentaires appropriées.

Tableau 3 : Critères de la migraine sans aura (selon les critères IHS 2004)

- A. Au moins 2 crises répondant au critère B.
- B. Au moins 3 des 4 caractéristiques suivantes :
 - un ou plusieurs symptômes de l'aura totalement réversibles ;
 - le symptôme de l'aura se développe progressivement sur plus de 4 minutes et si plusieurs symptômes sont associés, ils surviennent successivement ;
 - la durée de chaque symptôme n'excède pas 60 minutes ;
 - la céphalée fait suite à l'aura après un intervalle libre maximum de 60 minutes, mais parfois commence avant ou pendant l'aura.
- C. L'examen clinique doit être normal entre les crises. En cas de doute, un désordre organique doit être éliminé par les investigations complémentaires appropriées.

Tableau 4 : Critères de la migraine avec aura (selon les critères IHS 2004)

Chez un migraineux connu, il est recommandé de pratiquer un scanner ou une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale (accord professionnel) devant :

- une céphalée d'apparition brutale (céphalée dite « en coup de tonnerre »)
- une céphalée récente se différenciant de la céphalée habituelle ;
- une anomalie à l'examen clinique.

Aucun autre examen complémentaire ne doit être discuté [20].

5.3.1.2. La céphalée de tension

Elle est essentiellement individualisée sur l'absence de caractéristiques sémiologiques des autres céphalées primaires, et, en particulier, de la migraine.

A. Episodes de céphalées peu fréquentes (<12j/an), fréquentes (12 à 180j/an), chroniques (>180j/an)

B. Durée de 30 minutes à 7 jours

C. Au moins 3 des 4 caractéristiques suivantes :

- Topographie bilatérale
- A type de pression ou d'étau
- D'intensité légère à modérée
- Sans aggravation aux efforts physiques de routine

D. Absence de nausées, de vomissements, de photophobie ou phonophobie

E. Non attribuée à une autre cause

Tableau 5 : Critères de la céphalée de tension (selon les critères IHS 2004)

1.5.3.1.3. L'algie vasculaire de la face

- A. Au moins 5 crises remplissant les critères B, C, D
- B. Douleur unilatérale, sévère à très sévère, située au niveau de l'orbite, de la région supra-orbitaire et/ou temporale, durant de 15 à 180 minutes, non traitée
- C. La douleur s'accompagne d'au moins un des signes suivants qui doivent être présents du côté de la douleur :
- Injection conjonctivale et/ou larmoiement
 - Congestion nasale et/ou rhinorrhée
 - Œdème de la paupière
 - Sudation du front et de la face
 - Myosis et/ou ptosis
 - Impatience ou agitation motrice
- D. Fréquence des crises : de une (un jour sur deux) à huit par jour
- E. Au moins un des éléments suivants :
- L'histoire, l'examen physique et neurologique ne suggèrent pas un désordre organique
 - L'histoire, l'examen physique et neurologique suggèrent un désordre organique mais celui-ci est écarté par les investigations appropriées
 - Une affection organique existe mais l'algie vasculaire de la face n'est pas apparue pour la première fois en relation temporelle avec celle-ci

Tableau 6 : Critères de l'algie vasculaire de la face (selon les critères IHS 2004)

1.5.3.2. Céphalées secondaires et investigations

Ils ont pour but d'affirmer ou d'infirmer une céphalée secondaire.

Les examens sanguins habituels sont rarement suggestifs, sauf une augmentation de la vitesse de sédimentation (VS) et de la protéine C Réactive (CRP) qui oriente soit vers :

- Une artérite temporale chez un sujet âgé de plus de 60 ans
- Un état infectieux

Devant toute céphalée récente, inhabituelle et persistante, à début brutal ou progressif, deux examens de bases doivent être réalisés de manière systématique :

- Le scanner cérébral sans injection
- La ponction lombaire (PL)

1.5.3.2.1. Le scanner cérébral

Premier examen à effectuer à la recherche d'une hyperdensité spontanée témoignant de la présence de sang soit dans les espaces sous-arachnoïdiens, soit dans le parenchyme cérébral ou cérébelleux. Il peut également montrer une hydrocéphalie, un effet de masse ou un œdème localisé témoignant d'une lésion expansive (tumeur ou abcès) et doit être complété ultérieurement par un scanner avec injection ou une IRM.

S'il existe des éléments d'orientation vers une sinusite aiguë, des coupes sur les sinus peuvent être utiles.

Un scanner cérébral normal n'élimine pas une cause lésionnelle ; en effet, il est normal dans :

- 95 à 100% des méningites
- 95 à 100% des dissections des artères cervicales au stade des signes locaux
- 30 à 50% des thromboses veineuses cérébrales
- 5 à 10% des hémorragies méningées (HM)

Dans les hémorragies méningées, la sensibilité du scanner diminue avec le temps [21,22] et un délai diagnostique expose le patient à un risque de complications précoces : récurrence hémorragique ou vasospasme artériel.

D'où la nécessité de poursuivre les investigations.

<i>Délai de réalisation du scanner cérébral par rapport à la survenue de l'événement hémorragique</i>	<i>Probabilité de détection de l'hémorragie</i>
J1	90-95%
J3	74-80%
1 ^{ère} semaine	50%
2 ^{ème} semaine	30%
3 ^{ème} semaine	Pratiquement 0%

Tableau 7 : Probabilité de détection d'une hémorragie méningée d'origine anévrysmale par un scanner cérébral en fonction du délai après la survenue de l'événement initial [23,24]

1.5.3.2.2. La ponction lombaire

Elle doit être effectuée après le scanner devant toute céphalée récente et inhabituelle, brutale ou progressive, à scanner normal, à la recherche de sang ou d'une méningite, même en l'absence de syndrome méningé. En effet, la céphalée reste le signe le plus constant mais l'association avec les vomissements et les signes d'irritation méningée (raideur de nuque) sont absents dans un tiers des cas [25, 26].

Elle peut être réalisée en première intention devant un syndrome méningé fébrile en l'absence de trouble de la conscience ou de signes neurologiques focaux ou en cas de suspicion d'HM, après réalisation d'un fond d'œil.

1.5.3.2.3. L'écho doppler cervical

Il doit être pratiqué en urgence chaque fois que le tableau clinique oriente vers une dissection des artères carotides ou vertébrales.

Les dissections peuvent se manifester par une céphalée unilatérale aiguë, parfois isolée, mais le plus souvent associée à des signes locaux (syndrome de Claude-Bernard-Horner douloureux, acouphènes, paralysie des derniers nerfs crâniens) ou à des signes d'ischémie rétinienne ou cérébrale.

Cet examen peut cependant être normal lorsque la dissection siège sur la portion intracrânienne des artères à destinée cérébrale ou lors d'une dissection sous adventicielle.

Les explorations doivent donc être complétées par une IRM avec angiographie par résonance magnétique (ARM).

1.5.3.2.4. L'IRM

Elle est le moyen diagnostique de choix des thromboses veineuses cérébrales qui peuvent se manifester par une céphalée aiguë isolée avec scanner et PL normaux. Le thrombus veineux est visualisé directement sous la forme d'un hypersignal sur les séquences T1 et T2, net à partir du 5^{ème} jour et persistant jusqu'au 30^{ème} jour. Avant le 5^{ème} jour, le thrombus peut être difficile à déceler et il faut alors compléter les examens par une angiographie.

L'IRM est un examen fondamental dans le diagnostic de dissection artérielle. L'hématome de paroi est visualisé sous la forme d'un croissant en hypersignal au contact de l'artère disséquée. Cet aspect caractéristique n'est cependant bien visible que quelques jours après la survenue de la dissection.

L'IRM peut encore déceler une lésion de la fosse postérieure ou de l'hypophyse (nécrose ou hémorragie).

1.5.4. Syndrome méningé et orientation diagnostique

Un syndrome méningé est toujours une urgence. Il correspond à l'ensemble des symptômes liés à une irritation des enveloppes méningées du système nerveux central, généralement par un agent infectieux ou par l'irruption de sang.

Trois urgences neuro-méningées doivent être évoquées de manière systématique : la méningite purulente, la méningo-encéphalite herpétique et l'HM.

Le syndrome méningé représente ainsi une urgence diagnostique et thérapeutique grave, médicale ou neurochirurgicale, dont la démarche diagnostique aux urgences doit être rapide et rigoureuse.

Trois symptômes essentiels constituent la triade méningée :

- Céphalée intense
- Nausées et vomissements
- Raideur méningée

Elle peut s'accompagner de photophobie, de trouble de la conscience.

La PL est obligatoire en cas de suspicion clinique de méningite.

Si le diagnostic d'HM est suspecté, le scanner cérébral sans injection est l'examen de première intention.

1.5.4.1. Scanner cérébral vs IRM

La tomodensitométrie (TDM) cérébrale sans injection de produit de contraste est préférée à l'IRM pour le dépistage d'une HM, en raison de sa plus grande disponibilité, de son moindre coût et de la rapidité de sa réalisation. Les études comparant les deux examens mettent en évidence une sensibilité égale au cours des 24 premières heures et une supériorité de l'IRM sur le scanner passé ce délai. La supériorité est faible de la 48 à la 72^{ième} heure et significative au delà de la 72^{ième} heure [27].

1.5.4.2. Ponction lombaire

Elle est indiquée en cas de suspicion d'HM avec un scanner cérébral normal [28].

Elle peut être négative dans les 2 premières heures après le saignement. Sa sensibilité est maximale 12h après l'acmé des symptômes.

Typiquement, elle montre la présence anormale de globules rouges (GR) sur les deux tubes. Une xanthochromie, due à la lyse des GR, est habituellement observée après la 12^{ième} heure (sensibilité de 100%). Sa sensibilité reste à 100% jusqu'au 15^{ième} jour [29].

La PL reste l'examen de première intention devant une suspicion de méningite bactérienne, en l'absence de signe de localisation, de trouble de la conscience ou de crise convulsive.

1.5.4.3. Artériographie cérébrale des 4 axes

Il s'agit d'un examen de seconde intention indiqué dans le cadre du bilan et du traitement de l'hémorragie méningée. Elle comporte une étude des quatre axes du

polygone de Willis et permet de mettre en évidence l'anévrisme artériel et ses caractéristiques.

Elle recherche des anévrismes multiples (20% des cas) et un spasme artériel secondaire.

1.5.5. Traumatisme crânien et céphalée [30]

Les traumatismes crâniens légers (TCL) sont un motif de recours fréquents dans les structures d'urgences (SU) avec une incidence estimée entre 150 et 300 pour 100 000 habitants [31]. Parmi ces TCL, environ 8 % des patients présentent des lésions hémorragiques intracrâniennes non neurochirurgicales et 1 % nécessitent un recours à la neurochirurgie [32].

Le problème des céphalées associées à un traumatisme crânien est différent selon que l'on se situe à la phase aiguë du traumatisme ou, au contraire, à distance de ce dernier. Le problème est également représenté par la grande fréquence des céphalées comme motif de consultation et par l'existence du « syndrome subjectif post-traumatique ».

Selon une étude menée par Stovner et ses collaborateurs [33], des céphalées surviennent de manière aiguë dans 47,4% des cas après un TCL et dans 43,2% des cas après n'importe quel traumatisme ne touchant pas la tête. Chez 10,2% des patients du groupe ayant subi un TCL et chez 11,1% des patients du groupe témoin, les céphalées persistaient pendant plus de 15 jours.

L'examen neurologique du traumatisé crânien est basé sur l'évaluation du score de Glasgow, l'état pupillaire et la recherche de signes de focalisation.

L'examen recommandé dans la détection des lésions cérébrales aiguës lors des traumatismes crâniens est le scanner cérébral.

Les radiographies de crâne standard ne doivent plus être utilisées dans la prise en charge des traumatismes crâniens de l'adulte.

Les céphalées, même isolées, associées à un traumatisme crânien justifient une surveillance minimale de 24h et la réalisation d'un scanner cérébral sans injection si elles persistent au bout de deux heures après le traumatisme [34].

En ce qui concerne les TCL sous anti vitamine K (AVK), une revue de la littérature récente réalisée par Leiblich et al. [35] met en évidence l'importance de la réalisation immédiate d'un scanner. La présence d'une lésion hémorragique intracrânienne impose une antagonisation immédiate par l'administration de concentré de complexe prothrombinique (CCP) et de vitamine K [35-36].

Une étude de Franko et al. [37] concernant une cohorte de 1 493 patients victimes de traumatisme crânien retrouve une mortalité de 24 % dans le groupe de patients sous AVK vs 5 % dans le groupe sans AVK.

L'analyse de la littérature indique que les patients sous AVK constituent une population à risque d'hémorragie cérébrale après TCL, même si l'examen neurologique initial est rassurant. L'augmentation de la mortalité liée directement à la prise d'AVK est également fonction de l'importance de l'anticoagulation (INR : International Normalized Ratio) et de l'âge. L'existence d'une perte de conscience initiale semble accroître ce risque.

1.5.6. Céphalée et pathologies infectieuses

Toute fièvre est susceptible de s'accompagner d'une céphalée. Dans la classification IHS [18], ces céphalées sont divisées en quatre catégories :

- Céphalée due à une infection intracrânienne
- Céphalée due à une infection systémique
- Céphalée due à une infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
- Céphalée chronique post infectieuse

1.5.6.1. Infections extra neurologiques

Elle fait donc partie d'un très grand nombre de tableaux cliniques d'infections (pneumopathie, infections urinaires, infections systémiques,...).

En pratique, le diagnostic de céphalées liées à des infections survenant à distance du système nerveux central n'est pas simple, en particulier si les patients sont vus précocement. La céphalée peut être isolée et ne pas s'accompagner de fièvre dans plus de la moitié des cas [38].

Plusieurs explications physiopathologiques ont été proposées. La plus ancienne est celle d'une réponse non spécifique à la fièvre et au sepsis, sous la forme d'une vasodilatation intracrânienne et d'une perception céphalalgique de cette vasodilatation [39]. Une autre explication fait appel à la dérégulation des cytokines pour expliquer un certains nombres de signes neurologiques observés au cours des syndromes septiques, dont les céphalées [40]. Dans les sepsis sévères, des modifications de l'homéostasie peuvent participer aux céphalées associées (hypoxémie, hypercapnie, troubles de l'hydratation et de l'osmolarité). La libération de toxines par l'agent infectieux est également mise en cause [41].

Certaines infections sont très pourvoyeuses de céphalées, la grippe par exemple. Parmi les infections respiratoires, plusieurs études [42,43] ont montré qu'il s'agit d'un signe clinique discriminant pour évoquer une pneumopathie à germes atypiques plutôt que bactérienne. Ce phénomène est documenté pour les infections par Legionella [42], Mycoplasma pneumoniae [44], Chlamydia pneumoniae [45], ou Chlamydia psittaci [46].

1.5.6.2. Sinusite

<i>Critères majeurs</i>	<i>Critères mineurs</i>
Pus dans les fosses nasales à l'examen	Céphalée
Douleur faciale/pression/congestion/plénitude	Fièvre
Obstruction nasale/rhinorrhée purulente	Halitose
Fièvre (seulement dans les formes aiguës)	Asthénie
Hyposmie/Anosmie	Douleur dentaire/toux/otalgie

Tableau 8 : Critères diagnostiques de rhino sinusites selon l'American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery (AAO-HNS)

Le diagnostic est affirmé par l'existence de deux critères majeurs ou d'un critère majeur et de deux critères mineurs.

L'IHS quant à elle a défini des critères diagnostiques tournant autour de la céphalée, point d'ancrage de la classification [18].

A. Céphalée frontale associée à des douleurs dans un au moins des territoires suivants : visage, oreilles, dents et remplissant les critères C et D.

B. Preuve clinique, endoscopique, radiologique (scanner et/ou IRM) et/ou bactériologique de rhino sinusite aiguë ou de réchauffement de sinusite chronique**

C. La céphalée et la douleur faciale apparaissent en même temps que la sinusite aiguë ou la poussée de réchauffement.

D. La céphalée et/ou la douleur faciale disparaît dans les 7 jours suivant la rémission ou le traitement efficace de la sinusite aiguë ou de la poussée de réchauffement.

** La preuve clinique peut consister en une rhinorrhée purulente, une obstruction nasale, hyposmie ou anosmie et/ou fièvre.*

*** la sinusite chronique n'est pas une cause de céphalée ou de douleur faciale à moins qu'elle ne se surinfecte.*

Tableau 9 : Critères diagnostiques de la rhino sinusite (selon les critères IHS 2004)

L'examen de choix est le scanner qui visualise parfaitement contenu et structure des sinus.

1.5.7. Céphalée et pression intracrânienne (PIC)

Les augmentations comme les diminutions de la pression du liquide céphalo-rachidien (LCR) peuvent provoquer des céphalées.

Dans l'hypertension intracrânienne (HTIC), on distingue la forme idiopathique et les formes secondaires dues à la présence dans la boîte crânienne inextensible d'un processus expansif, tumoral ou non, ou d'une hydrocéphalie obstructive, empêchant la résorption normale du LCR.

1.5.7.1. HTIC idiopathique (pseudotumor cerebri)

Son incidence annuelle est de une à deux personnes pour 100 000 [47]. Elle est plus fréquente chez la femme, surtout chez l'obèse. La céphalée est sévère, pulsatile. Elle est exacerbée par la manœuvre de Valsalva. La baisse de l'acuité visuelle transitoire de quelques secondes, uni ou bilatérale, est un autre symptôme [47, 48]. Elle peut également être révélée par un œdème papillaire bilatéral [47, 48] ou la paralysie de la sixième paire crânienne.

A. Céphalée progressive avec au moins une des caractéristiques suivantes et remplissant les critères C et D.

1. Survenue quotidienne
2. Douleur diffuse et/ou constante (non pulsatile)
3. Aggravée par l'effort ou la toux

B. Hypertension intra crânienne remplissant les critères suivants :

1. Patient sans trouble de la vigilance dont l'examen neurologique est soit normal, soit montre une ou plusieurs des anomalies suivantes :

- a. Œdème papillaire
- b. Elargissement de la tache aveugle
- c. Déficit du champ visuel
- d. Paralysie de la VI paire crânienne

2. Augmentation de la pression du LCR (>200 mm H₂O chez les non obèses, >250 mmH₂O chez les obèses) mesurée par PL en position couchée ou bien par monitoring de la pression épidurale ou intra ventriculaire.

3. Cytochimie normale du LCR (un taux abaissé de protéines est acceptable)

4. Une affection intra crânienne (à l'inclusion d'une thrombose veineuse cérébrale) doit être éliminée par les investigations appropriées

5. Pas de cause métabolique, toxique ou hormonale à l'HTIC

C. La céphalée se développe en étroite relation temporelle avec l'élévation de la PIC

D. La céphalée s'améliore après soustraction de LCR pour réduire la pression à 120-170 mm d'H₂O et disparaît dans les 72h après normalisation persistante de la PIC

Tableau 10 : Critères diagnostiques de l'HTIC idiopathique (selon les critères IHS)

1.5.7.2. HTIC secondaires

Les signes essentiels de l'HTIC sont les céphalées, les vomissements en jet et les troubles visuels.

Les céphalées sont particulières par leur rythme, apparaissant volontiers en fin de nuit, d'évolution récente sur quelques semaines, souvent intermittentes mais tendant à s'aggraver avec l'évolution de l'affection. La localisation est plus volontiers fronto-orbitaire ou occipitale, sans que cela traduise une localisation lésionnelle.

Ces céphalées peuvent avoir un caractère positionnel, révélées quelquefois par une posture de la tête qui déclenche ou intensifie l'accès douloureux. Elles peuvent avoir une intensité moyenne cédant aux antalgiques mais, dans les formes évoluées, elles sont rebelles aux antalgiques, y compris les morphiniques. À leur acmé, elles peuvent être soulagées par les vomissements qui les accompagnent souvent.

Notons enfin que les céphalées peuvent être absentes, ou minimales, dans certaines formes d'HTIC.

Le but de l'examen est de rechercher un processus expansif (tumeur, hématome, hydrocéphalie) qui nécessite un geste chirurgical en urgence. La TDM cérébrale est le premier examen à réaliser.

1.5.7.3. Hypotension intracrânienne

Elle s'observe après une PL ou toute fistule du LCR.

La céphalée domine le tableau clinique. Elle est d'installation brutale, provoquée par le lever [49], et s'améliore lors de la position couchée. Tout mouvement de la tête est susceptible d'aggraver cette céphalée. S'y associe fréquemment nausées, photophobie, hypoacousie, raideur de nuque.

Concernant les céphalées post PL, le diagnostic est purement clinique, reposant sur la notion de ponction rachidienne dans la semaine précédant l'apparition ou la modification des céphalées et sur leur caractère postural [50].

Pour les autres causes d'hypotension intracrânienne, devant une céphalée posturale, l'examen de choix est l'IRM cérébrale avec injection de gadolinium : [51]

- Rehaussement méningé diffus au gadolinium
- Déplacement vers le bas du cerveau
- Collections sous durales (hématome ou hydrome)
- Diminution de la taille des ventricules
- Dilatation des sinus veineux

1.5.8. Céphalée due au monoxyde de carbone (CO)

La plupart des intoxications au CO proviennent de l'utilisation d'appareils de chauffage ou de cuisine défectueux. La céphalée est le signe le plus précoce. Elle est accompagnée d'étourdissements, de vertiges, d'asthénie, de sensation d'ébriété. La sévérité des symptômes dépend du taux de CO dans le sang :

Entre 10 et 20% : céphalée légère de type tension

Entre 20 et 30% : association à des nausées et une irritabilité

Au delà de 30% : céphalée intolérable, laissant place à la confusion puis au coma.

Le diagnostic se fait grâce au dosage de la carboxyhémoglobine (HbCO). En pratique, les erreurs diagnostiques sont fréquentes car les signes cliniques évoluent avec le temps pour parfois disparaître lors de l'admission du patient. En outre, en admettant que le diagnostic soit évoqué, la confirmation diagnostique ne peut pas toujours être obtenue : en effet, après retrait de l'atmosphère toxique, la demi-vie spontanée du CO est de 4 heures en air ambiant et de 90 minutes en oxygène pur normobar. Si le délai d'analyse est trop long, le taux d'HbCO peut donc être normal ou nul [52].

1.5.9. Céphalée et pathologies vasculaires

La céphalée qui accompagne la plupart des affections vasculaires cérébrales est aiguë et s'intègre à un tableau clinique évocateur, associant des signes neurologiques focaux, éventuellement des troubles de la conscience, qui rend le diagnostic « simple » à faire.

Toutefois, certaines pathologies neurovasculaires peuvent s'exprimer au début de leur évolution par des céphalées isolées parfois d'allure migraineuse (dissections artérielles cervicales et thromboses veineuses cérébrales par exemple).

1.5.9.1. Dissections carotidiennes et vertébrales

La céphalée est présente dans 70% des cas. Il s'agit de la manifestation initiale de 47% des dissections de l'artère carotidienne et 33% des dissections vertébrales. Pour ces dernières, la cervicalgie est présente dans 46% des cas.

La céphalée est homolatérale à la dissection. Peuvent s'y associer des signes neurologiques déficitaires, un syndrome de Claude-Bernard-Horner, des acouphènes douloureux, une otalgie à tympan normal.

Elle touche principalement les gens d'une quarantaine d'années.

L'écho doppler des troncs supra-aortiques et transcrânien est l'examen à utiliser en première intention du fait de son caractère non invasif et rapidement disponible. Il montre la sténose ou l'occlusion de l'artère avec les signes hémodynamiques d'amont et d'aval. Il existe néanmoins beaucoup de faux négatifs, surtout si la dissection est haut située.

L'artériographie cérébrale est l'examen qui confirme le diagnostic. Autrefois examen de référence, elle tend à être supplantée par des méthodes moins invasives telles que l'angioscanner cérébral et l'ARM cérébrale.

1.5.9.2. Thrombose veineuse cérébrale

Le diagnostic est difficile à faire devant le polymorphisme et le caractère non spécifique des symptômes, liés aux variations dans le siège et l'étendue de la thrombose.

La céphalée est le symptôme le plus fréquent, présent dans 80% des cas environ. Son intensité peut être modérée comme sévère. Elle est aggravée par le décubitus ou la manœuvre de Valsalva [53].

Elle se présente sous trois formes cliniques :

- Céphalée diffuse, sévère et rapidement progressive, associée à des crises convulsives puis à des signes focaux avec troubles de la vigilance
- Céphalée aiguë, en coup de tonnerre, évoquant une HM.
- Céphalée progressive, initialement isolée, à prédominance matinale, aggravée par la position couchée ou penchée en avant.

Le scanner cérébral sans et avec injection est le premier examen à effectuer. Il peut montrer des signes directs à type d'hyperdensité spontanée correspondant à la thrombose sur le scanner non injecté. Après injection, le sinus longitudinal supérieur peut prendre un aspect de triangle vide (signe du delta).



Figure 3 : Signe du delta

L'ARM reste l'examen de choix car elle permet la visualisation directe du thrombus ainsi que les conséquences parenchymateuses. Elle peut être mise en défaut si elle est faite trop précocement ou si la phlébite touche les veines corticales [54].

L'angiographie cérébrale des quatre axes avec temps veineux tardif reste indispensable si l'examen en résonance magnétique reste négatif ou douteux. Elle visualise directement la thrombose sous forme d'un arrêt du produit de contraste.

1.5.9.3. Hypertension artérielle

La constatation d'une HTA chez un patient qui consulte en urgence pour céphalée pose des problèmes diagnostiques et thérapeutiques. La première question est de savoir si la céphalée est seulement la traduction clinique de l'HTA, si les deux symptômes s'intègrent dans un tableau clinique plus complexe, ou encore si la poussée hypertensive n'est que la conséquence de la douleur.

Dès lors, le contexte clinique, le mode d'installation de la céphalée, son évolution, son caractère isolé ou au contraire l'association à d'autres signes neurologiques prennent toute leur valeur, de même que l'histoire de l'HTA.

Il convient d'éliminer une encéphalopathie hypertensive, tableau clinique rare mais véritable urgence vitale. Elle se définit par une HTA maligne (pression artérielle systolique (PAS) > 200 mm Hg ou pression artérielle diastolique (PAD) > 130 mm Hg ainsi que la constatation au fond d'œil (FO) d'œdème papillaire, d'hémorragies rétiniennes ou d'exsudats) associée à des signes neurologiques.

Le scanner cérébral non injecté est donc indispensable pour éliminer ce diagnostic. L'examen montre en général un effacement des sillons corticaux et des hypodensités de la substance blanche non systématisées.

Le traitement rapide de l'HTA permet la régression des signes cliniques et radiologiques, avec disparition des hypodensités de la substance blanche.

Le diagnostic repose donc sur la présence de signes neurologiques réversibles, après normalisation des chiffres tensionnels, et après avoir exclu par une imagerie cérébrale toute autre étiologie, en particulier vasculaire.

1.5.10. Céphalée iatrogène

De très nombreux médicaments peuvent occasionner des céphalées (contraceptifs oraux, digoxine, dérivés nitrés, anticalciques). Le sevrage de nombreux médicaments ou d'autres substances peut également engendrer des céphalées secondaires.

Tous les traitements des céphalées, ainsi que les traitements antalgiques pris pour d'autres raisons, peuvent potentiellement entraîner des céphalées médicamenteuses à différents degrés.

Cette complication concerne 1 à 8% de la population céphalalgique [55] et est décrite lors d'usage chronique de médicaments antalgiques et/ou de médicaments de la crise migraineuse. Il s'agit d'une symptomatologie qui évolue sur un mode chronique nécessitant rarement un recours en urgence et qui doit orienter vers une consultation spécialisée de neurologie.

2. DEUXIÈME PARTIE : NOTRE ÉTUDE

2.1. Matériels et méthodes

2.1.1. Le CHU de Limoges

Le Centre Hospitalier Universitaire comprend 4 hôpitaux et un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Le Service d'accueil des urgences (SAU) de Limoges, situé à l'hôpital Dupuytren, est un service d'urgences adultes polyvalent, médico-chirurgical (hors gynécologie).

Il reçoit en moyenne 41 000 patients par an (40 550 en 2012, 41 275 en 2013). Ce service bénéficie de l'accès à un vaste plateau technique et la plupart des examens complémentaires sont disponibles 24 heures sur 24.

Il dispose d'un dossier informatique pour toute admission. Le terme admission est utilisé pour toute consultation au SAU ayant entraîné un examen clinique. Les motifs d'admission sont systématiquement codés. Le motif de recours est la plainte fonctionnelle (ou la constatation) principale, prédominante ou isolée, enregistrée par l'infirmière du poste d'accueil et d'orientation (PAO). Il est purement sémiologique et n'a pas de connotation diagnostique.

Par ailleurs, les prescriptions médicales, les électrocardiogrammes (ECG) et certains avis spécialisés ne sont pas informatisés.

2.1.2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive et rétrospective sur la prise en charge des patients admis pour céphalées aiguës recensées aux urgences du CHU de Limoges sur une période de un an, du 1^{er} janvier au 31 décembre 2013.

2.1.3. Objectifs

L'objectif de notre étude est dans un premier temps de mieux connaître les caractéristiques épidémiologiques des patients admis aux urgences pour céphalées aiguës et de faire un état des lieux de leur prise en charge.

Dans un deuxième temps nous confronterons ces données aux préconisations actuelles et nous proposerons un protocole de prise en charge applicable en routine dans un service d'urgences comme celui du CHU de Limoges.

2.1.4. Sélection des dossiers

Nous avons sélectionné les dossiers à partir de la codification de la base de données du SAU et retenu tous les dossiers codés « céphalée aiguë » en motif de recours.

2.1.5. Recueil de données

Les données recueillies à partir du dossier des urgences (informatique et papier) sont :

- ✓ Les données épidémiologiques
 - ✗ Sexe
 - ✗ Age
 - ✗ Activité
- ✓ L'adressage
- ✓ Les données cliniques
 - ✗ Les antécédents médicaux ou chirurgicaux pouvant engendrer une céphalée
 - ✗ Les antécédents de traumatisme crânien
 - ✗ Les antécédents d'HTA
 - ✗ Les traitements en cours : antalgie, antiagrégant plaquettaire, anticoagulant, antihypertenseur
 - ✗ Les caractéristiques de la douleur : mode de début, durée, siège, type, irradiations, l'existence de signes associés
 - ✗ La prise de médicaments à visée antalgie

- ✗ Les paramètres vitaux à l'arrivée aux urgences : PAS/PAD, Température
- ✓ Les examens complémentaires
 - ✗ TDM cérébrale, PL, IRM cérébrale, FO, électroencéphalogramme (EEG), Echo doppler des vaisseaux du cou, radiographies des sinus
- ✗ La biologie : Numération Formule Sanguine (NFS), coagulation, CRP, HbCO
- ✓ L'existence d'un avis spécialisé
- ✓ Le traitement mis en place aux urgences
- ✓ Le diagnostic retenu à la sortie des urgences
- ✓ L'orientation du patient : ambulatoire ou hospitalisation et en cas de sortie, la nécessité ou pas de reconsulter un médecin ultérieurement.

Les données manquantes dans le dossier ont été codées comme telles.

2.2. Résultats

La recherche a permis d'identifier 689 patients consultant aux urgences du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2013, avec comme motif principal d'admission « céphalée aiguë ».

185 patients n'ont pas été inclus :

- 4 patients étaient des transferts secondaires d'autres établissements (le diagnostic était donc déjà posé)
- 9 patients ont fugué, rendant le dossier informatique vide de renseignements
- 172 patients avaient un codage ne correspondant pas au motif réel d'admission (erreur de codage).

Au total, 504 patients ont été inclus.

2.2.1. Données épidémiologiques

Dans notre étude, la moyenne d'âge était de 42,1 ans avec un minimum de 17 ans et un maximum de 90 ans.

Le ratio homme/femme était de 0,59 avec 188 hommes (37%) et 316 femmes (63%).

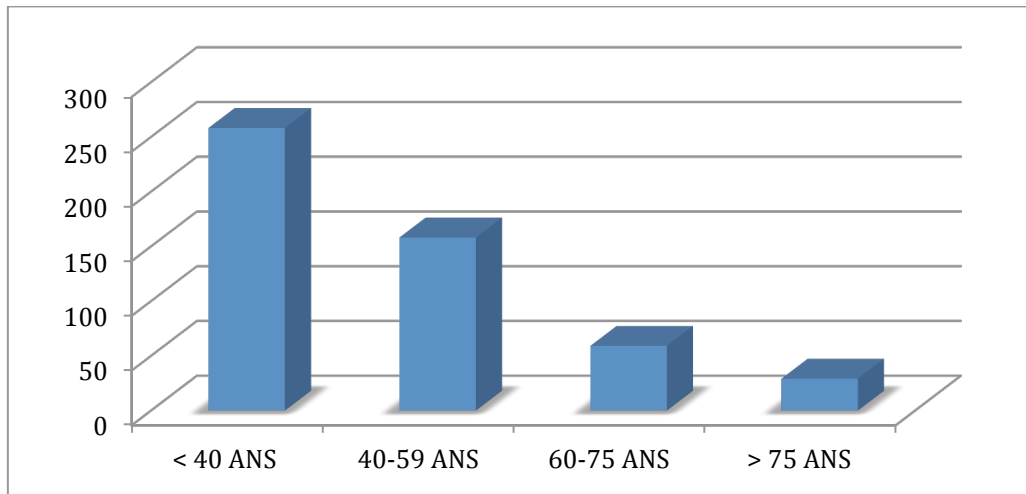


Figure 4 : Répartition des céphalées en fonction des tranches d'âge

On remarque qu'il s'agit principalement d'une population jeune avec 51% des patients ayant moins de 40 ans.

La figure 5 montre par qui sont adressés le patient. On constate qu'ils consultent aux urgences principalement de leur propre initiative (55%). Viennent ensuite les personnes adressées par leur médecin traitant, le Centre 15 et SOS médecin. Une très faible proportion a nécessité une intervention du SAMU.

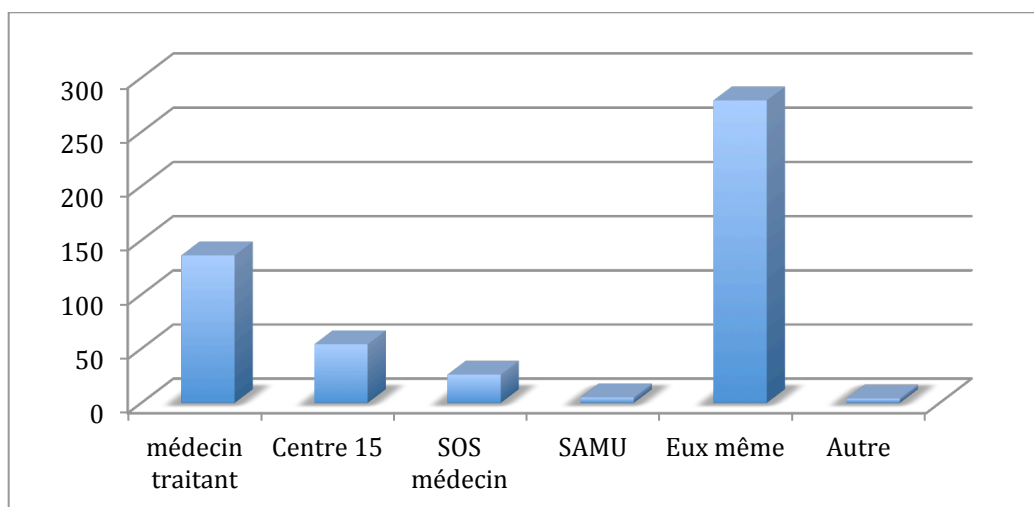


Figure 5 : Adressage du patient

Le recueil de l'activité des patients est peu contributif car pour plus de 67%, elle n'était pas recherchée. Les retraités représentaient 15% (n=76), les personnes actives 12,5% (n=63), les étudiants 3% (n=14) et les sans emploi 2,5% (n=12).

2.2.2. Données cliniques

2.2.2.1. Antécédents

La figure 6 indique les antécédents du patient. Ont été recherchés en priorité ceux étant susceptibles d'entraîner des céphalées. La donnée « autre » englobe les antécédents n'ayant pas de rapport avec une cause possible de céphalée.

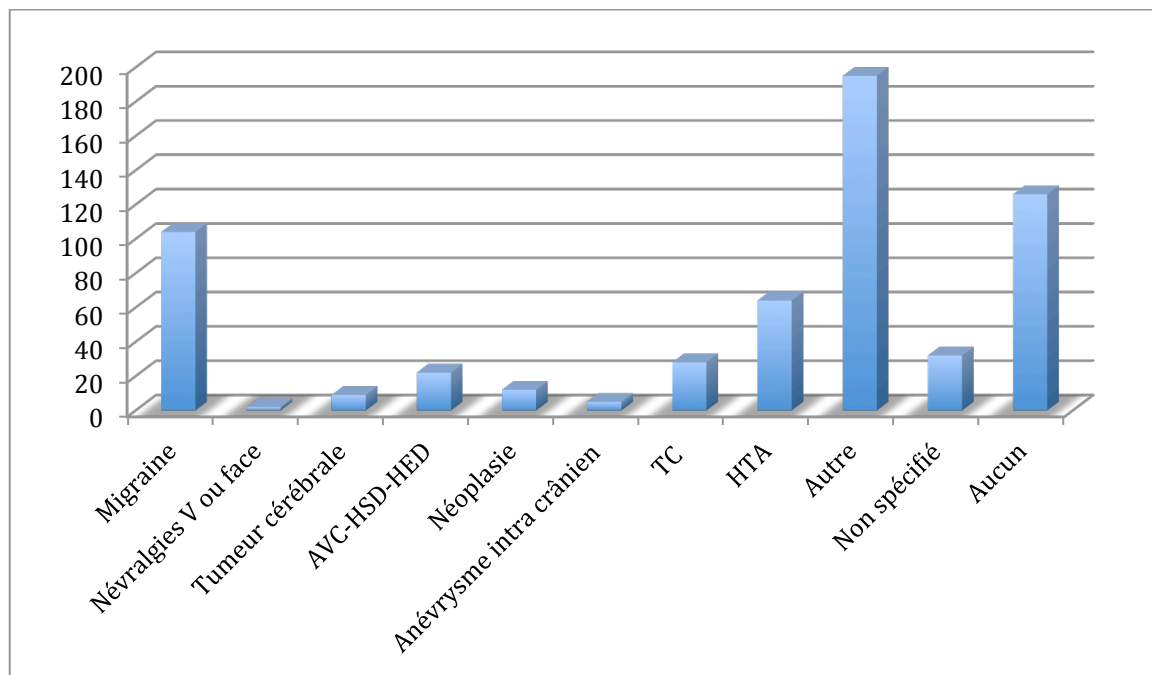


Figure 6 : Antécédents

38 patients avaient des antécédents de traumatisme crânien (7,5%) et parmi eux, celui-ci était inférieur à 7 jours pour 24 patients et supérieur à 7 jours pour 14 d'entre eux.

64 patients étaient hypertendus connus et tous avaient un traitement antihypertenseur au long cours.

11,5% (n=58) avaient un traitement antalgique au long cours à domicile. Parmi eux, 72% l'avaient pris avant leur venue aux urgences. Pour 17%, cela n'était pas précisé.

34 patients (7%) prenaient un traitement anticoagulant.

2.2.2.2. A l'arrivée

257 patients (51%) avaient pris un traitement antalgique, 46 patients (9%) n'en avaient pas pris et pour 201 patients (40%) les données étaient manquantes.

Parmi les patients ayant pris un traitement antalgique, la figure 7 montre les différents médicaments utilisés.

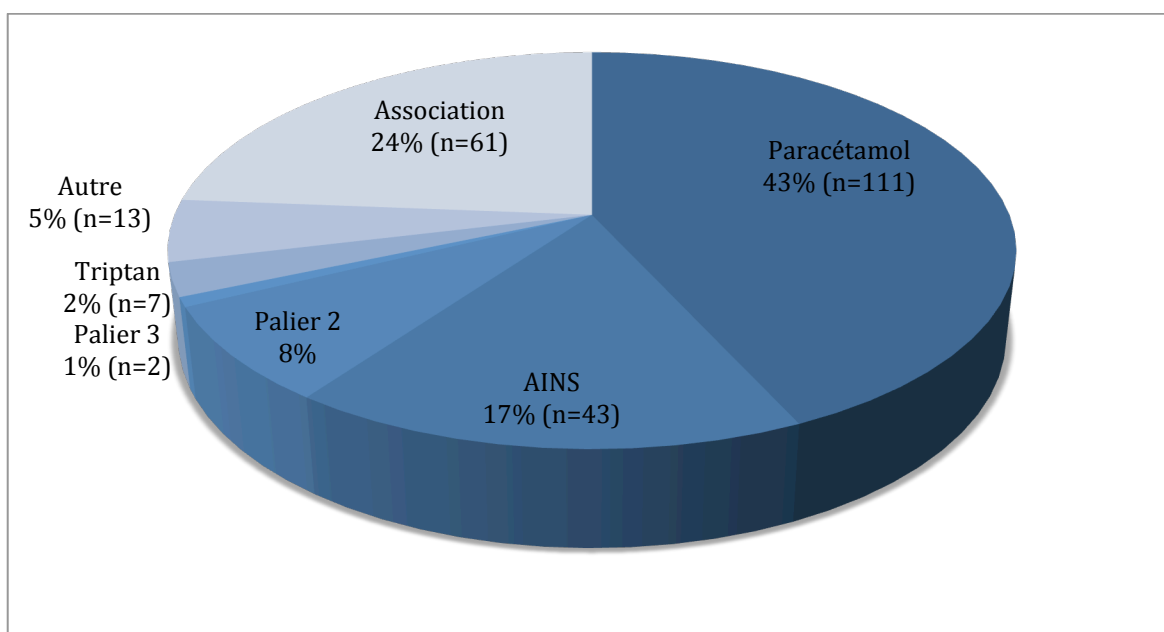


Figure 7 : Traitement antalgique pris avant la venue aux urgences

On constate que le paracétamol est l'antalgique le plus pris.

Il apparaît également de façon majoritaire dans les associations (77%) et principalement avec les AINS : 52%.

Vient ensuite la combinaison AINS-palier 2 à hauteur de 16%.

28 patients se présentaient pour céphalée post traumatisme crânien.

91 patients avaient une HTA à l'admission (18%) et 27 patients avaient une hyperthermie > 38,5°C (5%).

2.2.2.3. Caractéristiques de la douleur

✓ Mode de début

La céphalée est apparue de manière brutale pour 205 patients (41%) et de façon progressive pour 271 (54%). La donnée était manquante dans 5% des dossiers.

✓ Durée

37% des patients avaient une douleur depuis moins de 24 heures, 59% depuis plus de 24 heures. Pour 4%, la durée n'était pas mentionnée.

✓ Antécédents d'épisodes similaires

233 patients (46%) disaient n'avoir jamais eu d'épisode de céphalée similaire. 157 personnes (31%) affirmaient en avoir déjà eu un.

Parmi ces derniers, 31 présentaient une douleur inhabituelle (20%).

✓ Siège

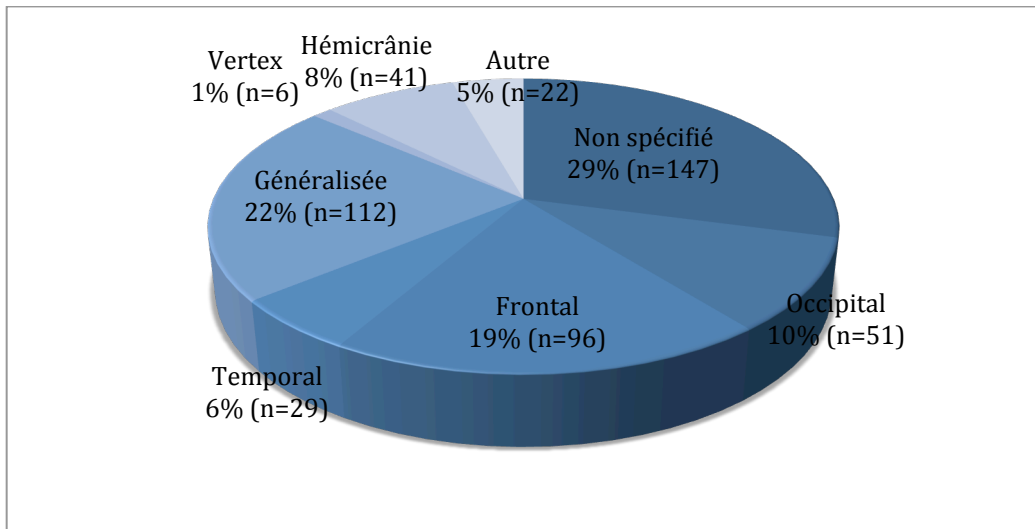


Figure 8 : Siège de la douleur

112 patients décrivaient des céphalées généralisées, 96 personnes avaient une céphalée de siège frontal. 147 dossiers ne faisaient pas état de ce critère (Figure 8).

✓ Type

Plus de 75% des dossiers ne décrivaient pas le type de la douleur. Elle était pulsatile pour 15% des cas, en barre ou en étai pour 4% des patients (Figure 9).

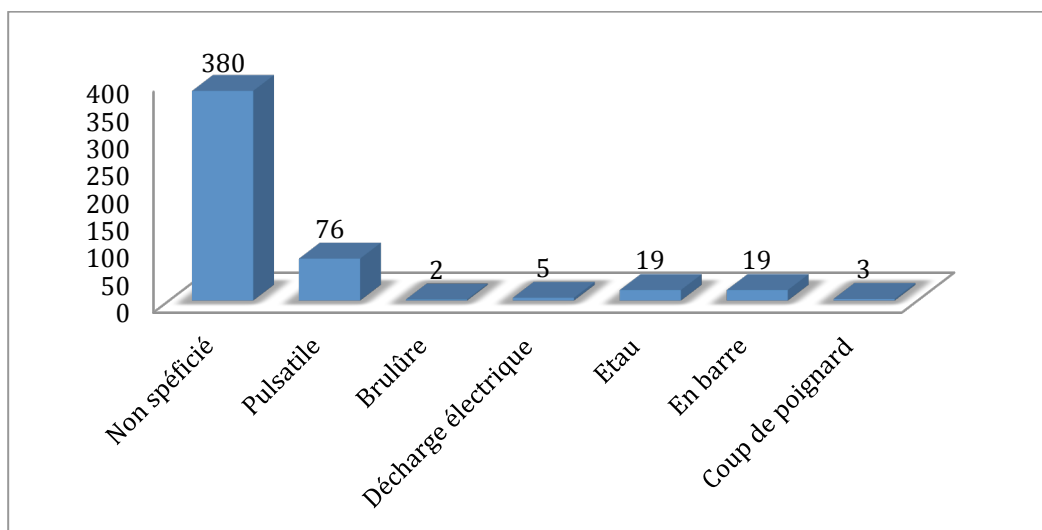


Figure 9 : Type de la douleur

✓ Signes associés

177 patients (35%) ne présentaient aucun symptôme associé. Les signes neurologiques de focalisation étaient présents chez 37 personnes (7%) et la raideur méningée chez 19 patients (3,7%).

Les signes les plus présents sont les nausées/vomissements et la photo-phono phobie, avec respectivement 161 et 108 patients les associant à leur céphalée (soit 32% et 21%) (Figure 10).

59 patients présentaient des nausées associées à une photo-phono phobie.

19 personnes avaient la triade méningée.

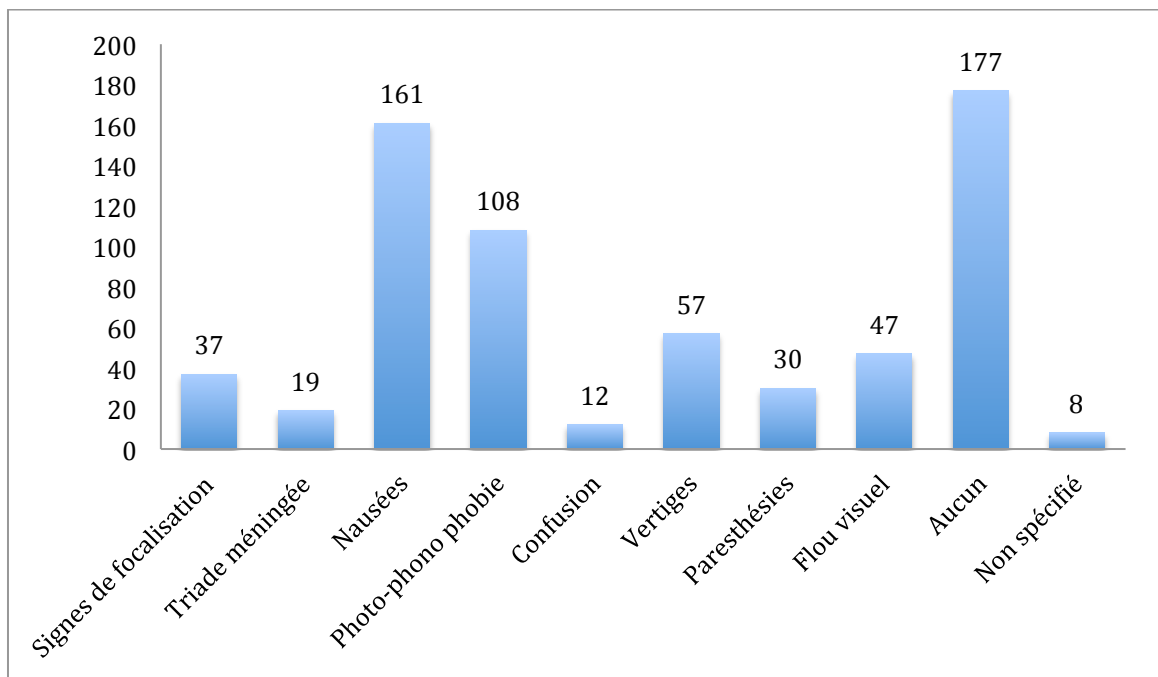


Figure 10 : Signes associés aux céphalées

2.2.2.4. Examens complémentaires

✓ Biologie

421 patients ont eu un bilan biologique avec une NFS. Pour 418 d'entre eux, une CRP était associée. Un bilan de coagulation était prescrit pour 412 personnes ; il s'est avéré perturbé dans seulement deux cas.

L'HbCO n'a été dosée que 43 fois et elle s'est avérée normale à chaque fois.

Une hyperleucocytose était présente chez 85 patients (17%) et l'augmentation de la CRP chez 92 personnes (18,3%). L'association des deux était retrouvée dans 41 cas (8%).

✓ Scanner cérébral

231 patients ont eu une TDM cérébrale, 2 l'ont eu au décours de leur passage aux urgences et 271 n'en ont pas eu.

Parmi les scanners réalisés, 188 (81%) étaient normaux, 43 (19%) présentaient des anomalies, qui se répartissaient comme suit :

- AVC : 14 cas
- Sinusites : 12 cas
- Tumeur ou métastase cérébrale : 8 cas
- Hémorragie méningée : 6 cas
- Hématome sous dural (HSD) : 1 cas
- Hématome intracrânien : 1 cas
- Hydrocéphalie : 1 cas

On constate que plus on avance en âge et plus le scanner cérébral est réalisé (Figure 11).

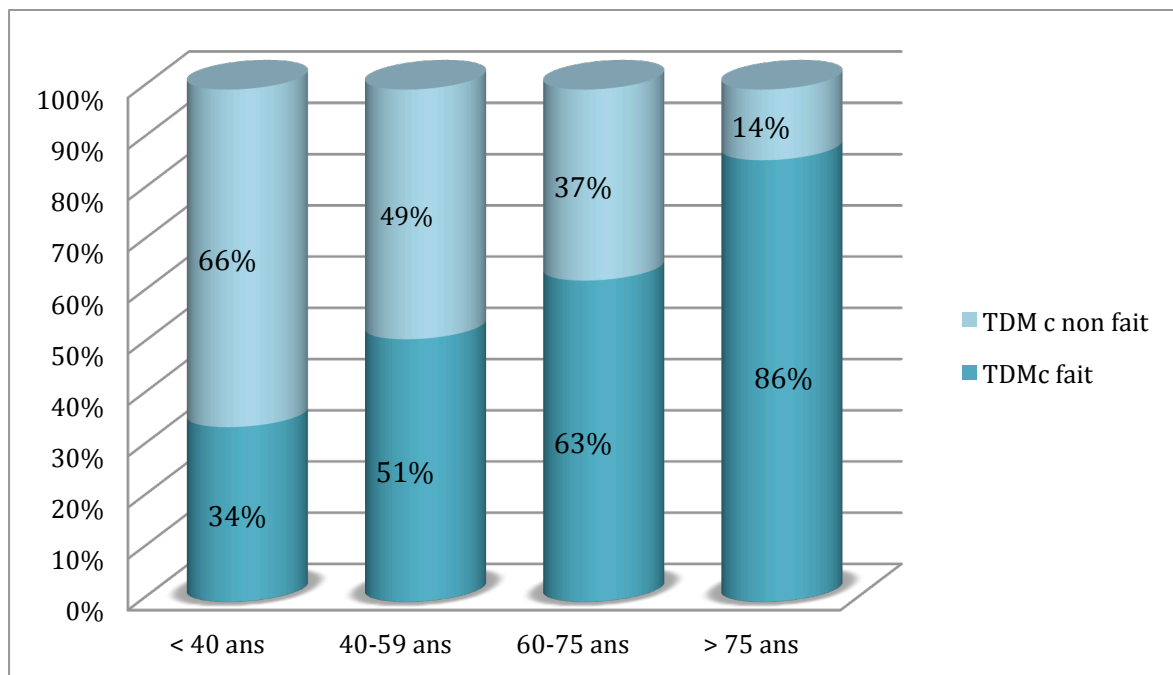


Figure 11 : Pourcentage de scanner cérébral réalisé en fonction des tranches d'âge.

✓ IRM cérébrale

10 patients ont bénéficié d'une IRM en urgence, dont 4 ont montré des anomalies : une tumeur cérébrale, une méningo-encéphalite, une sinusite et un AVC.

Il s'agissait de patients jeunes avec une moyenne d'âge de 30,9 ans. Deux avaient des antécédents de migraine et leur douleur était inhabituelle à chaque fois. Pour les autres, ils ne présentaient pas d'antécédents mais cette douleur était inaugurale pour tous.

Des signes neurologiques de focalisation étaient présents chez 5 personnes, une raideur méningée chez une personne.

8 avis spécialisés ont été demandés.

Pour 14 patients, l'examen a été différé : 8 ayant comme diagnostic de sortie « céphalée de tension » ou « migraine ».

✓ Ponction lombaire

31 patients (6%) ont eu une ponction lombaire ; dans 10 cas elle a mis en évidence une méningite, aucune n'a diagnostiqué une hémorragie méningée.

21 personnes avaient des symptômes de la triade méningée et parmi eux 7 ont eu un diagnostic de méningite.

✓ Autres examens

2 patients ont eu un fond d'œil.

Un EEG a été réalisé chez 4 personnes.

L'écho doppler des vaisseaux du cou a été réalisé chez huit patients ; 5 se sont révélés normaux.

13 patients ont eu une radiographie des sinus ; 6 ont montré une sinusite.

2.2.2.5. Avis spécialisé

116 patients ont nécessité un avis spécialisé. La répartition est indiquée dans la figure 12.

Concernant les 49 avis neurologiques demandés, 33 étaient en rapport avec des céphalées primaires et 9 avec des AVC.

Un avis neurochirurgical a été demandé devant les diagnostics d'HM, de tumeur cérébrale et pour 3 céphalées post TC.

Les autres avis (n=35) concernaient d'autres spécialités (psychiatrie, infectieux, gastroentérologue).

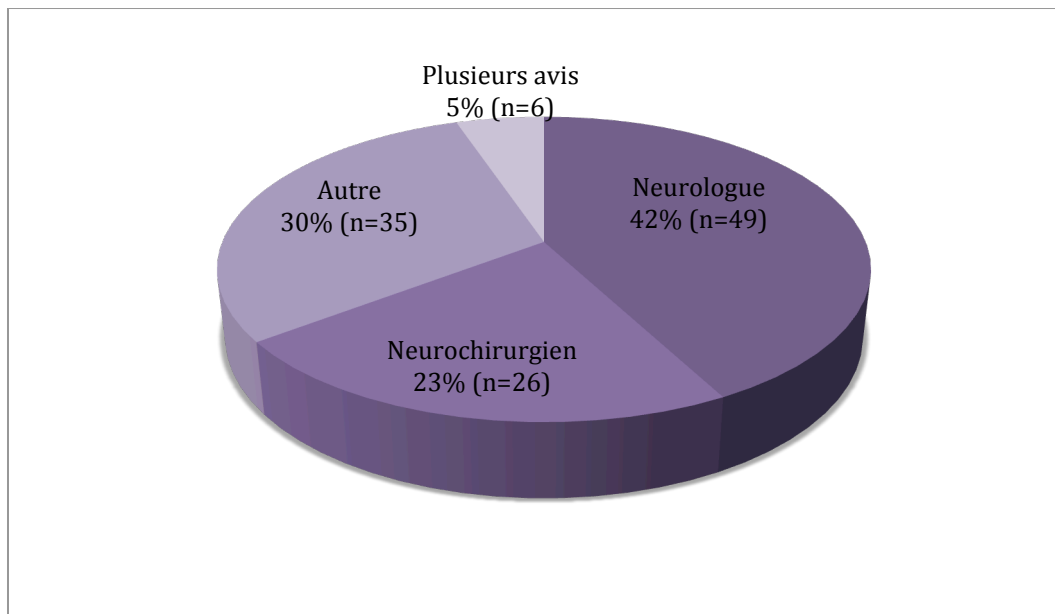


Figure 12 : Répartition des avis spécialisés

2.2.2.6. Diagnostic de sortie

On constate que la migraine et la céphalée de tension sont les principaux diagnostics retenus (respectivement 23% et 35%). Viennent ensuite les problèmes infectieux et les pathologies autres (Figure 13).

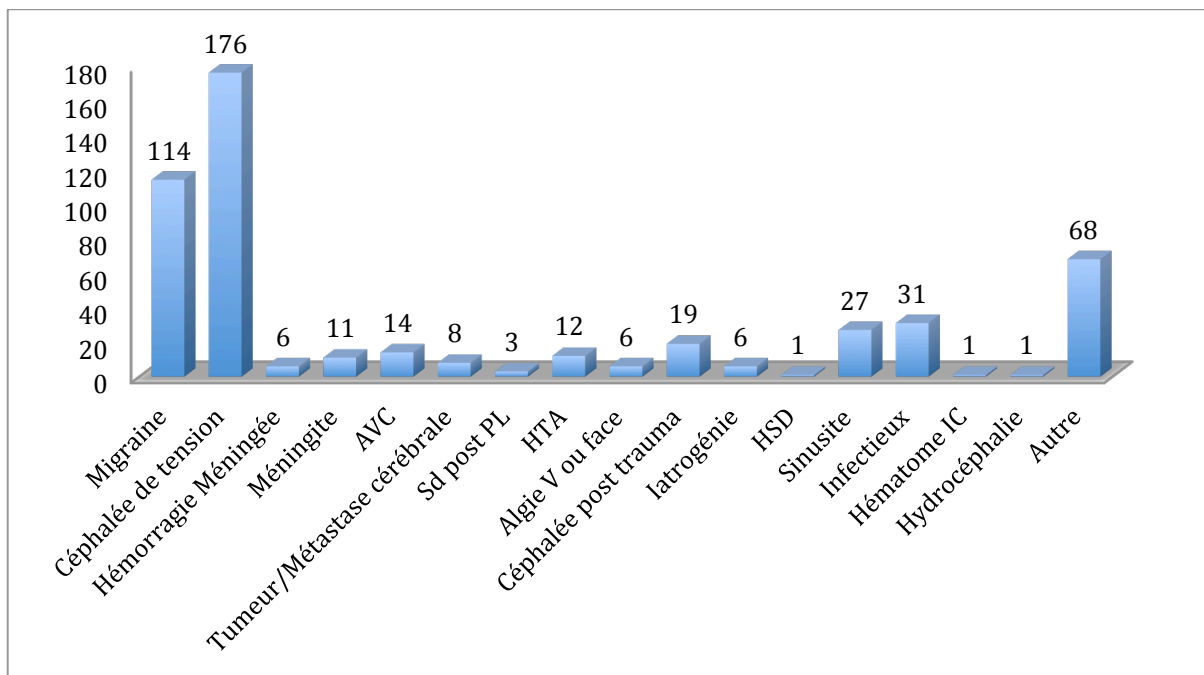


Figure 13 : Diagnostics de sortie

Les graphiques ci dessous divisent les diagnostics de sortie en céphalées primaires et secondaires, et indiquent la répartition en fonction des tranches d'âge (Figures 14 et 15).

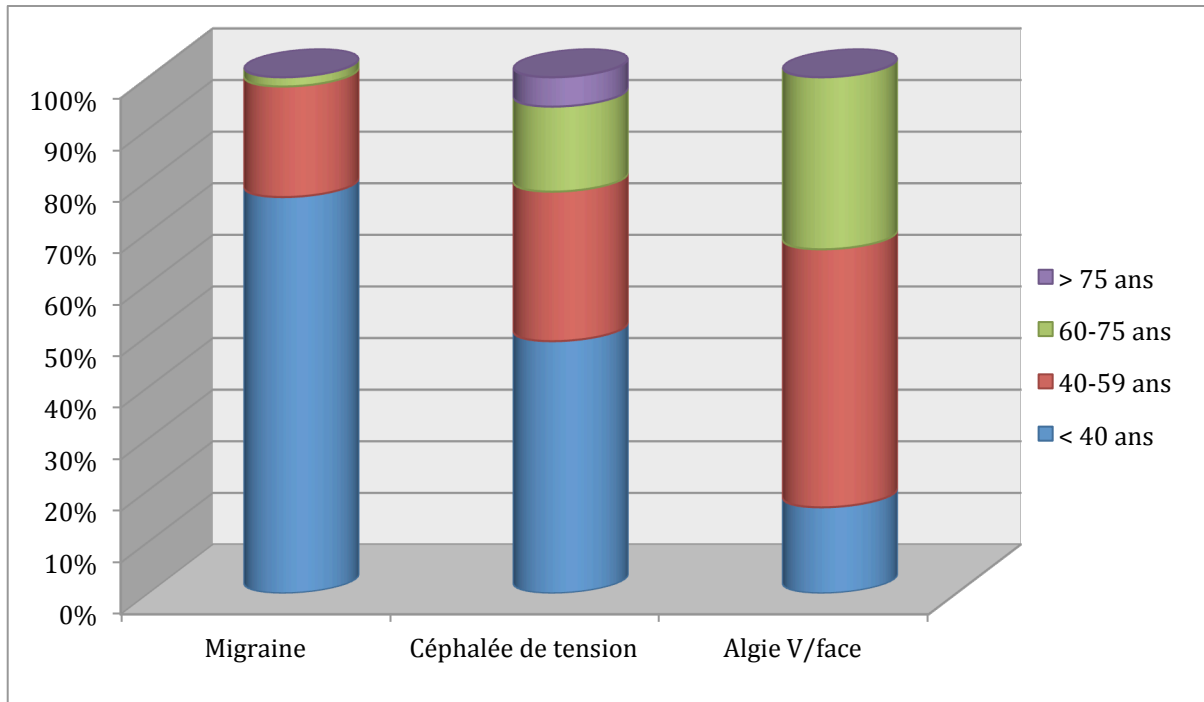


Figure 14 : Répartition des céphalées primaires selon les tranches d'âge

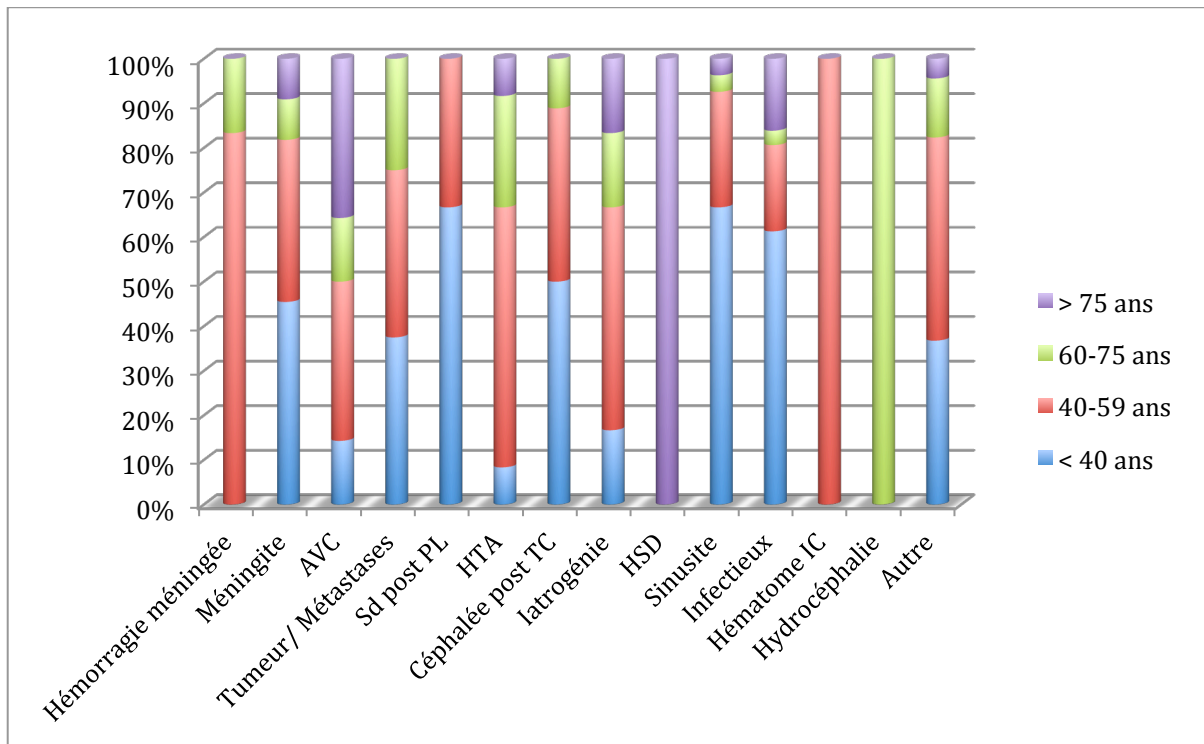


Figure 15 : Répartition des céphalées secondaires selon les tranches d'âge

On constate que les céphalées primaires arrivent en tête des diagnostics de sortie. Celles-ci surviennent principalement chez les moins de 60 ans. Viennent ensuite les céphalées associées à un problème infectieux puis les céphalées post TC.

Concernant les céphalées secondaires, la répartition selon l'âge est hétérogène.

2.2.2.7. Orientation

125 patients (25%) ont été hospitalisés. 35 étaient pour des céphalées primaires (28%).

Parmi les 379 patients sortis, 20% devaient prendre rendez-vous avec un spécialiste, 9% avec leur médecin traitant et pour 71% aucun suivi spécifique n'avait été recommandé.

15 patients ont consulté plusieurs fois au cours de l'année pour céphalée, dont 12 à quelques jours d'intervalle. Parmi ces derniers, 8 sont ressortis à domicile après chaque passage aux urgences. Les 4 autres ont été hospitalisés après leur deuxième passage. Pour tous, le diagnostic restait inchangé entre les différents passages.

2.2.2.8. Traitement antalgique administré aux urgences

On constate que le paracétamol reste là encore le traitement le plus prescrit en monothérapie. 67 patients (13%) n'ont reçu aucun médicament à visée antalgique aux urgences. Parmi eux, 6 n'avaient plus de douleur à l'arrivée, 54 avaient une échelle visuelle analogique (EVA) non renseignée et 5 cotaient leur douleur comme intense (EVA>6).

Il apparaît que dans près de 25% des cas, une association de deux antalgiques est prescrite. (Figure 16)

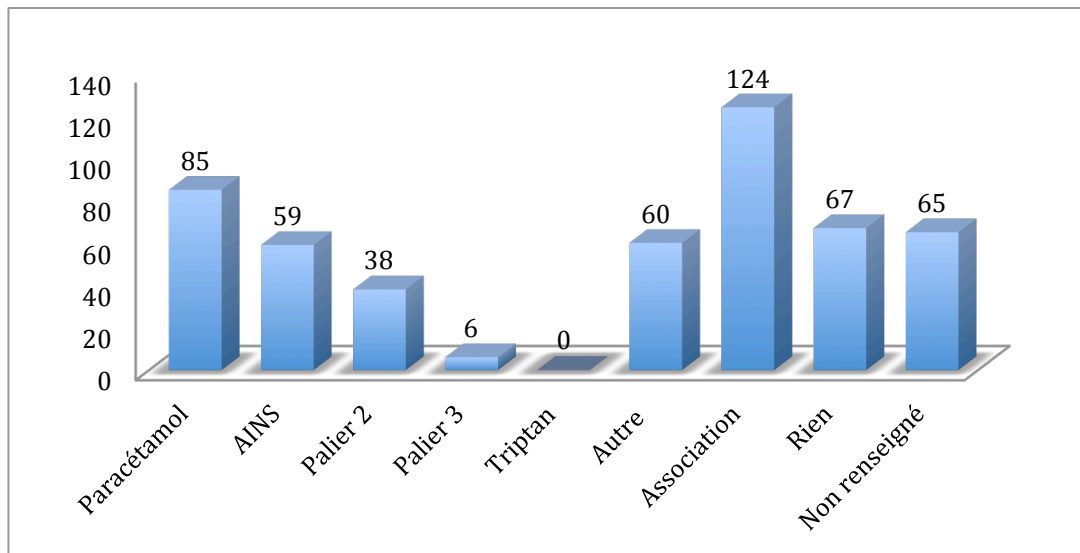


Figure 16 : Traitement reçu aux urgences

Concernant l'évaluation de la douleur, l'EVA n'a pas été mentionnée dans 77%.

11 patients avaient une douleur modérée avec une EVA <4. Un seul n'a pas reçu de traitement antalgique.

28 patients avaient une EVA entre 4 et 6 : 4 d'entre eux seulement ont eu un traitement par palier 2, 11 par du paracétamol uniquement.

61 personnes avaient une EVA ≥ 7 ; parmi eux, 21 ont eu un palier 2 ou 3 en antalgie.

2.2.3. Migraine

Ce diagnostic a été retenu pour 114 patients.

106 patients avaient des antécédents de migraine.

Le sex ratio était de 0,41 avec 81 femmes (71%) et 33 hommes (29%).

La moyenne d'âge était de 42 ans.

58% des patients se présentaient d'eux même aux urgences et 42% étaient adressés par un médecin.

78 patients avaient pris un traitement antalgique avant leur venue aux urgences ; le paracétamol et les AINS arrivaient en tête des médicaments les plus pris avec respectivement 37% et 24%.

Si l'on se réfère aux critères IHS, seulement 11 patients présentaient toutes les caractéristiques de la migraine.

84% des patients ont eu un bilan biologique, normal dans 90% des cas.

Parmi les patients aux antécédents de migraine, 72 présentaient une douleur habituelle aux précédentes céphalées. Pour 34 personnes, cet épisode différait des précédents. La proportion des scanners réalisés dans cette population est rapportée dans la figure 17.

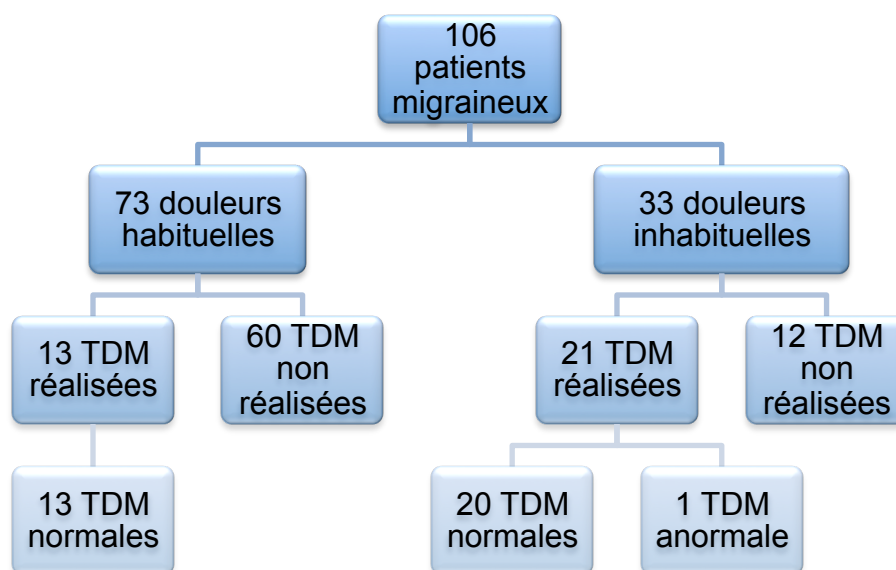


Figure 17 : Répartition du scanner cérébral chez des patients aux antécédents de migraine.

On constate que sur tous les patients aux antécédents de migraine et ayant bénéficié d'un scanner cérébral, seulement un s'est révélé anormal, diagnostiquant une sinusite. Il s'agissait d'une personne qui présentait une douleur de type inhabituel.

2.2.4. Syndrome méningé

Seuls 19 patients présentaient la triade complète du syndrome méningé.
216 personnes avaient des symptômes d'une possible atteinte méningée.

Parmi les 19 syndromes méningés, 13 patients ont eu un scanner cérébral et 12 une PL. 6 personnes ont bénéficié des deux.

La figure 18 indique la répartition des diagnostics.

On constate que parmi les patients présentant tous les critères, seuls 31,6% avaient une atteinte méningée (méningite ou HM).

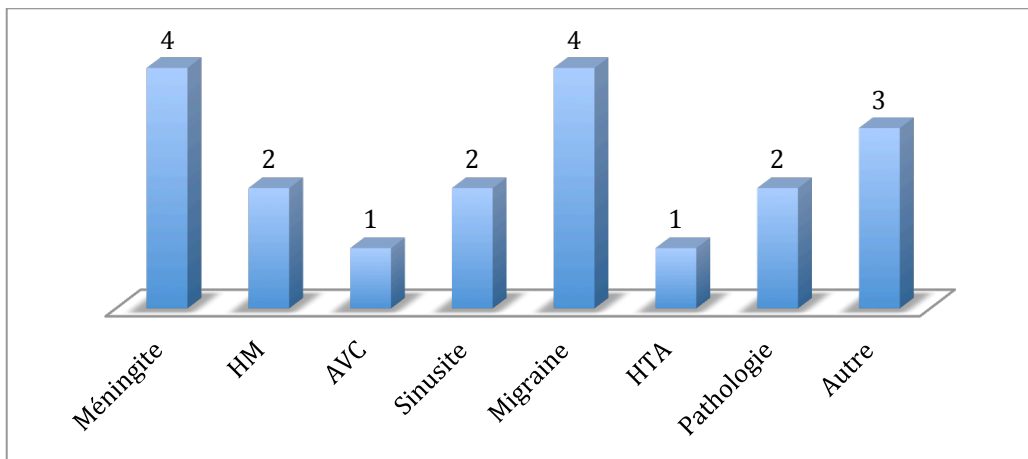


Figure 18 : Diagnostics devant la triade méningée

2.2.5. Imagerie cérébrale et antécédents

✓ Tumeur cérébrale et autres néoplasies

9 patients avaient des antécédents de tumeur cérébrale. Pour 4 d'entre eux, un scanner cérébral a été réalisé et un a bénéficié d'une IRM cérébrale. Aucun n'a révélé de nouvelle pathologie. Un diagnostic de méningite a été fait par la PL.

12 personnes présentaient des antécédents de néoplasie (autre que cérébrale). Pour 11 cas, un scanner cérébral a été réalisé, 7 étant anormaux (59%) (Figure 19).

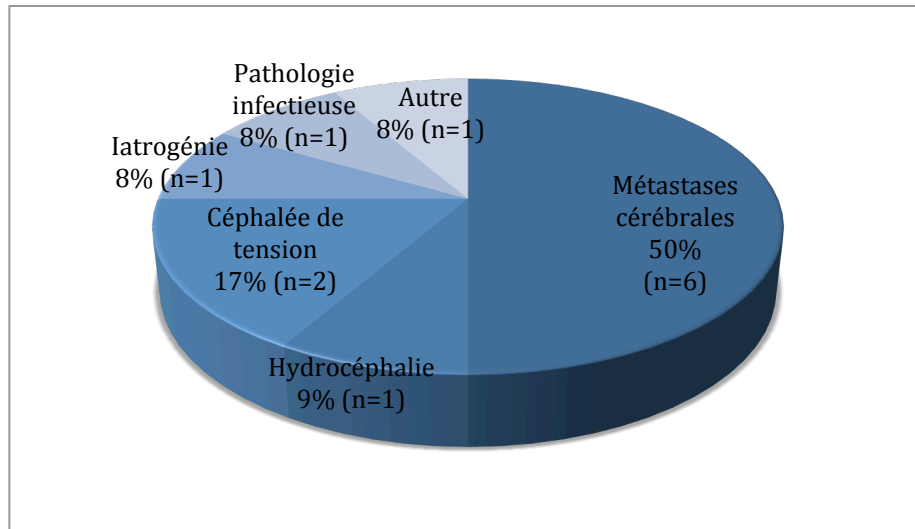


Figure 19 : Diagnostics chez les patients atteints de néoplasie ayant bénéficié d'un scanner cérébral.

✓ Anévrysmes intra crâniens

Les 5 patients avec cet antécédent ont tous eu un scanner cérébral. Aucun ne présentait d'anomalie.

✓ Dérivation ventriculo-péritonéale

Un seul des deux cas a eu un scanner, qui s'est révélé normal.

✓ Patient sous anticoagulant

34 patients avaient un traitement anticoagulant.

29 ont eu un scanner cérébral qui s'est révélé anormal pour 11 d'entre eux (38%) :

- 6 étaient des AVC
- 4 étaient des sinusites
- 1 était une tumeur cérébrale

Parmi eux, 8 avaient des signes neurologiques de focalisation (dont 2 avaient une confusion associée) et tous ont eu une imagerie cérébrale : 3 étaient des AVC.

2 personnes présentaient une confusion ou une désorientation temporo spatiale (DTS) isolée ; le scanner a montré un AVC pour l'un et une tumeur cérébrale pour l'autre.

3 patients étaient adressés aux urgences suite à un traumatisme crânien. Le scanner cérébral a été fait pour tous, se révélant normal à chaque fois.

Pour les 5 patients n'ayant pas eu de scanner cérébral, aucun autre examen d'imagerie n'avait été fait. Tous présentaient un examen neurologique normal. Aucun avis spécialisé n'a été demandé.

8 patients décrivaient cette céphalée comme un premier épisode à début brutal. 7 ont eu une imagerie cérébrale. Le diagnostic de céphalée de tension a été posé dans 62,5% des cas.

✓ Céphalée post traumatique

28 patients venaient pour céphalée post traumatique. Dans 75% des cas, un scanner cérébral a été fait.

8 scanners ont été faits alors que le patient ne présentait aucun signe neurologique. Tous se sont avérés normaux.

4 patients avaient des signes neurologiques de focalisation ; le scanner n'a montré aucune anomalie pour chacun d'entre eux.

Un seul hématome intra crânien a été décelé. Le patient ne se plaignait que de vomissements accompagnant ses céphalées.

3 patients étaient sous anticoagulant ; chacun a eu un scanner qui s'est révélé normal à chaque fois.

Les diagnostics se répartissaient comme suit :

- céphalée post traumatique : 17 cas (61%)
- migraine : 1 cas (4%)
- céphalée de tension : 6 cas (21%)
- hématome intra crânien : 1 cas (4%)
- autre : 3 cas (10%)

✓ Age > 50 ans.

151 patients avaient 50 ans ou plus. Parmi eux, 11 avaient des antécédents de migraine.

96 scanners cérébraux ont été réalisés ; 20 se sont révélés pathologiques (21%). Aucune IRM n'a été réalisée en urgence.

85 patients présentaient une douleur inaugurale ou une douleur inhabituelle ; 59 TDM cérébrales ont été faites, 18 étant pathologiques.

Les céphalées primaires arrivent en tête (céphalée de tension) suivies par les AVC.

Les diagnostics figurent ci dessous (Figure 20).

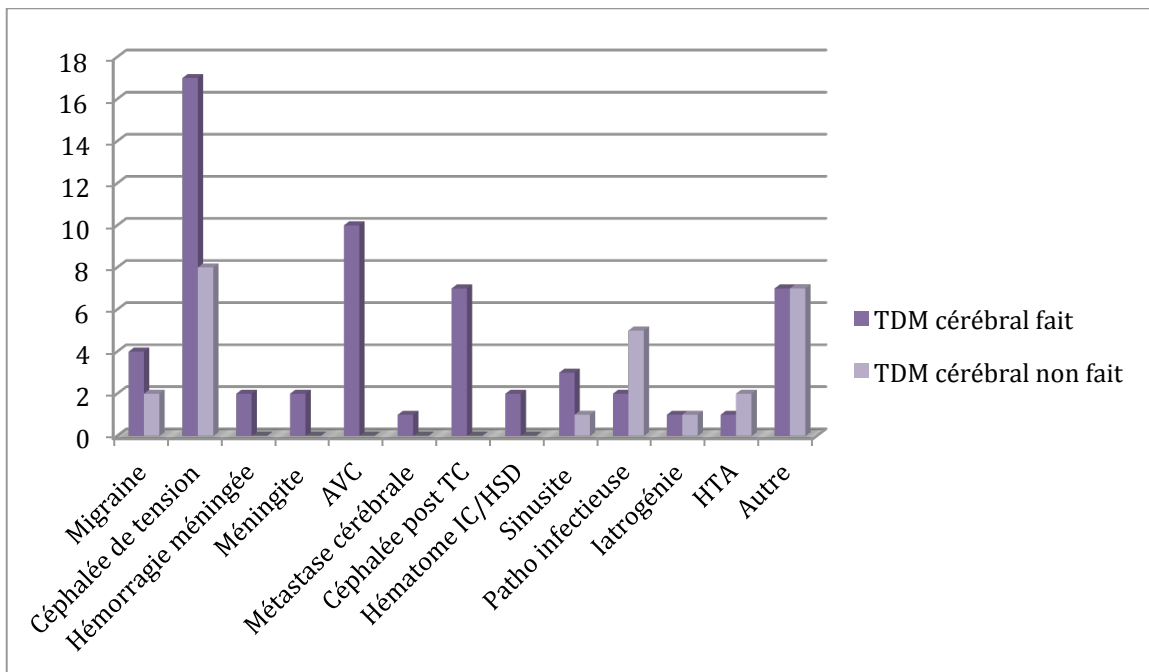


Figure 20 : Diagnostics pour une céphalée inaugurale ou inhabituelle chez des patients de 50 ans ou plus.

2.2.6. Imagerie cérébrale et caractéristiques de la douleur

✓ Douleur en coup de poignard

3 personnes seulement ont décrit leur douleur comme un coup de poignard. Toutes ont eu un scanner cérébral. Un seul s'est révélé pathologique (hémorragie méningée).

✓ Signes neurologiques de focalisation

Il y avait 37 cas. 36 ont bénéficié d'une imagerie cérébrale : le scanner pour 34 patients et l'IRM pour les deux autres.

Une anomalie a été découverte dans 39% des cas. Les diagnostics se répartissaient comme suit :

- AVC : 8 cas (22%)
- Métastase cérébrale/ Tumeur cérébrale : 2 cas (6%)
- Hémorragie méningée : 1 cas (3%)
- Hydrocéphalie : 1 cas (3%)
- HSD : 1 cas (3%)
- Migraine : 3 cas (8%)
- Sinusite : 1 cas (3%)
- Céphalée post traumatique : 1 cas (3%)
- Céphalée de tension : 12 cas (33%)
- Autre : 6 cas (16%)

2.2.7. Hypertension artérielle

91 patients présentaient une HTA à l'arrivée aux urgences. Parmi eux, 37% avaient des antécédents d'hypertension.

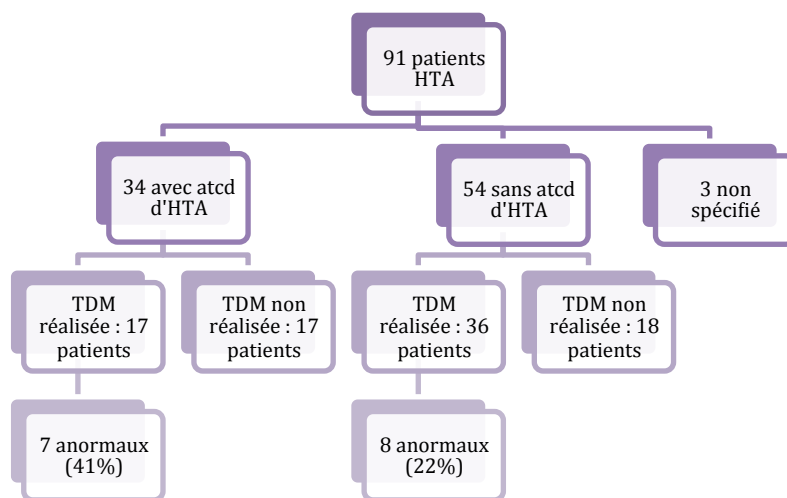


Figure 21 : Répartition du scanner cérébral chez les patients hypertendus connus

Parmi les patients présentant des antécédents d'HTA, 7 avaient une imagerie anormale :

- une HM
- trois AVC
- deux sinusites
- une hydrocéphalie

Parmi ceux n'ayant pas d'antécédents d'HTA, 8 avaient une TDM anormale :

- deux HM
- trois AVC
- une métastase cérébrale
- deux sinusites

Le diagnostic d'HTA a été posé dans 26% des cas chez les patients hypertendus connus, 6% chez les autres personnes.

2.2.8. Examen clinique normal et investigations

177 patients présentaient un examen clinique normal.

102 personnes (58%) présentaient, en diagnostic de sortie, une céphalée primaire ne nécessitant, à priori, pas d'investigations supplémentaires.

3 patients (1,7%) avaient une céphalée secondaire nécessitant une prise en charge en urgence.

Parmi les 177 patients, 60 ont bénéficié d'un scanner cérébral et deux d'une IRM. 14 imageries se sont révélées pathologiques (23%) : 12 étaient des sinusites, 1 était la découverte d'une tumeur cérébrale et une était une HM.

Deux PL ont été faites ; une a révélé une méningite.

126 personnes ont eu un bilan biologique :

- 75 étaient normaux (60%)
- 26 présentaient un syndrome inflammatoire dont 14 avec une CRP > 5
- 11 présentaient d'autres anomalies

125 patients ont eu un bilan biologique alors qu'ils n'avaient pas d'hyperthermie, ni d'HTA, ni de traitement anticoagulant à l'admission. Sur cet échantillon, la douleur n'était pas caractérisée de manière précise pour 93 personnes (74,4%).

Les diagnostics de sortie figurent sur la figure 22.

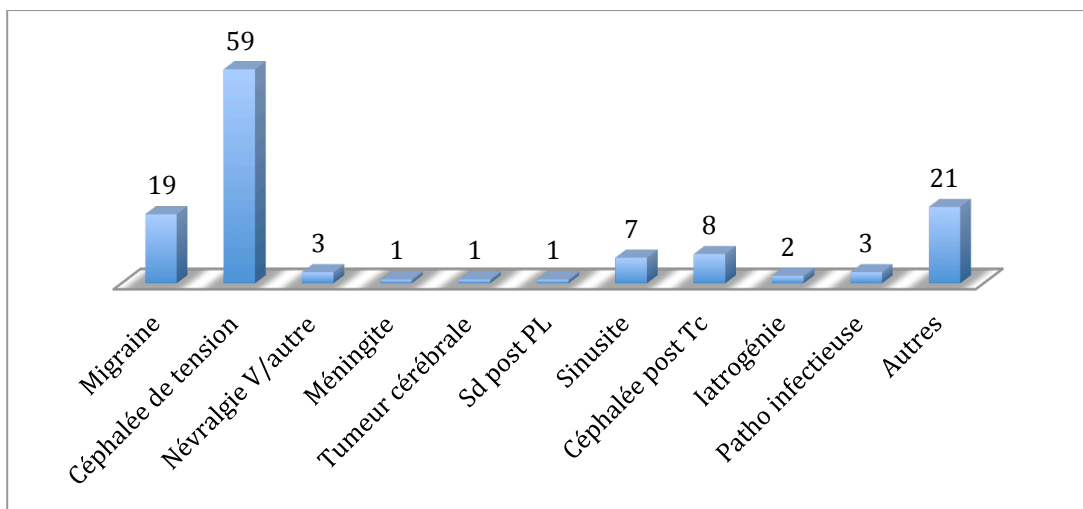


Figure 22 : Pathologies devant un examen clinique normal chez les patients ayant eu un bilan biologique

81 patients avaient une céphalée primaire (72,8%).

Parmi les 44 autres céphalées, au moins 9 auraient pu être diagnostiquées par un bon interrogatoire (syndrome post PL, céphalée post TC).

3. TROISIÈME PARTIE : DISCUSSION

3.1. Caractéristiques de la population étudiée

3.1.1. Données épidémiologiques

Le motif « céphalée aiguë » a représenté 1,2% des admissions sur l'année 2013 au CHU de Limoges, ce qui correspond aux données retrouvées dans les différentes études [11].

Il s'agit d'une population jeune avec une moyenne d'âge de 42 ,1 ans.

La prépondérance féminine est nette avec 2 femmes pour un homme.

Ces données sont comparables à celles de la littérature [10].

Plus de la moitié des patients consultent aux urgences d'eux mêmes. En second, viennent les patients adressés par leur médecin traitant et en troisième ceux venant sur conseil du Centre 15.

3.1.2. Antécédents

1 patient sur 5 présentait des antécédents de migraine ; elle apparaît donc comme l'antécédent le plus fréquemment retrouvé.

Viennent ensuite dans des proportions faibles tous les autres antécédents (AVC, tumeur cérébrale, ...).

3.2. Données cliniques

3.2.1. Traitement antalgique

51% des patients avaient pris un traitement antalgique avant leur venue aux urgences. Pour près de 40%, cette donnée n'était pas recueillie lors de l'interrogatoire. Il est donc difficile d'apporter une analyse à ces chiffres.

Sans surprise, le paracétamol est l'antalgique le plus consommé, que ce soit seul (43%) ou en association (principalement aux AINS). Cela semble évident car ce sont des médicaments qui peuvent se délivrer sans ordonnance.

3.2.2. Caractéristiques de la douleur

La douleur est apparue de manière brutale chez 41% des patients (n=205). On peut se poser la question de ce qu'il est entendu par « céphalée brutale ». En effet d'après la définition, il s'agit d'une céphalée atteignant son maximum d'intensité en moins d'une minute, d'intensité sévère, durant de quelques heures à quelques jours. Or, sur 205 patients décrivant une céphalée brutale, 180 avaient une intensité de la douleur non renseignée ou une EVA < 7.

On constate donc que ce critère d'apparition de la douleur est mal évalué. Pourtant c'est une donnée fondamentale dans l'interrogatoire d'un patient céphalalgique car il conditionne en partie la suite de la prise en charge.

Le siège de la douleur n'était pas spécifié dans 30% des dossiers et le type dans 75% des cas.

Parmi les 114 diagnostics de migraine, 11 personnes seulement remplissaient les critères IHS.

On voit donc par ces résultats que la douleur n'est pas assez caractérisée, alors que les céphalées primaires se diagnostiquent par des critères très précis. Cela conduit très probablement à des examens complémentaires en excès.

3.2.3. Signes associés

35% des patients ne présentaient aucune anomalie à l'examen clinique. Les signes les plus souvent retrouvés sont les nausées suivies par la photophobie. Ces signes sont difficiles d'interprétation car ils se voient aussi bien dans les céphalées primaires comme la migraine, que dans les céphalées secondaires où ils peuvent témoigner d'une irritation méningée. Cela est d'autant plus complexe que la raideur méningée n'est pas toujours présente et que par conséquent il est difficile de savoir dans quel tableau elles s'inscrivent.

Il en est de même pour les paresthésies et le flou visuel qui peuvent se voir dans le tableau d'une migraine avec aura ou bien révéler une pathologie secondaire telle qu'un AVC ou une HM.

3.3. Examens complémentaires

3.3.1. Biologie

Les examens biologiques sont rarement suggestifs, sauf une augmentation de la vitesse de sédimentation (VS) ou de la CRP qui oriente soit vers :

- une artérite temporale chez les sujets de plus de 60 ans
- un état infectieux.

La VS n'est que très rarement demandée aux urgences, cette donnée n'a donc pas été recueillie.

Avec près de 83,5% des personnes ayant eu un bilan biologique à l'admission, on peut supposer que beaucoup sont prescrits en excès.

17% des patients ont eu un bilan biologique alors qu'ils décrivaient une douleur habituelle, et que leur examen clinique était normal (absence d'HTA, d'hyperthermie, de signes neurologiques de focalisation).

Les traitements reçus aux urgences s'effectuant la majorité du temps par voie intra veineuse, il est habituel de prescrire dans le même temps un bilan alors qu'il est souvent peu contributif pour établir un diagnostic.

3.3.2. Imagerie cérébrale

238 patients ont bénéficié d'une imagerie cérébrale, soit 47%. Sans surprise, il s'agit du scanner cérébral qui est l'examen le plus pratiqué.

Comme indiqué dans la littérature, il doit être l'examen de première intention lors d'une suspicion d'hémorragie méningée ou intra cérébrale [27]. Il a en effet la même sensibilité que l'IRM pour détecter la présence de sang.

L'IRM sera préférée en cas de suspicion d'AVC détecté dans les premières heures (6h).

Le codage du motif de recours distinguant « céphalée aiguë » et « AVC », les patients présentant une céphalée dans un contexte de suspicion d'AVC sont cotés « AVC » et n'entrent pas dans « céphalée aiguë » en motif principal d'admission. De plus, le délai de 6h où l'IRM est préférée au scanner est souvent dépassé, ce qui explique en partie la très nette différence d'utilisation entre ces deux examens.

Parmi les TDM cérébrales réalisées, 19% présentaient une anomalie : 5,5% étaient des sinusites, 13,5% des pathologies intra cérébrales. Si l'on compare à la littérature, on constate que ces chiffres sont supérieurs. Plusieurs études ont montré qu'un bilan d'imagerie dans un contexte de céphalée n'objectivait que 2,5 à 10% d'anomalies intracrâniennes [56, 57]. Si l'on se réfère à l'étude épidémiologique des malades des urgences étasuniens entre 1992 et 2001, celle-ci a montré que sur les 14 % de céphalalgiques ayant eu une imagerie cérébrale 5,5 % avaient des images pathologiques [58].

La proportion de scanners faits augmente avec l'âge, passant de 34% avant 40 ans, à 63% après 60 ans et à 86% après 75 ans. Cela semble normal du fait de l'augmentation des céphalées secondaires avec l'âge. En effet, certaines études montrent qu'elles représentent de 1 à 2% des céphalées avant 65 ans, et jusqu'à 15% après 65 ans [59, 60, 61, 62].

Si l'on compare à notre étude, on constate que ces valeurs ne sont pas similaires. Les céphalées secondaires représentaient 40% chez les patients de moins de 60 ans, dont 6,7% nécessitant une prise en charge en urgence.

Chez les plus de 60 ans, 50% étaient des céphalées secondaires, dont 30% qui étaient une urgence thérapeutique.

On voit donc qu'il existe une différence de résultats entre ces données et celles de la littérature. Néanmoins, on constate que la proportion de pathologies urgentes croît avec l'âge de manière significative (du simple au quadruple).

Concernant l'IRM, elle a été demandée principalement pour des sujets jeunes présentant des signes neurologiques de focalisation. Une IRM a été demandée devant une

céphalée résistante aux antalgiques de palier 3 et une chez un patient suivi pour médulloblastome.

3.3.3. Ponction lombaire

6% des patients ont eu une PL, 1/3 ayant mis en évidence une méningite. Aucune hémorragie méningée n'a été découverte par la PL.

Là aussi, si l'on compare à l'étude menée aux Etats-Unis, les chiffres de notre étude sont plus élevés. La leur indiquait que 11 % des 2 % de malades ayant eu une ponction lombaire avaient un résultat pathologique [58].

3.4. Diagnostic de sortie

On constate que ce sont les céphalées primaires, et en particulier les migraines et céphalées de tension qui arrivent majoritairement en diagnostic de sortie.

Notre étude a montré que les céphalées primaires représentaient 57% des diagnostics de sortie, les céphalées associées à une pathologie systémique 35% et celles associées à une anomalie intra crânienne 6%.

Cela correspond aux données de la littérature retrouvées ; celles-ci indiquaient que les migraines et céphalées apparentées représentent 25 à 55 % des céphalées dans les services d'urgence, les céphalées associées à des pathologies systémiques : 33 à 39 % et les céphalées secondaires à des lésions intracérébrales : 1 à 15 % [63].

Si l'on regarde la répartition des céphalées selon les tranches d'âge, on constate que les céphalées primaires sont principalement diagnostiquées chez les patients de moins de 60 ans.

Pour les céphalées secondaires, la répartition est très variable selon la pathologie ; la tranche d'âge des plus de 60 ans est principalement touchée par des pathologies vasculaires comme les AVC et les HSD.

L'HTA et la iatrogénie intéressent plutôt les plus de 40 ans ce qui semble logique du fait de l'augmentation de la prévalence de l'HTA avec l'âge.

3.5. Avis spécialisé

Près d'un patient sur 4 a eu recours à un avis spécialisé.

Les neurologues sont, comme l'on pouvait s'y attendre, les spécialistes les plus sollicités, la plupart des céphalées étant primaires. Viennent ensuite « les autres » spécialités telles que maladie infectieuse, psychiatrie, oncologie.

Concernant les avis neurologiques, 67% étaient pour des céphalées primaires. Les demandes concernaient principalement des conseils sur le traitement à introduire, des suspicions d'AVC qui se révélaient être des migraines avec aura. Un avis était également demandé pour des patients présentant des céphalées depuis plusieurs jours et dont les premiers examens (TDM cérébrale, PL) étaient normaux, afin de savoir s'il était nécessaire de pousser les investigations plus loin.

Un avis neurochirurgical a été demandé dans 23%, ce qui correspond aux pathologies nécessitant une possible intervention neurochirurgicale.

3.6. Orientation

1 patient sur 4 a été hospitalisé. Il s'agit pour les $\frac{3}{4}$, d'hospitalisations pour céphalées secondaires. $\frac{1}{4}$ des patients pour lesquels il a été posé un diagnostic de céphalées primaires ne sont pas sortis à domicile, principalement pour une prise en charge antalgique mais également afin d'avoir une surveillance de 24h. Ces derniers ont le plus souvent été hospitalisés en polyclinique, neurologie ou en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) des urgences avec respectivement 34%, 14% et 23%.

Parmi les patients sortis, plus de 70% n'avaient pas de suivi spécifique. Les patients sortis avec un diagnostic de migraine n'avaient pas de suivi pour 70% d'entre eux.

L'enquête FRAMIG 3 réalisée en France en 2004 [64] montre que 20% seulement des migraineux consultent spécifiquement pour leur migraine et que parmi les 80% restants, la moitié n'a jamais consulté de médecin pour les crises et l'autre moitié à cesser de le faire. Il est donc capital que chaque patient migraineux soit réorienté après sa sortie des urgences vers un spécialiste ou médecin traitant afin de ne pas aboutir à une sortie de soins prématurée ou à une mauvaise utilisation des thérapeutiques.

3.7. Traitement administré aux urgences

La prise en charge de la douleur souffre en général d'une insuffisance puisqu'elle se trouve souvent relayée au second plan par rapport à une recherche étiologique.

Toute la difficulté lorsqu'un patient céphalalgique arrive aux urgences est de le soulager sans toutefois « aggraver » une possible pathologie secondaire. En effet, prescrire un AINS à un patient migraineux est justifié car il s'agit d'un médicament ayant un niveau de preuve A dans le traitement de la crise, mais il peut s'avérer délétère en cas d'HM ou de méningite infectieuse.

L'indication des différents paliers dépend de l'intensité de la douleur [65].

112 patients ont eu des AINS, seuls ou association. Dans un seul cas, le patient avait une hyperthermie à l'admission. Deux avaient une pathologie infectieuse en diagnostic final. On voit donc ici que les AINS ont été prescrit à bon escient.

L'étude a montré que l'antalgie multimodale est la plus utilisée aux urgences avec l'association de deux antalgiques ou d'un antalgique et d'une autre classe thérapeutique (anti émétique, corticoïdes).

Le paracétamol reste encore le traitement le plus pris en monothérapie, suivi des AINS et autres classes médicamenteuses.

Aucune prescription de triptan n'a été trouvée dans les dossiers disponibles.

13% des patients (n=67) n'ont reçu aucun traitement antalgique. Une étude rétrospective sur une période de 6 mois dans un service d'urgences avait montré que seulement 57% des patients céphalalgiques avaient bénéficié d'un traitement [66].

Dans notre étude, les résultats peuvent être biaisés ; en effet, certains patients céphalalgiques sont orientés vers le circuit ambulatoire pour une simple consultation quand ils ne nécessitent pas d'examen complémentaires. Il peut arriver qu'un traitement antalgique soit donné sans traçabilité.

Concernant l'adaptation des antalgiques à l'EVA, on constate que les prescriptions ne sont pas toujours adaptées à l'intensité de la douleur. Seuls 14,3% des patients ayant une EVA > 4 et 34,5% des patients ayant une EVA >7 ont eu un traitement antalgique adapté. Il

est pourtant important de ne pas hésiter à augmenter les paliers des antalgiques en fonction de l'intensité de la douleur afin de soulager correctement le patient [65].

3.8. La migraine, un diagnostic par excès ?

114 patients avaient comme diagnostic de sortie une migraine. Si l'on analyse ce diagnostic en fonction des critères IHS, seuls 11 personnes remplissaient tous les critères nécessaires. Parmi les patients étiquetés « céphalée de tension », deux présentaient tous les critères IHS de la migraine.

On peut donc penser que l'interrogatoire, pourtant moment clé pour orienter la suite de la prise en charge, n'est pas assez bien réalisé et que les critères IHS des céphalées primaires ne sont pas assez connus.

Si l'on regarde les patients aux antécédents de migraine, 69% avaient une douleur habituelle. Parmi eux, 18% ont eu une imagerie cérébrale, qui s'est révélée normale à chaque fois. Si l'on suit les recommandations, ces patients n'auraient pas dû avoir d'examen complémentaires, car il s'agissait d'une douleur habituelle, sans modification. Tous ces patients avaient été vus par un interne. On peut supposer que l'imagerie était pour eux un moyen de conforter leur diagnostic et de se rassurer.

Parmi les 31% de patients qui présentaient une douleur inhabituelle, 64% ont eu un scanner cérébral ; il s'est révélé anormal dans un seul cas (diagnostic de sinusite). On constate donc que dans 95% des cas, il s'agissait d'une exacerbation d'une douleur et non pas l'expression d'une céphalée secondaire.

3.9. Syndrome méningé et démarche diagnostique

Trois symptômes essentiels constituent la triade du syndrome méningé. Parmi eux, les nausées et vomissements sont des signes que l'on rencontre également dans les migraines. Sachant que la triade méningée est absente dans 1/3 des cas [25, 26], il est nécessaire de mener un interrogatoire complet afin de caractériser au mieux la céphalée pour orienter les examens complémentaires.

216 patients (43%) présentaient des signes compatibles avec une atteinte méningée. Seuls 19 personnes (4%) avaient la triade méningée ; tous ont eu des examens

complémentaires : scanner cérébral, PL, ou les deux. Parmi eux, 8 avaient un diagnostic de méningite ou d'hémorragie méningée.

Si l'on regarde les patients ayant fait une hémorragie méningée (n=6), on constate qu'il s'agit majoritairement d'une population féminine (83%), avec une moyenne d'âge de 50,1 ans. Tous avaient présenté une céphalée brutale et seul un patient présentait un examen neurologique normal sans aucun signe méningé.

Tous les diagnostics ont été faits par imagerie cérébrale, aucun n'a bénéficié d'une PL. Cela rejoint les données de la littérature sur la très bonne sensibilité du scanner cérébral dans la détection des hémorragies sous arachnoïdiennes [23,24].

11 patients ont eu un diagnostic de méningite, dont un de méningo-encéphalite. Il s'agissait, là encore, d'une population principalement féminine (73%), plutôt jeune (moyenne d'âge : 41,8 ans).

36% (n=4) ne présentaient pas d'hyperthermie, 1 patient avait un examen clinique normal sans signe méningé et 3 personnes n'avaient pas de syndrome infectieux biologique.

3.10. Une imagerie nécessaire selon les antécédents ?

3.10.1. Tumeur cérébrale et autres néoplasies

Devant un patient présentant un antécédent de néoplasie, on peut se demander si une imagerie cérébrale est nécessaire devant une céphalée. On se pose toujours la question d'une métastase cérébrale ou de complications telles qu'une hydrocéphalie, une HTIC.

Les métastases intracrâniennes surviendraient dans 25 % des cas de cancers selon Takakura [67]. Posner et al. fait état d'une fréquence presque identique (24 %) [68].

Dans notre étude, une métastase cérébrale a été découverte chez 6 patients présentant un cancer. Un patient présentait une hydrocéphalie.

Les tumeurs intracrâniennes sont très variées et leur pronostic également. Il est difficile de trouver des données sur le risque de récurrence.

Neuf patients avaient des antécédents de tumeur cérébrale, cinq ont eu une imagerie cérébrale ; aucune n'a révélé de nouvelle anomalie. Pour ces personnes ayant bénéficié d'une imagerie, il s'agissait du premier épisode de céphalée pour 4 d'entre eux et pour le 5^{ème}, il avait des signes de focalisation.

En observant ces chiffres et en s'appuyant sur les recommandations de la littérature, il apparaît que ces patients aux antécédents de néoplasie sont à risque de métastases cérébrales et font partie des drapeaux rouges [19]. Ils devraient donc bénéficier d'une imagerie cérébrale.

3.10.2. Anévrismes intracrâniens

5 patients étaient concernés. Tous ont eu un scanner cérébral, qui n'a révélé aucune anomalie. Pour 3 d'entre eux, il n'a pas été spécifié la notion d'épisodes similaires antérieurs. La douleur est apparue de manière brutale pour la moitié. Un seul avait des signes de focalisation neurologique, les autres présentaient des signes non spécifiques.

Devant le risque de rupture d'anévrisme, il est fondamental de faire caractériser la céphalée (notamment son mode de survenue) le plus précisément possible et de mener un examen clinique complet afin de rechercher une cause secondaire.

3.11. Céphalée post traumatique

Les recommandations préconisent de réaliser un scanner cérébral chez tout patient ayant subi un TC, si la céphalée persiste deux heures après [34]. D'après la littérature, près d'un patient sur deux se plaint de céphalée suite à un TCL [33], et seulement 1% nécessite un geste neurochirurgical [32]. L'enjeu est donc de ne pas prescrire trop d'imagerie cérébrale, devant tout patient céphalalgique suite à un TCL.

Comme dit plus haut, 3 patients avaient un traitement anticoagulant ; tous ont eu un scanner cérébral, normal pour chacun.

21 scanners ont été faits, dont 8 chez des patients n'ayant aucun symptôme associé aux céphalées. Pour toutes les autres personnes, il existait des signes accompagnant les céphalées.

Un seul scanner (soit 4%) a montré un hématome intracrânien.

Parmi les 7 cas où le scanner cérébral n'a pas été réalisé, 5 avaient un examen neurologique normal et aucun autre symptôme accompagnant la céphalée.

On constate que le diagnostic de migraine a été posé, sans qu'aucun critère IHS ne soit présent. On peut penser que les médecins (et internes) ne connaissent pas bien le codage des diagnostics de sortie et qu'ils vont « au plus simple ».

Un quart des patients n'a pas eu de bilan biologique et pour 53% de ceux en ayant bénéficié, il s'est révélé normal.

Tous les patients sous anticoagulant ont eu un bilan, l'INR n'étant pas dans la zone cible pour un.

Au vu des résultats, bien que le nombre de patients de l'étude ayant présenté un TCL soit peu conséquent, on peut supposer qu'un patient présentant un examen clinique normal sans signe de focalisation n'a pas besoin d'imagerie cérébrale. Dès lors qu'il existe des signes tels que vomissements (notamment en jet), des vertiges,...il est préférable d'écarter une céphalée secondaire grâce à l'imagerie.

Concernant le bilan biologique, on peut se demander quel va être le bénéfice qu'il peut nous apporter, hormis pour les patients sous AVK qui doivent avoir le dosage de l'INR.

3.12. Drapeaux rouges et examens complémentaires

3.12.1. Anticoagulants

La moyenne d'âge des patients sous anticoagulant était de 67,1 ans. Il s'agissait donc d'une population plus à risque de faire des céphalées secondaires, notamment vasculaires.

Si l'on se réfère aux recommandations, un patient sous anticoagulant est à risque et nécessite une imagerie.

Dans notre étude, une imagerie a été réalisée dans 85% des cas. Pour les 5 cas n'en ayant pas eu, leur examen clinique était strictement normal et ils ne présentaient aucun signe associé à leur céphalée. 2 avaient un syndrome infectieux biologique.

Sans surprise, tous les patients (n=10) ayant des signes neurologiques, une confusion ou une DTS à l'admission ont eu un scanner cérébral ; un AVC a été diagnostiqué dans 4 cas et une tumeur cérébrale dans un cas.

9 scanners cérébraux ont été fait devant des patients présentant des signes moins spécifiques (vomissements, vertiges), tous avaient plus de 50 ans et pour 4, il s'agissait d'une douleur de survenue brutale. Deux diagnostics d'AVC ont été retenus et un de sinusite.

Une méningite a été diagnostiquée devant une douleur d'apparition progressive, une hyperthermie et un syndrome infectieux biologique.

En accord avec les recommandations [35], tous les patients venus pour un TCL et sous AVK ont eu un scanner cérébral. Il s'est avéré normal à chaque fois.

3.12.2. Patients de plus de 50 ans

La littérature préconise que tout patient de 50 ans présentant une céphalée nouvelle doit avoir une imagerie cérébrale [19].

63,6% des personnes ont eu une imagerie, elle s'est révélée pathologique dans 21% des cas. Dans notre étude, le pourcentage de scanners cérébraux anormaux était de 19% avec 13,5% dû à des anomalies intracrâniennes. On constate donc que cette proportion est plus importante chez les patients de plus de 50 ans.

Si l'on analyse les scanners anormaux dans cette population on remarque que 90% sont chez des patients ayant présenté une céphalée inaugurale ou avec une douleur inhabituelle.

On voit donc bien par ces résultats que cette population est plus à risque d'avoir une céphalée secondaire, et ce d'autant plus qu'elle revêt un caractère brutal ou inhabituel.

3.12.3. Caractéristiques de la douleur et signes associés

Comme dit plus haut, notre étude a montré que la douleur était très mal caractérisée dans les dossiers. 75% des observations ne précisait pas le type et 29% la localisation. Le caractère brutal ou progressif de la douleur était également mal évalué.

Seulement 3 personnes avaient une douleur en coup de poignard, un scanner a montré une hémorragie méningée. Cet échantillon est trop faible pour tirer des conclusions.

36 des 37 personnes qui avaient des signes neurologiques de focalisation ont eu une imagerie cérébrale. Celle-ci s'est révélée anormale dans 39% des cas. On voit donc là aussi que la proportion d'imagerie anormale est supérieure à celle de l'étude.

Cela est donc en accord avec les données de la littérature indiquant la nécessité d'un recours à une imagerie cérébrale devant des symptômes neurologiques [19].

3.13. Hypertension artérielle

La difficulté ici est de discerner une céphalée secondaire à une pression artérielle trop élevée, d'une céphalée secondaire autre s'accompagnant d'une HTA.

Dans notre étude, 18% des patients (n=91) avaient une HTA à leur admission. 37% avaient des antécédents d'HTA, et tous prenaient un traitement anti hypertenseur.

Un scanner cérébral a été réalisé chez 50% des patients aux antécédents d'HTA. Il s'est révélé anormal dans 41% des cas, et un traitement en urgence était nécessaire dans 71,5%.

Dans le groupe des patients non connus hypertendus, une TDM cérébrale a été faite dans 66% des cas ; elle était pathologique dans 22% des cas et un traitement en urgence a dû être entrepris dans 75% des cas.

On voit donc qu'une imagerie cérébrale a été réalisée plus souvent chez les patients non hypertendus connus. En effet, pour ces patients, on peut supposer qu'une poussée hypertensive s'intègre dans un tableau de céphalée secondaire et l'on a tendance à

prescrire plus facilement des examens complémentaires afin d'éliminer une cause plus grave.

La TDM cérébrale s'est révélée être pathologique presque deux fois plus dans le groupe des patients hypertendus connus mais le pourcentage nécessitant une prise en charge rapide était sensiblement le même dans les deux groupes.

Notre étude a montré que les patients aux antécédents d'HTA avaient donc plus de risque de faire une céphalée secondaire, notamment d'origine vasculaire (57% des scanners anormaux).

Sans surprise, le diagnostic d'HTA a été porté plus souvent chez les personnes hypertendues connues. 66% ont été hospitalisés et un seul est sorti à domicile sans suivi spécifique.

3.14. Que faire devant un examen clinique normal ? Quand faire des explorations ?

35% des patients (n=177) avaient une céphalée sans aucun signe associé et un examen neurologique strictement normal. Devant ces patients, on peut se demander jusqu'où pousser les investigations ?

60 patients ont eu un scanner cérébral, qui s'est révélé anormal pour 14 d'entre eux ; 2 diagnostics étaient une urgence thérapeutique.

125 patients ont eu un bilan biologique alors qu'ils n'avaient pas d'hyperthermie ni d'HTA et pas de traitement AVK. 36 ont montré une anomalie.

Les céphalées primaires représentaient 58% des diagnostics de sortie. 9% des diagnostics pouvaient se faire sans examen complémentaire, avec un bon interrogatoire.

On constate donc qu'un patient qui présente un examen neurologique normal sans signe associé a peu de risque de présenter une céphalée secondaire nécessitant une thérapeutique urgente (1,7% dans notre étude).

Il est donc important d'avoir un interrogatoire « policier », afin de caractériser au mieux la céphalée et d'éliminer les signes d'alerte (drapeaux rouges) devant faire prescrire des examens.

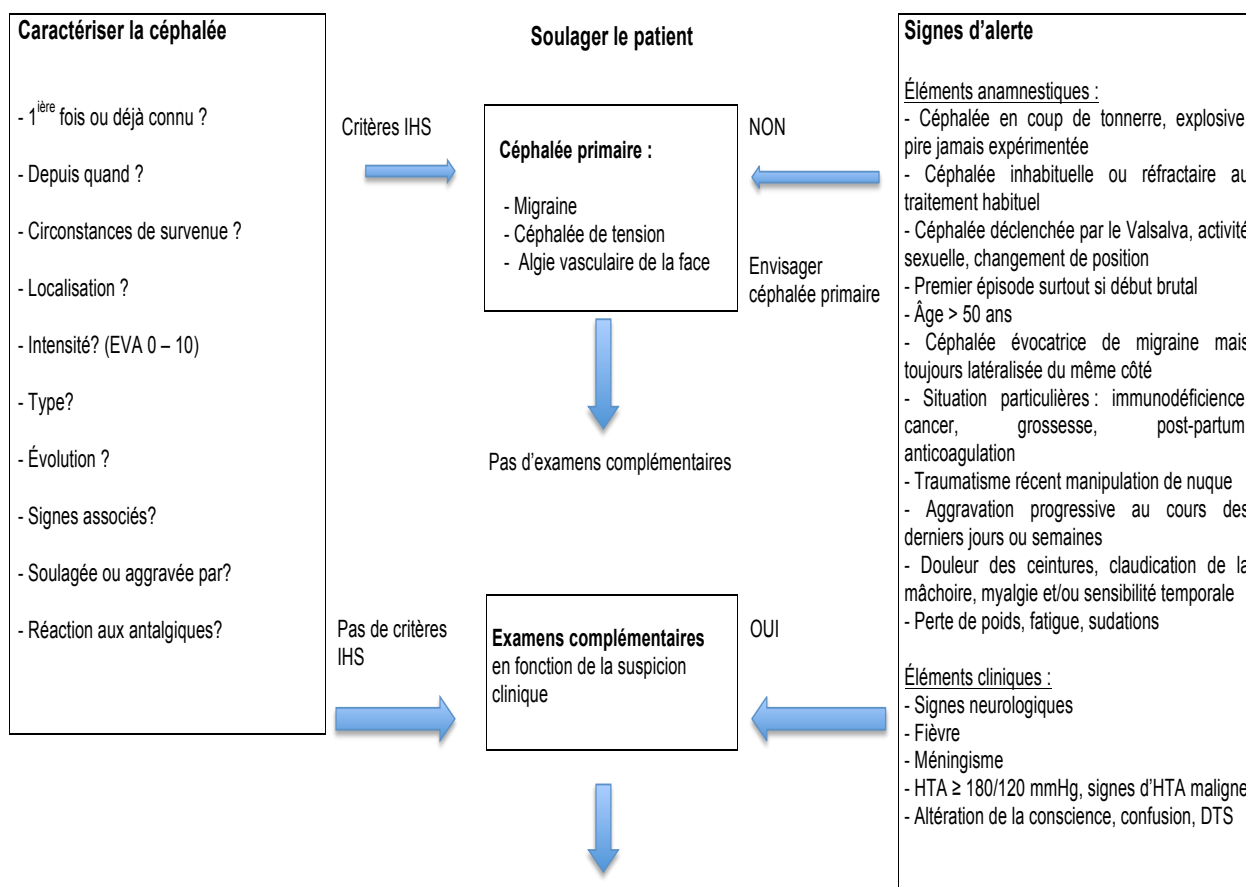
L'examen d'un patient céphalalgique nécessite deux temps, tout aussi important l'un que l'autre, afin de prendre en charge le plus efficacement possible ces personnes.

4. QUATRIÈME PARTIE : PROPOSITION D'UN PROTOCOLE

Bien que la céphalée aiguë soit primaire la plupart du temps, elle peut être secondaire à une pathologie engageant le pronostic vital ou fonctionnel du patient dans une proportion non négligeable. La question que chaque urgentiste se pose est de savoir, devant un patient céphalalgique arrivant aux urgences, jusqu'où pousser les examens complémentaires ? En effet, tous les patients ne nécessitent pas une imagerie cérébrale mais il est parfois plus « rassurant » d'en prescrire une afin d'éliminer une céphalée secondaire. C'est là que l'interrogatoire et l'examen clinique sont fondamentaux, afin de caractériser au mieux la céphalée et de juger si des investigations sont nécessaires.

Nous avons tenté d'établir un protocole afin d'optimiser la prise en charge des patients. Celui-ci se base sur les résultats de notre étude et les préconisations actuelles. Il est évident qu'il s'agit d'une proposition qu'il faudra discuter et valider avec les spécialistes en particulier les neurologues.

PROTOCOLE DEVANT UNE CÉPHALÉE AIGUË



★TDM cérébrale

- Hémorragie méningée
- Méningite avec signes d'HTIC ou signes focaux
- Céphalée post TC
- Sinusite
- HTIC
- Thrombophlébite cérébrale
- AVC
- Néoplasie

★Ponction lombaire

- Méningite sans signe d'HTIC
- Forte suspicion d'HM et TDM normal

★IRM cérébrale

- AVC récent
- Hypotension LCR (sauf syndrome post PL)

★Écho doppler cervical

- Dissections artères carotides

CRITÈRES IHS DES CÉPHALÉES PRIMAIRES

<p>Migraine sans aura</p> <p>A. Au moins cinq crises répondant aux critères B à D</p> <p>B. Crises de céphalées durant de 4 à 72 heures (sans traitement)</p> <p>C. Céphalées ayant au moins deux des caractéristiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - unilatérale - pulsatile - modérée ou sévère - aggravée par les activités physiques de routine, telles que montée ou descente des escaliers <p>D. Associé aux céphalées, au moins l'un des symptômes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nausées et/ou vomissements - Photophobie et phonophobie <p>E. L'examen clinique doit être normal entre les crises. En cas de doute, un désordre organique doit être éliminé par les investigations complémentaires appropriées.</p>	<p>Migraine avec aura</p> <p>A. Au moins 2 crises répondant au critère B.</p> <p>B. Au moins 3 des 4 caractéristiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un ou plusieurs symptômes de l'aura totalement réversibles ; - le symptôme de l'aura se développe progressivement sur plus de 4 minutes et si plusieurs symptômes sont associés, ils surviennent successivement ; - la durée de chaque symptôme n'excède pas 60 minutes ; - la céphalée fait suite à l'aura après un intervalle libre maximum de 60 minutes, mais parfois commence avant ou pendant l'aura. <p>C. L'examen clinique doit être normal entre les crises. En cas de doute, un désordre organique doit être éliminé par les investigations complémentaires appropriées.</p>
<p>Céphalée de tension</p> <p>A. Episodes de céphalées peu fréquentes (<12j/an), fréquentes (12 à 180j/an), chroniques (>180j/an)</p> <p>B. Durée de 30 minutes à 7 jours</p> <p>C. Au moins 3 des 4 caractéristiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Topographie bilatérale - A type de pression ou d'étai - D'intensité légère à modérée - Sans aggravation aux efforts physiques de routine <p>D. Absence de nausées, de vomissements, de photophobie ou phonophobie</p> <p>E. Non attribuée à une autre cause</p>	<p>Algie vasculaire de la face</p> <p>A. Au moins 5 crises remplissant les critères B, C, D</p> <p>B. Douleur unilatérale, sévère à très sévère, située au niveau de l'orbite, de la région supra-orbitaire et/ou temporale, durant de 15 à 180 minutes, non traitée</p> <p>C. La douleur s'accompagne d'au moins un des signes suivants qui doivent être présents du côté de la douleur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Injection conjonctivale et/ou larmoiement - Congestion nasale et/ou rhinorrhée - Œdème de la paupière - Sudation du front et de la face - Myosis et/ou ptosis - Impatience ou agitation motrice <p>D. Fréquence des crises : de une (un jour sur deux) à huit par jour</p> <p>E. Au moins un des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'histoire, l'examen physique et neurologique ne suggèrent pas un désordre organique - L'histoire, l'examen physique et neurologique suggèrent un désordre organique mais celui-ci est écarté par les investigations appropriées - Une affection organique existe mais l'algie vasculaire de la face n'est pas apparue pour la première fois en relation temporelle avec celle-ci

CONCLUSION

Les céphalées sont un motif fréquent de consultation au sein des structures d'urgences et il est capital pour le médecin de reconnaître une céphalée secondaire nécessitant une prise en charge rapide dans l'intérêt du patient.

La classification IHS a permis, grâce à des critères diagnostiques précis, de se passer d'examens complémentaires pour les céphalées primaires.

Notre étude a montré que la céphalée n'était pas correctement caractérisée dans près des $\frac{3}{4}$ des cas. Cela a conduit à :

- des diagnostics de migraine en excès
- une sur-prescription d'examens complémentaires

Nous avons constaté que les patients présentant des signes d'alerte (drapeaux rouges) avaient en effet une proportion de scanners cérébraux anormaux plus important que la moyenne de l'échantillon de l'étude, notamment les plus de 50 ans.

Notre étude a montré que les patients céphalalgiques ne présentant aucun signe associé et un examen neurologique normal étaient peu à risque de présenter une céphalée secondaire grave.

La majorité des diagnostics étaient des céphalées primaires, et les céphalées engageant le pronostic vital ou fonctionnel des patients étaient de 8%.

Il est fondamental de ne pas négliger l'interrogatoire ; il est un temps capital car il oriente tout autant la démarche diagnostique que l'examen clinique.

Au vu de ces résultats, nous avons tenté d'établir un protocole afin d'optimiser la prise en charge et harmoniser les pratiques, dans le respect des connaissances les plus récentes sur le sujet. Devant ce sujet vaste et complexe, il semble nécessaire de poursuivre les études afin de proposer non pas des préconisations mais des recommandations validées par un comité d'experts dans le but d'optimiser la prise en charge d'un patient céphalalgique au sein des structures d'urgences.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] OMS Céphalées Aide mémoire n°277 Mars 2004
- [2] OMS Céphalées Aide mémoire n°277 Oct 2012
- [3] Manzoni G.C., Stovner L.J. Epidemiology of headache *Handb Clin Neurol* 2010 ; 97 : 3-22
- [4] Stovner L.J., Andree C. Prevalence of headache in Europe: a review for the Eurolight project *J Headache Pain* 2010 ; 11 : 289-299
- [5] Prévalence des céphalées à travers l'enquête décennale Santé 2002-2003. DREES n°542. Décembre 2006
- [6] Cordell WH, Keene KK, Giles BK, Jones JB, Jones JH, Brizendine EJ. The high prevalence of pain in emergency medical care. *Am J Emerg Med.* 2002;20(3):165-9.
- [7] Tcherny-Lessenot S, Karwowski-Soulié F, Lamarch-Vadel A, Ginsburg C, Brunet F, Vidal-Trecan G. Management and pain relief in an emergency department from the adult patients' perspective. *J Pain Symptom Manage.* 2003 ;25 539-46
- [8] Milojevic K, Cantineau J-P, Lambert Y et al. Douleur aiguë intense en médecine d'urgence. Les clefs d'une analgésie efficace. *Ann Fr Anesth Réanim* 2001;20 :745-51
- [9] Goldstein J.N., Camargo C.A., Pelletier A.J., Edlow J.A. Headache in United States emergency departments: demographics, work-up and frequency of pathological diagnoses *Cephalalgia* 2006 ; 26 : 684-690
- [10] Bourrier P., Perroux D., Lannehoa Y., Thomas O. Epidémiologie des céphalées de l'adulte dans les services d'urgence Céphalées en urgence Paris: Masson (2001). 3-10

- [11] Sztajnkrycer M, Jauch EC. Unusual headaches. *Emerg Med Clin North Am* 1998; 16: 741-760, vi.
- [12] Silberstein S-D. Advances in understanding the pathophysiology of Headache. *Neurology* 1992 ; 42(suppl.2) : 6-10
- [13] Adams R-D, Victor M. Headache and other craniofacial pains. In : Principles of Neurology. Fifth Edition. Mac Graw-Hill, Inc., New-York 1997 : 148-171
- [14] Limmroth V, Cutrer F-M, Moskowitz M-A. Neurotransmitters and neuropeptides in headache. *Current opinion in Neurology* 1996 ; 9 : 206-210.
- [15] Goadsby P-J, Edvinsson L, Ekman R. Release of vasoactive peptides in the extracerebral circulation of man and the cat during activation of the trigeminovascular system. *Ann Neurol* 1998 ; 23 : 193-196
- [16] Mayberg M-R, Langer R-S, Zervas N-T, Moskowitz M-A. Perivascular meningeal projections from cat trigeminal ganglia : possible pathway of vascular headaches in man. *Science* 1981 ; 213 : 228-230
- [17] Dimitriadou V, Buzzi M-G, Moskowitz M-A. Trigeminal sensory fiber stimulation induces morphological changes reflecting secretion in rat dura mater mast cells. *Neuroscience* 1991 ; 44 : 97-112
- [18] Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Headache classification of headache disorders. 2nd edition. *Cephalalgia* 2004 ; 24 (suppl1) : 1-160
- [19] De Luca G.C., Bartleson J.D. When and how to investigate the patient with headache *Semin Neurol* 2010 ; 30 : 131-144
- [20] ANAES. Recommandations Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant : aspects cliniques et économiques. Octobre 2002

[21] Edlow J.A., Caplan L.R. Avoiding pitfalls in the diagnosis of subarachnoid hemorrhage. *N Engl J Med* 2000 ; 342 : 29-36

[22] Boesiger B.M., Shiber J.R. Subarachnoid hemorrhage diagnosis by computed tomography and lumbar puncture : are fifth generation CT scanners better at identifying subarachnoid hemorrhage ? *J Emerg Med* 2005 ; 29 : 23-27

[23] Schievink W-I. Intracranial Aneurysms. *New Engl J Med* 1997 336 : 28-40

[24] Evans R-W. Diagnostic testing for the evaluation of headaches. *Neurol Clin* 1996 ; 14 : 1-26

[25] Spielvogel C, Mehoyas MC. Syndrome méningé. In : P Carli, B Riou eds. *Urgences médico-chirurgicales de l'adulte* . Paris : Arnette, 1991:252-9

[26] Durand ML, Calderwood SB, Weber DJ, Miller SI, Southwick FS et al. Acute bacterial meningitis. A review of 293 episodes. *N Engl J Med* 1993;328:21-8

[27] Evans R-W. Section 1 Pain disorders : Headache. In : Evans R-W ed. *Diagnostic testing in neurology*. WB Saunders Compagny, Philadelphia 1999 : 1-19

[28] Morgenstern L-B, Luna-Gonzales H, Huber J-C et coll. Worst headache and subarachnoid hemorrhage : prospective, modern computed tomography and spinal fluid analysis. *Ann Emerg Med* 1998 ; 1 : 297-304

[29] Fourestié V. Stratégie des examens complémentaires dans les céphalées aiguës vues dans un contexte d'urgence. In : SFMU. *Urgences 2000*. Cours supérieurs d'urgence. Arnette, 2000 : 83-92

[30] SFMU. Traumatisme crânien léger (score de Glasgow de 13 à 15) : triage, évaluation, examens complémentaires et prise en charge précoce chez le nouveau-né, l'enfant et l'adulte. E. Jehlé, D. Honnart, C. Grasleguen, J. Bouget, C. Dejoux, P. Lestavel, C. Santias, F. Carpentier, comité de pilotage

[31] Tazarourte K, Macaine C, Didane H, et al (2007) Traumatisme crânien non grave. EMC, Médecine d'urgence. Ed Masson, Paris, 25-200-C-10

[32] Stiell IG, Wells GA, Vandemheen K, et al (2001) The Canadian CT Head Rule for patients with minor head injury. Lancet 357:1391–6

[33] Stovner LJ, Schrader H, Mickeviciene D, Surkiene D, Sand T. Headache after concussion. European journal of neurology : the official journal of the European Federation of Neurological Societies. 2009 Jan;16(1):112-20.

[34] Lapierre F, SFNC. Guidelines concernant les traumatismes crâniens de l'adulte. Neurochirurgie 1998 ; 44 (1) : 55-56

[35] Leiblich A, Mason S (2011) Emergency management of minor head injury in anticoagulated patients. Emerg Med J 28:115–8

[36] Howard JL, Cipolle MD, Horvat SA, et al (2009) Preinjury warfarin worsens outcome in elderly patients who fall from standing. J Trauma 66:1518–22

[37] Franko J, Kish KJ, O'Connell BG, et al (2006) Advanced age and preinjury warfarin anticoagulation increase the risk of mortality after head trauma. J Trauma 61:107–10

[38] Dhopes V, Anwar R, Hering C. A retrospective assessment of emergency department patients with complaint of headache. Headache 1979 ; 19 : 37-42

[39] Brillman J-C. systemic infection with headache or neurologic signs. Infect Med 1996 ; 13 : 121-129

[40] Stamm W-E, Hooton T-M. Management of urinary tract infections in adults. N Eng J Med 1993 ; 329 : 1328-1334

[41] Gladstone JP, Bigal ME. Infectious, toxic and metabolic headaches. In : Silberstein SD, Lipton RB, Dodick DW. Eds. Wolff's headache and other head pain. 8th edition. New York : Oxford University Press ; 2008 : 533-49

[42] Sopena N, Sabria-Leal M, Pedro-Botet M-L et coll. Comparative study of the clinical presentation of Legionella pneumonia and other community-acquired pneumonias. Chest 1998 ; 113 : 1195-1200

[43] Marrie T-J, Peeling R-W, Fine M-J et coll. Ambulatory patients with community-acquired pneumonia : the frequency of atypical agents and clinical course. Am J Med 1996 ; 101 : 508-515

[44] Chambers S-T, Town G-I, Neill A-M et coll. Legionella, chlamydia pneumoniae and mycoplasma infection in patients admitted to Christchurch hospital with pneumonia. N Z Med J 1999 ; 112 : 222-224

[45] Kauppinen M-T, Saikku P, Kujala P et coll. Clinical picture of community-acquired Chlamydia pneumoniae requiring hospital treatment : a comparison between chlamydial and pneumococcal pneumonia. Thorax 1996 ; 51 : 185-189

[46] Yung A-P, Grayson M-L. Psittacosis : a review of 135 cases. Med J Aust 1988 ; 148 : 228-233

[47] Radhakrishnan K, Ahlskog E, Garrity JA, Kurland LT. Idiopathic intracranial hypertension. Mayo Clin Proc 1994 ; 69 : 169-80

[48] Guiseffi V, Wall M, Siegel PZ, Rojas PB. Symptoms and disease associations in idiopathic intracranial hypertension (pseudotumor cerebri) : a case control study. Neurology 1991 ; 41 : 239-44

[49] Carpentier A, Hamon L, Dupont S, Turell E, Pierrot-Deseilligny C. Hypotension intracrânienne aiguë orthostatique. Rev Neurol 2002 ; 152 : 218-20

[50] Leibold R-A, Yealy D-M, Coppola M et coll. Post-dural-puncture headache : characteristics, management and prevention. Ann Emerg Med 1993 ; 22 : 1863-1870

[51] Mokri B. Headaches caused by decreased intracranial pressure : diagnosis and management. *Curr Opin Neurol* 2003 ; 16 : 319-26

[52] Bouget J. Aspects cliniques et thérapeutiques de l'intoxication oxycarbonée. *RBM* 1995 ; 17 : 190-195

[53] Dodick DW. Thunderclap headache. *Headache* 2002 ; 42 :309-15

[54] Dormont D, Anxionnat R, Evrard S et coll. MRI in cerebral venous thrombosis. *J neuroradiol* 1994 ; 21 : 81-89

[55] Evers S, Suhr B, Bauer B, Grotemeyer KH, Husstedt IW. A retrospective long-term analysis of the epidemiology and features of drug-induced headache. *J Neurol* 1999 ; 246 : 802-809

[56] 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.

[57] 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.

[58] Goldstein J.N., Camargo C.A., Pelletier A.J., Edlow J.A. Headache in United States emergency departments: demographics, work-up and frequency of pathological diagnoses *Cephalalgia* 2006 ; 26 : 684-690 [cross-ref]

[59] Franceschi M, Colombo B, Rossi P, Canal N. Headache in a population-based elderly cohort. An ancillary study to the Italian Longitudinal Study of Aging (ILSA). *Headache* 1997; 37: 79-82.

[60] Medina LS, D'Souza B, Vasconcellos E. Adults and children with headache: evidence-based diagnostic evaluation. *Neuroimaging Clin N Am* 2003; 13: 225-235.

- [61] Gauvrit JY, Leclerc X, Moulin T, Oppenheim C, Savage J, Pruvo JP, Meder JF. "Céphalées dans un contexte d'urgence". *J. Neuroradiol.* 2004 ;31 :262-70
- [62] Detsky ME, McDonald DR, Baerlocher MO, Tomlinson GA, McCrory DC, Booth CM. "Does this patient with headache have a migraine or need neuroimaging?" *JAMA.* 2006 Sep 13;296(10):1274-83
- [63] Newman LC, Lipton RB. Emergency department evaluation of headache. *Neurol Clin* 1998; 16: 285-303.
- [64] Lantéri-Minet M, Valade D, Geraud G, Chautard MH, Lucas C. Migraine and probable migraine-results of FRAMIG 3, a French nationwide survey carried out according to the 2004 IHS classification. *Cephalalgia* 2005 ; 25 : 1146-58
- [65] Trinh-Duc A., Santin A., Sureau C., Bagou G., Charpentier S., Couvreur J., et al. Actualisation 2007 de la III^e conférence de consensus en médecine d'urgence (Créteil, avril 1993) : le traitement médicamenteux de la douleur de l'adulte dans le cadre de l'urgence *Douleurs* 2008 ; 9 : 248-278 [inter-ref]
- [66] Emergency Department: a survey in the province of Trieste. *J Headache Pain* 2005;6:298-300.
- [67] Takakura K., Sano K., Hojo S. Metastatic tumors of the central nervous system Tokyo: Igaku Shoin Ltd (1982).
- [68] Posner J.B., Chernik N.L. Intracranial metastases from systemic cancer *Adv. Neurol.* 1978 ; 19 : 579-592

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	11
PLAN.....	13
ABRÉVIATIONS.....	17
INTRODUCTION.....	19
1. PREMIÈRE PARTIE : LITTÉRATURE.....	20
1.1. Définition.....	20
1.2. Épidémiologie.....	20
1.2.1. Dans le Monde et en Europe.....	20
1.2.2. En France.....	21
1.2.3. Dans les services d'urgence.....	22
1.3. Physiopathologie.....	23
1.4. La classification IHS.....	24
1.5. Démarche diagnostique aux urgences.....	25
1.5.1. L'interrogatoire.....	26
1.5.2. L'examen clinique.....	27
1.5.3. Place des examens complémentaires.....	27
1.5.3.1. Critères diagnostiques des céphalées primaires.....	28
1.5.3.1.1. La migraine.....	28
1.5.3.1.2. La céphalée de tension.....	30
1.5.3.1.3. L'algie vasculaire de la face.....	31
1.5.3.2. Céphalées secondaires et investigations.....	31
1.5.3.2.1. Le scanner cérébral.....	32
1.5.3.2.2. La ponction lombaire.....	33
1.5.3.2.3. L'écho doppler cervical.....	33
1.5.3.2.4. L'IRM.....	34
1.5.4. Syndrome méningé et orientation diagnostique.....	34
1.5.4.1. Scanner cérébral vs IRM.....	35
1.5.4.2. Ponction lombaire.....	35
1.5.4.3. Artériographie cérébrale des 4 axes.....	35
1.5.5. Traumatisme crânien et céphalée.....	36
1.5.6. Céphalée et pathologies infectieuses.....	37
1.5.6.1. Infections extra neurologique.....	37
1.5.6.2. Sinusites.....	38
1.5.7. Céphalée et pression intra crânienne.....	39
1.5.7.1. HTIC idiopathique.....	40
1.5.7.2. HTIC secondaire.....	41
1.5.7.3. Hypotension intra crânienne.....	41
1.5.8. Céphalée due au monoxyde de carbone.....	42
1.5.9. Céphalée et pathologies vasculaires.....	42
1.5.9.1. Dissections carotidiennes et vertébrales.....	43
1.5.9.2. Thrombose veineuse cérébrale.....	43
1.5.9.3. Hypertension artérielle.....	45
1.5.10. Céphalée iatrogène.....	45

2. DEUXIÈME PARTIE : NOTRE ÉTUDE.....	47
2.1. Matériel et méthode.....	47
2.1.1. Le CHU de Limoges.....	47
2.1.2. Type d'étude.....	47
2.1.3. Objectifs.....	47
2.1.4. Sélection des dossiers.....	48
2.1.5. Recueil de données.....	48
2.2. Résultats.....	49
2.2.1. Données épidémiologiques.....	49
2.2.2. Données cliniques.....	51
2.2.2.1. Antécédents.....	51
2.2.2.2. À l'arrivée.....	52
2.2.2.3. Caractéristiques de la douleur.....	53
2.2.2.4. Examens complémentaires.....	56
2.2.2.5. Avis spécialisé.....	58
2.2.2.6. Diagnostic de sortie.....	59
2.2.2.7. Orientation.....	61
2.2.2.8. Traitement antalgique administré aux urgences.....	61
2.2.3. Migraine.....	62
2.2.4. Syndrome méningé.....	64
2.2.5. Imagerie cérébrale et antécédents.....	64
2.2.6. Imagerie cérébrale et caractéristiques de la douleur.....	67
2.2.7. Hypertension artérielle.....	68
2.2.8. Examen clinique normal et investigations.....	69
3. TROISIÈME PARTIE : DISCUSSION.....	71
3.1. Caractéristiques de la douleur.....	71
3.1.1. Données épidémiologiques.....	71
3.1.2. Antécédents.....	71
3.2. Données cliniques.....	71
3.2.1. Traitement antalgique.....	71
3.2.2. Caractéristiques de la douleur.....	72
3.2.3. Signes associés.....	72
3.3. Examens complémentaires.....	73
3.3.1. Biologie.....	73
3.3.2. Imagerie cérébrale.....	73
3.3.3. Ponction lombaire.....	75
3.4. Diagnostic de sortie.....	75
3.5. Avis spécialisé.....	76
3.6. Orientation.....	76
3.7. Traitement administré aux urgences.....	77
3.8. La migraine, un diagnostic par excès ?.....	78
3.9. Syndrome méningé et démarche diagnostique.....	78
3.10. Une imagerie nécessaire selon les antécédents ?.....	79
3.10.1. Tumeur cérébrale et autres néoplasies.....	79
3.10.2. Anévrisme intra crânien.....	80
3.11. Céphalée post traumatisme crânien.....	80
3.12. Drapeaux rouges et examens complémentaires.....	81
3.12.1. Anticoagulant.....	81

3.12.2. Patients de plus de 50 ans.....	82
3.12.3. Caractéristiques de la douleur et signes associés.....	83
3.13. Hypertension artérielle.....	83
3.14. Que faire devant un examen clinique normal ? Quand faire des explorations ?	84
4. QUATRIÈME PARTIE : PROPOSITION D'UN PROTOCOLE.....	85
CONCLUSION.....	88
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	89
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	99
TABLE DES TABLEAUX.....	101
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	102

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Contribution des groupes d'âges à la prévalence des différents types de céphalées.....	21
Figure 2 : Schématisation du système trigémino-vasculaire.....	24
Figure 3 : Signe du delta.....	44
Figure 4 : Répartition des céphalées en fonction des tranches d'âge.....	50
Figure 5 : Adressage du patient.....	50
Figure 6 : Antécédents.....	51
Figure 7 : Traitement antalgique pris avant la venue aux urgences.....	52
Figure 8 : Sièges de la douleur.....	54
Figure 9 : Type de la douleur.....	54
Figure 10 : Signes associés aux céphalées.....	55
Figure 11 : Pourcentage de scanner cérébral réalisé en fonction des tranches d'âge.....	57
Figure 12 : Répartition des avis spécialisés.....	58
Figure 13 : Diagnostics de sortie.....	59
Figure 14 : Répartition des céphalées primaires selon les tranches d'âge.....	60
Figure 15 : Répartition des céphalées secondaires selon les tranches d'âge.....	60
Figure 16 : Traitement reçu aux urgences.....	62
Figure 17 : Répartition du scanner cérébral chez des patients aux antécédents de migraine.....	63
Figure 18 : Diagnostics devant la triade méningée.....	64
Figure 19 : Diagnostics chez les patients atteints de néoplasie ayant bénéficié d'un scanner cérébral.....	65
Figure 20 : Diagnostics pour une céphalée inaugurale ou inhabituelle chez des patients de 50 ans ou plus.....	67

Figure 21 : Répartition du scanner cérébral chez les patients hypertendus connus.....68

Figure 22 : Pathologies devant un examen clinique normal chez les patients ayant eu un bilan biologique.....70

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Sex ratio pour différents types de céphalée.....	21
Tableau 2 : Principales classifications des céphalées (d'après la classification de l'IHS 1988, revue en 2004).....	25
Tableau 3 : Critères de la migraine sans aura (selon les critères IHS 2004).....	29
Tableau 4 : Critères de la migraine avec aura (selon les critères IHS 2004).....	29
Tableau 5 : Critères de la céphalée de tension (selon les critères IHS 2004).....	30
Tableau 6 : Critères de l'algie vasculaire de la face (selon les critères IHS 2004).....	31
Tableau 7 : Probabilité de détection d'une hémorragie méningée d'origine anévrysmale par un scanner cérébral en fonction du délai après la survenue de l'événement initial.....	33
Tableau 8 : Critères diagnostiques de rhino sinusites selon l'American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery (AAO-HNS).....	38
Tableau 9 : Critères diagnostiques de la rhino sinusite (selon les critères IHS 2004).....	39
Tableau 10 : Critères diagnostiques de l'HTIC idiopathique (selon les critères IHS).....	40

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Céphalées aiguës aux urgences du CHU de Limoges État des lieux et proposition d'un protocole pour la prise en charge

Introduction. Les céphalées sont un motif de consultation très fréquent dans les structures d'urgence. Des pathologies de fréquence et de gravité très différentes se cachent sous ce motif d'admission. Les problèmes diagnostiques posés par ces céphalées dans un contexte d'urgence sont complexes, comme ceux posés par l'indication et l'organisation des examens complémentaires nécessaires à leurs explorations. L'objectif de l'étude était d'évaluer la prise en charge des céphalées aiguës au sein des urgences du CHU de Limoges, de la confronter aux préconisations actuelles et d'établir un protocole applicable dans les services d'urgences.

Matériels et méthodes. Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive et observationnelle sur une période de un an, de Janvier à Décembre 2013. Ont été inclus tous les patients âgés de plus de 18 ans dont le motif principal d'admission était « céphalée aiguë ».

Résultats. La céphalée aiguë a représenté 1,2% des admissions en 2013. 504 patients ont été inclus. La moyenne d'âge était de 42,1 ans. Il s'agissait principalement d'une population jeune et féminine avec un sex ratio de 0,59. Les critères IHS étaient mal connus, entraînant une mauvaise caractérisation des céphalées dans 75% des cas et des examens complémentaires en excès. 46% des patients ont eu un scanner cérébral ; il s'est révélé pathologique dans 1 cas sur 5. 6% des patients ont eu une ponction lombaire ; elle a diagnostiqué une méningite dans 32% des cas et aucune hémorragie méningée. Les céphalées primaires représentaient 58,7% des diagnostics de sortie, 1,2% étaient des hémorragies méningées, 2,2% des méningites et presque 10% des pathologies infectieuses. 8% nécessitait une prise en charge urgente.

Conclusion. Notre étude a montré que les céphalées primaires étaient majoritaires et que les pathologies graves restaient moins fréquentes. Les caractéristiques des céphalées n'étaient pas assez recherchées, conduisant à des examens complémentaires en excès ; d'où la nécessité d'établir un protocole.

Mots clés : céphalée aiguë, urgence, scanner cérébral, hémorragie méningée

Acute headache in emergency unit of University Hospital of Limoges Status and proposal of a management protocol

Introduction Acute headache is a recurrent cause of admission in an emergency unit. Many diseases of various frequency and severity can lay under this symptom. Acute headache management is complex, especially when it is necessary to carry out complementary examinations. The purpose of this study was to assess the acute headache management in the University Hospital of Limoges, to compare it with the current guidelines, and to propose a management protocol for emergency unit.

Material and Methods It was a retrospective, descriptive and observational study on a single center, the university Hospital of Limoges. Every patient over 18 and admitted in the emergency unit from January 2013 to December 2013 for headache was included.

Results 504 patients were included which represents 1,2% of the admissions in 2013. The mean age was about 42.1. Most of them were women (sex ratio 0,59). HIS criteria were poorly known and headache was badly characterized in 75% of the cases. 46% of the patients had a cerebral tomodensitometry. 20% of the scans brought out an etiological diagnosis. 6% of the patients had a lumbar puncture, leading to the diagnosis of meningitis in 32 % of the cases. No subarachnoid hemorrhage could be diagnosed with lumbar puncture. The most frequent diagnosis was primary headaches (58,7), far followed by infection (10%) including meningitis (2,2%), and subarachnoid hemorrhage (1,2%). 8% of the patients required urgent care.

Conclusion Our study showed acute headache were mainly primary headaches while severe diseases remained less frequent. Headaches features were not specified enough which led to an excess of complementary examinations. Headache management requires to establish a protocol for complementary examinations prescription.

Keywords : acute headache, emergency unit, brain scan, subarachnoid hemorrhage