



Recommandations pratiques pour le diagnostic en urgence des céphalées aiguës non traumatiques



Rev Med Suisse 2008; 4: 1741-6

**M. Ceppi*, C. Willi*,
O. Hugli, L. Regli,
C. Cereda, P. Maeder,
P. Bodenmann,
B. Burnand,
B. Nater, P. Michel**

Guidelines for the diagnostic evaluation of patients presenting in emergency for an acute non-traumatic headache

Acute non-traumatic headache is a frequent complaint in emergency primary care. In the majority of cases, the cause is a primary headache, which can be invalidating, but should not lead to additional investigations. Secondary headaches are rare but their diagnosis is essential to avoid potentially lethal consequences. In practice, a primary headache may be difficult to differentiate from a secondary headache, especially if the initial management does not follow a systematic approach. We have adapted evidence-based guidelines to improve the diagnostic management of patients presenting acute headache. We propose an algorithm that facilitates the systematic screening of alert signs with a focused patient history and clinical exam. In the presence of red flags, appropriate complementary exams are needed to rule out a secondary headache.

La céphalée aiguë non traumatique est un motif fréquent de consultation en urgence. Souvent, il s'agit de céphalées primaires, parfois invalidantes, mais ne nécessitant pas d'examen complémentaire. Les céphalées secondaires sont rares, mais leur diagnostic est essentiel afin d'éviter des conséquences graves, voire mortelles. Il n'est pas facile de distinguer en pratique les céphalées primaires des secondaires, particulièrement si l'approche ne suit pas une systématique. Nous avons adapté des recommandations fondées sur des preuves visant à améliorer leur prise en charge diagnostique. Nous proposons un algorithme qui facilite le dépistage des signes d'alerte basé sur l'anamnèse et un examen clinique ciblé. En présence de signes d'alerte, des examens complémentaires appropriés doivent être effectués afin d'exclure une céphalée secondaire.

INTRODUCTION

La céphalée aiguë non traumatique est le motif de 4% des consultations en médecine de premier recours ambulatoire et 3-15% des consultations dans les services d'urgences.¹⁻⁵ Dans notre pratique, trois à quatre personnes en moyenne se présentent quotidiennement aux consultations d'urgence de la

Policlinique médicale universitaire (PMU) et du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) à Lausanne pour des céphalées, soit près de 1270 patients en 2005. Chez près d'un patient sur trois, des critères de sévérité à l'admission font suspecter une céphalée secondaire.⁶ Dans la population, après investigation, la majorité des céphalées sont considérées comme idiopathiques ou primaires (90-95%),⁷ soit essentiellement des migraines ou céphalées tensionnelles.^{7,8} Cependant, 5-10% des céphalées sont secondaires soit à un processus vasculaire (hémorragie sous-arachnoïdienne (HSA), thrombose des sinus veineux), soit à un processus infectieux, soit à un autre mécanisme comme une tumeur primaire ou secondaire. La prévalence des céphalées secondaires peut augmenter en fonction du lieu de prise en charge et de la spécialisation des soins et peut aller jusqu'à 20% dans certains centres d'urgences hospitaliers.⁹ Signalons également que certains patients peuvent présenter des douleurs de la région cervicale ou de la tête ne correspondant pas à proprement parler à une céphalée mais plutôt à une douleur d'origine faciale, oculaire ou oto-rhino-laryngologique. La morbidité et la mortalité liées aux céphalées secondaires peuvent être importantes. Il est donc crucial d'identifier au plus vite les patients souffrant d'une céphalée secondaire et qui nécessitent des examens diagnostiques complémentaires ou une intervention afin de prévenir ou minimiser les séquelles.

En outre, la prise en charge des patients consultant en urgence pour une céphalée aiguë non traumatique varie en fonction du médecin, du lieu de prise en charge (cabinet médical, hôpital périphérique ou universitaire), des ressources diagnostiques et des consultants immédiatement disponibles. Dans notre environnement, les décisions de procéder à des examens complémentaires (laboratoire, imagerie, ponction lombaire), de demander un avis spécialisé neurologique ou d'hospitaliser un patient reposent sur l'appréciation du médecin. Une recom-

* Ces deux premiers auteurs sont également impliqués dans le travail effectué et dans la publication.

mandation interne au CHUV¹⁰ ainsi qu'un article de revue résumant l'approche pour la prise en charge des céphalées en ambulatoire⁶ sont à ce jour disponibles mais aucune recommandation locale *basée sur les preuves* n'existe pour aider le médecin dans sa démarche diagnostique. Cet article présente des recommandations pour la pratique clinique (RPC) sur la prise en charge diagnostique du patient adulte consultant en urgence pour une céphalée aiguë non traumatique. La prise en charge thérapeutique est exclue de ces recommandations qui sont destinées aux médecins de premier recours, généralistes et internistes, ainsi qu'aux urgentistes. Ces RPC s'appliquent aux consultations en urgence ambulatoires et hospitalières.

MÉTHODE

En raison des ressources très importantes nécessaires au développement *de novo* de RPC, nous avons décidé d'adapter à notre contexte médical les recommandations existantes de bonne qualité. Cette adaptation a été réalisée en suivant le processus d'adaptation de RPC développé par un groupe international d'experts¹¹ et qui propose une démarche explicite en plusieurs étapes et des outils appropriés.¹² Un groupe de travail restreint (MC, CW, BB) a effectué la recherche des RPC existantes dans les bases de données dédiées (National Guideline Clearinghouse (NGC), Guideline International Network (GIN), Institute for Clinical System Improvement (ICSI), Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN), Haute Autorité de Santé (HAS/ANAES), Agency for Quality in Medicine), dans les bases de données usuelles (Ovid-Medline), sur internet (Google) et en contactant des experts (tableau 1). La qualité des RPC a été évaluée à l'aide de la grille AGREE¹³ et les questions principales à aborder lors de la prise en charge d'un patient consultant en urgence pour des céphalées aiguës non traumatiques ont été identifiées. Un comité multidisciplinaire d'experts a été formé (tableau 1) qui a évalué les recommandations extraites des diverses RPC et les a adaptées au contexte local. Dans ce processus, des recommandations nouvelles ne figurant pas dans les RPC ont été proposées par les experts. Une méthode explicite permettant de recueillir et d'analyser les jugements des experts pour chaque recommandation a été utilisée.¹⁴ Seules les recommandations approuvées par les experts ont été retenues.

Les questions principales face à un patient consultant en urgence pour des céphalées aiguës non traumatiques sont:

- Quels critères de gravité, ou signes d'alerte, utiliser?
- Selon les critères de gravité, quels diagnostics envisager?
- Selon le diagnostic suspecté, quels examens pratiquer?
- Quand faut-il appeler le consultant neurologue?
- Quel est le lieu de prise en charge optimal du patient?

Nous avons retenu onze RPC^{10,15-24} desquelles nous avons extrait les recommandations examinées par les experts.

RECOMMANDATIONS

Avertissement: Ces recommandations ont été développées pour aider le médecin dans la prise en charge des céphalées aiguës. Elles fournissent un cadre pour la prise de décision mais ne doivent en aucun cas remplacer le jugement clinique ou être considérées comme un protocole applicable à tout patient.

Nous avons regroupé les recommandations retenues en six chapitres. Nous les présentons de manière succincte sous forme de liste afin d'en faciliter la lecture.

Anamnèse

- Les critères ICHD-II²⁵ constituent la référence pour distinguer une céphalée primaire d'une céphalée secondaire, selon le caractère des symptômes.
- La réponse de la céphalée au traitement ne doit pas être utilisée comme seul indicateur diagnostique de l'étiologie de la céphalée.
- L'anamnèse de la céphalée doit déterminer:
 - Temps écoulé entre le début et le maximum de la douleur.
 - Fréquence et durée des épisodes.
 - Evolution des épisodes dans le temps.
 - Age du patient au moment du début des céphalées.
 - Variation journalière.
 - Moment usuel du début (heure, jour, semaine, mois, saison, phase du cycle menstruel).
 - Stabilité ou changement au cours des six derniers mois et au cours de la vie.
 - Facteurs déclenchants: position de la tête, toux, pression (Valsalva), aliments, médicaments, orthostatisme, lumière, changement de temps, environnement, menstruations, influences psychiques.
 - Facteurs de soulagement: pénombre, silence, repos, sommeil, café, médicaments.
 - Présence de symptômes d'accompagnement.
 - Présence d'une aura.
 - Caractéristiques autonomes associées: congestion nasale, rhinorrhée, lacrymation, ptose et œdème des paupières.
 - Caractère de la douleur: pulsatile, sourde, pression, aiguë.
 - Localisation de la douleur: uni ou bilatérale, changement de côté.
 - Sévérité/intensité de la douleur.
 - Antécédents médicaux personnels.
 - Anamnèse familiale, notamment concernant les céphalées.
 - Diagnostics antérieurs de céphalées et leur prise en charge.

Tableau 1. Liste des experts et spécialités

Nom	Spécialité
Olivier Hugli	Médecine interne (urgences hospitalières)
Luca Regli	Neurochirurgie
Carlo Cereda	Neurologie
Bernard Nater	Neurologie
Patrik Michel	Neurologie
Philippe Maeder	Radiologie (neuroradiologie)
Patrick Bodenmann	Médecine interne (médecine ambulatoire)



- Anamnèse de prise de médicaments et d'antalgiques ainsi que leur efficacité sur les céphalées.

Examen clinique

- L'examen général minimal doit comprendre:
 - Signes vitaux: température, TA, fréquence cardiaque et respiratoire.
 - Auscultation cardio-pulmonaire.
- L'examen clinique doit comprendre d'autres éléments basés sur les hypothèses générées par l'anamnèse et le status, notamment le status neurologique.
- Le status neurologique de base de tout patient avec céphalée doit comprendre:
 - Etat d'éveil, niveau de conscience, état confusionnel, troubles cognitifs.
 - Recherche de méningisme.
 - Examen des nerfs crâniens:
 - Audition.
 - Examen des champs visuels, réaction pupillaire, oculomotricité.
 - Fonction sensitive de la face.
 - Force des groupes musculaires de la face.
 - Examen du système nerveux périphérique:
 - Force et sensibilité des membres.
 - Réflexes ostéo-tendineux et réflexes cutanés-plan-taires.
 - Démarche et épreuves cérébelleuses.
 - Examen du fond d'œil.
- L'auscultation crânienne et la pression digitale oculaire pour tester la pression intra-oculaire ne font pas partie de l'examen clinique de base chez tout patient avec céphalée.

Signes d'alerte

L'anamnèse et l'examen clinique doivent permettre le dépistage de signes d'alerte (figure 1). En fonction de leur présence, des examens complémentaires seront nécessaires.

Examens paracliniques

L'indication aux examens paracliniques a été adaptée en fonction de la disponibilité du plateau technique, notamment radiologique, de notre environnement. Toutefois selon la disponibilité de ces moyens, d'autres examens pourraient être effectués en première intention (par exemple IRM cérébrale à la place d'un scanner cérébral).

Laboratoire

- Chez tout patient avec une céphalée nouvelle survenant après 50 ans, il faut faire une VS.
- Une crase et un bilan inflammatoire devraient être effectués chez tout patient.
- Autres examens en fonction de la clinique.

Imagerie

En fonction de la suspicion clinique et du contexte clinique spécifique, les examens radiologiques les mieux adaptés sont:

- Chez un adulte sans changement récent de crises de migraine connues, sans notion de convulsions et sans anomalies neurologiques focales, une neuro-imagerie n'est pas indiquée de routine.

Etiologie vasculaire:

- Suspicion d'HSA (un ou plusieurs critères suivants: céphalée de début brutal, la pire des céphalées de sa vie): CT cérébral natif et injecté avec angio-CT cérébral en urgence.
- Suspicion de dissection carotido-vertébrale (douleur céphalique ou cervicale unilatérale, syndrome de Horner ipsilatéral, ischémie rétinienne ou cérébrale): CT cérébral natif et injecté + angio-CT des vaisseaux du cou et cérébraux.
- Suspicion de thrombose sino-veineuse cérébrale (un ou plusieurs éléments de la triade suivante: céphalée inhabituelle, crise d'épilepsie, signes focaux ou d'hypertension intracrânienne): CT cérébral natif et injecté et CT veineux cérébral.

Etiologie infectieuse

- Suspicion de méningite (raideur de nuque, photophobie, troubles de la conscience, fièvre): CT cérébral natif et injecté avant la PL si signes neurologiques focaux.
- Suspicion d'encéphalite aiguë (fièvre, céphalée, diminution de l'état de conscience, crises comitiales, troubles neuropsychologiques, signes neurologiques focaux tels qu'aphasie ou troubles moteurs): CT cérébral natif et injecté avant PL en urgence (IRM peut être différée^a).
- Suspicion d'atteinte ORL compliquée (sinusite, mastoïdite): imagerie selon l'avis du spécialiste.

Situations spéciales

- Patient de plus de 50 ans avec des céphalées nouvelles sans anomalie à l'examen neurologique: considérer une neuro-imagerie en urgence différée.^a
- Céphalée chez une femme enceinte ou dans le post-partum: imagerie selon l'avis du spécialiste.
- Suspicion de néoplasie (primaire ou secondaire), ou d'abcès cérébral (céphalée inhabituelle, signes neurologiques focaux, crise d'épilepsie, néoplasie sous-jacente, signes d'hypertension intracrânienne): IRM ou CT cérébral natif et injecté si IRM non disponible.
- Suspicion d'abcès: IRM ou CT cérébral natif et injecté si IRM non disponible.
- Céphalée chez patient immunodéprimé: CT avant PL et IRM en différé.^a
- En présence de céphalée inhabituelle chez un patient souffrant d'alcoolisme, l'examen le plus indiqué est le CT cérébral natif.
- Céphalées inhabituelles chez un patient sous anticoagulation: CT cérébral natif et injecté.
- Suspicion d'une hypo- ou hypertension intracrânienne (céphalée positionnelle, signes d'hypertension intracrânienne): imagerie selon l'avis du spécialiste.
- Suspicion d'encéphalopathie hypertensive sans signes focaux: pas d'imagerie sauf si suspicion d'une autre pathologie.

Ponction lombaire (PL)

- Lors d'une PL pour céphalée aux urgences, il faut mesurer la pression d'ouverture, déterminer le nombre et la répar-

^a L'examen peut être différé selon l'appréciation clinique de la situation.



Céphalée aiguë non traumatique chez un adulte

Présence de signes d'alerte?

- Céphalée nouvelle ou différente (localisation, durée, évolution, qualité, intensité ou apparition)
- Céphalée en coup de tonnerre, explosive
- Pire des céphalées
- Céphalée isolée et état fébrile en l'absence d'un foyer infectieux évident
- Céphalée et: hypertension artérielle et/ou rash et/ou méningisme et/ou perte pondérale
- Myalgie et/ou sensibilité temporale et/ou douleurs des ceintures et/ou claudication de la mâchoire
- Céphalée déclenchée ou aggravée par Valsalva et/ou déclenchée par effort, exercice ou activité sexuelle ou changement de position
- Symptômes neurologiques récents inhabituels
- Présence d'anomalies à l'examen neurologique y inclus au fond d'œil
- Céphalée nouvelle après l'âge de 50 ans
- Contexte particulier (VIH+, immunosuppression, grossesse, post-partum, cancer, anticoagulation ou manipulation de la nuque)



Oui

- Demander consultation neurologique



Non

Envisager le diagnostic de céphalée primaire:

- Migraine avec/sans aura
- Céphalée de tension
- Cluster headache

Imagerie et autres examens complémentaires en fonction de la suspicion clinique

- | | |
|--|--|
| • Hémorragie sous-arachnoïdienne: | CT cérébral natif et avec produit de contraste avec angio-CT cérébral en urgence |
| • Dissection carotido-vertébrale: | CT cérébral natif et produit de contraste + angio-CT des vaisseaux du cou et cérébraux |
| • Thrombose sino-veineuse cérébrale: | CT cérébral natif et produit de contraste et CT veineux cérébral |
| • Méningite: | CT cérébral natif et produit de contraste avant la PL si signes neurologiques focaux |
| • Encéphalite aiguë: | CT cérébral natif et produit de contraste avant PL (IRM en différé) |
| • Atteinte ORL compliquée: | Selon avis du spécialiste |
| • Femme enceinte ou dans le post-partum: | Selon suspicion clinique et avis du spécialiste |
| • Suspicion de néoplasie (1° ou 2°) et suspicion d'abcès cérébral: | IRM avec produit de contraste ou CT cérébral natif et produit de contraste selon disponibilité |
| • Patient immunodéprimé: | CT cérébral natif avec produit de contraste avant PL et IRM en différé |
| • Céphalée inhabituelle: | |
| – chez un patient souffrant d'alcoolisme: | CT cérébral natif |
| – chez un patient sous anticoagulation: | CT cérébral natif avec produit de contraste |
| • Suspicion d'hypo- ou hypertension intracrânienne: | Selon avis du spécialiste |
| • Encéphalopathie hypertensive sans signes focaux: | Pas d'imagerie sauf si suspicion d'une autre pathologie |

Figure 1. Algorithme de prise en charge des céphalées aiguës non traumatiques chez l'adulte

tition cellulaire, et rechercher une pléocytose, une protéinorachie et une glycorachie.

- La PL peut avoir une utilité dans les situations cliniques suivantes:

- Suspicion d'une hémorragie sous-arachnoïdienne (céphalée de début brutal, la pire des céphalées de sa vie).
- Suspicion de méningite ou méningo-encéphalite (fièvre, méningisme, altération de la vigilance, troubles du comportement, état confusionnel, crise d'épilepsie).
- Suspicion d'une méningite carcinomateuse (néoplasie sous-jacente, signes d'hypertension intracrânienne, multi-névrite crânienne).

- Lors d'une suspicion d'une hémorragie sous-arachnoïdienne malgré une imagerie cérébrale normale, un examen du liquide céphalo-rachidien (LCR) doit être effectué. Un délai d'au moins six heures entre le début des céphalées et la PL augmente la chance de trouver une anomalie à la

spectrophotométrie du LCR.

- En cas de forte suspicion de méningite ou méningo-encéphalite virale: tests antigéniques et PCR spécifiques du LCR (recherche de germe en fonction de la suspicion clinique).

Electro-encéphalogramme (EEG)

- Un EEG est indiqué en présence d'antécédents personnels suggestifs d'une épilepsie (aura migraineuse atypique, pertes de connaissances épisodiques).

Consultation neurologique

Nous avons retenu les indications suivantes à une consultation neurologique en urgence:

- Suspicion de céphalée secondaire.
- Diagnostic incertain.
- Echec du traitement de céphalées aiguës.

Tableau 2. Critères diagnostiques des céphalées primaires

Migraine sans aura

- A. Au moins cinq crises remplissant les critères B-D
- B. Crise de migraine durant entre 4-72 heures (sans traitement ou traitement insuffisant)
- C. La céphalée possède au moins deux des caractéristiques suivantes :
 - Localisation unilatérale
 - Qualité pulsatile
 - Intensité modérée à sévère de la douleur
 - Aggravée ou provoquant l'évitement d'activité physique légère (marche)
- D. Pendant la céphalée, présence d'au moins un des signes/symptômes suivants :
 - Nausée et/ou vomissement
 - Photo et phonophobie
- E. Non attribuable à une autre affection

Migraine avec aura

- A. Au moins deux crises remplissant les critères B-E
- B. Symptômes visuels, sensitifs, dysphasiques mais pas de parésie
- C. Présence d'au moins un des symptômes suivants :
 - Symptômes visuels homonymes positifs (scotomes, lignes ou phosphènes scintillants) et/ou négatifs (amaurose, hémianopsie) et/ou symptômes sensitifs unilatéraux positifs (fourmillements, picotements) et/ou négatifs (anesthésie, engourdissement)
 - Au moins un symptôme progresse en marche progressive sur au moins cinq minutes ou différents symptômes se succèdent en marche
 - Chaque symptôme dure 5-60 minutes
- D. La céphalée remplissant les critères de migraine sans aura débute pendant l'aura ou lui succède dans les 60 minutes
- E. Non attribuable à une autre affection

Céphalée de tension

- A. Au moins dix épisodes de céphalée en moyenne < 1 jour/mois (< 12 j/an) remplissant les critères B-D
- B. Durée de la céphalée: 30 minutes-7 jours
- C. Douleurs avec ≥ 2 des caractéristiques suivantes :
 - Localisation bilatérale
 - Constrictives, pesantes, non pulsatiles
 - Intensité légère à modérée
 - Pas d'aggravation par l'activité physique simple telle marcher ou monter les escaliers
- D. Présence de deux des caractéristiques suivantes :
 - Pas de nausées, pas de vomissements (anorexie possible)
 - Photo ou phonophobie (soit une, pas les deux)
- E. Non attribuable à une autre affection

Une céphalée de tension épisodique peut aussi être diagnostiquée (mais avec moins de certitude) en cas de < 10 épisodes

Céphalée en grappe

- A. Au moins cinq crises remplissant les critères B-D
- B. Douleurs orbitaires, supraorbitaires et/ou temporales durant 15-180 minutes si non traitées
- C. Céphalée avec au moins une des caractéristiques suivantes :
 - Injection conjonctivale et/ou lacrymation ipsilatérale
 - Congestion nasale et/ou rhinorrhée ipsilatérale
 - Œdème palpébral ipsilatéral
 - Sudation du front ou de la face ipsilatérale
 - Myosis et/ou ptose palpébrale ipsilatérale
 - Impatience ou agitation
- D. Fréquence variable entre 1 x/2-3 jours à 8 x/jour

- Incapacité de rentrer à domicile après un traitement correct d'une crise migraineuse ou d'un status migraineux.

Critères d'hospitalisation et de transfert

- Céphalée secondaire dont la pathologie sous-jacente nécessite une hospitalisation.
- Patient avec céphalée primaire ou secondaire et haute probabilité d'impossibilité de retour à domicile dans les 24 heures (par exemple : status migraineux persistant malgré un traitement initial approprié, ou migraine avec une aura non résolue).
- Etat de mal migraineux.
- Migraine avec aura inhabituelle non résolue.
- Tout patient avec une céphalée aiguë associée à une raideur de nuque et/ou une altération de l'état de conscience doit être adressé à un établissement spécialisé (disponibilité 24 h/24 d'un neurologue, d'un scanner et/ou IRM et d'un service de surveillance continue).

L'algorithme que nous avons développé (figure 1) est accompagné d'un rappel des critères diagnostiques des céphalées primaires les plus fréquentes, issu de la classification internationale des céphalées²⁶ (tableau 2) ainsi que d'un rappel des éléments diagnostiques des céphalées secondaires les plus importantes (HSA, thrombose veineuse cérébrale, dissection vertébro-carotidienne).

COMMENTAIRES

Nous proposons des recommandations pour la pratique clinique fondées sur les preuves, adaptées à la pratique en Suisse romande ou adaptable à d'autres contextes cliniques, pour aider à la prise en charge diagnostique de patients adultes consultant en urgence pour des

céphalées aiguës non traumatiques. Ce travail est issu d'une recherche systématique de recommandations déjà existantes qui ont été évaluées, sélectionnées, adaptées et approuvées par un groupe d'experts multidisciplinaire. Leur adaptation et les outils de soutien à leur mise en œuvre contribueront à les rendre applicables et acceptables par les intervenants concernés. Elles devraient permettre une prise en charge diagnostique adéquate des patients concernés. Cependant, des stratégies d'application en pratique et le maintien de recommandations régulièrement mises à jour sont essentielles pour obtenir les modifications des stratégies et des habitudes qui contribueront à l'amélioration de la qualité de la gestion diagnostique des patients consultant pour une céphalée aiguë.

Implications pratiques

- Une minorité des céphalées aiguës ont une origine secondaire mais sont potentiellement létales
- Le dépistage systématique des signes d'alerte, basé sur l'anamnèse et l'examen clinique, doit être effectué chez tout patient présentant des céphalées aiguës
- La présence d'un ou plusieurs signes d'alerte doit faire suspecter une céphalée secondaire et poser l'indication à des examens complémentaires décidés en collaboration avec les spécialistes
- Les examens complémentaires comme l'imagerie, les examens de laboratoire ou la ponction lombaire sont guidés par la suspicion clinique