



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Céphalées aux urgences : évaluation de la prise en charge et prévalence
des céphalées secondaires dans un centre tertiaire**

Présentée et soutenue publiquement le 03 octobre 2018 à 18 heures

au Pôle Formation

Par Rita Fakh

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Wiel

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Pruvo

Madame le Professeur Cordonnier

Madame le Docteur Destee-Girot

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Destee-Girot

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCTION..... | 1 |
| OBJECTIF DE L'ETUDE | 3 |
| MATERIELS ET METHODE..... | 4 |
| 1. TYPE D'ETUDE..... | 4 |
| 2. CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION | 4 |
| 2.1.CRITERES D'INCLUSION | 4 |
| 2.2.CRITERES D'EXCLUSION | 4 |
| 3. METHODE | 5 |
| 4. RECUEIL DE DONNEES | 5 |
| 5. APPLICATIONS DES RECOMMANDATIONS | 10 |
| 6. ETHIQUE | 12 |
| 7. ANALYSE STATISTIQUE | 12 |
| RESULTATS | 14 |
| 1. DESCRIPTION DE LA POPULATION GENERALE | 14 |
| 1.1. FLOW CHART | 14 |
| 1.2.CEPHALEES PRIMAIRES BENIGNES | 15 |
| 1.3.CEPHALEES SECONDAIRES | 16 |
| 1.4.CARACTERISTIQUES DES PATIENTS ADMIS POUR DES CEPHALEES APRES EXCLUSION DES PATHOLOGIES FACIALES | 17 |
| 1.4.1. <i>Données démographiques</i> | 17 |
| 1.4.2. <i>Antécédents</i> | 17 |
| 1.4.3. <i>Mode d'apparition</i> | 17 |
| 1.4.4. <i>Signes associés aux céphalées rapportés par les patients</i> | 17 |
| 1.4.5. <i>Prise en charge aux urgences</i> | 18 |
| 1.4.6. <i>Recommandations appliquées</i> | 19 |
| 1.4.7. <i>Recommandations pondérées</i> | 19 |
| 1.4.8. <i>Recommandations non appliquées</i> | 19 |
| 2. COMPARAISON DES CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES ET CLINIQUES, DES MODALITES DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DU GROUPE DES CEPHALEES PRIMAIRES BENIGNES ET CEPHALEES SECONDAIRES POTENTIELLEMENT VASCULAIRES | 21 |
| DISCUSSION | 26 |
| 1. PRINCIPAUX RESULTATS | 26 |
| 2. LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE | 27 |
| 2.1.LIMITES DE L'ÉTUDE | 27 |
| 2.2.FORCES DE L'ÉTUDE | 27 |

| | |
|---|-----------|
| 3. DONNEES DE LITTERATURE | 28 |
| 3.1.LES CEPHALEES MOTIF DE RECOURS, PREVALENCE DES CÉPHALÉES PRIMAIRES ET SECONDAIRES | 28 |
| 3.2.POPULATION DES PATIENTS MIGRAINEUX..... | 33 |
| 3.3.CONSUMMATION DES RESSOURCES ET MANQUE DE STANDARDISATION..... | 34 |
| 3.4.COMPARAISON DES GROUPES ET FACTEURS PREDCITIFS..... | 34 |
| CONCLUSION | 36 |
| SERMENT D'HIPPOCRATE..... | 42 |

LISTE DES ABRÉVIATIONS:

| | |
|----------------|--|
| IHS | : International Headache Society |
| ICHD | : International Classification of Headache Disorders |
| AIT | : Accident Ischémique Transitoire |
| AVC | : Accident Vasculaire Cérébral |
| HIC | : Hémorragie Intra Crânienne |
| HSA | : Hémorragie Sous Arachnoïdienne |
| TVC | : Thrombose Veineuse Cérébrale |
| SVCR | : Syndrome de Vasoconstriction Cérébral réversible |
| PRESS | : Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome |
| PL | : Ponction Lombaire |
| TDM | : Tomodensitométrie |
| IRM | : Imagerie par Résonance Magnétique |
| ARM | : Angiographie par Résonance Magnétique |
| ARM TSA | : Angiographie par Résonance Magnétique du Tronc |

Supra Aortique

| | |
|---------------------|---|
| Séquence TOF | : Séquence Time Of Flight |
| PL | : Ponction lombaire |
| EN | : Echelle Numérique |
| ZAO | : Zone d'Accueil et d'Orientation |
| NIHSS | : NIH Stroke Scale Stroke |
| USINV | : Unités de Soins Intensifs Neuro Vasculaires |
| UHCD | : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée |
| CO | : Monoxyde d'Azote |
| TAS | : Tension Artérielle Systolique |
| IC 95% | : Intervalle de Confiance à 95% |
| OR | : Odds-Ratio |

INTRODUCTION

Les céphalées constituent près de 2% des admissions dans le service des urgences, ce qui fait le cinquième motif de consultation le plus fréquent après les motifs traumatiques, digestifs, cardiaques et pulmonaires (1,2). Cette symptomatologie est subjective, douloureuse, redoutée et mal aimée par de nombreux médecins car la prise en charge diagnostique et thérapeutique sont difficiles.

La crainte est de méconnaître une céphalée secondaire (estimée à 5% des patients) pouvant engager le pronostic fonctionnel ou vital du patient (1,3).

Il existe peu d'études rétrospectives (4) et aucune prospective à notre connaissance (5) menées dans un service d'urgence adulte s'étant intéressées aux patients admis aux urgences quelles que soit les caractéristiques de la céphalée. Souvent l'approche se fait par sous type étiologique de migraine (6,7), hémorragie méningée (8), thrombose veineuse cérébrale (9,10), SVCR (11) ou par mode d'installation.

Dans ce dernier cas de figure, la céphalée brutale, voire ictale (installation en moins d'une minute) est la plus étudiée, considérée comme la plus typique des céphalées menaçantes (exposant à un risque de rupture anévrysmale) (5).

Dans une étude prospective de 4 semaines menée sur plusieurs sites d'urgence en Australie (5) sur les 847 patients admis pour céphalée brutale explorée par scanner cérébral et ponction lombaire, seules 3% étaient en relation avec des hémorragies méningées et/ou cérébrales et/ou méningites bactériennes, le reste correspondait à des céphalées primaires bénignes dont près de la moitié n'étaient pas classables selon la classification internationale ICHD-3 (12).

Au-delà des diagnostics les plus envisagés que sont les hémorragies méningées et les infections du SNC il existe une littérature « neurologique » soulignant l'importance de diagnostiquer des pathologies plus rares telles que les TVC (9,10), les dissections extra crâniennes (13), les syndromes de vasoconstrictions réversibles (11) pouvant être révélés par des céphalées isolées inhabituelles, piégeantes pour le clinicien. La prévalence de ces formes purement algique sans complication neurologique à l'admission n'est pas connue. Si l'on prend l'exemple

des TVC, le mode de révélation le plus fréquent est celui d'une céphalée isolée d'installation progressive inhabituelle, témoignant d'une hypertension intracrânienne, plus exceptionnellement celui d'une céphalée ictale ou d'un épisode de migraine avec aura (14).

Explorer ces patients admis aux urgences n'est pas facile. En fonction de la hiérarchisation des hypothèses de nombreux examens complémentaires peuvent être demandés: bilan sanguin, imagerie cérébrale parenchymateuse (scanner ou IRM), exploration veineuse, artérielle extra ou intracrânienne et analyse du liquide céphalo-rachidien (ponction lombaire). Ces investigations sont coûteuses, parfois douloureuses et/ou irradiantes pour le patient ; elles doivent être demandées sur la base d'un interrogatoire et d'un examen clinique bien conduits afin d'éviter toute consommation inappropriée de ressources.

Des recommandations spécifiques éditées par la société française d'études des migraines et céphalées (SFEMC) et par la société française de neurologie (SFN) ont été proposées en 2016, certaines avec un niveau faible de preuve. La société française d'urgence (SFMU) n'a pas été impliquée dans leur élaboration mais on perçoit à quel point la gestion de ces patients reste un challenge pour les urgentistes n'ayant pas forcément accès à un plateau technique gradué, à un avis spécialisé ou encore à des lits d'hospitalisation pour une évaluation clinique de contrôle.

Alors que ces dernières recommandations vont loin dans les examens complémentaires traquant les céphalées secondaires sous diagnostiquées, il existe une réflexion dans la communauté scientifique des urgentistes sur la prévalence de ces céphalées menaçantes justifiant ces investigations larges chez des patients céphalalgiques sans signe de gravité ainsi que sur leur pronostic spontané. En effet il existe des données rassurantes notamment pour les TVC. Ainsi, dans le registre international des TVC (ISCVT) les patients diagnostiqués sur une forme céphalalgique pure avaient dans 93% une récupération fonctionnelle complète au terme du suivi et 4% étaient dépendants ou décédés (15). D'autre part, sur plus de 5966 TVC diagnostiquées dans les hôpitaux de New York, Floride et Californie entre 2005 et 2013, une erreur diagnostique survenait aux urgences dans un cas sur 30 sans que cela interfère avec le pronostic (16).

A la lumière des nouvelles recommandations (17) qui incrémentent clairement le niveau des explorations, il apparaît important de préciser les pratiques des services d'urgence en fonction de leur niveau sanitaire et si nécessaire de les harmoniser dans un second temps.

Notre établissement est un centre tertiaire couvrant une zone sanitaire de 850 000 habitants, le service des urgences adultes reçoit environ 29 000 patients par an avec comme particularité de bénéficier d'un plateau technique performant : il existe une IRM dédiée aux urgences neurologiques fonctionnant 24/24 depuis 2009 avec un accès facilité pour l'exploration des céphalées inhabituelles, d'une expertise neuroradiologique, neurologique et neurochirurgicale séniorisée. Les protocoles d'accès à cette IRM d'urgence, une des premières en France ont été détaillés préalablement (18). Notre centre est donc à même de proposer une évaluation exhaustive des patients céphalalgiques, proche des recommandations actuelles de la SFN.

OBJECTIF DE L'ETUDE

L'objectif principal de notre étude était dans un premier temps de décrire les caractéristiques des patients admis dans un centre tertiaire avec comme motif principal d'admission une céphalée, de décrire leur prise en charge aux urgences. Les objectifs secondaires étaient, en premier temps, de définir le pourcentage de céphalées secondaires d'étiologie vasculaire et en second temps d'identifier des facteurs prédictifs de ce sous groupe.

MATERIELS ET METHODE

1. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude observationnelle, rétrospective et monocentrique, réalisée aux urgences adultes médico-chirurgicales du centre hospitalier régional et universitaire de Lille. L'étude a été menée du 1er octobre 2017 au 31 décembre 2017.

2. CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

2.1. CRITERES D'INCLUSION

Nous avons inclus tous les patients âgés de plus de 15 ans et 3 mois, consultant aux urgences de CHRU avec pour principale plainte à l'admission une céphalée identifiée dès la zone d'accueil et d'orientation des urgences (ZAO) auprès de l'infirmière ou en zone de soins au premier contact médical.

Nous avons employé l'échelle numérique (EN) pour identifier l'intensité de la douleur. Cette échelle est définie par une note comprise entre 0 et 10 que choisit le patient pour exprimer sa douleur, 0 étant l'absence de la douleur et 10 la douleur insupportable (19). Elle fait partie des paramètres systématiquement recherchés en ZAO.

Le patient pouvait se plaindre de signes neurologiques focaux transitoires ou persistants tels qu'une plainte visuelle, des troubles sensitifs subjectifs ou phasiques. L'évaluation neurologique imposait comme critère d'inclusion un score NIHSS ≤ 3 (20).

Le choix de ces critères repose sur la volonté d'inclure les patients migraineux, y compris ceux avec aura qui sont très fréquemment admis aux urgences et représentent une proportion non négligeable des céphalées primaires bénignes décrites dans la littérature (30% de la population) (7). La migraine avec aura étant parfois sentinelle d'une autre pathologie et constituant alors un piège diagnostique évocateur d'étiologies neuro vasculaires.

2.2. CRITERES D'EXCLUSION

Nous avons exclu tous les patients:

- ✓ de la filière pédiatrique
- ✓ ceux admis pour des céphalées dans un contexte post traumatique
- ✓ ceux ayant à l'examen neurologique des signes neurologiques focaux persistants et patents à savoir un score NIH>4 laissant présager l'hypothèse d'un accident vasculaire cérébral en première intention
- ✓ les patients présentant des troubles de vigilance et/ou un score de Glasgow< 15 (les admissions directes aux soins intensifs).
- ✓ les admissions au circuit court compte tenu des admissions sectorisées selon les zones des urgences de CHRU.
- ✓ Enfin ont été exclus les patients transférés d'un autre centre hospitalier avec un diagnostic déjà étayé pour poursuite de la prise en charge dans un service dédié et les patients n'ayant pas attendu la fin de la prise en charge (fugue).

3. METHODE

Sur la période étudiée, les dossiers médicaux informatisés ont été relus quotidiennement et analysés en fonction de leur motif d'admission, le score d'EN en ZAO et zone de soins, les diagnostics de sortie. Des requêtes larges ont été lancées dans un second temps grâce au logiciel « RESURGENCES » sur la base de mots clés, de diagnostic d'orientation (CIM10) permettant un recueil le plus exhaustif possible. Pour les patients hospitalisés l'accès au logiciel d'hospitalisation « SILLAGE » nous a permis de compléter les données étiologiques à l'issue de la prise en charge.

4. RECUEIL DE DONNEES

Nous avons recensé le nombre d'admission aux urgences du CHRU de Lille sur la période étudiée à l'exclusion du circuit court et de l'unité d'admission de déchochage chirurgical.

Nous avons recueilli pour chaque patient:

✓ **Les caractères socio-démographiques**

- ❖ L'âge
- ❖ Le sexe
- ❖ Le lieu de domicile (zone de proximité à la métropole)

✓ **Les antécédents**

- ❖ migraine avec aura
- ❖ migraine sans aura
- ❖ AVC
- ❖ céphalées non classées

✓ **Le mode d'apparition des céphalées** tel que proposé selon les recommandations par la SFCEM (17)

- ❖ **Les céphalées brutales** incluant les céphalées ictales (installées avec une intensité maximale en moins d'une minute)
- ❖ **Les céphalées d'installation et/ou d'aggravation progressive ou inhabituelles progressives** sont définies par une apparition récente, et ou décrites comme inhabituelles parce que présentant des symptômes non ressentis jusqu'alors
- ❖ **Les céphalées chroniques quotidiennes** regroupent toutes les céphalées présentes depuis >15 jours pendant 3 mois sans avoir recours à des antalgiques à type non opioïdes (aspirine, paracétamol et AINS) et/ ou des céphalées persistantes depuis >10 jours malgré des antalgiques à type opioïdes ou ergotés de triptans. Elles incluent les céphalées chroniques quotidiennes et les céphalées récurrentes paroxystiques définies comme des crises suivies de période d'accalmie (17).

❖ Le contexte d'apparition des céphalées

- ▶ Une notion de prise de toxiques (cannabis, héroïne, cocaïne, amphétamines).
- ▶ Survenue des céphalées à l'effort physique
- ▶ Contexte de Post Ponction-lombaire (PL) définis par une apparition des céphalées dans les 5 jours suivant la PL (21)
- ▶ Notion de fièvre rapportée ou constatée à l'admission

✓ Les signes neurologiques décrits par les patients et recherchés étaient

- ❖ La présence ou non de signes neurologiques rapportés par le patient
- ❖ Le caractère transitoire ou non des signes neurologiques
- ❖ La nature de ces signes neurologiques (aphasie, troubles visuels, troubles sensitifs) quantifiés par le score NIH (NIH=1, NIH=2, NIH=3)

✓ Les signes végétatifs rapportés par les patients

- ❖ L'association à des nausées
- ❖ L'association à des vomissements
- ❖ La description de phono ou photophobie

✓ La recherche de cervicalgies chez les patients

Les cervicalgies sont un élément préliminaire de suspicion de céphalées secondaires, à type de dissection artérielle extra crânienne

✓ L'évaluation de la douleur

La douleur a été évaluée par l'échelle numérique (EN de 0 à 10) en zone d'accueil et d'orientation (ZAO) par une infirmière d'accueil et réévaluée par le médecin en zone de soins.

Nous avons distingué les patients ayant une douleur > 5/10 versus les autres

✓ La description de la prise en charge aux urgences

- ❖ La durée de passage aux urgences: nous avons relevé les dates et les heures d'entrée et de sortie des urgences de chaque patient

- ❖ Les différents actes réalisés aux urgences
 - ▶ Le scanner cérébral avec et sans injection
 - ▶ Une IRM cérébrale avec les diverses séquences
 - Le nombre d'IRM parenchymateuses
 - Le nombre d'IRM avec séquence TOF (vaisseaux intracrâniens)
 - Le nombre d'IRM cérébrale avec séquence ARM veineuse
 - Le nombre d'IRM avec séquence ARM TSA (vaisseaux extra crâniens)
 - La survenue d'anomalies à l'imagerie cérébrale (TDM et IRM)
 - ▶ La réalisation de ponction lombaire (PL)
 - ▶ L'ensemble des clichés radiologiques a été recueilli et relu par l'équipe de neuroradiologie

❖ La demande d'un avis spécialisé

✓ L'orientation du patient après son passage aux urgences

- ❖ Le taux d'hospitalisation
- ❖ Le lieu d'hospitalisation
 - En Neurologie
 - En Neurochirurgie
 - En UHCD
- ❖ La durée d'hospitalisation

✓ La classification des céphalées au terme de la prise en charge aux urgences pour les patients sortants et selon le courrier d'hospitalisation pour les patients hospitalisés

✓ La classification des céphalées selon ICHD-3 publiées en 2018 (12)

Ces recommandations répartissent les céphalées en groupe de céphalées primaires, groupe de céphalées secondaires et un 3ème groupe de douleurs faciales. A noter que les névralgies du trijumeau ont été exclues dans cette classification et font partie de ce 3ème groupe

Les céphalées primaires regroupent:

- ❖ les migraines
- ❖ les céphalées de tension

- ❖ l'algie vasculaire de la face
- ❖ les céphalées classées en autres
 - ▶ Céphalées primaires à la toux
 - ▶ Céphalées primaires à l'examen physique apparues à l'examen physique durant <48h, sans signes neurologiques associés et après avoir écarté une hypothèse de céphalées secondaires à l'imagerie cérébrale
 - ▶ Céphalées primaires bénignes à l'effort sexuel correspondent à une céphalée d'apparition concomitante à l'effort sexuel, et d'aggravation exponentielle proportionnelle à l'activité sexuelle, durant de 4 minutes à 48h. Le diagnostic différentiel serait d'éliminer un SVCR
 - ▶ Céphalées brutales primaires bénignes sont d'apparition brutale ou ictale, dont le bilan étiologique est négatif. C'est un diagnostic d'élimination
 - ▶ Céphalées dues à la stimulation au froid
 - ▶ Céphalées chroniques persistantes sont présentes depuis 3 mois avec une apparition récente depuis 24h (12).

Les céphalées secondaires sont classées en céphalées vasculaires et céphalées non vasculaires.

Les causes vasculaires sont (12):

- ❖ les accidents cérébraux ischémiques, transitoires, hémorragiques
- ❖ les hémorragies sous arachnoïdiennes
- ❖ les thromboses veineuses centrales
- ❖ les dissections artérielles intra crâniennes et extra crâniennes
- ❖ les syndrome de vasoconstriction cérébral réversible
- ❖ le PRESS syndrome.

On distingue les céphalées non vasculaires incluant les hypertensions intra crâniennes idiopathiques, les syndromes post ponction lombaire, les méningites, les tumeurs de découverte fortuite, les sinusites et les céphalées d'étiologie psychiatrique (12). Nous n'avons pas pu inclure le type de céphalées décrit par céphalées en étai, pulstatiles, ni le caractère soulagé par les antalgiques car ils représentaient plus de 20% des données manquantes.

5. APPLICATIONS DES RECOMMANDATIONS

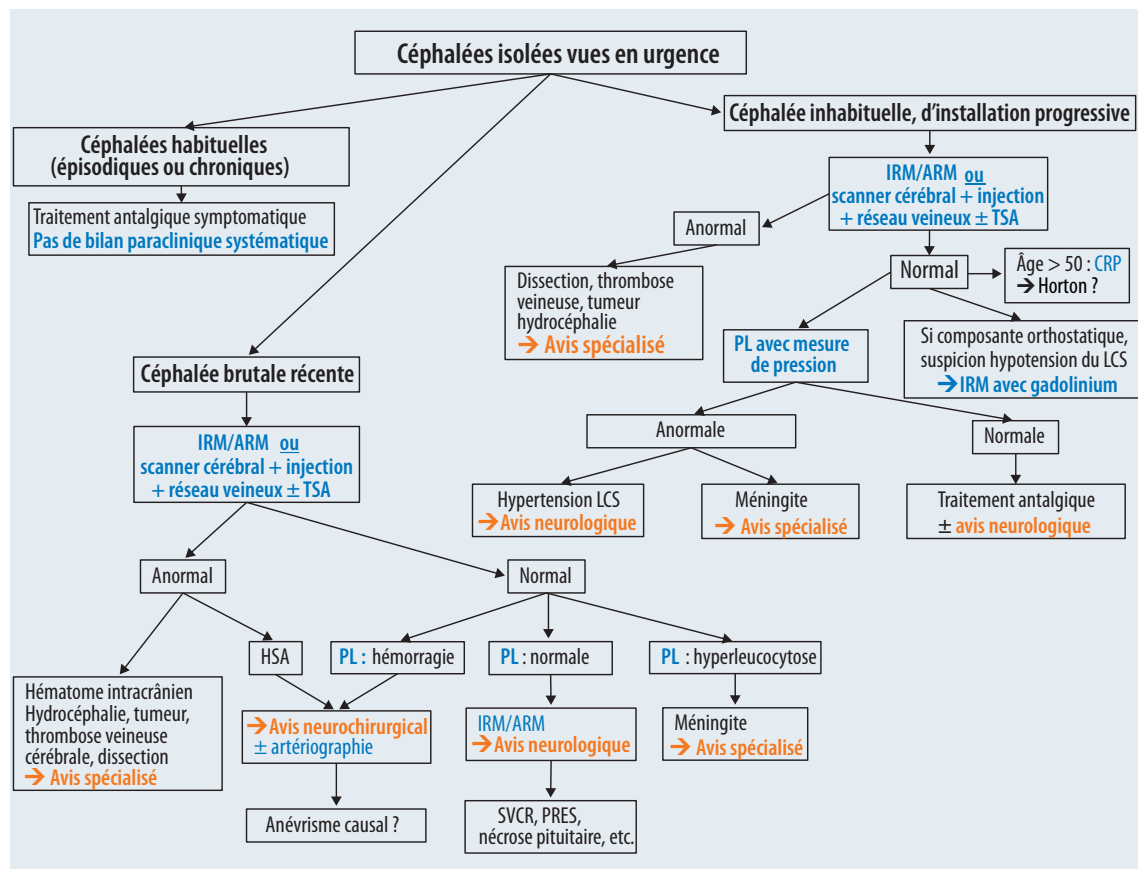
Nous avons retenu comme gold standard l'évaluation de la prise en charge des céphalées aux urgences, les propositions de la SFMEC selon l'algorithme ci-dessous (figure1).

Nous avons considéré que les recommandations étaient appliquées si:

✓ Un bilan exhaustif par un scanner cérébral injecté en urgence, a été réalisé devant toute apparition brutale ou d'aggravation inhabituelle progressive des céphalées. Si le bilan radiologique n'avait décelé aucune anomalie, il doit être complété par un bilan biologique incluant la CRP et une ponction lombaire avec la recherche des pigments xanthochromiques et la mesure de pression. Si l'exploration des TSA et la PL sont revenues normales, une exploration des vaisseaux cervicaux, du réseau veineux et la réalisation d'une IRM devait être envisagée (17)

✓ Aucun examen para clinique n'a été réalisé en urgence devant des céphalées d'apparition chronique (paroxystiques récurrentes ou habituelles épisodiques). Nous avons rajouté un critère d'imagerie supplémentaire pour les patients ayant des signes neurologiques persistants ou des critères d'aura migraineuse atypique (aura prolongée ou en épisode)

FIGURE 1:REPRÉSENTATION SCHEMATIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DES CÉPHALÉES AUX URGENCES.



Nous avons considéré que les recommandations n'étaient pas appliquées si:

- ✓ Aucune imagerie n'a été réalisée chez les patients présentant des céphalées brutales ou d'aggravation progressive
- ✓ Un examen paraclinique a été réalisé devant une céphalée chronique

À noter que ces recommandations positionnent d'emblée une imagerie exhaustive (parenchymateuse et exploratrice des vaisseaux) dans le cas des céphalées brutales récentes et inhabituelles avec des signes neurologiques à minima. Ces recommandations diffèrent de celles proposées par la société américaine des céphalées qui, dans le cas des céphalées brutales, positionnent la PL avant toute exploration artérielle intra ou extra crânienne et dès la normalité du scanner cérébral (35).

6. ETHIQUE

Ce travail a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL.

7. ANALYSE STATISTIQUE

L'analyse des données a d'abord consisté en la description générale de la population admise pour céphalées sur la période définie. Nous avons recensé le nombre de céphalées primaires et secondaires sur la période étudiée et répondant à la classification internationale ICHD-2018.

Par la suite de l'analyse nous avons exclu de la population des céphalées primaires

- ✓ Les névralgies faciales considérant que la démarche diagnostique n'était pas la même et que la présentation clinique était moins piégeante en relation avec des céphalées secondaires.

Du groupe des céphalées secondaires étaient exclues

- ✓ Les céphalées secondaires d'origine non vasculaire dont la présentation clinique n'était pas ambiguë, telles que les méningites (céphalées + fièvre), les sinusites (céphalées frontales + sensation de congestion nasale), le syndrome post PL et les autres céphalées secondaires (grippales, virales, inflammatoires). Nous avons gardé les hypertensions intracrâniennes bénignes pour leur présentation clinique proche d'une TVC.

Dans un deuxième temps, nous avons comparé les deux populations des céphalées primaires et secondaires potentiellement vasculaires, avec une analyse univariée selon leurs caractéristiques socio-démographiques, leurs caractéristiques cliniques de céphalalgies, leurs modalités de prise en charge aux urgences et leurs orientations.

Dans un troisième temps, nous avons analysé les facteurs prédictifs cliniques des céphalées secondaires potentiellement vasculaires en analyse multivariée descendante régressive pas à pas.

Les analyses statistiques ont été réalisées par des tests de chi-deux de Pearson ou Fisher exact pour étudier les variables qualitatives.

Les variables quantitatives sont présentées en moyenne, médiane (Q1-Q3) et les fréquences ont été attribuées aux variables qualitatives en effectif.

Le test de Hosmer-Lemeshow en analyse descendante a été utilisé pour l'analyse multivariée.

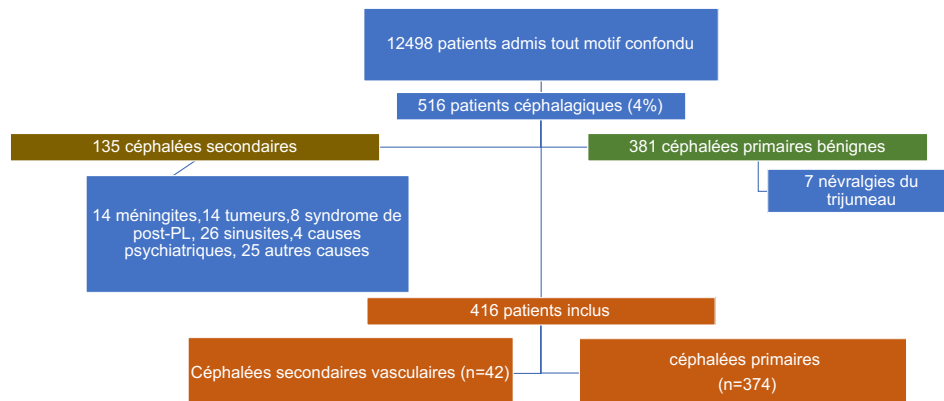
La valeur statistique de $p < 0,05$ a été retenue comme valeur significative pour toutes les analyses menées.

L'analyse de toutes les données a été réalisée grâce au logiciel SPSS®.

RESULTATS

1. DESCRIPTION DE LA POPULATION GENERALE

1.1. FLOW CHART



Parmi 12 498 patients admis aux urgences du CHRU de Lille, nous avons identifié 516 passages aux urgences pour des céphalées et correspondant à **4%** des admissions sur la période étudiée.

Sur ces 516 patients, nous avons exclu 7 patients présentant des névralgies du trijumeau du groupe des céphalées primaires et 93 céphalées secondaires non vasculaires à l'exception de l'HTIC bénigne compte tenu de la ressemblance des signes cliniques de l'HTIC bénigne et la TVC.

1.2. CEPHALEES PRIMAIRES BENIGNES

En appliquant la classification internationale ICHD-2018, nous avons identifié des céphalées primaires chez 73,8% des patients consultant aux urgences pour des céphalées. Parmi les céphalées primaires, plus du tiers des patients (38,7%) présentaient un tableau compliqué de migraine, à savoir une aura ou état de mal migraineux (24,28% et 10,58% respectivement).

La migraine sans aura constituait près de 16,35% des céphalées primaires bénignes dans la population. 10,82% de ces céphalées bénignes étaient des céphalées de tension.

TABLEAU 1:
FRÉQUENCE DES ÉTIOLOGIES DES CÉPHALÉES PRIMAIRES SELON LA
CLASSIFICATION IHCD-3 APRÈS EXCLUSION DES CÉPHALÉES AVEC DIAGNOSTIC
TYPIQUE

| | Céphalées Primaires n: 374/416 (%) | | N de la population étudiée N:416 (%) |
|-----------------------------|------------------------------------|---------|--------------------------------------|
| Migraine avec Aura | 101/374 | 27,01 % | 24,28 % |
| Migraine sans aura | 68/374 | 18,18 % | 16,35 % |
| Etat de mal migraineux | 44/374 | 11,76 % | 10,58 % |
| Céphalées de tension | 45/374 | 12,03 % | 10,82 % |
| Algie vasculaire de la face | 7/374 | 1,87 % | 1,68 % |
| Autres | 109/374 | 29,14 % | 26,20 % |

1.3.CEPHALEES SECONDAIRES

Les céphalées secondaires ont été identifiées chez 26% des patients(135 patients/ 516).

L'AVC constituait près de 9% des étiologies les plus fréquentes des céphalées secondaires. L'HTIC idiopathique occupait le second rang (7%), puis la dissection à ex aequo avec l'HSA (5,93%). La TVC représentait près de 3% et le SVCR a été retrouvé dans 1,48% des cas.

Les étiologies infectieuses des sinus constituaient près d' un quart des causes des céphalées secondaires. Les méningites et les causes tumorales sont classées à égalité (11%).

TABLEAU 2:
FRÉQUENCE DES ÉTIOLOGIES DES CÉPHALÉES SECONDAIRES DANS LA POPULATION
ÉTUDIÉE SELON LA CLASSIFICATION IHCD-3

| | Céphalées Secondaires n:135 (%) | | N de la population (N:416) |
|-------------------|---------------------------------|---------|-----------------------------|
| AVC | 12/135 | 8,89 % | 2,88 % |
| Dissection | 8/135 | 5,93 % | 1,92 % |
| HSA | 8/135 | 5,93 % | 1,92 % |
| TVC | 2/135 | 1,48 % | 0,72 % |
| SVCR | 2/135 | 1,48 % | 0,48 % |
| PRESS | 0/135 | 0 | 0 |
| HTIC idiopathique | 9/135 | 6,67 % | 2,16 % |
| Sinusite | 27/135 | 20,00 % | |
| Autres | 26/135 | 19,26 % | |
| méningite | 14/135 | 10,37 % | |
| Tumorale | 14/135 | 10,37 % | |
| syndrome post PL | 8/135 | 5,93 % | |
| psychiatriques | 4/135 | 2,96 % | |

1.4. CARACTERISTIQUES DES PATIENTS ADMIS POUR DES CEPHALEES APRES EXCLUSION DES PATHOLOGIES FACIALES

1.4.1. Données démographiques

Sur les 416 patients inclus, la moyenne d'âge était de 37,2 ans avec une médiane à 34 (24-46) et dont le sex ratio homme/femme était de 0,39.

Les femmes constituaient près de 71,9% de la population étudiée (299 femmes pour 117 hommes). 72,8% des patients provenaient de la métropole lilloise.

1.4.2. Antécédents

Sur 416 patients, 40% des patients étaient déjà connus pour des antécédents de céphalées (166 patients sur 416). Les accidents vasculaires cérébraux représentaient 5% des antécédents de la population générale (21 patients sur 416).

1.4.3. Mode d'apparition

Le mode d'apparition le plus fréquent des céphalées était en aggravation récente progressive avec une proportion de 71,6% des patients (298 sur 416). La céphalée brutale occupait le second rang (13,9%).

Enfin 8,7% des patients (36 patients sur 416) ont consulté pour des céphalées d'apparition chronique. Sur les 416 patients, l'apparition des céphalées dans un contexte d'effort physique représentait 4,6% des motifs de consultation aux urgences. 0,2% des patients ont rapporté des céphalées concomitantes à une intoxication au cannabis.

Il n' a pas été retrouvé d'autres céphalées apparues dans un contexte de prise d'autres toxiques.

1.4.4. Signes associés aux céphalées rapportés par les patients

40,7% des patients avaient rapporté une association de signes neurologiques aux céphalées (169 patients sur 416). Ces signes neurologiques étaient persistants dans 11,1% des cas (chez 46 patients) où l'on retrouve un score NIH compris entre

1 et 3. 29,5% des patients présentaient un caractère transitoire de la symptomatologie neurologique rapportée (123 patients sur 416).

La proportion de la nature des signes neurologiques variait entre 5,8% d'aphasie (24 patients sur 416), 21,6% de troubles visuels (90 patients sur 416) et 13,3% de paresthésies (55 patients sur 416).

Le signe végétatif le plus rapporté par les patients était les phonophobies où il a été évoqué chez 158 patients (38%).

151 patients avaient évoqué l'apparition des nausées de façon concomitante aux céphalées (36,3%). Des vomissements ont été retrouvés chez 73 patients (17,5%).

En ce qui concerne les cervicalgies, 62 patients l'ont décrit (14,9%).

1.4.5. Prise en charge aux urgences

La durée moyenne de séjour aux urgences était de 7,75 heures avec une médiane à 6,75 (4,58-9,94).

Il n'a été retrouvé une EN > 5/10 que dans 51,5%. Chez 8 patients, la douleur n'a pas été évaluée selon l'EN ou autre échelle de douleur.

L'examen physique aux urgences a retrouvé un score NIH à zéro chez 370 patients (88,9%) et un score NIH compris entre 1 et 3 chez 46 patients (11,1%).

66 patients ont pu bénéficier d'un scanner cérébral dont 18 avec un scanner injecté (15,9 % et 4,3% respectivement).

Une IRM cérébrale a été réalisée chez 150 patients (36,1%). La séquence veineuse a été effectuée chez 105 patients (25,2%).

La séquence des artères intracrâniennes (3D TOF) a été accomplie chez 71 patients (17,1%) alors que celle des artères extra crâniennes (ARM TSA) a été réalisée chez 79 patients (19%).

Une anomalie radiologique a été détectée et conclue par les radiologues chez 54 patients (29,8%).

La ponction lombaire a été effectuée chez 20 patients (4,8%).

Pour 63% des patients ayant des céphalées comme motif, un avis spécialisé a été demandé (262 patients sur 416).

Le taux d'hospitalisation constaté pour les céphalées était près de 25,5% (106 patients).

Les lieux d'hospitalisation les plus fréquents variaient entre les unités neurologiques, neurochirurgicales et UHCD avec un taux d'hospitalisation respectif de 82,9% (80 patients), 10,5% (11 patients) et 3,8% (4 patients).

La durée moyenne d'hospitalisation a été rapportée à 3,86 jours avec une médiane de 3 jours (2-5).

1.4.6. Recommandations appliquées

Les recommandations étaient appliquées pour 326 patients sur la totalité de la population (78,4%). Dans le groupe des céphalées secondaires d'allure vasculaires, les applications étaient appliquées pour 40 patients sur 42 (95,4%).

1.4.7. Recommandations pondérées

Les recommandations étaient pondérées pour 88 patients sur 374 patients (23,5%). Ces 88 patients, identifiés dans le groupe de céphalées bénignes primaires mais avec une céphalée d'apparition brutale isolée et/ou associée à un signe neurologique ou végétatif, n'avaient pas bénéficié d'une imagerie au cours de leur séjour aux urgences.

1.4.8. Recommandations non appliquées

Les recommandations n'étaient pas appliquées pour 2 patients sur 42 (4,6%). Il s'agissait de deux patients pour lesquels une hypertension intracrânienne idiopathique a été reconnue sans avoir réalisé un scanner cérébral. De plus, une erreur diagnostique a été retrouvée aux urgences et le diagnostic final a été retrouvé grâce à une imagerie de contrôle dans un délai de 24 heures.

TABLEAU 3:
TABLEAU DESCRIPTIF DE LA POPULATION GÉNÉRALE ÉTUDIÉE

| Population (N=416) | Nombre | Pourcentage |
|--|------------------|-------------|
| Données socio démographiques | | |
| -Âge, moyenne; médiane (Q1-Q3), ans | 37,2; 34 (24-46) | |
| -Sexe Femme | 299 | 71,9 |
| -Métropole lilloise | 303 | 72,8 |
| Antécédents | | |
| - Migraine sans aura | 57 | 13,9 |
| - Migraine avec aura | 51 | 12,4 |
| - AVC | 21 | 5 |
| - Céphalées non classées | 43 | 10,4 |
| Mode d'apparition | | |
| - Brutale | 82 | 19,7 |
| - Aggravation récente progressive | 298 | 71,6 |
| - Chronique | 36 | 8,7 |
| Contexte d'apparition | | |
| - effort physique | 19 | 4,6 |
| Signes associés | | |
| - signes neurologiques rapportés | 169 | 40 |
| - Aphasie | 24 | 5,8 |
| - Signes sensitifs | 55 | 13,1 |
| - Troubles visuels | 90 | 21,6 |
| - Signes neurologiques retrouvés (NIH=1-2-3) | 46 | 11,1 |
| - Caractère transitoire des signes neurologiques | 123 | 29,5 |
| - Signes végétatifs | | |
| - Vomissements | 73 | 17,5 |
| - Phonophotophobie | 158 | 38 |
| - Nausées | 151 | 36,3 |
| - Cervicalgies | 62 | 14,9 |
| - EN>5/10 | 210 | 51,5 |
| Prise en charge aux urgences | | |
| - Imagerie | | |
| - TDM cérébral | 66 | 15,9 |
| - IRM cérébrale | 150 | 36,1 |
| - Séquence veineuse | 105 | 25,2 |
| - Séquence TOF | 71 | 17,1 |
| - ARM TSA | 79 | 19 |
| - Anomalies radiologiques | 54 | 29,8 |
| - PL réalisée | 20 | 4,8 |
| - Avis spécialisé | 262 | 63 |
| - Applications aux recommandations | 326 | 78,4 |
| - Durée de séjour aux urgences hh:mn | | |
| - Moyenne | 8:10 | |
| - Médiane (Q1-Q3) | 7:15 (4:58-9:95) | |
| Orientation | | |
| - hospitalisation | 105 | 25,5 |
| - Durée d'hospitalisation | | |
| - moyenne, | 3,86 | |
| - médiane (Q1-Q3) en jour | 3 (2-5) | |
| - En neurologie | 87 | 82,9 |
| - En neurochirurgie | 11 | 10,5 |
| - En UHCD | 4 | 3,8 |

2. COMPARAISON DES CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES ET CLINIQUES, DES MODALITES DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DU GROUPE DES CEPHALEES PRIMAIRES BENIGNES ET CEPHALEES SECONDAIRES POTENTIELLEMENT VASCULAIRES

Les résultats sont détaillés dans le tableau 4.

Il y a eu 10% d'admission aux urgences pour des céphalées secondaire potentiellement vasculaires et 90% pour des céphalées primaires bénignes.

Les patients du groupe céphalées primaires étaient plus jeunes sans différence significative (OR 0,98 IC 95% [0,96-1], $p=0,004$) entre les deux groupes.

La prédominance féminine a été retrouvée dans les deux groupes des patients sans différence significative ($p=0,792$).

Les patients du groupe des céphalées primaires ont plus d'antécédents antérieurs de céphalées que celui des céphalées secondaires d'allure vasculaire (38,9% versus 16,6%) sans différence significative.

Bien que l'apparition récente progressive et/ou aggravation récente progressive soit le mode d'apparition le plus fréquent chez les patients avec des céphalées secondaires d'allure vasculaire, il n'a pas été démontré une association statistiquement significative avec la survenue de cette entité ($p=0,488$). Et ce sont donc les céphalées brutales apparues dans 35% des céphalées secondaires d'allures vasculaires qui sont témoins de façon significative de la survenue de cette entité (OR 3,09 [1,43-6,69], $p<0,001$).

Les patients présents dans le groupe des céphalées secondaires d'allure vasculaire rapportent bien plus souvent des signes neurologiques (59%) à caractère transitoire (36%) sans différence significative ($p=0,1$). Néanmoins, le caractère persistant de ces signes neurologiques avec un score NIH (1, 2 ou 3) n'était pas significativement associé à la survenue des céphalées d'allure vasculaire (OR=2,39 [0,93-5,39], $p=0,016$).

Parallèlement, les phonophobies sont plus souvent décrites par les patients du groupe de céphalées primaires (39,8% vs 21,4% dans le groupe des céphalées d'allure vasculaire) mais sans différence significative (OR=0,541[0,24-1,2], p=0,02).

En outre, les cervicalgies retrouvées le plus souvent chez les patients présentant des céphalées d'allure vasculaire n'étaient pas associées significativement à la survenue de cette entité (OR=2,358 [0,97-4,37], p=0,03).

Des patients moins douloureux n'étaient pas significativement prédictifs d'une céphalée bénigne (p=0,12). Le recours au scanner cérébral était plus élevé dans le groupe des patients avec des céphalées potentiellement vasculaires (34%), 69% pour l'IRM comparé à ceux du groupe des céphalées primaires (13,9% et 32% respectivement).

Ce sont les patients du groupe des céphalées d'allure vasculaire qui ont bénéficié le plus d'avis spécialisé (95,2%). Leur taux d'hospitalisation était à 100% avec une durée médiane de séjour comparable à ceux du groupe des céphalées primaires que ce soit aux urgences ou en service hospitalier (7heures et 55 min et 4 jours respectivement vs 7heures et 19 min et 3 jours dans le groupe des céphalées primaires).

TABLEAU 4:
COMPARAISON DES 2 GROUPES DE PATIENTS AVEC CÉPHALÉES PRIMAIRES
BÉNIGNES ET CÉPHALÉES SECONDAIRES POTENTIELLEMENT VASCULAIRES

| Nombre de patients (N=416) | Groupe céphalées primaires (n=374) | Groupe céphalées secondaires (p=42) | P |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|--------|
| Âge moyen médian (Q1-Q3), ans | 35,5 34 (24-45,42) | 43,4 44(30,7-53,7) | 0,004 |
| Sexe Femme | 268 (71,7%) | 31 (73,8%) | 0,769 |
| Métropole lilloise | 277 (74,1%) | 26 (61,9%) | 0,093 |
| Antécédents | | | |
| - Migraine sans aura | 54 (14,6%) | 3 (7,1%) | 0,183 |
| - Migraine avec aura | 48 (13%) | 3 (7,1%) | 0,275 |
| - AVC | 20 (5,3%) | 1 (2,4%) | 0,405 |
| - Céphalées non classées | 42 (11,3%) | 1 (2,4%) | 0,073 |
| Mode d'apparition | | | |
| - Brutale | 58 (15,5%) | 15 (35,7%) | <0,001 |
| - Aggravation récente progressive | 136 (36,4%) | 24 (57,2%) | 0,488 |
| - Chronique | 33(8,8%) | 3 (7,1%) | 0,713 |
| Contexte d'apparition | | | |
| - À l'effort physique | 16 (4,3%) | 3 (7,1%) | 0,425 |
| Signes associés | | | |
| - Signes neuro rapportés | 144 (38,6%) | 25 (59%) | |
| - Aphasie | 16 (4,3%) | 8 (19%) | 0,1 |
| - Troubles visuels | 77 (20,6%) | 13 (31%) | 0,122 |
| - Troubles sensitifs | 51 (13,7%) | 4 (9,5%) | 0,452 |
| - Signes neuro retrouvés NIH=1-2-3 | 138 (36,9%) | 10 (23,8%) | 0,016 |
| - Caractère transitoire des signes neuro | 6 (1,7%) | 15(36%) | |
| - Signes végétatifs associés | 350(93,5%) | 32 (76,2%) | |
| - PPB | 149 (39,8%) | 9 (21,4%) | 0,02 |
| - Nausées | 138 (36,9%) | 13 (31%) | 0,447 |
| - Vomissements | 63 (16,8%) | 10 (23,8%) | 0,261 |
| - Cervicalgies | 51 (13,6%) | 11 (26,2%) | 0,03 |
| - EN>5/10 | 194 (52,7%) | 16 (42%) | 0,12 |
| Prise en charge aux urgences | | | |
| - Imagerie aux urgences | | | |
| - TDM cérébral | 52 (13,9%) | 13 (34,1%) | |
| - IRM cérébrale | 121 (32,4%) | 29 (69%) | |
| - Séquence veineuse | 88 (23,5%) | 17 (40,5%) | |
| - Séquence 3D TOF | 50 (13,4%) | 21 (50,0%) | |
| - Séquence ARM TSA | 59 (15,8%) | 20 (47,6%) | |
| - Anomalies à l'imagerie | 122(82,6%) | 41 (97,6%) | |
| - PL faite aux urgences | 16 (4,3%) | 4 (9,8%) | |
| - Avis spécialisé | 222 (59,4%) | 40 (95,2%) | |
| - durée de séjour aux urgences, Moyenne;Médiane (Q1-Q3) | 8:10; 7:19 (9:87-4:51) | 8:22; 7:755 (4,8-10,4) | |
| Orientation | | | |
| - hospitalisation | 66 (17,4%) | 42 (100%) | |
| - Durée d'hospitalisation | | | |
| - Moyenne; médiane (jours) | 3,02; 3 (1-4) | 5,27; 4 (2-7) | |
| - En neurologie | 58 (89,2%) | 29 (72,5%) | |
| - En neurochirurgie | 1 (1,5%) | 10 (25,0%) | |
| - En UHCD | 4 (6,2%) | 1 (2,5%) | |

Il n'a été mis en évidence aucun facteur prédictif clinique de la survenue des céphalées secondaires potentiellement vasculaires à l'exception de l'apparition brutale des céphalées (OR 3,09 [1,43-6,69], $p < 0,001$) (tableau 5).

Nous avons sélectionné d'autres critères cliniques qui nous paraissaient pertinents dans la prévision d'une survenue des céphalées secondaires vasculaires telles que l'intensité de la douleur avec une EN > 5/10, les nausées, les vomissements.

De façon parallèle, une analyse multivariée régressive et descendante a été réalisée afin de démontrer une association significative de ces critères avec la céphalée secondaire vasculaire.

Une céphalée plus intense n'était pas un facteur prédictif d'une cause vasculaire secondaire, OR=0,726[0,35-1,48]. De même, les nausées et les vomissements n'aidaient pas le praticien à distinguer les céphalées primaires bénignes des céphalées secondaires vasculaires avec un OR respectivement à 0,76[0,33-1,70] et 2,127[0,92-4,87].

TABLEAU 5:
ANALYSE MULTIVARIÉE POUR LE MODÈLE DES FACTEURS CLINIQUES PRÉDICTIFS
ASSOCIÉS AU RISQUE DE SURVENUE DE CÉPHALÉES SECONDAIRES D'ALLURE
VASCULAIRES

| | OR (IC 95%) | P |
|----------------------------------|-------------------|--------|
| âge | 0,98 [0,96-1,00] | 0,004 |
| Apparition brutale des céphalées | 3,09 [1,43-6,69] | <0,001 |
| Cervicalgies | 2,358 [0,97-4,37] | 0,03 |
| Phonophotphobies | 0,541 [0,24-1,2] | 0,02 |
| NIHS (1-2-3) | 2,39 [0,93-5,93] | 0,016 |

DISCUSSION

1. PRINCIPAUX RESULTATS

Sur la période étudiée, les patients admis pour une céphalée représentaient environ 4% des admissions tout motif confondu. A l'issue de la prise en charge aux urgences, les céphalées primaires bénignes, selon la classification ICHD-3, représentaient 74% des patients dont la moitié correspondait à des céphalées migraineuses. Parmi ces patients étiquetés migraineux, dans plus d'un cas sur trois il s'agissait de migraine compliquée d'aura ou d'état de mal migraineux. Parmi les céphalées secondaires (26% des patients admis pour céphalées), le premier motif était représenté par les causes vasculaires (24%), les sinusites (20%), les tumeurs (10%), les méningites (10%), HTIC idiopathique (7%). Après exclusion des tableaux cliniques d'emblée évocateurs d'une névralgie faciale pour les céphalées primaires et les tableaux orientant d'emblée vers une céphalée secondaire spécifique (cause infectieuse, tumorale, ou de co morbidités psychiatriques), nous avons analysé 416 dossiers, pour lesquels les recommandations de la SFN étaient appliquées dans 78% des cas témoignant du haut niveau d'expertise de notre centre. La population concernée était essentiellement féminine (sex ration=0,39), d'âge médian 37 ans. Le mode d'apparition le plus fréquent justifiant l'admission aux urgences était une aggravation récente progressive d'une céphalée (72%) et une céphalée brutale (20%). Des signes neurologiques focaux à minima étaient retrouvés à l'interrogatoire chez 40% des patients mais réellement objectivés à l'examen d'entrée seulement chez 11% des patients. Un patient sur deux a bénéficié d'une imagerie cérébrale selon un protocole non standardisé. La médiane de délai de séjour aux urgences était de 7h:15min avec un taux d'hospitalisation de près de 25%.

Les patients admis pour des céphalées secondaires étaient plus âgés (43 ans pour les céphalées secondaires vs 35 ans pour les céphalées primaires, $p= 0.004$), plus fréquemment admis pour une céphalée inhabituelle progressive (57% pour les céphalées secondaires vs 36% pour les céphalées primaires) et des cervicalgies (26% pour les céphalées secondaires vs 13% des céphalées primaires) et avaient moins fréquemment des signes neurologiques à minima persistants que les patients admis pour des céphalées primaires bénignes. En analyse multivariée le seul

facteur retrouvé prédictif d'une céphalée secondaire était le caractère brutal de la céphalée OR 3,09 [1,43- 6,69].

2. LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE

2.1.LIMITES DE L'ÉTUDE

Les limites de notre étude étaient inhérentes à celles de toute étude rétrospective. En effet, certaines données comme la topographie exacte et le type de céphalées, mais aussi certains paramètres dynamiques, comme la réponse antalgique et le suivi d'EN, n'ont pu être colligés en raison de la fréquence des données manquantes. Par ailleurs, la classification des céphalées primaires bénignes répond à une expertise neurologique qui reste sous optimale quand elle est rétrospective. Notre étude présente un biais de recrutement: Le volume de céphalées admis dans notre centre s'explique par le plateau technique qu'on dispose, et l'accès aux avis spécialisés (25% des patients ne sont pas de zone de proximité). Néanmoins lorsqu'on compare le groupe de céphalées primaires et céphalées secondaires, il n'y a pas de différence significative pour ce recours et le nombre de patients admis pour ce motif reste conforme avec les données de la littérature.

Nous avons jugé que, pour près de 78% des patients, la prise en charge était conforme aux recommandations proposées. Néanmoins en l'absence de protocole standardisé, la démarche diagnostique et radiologique, s'est faite en plusieurs temps dans une proportion non négligeable de patients (cette problématique a fait l'objet d'un mémoire de radiologie). De plus, l'étude étant rétrospective, la hiérarchisation des hypothèses n'était pas toujours évidente à la lecture des dossiers médicaux.

2.2.FORCES DE L'ÉTUDE

Notre étude a plusieurs points de forces. À notre connaissance, il s'agit de la première étude menée dans un service d'urgence s'intéressant à l'ensemble des présentations cliniques et notamment, les signes neurologiques focaux à minima, souvent transitoires et subjectifs, mais interférant directement avec la démarche

diagnostique. Notre souhait était de mener un travail proche de « la vraie vie », reflétant cette complexité de prise en charge pour l'urgentiste, le neurologue et le neuroradiologue. Il nous apparaissait difficile de colliger le recours aux urgences pour céphalée sans intégrer les patients présentant un tableau de migraine avec aura : ce travail montre qu'il représente 24% des patients et que par ailleurs, les signes neurologiques retrouvés chez plus de 40% des patients, sont plus fréquents dans le groupe des céphalées primaires bénignes. Ce critère n'est donc pas le meilleur pour faire la distinction entre les deux groupes, mais impose une imagerie systématique et un avis neurologique à la moindre atypie. Dans le travail précédent mené aux urgences, nous avons déjà montré que l'IRM dédiée aux urgences permettait d'augmenter le diagnostic des « stroke mimics », sans modifier la prise en charge des AVC (18). Notre centre bénéficie d'une expertise seniorisée et d'un accès à l'imagerie multimodale, avec priorisation de l'IRM depuis plus de 10 ans. Il reste à ce jour, toujours, un des seuls en France, à avoir une IRM dédiée aux urgences neurologiques hors filière AVC. À titre de comparaison dans notre étude, près d'un patient sur deux a bénéficié d'une imagerie cérébrale, versus 14,5 % des patients dans le registre américain (1) corrélé à un dépistage des étiologies vasculaires, 10% versus 1.1% dans le papier de Goldstein et al (1). Un des éléments de discussion dans leur papier est la probable sous-utilisation de l'imagerie cérébrale aux Etats-Unis; mais à la question corolaire d'une éventuelle surconsommation de notre centre, nous ne pouvons apporter aucun élément de réponse à l'absence d'étude prospective.

3. DONNEES DE LITTERATURE

3.1. LES CEPHALEES MOTIF DE RECOURS. PREVALENCE DES CEPHALÉES PRIMAIRES ET SECONDAIRES

Nous avons identifié un motif de recours de 4% pour des céphalées, ce qui rentre dans la fourchette décrite dans la littérature (1 à 4%) (22,23,24) toujours sur la base d'étude rétrospectives. On peut s'étonner que pour un tel volume de patients, les services d'urgences manquent de protocole de prise en charge diagnostique et thérapeutique (1;25). A notre connaissance, il n'existe pas d'études évaluant les

pratiques des centres d'urgences, éventuellement leur hétérogénéité de prise en charge, notamment pour les céphalées inhabituelles d'installation progressive. La prise en charge des céphalées brutales, quant à elle, en est bien codifiée, centrée quasi exclusivement sur le dépistage de l'hémorragie méningée (5) d'origine anévrismale. On retiendra que les autres étiologies (dissection, SVCR) sont rarement évoquées et que, si elles le sont comme dans les dernières recommandations de la SFN, elles ne sont pas partagées par la communauté des urgentistes.

Notre échantillon de patients a des caractéristiques démographiques semblables à celles décrites dans la littérature, à savoir une population plutôt jeune et féminine (1,4), lié probablement à la sur-représentation de l'étiologie migraineuse par Alons et al en 2015 : patients jeunes et plutôt féminins (70% de femmes versus 73,8% dans notre étude).

Alors que nous sommes proches des études antérieures en termes de volume et de caractéristiques démographiques, nous avons observé dans notre travail une prévalence plus importante des céphalées secondaires toutes causes confondues (26%) et en particulier des étiologies vasculaires (10%). En effet dans les études de CHU et al et Goldstein et al (5,1); les céphalées secondaires représentent respectivement 13.5% et 7.6% et pour le sous-groupe des étiologies vasculaires 5% et 1,1%.

Ce pourcentage plus important s'explique par la fréquence importante des céphalées imputables à une hypertension intracrânienne idiopathique et aux étiologies neurovasculaires autre que l'hémorragie méningée anévrismale.

En ce qui concerne l'HTIC idiopathique, elle n'a jamais été décrite dans les études antérieures, s'étant intéressées à l'ensemble des tableaux céphalalgiques rencontrés aux urgences; il s'agit dans notre travail de la 2ème étiologie parmi les céphalées secondaires; l'IRM et la réalisation du fond d'œil sont deux éléments indispensables au diagnostic. Il est probable que c'est notre accès à l'IRM qui a permis de mettre en évidence cette étiologie, qui représente donc, 2,1% des patients admis pour céphalées. Néanmoins, une étude récente prospective menée conjointement entre service d'urgence et d'ophtalmologie aux Etats-Unis chez des patients associant céphalées et plaintes visuelles a retrouvé chez 2,6% des patients des signes d'hypertension intracrânienne dont les deux tiers en lien avec une HTIC

idiopathique (26). Cette étude corrobore nos résultats à savoir une sous-estimation de cette étiologie dans les services d'urgence.

En ce qui concerne les céphalées dites vasculaires, la première étiologie sont les AIT, AIC mineur et HIC. Cette prévalence est classique dans la littérature et explique le piège diagnostique très fréquent avec la migraine. Dans l'étude prospective menée en UNV de Verdhele et al (27), 31% des patients admis pour un AVC, mineur, à modéré (et donc capable de répondre au questionnaire), souffrait d'une céphalée sévère pour la moitié d'entre eux et parfois correspondant à la réactivation d'un terrain céphalalgique pré-existant. Une étude russe, récemment publiée par « the journal of headache » a souligné le rôle prodromique de céphalées inhabituelles et sentinelles dans le niveau d'alerte de l'AVC (28).

Par ordre de fréquence on rencontre ensuite les HSA anévrismales dont la fréquence est identique à celle des dissections cervicales extra crâniennes pour peu que l'on exclut celles en lien avec l'activité de secours. L'HSA est la crainte principale des urgentistes du fait de son sombre pronostic mais sa prise en charge est bien codifiée (8), son incidence dans la population générale est estimée à 8/100 000 habitants. Nos résultats sur la fréquence de l'HSA aux urgences sont similaires aux données de littérature décrites CHU et al en 2015, Edlow et al. en 2003 (2% dans notre étude vs 2,2%, 1% respectivement) (5;8). Cela reste néanmoins encore source d'erreur diagnostique (29) : la plus fréquente étant celle qui consiste à ne pas penser à demander une imagerie cérébrale devant une céphalée inhabituelle mais non brutale.

En ce qui concerne les dissections cervicales révélées par un tableau essentiellement céphalalgique, nous n'avons pas d'étude comparative. Son incidence dans la population générale est estimée entre 3-5/100 000 habitants assez proche de celle de l'HSA (13). L'analyse des cas de notre série tente à prouver que c'est par le biais d'un protocole complet d'imagerie que certaines peuvent être dépistées notamment dans les formes céphalalgiques pures ou sans complication ischémique. L'histoire naturelle des dissections (13) fait état d'un tableau classique de céphalées inhabituelles, sévères, non spécifiques, parfois d'allure migraineuse et dans ce cas volontiers avec aura. Les céphalées sont plus

fréquentes dans le cas des dissections de vertébrales et seraient l'unique signe dans 8% des cas.

Pour illustrer notre propos sur la complexité de ces tableaux cliniques, nous rapportons deux cas étudiés rencontrés sur notre période d'étude.

Cas n°1:

Un homme de 44 ans, sportif, aux antécédents de dépression traité par inhibiteurs de recapture de la sérotonine, de céphalées non étiquetées, appelle le centre 15 pour une céphalée brutale précédée, par des paresthésies brachiofaciales ascendantes persistantes à l'entrée (NIH=1). Le caractère explosif de la douleur et son intensité, fait que le médecin régulateur, oriente d'emblée le patient vers le scanner cérébral pour éliminer un saignement. Le transport est médicalisé, et la céphalée disparaît sous morphine. Ce dernier est normal. Il est injecté dans un deuxième temps, mais ne montre aucune anomalie artérielle intra ou extra-crânienne. Après avis neurologique devant le caractère brutal et le premier épisode de troubles sensitifs pouvant correspondre à une aura, une IRM est réalisée : les séquences parenchymateuses en diffusion, FLAIR, le TOF et les séquences de TSA et veineuse après injection de gadolinium, n'ont pas retrouvé pas de sténose. En revanche le protocole de recherche de dissection retrouve un hématome de paroi aigu de la carotide interne gauche sous pétreuse, ainsi que les segments V3 et V4 de la vertébrale droite sans perturbation des flux. Au total ce patient a présenté une céphalée brutale avec aura sentinelle, révélant une dissection des vaisseaux du cou, sans perturbation des flux, uniquement parce que le protocole IRM a été complet.

Cas n°2

Une femme de 31 ans, connue pour des migraines sans aura, s'est présentée aux urgences pour des céphalées d'apparition brutale, à l'effort sexuel, évaluées avec une EN>5/10. En dehors d'un syndrome méningé retrouvé à l'examen physique aux urgences, son score NIH était à 0. Elle a bénéficié d'un scanner cérébral non injecté dans un délai de 3h qui est revenu normal. La patiente a été hospitalisée en UHCD faute de place en neurologie. Devant la persistance des céphalées sévères, la

patiente a eu une IRM cérébrale le lendemain pour rechercher une TVC. La séquence TOF a révélé des rétrécissements artériels évocateurs d'un SVCR.

Le diagnostic final n'a été porté que deux jours plus tard, grâce à la réalisation d'un écho Doppler cervical et une IRM cérébrale, mettant en évidence une dissection bilatérale du segment V2 sans sténose. Là encore, l'absence de standardisation du protocole radiologique a sous-estimé la fréquence de l'association dissection-SVCR classique cependant dans la littérature.

Des publications récentes, ces dix dernières années ont mis en lumière le diagnostic de SVCR par le biais de ses complications mais aussi de la difficulté à le mettre en évidence radiologiquement (4,11). Son incidence est inconnue. Dans 10% des cas on retrouve une atteinte conjointe dissection-SVCR, plutôt dans les dissections vertébrales et multiples (4).

Les données sur les TVC dans la littérature sont plus exhaustives et sont déjà plus anciennes. Le tableau est classiquement celui d'une céphalée, intense, ne répondant pas aux antalgiques, avec un fond douloureux en lien avec une hypertension intra crânienne. Notre protocole d'imagerie incluant la recherche de TVC devant toute céphalée inhabituelle est bien rodé: parmi les patients ayant bénéficié d'une IRM, 75% ont des séquences veineuses. Il s'agissait de l'étiologie vasculaire la plus investiguée mais la moins retrouvée en termes d'étiologie (en dehors du SVCR) sur la période étudiée. Si l'on compare aux autres études c'est moins fréquent que dans l'étude IME et al (4) mais plus fréquent que dans l'étude de Liberman et al (9). Ces études ne sont pas superposables dans la mesure où les critères d'inclusion (tout comme pour les dissections d'ailleurs) sont variables d'une étude à l'autre et mélangent forme céphalalgique pure et forme compliquée d'accident vasculaire ou crise convulsive.

3.2. POPULATION DES PATIENTS MIGRAINEUX

Près de 75% des patients transitant par les urgences ont une céphalée primaire bénigne sur le plan étiologique mais invalidante sur le plan de la gestion de la douleur ou inquiétante en raison des signes neurologiques associés. Nous ne pouvons comparer nos résultats qu'à ceux des études portant sur les migraineux, les autres sous-groupes n'ont pas été étudiés. Nos résultats sur la fréquence de la migraine, dans la population céphalalgique (51% des patients inclus), étaient supérieurs à ceux décrits par l'étude « EMU » en 2006 (21%) (30). Des études antérieures de Goldstein et al., Barton CW, Relia et al. ont décrit une prévalence comprise entre 17% et 64% (1,31,32). Cette différence peut s'expliquer par des critères d'inclusion différents, le caractère rétrospectif ou pas de l'étude mais aussi la présence ou pas d'un avis spécialisé notamment pour les tableaux atypiques. Plus particulièrement, nous ne pensons pas avoir surestimé la prévalence de migraine car l'étude de « EMU » objectivait une prévalence de 37,5% en cas d'utilisation des questionnaires de migraine (ID migraine test) et soulignait donc une sous-estimation de cette pathologie aux urgences. Nos résultats montrent que dans les céphalées primaires, 50% des patients bénéficiaient d'une expertise. La migraine est une cause fréquente de recours aux urgences mais le profil des patients montre que dans la majorité des cas, il existe des signes neurologiques et que dans 11% des cas, le tableau est celui d'un état de mal. Ceci est concordant avec les études antérieures (33).

3.3. CONSOMMATION DES RESSOURCES ET MANQUE DE STANDARDISATION

Au vu du nombre de patients (4% des admissions), de leur durée de passage aux urgences (médiane autour de 7h30 quel que soit le type de céphalée), du taux de recours à l'imagerie évalué à 50% des patients et du taux d'hospitalisation y compris pour les céphalées primaires, il est clair que la gestion des patients céphalalgiques est une problématique des services d'urgences.

Nous avons réalisé une imagerie cérébrale majoritairement une IRM, y compris chez les migraineux (taux d'imagerie à 50%), ce qui était légèrement supérieur au taux décrit dans l'étude EMU (43%) mais dans ce dernier cas il s'agissait quasi exclusivement d'un scanner cérébral non injecté. Le choix de l'IRM explique le retentissement sur les délais de séjour aux urgences plus élevé que dans les autres études (5).

Notre étude a souligné, malgré notre niveau d'expertise, le manque d'homogénéité des protocoles radiologiques. La recherche de la TVC était la plus pratiquée dans notre centre où 70% des IRM réalisées étaient complétées par une séquence veineuse pour explorer l'étiologie la moins fréquente. L'accès à l'IRM ne semble pas être problématique dans notre centre, pour autant la question du bilan étiologique minimal ou maximal reste encore non résolue aux urgences. La durée d'un protocole neuroradiologique peut varier de 15 à 45 minutes en fonction des séquences demandées et donc des hypothèses. La gestion des flux de patients, tant au niveau des urgences que du plateau technique, ou des services d'aval, influence probablement l'exhaustivité des procédures. Cette variable, terriblement pesante au quotidien, n'est malheureusement pas analysable. Par ailleurs, il est probable que l'évaluation de la douleur et sa prise en charge ainsi que les consignes de sortie soient entachées du même manque d'homogénéité en l'absence de protocole, mais nous n'avons pas été en mesure de l'évaluer dans ce recueil rétrospectif.

3.4. COMPARAISON DES GROUPES ET FACTEURS PREDICTIFS

Nous avons montré que les patients avec céphalées secondaires étaient plus âgés, avaient plus fréquemment un mode de révélation brutal de la céphalée, des

cervicalgies et des signes neurologiques objectifs à l'admission. Le caractère transitoire des signes neurologiques n'était pas discriminant. En analyse multivariée, seul le mode d'installation brutal était associé au diagnostic de céphalées secondaires. L'analyse de ces résultats encourage à une plus grande vigilance des cliniciens chez les patients de plus de 35 ans consultant pour une céphalée y compris ceux avec des antécédents de céphalées; la céphalée brutale a toujours été considérée comme un drapeau rouge dans les services d'urgence mais notre étude souligne l'intérêt d'avoir un protocole radiologique plus exhaustif, couvrant les autres hypothèses diagnostiques, en particulier les dissections cervicales. Les signes neurologiques présents au moment de l'évaluation aux urgences apparaissent logiquement comme discriminants; ils font déjà partie sans ambiguïté d'une indication à l'imagerie cérébrale, il faut néanmoins que ces signes discrets soient recherchés systématiquement. Enfin les résultats de notre analyse multivariée montre à quel point, il est difficile d'identifier des facteurs prédictifs sur le plan clinique, en dehors du caractère brutal de la céphalée. Pour les céphalées inhabituelles progressives et en l'absence de critères cliniques, seul un protocole d'imagerie exhaustif permet de répondre aux questions du clinicien.

CONCLUSION

Malgré le faible niveau de preuve des dernières recommandations de la SFN, notre étude semble aller dans le même sens à savoir un recours large aux explorations multimodales et à l'expertise neurologique. Nous avons estimé à 8% les céphalées secondaires vasculaires si on rajoute à ces dernières les céphalées d'HTIC idiopathique: un patient sur dix admis aux urgences nécessite un bilan d'imagerie exhaustif pour bénéficier d'un diagnostic. Parmi les céphalées secondaires d'origine vasculaire, nous insistons sur l'importance de la recherche de dissection cervicale au même titre que la recherche de TVC, beaucoup plus pratiquée dans notre centre. L'absence de standardisation du protocole d'imagerie nous incite à travailler conjointement avec nos collègues neuroradiologues à la rédaction de protocole d'urgence, voire même de réévaluation semi-urgente (par exemple recherche de SCVR à J.5 d'une céphalée ictale à premier bilan exhaustif négatif). Enfin, pour convaincre les urgentistes de la nécessité de réaliser de larges explorations, consommatrices de temps dans un contexte de gestion de flux tendu, il est impératif de mener une étude multicentrique, prospective sur la fréquence réelle de ces pathologies possiblement sous diagnostiquées.

1. Goldstein, J. N., C. A. Camargo, Jr., A. J. Pelletier, and J. A. Edlow. "Headache in United States Emergency Departments: Demographics, Work-up and Frequency of Pathological Diagnoses." *Cephalalgia* 26, no. 6 (Jun 2006): 684-90. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2982.2006.01093.x>.
2. Anne Ducros, les céphalées en urgence: « la fin de la prise de tête ». *La lettre de neurologie* no 8 (octobre 2018)
3. Pari, E., F. Rinaldi, S. Gipponi, E. Venturelli, P. Liberini, R. Rao, and A. Padovani. "Management of Headache Disorders in the Emergency Department Setting." *Neurol Sci* 36, no. 7 (Jul 2015): 1153-60. <https://doi.org/10.1007/s10072-015-2148-7>.
4. Alons, I. M., I. R. van den Wijngaard, R. J. Verheul, G. Lycklama a Nijeholt, M. J. Wermer, A. Algra, and K. Jellema. "The Value of Ct Angiography in Patients with Acute Severe Headache." *Acta Neurol Scand* 131, no. 3 (Mar 2015): 164-8. <https://doi.org/10.1111/ane.12302>.
5. Chu, K. H., T. E. Howell, G. Keijzers, J. S. Furyk, R. M. Eley, F. B. Kinnear, O. Thom, I. Mahmoud, and A. F. Brown. "Acute Headache Presentations to the Emergency Department: A Statewide Cross-Sectional Study." *Acad Emerg Med* 24, no. 1 (Jan 2017), table 1, 53-62. <https://doi.org/10.1111/acem.13062>..
6. P.Henry, C.Tzourio, V.Dousset, P.Michel, épidémiologie de la migraine 1993
7. Friedman, B. W., J. West, D. R. Vinson, M. T. Minen, A. Restivo, and E. J. Gallagher. "Current Management of Migraine in Us Emergency Departments: An Analysis of the National Hospital Ambulatory Medical Care Survey." *Cephalalgia* 35, no. 4 (Apr 2015): 301-9. <https://doi.org/10.1177/0333102414539055>.

-
8. Edlow, J. A. "Diagnosis of Subarachnoid Hemorrhage in the Emergency Department." *Emerg Med Clin North Am* 21, no. 1 (Feb 2003): 73-87.
 9. Liberman, A. L., G. Gialdini, E. Bakradze, A. Chatterjee, H. Kamel, and A. E. Merkle. "Misdiagnosis of Cerebral Vein Thrombosis in the Emergency Department." *Stroke* 49, no. 6 (Jun 2018): 1504-06. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.118.021058>
 10. Long, B., A. Koyfman, and M. S. Runyon. "Cerebral Venous Thrombosis: A Challenging Neurologic Diagnosis." *Emerg Med Clin North Am* 35, no. 4 (Nov 2017): 869-78. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2017.07.004>
 11. Wolff, V., and A. Ducros. "Reversible Cerebral Vasoconstriction Syndrome without Typical Thunderclap Headache." *Headache* 56, no. 4 (Apr 2016): 674-87. <https://doi.org/10.1111/head.12794>.
 12. headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. England Cephalalgia. 2018 Jan;38(1):1-211. doi: 10.1177/0333102417738202
 13. DeBette, S., A. Compter, M. A. Labeyrie, M. Uyttenboogaart, T. M. Metso, J. J. Majersik, B. Goeggel-Simonetti, et al. "Epidemiology, Pathophysiology, Diagnosis, and Management of Intracranial Artery Dissection." *Lancet Neurol* 14, no. 6 (Jun 2015): 640-54. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(15\)00009-5](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(15)00009-5)
 14. Aguiar de Sousa, D., L. Lucas Neto, P. Canhao, and J. M. Ferro. "Recanalization in Cerebral Venous Thrombosis: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Stroke* (Jul 18 2018). <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.118.022129>

-
15. Gameiro, J., J. M. Ferro, P. Canhao, J. Stam, F. Barinagarrementeria, A. Lindgren, Vein International Study on Cerebral, and investigators Dural Sinus Thrombosis. "Prognosis of Cerebral Vein Thrombosis Presenting as Isolated Headache: Early Vs. Late Diagnosis." *Cephalalgia* 32, no. 5 (Apr 2012): 407-12. <https://doi.org/10.1177/0333102412439353>.
 16. Liberman, A. L., G. Gialdini, E. Bakradze, A. Chatterjee, H. Kamel, and A. E. Merkle. "Misdiagnosis of Cerebral Vein Thrombosis in the Emergency Department." *Stroke* 49, no. 6 (Jun 2018): 1504-06. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.118.021058>
 17. Moisset, X., J. Mawet, E. Guegan-Massardier, E. Bozzolo, V. Gilard, E. Tollard, T. Feraud, et al. "French Guidelines for the Emergency Management of Headaches." *Rev Neurol (Paris)* 172, no. 6-7 (Jun-Jul 2016): 350-60. <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2016.06.005>
 18. Girot, M., J. B. Marc, E. Wiel, C. Vilhelm, X. Leclerc, X. Lenne, and H. Hubert. "Impact on Patient Management of the Implementation of a Magnetic Resonance Imaging Dedicated to Neurological Emergencies." *J Eval Clin Pract* 23, no. 6 (Dec 2017): 1180-86. <https://doi.org/10.1111/jep.12758>.
 19. ANAES. Services des recommandations et références professionnelles. Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. Février 1999. Jensen MP, Karoly P. Self-report scales and procedures for assessing pain in adults. In: Turk DC, Melzack R, editors. Handbook of pain assessment. New York: The Guilford Press; 1992. p. 135-51
 20. Jensen MP, Karoly P. Self-report scales and procedures for assessing pain in adults. In: Turk DC, Melzack R, editors. Handbook of pain assessment. New York: The Guilford Press; 1992. p. 135-51.

-
21. Roos, C., D. Concescu, P. Appa Plaza, M. Rossignol, D. Valade, and A. Ducros. "[Post-Dural (Post-Lumbar) Puncture Syndrome. Review and Retrospective Study at an Emergency Headache Centre]." *Rev Neurol (Paris)* 170, no. 6-7 (Jun-Jul 2014): 407-15. <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2014.02.004>
 22. Stewart WF, Lipton RB, Celentano DD, Reed ML. Prevalence of migraine headache in the United States. Relation to age, income, race, and other sociodemographic factors. *Jama* 1992; 267:64–9.
 23. Rasmussen BK. Epidemiology of headache. *Cephalalgia* 1995; 15:45–68.
 24. Locker T, Mason S, Rigby A. Headache management—are we doing enough? An observational study of patients presenting with headache to the emergency department. *Emerg Med J* 2004; 21:327–32..
 25. Minen Mt, Ortega B, Lipton Rb, Cowen E, « American Headache Society Survey About Urgent and Emergency Management of Headache Patients », *Headache*. 2018 Sep 12. doi: 10.1111/head.13387.
 26. Sachdeva, V., C. Vasseneix, R. Hage, S. Bidot, L. C. Clough, D. W. Wright, N. J. Newman, V. Biousse, and B. B. Bruce. "Optic Nerve Head Edema among Patients Presenting to the Emergency Department." *Neurology* 90, no. 5 (Jan 30 2018): e373-e79. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000004895>.
 27. Verdelho, A., J. M. Ferro, T. Melo, P. Canhao, and F. Falcao. "Headache in Acute Stroke. A Prospective Study in the First 8 Days." *Cephalalgia* 28, no. 4 (Apr 2008): 346-54. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2982.2007.01514.x>.
 28. Lebedeva, E. R., N. M. Gurary, and J. Olesen. "Headache in Transient Ischemic Attacks." *J Headache Pain* 19, no. 1 (Jul 27 2018): 60. <https://doi.org/10.1186/s10194-018-0888-5>

-
29. Tarnutzer, A. A., S. H. Lee, K. A. Robinson, Z. Wang, J. A. Edlow, and D. E. Newman-Toker. "Ed Misdiagnosis of Cerebrovascular Events in the Era of Modern Neuroimaging: A Meta-Analysis." *Neurology* 88, no. 15 (Apr 11 2017): 1468-77. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000003814>.
 30. Valade, D., C. Lucas, L. Calvel, P. Plaisance, N. Derouet, G. Meric, M. Lanteri-Minet, and M. Giroud. "Migraine Diagnosis and Management in General Emergency Departments in France." *Cephalalgia* 31, no. 4 (Mar 2011): 471-80. <https://doi.org/10.1177/0333102410378178>
 31. Barton CW. Evaluation and treatment of headache patients in the emergency department: a survey. *Headache* 1994; 34: 91–94..
 32. Relja G, Granato A, Capozzoli F, Maggiore C, Catalan M, Pizzolato G, et al. Nontraumatic headache in the emergency department: a survey in the province of Tri- este. *J Headache Pain* 2005; 6: 298–300
 33. Lanteri-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: 1146–1158.

SERMENT D'HIPPOCRATE

JE PROMETS ET JE JURE D'ÊTRE FIDÈLE AUX LOIS DE L'HONNEUR
ET DE LA PROBITÉ DANS L'EXERCICE DE LA MÉDECINE.

JE PROMETS ET JE JURE DE CONFORMER STRICTEMENT MA CONDUITE
PROFESSIONNELLE AUX PRINCIPES TRADITIONNELS.

ADMIS DANS L'INTÉRIEUR DES MAISONS,
MES YEUX NE VERRONT PAS CE QUI S'Y PASSE,
MA LANGUE TAIRA LES SECRETS QUI ME FERONT CONFIÉS,
ET MON ÉTAT NE SERVIRA PAS À CORROMPRE LES MOEURS,
NI À FAVORISER LE CRIME.

JE GARDERAI LE RESPECT ABSOLU DE LA VIE HUMAINE.

MÊME SOUS LA MENACE, JE N'ADMETTRAI PAS DE FAIRE USAGE
DE MES CONNAISSANCES MÉDICALES CONTRE LA LOI DE L'HUMANITÉ.

RESPECTUEUX ET RECONNAISSANT ENVERS MES MAÎTRES,
JE RENDRAI À LEURS ENFANTS L'INSTRUCTION QUE J'AI REÇUE DE LEUR
PÈRE.

QUE LES HOMMES M'ACCORDENT LEUR ESTIME
SI JE SUIS FIDÈLE À MES PROMESSES

QUE JE SOIS COUVERT D'OPPROBRE ET MÉPRISÉ DE MES CONFRÈRES
SI J'Y MANQUE

AUTEUR : Fakh Rita

Date de Soutenance : 03 octobre 2018

Titre de la Thèse : Céphalées aux urgences : évaluation de la prise en charge et prévalence de céphalées secondaires dans un centre tertiaire

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : Médecine

DES + spécialité : DES de médecine générale, DESC de Médecine d'Urgence

Mots-clés : céphalées, urgence, céphalées secondaires, céphalées vasculaires, céphalées primaires

Résumé :

Introduction: Les céphalées constituent près de 2% des motifs d'admissions aux urgences. A la lumière de nouvelles recommandations qui renforcent la nécessité des explorations multimodales, il apparaît important d'évaluer nos pratiques. Notre objectif était, dans un premier temps, de décrire les caractéristiques cliniques et la prise en charge des patients admis pour céphalées dans un centre tertiaire, avec un accès privilégié à une IRM et une expertise neurologique 24/24. Les objectifs secondaires étaient de définir la fréquence des céphalées secondaires dont celles imputables à une origine vasculaire et d'identifier le cas échéant des facteurs prédictifs.

Méthode: Etude rétrospective, monocentrique, réalisée aux urgences adultes de CHRU de Lille du 1^{er} octobre 2017 au 31 décembre 2017.

Résultats: Nous avons identifié 516 passages aux urgences sur 3 mois pour céphalées (4% des admissions pour tout motif). Dans 74% des cas, les patients admis présentaient une céphalée primaire bénigne dont la moitié correspondait à une étiologie migraineuse. Pour les céphalées secondaires (26%), la première étiologie retrouvée était les causes neurovasculaires, (AVC (3%), dissection et HSA à ex aequo (1,92%), TVC (0,72%) et SVCR (0,48%), puis les causes non vasculaires (sinusites, méningites, tumeurs, syndrome post PL, causes psychiatriques, autres céphalées secondaires, HTIC idiopathique (2%)). Après exclusion des céphalées primaires et secondaires non ambiguës dans leur présentation, nous avons analysé les caractéristiques cliniques de 416 patients. La prise en charge était conforme aux recommandations dans 78% des cas. La population était féminine et plutôt jeune (73% des femmes et âge médian 37 ans). Le mode d'apparition le plus fréquent (72%) était une apparition récente inhabituelle et dans 20% des cas, la céphalée était brutale. Des signes neurologiques frustrés étaient retrouvés dans 40% des patients. La médiane de délai de séjour aux urgences était de 7h15 avec un taux d'hospitalisation de 24%. Les patients admis pour céphalées secondaires étaient plus âgés, avaient plus fréquemment une céphalée inhabituelle progressive, des signes neurologiques objectivés et des cervicalgies. Seul le caractère brutal de la survenue des céphalées était significativement prédictif d'une céphalée secondaire d'allure vasculaire OR 3,09 [1,43-6,69].

Discussion: Les patients admis pour céphalées représentent 4% des admissions et sont consommateurs de ressources et de temps aux urgences. L'application des recommandations, sur la base d'investigations radiologiques larges, a permis d'identifier 8% de céphalées vasculaires avec une vigilance toute particulière pour les dissections cervicales, nécessitant ainsi un protocole complet sur le plan de l'imagerie pour être mis en évidence. L'évaluation des pratiques et leur harmonisation éventuelle reste un enjeu pour les services d'urgence.

Composition du jury :

Président : Monsieur le Professeur WIEL

Assesseurs : Monsieur le Professeur PRUVO

Madame le Professeur CORDONNIER

Madame le Docteur DESTEE-GIROT