

Pierre MICHELET

La régulation des céphalées aiguës par le SAMU

Un appel au sein d'un centre de régulation pour une céphalée aiguë peut apparaître anodin, mais le faible recours à ce mode d'accès aux soins par les migraineux ainsi que les étiologies potentiellement vitales font que ce motif doit être considéré avec toute l'attention possible.



Pierre MICHELET

LA CÉPHALÉE, UNE BANALITÉ TROMPEUSE

Devant une céphalée, la difficulté à établir une hypothèse clinique nous impose une démarche systématique. La stratégie de régulation des céphalées aiguës de l'adulte dans le cadre de la médecine d'urgence présente ainsi plusieurs impératifs :

Une démarche diagnostique orientée avec la recherche de signes cliniques qui peuvent facilement passer inaperçus y compris pour des diagnostics éminemment graves telles les ischémies de la fosse cérébrale postérieure [1]. Cette démarche s'avère d'autant plus inconfortable pour le praticien que l'examen clinique n'est, par essence, pas immédiatement réalisable et que le symptôme céphalée gêne l'évaluation comme la description des autres signes d'orientation.

La nécessité de la distinction précoce entre céphalée supposée primaire, où la céphalée est la maladie, et céphalée supposée secondaire due à une cause lésionnelle neurologique ou extra-neurologique, voire systémique. L'orientation ainsi que les moyens engagés ne seront en effet pas les mêmes en fonction de l'hypothèse initiale.

Une approche diagnostique et thérapeutique devant être simultanée,

le soulagement rapide du patient permettant un meilleur interrogatoire, examen clinique et donc une meilleure prise en charge. Quand l'orientation est en faveur d'une céphalée primaire la question thérapeutique devient centrale et spécifique et la place des examens complémentaires, limitée ou absente [2]. Dans le cas d'une orientation en faveur d'une céphalée secondaire, un traitement antalgique non spécifique est nécessaire, mais seule la mise en évidence d'une étiologie améliorera définitivement ou durablement le patient.

CARACTÉRISTIQUES SÉMIOLOGIQUES ET SIGNES DE GRAVITÉ

Lors du premier appel pour céphalées, le premier objectif du médecin régulateur est de pouvoir différencier la céphalée symptôme d'alerte d'une affection potentiellement grave attribuable à une dysfonction organique et en particulier neurologi-

que nécessitant un bilan (*céphalée secondaire*) de la céphalée primitive dont la nature est plus souvent bénigne [3-4]. Si cette analyse initiale est complexe par essence, elle peut se baser sur une démarche en deux phases :

Une analyse anamnétique précoce avec recherche de critère de migraine, du mode d'installation et de la notion d'évolutivité dans le temps de la symptomatologie (*céphalées d'apparition récente ou d'intensité rapidement croissante*). Le mode d'installation de la céphalée représente en effet le premier facteur à prendre en compte. Ainsi, des céphalées s'installant sur plusieurs semaines et évoluant de façon permanente ou paroxystique ne nécessitent pas d'intervention en urgence, mais doivent motiver une orientation médicale afin de rechercher une cause organique de développement

subaiguë (*tumeur cérébrale par exemple*). Des céphalées brutales (*dont l'intensité est maximale en 1 min*) ou « en coup de tonnerre » (*rapidité de l'installation et caractère insupportable*), inhabituelles ou permanentes s'aggravant rapidement nécessitent des explorations immédiates [Tableau 1-2]. Rappelons également les critères d'alerte d'une céphalée imposant une médicalisation [Tableau 3]. Inversement, la présence de critères caractéristiques de migraines semble

présenter une valeur prédictive élevée [Tableau 4]. Ainsi, la présence de 4 des 5 caractères suivants oriente nettement vers une céphalée migraineuse (*caractère unilatéral, pulsatile, handicapante, d'une durée de 4 à 72 heures et s'accompagnant de nausées*) [5]. L'absence de deux ou moins de ces critères oriente quant à elle clairement vers un autre diagnostic [5]. L'âge de l'appelant est un facteur important à considérer, car la survenue d'un premier épisode de céphalées après 65 ans peut conduire dans 15% des cas à la découverte d'une cause secondaire alors que cette fréquence chute à moins de 3% chez les sujets moins âgés [6]. L'analyse de l'histoire clinique devra enfin rechercher la présence de signes d'hypertension intracrânienne ou de signes neurologiques (*déficitaires notamment*), de signes cliniques orientant vers un type spécifique de céphalée (*lourdeurs temporales continues renforcées lors du contact local chez un sujet de plus de 50 ans pour la maladie de Horton par exemple*).

« distinguer d'abord la céphalée primaire de la céphalée secondaire »

Mots clés

Régulation, céphalées, SAMU

Résumés

La céphalée, de par sa banalité, peut être trompeuse. Son appréhension médicale doit faire recours à une démarche systématique. Très précocement, il faudra distinguer la céphalée primaire, de la céphalée secondaire à une pathologie initiale. Les signes de gravité sont essentiellement, un début brutal, l'âge, le contexte de survenue (effort, accouchement, neurotraumatisme), la présence de vomissements, de troubles de la conscience, d'une hypertension artérielle. Le médecin régulateur peut être amené à orienter rapidement le patient vers un centre spécialisé ou une unité disposant d'un service d'imagerie.

Classification des céphalées selon le mode de survenue et l'évolution	
Céphalées aiguës	
<ul style="list-style-type: none"> • En priorité par argument de fréquence et de gravité Hémorragie méningée Méningite Hypertension intracrânienne aiguë Céphalée évocatrice de première crise de migraine ou d'algie vasculaire de la face • Autres Ischémie ou hémorragie cérébrale Poussée d'hypertension artérielle Dissection d'une artère cervicale (cervicalgie associée) Glaucome aigu à angle fermé Sinusite aiguë 	
Céphalées subaiguës d'aggravation progressive	
Hypertension intracrânienne subaiguë (tumeur, abcès, hématome sous dural...) Thrombophlébite cérébrale Méningite subaiguë Maladie de Horton Hypotension intracrânienne spontanée (syndrome post Ponction Lombar sans PL)	
Céphalées Chroniques	
<ul style="list-style-type: none"> • Continues Céphalées de tension Céphalées post-traumatiques (syndrome des traumatisés) Céphalées par abus d'antalgiques Cervicalgies chroniques • Par accès successifs avec intervalles libres Migraine (fréquence +++) Malformation artério-veineuse Néuralgie d'Arnold Céphalées essentielles diverses (d'effort, de toux, coïtale) 	

Tableau 1.

Cette première approche doit résulter en l'envoi ou non d'une équipe médicalisée afin de réaliser un examen clinique initial.

Un examen clinique initial réalisé soit par un praticien de ville effectuant la première visite et contactant la régulation, soit par le médecin urgentiste si le (la) patient(e) se présente directement au sein du service d'accueil, soit par l'unité dépêchée sur le domicile. Le recueil des données cliniques est susceptible de prédire l'existence d'une complication intracrânienne avec la présence de céphalées s'aggravant rapidement associées à des anomalies de l'examen neurologique, de céphalées apparaissant

Tableau 2.

Principales étiologies des Céphalées « en coup de tonnerre »	
Céphalées Secondaires	
<ul style="list-style-type: none"> • Hémorragie sous-arachnoïdienne • Hémorragie intra-cérébrale • Thrombose veineuse cérébrale • Céphalée sentinelle • Apoplexie hypophysaire • Dissection carotidienne ou vertébrale • Kyste colloïde du III^{ème} ventricule • Compression aiguë de la fosse postérieure par une masse expansive 	
Céphalées Primaires	
<ul style="list-style-type: none"> • Céphalée coïtale • Céphalée d'effort • Céphalée en coup de tonnerre bénigne 	

à l'effort ou s'accompagnant de vomissement [3]. L'examen peut ainsi se décomposer en :

Un examen général rapide à la recherche d'une détresse vitale (*inhalation massive, coma...*), de paramètres vitaux (*Fièvre, purpura, HTA*).

Un examen local (*palpation des artères temporales*).

Un examen neurologique général puis local (*signes déficitaires, paralysie faciale*).

La positivité de cet examen représente une étape importante dans l'orientation vers une cause secondaire [7].

LE CHOIX DE L'EFFECTEUR EN RÉGULATION MÉDICALE

Le seul fait d'appeler les centres de régulation pour une céphalée représente un certain degré de gravité et doit être considéré comme tel par la personne responsable de la régulation. Le recueil des informations est réalisé selon différentes étapes du Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale (PARM) au régulateur médical avec un suivi de la régulation afin d'adapter au mieux l'évolutivité de la céphalée et de sa cause aux moyens mis à disposition.

DU PARM AU RÉGULATEUR MÉDICAL [8]

Lors d'un appel pour céphalées aux différents centres de réception (« 15 », « 18 », « 112 »), la régulation débute par la réception de l'appel par un PARM puis par le médecin régulateur. En effet et compte tenu du volume d'appels, une constante hiérarchisation des demandes de soins est nécessaire afin de répondre aux urgences « vrai » mais également à la permanence des soins. Les premières questions simples et précises posées initialement par le PARM vont permettre de situer les circonstances puis les symptômes motivant l'appel (*notion de traumatisme récent, de contexte évocateur d'intoxication au CO, poly victimes, céphalée inhabituelle*). Quelques questions fermées vont ensuite permettre d'identifier le niveau de gravité orientant ainsi la régulation et le niveau de priorité. On discerne ainsi trois niveaux de priorité pour les PARM :

Priorité 0 avec un déclenchement réflexe puis une régulation prioritaire qui n'est que rarement requise pour les appels pour céphalées (*cas particulier de l'appel pour céphalées aiguës avec dégradation rapide des signes vitaux*).

Priorité 1 avec régulation immédiate. Elle est ainsi nécessaire lors de la présence de troubles de la conscience associés.

Priorité 2 avec une régulation pouvant être mise en attente, sans risque pour le patient à priori si d'autres régulations sont en cours. Des conseils à l'appelant peuvent alors être donnés tel que la mise au repos et la présence d'un des proches près de la personne atteinte.

Il est à noter que cette procédure initiale de questions ouvertes / fermées par le PARM n'est pas une constante et que dans certains centres, c'est le régulateur lui-même qui effectue cette démarche. Même si l'interrogatoire initial ne permet pas de déceler un signe évident de gravité (trouble de la conscience associé et rapporté par un proche par

exemple), le caractère exceptionnel d'un appel pour céphalée nécessite une transmission systématique de la régulation au médecin hospitalier.

RÔLE DU RÉGULATEUR MÉDICAL

Le régulateur médical doit s'attacher à définir précisément les données anamnestiques et les signes cliniques initiaux afin de déterminer d'une part le type de céphalée et d'autre part le niveau de priorité et des moyens à engager.

Le régulateur doit notamment, dans ce contexte difficile, savoir déceler tout signe anormal dans la présentation de la céphalée chez un migraineux connu : « *Le migraineux a le droit de faire une rupture d'anévrisme !* »

L'interrogatoire doit déterminer :

Les caractéristiques de la céphalée : S'agit-il d'une céphalée inaugurale ou récente, notion d'accès récidivants, quel est son siège, son type, son caractère handicapant ?

Les signes et circonstances d'accompagnement : S'agit-il d'un traumatisme crânien, y a-t-il eu une crise comitiale, existe-t-il un déficit neurologique focalisé, existe-t-il un syndrome méningé ? La céphalée peut-elle être due à une affection des organes de la tête (*yeux, oreilles, dents, sinus*).

Certains antécédents essentiels : Le contexte est-il compatible avec une encéphalopathie hypertensive, avec une éclampsie, avec une artérite temporale (*sujet âgé - douleurs temporales récentes*) ? Les caractéristiques de la céphalée répondent-ils aux critères de la migraine sans aura définis par l'International Headache Society (IHS) [Tableau 4]^[9]. Prises médicamenteuses particulières (*dérivés nitrés, dypiridamole...*). Contexte psychologique et familial (*choc émotionnel, symptômes psychiatriques*).

Au terme de cette démarche, le médecin régulateur doit définir le niveau d'urgence :

Régulation 1 = urgence vitale patente ou latente imposant l'envoi d'un moyen de réanimation (SMUR). Pour les céphalées, cette urgence est définie par l'existence ou l'apparition des signes de gravité [Tableau 3]. Il peut ainsi s'agir d'une céphalée évoluant dans un contexte fébrile avec contexte septique évoquant une méningite.

Régulation 2 = urgence vraie sans détresse vitale nécessitant l'envoi d'un médecin de proximité (*tableau de garde avec permanence par secteur*), d'une ambulance ou d'un VASV dans un délai adapté contractualisé entre le régulateur et l'effecteur. Cette situation concerne les céphalées avec signes d'accompagnement mais sans détresse ni élément de gravité.

Régulation 3 = recours à la permanence des soins (*médecin de famille, de secteur, maison médicale*), le délai ne constituant pas un facteur de risque en soi. Cette démarche s'accompagne de conseils à l'appelant.

Régulation 4 = conseils médicaux ou thérapeutiques. Ce niveau de régulation 4 ne doit pas être envisagé dans le cas considéré, tout patient appelant pour migraine devant systématiquement avoir une expertise médicale et donc un examen médical. La question est de définir l'effecteur le plus approprié.

Critères de gravité d'une Céphalée

Critères d'alerte d'une Céphalée imposant une médicalisation

- début brutal
- âge > 50 ans
- pathologie évolutive : immunodépression, néoplasie, VIH
- contexte de survenue : accouchement, neurotraumatisme, ponction lombaire.
- Céphalée d'effort
- Céphalée lors de changement de position de la tête, nocturne ou matinale
- Céphalée récente d'installation brutale
- Céphalée d'aggravation rapidement progressive
- Céphalée de caractéristique inhabituelle chez un céphalalgique connu
- Céphalée s'accompagnant de signes cliniques tels que :
 - troubles de la conscience, confusion
 - fièvre
 - nausées, vomissements sans prodromes en jet
 - altération de l'état général
 - signes neurologiques focaux, convulsion
 - palpation douloureuse du cuir chevelu (Horton)
 - œil rouge (glaucome aigu)
 - hypertension artérielle non maîtrisée et inhabituelle

Tableau 3.

Le Tableau 5 présente une proposition de hiérarchisation de la régulation médicale des céphalées.

Bibliographie

1. - Savitz SI, Caplan LR, Edlow JA. "Pitfalls in the diagnosis of cerebellar infarction". Acad Emerg Med. 2007 Jan ; 14 (1) : 63-8.
2. - Valade D., Ducros A, Elkharrat D. «Quelle céphalée ne requiert pas de neuro-imagerie d'urgence ?». In : Bourrier P, ed Céphalées en urgence. Paris : Masson 2001 : 5 : 43-49.
3. - Morgenstern LB, Huber JC, Luna-Gonzales H, Saldin KR, Shaw SG, Knudson L et al. "Headache in the emergency department" Headache. 2001; 41:537-41.
4. - Ducharme J. "Association of emergency physicians guidelines for the acute management of migraine". J Emerg Med. 1999; 17: 137-44.

Tableau 4.

Critères diagnostiques modifiés de la migraine sans aura d'après l'IHS

Critères IHS de la migraine

A	5 crises répondant aux critères B à D
B	Crises durant de 4 à 72 heures (sans traitement)
C	Céphalées ayant au moins 2 des caractéristiques suivantes <ul style="list-style-type: none"> • Unilatérale du moins au début • Pulsatile • Modérée à sévère (limitant ou interdisant l'activité habituelle) • Aggravée par les activités physiques de routine
D	Durant les céphalées, au moins l'un des caractères suivants <ul style="list-style-type: none"> • Nausée et/ou vomissement • Photophobie ou nosophobie
E	Examen clinique normal entre les crises

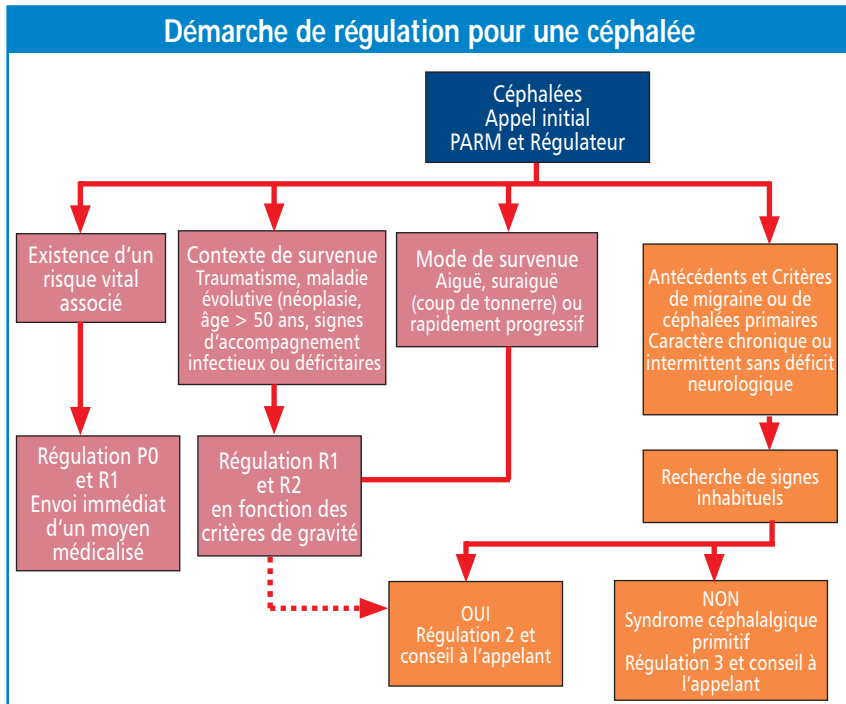


Tableau 5.

Photo 1 au centre : Affiche pour la Campagne de Sensibilisation sur les Accidents Vasculaires Cérébraux (réalisation commune SAMU - Urgences Neuro-Vasculaires de Marseille).

Bibliographie (suite)

5. - Detsky ME, McDonald DR, Baerlocher MO, Tomlinson GA, McCrory DC, Booth CM. "Does this patient with headache have a migraine or need neuroimaging?" JAMA. 2006 ; 296(10):1274-83.
6. - Franceschi M, Colombo P, Rossi P, Canal N. - Headache in a population-based elderly cohort. An ancillary study to the Italian Longitudinal Study of Aging (ILSA). Headache 1997 37 : 79-82.
7. - Locker TE, Thompson C, Rylance J, Mason SM. The utility of clinical features in patients presenting with nontraumatic headache: an investigation of adult patients attending an emergency department. Headache 2006, 46, 954-961.
8. - SAMU de France. Guide d'aide à la régulation au SAMU centre 15, 1ère édition - 2004. SFEM éditions.
9. - The international classification of headache disorders : 2nd edition. Cephalalgia 2004; 9-160.
10. - Carli P, Riou B. «Céphalées, hémorragie méningée, syndrome méningé et HTIC». Urgences Médicochirurgicales de l'Adulte. Arnette editions.
11. - Pryse-phillips WEN, Dodick, DW, Edmeads JG et al. CMAJ 1997 ; 156 :1273-87 Mayer, PL. Misdiagnosis of symptomatic cerebral aneurysm : prevalence and correlation with outcome at four institutions. Stroke 1996; 27:1558-60

Cet article a été soumis au comité de lecture d'Urgence Pratique et validé.

POURQUOI UN SUIVI DE LA RÉGULATION ?

Que l'effecteur soit représenté par un médecin généraliste, une unité de SMUR, un VSAV ou une ambulance, un suivi de la régulation peut être requis afin de définir l'orientation optimale du patient : antécédents méconnus jusqu'alors, aggravation avec apparition de signes de gravité, caractère de l'habitat suggérant une possible intoxication au CO, situation sociale suggérant une absence de suivi possible. Un examen clinique complet doit être également réalisé et analysé en comparaison des premières données afin de rechercher de nouveaux signes d'orientations : état de conscience, déficit neurologique, signes d'hypertension intracrânienne (*processus tumoral expansif, hémorragie, crise hypertensive*), examen oculaire (*glaucome, anisocorie*), palpation du cuir chevelu (*traumatisme*), des artères temporales, recherche d'un syndrome méningé (*hémorragie sous-arachnoïdienne, méningite*), de contracture musculaire cervicale, examen dentaire et des sinus.

La céphalée aiguë est une pathologie évolutive qu'il faut savoir réévaluer grâce au suivi de la régulation et permettre une éventuelle correction de la prise en charge.

En fonction des critères initiaux et de l'analyse sur site la régulation pourra engager des moyens sup-

plémentaires (*SMUR face à l'apparition secondaire de signes de gravité*). **L'orientation du patient pourra se faire vers :**

Un service d'accueil des urgences vitales ou service de réanimation en cas de détresse vitale.

Un centre possédant un service de neurochirurgie devant l'évocation d'une hémorragie cérébro-méningée.

Une filière de prise en charge hyperspécialisée lorsqu'elle existe du type service d'accueil des céphalées (*Hôpital Lariboisière - Paris*) ou unité neuro-vasculaire (*stroke center*). Certains centres disposent ainsi d'unités neuro-vasculaires spécifiquement dédiées à la prise en charge précoce et orientée des accidents vasculaires cérébraux afin de répondre à l'agrément de la thrombolyse intraveineuse à la phase aiguë des accidents vasculaires cérébraux ischémiques (*délai inférieur à 3 heures*). Un numéro abrégé peut alors être mis à la disposition des régulateurs comme des médecins urgentistes afin de contacter immédiatement un neurologue spécialisé avec accueil facilité, structures diagnostiques (*IRM, scanner*) et thérapeutiques (*thrombolyse*) préparées.

Un service d'urgence de proximité avec tomodensitométrie disponible.

Un simple maintien à domicile avec un accompagnement familial dans la majorité des céphalées primaires.

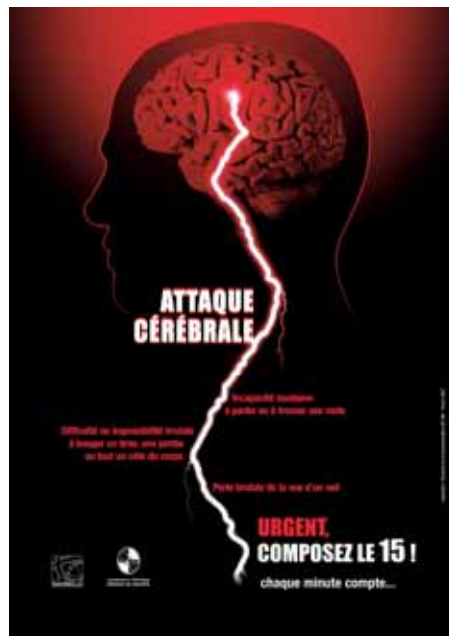
La possibilité d'un rappel en cas d'aggravation avant l'arrivée d'un effecteur doit toujours être précisée. De plus, la réponse de la céphalée à certaines thérapeutiques antimigraineuses ne doit pas

faire poser un diagnostic de céphalées primaires si des signes cliniques associés existent, car certaines des céphalées secondaires sont susceptibles d'être contrôlées ponctuellement et temporairement par de telles thérapeutiques ^[10-11].

CONCLUSION

La régulation d'une céphalée aiguë de l'adulte reste complexe. Le praticien doit s'attacher à adopter une démarche systématique afin de ne pas méconnaître une étiologie secondaire qui pourrait bénéficier d'une prise en charge parfois très spécifique, mais obligatoirement rapide. Le critère de

gravité représenté par un appel à la régulation pour ce motif doit également être considéré. L'éducation de la population vis-à-vis de certaines caractéristiques de la céphalée aiguë représente également une voie d'amélioration de la prise en charge précoce [Photo 1].



Pierre MICHELET
Réanimation des Urgences, Hôpital Sainte Marguerite,
270 Bd Sainte Marguerite, Marseille
Courriel : pierre.michelet@ap-hm.fr

