



Chapitre 19

Migraine

P. VAN MEERBEECK¹

Points essentiels

- La céphalée est un motif fréquent de consultation en salle d'urgence, et a un impact socio-économique non négligeable.
- Le diagnostic de migraine repose sur des critères stricts, qui sont trop peu souvent appliqués. Un diagnostic correct permet de choisir le traitement adéquat.
- Les céphalées dites secondaires ou symptomatiques sont plus rares mais souvent beaucoup plus graves, et il faut les diagnostiquer rapidement.
- Pour faire le diagnostic différentiel des céphalées, il faut connaître le mode de début, leur profil évolutif, les circonstances d'apparition, les signes associés. Cela passe par une anamnèse orientée, et un examen clinique exhaustif
- L'examen neurologique en salle d'urgence doit être optimisé : vite fait, mais bien fait. C'est souvent lui qui va orienter au diagnostic.
- Il faut hiérarchiser les examens complémentaires et les réserver aux suspicions de céphalées secondaires, car peu vont aider au diagnostic pour les céphalées primaires.
- Une céphalée en coup de tonnerre est jusqu'à preuve du contraire, une hémorragie méningée.

Service de Neurologie – UCL-Cliniques Universitaires Saint-Luc,
10, avenue Hippocrate, 1200 Bruxelles, Belgique.

Correspondance : Dr Priscilla van Meerbeeck, service de Neurologie,
Cliniques Universitaires Saint-Luc – 10, avenue Hippocrate, 1200 Bruxelles, Belgique
Tél. : +32/2.764.10.82 – Fax : +32/2.764.36.79
E-mail : @mail : vanmeerbeeck@medimarien.be

- Il faut connaître les critères diagnostiques et la présentation clinique des migraines et des auras migraineuses. Le diagnostic d'une migraine est purement anamnestique.
- Le traitement de la crise migraineuse : plusieurs options thérapeutiques, plusieurs modes d'administration, hiérarchisation des traitements.
- Information, éducation thérapeutique et orientation ultérieure en consultation de neurologie du patient migraineux : les clés pour éviter les retours itératifs en salle d'urgence.

1. Introduction, données épidémiologiques et impact socio-économique de la migraine

La migraine est la pathologie neurologique la plus fréquente et la plus coûteuse en Europe, avec une prévalence de 17 % chez les femmes et 8 % chez les hommes en population générale (1). Les coûts estimés d'une maladie migraineuse sont de 1 200 euros par patient par an, soit un total estimé pour l'ensemble de la communauté européenne de 111 milliards d'euros par an, dont près de 90 % sont des coûts indirects (réduction de productivité au travail, absentéisme) (2). Pour la France, le chiffre avancé est de 10 milliards d'euros par an pour l'ensemble des patients migraineux (2).

Seuls 10 % de ces coûts sont donc liés aux médicaments de la migraine, aux visites chez le neurologue, aux examens complémentaires et aux visites en salle d'urgence.

Il est donc crucial, outre la prise en charge urgente de la migraine en salle d'urgence (bilan, examens complémentaires, traitement de crise), d'informer le patient, de l'éduquer, et de travailler en collaboration avec le service de Neurologie qui assurera le suivi au long cours.

2. Céphalée en salle d'urgence : quelques chiffres

Les céphalées constituent un motif fréquent de consultation au service des urgences ; elles représentent 3 à 5 % des visites en salle d'urgence (3).

Ce sont souvent les urgentistes qui assurent la prise en charge et qui doivent distinguer les céphalées primaires des céphalées secondaires, décider des examens complémentaires, définir le degré d'urgence de la prise en charge, et éventuellement référer au neurologue si besoin.

Le diagnostic le plus urgent à éliminer devant une céphalée isolée arrivant aux urgences est bien sûr l'hémorragie méningée qui touche 1 % des patients consultant aux urgences pour céphalée (4).

Il est donc primordial que les urgentistes disposent des outils anamnestiques, cliniques et diagnostiques pour établir le diagnostic correct le plus rapidement possible, afin d'offrir une prise en charge optimale et un traitement efficace (5).

3. Céphalée en salle d'urgence : démarche diagnostique

À l'admission en salle d'urgence, il est primordial de pouvoir rapidement classer les céphalées et pour cela il faudra :

- différencier les céphalées **aiguës/récents**, des céphalées **chroniques** ;
- différencier les céphalées **primaires**, sans cause lésionnelle sous-jacente, des céphalées **secondaires**, c'est-à-dire symptomatiques d'un processus pathologique sous-jacent, telles qu'une hémorragie ou une lésion tumorale ;
- faire le **diagnostic différentiel** des céphalées **primaires** ;
- traiter la **douleur**.

Les céphalées secondaires sont beaucoup moins fréquentes que les céphalées primaires (15-30 %) (8), mais elles nécessitent souvent une prise en charge urgente et spécialisée. Il est donc primordial de les diagnostiquer le plus vite possible.

1) Pour différencier entre céphalée aiguë/récente et céphalée chronique, l'anamnèse en salle d'urgence doit comporter 4 questions-clés :

- Depuis quand avez-vous mal à la tête ? Que faisiez-vous quand ça a commencé ?
- Avez-vous déjà eu ce même mal de tête auparavant ?
- Comment était le début (brutal/ rapidement progressif/progressif) ?
- Douleur continue ou paroxystique ?

Sur la base de ces 4 questions, on peut déjà distinguer 4 types de céphalées différentes :

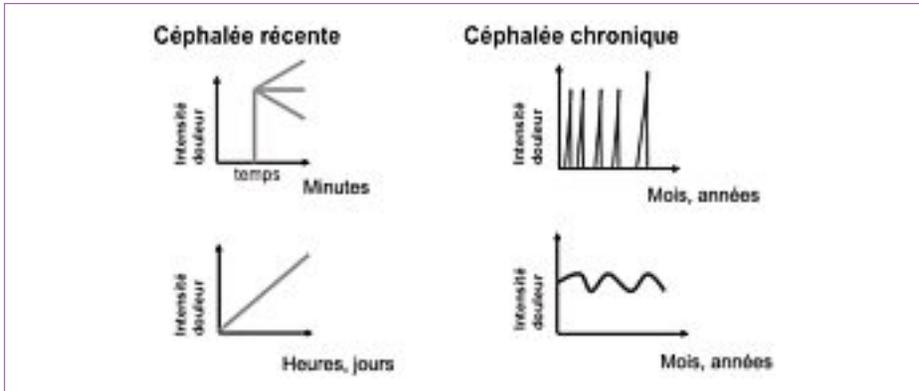
- les céphalées aiguës de début BRUTAL ;
- les céphalées aiguës de début RAPIDEMENT PROGRESSIF ;
- les céphalées chroniques ÉVOLUANT par ACCÈS ;
- les céphalées chroniques CONTINUES.

(Conf. **Tableau** et **Figure**)

2) Pour distinguer entre une céphalée primaire et une céphalée secondaire, l'urgentiste veillera à pouvoir répondre à ces 4 items

- (1) Mode d'installation, (2) Circonstances d'apparition, (3) Profil évolutif et (4) Symptômes associés.

Céphalée récente/ aiguë	Céphalée ancienne/ chronique
Début brutal	Évolution par accès, avec intervalles libres
Début rapidement progressif	Continue



(1) Mode d'installation : Une céphalée **récente, brutale ou rapidement progressive, jamais survenue auparavant**, est *a priori*, une céphalée secondaire. Une céphalée qui évolue depuis des années est une céphalée *a priori* primaire.

(2) Circonstances d'apparition : une céphalée survenue **pendant un effort, pendant une manœuvre de Valsalva** est souvent secondaire. Une céphalée qui **s'aggrave en décubitus** est souvent secondaire et liée à une hypertension intracrânienne. Une céphalée présente uniquement **en orthostatisme**, et disparaissant très rapidement en décubitus, est une céphalée liée à une hypotension du LCR.

(3) Profil évolutif : une céphalée qui évolue par accès est très souvent primaire. Une céphalée qui **s'aggrave dans le temps et qui devient continue** est souvent secondaire.

(4) Symptômes associés : ils aiguilleront le diagnostic et ils se recherchent par une anamnèse orientée et par un examen neurologique ciblé.

4. Céphalée en salle d'urgence : l'examen clinique

L'examen neurologique comportera en particulier :

- une évaluation de la **vigilance** (Vigilant/ confus/ obnubilé/ somnolent/coma) ;
- la recherche d'une **raideur de nuque** ;
- examen du **champ visuel** ;

- examen des pupilles (Myosis/ mydriase/asymétrie/réactivité lumière), des paupières (ptosis) et de l'oculomotricité (paralysie du III, paralysie du VI, strabisme, diplopie) ;
- recherche d'un syndrome cérébelleux.

Ainsi, si la céphalée s'accompagne :

- d'un syndrome méningé (raideur de nuque, photophobie, vomissements), il faut rechercher une hémorragie sous arachnoïdienne (HSA) ou une méningite ;
- d'une paralysie oculomotrice → anévrysme, HSA, tumeur ;
- d'un signe de Claude Bernard → dissection carotidienne ;
- de vertiges → atteinte fosse postérieure.

5. Céphalée en salle d'urgence : céphalées secondaires

Les causes des céphalées secondaires sont :

1. Vasculaires :

- hémorragie méningée (HSA) ;
- hémorragie intraparenchymateuse (H.I.P) ;
- infarctus cérébral ;
- thrombophlébite cérébrale.

2. Infectieuses :

- méningite (Virale/bactérienne/mycotique) ;
- encéphalite ;
- abcès.

3. Tumorale :

- tumeur intraparenchymateuse :
 - bénigne : gliome de bas grade,
 - maligne : glioblastome, métastases ;
- tumeur extraxiale :
 - bénigne : méningiome, neurinome, chondrosarcome,
 - maligne : métastase.

4. Inflammatoire : maladie de Horton

5. Traumatiques :

- hématome sous-dural ;
- hématome extra-dural.

*dit
Sinusite?
fièvre?
dentaire
HTA*

6. Anomalies des organes de voisinage (œil, oreille, articulation temporo-mandibulaire, dents)

Une céphalée secondaire s'accompagne souvent d'un déficit neurologique focal (parésie, hypoesthésie, syndrome cérébelleux, amputation du champ visuel, diplopie), d'anomalies à l'examen neurologique (asymétrie faciale, déficit moteur ou sensitif, asymétrie pupillaire, strabisme, signe de Babinski, etc.) ou d'une altération de la vigilance.

Un motif fréquent de consultation en salle d'urgence est la **céphalée en coup de tonnerre** : une douleur brutale, très intense, d'emblée maximale.

Les différentes étiologies sont :

- hémorragie méningée et anévrysmes non rompus. *Toute céphalée en coup de tonnerre est une hémorragie méningée jusqu'à preuve du contraire ;*
- dissection carotide ou vertébrale ;
- AVC ischémique ou hémorragique ;
- syndrome vasoconstriction cérébrale réversible ;
- encéphalopathie hypertensive ;
- hypotension du LCR ;
- crise de migraine.

Recherche

6. Céphalée en salle d'urgence : les céphalées primaires

Si toutes les causes de céphalées secondaires ont été écartées, on pourra évoquer le diagnostic de céphalée primaire/primitive.

Les diagnostics différentiels d'une céphalée primaire sont :

- migraine ;
- céphalée de tension ;
- algies vasculaires de la face et autres céphalées trigémino vasculaires ;
- névralgie du trijumeau.

"possibles"

7. La migraine en salle d'urgence

7.1. Critères diagnostiques d'une migraine

Conf. Annexe : Critères IHCD-2

La douleur peut être unilatérale ou bilatérale, pulsatile ou a type de pression. Elle prédomine souvent en région frontale, rétro-oculaire, temporale ou occipitale. Elle nécessite souvent l'alitement. La durée est de 4 h minimum à 72 heures maximum.

Annexe – Critères diagnostiques de la migraine avec et sans aura (ICHD-2)

Migraine Without Aura

- A. At least 5 attacks fulfilling criteria B-D
- B. Headache attacks lasting 4-72 hours (untreated or successfully treated)
- C. Headache has at least 2 of the following:
 1. Unilateral location
 2. Pulsating quality
 3. Moderate or severe pain intensity
 4. Aggravation by or causing avoidance of routine physical activity (eg, walking or climbing stairs)
- D. During headache at least 1 of the following:
 1. Nausea and/or vomiting
 2. Photophobia and/or phonophobia
- E. Not attributable to another disorder

Migraine With Aura

- A. At least 2 attacks fulfilling criteria B-D
- B. Aura consisting of at least 1 of the following, but no motor weakness:
 1. Fully reversible visual symptoms including positive features (eg, flickering lights, spots or lines) and/or negative features (ie, vision loss)
 2. Fully reversible sensory symptoms including positive features (ie, pins and needles) and/or negative symptoms (ie, numbness)
 3. Fully reversible dysphasic speech disturbances
- C. At least 2 of the following:
 1. Homonymous visual symptoms and/or unilateral sensory symptoms
 2. At least 1 aura symptom develops gradually over ≥ 2 minutes
 3. Each symptom lasts ≥ 2 and ≤ 60 minutes
- D. Headache fulfilling criteria B-D for migraine *without aura* begins during the aura or follows aura within 60 minutes
- E. Not attributed to another disorder

Le début est en général rapidement progressif, en moins de quelques heures la céphalée atteint son paroxysme, mais le début peut être beaucoup plus brutal et donner le change pour des hémorragies sous arachnoïdiennes. Elle peut réveiller le patient la nuit, ou être présente dès le réveil.

La céphalée peut être précédée ou accompagnée d'une aura.

Les auras sont des épisodes transitoires de symptômes neurologiques, d'une durée de quelques minutes à **maximum 1 h**, qui le plus souvent précèdent la céphalée, mais parfois l'accompagnent, ou la suivent, ou même peuvent survenir en dehors de toute douleur. Les auras les plus fréquentes sont :

- l'aura visuelle : scotomes périphériques mouvants, scintillants, sous la forme de points, ou d'éclairs. Vision floue, rétrécissement du champ visuel, hémianopsie ;
- l'aura sensitive : paresthésies ascendantes brachio facio-labiales ;
- l'aura arthrique ou phasique : trouble de l'articulation ou du langage.

On peut avoir une seul symptôme d'aura, ou une succession de différentes auras.

Le premier épisode d'aura est généralement très angoissant pour le patient, qui consultera souvent aux urgences. Il sera alors important pour l'urgentiste de pouvoir distinguer entre une aura typique et un accident ischémique transitoire, ou une crise d'épilepsie partielle, afin d'éviter la multiplication d'examen complémentaires coûteux et superflus.

Il existe un syndrome méningé tronqué avec nausées/vomissements et photophobie durant la crise migraineuse. Pour distinguer une crise de migraine d'une méningite ou d'une encéphalite, on insistera sur l'absence de vraie raideur de nuque, bien qu'il existe souvent des occipialgies et des nuccalgies durant la crise migraineuse.

Pour pouvoir poser le diagnostic de migraine en salle d'urgence, il faut absolument rechercher des antécédents de céphalées similaires par le passé, même d'intensité moins forte. Un patient mentionne rarement spontanément des crises précédentes, surtout si elles étaient moins sévères que la crise actuelle.

7.2. Quels examens complémentaires ?

Une céphalée typique de migraine sans aura, avec un examen neurologique strictement normal, ne doit pas nécessiter d'imagerie.

Il ne faut demander une imagerie qu'en cas :

- de première crise migraineuse avec aura si le patient n'a jamais présenté de migraines auparavant, ou dès que l'aura est atypique ;
- en cas de céphalée inhabituelle chez un migraineux connu.

Les examens complémentaires opportuns sont :

- le scanner cérébral (en cas de suspicion d'HSA, car sa sensibilité est excellente les premiers jours (près de 98 % à J1, elle n'est plus que de 75 % à J3) ;
- la PL (si suspicion méningite ou encéphalite ou si clinique typique d'HSA/ ou coma avec scanner négatif) ;
- la RMN cérébrale si disponible.

Les autres examens complémentaires, tels que biologie, EEG n'ont que peu d'intérêt en salle d'urgence. L'écho doppler des troncs supra aortiques peut être utile dans le diagnostic d'une dissection artérielle, s'il est effectué par un opérateur expérimenté.

7.3. Quel traitement de crise pour une migraine ?

Un traitement de crise migraineuse sera d'autant plus efficace qu'il est pris tôt.

Dans l'arsenal thérapeutique, nous retrouvons des antimigraineux spécifiques, comme les TRIPTANS et les dérivés de l'ergot, certains anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), les médications à base de caféine, et puis des antalgiques non spécifiques, depuis le paracétamol jusqu'aux dérivés morphiniques comme la codéine ou le tramadol.

Il existe aussi des combinaisons de plusieurs substances : aspirine-métoclopramide, aspirine-paracétamol-caféine, paracétamol-caféine.

Un traitement de crise efficace doit assurer :

- la reprise des activités en cours maximum deux heures après la prise médicamenteuse ;
- l'absence de récurrence des douleurs ;
- limiter la nécessité de reprendre un autre traitement
- un minimum d'effets secondaires ;
- permettre l'autogestion des crises et éviter le recours aux services de soins (urgences, généraliste, spécialiste) ;
- avoir un bon rapport coût/bénéfice.

L'étude DISC (DISC Study⁶) montre clairement que pour des patients avec crises de migraine sévères, entravant les activités professionnelles ou privées, plus de 10 jours/3 mois, doivent se voir prescrire un traitement spécifique comme les triptans (ou si contre-indications les dérivés de l'ergot) (6). Les opioïdes, vu le risque d'accoutumance et de développement de céphalées chroniques sur abus d'antalgiques, doivent être proscrits.

L'utilisation de médications moins efficaces, bien que moins coûteuses à l'achat, entraîne à terme un surcoût puisque les patients se verront soit obligés d'en prendre de grandes quantités, soit de recourir en deuxième ligne à un traitement spécifique plus efficace, seront souvent insuffisamment soulagés et donc incapables de poursuivre leur activité professionnelle le jour même. Enfin, ils se présenteront plus souvent en salle d'urgence pour une migraine réfractaire à tout traitement. En salle d'urgence, outre l'utilisation du SUMATRIPTAN par voie sous-cutanée, la mise en place d'une voie veineuse permet l'utilisation d'anti-inflammatoires, d'antiémétiques et éventuellement d'anxiolytiques à plus fortes doses et à plus grande rapidité d'action.

8. Conclusion

Les céphalées sont un motif de consultation fréquent en salle d'urgence.

Il est essentiel de pouvoir différencier céphalées primaires des céphalées secondaires, qui nécessitent une mise au point et un traitement urgent, car le pronostic vital peut être engagé.

La migraine est la cause la plus fréquente de céphalée en salle d'urgence.

Il est indispensable d'administrer un traitement antimigraineux efficace le plus tôt possible, et d'assurer une prise en charge à long terme spécialisée des patients migraineux.

Références

1. Stovner L.J., Andree C. Prevalence of headache in europe : a review of the Eurolight project. *J Headache pain*, 2010 ;11 (4) : 289-99.
2. Linde M., Gustavsson A., Stovner L.J., Steiner T.J., Barré J., Katsarava Z., Lainez J.M., Lantéri-Minet M., RastenYTE D., Ruiz de la Torre E., Tassorelli C. and Andree C. The cost of headache disorders in europe : the Eurolight project. *Eur J Neurol*, 2012 :19 : 703-e43.
3. Ramirez- Lassepas M., Espinosa C.E., Cicero J.J., Johnston K.L., Cipolle R.J., Barber Douleur. Predictors of intracranial pathologie findings in patients who seek emergency care because of headache. *Arch Neurol*, 1997 ; 54 :1506-9.
4. Vermeulen M., Van Gijn J. the diagnosis of subarachnoid haemorrhage. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1990 ; 53 :365-72.
5. Barton C.V. Evaluation and treatment of headache patients in the emergency department: a Survey. *Headache*, 34 : 91-94.
6. Lipton R.B., Stewart W.F., Stone A.M. *et al.* Disability in STrategies of Care Study Group. Stratified care vs step care startegies for migraine : th Disability in Strategies of Care.
7. (DISC) study : a randomized trial. *JAMA*, 2000 Nov 22-29 ; 284 (20) : 2599-605.
8. Valade D. The emergency Headache center at the lariboisière Hospital: 7 years with more than 70 000 patients. *Intern Emerg Med*, 2008 oct., 3 Suppl. 1 : S3-7.