

# DOCTEUR, J'AI MAL DE TÊTE

A. Jeanjean

## “Doctor, I’ve got a headache”

Headache is a common complaint that may be associated with a variety of clinical conditions. Most patients suffer from primary headache, whose diagnosis can be made based on clinical history, with no additional test required. Some patients have secondary headache that may be life-threatening, and further tests must be performed, at times under emergency conditions. Red flags include sudden onset of headache, new-onset headache, headache increasing in frequency and severity, advanced age, and abnormal neurological examination.

### KEYWORDS

Headache, migraine, emergency, diagnosis

Les céphalées représentent un motif fréquent de consultation médicale, et s’intègrent dans des tableaux cliniques très variés. Un grand nombre de patients présentent des céphalées primaires, dont le diagnostic est posé à l’anamnèse et qui ne justifient aucun examen complémentaire. Toutefois, certains d’entre eux présentent des céphalées secondaires, engageant parfois leur pronostic vital et un bilan complémentaire est nécessaire, parfois en urgence, pour poser le diagnostic. Les principaux signaux d’alarme sont le caractère brutal de la céphalée, la céphalée d’apparition récente et d’augmentation croissante, les céphalées de la personne âgée et l’existence d’anomalies de l’examen neurologique.

Les céphalées représentent un motif fréquent de consultation médicale, environ 2% de toutes les admissions en salle d’urgence, plus de 5 % en médecine générale (1,2). Elles s’intègrent dans des tableaux cliniques très variés, parfois bénins et parfois graves. Il est dès lors particulièrement important de détecter les patients qui présentent des céphalées secondaires et chez lesquels des examens complémentaires sont indispensables pour faire le diagnostic, voire pour choisir le traitement optimal et de les distinguer des patients qui présentent des céphalées primaires pour lesquelles aucun bilan complémentaire n’est indiqué. Dans le cas des céphalées secondaires, il est également important de choisir le bilan complémentaire adéquat et de définir la fenêtre de temps optimale pour le réaliser, la précocité du diagnostic et du traitement pouvant influencer le pronostic du patient.

La dernière version de la classification des céphalées (ICDH3beta, 2013) (3) distingue les céphalées primaires et les céphalées secondaires. Les céphalées primaires sont des céphalées sans lésion sous-jacente, qui évoluent généralement sur un mode chronique et parmi lesquelles on distingue la migraine, la céphalée de tension et les algies de la face, dont le diagnostic se fait à l’anamnèse.

La migraine est caractérisée par des accès de céphalées, d’une durée de 4 à 72 heures. Il s’agit d’une céphalée à localisation préférentielle antérieure, frontale ou temporale ou rétro-orbitaire. La céphalée présente au moins 2 des 4 caractéristiques suivantes : unilatérale, pulsatile, d’intensité modérée à sévère et aggravée par les activités. Elle est accompagnée d’au moins des nausées et/ou des vomissements d’une part ou de photo- et/ou de phonophobie d’autre part. Chez certains patients, la crise migraineuse débute par une aura dont la durée ne peut dépasser 1 heure. Après l’aura, l’examen clinique est normal.

La céphalée de tension est caractérisée par une céphalée à localisation préférentielle postérieure, mais peut être holocrânienne. La douleur est d’intensité légère à modérée mais la durée des accès est supérieure à celle de la migraine. Il y a en principe peu de signes d’accompagnement et pas d’aura. L’examen neurologique est normal.

Les algies vasculaires de la face sont de différents types. Il s’agit d’accès de douleur épisodique, assez brefs (maximum 3 heures pour le cluster *headache*),

accompagnés de signes dysautonomiques faciaux unilatéraux de sévérité variable. Le diagnostic différentiel entre les différentes formes d'algies vasculaires de la face repose sur la durée et la fréquence des accès.

La nomenclature distingue également des céphalées primaires qui surviennent dans des conditions particulières, telles la toux, l'effort entre autres. Ces conditions peuvent également être associées à des céphalées secondaires d'étiologie parfois grave et le diagnostic de céphalée primaire est dans le doute toujours un diagnostic d'exclusion (4).

Compte tenu de ce qui précède, il semble évident que l'anamnèse est l'étape cruciale du diagnostic des céphalées. Elle doit être systématique, précise, orientée et doit permettre de repérer des signaux d'alerte (*red flags*).

L'histoire générale des céphalées du patient est importante. S'agit-il du premier épisode, ou au contraire, le patient présente-t-il des accès répétés de céphalées, orientant plutôt vers des céphalées primaires. L'interrogatoire doit faire préciser dans ce cas si les accès sont identiques ou si il existe différents types de céphalées ou encore si l'épisode actuel est différent des autres.

L'anamnèse veillera à faire préciser le plus exactement possible l'épisode actuel. On sera prudent devant la terminologie utilisée par le patient qui utilise volontiers les termes de « migraine » ou de « douleur des sinus » de façon inappropriée.

Le point le plus important de l'anamnèse concerne l'évolution temporelle de la céphalée. Il faut définir si il s'agit d'une céphalée brutale ou progressive, de céphalées épisodiques ou de céphalées chroniques. En effet les céphalées d'apparition brutale et les céphalées d'apparition récente dont l'intensité croît progressivement correspondent volontiers à des céphalées secondaires.

La localisation et l'irradiation, type de douleur, les signes d'accompagnement, les éléments aggravants ou améliorants la douleur peuvent permettre de confirmer ou d'infirmer un diagnostic de céphalée primaire typique.

La réponse éventuelle aux analgésiques n'est en aucun cas corrélée à la gravité éventuelle du diagnostic et n'est donc pas à prendre en considération initialement (5).

L'anamnèse systématique portera sur les antécédents, y compris les autres affections et les facteurs de risque. On sera attentif à la prise de médicaments, analgésiques et autres, y compris « over the counter », ainsi qu'à celle de substances illicites. L'histoire familiale à la recherche de migraine mais aussi de pathologie vasculaire familiale (cavernomatose,...) peut être utile.

L'examen clinique sera systématique, même si l'anamnèse est évocatrice d'une céphalée primaire. Il comprend un examen général y compris la pression artérielle, la

recherche de fièvre, de purpura le cas échéant, de signes locaux (otite, zona, artères temporales, ...). L'examen neurologique, outre la recherche de signes focaux, cherchera des signes de syndrome méningé. L'auscultation des vaisseaux du cou peut être utile, de même que la palpation des muscles cervicaux.

Même si les céphalées secondaires sont relativement peu fréquentes (4 à 14% des céphalées) leur pronostic vital est parfois très sombre et peut-être modulé par la précocité du diagnostic. Dès lors, il est crucial de reconnaître les « **signaux d'alarme** », qui sont surtout constitués par les céphalées récentes, atypiques, différentes, d'intensité croissante, surtout si elles sont d'apparition brutale. Les céphalées du sujet âgé justifient toujours une attention particulière. Un examen neurologique anormal nécessite toujours un bilan complémentaire.

### SIGNAUX D'ALERTE

- \* céphalée brutale
- \* céphalée récente, d'intensité croissante
- \* céphalée inhabituelle, différente des céphalées chroniques
- \* personne âgée
- \* anomalies de l'examen neurologique

Toute céphalée brutale est une céphalée secondaire jusqu'à preuve du contraire. Le caractère brutal des céphalées ou céphalées en cour de tonnerre ou « thunderclap headache » évoque un très grand nombre de diagnostic (6). Parmi ceux-ci, il faut exclure absolument l'hémorragie méningée, éventuellement sur rupture d'anévrisme. Ces patients seront adressés en salle d'urgence pour réaliser le bilan étiologique : imagerie cérébrale et le cas échéant ponction lombaire. La dissection artérielle (7) ou la thrombophlébite cérébrale peuvent également se présenter comme une céphalée brutale. Une forme particulièrement grave de thunderclap headache est le syndrome de vasoconstriction postérieure réversible, favorisé par la prise de médicaments vasoconstricteurs dont les triptans, mais également de cannabis (8).

Une céphalée récente, surtout si elle ne correspond pas aux critères de diagnostic des céphalées primaires ou si elle est différente des céphalées habituelles du patient (worst) justifie également un bilan complémentaire. Le diagnostic de méningite ne pose généralement pas de difficulté, un syndrome infectieux général étant associé aux céphalées qui s'installent de façon subaiguë. Lorsque la céphalée augmente progressivement sur plusieurs jours ou semaines, l'hypertension intracrânienne doit être évoquée, surtout en présence de céphalées matinales. Dans ces cas, une imagerie cérébrale permet de faire le diagnostic d'un processus

expansif éventuel: tumeur, hématome sous-dural... En cas d'imagerie négative, la poursuite du bilan se justifie, en particulier par l'analyse du liquide céphalo-rachidien ou par un bilan plus général.

Les céphalées associées à la prise de médicament ou à son sevrage sont relativement fréquentes, et concernent environ 4 à 8% des patients (9, 10). Il est intéressant de noter que les migraineux ont un risque plus élevé que la population contrôle de développer ce type de céphalées. Dérivés nitrés, inhibiteurs de phospho-diesterase, alcool, glutamate monosodique, contraceptifs, cannabis sont impliqués. Les médicaments vasoconstricteurs peuvent induire un syndrome de type RVS (8). Un grand nombre de patients, par ailleurs migraineux chroniques, présentent outre les céphalées migraineuses des céphalées induites par l'usage chronique d'analgésiques, qui peut survenir dès la consommation d'analgésiques 10 à 15 jours par mois (11). Une mention particulière pour l'intoxication au CO, dont les manifestations les plus graves sont précédées dans 90% des cas par des céphalées peu spécifiques dont l'intensité semble liée au taux de carboxy-hémoglobine (12).

Les céphalées de la personne âgée sont plus fréquemment des céphalées secondaires (1, 13). Dans cette tranche d'âge les céphalées cervicogéniques, relativement bénignes sont

fréquentes. Toutefois et en dépit de sa relative rareté, le diagnostic de la maladie de Horton ne doit pas être manqué, la précocité du traitement conditionnant le pronostic du patient. Dans cette tranche d'âge, l'apparition de céphalées nouvelle justifie toujours un bilan par imagerie cérébrale, mais également un bilan biologique à la recherche d'un syndrome inflammatoire, à répéter le cas échéant.

Enfin, soulignant que la découverte d'anomalies de l'examen neurologique justifie dans tous les cas la réalisation d'un bilan étiologique.

En conclusion, les céphalées représentent un motif fréquent de consultation, en médecine générale, en médecine d'urgence et en neurologie. L'anamnèse et l'examen clinique ont une importance cruciale dans le diagnostic différentiel. La majorité des patients présentent des céphalées primaires, ne justifiant souvent pas de bilan complémentaire particulier. Les patients qui présentent des céphalées secondaires doivent être reconnus, car dans certains cas la précocité du diagnostic et du traitement conditionne le pronostic. Les signaux d'alerte sont essentiellement les céphalées brutales « en coup de tonnerre », les céphalées récentes d'intensité croissante, les céphalées pires que jamais ou différentes des céphalées habituelles, en particulier chez les personnes âgées.

## RÉFÉRENCES

1. Goldstein JN, Camargo CA Jr, Pelletier AJ, Edlow JA. Headache in United States Emergency Departments: demographics, work-up and frequency of pathological diagnoses. *Cephalalgia* 2006 ; 26 : 684-690.
2. Latinovic R, Gulliford M, Ridsdale L. Headache and migraine in primary care : consultation, prescription, and referral rates in a large population. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2006 ; 77 : 385-387.
3. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia* 2013 ; 33(9) : 629-808.
4. Mitsikostas DD, Ashina M, Craven A *et al.* European headache federation consensus on technical investigation for primary headache disorders. *J Head Pain* 2016 ; 17 : 5-13.
5. Edlow JA, Panagos PD, Godwin SA, Thomas TL, Decke WW. Clinical Policy: Critical Issues in the Evaluation and Management of Adult Patients Presenting to the Emergency Department With Acute Headache. *Ann Emerg Med.* 2008 ; 52: 407-436.
6. Devenney E, Neale H and Forbes RB. A systematic review of causes of sudden and severe headache (Thunderclap Headache): should lists be evidence based? *J Head Pain* 2014 ; 15 : 49-67.
7. WI Schievink. Spontaneous dissection of the carotid and vertebral arteries. *N Engl J Med* Vol. 344, No. 12 • March 22, 2001.
8. Ducros A, Bousser MG. Reversible cerebral vasoconstriction syndrome, *Pract Neurol* 2009 ; 9: 256-267.
9. Kim BK, Cho SJ, Kim BS *et al.* Comprehensive application of the international classification of headache disorders third edition, beta version. *J Korean Med Sci* 2016 ; 31 : 106-113.
10. Guerrero AL, Rojo E, Herrero S *et al.* Characteristics of the first 1000 headaches in an outpatient headache clinic registry. *Headache* 2011 ; 51 : 226-231.
11. Evers S, Marziniak M. Clinical features, pathophysiology, and treatment of medication-overuse headache. *Lancet Neurol* 2010 ; 9 : 391-401.
12. Bleecker ML. Carbon monoxide intoxication. *Handb Clin Neurol* 2015 ; 131:191-203
13. Hershey LA, Bednarczyk EM. Treatment of headache in the elderly. *Curr Treat Opt Neurol* 2013 ; 15 : 56-62.

## Correspondance

Pr. ANNE JEANJEAN

Cliniques universitaires Saint-Luc  
IONS & Service de neurologie  
Avenue Hippocrate 10  
B-1200 Bruxelles

**Toujeo 300 U/mL**, solution injectable en stylo prérempli (SoloStar®)

**Composition:** insuline glargine 300 U/mL. **Forme pharmaceutiques:** solution injectable en stylo prérempli (SoloStar®). Solution claire, incolore. **Indication:** traitement du diabète sucré de l'adulte. **Posologie et mode d'administration:** Toujeo est une insuline basale, qui doit être administrée une fois par jour à n'importe quel moment de la journée, de préférence au même moment chaque jour. Le schéma posologique (posologie et moment d'administration) doit être ajusté individuellement. Chez les patients atteints de diabète de type 1, Toujeo doit être associé avec une insuline rapide pour couvrir les besoins en insuline prandiale. Chez les patients atteints de diabète de type 2, Toujeo peut également être associé à d'autres médicaments antidiabétiques. L'activité de ce médicament est exprimée en unités. Ces unités sont spécifiques à Toujeo et ne correspondent ni aux UI ni aux unités utilisées pour les autres analogues de l'insuline. **Flexibilité dans le moment d'administration:** lorsque cela est nécessaire, les patients peuvent administrer Toujeo jusqu'à 3 heures avant ou après leur moment d'administration habituel. Il est conseillé aux patients qui ont oublié une dose de

constance pouvant augmenter la susceptibilité à l'hypo- ou à l'hyperglycémie. **Transition de**

**Toujeo® SoloStar (5 x 1,5 mL) = PP € 76,74**

**Toujeo à d'autres insulines basales:** il est recommandé d'assurer une surveillance médicale et métabolique étroite pendant la période de transition et les premières semaines qui suivent. Veuillez consulter le résumé des caractéristiques du produit qui remplace Toujeo. **Populations particulières:** Toujeo peut être utilisé chez le sujet âgé, le patient souffrant d'insuffisance rénale ou d'insuffisance hépatique. **Sujet âgé (≥ 65 ans):** chez les patients âgés, une altération progressive de la fonction rénale peut provoquer une diminution régulière des besoins en insuline. **Insuffisance rénale:** chez les patients insuffisants rénaux, les besoins en insuline peuvent être diminués en raison d'une réduction du métabolisme de l'insuline. **Insuffisance hépatique:** chez les patients insuffisants hépatiques, les

besoins en insuline peuvent être diminués en raison d'une réduction de la capacité de la néoglucogénèse et d'une réduction du métabolisme de l'insuline. **Population pédiatrique:** la sécurité et l'efficacité de Toujeo n'ont pas été établies chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans. Aucune donnée n'est disponible. **Mode d'administration:** par voie sous-cutanée. Toujeo ne doit pas être administré par voie intraveineuse. L'administration intraveineuse de la dose sous-cutanée usuelle risquerait de provoquer une hypoglycémie sévère. Toujeo ne doit pas être utilisé avec une pompe à insuline. Les instructions d'utilisation mentionnées dans la notice doivent être lues avec attention avant toute utilisation de SoloStar®. **Contre-indications:** hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients. **Effets indésirables:** l'hypoglycémie, en général l'effet indésirable le plus fréquemment rencontré lors de toute insulinothérapie, peut survenir si la dose d'insuline est supérieure aux besoins. Les effets indésirables rapportés lors des études cliniques sont repris ci-dessous, par classes de systèmes d'organes et dans l'ordre décroissant des fréquences d'apparition (très fréquent : ≥ 1/10 ; fréquent : ≥ 1/100, < 1/10 ; peu fréquent : ≥ 1/1000, < 1/100 ; rare : ≥ 1/10 000, < 1/1000 ; très rare : < 1/10 000 ; fréquence indéterminée: ne peut être estimée sur la base des données disponibles). Au sein de chaque groupe de fréquence, les effets indésirables sont présentés suivant un ordre décroissant de gravité. **Troubles du métabolisme et de la nutrition:** très fréquent: hypoglycémie. **Affections du système immunitaire:** rare: réactions allergiques. **Affections du système nerveux:** très rare: dysgueusie. **Affections oculaires:** rare: altération de la vision et rétinopathie. **Affections de la peau et du tissu sous-cutané:** fréquent: lipohypertrophie; peu fréquent: lipatrophie. **Affections musculo-squelettiques et systémiques:** très rare: myalgie. **Troubles généraux et anomalies au site d'administration:** fréquent: réactions au site d'injection; rare: oedème. **Statut légal de délivrance:** médicament soumis à prescription médicale. **Titulaire de l'autorisation de mise sur le marché:** Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, D-65926 Frankfurt am Main, Allemagne. **Numéro d'autorisation de mise sur le marché:** EU/1/00/133/035 (5 stylos SoloStar®). **Date de mise à jour du texte:** 22/6/2015

**NOUVEAU**

Pour vos patients adultes  
atteints de diabète  
de type 1 ou 2  
.....  
Une nouvelle  
génération  
d'insuline glargine



SANOFI DIABÈTE 

insuline basale administrée une fois par jour à Toujeo administrée une fois par jour peut se faire unité par unité, à partir de la dose de l'insuline basale précédemment administrée. Pour la transition d'une insuline basale administrée 2 fois par jour à Toujeo administrée une fois par jour, la dose initiale recommandée de Toujeo doit correspondre à 80% de la dose totale d'insuline basale journalière précédemment administrée, qui est désormais interrompue. Les patients nécessitant de fortes doses d'insuline en raison de la présence d'anticorps anti-insuline humaine peuvent constater une amélioration de leur réponse à l'insuline avec Toujeo. Il est recommandé d'assurer une surveillance métabolique étroite pendant la période de transition et les premières semaines qui suivent. En cas d'amélioration de l'équilibre métabolique et, par conséquent, d'augmentation de la sensibilité à l'insuline, il peut être nécessaire d'effectuer un ajustement posologique supplémentaire. Un ajustement posologique peut également s'avérer nécessaire par exemple en cas de modification du poids corporel ou du mode de vie du patient, de modification de l'heure d'administration de l'insuline ou dans toute autre cir-