

# La céphalée aiguë à l'urgence ne perdez pas la tête

*Stéphane Côté*

*M. Têtu vient à l'urgence ce matin pour une céphalée intense apparue pendant la nuit. Il a célébré son cinquantième anniversaire hier soir et avoue avoir abusé des bons vins. L'infirmière mentionne que son mal de tête l'a réveillé comme un coup de marteau. Sa céphalée est pulsatile, bitemporale et très inconfortable. Ses signes vitaux sont normaux. M. Têtu a déjà eu des migraines lorsqu'il était plus jeune, mais le tableau cette fois est très différent. L'ibuprofène l'a peu soulagé. L'infirmière le retourne dans la salle d'attente en lui mentionnant qu'il sera vu rapidement.*

**C**HAQUE ANNÉE, environ 85 % des Nord-Américains souffrent de céphalée. De ce nombre, de 1 % à 3 % auront suffisamment de symptômes pour se rendre à l'urgence et 0,1 % recevront un diagnostic de céphalée potentiellement mortelle<sup>1</sup>. De toute évidence, les répercussions et les coûts de ce problème de santé sont considérables. Même si, dans la majorité des cas, les céphalées sont bénignes et ne nécessitent rien de plus qu'un traitement symptomatique, certains auteurs soulignent que plusieurs patients quitteront l'hôpital avec un diagnostic imprécis et une prise en charge parfois sous-optimale<sup>2</sup>. Le défi du médecin d'urgence consiste donc à découvrir rapidement les symptômes d'alarme d'une céphalée potentiellement mortelle.

### **Diagnostic différentiel : comment garder la tête froide ?**

*Vous voyez M. Têtu à l'urgence. Il vous semble anxieux et souffrant. Avant même de commencer l'entrevue, il vous demande si c'est sérieux.*

*Le Dr Stéphane Côté, omnipraticien, exerce à l'urgence du Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL) du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ). Il est aussi professeur de clinique à l'Université Laval, à Québec.*

### **Tableau 1**

#### **Signes et symptômes d'alarme<sup>5</sup>**

1. Âge supérieur à 50 ans
2. Début soudain
3. Évolution inhabituelle ou rapide
4. Céphalée nouvelle chez un patient ayant des antécédents de cancer ou atteint du VIH
5. Maladie générale concomitante associée
6. Signes neurologiques focaux autres qu'une aura type
7. Œdème papillaire

### **L'anamnèse**

L'anamnèse constitue l'élément fondamental qui orientera le processus diagnostique et la prise en charge. Malheureusement, la cohue qui règne parfois dans une salle d'urgence entraîne souvent un interrogatoire incomplet<sup>3</sup>. Il faut se souvenir que d'un point de vue physiopathologique, le parenchyme cérébral est insensible. La capacité du patient à localiser précisément l'origine de la douleur est donc limitée. Les tissus sensibles sont les méninges, les vaisseaux sanguins, les muscles et les composantes extracrâniennes. La douleur provenant d'une de ces composantes sera véhiculée essentiellement par une rétroaction à partir du noyau

**L'anamnèse constitue l'élément fondamental qui orientera le processus diagnostique et la prise en charge.**

*Repère*

**Tableau II**

**Signes cliniques à rechercher chez le patient ayant une céphalée**

Examen physique	Signes physiques	Diagnostics probables
État général	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Conscience altérée avec ou sans signes focaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Méningite, encéphalite, etc.</li> <li>☉ Hémorragie sous-arachnoïdienne</li> <li>☉ Hypoxie cérébrale</li> <li>☉ Pression intracrânienne augmentée</li> <li>☉ Saignement du parenchyme cérébral</li> <li>☉ Herniation</li> <li>☉ Accident vasculaire cérébral (AVC)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Nausées et vomissements importants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Pression intracrânienne augmentée</li> <li>☉ Hémorragie sous-arachnoïdienne</li> <li>☉ Glaucome à angle fermé</li> </ul>
Signes vitaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Hypertension avec bradycardie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Pression intracrânienne augmentée</li> <li>☉ Hémorragie sous-arachnoïdienne</li> <li>☉ Herniation</li> <li>☉ Saignement du parenchyme cérébral</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Tachycardie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Anoxie, anémie</li> <li>☉ Céphalée d'origine infectieuse</li> <li>☉ Céphalée coïtale</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Fièvre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Méningite, encéphalite, abcès</li> </ul>
Examen vasculaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Artères temporales sensibles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Artérite temporale</li> </ul>
Fond de l'œil	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Œdème papillaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Lésion tumorale, hémorragie sous-arachnoïdienne</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Œil rouge ou réflexe ciliaire diminué</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Glaucome</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Mydriase (engagement du III<sup>e</sup> nerf)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Effet de masse (hémorragique ou tumoral)</li> </ul>
Examen neurologique	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Déficit sensoriel ou moteur avec latéralisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ AVC</li> <li>☉ Hématomes sous-dural et épidural</li> <li>☉ Migraine (inhabituelle)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Ataxie cérébelleuse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Hémorragique</li> <li>☉ Cérébellite</li> <li>☉ Intoxication (causes diverses)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Raideur de la nuque</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Méningite et encéphalite</li> <li>☉ Hémorragie sous-arachnoïdienne</li> <li>☉ Pression intracrânienne augmentée</li> </ul>

Source : Russi CS. Headache. Chapitre 16. Dans : Marx J, Hockberger R, Walls R, rédacteurs. *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*. 7<sup>e</sup> éd. Philadelphie : Mosby Elsevier ; 2010. p. 118. Traduction et reproduction autorisées.

du V<sup>e</sup> nerf crânien par les branches de ce même nerf<sup>4</sup>.

Essentiellement, l'interrogatoire du patient vise à préciser le mode d'installation (aigu ou chronique) et l'évolution dans le temps de la céphalée. Les caractéristiques de la douleur, sa localisation et les circon-

tances de son apparition doivent être explorées. Les antécédents du patient et les signes cliniques associés doivent évidemment être évalués de façon méthodique. Malgré l'absence de recommandations officielles, certains auteurs<sup>5</sup> ont proposé une liste de signes

**Tableau III****Céphalées primaires<sup>6</sup>**

- ⊗ Migraine avec ou sans aura
- ⊗ Céphalée de tension
- ⊗ Algie vasculaire de la face (*cluster headache*)
  - ⊕ Céphalée de Horton
  - ⊕ Névralgie du trijumeau
- ⊗ Autres céphalées primaires\*† :
  - ⊕ Céphalée au froid
  - ⊕ Céphalée à la toux
  - ⊕ Céphalée coïtale
  - ⊕ Céphalée à l'effort
  - ⊕ Céphalée hypnique (survenant exclusivement lors du sommeil)

\* Ces céphalées primaires bénignes demeurent des diagnostics d'exclusion. Une céphalée secondaire dangereuse doit d'abord être exclue (Ex. : hémorragie sous-arachnoïdienne).

† Cette catégorie comprend plusieurs autres céphalées primaires bénignes rares qui ne sont pas décrites ici.

Source : International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. 2<sup>e</sup> éd. *Cephalgia* 2004 ; 24 (Suppl. 1) : 9. Reproduction autorisée.

et de symptômes d'alarme qui évoquent une céphalée potentiellement dangereuse (*tableau I*).

**L'examen physique**

Contrairement à l'anamnèse, l'examen neurologique est beaucoup moins révélateur et sera normal chez la plupart des patients. Il n'en demeure pas moins que la recherche exhaustive de signes neurologiques focaux peut parfois être très intéressante. Le *tableau II*<sup>4</sup> présente un résumé des signes spécifiques qui accompagnent parfois une céphalée.

**Le diagnostic différentiel**

Les céphalées sont essentiellement divisées en céphalées primaires et secondaires. Cette distinction repose sur leur étiopathophysiologie et la classification a été établie par l'International Headache Society<sup>6</sup>.

Les céphalées primaires constituent environ 90 % des céphalées<sup>7</sup> chez les patients qui consultent en première ligne (*tableau III*). Cette catégorie correspond aux céphalées dites idiopathiques qui, pour la plupart, ne menacent pas l'intégrité vitale de la personne. Toutefois, certaines migraines méritent une attention spéciale puisqu'elles peuvent être difficiles à distinguer des céphalées secondaires (*tableau IV*)<sup>8</sup>.

**Tableau IV****Migraines avec aura atypique<sup>8</sup>**

Type de migraine	Symptômes associés
<b>Migraine ophthalmoplégique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Parésie d'un ou de plusieurs nerfs oculomoteurs</li> <li>⊗ Céphalée hémicrânienne avec atteinte ipsilatérale du III<sup>e</sup> nerf (ophthalmoplégie ou réflexe pupillaire aboli ou diminué)</li> <li>⊗ Diagnostic différentiel (anévrisme, lésion compressive)</li> </ul>
<b>Migraine hémiplégique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Migraine avec aura caractérisée par une hémiparésie ou une hémiplégie précédant la céphalée</li> </ul>
<b>Migraine basilaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Migraine avec aura et symptômes tronculaires associés (perte de vision, dysarthrie, vertige, altération de l'état de conscience, etc.)</li> </ul>
<b>État migreux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Céphalée migreux réfractaire au traitement (durée &gt; 72 heures)</li> </ul>

Les céphalées secondaires, quant à elles, sont liées à un processus physiopathologique sous-jacent pouvant être mis en évidence. Bien que beaucoup moins fréquentes, elles doivent absolument être repérées, car leurs conséquences peuvent être tragiques (*tableau V*)<sup>6</sup>.

**L'évaluation et la prise en charge : comment démêler le casse-tête ?**

*La situation de votre patient vous cause des maux de tête. Depuis le début de l'entrevue, M. Têtu se plaint de vision trouble et de dysarthrie. Depuis quelques minutes, il est devenu nauséux et vous semble moins alerte. Son épouse vous prie de faire quelque chose.*

La classification internationale des céphalées a été mise au point dans le but d'établir des critères diagnostiques étiologiques. Cependant, ce canevas de travail ne permet pas de mesurer la gravité des céphalées et ne renseigne pas sur la conduite à tenir selon le diagnostic. C'est pour cette raison que certains auteurs<sup>9</sup> ont établi quatre scénarios cliniques de céphalées que les médecins voient aux urgences. Le premier fait référence aux céphalées subites survenant comme un coup de tonnerre. Le second groupe est composé de céphalées accompagnées de symptômes d'irritation méningée et

de fièvre. Ces deux premiers groupes nécessitent une intervention rapide. Une tomodensitométrie cérébrale et une ponction lombaire doivent être envisagées. Le troisième groupe est composé de céphalées nouvelles qui s'aggravent. Une tomodensitométrie cérébrale, une ponction lombaire ainsi que des tests sanguins à la recherche de marqueurs inflammatoires spécifiques selon le type de céphalées doivent être demandés (formule sanguine, protéine C réactive, hémocultures, vitesse de sédimentation). Enfin, le quatrième groupe comprend les céphalées chroniques récurrentes sans modification de l'évolution. Dans ce dernier groupe, si l'évaluation clinique et paraclinique est normale, une prise en charge externe pourrait être envisagée.

### *Les céphalées dangereuses nécessitant une prise en charge rapide*

Devant un patient atteint de céphalée et dont l'état de conscience est altéré, la stabilisation des voies respiratoires ainsi que le maintien des fonctions vitales demeurent capitales. En cas de détérioration clinique, la réanimation de votre patient doit se faire en fonction des causes qui menacent l'intégrité du parenchyme cérébral. L'hypoxie, l'hypoglycémie, une lésion occupant de l'espace, un œdème cérébral, un trouble métabolique (fièvre, intoxication par le monoxyde de carbone, etc.), une ischémie ou une augmentation de la pression intracrânienne sont les principaux éléments à rechercher<sup>4</sup>. Parmi les céphalées dangereuses, certaines nécessitent une prise en charge rapide et efficace. Les deux classes abordées ci-dessous ne regroupent pas la totalité des céphalées dangereuses, mais elles ne doivent pas passer inaperçues puisque la vie du patient est fortement menacée.

### *Les céphalées en coup de tonnerre*

Une céphalée inhabituelle, foudroyante ou à début brutal représente une urgence médicale. Il faut d'abord éliminer la possibilité d'une hémorragie sous-arachnoïdienne. La rupture d'un anévrisme cérébral sacciforme est responsable d'environ 80 % des hémorragies sous-arachnoïdiennes non traumatiques<sup>10</sup>. Parmi les patients se présentant à l'urgence pour cause de céphalée, 1 %<sup>3</sup> auront une telle hémorragie et, de ce nombre, 15 % en mourront avant leur arrivée. Habituellement, les patients mentionnent qu'il s'agit du pire mal de tête de leur vie. Le tableau type se caractérise

## **Tableau V**

### **Céphalées secondaires<sup>6</sup>**

#### **Céphalées traumatiques**

- ☉ Traumatisme craniocérébral ou cervical

#### **Céphalées vasculaires**

- ☉ Accident vasculaire cérébral (ischémique)
- ☉ Hémorragie intracrânienne
- ☉ Hémorragie sous-arachnoïdienne
- ☉ Hématome sous-dural, épidual, parenchymateux
- ☉ Malformation artérioveineuse
- ☉ Artérite temporale
- ☉ Dissection (carotidienne, vertébrale)
- ☉ Thrombose du sinus veineux

#### **Céphalées intracrâniennes non vasculaires**

- ☉ Trouble de la circulation du liquide céphalorachidien non vasculaire
- ☉ Origine inflammatoire
- ☉ Neurosarcoïdose
- ☉ Méningite non infectieuse (aseptique)
- ☉ Cancer, tumeur, malformation
- ☉ Épilepsie

#### **Céphalées liées à une substance**

- ☉ Abus, sevrage, dépendance (médicaments, drogues)
- ☉ Exposition à des substances toxiques (dérivés nitrés, plomb, monoxyde de carbone, etc.)

#### **Céphalées liées à une maladie infectieuse**

- ☉ Méningite (virale, bactérienne)
- ☉ Abscess cérébral, empyème
- ☉ Encéphalite
- ☉ VIH/SIDA
- ☉ Problème extracrânien (sinusite, otite, atteinte générale, etc.)

#### **Céphalées liées à un trouble de l'homéostasie**

- ☉ Hypoxie, hypercapnie, hypoglycémie, dialyse, hypothyroïdie, hypertension

#### **Anomalies crâniennes, troubles de la sphère ORL, problèmes psychiatriques**

Source : International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. 2<sup>e</sup> éd. *Cephalgia* 2004 ; 24 (Suppl. 1) : 9. Reproduction autorisée.

par un début explosif. À un stade de gravité supplémentaire, des signes de méningisme avec altération de l'état de conscience ou encore des signes neurologiques

## Encadré

### La ponction lombaire<sup>10,11</sup>

Lors d'une hémorragie sous-arachnoïdienne, le sang se dissémine rapidement dans l'espace sous-arachnoïdien au cours des deux à quatre premières heures. La xanthochromie, qui est le résultat de la dégradation des hématies en bilirubine, en oxyhémoglobine et en méthémoglobine apparaît ensuite plus tard. Elle peut être détectée après six heures, mais sa mesure devient beaucoup plus fiable au bout de douze heures. La xanthochromie demeure stable jusqu'à deux semaines après l'hémorragie.

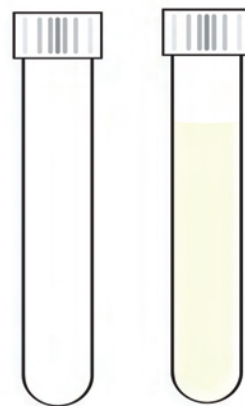
Le test classique des trois tubes avec numération décroissante des globules rouges est le plus employé. Aucun consensus n'existe cependant sur le seuil mesurable du nombre de globules rouges. À moins d'obtenir une valeur très près du zéro (moins de cinq globules rouges dans le dernier tube), une diminution de 25 % entre les tubes un et trois peut aussi bien indiquer une hémorragie cérébrale qu'une ponction traumatique<sup>10</sup>.

L'évaluation de la xanthochromie peut se faire visuellement (*figure*) ou par spectrophotométrie. Cette dernière, dont la sensibilité est optimale, présente des avantages par rapport à l'évaluation visuelle, plus subjective. Le manque de spécificité de la spectrophotométrie entraîne toutefois de faux positifs, ce qui amène par conséquent une augmentation du nombre d'examen paracliniques.

Seule une ponction lombaire normale après une tomodensitométrie normale permet d'exclure la présence d'une hémorragie sous-arachnoïdienne. Cependant, le niveau de preuve ne permet pas d'obtenir de réponse unique quant à la meilleure technique d'analyse du liquide céphalorachidien. Le médecin doit donc prendre en compte les avantages et les inconvénients de chacune des méthodes d'analyse et des ressources disponibles dans son milieu<sup>11,12</sup>.

Figure.

#### Xanthochromie du liquide céphalorachidien : méthode visuelle



Le liquide céphalorachidien doit être centrifugé et comparé au même volume d'eau contenu dans une éprouvette devant un écran blanc et un éclairage adéquat.

focaux peuvent être observés. Malheureusement, ces éléments ne sont pas absolus et des signes plus subtils, comme la céphalée sentinelle subite de moindre intensité précédant la céphalée en coup de tonnerre de plusieurs jours, voire de quelques semaines, pourra passer inaperçue<sup>11</sup>.

Le diagnostic d'hémorragie sous-arachnoïdienne repose sur la tomodensitométrie. La sensibilité de cet examen varie cependant dans le temps. En effet, elle avoisine 95 % dans les vingt-quatre premières heures, puis diminue à 75 % au jour 3 et à moins de 50 % après une semaine. Après le troisième jour, la sensibilité de l'imagerie par la résonance magnétique (IRM) est supérieure<sup>11</sup>. En présence d'un examen tomodensitométrique normal, la ponction lombaire doit être effectuée (*encadré*)<sup>10,12,13</sup>, sauf en cas d'apparition de

signes neurologiques focaux ou de troubles de l'hémostase (thrombocytes  $\leq 510 \times 10^9/l$ , RIN  $\geq 2$ , temps de saignement  $\geq 7$  min).

Enfin, la mesure de la pression d'ouverture lors de la ponction lombaire ne devrait pas être négligée, car elle peut fournir des informations pertinentes. Dans plus des deux tiers des cas d'hémorragie sous-arachnoïdienne, la pression sera élevée alors qu'elle devrait être normale au moment d'une ponction traumatique<sup>14</sup>. Une pression d'ouverture élevée peut aussi évoquer d'autres diagnostics, comme une hypertension intracrânienne ou encore une thrombose du sinus veineux. Devant ce dernier constat, un examen d'IRM devrait confirmer le diagnostic<sup>15</sup>.

Les autres causes de céphalées en coup de tonnerre sont moins fréquentes et comprennent notamment

**Une céphalée inhabituelle, foudroyante ou à début brutal représente une urgence médicale. Il faut d'abord éliminer la possibilité d'une hémorragie sous-arachnoïdienne.**

Repère

les malformations artérioveineuses, la dissection carotidienne et vertébrale et tout autre élément pouvant entraîner un saignement intracérébral. Les céphalées observées pendant un accident ischémique, une thrombose du sinus veineux, une crise de glaucome ou encore une artérite temporale ou néoplasique sont moins associées aux céphalées subites, mais peuvent néanmoins évoluer vers ce tableau.

### *Les céphalées d'origine infectieuse*

La céphalée associée à une méningite évolue en quelques heures. Le diagnostic et la prise en charge doivent cependant être rapides, puisque la mortalité et les séquelles neurologiques sont très importantes en cas de diagnostic tardif. L'installation d'une céphalée fébrile avec symptômes méningés constitue une urgence médicale. À moins de contre-indications cliniques, la ponction lombaire devrait avoir lieu le plus tôt possible et ne pas être retardée par la tomodensitométrie. Toutefois, le message clef à retenir dans le cas des céphalées infectieuses est qu'aucun examen (ponction lombaire ou tomodensitométrie) ne devrait retarder l'administration des antibiotiques et des corticoïdes lorsqu'il s'agit d'une méningite bactérienne ou encore d'antiviraux lorsque le tableau clinique évoque plutôt une encéphalite. Dans la majorité de ces infections, la douleur est provoquée par l'irritation méningée et l'augmentation de la pression intracrânienne. L'intensité des symptômes variera en fonction du type d'infection et de son étendue.

### *Les examens paracliniques*

Le bilan paraclinique ne permet pas d'établir le diagnostic. Il apporte plutôt des éléments qui contribuent à une meilleure prise en charge. La formule sanguine nous permettra de vérifier la numération plaquettaire afin d'éviter un saignement au moment de la ponction lombaire. Elle peut aussi nous orienter vers un phénomène infectieux. Une vitesse de sédimentation élevée pourra nous indiquer une artérite temporale, même si le caractère type de cette céphalée n'est pas brutal. Devant une hémorragie sous-arachnoïdienne,

des anomalies à l'électrocardiogramme peuvent être observées (modifications ischémiques)<sup>16</sup>.

### **Le traitement : comment garder la tête sur les épaules ?**

*Les résultats de la tomodensitométrie et de la ponction lombaire de M. Têtu sont normaux. Vous avez stabilisé l'état de votre patient en réanimation et l'avez soulagé à l'aide d'un antiémétique. Son épouse est rassurée !*

Le traitement de la céphalée aiguë à l'urgence est complexe et dépend d'abord de la cause. Devant une céphalée fébrile ou en coup de tonnerre, la recherche d'une cause secondaire et la stabilisation de l'état du patient demeurent l'essentiel du traitement. Plusieurs médicaments peuvent être utilisés. Toutefois, il est important de comprendre que la réponse favorable au traitement par des analgésiques ne signifie pas qu'il s'agit d'une céphalée bénigne<sup>15</sup>. Si le doute persiste, il faut poursuivre l'évaluation même si l'intensité de la douleur est moindre. Lorsque le diagnostic est incertain, les AINS doivent être employés avec prudence, car ils peuvent aggraver une hémorragie potentielle. L'emploi des antiémétiques, des sédatifs et des opiacés susceptibles de modifier l'état de conscience est nécessaire, mais doit être fait judicieusement. Les signes vitaux et la glycémie doivent être suivis selon l'état clinique du patient et l'avis du consultant. Chez les patients présentant une altération de l'état de conscience, l'intubation endotrachéale et la sédation doivent également être envisagées en raison du risque de dépression respiratoire sous-jacent.

**U**NE SEMAINE APRÈS son admission, M. Têtu est complètement rétabli. Le neurologue que vous avez consulté vous mentionne que votre patient a possiblement souffert d'une migraine basilaire. Toutefois, avant de poser ce diagnostic d'exclusion, il a dû demander des examens d'IRM et d'angioIRM afin d'éliminer un phénomène ischémique au niveau de la fosse postérieure. Vous êtes satisfait de votre prise en charge initiale, car votre patient présentait au départ de nombreux signes d'alarme qui vous obligeaient à éliminer une céphalée

***Il est important de comprendre que la réponse favorable au traitement par des analgésiques ne signifie pas qu'il s'agit d'une céphalée bénigne.***

Repère

*dangereuse en coup de tonnerre. Au fait, quels étaient ces signes inquiétants ?*

**Date de réception :** le 14 décembre 2009

**Date d'acceptation :** le 1<sup>er</sup> février 2010

Le D<sup>r</sup> Stéphane Côté n'a déclaré aucun intérêt conflictuel.

## Bibliographie

1. Davenport R. The Bare Essentials Headache. *Pract Neurol* 2008; 8 : 335-43.
2. Cerbo R, Villani V, Bruti G et coll. Primary headache in Emergency Department: prevalence, clinical features and therapeutical approach. *J Headache Pain* 2005; 6 (4) : 287-9.
3. Go S. Nontraumatic headaches in the Emergency Department: a systematic approach to diagnosis and controversies in two "big ticket" entities. *Mo Med* 2009; 106 (2) : 156-61.
4. Russi CS. Headache. Dans : Marx J, Hockberger R, Walls R. *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*. Chapitre 16. 7<sup>e</sup> éd. Philadelphie : Mosby Elsevier ; 2010. p. 118.
5. Agostoni E, Rigamonti A. Dangerous headaches. *Neurol Sci* 2008; 29 (Suppl. 1) : S107-9.
6. Headache Classification Subcommittee of the International Head-

## Summary

**Don't lose your head over acute cephalgia.** Even though most of acute cephalgias are benign, the physician's objective when confronted with them must be the elimination of potentially disastrous causes. Anamnesis is fundamental in orienting diagnosis and care of patient. Primary cephalgia represents 90% of cases but an unusual and brutal onset of cephalgia represents a medical emergency. Patient care must be aimed at rejecting subarachnoid haemorrhage as possible cause, using CT scan as a diagnostic tool. However, sensitivity diminishes after 24 hours and a lumbar puncture must be performed to exclude this diagnosis. Cephalgia accompanied by fever with meningitis symptoms represents another emergency. It is essential to remember that no examination should delay treatment. Finally, it is important to understand that a positive response to analgesics is not considered an argument in favour of the benign nature of a headache.

- ache Society. The International Classification of Headache Disorders. 2<sup>e</sup> éd. *Cephalgia* 2004; 24 (Suppl. 1) : 9.
7. Mueller LL. Diagnosing and managing migraine headache. *J Am Osteopath Assoc* 2007; 107 (10 Suppl. 6) : ES10.
8. Kwiatkowski T. Headache. Dans : Marx J, Hockberger R, Walls R. *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*. Chapitre 101. 7<sup>e</sup> éd. Philadelphie : Mosby Elsevier ; 2010. p. 1357.
9. Cortelli P, Cevoli S, Nonino F et coll. Evidence-based diagnosis of nontraumatic headache in the emergency department: a consensus statement on four clinical scenarios. *Headache* 2004; 44 (6) : 587-95. (Revue)
10. Edlow JA, Caplan LR. Avoiding pitfalls in the diagnosis of subarachnoid hemorrhage. *N Engl J Med* 2000; 342 : 29-36.
11. Bojanowski MW, McLaughlin N. La céphalée aiguë suspecte : que cache-t-elle? *Le Clinicien* 2005; 20 (2) : 65-71.
12. Perry JJ. Subarachnoid Hemorrhage. Dans : Rowe BR. *Evidence-based Emergency Medicine*. Toronto : Blackwell Publishing; 2009. p. 475-84.
13. Edlow JA, Panagos PD, Godwin SA et coll. Clinical policy: Critical issues in the evaluation and management of adult patients presenting to the emergency department with acute headache. *J Emerg Nurs* 2009; 35 (3) : e43-e71.
14. Edlow JA, Malek AM, Ogilvy CS. Aneurysmal subarachnoid hemorrhage: update for emergency physicians. *J Emerg Med* 2008; 34 (3) : 237-51.
15. de Bruijn SF, Stam J, Kappelle LJ. Thunderclap headache as first symptom of cerebral venous sinus thrombosis. CVST Study Group. *Lancet* 1996; 348 (9042) : 1623-5.
16. Sawin PD, Loftus CM. Diagnosis of spontaneous subarachnoid hemorrhage. *Am Fam Physician* 1997; 55 : 145.

L'auteur tient à remercier le D<sup>r</sup> Steve Verreault, neurologue à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec et directeur du programme de résidence en neurologie de l'Université Laval, pour ses commentaires et sa contribution à la révision de l'article.