

Prise en charge des céphalées aiguës de l'adulte dans les services d'urgence de Yaoundé

Management of adult's acute headaches in Yaoundé's emergency units

Bengono Bengono. RS^{1,2}, Jemea B^{1,3}, Amengle AL^{1,4}, Metogo Mbengono JA^{1,5}, Wanke MA^{1,4}, Ndikontar R^{1,4}, Zé Minkandé J^{1,4}.

1. *Département de Chirurgie et Spécialités, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé 1.*
2. *Service d'Anesthésie - Réanimation, Hôpital de Référence de Sangmélina.*
3. *Service d'Anesthésie - Réanimation, Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé*
4. *Service d'Anesthésie - Réanimation, Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé*
5. *Service d'Anesthésie - Réanimation, Hôpital Général de Douala*

Auteur correspondant : Bengono Bengono. R.S, Département de Chirurgie et Spécialités, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé 1. Tel : (+237) 699.658.216. Email : rodbeng@yahoo.fr

Résumé

Objectif : L'objectif était d'évaluer la prise en charge des céphalées dans les services des urgences de la ville de Yaoundé.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude descriptive et prospective, conduite du 1^{er} janvier au 31 mai 2016. Les patients adultes, ayant consulté dans un service des urgences retenues et consentantes étaient incluses dans l'étude. Les variables étudiées étaient : les données sociodémographiques (âge, sexe, profession), les données cliniques (antécédents, intensité des céphalées, diagnostic, et prise en charge). L'évaluation de l'intensité des céphalées était faite avec l'échelle visuelle analogique.

Résultats : Notre échantillon était constitué de 173 patients. La prévalence des céphalées était de 27,8%. L'âge moyen des patients était de 41 ans avec une prédominance féminine. Les céphalées étaient prédominantes chez les fonctionnaires (25,4%) et les étudiants (22,5%). Les céphalées primaires représentaient 13,3% des cas, parmi lesquels : les migraines (69,6%) et les céphalées de tension (30,4%). Les causes des céphalées secondaires étaient dominées par le paludisme (55,3%). À l'arrivée (H0), 5,8% des patients se plaignaient de douleur d'intensité légère, 61,8% des patients se plaignaient de douleur d'intensité modérée et 32,4% se plaignaient de douleur d'intensité sévère. Après traitement, la proportion des patients présentant une douleur légère passait à 91,3% et 96,3% respectivement à H2 et H6. Le paracétamol était l'antalgique le plus utilisé (83,1%).

Conclusion : Les céphalées sont fréquentes dans les services des urgences. Leur prise en charge est effective et adéquate. Elle est symptomatique et spécifique.

Mots-clés : Prise en charge, céphalées, adulte, urgences, évolution

Summary

Objective: The aim of our study was to evaluate the management of headache in the Emergency Departments.

Patients and Methods: It was a descriptive study carried out during five months. We included in the study: adults who consult in an emergency department and consented to participate. The variables studied were demographic data (age, sex, profession); clinical data (past medical history, intensity of headaches, diagnostic, treatment). The intensity of the headache was evaluated with Visual analog scale.

Results: Our sample consisted of 173 patients. The prevalence of headache was 27.8%. The mean age was 41 years with a female predominance. Headaches were predominant in employees (25.4%) and students (22.5%). Primary headaches accounted for 13.3% of cases of which, migraines (69.6%) and tension-type headaches (30.4%). Secondary headaches (86.7%) were mostly represented by malaria. At the entrance (H0), 5.8% of patients had mild pain, 61.8% of patients had moderate pain while 32.4% had severe pain. After treatment, the proportion of patients with mild pain increased to 91.3% to 96.3% respectively at H2 and H6. Paracetamol was the mostly prescribed analgesic (83.1%).

Conclusion: The prevalence of headache is high in Emergency Departments. Management is adequate and effective. It's symptomatic and specific.

Key words: Management, headache, adult, Emergency Department, outcome

Introduction :

Les céphalées aiguës sont un des symptômes médicaux les plus fréquents avec une incidence annuelle mondiale estimée entre 50 et 70% et un très lourd retentissement médico-économique [1]. Les céphalées aiguës sont un motif très fréquent de consultation aux urgences pouvant représenter de 2 à 3% du total des motifs de recours selon les études [2-5]. Pour la plus grande majorité des consultants aux urgences, il s'agit de céphalées primaires (entre 25 et 55% des cas), dans environ 1/3 des cas il s'agit de céphalées d'accompagnement d'une autre pathologie et dans 1 à 15% des cas, les céphalées vont révéler une lésion intracérébrale [2]. Ce symptôme très courant peut être lié à une pathologie bénigne, mais aussi être le témoin d'une lésion organique grave engageant le pronostic vital ou fonctionnel de la personne. La difficulté du médecin urgentiste est de distinguer par l'interrogatoire et l'examen clinique les céphalées primaires (sans lésion causale) qui ne nécessitent pas d'investigation complémentaire, des céphalées secondaires (liées à une lésion organique) dont le diagnostic par des examens complémentaires est urgent afin que le traitement étiologique soit précoce. Toutes les céphalées sont définies selon les critères proposés dans la 3^e version de la classification internationale des céphalées [6]. Bien qu'environ 95 % des patients consultés pour céphalées, rentrent à leur domicile avec un diagnostic de céphalée primaire, bénigne, le médecin de premier recours doit pouvoir détecter et référer une céphalée secondaire et potentiellement grave [3-4]. La migraine est la forme de céphalées la plus représentée. Elle fait partie des 20 premières raisons d'inaptitude temporaire au travail dans le monde [7].

Au Cameroun, une étude sur les étudiants souffrant de céphalées primaires faite par Fogang et al, révélait 55,56% des cas de migraine et 44,44% des céphalées de tension, avec une prédominance pour le sexe féminin [8]. Les céphalées mènent souvent le patient aux urgences pour une prise en charge étiologique et pour soulager la douleur. Elles peuvent mener à des consultations spécialisées [9-10]. L'objectif de notre étude était d'évaluer la prise en charge des céphalées aiguës dans les services des urgences de la ville de Yaoundé.

Méthodologie :

Il s'agissait d'une étude descriptive et prospective, sur une période de cinq mois du 1^{er} janvier au 31 mai 2016. Elle a été réalisée dans les services des urgences des hôpitaux suivants : l'Hôpital Central de Yaoundé, le Centre des Urgences de Yaoundé, l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé, le Centre Hospitalier d'Essos. Etaient inclus dans l'étude : les patients adultes, venus

consulter dans les services des urgences, présentant une notion de céphalées dans les motifs de consultation. Etaient exclus de l'étude, les patients avec une altération de l'état de conscience (Score de Glasgow ≤ 13) et ceux qui n'avaient pas donné leur consentement pour participer à l'étude. L'échantillonnage était consécutif et exhaustif. Le recrutement était effectué après l'accord du comité national d'éthique, l'autorisation des directeurs d'hôpitaux et l'obtention du consentement éclairé des patients. La collecte des données était réalisée à l'aide d'une fiche préétablie. Elle se faisait en deux étapes : l'interrogatoire des patients à l'arrivée en consultation et le suivi dans le service. Les variables étudiées étaient : les données sociodémographiques (âge, sexe et profession) ; les données cliniques (antécédents, intensité des céphalées, diagnostic et traitement). L'évaluation de l'intensité des céphalées était faite avec l'échelle visuelle analogique (EVA), règle graduée de 0 à 10. L'évaluation était réalisée à l'arrivée (H0), puis à H2, et H6 après la prise du traitement antalgique. Les données étaient analysées à l'aide de Microsoft Excel 2010. Les données catégorielles étaient exprimées en effectif et proportion. Les données quantitatives étaient exprimées en moyenne et écart-type. L'inclusion des patients dans l'étude ne s'est faite qu'après la signature du formulaire de consentement. La base de données a été analysée de façon anonyme. La confidentialité était respectée.

Résultats :

Durant la période d'étude, 621 patients ont consulté dans les services des urgences, parmi eux 173 patients respectaient les critères d'inclusion. La prévalence des céphalées dans les services des urgences était de 27,8 %. L'âge moyen des patients était de $41 \pm 15,4$ ans, avec des extrêmes de 18 et 84 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 20-35 ans (45,1%). Les femmes représentaient 65,9% des cas soit un sexe-ratio H/F de 0,51. Les professions prédominantes étaient les fonctionnaires (25,4%) et les élèves - étudiants (22,5%). Les antécédents contributifs étaient retrouvés chez 52 patients. Ils étaient représentés par le traumatisme crânien (27%), l'hypertension artérielle (21,1%) et l'infection au VIH (17,3%). Le début des céphalées était progressif (90,8%). Les céphalées étaient diffuses (86,6%) et pulsatiles (76,3%). Les signes accompagnateurs étaient représentés par la fièvre (38,2%), la photophobie-phonophobie (24,9%), et les nausées et vomissements (23,1%). Les facteurs déclenchants les plus fréquents étaient l'effort (20,2%), la contrariété (14,5%). Le facteur aggravant le plus important était le bruit (73,3%). À l'arrivée (H0), 61,8% des patients se plaignaient de douleur d'intensité modérée (**Tableau I**). Les céphalées primaires représentaient 13,3% des cas.

Leurs causes étaient les migraines (69,6%) et les céphalées de tension (30,4%). Les céphalées secondaires représentaient 86,7% de cas. Leurs causes étaient dominées par le paludisme (55,3%), les urgences hypertensives (8,7%), la prééclampsie-éclampsie (8%) et le traumatisme crânien léger (6,7%). Avant l'arrivée en milieu hospitalier, 80,9% des patients avaient reçu un antalgique en automédication. Après traitement, la proportion des patients présentant une douleur légère passait à 91,3% et 96,3% respectivement à H2 et H6. (**Tableau I**). Le paracétamol était l'antalgique le plus utilisé seul ou en association (76,9%) en automédication. La prise en charge symptomatique

des céphalées a consisté en l'administration des antalgiques. Les protocoles antalgiques étaient variés : monothérapie (n=156) et bithérapie (n=17). Le paracétamol était l'antalgique le plus prescrit aux urgences (83,1%). Il était utilisé en monothérapie dans 90,4% de cas (**Tableau II**). L'association paracétamol + AINS était la bithérapie la plus utilisée (88,2%) (**Tableau III**). À la sixième heure (H6), 61 patients retournaient à domicile (35,3%), 58 patients étaient hospitalisés (33,5%) et 54 étaient mis en observation (31,2%). Quarante-vingt-dix patients étaient orientés vers une consultation spécialisée. Les spécialistes interpellés en majorité étaient le neurologue (28,9%), le gynécologue (20%) et le neurochirurgien (15,5%).

Tableau I : évaluation de l'intensité de la douleur

<i>Evaluation de la douleur</i>	<i>Effectif (n=173)</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
H0		
Légère	10	5,8
Modérée	107	61,8
Sévère	56	32,4
H2		
Légère	158	91,3
Modérée	7	4,0
Sévère	8	4,7
H6		
Légère	167	96,6
Modérée	3	1,7
Sévère	3	1,7

Tableau II : Antalgiques utilisés

<i>Antalgiques</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
Paracétamol	158	83,1
AINS	26	13,7
Tramadol	4	2,1
Codéine	2	1,1
Total	190	100

Tableau III : protocoles antalgiques utilisés

<i>Antalgiques</i>	<i>Effectif</i>	<i>Percentage (%)</i>
Monothérapie (n=156)		
Paracétamol	141	90,4
AINS	11	7,1
Tramadol	4	2,5
Bithérapie (n=17)		
Paracétamol+AINS	15	88,2
Paracétamol+codéine	2	11,8
Total	17	100

Discussion :

Notre étude présentait comme limites la faible taille de l'échantillon, liée à la brève période d'étude. La taille minimale préconisée était de 497 patients. Notre échantillon était constitué de 173 patients. Nous nous sommes limités à quelques hôpitaux de la ville de Yaoundé, nos résultats ne pouvaient pas se généraliser au niveau national.

Les céphalées représentaient 27,8% des admissions dans les services des urgences retenus. Nos résultats étaient différents des données occidentales, qui révélaient la prévalence des céphalées dans les services d'accueil des urgences entre 2 à 3 % [2-5].

Valade et al, retrouvaient la céphalée comme motif de consultation dans 3,1% des cas, dans 22 centres d'urgence français [11]. Ceci était lié à une différence méthodologique. Ces séries renaient les patients dont le principal symptôme était la céphalée. La population d'étude était composée de sujets jeunes (âge moyen de 41 ans) avec une prédominance féminine. Ces données se retrouvaient dans les séries hospitalières déjà publiées sur le sujet [12-14]. Valade et al, retrouvaient également un âge moyen des migraineux de 37,6 ans avec une prédominance féminine [11].

Durant notre étude, 13,3% des céphalées étaient primaires et 84,7% étaient secondaires. Ceci était lié la prédominance des céphalées d'origine infectieuse. Le paludisme était la principale étiologie. Le Cameroun se trouvant en zone endémique. Ces résultats étaient différents des résultats de la littérature. Stovner et al, retrouvaient une prédominance des céphalées primaires [15]. D'après Bahrami P et al [16] en Iran, les céphalées primaires représentaient 78,2% des cas, tandis-que les céphalées secondaires représentaient 21,8%. Plus de 90% des patients vus en pratique de médecine générale présentent des céphalées bénignes (céphalées primaires ou céphalées causées par une infection des voies aériennes supérieures). Cependant, la recherche soigneuse d'une origine secondaire (causée par une affection sous-jacente potentiellement grave) est indispensable [17-18]. Les migraines représentaient la première cause de céphalées primaires. Ceci était en accord avec les données de la littérature [11,16].

Le traitement des céphalées était symptomatique, le soulagement de la douleur, et spécifique. Le traitement spécifique était fonction de l'étiologie de la céphalée, 49% de patients ont reçu un traitement antipaludéen. L'enjeu de la prise en charge aux urgences des céphalées aiguës est majeur. Il est tout d'abord diagnostique pour identifier les patients symptomatiques d'une affection potentiellement grave parmi l'immense majorité des patients présentant une céphalée bénigne au moyen d'une stratégie diagnostique rapide et efficiente intégrant un recours raisonné aux examens complémentaires [16]. L'administration des antalgiques est réalisée selon l'évaluation de la douleur.

A l'arrivée (H0), 61,8% des patients se plaignaient de douleur d'intensité modérée et 5,8 % de douleur d'intensité légère. Après traitement, la proportion des patients présentant une douleur légère passait à 91,3% et 96,3% respectivement à H2 et H6. Le paracétamol était l'antalgique le plus utilisé (83,1%). Shams et al, montraient que la prise de paracétamol intraveineux réduisait de manière significative la douleur au bout de 30 minutes [19].

Turkcu et al, révélaient que le paracétamol iv et le dextetopofen iv, dans la prise en charge des migraines, avaient une efficacité similaire après 2 heures lors de la réévaluation des patients par l'EVA. Le taux de succès était de 100% [20]. Salazar G et al, révélait que les patients traités avec du paracétamol et du métoclopramide, avaient une régression importante de l'intensité de la douleur à H2 dans les proportions respectives de 82% et 86% [21]. Les antalgiques les plus utilisés dans les services d'urgence pour la prise en charge des céphalées sont le paracétamol et les AINS [5, 22].

À la sixième heure (H6), 35,3% de patients retournaient à domicile, 33,5% des patients étaient

hospitalisés et 31,2% étaient mis en observation. Pari et al [3] révélaient que 72% de patients retournaient à domicile, 22% étaient hospitalisés et 6% étaient mis en observation. Bien qu'environ 95 % des patients consultés pour céphalées, rentrent à leur domicile avec un diagnostic de céphalée primaire, bénigne, le médecin de premier recours doit pouvoir détecter et référer une céphalée secondaire et potentiellement grave [3-4]. Les céphalées peuvent mener à des consultations spécialisées [8-9]. Dans notre contexte, elles nécessitaient principalement un avis neurologique.

Conclusion :

Les céphalées sont un motif fréquent de consultation dans les services des urgences. Les patients qui se plaignent des céphalées sont des adultes jeunes de sexe féminin. Les céphalées secondaires sont plus retrouvées que les céphalées primaires. La prise en charge des céphalées aux urgences, est effective et adéquate. La prise en charge est symptomatique et spécifique. L'évaluation de l'intensité de la douleur révélait une décroissance de H0 à H6. Les antalgiques du palier I sont les plus prescrits, avec en tête de file le paracétamol, seul ou en association.

Références:

1. **OMS.** Céphalées, Aide-mémoire N°277. 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/fr/> (dernier accès en avril 2016).
2. **Olesen J, Bendtsen L, Dodick D, et al.** The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia Int J Headache, 2013, 33 :629-808.
3. **Pari E, Rinaldi F, Gipponi S et al.** Management of headache disorders in the emergency department setting. Neurol Sci 2015 ; 36 (7) :1153-60.
4. **Moisset X, Mawet J, Guegan-Massardier E, Bozzolo E, Gilard V, Tollard E, et al.** French Guidelines for the Emergency Management of Headaches. Rev Neurol. 2016; 172: 350-60.
5. **Dorette et al.** Headaches in the emergency department-a survey of patients' characteristics, facts and needs. The Journal of Headache and Pain 2019; 20: 100. <https://doi.org/10.1186/s10194-019-1053-5>
6. **Jes Olesen.** Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 33, 3rd edition Cephalalgia; 2013.p. 629-808, <http://dx.doi.org/10.1177/0333102413485658>.

7. **Stovner L, Hagen K, Jensen R, Katsarava Z, Lipton R, Scher A, et al.** The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia*. 2007 Mar 1;27(3):193–210.
8. **Fogang F, Touré K, Ndiaye M, Diop A, Ndiaye Moustapha, Naeije G.** l'attention sélective en période non douloureuse des étudiants souffrant de céphalées primaires. *AJNS*. 2013; 32 (2): 1-8.
9. **Friedman BW, Grober BM.** Diagnosis and management of the primary headache disorders in the emergency department setting. *Emerg Med Clin North Am* 2009; 27:71-87.
10. **Haque B, Rahman KM, Hoque A et al.** Precipitating and relieving factors of migraine versus tension type headache. *BMC Neurol*. 2012 ; 25 ; 12 : 82.
11. **Valade D, Lucas C, Calvel L, Plaisance P, Derouet N, Meric G, et al.** Migraine diagnosis and management in general emergency departments in France. *Cephalalgia* 2011 ; 31 (4) : 471-80.
12. **Valade D.** Migraine et urgences. *J Eur Urgences Réanimation*, 2013, 25 : 82-8.
13. **Sahai-Srivastava S, Desai P, Zheng L.** Analysis of Headache Management in a Busy Emergency Room in the United States. *Headache J Head Face Pain*, 2008, 48 : 931-38.
14. **Chu KH, Howell TE, Keijzers G, et al.** Acute Headache Presentations to the Emergency Department: A Statewide Cross-sectional Study. *Acad Emerg Med*, 2017, 24 : 53-62.
15. **Stovner LJ, Andree C.** Prevalence of headache in Europe: a review for the Eurolight project. *J Headache Pain*, 2010, 11 : 289.
16. **Bahrami P, Zebardast H, Zibaei M, Mohammadzadeh M, Zabandan N.** Prevalence and characteristics of headache in Khoramabad, Iran. *Pain Physician*. 2012; 15 (4): 327-32
17. **Annoni JM, Delémont C, Garin N, Dozier C, Piguet V, Sommer-Bühler J, Luthy C.** Recommandations interdisciplinaires du réseau douleur des HUG : approche clinique des céphalées primaires. *Rev Med Suisse*. 2010 ; 30 ; 6 (255) : 1326-30, 1332-5.
18. **Sturzenegger M, Gantenbein A, Sandor P.** Céphalées dites primitives, 2e partie. *Forum Med Suisse* 2012 ;12 (5) : 99-103
19. **Shams Vahdati S, Morteza Baghi HR, Ghobadi J, Rajaei Ghafouri R, Habibollahi P.** Comparison of paracetamol (apotel®) and morphine in reducing post pure head trauma headache. *Anesthesiol Pain Med*. 2014 ; 4 (3) : 149-203.
20. **Turkcuer I, Serinken M, Eken C, Yilmaz A, Akdag O, Uyan E, et al.** Intravenous paracetamol versus dextketoprofen in acute migraine attack in the emergency department: a randomised clinical trial. *Emerg Med J EMJ*. 2014; 31(3): 182-85.
21. **Salazar G, Fragoso M, Vergez L, Sergio P, Cuello D.** Metoclopramide as an analgesic in severe migraine attacks: an open, single-blind, parallel control study. *Recent Patents CNS Drug Discov*. 2011 1; 6 (2): 141-45.
22. **Giamberardino MA, Affaitati G, Costantini R, Guglielmetti M, Martelletti P.** Acute headache management in emergency department. A narrative review. *Intern Emerg Med*. 2020 ; 15(1):109-17. doi: 10.1007/s11739-019-02266-2. Epub 2020 Jan 1. PMID: 31893348.

Conflit d'intérêt : *Aucun conflit d'intérêt*

Remerciements :

*A tout le personnel des services d'urgence des hôpitaux ayant servi de cadre d'étude
A tous les patients ayant accepté de participer à l'étude*