

3 cas cliniques sur les céphalées, 11 mai 2023, Dr Polydor, neurologue

.....

Cas numéro 1

Mme A, 40 ans, pilule, tabac 10 cg / jour. Petit surpoids, sédentaire, peu d'alcool, pas de diabète, petite hypertriglycéridémie. Une petite dépression traitée par 1 Deroxat.

Migraineuse connue, 1 à 2 crises / mois depuis 20 ans. Durée des crises : 6h à 2 jours.

Pas de traitement de fond, elle traite ses crises avec paracétamol 1g (maxi 3g / jour) ou aspirine.

Appel en urgence :

Allo Docteur. J'ai des « lumières dans l'œil gauche » depuis 30 minutes et maintenant j'ai des fourmis (paresthésies) et un engourdissement de la main et du visage, et ça s'étend à tout le côté gauche. J'ai très mal à la tête et ça tape.

Interrogatoire au téléphone

« Les troubles visuels sont aussi intenses qu'au début ? » Non, ça diminue, je n'ai presque plus rien. Mais ça « se paralyse » de plus en plus du côté gauche.

« Fermez l'œil gauche puis l'œil droit » ah ! oui ! les lumières sont dans chaque œil du côté gauche.

« Vous avez déjà eu des lumières pendant une migraine ? » Oui, deux fois mais j'étais jeune.

« Bougez le visage, la main et la jambe gauche ». Ça fonctionne mais c'est tout engourdi et ça fourmille.

« Depuis combien de temps c'est engourdi ? » Depuis 10 minutes et ça s'étend.

« Comment se sont installées les céphalées, brutalement ou peu à peu ? » elles ont commencé juste après les lumières. Elles n'étaient pas violentes au début mais maintenant elles deviennent plus fortes, ni l'aspirine ni le paracétamol ne les calment.

« Venez au cabinet »

Examen au cabinet

Strictement normal, le temps de venir la patiente n'a plus de véritables paresthésies et les troubles visuels ont disparus. Mais elle a toujours une céphalée estimée à 7 sur l'EVA (Échelle Visuelle Analogique).

Quels sont les diagnostics possibles ? Quels examens paracliniques ? Quels traitements ? (La parole circule dans la salle)

Éliminons les lésions du lobe occipital. Une tumeur d'évolution rapide serait une méta mais la céphalée s'installerait plus lentement. Une crise d'épilepsie focale occipitale s'étendant de proche en proche¹ serait plus rapide, 1 mn par localisation et sans douleur. Vu le tabac et la pilule une phlébite cérébrale est possible mais pas avec ces signes qui « avancent » selon une trajectoire occipital – pariétal.

Un AVC en phase d'installation et d'extension: elle a le terrain d'un AVC ischémique. Mais une ischémie ne provoque de céphalée que dans le cas d'une dissection artérielle. Les Dissections des Artères Cérébrales surviennent chez les jeunes (20 % ont moins de 30 ans) avec un pic vers 45 ans et surtout

¹ De type bravais-jacksonienne.

chez les porteurs de maladies du tissu conjonctif². Leur incidence annuelle est : 2 pour 100 000. Le tableau est plus brutal, les déficits sont d'emblée massifs et n'évoluent pas... une arrière-pensée pour ce diagnostic imposant un adressage aux urgences.³

Une céphalée de rupture d'anévrisme est unilatérale mais plus violente et de début plus brutal : un coup de pic à glace dans le crâne. Les signes associés ne sont pas obligatoires, ils sont en « négatifs » (déficits) et pas en positifs (lumières, fourmis) Si on a un doute, pas d'aspirine ni AINS et passage aux urgences. Le paracétamol n'a pas eu le temps d'agir... pas un critère discriminant. Le Deroxat, comme tous les IRS, a un petit effet anti-agrégant plaquettaire.

Migraine avec aura : signes d'un seul champs visuel donc lobe occipital puis extensive (dépression corticale envahissante) au lobe pariétal (homonyme aux troubles visuels). L'aura et la céphalée peuvent apparaître dans n'importe quel ordre.

La clinique plaide pour : la migraine avec aura.

Comment traiter ?

Une aura est expliquée par la « dépression corticale envahissante »⁴ du cortex juste en dessous de la zone de la méninge « irritée » par le processus migraineux.

Une aura même spectaculairement extensive, même si elle allait jusqu'au lobe frontal avec une hémiplégie, change peu la stratégie de traitement de la crise mais en plus du paracétamol on va privilégier « ce qui fluidifie » (Aspirine, AINS) si on est sûr que ce n'est pas un AVC hémorragique plutôt que ce « qui spasme » (triptans) pour ne pas risquer de majorer un AVC ischémique ou ne pas provoquer une « migraine compliquée » (migraines avec AVC ischémique secondaire). A noter que le Deroxat, comme tous les IRS, possède un petit effet anti-agrégant.

Au moindre doute, à la moindre atypie de signe ou de durée ou de chronologie : allo les URGENCES NEUROVASCULAIRES, direction CH ayant un centre d'urgence vasculaire, IRM prévenue, séquences de diffusion et T2* et angio IRM dans le même temps (pas plus long).

Cas numéro 2

Mme B., 39 ans, enseignante, colopathie fonctionnelle, divorcée, 2 enfants, très impliquée dans son travail, très dévouée auprès de sa grand-mère Alzheimer. Elle souffre de céphalées « en casque », bilatérales, quasiment continues mais fluctuantes en intensité, elle les oublie quand elle travaille. C'est une adepte des médecines alternatives et elle abuse du 17CH et du 23CH mais sans effet de surdosage (je ne me moque pas). Elle craint d'avoir une tumeur car sa meilleure amie vient de mourir d'une glioblastome « détecté trop tard » selon ses termes.

Interrogatoire :

« Ces maux de tête remontent à des mois ou des années, même s'ils ont transitoirement disparu ? » des années, en fac mon médecin me donnait du DHE toute l'année, et je prenais du paracetamol en

² Le syndrome de Marfan, le syndrome d'Ehlers-Danlos de type IV, le pseudoxanthome élastique et l'ostéogénèse imparfaite.

³ Pas si simple car la migraine est un facteur de risque de dissection, la physiopathologie est inexpliquée.

⁴ Vague de dépolarisation neuronale qui se propage à 4 mm/min sur le cortex cérébral.

alternant avec l'aspirine. J'avais été soulagée par un chiropracteur, ça durait 2 ou 3 mois et ça revenait. L'homéopathie et les huiles essentielles me soulagent.

« Pendant ces 3 derniers mois diriez-vous que vous avez eu ces maux de tête plus de 2 semaines chaque mois ? » oh ! bien plus docteur, ça ne me quitte presque plus. Ça m'inquiète vraiment. Et je suis toute seule pour mes enfants et m'occuper de ma grand-mère que vous suivez pour son Alzheimer, à l'idée de la placer j'ai encore plus mal à la tête.

« Est-ce que vous avez noté un changement récent dans vos céphalées ? » oh oui docteur c'est de pire en pire et c'est pour ça que je vous vois, sinon je ne me plains pas. Et puis j'oublie tout, c'est peut-être un début d'Alzheimer ?

Vous examinez la patiente, l'examen neurologique est normal et vous le faites avec sérieux et autorité même si votre opinion est déjà faite. Elle présente des douleurs du rachis cervical à la mobilisation.

Quelles sont les hypothèses et quels bilans allez-vous pratiquer ? (la parole circule dans la salle)

Discussion

Une tumeur cérébrale ?

Depuis tant d'années elle aurait fait émerger des signes cliniques décelables... mais pas forcément, et une tumeur peut venir se greffer sur des céphalées qui ont une autre cause. Quand on connaît trop nos patients on peut omettre des pathologies peu symptomatiques comme ils peuvent nous induire de faux diagnostics. C'est le cas pour les tumeurs cérébrales. La patiente mentionne un changement récent de ses céphalées mais l'interrogatoire est-il fiable ? Un méningiome, un gliome, un lymphome sont peu pourvoyeurs de céphalées sauf si le stade est déjà avancé. L'ordonnance pour un simple scanner cérébral est possible mais elle doit rassurer et pas inquiéter. Sur ces seuls signes cliniques et l'historique on est à la frontière de l'indication si on s'en tient strictement aux bonnes pratiques. A surveiller...

Une maladie migraineuse ?

Le type des céphalées est bien différent. La localisation : en casque, jusqu'au rachis cervical. Le déroulement : pas de crises de douleur durant quelques heures à quelques jours séparées par des accalmies nettes et durables. Le paracétamol n'est pas plus efficace que l'homéopathie.

Evidemment ce n'est pas un Alzheimer mais sa crainte sur sa mémoire dit quelque chose d'elle... Elle est angoissée. Elle a un fond de caractère anxieux. C'est une personne scrupuleuse, dévouée mais inquiète, ce n'est pas un jugement mais un symptôme qui éclaire la dernière hypothèse.

Une « céphalée de tension » ou « céphalée chronique quotidienne » est l'hypothèse la plus crédible.

Le mot « tension » renvoie à une « tension psychologique ». Tout stress, physique ou psychique, provoque une « tension des muscles paravertébraux ». En cas d'agression, j'ai un point faible : ma tête pèse 2kg et elle est fichée sur une tige fine et mobile : mon rachis cervical. Mais mère Nature m'a pourvu d'une masse de muscles paravertébraux, souples quand c'est cool mais un haubannage très rigide quand je suis sous tension... Et ces muscles puissants s'insèrent sur le cuir chevelu. Si je suis stressé en continu ils le tiraillent un peu mais tout le temps comme une queue de cheval trop serrée. Quand on a compris l'idée on comprend le double traitement. 1/ traiter localement, le rachis, par des massages doux et surtout des applications de chaleur myorelaxante. Et quoi de plus simple que le baume du tigre ou ses équivalents. Les AINS par voie orale n'ont pas d'effet, appliquée en gel non plus. 2/ il faudrait lui faire accepter de traiter la cause : cette anxiété chronique qui l'envahit et provoque ses maux de tête. Mais « je ne vois pas ce que ça va m'apporter ». Elle habite son stress depuis tant

d'années, mais elle est dans le déni de sa souffrance psychologique, elle craint d'ouvrir des portes. Le médecin doit être patient avec son patient, lui laisser murir sa décision. En attendant, si cela est accepté, les benzodiazépines sont à la fois anxiolytiques et myorelaxantes. De faibles doses, en essayant plusieurs molécules et en associant la patiente au choix pour qu'il soit accepté et pas un nouvel objet d'angoisse. Et rien n'interdit de continuer le placebo homéopathique.

Cas numéro 3⁵

Le 21 mars à 8h M. C, 38 ans se présente aux urgences. Le dossier d'entrée mentionne « céphalées d'allure migraineuses apparues 1h plus tôt ». Aux antécédents l'urgentiste note « HTA ancienne, non traitée ». Il n'est pas noté les caractéristiques de la céphalée, son mode de début ni son mode évolutif, mais l'absence de fièvre, une photophobie sans vertige, la PA est à 170/90 mm Hg. L'examen neurologique est normal, pas de raideur méningée. *Deux diagnostics sont évoqués : une céphalée hypertensive, une crise migraineuse avec HTA.* Aucun examen complémentaire n'est prescrit. On lui donne un AINS, un antihypertenseur et Imigran® nasal, amélioration rapide des céphalées et de la PA et il sort avec une ordonnance : Imigran® en spray nasal, Ixprim®, Primpéran®, Eupressyl® et le conseil de consulter son médecin traitant.

A 18h retour aux urgences, le même médecin note « admis pour la même crise de migraine avec vomissements ». L'examen est normal. Il lui redonne de l'Imigran® par voie nasale, il note la disparition des vomissements, la douleur passe à 2/10 à l'EVA et il autorise sa sortie à 22 h.

4 jours plus tard, le patient consulte son médecin traitant qui note l'absence de signes neurologiques, de raideur cervicale et d'hypertension. Il renouvelle le traitement. Dans son dossier : pas d'antécédent de migraines ni d'HTA. La PA quelques mois avant était de 125/70 mm d'Hg.

Le lendemain, M. C retourne aux urgences où il est noté « céphalées depuis 5 jours, apyrétique, examen neurologique normal ». Une perfusion de Profénid® et de Perfalgan® le soulage et le diagnostic est celui de « céphalées sur raideur musculaire ». Il rentre à son domicile et reprend ses activités.

3 jours plus tard, il consulte un médecin remplaçant qui prescrit des radiographies du rachis pour *céphalées et douleurs du rachis cervical* qui reviennent normales.

2 jours plus tard, M.C est retrouvé inconscient à son domicile et transféré au CHU pour « coma brutal, Glasgow 4, pupilles aréactives ». Le scanner découvre un anévrisme de 15 mm de l'artère sylvienne avec un hématome temporo-insulaire responsable d'un engagement cérébral.

Malgré une évacuation chirurgicale en urgence de cet hématome incluant le traitement de l'anévrisme, le décès survient quelques jours plus tard.

Par la suite l'expert entendra sa mère avec qui il vivait. Son fils a présenté des céphalées très violentes au réveil, accompagnées de sueurs froides et de vomissements. Elle aurait demandé un scanner à l'urgentiste du CHU, redoutant que son fils ne fasse un AVC, renouvelé cette demande le soir lors de la 2^{ème} consultation aux urgences et demandé que son fils soit gardé « en surveillance ».

Discussion

Que penser de cette histoire tragique ? Comment aurait-on pu éviter l'issue ? **(La parole circule dans la salle)**

⁵ Inspiré d'un cas réel.

L'avis du neurologue

Dès le début, ce mode d'installation brutal chez un homme jeune (38 ans) sans antécédent migraineux ni d'HTA, bien qu'il n'existe pas de raideur de la nuque qui est un signe inconstant, doit faire évoquer la fissuration d'un anévrisme crânien avec hémorragie méningée. Cela impose en urgence au moins un scanner cérébral. Hypertension, photophobie et vomissements ne sont pas spécifiques de la migraine.

En réalité, en 3 lignes, ce qui est pertinent est :

- Violente douleur
- Début brutal
- Jeune sans antécédent

Tout le reste est accessoire, la réaction immédiate est « scanner en urgence ». Evoquer une pathologie engageant le pronostic vital l'autorise, une seule vie sauvée vaut 10 scanners prescrits pour rien.

Comme cela est fréquent une récurrence est survenue, beaucoup plus grave, et elle a conduit au décès. En 2005 une étude exhaustive sur le pronostic des hémorragies méningées par rupture d'anévrisme analyse 2230 patients sur 15 ans. Elle fait état de 81 % de guérisons sans séquelle... pour des patients diagnostiqués à temps.

Enfin, 1 % de la population générale est porteur d'anévrisme intracrânien asymptomatique.

- Le 21 mars à 8 heures un homme de 38 ans se présente aux urgences. Le dossier d'entrée mentionne « céphalées d'allure migraineuses apparues 12 heures plus tôt ». L'urgentiste à la rubrique des antécédents note « une HTA ancienne, non traitée ». Il n'est pas noté les caractéristiques de la céphalée, son mode de début ni son mode évolutif, mais qu'il n'y a pas de fièvre, une photophobie sans vertige, la PA est à 170/90 mm Hg. L'examen neurologique est normal, pas de raideur méningée. Deux diagnostics sont évoqués : une céphalée d'origine hypertensive, une crise migraineuse isolée avec HTA. Aucun examen complémentaire n'est prescrit. Il bénéficie d'un traitement symptomatique comportant un AINS, un antihypertenseur et la pulvérisation nasale d'un Triptan, amélioration rapide des céphalées et de la PA et le patient est sortant avec une ordonnance : Imigran® en spray nasal, Ixprim®, Primpéran®, Eupressyl® et le conseil de consulter son médecin traitant.
- A 18h il revient aux urgences et est examiné par le même urgentiste qui note qu'il est admis "*pour la même crise de migraine avec vomissements*". Avec de l'Imigran® par voie nasale l'urgentiste note la disparition des vomissements, la douleur est alors à 2/10 à l'EVA et l'examen clinique est normal. Il autorise le retour à domicile vers 22 h.
- 4 jours plus tard, le patient consulte son médecin traitant qui note l'absence de signes neurologiques, l'absence de raideur cervicale et d'hypertension. Il renouvelle le traitement symptomatique. Dans son dossier il écrit que cet homme n'avait pas d'antécédent de migraines et n'était pas hypertendu contrairement à ce qui était noté aux urgences du CHU. La tension artérielle mentionnée quelques mois auparavant est de 125/70 mm d'Hg.
- Le 26 mars, ce patient se rend de nouveau aux urgences où il est noté « *céphalées depuis 5 jours, apyrétique, examen neurologique normal* ». Une perfusion de Profénid® et de Perfalgan® soulage le patient et le diagnostic est celui de « céphalées sur raideur musculaire » (!!!) Il rentre à son domicile et reprend ses activités.
- Le 6 avril, il consulte un autre médecin, qui prescrit des radiographies pour des douleurs du rachis cervical qui reviennent normales.
- Deux jours plus tard, le patient est retrouvé inconscient à son domicile et transféré au CHU pour « *coma brutal, Glasgow 4, pupilles aréactives, intubé, mis sous ventilation assistée* ». Le scanner cérébral retrouve un anévrisme de 15 mm de l'artère sylvienne avec un hématome temporo-insulaire responsable d'un engagement cérébral.
- Il est réalisé une évacuation en urgence de cet hématome avec le traitement de l'anévrisme. L'état neurologique ne s'améliore pas et le décès survient quelques jours plus tard.

Par la suite un expert auditionnera sa mère chez qui il vivait. Ses déclarations sont précises. Son fils a présenté des céphalées très violentes, au réveil, accompagnées de sueurs froides et de vomissements. Elle accompagne son fils quelques jours plus tard aux urgences et assiste à la consultation : la raideur musculaire signalée ne concernait que les muscles du rachis, probablement à l'origine de la prescription de radiographies du rachis cervical par le deuxième généraliste. Elle aurait d'emblée demandé un scanner à l'urgentiste du CHU, redoutant que son fils ne fasse un AVC et renouvelé cette demande le soir lors de la deuxième consultation aux urgences et demandé que son fils soit gardé « en surveillance ».

Discussion

Que penser de cette histoire tragique ? Comment aurait-on pu éviter l'issue ? (la parole circule dans la salle)

L'avis de l'expert

Dès le début, ce mode d'installation brutal chez un homme jeune (38 ans) sans antécédent migraineux ni d'HTA, bien qu'il n'existe pas de raideur de la nuque qui est un signe inconstant, évoque la fissuration d'un anévrisme crânien avec hémorragie méningée. Cela impose la réalisation en urgence au moins d'un scanner cérébral. Comme cela est fréquent une récurrence est survenue, beaucoup plus grave a conduit au décès.

La responsabilité incombe au CHU où ce patient a été examiné à 2 reprises pour céphalées, avec hypertension, photophobie et vomissements évoluant depuis plusieurs heures. A la « décharge » de cet établissement, il est noté qu'il n'existait pas de raideur de la nuque et le traitement symptomatique a été rapidement mais temporairement efficace ce qui n'est pas un argument pour éliminer le diagnostic d'anévrisme en cours de rupture.

En 2005 une étude exhaustive sur le pronostic des hémorragies méningées par rupture d'anévrisme regroupe 2230 patients sur 15 ans. Elle fait état de 81 % de guérisons sans séquelle... pour des patients diagnostiqués à temps.