

## Le Centre d'urgence des céphalées Hôpital Lariboisière, Paris

Entretien avec D. Vallade, réalisé par G. Mégret\*



**G.M. :** Pourquoi est née en 2000, sous l'égide de l'Assistance publique, cette unité d'urgence spécifique de prise en charge des patients présentant des céphalées ?

**D.V. :** De nombreux arguments militaient en faveur de cette création originale. Sur le plan quantitatif, il faut savoir que 8 à 10 millions de Français souffrent de maux de tête, ce qui explique la fréquence des céphalées comme motif de consultation dans les services d'accueil des urgences (SAU). Ensuite, devant toute céphalée aiguë, il importe de poser rapidement un diagnostic afin d'éliminer certaines causes nécessitant sans délai un traitement spécifique. Je pense aux méningites, hémorragies méningées, thromboses veineuses cérébrales, dissections artérielles, glaucomes, etc. Enfin, il y a nécessité de proposer un traitement symptomatique efficace pour soulager rapidement le malade céphalalgique.

\* Directeur médical, Vivactis Média.

**G.M. :** Et l'hôpital Lariboisière avait donc des arguments à faire valoir pour répondre à ces critères ?

**D.V. :** Oui, dans la mesure où il possède une grosse activité d'urgences générales comportant donc de façon arithmétique, potentiellement, des urgences "céphalées". Il répond de plus à la nécessité d'une multidisciplinarité pour la prise en charge des céphalées (neuroradiologie, neurochirurgie, ORL, OPH). Enfin, il jouit d'une expertise reconnue sur le plan international dans le domaine des céphalées (migraines notamment) grâce aux travaux des équipes de neurologie, biochimie et génétique.

**G.M. :** Quelle est la provenance des patients ? Comment se déroule la consultation d'urgence ?

**D.V. :** L'origine des malades est variée. À côté des médecins généralistes connaissant notre structure, de quelques patients se présentant spontanément, nos principaux correspondants restent les neurologues, particulièrement sensibilisés aux risques de l'hémorragie méningée ou de la

**B**rouhaha, précipitation, encombrement de l'accueil des urgences générales et des urgences "céphalées", à l'hôpital Lariboisière. Mais la porte des consultations du Centre d'urgences des céphalées (CUC) franchie, on pénètre dans un autre monde. Plafonniers tamisant une lumière bleu nuit, papier muraux sobres, pastels, conversations feutrées. "Il faut respecter la très fréquente photophobie et phonophobie des patients arrivant avec des céphalées aiguës..." Premiers mots de Dominique Vallade, responsable de l'unité, qui souligne rapidement que "le CUC constitue avant tout une équipe" (4 temps plein et 4 vacataires tous neurologues, ainsi que 1 interne et 2 externes). Par le plus grand des hasards, il se trouve que cette unité "unique en Europe" a fêté, le 12 septembre, sa troisième année d'existence. ■

méningite. Ils savent qu'ils trouveront dans le CUC une structure médicalisée apte à faire dans un délai de quelques heures un bilan clinique, radiologique et biologique permettant d'affirmer un diagnostic dans 85 % des cas. Le scanner est obtenu dans la demi-heure, l'échographie-Doppler dans l'heure, quant à la PL, nous la faisons dans le cabinet de consultation... et ce mode de fonctionnement est opérationnel 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.



**G.M. : Pouvez -vous déjà dresser un bilan chiffré de l'activité de votre unité ?**

**D.V. :** Bien entendu. Prenons par exemple les statistiques de l'activité clinique pour l'année 2002 : 10 689 patients ont été vus à la consultation, se répartissant en 8 474 urgences et 2 215 consultants "à froid", ce qui représente une moyenne d'environ 24 urgences quotidiennes. On note une grande majorité de femmes, plus des deux tiers, qui provenaient à plus de 90 % de Paris ou de l'Île-de-France. Près de 78 % avaient entre 20 et 50 ans, tandis que 6 % avaient moins de 20 ans et 5 % plus de 60 ans. Dans plus de 90 % des cas, les patients ont pu rentrer chez eux avec un traitement adapté et un suivi recommandé auprès du neurologue ou du médecin généraliste.

**G.M. : Et derrière le symptôme "céphalées", quelles pathologies se dissimulaient ?**

**D.V. :** Nous avons trouvé 67 % de céphalées primaires, 17,3 % de céphalées secondaires et 15,7 % de céphalées "inclassables", c'est-à-dire pour lesquelles, malgré un bilan étiologique

complet, nous avons dû nous contenter d'un traitement symptomatique.

En allant plus avant dans la précision du diagnostic, pour les primaires, les migraines avec ou sans aura constituent plus du tiers des causes, les algies vasculaires de la face 5,7 %, les céphalées de tension 16,6 % les céphalées chroniques quotidiennes 8 % et les mixtes 2 %.

Concernant les céphalées secondaires, l'étiologie virale vient au premier rang (avec 289 cas), suivie par les sinusites (158 cas) et les céphalées post-traumatiques (123 cas). Il faut noter que 87 tumeurs ont été diagnostiquées (ce qui représente plus de 7 tumeurs par mois) avec donc, comme premier signe d'appel, des céphalées. En affinant encore l'analyse, on peut distinguer dans les 249 céphalées vasculaires : 141 hémorragies méningées, 44 AVC, 32 thromboses veineuses cérébrales, 31 dissections artérielles, 13 MAV, 10 poussées d'HTA et 18 maladies de Horton.

**G.M. : La grande diversité des étiologies que vous avez répertoriées ne doit pas vous surprendre, mais y a-t-il néanmoins**

**quelques chiffres qui méritent un commentaire particulier ?**

**D.V. :** La forte majorité des patients – âgés de 21 à 50 ans et les femmes – reflète bien la prédominance féminine dans la maladie migraineuse. On est aussi frappé par le nombre – relativement – important d'algies vasculaires de la face, ce qui laisserait à penser qu'il s'agit d'un diagnostic plus fréquent qu'on ne le pense généralement. Enfin, outre que les céphalées secondaires semblent croître aux dépens des primaires, il faut souligner l'incidence des céphalées vasculaires et, en particulier, les thromboses veineuses cérébrales et les dissections artérielles. Ces deux étiologies, considérées comme rares, sont certainement en fait méconnues, surtout lorsqu'elles prennent le caractère mono-symptomatique d'une céphalée.

**G.M. : En conclusion, peut-être un conseil pratique auquel votre expérience des céphalées vues au CUC donne valeur de règle...**

**D.V. :** Il est difficile de discuter que toute céphalée récente et nouvelle devra faire l'objet d'une neuro-imagerie rapide... avant de considérer qu'il s'agit d'une céphalée primitive. ■