**Apprentissage par raisonnement clinique (ARC)**

**Céphalées**

**Objectifs**

* + Décrire une approche de classification des céphalées.
  + Décrire les critères diagnostiques clés, les signes et symptômes et la prise en charge (pharmacologique et non pharmacologique) des causes courantes de céphalées primaires (migraine, céphalée de tension et céphalée en grappe).
  + Sur la base d’une anamnèse et d’un examen physique appropriés, déterminer si un patient souffre d’une céphalée bénigne ou d’une céphalée potentiellement grave ou fatale.
  + Reconnaître les signaux d’alerte des céphalées et leur incidence sur le diagnostic et la prise en charge.
  + Chez les patients souffrant de céphalées, déterminer ceux qui doivent être adressés à un spécialiste ou qui ont besoin de subir un examen d’imagerie cérébrale.

**Élaboration d’une approche des céphalées**

On encourage les étudiants à développer une approche d’une céphalée selon les critères suivants :

* Signaux d’alerte : céphalées graves, céphalées matinales, céphalées nocturnes, céphalées accompagnées de symptômes ou de déficits neurologiques après l’âge de 50 ans.
* Anamnèse : S’informer des caractéristiques de la céphalée : emplacement, irradiation, nature, sévérité, facteurs aggravants et soulageants et facteurs déclencheurs. S’informer s’il y a des antécédents de céphalées avec ou sans aura, de tabagisme, de prise de médicaments ou de drogues, de contraceptifs, sur les antécédents menstruels, les facteurs de stress et le milieu de travail.
* Examen physique : Signes vitaux, apparence générale, raideur nucale, examen neurologique complet, examen moteur et de l’état mental.
* Examens ciblés – aucun à moins qu’il n’y ait des signaux d’alerte
* Âge, sexe, anamnèse, examen physique et diagnostic différentiel – principaux diagnostics à envisager : migraine classique, céphalée de tension, céphalée en grappe, tumeur (bénigne ou maligne), hémorragie sous-arachnoïdienne, céphalée avec signes physiques de dépression, artérite temporale, céphalée médicamenteuse, céphalée causée par une sinusite, méningite et céphalée iatrogène secondaire à un usage inapproprié d’analgésiques oraux en vente libre.

**Scénarios cliniques**

Les étudiants auront des détails sur les cas cliniques de céphalées au fur et à mesure qu’ils poseront des questions au tuteur.

**Cas no 1**

Une femme de 35 ans vient consulter pour son examen périodique. Pendant l’examen, elle vous dit qu’elle a des céphalées bilatérales, en bandeau, qui empirent avec le stress, mais ne mentionne aucun autre facteur exacerbant particulier. Il n’y a pas de signaux d’alerte ou de signes de migraine ou de céphalée en grappe. Envisager une céphalée de tension. Démontrer ses connaissances des céphalées d’origine médicamenteuse (de rebond) et leur prise en charge.

**Cas no 2**

Une femme de 35 ans vient consulter pour son examen périodique. Elle vous dit qu’elle a des céphalées bilatérales, en bandeau, qui empirent quand elle a ses règles, mais ne mentionne aucun autre facteur exacerbant particulier. Il n’y a pas de signaux d’alerte ou de signes de migraine ou de céphalée en grappe. Envisager une céphalée de tension, une migraine menstruelle (ou migraine prémenstruelle), tenir compte effets des contraceptifs oraux, du tabagisme, des risques et des avantages, et envisager une prise en charge.

**Cas no 3**

Une femme de 35 ans vient consulter pour son examen périodique. Elle vous dit qu’elle a des céphalées unilatérales, lancinantes qui s’accompagnent de photophobie. Il n’y a aucun signal d’alerte. Envisager une migraine avec et sans aura ou un prodrome, les critères diagnostiques ainsi qu’une prise en charge immédiate et des mesures prophylactiques.

**Cas no 4**

Un homme de 72 ans présente des céphalées d’apparition récente. Il vous explique qu’elles sont unilatérales et il a remarqué que sa vision avait changé. Il pourrait avoir des antécédents de pseudopolyarthrite rhizomélique ainsi qu’une sensibilité de l’artère temporale accompagnée d’une éruption cutanée. Envisager une artérite temporale, considérer le rôle des stéroïdes et une biopsie. Envisager une cause maligne dans le diagnostic différentiel.

**Cas no 5**

Un garçon de 12 ans accuse une migraine. En quoi cela influe-t-il sur la prise en charge?

**Cas no 6**

Un joueur de hockey de 21 ans consulte pour une céphalée. À l’anamnèse, il vous dit que son mal de tête est apparu après une blessure à la tête (avec ou sans perte de connaissance) pendant une partie de hockey la veille. Les étudiants devraient connaître les signes et les symptômes des lésions cérébrales acquises, savoir quand il faut faire des examens d’imagerie et connaître le protocole de retour au jeu.

**Cas no 7**

Une adolescente de 17 ans a des maux de tête depuis 24 heures. Ils sont de plus en plus sévères et s’accompagnent de fièvre et de photophobie. Les étudiants devraient connaître les signes d’irritation des méninges et s’informer de la présence d’éruption cutanée.

**Cas no 8**

Un homme de 42 ans a des maux de tête depuis 2 semaines. Il est séropositif. Les étudiants devraient connaître les risques d’infections et de tumeurs cérébrales chez ces patients.

**Cas no 9**

Un homme de 54 ans présente une céphalée apparue soudainement à l’effort. Il n’a jamais eu de pire céphalée. Envisager une hémorragie sous-arachnoïdienne et reconnaître l’importance (et à quel moment) de faire une tomodensitométrie et une ponction lombaire.

**Ressources**

[Consensus for headaches](http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/159/1/47.pdf) ou www.cmaj.ca/cgi/reprint/159/1/47.pdf

Clinch, C. Evaluation of Acute Headache in Adults. *Am Fam Physician.* 2001 Feb 15;63(4):685-693.

[CT head rules](http://www.ohri.ca/emerg/cdr/cthead_formats.html) http://www.ohri.ca/emerg/cdr/cthead\_formats.html

Levine, Z. Mild traumatic brain injury Part 1: Determining the need to scan. *Can Fam Physician* Vol. 56, No. 4, April 2010, pp.346-349.

Levine, Z. Mild traumatic brain injury: Part 2: Concussion management. *Can Fam Physician*. Vol. 56, No. 7, July 2010, pp.658-662.

Pringsheim et al. Prophylaxis of migraine headache. *CMAJ.*2010; 182: E269-E276.

Schuurmans, A, van Weel, C. Pharmacologic treatment of migraine. Comparison of guidelines. *Can Fam Physician*, 2005 Jun; 51: 838-843.