

# Céphalées

Stéphane PEYSSON  
Octobre 2003

## Examen clinique (1)

- **Interrogatoire**
  - **Caractéristiques de la céphalée**
    - **Ancienneté**, caractère habituel ou non en cas de récurrences
    - **Mode de début ++**, mode évolutif ultérieur
    - Siège et irradiation
    - Type
    - **Facteurs déclenchants ou aggravants**
    - **Sévérité** (retentissement sur la vie quotidienne)
  - **Signes d'accompagnement**
    - Nausées et vomissements, photophobie, phonophobie
    - Cervicalgies
    - Fièvre, altération de l'état général
    - Ralentissement psychique
    - Troubles neurologiques focaux
    - Troubles somatiques associés, douleur oculaire, écoulement nasal

## Examen clinique (2)

- **Antécédents essentiels**
  - Âge du patient et antécédents médico-chirurgicaux
  - Prise de médicaments avant et depuis l'apparition des céphalées
  - Traumatisme cervico-crânien précédant les céphalées
  - Contexte psychologique et degré d'intégration socio-professionnel
- **Examen clinique**
  - **Examen général**
    - Prise de la tension artérielle et de la température
    - Appréciation globale de l'AV ( $\pm$  FO)
    - Palpation des artères temporales
  - **Examen neurologique**
    - Recherche d'une raideur méningée
    - Recherche de signes de focalisation

## Céphalées aiguës

- **Urgences diagnostiques**
  - **Hémorragie méningée**
  - **Méningite**
  - **Hypertension intracrânienne**
  - **Maladie de Horton**
- **Autres céphalées aiguës**
  - **Dissection d'une artère cervicale**
  - **Ischémie ou hémorragie cérébrale**
  - **Ophthalmoplégie douloureuse**
  - **Causes extra-neurologiques**
    - **Poussée d'hypertension artérielle**
    - **Glaucome aigu à angle fermé**
    - **Sinusite aiguë**

## Urgences diagnostiques (1)

- **Hémorragie méningée**
  - **Céphalée d'apparition explosive**, spontanée ou après un effort
  - **Syndrome méningé apyrétique**
    - Nausées et vomissements, photophobie
    - Raideur de nuque
    - Recherche de signes de focalisation
  - **Scanner cérébral sans injection  $\pm$  ponction lombaire**
- **Méningite**
  - **Céphalée d'installation progressive** en quelques heures
  - **Syndrome méningé fébrile**
  - **Ponction lombaire d'emblée**
    - En l'absence de signes de focalisation (sinon TDM avant)
    - Examen du LCR +++ (bactériologique ...)

## Urgences diagnostiques (2)

- **Hypertension intracrânienne**
  - **Clinique**
    - **Céphalées**
      - À prédominance matinale ou en seconde période de nuit
      - Aggravées en position allongée et par l'effort
      - Résistantes aux antalgiques
    - **Vomissements**
    - **Ralentissement psychique**
    - **Signes visuels**
      - Diplopie (paralysie du VI)
      - Flou visuel (œdème papillaire au FO)
    - **Recherche de signes de focalisation**
  - **Examen complémentaire** : imagerie
    - **Scanner cérébral sans et avec injection**
    - **IRM encéphalique**
  - **Contre-indication absolue de la ponction lombaire ++++**

## Urgences diagnostiques (3)

- **Maladie de Horton**
  - **Clinique**
    - **Céphalée prolongée inhabituelle** chez un sujet de **plus de 50 ans**
    - Lourdeur des régions temporales
    - Hyperesthésie du cuir chevelu
    - Claudication intermittente des mâchoires
    - Altération de l'état général
    - Tableau associé de pseudo-polyarthrite rhizomélique (50 %)
    - Alerte : cécité monoculaire transitoire +++
    - Palpation des artères temporales (induration, douleur, non pulsatilité)
  - **Diagnostic**
    - Présence d'un **syndrome inflammatoire (VS, CRP)**
    - Efficacité de la corticothérapie orale
    - Biopsie de l'artère temporale

## Autres céphalées aiguës (1)

- **Dissection d'une artère cervicale**
  - Traumatisme cervical direct ou indirect (parfois spontané)
  - Cervicalgies
  - Signe de Claude-Bernard-Horner (carotide interne)
- **Thrombophlébite cérébrale**
  - céphalées de tout type
  - terrain prédisposant
- **Ischémie ou hémorragie cérébrale** (Céphalée fréquente)
- **Ophthalmoplégie douloureuse**
  - évoquer un **anévrisme +++**

## Autres céphalées aiguës (2)

- **Névralgie d'Arnold**
  - Conflit du nerf occipital avec la charnière osseuse
  - Douleur en éclair déclenchée par les mouvements du cou et irradiant en hémicrâne jusqu'à la région frontale
- **Causes extra-neurologiques**
  - **Poussée d'hypertension artérielle** (prise systématique de la TA)
  - **Glaucome aigu à angle fermé**
    - Douleur péri-orbitaire
    - Œil rouge douloureux
  - **Sinusite aiguë**
    - Céphalée frontale positionnelle
    - Rhinorrhée
    - Douleur à la pression des sinus maxillaires

## Céphalées chroniques

- **Céphalées par accès successifs avec intervalle libre**
  - **Migraine**
  - **Algie vasculaire de la face**
  - **Névralgies du trijumeau**
  - **Névralgie d'Arnold** (hyper rare)
- **Céphalées chroniques continues**
  - **Céphalée de tension (psycho-gènes)**
  - **Céphalées post-traumatiques**
  - **Céphalées par abus d'antalgiques**
  - **Migraine chronique**
  - **Causes extra-neurologiques**
  - **Cervicalgies chroniques** (rare)

## Migraine (1)

- **Généralités**
  - **Céphalée la plus fréquente** (12 % de la population)
  - **Prédominance féminine** (ratio 3:1)
  - Peut être intriquée avec d'autres céphalées
- **Migraine sans aura (commune)** : épisodes de céphalées
  - **Unilatérale** (hémicrâne) (parfois bilatérale)
  - **Alternante**
  - **D'installation progressive**
  - **Pulsatile**
  - **Signes d'accompagnement**
    - **Nausées ou vomissements**
    - **Photophobie et/ou phonophobie**
  - **Durée : 4 - 72 h** (en moyenne 12 - 24 heures)

## Migraine (2)

- **Migraine avec aura (25 %)**
  - Présence de **manifestations neurologiques focalisées** précédant ou accompagnant la céphalée, classiquement controlatérales
  - **Mode d'apparition de l'aura**
    - **Progressive (5 min)** : marche migraineuse
    - **Régression en moins d'une heure +++**
  - **Type de l'aura**
    - **Aura ophtalmique +++**
      - Scotome scintillant le plus fréquent
      - Hémianopsie latérale homonyme
    - **Aura sensitive ++**
      - Paresthésies non douloureuses chéiro-orales
      - Extension en tache d'huile
    - **Autres auras (rares) : méfiance !!**
      - troubles du langage
      - déficit moteur

## Migraine (3)

- **Recherche de facteurs déclenchants**
  - **Contrariété, stress professionnel ou repos** (week-end)
  - **Facteurs hormonaux** : règles, contraception orale
  - **Facteurs alimentaires** : chocolat, alcool (vin blanc)
  - **Facteurs sensoriels** (lumière clignotante, bruit, odeurs ...)
- **Diagnostic porté sur**
  - **Interrogatoire +++**
    - **Répétition d'épisodes céphalalgiques (au moins 5)**
    - **Caractéristiques des épisodes céphalalgiques**
    - **ATCD familiaux de migraine**
    - **Début dans l'enfance ou l'adolescence**
  - **Normalité de l'examen clinique +++**

## Migraine (4)

- **Traitement**
  - **Éradication des facteurs déclenchants**
  - **Rechercher des facteurs aggravants** (abus de médicaments)
  - **Traitement de la crise** (pas en préventif +++)
    - **Prise le plus tôt possible dès le début de la crise**
    - **Antalgiques non spécifiques** (aspirine, paracétamol, ibuprofène ...)
    - **Traitement spécifique**
      - Dérivés de l'ergot de seigle
      - **Triptans ++**
  - **Traitement de fond**
    - **Non systématique !!!** : retentissement sur la vie quotidienne
    - **Nombreuses spécialités**
      - Bêta-bloquants : propranolol, métoprolol
      - Antidépresseurs tricycliques : amitriptyline
      - Inhibiteurs calciques : vérapamil
      - NOCERTONE, SIBELIUM, SANMIGRAN, VIDORA ...

## Algies vasculaires de la face (1)

- **Généralités**
  - Cause plus rare de céphalée du sujet jeune
  - Prédominance masculine
- **Caractéristiques cliniques**
  - **Douleur**
    - Péri-orbitaire unilatérale, toujours du même côté
    - D'intensité extrême maximale en quelques minutes
    - À type d'arrachement, de déchirement ou de brûlures
    - Durant 15 minutes à 3 heures
  - **Manifestations neurovégétatives homolatérales**
    - Larmoiement, congestion nasale, sudation cutanée
    - Parfois Claude-Bernard-Horner homolatéral
  - **Évolution selon une double périodicité**
    - Tous les jours pendant une période de 1 à 3 mois
    - Répétition volontiers saisonnière

## Algies vasculaires de la face (2)

- **Traitement**
  - **Facteur déclenchant** : éviter l'alcool !!
  - **Traitement des accès**
    - **Oxygénothérapie** (au moins 6 l/min pendant 15 min)
    - **Sumatriptan sous-cutané**
  - **Traitement de fond**
    - **Vérapamil = ISOPTINE en première intention**
    - Corticoïdes ...
    - Voire antidépresseurs tricycliques, lithium

## Névralgie du trijumeau (1)

- **Clinique**
  - **Douleur névralgique**
    - **Siège** : unilatéral, territoire V2 ou V3 (exceptionnellement V1)
    - **Type** : décharges électriques fulgurantes (tic douloureux)
    - **Mode de déclenchement**
      - Spontanée
      - Activités spécifiques répétées
      - Effleurement d'une zone « gâchette » (trigger zone)
    - **Évolution**
      - Salves douloureuses sur quelques minutes
      - Séparées par des intervalles libres de toute douleur (réfractaire)
  - **Examen clinique**
    - **Névralgie essentielle** : intégrité du V :
      - pas d'hypoesthésie
      - réflexe cornéen normal
    - **Névralgie symptomatique**

## Névralgie du trijumeau (2)

- **Étiologie**
  - **Névralgie essentielle**
    - Surtout la femme après 50 ans
    - Conflit vasculo-nerveux : entre une branche du V et une artère naissant du tronc basillaire
    - Intérêt de l'angio-IRM
  - **Névralgie symptomatique**
    - **Atteinte du tronc cérébral**
      - Sclérose en plaque ++
      - Syringobulbie, tumeur intra-axiale ...
    - **Atteinte de l'angle ponto-cérébelleux**
      - Neurinome de l'acoustique ++
      - Méningiome, cholestéatome ...
    - **Atteinte de la base du crâne**

## Névrалgie du trijumeau (3)

- **Traitement des névralgies essentielles**
  - **Médicamenteux**
    - Carbamazépine (TEGRETOL)
    - Autres : RIVOTRIL, DIHYDAN, NEURONTIN ...
  - **Chirurgical** :
    - Décompression vasculaire microchirurgicale du trijumeau
    - Thermocoagulation percutanée du ganglion de Gasser (âgé)
- **Traitement des névralgies symptomatiques**
  - **Traitement étiologique**
  - **Traitement médicamenteux symptomatique** (cf supra)

## Céphalées de tension (1)

- **Clinique**
  - **Céphalée ancienne et permanente**
  - **Céphalée diffuse**, prédominant au vertex et dans les régions cervico-dorsales (sensation de lourdeur)
  - **Absence de signe d'accompagnement**
  - **Absence de retentissement sur la vie quotidienne et le sommeil** (contrastant avec une gêne décrite comme majeure)
  - **Aggravation en période de tension psychologique** et amélioration en période de détente
  - Douleur à la palpation des muscles cervicaux para-vertébraux et des trapèzes
  - **Troubles psychologiques** (syndrome anxio-dépressif)

## Céphalées de tension (2)

- **Traitement**
  - **Soutien psychologique**
  - **Conseil d'hygiène de vie** : période de détente
  - **Décontraction musculaire**
    - Séance de massage
    - Myorelaxants
  - **Médicaments**
    - Benzodiazépines
    - Amitriptyline

## Céphalée post-traumatique

- **Traumatisme crânien de gravité variable**
- **Clinique** : ensemble de plaintes multiples
  - Céphalées
  - Irritabilité
  - Troubles de la concentration
  - Difficultés mnésiques
- **Examens complémentaires** : normaux
- **Traitement** : difficile
  - **Soutien psychologique +++**
  - **Médicaments**
    - Anxiolytiques
    - ± antidépresseurs (amitriptyline)

## Céphalées par abus d'antalgiques

- **Clinique**
  - **Sur un terrain céphalalgique** (migraine ...)
  - **Cercle vicieux**
    - Prise préventive d'antalgiques ou de triptans
    - De plus en plus fréquentes
    - Majoration des céphalées ...
- **Traitement**
  - **Hospitalisation**
  - **Arrêt des médicaments responsables**
  - **Perfusion d'amitriptyline**
  - **Traitement de la céphalée chronique**