

# *Céphalées et algies crânio-faciales*

## Introduction

- Les céphalées ou « maux de tête » constituent un motif fréquent de consultation ; leur cause va de la plus banale à la plus grave
- On distingue les céphalées primitives sans substratum lésionnel et les céphalées symptomatiques ou secondaires relevant d'une cause déterminée
- Les éléments essentiels du diagnostic sont l'interrogatoire et l'examen clinique (neurologique et général)

## Classification de l'International Headache Society (1988)

- **Migraine** : Migraine sans aura, Migraine avec aura, Autres formes de migraine
- **Céphalées de tension** : céphalées de tension épisodique, céphalées de tension chronique
- **Algie vasculaire de la face et formes apparentées** : Algie vasculaire de la face (épisodique et chronique), Hémicrânie chronique paroxystique
- **Céphalées circonstancielle** (non liées à une lésion organique) : céphalée idiopathique en coup de poignard, céphalées par compression externe, céphalées induites par le froid ; céphalée bénigne de la toux, céphalée bénigne de l'exercice physique, céphalée coïtale
- **Céphalée post-traumatique** : céphalée post-traumatique aigue, céphalée post-traumatique chronique
- **Céphalée associée à une pathologie vasculaire** : accident vasculaire ischémique aigu, hématome intracrânien (intracérébral, sous dural, épidual), hémorragie méningée, malformation vasculaire non-rompue, artérite de Horton et autres artérites, douleur artérielle carotidienne ou vertébrale (dissection, carotidynie), thrombose veineuse cérébrale, HTA
- **Céphalée associée à une pathologie non-vasculaire** : hypertension du LCR, hypotension du LCR, infection intracrânienne, sarcoïdose intracrânienne et autres pathologies inflammatoires, injections intrathécales, néoplasie intracrânienne
- **Céphalée associée avec des substances ou leur sevrage** : exposition aigue à une substance (nitrate, glutamate, CO, alcool...), exposition aigue à une substance (ergotamine, analgésiques...), sevrage après une exposition aigue, sevrage après une exposition chronique
- **Céphalée associée à une infection non-céphalique** : infection virale ou bactérienne
- **Céphalée associée à un désordre métabolique** : hypoxie, hypercapnie, hypoxie- hypercapnie, hypoglycémie, dialyse
- **Céphalée associée à une affection du crâne, du cou, des yeux, des oreilles, du nez, des sinus, des dents, de la bouche ou autres structures crâniennes ou faciales**
- **Névralgies crâniennes, douleurs des troncs nerveux et douleurs de désafférentation** : douleur permanente d'un nerf crânien (compression, démyélinisation, ischémie, inflammation), névralgie du trijumeau, névralgie du glosso-pharyngien, névralgie du nerf intermédiaire, névralgie du nerf laryngé supérieur, névralgie occipitale, anesthésie douloureuse et douleur thalamique
- **Céphalée non-classable**

## Migraine

### Définition

La migraine est une affection neurologique chronique se manifestant par des crises de céphalées idiopathiques et récurrentes très variables dans leur intensité, fréquence et durée. On distingue 2 types :

- **Migraine sans aura** : la plus fréquente, où la céphalée est isolée
- **Migraine avec aura** : où la céphalée est précédée ou accompagnée d'un trouble neurologique focal, transitoire et d'évolution progressive (troubles visuels, sensitifs, moteurs, du langage).

Le diagnostic est basé sur l'interrogatoire et la normalité de l'examen clinique.

## Epidémiologie

- Il s'agit d'une affection de l'adulte jeune avant l'âge de 40 ans
- En France, la prévalence est estimée chez l'adulte à 12 % de la population générale et de 5 % chez l'enfant
- Une nette prépondérance féminine (70 %)
- Le caractère familial de la migraine est connu depuis longtemps
- La migraine est souvent associée à d'autres pathologies (dépression, troubles du sommeil, épilepsie, lombalgies, allergies)

## Physiopathologie

- La céphalée de la crise de migraine est due à une vasodilatation des artères extra-cérébrales, dure-mère et scalp (distension des artères méningées). Cette vasodilatation accompagnée d'une inflammation non-infectieuse est due à l'activation du système trigémino-vasculaire par un facteur qui reste inconnu provoquant la libération de neuropeptides vaso-actifs (substance P, neuro-kinine A...)
- Les symptômes neurologiques de l'aura migraineuse pourraient être dus à une dépression neuronale envahissante s'étendant progressivement sur le cortex cérébral en partant du pôle occipital en rapport avec une réduction du débit sanguin cérébral par vasoconstriction intracérébrale

## Clinique

- **Migraine sans aura** : c'est la plus fréquente des migraines, caractérisée par des crises de céphalées entre lesquelles le sujet est asymptomatique (pas de fond douloureux)
  - La douleur est typiquement unilatérale, pulsatile, accompagnée de nausées et de photophobie, aggravée par l'effort, la lumière, le bruit, les odeurs, et soulagée par le calme, le repos, et l'obscurité
  - Les facteurs déclenchants les crises de migraine sont : psychologiques (stress, émotion...), hormonaux (règles, pilule), alimentaires (alcool, chocolat, œufs...), sensoriels (odeurs fortes...)
  - L'intensité de la douleur est variable, souvent intense, obligeant le patient à interrompre toute activité
- **Migraine avec aura** : les crises de céphalée sont précédées ou plus rarement accompagnées d'une aura, c'est-à-dire d'un dysfonctionnement neurologique focal transitoire.
  - **Aura visuelle** : est la plus fréquente (classique migraine ophtalmique) : scotome scintillant sous forme de lignes en zigzag, phosphènes, rarement une Hémianopsie Latérale Homonyme, métamorphopsie.
  - **Aura sensitive** : paresthésies cheiro-orales unilatérales.
  - **Aura aphasique et hémiparésie** : sont encore plus rares
- **Migraine de l'enfant** : la crise de migraine peut avoir une topographie frontale, ou se manifester par d'autres signes : vertiges récidivants, douleurs abdominales ou vomissements cycliques.
- **Autres types de migraines** : migraine basilaire, migraine hémiplégique, migraine ophtalmoplégique

## Complications

- **Etat de mal migraineux** : persistance au-delà de 72 heures d'une crise de migraine.
- **Infarctus migraineux** : constitution d'un infarctus cérébral confirmé par la neuro-imagerie au décours d'une migraine avec aura.

## Diagnostic différentiel

- **Migraine sans aura** : céphalées de tension, algie vasculaire de la face, sinusite, affection dentaire.
- **Migraine avec aura** : accident ischémique transitoire, crise d'épilepsie focale, céphalée symptomatique d'une tumeur ou malformation cérébrale

## Examens complémentaires

- **TDM et IRM cérébrale** : indiquée si migraine atypique ou compliquée.
- **EEG** : aucune indication

## Traitement

### Traitement de la crise migraineuse

- **Antalgiques** : aspirine, paracétamol, dextropropoxyphène...
- **Anti-inflammatoires** : Ibuprofène, Naproxène, Diclofénac...
- **Dérivés de l'ergotamine** : tartrate d'ergotamine (Gynérgène Caféiné), Dihydro-ergotamine forme injectable ou spray
- **Triptans** : Sumatriptan (Imigrane).

Les antalgiques et les AINS sont des traitements de 1<sup>ère</sup> intention, les autres traitements sont des agonistes des récepteurs sérotoninergiques : anti-migraineux spécifiques utilisés en cas d'échec des premiers, du fait de leur toxicité (risque d'ischémie distale des membres) et l'accoutumance qu'ils provoquent.

### Traitement de fond

- **β-bloquants** : Propranolol (Avlocardyl), Atenolol, Lopressor...
- **Antagonistes calciques** : Flunarizine
- **Antagonistes de la sérotonine** : Pizotifène (sanmigran), Methysergide...
- **Di-Hydro-Ergotamine (DHE)** : per os est le plus utilisé à 10 mg/j
- **Autres** : Antidépresseurs tricycliques (Amitriptyline), Anti-épileptiques (Dépakine) gabapentine

### Autres traitements

- Psychothérapie, Relaxation, Acupuncture
- Pour la migraine cataméniale (règles) : œstradiol en gel percutané 1,5 mg 48h à l'avance

### Algie vasculaire de la face

- La douleur est orbitaire et/ou périorbitaire, pouvant irradier de façon homolatérale vers le front, la joue, la gencive supérieure, la tempe et l'oreille mais qui siège toujours du même côté
- Elle touche avec prédilection l'homme ; la durée des accès, qui peuvent survenir le jour comme la nuit, est de 10 mn à 3 heures sans rémission ; l'évolution est caractérisée par des périodes douloureuses de plusieurs semaines séparées par des intervalles libres de plusieurs mois pendant lesquels le sujet ne souffre pas
- La céphalée est associée à au moins un des caractères suivants : larmoiement, rougeur conjonctivale, congestion nasale, rhinorrhée, sudation du front et de la face, myosis et ptôsis (syndrome Claude Bernard Horner), œdème de la paupière.

### Névrалgie du trijumeau

- La névralgie essentielle du V comporte une douleur unilatérale, limitée le plus souvent à une seule branche avec prédilection pour le nerf maxillaire supérieur (V2) ou inférieur (V3).
- Elle est intense et paroxystique : éclairc douloureux à type de décharge électrique, sensation de broiement ou d'arrachement, de durée très brève mais se groupant en salves réalisant des accès de 1 à 2 mn
- La douleur est toujours violente insupportable le patient pouvant rester figé, l'hémiface parfois « crispée » d'où le terme de « tic douloureux de Trousseau »
- Il existe une zone cutanée « zone gâchette » dont la stimulation directe (frôlement surtout) ou indirecte (parole, brossage des dents, rire) déclenche l'accès
- On s'assurera de la normalité de la sensibilité faciale et cornéenne, du réflexe cornéen, de l'intégrité du V moteur et du reste de l'examen neurologique
- Le traitement médical fait appel à la Carbamazépine (Tégréto) dont l'efficacité constitue un bon test diagnostique à la dose de 3 – 4 cp de 200 mg

### Céphalées psychogènes

- Elles sont très fréquentes, permanentes et résistantes aux antalgiques dont certains sièges sont évocateurs : nucaigies basses, vertex
- Dans ce groupe, on peut isoler les céphalées de tension qui sont liées à une contraction anormale des muscles cervicaux chez les sujets anxieux et se traduisant par une impression de lourdeur de la nuque.