

Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique

Université de Constantine 3 Salah Boubnider



**Faculté de médecine de Constantine
Département de médecine**

CEPHALEES ET MIGRAINES

Dr H.SEMRA

Année Universitaire 2021-2022

Plan

I - Introduction

II - Démarche diagnostique

III - Diagnostic étiologique

IV - Céphalées primaires

A - Migraine

B - Céphalées de tension

I - INTRODUCTION

- La **céphalée** est un symptôme subjectif qui correspond à une douleur ressentie au niveau de la boîte crânienne.
- Elle représente le motif de consultation très fréquent en neurologie.
- on distingue :

Les céphalées primaires (sans lésion sous-jacente)
d'évolution chronique sur des mois ou des années
sous forme de **crises stéréotypées** entre lesquelles le patient est asymptomatique.

Les céphalées secondaires :
d'apparition aiguë ou récente, peuvent mettre en jeu le pronostic vital nécessitant une exploration urgente.

II - DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

A - Interrogatoire :

- mode d'installation (brutal, lentement progressif)
- profil évolutif
- Age de survenue
- Antécédents : pathologie vasculaire cérébrale , pathologie tumorale, cérébrale..;
- Caractéristiques de la céphalée (topographie-type-intensité-irradiation)
- Signes et symptômes associés
- Facteurs déclenchants
- Circonstances d'apparition: traumatisme crânien, prise ou sevrage de substance, PL...

B - Examen clinique

Examen Neurologique

- Recherche de signes de focalisation :
troubles du langage, atteinte des paires crâniennes, déficit moteur, déficit sensitif, signe de Babinski syndrome d'HIC....
- Le fond d'œil : recherche un œdème papillaire.

Examen Somatique

palpation des globes oculaires, des sinus et des artères temporales, TA, T°, pou...

C – Examens Complémentaires

Demandés devant :

- Céphalée d'installation brutale et intense
- Céphalée d'aggravation progressive
- Présence de signes de focalisation ou de crises épileptiques
- Présence d'anomalies à l'examen somatique
- Modification des caractères de la céphalée chez un céphalalgique connu

- **TDM / IRM cérébrale** : HSA, AVC ,processus expansif
- **Angio RM cérébrale** : thrombose veineuse cérébrale, malformation Vasculaire cérébrale
- **Ponction Lombar** : méningite
- **Écho doppler cervical** : dissection des artères cervicales
- **Bilan biologique** : VS CRP

III- Diagnostic étiologique

Repose sur la classification des céphalées établie par L'international Headache Society (ICHD-3)

- ❖ Principales étiologies des céphalées primaires :
 - La migraine
 - La céphalée de tension

- ❖ Principales étiologies des céphalées secondaires
 - Traumatismes cérébraux ou cervicaux
 - Affections vasculaires cérébrales ou cervicales : HSA, AIC, HIP, TVC, malformations vasculaires, dissection des artères cervicales et vertébrales
 - Hydrocéphalie, HIC,
 - Processus expansifs cérébraux (abcès, tumeurs)
 - Causes infectieuses : méningite, méningoencéphalite...
 - Causes locorégionales : glaucome aigu sinusite, otite...
 - Artérite de Horton (chez le sujet âgé)
 - Poussée hypertensive
 - Désordres métaboliques (hypoxie, hypercapnie, hypoglycémie...)

- ❖ **Principales étiologies des céphalées selon leur mode évolutif**
 - CEPHALEES AIGUES :
 - HÉMORRAGIE MÉNINGÉE
 - MÉNINGITE AIGUE
 - HYPERTENSION INTRACRANIENNE AIGUE
 - LEUCOENCEPHALOPATHIE POSTÉRIEURE RÉVERSIBLE (HTA MALIGNE)
 - DISSECTION CAROTIDIENNE OU VERTEBRALE
 - THROMBOPHLEBITE CÉRÉBRALE
 - GLAUCOME AIGU À ANGLE FERMÉ
 - SINUSITE AIGUE

 - CÉPHALÉES SUBAIGUES D'AGGRAVATION PROGRESSIVE :
 - PROCESSUS EXPANCIF INTRACRANIEN
 - THROMBOPHLEBITE CÉRÉBRALE
 - MALADIE DE HORTON
 - MÉNINGITE SUBAIGUE

IV - CÉPHALÉES PRIMAIRES

A - LA MIGRAINE

- La migraine est une affection très fréquente pouvant entraîner une altération de la qualité de vie du patient.
- Prévalence de **10 à 12%** de la population générale
- Age de début avant **40 ans**
- Prédominance féminine (**2-3 fois plus fréquente chez la femme**)
- Il existe une composante génétique complexe
- Évolue par crises récurrentes
- Comorbidité : HTA, AIC, épilepsie, dépression, anxiété...

Diagnostic de la migraine

Le diagnostic repose sur l'interrogatoire et la normalité de l'examen clinique (ne nécessite pas d'examen complémentaires si la sémiologie est typique)

- Deux types de migraines

- La migraine sans aura
- La migraine avec aura

- Les deux types de migraine peuvent coexister chez un même patient.

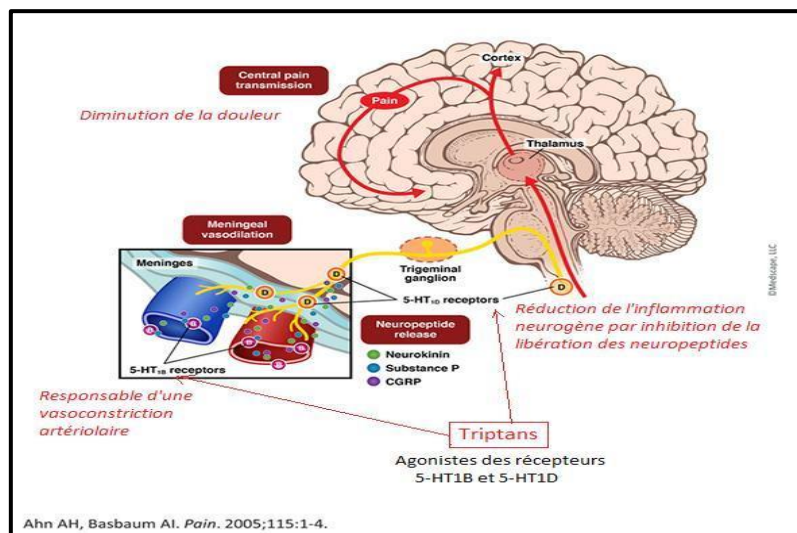
Physiopathologie

- la migraine est une maladie neurovasculaire sous-tendue par une susceptibilité génétique complexe

La céphalée

- Est due à une Activation du système trigémino-vasculaire qui provoque une libération de **neuropeptides vaso-actifs** dans la paroi des vaisseaux méningés : **sérotonine-histamine – dopamine – substance P - CGRP (calcitonine gene related peptide)..**

Ces neuropeptides entraînent une **inflammation neurogène** et une **vasodilatation** des vaisseaux sanguins avec une extravasation du plasma et libération de substances **algogènes** qui transmettent aux centres nerveux les message douloureux.

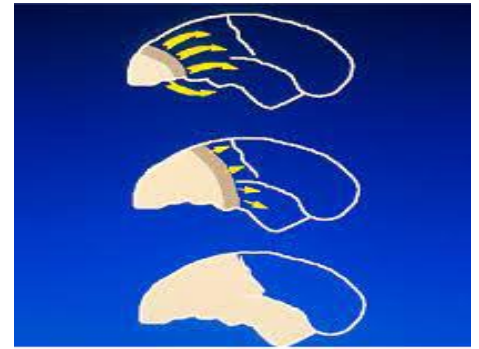


Ahn AH, Basbaum AI. *Pain*. 2005;115:1-4.

❑ L'aura migraineuse

Provoquée par une **Dépression corticale envahissante**, elle correspond à une hyperexcitabilité neuronale qui se propage lentement (3-4mm/min) de proche en proche dans le cortex d'arrière en avant entraînant une **vasoconstriction** artérielle.

Il en résulte une réduction du débit sanguin focal (**20-30%**) et des **variations ioniques** ce qui entraîne un **dysfonctionnement neuronal transitoire** à l'origine des symptômes de l'aura.



1 - MIGRAINE SANS AURA

- La plus fréquente (80%-90%).
- La céphalée est souvent précédée de prodromes : troubles de l'humeur, irritabilité, asthénie, somnolence, tendance dépressive ou euphorique, sensation de faim...

La céphalée:

- s'installe de manière progressive.
- à n'importe quel moment de la journée (la nuit, le petit matin)
- paroxysme en (2 - 4H)
- typiquement unilatérale à bascule
- de topographie : surtout fronto-temporale, parfois occipitale
- de caractère pulsatile.
- d'intensité variable chez le même sujet

Les signes d'accompagnement

- Nausées (90%des cas), Vomissements (50%des cas)
- Photophobie
- Phonophobie
- Pâleur du visage, hypotension orthostatique, impression d'instabilité

Critères de diagnostic de la migraine sans aura selon (IHS)

- A.** Au moins **cinq crises** répondant aux critères B-D
- B.** Crises de céphalées durant **4 à 72 heures** (sans traitement)
- C.** Céphalées ayant au moins deux des caractéristiques suivantes :
 - **Unilatérale**
 - **Pulsatile**
 - **Modérée ou sévère**
 - **Aggravée** par les efforts physiques de routine (monter les escaliers)
- D.** Durant la céphalée, au moins l'un des caractères suivants :
 - **Nausées et/ou vomissements**
 - **Photophobie et phonophobie**

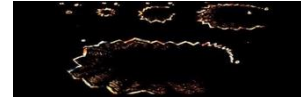
2 - MIGRAINE AVEC AURA

L'aura :

- Se caractérise par la présence de signes neurologiques focaux transitoires totalement réversibles
- Précède ou accompagne la céphalée migraineuse
- Contralatérale à la céphalée
- Installation progressive sur plus de **5mn (marche migraineuse)**
- Durée entre **5 mn** et **60 mn** (moyenne 30 mn).

Les différents types d'aura :

- **Auras visuelles** : les signes visuels sont bilatéraux (scotomes scintillants, phosphènes, flou visuel, bordures en zigzag...).
- **Auras sensitives** : les signes sensitifs sont unilatéraux (fourmillements, engourdissement). débute au niveau des doigts et en péri-buccal
- **Troubles du langage** : aphasie ou dysarthrie
- **Auras motrices** : très rares migraine hémiplégique
- **Migraine basilaire** : dysfonctionnement du tronc cérébral (dysarthrie, vertige, acouphènes, hypoacousie, diplopie...)
- Le diagnostic repose sur la présence d'au moins **deux** crises répondant aux critères diagnostiques de la migraine avec aura
- Le diagnostic différentiel se fait avec l'AIT et une crise épileptique partielle.



3 - Facteurs déclenchant une crise de migraine

- **Facteurs psychologiques** : anxiété, émotion
- **Facteurs hormonaux** : menstruations, contraceptifs oraux
- **Modification du mode de vie** : changement de travail, voyage..
- **Facteurs sensoriels** : lumière, bruit, odeur, vibrations...
- **Aliments** : alcool, chocolat, graisses cuites, fromages, agrumes..
- **Facteurs climatiques** : Vent, chaleur, froid.

Facteurs aggravants la céphalée : mouvements de la tête, toux, l'effort physique

Facteurs soulageant la céphalée : le repos, la fermeture des yeux, le calme

4 - Complications de la migraine

- Migraine chronique** : céphalée migraineuse qui dure plus de 15 jours \mois pendant plus de 3 mois.
- État de mal migraineux** : crise de migraine sans aura sévère qui dure plus de 72 heures sans rémission.
- Infarctus migraineux** : évoqué lorsque un ou plusieurs symptômes de l'aura dure plus de 1 heure, associés à une ischémie cérébrale mise en évidence par la neuro-imagerie.
- Crise d'épilepsie déclenchée par une aura migraineuse**

5 - Traitement de la migraine

Traitement de la crise

- Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) :
 - Ibuprofène, diclofénac, ketoprofène ...pris dès le début de la crise migraineuse

- . Le Paracétamol n'est plus indiqué en 1^{ère} intention : risque d'induire des céphalées chroniques par abus médicamenteux
- **Triptans** (agonistes sélectifs des récepteurs 5HT₁ de la sérotonine)
 - Sumatriptan (Imigrane®):cp à 50mg 50-100mg/j,spray à 10-20mg,injection s\c 6mg/j
 - Zolmitriptan(Zomig®) cp a 2,5mg - Elétriptan(Relpax®)cp a 40mg
 - Dans migraine sans aura la prise se fait dès le début de la céphalée
 - Dans la migraine avec aura la prise doit se faire après la disparition de l'aura
- Contre-indications des triptans : cardiopathie ischémique, pathologies Vasculaires, HTA
- En cas d'échec de la monothérapie association d'un AINS et d'un triptan
- **Dérivés ergotés** :
 - Tartrate d'ergotamine, Dihydroergotamine (DHE) solution endonasale et solution Injectable. Moins utilisés du fait du risque d'ergotisme en cas de surdosage
- **Traitement adjuvants** : Antiémétiques, anxiolytiques
- Suppression des facteurs aggravant la crise et mise au repos dans le calme

❑ **Traitement de fond**

- **Objectif** : réduire la fréquence, la durée et l'intensité des crises
- **Indications** : - altération de la qualité de vie
 - plus de 2 crises sévères par mois
 - prise d'un traitement de crise plus de **2** jours par semaine depuis **3** mois
- **Durée du traitement** : de **6** mois a **1** année en cas d'efficacité (réduction d'au moins **50%** de la fréquence des crises dans un délais de 3 mois) puis diminuer très lentement avant l'arrêt.
- En cas d'échec : augmentation progressive de la posologie afin d'éviter les effets Indésirables ou prescription d'un autre traitement de fond.
- La tenue de l'agenda de crise permet d'apprécier l'efficacité du traitement
- **Médicaments** : Bêtabloquants (Propranolol, Metoprolol) , Amitriptyline (Laroxyl), Antisérotonergiques (Pizotifen), Anti épileptiques (Topiramate Gabapentine, Valproate de sodium), Dihydroergotamine (Seglor), Anticorps monoclonaux anti CGRP, Toxine Botulinique.
- Le choix de la molécule tient compte des comorbidités associées.

B - CEPHALEES DE TENSION

- La céphalée de tension est la plus fréquente des céphalées primaires, elle représente 10% de l'ensemble des céphalées
- Sa prévalence dans la population générale est de 30-78%
- Légère prédominance féminine
- Coexiste avec la migraine chez le même patient

Physiopathologie

- Les mécanismes physiopathologiques ne sont pas encore bien élucidés
- Repose sur des hypothèses :
 - **Mécanismes périphériques** : concernent la céphalée de tension épisodique :
Augmentation de la tension et de la sensibilité des muscles péricraniens (Trapèze au niveau du cou, Masséter et Temporal au niveau de la face)
 - **Mécanismes centraux** : concernent la céphalée de tension chronique :
Liés à un mauvais fonctionnement des systèmes de contrôle de la douleur

Diagnostic

- Repose sur :
 - L'interrogatoire
 - La normalité de l'examen clinique
- Les examens complémentaires ne seront demandés qu'en cas de doute
- En cas d'abus médicamenteux en antalgiques le diagnostic de céphalées de tension sera retenu si persistance des céphalées après sevrage des antalgiques.

Description

- Type de la Douleur : pression, serrement (non pulsatile),
- Intensité : légère à modérée
- Topographie : bilatérale
- Absence d'aggravation par l'activité physique de routine (la marche ou la montée des escaliers)
- Absence de Nausées et de vomissements
- Photophobie ou photopobie (pas d'association des deux)
- A L'examen clinique une augmentation de la sensibilité péricrânienne a la palpation manuelle des muscles péricraniens peut se voir.

Evolution

L'évolution se fait selon un mode épisodique ou chronique

1 - Céphalée de tension épisodique

Céphalée de tension épisodique peut fréquente

- Nécessite au moins **10** épisodes céphalalgiques survenant moins de 1 jour/mois
- La durée des épisodes céphalalgiques est de **30** min à **7** jours

Céphalée de tension épisodique fréquente

- Nécessite au moins **10** épisodes céphalalgiques survenant entre **1** et **14** jour/mois
- La durée des épisodes céphalalgiques est de **30** min à **7** jours

2 - Céphalée de tension chronique

- La céphalée survient au moins **15** jours/mois en moyenne sur plus de 3 mois
- Les épisodes céphalalgiques durent des heures ou des jours ou persistent de façon continue

Traitement

1 - Traitement de la crise

Indiqué pour les céphalées de tension épisodiques

- Les anti inflammatoires non stéroïdiens : médicaments de 1^{ère} intention
Ibuprofène 800mg/j – Naproxène - Kétoprofène
- Aspirine, Paracetamol

Le traitement de crise ne doit pas dépasser 2 jours par semaine afin d'éviter l'abus médicamenteux

2 - Traitement prophylactique :

- Indiqué pour les céphalées de tension épisodiques fréquentes et la céphalée de tension chronique
- Repose essentiellement sur les antidépresseurs tricycliques:
Amitriptyline – Clomipramine
- Le traitement doit être pris le soir au coucher et à des doses très progressives

3 – Traitement non pharmacologique

- Relaxation, Biofeedback
- Thérapies cognitives et comportementales
- massage, stimulations électriques transcutanée, application de chaud et de froid....