

CONDUITE A TENIR DEVANT DES CEPHALEES

Dr Bouchetara

-La **céphalée**, c'est-à-dire toute **plainte douloureuse** centrée sur la région **crânienne**.

-C'est l'un des motifs les plus **fréquents** de consultation.

-Les causes en sont très variées, le plus souvent **bénignes**.

-Un certain nombre d'affections intracrâniennes spécifiques et évolutives peuvent néanmoins se révéler par des céphalées, justifiant la réalisation **d'investigations complémentaires** au moindre doute.

INTERROGATOIRE

- 90% du diagnostic
- Céphalées **récentes** ou non
- Mode de début** (en coup de poignard de l'hémorragie méningée...)
- Durée** de la céphalée, **variations** dans le temps
- Siège**
- Intensité** (retentissement sur l'activité quotidienne)
- Signes d'accompagnement** (nausées, vm, cervicalgies, fièvre...)
- Facteurs **antalgiques, déclenchants**
- Caractère** (pulsatile, continue, en éclair)
- ATCD**: personnels (traumatisme récent, TRT habituel), familiaux

EXAMEN CLINIQUE

- Examen neurologique **complet** avec recherche de signes de **focalisation, raideur méningée, fond d'œil**
- Examen Général avec prise de la TA, température et palpation des **artères temporales +++**
- Contexte **psychologique**

Considérer comme une **URGENCE** :

-Toute céphalée **brutale**

-toute céphalée **récente** qui **s'aggrave**

-toute céphalée **inhabituelle**

-Toute céphalée s'associant à un **examen anormal** (signes neurologiques focaux, fièvre, etc...)

A HOSPITALISER :

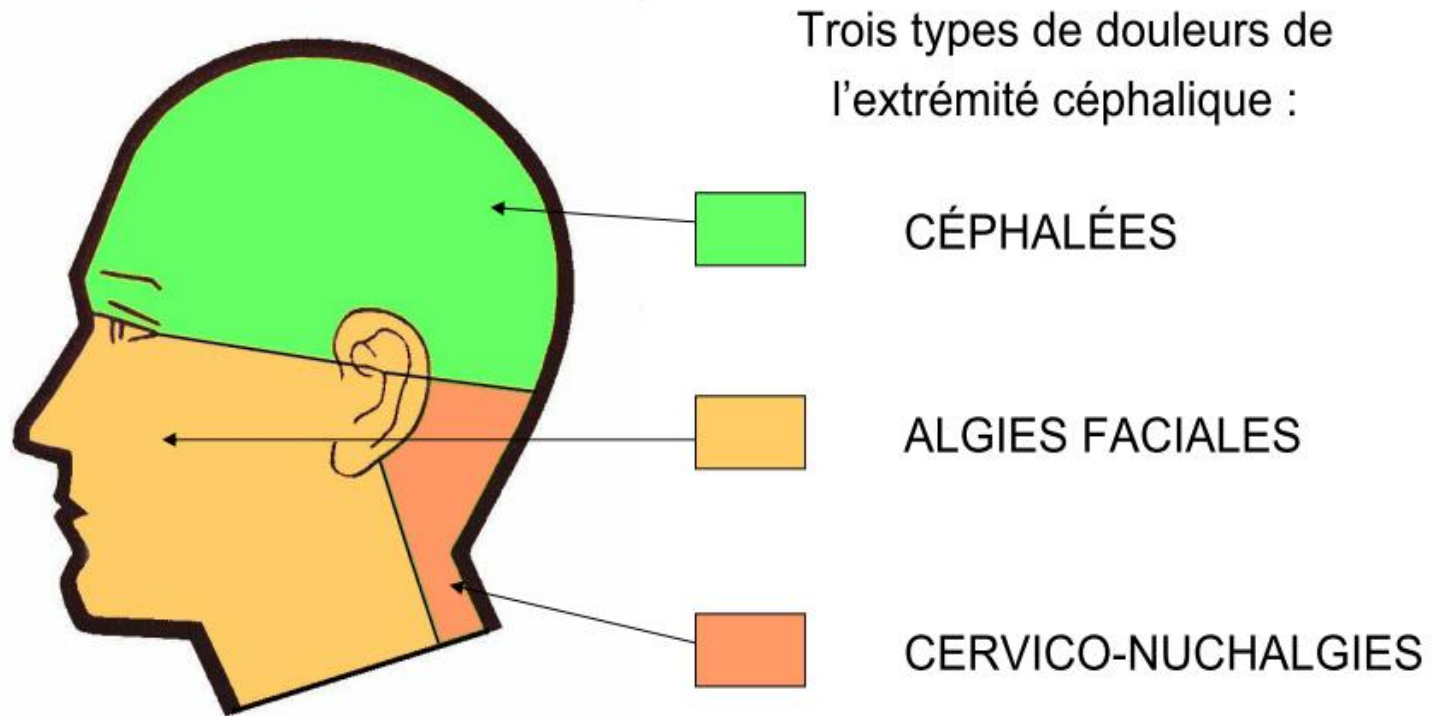
à faire en urgence un **SCANNER** ou une **IRM**, +/- suivis d'une **PL** selon résultat et contexte

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- Ne pas hésiter ni tarder à recourir au **scanner** voir **IRM** cérébrale devant une **céphalée aigue ou récente**
- Si céphalée typique de migraine: aucun examen complémentaire n'est nécessaire

ATTENTION !!!

TOUTES LES CEPHALEES NE SONT PAS DES MIGRAINES



CLASSIFICATION

céphalées aiguës :

- hémorragie méningée
- méningite
- hypertension intracrânienne aiguë
- première crise de migraine

Autres causes :

- ischémie ou hémorragie cérébrale
- dissection d'une artère cervicale (cervicalgie associée)
- poussée d'hypertension artérielle
- glaucome aigu à angle fermé
- sinusite aiguë

céphalées subaiguës d'évolution progressive:

-hypertension intracrânienne subaiguë (tumeur, abcès, hématome sous-dural, ...)

-thrombophlébite cérébrale

-méningite subaiguë

- maladie de Horton

Céphalées chroniques :

****Continues :**

- Céphalées dites de tension (psychogènes)
- Céphalées post-traumatiques (syndrome des traumatisés)
- Céphalées par abus d'antalgiques
- Cervicalgies chroniques
- Céphalées d'origine diverse (hyperviscosité sanguine, insuffisance respiratoire,...)

****Par accès successifs avec intervalles libres**

- Migraine, de loin la cause la plus fréquente
- Malformation vasculaire
- Névralgie d'Arnold
- Céphalées essentielles diverses (céphalées d'effort, de toux, coïtale)

Étiologies des céphalées

1- céphalées symptomatiques:

1- Causes méningées (syndrome méningé):

*Hémorragie méningée:

- un **coup de tonnerre** dans un ciel serein, parfois après un effort.
- typiquement céphalée **brutale** en **coup de poignard** avec **raideur** de la nuque et trouble de la vigilance
- CAT: TDM en urgence, artériographie, PL

*Méningite:

- contexte **fébrile**, le début peut être brutal
- CAT: en l'absence de signes de focalisation: **PL** d'emblée

2- HIC:

- Liée à tumeur, lymphome, abcès mais aussi hématome sous dural, TVC.
- Céphalée à **prédominance matinale**, parfois révélatrice, progressivement **croissante**
- Associée à des **vomissements**, **Tb vigilance**, **S. oculaires**, parfois S. de focalisation, crises convulsives,
- CAT: scanner en urgence avec injection, PL est formellement **contre indiquée++++**

3-Maladie de Horton:

- Après 60 ans
- Céphalées révélatrices dans 80%, typiquement **temporales** avec **hypersensibilité** au contact, permanente et intense
- Rechercher notion **d'amaurose transitoire**, douleurs des racines, AEG, fébricule, claudication de la mâchoire
- CAT: **palpation** artères temporales, bilan inflammatoire, CTC en urgence (risque cécité définitive par névrite optique ischémique)

4-Causes VX :

A/-Dissection carotidienne ou vertébrale :

- Céphalées/ cervicalgies à évoquer devant CBH
- Notion de traumatisme crânien ou cervical récent
- Peut précéder ou s'associer à un AIT ou à un déficit constitué

B/- THROMBOSES VEINEUSES CEREBRALES:

- Céphalée isolée ou en rapport avec HIC
- Parfois associée à un déficit sensitif ou moteur
- Prédominance féminine en post partum

C/- AVC:

- Ischémiques: céphalées rares
- Hémorragique: associées à un déficit neurologique

CAT: scanner, IRM, angioIRM, artériographie, doppler cervical (dissection)

5- Causes traumatiques :

Précoce: hématome extradural, hémorragie méningée

Semi-tardive: hématome sous dural, sujet âgé, éthylique

Tardives: Sd subjectif des traumatisés crâniens (contexte dépressif, autres manifestations fonctionnelles, examen neurologique normal ++++)

CAT: scanner au moindre doute

Céphalées post PL ou anesthésie périduralé

6-Causes Locales :

- Interrogatoire ++++
- ORL: sinusite aigue
- Ophtalmo: glaucome aigu
- Stomato: abcès dentaire, cellulite, dysfonction temporomandibulaire.

7- Causes générales:

- HTA:+++ , penser au phéochromocytome si sueurs et palpitations associées
- Iatrogènes: dérivés nitrés, contraceptifs oraux, abus médicamenteux, toxiques (CO)
- Anémie, polyglobulie, hypercapnie, hypoxie (altitude)
- fièvre

8- Céphalées de tension:

- Cause la plus fréquente mais Dc d'élimination
- Céphalées chroniques quotidiennes, anciennes Sensation de tête vide
- Symptomatiques d'anxiété, dépression

CAT: examen soigneux, soutien psychologique relaxation, ATD à faibles doses

2-Céphalées essentielles :

1- Migraine:

- 5 à 10% population
- Débute avant 40 ans dans 90% des cas
- 3 femmes / 1 homme
- Prédisposition génétique
- Céphalées évoluant par crises entre lesquelles le patient est en parfaite santé
- Facteurs déclenchants
- Dc repose uniquement sur l'interrogatoire+++

Migraine avec ou sans aura



1. La migraine sans aura (M.S.A)

- constitue 60 à 90 % des cas [2/3]
- phase céphalalgique d'emblée
- mais signes accompagnateurs habituels :
troubles digestifs, troubles de l'humeur, vertiges

2. La migraine avec aura (M.A)

- constitue 10 à 40 % des cas [1/3]
- les prodromes visuels sont les plus fréquents (90 % des cas)
- parfois des prodromes sensitifs :
paresthésies d'une extrémité ou de l'hémiface
- l'aphasie est très rare

PHYSIOPATHOLOGIE

Aura : dépression corticale envahissante :

- La dépression corticale envahissante expérimentale correspond à une vague de dépolarisation qui s'étend par contiguïté dans la substance grise cérébrale à la vitesse de 3 à 6 mm/minute.
- La dépression corticale envahissante s'accompagne d'une interruption transitoire de l'activité neuronale (de 5 à 20 minutes).
- il existe un hyperdébit transitoire (**hyperperfusion**) , suivi d'une **hypoperfusion** qui dure plus longtemps. Cette hypoperfusion est la conséquence d'un dysfonctionnement métabolique neuronal transitoire responsable des symptômes de l'aura.
- particularités des cellules gliales dans le cortex occipital.

Céphalée : inflammation neurogène trigéminovasculaire

- libération de neuropeptides vasoactifs, entraînant une extravasation de protéines plasmatiques, une dégranulation mastocytaire, une vasodilatation artérielle et une libération de cytokines et médiateurs pro-inflammatoires. C'est l'inflammation neurogène.
- déclenchant la perception douloureuse.
- La sérotonine (5-hydroxytryptamine, 5-HT) est impliquée dans les crises de migraine.

Migraine sans aura

- Crise dure 4 à 72 h
- Hémicranies à bascule
- Pulsatiles**
- Aggravées par les activités physiques
- Accompagnées de nausées, vomissements, photophonophobie, irritabilité

Migraine avec aura

- Installation progressive et en tache d'huile de symptômes (marche migraineuse)
- Apparition de la céphalée lors de la décroissance de l'aura
- Aura visuelle: scotome scintillant, phosphènes
- Rarement aura sensitive ou aphasique

CAT: interrogatoire (caractères de la céphalée), examen neurologique normal++ aucun examen n'est demandé, si doute: imagerie cérébrale

2-Algie vasculaire de la face

-Affection rare, homme+++

-Accès épisodiques de douleurs faciales (orbitaires), unilatérales, non alternantes très intenses avec signes neurovégétatifs homolatéraux (rougeur, larmoiement, CBH, injection conjonctivale, obstruction nasale)

-Durée: 15mn à 3h

-Se répètent 1 à 5 fois/j à heure fixe durant 3 à 10 semaines

-Les accès se répètent 1 ou 2 fois/an, souvent aux mêmes périodes

-CAT: triptans+++

3 -Névralgie du trijumeau

1/- essentielle:

- Douleurs en éclairs très brefs durant qlq secondes ou mn, ces accès se répètent pdt qlq mn ou h et se succèdent plusieurs fois par jour pdt qlq j ou semaines
- DI violentes (décharge électrique) unilat, limitée au V (V2++)
- Déclenchée par le contact d'une zone gachette

CAT: IRM, carbamazépine

2/- névralgie symptomatique:

- Secondaire à une lésion de siège variable
- DI moins violentes, moins paroxystiques et plutôt continues
- Hypoesthésie dans territoire du V

CAT: imagerie

ORIENTATION DIAGNOSTIQUE

1- Une céphalée **nouvelle**: toujours rechercher une céphalée symptomatique.

2- Une céphalée **récurrente** (qui survient par épisodes se reproduisant de manière identique dans le temps). Elles sont le plus souvent "primaires".

3- Une céphalée **chronique** quotidienne.

4-Céphalées des « **Spécialistes** »

1

Céphalée nouvelle chez un patient qui n'a jamais eu auparavant ce type de céphalées: **ATTENTION**

1-début brutal, en coup de poignard:

- *Éliminer en priorité une hémorragie méningée
- *Rechercher les autres causes (TVC, dissection..)

2-début progressif:

**quelques heures*: rechercher les signes associés (exemple: fièvre: méningite ?)

**quelques jours*: rechercher les signes neurologiques associés (en particulier, rechercher une hypertension intracrânienne débutante)

3-chez un sujet âgé : toujours penser à la maladie de Horton.

*Bien entendu, le contexte clinique est un élément majeur d'orientation. Par exemple, les accidents vasculaires cérébraux, particulièrement les **hématomes** s'accompagnent fréquemment d'une céphalée.

*Les problèmes les plus difficiles se posent quand la céphalée est isolée ou s'accompagne d'autres signes discrets

Les céphalées récurrentes évoluant par crises répétées et stéréotypées

1-Douleur accompagnée de *nausées* ou *vomissements*, de *phono* et *photophobie*:

***Migraine**

2-Douleur *sans* signes accompagnateurs :

***Céphalée de tension épisodique**

3-Douleurs très brèves dans le territoire d'un *nerf sensitif*:

***Névralgies**

4-Douleurs accompagnées de signes *dysautonomiques* (larmolement, *injection conjonctivale*, *rhinorrhée* ...etc):

***Algie vasculaire de la face**

***Hémicrânie paroxystique chronique**

Céphalées chroniques quotidiennes

- Les CCQ se présentent selon deux variétés cliniques principales : la **céphalée de tension chronique** et la **migraine transformée**.
- En fait, plus de trois quarts des CCQ surviennent chez des patients présentant initialement une **maladie migraineuse** tout à fait caractéristique (70 à 90 % des cas).

Deux facteurs principaux sont à l'origine de la transformation de céphalées épisodiques en céphalées quotidiennes chroniques :

- 1-L'utilisation abusive d'antalgiques et/ou d'antimigraineux.**
- 2-Une co-morbidité psychiatrique**

Céphalées des « Spécialistes »

-**ORL** : Une sinusite aiguë

-**Ophthalmologue** : le glaucome aigu, Les troubles de la réfraction (hypermétropie, astigmatisme, presbytie ou port de lunettes inappropriées)

-Les affections **dentaires**.

-Le **dysfonctionnement** de l'articulation temporo-maxillaire

CEPHALEE AIGUE ET CHRONIQUE

LES PIEGES A EVITER

- Ne pas prendre en considération une céphalée d'apparition récente.
- Banaliser la transformation d'une céphalée chez un céphalalgique chronique.
- Etiqueter migraine ou céphalée de tension une céphalée symptomatique
- Rattacher une céphalée à des affections courantes réputées à tort « céphalogènes » comme l'hypertension artérielle chronique, la sinusite chronique ou l'arthrose cervicale.

Conclusion

- Les céphalées représentent un des motifs de consultation. **les plus fréquents**
- Le diagnostic repose essentiellement sur un **interrogatoire** précis : les deux principaux paramètres à considérer sont **le mode d'installation** (*aigu/progressif*) et **l'évolution ultérieure** (*douleur continue/douleur par accès*).
- Les **symptômes et signes d'accompagnement** sont recherchés avec soin (nausées, ralentissement psychique, troubles neurologiques focaux).
- Une imagerie cérébrale** est réalisée au moindre doute, notamment lorsqu'il **n'existe pas** d'argument en faveur des deux céphalées bénignes les plus fréquentes: migraine et céphalée de tension.
- Les causes de céphalées aiguës discutées en première ligne aux urgences sont **l'hémorragie méningée**, la **méningite**, **l'hypertension intracrânienne** et une **première crise de migraine**