

Les céphalées

Le problème de la première ou nouvelle céphalée

Il faudra avant tout :

- Rechercher des signes d'alarme
- Rechercher avant tout le caractère secondaire de la céphalée

Signes d'alarme

- Début après 40 ans
- Céphalées en coup de tonnerre
- Céphalées continues allant crescendo
- Céphalées nouvelles ou différentes
- Céphalées orthostatiques
- Signes généraux et alarmants : fièvre, raideur de nuque, amaigrissement ...

Les céphalées secondaires

- Par traumatisme crânien ou cervical
- Par affection vasculaire crânienne ou cervicale
- Par affections intracrâniennes non vasculaires
- Dues à une substance ou à son sevrage
- Dues à une infection
- Par désordre de l'homéostasie : hypoxie, hypercapnie, dialyse, hypertension artérielle, hypothyroïdie, jeûne ...
- Par affection de la tête ou du cou
- Par affection psychiatrique
- Par névralgie (trijumeau, occipitale, etc)

Les céphalées primaires

- Migraine
- Céphalée de tension musculaire
- Algies vasculaires de la face et autres céphalées trigémino-autonomiques
- Divers : liées à la toux, à l'effort, à l'activité sexuelle ...

Quelques remarques

- L'intensité de la douleur d'une céphalée isolée n'est pas forcément un signe de gravité
- La régression rapide d'une céphalée brutale n'est pas forcément rassurante
- Le caractère nouveau de la céphalée doit être recherché en cas de céphalées habituelles

Abord diagnostique des céphalées

Interrogatoire

- Étape fondamentale pour le diagnostic
- Toujours se rappeler que la céphalée est une notion purement subjective

Première étape : écouter le patient

- Noter les points essentiels
- Observer le patient
- Remarquez la façon dont il décrit sa douleur

Deuxième étape : caractériser la céphalée

- Processus évolutif : chronique, brutal, continu, par épisodes, progressif, récent ...
- Siège de la céphalée : hémicrânienne, région orbitaire ou occipitale, holocrânienne, correspondant au territoire d'un nerf
- Durée et fréquence des crises
- Caractère et intensité de la douleur : pulsatile, pesanteur, serrement, décharge électrique, échelle visuelle analogique
- Facteurs déclenchants et calmants:
 - Traumatisme, ponction

Eléments d'orientation

- **Âge > 50 ans** : artérite de Horton
- **Facteurs de risque cardiovasculaire** : AVC
- **Facteurs de risque de thrombose veineuse** : thrombose veineuse cérébrale
- **Fièvre** : causes infectieuses (méningite ou infection générale)
- **Infection par le VIH non contrôlée** : toxoplasmose cérébrale, méningite à cryptocoque
- **Néoplasie** : métastase, méningite carcinomateuse
- **Ponction durale récente** : hypotension intracrânienne
- **Post-partum** : syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible, éclampsie, thrombose veineuse cérébrale, hypotension intracrânienne (si pédirurale)
- **Prise de substances vasoactives**: cannabis, cocaïne, ecstasy, amphétamines, lysergide; inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, inhibiteurs mixtes de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, inhibiteurs de monoamine oxydase ; α -sympathomimétiques-décongestionnants nasaux, (nor)épinéphrine; triptans ; dérivés de l'ergot de seigle) : syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible
- **Traumatisme crânien** : hémorragie cérébrale, hématome sous-dural
- **Traumatisme rachidien mineur** : dissection artérielle cervicale, hypotension intracrânienne
- **Survenue brutale à l'effort ou orgasmique** : hémorragie sous-arachnoïdienne, syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible
- **Survenue brutale lors des manœuvres de Valsalva (toux, défécation, éternuement)** : syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible, hypertension intracrânienne aiguë
- **Survenue brutale lors de mictions, du bain ou d'une douche** : syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible
- **Symptômes ORL** : sinusite compliquée

Troisième étape : examen physique

- pression artérielle
- température
- auscultation cardiaque
- examen cutané: purpura, zona
- examen neurologique : trouble de conscience, syndrome méningé, déficit neurologique focal, syndrome cérébelleux
- examen neuro-ophtalmologique : anomalie du champ visuel (hémianopsie latérale homonyme), paralysie oculomotrice, asymétrie pupillaire et/ou palpébrale, œdème papillaire au fond d'œil
- examen local : artères temporales, globes oculaires, pavillon de l'oreille, articulations temporomandibulaires.
- caractère postural de la céphalée : évaluer intensité en position debout puis allongée.

Eléments d'orientation

- **Altération de l'état général avec ou sans claudication de la mâchoire** : artérite temporale
- **Crise comitiale et/ou déficit neurologique focal** : hémorragie sous-arachnoïdienne, accident vasculaire cérébral, thrombose veineuse cérébrale, encéphalopathie postérieure réversible, syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible, méningo-encéphalite, tumeur
- **Fièvre** : causes infectieuses (méningite ou infection générale)
- **Perte de connaissance lors d'une céphalée brutale** : hémorragie sous-arachnoïdienne (50 % des cas), kyste colloïde du 3^e ventricule
- **Raideur méningée** : hémorragie sous-arachnoïdienne, méningite
- **Syndrome de Claude Bernard-Horner, acouphène pulsatile, paralysie linguale (XII)** : dissection de l'artère carotide interne homolatérale
- **Mydriase unilatérale ± autres signes de paralysie du nerf moteur oculaire commun** : anévrisme comprimant le III
- **Hémianopsie bitemporale** : apoplexie pituitaire
- **Cécité monoculaire transitoire** : dissection carotidienne (sujet jeune), artérite temporale (sujet âgé)
- **Œdème papillaire** : hypertension intracrânienne
- **Aggravation de la céphalée en position allongée** : hémorragie sous-arachnoïdienne, hypertension intracrânienne, sinusite bloquée
- **Aggravation de la céphalée en position debout** : hypotension intracrânienne
- **Aggravation par les efforts à glotte fermée (Valsalva)** : hypertension intracrânienne, hypotension intracrânienne
- **Anomalies électrocardiographiques** : hémorragie sous-arachnoïdienne, ischémie myocardique et douleur projetée
- **Asymétrie tensionnelle aux membres supérieurs** : dissection de l'aorte ascendante
- **Hypertension artérielle** : hémorragie sous-arachnoïdienne, éclampsie, encéphalopathie postérieure réversible, syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible

Quatrième étape : examens complémentaires

- TDM cérébrale (sans contraste): hyperdensité spontanée (présence de sang), hydrocéphalie, effet de masse ou œdème localisé témoignant d'une lésion expansive (tumeur, abcès), sinusite
- Ponction lombaire
- Angioscanner cervical et cérébral
- IRM
- Biologie clinique, microbiologie, etc.

Distinguer

- A. Céphalées récentes à début aigu (précis)
- B. Céphalées récentes à début progressif
- C. Céphalées aiguës récidivantes

Attitude

- faire une anamnèse précise et examen physique et neurologique
- calmer la douleur (paracétamol) et les vomissements (métoclopramide)
- envisager IRM (CTscan) cérébral et/ou PL (à faire souvent en urgence)

A. Céphalées récentes à début aigu (précis)

- **hémorragie méningée** : souvent brutale ("explosion"), faire CT scan cérébral (et PL ensuite)
- **méningite** : fièvre, contexte infectieux (pneumonie, sinusite, frissons), signes méningés : PL en urgence, précédée d'un CT scan en cas de signes de localisation
- **AVC ischémique ou hémorragique ou hémorragie sur tumeur** : signes neurologiques de localisation sans fièvre, faire CT scan cérébral
- **syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible** : aiguë isolée, en coup de tonnerre, durant 5 minutes à plusieurs heures et se répétant sur quelques jours à un mois, associée à crises comitiales et déficits focaux : lors d'effort ou après exposition à des substances vasoactives.
- **crise de glaucome aigu** : oeil rouge unilatéral, baisse de l'acuité visuelle
- **sinusite** : douleur de la face, exacerbée par la pression des sinus
- **médicaments** (ex. dérivés nitrés i.v., antiémétiques antisérotoninergiques) : contexte évident

B. Céphalées récentes à début progressif

- **méningites et méningo-encéphalites**
- **syndrome d'HTIC**: hydrocéphalie, processus expansif, idiopathique (femme jeune)
- **métastases cérébrales, tumeur cérébrale (HTIC), méningite carcinomateuse**: souvent matinale avec vomissements, éventuellement signes de localisation, crises épileptiques, troubles du comportement ou de la vigilance : faire CT Scan cérébral avant PL
- **maladie de Horton** : après 60 ans, contexte inflammatoire, douleurs des ceintures pelvienne et scapulaire
- **état de mal migraineux**
- **syndromes d'hypotension intracrânienne**: par brèche durale iatrogène (ponction lombaire, péridurale, rachianesthésie), idiopathiques
- **céphalée post-traumatique aiguë**: moins de 7 jours après l'accident
- **glaucome**
- **sinusite**
- **intoxication au monoxyde de carbone (CO)**
- **névralgies faciales symptomatiques** (nerfs V, VII bis, IX): lésion du nerf sur tout son trajet, du noyau dans le tronc cérébral jusqu'aux branches de division (sclérose en plaques, méningo-radiculite, zona, tumeur, traumatisme).

Causes vasculaires de céphalée récente inhabituelle

	Clinique	Examens permettant le diagnostic
Hémorragie sous-arachnoïdienne	<ul style="list-style-type: none"> ■ Céphalée brutale (rarement progressive) ■ Syndrome méningé ■ Paralyse du III, perte de connaissance ■ Céphalée isolée 50 % 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Scanner sans injection ■ Ponction lombaire si scanner normal ■ IRM (FLAIR, T2*) ■ Artériographie à la recherche d'un anévrisme
Dissection carotidienne ou vertébrale	<ul style="list-style-type: none"> ■ Céphalée brutale ou progressive ■ Cervicalgie plutôt unilatérale ■ Signes locaux si dissection carotidienne : Claude-Bernard-Horner, acouphènes, paralysie des derniers nerfs crâniens (XII) ■ Signes d'ischémie rétinienne ou cérébrale 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Échodoppler cervical (hématome) ■ IRM (hématome périartériel, infarctus cérébral) ■ Anglo-IRM (retentissement circulatoire) ■ Ponction lombaire si dissection vertébrale intracrânienne (recherche d'hémorragie associée)
Thrombose veineuse cérébrale	<ul style="list-style-type: none"> ■ Céphalée progressive (plus que brutale) ■ Hypertension intracrânienne ■ Signes focaux ■ Crises comitiales 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Scanner non injecté souvent normal ■ Ponction lombaire normale ou pression élevée et/ou élévation globules blancs/rouges ■ Angioscanner (obstruction veine) ■ IRM (visualisation thrombus) ■ Veino-IRM ou angioscanner veineux (obstruction veineuse)
Infarctus ou hématome cérébral	<ul style="list-style-type: none"> ■ Céphalée brutale ou progressive ■ Signes focaux discrets dans certaines localisations (cervelet ou frontal/temporal droit chez le droitier) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Scanner (hyperdensité d'un hématome, hypodensité d'un infarctus) ■ IRM plus sensible pour les infarctus dans les premières heures
Syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible	<ul style="list-style-type: none"> ■ Céphalées en coup de tonnerre répétées spontanément ou lors d'efforts, de Vasalva ou pré-orgasmiques ■ Possibles signes focaux ou épilepsie 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Scanner normal ■ Ponction lombaire normale ou élévation globules blancs/rouges ■ IRM normale ou hémorragie sous-arachnoïdienne corticale ou accident vasculaire cérébral ou encéphalopathie postérieure réversible ■ Anglo-IRM/angioscanner/artériographie : vasoconstriction artérielle segmentaire
Nécrose pituitaire	<ul style="list-style-type: none"> ■ Céphalée brutale ou progressive ■ Troubles visuels 	<ul style="list-style-type: none"> ■ IRM
PRES (encéphalopathie hypertensive et éclampsie)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Céphalée précédant les signes d'encéphalopathie (troubles conscience, déficit focaux, épilepsie) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pression artérielle élevée > 240-120 mmHg (moins élevée si éclampsie) ■ Fond d'œil : œdème papillaire ■ IRM : hypersignaux symétriques
Artérite temporale	<ul style="list-style-type: none"> ■ Céphalée progressive (rarement brutale) ■ Âge > 50 ans ■ Altération de l'état général 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vitesse de sédimentation et protéine C-réactive élevée ■ Biopsie artère temporale

Causes neurologiques non vasculaires de céphalées inhabituelles

	Clinique	Examens permettant le diagnostic
Méningite	<ul style="list-style-type: none"> ■ Céphalée progressive ou parfois brutale ■ Syndrome méningé inconstant ■ Fièvre inconstante 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ponction lombaire
Hypertension intracrânienne tumorale	<ul style="list-style-type: none"> ■ Céphalées progressives ou brutales (lors des efforts, changements de position) ■ Signes focaux, crises comitiales 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Scanner et/ou IRM
Hypotension du liquide cérébrospinal par brèche durale	<ul style="list-style-type: none"> ■ Céphalée en position debout, se calmant en position couchée ■ Début dans les 72 heures suivant une brèche durale (ponction lombaire, péridurale) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aucun si tableau typique
Hypotension du cérébrospinal spontanée	<ul style="list-style-type: none"> ■ Même tableau que ci-dessus ■ Pas de brèche durale 	<ul style="list-style-type: none"> ■ IRM avec gadolinium (prise de contraste méningée diffuse, déplacement crâniocaudal du cerveau, citernes collabées, parfois collections sous-durales)

Table 1.—Etiology of CSF Leak, CSF Volume Depletion, or CSF Hypovolemia

-
-
1. True hypovolemic state (reduced total body water)
 2. Traumatic CSF leaks
 - a. Definite trauma (MVAs, sports injuries, etc)
 - b. Thecal holes and rents from LPs and epidural catheterizations
 - c. Spinal and cranial surgeries including skull base and some sinus surgeries
 - d. Proximal brachial plexus avulsion injuries, nerve root avulsions
 3. CSF shunt overdrainage
 4. Spontaneous CSF leaks
 - a. Undetermined cause
 - b. Preexisting weakness of the dural sac, surgical anatomical observations
 - i. Meningeal diverticula
 - ii. Disorders of connective tissue matrix
 1. Marfan syndrome, Marfanoid features
 2. Joint hypermobility
 3. Retinal detachment at young age
 4. Abnormalities of elastin and fibrillin in cultured dermal fibroblasts
 - c. Trivial trauma in the setting of preexisting dural weakness
 - d. Spondylotic spurs, herniated discs
-

C. Céphalées aiguës récidivantes

- Migraine
- Algie vasculaire de la face
- Céphalée de tension musculaire

Critères diagnostiques des principales céphalées primaires épisodiques

	Durée	Caractéristiques	Signes associés
Migraine	<ul style="list-style-type: none"> ■ 4 à 72 h 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Uni- ou bilatérale ■ Alternante ■ Pulsatile ■ Aggravée par l'activité physique intensité modérée à sévère 	<p><u>Pendant la céphalée</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ phonophobie, photophobie, ■ nausées ou vomissements <p><u>En cas de migraine avec aura</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ troubles visuels, sensitifs ou du langage transitoires, d'installation progressive et successive, durant au maximum 1 heure précédant ou accompagnant la céphalée
Algie vasculaire de la face	<ul style="list-style-type: none"> ■ 15 à 180 min ■ 1 à 8 crise(s)/jour 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Douleur intense ■ Unilatérale ■ Périorbitaire, frontale ou temporale 	<p><u>Signes végétatifs ipsilatéraux</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ injection conjonctivale et/ou larmoiement ■ congestion nasale et/ou rhinorrhée ■ œdème palpébral ■ myosis et/ou ptôsis
Céphalée de tension	<ul style="list-style-type: none"> ■ 30 min à 7 jours 	<ul style="list-style-type: none"> ■ À type de pression ou de serrement ■ Bilatérale ■ Intensité faible à modérée 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pas de nausée ■ Phono- ou photophobie

Algies vasculaires de la face

- **Définition** : céphalées intenses (insupportables) survenant de 2 à 3 x/J (parfois 8 x/J), le plus souvent au même moment de la journée (après le repas ou la nuit notamment), unilatérales, périorbitaires, rapidement intenses, durant moins de 3 heures.
Avec signes locaux (larmoiements, rougeur conjonctivale, congestion nasale, rhinorrhée en fin de crise, œdème palatial, syndrome de Claude Bernard-Horner).
 - épisodique : par épisodes de 2 à 8 semaines
 - chronique
- **Diagnostic** : clinique
- **Traitement des crises** :
inhalation d'oxygène normobare (6 à 15 l/min pendant 15 minutes)
Sinon : sumatriptan (Imitrex^R) sc (risque cardiovasculaire)