

# Les céphalées

# Pathologie fréquente

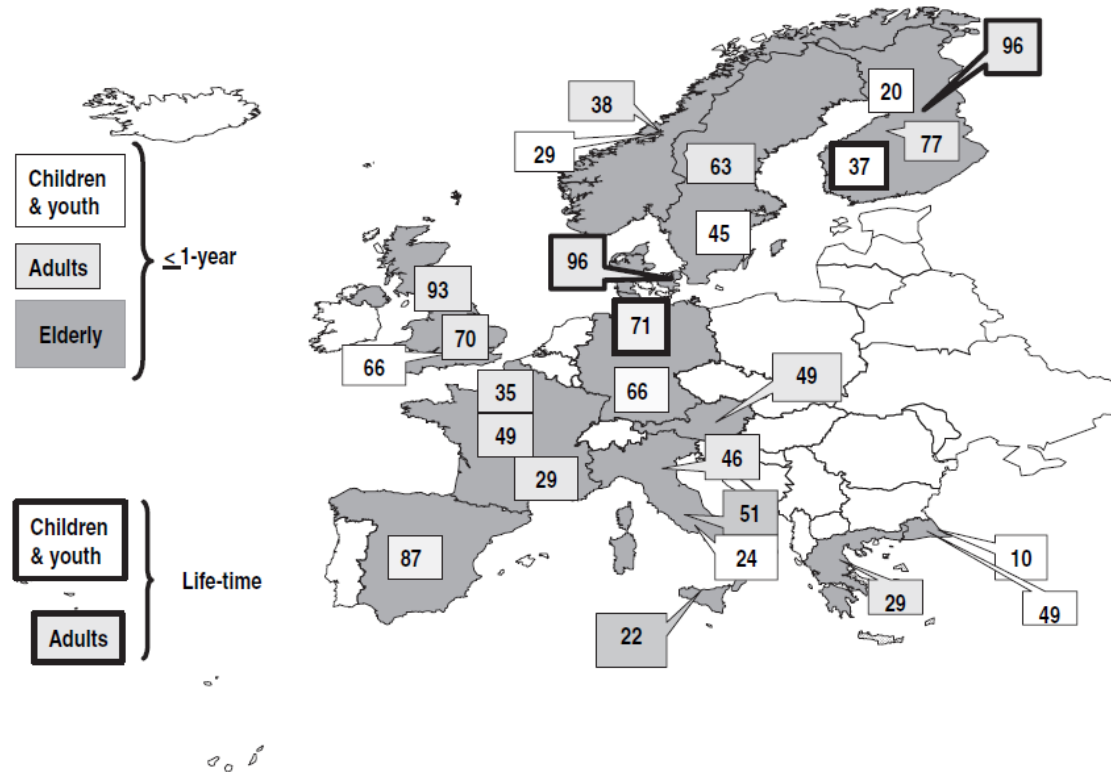


Figure 1 Prevalence of headache (%) in different European countries.

# 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 (dents, yeux, colonne cervicale ...)
- 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 (1)

- **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 lombaire 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, lysergique; inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, inhibiteurs mixtes de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, inhibiteurs de monoamine oxydase ;  $\alpha$ -sympathomimétiques-décongestionnants nasaux, (nor)épinéphrine; triptans ; dérivés de l'ergot de seigle) : syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible

# Eléments d'orientation (2)

- **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 (1)

- **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 3e 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  $\pm$  autres signes de paralysie du nerf moteur oculaire commun :** anévrisme comprimant le III

# Eléments d'orientation (2)

- **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
- IRM
- Angioscanner cervical et cérébral
- Ponction lombaire
- 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 50 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
<b>Hémorragie sous-arachnoïdienne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Céphalée brutale (rarement progressive)</li> <li>■ Syndrome méningé</li> <li>■ Paralyse du III, perte de connaissance</li> <li>■ Céphalée isolée 50 %</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Scanner sans injection</li> <li>■ Ponction lombaire si scanner normal</li> <li>■ IRM (FLAIR, T2*)</li> <li>■ Artériographie à la recherche d'un anévrisme</li> </ul>
<b>Dissection carotidienne ou vertébrale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Céphalée brutale ou progressive</li> <li>■ Cervicalgie plutôt unilatérale</li> <li>■ Signes locaux si dissection carotidienne : Claude-Bernard-Horner, acouphènes, paralysie des derniers nerfs crâniens (XII)</li> <li>■ Signes d'ischémie rétinienne ou cérébrale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Échodoppler cervical (hématome)</li> <li>■ IRM (hématome périartériel, infarctus cérébral)</li> <li>■ Angio-IRM (retentissement circulatoire)</li> <li>■ Ponction lombaire si dissection vertébrale intracrânienne (recherche d'hémorragie associée)</li> </ul>
<b>Thrombose veineuse cérébrale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Céphalée progressive (plus que brutale)</li> <li>■ Hypertension intracrânienne</li> <li>■ Signes focaux</li> <li>■ Crises comitiales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Scanner non injecté souvent normal</li> <li>■ Ponction lombaire normale ou pression élevée et/ou élévation globules blancs/rouges</li> <li>■ Angioscanner (obstruction veine)</li> <li>■ IRM (visualisation thrombus)</li> <li>■ Veino-IRM ou angioscanner veineux (obstruction veineuse)</li> </ul>
<b>Infarctus ou hématome cérébral</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Céphalée brutale ou progressive</li> <li>■ Signes focaux discrets dans certaines localisations (cervelet ou frontal/temporal droit chez le droitier)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Scanner (hyperdensité d'un hématome, hypodensité d'un infarctus)</li> <li>■ IRM plus sensible pour les infarctus dans les premières heures</li> </ul>

<p><b>Syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Céphalées en coup de tonnerre répétées spontanément ou lors d'efforts, de Vasalva ou pré-orgasmiques</li> <li>■ Possibles signes focaux ou épilepsie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Scanner normal</li> <li>■ Ponction lombaire normale ou élévation globules blancs/rouges</li> <li>■ IRM normale ou hémorragie sous-arachnoïdienne corticale ou accident vasculaire cérébral ou encéphalopathie postérieure réversible</li> <li>■ Angio-IRM/angioscanner/artériographie : vasoconstriction artérielle segmentaire</li> </ul>
<p><b>Nécrose pituitaire</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Céphalée brutale ou progressive</li> <li>■ Troubles visuels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ IRM</li> </ul>
<p><b>PRES (encéphalopathie hypertensive et éclampsie)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Céphalée précédant les signes d'encéphalopathie (troubles conscience, déficit focaux, épilepsie)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Pression artérielle élevée &gt; 240-120 mmHg (moins élevée si éclampsie)</li> <li>■ Fond d'œil : œdème papillaire</li> <li>■ IRM : hypersignaux symétriques</li> </ul>
<p><b>Artérite temporale</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Céphalée progressive (rarement brutale)</li> <li>■ Âge &gt; 50 ans</li> <li>■ Altération de l'état général</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Vitesse de sédimentation et protéine C-réactive élevée</li> <li>■ Biopsie artère temporale</li> </ul>

## Causes neurologiques non vasculaires de céphalées inhabituelles

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



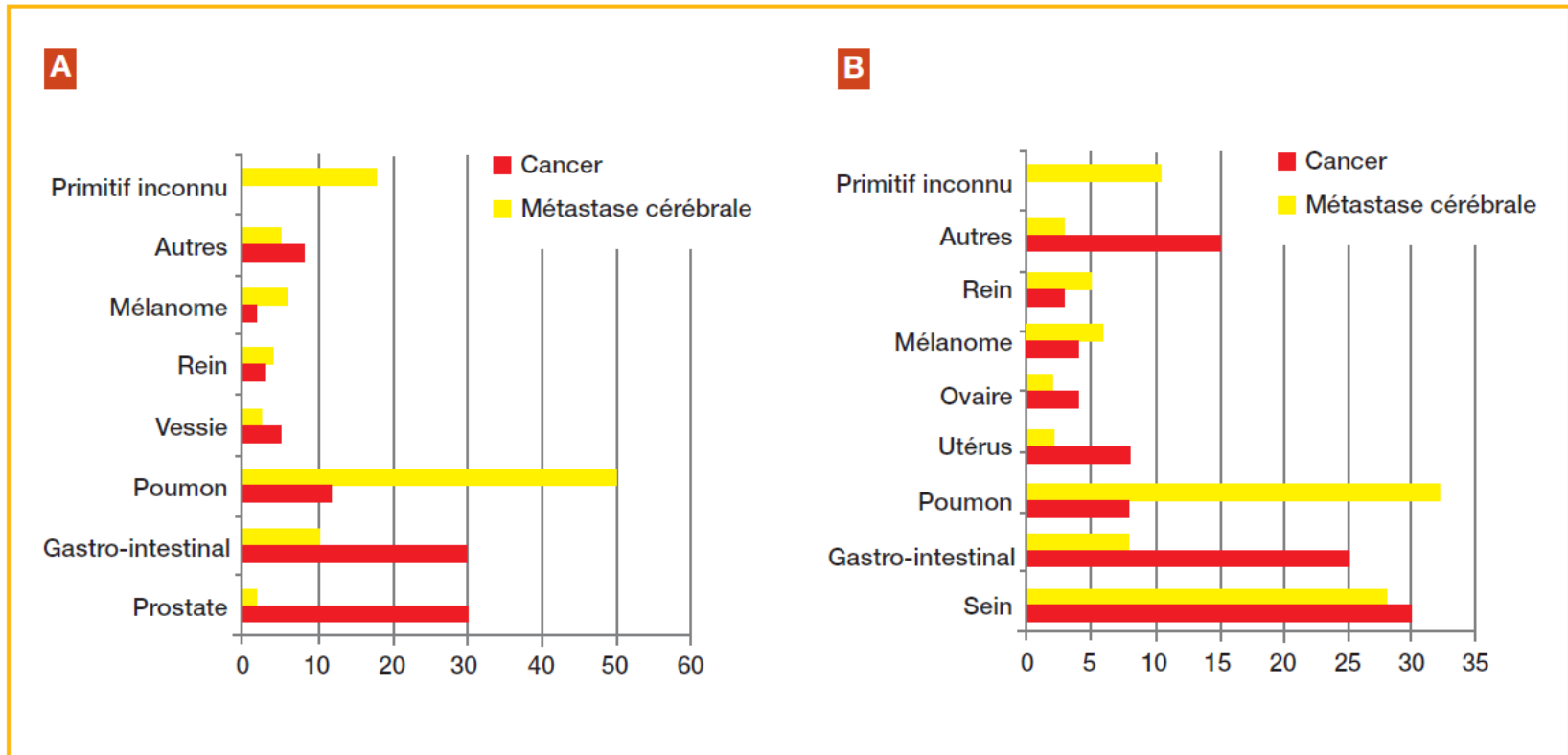
**Table 1.—Etiology of CSF Leak, CSF Volume Depletion, or CSF Hypovolemia**

---

---

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
-

# Les métastases cérébrales



**FIGURE 2** Comparaison des fréquences en pourcentage des cancers et des métastases cérébrales issues de ces cancers chez l'homme (A) et chez la femme (B). D'après la réf. 4.

TABLEAU

## Symptômes révélateurs de métastases cérébrales

Symptôme	Fréquence (%)
Céphalées	40 à 50
Déficit neurologique focalisé	30 à 40
Crise d'épilepsie	15 à 20
Début brutal évoquant un possible accident vasculaire cérébral	rare
Atteinte cognitive	rare

## C. Céphalées aiguës récidivantes

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

# Le piège du premier épisode

« Un diagnostic de céphalée primaire ne doit pas être posé lors d'un premier épisode chez un sujet n'ayant jamais eu mal à la tête auparavant. Si les examens sont normaux, une céphalée primaire probable sera évoquée »

## Critères diagnostiques des principales céphalées primaires épisodiques

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

# Migraine

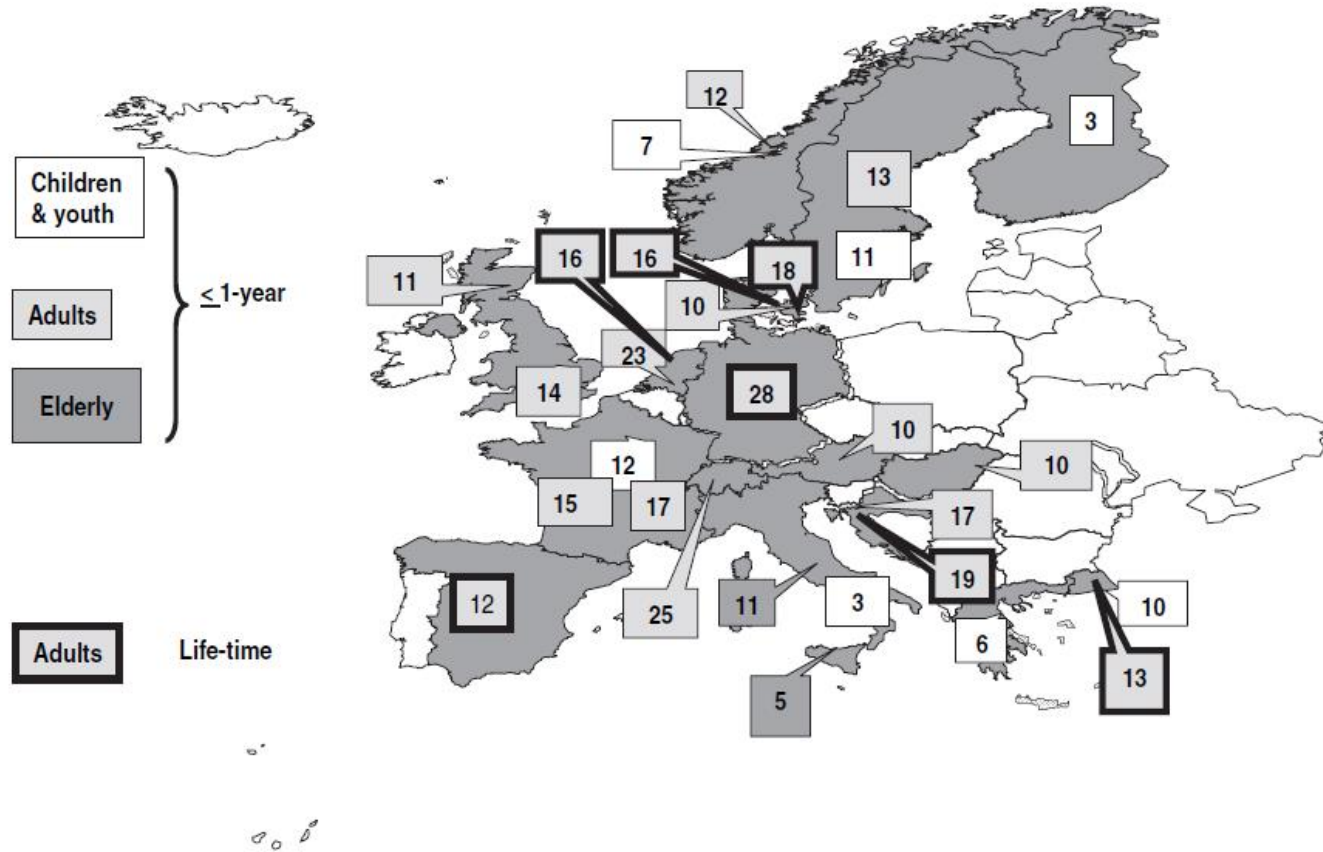


Figure 2 Prevalence of migraine (%) in different European countries.

# Migraine sans aura (80-90 %)

TABLEAU 2	Critères ICHD3 de la migraine sans aura
A	Au moins cinq crises répondant aux critères B-D
B	Crises de céphalées durant 4 à 72 heures (sans traitement ou inefficace)
C	Céphalées ayant au moins deux des caractéristiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"><li>➤ unilatérale</li><li>➤ pulsatile</li><li>➤ modérée ou sévère</li><li>➤ aggravée par les efforts physiques de routine (monter les escaliers)</li></ul>
D	Durant la céphalée, au moins l'un des caractères suivants : <ul style="list-style-type: none"><li>➤ nausées et/ou vomissements</li><li>➤ photophobie et phonophobie</li></ul>
E	Non attribué à un autre diagnostic de la classification ICHD

ICHD : International Classification of Headache Disorders 3<sup>rd</sup> edition.



# Prodromes

Certains patients (environ 15 %) décrivent dans les heures qui précèdent des prodromes à type d'hyperphagie, de bâillements itératifs, de somnolence ou au contraire d'hyperactivité, d'irritabilité ou d'euphorie

# Migraine avec aura (10-20 %)

TABLEAU 3	Critères ICHD3 de la migraine avec aura typique
A	Au moins deux crises répondant aux critères B-C
B	<b>Un ou plus des symptômes d'aura totalement réversible</b> <ul style="list-style-type: none"><li>↳ Symptômes visuels incluant des phénomènes positifs (par exemple, lumières, tâches ou lignes scintillantes) et/ou négatifs (perte de vision)</li><li>↳ Symptômes sensitifs incluant des phénomènes positifs (fourmillements) et/ou négatifs (engourdissement)</li><li>↳ Troubles du langage de nature dysphasique</li></ul>
C	<b>Au moins trois des caractéristiques suivantes :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>↳ au moins un symptôme de l'aura se développe progressivement en <math>\geq 5</math> minutes</li><li>↳ deux ou plus des symptômes surviennent successivement</li><li>↳ chaque symptôme dure 5 à 60 minutes</li><li>↳ au moins un des symptômes est unilatéral</li><li>↳ l'aura est accompagnée ou suivie dans les 60 minutes d'une céphalée</li><li>↳ au moins un des symptômes est positif</li></ul>
E	Non attribué à un autre diagnostic de la classification ICHD

# Les aura

- Aura visuelle (99 %) (ex. scotome scintillant)
- Aura sensitive (30 %) (ex. paresthésies)
- Aura phasique (20 %) (troubles du langage)
- Aura du tronc cérébral (10 %): symptômes évoquant une atteinte du tronc cérébral : troubles visuels et sensitifs bilatéraux, vertige, ataxie, diplopie, troubles de la vigilance
- Migraine hémiplégique (6 %): familiale ou sporadique comporte un déficit moteur uni- ou bilatéral, partiel ou complet, s'associant ou non aux autres troubles (visuels, sensitifs, du langage).
  - toujours réaliser une IRM cérébrale
  - tests génétiques: mutation concernant les gènes connus (CACNA1A, SCN1A, ATP1A2).

# Diagnostic différentiel

- AIT
- épilepsie

# Etat de mal migraineux et aura persistante

- EDM migraineux : crise prolongée au-delà de 72 heures
- Aura persistante : se prolongeant au-delà d'une heure, avec ou sans céphalée.
- diagnostic d'exclusion après avoir confirmé la normalité des examens (IRM, PL  $\pm$  EEG).

# Traitement de la crise

TABEAU 4

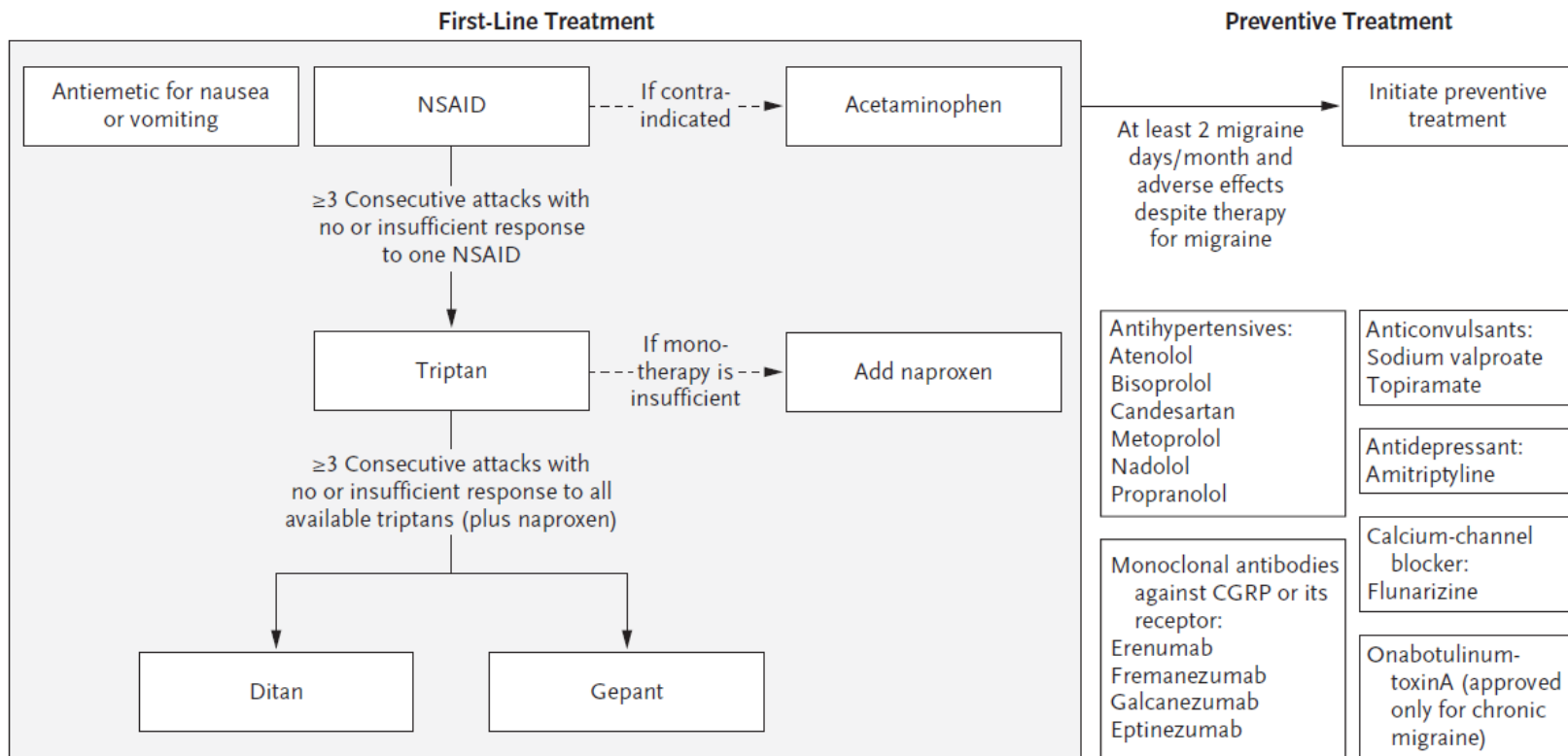
## Traitements de crise ayant l'AMM

	Effets secondaires	Contre-indications
<b>Antalgiques</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Aspirine 900 mg/métoclopramide 10 mg (Migpriv max. 3/j)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Troubles digestifs, hémorragies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Allergie ou asthme déclenché par l'aspirine ou les AINS</li> <li>■ Ulcère gastroduodéal en évolution</li> </ul>
<b>Anti-inflammatoires</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ibuprofène 400 mg</li> <li>■ Kétoprofène (Profémigr cp, 150 mg, max 2/j)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Troubles digestifs, hémorragies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Allergie ou asthme déclenché par l'aspirine ou les AINS</li> <li>■ Ulcère gastroduodéal en évolution</li> </ul>
<b>Dérivés de l'ergotamine</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Tartrate d'ergotamine, Gynergène caféiné cp, 1 mg (6 mg/j, 10 mg/sem)</li> <li>■ Diergo spray, 4 mg (max. 4 pulvérisations/crise)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Paresthésies, troubles circulatoires périphériques</li> <li>■ Nausées, vomissements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Coronaropathies, hypertension artérielle incontrôlée, artérite des membres inférieurs, accident vasculaire cérébral</li> <li>■ Insuffisance rénale ou hépatique</li> <li>■ Association aux triptans</li> </ul>
<b>Triptans</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Almotriptan (Almogran cp, 12,5 mg)</li> <li>■ Elétriptan (Relpax cp, 20 et 40 mg)</li> <li>■ Frovatriptan, (Tigreat, Isimig cp, 2,5 mg)</li> <li>■ Naratriptan (Naramig cp, 2,5 mg)</li> <li>■ Rizatriptan (Maxalt cp, 10 mg, Maxaltlyo cp, 10 mg cp orodispersible)</li> <li>■ Sumatriptan (Imigrane cp, 50 mg, spray nasal 20 et 10 mg, injection SC 6 mg)</li> <li>■ Zolmitriptan (Zomig cp 2,5 mg, Zomigoro 2,5 mg cp orodispersible)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Nausées, vertiges, somnolence, bouffée vasomotrice</li> <li>■ Lourdeur, douleur ou pression thoracique de la mâchoire, ou au niveau du cou ou des membres</li> <li>■ Palpitations, tachycardie, hypertension artérielle</li> <li>■ Spasme coronaire exceptionnel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Coronaropathies, pathologie artérielle ischémique, hypertension artérielle non contrôlée,</li> <li>■ Accident vasculaire cérébral ou accident ischémique transitoire</li> <li>■ Syndrome de Wolff-Parkinson-White</li> <li>■ Association aux dérivés ergotés, aux antiprotéases, à la méthadone</li> <li>■ Association macrolides pour certains triptans</li> </ul>

# Traitement de fond

TABLEAU 5 Traitements de fond		
<b>Bêtabloquants</b> ■ Propranolol 20 à 160 mg/j ■ Métoprolol (Lopressor, Seloken 50-200 mg/j)	■ Asthénie, intolérance à l'effort, hypotension orthostatique, asthme ■ Rares : insomnie, cauchemars, dépression, troubles libido/érection	■ Asthme, insuffisance cardiaque, bloc auriculo-ventriculaire, bradycardies, syndrome de Raynaud  <i>NB : possibilité d'aggravation des migraines avec aura</i>
<b>Antisérotoninergiques</b> ■ Oxétorone (Nocertone 60-180 mg/j le soir)	■ Somnolence ■ Rares : diarrhée, hyperprolactinémie, prise de poids	
■ Pizotifène (Sanmigran 0,5-3 mg/j)	■ Somnolence, prise de poids	■ Glaucome, troubles uréthro-prostatiques
<b>Antidépresseurs</b> ■ Amitriptyline (Laroxyl 10-50 mg/j le soir)	■ Somnolence, prise de poids, xérostomie, troubles libido/érection	■ Glaucome, troubles uréthro-prostatiques
■ Venlafaxine (Effexor 37,5-75 mg/j)	■ Nausées, vertiges, hypersudation, nervosité, somnolence, xérostomie, troubles libido/érection	■ Hypersensibilité, association aux IMAO non sélectifs, galactosémie congénitale, allaitement
<b>Anticalciques</b> ■ Flunarizine, (Sibelium 5-10 mg/j) ■ Arrêt au bout de 6 mois	■ Somnolence, prise de poids ■ Rares : dépression, syndrome parkinsonien	■ Syndrome dépressif, syndrome extrapyramidal
<b>Antiépileptiques</b> ■ Topiramate (Épitomax 50-100 mg/j en 2 prises)	■ Paresthésies, troubles cognitifs, irritabilité, dépression, perte de poids ■ Rares : calculs rénaux, myopie aiguë, syndromes psychotiques	■ Hypersensibilité aux sulfamides, dépression, néphrolithiase
<b>Autres</b> ■ Candésartan 8-16 mg/j	■ Hypotension orthostatique, vertiges ■ Fausse couche (arrêt indispensable avant tout projet de grossesse)	■ Hypersensibilité ■ Insuffisance hépatique et rénale sévère

\* En rouge, ceux ayant obtenu l'AMM. IMAO : inhibiteur de monoamine oxydase.



**Figure 4.** Proposed Treatment Algorithm for the Clinical Management of Migraine.



# Céphalées de tension

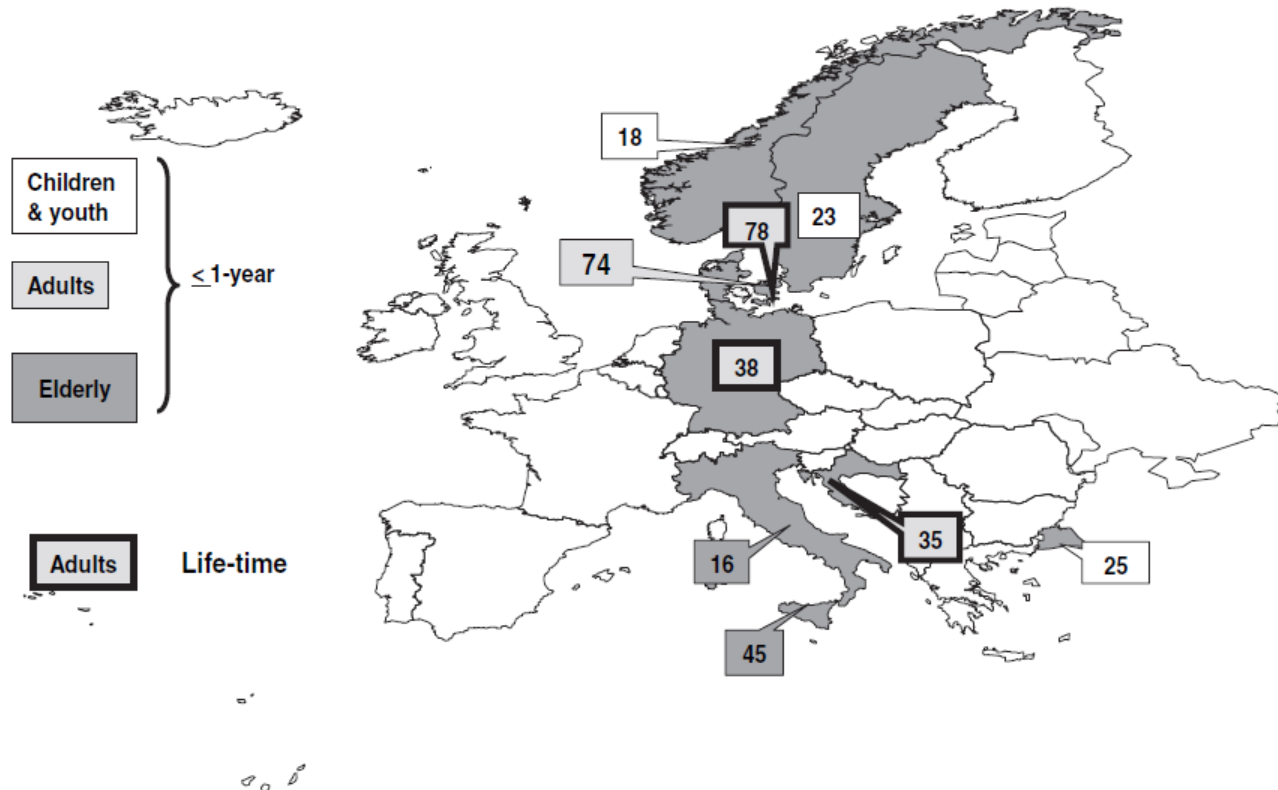


Figure 3 Prevalence of tension-type headache (%) in different European countries.

# La plus fréquente

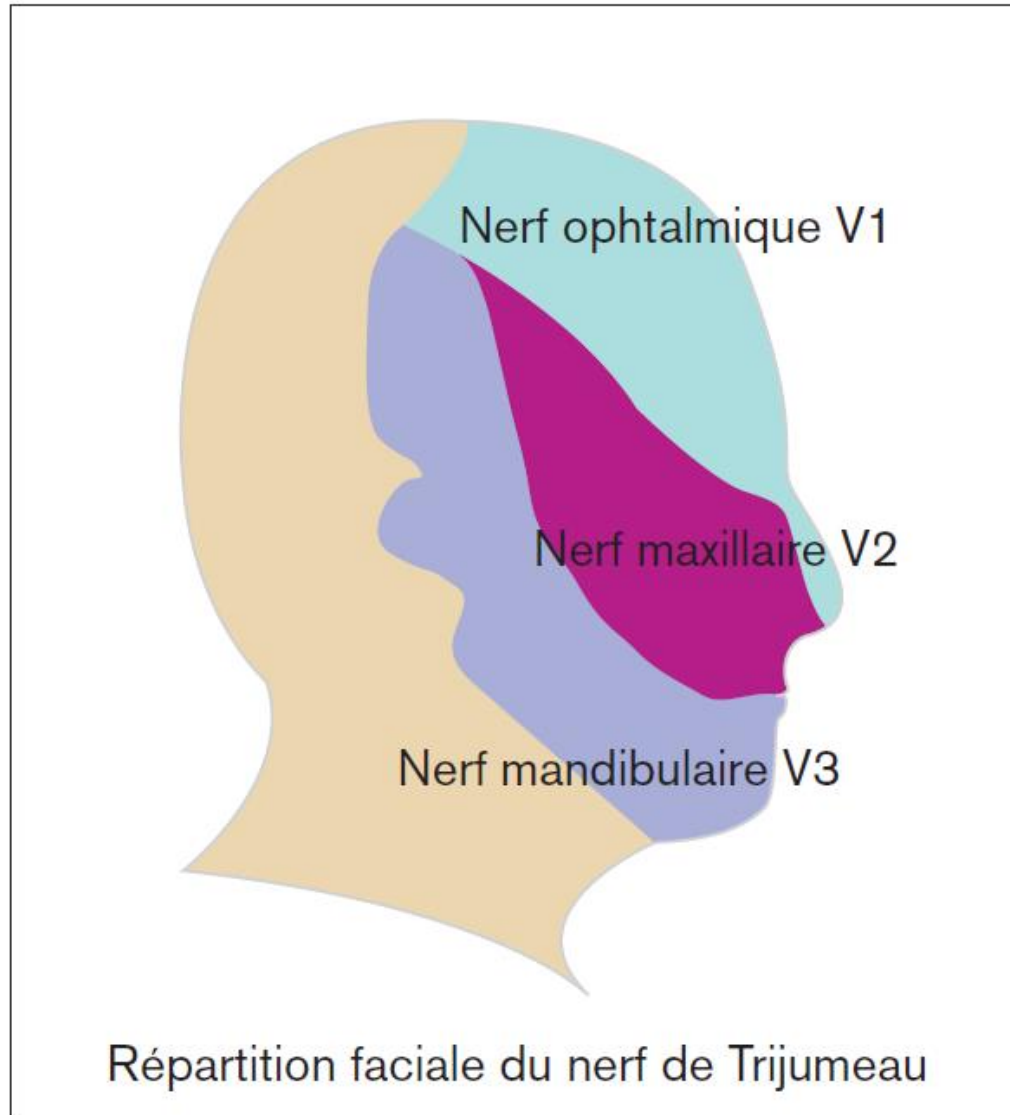
- Trois formes :
  - céphalée de tension épisodique
  - céphalée de tension fréquente
  - céphalée de tension chronique (> 15 j/mois sur plusieurs mois).
- Siège des céphalées : typiquement bilatéral, mais peut changer au cours du temps.
- Description très variable (serrement, étai, pression, brûlure, fourmillement), voire imagée (écoulement liquidien, impression d'avoir des bêtes qui marchent dans la tête).
- Intensité légère à modérée habituellement
- Habituellement pas de signes associés (nausées, vomissements), parfois mentionnée une photophobie ou phonophobie.
- La céphalée peut être améliorée par l'activité physique et, quand il est occupé, le patient « oublie » sa douleur.
- La céphalée de tension disparaît dans les moments de détente (week-ends, vacances).

# 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<sup>R</sup>) sc (risque cardiovasculaire)

# Névralgie du trijumeau

- atteint les patients dans la 3<sup>ème</sup> partie de leur vie (après 50 ans), prédominant chez les femmes
- douleurs fulgurantes décrites souvent comme une décharge électrique ou un éclair, très intense, dans le territoire d'une des branches du nerf trijumeau sensitif, souvent par salve suivie d'une période réfractaire
- facteurs déclenchants (« triggers ») avec au premier plan la zone gachette (le contact cutané du territoire concerné par une stimulation indolore déclenche une crise, avec « tic douloureux de la face ». Triggers peuvent être nombreux : parole, mimique, mastication, brossage des dents, rasage, contact du vent. Le patient a souvent un faciès figé.

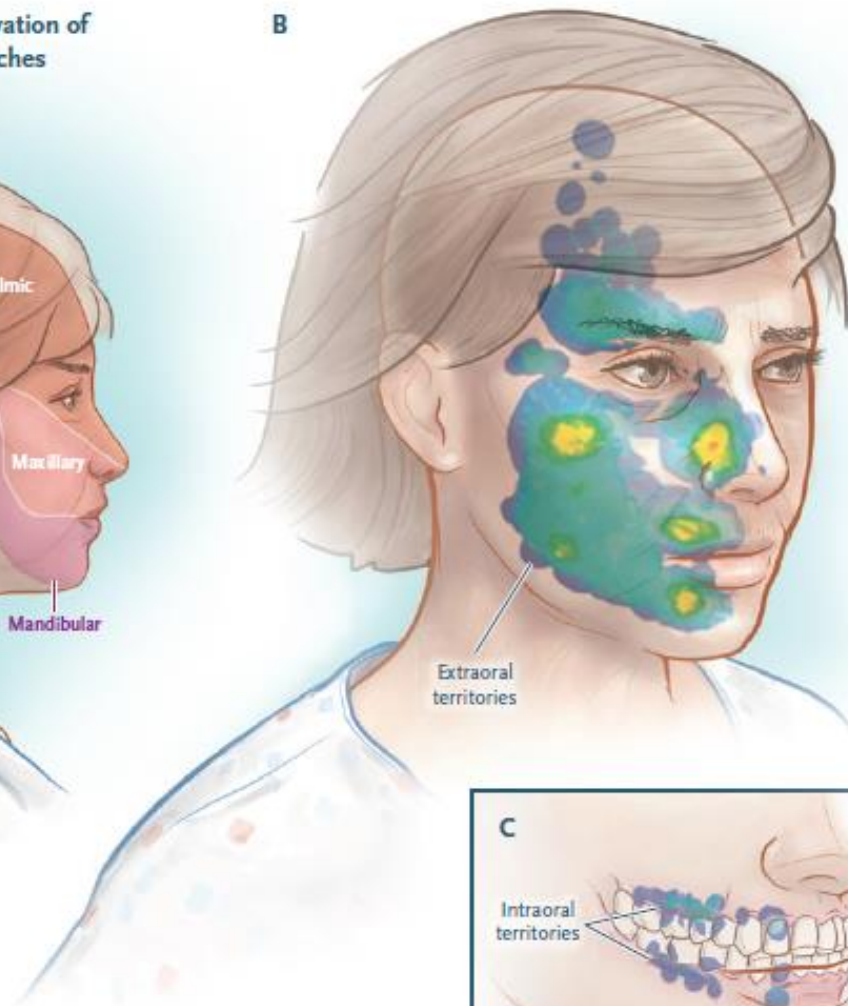


**FIGURE 3** Territoire sensitif : branche du trijumeau.

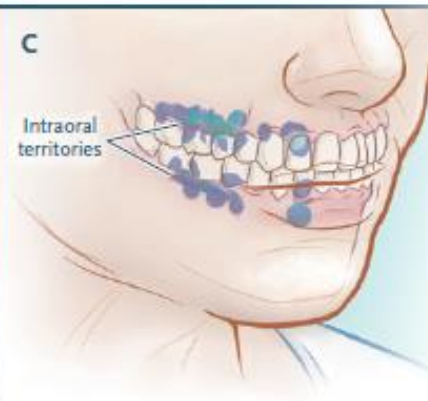
**A** Facial territories of innervation of the three trigeminal branches



**B**



**C**



**Figure 1.** Innervation Territories of the Trigeminal Nerve and Trigger-Zone Distribution.