Les céphalées

Pathologie fréquente

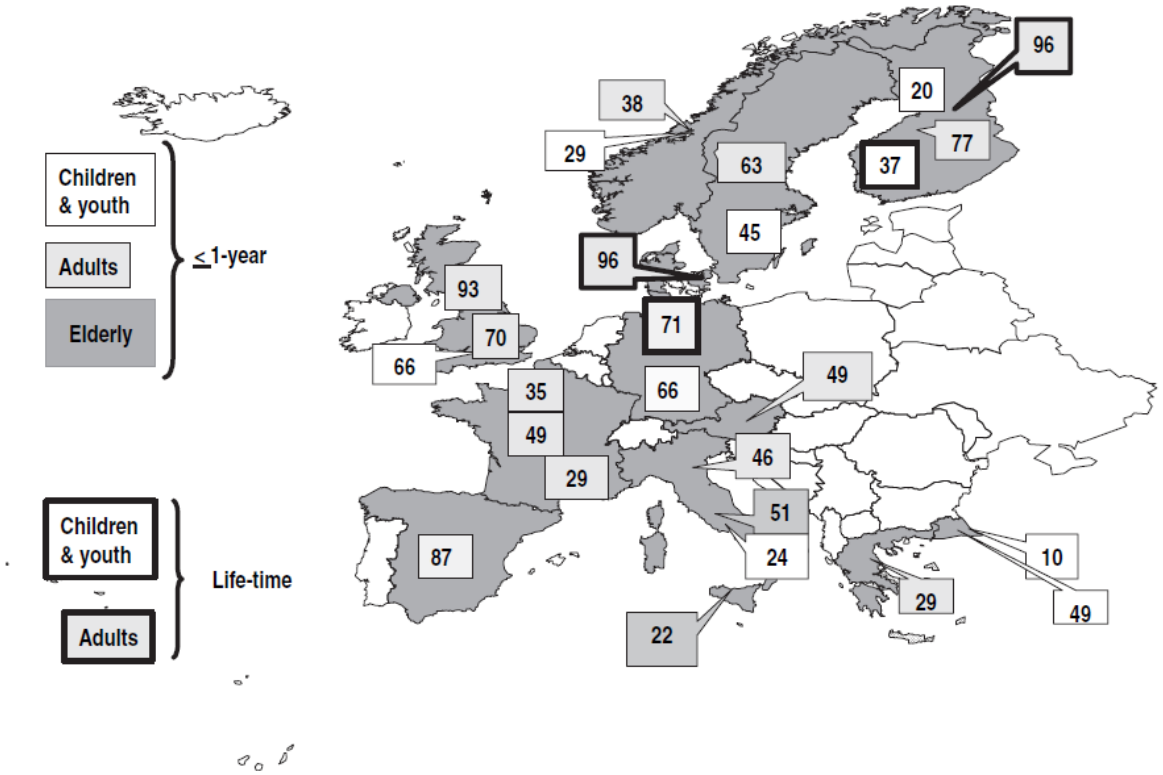


Figure 1 Prevalence of headache (%) in different European countries.

© 2006 EFNS *European Journal of Neurology* **13**, 333–345

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 :** artértite 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

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 douch**e : 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 ± 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).

TABLEAU 4

Causes vasculaires de céphalée récente inhabituelle

	Clinique	Examens permettant le diagnostic
Hémorragie sous-arachnoïdienne	▮ Céphalée brutale (rarement progressive) ▮ Syndrome méningé ▮ Paralysie du III, perte de connaissance ▮ Céphalée isolée 50 %	▮ Scanner sans injection ▮ Ponction lombaire si scanner normal ▮ IRM (FLAIR, T2*) ▮ Artériographie à la recherche d'un anévrisme
Dissection carotidienne ou vertébrale	▮ 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	▮ Échodoppler cervical (hématome) ▮ IRM (hématome périartériel, infarctus cérébral) ▮ Angio-IRM (retentissement circulatoire) ▮ Ponction lombaire si dissection vertébrale intracrânienne (recherche d'hémorragie associée)
Thrombose veineuse cérébrale	▮ Céphalée progressive (plus que brutale) ▮ Hypertension intracrânienne ▮ Signes focaux ▮ Crises comitiales	▮ 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	▮ Céphalée brutale ou progressive ▮ Signes focaux discrets dans certaines localisations (cervelet ou frontal/temporal droit chez le droitier)	▮ Scanner (hyperdensité d'un hématome, hypodensité d'un infarctus) ▮ IRM plus sensible pour les infarctus dans les premières heures

Syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible	▮ Céphalées en coup de tonnerre répétées spontanément ou lors d'efforts, de Vasalva ou pré-orgasmiques ▮ Possibles signes focaux ou épilepsie	▮ 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 ▮ Angio-IRM/angioscanner/artériographie : vasoconstriction artérielle segmentaire
Nécrose pituitaire	▮ Céphalée brutale ou progressive ▮ Troubles visuels	▮ IRM
PRES (encéphalopathie hypertensive et éclampsie)	▮ Céphalée précédant les signes d'encéphalopathie (troubles conscience, déficit focaux, épilepsie)	▮ Pression artérielle élevée > 240-120 mmHg (moins élevée si éclampsie) ▮ Fond d'œil : œdème papillaire ▮ IRM : hypersignaux symétriques
Artérite temporale	▮ Céphalée progressive (rarement brutale) ▮ Âge > 50 ans ▮ Altération de l'état général	▮ Vitesse de sédimentation et protéine C-réactive élevée ▮ Biopsie artère temporale

TABLEAU 5

Causes neurologiques non vasculaires de céphalées inhabituelles

	Clinique	Examens permettant le diagnostic
Méningite	▮ Céphalée progressive ou parfois brutale ▮ Syndrome méningé inconstant ▮ Fièvre inconstante	▮ Ponction lombaire
Hypertension intracrânienne tumorale	▮ Céphalées progressives ou brutales (lors des efforts, changements de position) ▮ Signes focaux, crises comitiales	▮ Scanner et/ou IRM
Hypotension du liquide cérébrospinal par brèche durale	▮ Céphalée en position debout, se calmant en position couchée ▮ Début dans les 72 heures suivant une brèche durale (ponction lombaire, péridurale)	▮ Aucun si tableau typique
Hypotension du cérébrospinal spontanée	▮ Même tableau que ci-dessus ▮ Pas de brèche durale	▮ IRM avec gadolinium (prise de contraste méningée diffuse, déplacement crâniocaudal du cerveau, citernes collabées, parfois collections sous-durales)

Les métastases cérébrales

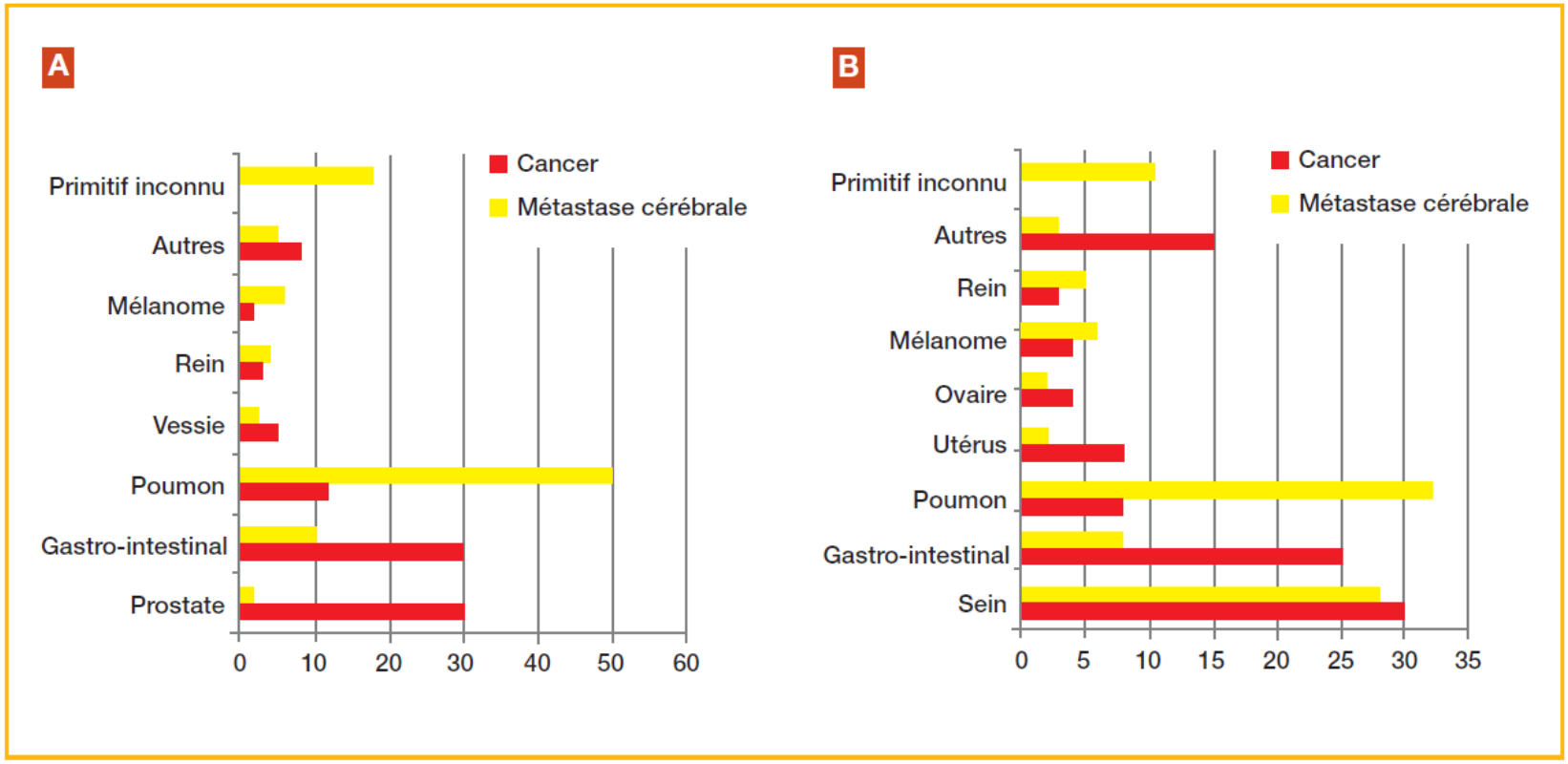


FIGURE 2 **Comparaison des fréquences en pourcentage des cancers et des métastases cérébrales issues de ces cancers chez l'homme (A) et chez la femme (B).** D'après la réf. 4.

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

Méningite carcinomateuse

La méningite carcinomateuse est de diagnostic difficile et nécessite une prise en charge thérapeutique rapide afin d'éviter des séquelles neurologiques irréversibles

Présentations cliniques évocatrices

- signes méningés : exceptionnel !
- signes d'atteinte diffuse et non systématisée du système nerveux périphérique (racines rachidiennes et nerfs périphériques)
- encéphalopathie, troubles de la conscience, troubles neuropsychiatriques
- syndrome de la queue de cheval
- douleurs (céphalées, douleurs radiculaires)

TABLEAU 1

Symptômes et signes cliniques présents lors du diagnostic de méningite carcinomateuse

Atteinte du SNC	Signes	%	Symptômes	%
Cérébral	- Troubles neuropsychologiques - Épilepsie, syncope - Œdème papillaire - Diabète insipide - Hémiparésie - Atteinte cérébelleuse	27 à 62 11 à 18 11 4 2 15	- Céphalées - Troubles neuropsychologiques - Troubles de la marche - Nausées, vomissements - Troubles de la coordination - Troubles de la conscience - Sensations vertigineuses	51 à 66 26 à 33 27 22 à 34 20 4 4
Nerfs crâniens	III, IV, VI II V VII VIII IX / X XII	5 à 36 6 à 19 6 à 10 10 à 30 7 à 18 2 à 6 5 à 10	- Diplopie - Baisse d'acuité visuelle - Paralysie faciale - Baisse d'acuité auditive - Hypoagueusie - Dysphonie, dysphagie - Vertiges	20 à 36 9 à 10 10 10 à 14 4 2 à 7 2
Atteinte médullaire	- Raideur de la nuque - Faiblesse - Troubles de la sensibilité - Attitudes antalgiques - Troubles sphinctériens anaux	9 à 13 73 32 15 5 à 14	- Déficit moteur - Paresthésies - Radiculalgies - Douleurs cervicales - Troubles sphinctériens vésicaux	34 à 46 33 à 42 26 à 37 31 à 37 16 à 18

(selon Groves, 2008. Réf. 9) **SNC :** système nerveux central.

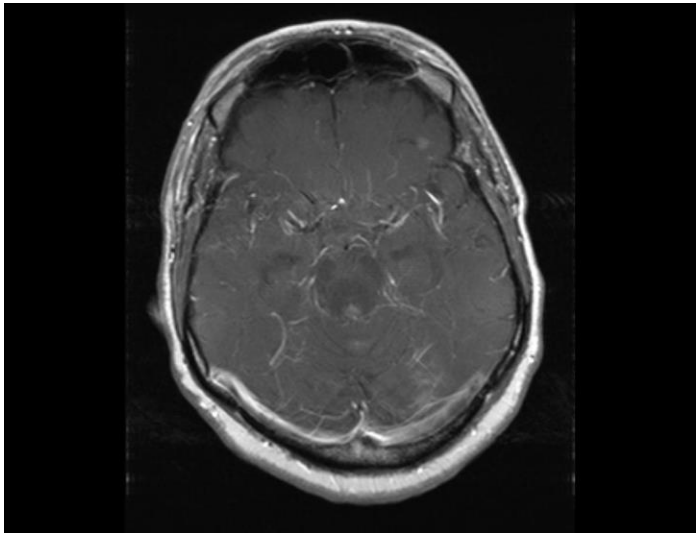
TABLE 2. Differential Diagnoses

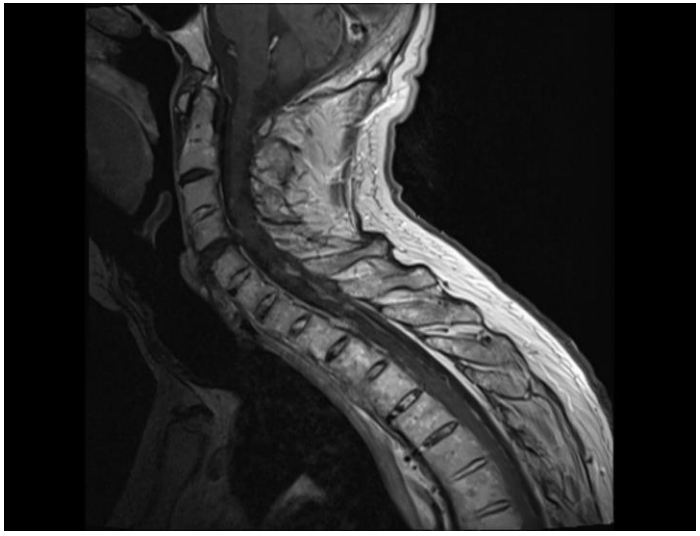
Infectious meningitis
Chemical meningitis/arachnoiditis (secondary to intrathecal chemotherapy)
Multiple brain metastases
Paraneoplastic syndrome
Limbic encephalitis
Encephalomyelitis
Paraneoplastic cerebellar degeneration
Intracranial hypotension (secondary to lumbar puncture)
Toxic metabolic encephalopathy
Metabolic or chemotherapy-induced neuropathy
Steroid myopathy
Cord compression

Cancer 2018;124:21-35.

Diagnostic

- examen du LCR (ponction lombaire) :
  - ↑ protéines
  - ↓ glucose (rapport glycorachie/glycémie < 0,5 : faire glycémie concomitante!)
  - présence de cellules néoplasiques
- RMN névraxe (localisation selon symptômes): infiltration méningée





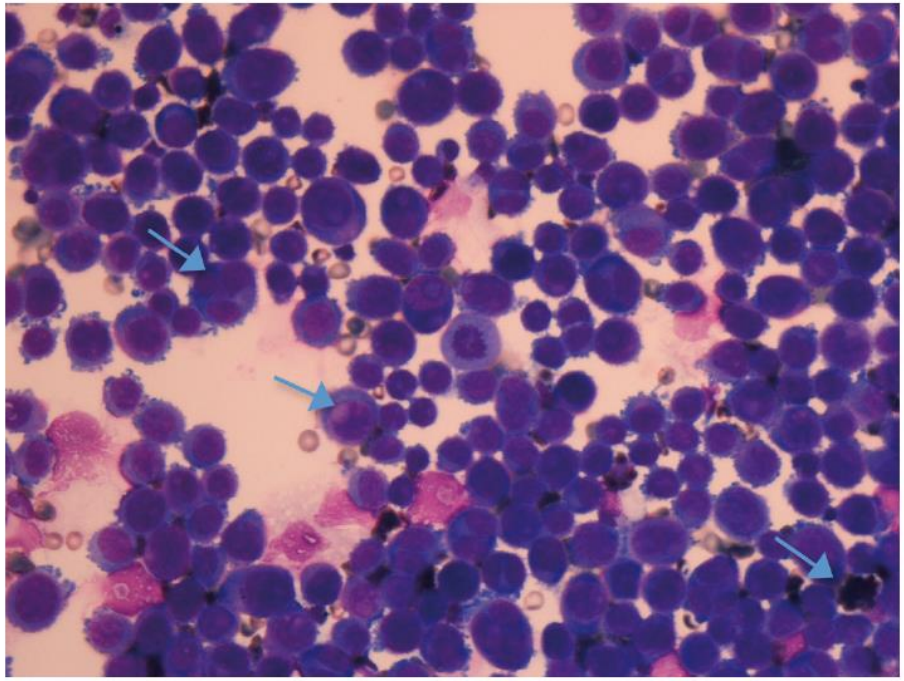
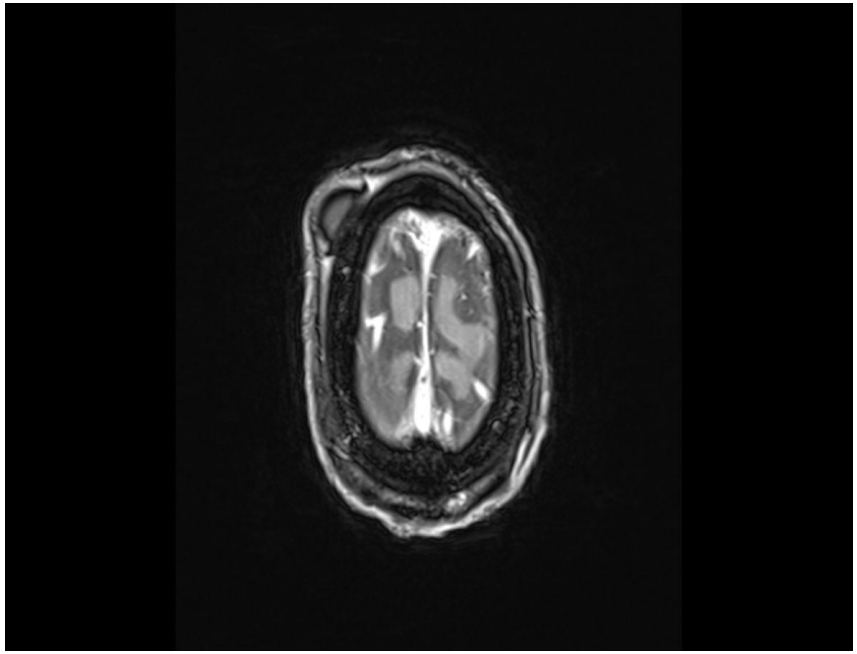


FIGURE 3 **Analyse cytologique du liquide céphalorachidien d'un patient ayant un mélanome avec des métastases leptoméningées.** Coloration au MGG, grossissement x400. Pigments de mélanine, cellules multinuclées, noyaux volumineux.

Traitement

- classique : administration intrathécale (par PL ou réservoir intraventriculaire d'Ommaya) de méthotrexate (12,5 mg Ledertrexate SP 2x/sem avec éventuellement administration concomitante d'acide folinique par voie systémique) associée à l'irradiation des zones symptomatiques.
- alternatives : thiotepa ou AraC par voie intrathécale
- en cas de réaction méningée à la chimiothérapie : y associer par voie intrathécale une ampoule de dexaméthasone (5mg)



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 »

TABLEAU 6

Critères diagnostiques des principales céphalées primaires épisodiques

	Durée	Caractéristiques	Signes associés
Migraine	▮ 4 à 72 h	▮ Uni- ou bilatérale ▮ Alternante ▮ Pulsatile ▮ Aggravée par l'activité physique intensité modérée à sévère	<u>Pendant la céphalée</u> ▮ phonophobie, photophobie, ▮ nausées ou vomissements <u>En cas de migraine avec aura</u> ▮ 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	▮ 15 à 180 min ▮ 1 à 8 crise(s)/jour	▮ Douleur intense ▮ Unilatérale ▮ Périorbitaire, frontale ou temporale	<u>Signes végétatifs ipsilatéraux</u> ▮ injection conjonctivale et/ou larmoiement ▮ congestion nasale et/ou rhinorrhée ▮ œdème palpébral ▮ myosis et/ou ptôsis
Céphalée de tension	▮ 30 min à 7 jours	▮ À type de pression ou de serrement ▮ Bilatérale ▮ Intensité faible à modérée	▮ Pas de nausée ▮ Phono- ou photophobie

Migraine

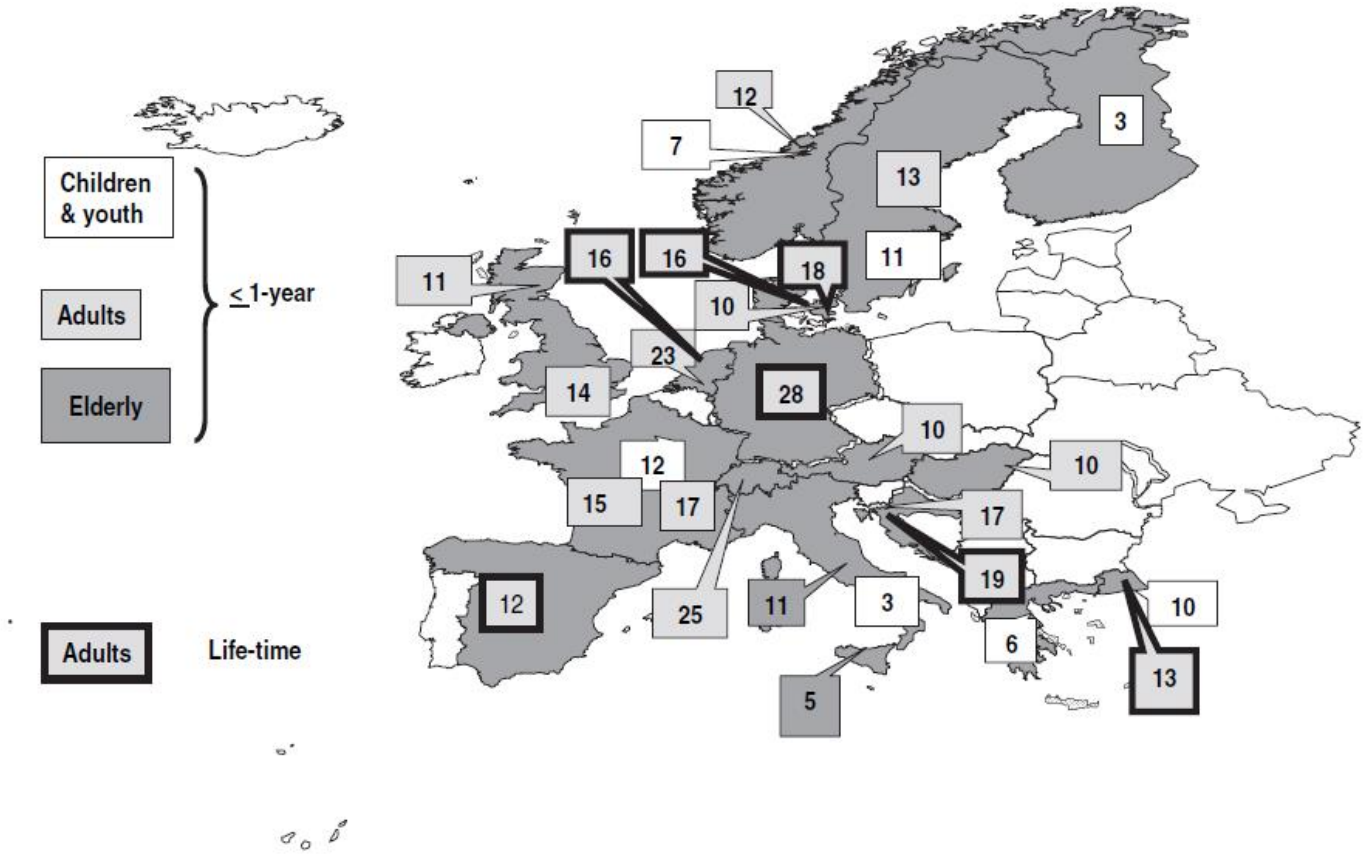


Figure 2 Prevalence of migraine (%) in different European countries.

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 : ➥ 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
E	Non attribué à un autre diagnostic de la classification ICHD

ICHD : International Classification of Headache Disorders 3rd 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	**Un ou plus des symptômes d'aura totalement réversible** ➥ Symptômes visuels incluant des phénomènes positifs (par exemple, lumières, tâches ou lignes scintillantes) et/ou négatifs (perte de vision) ➥ Symptômes sensitifs incluant des phénomènes positifs (fourmillements) et/ou négatifs (engourdissement) ➥ Troubles du langage de nature dysphasique
C	**Au moins trois des caractéristiques suivantes :** ➥ au moins un symptôme de l'aura se développe progressivement en ⩾ 5 minutes ➥ deux ou plus des symptômes surviennent successivement ➥ chaque symptôme dure 5 à 60 minutes ➥ au moins un des symptômes est unilatéral ➥ l'aura est accompagnée ou suivie dans les 60 minutes d'une céphalée ➥ au moins un des symptômes est positif
E	**Non attribué à un autre diagnostic de la classification ICHD**

ICHD : International Classification of Headache Disorders 3rd edition.

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, SCNA1, 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 ± EEG).

Traitement de la crise

TABLEAU 4

Traitements de crise ayant l'AMM

	Effets secondaires	Contre-indications
Antalgiques ▮ Aspirine 900 mg/métoclopramide 10 mg (Migpriv max. 3/j)	▮ Troubles digestifs, hémorragies	▮ Allergie ou asthme déclenché par l'aspirine ou les AINS ▮ Ulcère gastroduodénal en évolution
Anti-inflammatoires ▮ Ibuprofène 400 mg ▮ Kétoprofène (Profémigr cp, 150 mg, max 2/j)	▮ Troubles digestifs, hémorragies	▮ Allergie ou asthme déclenché par l'aspirine ou les AINS ▮ Ulcère gastroduodénal en évolution
Dérivés de l'ergotamine ▮ Tartrate d'ergotamine, Gynergène caféiné cp, 1 mg (6 mg/j, 10 mg/sem) ▮ Diergo spray, 4 mg (max. 4 pulvérisations/crise)	▮ Paresthésies, troubles circulatoires périphériques ▮ Nausées, vomissements	▮ Coronaropathies, hypertension artérielle incontrôlée, artérite des membres inférieurs, accident vasculaire cérébral ▮ Insuffisance rénale ou hépatique ▮ Association aux triptans
Triptans ▮ Almotriptan (Almogran cp, 12,5 mg) ▮ Elétriptan (Relpax cp, 20 et 40 mg) ▮ Frovatriptan, (Tigreat, Isimig cp, 2,5 mg) ▮ Naratriptan (Naramig cp, 2,5 mg) ▮ Rizatriptan (Maxalt cp, 10 mg, Maxaltlyo cp, 10 mg cp orodispersible) ▮ Sumatriptan (Imigrane cp, 50 mg, spray nasal 20 et 10 mg, injection SC 6 mg) ▮ Zolmitriptan (Zomig cp 2,5 mg, Zomigoro 2,5 mg cp orodispersible)	▮ Nausées, vertiges, somnolence, bouffée vasomotrice ▮ Lourdeur, douleur ou pression thoracique de la machoire, ou au niveau du cou ou des membres ▮ Palpitations, tachycardie, hypertension artérielle ▮ Spasme coronaire exceptionnel	▮ Coronaropathies, pathologie artérielle ischémique, hypertension artérielle non contrôlée, ▮ Accident vasculaire cérébral ou accident ischémique transitoire ▮ Syndrome de Wolff-Parkinson-White ▮ Association aux dérivés ergotés, aux antiprotéases, à la méthadone ▮ Association macrolides pour certains triptans

Traitement de fond

TABLEAU 5

Traitements de fond

Bêtabloquants ▮ 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 *NB : possibilité d'aggravation des migraines avec aura*
Antisérotoninergiques ▮ 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 urétro-prostatiques
Antidépresseurs ▮ Amitriptyline (Laroxyl 10-50 mg/j le soir)	▮ Somnolence, prise de poids, xérostomie, troubles libido/érection	▮ Glaucome, troubles urétro-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
Anticalciques ▮ Flunarizine, (Sibelium 5-10 mg/j) ▮ Arrêt au bout de 6 mois	▮ Somnolence, prise de poids ▮ Rares : dépression, syndrome parkinsonien	▮ Syndrome dépressif, syndrome extrapyramidal
Antiépileptiques ▮ 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
Autres ▮ 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.

Céphalées de tension

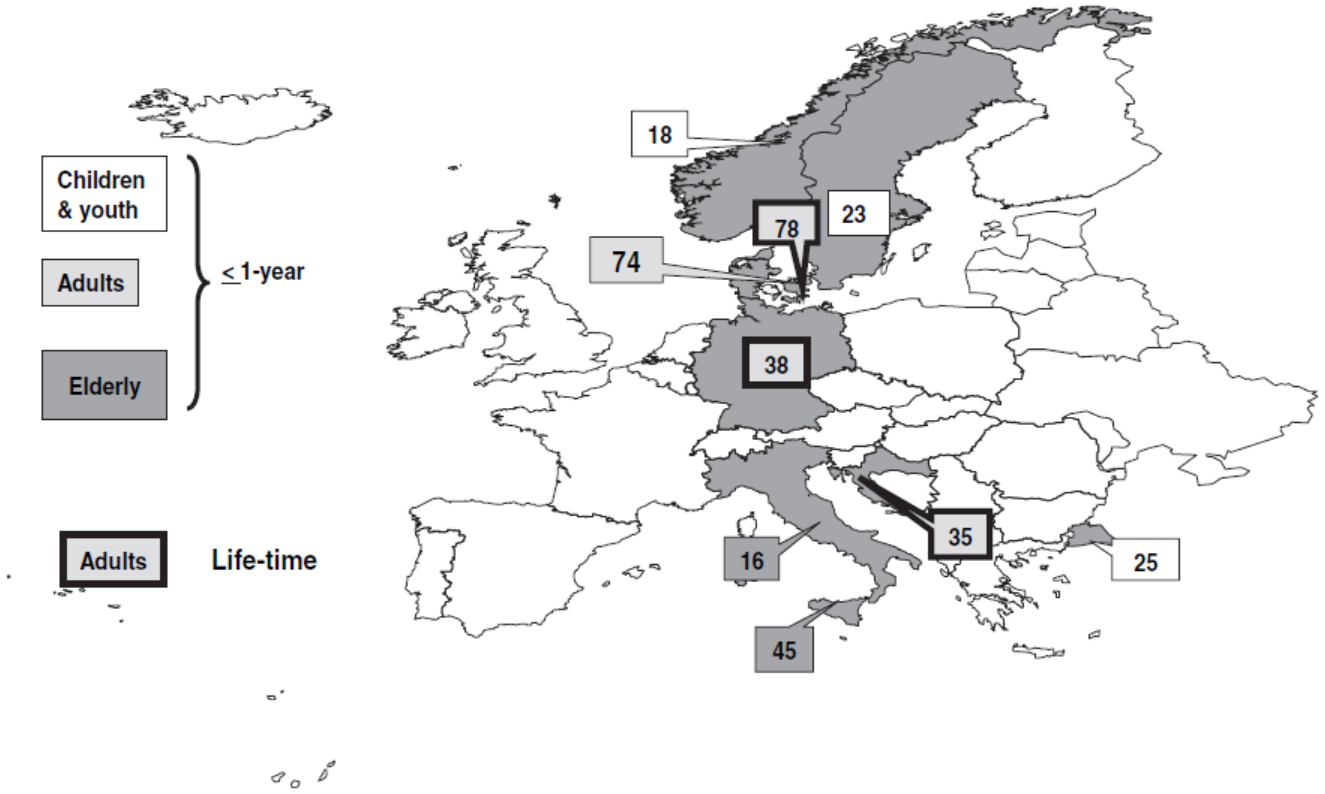


Figure 3 Prevalence of tension-type headache (%) in different European countries.

© 2006 EFNS *European Journal of Neurology* **13**, 333–345

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, étau, 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^{R}) sc (risque cardiovasculaire)

Névralgie du trijumeau

- atteint les patients dans la 3ème 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.

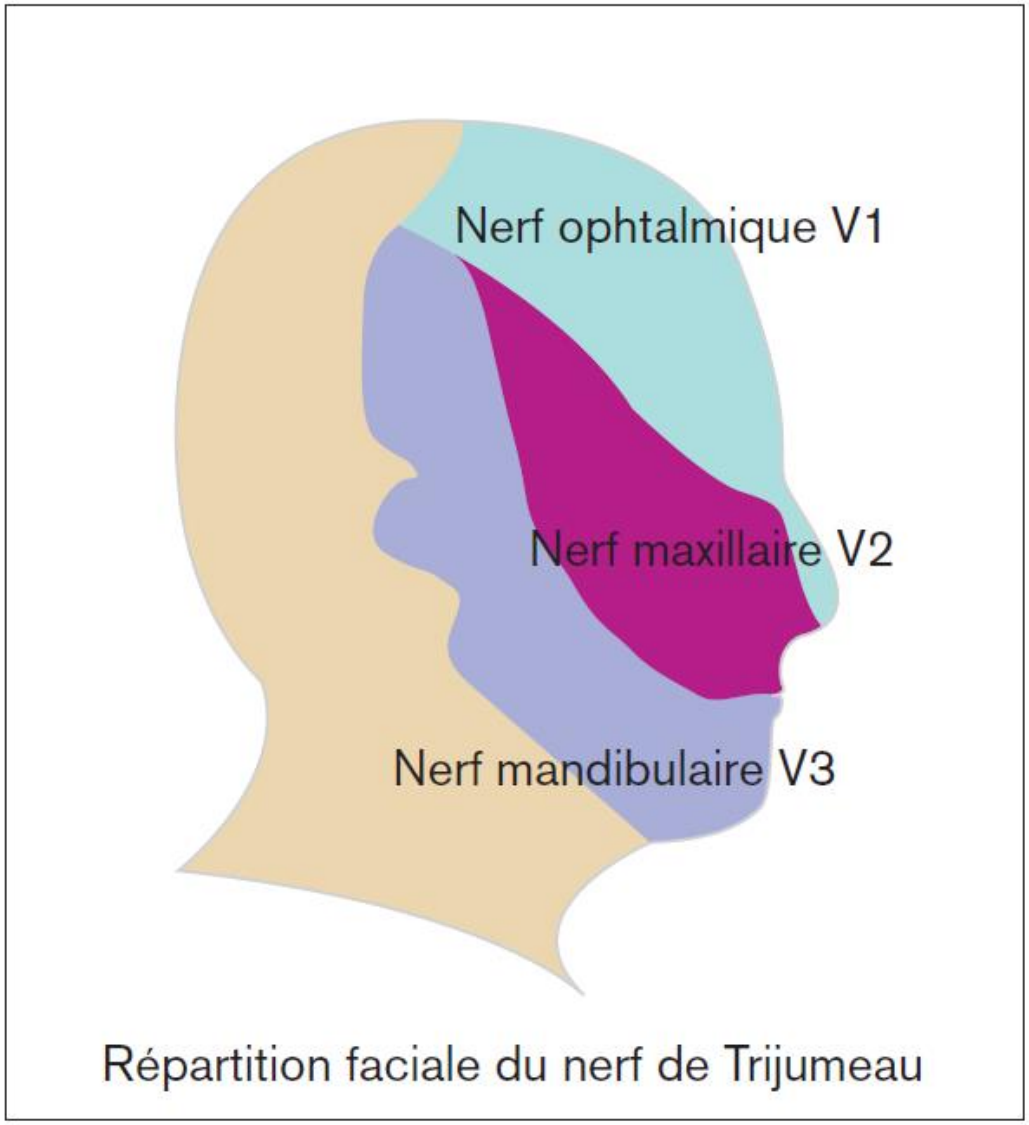


FIGURE 3 Territoire sensitif : branche du trijumeau.

TABLEAU 1

Migraine, céphalée de tension, algie vasculaire de la face et névralgie classique : comparaison

	Migraine	Céphalée de tension épisodique	Algie vasculaire de la face	Hémicrânie paroxystique	Céphalée névralgique unilatérale brève avec injection conjonctivale (SUNCT)	Névralgie du trijumeau
Sex ratio	3 F/1 H	F = H	1 F/5 H	7 F/1 H	1 F/4 H	F > H
Durée des crises	4-72 heures	1 h-7 jours	15-180 min	2-30 min	5-240 s	2-3 sec à 2 min
Fréquence des crises	Variable, irrégulière	Variable, irrégulière	1 à 8/j tous les jours	> 5/j tous les jours	De 3 à 200/j tous les jours	De 5 à > 100/j tous les jours
Latéralité de la douleur	Unilatérale à bascule ou bilatérale	Bilatérale	Strictement unilatérale	Strictement unilatérale	Strictement unilatérale	Strictement unilatérale, toujours du même côté
Topographie de la douleur	Variable	En casque, bandeau	Orbito-temporale	Orbito-temporale	Orbito-temporale	V2/V3 > V1
Type de la douleur	Pulsatile ou continue	Pression, poids	Broiement arrachement	Pulsatile	Coup de poignard	Décharge électrique
Intensité douloureuse	Modérée à sévère	Faible à modérée	Très sévère	Sévère à très sévère	Modéré à très sévère	Très sévère
Signes dysautonomiques	Possibles	0	Présents	Présents	Présents	0

Nausées ou vomissements	Fréquents	0	Possibles	0	0	0
Photophobie phonophobie	Fréquents et importants, parfois osmophobie	Absents (ou modérés)	Possibles	Possible	0	0
Capacité à poursuivre ses activités pendant la crise	Difficile ou impossible	Conservée, mais plainte importante	Impossible	Difficile ou impossible	Difficile ou impossible	Sidération brève lors de la décharge
Activité physique	Aggrave la céphalée (pulsatile++)	Peut améliorer la céphalée	Agitation motrice typique (lion en cage)	Rien	Rien ou mouvements	Lors des exacerbations évite l'activité par peur des accès
Facteurs déclenchants classiques des crises	alcool, variations hormonales, variations de rythme, variations émotionnelles	Stress, contrariété, surmenage	Sommeil ou prise d'alcool			Zones gâchettes, parler, mastiquer…