

Item98-Céphalée aiguë et chronique chez l'adulte et l'enfant.

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer une céphalée aiguë et une céphalée chronique. - Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge. - Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- - Polycopié national	- Anamnèse: survenue / évolution - Conscience / signe focal / HTIC - Ex. loco-régional / fond d'oeil - Souffle (carotides) / purpura - Céphalées de tension - Céphalées chroniques quotidiennes	- Prise de la PA / température - Prise médicamenteuse/ alcool - Palpation pouls temporal - Syndrome méningé - Abus médicamenteux

A. CÉPHALÉES AIGUËS

Généralités

Définitions

- Céphalées = douleur de l'extrémité céphalique (« maux de tête »). On distingue:
 - Céphalées primaires
 - = pas de lésion causale sous-jacente / les plus fréquentes / souvent chroniques
 - **Etiologies:** migraines / céphalées de tension / algies vasculaires de la face
 - Céphalées secondaires
 - = céphalées dues à une lésion sous-jacentes / potentiellement graves
 - **Etiologies:** tout de la sinusite à l'hémorragie méningée, tumeur cérébrale, etc.

Etiologies

Urgences à toujours rechercher devant une céphalée aiguë (5) (A savoir !)

- Hémorragie méningée **Hémorragie méningée**.
- Méningite / méningo-encéphalite **Méningites, méningoencéphalites chez l'adulte et l'enfant**.
- AVC (hémorragique ++ / dissection / TVC) **Accidents vasculaires cérébraux (AVC)**.
- HTIC sur processus expansif intra-cérébral (tumeur++)
- Crise aiguë hypertensive (+/- urgence HT si hémorragie) **Hypertension artérielle de l'adulte**.
- **Autres:** GAFA / maladie de Horton / intoxication au CO / hypoglycémie..

Moins grave mais plus fréquent

- Migraine / sinusite (++)

Orientation diagnostique

Examen clinique

- **Interrogatoire**
 - **Terrain:** **atcd** de céphalées (chroniques) / FdR CV / cancer
 - **Prises:** médicamenteuses (**A savoir !**) / alcool / drogue
 - **Anamnèse:** notion de **traumatisme** / contagé / voyage
 - **Signes fonctionnels**
 - **Caractéristiques de la céphalée (10)**
 - **Mode d'installation :** brutal ou progressif (**A savoir !**)
 - Siège / irradiation / type / intensité (EVA)
 - Evolution: durée, fluctuantes, progressives...
 - Facteurs modifiants: aggravant ou soulageant

- Efficacité des traitements entrepris
- Retentissement socio-professionnel
- **Rechercher des signes associés + + +**
 - Nausées-vomissements / photophobie / AEG / fièvre
 - Troubles de la vision / de la conscience / cervicalgie
- **Examen physique**
 - **Prise des constantes**
 - **PA / température** / glycémie capillaire (**A savoir !**)
 - Etat de conscience: Glasgow (**GCS**)
 - **Signes de gravité**
 - **Syndrome méningé (A savoir !)**
 - Raideur de nuque / photophobie / purpura si fièvre
 - **Syndrome d'HTIC**
 - Céphalées / nausées-vomissement / BAV-diplopie / conscience
 - **Signes de localisation**
 - Déficit sentivo-moteur / paresthésies / ROT
 - **Pupilles + + +** (mydriase unilatérale = rechercher anévrisme)
 - Claude Bernard-Horner (ptosis / myosis / énophtalmie)
 - **Orientation étiologique, vers:**
 - **AVC:** auscultation pour recherche d'un **souffle** / TSA
 - **HTIC:** fond d'oeil pour recherche d'un oedème papillaire
 - **Gafa: BAV** / palpation globes oculaires / oeil rouge / PO si doute
 - **Sinusite:** palpation **sinus** / recherche rhinorrhée / obstruction
 - **Horton:** palpation des artères **temporales** (chez > 50ans: **A savoir !**)

Examens complémentaires

- **2 examens systématiques devant une céphalée brutale (A savoir !)**
 - **TDM cérébrale non injectée**
 - En urgence et en 1ère intention devant toute céphalée aiguë/inhabituelle
 - Recherche: HTIC / hémorragie méningée / lésion focale (AVC, tumeur)
 - puis **ponction lombaire et examen du LCR si TDM normale**
 - Systématique **même** si pas de syndrome méningé ni fièvre + + +
 - Recherche: méningite / hémorragie méningée
- **Bilan complémentaire selon contexte**
 - **Echo-doppler des TSA:** devant tout CBH (recherche dissection carotidienne)
 - **IRM cérébrale:** recherche TVC (hyperT1/T2 des sinus) / AVC ischémique
 - **VS-CRP:** devant toute céphalée chez sujet > 50ans (recherche Horton)
 - **HbCO:** si contexte d'intoxication au monoxyde de carbone

Diagnostic étiologique

Céphalée en « coup de tonnerre »

- **Etiologie: hémorragie méningée** jusqu'à preuve (TDM+PL) du contraire + + +
- **CAT:** TDM cérébrale sans PdC +/- PL systématique si TDM normal

Céphalée avec syndrome méningé fébrile

- **Etiologie: méningite** infectieuse ou ME herpétique si troubles de la conscience
- **CAT:** PL avec analyse du LCR (sauf HTIC/s. localisation: TDM en urgence!)

Céphalée avec HTIC

- **Etiologie:** processus expansif intra-crânien (tumeur / abcès / TVC si TDM = N + + +)
- **CAT:** FO (oedème papillaire) / IRM +/- angio-IRM veineuse si IRM/TDM = N

Céphalée avec signes de localisation

- **Etiologie: AVC** hémorragique (+ +) ou ischémique (rare)
- **CAT:** TDM cérébrale sans injection en urgence

Céphalée avec cervicalgie

- **Etiologie: dissection** d'une a. cervicale (carotide interne ou a. vertébrale) + + +
- **CAT:** rechercher CBH / échoD TSA et IRM (AIC aval) / HNF en urgence

Céphalée avec abolition du pouls temporal

- **Etiologie: maladie de Horton** (artérite inflammatoire des branches de l'a. carotide ext)
- **CAT:** pouls temporal / PPR / VS-CRP et FO en urgence / corticoïdes IV

!! Autres étiologies à évoquer devant une céphalée aiguë

- **Intoxication** aiguë: alcool (**A savoir !**) / CO / cocaïne
- Syndrome post-PL: si céphalée positionnelle avec atcd récent de PL + + +

- Sinusite infectieuse: fréquent +++
- Glaucome aigu par fermeture de l'angle
- HTA maligne ou poussée hypertensive [Hypertension artérielle de l'adulte](#).

B. CÉPHALÉES CHRONIQUES

Etiologies

Céphalées chroniques permanentes

- Céphalées de tension
- Céphalées post-traumatiques
- Céphalées iatrogéniques (ICa, TNT..)
- Intoxication chronique au CO
- Autres: anémie / polyglobulie / hypercapnie

Céphalées chroniques paroxystiques

- Migraine
- Névralgie du trijumeau
- Algies vasculaires de la face
- Pousées hypertensives
- Malformation artério-veineuse

Diagnostic étiologique

Migraine

- !! Etiologie la plus fréquente de céphalées chroniques
- Différencier une migraine sans ou avec aura +++
- **Caractéristiques**
 - Siège = hémicrâne / alternance
 - Type = pulsatile
 - Intensité = modérée à sévère
 - Facteurs modifiants = augmentée à l'effort
 - Signes associés = nausées-vomissements / photophobie-phonophobie
 - Durée des crises = 4-72h (typiquement < 1j)
- **Examens complémentaires**
 - AUCUN si critères IHS réunis et migraine habituelle

Céphalées de tension

- 2ème cause à évoquer devant des céphalées chroniques
- **Caractéristiques**
 - Siège = diffus / bilatéral / cervico-occipital ++
 - Type = en casque / impression de lourdeur
 - Intensité = légère à modérée (!! activités possibles)
 - Facteurs modifiants = favorisées par stress (pas d'aggravation à l'effort)
 - Signes associés = non (pas de vomissements ni photophobie)
 - Durée des crises = de 30min à 7 jours
 - Terrain dépressif/anxieux souvent associé
- **Examens complémentaires**
 - = AUCUN

Algies de la face

- **Névralgie du trijumeau**
 - **En cas de névralgie essentielle**
 - Douleur à type de décharge électrique
 - Atteinte unilatérale / territoire du V2 ++
 - Existence d'une « zone gachette »
 - Pas de fond douloureux inter-critique
 - Pas d'anomalie de l'examen neurologique
 - **En cas de névralgie secondaire**
 - Atteinte d'autres paires crâniennes
 - Diminution/abolition du réflexe cornéen
 - Hypoesthésie faciale
 - Anomalie motrice / syndrome cérébelleux

- **Algie vasculaire de la face**
 - Douleur péri-orbitaire très intenses
 - Chez un homme jeune / prise d'alcool
 - Signes végétatifs associés (larmoiement)

Céphalées post-traumatiques

- En phase aiguë: rechercher un HSD/HED/HSA (TDM) +++
- En phase subaiguë: rechercher une dissection ou un HSD chronique
- **En chronique: « syndrome des traumatisés crâniens »**
 - Céphalées sans anomalie clinique ou paraclinique
 - !! Intensité sans rapport avec gravité du trauma initial
 - Signes associés: irritabilité, troubles du sommeil, de la concentration, etc.

Céphalées chroniques quotidiennes (CCQ)

Définition

- Céphalée de durée quotidienne de **plus de 4h/jour** sans traitement
- Présente **plus de 15 j/mois** depuis plus de **3 mois**
- Sans substrat lésionnel ou symptomatique

Facteurs associés

- **Abus médicamenteux +++**
 - Définition: prise régulière: > **15 j/mois** (non opioïdes) ou >10j/M (pour opioïdes)
 - depuis > **3 mois** (!! concerne 1/3 des patients souffrant de CCQ)
- **Facteurs psychopathologiques**
 - Troubles anxieux et dépressifs +++ (1 patient sur 2)
 - Addiction (perte de contrôle)
 - Troubles de la personnalité (névrose ++)
 - Evènements de vie: deuil, divorce..
- **Facteurs hormonaux**: ménopause
- **Facteurs musculo-squelettiques**: tensions musculaires

Examen clinique

- Céphalée type migraineuse ou céphalée de tension +/- fond céphalalgique
- Peuvent être associées (ou non) à un abus médicamenteux: à rechercher (**A savoir !**)

Prise en charge

- Recherche facteurs associés aux CCQ: abus médicamenteux +++
- **Si abus médicamenteux retrouvé**:
 - **Sevrage** en antalgiques / en ambulatoire ou en hospitalier (5-10j)
 - Accompagnement: introduction progressive d'**amitryptilline** (AD tricyclique) ou d'**epitomax**
- **Si pas d'abus médicamenteux**:
 - Traitement de fond: amitryptilline PO en 1ère intention (céphalées de tension +++) ou epitomax PO
 - Mesures associées: soutien psy, thérapie cognitivo-comportementale, etc

Synthèse pour questions fermées

Quelles sont les 6 caractéristiques d'une migraine ?

- Siège : hémicrâne, alternance
- Type : pulsatile
- Intensité : modérée à sévère
- Facteurs modifiants : augmentée à l'effort
- Signes associés : nausée-vomissement/ phono photophobie
- Durée des crises : 4-72H sans traitement

Quel est le traitement médicamenteux de 1ère intention dans les céphalées chroniques quotidiennes sans abus médicamenteux ?

- Amitryptilline PO

