

## **CEPHALEE AIGUË ET CHRONIQUE (188)**

### **1. Connaissances requises**

1.1 Enoncer les principales causes de céphalée aiguë et les caractéristiques cliniques propres à chacune

1.2 Enoncer les principales causes de céphalée chronique (épisode ou quotidienne) et les caractéristiques cliniques propres à chacune

### **2. Objectifs pratiques**

2.1 Chez un patient réel ou simulé souffrant de céphalées aiguës

- conduire l'interrogatoire et orienter le diagnostic
- discuter l'indication d'une hospitalisation, d'une imagerie cérébrale et d'une ponction lombaire

2.2 Chez un patient réel ou simulé souffrant de céphalées chroniques, conduire l'interrogatoire et proposer un projet thérapeutique

### **LES POINTS FORTS**

- **Les céphalées représentent un des motifs les plus fréquents de consultation.**
- **Le diagnostic repose essentiellement sur un interrogatoire précis : les 2 principaux paramètres à considérer sont le mode d'installation (aigu/progressif) et l'évolution ultérieure (douleur continue/douleur par accès)**
- **Les signes d'accompagnement sont recherchés avec soin (nausées, ralentissement idéatoire, troubles neurologiques focaux)**
- **Une imagerie cérébrale est réalisée au moindre doute, notamment lorsqu'il n'existe pas d'argument en faveur des 2 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 la première crise de migraine.**

La céphalée, c'est-à-dire toute plainte douloureuse centrée sur la région crânienne, est l'un des motifs les plus fréquents de consultation. Les causes en sont très variées, le plus souvent d'origine essentielles, généralement 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.

## **I- CONNAISSANCES REQUISES**

### **1- Principales causes de céphalées**

La classification la plus utile en pratique met en avant 1) le mode de début, 2) l'évolution de la céphalée

#### **Céphalées aiguës**

- **Celles qui sont discutées en première ligne aux urgences**
  - hémorragie méningée
  - méningite
  - hypertension intracrânienne aiguë
  - première crise de migraine
- **Autres**
  - 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'aggravation 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 artério-veineuse
  - névralgie d'Arnold
  - céphalées essentielles diverses (céphalées d'effort, de toux, coïtale)

L'algie vasculaire de la face et la névralgie du trijumeau constituent des diagnostics différentiels des céphalées. Si la seconde est en règle générale de reconnaissance aisée, l'algie vasculaire peut poser des difficultés par rapport à une migraine à forte participation douloureuse péri-orbitaire.

## **2- CARACTERISTIQUES PROPRES DES CEPHALEES ORIENTANT LE DIAGNOSTIC**

### **2.1 Céphalées symptomatiques d'une affection intracrânienne**

- **Processus expansif intracrânien** : quel qu'il soit, il peut provoquer des céphalées dans le cadre d'une **hypertension intracrânienne** :

- céphalées à prédominance matinale ou en seconde partie de nuit, exagérées par l'effort et la position couchée, résistantes aux antalgiques
- vomissements, inconstants, pouvant soulager temporairement la céphalée
- œdème papillaire bilatéral au fond d'œil, également inconstant
- autres signes éventuellement associés : ralentissement psychique, diplopie (atteinte uni ou bilatérale de la VIème paire crânienne, sans valeur localisatrice)
- éclipses visuelles (trouble bilatéral et passager de la vision) à un stade tardif

Le diagnostic de processus intracrânien est aisé en cas de signes de focalisation neurologique. Le caractère inconstant de tous les signes autres que la céphalée doit faire suspecter le diagnostic devant toute céphalée inhabituelle et permanente, quel que soit l'âge.

- **Malformation artério-veineuse** : évoquée devant des céphalées intermittentes à localisation constantes.

- **Syndrome méningé** : d'apparition explosive en cas d'hémorragie méningée ou rapide sur quelques heures en cas de méningite infectieuse (syndrome méningé fébrile)

- céphalée diffuse et violente, non calmées par les antalgiques usuels
- raideur méningée caractéristique (position « en chien de fusil » du patient alité, signes de Kernig et de Brudzinski).

- **Accidents vasculaires cérébraux** : une céphalée est fréquente, aussi bien en cas d'infarctus que d'hémorragie intraparenchymateuse. La céphalée est constante en cas de **thrombophlébite cérébrale**, parfois associée à d'autres signes d'hypertension intracrânienne. Les signes focaux bilatéraux et à bascule sont évocateurs du diagnostic, de même que le contexte (femme jeune, période du post-partum).

### 2.2 Autres céphalées symptomatiques loco-régionales

- **Dissection** d'une artère carotide ou vertébrale : cervicalgie associée, notion de traumatisme direct ou indirect sur les régions cervicales, signe de Claude-Bernard-Horner (artère carotide).

- **Névralgie d'Arnold** (conflit du nerf occipital avec la charnière osseuse): douleur en éclair, déclenchée par les mouvements du cou, partant de la charnière cervico-occipitale et irradiant en hémicranie jusqu'à la région frontale.

- **Affections responsables de cervicalgies chroniques** (arthrose, séquelles de fracture/luxation d'une vertèbre cervicale, polyarthrite rhumatoïde avec luxation atloïdo-axoïdienne,...), toutes susceptibles de provoquer des céphalées postérieures par irradiation de contractures musculaires paravertébrales.

- **Glaucome à angle fermé** : évoqué en cas de douleur à dominance péri-orbitaire, d'œil rouge et trouble visuel unilatéral. Une **sinusite** devant une céphalée frontale avec majoration positionnelle et par pression des régions sinusiennes.

### 2.3 Affections générales

- **Maladie de Horton** : toute céphalée prolongée et inhabituelle chez un sujet de plus de 50 ans fait évoquer le diagnostic.

- céphalée souvent décrite plus comme une lourdeur des régions temporales plutôt qu'une véritable douleur. Un fond continu avec recrudescences lors du contact de la région temporale ou du cuir chevelu est évocateur.
- signes locaux associés : artère temporale indurée, douloureuse et non pulsatile.
- autres arguments cliniques : altération de l'état général, tableau de pseudo-polyarthrite rhizomélique (association dans 50% des cas), épisodes de cécité monoculaires transitoires (qui annoncent l'imminence de la redoutable cécité définitive)
- argument biologique : accélération de la VS et augmentation de la CRP
- la preuve diagnostique revient à la biopsie de l'artère temporale (artérite géantocellulaire)
- le traitement : corticothérapie (1 mg/kg/j) urgente (sans attendre le résultat de la biopsie)

### 2.4 Céphalées dites essentielles

- **Migraine** : les céphalées intermittentes sont le plus souvent caractéristiques (item 262). Il faut insister sur la fréquence de l'association chez un même patient de migraines avec des céphalées de tension et/ou des céphalées par abus d'antalgiques.

- **Céphalées de tension, dites « psychogènes »** :

- céphalée diffuse, prédominant au vertex ou dans les régions cervico-occipitales. Elle correspond souvent à une impression de lourdeur ou de tête vide avec difficultés de concentration.
- elle est ancienne et permanente
- absence de signe d'accompagnement.
- absence de retentissement sur la vie quotidienne et sommeil normal, contrastant avec une gêne décrite comme intense
- aggravation en périodes de tension psychologique, et amélioration au contraire en période de détente.
- douleurs à la palpation des muscles cervicaux paravertébraux et des trapèzes → des troubles psychologiques (anxiété chronique le plus souvent), plus rarement trouble psychiatrique authentique (état dépressif, personnalité hypochondriaque) sous-tendent en général ce type de céphalées.

- **Céphalées par abus médicamenteux** : initialement, le sujet souffre de migraines ou de céphalées de tension typiques. Par crainte de la crise suivante ou d'une majoration de la céphalée, la prise de médicaments se fait de manière préventive, de plus en plus fréquemment. Des céphalées en découlent, qui entraînent elles-mêmes l'augmentation des doses. Ce cercle vicieux aboutit à une véritable céphalée permanente, où les crises migraineuses sont de moins en moins reconnaissables. Ces céphalées ont surtout été décrites avec les dérivés codéïnés et de l'ergot de seigle, mais aussi avec des antalgiques beaucoup plus banals (paracétamol).

- **Céphalées du syndrome des traumatisés** : elles s'inscrivent dans un ensemble de plaintes multiples qui suivent un traumatisme crânien de gravité variable (sans rapport avec une perte de connaissance initiale) : irritabilité, troubles de la concentration, difficultés mnésiques. Les investigations complémentaires sont normales. Le syndrome peut prendre la forme d'une véritable névrose post-traumatique.

- **Autres céphalées essentielles** : certaines céphalées connaissent un déclenchement aigu à l'occasion d'un effort, d'un coït ou d'une toux. Elles nécessitent des explorations complémentaires (IRM couplée à une angio-RM le plus souvent, à la recherche d'une tumeur intracrânienne ou d'un anévrisme artériel) avant d'être qualifiées de bénignes.

## **II- OBJECTIFS PRATIQUES**

### **1- L'interrogatoire**

Il constitue l'étape fondamentale d'orientation du diagnostic. Il s'attache à préciser :

#### **1.1 Les caractéristiques de la céphalée :**

- son ancienneté, à chiffrer le plus précisément possible (quelques heures à plusieurs années)
- son caractère habituel ou non en cas d'accès récidivants
- son mode de début (brutal, par à-coups successifs, lentement progressif)
- son mode évolutif ultérieur (stabilité, aggravation, fluctuations dans la journée, survenue par accès)
- son siège (en précisant son uni ou bilatéralité), ses irradiations
- son type (étau, brûlures, pulsatilité, ...)
- son ou ses facteurs déclenchants (traumatisme crânien, contrariété, ...) ou aggravants (effort, ...)
- sa sévérité, évaluée en particulier sur le retentissement dans la vie quotidienne

#### **1.2 Les signes d'accompagnement de la céphalée :**

- nausées et vomissements
- cervicalgies
- fièvre, altération de l'état général
- ralentissement psychique, troubles de la mémoire ou des autres fonctions cognitives
- troubles neurologiques focaux (visuels mono ou binoculaires, sensitifs, moteurs)
- douleur oculaire, écoulement nasal

#### **1.3 Certains antécédents essentiels :**

- âge du patient
- traumatisme cervico-crânien précédant les céphalées
- prise de médicaments avant et depuis l'apparition des céphalées. Certains médicaments peuvent provoquer des céphalées chroniques aux doses usuelles : dérivés nitrés, dipyridamole, etc...
- contexte psychologique et degré d'insertion socio-professionnelle
- antécédents familiaux (migraine)

### **2- L'examen clinique**

Certains gestes sont systématiques en présence d'une céphalée :

- prise de la pression artérielle
- recherche d'une raideur méningée
- examen neurologique à la recherche de signes de focalisation
- appréciation globale de l'acuité visuelle

D'autres gestes sont pratiqués selon le contexte :

- palpation des artères temporales chez le sujet de plus de 50 ans
- prise de température en cas d'altération de l'état général
- réalisation d'un fond d'œil (recherche d'un œdème papillaire) en cas de suspicion d'hypertension intracrânienne

### **3- Hospitalisation et investigations complémentaires**

Les arguments qui poussent à la réalisation d'investigations complémentaires sont :

- le caractère permanent d'une céphalée et sa tendance à l'aggravation
- son caractère inhabituel par rapport à des céphalées banales antérieurement perçues

Une aggravation rapide et la survenue de signes neurologiques associés (ralentissement idéatoire, signes neurologiques focaux) impose une hospitalisation pour surveillance et réalisation des investigations en urgence.

Les investigations complémentaires pertinentes dépendent de l'orientation étiologique :

- En cas de suspicion de céphalées de tension, **aucune investigation** n'est théoriquement requise. En pratique, la plupart des patients se verront prescrire une imagerie cérébrale pour éliminer toute arrière pensée de processus évolutif intracrânien. L'important est de résister à la demande fréquente de multiplier les investigations.
- En cas de suspicion de syndrome méningé, l'hospitalisation est immédiate pour surveillance, **scanner cérébral** (hémorragie méningée) et/ou **ponction lombaire** (méningite, hémorragie méningée avec scanner normal)
- Une suspicion d'hypertension intracrânienne fait demander une **imagerie cérébrale** (scanner ou IRM) en urgence.
- **IRM cérébrale** (couplée ou non à l'angio-RM) si le diagnostic de thrombophlébite cérébrale est évoqué.
- **Vitesse de sédimentation** (ou CRP) devant toute céphalée subaiguë après 50 ans (Horton)
- **Echodoppler cervical** +/- imagerie par résonance nucléaire (IRM et angio-RM) en cas de suspicion de dissection d'une artère cervicale
- **Examen ophtalmologique** : nécessaire pour confirmer un œdème papillaire (aspect du fond d'œil, élargissement de la tache aveugle au champ visuel) ou une glaucome aigu. **Scanner des sinus** et **examen ORL** : confirment l'existence d'une sinusite.

## **4- TRAITEMENTS**

**4.1 Céphalées symptomatiques d'une affection évolutive** (intracrânienne, Horton, sinusite, glaucome, hypertension artérielle) : le traitement est celui de la cause, couplé si besoin à des antalgiques prescrits pour une durée limitée.

**4.2 Céphalées essentielles** : le traitement dépend du diagnostic retenu :

- **Migraine** : il repose toujours sur un traitement des crises, parfois sur un traitement de fond associé (cf item 262)
- **Céphalées de tension** : soutien psychologique, avec explications claires sur la bénignité de l'affection ; conseils d'hygiène de vie (périodes de détente aménagées dans un emploi du temps souvent chargé, parfois grâce à des séances de relaxation) ; séances de massages visant à décontracter les muscles cervicaux, éventuellement associées à des myorelaxants ; anxiolytiques en cas de composante anxieuse nette ; l'amitriptyline délivré en gouttes le soir à doses progressivement croissantes (jusqu'à 50 mg/j) est souvent efficace pour calmer ces céphalées, dans la prise en charge est, à l'instar des autres syndromes douloureux chroniques, souvent long et difficile.
- **Céphalées par abus d'antalgiques** : arrêt des médicaments responsables, qui entraîne un syndrome de sevrage avec recrudescence des céphalées, insomnie, anxiété et troubles digestifs ; ce syndrome nécessite souvent l'hospitalisation avec perfusions d'amitriptyline à doses progressivement croissantes (75 à 150 mg/j) ; ultérieurement, traitement de la céphalée

chronique responsable de l'abus médicamenteux (migraine, céphalée de tension, syndrome des traumatisés).

- **Céphalée post-traumatique chronique** : traitement difficile, reposant sur le qualité du soutien psychologique, parfois aidé d'anxiolytiques ; un traitement psychiatrique doit parfois être proposé chez les sujets développant une véritable névrose post-traumatique.

- **Autres céphalées bénignes** (effort, coït) : elles sont le plus souvent passagères et nécessitent alors surtout des explications rassurantes ; un traitement préventif est proposé en cas de fréquence rapprochée (propranolol).