

# Orientation et prise en charge d'une céphalée

Dr Valérie Domingo  
Service de Neurologie  
Unité Neuro-vasculaire  
Hôpital Sainte Anne



- Interroger
- Examiner
- Soulager
- orienter

# INTERROGER:

## 1. PROFIL EVOLUTIF de la céphalée

4 questions :

① **MODE D'INSTALLATION**

« comment a débuté la céphalée? »

début brutal / progressif

② **DUREE D'EVOLUTION**

« depuis quand avez-vous ce mal de tête? »

céphalée aigue / progressive

③ **MODE D'EVOLUTION**

« comment évolue la douleur depuis son installation? »

douleur continue / crises

④ **CARACTERE HABITUEL ou NON**

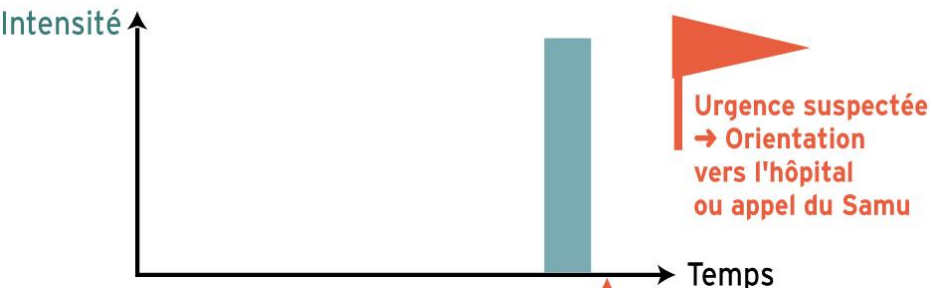
« avez-vous déjà eu ce type de mal de tête? »

oui / non

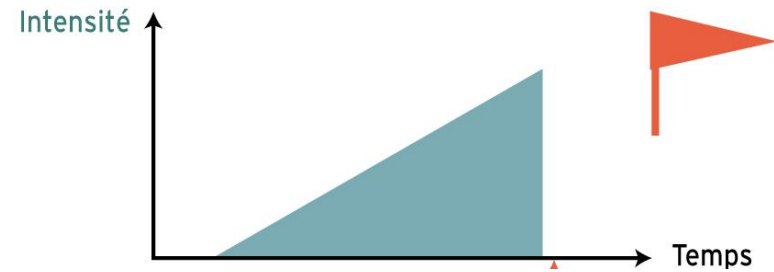


# 1/ Classer la douleur:

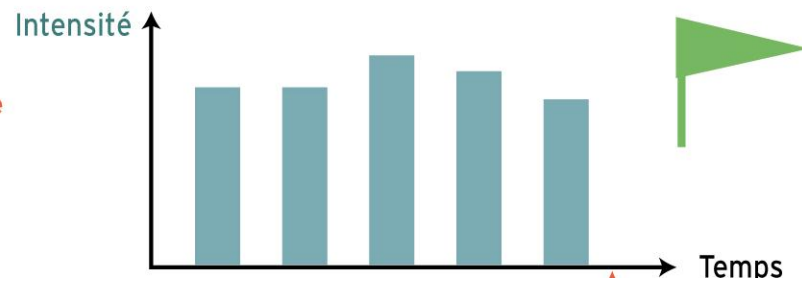
## 4 grands profils sémiologiques



Céphalée brutale récente



Céphalée progressive récente



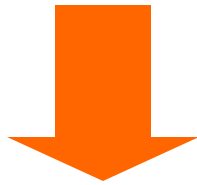
Céphalée paroxystique chronique



Céphalée chronique quotidienne

# Orientation diagnostique

## INTERROGATOIRE



BRUTALE  
RECENTE

PROGRESSIVE  
RECENTE

CEPHALEE SECONDAIRE



CHRONIQUE  
PAROXYSTIQUE

CHRONIQUE  
QUOTIDIENNE

CEPHALEE PRIMAIRE

## INTERROGATOIRE (2)

### 2. CARACTERE DE LA DOULEUR

1. Douleur connue / différente des céphalées habituelles
2. Caractère de la douleur, intensité (EVA), siège
3. Facteur déclenchant: postural (post-PL, rachianesthésie, péridurale), TC, circonstances particulières (acte sexuel, effort, froid, toux, médicaments (parlodol, IRS), toxiques (cannabis, cocaïne)...ou favorisant (règles, aliments, alcool)

### 3. TERRAIN

1. ATCD migraineux / personnels (vasculaires, thrombose veineuse, post partum, dépression)
2. Ttt en cours et déjà testés (efficacité/echec)
3. **Drapeaux rouges: cancer, VIH, age de début > 50 ans,**



### 4. SYMPTOMES ASSOCIES

- Déficit neurologique focal (moteur, sensitif, tble du langage)
- Malaise avec trouble de conscience, clonies
- Acouphènes pulsatile
- Claudication de la mâchoire, AEG
  
- Rhinorrhée, jetage nasal
- Fièvre, Sd grippal
- Nausées, Vomissements
- phonophobie
- Troubles visuels (aura), signes neurovégétatifs



# EXAMINER

AU CALME +/- PENOMBRE  
PATIENT ALLONGE

## 1. Examen général:

1. Comportement
2. Température
3. Pression artérielle
4. Auscultation cardiaque / vasculaire
5. Examen de la peau (purpura)



- Fièvre
- Poussée hypertensive
- purpura

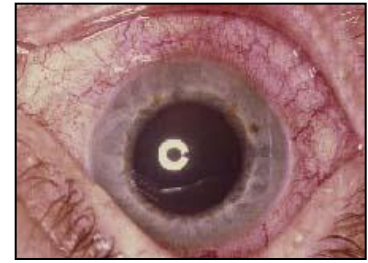


## 2. Examen neurologique:

1. Conscience, comportement
2. Signes neurologiques déficitaires (moteur, sensitif, tble du langage, cerebelleux)
3. Pupilles: anisocorie, S de Claude Bernard Horner
4. Anomalie du CV (HLH)
5. Recherche d'un Sd méningé



•Examen neuro anormal



### 3. Examen loco-régional:

1. Inspection, palpation, auscultation de la zone douloureuse
2. Palpations artères temporales
3. Examen de la peau (zona)
4. Pression des sinus
5. Recherche rougeur oculaire, exophtalmie, œdème palpébral, palpation des globes oculaires
6. Palpation des muscles cervicaux



- Induration A. Temporale
- Suspicion glaucome

# Drapeaux rouges de l'examen clinique

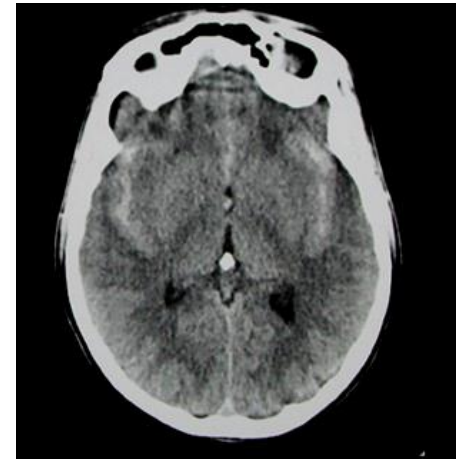
- Fièvre
- Eruption cutané
- Poussée hypertensive
- Signe neurologique focal
- Asymétrie pupillaire
- Artère temporale dure et douloureuse > 60 ans
- Suspicion de glaucome
- Raideur de nuque



# Anisocorie



# Céphalée + Mydriase unilatérale



Compression  
du 3<sup>ème</sup> nerf crânien  
Par un anévrysme  
De l'artère communicante  
postérieure

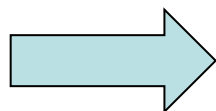
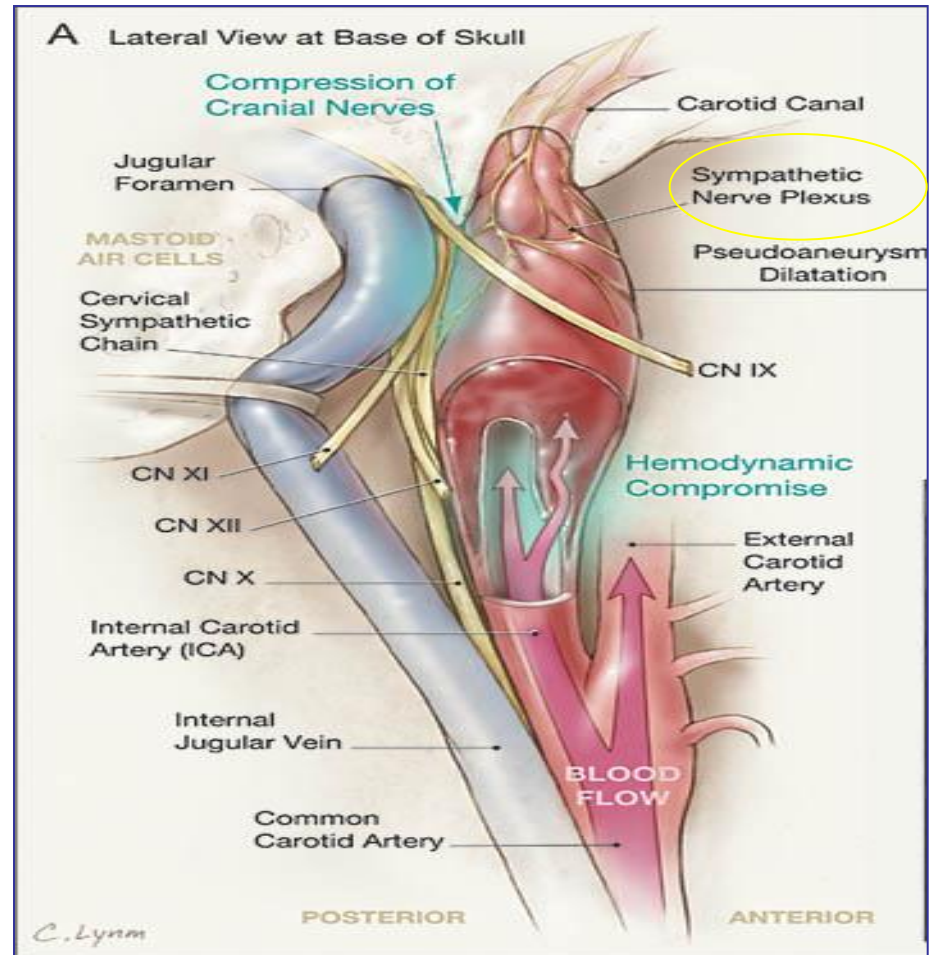


Hémorragie méningée

# Céphalée + Signe de Claude Bernard Horner



Myosis  
Ptosis  
Enophthalmie



Dissection de la carotide interne homolatérale

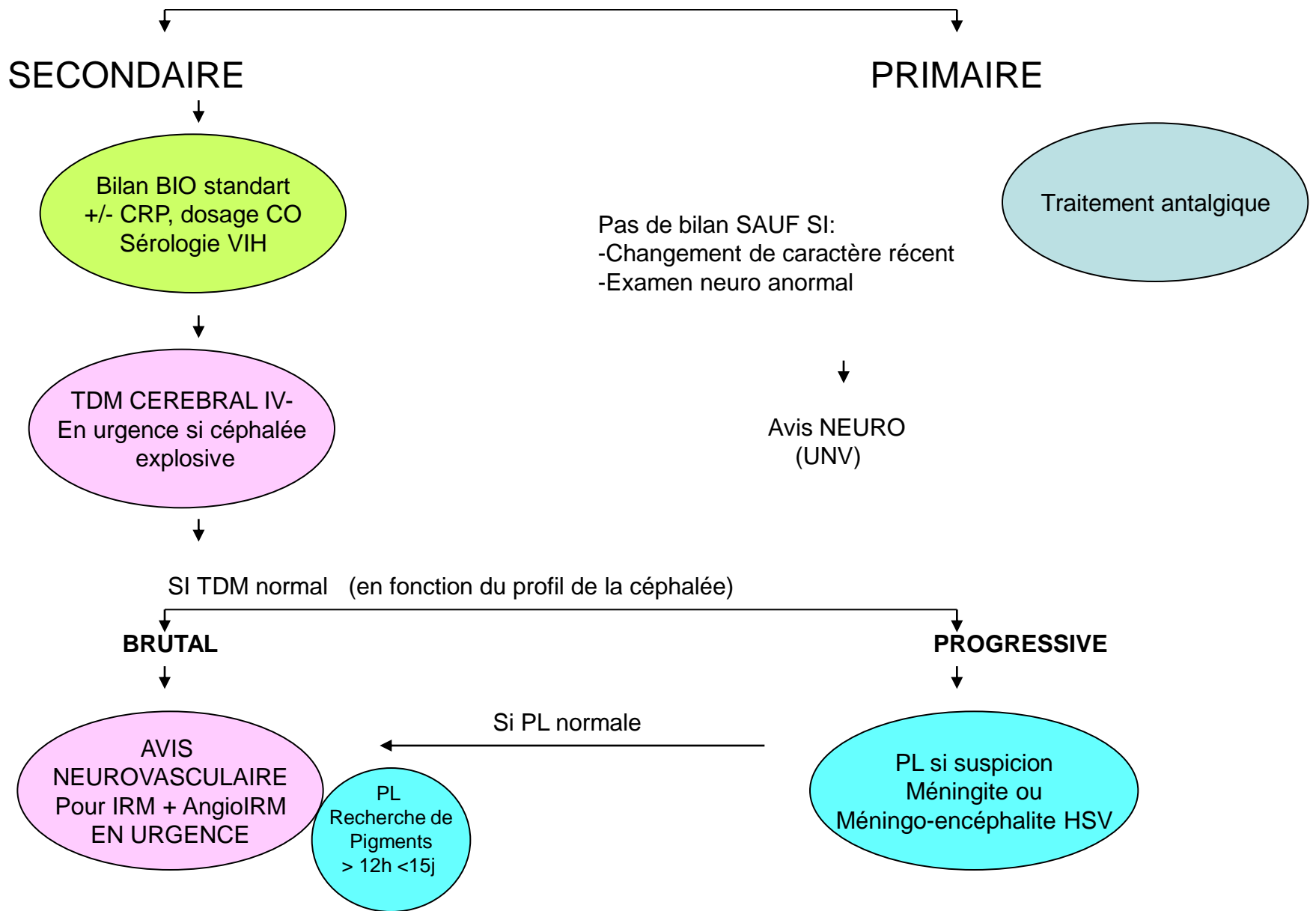
# SOULAGER

1. Patient allongé au calme, sans lumière directe (photophobie)
2. +/- voie veineuse:
  1. Paracetamol 1g IVL
  2. Si besoin Primperan 1 amp IV
3. Réévaluer l'efficacité du traitement dans les 30 minutes

- Orienter



# CEPHALEE



# CEPHALEE BRUTALE RECENTE



## 1. Causes vasculaires

- **Hg sous-arachnoïdienne**
- AVC: Hémorragies cérébrales / cérébelleuses (malformations vasculaires, angéite...), infarctus (cervelet)
- Dissection carotide / vertébrale
- Thrombophlébite cérébrale
- Syndrome de vasoconstriction (eclampsie, HTA maligne)

## 2. Glaucome aigu / sinusite bloquée

## 3. Autres:

- Hypotension du LCR (post PL)
- Méningite
- Causes rares: tumeur IV ventricule, nécrose pituitaire



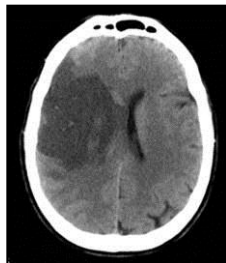
# TDM cérébral sans injection



Diagnostic positif

- Hémorragie
  - méningée
  - Cérébrale
- Infarctus (24h)
- POE (tumeur...)
- sinusite

- Un scanner normal n'élimine pas:
  - Une hémorragie méningée de faible volume (5-10%)
  - Une thrombophlébite cérébrale (y compris un TDM injecté) (30%)
  - Un infarctus cérébral récent
  - Une dissection cervicale
  - Une méningite
  - Une HTIC chronique



# A retenir

- Une céphalée de début brutal: coup de tonnerre peut durer qqes secondes à plusieurs heures.
- Il faut, quelque soit la durée de la céphalée, effectuer un bilan en urgence
- Le premier diagnostic à évoquer est une hémorragie méningée
- On ne retrouve pas ds 30-80% une étiologie à une céphalée en coup de tonnerre , dans ce cas l'avis d'un spécialiste s'impose.

# PROGRESSIVE RECENTE



## 1. INFECTIEUX

- Méningite / méningo encéphalite (HSV...)
- Infection fébrile aigue

## 2. HTIC aigue (HED, HSD, Tumeur, Abscès, hydrocéphalie aigue)

## 3. VASCULAIRE

- Maladie de Horton
- AVC: Hémorragies cérébrales / cérébelleuses , infarctus (cervelet)
- Dissection carotide / vertébrale
- Thrombophlébite cérébrale

## 4. Sinusite aiguë / Glaucome aigu

## 5. Causes toxiques (CO), métaboliques, endocrinienne, médicamenteuses

## 6. Hypotension du LCR / HIC idiopathique

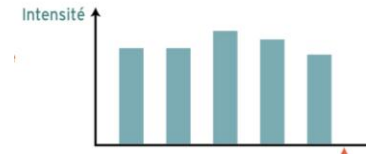
# Méningo-encéphalite herpétique

- Clinique
  - Terrain: plutôt PA
  - **Souvent trompeur:**
    - Ralentissement
    - Céphalée peu intenses
    - Sd méningé inconstant
    - +/- crise partielle
    - +/- S.focaux (mémoire, langage)
- PL: INF, PCR HSV
  - ↳ méningite lymphocytaire
- 70% mortalité sans ttt
- **Zovirax IV au moindre doute**

# A Retenir!

- Une céphalée brutale ou progressive récente est en général une céphalée secondaire
  - Il est impératif de réaliser rapidement (voir en urgence) un bilan étiologique
- Une céphalée inhabituelle chez un migraineux doit être considérée comme une céphalée secondaire jusqu'à preuve du contraire

# CHRONIQUE PAROXYSTIQUE



## 1. Céphalée primaire:

1. Migraine sans / avec aura
2. Algie vasculaire de la face et autres céphalées trigémino-autonomiques
3. Céphalées de tension épisodiques
4. Céphalées circonstanciées: liées à la toux, acte sexuel, effort, hypniques (sommeil)
5. Névralgies (trijumeau, glossopharyngien, d'Arnold)

## 2. Céphalée secondaire:

1. Phéochromocytome
2. Tumeurs intra-ventriculaires
3. Migraine « symptomatique »



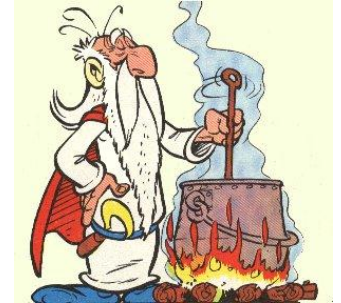
# Traitement de crise (sans aura) per os

- Crise intensité légère à modérée ou début < 1 heure
  - AINS d'emblée
  - Triptan 2 heures après si pas de soulagement
  - Essayer sur 3 crises
  - Si echec des AINS, prendre d'emblée un triptan
- Crise intensité modérée à sévère ou début > 1 heure
  - Triptan d'emblée
  - AINS 2 heures après si pas de soulagement
  - Essayer sur 3 crises
  - Si échec, prendre d'emblée AINS + triptan

Eviter la Codeine




# TRAITEMENT D'UNE CRISE DE MIGRAINE AUX URGENCES



1. Repos au calme dans la pénombre
2. Traitement

per os: **AINS** 1cp ou **TRIPTAN** 1 cp/ spray/ SC  
+/- **VOGALENE** 1cp ou 1 suppo

IV 30-45min: **PERFALGAN** 1g ou **PROFENID** 1amp  
+ **PRIMPERAN** 1amp +/- **TRANXENE** 10-50mg

Si pas d'amélioration au bout d'1 heure:  **reconsiderer le diagnostic**

2ème perf: **PROFENID** 1amp IV30min

3ème perf: **ACUPAN** 1amp

3. RETOUR A DOMICILE avec ordonnance limitée

# Cas particuliers

## Traitement de la crise

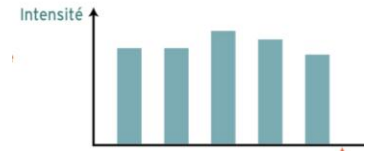
- **Grossesse:**
  - Paracetamol
  - AINS jusqu'à 6 ème mois (*discuté*)
  - Dextropropoxyphène possible ponctuellement
- **Allaitement:**
  - Paracetamol
  - Triptan à éviter ds les 24 heures suivant la prise
- **Enfant:**
  - Paracetamol, AINS
  - Triptans à partir de 12 ans Imigrane Spray 10mg

# Points à retenir

## Céphalées paroxystique

- Se méfier d'une céphalée inhabituelle chez un migraineux
- Penser à l'AVF chez l'homme jeune
- Ne pas « surdiagnostiquer » une céphalée de tension
- Pas d'examen complémentaire (TDM, IRM) si le tableau est typique et l'examen clinique normal.

# CHRONIQUE PAROXYSTIQUE



## 1. Céphalée primaire:

1. **Migraine sans / avec aura**
2. Algie vasculaire de la face
3. et autres céphalées trigémino-autonomiques
4. **Céphalée de tension épisodiques**
5. Autres céphalées primaires: liées à la toux, acte sexuel, effort, hypniques (sommeil)

## 1. Céphalée paroxystique secondaire:

1. Phéochromocytome
2. Tumeurs intra-ventriculaires
3. Migraine « symptomatique

Ou autre profil semio de la céphalée

## PAS DE BILAN COMPLEMENTAIRE EN URGENCE SI ACCES STEREOTYPES SAUF SI:

1. **Changement de caractère récent des céphalées**
2. Caractère positionnel des céphalées
3. Attention au terrain !! (1er accès, PA, HIV, toxicomane, K, **HTA**)
4. Examen neurologique anormal
5. Poussée hypertensive

**CEPHALEE SECONDAIRE ??**

Merci...!





# Céphalée de tension (2.0 IHS)

- La plus fréquente des céphalées (70% population)
- Très mauvais terme!!!!!!!
  - Liée à des phénomènes musculo- squelettiques, psychogènes
- Critères diagnostics
  - Durée de 30min-7 jours
  - Au moins 2 critères:
    - Localisation bilatérale
    - Douleur type serrement, pression
    - Intensité faible à modérée
    - Par d'aggravation activités physiques
  - Pas de nausées, pas de phonophobie
- Ttt: écoute, prise en charge non médicamenteuse ++
- Si nécessaire prescription LIMITEE d'antalgique simple ou d'AINS





# Migraine sans aura (ICHD-II)

International Headache Society 2004

- A.  $\geq 5$  crises
- B. 4-72 heures sans traitement
- C. Au moins 2 des 4 caractéristiques :
  - unilatéralité
  - pulsatilité
  - intensité modérée à sévère
  - aggravation par activité physique
- D. Au moins 1 des 2 signes associés :
  - nausées et/ou vomissements
  - photophobie et phonophobie
- E. Pas d'autre cause

- Migraine stricte (ICHD-II 1.1) les 5 critères A-B-C-D-E
- Migraine probable (ICHD-II 1.6.1) 3 des 4 critères A-B-C-D et le critère E

# La crise de migraine



- Prodromes: troubles de l'humeur, irritabilité, asthénie, somnolence, sensation de faim, bâillement
- Facteurs déclenchants: multiples, inconstants
  - variations émotionnelles (négatives ou positives)**
    - variations physiques (surmenage ou relâchement)
    - variation du volume du sommeil (dette ou excès)
    - variation de l'estradiolémie (période menstruelle)
    - Variations environnementales (climat, stimuli sensoriels)

# La crise de migraine terrains particuliers

- **Enfant**
  - durée de crise plus brève (1- 48H)
  - Signes digestifs, pâleur inaugurale. Sommeil réparateur.
  - Equivalents migraineux: migraine abdominale, vomissements cycliques, vertiges paroxystiques
  - Aura + fréquente 15%
- **Femme**
  - Migraine cataméniale
  - Grossesse: amélioration des MSA, aggravation ou apparition d'aura parfois isolée (diagnostics différentiels!)

# Aura migraineuse typique (ICHD-II 1.2)

A. > 2 crises

B. Au moins 1 des 3 symptômes :

symptômes visuels (+ ou -) transitoires

symptômes sensitifs (+ ou -) transitoires

troubles phasiques (+ ou -) transitoires

Chacun de ces symptômes est entièrement réversible

C. Au moins 1 des 3 caractéristiques :

topographie homonyme ou unilatérale

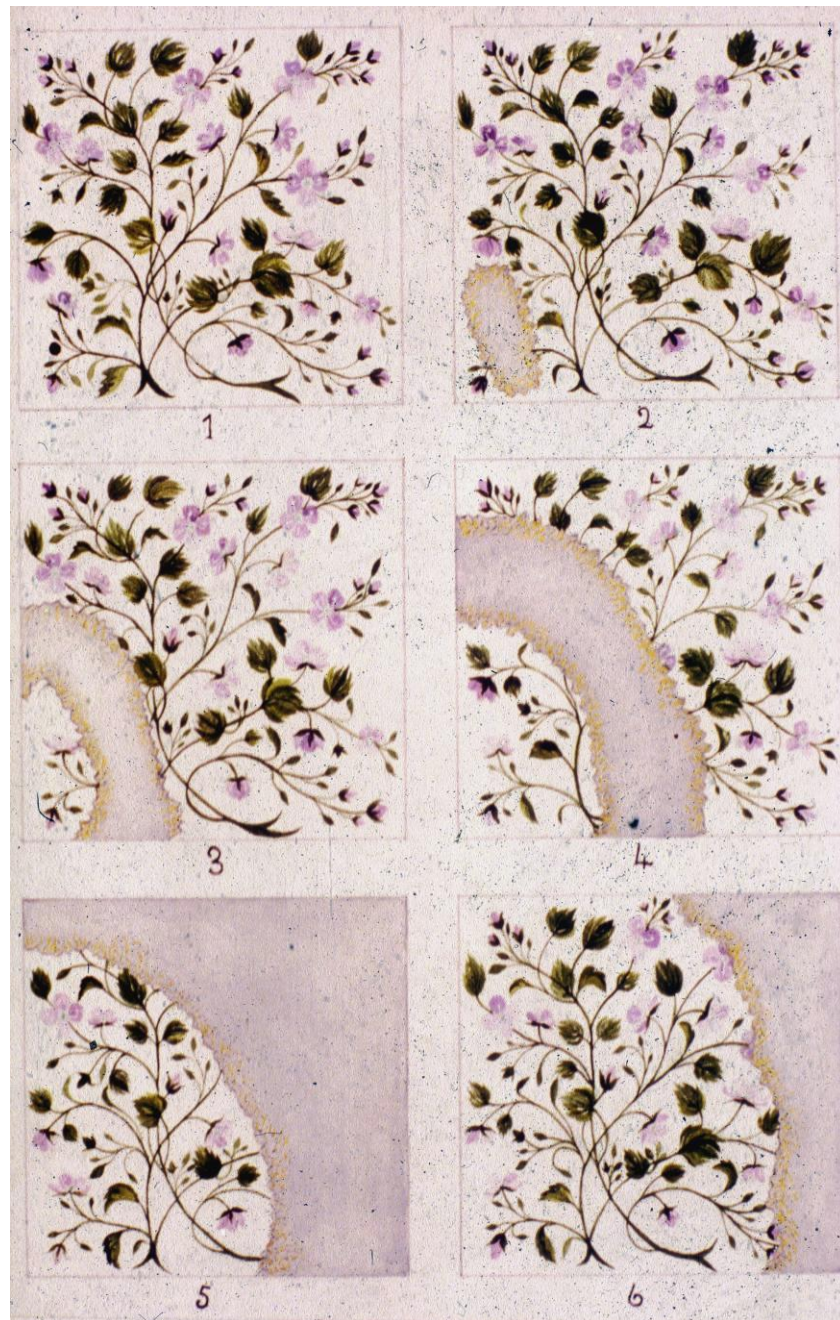
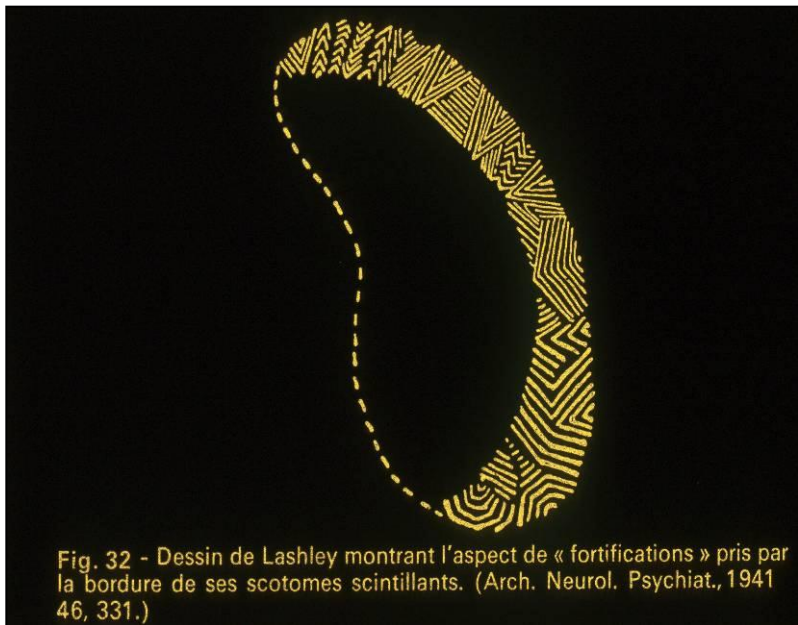
apparition progressive  $\geq$  5 minutes

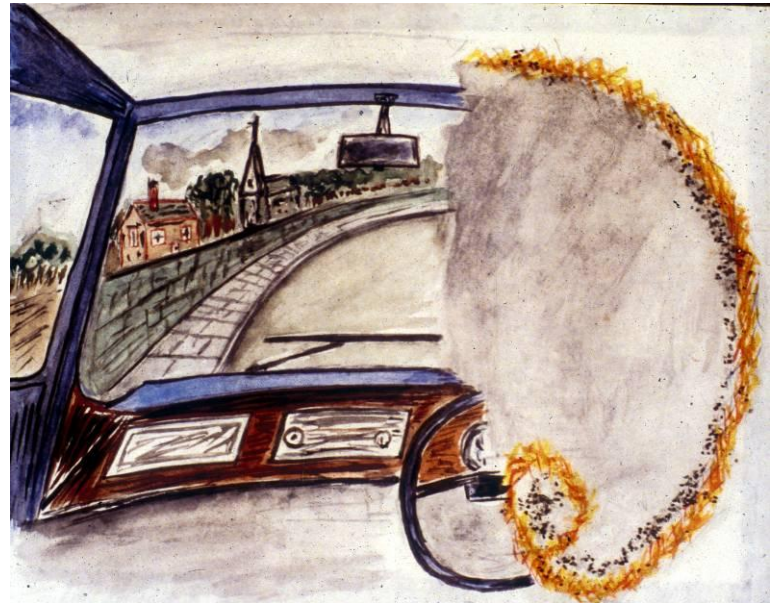
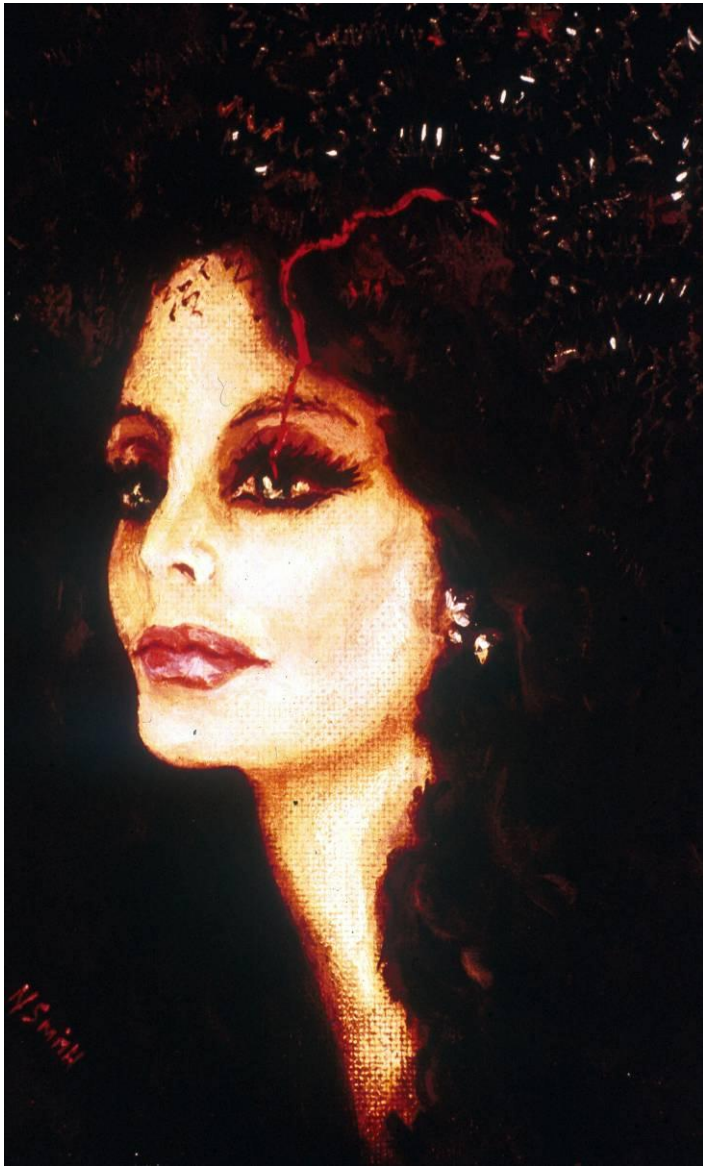
durée entre 5 et 60 minutes pour chaque symptôme

D. La céphalée, débute durant l'aura ou suit l'aura dans les 60 mn suit l'aura avec un intervalle libre de moins de 60 mn (elle peut aussi survenir avant ou en même temps que l'aura)

E. Non attribuable à une autre cause

Avec une céphalée migraineuse (1.2.1), avec une céphalée non migraineuse (1.2.2), isolée (1.2.3)





"Dr Watson, Mr Sherlock Holmes," said Stamford, introducing us.

"How are you?" he said cordially, gripping my hand with a strength for which I should hardly have given him credit.

"You have been in Afghanistan, I perceive."

"How on earth did you know that?" I asked.

"Never mind," said he, "now is about haemoglobin of this discovery."

"It is intrinsically practical..."

"Why man, it has been for years."

"For blood-splashes, which he said, dig the result of this small quantity that the result of the proportion of blood can be ascertained."

"I have no doubt, however, that we shall be able to obtain the characteristic reaction." As he spoke, he threw into the vessel a few white crystals, and then added some drops of a transparent fluid. In an instant the contents assumed a dull mahogany colour, and a brownish dust was precipitated.

"I have no doubt, however, that we shall be able to obtain the characteristic reaction." As he spoke, he threw into the vessel a few white crystals, and then added some drops of a transparent fluid. In an instant the contents assumed a dull mahogany colour, and a brownish dust was precipitated.

"I have no doubt, however, that we shall be able to obtain the characteristic reaction." As he spoke, he threw into the vessel a few white crystals, and then added some drops of a transparent fluid. In an instant the contents assumed a dull mahogany colour, and a brownish dust was precipitated.

"I have no doubt, however, that we shall be able to obtain the characteristic reaction." As he spoke, he threw into the vessel a few white crystals, and then added some drops of a transparent fluid. In an instant the contents assumed a dull mahogany colour, and a brownish dust was precipitated.

"I have no doubt, however, that we shall be able to obtain the characteristic reaction." As he spoke, he threw into the vessel a few white crystals, and then added some drops of a transparent fluid. In an instant the contents assumed a dull mahogany colour, and a brownish dust was precipitated.

"I have no doubt, however, that we shall be able to obtain the characteristic reaction." As he spoke, he threw into the vessel a few white crystals, and then added some drops of a transparent fluid. In an instant the contents assumed a dull mahogany colour, and a brownish dust was precipitated.

"I have no doubt, however, that we shall be able to obtain the characteristic reaction." As he spoke, he threw into the vessel a few white crystals, and then added some drops of a transparent fluid. In an instant the contents assumed a dull mahogany colour, and a brownish dust was precipitated.

"I have no doubt, however, that we shall be able to obtain the characteristic reaction." As he spoke, he threw into the vessel a few white crystals, and then added some drops of a transparent fluid. In an instant the contents assumed a dull mahogany colour, and a brownish dust was precipitated.



Figure 1. The two most characteristic aura symptoms of migraine, the scintillating scotoma and the digitolingual or cheiro-oral syndrome, shown from left to right in their successive stages of development



# Migraine sans aura - Diagnostic

Trépied de sécurité :

critères IHS- recul temporel - examen clinique normal

Examens complémentaires

Neuro-imagerie cérébrale (TDM – IRM)

➡ pas d'indication

mais attention à toute céphalée inhabituelle chez un migraineux connu

EEG

➡ pas d'indication

Autres examens

➡ Rx sinus – Rx rachis cervical – examen ophtamologique – bilan orthoptique – échographie abdominale

pas d'indication

# Indication à une imagerie cérébrale chez un patient migraineux

- Début des crises de migraine > 50 ans.
- Céphalée inhabituelle en coup de tonnerre
- Céphalée récente différente de sa migraine habituelle
- aura atypique : à début brutal, prolongée au delà d'une heure, survenant toujours du même côté, et/ou sans symptômes visuels
- Examen clinique anormal

# Les traitements de crise disponibles

## NON SPECIFIQUES

- Antalgiques
  - Aspirine (A)
  - Aspirine + primperan (A)
  - Paracetamol (C)
- **AINS (A)**
  - Ibuprofène: Brufen®, Nurofen®
  - Naproxène: Apranax 550®
  - Diclofenac: Voltarene®
  - Kétoprofène: Bi-profenid®



## SPECIFIQUES

- **Triptans (A)**
  - Sumatriptan: Imigrane®
  - Zomitriptan: Zomig®
  - Naratriptan: Naramig®
  - Élétriptan: Relpax®
  - Almotriptan: Almogran®
  - Frovatriptan: Tigreat®,
  - Rizatriptan: Maxalt®, Inspra®
- Dérivés ergotés
  - DHE nasale: diergospray® (A)
  - Tartrate d'E. : gynergène caféiné® (B)
  - DHE inj (B)

A, B, C: Niveau de preuve scientifique selon l'ANAES