

LES CEPHALEES

I- INTRODUCTION

La céphalée désigne classiquement une douleur ressentie au niveau du crâne.

Les céphalées sont extrêmement fréquentes et relèvent de causes multiples. Elles représentent le premier motif de consultation en neurologie.

En pratique quotidienne, il importe avant tout de distinguer les céphalées essentielles bénignes, de loin les plus fréquentes, des céphalées symptomatiques dont certaines sont des urgences neurologiques. Dans cette démarche diagnostique, l'interrogatoire est roi, il permet de déterminer le profil évolutif de la céphalée, élément capital du diagnostic étiologique. Schématiquement, on peut considérer que les céphalées récentes, qui s'installent brutalement ou de façon rapidement progressive, nécessitent des investigations urgentes. En revanche, les céphalées chroniques qui évoluent par crises, ou qui sont permanentes, sont dans la grande majorité des cas des céphalées dites « essentielles bénignes », dans lesquelles les examens complémentaires sont inutiles, et qui représentent plus de 90 % des consultations pour céphalées.

Le diagnostic des céphalées a largement bénéficié de la classification internationale des céphalées, adoptée en 1988 par l'International Headache Society (IHS), qui a permis de définir des critères stricts pour chaque type de céphalée.

II- CONDUITE DU DIAGNOSTIC

Elle est basée essentiellement sur un interrogatoire bien conduit, étape capitale du diagnostic devant un céphalée, et complété par un examen clinique neurologique et général.

1-INTERROGATOIRE

Il permet de préciser :

*L'âge et le sexe : Certaines pathologies sont particulièrement fréquentes chez la femme jeune ,comme la migraine, d'autres pathologies sont plutôt fréquentes chez le sujet âgé comme la névralgie faciale essentielle.

*Les antécédents personnels et familiaux de céphalées ou d'autres pathologies, notamment les facteurs de risque cardio-vasculaires.

*Les caractéristiques de la céphalée : siège, sévérité, type, durée, et surtout son profil évolutif ce qui permettra de différencier entre céphalée récente, et céphalée chronique

*Les signes accompagnateurs : peuvent être de grande valeur, telle une aura neurologique en faveur d'une migraine ou une altération de l'état général et des douleurs articulaires en faveur d'une maladie de Horton

2- EXAMEN CLINIQUE

Il doit comporter un examen neurologique, une auscultation du crâne, un examen du fond d'œil, et un examen général. Le moindre signe neurologique anormal doit imposer la réalisation d'un scanner cérébral.

3- EXAMENS PARACLINIQUES

Dans la majorité des cas, les examens complémentaires ne sont pas indispensables. Ils sont souvent source de dépenses et d'angoisses inutiles pour le patient.

Le scanner cérébral est systématique devant une céphalée d'installation brutale ou rapidement progressive, même si l'examen clinique est normal.

Le diagnostic des céphalées essentielles bénignes reste purement clinique, mais la pratique d'investigations complémentaires est néanmoins justifiée chaque fois qu'existe la moindre atypie sémiologique ou évolutive.

III- DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

Le diagnostic étiologique est essentiellement fonction du profil évolutif de la céphalée. On distingue ainsi : les céphalées récentes, qui s'installent soit brutalement, soit de façon rapidement progressive. Ce sont des urgences neurologiques, et nécessitent des investigations rapides ; et les céphalées chroniques, qui évoluent par crises ou de façon permanente. Ce sont les céphalées essentielles bénignes, dont le chef de file est la migraine.

1- LES CEPHALEES RECENTES = URGENCE NEUROLOGIQUE

A – Les céphalées brusques :

Dans ce cas deux principaux diagnostics sont à envisager :

***L'hémorragie méningée :** qui se manifeste par une céphalée brutale ressentie comme un coup de poignard, associée le plus souvent à des vomissements. L'examen neurologique retrouve une raideur de la nuque, et le scanner et/ou la ponction lombaire permettent le diagnostic. L'artériographie en urgence s'impose pour diagnostiquer un éventuel anévrysme artériel.

***L'hémorragie cérébrale :** surtout lorsqu'il existe des signes de focalisation.

Mais d'autres diagnostics peuvent être envisagés :

***Les accidents vasculaires cérébraux ischémiques :** en particulier ceux qui touchent le territoire vertébrobasilaire, mais dans ce cas, les céphalées sont au second plan derrière les signes focaux.

***Les dissections carotidiennes :** où la céphalée est un symptôme fréquent. Elle est généralement localisée du côté de la carotide disséquée, et associée à une douleur latéro-cervicale et à un signe de Claude-Bernard-Horner. Le diagnostic est confirmé par la pratique de coupes cervicales en IRM, ou à défaut d'une artériographie cérébrale.

***L'encéphalopathie hypertensive :** est une cause rare de céphalées récentes et brutales. Elle peut s'observer dans le cadre d'une hypertension artérielle maligne, en particulier secondaire à des néphropathies. Elle s'accompagne en général de troubles visuels bilatéraux et de crises comitiales.

B – Céphalées rapidement progressive :

Ce sont des céphalées qui s'aggravent sur quelques jours ou quelques semaines. Elles

témoignent soit d'un tableau d'hypertension intracrânienne, soit d'une méningite, ou beaucoup plus rarement d'une artérite temporale de Horton.

***Hypertension intracrânienne (HIC)**

Les céphalées sont diffuses ou en casque, et elles sont associées à des nausées et / ou des vomissements, à une diminution de l'acuité visuelle , et à une paralysie éventuelle de la VIème paire crânienne. Le fond d'œil retrouve un œdème papillaire bilatéral.

Le syndrome d'hypertension intracrânienne peut être en rapport avec trois principales étiologies :

*Un processus expansif intracérébral : à évoquer en premier devant tout syndrome d'HIC, surtout s'il est associé à des signes neurologiques focaux, et à des crises comitiales.

*Une thrombophlébite des sinus veineux : Dans ce cas, l'HIC est généralement isolée. Le scanner cérébral peut montrer des signes indirects de la thrombose (signe du « delta vide » et « signe de la corde » ; voir cours sur les manifestations neurologiques du Behçet), mais parfois, il peut être normal , d'où l'intérêt de l'imagerie par résonance magnétique (IRM), ou à défaut d'une artériographie cérébrale pour mettre en évidence le thrombus.

*Une hypertension intracrânienne bénigne : Lorsque la neuroimagerie est normale (IRM ou artériographie). Une ponction lombaire avec mesure de la pression du LCR doit être effectuée. Une élévation de la pression au dessus de 20 cm d'eau, avec une cytochimie normale du LCR, affirme le diagnostic d'hypertension intracrânienne bénigne.

*** Méningites**

Une méningite est évoquée lorsque les céphalées sont associées à de la fièvre. L'examen retrouve une raideur de la nuque. Le diagnostic est confirmé par la ponction lombaire.

***Artérite temporale de Horton**

Cette affection doit être évoquée devant toute céphalée d'apparition récente chez un sujet de plus de 60 ans. La céphalée est le symptôme révélateur le plus fréquent. Elle est typiquement de siège temporal. Elle est permanente et violente, entraînant une insomnie. Les autres manifestations son représentées essentiellement par les troubles visuels, qui font toute la gravité de la maladie avec risque de cécité, les douleurs articulaires (épaules et hanches), la fièvre et l'altération de l'état général. L'examen retrouve à la palpation une artère temporale saillante, rigide, non battante et douloureuse. Le diagnostic est étayé par l'augmentation de la vitesse de sédimentation, et les anomalies caractéristiques à la biopsie de l'artère temporale.

La maladie de Horton représente une urgence thérapeutique. En effet, le risque de cécité est tel que la corticothérapie doit être commencée le plus rapidement possible, avant même les résultats de la biopsie temporale s'il existe une forte présomption du diagnostic.

2-CEPHALEES ESSENTIELLES BENIGNES

Ce groupe de céphalées a largement bénéficié des précisions apportées par la classification de l'international headache society (IHS), qui a défini des critères stricts pour chaque type de céphalée. Ce groupe est largement dominé par les céphalées migraineuses et les céphalées de tension.

A-Migraine

La migraine est une affection très répandue, qui survient surtout chez le sujet jeune, entre 20 et 40 ans, avec une nette prédominance féminine (3 F / 1 H). Elle a souvent un caractère familial, mais il n'existe aucune preuve formelle du caractère héréditaire de la migraine. L'évolution de la migraine se fait par crises, dont la fréquence est très variable d'un sujet à l'autre, et tout au long de l'existence d'un même individu.

Sur le plan clinique, on distingue deux types de migraines : la migraine commune ou migraine sans aura, de loin la plus fréquente, et la migraine avec aura.

A-1 Migraine commune (migraine sans aura)

La céphalée est classiquement de siège unilatéral (hémicrânie), à prédominance orbitaire, temporal ou frontal. Elle est pulsatile, et dure entre 4 heures et 72 heures. Son intensité est variable, souvent intense, obligeant le patient à interrompre son activité. La présence de symptômes associés est très évocatrice :

-troubles digestifs à type de nausées et vomissements sont pratiquement constants et dans certains cas dominant le tableau.

-photophobie et phonophobie.

-asthénie extrême.

-irritabilité, difficulté de concentration avec impression de tête vide

-pâleur du visage, saillie des vaisseaux temporaux

Critères diagnostiques de la migraine commune, selon l'IHS (1988) :

A- Au moins 5 crises répondant aux critères B-D

B- Crises de céphalées durant 4- 72 heures (sans traitement)

C- Céphalées ayant au moins deux caractéristiques suivantes :

*unilatéralité

*Pulsatilité

*Caractère modéré à sévère

*Aggravation par les activités physiques de routine, telles que montée ou descente des escaliers.

D- Durant les céphalées, au moins l'un des caractères suivants :

*Phonophobie et photophobie

*Nausées et / ou vomissements

A-2 Migraine avec aura

L'aura est un dysfonctionnement neurologique focal et transitoire, qui marque le début de la crise, la précède de 30 minutes à une heure. Les céphalées ont les mêmes caractéristiques que la migraine commune.

Plusieurs types d'auras sont décrits :

- les auras visuelles sont les plus fréquentes, et caractérisent la migraine ophtalmique.

Les deux principales manifestations en sont : * le scotome scintillant = point lumineux et scintillant s'étendant par un de ses côtés vers la périphérie du champ visuel, *et les phosphènes = hallucinations visuelles élémentaires, volontiers brillantes et colorées à type de taches, zigzag, éclairs ou étoiles.

- les auras sensitives, plus rares, sont le plus souvent à type de paréthésies unilatérales de distribution chéiro-orale (autour de la bouche).

- les troubles du langage et l'hémi-parésie sont encore plus rares, et généralement associés aux troubles visuels et sensitifs.

Le traitement de la migraine fait appel à deux types de traitements :

*un traitement de la crise : basé sur les antalgiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), les dérivés de l'ergot de seigle, ou les triptans (sumatriptan, zomatriptan)

un traitement de fond est nécessaire chaque fois que la fréquence des crises dépasse les deux crises par mois. Plusieurs médicaments peuvent être utilisés : les B bloquants (Avlocardyl), Pizotifène (Sanmigran*), Amitrityline (Laroxyl*), Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (Naprosyne*), et le Valproate de sodium (Dépakine*).

B-Céphalées de tension (CT)

Elles sont aussi fréquentes que la migraine à laquelle elles sont souvent associées. Le terme « céphalées de tension » fait référence à la tension psychologique qui les sous-tend souvent, et à la tension des masses musculaires qui les accompagnent.

L'IHS définit les CT comme des céphalées souvent bilatérales diffuses en casque, quand elles sont localisées, elles sont le plus souvent de siège occipito-nucal. La douleur est décrite comme une sensation de pression ou d'étau. Elle est d'intensité modérée ou légère, ne s'aggravant pas par l'activité normale, et rarement accompagnée de symptômes associés tels que nausées ou phono-photophobie. L'examen somatique retrouve parfois une contracture des muscles du cou, des épaules, et des masséters.

La prise en charge des CT est difficile, et nécessite souvent une prise en charge à la fois médicamenteuse et psychologique.

La prescription épisodique d'antalgiques ou d'anti-inflammatoires est souvent insuffisante, et un traitement de fond est généralement nécessaire. Plusieurs médicaments peuvent être proposés, en particulier les antidépresseurs (amitriptylline, clomipramine), les AINS, et les myorelaxants.

C- L'algie vasculaire de la face (AVF)

L'algie vasculaire de la face est une affection rare, 25 fois moins fréquente que la migraine.

Elle affecte le sujet jeune (20 à 30 ans), le plus souvent de sexe masculin.

Sa symptomatologie est stéréotypée. Il s'agit d'une douleur extrêmement sévère, strictement unilatéral, à prédominance orbitaire, supra-orbitaire et/ ou temporale, évoluant par crises quotidiennes (1 à 8 crises / jour), qui durent 15 à 180 minutes. Les crises s'accompagnent souvent de signes sympathiques homolatéraux à la douleur: rougeur oculaire, larmoiement, écoulement nasal, myosis, ptosis, et sudation du front.

Le traitement de l'AVF est basé sur l'association du traitement de la crise et du traitement de fond. Le traitement de la crise est bien plus difficile que dans la migraine. Seuls deux traitements ont fait la preuve de leur efficacité : l'inhalation d'oxygène pur (7 L/min pendant 15 minutes), et le sumatriptan injectable (Imiject*).

Le traitement de fond est basé sur quatre principaux médicaments : vérapamil (Isoptine*), le carbonate de lithium (Téralithe*), le méthysergide (Désernil*), et le tartrate d'ergotamine.

D-Névralgie faciale essentielle

C'est une affection du sujet âgé, débute après 50 ans. La survenue chez le sujet jeune doit faire suspecter une névralgie symptomatique entrant, en particulier dans le cadre de pathologies démyélinisantes ou tumorales nécessitant un bilan complet. La prédominance féminine est la règle. Le diagnostic est aisé et repose sur quatre éléments cliniques :

* la qualité de la douleur : intense et paroxystique, décrite comme une décharge électrique ou un éclair. Elle est brève, de l'ordre de la seconde, et se répète en salves de 1 à 2 minutes.

* la topographie de la douleur : elle est unilatérale, strictement localisée au territoire du trijumeau.

* facteurs déclenchants de la douleur : le plus fréquent est l'excitation cutanée (attouchement ou frôlement) d'une zone précise du territoire douloureux appelée « trigger zone »ou « zone gâchette ». Chaque accès douloureux est suivi d'une période réfractaire de 1 à 2 minutes où les stimulations tactiles sont inefficaces.

* l'examen neurologique : doit s'assurer de la parfaite normalité de la sensibilité faciale et de la cornée. La constatation du moindre signe déficitaire en dehors d'une crise oriente vers le diagnostic de névralgie symptomatique.

Le traitement est tout d'abord médicamenteux , basé essentiellement sur la carbamazépine (Tégrétol*). Des traitements neurochirurgicaux sont possibles.

E-Céphalées inhabituelles

Elles regroupent un certain nombre de céphalées, de sémilogie très spécifique ou survenant en présence d'un facteur déclenchant particulier parmi lesquels : les céphalées induites par le froid, la toux, l'effort, l'exercice physique, la compression externe, et les céphalées sexuelles bénignes.

3 - CEPHALEES ASSOCIEES A DES AFFECTIONS ORL, OPHTALMOLOGIQUES, STOMATOLOGIQUES OU CERVICALES

De nombreuses affections relevant de ces spécialités peuvent s'accompagner de céphalées, mais, il est rare que le mal de tête soit au premier plan au point de devenir le motif de consultation. En plus, les céphalées imputables à ces affections ont une sémilogie propre et des signes accompagnateurs spécifiques, qui permettent rapidement de les évoquer.

*les affections ORL : sinusites aiguës ou chroniques

*les affections ophtalmologiques : glaucome aigu, troubles de la réfraction non ou mal corrigés, et les hétérophories (troubles du parallélisme oculaire)

*les affections stomatologiques : affections dentaires, ou dysfonctionnement de l'articulation temporomaxillaire

*les affections cervicales : localisées au cou et à la région occipitale, peuvent irradier au niveau du crâne.

IV- CONCLUSION

L'interrogatoire est l'élément essentiel du diagnostic d'une céphalée. Il permet avant tout de déterminer si la céphalée est une urgence neurologique en précisant son profil évolutif, et de distinguer les différents types de céphalées essentielles bénignes.

En dehors des urgences neurologiques, les examens complémentaires sont indiqués uniquement lorsqu'il existe une atypie dans le tableau d'une céphalée essentielle. Dans 90 % des cas de consultations pour céphalée, ils sont inutiles.

La reconnaissance des différentes céphalées essentielles bénignes est indispensable pour proposer aux patients une prise en charge adaptée, et leur éviter des traitements inutiles, parfois dangereux ou susceptibles de les aggraver.

RESUME

La céphalée désigne une douleur ressentie au niveau du crâne. Il s'agit d'un symptôme fréquent qui relève de causes multiples. Un interrogatoire bien conduit permet de déterminer le profil évolutif de la céphalée, élément capital du diagnostic étiologique. Schématiquement, on distingue : les céphalées récentes dont la plupart sont des urgences neurologiques nécessitant des investigations complémentaires, et les céphalées chroniques qui, dans la grande majorité des cas sont des céphalées dites « essentielles bénignes », dans lesquelles les examens complémentaires sont inutiles. Ce deuxième groupe est dominé par la migraine et les céphalées de tension. La classification internationale des céphalées, adoptée en 1988 par l'International Headache Society (IHS), a permis de définir des critères stricts pour chaque type de céphalée, afin de proposer aux patients une prise en charge adaptée, et leur éviter des traitements inutiles.

OBJECTIFS

- Préciser la conduite diagnostique devant une céphalée.
- Définir les céphalées récentes et les céphalées essentielles bénignes, et montrer l'intérêt de différencier entre ces deux types de céphalées.
- Préciser les différentes étiologies des céphalées brutales et des céphalées rapidement progressives
- Citer les principales céphalées essentielles bénignes.
- Préciser les caractéristiques cliniques des deux types de migraine
- Préciser les caractéristiques cliniques des céphalées de tension.