

Céphalée dans tous ses états:

Quand faut-il s'inquiéter ?

REMED: 30 avril 2015

Catherine Dozier-
6 Antoine-Verchère-1217 Meyrin

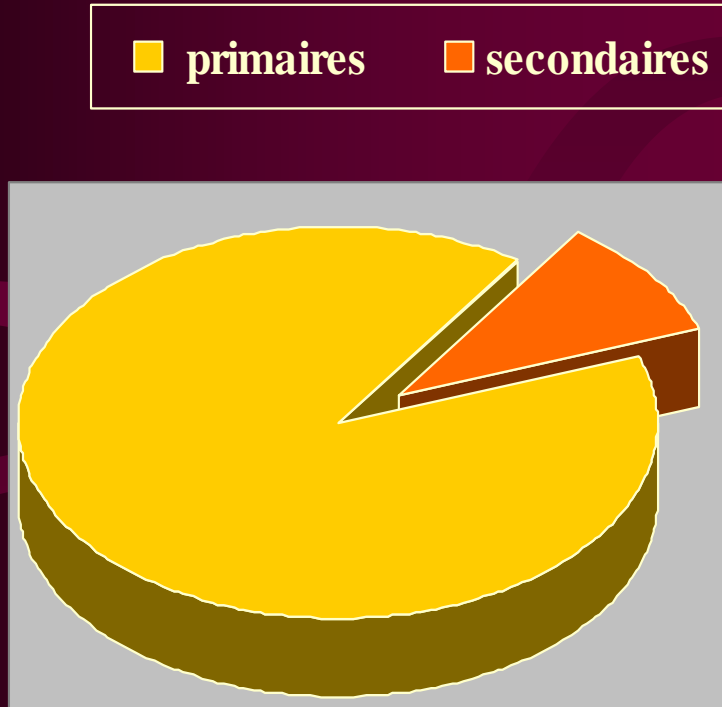
Neurologue FMH, ancienne CDC HUG
et consultante céphalées

Membre du comité et de la commission
thérapeutique de la SSC

Céphalées

- Les céphalées font partie des symptômes les plus couramment rencontrés dans la pratique générale
- Plus de 90 % de la population présentera des céphalées au cours de sa vie
- La migraine touche 12% de la population et 18% des femmes en souffre
- Les céphalées de tension ont une prévalence de plus du double

Diagnostic différentiel



- **Primaires**

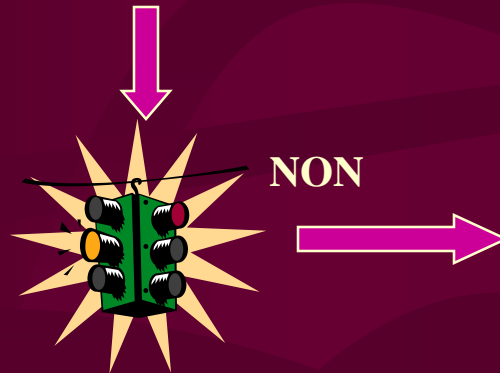
- Migraine
- Céphalées de tension
- Cluster Headache
- Autres : Céphalées d'effort
Hémicrania Continua
HPC

- **Secondaires**

- Infectieux
- Tumoral
- Vasculaire:
 - AIT
 - Thrombose sinusienne
 - Hémorragique: (HSA;
Hémorragie parenchymateuse)

Diagnostic et examens complémentaires

Anamnèse et status détaillés



Céphalées primaires ?

OUI

Céphalées secondaires?

Atypies

Examens complémentaires

Red flags: « SNOOP »

- ◆ **S**ystemic symptoms: fièvre, méningisme, tr comportement, facteur de risque secondaire (patient HIV, cancer)
- ◆ **N**eurologic symptoms: état confusionnel, tr FS ou du comportement, tr sensitivo-moteur, FO....
- ◆ **O**nset: brutal, en coup de tonnerre
- ◆ **O**lder: céphalées progressives, d'apparition récente chez patient >50 ans (tumoral, Horton)
- ◆ **P**revious headache history: type **différent** dans fréquence, durée, intensité, élément accompagnant, réponse au traitement

A partir d'un cas: 14 ans

- Jeune fille de 14 ans
- Céphalées bitemporales, en étai avec tension cervicale associée
- 30 minutes à plusieurs heures par jour, initialement occasionnelles, rapidement chroniques puis quotidiennes
- Examen neurologique normal

Quels sont les suggestions à retenir ?

A- Ce pourrait être lié au stress de la patiente

B- C'est les hormones

C- C'est l'hypotension connue de cette patiente qui ne fait pas de sport

D- C'est une tumeur, il faut compléter par une IRM en urgence

Quel est votre diagnostic le plus probable?

A- Ce pourrait être lié au stress de la patiente

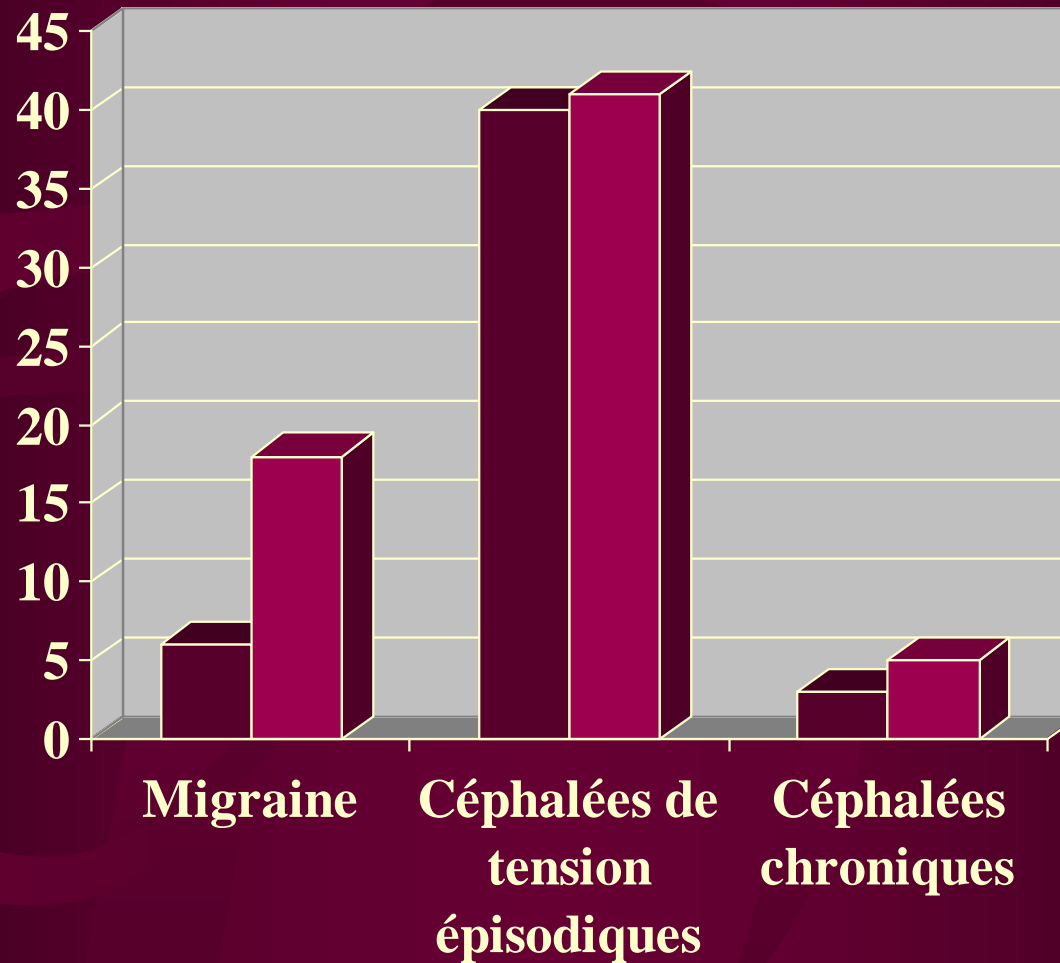
B- Ce sont les hormones

C- C'est l'hypotension connue de cette patiente qui ne fait pas de sport

D- C'est une tumeur, il faut compléter par une IRM en urgence

Céphalées idiopathiques les plus courantes

Prévalence
annuelle des
céphalées les plus
courantes



□ hommes
■ femmes

Céphalées de tension épisodiques

- ◆ At least ten attacks fulfilling the following criteria:
 - Headache lasting from 30 minutes to 7 days
 - Headache has at least 2 of the following characteristics:
 - **Bilateral** location
 - **Pressing/tightening** (non pulsating) quality
 - **Mild or moderate** intensity (may inhibit but does not prohibits daily activities)
 - Not aggravated by routine physical activity such as walking stairs or similar routine physical activity
 - Both of the following:
 - **No** nausea and/or vomiting (anorexia may occur)
 - No more than **one** of photophobia or phonophobia
 - Not attributed to another disorder

Céphalées sur hypotension du LCR

- Etio: après PL (stt si traumatique) (*40% avant, 3% si aiguille atraumatiques*)

spontané

- Anamnèse: rechercher élément positionnel (au moins au départ)
- Imagerie: prise de contraste méningée
- Traitement: alitement, caféine, corticoïdes, blood patch

Céphalées métaboliques et hygiène de vie

- Déficit en Fer
- Anémie

- Repas: petit-déjeuner
- Boissons: caféine-théine

- Chewing-gum et bruxisme

Quelques années plus tard...

- 24 ans
- Céphalées latéralisées à droites exclusivement, orbito-temporales,
- non-pulsatiles

Quels éléments anamnestiques supplémentaires

- Caractère, durée et intensité
- Trouble neurologique associé
- Évolution temporelle

Elles sont:

- En crise de durée déterminée
- Avec photo-phono-phobie, nausées
- L'examen neurologique est normal

..... Voir la présentation suivante

Elles sont inhabituelles et présentes depuis quelques jours

- Quelles sont les éléments importants?
 - A. La patiente fait de la gymnastique artistique
 - B- Elle a eu récemment un whiplash
 - C-Elle prend la pillule
 - D -Il n'y a pas de trouble neurologique anamnesticquement

Elles sont inhabituelles présentes depuis quelques jours

- Quelles sont les éléments importants?
- **A.** La patiente fait de la *gymnastique artistique*
- **B-** Elle a eu récemment un *whiplash*
- **C-** Elle prend une *CO oestro-progestative*
- **D-**Il n'y a pas de déficit sensitivo-moteur

Il y a une symptomatologie vertigineuse

A- c'est cervical

B- c'est vasculaire

C- c'est un problème X post-traumatique

Mais urgent ou pas urgent?

Il y a une symptomatologie vertigineuse

A- c'est cervical

B- c'est vasculaire

C- c'est un problème X post-traumatique

Mais urgent ou pas urgent?

La malformation de la charnière

- Avec ou sans malformation d'Arnold Chiari:
- -céphalées: . lors des efforts
. lors de l'extension de la tête
- pfs: vertiges, troubles sensitifs V, ataxie

IRM avec coupe sagittale, non-urgent

Elles sont inhabituelles présentes depuis quelques jours

- Il y a un une asymétrie pupillaire: est-ce nouveau?
demander une photo

Elles sont inhabituelles présentes depuis quelques jours

- Il y a un une asymétrie pupillaire: est-ce nouveau?

demander une photo

C'est nouveau et la patiente ne connaît pas ce type d'hémicrânie, résistant au traitement

Il y a une asymétrie pupillaire: myosis ou mydriase

-c'est cervical

-c'est vasculaire

-c'est un problème X post-traumatique

Mais urgent ou pas urgent?

Elles sont inhabituelles avec asymétrie pupillaire

- A- il faut faire une IRM simple en urgence
- B- il s'agit d'une pathologie artérielle
- C- ce pourrait être une céphalée idiopathique

Elles sont inhabituelles avec asymétrie pupillaire

- A- il faut faire une IRM simple en urgence
- B- il s'agit obligatoirement d'une pathologie artérielle
- C- ce pourrait être une céphalée idiopathique

Elles sont inhabituelles avec asymétrie pupillaire

- A- Il faut faire une IRM avec séquences angiographiques intra- et extracérébrales
- B- il s'agit d'une **pathologie** vasculaire **artérielle....à exclure** mais pas nécessairement artériel
- C- ce pourrait être une céphalée idiopathique

Set: 2 +c
Volume Rendering No cut

M 70 294803
Mar 16 2004

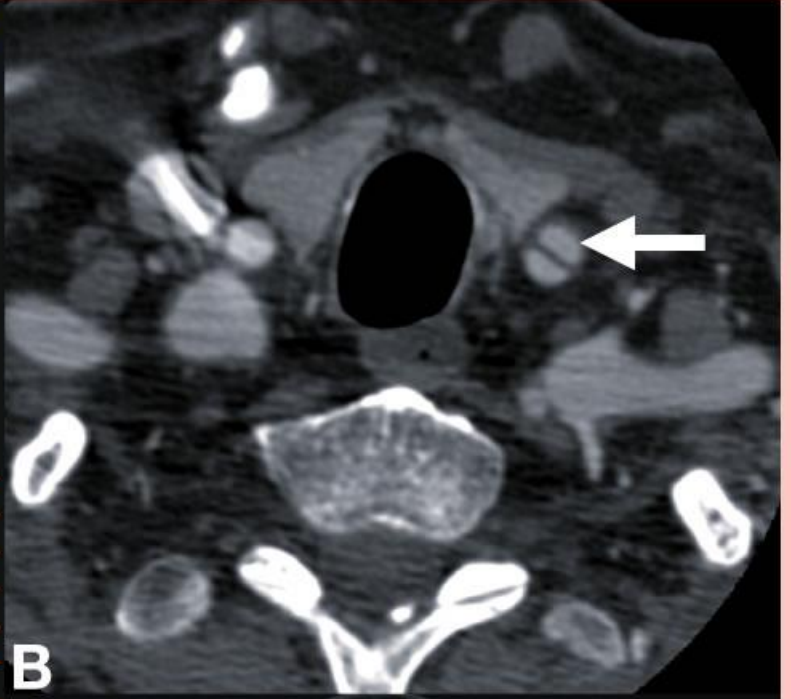
DFOV 20.5 cm
STANDARD
433/7

L
A
S

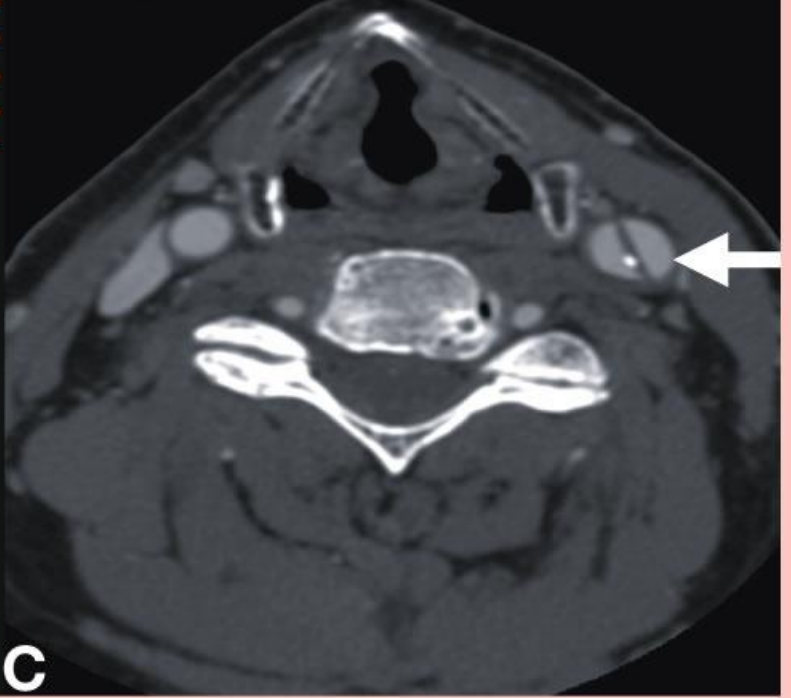


No VOI
kv 120
mA 315
1.4
1.2 mm 0.75:1/0.8 sp
Tilt: -18.5
11:43:18 AM
W = 644 L = 324

A



B



C

La dissection carotidienne la dissection vertébrale

- C'est une urgence
- IRM avec séquences angiographiques intra et extra-cérébrales
- Carotides: sy de CBH: myosis, ptose, tr neurovégétatif frontal
- Vertébrales: vertige, diplopie, autres signes type AVC fosse postérieure

Il y a un myosis mais l'imagerie est normale

Quel sont les éléments anamnestiques nécessaires?

Il y a un myosis mais l'imagerie est normale

Demander:- période

- horaire

- nombre et durée des crises

Algie vasculaire de la face

TACs: trigeminal autonomic cephalalgias

AVF: algie vasculaire de la face

Cluster headache and TACS

- Cluster headache
 - Episodique ou Chronique
- Hémicranie Paroxystique
 - Episodique ou chronique
- SUNCT : Short lasting Unilateral Neuralgiform headache with Conjunctival injection and Tearing

Cluster headache ou céphalée en grappe

- Douleur **unilatérale sévère** ou très sévère, orbitaire, supraorbitaire, et/ou temporale durant **15-180 minutes** sans traitement
- La crise est accompagnée d'au moins une des caractéristiques suivantes:
 - injection conjonctivale et/ou larmoiement ipsilatéral
 - congestion nasale et/ou rhinorrhée ipsilatérale
 - œdème palpébral ipsilatéral
 - sueurs faciales ipsilatérales
 - myosis et/ou ptose ipsilatérale
 - agitation
- Les crises ont une fréquence de **une à huit par jour**

Cluster headache ou céphalée en grappe

- Prévalence 0,4% des hommes, début entre 20 et 40 ans
- 4 ♂ / 1 ♀
- Peut être héréditaire: 5% des cas
- Périodes de crise et périodes de rémission
- 10-15 % sont chroniques
(plus de 12 mois sans rémission de plus d'un mois)
- TTT: verapamil, topiramate, corticoïdes

Hémicrânie paroxystique

- Similaire au cluster
- Plus fréquente chez la femme que chez l'homme (7/10)
- Crises plus courtes: 2-30 minutes
- Fréquence des crises de 7-22 par jour
- Traitement préventif par Indométhacine

SUNCT

- Douleur **unilatérale sévère** ou très sévère, orbitaire, supraorbitaire, et/ou temporale
- durant **5 secondes à 4 minutes, 5-30 fois/h**
- La crise est accompagnée d'une injection conjonctivale et d'un larmoiement ipsilatéral
- Prépondérance masculine: 17 hommes/2 femmes
- Les crises ont une fréquence de **3 à 200 par jour**

Autre cas, autre DD

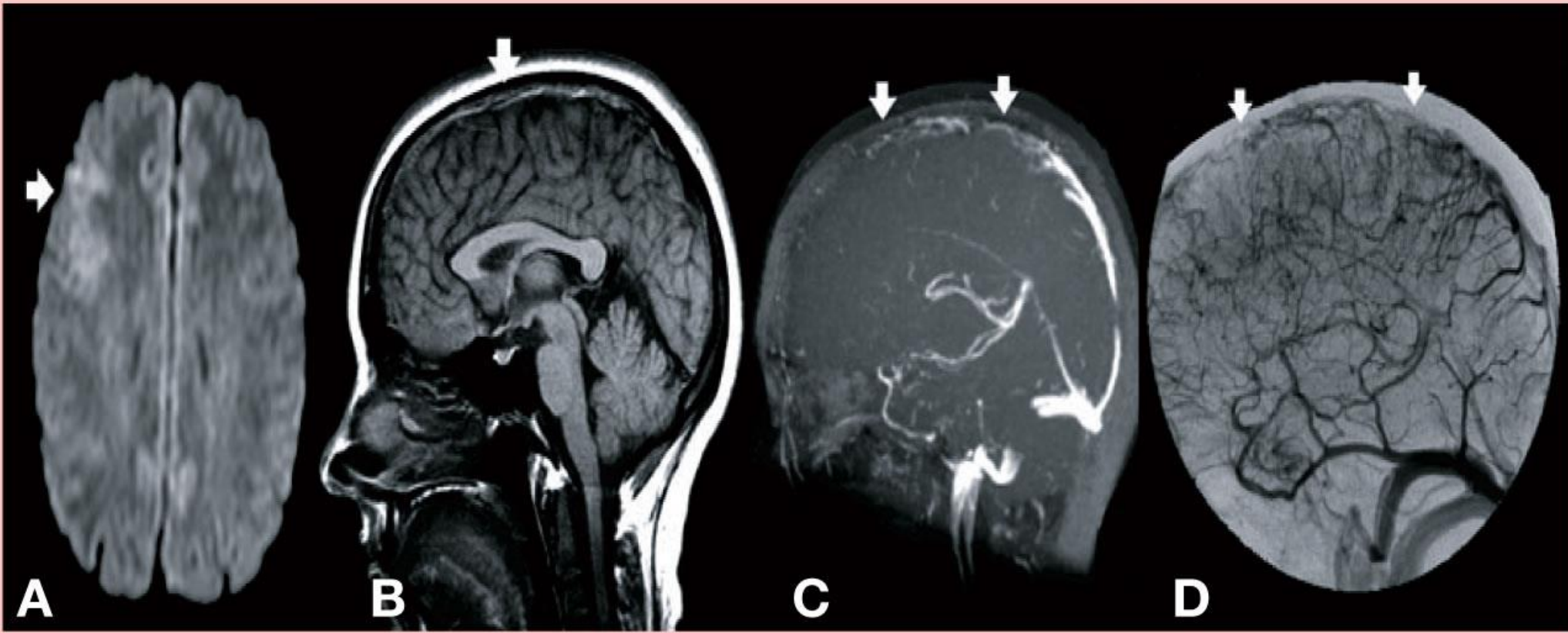
- Femme de 32 ans, céphalées de caractère tensionnel persistantes
- Céphalées répondant mal ou plus du tout au traitement habituel sur quelques jours
- Céphalées devenant sévères et accompagnées de vomissements

Elles sont inhabituelles répondant mal ou plus au TTT

- A- il faut faire une IRM simple en urgence
- B- il s'agit d'une pathologie vasculaire
- C- ce pourrait être une céphalée idiopathique

Elles sont inhabituelles répondant mal ou plus au TTT

- A- il faut faire une IRM simple en urgence:
IRM avec séquences phlébographiques
- B- il s'agit d'une pathologie vasculaire
- C- ce pourrait être une céphalée idiopathique



Thrombose sinusienne

- Principal symptôme 70-75%: céphalées
- Facteur favorisant: infection adjacente (mastoidite), otite, rôle hormonal (CO), HTIC bénigne, thrombophilie
- Complication: hémorragie
- Traitement: anticoagulation

Elles sont inhabituelles répondant mal ou plus au TTT

- A- il faut faire une IRM simple en urgence: IRM avec séquences phlébographiques
- B- il s'agit d'une pathologie vasculaire
- C- ce pourrait être une céphalée idiopathique transformée sur abus médicamenteux

Céphalées sur abus médicamenteux

- Céphalées induites par la consommation **chronique** de médicaments antalgiques et antimigraineux
- Ce sont des céphalées chroniques:
>15j/mois
- Dépend du type de traitement mais valable pour **tous** les traitements de crise

Céphalées sur abus médicamenteux

Caractéristiques cliniques

- Symptômes céphalalgiques et observations
 - Céphalées réfractaires, quotidiennes ou presque
 - Céphalées variant en intensité, caractéristiques et localisation
 - Céphalées aggravées par l'effort physique et intellectuel
 - Symptômes de sevrage lors de l'arrêt brutal
 - Amélioration progressive des céphalées après le sevrage
 - Traitements préventifs inefficaces

Céphalées sur abus médicamenteux

Epidémiologie

- Céphalées chroniques touchent 4-5 % de la population
 - 50% sont les migraines chroniques
 - 50% sont des céphalées de tension chroniques
- Céphalées sur abus médicamenteux : 1% population
 - 5-10% des patients en consultation spécialisée (céphalées)
 - 3 ème cause la plus fréquente de consultation pour céphalées chez le médecin traitant
 - 3-5 femmes pour 1 homme
 - Le plus souvent il y a plus de 10 ans de céphalées
 - Place des mélanges probablement importante

Céphalées sur abus médicamenteux

➤ Ergotamine et Analgésiques

> 10j/mois durant > 3 mois pour ergot

> 15j/mois > 3mois pour analgésiques

Diffuses et/ou en étau et/ou modérées

➤ Triptan

> 10j/mois durant >3 mois

Le plus souvent unilatérales et/ou pulsatiles et/ou modérées à sévères et/ou limitant les activités et/ou nausées, photophonophobie

Céphalées apparues ou qui se sont aggravées durant l'abus

S'améliorent ou disparaissent dans les 2 mois suivant le sevrage

Elle a maintenant 45 ans

- La patiente a pris beaucoup de poids après ses deux grossesses, l'arrêt de l'activité physique
- Les cycles sont irréguliers
- Céphalées différentes depuis quelques semaines:
 - constantes, allant en s'aggravant, prédominant au réveil
 - épisodes d'amaurose

DD et examens

- Cervicogène? Status, radiographies,

.....mais n'explique pas les épisodes d'amaurose

DD et examens

- Cervicogène? Status, radiographies, mais n'explique pas les épisodes d'amaurose
- Tumoral? Status, CT ou IRM
..... mais ces examens ne montrent pas de tumeur

DD et examens

- Cervicogène? Status, radiographies, mais n'explique pas les épisodes d'amaurose
- Tumoral? Status, CT ou IRM
- HTIC bénigne?
 - Status (FO),
 - IRM,
 - PL

HTIC bénigne

- Prévalence: 0,9/100'000; 8♀/1♂
- MAIS chez femme obèse 19/100'000;
- Céphalées diffuses 92%; tr visuels transitoires 72%; acouphènes 60%
- Imagerie: ventricules fente, selle turcique vide
- Attention complication: atrophie optique

....à 60 ans

- ◆ **Céphalées continues, diffuses, plus intenses en frontal**
- ◆ **Apparition progressive sur 10 jours avant la consultation**
- ◆ **Non-pulsatiles, d'intensité 6/10 à 9/10, en étau**
- ◆ **Pas d'horaire**
- ◆ **Pas de photo-phonophobie, pas de nausées, ni vomissements**
- ◆ **Pas de symptômes neurologiques associés autres qu'une difficulté de concentration 5 jours avant la consultation**
- ◆ **Effets des différents traitements: Dafalgan 500 mg calme la douleur transitoirement**
- ◆ **Pas d'état fébrile, pas de céphalées habituellement**

à 60 ans.....

STATUS

- ◆ **Excellent EG**
- ◆ **TA: 120/70, T: 36**
- ◆ **Status général sp**
- ◆ **Neuro: CV: discrète quadranopsie inférieure droite**
Mingazzini: discrète élévation MSD
et abaissement MID
-Reste sp avec Réflexes myotatiques normovifs
et symétriques, RCP en flexion ddc



à 60 ans....

Diagnostic: glioblastome (astrocytome de grade IV)

Traitement: crâniotomie et évidement de la tumeur
chimiothérapie

Diagnostic

Importance de l'Anamnèse

- Revoir avec détail:
 - Antécédents de céphalées ?
 - De quel type ?
 - Quel traitement et combien ?
 - Comment agit le traitement ?
 - Modification d'efficacité du traitement ?
 - Trouble neurologique associé ?

Importance du status

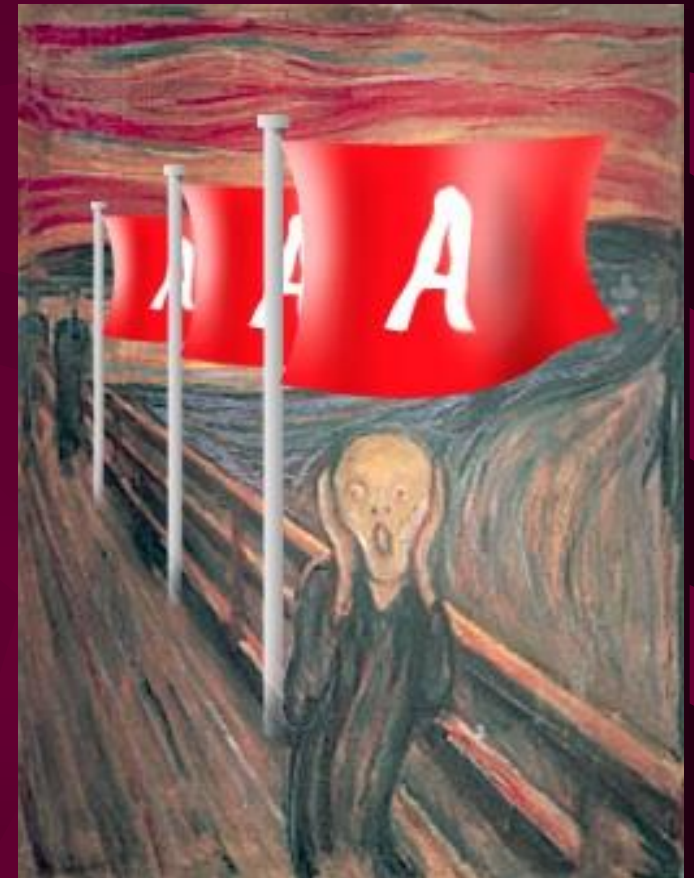
- FO
- Nn crâniens et voies longues
- ATM
- Cervicale

Signes d'alarme

Investigations pas nécessaires si les critères IHS sont remplis MAIS ne pas hésiter si:

“Signes d'alarme”

- Éléments associés
- Age
- Début brutal
- Modification de:
 - caractère
 - de réponse au traitement



Quand faut-il s'inquiéter ?

Si un seul critère

Caractère **inhabituel** doit faire
évoquer une
céphalée secondaire