

CEPHALEES

Adrien Schwitzguébel, médecin assistant voie orange.
Supervisé par Yann Parel, chef de clinique

1

CAS CLINIQUE

Femme de 24 ans en bonne santé habituelle qui présente des **Céphalées unilatérales droites** :

- Apparues il y a 3 jours
- Fluctuantes : **durent 2 heures**, puis s'arrêtent 1 heure
- Intensité : **10/10** : patiente en pleurs, ne supportant pas l'interruption temporaire de la consultation, a pensé à mourir pour mettre fin à la douleur
- **Induration** et **chaleur** cutanée en regard de la zone douloureuse : front, temple, joue
- Associées à une photophobie et une phonophobie, et un strabisme de l'œil gauche

2

Traitement de la crise :

- **Oxygénothérapie**
(Tellement efficace que la patiente veut emporter avec elle le distributeur mural)

Antécédents :

- Douleurs similaires sur une période de 3 semaines il y a 2 mois.

Evolution :

- Symptômes en rémission 12 jours après le début des crises.
→ **Symptômes cycliques**
- Symptômes et anamnèse fluctuants. La patiente a consulté à plusieurs reprises, et le diagnostic auquel je pense n'a pas toujours été évoqué.

3

CLUSTER HEADACHE

Adrien Schwitzguébel, médecin assistant voie orange.
Supervisé par Yann Parel, chef de clinique

4

→ **Diagnostic difficile en dehors des crises paroxystiques**

CAVE : Même si les hémicrâniées paroxystiques ne sont généralement pas le reflet d'étiologies potentiellement létales, mais elles peuvent être tellement insupportables que certains patients finissent par se **suicider**, notamment si elles ne sont pas diagnostiquées/traitées dans un délai raisonnable.

*A new syndrome of vascular **headache**: report of treatment with histamine: preliminary report. Proceedings of the Staff Meetings of the **Mayo Clinic**, Rochester, MN, 1939, 14: 257-260. **The use of histamine in the treatment of specific types of headaches.** Journal of the American Medical Association, Chicago, 1941, 116: 377-383. **Histamine cephalgia (Horton's headache or syndrome).** Maryland State Medical Journal, 1961, 10: 178-203.*

5

CEPHALEES

- Premier épisode de céphalée : particulièrement en cas de début brusque
- Douleurs des ceintures et/ou claudication de la mâchoire et/ou myalgie et/ou sensibilité temporale
- Céphalée inhabituelle (localisation, durée, évolution, qualité, intensité ou mode d'apparition) ou réfractaire au traitement habituel ; déclenchée par le Valsalva, activité sexuelle, changement de position)
- Céphalée évocatrice de migraine mais toujours latéralisée du même coté
- Céphalée décrite comme la pire de l'existence, en coup de tonnerre ou explosive
- Céphalée d'aggravation progressive au cours des derniers jours ou semaines
- Céphalées associées a
 - la fièvre (sans foyer infectieux clair),
 - un méningiome, a un rash,
 - des vomissements (en dehors d'une crise typique de migraine),
 - une épilepsie non connue,
 - anomalies neurologique (œdème papillaire, déficit neuro. persistant)
 - des symptômes généraux (perte de poids, fatigue, sudations),
 - HTA \geq 180/120 ou signes d'hypertension maligne (hémorragie rétinienne, exsudat ou œdème papillaire, atteinte rénale ou symptômes neuro.).
- Anamnèse de traumatisme récent, manipulation ou trauma de la nuque
- Immunodéficience associée, post-partum, cancer, anti-coagulation
- Apparition des céphalées après 50 ans

Tiré de : Guideline « céphalées » de médecine de premier recours. HUG

6

Cluster headache : diagnostic

- Diagnostic clinique
- Attaques douloureuses de 15 à 180 min, quotidiennes pendant quelques semaines, suivies de périodes de rémission.
- Douleur transperçante, pulsatile, d'intensité paroxystique, périorbitaire
- 1-8 attaques par jour
- Symptômes neurovégétatifs
- Les crises suivent un rythme circadien
- Déclenchés par l'alcool
- Crise aiguë calmée par l'oxygénothérapie, ou le sumatriptan

Référence : Review : Arne May. Cluster headache : pathogenesis, diagnosis, and management. Lancet 2005; 366: 843-55.

7

Cluster headache : Epidémiologie

- Prévalence : 0.9 %
- Touche trois fois plus les hommes que les femmes
- Transmission familiale dans 7% des cas

Cluster headache : Physiopathologie / Etiologie

- Peu claire. Constatations :
 - Paralysie sympathique
 - Crises pouvant suivre un rythme circadien
 - Imagerie : Lésions / suractivation thalamique (centre nociceptif central)
 - **!!!** Mesure thérapeutique chirurgicale appliquée : bloc du nerf grand occipital **!!!**
- Hypothèses :
 - Implication de l'hypothalamus (rythme circadien)
 - Implication des structures nerveuses périphériques
 - Implication de plusieurs structures
 - Entité diagnostique à regrouper avec névralgies du tigeau

Référence : Review : Arne May. Cluster headache : pathogenesis, diagnosis, and management. Lancet 2005; 366: 843-55.

8

Cluster headache : Traitement

- En crise :
 - Oxygénothérapie
 - Triptans à rapide durée d'action (sumatriptan)
- Préventif :
 - Anticalciques (**vérapamil**)
 - Ergotamine
 - (Second choix : mélatonine, pizotifen, indométacine)
- Chirurgical (si inefficacité du traitement préventif) :
 - Bloc du nerf grand occipital
 - Procédures diverses visant le nerf trijumeau
 - Stimulateur thalamique

Référence : Review : Arne May. Cluster headache : pathogenesis, diagnosis, and management. Lancet 2005; 366: 843-55.

Mot de la fin

- Les hémicrâniées paroxystiques sont des pathologies qu'il faut dédouaner, ce qui se fait principalement par l'anamnèse, sans examens complémentaires.
- Il est capital d'organiser un suivi spécialisé pour ces pathologies, afin de confirmer le diagnostic et d'instaurer des mesures préventives adéquates.