

Département de médecine communautaire,  
de premier recours et des urgences  
Service de médecine de premier recours

## CEPHALEES

M.Camp<sup>1</sup>, A.Kleinschmidt<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Service de médecine de premier recours, HUG

<sup>2</sup>Service de neurologie, HUG

2013

### LES POINTS À RETENIR

- En médecine de premier recours, la présence de céphalées nécessite rarement des investigations car elles sont le plus souvent primaires ou secondaires à des infections des voies respiratoires supérieures. La recherche de **symptômes et signes d'alarme** ou « **red flags** » qui feront suspecter une céphalée secondaire est néanmoins indispensable
- La réponse au traitement antalgique ne permet pas de différencier définitivement une céphalée primaire d'une céphalée secondaire
- Une céphalée bénigne peut être très débilitante et nécessite une évaluation soignée des implications dans la vie quotidienne ainsi qu'un traitement adapté
- En cas de céphalée de tension, le traitement est avant tout non-médicamenteux. Il faut éviter l'abus médicamenteux et les céphalées entretenues par les médicaments.

**CEPHALEES**

**Symptômes et signes d'alarme en cas de céphalées:  
« red flags »**

Eléments anamnestiques :

- Céphalée en « coup de tonnerre », « explosive », pire jamais expérimentée
- Céphalée inhabituelle (localisation, durée, évolution, qualité, intensité, mode d'apparition) ou réfractaire au traitement habituel
- Céphalée déclenchée par le Valsalva, activité sexuelle, changement de position
- Premier épisode, surtout si début brusque
- Age > 50 ans
- Vomissements (hors migraine)
- Céphalée évocatrice de migraine, mais toujours latéralisée du même côté
- Situations particulières: immunodéficience, cancer, grossesse/post-partum, anticoagulation
- Traumatisme récent, manipulation de la nuque
- D'aggravation progressive au cours des derniers jours ou semaines
- Douleurs des ceintures, claudication de la mâchoire, myalgie et/ou sensibilité temporale
- Perte de poids, fatigue, sudations

Eléments cliniques :

- Anomalie au status neurologique
- Fièvre sans foyer, méningisme, rash cutané
- HTA ≥ 180/120 mmHg, signes d'hypertension maligne (hémorragie rétinienne, œdème papillaire, atteinte rénale ou symptôme neurologique)
- Altération de l'état de conscience, changement du status mental, confusion

**Approche clinique des céphalées:  
10 questions**

- Première fois ou déjà connu?
- Depuis quand ?
- Dans quelles circonstances?
- Où? (début, point max?)
- Intensité? (EVA 0 – 10)
- Qualité?
- Evolution (time-to-peak, fluctuant)?
- Phénomènes associés?
- Soulagée ou aggravée par?
- Réaction aux antalgiques?

**Soulager le patient:**

- au calme
- explications
- antalgie précoce

Red Flags +

Evaluer le degré d'**urgence** pour effectuer des examens complémentaires

Examens en urgences

Examens en ambulatoire

Traitement selon diagnostic spécifique

Red Flags -

Evaluer les arguments cliniques pour un diagnostic de céphalée primaire

arguments pour céphalée de tension

arguments pour migraine

arguments pour névralgies primaires

arguments pour algie vasculaire de la face

## CEPHALEES

### 1. INTRODUCTION

Les céphalées font partie des dix causes les plus fréquentes de consultation dans une pratique de médecine générale, et sont responsables de 20% des causes d'absentéisme. En raison de leur caractère bénin les céphalées primaires sont sous-diagnostiquées et insuffisamment traitées<sup>1</sup>.

Bien que plus de 90% des patients vus en pratique de médecine générale présentent une cause bénigne de céphalées (céphalées primaires ou en lien avec une infection des voies aériennes supérieures), une investigation soigneuse à la recherche d'une étiologie secondaire, symptomatiques d'une affection sous-jacente potentiellement grave, est indispensable.

### 2. DEFINITIONS

#### 2.1 Les céphalées primaires

- **Céphalées de tension**

Les céphalées de tension<sup>1</sup> représentent près des 2/3 des céphalées primaires et peuvent se présenter sous une forme épisodique ou sous une forme chronique. Classiquement, les douleurs impliquent les muscles frontaux, péricrâniens, occipitaux et s'accompagnent de tensions des muscles para-cervicaux et des trapèzes. Les facteurs déclenchant sont multiples : stress physique ou psychique et facteurs météorologiques p.ex.

#### **Céphalées de tension**

**A.** Au moins 10 épisodes de céphalée en moyenne <1 jour/mois (<12 jours/ an) remplissant les critères B à E

**B.** Durée de la céphalée : 30 minutes -7 jours

**C.** Douleurs avec  $\geq 2$  des caractéristiques suivantes :

1. localisation bilatérale
2. constrictives, pesantes, non pulsatiles
3. intensité légère à modérée
4. pas d'aggravation par l'activité physique simple (marcher ou monter escaliers)

**D.** Présence des 2 caractéristiques suivantes :

1. pas de nausées, pas de vomissements (anorexie possible)
2. pas de photo- ou phono-phobie (ou seulement une des deux)

**E.** Non attribuable à une autre affection

*Une céphalée de tension épisodique peut être évoquée (avec moins de certitude) si <10 épisodes, on distingue les formes avec céphalée peu fréquente, fréquente et chronique.*

**Tableau 1** : critères diagnostiques des céphalées de tension<sup>3</sup>

- **Migraine**

La migraine<sup>2,3</sup> représente environ 15% des causes de céphalées primaires. Elle touche 10-15% de la population, plus fréquemment les femmes que les hommes (rapport 3/1). La majorité (80%) des patients migraineux présente leurs premières crises avant l'âge de 30 ans. La fréquence des crises est très variable, elle diminue classiquement avec l'âge et durant la grossesse.

La migraine est subdivisée en 4 entités cliniques:

- Migraine sans aura : la majorité

- Migraine avec aura:
  - o 15-20% des patients migraineux
  - o symptômes neurologiques focaux transitoires : troubles visuels, sensitifs, moteurs ou du langage
  - o surviennent avant la céphalée, sont réversibles et s'installent/régressent progressivement sur quelques minutes
- Migraine basilaire : tr. visuels passagers, dysarthrie, vertiges, acouphènes, ataxie<sup>4</sup>.
- Complications de la migraine : status migraineux, transformation en migraine chronique (souvent en relation avec une prise excessive de médicaments) et infarctus migraineux.

### **Migraine**

- A.** Au moins 5 crises remplissant les critères de B à E
- B.** Durée de 4 à 72 heures (sans traitement)
- C.** Au moins 2 des caractéristiques suivantes
  1. céphalée unilatérale
  2. céphalée pulsatile
  3. modérée ou sévère
  4. aggravation par les activités physiques simples (montée escalier p.ex.)
- D.** Durant les céphalées, au moins 1 des caractères suivants:
  1. nausées et/ou vomissements
  2. photophobie et phonophobie
- E.** Non attribuable à une autre affection

### **Migraine avec aura typique**

- A.** Au moins 2 crises remplissant les critères B à E
- B.** Symptômes visuels, sensitifs, dysphasiques mais pas de parésie
- C.** Présence d'au moins 1 des symptômes suivants:
  1. symptômes visuels homonymes positifs (scotomes, lignes ou phosphènes scintillants) et/ou négatifs (amaurose, hémianopsie) et/ou symptômes sensitifs unilatéraux positifs (fourmillements, picotements) et/ou négatifs (anesthésie, engourdissement)
  2.  $\geq 1$  symptôme progresse sur  $\geq 5$  min ou différents symptômes se succèdent
  3. chaque symptôme dure 5-60 min
- D.** La céphalée débute pendant l'aura ou lui succède dans les 60 min
- E.** Non attribuable à une autre affection

### **Migraine basilaire**

Mêmes critères que la migraine avec aura et au moins 2 des symptômes suivants: diminution du champ visuel, bitemporal et binasal / dysarthrie / vertiges / tinnitus / diminution de l'acuité auditive / diplopie / ataxie / paresthésies bilatérales / parésies bilatérales / diminution du niveau de conscience

**Tableau 2** : critères diagnostiques des migraines<sup>3</sup>

- **Névralgies primaires**

Ce sont de violentes crises douloureuses (décharges électriques) durant quelques fractions de seconde à localisation stéréotypée, souvent déclenchées par une zone « gâchette ».

Il faut impérativement différencier la forme *primaire* (idiopathique) des causes *secondaires* (p.ex. sclérose en plaques, borréliose, compression tumorale) où la douleur et le déficit persistent parfois entre les attaques. Avant 40 ans, il faut rechercher une cause secondaire.

Les principales névralgies sont :

- La **névralgie du trijumeau** (la plus fréquente, préférentiellement les femmes après 40 ans)
- La **névralgie glossopharyngienne** (douleur siège au niveau du pharynx, et irradie vers l'oreille, déclenchée par la déglutition)
- La **névralgie d'Arnold** (dans le territoire du nerf sous-occipital, déclenchées à la palpation de son émergence)

### Névralgies primaires

- A.** Crises douloureuses paroxystiques d'une durée d'une fraction de seconde à 2 minutes, affectant une ou plusieurs branches d'un nerf et répondant aux critères B et C
- B.** La douleur présente au moins une des 2 caractéristiques:
1. intense, aiguë, superficielle ou en « coup de poignard »
  2. provoquée par des zones gâchettes ou des facteurs déclenchant
- C.** Les crises sont stéréotypées pour chaque individu.
- D.** Aucun déficit neurologique clinique décelable.
- E.** Crises non attribuées à une autre affection.

#### Tableau 3 : critères diagnostiques des névralgies primaires<sup>3</sup>

- **Algie vasculaire de la face (ou céphalées en grappe ou *cluster headache*)**
  - < 1% des céphalées primaires
  - ratio hommes/femmes 6 :1
  - survient de façon épisodique en « cluster » ou « grappe » mais peut également se présenter sous forme chronique (plus d'un an)
  - 2/3 répondent à une oxygénothérapie (100%, 7-15 l/min pour 15 min)

### Algie vasculaire de la face

- A.** Au moins 5 crises remplissant les critères de B à E.
- B.** Douleurs (supra-)orbitaires et/ou temporales durant 15-180 min si non traitées
- C.** Céphalée avec au moins une des caractéristiques suivantes:
1. injection conjonctivale et/ou lacrymation ipsilatérale
  2. congestion nasale et/ou rhinorrhée ipsilatérale
  3. oedème palpébral ipsilatéral
  4. sudations du front ou de la face ipsilatérale
  5. myosis et/ou ptose palpébrale ipsilatérale
  6. impatience ou agitation
- D.** Fréquence variable entre 1x/2-3 jours à 8x/jour.
- E.** Non attribuable à une autre affection

#### Tableau 4: critères diagnostiques de l'algie vasculaire de la face<sup>3</sup>

- **Hémicrânie paroxystique chronique**
  - apparentée au *cluster headache*
  - touche essentiellement la femme

- répond spécifiquement à l'indométhacine (épreuve thérapeutique : indométacine 3x25 mg/j pendant 48 h, suivi de 3x50 mg/j en cas de réponse nulle ou insuffisante, pouvant encore être augmenté en cas de réponse partielle ; puis traiter avec une dose d'entretien la plus faible possible).

## 2 Les céphalées secondaires

Les céphalées secondaires peuvent être dues à :

- **Causes générales<sup>5</sup>**
  - Fièvre.
  - Désordres métaboliques (hypoglycémie, hypercapnie, hypoxie, p.ex.).
  - Poussée hypertensive.
    - l'hypertension artérielle peut décompenser des céphalées primaires.
    - une poussée hypertensive (TA diastolique > 120mmHg) ou une variation brutale de tension peut provoquer d'intenses céphalées.
  - Pré-éclampsie.
    - hypertension artérielle gravidique et une protéinurie (HELLP syndrome si hémolyse, cytolyse hépatique et thrombopénie en plus)
    - hospitalisation urgente
- **Causes infectieuses**
  - **Rhino-sinusite** (15% des céphalées secondaires).
    - douleur localisée en cas de sinusite frontale ou maxillaire
    - douleur plus profonde avec irradiation orbitaire, occipitale ou au vertex en cas de sinusite ethmoïdale ou sphénoïdale
    - 5 caractéristiques spécifiques pour une sinusite (aigue) : état grippal, rhinorrhée purulente, douleur à l'antéflexion, douleur unilatérale et douleurs dentaires<sup>6</sup>
  - **Méningite aigue** (état fébrile et raideur de nuque)
  - **Méningite chronique** (tuberculeuse, néoplasique, etc.) : symptômes plus discrets, la fièvre peut être absente. Chez le patient HIV positif, penser à une méningite à cryptocoques.
  - **Névralgie post-herpétique** (peut toucher tout territoire d'un nerf sensitif suite au zona)
  - Méningo-encéphalite ou de neuropaludisme (état fébrile, perturbation de l'état de conscience et troubles neurologiques focaux irritatifs/déficitaires persistants)
- **Causes vasculaires<sup>4</sup>**
  - **Hémorragie sous-arachnoïdienne (HSA)**
    - céphalée violente de début brutal «en coup de tonnerre», parfois occipitale
    - +/- raideur de nuque, nausées/vomissements, photophobie
    - +/- syncope, crise comitiale, perturbation de l'état de conscience ou état confusional
    - parfois précédé de signes d'appel signalant une hémorragie mineure dans les heures, jours ou semaines précédents (céphalée sentinelle chez 50% des patients dans les 3 semaines précédents l'événement majeur).
    - se méfier des crises de céphalée toujours latéralisées du même côté et provoquées par l'effort (même minime) en recherchant la présence d'un anévrysme (angio-CT, angio-IRM).
  - **Hématome épidural ou sous-dural**
    - consécutif à un traumatisme

- symptomatique après latence de quelques heures (épidural) à plusieurs jours voir semaines (sous-dural)
- céphalées parfois sévères, plus ou moins localisées au lieu de l'hématome (peut se situer à l'opposé du traumatisme crânien) le plus souvent dans la zone fronto-pariétale
- +/- déficit neurologique
- **Accident vasculaire cérébral (AVC)**  
 accompagné de céphalées dans environ 15% des cas
- **Dissection carotidienne**
  - après un traumatisme de la région cervicale (15%) ou alors spontanément (85%) due à des maladies de la paroi artérielle
  - céphalée unilatérale, fronto-orbitaire +/- latéro-cervicales
  - +/- syndrome de Claude-Bernard-Horner et/ou paralysie périphérique des nerfs crâniens IX, X, XI ou XII ipsilatéraux.
  - +/- clinique d'AVC ou AIT dans les territoires atteints (les déficits neurologiques peuvent apparaître seulement après plusieurs semaines.)
- **Dissection de l'artère vertébrale**
  - douleur généralement cervico-occipitale, avec irradiation dans le bras et l'occiput
  - +/- déficit dans le territoire vertébro-basilaire (dysarthrie, dysphagie, ataxie, paralysie des extrémités, syndrome de Wallenberg)
  - +/- lésion d'une racine cervicale (C4) - C5 - C6 - (C7)
- **Thrombose des sinus veineux**
  - Surtout chez la **femme avec un excès pondéral, tabagique, et sous œstrogènes (grossesse, post-partum et contraception orale).**
  - Autres facteurs prédisposant: infection locale (sinusite sphénoïdale), thrombophilie, polyglobulie, vasculite, trauma, intervention chirurgicale récente.
  - céphalées subaiguës ou fluctuantes (jours/mois).
  - +/- nausées/vomissements, vertiges, trouble de la vision, déficit neurologique focal, crise d'épilepsie (40%), troubles de l'état de conscience
  - examen clinique : on peut retrouver un méningisme ou un œdème papillaire.
  - un dosage des D-dimères inférieur à 500ng/mL permet d'écarter la thrombose pour peu que les symptômes soient récents (<15 jours) et que la probabilité clinique soit faible
  - une imagerie de la circulation veineuse cérébrale par CT ou IRM est nécessaire pour exclure le diagnostic<sup>7</sup>
- **Artérite temporale de Horton**
  - habituellement **après 50 ans** (incidence croît avec l'âge)
  - céphalée intense, diurne et nocturne (empêchant le sommeil), répondant peu aux antalgiques classiques, de localisation temporale et au niveau du cuir chevelu (décrite comme superficielle)
  - +/- claudication de la mâchoire et/ou à une perte de la vue (neuropathie optique ischémique)
  - +/- symptômes généraux (fatigue, perte de poids) et douleurs des ceintures scapulaire et pelvienne (polymyalgia rhumatica)
  - L'artère temporale est non-pulsatile et la région est parfois érythémateuse, tuméfiée et douloureuse.
  - La CRP (Protéine C-réactive) et la vitesse de sédimentation (VS) sont élevées.
  - La confirmation du diagnostic se fait par une biopsie de l'artère temporale. Il existe cependant des nombreux faux négatifs, et une répétition de la biopsie du

côté controlatéral, une échographie Doppler (signe du halo), une imagerie des troncs supra-aortiques ou un traitement d'épreuve par stéroïdes peuvent être nécessaires.

- **Causes médicamenteuses**

- **Effets secondaires des médicaments**

- De très nombreux médicaments peuvent occasionner des céphalées (p.ex. contraceptifs oraux, digoxine, xanthines, dérivés nitrés, anticalciques).
- Le sevrage de nombreux médicaments ou d'autres substances peut également engendrer des céphalées secondaires.

- **Céphalées médicamenteuses<sup>8</sup>**

- Tous les traitements des céphalées, ainsi que les traitements antalgiques pris pour d'autres raisons, peuvent potentiellement entraîner des céphalées médicamenteuses à différents degrés (triptans > AINS).
- Les céphalées médicamenteuses peuvent donc coexister avec des céphalées primaires.
- Pour cela, il est conseillé de limiter l'utilisation des triptans à maximum 8 jours/mois et celui des AINS à maximum 10 jours/mois. Au-delà un traitement de fond devrait être envisagé.

### Céphalées médicamenteuses

- Maux de tête pendant plus de 15 jours par mois
- Prise fréquente et régulière ( $\geq 2j$  / semaine depuis > 3 mois) de représentants des classes thérapeutiques suivantes:
  - > 15 jours/mois d'antalgiques simples ou AINS
  - > 10 jours/mois d'opiacés ou dérivés, antalgiques combinés, triptans ou ergotamine
- Survenue/augmentation de la fréquence ou nette aggravation après la prise de ces médicaments
- Disparition ou retour à l'état initial dans les deux mois suivant l'arrêt de la prise

**Tableau 5:** critères diagnostiques des céphalées médicamenteuses<sup>3</sup>

- **Causes ostéo-articulaires**

- **Douleurs cervicogènes** (toute pathologie de la colonne cervicale, malformations de la charnière occipitale,...)

- **Syndrome algo-dysfonctionnel de l'articulation mandibulaire (SADAM)**

- douleur souvent unilatérale de l'articulation temporo-mandibulaire (pré-auriculaire ou auriculaire)
- exacerbée par la mastication et irradiant vers la face ou la tempe
- blocage ou anomalie de l'ouverture-fermeture de la bouche, trouble de l'occlusion dentaire

- **Autres causes**

- **Traumatismes crâniens** (environ 4% des céphalées secondaires).

- **Processus expansifs cérébraux (néoplasies, abcès)**

- 50% des patients avec une tumeur cérébrale vont développer des céphalées
- apparition progressive (secondaires à l'augmentation de la pression intracrânienne)
- exacerbées par l'alcool, la fatigue, le Valsalva et la position couchée (en fin de nuit et le matin)
- +/- vomissements sans nausées



- penser au lymphome cérébral ou à une toxoplasmose cérébrale chez le patient HIV positif
- **Hypertension intracrânienne idiopathique (HII)**
- chez des jeunes patientes obèses
- céphalées, tinnitus, obscurcissement visuel transitoire, et diplopie

#### L'hypertension intracrânienne idiopathique (HII)

**A.** Céphalée progressive avec au moins une des caractéristiques 1 à 3 de A et remplissant les critères C et D:

1. Fréquence quotidienne
2. Douleur diffuse et/ou constante (non-pulsatile)
3. Aggravée par la toux ou l'effort

**B.** Présence d'une hypertension intracrânienne remplissant les critères suivants:

1. Patient éveillé avec un status neurologique normal ou qui présente l'une des anomalies suivantes : oedème papillaire, élargissement de la tache aveugle, défaut d'un champ visuel (progressive si n'est pas traité), parésie du VIe nerf crânien.
2. Augmentation de la pression du LCR (>20 cm H<sub>2</sub>O chez le patient non-obèse, >25 cm H<sub>2</sub>O chez le patient obèse) mesurée par ponction lombaire en position couchée ou par monitoring de la pression épidurale ou intraventriculaire
3. Chimie et cellularité du LCR normales (l'hypoprotéinorachie est acceptée)
4. Exclusion par des examens appropriés de pathologies intracrâniennes (y compris la thrombose veineuse cérébrale)
5. Absence de cause métabolique, toxique ou hormonale à l'hypertension intracrânienne.

**C.** La céphalée se développe en relation étroite dans le temps avec l'augmentation de la pression intracrânienne.

**D.** La céphalée s'améliore après le retrait de LCR entraînant une baisse de la pression jusqu'à 12-17cm d' H<sub>2</sub>O et s'amende dans les 72 heures après une normalisation persistante de la pression intracrânienne.

**Tableau 6:** critères diagnostiques de l'hypertension intracrânienne idiopathique (HII)<sup>3</sup>

- **Glaucome aigu**
- douleurs oculaires pulsatiles très intenses due l'augmentation brusque de la pression intraoculaire
- pupille peu réactive, diminution rapide de l'acuité visuelle, nausées/vomissements
- **Hypotension du LCR**
- secondaire à une ponction lombaire ou spontanée
- classiquement calmée en position déclive et récidive en quelques minutes en position debout

### 3. ELEMENTS ANAMNESTIQUES ET CLINIQUES

#### 3.1. Recherche des signes et symptômes d alarmes (« red flags »)<sup>1</sup>

Lors d'une prise en charge initiale ou en urgence, c'est avant tout les **red flags** anamnestiques et cliniques qui serviront à l'orientation. Leur présence impose généralement des examens complémentaires à la recherche d'une étiologie spécifique (céphalée secondaire). Toutefois l'urgence variera d'une situation à l'autre.

**Symptômes et signes d'alarme en cas de céphalées « red flags » :**

Eléments anamnestiques :

- Céphalée en « coup de tonnerre », « explosive », pire jamais expérimentée
- Céphalée inhabituelle (localisation, durée, évolution, qualité, intensité, mode d'apparition) ou réfractaire au traitement habituel
- Céphalée déclenchée par le Valsalva, activité sexuelle, changement de position
- Premier épisode, surtout si début brusque
- Age > 50 ans
- Vomissements (hors migraine)
- Céphalée évocatrice de migraine, mais toujours latéralisée du même côté
- Situations particulières: immunodéficience, cancer, grossesse/post-partum, anticoagulation
- Traumatisme récent, manipulation de la nuque
- D'aggravation progressive au cours des derniers jours ou semaines
- Douleurs des ceintures, claudication de la mâchoire, myalgie et/ou sensibilité temporale
- Perte de poids, fatigue, sudations

Eléments cliniques :

- Anomalie au status neurologique
- Fièvre sans foyer, méningisme, rash cutané
- HTA  $\geq$  180/120 mmHg, signes d'hypertension maligne (hémorragie rétinienne, œdème papillaire, atteinte rénale ou symptôme neurologique)
- Altération de l'état de conscience, changement du status mental, confusion

**Tableau 7:** Symptômes et signes d'alarme en cas de céphalées « Red flags » <sup>1,9</sup>

### 3.2. Anamnèse

L'anamnèse doit notamment préciser : l'endroit où les douleurs se localisent, l'intensité des douleurs (échelle numérique ou échelle visuelle analogique), les caractéristiques des douleurs (pulsatiles, décharges électriques,...), les symptômes associés (nausées, sensibilité à la lumière ou au bruit, ...), le nombre de crises par semaine/mois, la durée des crises, la date de l'apparition des symptômes, les modifications survenues au cours du temps, les types, fréquences et efficacité des traitements (médicaments consommés par jour/semaine/mois) et les investigations déjà entreprises. Les facteurs déclenchant et soulageant les céphalées.

**L'approche clinique des céphalées – 10 questions :**

1. Première fois ou déjà connu?
2. Depuis quand ?
3. Dans quelles circonstances?
4. Où? (début, point max?)
5. Intensité? (EVA 0 – 10)
6. Qualité?
7. Evolution (time-to-peak, fluctuant)?
8. Phénomènes associés?
9. Soulagée ou aggravée par?
10. Réaction aux antalgiques?

**Tableau 8:** L'approche clinique des céphalées – 10 questions

Dans la prise en charge chronique, l'évaluation des répercussions des céphalées sur la vie quotidienne privée et professionnelle est indispensable afin d'optimiser le traitement. Le questionnaire MIDAS est un outil utile et facilement applicable. De plus, la définition d'objectifs partagés avec le patient est également une étape cruciale.

<b>Durant les 3 derniers mois, en raison de vos céphalées :</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. combien de jours avez-vous manqué le travail ou l'école ?</li> <li>2. pendant combien d'autres jours avez-vous eu une productivité de travail réduite de &gt;50% ?</li> <li>3. pendant combien de jours n'avez-vous pas pu faire vos activités ménagères habituelles ?</li> <li>4. pendant combien de jours votre productivité en tâches ménagères était réduite de &gt;50% ?</li> <li>5. pendant combien de jours avez-vous manqué à vos activités familiales, sociales ou de loisirs ?</li> </ol>		
		<b>Total de jours:</b> .....
Evaluation du questionnaire	Nb de jours	<u>Questions subsidiaires pour évaluer la fréquence et l'intensité :</u> A) Combien de jours avez-vous eu des céphalées au cours des 3 derniers mois ? B) Sur une échelle de 0-10 quelle en était l'intensité ?
Degré I : Peu ou pas de sévérité	0 – 5	
Degré II : Sévérité discrète	6 – 10	
Degré III : Sévérité modérée	11 – 20	
Degré IV : Sévérité importante	> 20	

**Tableau 8:** Questionnaire MIDAS (migraine disability assessment program)

**3.3. Examen clinique**

Le **status neurologique** de base doit évaluer:

- le niveau de conscience et du niveau attentionnel
- les troubles cognitifs : aphasie, amnésie, héli-négligence
- un examen du fond d'œil
- les nerfs crâniens: examen des champs visuels, acuité visuelle, réaction pupillaire, oculomotricité, sensibilité de la face, force des groupes musculaires de la face
- les voies longues: force/sensibilité des membres, réflexes osteo-tendineux et cutanés plantaires

- la démarche et les épreuves cérébelleuses
- En dehors d'un l'examen neurologique soigneux, on évaluera :
- les **signes vitaux** : température, tension artérielle
  - la **palpation** des yeux, de l'articulation temporo-mandibulaire, de la colonne cervicale et des artères temporales chez la personne de plus de 50 ans
  - la **percussion** des sinus (et la recherche d'un écoulement nasal antérieur et/ou postérieur)
  - la présence d'un **méningisme**

#### 4. DIAGNOSTICS

##### 4.1. Laboratoire

En fonction de la clinique: formule sanguine, crase, bilan inflammatoire.  
 Chez tout patient de > 50ans présentant une céphalée nouvelle on dosera la VS (vitesse de sédimentation).

##### 4.2. Imagerie Médicale

Le tableau résume les différentes imageries préconisées selon le diagnostic suspecté.

Suspicion clinique	Imagerie
Hémorragie sous-arachnoïdienne	angio-CT natif et injecté (ou angio-IRM)
Dissection carotido-vertébrale	angio-CT natif et injecté avec vaisseaux du cou et cérébraux (ou angio IRM)
Thrombose sino-veineuse cérébrale	CT natif et injecté avec CT veineux ou IRM
Méningite et/ou encéphalite Patient immunodéprimé	CT natif et injecté avant la PL IRM si possible ou différée selon l'appréciation clinique
Atteinte ORL compliquée: sinusite	CT (1er choix pour explorer des céphalées associées à une sinusite chronique)
Femme enceinte ou post-partum	Selon clinique et avis du spécialiste (IRM)
Néoplasie (primaire ou secondaire)	IRM/CT natif et injecté selon disponibilité
Abcès cérébral	IRM/CT natif et injecté selon disponibilité
Céphalée inhabituelle avec risque hémorragique (alcoolisme, anticoagulation)	CT natif
Hypo- ou hypertension intracrânienne	Selon avis spécialiste (IRM, signes indirects)
Encéphalopathie hypertensive sans signes neurologiques focaux	Pas d'imagerie sauf si suspicion d'une autre pathologie

**Tableau 9:** Indications cliniques principales à l'imagerie cérébrale en cas de céphalées<sup>5,1</sup>

##### 4.3. Indication à la ponction lombaire (PL)

On effectuera une PL :

- en cas de suspicion d'hémorragie sous-arachnoïdienne en l'absence d'hémorragie ou d'anévrisme à l'angio-CT, après un délai > 12 h afin de rechercher une xanthochromie. En effet, la sensibilité du CT diminue avec le temps.
- en cas de suspicion de méningite/méningo-encéphalite ou méningite carcinomateuse
- en cas de suspicion d'hypo/hypertension intracrânienne bénigne en cas de CT normal

## 5. PRISE EN CHARGE

**En phase aiguë**, mettre le patient au calme, allongé s'il le souhaite, diminuer la lumière et les bruits (phono-photophobie). Déterminer des objectifs thérapeutiques partagés et appliquer une méthode d'évaluation de la douleur compatible avec le patient (Echelle Visuelle Analogique p.ex).

Le **soulagement rapide** de la douleur permet d'améliorer les performances de l'anamnèse et de l'examen clinique. On soulagera donc rapidement le patient après avoir vérifié l'absence d'allergie ou de contre-indications aux médicaments prescrits (grossesse, comorbidités, interaction médicamenteuse).

A noter que l'efficacité d'un traitement, même spécifique n'a jamais de valeur diagnostique (un triptan peut soulager une hémorragie méningée !).

Initiée dès la première consultation, une **prise en charge centrée sur la personne** peut à la fois limiter l'impact de la maladie sur la vie quotidienne, éviter une escalade en symétrie des plaintes, la iatrogénie liées à des examens/traitements non pertinents, et les risques de passage à la chronicité (abus médicamenteux). En effet, la base du traitement des céphalées est l'**enseignement thérapeutique** du patient, qui vise à faire participer le patient à la gestion de la maladie et des traitements.

Pour toutes les céphalées primaires, il convient de donner des **conseils d'hygiène de vie**: régularité des repas et du sommeil, exercice physique régulier, limiter les stress, éviter la polypragmasie et le surdosage médicamenteux (procéder à un sevrage si consommation de traitement antalgique >10-15 jours/mois), stopper les médicaments inutiles ou qui entraînent des effets indésirables, rechercher les facteurs déclenchant (alimentaires, alcool, etc.), favoriser les approches multimodales, la relaxation, le yoga ou l'hypnose par exemple.

Il est également important pour les thérapeutes de se souvenir que les patients possèdent toujours un **cadre explicatif** concernant la douleur, le fonctionnement du corps et la thérapeutique.

De façon générale, **chez la femme enceinte**, le paracétamol est utilisable tout au long de la grossesse, et les AINS peuvent être prescrits seulement durant le 2ème trimestre. Les triptans sont contre-indiqués, toutefois en ce qui concerne le sumatriptan et le rizatriptan, les données disponibles permettent d'avoir recours à ces traitements si les dangers sur le fœtus (vomissements liés à la migraine p.ex.) sont plus importants que les dangers potentiels des molécules.

## 5.1 Traitement de la céphalée de tension

Le traitement des céphalées de tension repose sur des antalgiques simples, à ne pas consommer plus de 1-2 fois par semaine (risque de céphalée médicamenteuse).

Principe actif	Spécialité	Dosage initial	Infos
<b>Antalgiques</b>			
paracétamol	p.ex. Dafalgan <sup>®</sup>	1g	Dos. max 4x/j
acétylsalicylate	p.ex. Aspegic <sup>®</sup>	1g	Dos. max 3x/j
ibuprofène	p.ex. Irfen <sup>®</sup>	400-600mg	Dos. max 4x/j
ac. méfénamique	p.ex. Ponstan <sup>®</sup>	500mg	Dos. max 3x/j
diclofénac	p.ex. Voltarene <sup>®</sup>	50mg	Dos. max 3x/j

**Tableau 10:** traitement aigue de la céphalée de tension

En cas de besoin de traitement de fond, l'amitriptyline est le premier choix<sup>10</sup>. Le traitement sera débuté à faible dose (10-12,5mg 1x/j le soir) et augmenté progressivement toutes les 2 semaines jusqu'à obtention d'un effet thérapeutique, qui se manifestera à partir de 4 à 6 semaines, pour un maximum de 100-125mg 1x/j. On recherchera la dose minimum efficace en raison des effets secondaires des tricycliques, notamment cardiaques. Quelques données concernant les autres antidépresseurs (mirtazapine, venlafaxine) suggèrent que ces molécules pourraient être utilisées en second choix. Toutefois, de façon générale, les IRSS (inhibiteurs recapture sélectifs de la sérotonine) ne devraient pas être prescrit dans cette indication en dehors d'une dépression<sup>11</sup>.

## 5.2 Traitement de la migraine

- **Crise migraineuse**

Le traitement d'une crise aigue de migraine est d'autant plus efficace qu'il est pris précocement et que la dose initiale de médicament est adéquate. En effet, la prise tardive d'un antimigraineux (> 2 heures après le début de la céphalée) est associée à un risque d'inefficacité important.

Le traitement de **première ligne** comprend un procinétique, suivi d'un ou deux antalgique(s) (paracétamol et AINS). Il est démontré qu'un traitement combiné est plus efficace qu'un traitement simple.

Principe actif	Spécialité	Dosage initial	Infos
<b>Procinétiques</b>			
(utilisés pour la gastroparésie très souvent associée à la crise migraineuse)			
dompéridone	p.ex. Motilium <sup>®</sup>	10 mg	Dos. max 4x/j, dès 6 ans
métoclopramide	p.ex. Pimpéran <sup>®</sup>	10-20mg	p.o, s/ling, supp, i.m ou i.v
<b>Antalgiques</b>			
paracétamol	p.ex. Dafalgan <sup>®</sup>	1g	Dos. max 4x/j
acétylsalicylate	p.ex. Aspegic <sup>®</sup>	1000mg	Dos. max 3x/j
ibuprofène	p.ex. Irfen <sup>®</sup>	400-600mg	Dos. max 4x/j

ac. méfénamique diclofénac	p.ex. Ponstan® p.ex. Voltarene®	500mg 50mg	Dos. max 3x/j Dos. max 3x/j
-------------------------------	------------------------------------	---------------	--------------------------------

**Tableau 11:** traitement aigue de la migraine en 1<sup>ère</sup> ligne

Les triptans (agonistes 5-HT<sub>1B/1D</sub>) sont les seuls médicaments spécifique de la migraine (vasoconstriction) et seront prescrit en **seconde ligne** si les traitements classiques ont échoué, ou chez les migraineux présentant des crises intenses s'installant rapidement. Les triptans peuvent également être associés aux AINS.

Le médecin devra donc choisir le traitement le triptan en fonction de l'expérience du patient et de ses préférences galéniques (per os, spray nasal, s.c.). En effet, la réponse aux différents triptans est très variable d'une personne à l'autre. A noter que les patients qui ne répondent pas au spray nasal à deux reprises ne doivent pas tenter à nouveau cette forme galénique car elle sera inefficace. Chez les patients présentant un fort taux de récurrence des crises, on choisira un triptan à longue-demi-vie (p.ex. naratriptan ou frovatriptan). Une fraction minoritaire de migraineux est résistante aux triptans quels qu'ils soient et quelle que soit leur galénique (les mécanismes de cette résistance ne sont pas connus).

Les **contre-indications aux triptans** sont : la cardiopathie ischémique, une hypersensibilité, la migraine hémiplegique familiale ou de type basilaire, un antécédent d'AVC ou AIT, l'hypertension artérielle mal équilibrée, la prise d'IMAO, de lithium ou de dérivés de l'ergotamine (interactions médicamenteuses, délai minimum de 24h entre ces molécules). Il n'y a pas de risque de syndrome sérotoninergique augmenté en cas de prise concomitante d'antidépresseur de type IRSS.

La prudence est de mise en cas de symptômes neurologiques transitoires focaux (trouble visuel homonyme, parésie unilatérale, paresthésies unilatérales, aphasie). Ils ne doivent pas non plus être utilisés lors d'une aura migraineuse sans céphalée.

Les principaux **effets secondaires des triptans** sont : vertiges, asthénie, lourdeur ou pression thoracique, flushs, sensation de chaleur ou paresthésie.

<b>Agonistes sérotoninergiques 5-HT<sub>1</sub> ou triptans</b>			
<b>Principe actif</b>	<b>Spécialité</b>	<b>Dosage initial</b>	<b>Dos max/24h ½ vie</b>
Sumatriptan	p.ex. Imigran® ou Sumatriptan- générique	25-100mg p.o	200mg
		6mg s.c. <sup>1</sup>	12mg
		10-20 mg s.n. <sup>2</sup>	40mg
		25 mg i.r. <sup>3</sup>	50mg
Eleptriptan	p.ex. Relpax®	40-80mg p.o	160mg
Rizatriptan	p.ex. Maxalt®	5-10mg p.o ou s.l.	30mg
Naratriptan	p.ex. Naramig®	2.5mg p.o	5mg
Zolmitriptan	p.ex. Zomig® ou zolmitriptan-générique	2.5-5mg p.o., s.l.	10mg
		2.5mg s.n	10mg
Almoriptan	p.ex Almogran®	12.5mg p.o	25mg

Frovatriptan	p.ex Menamig <sup>®</sup>	2.5mg p.o	5mg
<sup>1</sup> s.c. = sous-cutané <sup>2</sup> s.n. = spray nasal <sup>3</sup> i.r.= intra-rectal min 2-4h entre les doses selon les molécules			

**Tableau 12:** traitement aigue de la migraine en 2<sup>ème</sup> ligne : triptans

Les dérivés de l'ergot sont actuellement moins utilisés en raison de leurs contre-indications. Le dihydergot est encore parfois prescrit pour des traitements courts (2x 2.5mg /j pendant 3 à 6 semaines, en cas de migraine sans aura).

- **Traitement de fond de la migraine**

**Le traitement de fond ou de prévention** de la migraine est indiqué dans les situations suivantes:

- > 4 crises / mois
- crises intenses ou de longue durée (>12h), avec réponse insuffisante aux médicaments de crise
- auras prolongées ou fréquentes
- intolérance aux traitements des crises
- risque de céphalées induites par les médicaments

Il faut demander au patient d'établir un **calendrier des céphalées** (1 mois avant le début du traitement ou dès le début de la prise en charge). En cas d'effets bénéfiques de ce traitement préventif, que l'on pourra apprécier dès 3-4 semaines après le début et jusqu'à 8 semaines au plus tard, il sera poursuivi pendant 6-12 mois avant de tenter un sevrage progressif et une pause de 3-6 mois. En cas de récurrence dans les 6 à 12 mois, on instaurera un traitement de fond prolongé, éventuellement avec un autre médicament.

Il est recommandé d'**expliquer au patient** que le but est surtout d'obtenir une amélioration des symptômes dans la vie quotidienne, en réduisant la fréquence, la sévérité et la durée des crises, et en augmentant la réponse au traitement antalgique de crise. L'efficacité escomptée avec l'un de ces traitements est une réduction de 50% de la fréquence des crises chez environ 50-75% des patients<sup>12</sup>. Il est également important de ne prescrire un médicament que si le patient manifeste une attitude positive envers cette substance.

En cas de migraine liée au cycle menstruel, des traitements préventifs de courte durée, à débiter 1-2 jours avant le début présumé des migraines et à poursuivre durant le cycle, peuvent être proposés.

Principe actif	Spécialité	Dosage initial	Infos
<b>1. Bêtabloquants (1er choix)</b>			
métoprolol	générique	30-200mg/j	Contre-indication relative: dépression, asthme
propranolol	générique	40-320mg/j, en 2-3 prises	
aténolol	générique	50-100mg/j	
<b>2. Antiépileptiques</b>			



topiramate	Topamax <sup>®</sup>	25-100mg/j	à augmenter de 25mg/sem max 200mg en 2 prises
valproate	Depakine <sup>®</sup> ou Orfiril <sup>®</sup>	2 x 125mg/j, viser taux sanguin 70-120 mmol/l	à augmenter à 2x250mg/j max 1500mg/j en 3 prises
<b>3. Antidépresseurs tricycliques</b> (surtout en cas de céphalées mixtes)			
amitriptyline nortriptyline	Saroten R <sup>®</sup> Tryptizol <sup>®</sup> Nortrilen <sup>®</sup>	10-25 mg/j, le soir	Augmenter progressivement de 10-25mg /sem jusqu'à dose min efficace max 150mg/j
<b>4. Antidépresseurs sérotoninergiques</b> (IRSS)			
venlafaxine	Efexor <sup>®</sup> ou générique	37.5-75mg/j	Moins efficace que tricycliques mais moins d'effets indésirables max 150mg/j
durant la grossesse : magnésium ou métoprolol			

**Tableau 13:** traitement prophylactique de la migraine

#### - Céphalée en grappe

Le traitement de la crise consiste en de oxygène 100% 7-15 l/min pour 15 min, et administration d'un triptan en s.c. ou spray nasal (p.ex. sumatriptan 6 mg s.c, au besoin répéter 6 mg s.c mais au plus tôt après 6 heures, dosage max 12 mg/24h). Pour le retour à domicile, on préférera un triptan à longue demi-vie (p.ex. naratriptan ou frovatriptan).

Le traitement préventif devrait être initié précocement. Le verapamil est la molécule de choix, à la dose de 60-120mg 3x/j, avec un effet après 2-3 semaines de traitement.

#### - Névralgie du trijumeau ou du glossopharyngien

Un antiépileptique comme la carbamazépine à débiter à doses progressives (100 à 200 mg/j puis augmenter jusqu'à une dose optimale d'environ 400 mg 2-3x/j p.o. (génotypage HLA A\*3101 préalable) peut être considéré.

Hormis le traitement médicamenteux, prévoir également des approches non pharmacologiques adaptées (positionnement/repos/application de chaud/froid, physiothérapie). On peut également demander un avis ORL ou neurochirurgical.

#### - Céphalée par abus médicamenteux

Envisager un sevrage complet des traitements de crises, à discuter avec le neurologue dans un cadre hospitalier selon la situation<sup>1</sup>. Le traitement de choix est le sevrage rapide. L'arrêt de la prise peut s'accompagner de céphalées et de symptômes végétatifs de sevrage (nausées, vomissements, hypotension, tachycardie).

### 5.3 Quand hospitaliser ou faire appel aux spécialistes :<sup>1</sup>

- Hospitalisation :

- Céphalées secondaires dont la pathologie sous jacente nécessite une investigation urgente et/ou une surveillance rapprochée (disponibilité 24h/24 d'un CT et/ou IRM, service avec surveillance continue)
- Etat de mal migraineux ou migraine avec aura inhabituelle ou non résolue
- Persistance de céphalée de toute origine malgré un traitement médicamenteux adéquat
  
- Neurologue :
  - Présence de signes d'alarme ou de red flags
  - Céphalée secondaire à une atteinte neurologique sous-jacente
  - Pour l'indication et les modalités d'un sevrage médicamenteux
  - Céphalée inhabituelle (durée, intensité, réponse aux traitements)
  
- Neurochirurgien :
  - Notion de traumatisme cranio-cérébral
  - Recherche d'un hématome intracrânien ou autre pathologie expansive
  
- Consultation multidisciplinaire de la douleur :
  - En cas d'association avec d'autres douleurs chroniques et d'échec des traitements proposés : limiter la polymédication, les errances médicales, renforcer l'alliance thérapeutique, impliquer le patient dans la prise en charge proposée.
  
- Gynécologue :
  - Pour discuter de la prise en charge d'une migraine cataméniale (migraine survenant deux jours avant jusqu'à trois jours après les règles)
  - Pour des recommandations concernant la contraception d'une patiente migraineuse (à éviter si migraine avec aura)
  - En cas de suspicion d'éclampsie
  - Pour coordonner l'indication et la prescription des traitements chez une femme enceinte ou allaitante
  
- Ophtalmologue
  - en cas de suspicion de glaucome

## 6. REFERENCES

1. Annoni JM, Delémont C, Garin N, Dozier C, Piguet V, Sommer-Bühler J, Luthy C. Recommandations interdisciplinaires du réseau douleur des HUG : approche clinique des céphalées primaires. Rev Med Suisse. 2010 Jun 30;6(255):1326-30, 1332-5.  
*Cet article a été rédigé lors de la révision de cette stratégie en 2010 et contient donc plusieurs références.*
2. Martin V, Elkind A. Diagnosis and classification of primary headache disorders. In: Standards of care for headache diagnosis and treatment. Chicago: National Headache Foundation, 2004.
3. The International Headache Classification (ICHD-2) website: <http://ihs-classification.org/en/>
4. Sandrini G, Friberg L, Janig W, et al. Neurophysiological tests and neuroimaging procedures in non-acute headache: guidelines and recommendations. European Journal of Neurology 2004;11:217-224.
5. Ceppi M, Willi C, Hugli O, Regli L, Cereda C, Maeder P, Bodenmann P, Burnand B, Nater B, Michel P. Recommandations diagnostiques lors de consultation en urgence pour des céphalées aiguës non traumatiques. Revue Médicale Suisse 2008;4:1741-1746.
6. Van Duijn NP, Brouwer HJ, Lamberts H. Use of symptoms and signs to diagnose maxillary sinusitis in general practice: comparison with ultrasonography. BMJ 1992; 305:684-7.
7. Lalive PH, de Moerloose P, Lovblad K, Sarasin FP, Mermillod B, Sztajzel R. Is measurement of D-dimer useful in the diagnosis of cerebral venous thrombosis? Neurology. 2003 Oct 28;61(8):1057-60.
8. Katsarava Z, Holle D, Diener HC. Medication overuse headache. Curr Neurol Neurosci Rep 2009;9:115-9.
9. Morel P, Rutschmann O, Delémont C. Quand référer aux urgences un patient présentant une céphalée. Rev Med Suisse. 2010 Aug 25;6(259):1526-9.
10. Bendtsen L, Evers S, Linde M, Mitsikostas DD, Sandrini G, Schoenen J; EFNS. EFNS guideline on the treatment of tension-type headache - report of an EFNS task force. Eur J Neurol. 2010 Nov;17(11):1318-25. doi:10.1111/j.1468-1331.2010.03070
11. Lenaerts ME. Pharmacoprophylaxis of tension-type headache. Curr Pain Headache Rep. 2005 Dec;9(6):442-7. Review.
12. Goadsby PJ, Lipton RB, Ferrari MD. Migraine--current understanding and treatment. N Engl J Med. 2002 Jan 24; 346(4):257-70 Review.
13. Bigal ME, Ferrari M, Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ. Migraine in the triptan era: lessons from epidemiology, pathophysiology, and clinical science. Headache 2009;49:S21-33.
14. Lipton RB, Cutrer FM, Goadsby PJ, Ferrari MD, Dodick DW, McCrory D, Liberman JN, Williams P. How treatment priorities influence triptan preferences in clinical practice: perspectives of migraine sufferers, neurologists, and primary care physicians. Curr Med Res Opin 2005; 21:413-24.
15. Rapoport AM, Tepper SJ, Sheftell FD, Kung E, Bigal ME. Which triptan for which patient ? Neurol Sci 2006;27 Suppl 2:S123-9
16. Loder E. Migraine in pregnancy. Semin Neurol 2007;27:425-33.

Date de la première édition : avril 2000 par J. Sommer-Bühler, R. Sztajzel, J. Le Floch-Rohr et H. Stalder

Date des mises à jour :

- décembre 2003 par J. Sommer-Bühler et H. Stalder
- été 2010 : C. Delémont, N. Garin, C. Luthy, J-M. Annoni
- printemps 2013 : M. Camp, A. Kleinschmidt

Pour tout renseignement, commentaire ou question : [marie-christine.cansell@hcuge.ch](mailto:marie-christine.cansell@hcuge.ch)