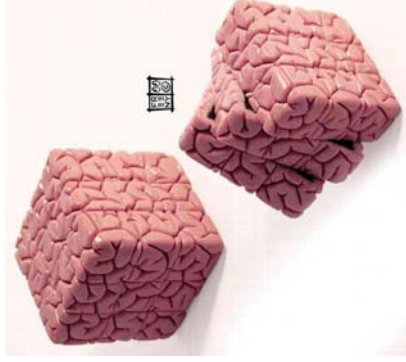


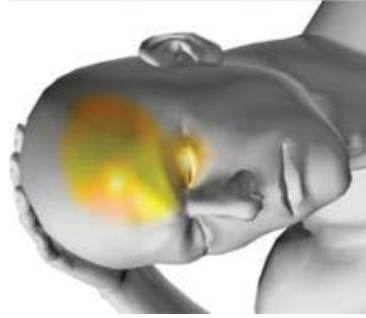
## Les céphalées au cabinet : vraiment un casse-tête ?

Andreas Kleinschmidt

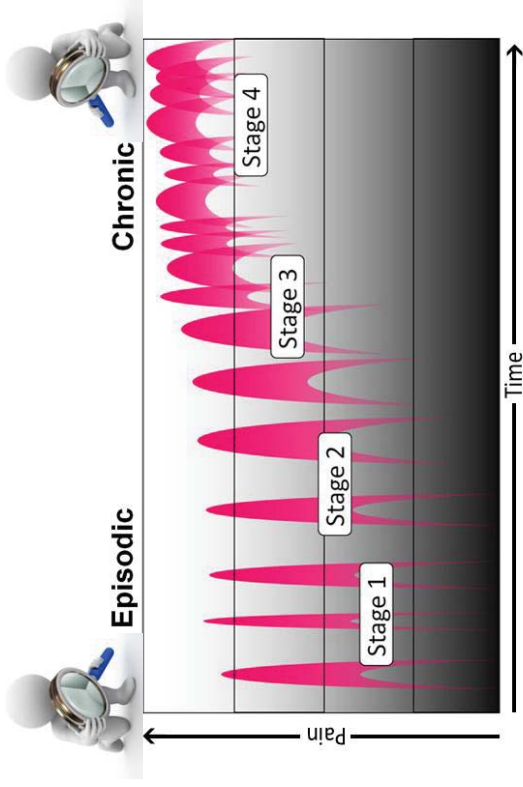


(Jason Freeny, The Brain Cube)

## S'agit-il d'une migraine?



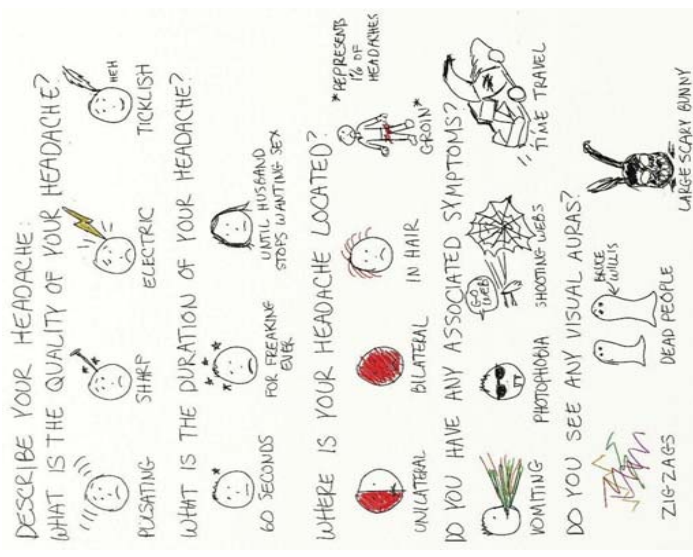
## Du coup de tonnerre aux céphalées chroniques



Cady RK, et al. *Headache*. 2004;44:426-435.

## L'approche clinique – aux céphalées – 10 questions

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



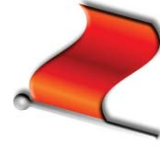
## Vignette clinique

Patiente de 18 ans en BSH, pas de céphalées jusque là mais ce matin

- depuis 2 heures avec installation rapide
- des céphalées violentes (EVA 9/10 en <1h)
- latéralisées du côté gauche du crâne p. max retro-orbitaire.
- Les céphalées sont de caractère pulsatile à la fréquence cardiaque.
- Elle se plaint également des nausées et a vomi plusieurs fois.
- Elle avait de toute façon prévu de ne pas aller au collège aujourd'hui à cause de ses fortes règles (elle a changé de pilule récemment)
- D'autant plus que la prise de paracétamol 2 fois 500 mg à l'intervalle d'une heure est restée quasiment sans effet.
- Elle a préféré se coucher dans sa chambre en laissant les volets fermés et fermer sa porte parce que les bruits des autres membres de sa famille la gênaient.
- Une fois ces frères et sœurs partis sa mère qui est une migraineuse décide de l'emmener aux urgences...



## Attention aux red flags!



### Tableau 3. Symptômes et signes d'alarme en cas de céphalées (red flags)

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

## Tableau 2 – Migraine sans aura, critères diagnostiques selon la classification de l'International Headache Society 2004

- Au moins cinq crises** répondant aux critères B ou D
- Crises de céphalées durant de 4 à 72 heures (sans traitement)
- Céphalées ayant au moins deux des caractéristiques suivantes :
  - unilatérale
  - pulsatile
  - modérée ou sévère
  - aggravée par les activités physiques de routine, telles que montée ou descente des escaliers
- Associé aux céphalées, au moins l'un des symptômes suivants :
  - Nausées et/ou vomissements
  - Photophobie et phonophobie
- Pas d'autres étiologies possibles**

## L'hémorragie sous-arachnoïdienne – une céphalée en coup de tonnerre

**Box 2. The Ottawa SAH Rule**

For alert patients older than 15 y with new severe nontraumatic headache reaching maximum intensity within 1 h

Not for patients with new neurologic deficits, previous aneurysms, SAH, brain tumors, or history of recurrent headaches ( $\geq 3$  episodes over the course of  $\geq 6$  mo)

Investigate if  $\geq 1$  high-risk variables present:

- Age  $\geq 40$  y
- Neck pain or stiffness
- Witnessed loss of consciousness
- Onset during exertion
- Thunderclap headache (instantly peaking pain)
- Limited neck flexion on examination

True outcome	Rule	True outcome	Rule
1999 Subarachnoid hemorrhage not present	35	Lost to active follow-up (subarachnoid hemorrhage assumed not present)	1592
True outcome	1447	True outcome	130
Rule 1	1287	Rule 2	126
Rule 2	712	Rule 3	128
Rule 3	1388	Rule 4	4
Ottawa rule	1694	Ottawa rule	132

Perry JJ. Clinical decision rules to rule out subarachnoid hemorrhage for acute headache. JAMA 2013;310:1248-55.

- Spécificité excellente mais sensibilité misérable!
- Une HSA est rarement à l'origine d'un coup de tonnerre!
- Et notre patiente?

## Céphalées en coup de tonnerre: Diagnostic différentiel

- hémorragie sous-arachnoïdienne
- céphalée sentinelle
- thrombose sino-veineuse cérébrale
- dissection carotido-vertébrale
- hypotension intracrânienne spontanée
- apoplexie pituitaire
- hématome rétro-clival
- ischémie cérébrale
- crise d'hypertension artérielle
- syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible
- kyste colloïde du 3<sup>ème</sup> ventricule
- infection intracrânienne
- céphalée primaire en coup de tonnerre
- céphalées liées à l'effort, l'activité sexuelle et la toux

aigu  
(secondes -  
minutes)

sub-aigu  
(heures -  
jours)

signes neuro

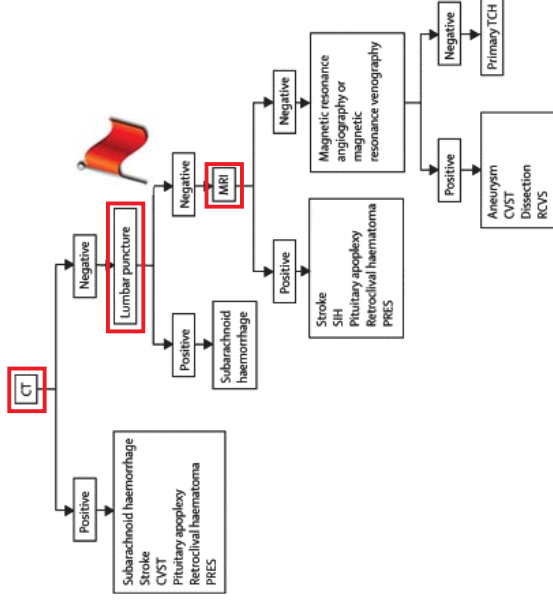
signes non-neuro



rechercher le typique  
considérer l'atypique

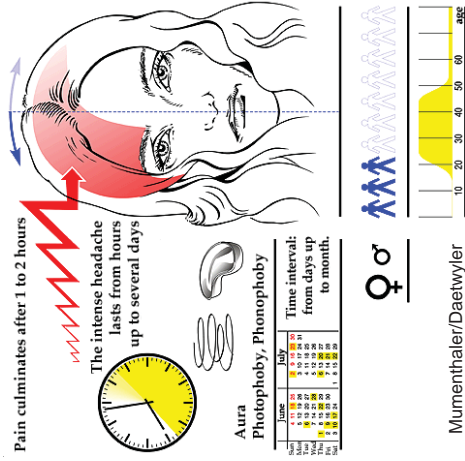
(Schwedt et al., Lancet Neurology, 2006)

## Algorithme diagnostique pour céphalée en coup de tonnerre



(Schwedt et al., Lancet Neurology, 2006)

## Et une fois une migraine diagnostiquée?



Mumenthaler/Daetwyler

### Migraine Pain Chart

0. Fine! No headache?
1. Ugh... It's coming...
2. This sucks.
3. Ow...ow...ow...ow...
4. Bleargh! #@@@ This hurts!
5. Was there a time before pain and will a painkill make it better?
6. Am I dying? I think this is what dying feels like.

## Traitement: les 3 grands principes

- Suppression des facteurs déclenchants des crises
  - facteurs psychologiques (« stress »)
  - facteurs hormonaux
  - changements climatiques
  - consommation de certains aliments
    - (chocolat, aliments gras et frits, en sauce, fromage, œufs, alcool)
  - modifications de rythme de vie, de rythme du sommeil
    - (l'excès autant que le manque)
    - migraines du « week end », du lundi, à l'effort etc.
- Traitement non-médicamenteux
- Traitement médicamenteux
  - de la crise
  - de fond, à visée prophylactique



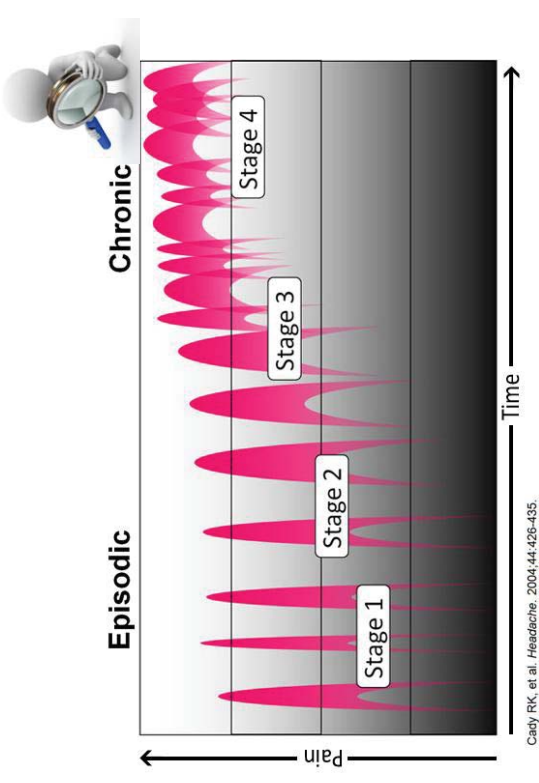
## Comment évaluer les traitements?

**Annexe. Modèle d'agenda de la migraine (premier semestre)**

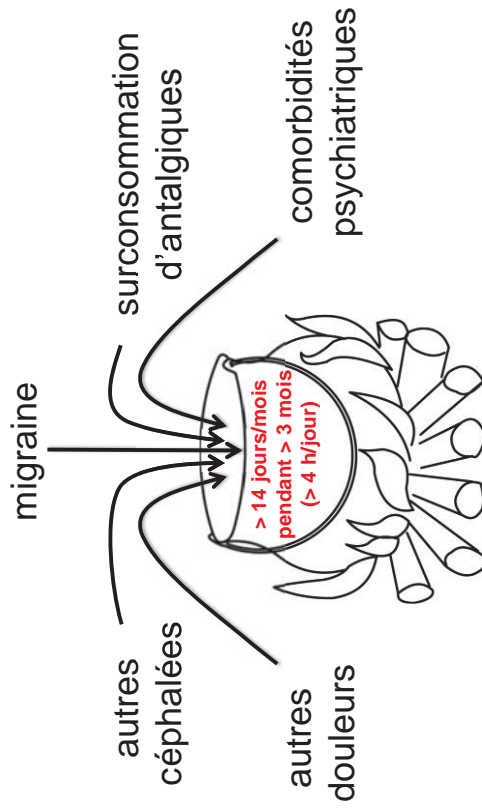
J	Janvier		Février		Mars		Avril		Mai		Juin												
	D	I	FD	Médicaments	D	I	FD	Médicaments	D	I	FD	Médicaments	D	I	FD	Médicaments	D	I	FD	Médicaments			
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							
26																							
27																							
28																							
29																							
30/31																							

D : durée, I : intensité, choisir : L = légère, M = modérée, S = sévère, FD : facteur déclenchant, Médicaments : indiquer le nom et la dose

## Du coup de tonnerre aux céphalées chroniques



## Ingrédients des céphalées chroniques (« chronic daily headache »)

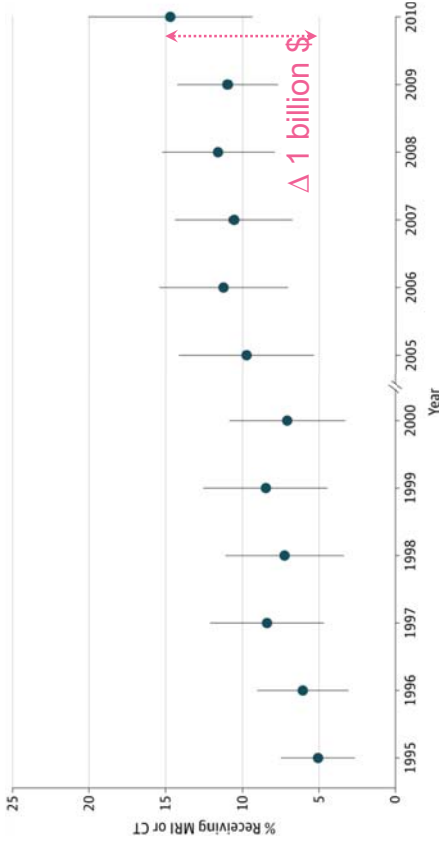


## Chronic daily headache (2-4%)

- Céphalées primaires
  - 1,25% de tension, 0,5% migraine,
  - 0,1% « new daily persistent headache » et hemicrania continua
- MOH (1-2% « medication overuse headache »)
- Céphalées secondaires
  - >Questionner le diagnostic

Médicamenteux (antalgiques ou autres)  
 Tumeur cérébrale  
 Méningite chronique  
 Hématome, surtout sous-dural chronique  
 Hypertension oculaire (Glaucome chronique)  
 Syndrome inflammatoire chronique  
 Sinusite chronique  
 Dysfonctionnement crânio-mandibulaire (SADAM)  
 Dépression

Hypertension intracrânienne  
 Thrombose des sinus chronique  
 Idiopathique (Pseudotumeur)  
 Hypertension artérielle  
 Maladie de Horton  
 Métabolique (dialyse)  
 SAS  
 Traumatisme crânio-cérébral (ou cervical)  
 ...



**Figure Legend:** Trends in Neuroimaging Utilization for the Entire Headache Population From 1995 Through 2000 and 2005 Through 2010. CT indicates computed tomography; and MRI, magnetic resonance imaging. Error bars indicate 95% confidence interval.

Sandrini et al. (2011)  
**Neurophysiological tests and neuroimaging procedures in non-acute headache (2nd edition).**

**european journal of neurology**  
 the official journal of the european academy of neurology

Vol. 18, pp. 373–381, 2011

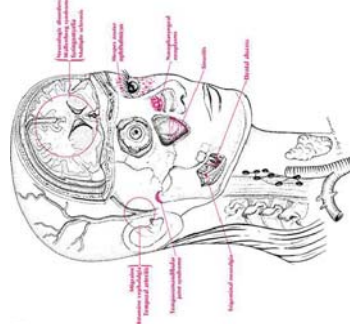
**Neuroimaging**

- 1 In adult and pediatric patients with **migraine**, with no recent change in pattern, no history of seizures, and no other focal neurological signs or symptoms, **the routine use of neuroimaging is not warranted.**
- 2 In patients with **new symptoms suggesting a trigeminal autonomic cephalalgia**, neuroimaging is recommended to be carefully considered. Depending on the degree of suspicion, additional imaging should also be considered to assess intracranial and cervical vasculature, and the sellar and parasellar region.
- 3 In patients with **atypical headache patterns, a history of seizures, or neurological signs or symptoms, or symptomatic illness** such as tumors, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) and neurofibromatosis, MRI may be indicated (to be carefully evaluated in each case).

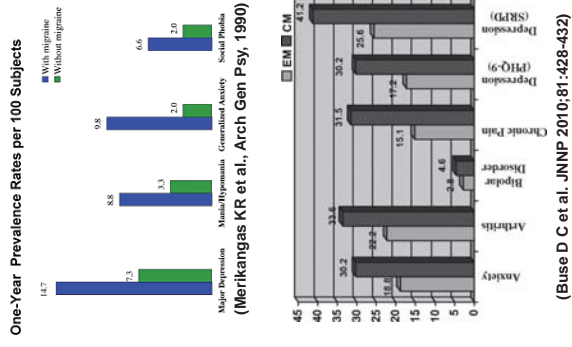
## Examen clinique – la recherche des indices d’une étiologie secondaire

### Tableau 4. Éléments de l'examen clinique lors de céphalées

- Température corporelle
- Tension artérielle humérale
- Examen et palpation des yeux
- Recherche de méningisme
- Percussion des sinus, recherche d'un écoulement nasal antérieur et/ou postérieur
- Palpation de l'articulation temporo-mandibulaire et examen de la dentition
- Palpation de la colonne cervicale
- Palpation des artères temporales chez la personne de plus de 50 ans
- Recherche de souffles crâniens
- Status neurologique de base qui doit comprendre une évaluation:
  - du niveau de conscience et du niveau attentionnel
  - des troubles cognitifs : aphasie, amnésie, héminégligence
  - examen du fond d'œil
  - nerfs crâniens: examen des champs visuels, acuité visuelle, réaction pupillaire, oculomotricité, sensibilité de la face, force des groupes musculaires de la face
  - voies longues : force et sensibilité des membres, réflexes ostéo-tendineux, réflexes cutanés plantaires
  - démarche et épreuves cérébelleuses



## Migraines et troubles psychiques



(Buse D C et al. JNNP 2010;81:428-432)

## « Medication-overuse headache (MOH) »

Diagnostic nécessite sevrage  
(on peut soupçonner mais pas savoir avant)

Très grande variabilité entre individus  
(comme pour les addictions)

Variabilité des seuils critiques selon substance  
(AINS 15 jours/mois, triptans et opiacés 10 jours/mois)

### 3 take-home messages

- 1 – Considérer une première céphalée violente et des céphalées en progression secondaire jusqu'à la preuve du contraire



(d'après Gérard G. Rev Prat, 2008 ; 58 : 598-606.)

## Céphalées chroniques primaires : Considérations thérapeutiques

Approche concertée multi-disciplinaire

Si consommation excessive d'antalgiques -> sevrage

Traitement de fond (ou changement d'un tel)

Mis en valeur de traitement non-médicamenteux

### 3 take-home messages

- 1 - Première céphalée violente et céphalées en progression secondaire jusqu'à la preuve du contraire

- 2 – Utiliser un calendrier de céphalées pour évaluer le traitement

J	Janvier			Février			Mars			Avril			Mai			Juin		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		
26																		
27																		
28																		
29																		
30																		
31																		

1) durée, 2) intensité, 3) durée, 4) durée, 5) durée, 6) durée, 7) durée, 8) durée, 9) durée, 10) durée, 11) durée, 12) durée, 13) durée, 14) durée, 15) durée, 16) durée, 17) durée, 18) durée, 19) durée, 20) durée, 21) durée, 22) durée, 23) durée, 24) durée, 25) durée, 26) durée, 27) durée, 28) durée, 29) durée, 30) durée, 31) durée.

## 3 take-home messages

- 1 – Considérer une première céphalée violente et des céphalées en progression secondaire jusqu'à la preuve du contraire
- 2 – Utiliser un calendrier de céphalées pour évaluer le traitement
- 3 – Se méfier de la surconsommation d'antalgiques et favoriser les approches non-médicamenteuses aux céphalées chroniques



**Merci pour votre attention!**

Recommandation de lecture:

J.-M. Annoni, C. Delémont, N. Garin, C. Dozier, V. Piguët, J. Sommer, C. Luthy  
Recommandations interdisciplinaires du réseau douleur des HUG : approche  
clinique des céphalées primaires. Rev Med Suisse 2010