

Les céphalées

Dr Jean-Pierre Polydor
Neurologue retraité, Cannes

CEPHALEES anciennes, chroniques

critère pertinent: le mode évolutif

Par crises:

- Migraine
- Algie vasculaire de la face

Continues:

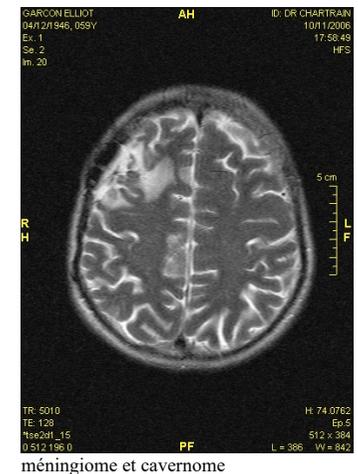
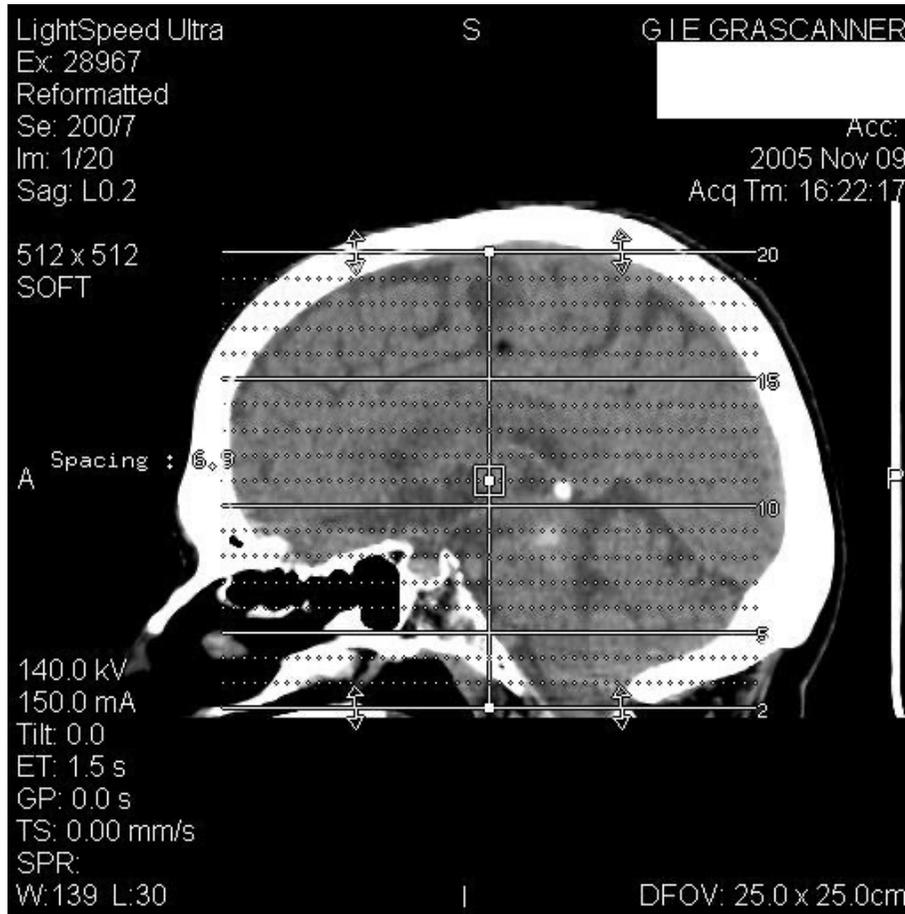
- Céphalée de tension dite « céphalée chronique quotidienne »
- Iatrogènes et par abus d'antalgiques
- Toxiques
- Céphalées symptômes « de... » et céphalées « des spécialités »
- Post-traumatiques

CEPHALEES « inquiétantes » en diagnostic flash

critère pertinent: le contexte

- ***brutale** : hémorragie (cérébrale et méningée) ou dissection ?
- ***fébrile** : méningite? encéphalite?
- ***modification** d'une céphalée ancienne : « lésion »
- ***d'effort** : artérielle (anévrisme) ou veineuse (pas grave)
- ***associée** à des signes **neurologiques** : lésion focale.
- ***début** après **50 ans** :
 - ✓ Tumeur? Scanner ou IRM
 - ✓ Artérite de Horton? CRP, VS
- ***gravidique** ou **pilule + tabac** : phlébite cérébrale
- ***nocturne** avec réveil à heure fixe (au petit matin) :
 - HTIC
 - AVF

Cavernome rompu



migraine « commune » sans aura

- au moins **5 crises**
- de **4 à 72 heures**
- **2** des critères suivants:
 - -**unilatérale**
 - -**pulsatile**
 - -intensité modérée à sévère
 - -accrue par **l'effort**
- **1** des critères suivants:
 - -**nausées**
 - -photo ou phono **phobie**
- **1** des critères suivants:
 - -ce n'est **pas** une céphalée « symptomatique » (examen neurologique, historique...)
 - -dans le doute: examens **paracliniques**
 - -il peut y avoir une **autre** pathologie mais sans lien de causalité étroit ou sans relation temporelle avec les céphalées

La « migraine commune » peut avoir des caractères supplémentaires « trompeurs » :

- unilatérale toujours du même côté
- des signes « en plus »: flou visuel, instabilités, troubles vasomoteurs comme dans l'AVF
- la violence des douleurs

Les migraines« avec aura »

- 2 crises au moins
- 3 des critères suivants:
 - ❖ des symptôme(s) traduisant une atteinte corticale focale ou du TC, et totalement régressif(s)
 - ❖ s'installant en plus de **4 minutes**, et se succédant dans un ordre logique
 - ❖ chaque symptôme dure moins d'**1 heure**
 - ❖ la *céphalée* peut débuter avant l'aura, pendant ou souvent lui succéder avec un intervalle libre **maximum d'1 heure**
- 1 des critères suivants:
 - ❖ l'histoire et l'examen (neurologique et général)
 - ✓ ne suggèrent **pas** de désordre organique
 - ✓ ou le suggèrent **mais** il est écarté par neuroimagerie ou autre (PL par exemple)
 - ✓ ou il y a désordre organique mais sans relation temporelle avec la migraine
 - ❖ 2 diagnostics différentiels à éliminer :
 - ✓ une **crise** d'épilepsie focale (EEG: bon délai) et la recherche de sa cause (IRM)
 - ✓ un **AIT** difficile à démontrer, sauf si on a une IRM rapide

Aura typique... « ophtalmique » et ses extensions

- troubles **visuels** même côté que la douleur :
l'aura visuelle est « positive »: scotome
scintillant
- **paresthésies** et/ou **hypoesthésie** UNilatéral
- **hémiparésie**
- **aphasie** (ou dysarthrie)

Si elles surviennent isolées, sans aura visuelle on remet le diagnostic en question

Aura prolongée

plus d'**1 heure** - moins de **7 jours**

le diagnostic n'est accepté **que** chez des patients

- ayant **déjà** eut d'autres auras TYPIQUES
- et chez qui on a exclu un **AVC**

Aura brusque

- elle répond aux **critères** IHS
- mais **moins de 4 m** : envisager :
 - un AIT
 - une crise d'épilepsie focale

Aura **sans** céphalée

- ne s'évoque **que** chez un migraineux connu qui a **déjà eut des auras**
- se voit surtout chez les moins jeunes... mais on **doit** évoquer l'AIT à partir de 40 ans

**l'aspirine traite les 2 hypothèses:
AIT et migraine**

Migraine ophtalmoplégique RARE

- parésie oculomotrice régressive en moins d'1 heure et céphalée typique de migraine
- impose IRM

Migraine rétinienne RARE

- Un scotome ou une cécité **monoculaire** qui dure **moins d'une heure** comme toute aura
- impose IRM

Migraine basilaire TRES RARE au moins 2 des signes suivants:

- ❑ *troubles visuels des 2 champs des 2 yeux*
- ❑ *diplopie*
- ❑ vertige vrai OU ataxie
- ❑ acouphènes OU hypoacousie
- ❑ *dysarthrie*
- ❑ *dysesthésies bilatérales OU parésie bilatérale*
- ❑ obnubilation

Migraines dites « compliquées »

2 types définis par l'IHS:

- **Etat de mal migraineux**
- **Infarctus migraineux**

L'état de mal migraineux

- la « pause » sans douleur, quand elle existe, n'excède pas 6 heures*
- la crise dure jusqu'à 10 jours...

chercher d'autres facteurs (iatrogènes+++)

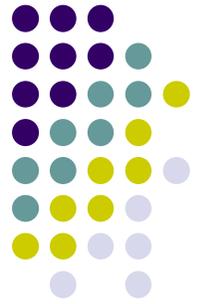
*si la pause excède 6 heures on dit « 2 crises »

L'infarctus migraineux (trop tard!)

- A- après une crise typique le déficit (aura) ne régresse pas...dans les **7 jours**
- B- les **autres causes** d'AVC ont toutes été éliminées

C'est **rareté**, on doit donc :

- ✓ avoir une aura habituelle... **qui se prolonge**
- ✓ **démontrer** l'AVC (neuroimagerie)
- ✓ éliminer **toute autre cause** (embolie, terrain artériopathique, hémopathie)d'AVC
- ✓ L'infarctus de **migraine** est plutôt **occipital**, ce qui est **rare dans les AVC « standard »** mais s'explique par la fréquence des auras occipitales.



Traitement de l'état de mal

Isoler, calmer

Glacer le crâne

Corticoïdes

O₂

Stoppez les abus

Stratégie du traitement de la crise migaineuse

Traitement non spécifique: paracétamol

- Etes vous soulagé 2h après?
- Le médicament est-il bien toléré?
- Prenez vous 1 seule prise?
- Reprenez vous vos activités?

Si non à 1 seule réponse : AINS ou aspirine

Trt spécifique : triptan (inhibiteur 5HT1)

Si échec : triptan

Si crises sévères/invalidantes: triptan d'emblée

- Dès le début de la céphalée mais pas pendant l'aura
- Un sujet non répondeur à un triptan peut répondre à un autre
- De 18 à 65 ans (12 ans pour le sumatriptan spray)
- Compter les prises par mois: abus+++

+/- métopimazine ou metopimazine 7,5 mg lyoph oral (Vogalene lyoc) (NL), caféine?



Quand initier un traitement de fond ? réf: HAS

- La fréquence et de l'intensité des crises
- Dès qu'un handicap familial, social et professionnel est présent.
- Pour éviter un abus (6 à 8 prises par mois depuis 3 mois)

Quel traitement de fond ?

Aucune molécule n'a montré de supériorité, Le choix est lié aux ...

- crises (durée, fréquence, handicap..)
- du traitement (effets indésirables)
- Et aC patient (pathologie et traitements concomitants, grossesse...)

En première intention

- propranolol, metoprolol: pouls
- topiramate: 100 mg/jour (epitomax): boire

En 2ème intention

- Flunarizine (sibelium) : NL like

conclusions

Quelques critères érigés en réflexes permettent d'éliminer les diagnostics vitaux