

CEPHALEES AIGUES ET CHRONIQUES

Pr L Sailer, Médecine Interne

Les céphalées aigues font craindre des urgences vitales : hémorragie cérébro-méningées, méningites, hypertension intracrânienne. Une céphalée aigue peut n'être aussi que la première manifestation d'un problème qui va ensuite se chroniciser (ex : première crise de migraine). Les céphalées chroniques sont fréquentes. Le problème diagnostique peut être difficile, car les causes sont très nombreuses, et beaucoup d'entre elles sont rares. Les céphalées peuvent être entretenues par les médicaments antalgiques. Nous n'aborderons ici que les céphalées chroniques fréquentes parmi lesquelles la migraine et les algies de la face. Le retentissement de la céphalée sur la qualité de vie peut être considérable.

INTERROGER UNE CEPHALEE :

L'interrogatoire d'une céphalée, comme pour toute douleur, doit être extrêmement rigoureux. On s'attachera particulièrement à faire préciser :

1. le siège et l'irradiation:

les céphalées localisées peuvent être :

- *fronto- temporo-occipitale dans la céphalée de tension
- *frontale en cas d'hypertension artérielle, de céphalée de tension, de trouble de l'accommodation...
- *hémi-crâniennes dans la migraine de l'adulte
- *oculaire dans la crise de glaucome aigue, les kératites
- *péri- orbitaire dans l'algie vasculaire de la face
- *faciale, dans un territoire de la Vième paire de nerf crânien : névralgie trigéminal primitive ou secondaire, notamment en cas de zona
- *sus-orbitaire ou maxillaire faisant évoquer une sinusite frontale ou maxillaire
- *médiane profonde ou postérieure dans la sinusite ethmoïdienne ou sphénoïdale. Ces douleurs de sinusite sont volontiers positionnelle et pulsatiles
- *dans la région auriculaire : irradiations du syndrome de l'articulation temporo-mandibulaire, otite, mastoïdite, parotidite

*temporale, occipitale, mandibulaire, holo-crânienne, cervicale... dans la maladie de Horton

*mandibulaire : problème dentaire plus ou moins étendu

*occipitale : irradiation d'une cervicalgie (arthrose, rhumatisme inflammatoire, névralgie d'Arnold...)

*pharyngées : névralgie de la IXième paire de nerfs crâniens

Les céphalées diffuses : les principales causes sont

*les migraines

*les céphalées de tension

*les céphalées médicamenteuses : tous les vasodilatateurs (anticalciques, dérivés nitrés notamment), l'abus chronique d'antalgiques

*l'hypertension artérielle

*l'hypertension intracrânienne (voir chapitre spécifique) qu'elle qu'en soit la cause, y compris naturellement le syndrome méningé...

*l'hypotension intracrânienne : l'exemple le plus habituel est le syndrome post-ponction lombaire. La céphalée se majore fortement à l'orthostatisme, et peut contraindre le patient à rester allongé quelques jours à plusieurs semaines.

2-le type :

*la céphalée pulsatile renvoie aux migraines, algies vasculaires, à la céphalée hypertensive, à l'hypertension intracrânienne ou à la maladie de Horton, à tous les phénomènes infectieux

*l'existence d'un fond douloureux permanent sur lequel surviennent de manière brutale, imprévisible des douleurs très aiguës et très brèves, oriente vers une névralgie,

*une céphalée très récente à type de brûlure, localisée à un territoire d'innervation clairement identifiable, peut être le signe d'un zona à la phase pré-éruptive : le diagnostic deviendra évident 2-3 jours plus tard !

*la douleur sous maxillaire à type de colique (renforcements paroxystiques de plus en plus intense avant de céder) et survenant à la mastication est très évocatrice de la colique salivaire : une petite lithiase des canaux salivaires bloque l'excrétion salivaire.

3-la fréquence de survenue, l'horaire, les moments privilégiés dans l'année :

- chez la femme, leur survenue par rapport au cycle menstruel

- une céphalée nocturne, réveillant le patient en deuxième partie de nuit, est fortement suspecte d'organicité. Il faudra savoir évoquer une hypertension intracrânienne, une maladie de Horton chez le sujet âgé (hyperesthésie du cuir chevelu, claudication intermittente de la mâchoire, douleur temporale ou cervicale...), ou un rhumatisme inflammatoire en cas de douleur du rachis cervical (polyarthrite rhumatoïde, spondylarthropathie).

Une céphalée en fin de journée est souvent banale, liée au stress ou à un problème visuel.

4.-l'ancienneté des signes : enfance, adolescence, péri-ménopause, quelques heures, quelques jours...

5-les circonstances déclenchantes : aliments ? activités ? stress ? travail visuel soutenu ? menstruations... La plupart des céphalées sont aggravées par l'alcool. La douleur survenant à la mastication peut correspondre à une atteinte de l'articulation temporo-mandibulaire, à un problème dentaire, à une lithiase salivaire, à une claudication intermittente de la mâchoire de la maladie de Horton... Le trismus, au contraire, correspond à la contraction réflexe et souvent douloureuse du muscle masséter.

6. -les signes associés :

*la présence de nausées, vomissements, signes sensoriel, moteurs, digestifs, neurovégétatifs, photo-phonophobie...

7-les traitements suivis :

Les traitements donnés pour la céphalée doivent être tous relevés, l'observance bien évaluée, l'adéquation des doses à la pathologie vérifiée, leur efficacité scrupuleusement analysée. Ceci doit permettre également de dépister les comportements toxicomaniaques et l'auto-médication, et pourra faire évoquer le diagnostic éventuel de *céphalée médicamenteuse* : la prise d'antalgique très régulière crée un état de dépendance qui se traduit par une exacerbation de la céphalée dès que le patient stoppe son traitement. Ceci est particulièrement observé avec les dérivés de la morphine, mais concerne presque tous les médicaments antimigraineux.

8-Le retentissement sur l'activité quotidienne, sur le travail, sur l'humeur :

Comme chez tout douloureux chronique, la question de la poursuite du travail et d'éventuels « bénéfices secondaires » doit être abordée ...avec habileté.

Lorsqu'un trouble dépressif apparaît, le vécu douloureux s'intensifie avec un risque d'escalade thérapeutique inefficace.

QUELQUES CEPHALEES DE DIAGNOSTIC FACILE

Parmi les diagnostics faciles à condition d'y penser, on retiendra :

1. les urgences : hypertension intracrânienne et syndrome méningé

La céphalée évocatrice d'hypertension intracrânienne est une céphalée "en casque" volontiers pulsatile. Elle peut cependant être localisée, d'allure pseudo-migraineuse. Elle est maximale en deuxième moitié de nuit ou au réveil, diminuant au fil de la journée. Elle s'aggrave au fil des heures, des jours ou des semaines en fonction de la cause.

Elle s'accompagne souvent de signes digestifs qui peuvent être au premier plan : c'est au début un état nauséux, puis des vomissements, typiquement "en jet", survenant même à jeun, et soulageant plus ou moins les maux de tête. Ces signes peuvent être révélateurs de l'hypertension intracrânienne, en l'absence de céphalées.

Des troubles de la vigilance sont volontiers associés : il s'agit d'une apathie, puis d'une somnolence de plus en plus marquée.

le patient peut se plaindre d'une diplopie horizontale, en lien avec une paralysie de la VI^{ème} paire de nerfs crâniens et/ou d'une baisse d'acuité visuelle, en lien avec un œdème papillaire. Ces signes n'ont pas de valeur de localisation d'un processus expansif. L'existence d'une paralysie de la III^{ème} paire de nerfs crâniens doit faire redouter un engagement cérébral.

Le signe le plus objectif d'hypertension intracrânienne est l'existence d'un œdème papillaire au fond d'œil.

La souffrance cérébrale diffuse peut se traduire par des signes d'irritation pyramidale, une ataxie. La présence éventuelle de signes de focalisation oriente vers un processus expansif localisé (ex: tumeur, abcès cérébral...). Des crises d'épilepsie peuvent survenir. La paralysie de la VI^{ème} paire de nerfs crâniens n'a pas valeur de signe de focalisation.

L'hypertension intracrânienne peut être aiguë : méningite, hémorragie méningée et/ou cérébrale, hydrocéphalie aiguë, processus expansif d'évolution rapide, encéphalite ...On recherchera une fièvre, la raideur de nuque, un trouble de la vigilance et des déficits

neurologiques. La ponction lombaire en cas de méningite ou d'hémorragie méningée, le scanner et/ou l'IRM dans les autres cas, permettront ou orienteront le diagnostic.

2. Céphalées liées à une affection locale sans hypertension intracrânienne

Les causes en ont été précédemment détaillées. On insistera sur l'importance d'un examen clinique de la cavité buccale et de l'état dentaire, la recherche de points douloureux sinusiens et d'un jetage postérieur. Il faudra toutefois prendre garde à ne pas attribuer à un problème dentaire ou sinusien banal et fréquent une céphalée de caractère sémiologique inhabituel.

Les maladies ophtalmologiques (glaucome, hétérophorie, myopie, hypermétropie..) : la crise aiguë de glaucome se présente comme une céphalée orbitaire intense

La survenue de « craquements » et de blocages de la mâchoire lors de la mastication conduit au diagnostic de syndrome douloureux de l'articulation temporo-mandibulaire. Ceci peut être à l'origine de douleurs loco-régionales.

La névralgie d'Arnold correspond à une irritation des rameaux sensitifs des première ou deuxième racines cervicales à leur émergence du crâne, généralement dans un contexte de cervicalgie d'origine mécanique. Elle est fréquente, responsable d'une céphalée unilatérale de la région occipitale irradiant vers le vertex ou la région mastoïdienne. La céphalée est reproduite par la palpation de la base du crâne sous l'occiput, à l'émergence de la racine. Une infiltration locale d'anesthésique ou de corticoïdes permet généralement un bon contrôle des symptômes.

Les sinusites ethmoïdales ou sphénoïdales sont responsables de céphalées profondes et parfois intenses, diagnostiquées par le scanner.

L'hypotension intracrânienne provoque une céphalée orthostatique. Elle peut être idiopathique, due à une petite fistule dure-mérienne, sur malformation ou dans le suites d'un traumatisme (chute sur les fesses par exemple). Le diagnostic repose sur une IRM avec séquences spécifiques.

3. Céphalées de cause générale

Des maladies variées peuvent provoquer des céphalées en l'absence d'atteinte du système nerveux à proprement parler.

L'hypertension artérielle est supportée de manière très variable en fonction des patients. Le bon sens veut que l'on commence, devant une céphalée d'aspect banal, à contrôler et équilibrer la tension artérielle avant de pousser plus loin les explorations.

Les patients diabétiques développent parfois des céphalées à la faveur d'hypoglycémies. En cas de céphalée matinale, on vérifiera la glycémie nocturne.

L'origine respiratoire de la céphalée est en général facile à dépister par l'interrogatoire (exposition au tabac ? pathologie chronique pulmonaire connue ? obésité morbide responsable d'hypoventilation alvéolaire...) et par l'examen clinique à la recherche de signes de maladie pulmonaire. Le syndrome d'apnées du sommeil peut se traduire par des céphalées matinales.

La consommation de cannabis et de cocaïne peuvent être responsables de céphalées chroniques, de même que l'abus de vasoconstricteurs nasaux.

Les médicaments vasodilatateurs, vasoconstricteurs et opioïdes sont à l'origine de céphalées médicamenteuses. Certains médicaments (comme l'ibuprofène) peuvent aussi provoquer des méningites médicamenteuses.

Au cours des hépatites, la céphalée s'intègre dans un tableau plus complet avec anorexie, grande fatigue.

La céphalée peut révéler une intoxication au CO.

Toute douleur de l'extrémité céphalique nouvelle avec syndrome inflammatoire au-delà de 50 ans doit faire discuter une maladie de Horton. Les diagnostics différentiels sont nombreux : métastases cérébrales ou de la voute crânienne, autre rhumatisme inflammatoire avec atteinte cervicale (PR, Spondylarthropathie du sujet âgé), chondrocalcinose cervicale, sinusites profondes, méningite chronique, autre vascularite, ostéomyélite de la mâchoire...

4. La névralgie du nerf trijumeau (Vième paire de nerfs crâniens)

On distingue 2 formes : primitive, anciennement appelé « tic douloureux de la face », et la forme secondaire à une affection. Les formes primitives seraient en fait pour la plupart dues à une compression du nerf trijumeau à son émergence du tronc cérébral par des artères aberrantes (boucles, dilatations..).

La névralgie trigéminal primitive se localise au front dans la région malaire et orbitaire (V2), ou dans la mandibule (V3), exceptionnellement dans la région du front (V1). On retrouve une « zone gâchette », dont la stimulation déclenche la douleur à la faveur de gestes de la vie quotidienne (toilette, rasage, mastication, brossage des dents...). La douleur est intense, fulgurante, d'une fraction de seconde à quelques secondes à 2

minutes et cède brutalement totalement ou en laissant un fond douloureux...et une appréhension majeure de sa récurrence. Une période réfractaire à toute stimulation de la zone gâchette s'ensuit.

Au contraire, la localisation de la céphalée au territoire V1, l'absence de zone gâchette, l'absence de période réfractaire après une douleur, des anomalies à l'examen clinique (hypoesthésie, abolition du réflexe cornéen...) sont en faveur d'une névralgie secondaire (compression du nerf, inflammation, vascularite...).

Les examens sont guidés par les causes évoquées cliniquement. ON citera principalement :

- L'IRM cérébrale explorant le trajet du V pour les causes tumorales, une boucle vasculaire ou la neuropathie primitive (diagnostic d'exclusion, l'IRM est normale).
- IRM cérébrale (autres métastases, sarcoïdose, SEP...)
- Ponction lombaire pour un zona à la phase pré-éruptive(méningite lymphocytaire, PCR VZV positive), une SEP (recherche d'une production locale d'immunoglobulines avec profil oligoclonal), une sarcoïdose (méningite lymphocytaire)...
- Scanner thoraco-abdomino pelvien : recherche de sarcoïdose, de lymphome, de tumeur primitive
- Hypergammaglobulinémie polyclonale et ACAN élevés pour une collagénose (Gougerot, connectivite mixte, lupus...) et auto- anticorps spécifiques (anti SSA/B, anti RNP, anti DNA ou anti Sm respectivement) ; Recherche d'un syndrome sec, grade III ou IV à la biopsie de glande salivaire accessoire pour une maladie de Gougerot ;
- Sérologie VIH en cas de facteurs de risque
- glycémie à jeun +/- post prandiale (diabète)

NB : La névralgie trigéminal est parfois appelée névralgie faciale, c'est à dire de la face. Ce terme doit être évité car il prête à une confusion avec le nerf facial, VIIième paire de nerf crânien dont la sémiologie est essentiellement motrice !

5. Les céphalées « primitives »

Les plus fréquentes d'entre elles sont la migraine et la céphalée de tension. Nous traiterons également les algies vasculaires de la face, et laisserons de côté des céphalées beaucoup plus rares. La névralgie trigéminala a déjà été abordée.

La céphalée de tension :

C'est la plus fréquente des céphalées non organiques. C'est une céphalée à type de pression bitemporale et/ou frontale, non pulsatile, d'intensité faible à modérée, qui ne s'accompagne pas de nausées-vomissements. La poursuite des activités physiques est généralement possible. Une discrète photophobie ou phonophobie est possible. A l'examen, les patients peuvent éprouver une douleur à la palpation des muscles péri-crâniens.

La migraine :

La migraine sans aura survient préférentiellement chez la femme. Elle se caractérise par son caractère unilatéral (hémicrânie) chez l'adulte, volontiers bilatérale chez l'enfant. La douleur est pulsatile. La crise peut durer de quelques heures à 3-4 jours, d'intensité variable. Elle est majorée par l'activité physique, qui est de fait souvent impossible. Nausées, vomissements, photophobie, phonophobie sont volontiers associés. Il y a souvent un caractère familial. La migraine sans aura est souvent étroitement associée aux périodes menstruelles.

Dans *la migraine avec aura*, la céphalée est précédée par des symptômes visuels, sensoriels ou moteurs, d'une durée de quelques minutes à 1 heure : scotomes scintillants, fourmillements, parésie homolatéraux à la douleur. Le trouble visuel peut aller jusqu'à une cécité transitoire. On peut également observer des difficultés d'expressions (dysphasie). Au cours de la migraine basilaire, on peut observer vertiges, surdité, diplopie, ataxie, diminution de la conscience, paresthésies bilatérales. La migraine, avec ou sans aura, peut être précédée pendant 1 à 2 jours de signes non spécifiques psychosensoriels, qui préviennent le patient de la survenue proche d'une crise.

On parle de *migraine chronique* lorsque la migraine survient plus de 15 jours par mois pendant plus de 3 mois.

On parle d'*état de mal migraineux* pour une crise de migraine durant plus de 72 heures.

L'algie vasculaire de la face

Il s'agit d'un désordre neurovégétatif vasculaire aigu. Les céphalées surviennent par crises répétées sur des périodes de quelques semaines à quelques mois. Elles sont intenses, débutent brutalement, et cèdent spontanément après 15 à 180 minutes. La céphalée a une localisation périorbitaire, temporale et malaire, strictement unilatérale, et s'accompagne de signes végétatifs parasympathiques et de vasodilatation : larmoiement, rhinorrhée, congestion nasale, sudation localisée à la face, injection conjonctivale, myosis, énophtalmie. L'aspect du visage est congestif dans la région douloureuse, la paupière est oedématiée. Les crises se répètent à quelques heures d'intervalle, jusqu'à 48 heures. Plusieurs mois ou années peuvent séparer les périodes de crise.

A côté de ces désordres typiques sont recensées de nombreuses autres céphalées primitives de sémiologie plus ou moins proche, ou secondaires de diagnostic moins habituel. Elles relèvent de la spécialité.

Ce qu'il faut retenir : les céphalées ont de très nombreuses causes. Ceci justifie une approche très globale du patient, un interrogatoire précis, un examen neurologique et général complets lorsque la cause n'est pas évidente. Les céphalées chroniques invalidantes sont dominées par la migraine et les céphalées de tension. Il faut savoir reconnaître rapidement, en cas de céphalée aiguë, un syndrome méningé, un syndrome d'hypertension intracrânienne et les signes d'engagement.