

# Céphalées et Migraine

Dr I.Boutbiba

Faculté de Médecine de Sétif

Module de Neurologie

## I- Objectifs pédagogiques

- Savoir diagnostiquer une céphalée primaire (migraine.....)
- Identifier les situations d'urgence (céphalée secondaire)
- Argumenter l'attitude thérapeutique.

## II- Introduction

- **Définition :** Céphalée = Douleur de l'extrémité céphalique incluant la face.

- **Intérêt de la question:**

- Motif de consultation le plus fréquent en neurologie.

- Environ 15 % de la population a présenté au moins une céphalée intense au cours des 3 derniers mois.

- **L'ICHD oppose 2 types:**

- **Céphalées primaires :** liées à un dysfonctionnement du SNC à l'origine d'une activation des voies douloureuses sans lésion organique.
- **Céphalées secondaires :** liées à des lésions des structures intracrâniennes innervées.

## III- Démarche diagnostique

- **Interrogatoire :** doit rechercher
  - **Le caractère aigu:** « récent » et « inhabituel »

Correspondant à une céphalée secondaire jusqu'à preuve du contraire et qui nécessite donc une exploration.

- **Les caractères de la douleur:** type, siège, intensité, durée, facteurs aggravants ou calmants.
- **Les signes accompagnateurs.**

- **Evolution** dans le temps.
- **Antécédents** et contexte de survenue.
- **Retentissement** sur la qualité de vie.
- Antécédents et fréquence des **prises médicamenteuses** (abus mdct)
- **Examen clinique:**
  - **Neurologique** : recherche une raideur méningée, des signes de focalisation, taille des pupilles, l'acuité visuelle et le fond d'œil.
  - **Général**: PA, Température, auscultation cardiaque, examen cutané.
  - **Locorégional**: Palpation des artères temporales après 50 ans, auscultation cervicale, examen des sinus, examen oculaire, palpation des muscles cervicaux.
- **Dgc positif** :  
Repose sur un faisceau d'arguments recueillis à l'interrogatoire, l'examen clinique et les examens paracliniques à la recherche des critères ICHD (International Classification of Headache Disorders).

#### IV- Identifier les situations d'urgence

Deux situations d'urgences peuvent être rencontrées :

- **Un syndrome méningé:**

« Céphalée en casque, vomissements en jets, photophobie et attitude en chien de fusil ».

- A l'examen: raideur méningée.

Deux hypothèses diagnostiques sont possibles :

**Hémorragie sous-arachnoidienne** qui impose une imagerie en urgence.

**Méningite** qui nécessite pour sa confirmation une étude du LCR en urgence.

- **Devant un syndrome d'hypertension intracrânienne** sans signes méningés:

Un processus expansif intra crânien est suspecté et impose la réalisation d'une imagerie cérébrale en urgence.

## V- Etiologies de céphalées secondaires

- **Début brutal:**

- Hémorragies sous-arachnoidiennes .
- Syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible.
- Autres urgences neuro vasculaires.

- **Début progressif**

- Méningoencéphalite.
- Syndrome d'HIC.
- Céphalée post ponction durale.
- Céphalée post traumatique.
- Maladie de Horton.

## VI- Céphalées primaires

- Migraine.
- Céphalées de tension.
- Algie vasculaire de la face.
- Névralgie du trijumeau

# Migraine

## I- Introduction

- La migraine est une céphalée « primaire » sans lésion sous-jacente, évoluant par crises .
- Le diagnostic est basé sur l'interrogatoire et la normalité de l'examen clinique.
- C'est une pathologie du sujet jeune avec une prévalence comprise entre 10 et 15 % de la population mondiale et une prédominance féminine.
- Il existe des traitements efficaces pour soulager les crises d'une part et pour en diminuer la fréquence d'autre part.

## II- Physiopathologie

- **L'aura:** en rapport avec une vague de dépolarisation qui s'étend par contiguïté dans le cortex cérébral entraînant des modifications du débit sanguin (vasoconstriction artérielle) à l'origine d'un dysfonctionnement métabolique neuronal transitoire responsable des symptômes cliniques de l'aura.

- **La céphalée:** liée à l'activation du système trigémino-vasculaire qui déclenche la libération de neuropeptides vaso-actifs entraînant une vasodilatation artérielle et une libération de cytokines et de médiateurs pro inflammatoires responsables de la céphalée.

### III- Diagnostic

- Essentiellement clinique
- Repose sur les critères de l'ICHD-3 recueillis à distance des crises par l'interrogatoire.
- On distingue:

La migraine sans aura

La migraine avec aura : typique, migraine hémiplégique familiale , migraine basilaire et migraine ophtalmique.

- **Migraine sans aura**
  - La plus fréquente(80%-90%).
  - Céphalée spontanément résolutive

#### **La céphalée:**

- S'installe de manière progressive.
- A n'importe quel moment de la journée (la nuit, le petit matin +++)
- Paroxysmes en (2-4H)
- Typiquement unilatérale à bascule
- Topographie surtout fronto-temporale, parfois occipitale
- Caractère pulsatile.
- Intensité variable même chez le même sujet
- Durée: 4- 72 h
- **Signes d'accompagnement:**
  - nausées dans 90% des cas.
  - vomissements dans 50% des cas.
  - photophobie, la phonophobie, Pâleur du visage, hypotension orthostatique, impression d'instabilité.

« Le diagnostic est posé s'il existe au moins 5 crises répondant aux critères ICHD-3 ».

- **Migraine avec aura**
- **La céphalée** est précédée ou accompagnée d'une aura d'installation progressive sur 5-60 min (marche migraineuse).
- **Les auras typiques** sont:

1-Troubles visuels bilatéraux: scotomes scintillants, phosphènes, flou visuel.

2- troubles Sensitifs: paresthésies ou engourdissements unilatéraux.

3- Troubles du langage: aphasie ou difficultés de langage.

« Diagnostic posé si au moins 2 crises répondant aux critères ICHD-3 »

#### IV- Complications de la migraine

- **La migraine chronique** : les Céphalées durent pendant plus de 15jours/mois pendant plus de 3 mois.
- **État de mal migraineux** : Persistance de la crise au-delà de 72h.
- **L'infarctus migraineux**: Très rare, évoqué lorsque l'aura typique dure plus d' 1heure;le diagnostic repose sur la neuro-imagerie qui montre une hypodensité correspondant à la zone infarctie.
- **Crise d'épilepsie** déclenchée par une aura migraineuse.

#### V- Facteurs déclenchant une crise migraineuse

- **Facteurs psychologiques**: anxiété, émotion, choc psychologique
- **Facteurs hormonaux**: période menstruelle, contraceptifs oraux
- **Modification du mode de vie**: déménagement, changement de travail, vacances, voyage.
- **Facteurs sensoriels**: lumière, bruit, odeurs, vibrations...
- **Aliments**: alcool, chocolat, graisses cuites, fromages, agrumes;
- **Facteurs climatiques**: vent, chaleur ,froid.
- **Habitudes alimentaires**: jeûne, hypoglycémie, repas sautés

FACTEURS AGGRAVANTS: Mouvements de la tête, toux, effort physique.

FACTEURS CALMANTS : repos, fermeture des yeux, calme, obscurité.

#### VI- Traitement

## 1. Traitement de la crise:

- Repos dans une pièce calme avec une faible luminosité.
- Bonne hydratation.
- Au niveau médicamenteux:
  - En première intention un **AINS** par voie orale (Diclofenac 50 à 100 mg, Ibuprofène 400 mg, Kétopro-fène 100 à 150 mg, Naproxène 500 mg), ou l'association Aspirine 900 mg + Métopropramide 10 mg
  - En cas de contre-indication aux AINS, la prise d'un gramme de paracétamol associé à 10 mg de métopropramide peut être une bonne alternative.
  - Si le patient a déjà pris un AINS (ou paracétamol + métopropramide) à bonne dose et ce sans efficacité, proposer une prise de triptan : sumatriptan 50 mg par ex.
  - Pour toute crise réfractaire au traitement de première ligne, Métopropramide en IV lente (10 mg sur 15 minutes), à visée anti-émétique mais également pour son effet anti-migraineux propre

## 2. Traitement de fond:

- A pour but de réduire la fréquence et l'intensité des crises.
- Indiqué si plusieurs crises par mois ou crises éloignées mais invalidantes.
- Plusieurs molécules: bêta bloquants, dérivés ergotés, amitriptyline, antiépileptique à choisir au cas par cas.

# Céphalées de tension

## • Caractéristiques

- Durée: 30 min à 7 jours.
- Bilatérale.
- Intensité légère à modérée.
- Type compression ou étouffement.
- Peu de signes d'accompagnement.
- Non aggravées par l'effort.

- Il faut au moins au moins 10 crises répondant à cette description pour poser le diagnostic.
- **Traitement**
- Première intention: Antalgique simple (Paracétamol 1 g) ou d'un AINS (Ibuprofène 400 mg ou Kétoprofène 100 mg).
- L'adjonction de métopropramide pour son effet antalgique est possible.
- En dernier recours, une perfusion d'amitriptyline 25 mg peut être proposée .

## **Algie vasculaire de la face**

- **Caractéristiques**
- Durée: 15 min à 3 heures.
- Unilatérale.
- Orbitotemporale.
- Très sévère à type d'arrachement, broiement
- Signes congestifs homolatéraux( injection conjonctivale, rhinorrhée...)
- Agitation
- Non modifiée par l'effort.

« Au moins 5 crises répondant à ces critères sont nécessaires pour poser le diagnostic » ;

- **Traitement**
- Deux traitements de crise ont une AMM
- Sumatriptan Sous-cutané 6 mg .
- Oxygène à un débit de 12 à 15 L/min, au masque à haute concentration pendant 15 à 20 minutes.
- Traitement de fond: Vérapamil

## Névrалgie du trijumeau

- **Caractéristiques**

- Névrалgie faciale dont la topographie correspond à un ou plusieurs territoires du V (Nerf sensitif de la face).
- Douleur paroxystique durant de qq secondes à 2 minutes.
- Unilatérale, Intense.
- Par salves séparées par des intervalles libres de durée variable.
- Peut être essentielle ou secondaire à un processus lésionnel.

- **Traitement**

- Traitement de première intention médical: Carbamazépine.
- Traitement des formes réfractaires:
- Décompression microchirurgicale du V.
- Thermocoagulation percutanée du ganglion de Gasser

## Conclusion

- Les céphalées sont un motif de consultation très fréquent en neurologie et aux urgences.
- Intérêt de connaître les situations d'urgence pour une PEC adéquate et un pronostic sauvé.
- Intérêt d'identifier les céphalées primaires ne nécessitant pas d'examen complémentaires mais une PEC thérapeutique adéquate pour une qualité de vie préservée

