

# CÉPHALÉE AIGUË ET CHRONIQUE

Dr Geneviève Demarquay<sup>1</sup>, Dr Anne Ducros<sup>2</sup>

1. Service de neurologie, hôpital Croix-Rousse, 69004 Lyon, France

2. Urgences céphalées, hôpital Lariboisière, 75010 Paris, France

[genevieve.demarquay@chu-st-etienne.fr](mailto:genevieve.demarquay@chu-st-etienne.fr)

OBJECTIFS

**DIAGNOSTIQUER** une céphalée aiguë et une céphalée chronique.

**IDENTIFIER** les situations d'urgence et **PLANIFIER** leur prise en charge.

**ARGUMENTER** l'attitude thérapeutique et **PLANIFIER** le suivi du patient.

- Depuis quand avez-vous ce mal de tête ? (céphalées aiguës [récentes] ou chroniques [anciennes])
  - Avez-vous déjà eu ce type de mal de tête ?
  - Comment a débuté la céphalée actuelle ? (brutalement [en quelques secondes ou minutes] ou progressivement [en quelques heures, jours ou semaines])
  - Comment évolue la douleur depuis son installation ? (amélioration, aggravation, exacerbations avec répit)
- Selon les réponses à ces questions, la céphalée est classée en :
- « récente inhabituelle », qui évoque une céphalée secondaire jusqu'à preuve du contraire. Le mode de début brutal ou progressif oriente vers différentes causes ;
  - céphalée « ancienne habituelle », qui correspond habituellement à une céphalée primaire ; celle-ci peut être épisodique ou chronique.

## Démarche diagnostique devant toute céphalée

### Définitions

La **céphalée**, ou douleur de l'extrémité céphalique (incluant la face), est un symptôme subjectif dont les causes sont très variables (tableau 1). Elle représente un motif de consultation très fréquent.

Les **céphalées primaires** sont les plus fréquentes et comprennent les migraines, les céphalées de tension et les algies vasculaires de la face. Elles sont liées à l'activation des systèmes nociceptifs céphaliques en l'absence de lésion sous-jacente.

Les **céphalées secondaires** ont des causes variées dont certaines très graves. La céphalée est le symptôme principal et parfois unique d'une lésion locale ou d'une pathologie générale. Dans les services d'urgences, la probabilité d'une pathologie grave chez un patient céphalalgique varie de 5 à 15 %.

L'objectif prioritaire devant toute céphalée est de trancher entre une céphalée primaire, une céphalée secondaire bénigne (syndrome grippal) et une céphalée secondaire à une affection grave nécessitant des explorations et un traitement en urgence (hémorragie méningée).

### Interrogatoire systématique initial

Il représente la partie cruciale de la démarche diagnostique avec quatre questions clés :

TABLEAU 1

## Principales causes des céphalées

### Céphalées primaires

- Migraine (15 %)
- Céphalée dite de tension (épisodique 80 %, chronique 2 %)
- Algie vasculaire de la face (1/1 000)

### Céphalées secondaires

- Affection vasculaire crânienne ou cervicale
- Pathologie intracrânienne non vasculaire
- Prise d'une substance ou son arrêt (**abus médicamenteux 3 %**)
- Infection (intracrânienne ou générale)
- Traumatisme crânien ou cervical
- Anomalie de l'homéostasie
- Pathologie ophtalmologique, ORL, stomatologique, dentaire, cervicale
- Affection psychiatrique
- Névralgie crânienne

En gras sont précisées les prévalences des principales céphalées en population générale.

TABLEAU 2

### Antécédents et circonstances d'apparition pouvant orienter le diagnostic d'une céphalée récente inhabituelle

**Âge > 50 ans :** artérite temporale (maladie de Horton)

**Facteurs de risque cardiovasculaire :** accident vasculaire cérébral (infarctus ou hémorragie)

**Facteurs de risque de thrombose veineuse :** thrombose veineuse cérébrale

**Fièvre :** causes infectieuses (méningite ou infection générale)

**Infection par le VIH non contrôlée :** toxoplasmose cérébrale, méningite à cryptocoque

**Néoplasie :** métastase, méningite carcinomateuse

**Ponction durale récente :** hypotension intracrânienne

**Post-partum :** syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible, éclampsie, thrombose veineuse cérébrale, hypotension intracrânienne (si pédirurale)

**Prise de substances vasoactives** (cannabis, cocaïne, ecstasy, amphétamines, lysergide; inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, inhibiteurs mixtes de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, inhibiteurs de monoamine oxydase ;  $\alpha$ -sympathomimétiques-décongestionnants nasaux, (nor)épinéphrine; triptans ; dérivés de l'ergot de seigle) : syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible

**Traumatisme crânien :** hémorragie cérébrale, hématome sous-dural

**Traumatisme rachidien mineur :** dissection artérielle cervicale, hypotension intracrânienne

**Survenue brutale à l'effort ou orgasmique :** hémorragie sous-arachnoïdienne, syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible

**Survenue brutale lors des manœuvres de Valsalva (toux, défécation, étournement) :** syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible, hypertension intracrânienne aiguë

**Survenue brutale lors de mictions, du bain ou d'une douche :** syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible

**Symptômes ORL :** sinusite compliquée

TABLEAU 3

### Signes et symptômes pouvant orienter le diagnostic d'une céphalée récente inhabituelle

**Altération de l'état général avec ou sans claudication de la mâchoire :** artérite temporale

**Crise comitiale et/ou déficit neurologique focal :** hémorragie sous-arachnoïdienne, accident vasculaire cérébral, thrombose veineuse cérébrale, encéphalopathie postérieure réversible, syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible, méningo-encéphalite, tumeur

**Fièvre :** causes infectieuses (méningite ou infection générale)

**Perte de connaissance lors d'une céphalée brutale :** hémorragie sous-arachnoïdienne (50 % des cas), kyste colloïde du 3<sup>e</sup> ventricule

**Raideur méningée :** hémorragie sous-arachnoïdienne, méningite

**Syndrome de Claude-Bernard-Horner, acouphène pulsatile, paralysie linguale (XII) :** dissection de l'artère carotide interne homolatérale

**Mydriase unilatérale  $\pm$  autres signes de paralysie du nerf moteur oculaire commun :** anévrisme comprimant le III

**Hémianopsie bitemporale :** apoplexie pituitaire

**Cécité monoculaire transitoire :** dissection carotidienne (sujet jeune), artérite temporale (sujet âgé)

**Œdème papillaire :** hypertension intracrânienne

**Aggravation de la céphalée en position allongée :** hémorragie sous-arachnoïdienne, hypertension intracrânienne, sinusite bloquée

**Aggravation de la céphalée en position debout :** hypotension intracrânienne

**Aggravation par les efforts à glotte fermée (Valsalva) :** hypertension intracrânienne, hypotension intracrânienne

**Anomalies électrocardiographique :** hémorragie sous-arachnoïdienne, ischémie myocardique et douleur projetée

**Asymétrie tensionnelle aux membres supérieurs :** dissection de l'aorte ascendante

**Hypertension artérielle :** hémorragie sous-arachnoïdienne, éclampsie, encéphalopathie postérieure réversible, syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible

## Orientation diagnostique devant une céphalée aiguë (récente et inhabituelle)

### Poursuite de l'interrogatoire et examen clinique

L'interrogatoire précise les caractéristiques de la douleur : intensité, délai pour atteindre l'intensité maximale, type, siège et profil évolutif. Certains antécédents et/ou circonstances d'apparition peuvent orienter le diagnostic (tableau 2).

L'examen clinique cherche des anomalies pouvant orienter les examens complémentaires (tableau 3). L'examen général comporte au minimum la mesure de la pression artérielle, de la température (attention aux antipyrétiques), l'auscultation cardiaque et l'examen cutané (purpura, zona). L'examen neurologique recherche un trouble de conscience, un syndrome méningé, un déficit neurologique focal, un syndrome cérébelleux (ataxie pouvant passer inaperçue chez un patient allongé qui vomit). L'examen neuro-ophtalmologique, capital, cherche une anomalie du champ visuel (hémianopsie latérale homonyme), une paralysie oculomotrice, une asymétrie pupillaire et/ou palpébrale et un œdème papillaire au fond d'œil. L'examen local comporte l'inspection et la palpation des artères temporales, des globes oculaires, du pavillon de l'oreille et des articulations temporo-mandibulaires. Il faut chercher un caractère postural de la céphalée en évaluant son intensité en position debout puis allongée.

### Identification des situations d'urgence

Toute céphalée récente et inhabituelle est considérée comme secondaire et donc explorée. En cas de céphalée aiguë d'apparition brutale et de céphalée récente d'apparition progressive, intense et non régressive, les patients doivent être adressés au service d'urgences le plus proche pour y être explorés. Lorsqu'une céphalée secondaire bénigne est manifeste (céphalée d'un syndrome grippal), le patient peut être traité à domicile. Il faut cependant lui conseiller de reconsulter en cas d'aggravation des céphalées ou d'apparition de nouveaux symptômes.

### Examens complémentaires

Les deux examens systématiques sont le scanner cérébral sans injection et la ponction lombaire. Le scanner peut être remplacé par une IRM si cet examen est réalisable dans le même délai. Les examens sanguins sont systématiques, mais rarement suggestifs, excepté une augmentation de la vitesse de sédimentation et de la protéine C-réactive, qui oriente vers une artérite temporale ou vers un état infectieux. Ces examens de débrouillage doivent souvent être complétés par une angiographie cervicale et cérébrale non invasive (angioscanner ou angio-IRM) et par une IRM cervicale et cérébrale.

#### 1. Scanner cérébral

Le scanner sans injection de produit de contraste est le premier examen à effectuer à la recherche d'une hyperdensité spontanée (présence de sang), d'une hydrocéphalie, d'un effet de masse ou d'un œdème localisé témoignant d'une lésion expansive (tumeur, abcès). Des coupes sur les sinus permettent de rechercher une sinusite.

Céphalée aiguë et chronique

### POINTS FORTS À RETENIR

- ➊ Il existe deux types de céphalées : les céphalées primaires (migraine, algie vasculaire de la face, céphalée de tension) et les céphalées secondaires où la céphalée est le symptôme principal d'une affection locale ou générale qu'il faut chercher et traiter.
- ➋ L'interrogatoire est l'étape cruciale de la démarche diagnostique et permet de sélectionner les patients à explorer en urgence.
- ➌ Les céphalées secondaires ont des causes diverses, des plus banales (grippe) aux plus sévères (hémorragie sous-arachnoïdienne).
- ➍ Toute céphalée aiguë « récente et inhabituelle » doit être considérée comme secondaire et explorée rapidement. Les examens de base sont le scanner cérébral et la ponction lombaire.
- ➎ Toute céphalée brutale doit faire rechercher en priorité une hémorragie sous-arachnoïdienne.
- ➏ Certaines affections vasculaires graves (syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible, thrombose veineuse cérébrale, dissection) peuvent se manifester par une céphalée avec un scanner normal et une ponction lombaire normale et imposent la réalisation d'une angiographie cérébrale et cervicale (angioscanner ou angio-IRM).

#### 2. Ponction lombaire

La ponction lombaire cherche du sang, des arguments en faveur d'une méningite et permet de mesurer la pression du liquide cébrospinal. Elle est pratiquée en première intention devant une suspicion de méningite bactérienne en l'absence de troubles de la conscience et de signes neurologiques focaux. Elle est également réalisée devant une céphalée récente, sans cause retrouvée à l'imagerie (scanner ou IRM).

Les deux principales contre-indications sont les troubles de l'hémostase sévères et l'hypertension intracrânienne avec menace d'engagement par lésions expansives hémisphériques ou cérébelleuses avec effet de masse (d'où la nécessité d'une imagerie préalable lorsque la ponction est réalisée pour céphalées isolées).

Elle comporte idéalement une mesure de la pression du liquide cébrospinal chez un patient en décubitus latéral, en branchant sur l'aiguille un manomètre ou une tubulure tenue verticalement, avant toute soustraction de liquide. La pression normale est comprise entre 10 et 20 cm d'eau (25 cm chez l'enfant et le sujet jeune). Une pression supérieure à 25 cm d'eau en position allongée signe une hypertension intracrânienne.

TABLEAU 4

## Causes vasculaires de céphalée récente inhabituelle

	Clinique	Examens permettant le diagnostic
<b>Hémorragie sous-arachnoïdienne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Céphalée brutale (rarement progressive)</li> <li>■ Syndrome méningé</li> <li>■ Paralysie du III, perte de connaissance</li> <li>■ Céphalée isolée 50 %</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Scanner sans injection</li> <li>■ Ponction lombaire si scanner normal</li> <li>■ IRM (FLAIR, T2*)</li> <li>■ Artériographie à la recherche d'un anévrisme</li> </ul>
<b>Dissection carotidienne ou vertébrale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Céphalée brutale ou progressive</li> <li>■ Cervicalgie plutôt unilatérale</li> <li>■ Signes locaux si dissection carotidienne : Claude-Bernard-Horner, acouphènes, paralysie des derniers nerfs crâniens (XII)</li> <li>■ Signes d'ischémie rétinienne ou cérébrale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Échodoppler cervical (hématome)</li> <li>■ IRM (hématome périartériel, infarctus cérébral)</li> <li>■ Angio-IRM (retentissement circulatoire)</li> <li>■ Ponction lombaire si dissection vertébrale intracrânienne (recherche d'hémorragie associée)</li> </ul>
<b>Thrombose veineuse cérébrale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Céphalée progressive (plus que brutale)</li> <li>■ Hypertension intracrânienne</li> <li>■ Signes focaux</li> <li>■ Crises comitiales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Scanner non injecté souvent normal</li> <li>■ Ponction lombaire normale ou pression élevée et/ou élévation globules blancs/rouges</li> <li>■ Angioscanner (obstruction veine)</li> <li>■ IRM (visualisation thrombus)</li> <li>■ Veino-IRM ou angioscanner veineux (obstruction veineuse)</li> </ul>
<b>Infarctus ou hématome cérébral</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Céphalée brutale ou progressive</li> <li>■ Signes focaux discrets dans certaines localisations (cervelet ou frontal/temporal droit chez le droitier)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Scanner (hyperdensité d'un hématome, hypodensité d'un infarctus)</li> <li>■ IRM plus sensible pour les infarctus dans les premières heures</li> </ul>
<b>Syndrôme de vasoconstriction cérébrale réversible</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Céphalées en coup de tonnerre répétées spontanément ou lors d'efforts, de Vasalva ou pré-orgasmiques</li> <li>■ Possibles signes focaux ou épilepsie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Scanner normal</li> <li>■ Ponction lombaire normale ou élévation globules blancs/rouges</li> <li>■ IRM normale ou hémorragie sous-arachnoïdienne corticale ou accident vasculaire cérébral ou encéphalopathie postérieure réversible</li> <li>■ Angio-IRM/angioscanner/artériographie : vasoconstriction artérielle segmentaire</li> </ul>
<b>Nécrose pituitaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Céphalée brutale ou progressive</li> <li>■ Troubles visuels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ IRM</li> </ul>
<b>PRES (encéphalopathie hypertensive et éclampsie)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Céphalée précédant les signes d'encéphalopathie (troubles conscience, déficit focaux, épilepsie)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Pression artérielle élevée &gt; 240-120 mmHg (moins élevée si éclampsie)</li> <li>■ Fond d'œil : œdème papillaire</li> <li>■ IRM : hypersignaux symétriques</li> </ul>
<b>Artérite temporale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Céphalée progressive (rarement brutale)</li> <li>■ Âge &gt; 50 ans</li> <li>■ Altération de l'état général</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Vitesse de sédimentation et protéine C-réactive élevée</li> <li>■ Biopsie artère temporale</li> </ul>

### 3. Angioscanner cervical et cérébral

Toute céphalée aiguë sans cause apportée par le scanner non injecté et la ponction lombaire doit avoir une imagerie vasculaire cérébrale et cervicale, artérielle et veineuse (à la recherche notamment d'une dissection, d'une thrombose veineuse). Certaines équipes réalisent d'emblée un scanner cérébral sans injection puis un angioscanner cervico-céphalique dans la foulée.

### 4. Imagerie par résonance magnétique (IRM)

L'IRM est l'outil diagnostique de choix des céphalées aiguës dues notamment à une thrombose veineuse cérébrale ou une dissection artérielle cervicale (**tableau 4**). L'accessibilité en urgence n'est toutefois pas toujours possible. De plus, la réalisation d'une IRM nécessite de rester immobile, ce qui est difficile pour un patient hyperalgique, obnubilé ou agité. Néanmoins, toute céphalée persistante et sans diagnostic après scanner cérébral avec angioscanner cervico-céphalique et ponction lombaire doit être explorée par une IRM cervicale et cérébrale.

### 5. Échodoppler cervical et transcrânien

Lors d'une dissection, l'échodoppler visualise l'hématome dans la paroi artérielle et évalue le retentissement hémodynamique. Dans un syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible, le doppler transcrânien peut montrer une élévation des vitesses circulatoires intracrâniennes.

### 6. Place de l'angiographie cérébrale conventionnelle

Elle reste indiquée lors d'une hémorragie sous-arachnoïdienne (recherche d'un anévrisme) ou lors de la recherche d'affections vasculaires rares (comme une vascularite).

## Causes des céphalées récentes à début brutal

Les céphalées brutales culminent en quelques secondes ou minutes. Les céphalées en coup de tonnerre en sont la forme la plus extrême : la douleur atteint une intensité maximale sévère (EVA  $\geq 7$ ) en quelques secondes (< 1 min) comme « *une explosion dans la tête* ». La durée est variable selon les causes. Il est difficile de dire à partir de quelle limite une céphalée a un début progressif et non plus brutal. En pratique, les causes de céphalées aiguës maximales en moins d'une heure sont les mêmes que celles des céphalées en coup de tonnerre.

La distinction entre céphalée inhabituelle « brutale » et « progressive » permet de classer les causes respectives les plus fréquentes. Cependant, toutes les causes de céphalées brutales peuvent se révéler par une céphalée progressive (y compris l'hémorragie méningée). À l'inverse, de nombreuses pathologies se manifestant par des céphalées progressives peuvent parfois donner une céphalée en coup de tonnerre (y compris l'artérite temporale). Les explorations d'une céphalée inhabituelle doivent donc toujours être poussées.

### 1. Hémorragie sous-arachnoïdienne

C'est le premier diagnostic à envisager. En effet, 11 à 25 % des céphalées brutales isolées sont dues à une hémorragie sous-arachnoïdienne et 70 % des hémorragies sous-arachnoïdiennes se manifestent par une céphalée isolée, « *en coup de tonnerre* »

dans plus de 50 % des cas. La céphalée peut être isolée sans syndrome méningé ni trouble de la conscience. Une résolution rapide de la douleur ne doit pas écarter le diagnostic. Un tiers des patients ayant une hémorragie sous-arachnoïdienne reçoit un diagnostic erroné à la première consultation, notamment les patients ayant des céphalées isolées et une conscience normale.

Le diagnostic positif repose sur un scanner cérébral sans injection en urgence et, dans tous les cas où celui-ci est normal, une ponction lombaire. La probabilité de détecter une hémorragie sous-arachnoïdienne au scanner décroît de plus de 95 % dans les 24 premières heures à 50 % après la première semaine et à presque 0 % après la troisième semaine. L'IRM cérébrale est aussi sensible que le scanner pour détecter une hémorragie sous-arachnoïdienne dans les premières heures et devient supérieure après le premier jour (sa sensibilité n'est toutefois pas de 100 %). La ponction lombaire reste indispensable en cas d'imagerie normale. Le liquide cébrospinal doit être centrifugé rapidement. Une coloration jaune (xanthochromie) du surnageant signe une hémorragie sous-arachnoïdienne, à confirmer par une spectrophotométrie montrant la présence de pigments biliaires.

### 2. Syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible

C'est l'autre cause fréquente de céphalée en coup de tonnerre.

Le syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible se manifeste par des céphalées aiguës isolées (75 % des patients), en coup de tonnerre, durant 5 minutes à plusieurs heures et se répétant sur quelques jours à un mois. Elles peuvent être associées des crises comitiales et déficits focaux. Le syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible est défini sur le plan radiologique par une vasoconstriction segmentaire des artères cérébrales, réversible en 3 mois.

La moitié des syndromes de vasoconstriction cérébrale réversible surviennent durant le post-partum ou après exposition à des substances vasoactives (**tableau 2**). L'imagerie du parenchyme cérébral (scanner ou IRM) est le plus souvent normale, mais peut montrer des complications ischémiques ou hémorragiques (**tableau 4**). L'angiographie cérébrale par angioscanner, angio-IRM ou cathétérisme montre un aspect de sténoses artérielles segmentaires et diffuses.

### 3. Causes plus rares de céphalées brutales

**Les causes détectées par scanner simple** sont les hémorragies intracrâniennes (intracérébrale, intraventriculaire, sous-durale aiguë, extradurale), les infarctus (visibles après 3 heures), l'hydrocéphalie et les tumeurs cérébrales (possible céphalée brutale transitoire lors du mouvement ou des manœuvres de Valsalva). Une sinusite aiguë, notamment sphénoïdale, peut causer une céphalée brutale, mais doit être considérée comme un diagnostic d'exclusion.

**Les causes détectées par la ponction lombaire après scanner normal** sont, outre l'hémorragie sous-arachnoïdienne, les méningites (environ 2 % des patients se présentant pour une céphalée brutale isolée).

**Les causes pouvant donner un scanner non injecté et une ponction lombaire normaux** sont les dissections cervicales (8 % se révèlent par une céphalée isolée), les thromboses veineuses cérébrales (céphalée brutale isolée dans 2 à 16 %), le syndrome de vasoconstriction

TABLEAU 5

## Causes neurologiques non vasculaires de céphalées inhabituelles

	Clinique	Examens permettant le diagnostic
<b>Méningite</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Céphalée progressive ou parfois brutale</li> <li>■ Syndrome méningé inconstant</li> <li>■ Fièvre inconstante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ponction lombaire</li> </ul>
<b>Hypertension intracrânienne tumorale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Céphalées progressives ou brutales (lors des efforts, changements de position)</li> <li>■ Signes focaux, crises comitiales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Scanner et/ou IRM</li> </ul>
<b>Hypotension du liquide cérebrospinal par brèche durale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Céphalée en position debout, se calmant en position couchée</li> <li>■ Début dans les 72 heures suivant une brèche durale (ponction lombaire, péri-durale)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Aucun si tableau typique</li> </ul>
<b>Hypotension du cerebrospinal spontanée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Même tableau que ci-dessus</li> <li>■ Pas de brèche durale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ IRM avec gadolinium (prise de contraste méningée diffuse, déplacement crâniocaudal du cerveau, citernes collabées, parfois collections sous-durales)</li> </ul>

TABLEAU 6

## Critères diagnostiques des principales céphalées primaires épisodiques

	Durée	Caractéristiques	Signes associés
<b>Migraine</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 4 à 72 h</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Uni- ou bilatérale</li> <li>■ Alternante</li> <li>■ Pulsatile</li> <li>■ Aggravée par l'activité physique intensité modérée à sévère</li> </ul>	<p><u>Pendant la céphalée</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ phonophobie, photophobie,</li> <li>■ nausées ou vomissements</li> </ul> <p><u>En cas de migraine avec aura</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ troubles visuels, sensitifs ou du langage transitoires, d'installation progressive et successive, durant au maximum 1 heure précédant ou accompagnant la céphalée</li> </ul>
<b>Algie vasculaire de la face</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 15 à 180 min</li> <li>■ 1 à 8 crise(s)/jour</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Douleur intense</li> <li>■ Unilatérale</li> <li>■ Périorbitaire, frontale ou temporale</li> </ul>	<p><u>Signes végétatifs ipsilatéraux</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ injection conjonctivale et/ou larmoiement</li> <li>■ congestion nasale et/ou rhinorrhée</li> <li>■ œdème palpébral</li> <li>■ myosis et/ou ptôsis</li> </ul>
<b>Céphalée de tension</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 30 min à 7 jours</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ À type de pression ou de serrement</li> <li>■ Bilatérale</li> <li>■ Intensité faible à modérée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Pas de nausée</li> <li>■ Phono- ou photophobie</li> </ul>

cérébrale réversible, l'encéphalopathie postérieure réversible (encéphalopathie hypertensive) souvent associée à un syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible, l'artérite temporale, les nécroses pituitaires, les accidents vasculaires cérébraux ischémiques (si le scanner est réalisé moins de 3 h après le début), les syndromes d'hypotension intracrânienne et exceptionnellement des causes cardiovasculaires (ischémie myocardique, dissection aortique) par douleur projetée.

### Causes des céphalées récentes installées en quelques heures ou jours

Les causes sont encore plus diverses que celles à l'origine des céphalées brutales. En effet, toutes les causes de céphalées brutales peuvent aussi se révéler par des céphalées progressives.

#### 1. Méningites et méningo-encéphalites

Une céphalée fébrile avec syndrome méningé oriente vers une méningite infectieuse. La fièvre peut toutefois manquer, et le syndrome méningé être absent (d'où la règle de réaliser une ponction lombaire aux patients ayant une céphalée récente inhabituelle et un scanner normal). Au cours de certaines méningo-encéphalites, la céphalée est au premier plan (avant l'apparition de signes focaux, de troubles de la conscience, de crises comitiales) ; un traitement anti-herpétique doit être démarré au moindre doute sans attendre la confirmation virologique. Les méningites aseptiques sont retrouvées au cours de certains cancers et maladies inflammatoires.

#### 2. Syndromes d'hypertension intracrânienne

Les céphalées sont d'aggravation progressive, augmentées par la toux, la poussée abdominale et le décubitus (maximum en fin de nuit). Elles s'associent à des nausées et/ou vomissements, un œdème papillaire bilatéral, une diplopie horizontale (paralysie du VI) et/ou des éclipses visuelles. La céphalée peut toutefois être le seul symptôme, en particulier à la phase précoce.

L'hypertension intracrânienne symptomatique est une urgence, en raison du risque d'engagement. L'imagerie cérébrale par scanner ou mieux IRM (sans, puis avec injection) recherche une hydrocéphalie ou un processus expansif (tumeur, abcès, hématome sous-dural). Si ces causes sont éliminées, la ponction lombaire avec prise de pression confirme l'hypertension intracrânienne (> 25 cm d'eau) et impose la recherche d'une cause vasculaire non vue sur l'imagerie initiale comme une thrombose veineuse cérébrale.

L'hypertension intracrânienne idiopathique touche avec prédilection les jeunes femmes obèses. La céphalée est celle d'une hypertension intracrânienne. Les éclipses visuelles sont évocatrices. Le fond d'œil montre un œdème papillaire ; la principale complication est l'atrophie optique. Le diagnostic est fondé sur la mesure de la pression du liquide cébrospinal par ponction lombaire en position couchée et la normalité de l'imagerie (exclusion notamment d'une thrombose veineuse).

#### 3. Syndromes d'hypotension intracrânienne

Les céphalées par brèche durale iatrogène (ponction lombaire, péri-durale, rachianesthésie) apparaissent souvent quelques heures après le geste (syndrome post-ponction lombaire). Le diagnostic est

clinique, fondé sur la mise en évidence d'une céphalée posturale orthostatique qui apparaît en position debout ou assise, et disparaît en moins de 15 minutes en décubitus (à plat sans coussin).

Les hypotensions intracrâniennes idiopathiques demeurent souvent méconnues. Le mode de début est progressif dans 85 % des cas, brutal dans 15 %. Le diagnostic est évoqué devant une céphalée posturale isolée ou non (cervicalgies, acouphènes, baisse d'acuité auditive, nausées, diplopie horizontale par paralysie du VI). Le diagnostic clinique est confirmé par l'IRM cérébrale (tableau 5).

#### 4. Céphalée post-traumatique aiguë

Une céphalée post-traumatique aiguë apparaît par définition moins de 7 jours après le traumatisme. La possibilité d'une céphalée secondaire plus grave (dissection, hématome sous-dural ou hypotension intracrânienne) doit être systématiquement évoquée et exclue.

#### 5. Artérite temporale

Toute céphalée inhabituelle chez un sujet de plus de 50 ans doit évoquer une maladie de Horton. Le diagnostic repose sur la mesure de la vitesse de sédimentation, de la protéine C-réactive et la réalisation d'une biopsie de l'artère temporale. Si la suspicion clinique est forte (altération de l'état général, fièvre, claudication de la mâchoire, signes inflammatoires au niveau des artères temporales, douleurs articulaires des ceintures, troubles visuels), la corticothérapie est démarrée avant les résultats de la biopsie. Son efficacité est spectaculaire, et la persistance des douleurs au-delà de 4 jours de traitement amène à reconsidérer le diagnostic. La principale complication est la neuropathie optique ischémique.

#### 6. Affections ophtalmologiques et ORL

Les sinusites aiguës provoquent des céphalées intenses, augmentées par la position tête penchée en avant ou allongée. Les douleurs sont parfois isolées, sans décharge nasale purulente (sinusite bloquée) ; la fièvre est inconstante. Le diagnostic repose sur le scanner des sinus.

Un glaucome aigu est évoqué devant une douleur sévère, centrée sur le globe oculaire, associée à une rougeur oculaire, une baisse de l'acuité visuelle ou vision de halos lumineux et parfois une semi-mydriase aréactive. Le diagnostic repose sur la mesure de la pression intraoculaire.

#### 7. Causes toxiques

Dans l'intoxication au monoxyde de carbone (CO), la céphalée est le signe le plus fréquent et le plus précoce (90 % des cas). Elle peut être associée à des nausées, des sensations vertigineuses et un syndrome confusionnel. Le diagnostic est assuré par le dosage du COHb et complété d'un bilan cardiaque (électrocardiogramme, enzymes cardiaques) à la recherche d'une myocardiopathie. Le traitement repose sur l'oxygénothérapie hyperbare et l'éradication de la source de contamination.

#### 8. Névralgies faciales symptomatiques

Les névralgies se manifestent par des douleurs intenses, brèves de quelques secondes, à type de décharge électrique ou de brûlures localisées au niveau du territoire sensitif d'un nerf innervant la face ou les muqueuses (nerfs V, VII bis, IX). Une

névralgie peut être secondaire ou idiopathique. Les névralgies secondaires entraînent volontiers une hypoesthésie permanente entre les accès douloureux. Elles peuvent révéler une lésion du nerf sur tout son trajet, du noyau dans le tronc cérébral jusqu'aux branches de division (sclérose en plaques, méningo-radiculite, zona, tumeur, traumatisme). Les explorations comportent une IRM avec et sans gadolinium avec coupes fines sur le trajet du nerf atteint et si nécessaire une ponction lombaire.

## Orientation diagnostique devant une céphalée ancienne et habituelle

### Poursuite de l'interrogatoire et de l'examen clinique

Une céphalée ancienne oriente vers le diagnostic de céphalée primaire. La description des caractéristiques des céphalées (durée des crises, localisation, signes associés, facteurs déclenchants, etc.) permet le diagnostic du type de céphalée.

Au cours des céphalées primaires, les explorations complémentaires sont inutiles lorsque les crises sont anciennes, reconnues comme habituelles par le patient, et satisfont tous les critères diagnostiques. Rappelons que ce diagnostic ne doit pas être envisagé devant une céphalée aiguë récente. De même, chez un patient céphalalgique connu, si le patient ne reconnaît pas sa céphalée comme étant « habituelle », la recherche d'une cause secondaire s'impose.

### Principales causes des céphalées primaires

Les céphalées primaires (migraine, algie vasculaire de la face, céphalée de tension) sont fréquentes (**tableau 6**). Elles évoluent le plus souvent de manière paroxystique c'est-à-dire par crises entre lesquelles le sujet est asymptomatique. Plus rarement, leur évolution est continue (plus de 15 jours par mois depuis au moins 3 mois), évoquant une céphalée chronique avec abus médicamenteux, une migraine chronique ou une céphalée de tension chronique. Le diagnostic est clinique, fondé sur des critères stricts établis par la Société internationale des céphalées (**tableau 6** et item « Migraine et algies faciales »).

## Traitement

### Céphalées aiguës aux urgences

En cas de céphalées secondaires, le traitement dépend de la cause (embolisation ou exérèse chirurgicale d'un anévrisme rompu, antibiothérapie d'une méningite bactérienne, corticothérapie dans les artérites temporales, héparinothérapie dans les thromboses veineuses cérébrales, dérivation ventriculaire lors d'une hydrocéphalie aiguë). Si l'intensité de la douleur le nécessite, un traitement symptomatique sera administré par voie parentérale (paracétamol, néfopam, antiémétiques). Il est préférable, en l'absence de certitude diagnostique, d'éviter l'aspirine et les AINS susceptibles d'aggraver une hémorragie ainsi que les sédatifs susceptibles de masquer l'émergence de troubles de la conscience.

En cas de céphalée primaire intense vue aux urgences, il convient d'isoler le patient dans un lieu calme et sombre, de le réhydrater si nécessaire, de lui administrer en IV un antalgique (paracétamol, aspirine, anti-inflammatoire non stéroïdien) associé à un antiémétique et souvent un anxiolytique. Si malgré les traitements antalgiques la céphalée persiste inchangée, il faut évoquer une céphalée secondaire.

### Prise en charge des céphalées primaires

Les céphalées primaires sont prises en charge en consultation. Le traitement de la migraine comporte deux volets. Le traitement de crise vise à soulager la crise et doit être pris dès le début de chaque crise. Deux classes thérapeutiques sont recommandées : les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les triptans. Dans tous les cas, des conseils sont donnés pour éviter l'abus médicamenteux (ne pas dépasser 8 jours de prise par mois). Les antalgiques opiacés ne doivent pas être utilisés, en raison du risque de surconsommation entraînant après quelques mois une céphalée chronique par abus médicamenteux. Lorsque les crises sont fréquentes, un traitement de fond est proposé pour diminuer la fréquence des crises.

Le traitement de l'algie vasculaire de la face comporte également deux volets. Seuls le sumatriptan en injection SC et l'oxygène au masque à 7-15 L/min pendant 15-30 minutes sont efficaces en traitement de crise. Le traitement de fond repose sur le vérapamil.

Le traitement des céphalées de tension épisodique repose sur le paracétamol ou les anti-inflammatoires non stéroïdiens en cas de crise, en évitant la surconsommation. Un traitement de fond peut être utile en cas de céphalées fréquentes.

En cas de céphalée chronique quotidienne (> 15 jours par mois), un sevrage est recommandé en cas d'abus médicamenteux. En cas de migraine chronique et/ou de céphalée de tension chronique, un traitement préventif (médicamenteux et/ou non médicamenteux) est proposé. •

Qu'est-ce qui peut tomber à l'examen ? voir p. 564

G. Demarquay et A. Ducros déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts.

POUR  
EN SAVOIR +



Monographie  
**Céphalées  
et migraine**  
Rev Prat 2008;  
58(6):597-642

Monographie. Douleurs chroniques. Rev Prat 2013;63: à paraître.

Boussier MG, Ducros A, Massiou H eds. Migraines et céphalées.  
Doin, Paris, 2005, 521 p.