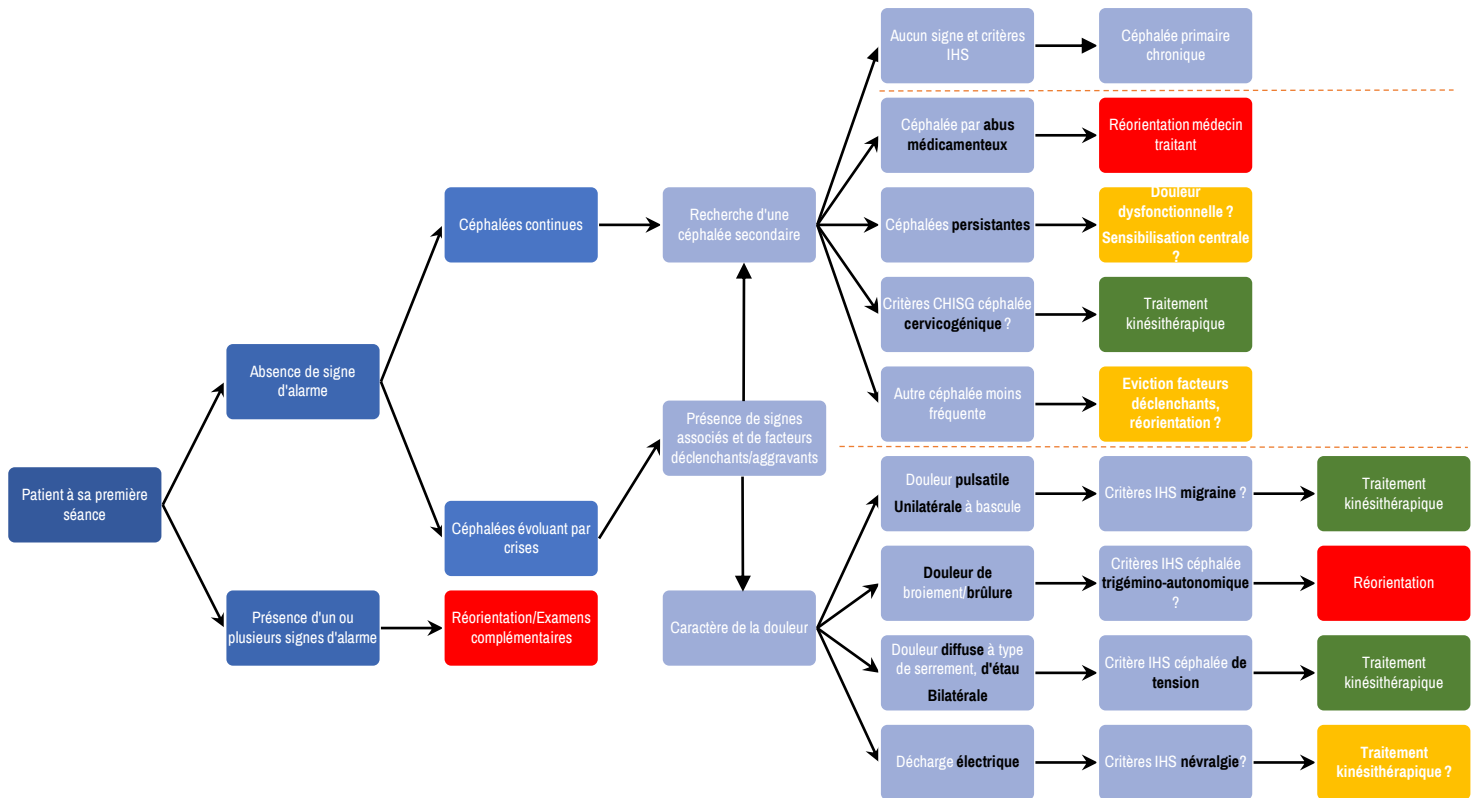




# Aide à la reconnaissance des céphalées

UN PETIT GUIDE POUR SAVOIR QUOI RECHERCHER LORS DU  
BILAN DES CÉPHALÉES

ANTHONY HALIMI



L'ICHD-3 est complexe à utiliser puisqu'elle est faite en partant de la pathologie et non pas les symptômes. Cet algorithme sert à compenser ce défaut mais contient quelques raccourcis et donc erreurs.

### Red flags

Red Flag	Possible pathologie
Symptômes systémiques (fièvre...)	Céphalée attribuée à une infection ou un trouble intracrânien non vasculaire, carcinoïde ou phéochromocytome
Antécédents de cancer	Cancer du cerveau, métastase
Problème neurologique (et altération de la conscience)	Céphalée attribuée à un trouble intracrânien vasculaire ou non vasculaire, abcès du cerveau et autres infections
Apparition brusque et soudaine	Hémorragie subarachnoïdienne et autres céphalées attribuées aux troubles crâniens et cervicaux
Âge supérieur à 50 ans	Artérite à cellule géantes et autres céphalées attribuée à des troubles vasculaires crâniens ou cervicaux ; cancers et autres troubles intracrâniens non vasculaires
Céphalée nouvelle ou inhabituelle	Cancer, céphalées attribuée à des troubles intracrâniens vasculaires ou non vasculaires
En lien avec la position	Hypotension ou hypertension intracrânienne
Aggravées par l'éternuement, la toux ou l'exercice	Malformation de la fosse postérieure et malformation d'Arnold Chiari
Œdème papillaire	Cancer et autres troubles intracrâniens non vasculaires ; hypotension intracrânienne
Apparition progressive ou atypique	Cancer et autres troubles intracrâniens non vasculaires
Grossesse ou puerperium	Céphalées attribuées à des troubles vasculaires crâniens ou cervicaux, céphalée de ponction post-durale ; troubles en lien avec de l'hypertension (pré-éclampsie,...) : thrombose du sinus cérébral ; hypothyroïdisme ; anémie ; diabète
Œil douloureux avec signes du SN autonome	Pathologie de la fosse postérieure, de la région pituitaire ou du sinus caveux ; syndrome de Tolosa-Hunt ; cause ophtalmique
Début après un trauma	Céphalée post-traumatique aigüe et chronique ; hématome sous-dural et autres céphalées attribuées à des troubles vasculaires
Pathologie du système immunitaire	Infections opportunistes
Abus médicamenteux, interactions médicamenteuses	Céphalée par abus médicamenteux ou par interactions

Do, T. P., Remmers, A., Schytz, H. W., Schankin, C., Nelson, S. E., Obermann, M., ... Schoonman, G. G. (2019). Red and orange flags for secondary headaches in clinical practice. *Neurology*, 92(3), 134–144.

Peu d'études ont évalué les capacités prédictives de ces red flags dans l'avenir ils sont susceptibles de changer.

<p><b>2.1. CT épisodique rare</b></p> <p>A) Au moins 10 épisodes, survenant moins d'un jour par mois en moyenne (moins de 12 jours par an), et remplissant les critères B-D</p> <p>B) Céphalée durant de 30 minutes à 7 jours</p> <p>C) Céphalée présentant au moins 2 des caractéristiques suivantes</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. bilatérale</li> <li>2. à type de pression ou de serrement (non pulsatile)</li> <li>3. d'intensité faible à modérée</li> <li>4. non aggravée par une activité physique de routine (par ex. la marche ou la montée d'escaliers)</li> </ol> <p>D) Les deux faits suivants</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ni nausées ou vomissements (une anorexie est possible)</li> <li>2. ni photophobie ou phonophobie</li> </ol> <p>E. Les symptômes ne peuvent être attribués à un autre trouble</p>	<p><b>2.3. CT chronique</b></p> <p>A) Céphalées survenant en moyenne plus de 15 jours par mois en moyenne (plus de 180 jours par an) et remplissant les critères B-D</p> <p>B) Céphalée durant plusieurs heures ou continue</p> <p>C) Céphalée présentant au moins 2 des caractéristiques suivantes</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. bilatérale</li> <li>2. à type de pression ou de serrement (non pulsatile)</li> <li>3. d'intensité faible à modérée</li> <li>4. non aggravée par une activité physique de routine (par ex. la marche ou la montée d'escalier)</li> </ol> <p>D) Les deux faits suivants</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. pas plus d'un des trois symptômes suivants : phonophobie, photophobie ou faibles nausées</li> <li>2. ni nausées modérées ou sévères, ou vomissements</li> </ol> <p>E. Les symptômes ne peuvent être attribués à un autre trouble</p>
<p><b>2.2. CT épisodique fréquente</b></p> <p>A) au moins 10 épisodes survenant plus d'un jour et moins de 15 jours par mois en moyenne (plus de 12 jours et moins de 180 jours par an)</p> <p>B-E) identiques à la CT épisodique rare</p>	

## Critères ICHD Céphalées de tension

<b>1.1 Migraine sans aura</b>		<b>1.2 Migraine avec aura typique</b>	
<b>A</b>	Au moins cinq crises répondant aux critères B à D	<b>A</b>	Au moins deux crises répondant aux critères B et C
<b>B</b>	Crises de céphalées durant 4 à 72 heures (sans traitement)	<b>B</b>	Aura comprenant des troubles visuels, sensitifs et/ou de la parole ou du langage, tous entièrement réversibles, mais pas de symptôme moteur, basilaire ou rétinien
<b>C</b>	Céphalées ayant au moins deux des caractéristiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>- topographie unilatérale</li> <li>- type pulsatile</li> <li>- intensité modérée ou sévère</li> <li>- aggravée par ou entraînant l'évitement des efforts physiques de routine (marcher, monter les escaliers)</li> </ul>	<b>C</b>	Au moins deux des quatre caractéristiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>- au moins un symptôme de l'aura se développe progressivement en <math>\geq</math> 5 minutes et/ou les différents symptômes de l'aura surviennent successivement</li> <li>- chaque symptôme de l'aura dure 5-60 minutes</li> <li>- au moins un symptôme de l'aura est unilatéral</li> <li>- l'aura est accompagnée, ou suivie dans les 60 minutes, par une céphalée</li> </ul>
<b>D</b>	Durant la céphalée, au moins l'un des suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>- nausées et/ou vomissements</li> <li>- photophobie et phonophobie</li> </ul>	<b>D</b>	N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3 et un accident schémique transitoire a été exclu
<b>E</b>	N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3		

## Critères ICHD 3 migraine

<b>Critères majeurs</b>	<p>I- Symptômes et signes d'une implication cervicale</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Précipitation de la céphalée habituelle <ol style="list-style-type: none"> <li>i. Par des mouvements ou des postures cervicales</li> <li>ii. Par une pression externe sur le rachis cervical supérieur ou la région occipitale du côté symptomatique</li> </ol> </li> <li>b. Restriction d'amplitude cervicale</li> <li>c. Douleur cervicale, scapulaire ou brachiale ipsilatérale d'une nature vague et non radiculaire, rarement douleur brachiale de nature</li> </ol> <p>II- Bloc anesthésiant efficace</p> <p>III- Céphalée unilatérale, sans bascule.</p>
<b>Caractéristiques des céphalées</b>	<p>IV- Caractéristiques suivantes</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Modérée à sévère</li> <li>b. Episodes de durée variable</li> <li>c. Douleur continue, fluctuante</li> </ol>
<b>Critères d'importance relative</b>	<p>V- Critères suivants</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Peu ou pas d'effet de l'indométhacine</li> <li>b. Peu ou pas d'effet de l'ergotamine et du sumatriptan</li> <li>c. Sexe féminin</li> <li>d. Survenue d'un trauma à la tête ou aux cervicales dans les antécédents pas inhabituelle</li> </ol>
<b>Critères d'importance faible</b>	<p>VI- Phénomènes variés en lien avec les attaques peu fréquents ou peu marqués</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Nausée</li> <li>b. Phonophobie et photophobie</li> <li>c. Vertiges</li> <li>d. Vision floue ipsilatérale</li> <li>e. Difficultés à avaler</li> <li>f. Œdème ipsilatéral, la plupart du temps autour des yeux</li> </ol>

Critères céphalées cervicogéniques du CHISG

<b>Néuralgies occipitales</b>
A. Douleur unilatérale ou bilatérale sur le territoire des nerfs grands, petits et/ou troisième occipital qui suivent les critères B-D.
B. La douleur a au moins 2 des 3 caractéristiques suivantes : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Des attaques paroxystiques récurrentes durant de quelques secondes à quelques minutes</li> <li>2. Intensité sévère</li> <li>3. Qualité vive, lancinante ou aigüe</li> </ol>
C. La douleur est associée avec ces deux éléments <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dysesthésie et/ou allodynie apparente lors d'une stimulation non nocive du scalp et/ou des cheveux</li> <li>2. Au moins un des éléments suivants <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Sensibilité sur les troncs nerveux affectés</li> <li>b. Triggers points à l'émergence du nerf grand occipital ou sur le territoire de C2</li> </ol> </li> </ol>
D. La douleur est améliorée temporairement par un bloc anesthésique local des nerfs affectés
E. Pas mieux expliqué par un autre diagnostic de l'ICHD-3

Critères diagnostiques des néuralgies occipitales

Peu importe le type de céphalée, ou de douleur, ces facteurs pourraient contribuer :

<b>Altération du sommeil</b>	Le patient ne dort pas le nombre d'heures recommandées (trop peu ou trop), se réveille plusieurs fois par nuit et/ou a du mal à se réveiller le matin.
<b>Croyances de peur-évitement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ Peur de se blesser en faisant de l'activité physique</li> <li>◇ Corps en danger</li> <li>◇ Douleur = blessure</li> <li>◇ Etat de santé pensé comme empêchant de faire l'activité d'une personne lambda</li> </ul>
<b>Catastrophisme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ Impuissance : Sentiment d'Incurabilité</li> <li>◇ Ruminations : Pense tout le temps à la disparition de la douleur ou à d'autres expériences douloureuses</li> <li>◇ Amplification : Le moindre signe fait penser que ça va empirer</li> </ul>
<b>Les attentes</b>	Si le patient pense qu'il ne va pas s'améliorer, c'est un facteur de mauvais pronostic.
<b>Hypervigilance (pas très fort scientifiquement)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ Repère les changements dans la douleur</li> <li>◇ A du mal à l'ignorer</li> <li>◇ Vérifie l'intensité de la douleur</li> <li>◇ Concentré sur les sensations douloureuses à chaque instant</li> </ul>
<b>Faible auto-efficacité à la douleur</b>	Avoir le sentiment de ne pas être capable de pouvoir faire des choses malgré la douleur semble être de mauvais pronostic fonctionnel.
<b>Stratégies de coping mal adaptées</b>	Gérer la douleur de manière passive semble être un facteur de mauvais pronostic, c'est-à-dire diminuer son activité ou bien abandonner le contrôle de sa douleur à quelqu'un d'autre (prise de médicaments, se reposer,...). L'inverse (continuer ses activités comme si de rien n'était) ne convient pas toujours non plus. Quand une stratégie ne fonctionne pas, il faut en changer.
<b>Dépression</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ Au moins l'un de ces deux facteurs <ul style="list-style-type: none"> <li>◇ Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses</li> <li>◇ Être triste, déprimé ou désespéré</li> </ul> </li> <li>◇ Accompagné d'autres signes (perte de poids, troubles du sommeil, fatigue et difficultés à penser,...)</li> </ul>
<b>Style de vie</b>	Tabac, Alcool, Nutrition...
<b>Abus médicamenteux</b>	Prises de paracétamol, ergotamine, triptans ou AINS plus de 15 jours par mois. Prises de médicaments pallier 2 plus de 10 jours par mois

Me contacter : [halimi.anthony@gmail.com](mailto:halimi.anthony@gmail.com)