



SSMG

# Atelier céphalées

---

Ou comment devenir le Dr House des céphalées?

Dr Vandenhede – Dr Liétaer – Dr Risse – Dr Latteur

Société Scientifique de Médecine Générale Asbl  
Rue de Suisse 8 à 1060 Bruxelles | +32 2 533 09 80 | [www.ssmg.be](http://www.ssmg.be)

# Conflits d'intérêt Dr Vandenneede

---

- Activités donnant lieu à une rémunération personnelle occasionnelle comme consultant :  
Abbvie, Lilly, Lundbeck, Teva, Novartis
- Frais d'orateur :  
Abbvie, Lilly, Teva, Novartis, Pfizer
- Prise en charge de déplacements :  
Abbvie, Teva, Novartis, Janssen Cilag, Pfizer, Lilly

# Cas cliniques

---

- Présentation de l'atelier
- Répartition en 4 groupes
- Rapport et discussion de chaque groupe + un peu de théorie
- Résumé de l'atelier et take home message

# Objectifs de l'atelier

---

1. Reconnaître les différents types de céphalées et leurs diagnostics différentiels.
2. Identifier les situations urgentes nécessitant une prise en charge immédiate.
3. Proposer des prises en charge adaptées aux cas présentés.

# Cas clinique 1

## **Histoire clinique :**

- Homme 22 ans
- Céphalées depuis l'âge de 15 ans
- Céphalée très intenses, d'une durée de 15 à 30 min, accompagnées de nausées.
- Localisation unilatérale,
- Nombreuses crises ces derniers jours
- Passé médical : suivi neurologique il y a 2 ans, diagnostic de migraines communes intenses, traité par Almogran, Indéral et Dépakine en prévention avec rémission pendant 2 ans.

## **Questions pour discussion :**

Anamnèse complémentaire?

À quoi pensez-vous ?

Demandez-vous des examens complémentaires ?

Que proposez-vous comme traitement et suivi ?

# Algie vasculaire de la face (Cluster Headache)



1-3/1000

11700-  
35000  
cas en  
Belgique

## Critères généraux de l'AVF (code IHS 3.1)

- A. Au moins 5 crises réunissant les critères B à D.
- B. Douleur unilatérale sévère ou très sévère, orbitaire, supra-orbitaire et/ou temporale durant 15 à 180 minutes sans traitement.
- C. La céphalée est associée à au moins un des signes suivants :
  - 1. Au moins un des signes ou symptômes suivants survenant du côté de la douleur :
    - a) injection conjonctivale et/ou larmoiement
    - b) congestion nasale et/ou rhinorrhée
    - c) œdème palpébral
    - d) sudation du front et de la face
    - e) rougeur du front et de la face
    - f) sensation de plénitude de l'oreille
    - g) myosis et/ou ptosis
  - 2. Sensation d'impatience ou agitation motrice.
- D. La fréquence des crises varie de une crise, un jour sur deux, à 8 crises par jour pendant plus de la moitié des périodes actives de la maladie.
- E. Ne correspondant pas mieux à un autre diagnostic de l'ICHD-3.

# Algie vasculaire de la face (Cluster Headache)



## Critères de l'AVF épisodique

- A. Crises répondant aux critères généraux de l'AVF et survenant par périodes.
- B. Au moins deux périodes durant de 7 jours à 1 an (sans traitement) et séparées par une rémission  $\geq$  1 mois.

90%

## Critères de l'AVF chronique

- A. Crises répondant aux critères généraux de l'AVF.
- B. Survenant sans rémission ou avec des rémissions durant  $<$  1 mois pendant au moins 1 an.

10%

\* IHS : International Headache Society

\*\* ICHD-3 : third edition of the International Classification of Headache Disorders

# Algie vasculaire de la face - traitement



## Traitement aigu

Sumatriptan SC 6 mg  
(disparition totale en 15 min  
74%; placebo 26%)

Oxygène 12l/min 15 min  
(soulagement 85% en 15 min)

Zolmitriptan 5 mg po  
Sumatriptan, zolmitriptan spray  
nasal

## Traitement transitionnel

Infiltration sous-occipitale de  
betametasone

Methylprednisolone 64 mg  
5 jours  
Dégressif rapide

## Traitement préventif

Première ligne:  
Verapamil 240-480 (960) mg  
**CI absolue avec beta bloquants**

Seconde ligne  
Lithium (0,5 à 0,8 mEq/l  
Topiramate 50-200 mg

NEJM 1991; 325:322-3  
Fogan L, Arch Neurol 1985;42:362-3

# Algie vasculaire de la face – traitement préventif



## Verapamil 240-960 mg

ES: constipation, dyspnée, œdème des MI

CI: association avec beta bloquants

## Lithium 400-800 mg/j

taux sérique 0.5-1.2 mEq/litre

surtout dans forme chronique

ES: tremblement, confusion, perte de poids, suivre fonction thyroïdienne

pas d'études contrôlées en double aveugle, études ouvertes uniquement et pratique clinique

Neurology 2000;54:1382-5, verapamil

J Neurol 1980;224:1-8, lithium

# Algie vasculaire de la face – traitement préventif



## Topiramate 50-200 mg

ES: paresthésies, troubles cognitifs, dépression, perte de poids, glaucome

## Melatonine 10 mg le soir

1 petite étude randomisée, et quelques séries de cas

## Gabapentine 1000-1800 mg

quelques études observationnelles dans cluster résistant

## Acide valproïque 500-1500 mg

étude en double aveugle négative, quelques études observationnelles positives

ES: tremblement, prise de poids, perte de cheveux

## Levetiracetam 500-1500 mg

## Galcanezumab 120 mg SC 1x/mois

Neurology 1999;53:234-6 / Cephalalgia 2002;22:186-9, Topiramate

# Algie vasculaire de la face – traitement préventif



**Association** de traitements de fond si nécessaire

**Etudes en cours:**

Onabotulinumtoxin A (ganglion sphéno palatin)

Psilocybin

Eptinezumab IV

Ketamine IV et spray nasal

**Neuromodulations**

**Non-invasives:** stimulation du nerf vague, courant continu transcrânien

**Invasives:** stimulation ganglion sphéno-palatin, stimulation du nerf grand occipital, stimulation cérébrale profonde (DBS)

# Algie vasculaire de la face



## Take Home Message :



Durée des crises; strictement unilatérale; périodicité

Signes autonomes

Alcool facteur déclenchant 90%

Objectif des traitements: rémission  
Traitement de crise + traitement préventif

Céphalées du suicide

# Cas clinique 2

## **Histoire clinique :**

- Femme 28 ans
- Épisode de paralysie du bras et de la main gauche durant environ 10 minutes.
- Forte anxiété due à la crainte d'un AIT.
- Symptômes suivants : léger mal de tête et grande fatigue.
- Premier épisode de ce type.

## **Questions pour discussion :**

Anamnèse complémentaire

À quoi pensez-vous ?

Demandez-vous des examens complémentaires ?

Que proposez-vous comme traitement ?

# Critères diagnostiques migraine sans aura

<b>A</b>	Au moins cinq crises répondant aux critères B-D
<b>B</b>	Crises de céphalées durant 4 à 72 heures (si non traitées ou inefficacement traitées)
<b>C</b>	Céphalées ayant au moins deux des quatre caractéristiques suivantes : 1. topographie unilatérale 2. type pulsatile 3. intensité modérée ou sévère 4. aggravée par ou entraînant l'évitement des activités physiques de routine (marcher, monter les escaliers)
<b>D</b>	Durant la céphalée, au moins l'un des suivants : 1. nausée et/ou vomissements 2. photophobie et phonophobie
<b>E</b>	N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3

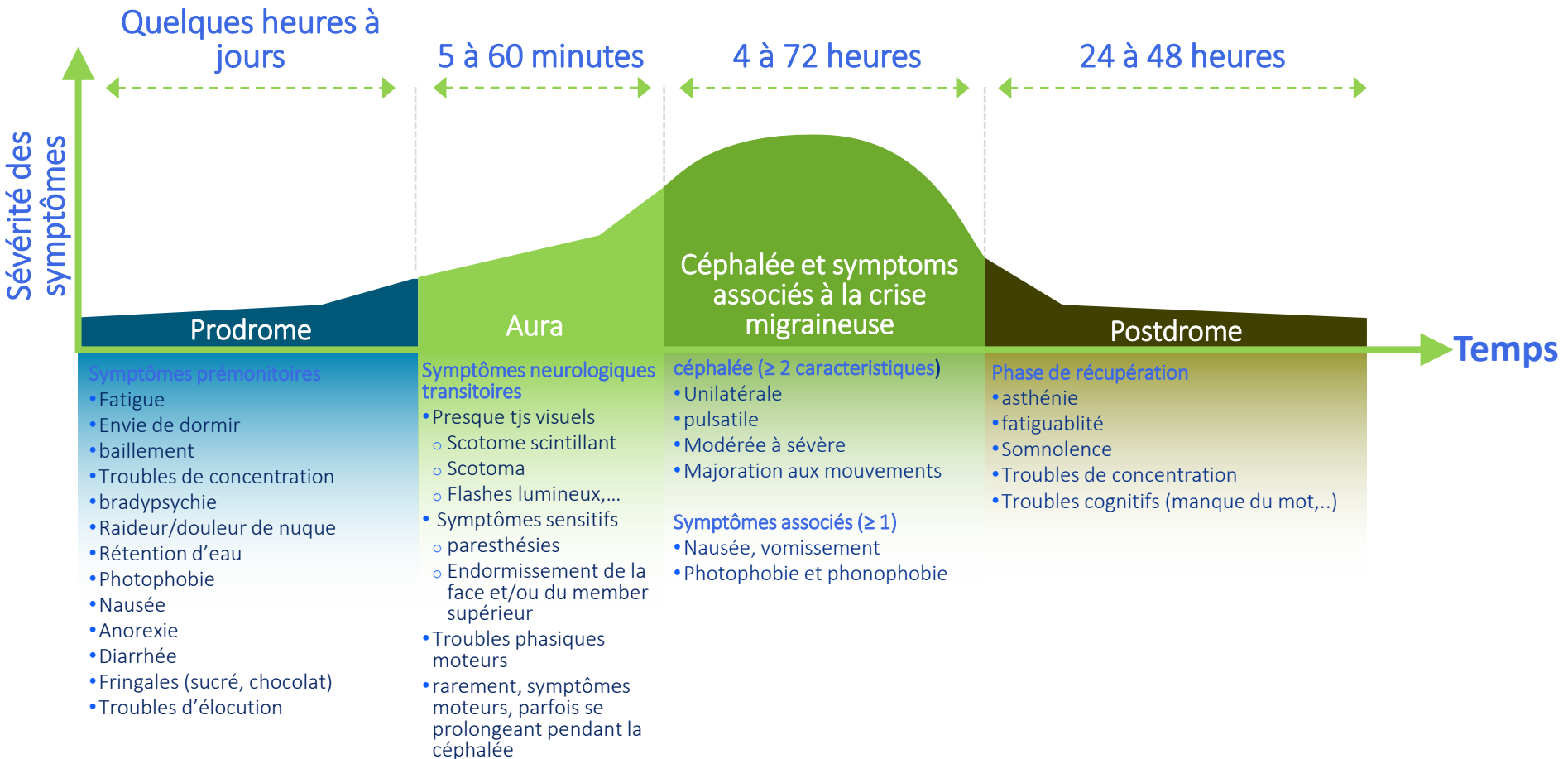
Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018;38(1):1-211.

# Critères diagnostiques migraine avec aura

<b>A</b>	Au moins deux crises répondant aux critères B et C
<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>	Au moins trois des six caractéristiques suivantes : 1. au moins un symptôme de l'aura se développe progressivement en $\geq 5$ minutes 2. deux ou plusieurs symptômes de l'aura surviennent successivement 3. chaque symptôme de l'aura dure 5 à 60 minutes 4. au moins un symptôme de l'aura est unilatéral 5. au moins un symptôme est positif 6. l'aura est accompagnée, ou suivie dans les 60 minutes, par une céphalée
<b>D</b>	N'est pas mieux expliqué par un autre diagnostic de l'ICHD-3 et un accident ischémique transitoire a été exclu

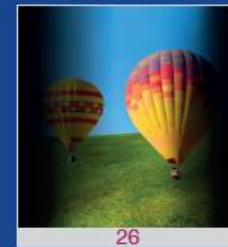
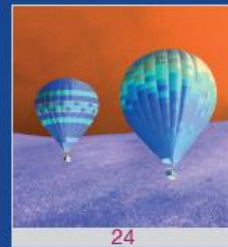
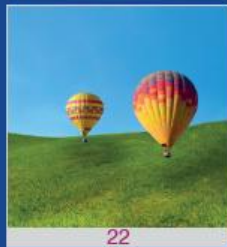
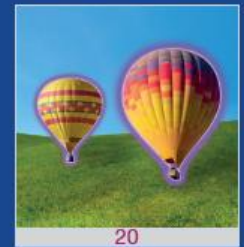
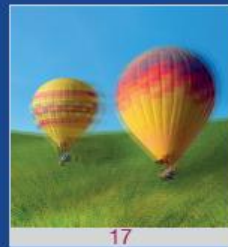
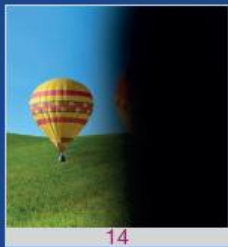
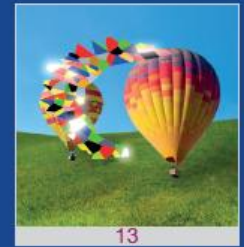
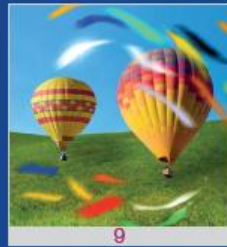
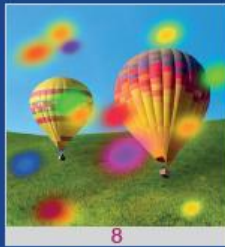
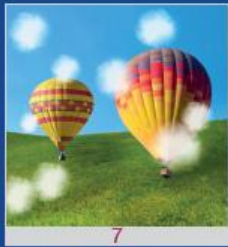
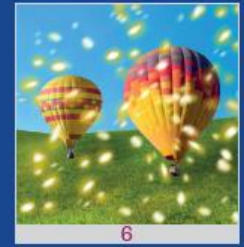
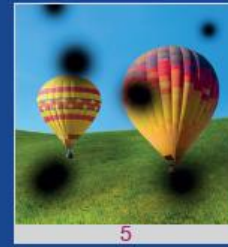
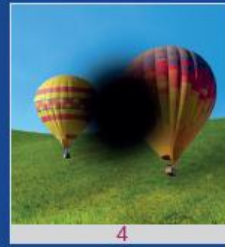
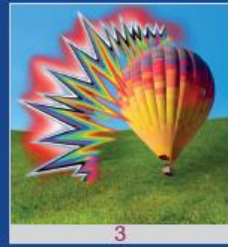
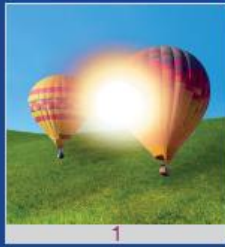
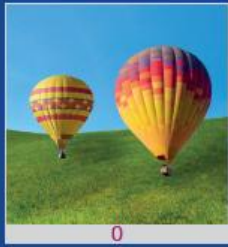
Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018;38(1):1-211.

# La migraine est bien plus qu'un mal de tête



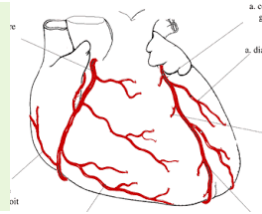
# Visual aura table

Images by Michele Viana and NorHead - Norwegian Center for Headache Research



Note that some visual disturbances have been represented in all visual field for an explanatory reason, although typically they involve just a part of it.

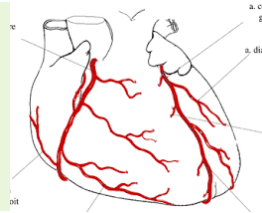
# Migraine et maladies cardiovasculaires



- La migraine avec aura est associée à un risque relatif doublé d'infarctus du myocarde
  - ✓ RR, 95% CI **2,1**
- La migraine sans aura n'est probablement pas associée à un risque accru d'infarctus du myocarde
  - ✓ RR, 95% CI **1,2 (0,70-2,1)**
- 18% des migraineux ont une contre indication aux triptans basée sur des évènements cardiovasculaires (infarctus du myocarde, AVC, angine de poitrine, claudication à la marche) ou sur une procédure vasculaire (stenting, pontage,..)
  - ➔ gepants, ditans,..

American Migraine Prevention and Prevalence (AMPP) study database.

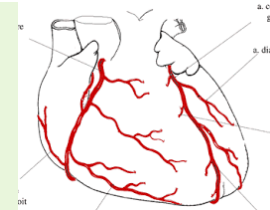
# Migraine et maladies cardiovasculaires



- Migraine avec aura: risque relatif d'AVC doublé
  - ✓ RR, 95% CI **2,16** (1,53-3,03)
- Migraine sans aura: pas de risque accru
  - ✓ RR, 95% CI **1,23** (0,90-1,69)
- Mig avec aura, femmes <45, ACO avec oestrogènes
  - ✓ RR, 95% CI **7**
- Mig avec aura, femmes <45, ACO avec oestrogènes, tabac
  - ✓ RR, 95% CI **9**

*(MacClellan et al. Stroke 2007)*

# Migraine et maladies cardiovasculaires



- Risque absolu/10000 femmes/année

- ✓ Tout évènement cardiovasculaire

- 20/10000 (non migraine) versus 38,3/10000 (MA) différence 18,3

- ✓ AVC

- 8,8 versus 13,1 (MA) différence 4,3

- ✓ Infarctus du myocarde

- 2,3 versus 6,3 (MA) différence 4

# Migraine avec aura

## Diagnostic différentiel lors du premier épisode:

- 1/ accident vasculaire cérébral ischémique transitoire (début brutal, phénomènes négatifs)
- 2/ thrombophlébite cérébrale (céphalée, troubles neurologiques fluctuants)
- 3/ crise d'épilepsie partielle (début brutal, durée brève le plus souvent, plus coloré)
- 4/ rétinopathie ou décollement de rétine (trouble visuel monoculaire, ex ophtalmo en urgence)
- 5/ hypoglycémie (facteur déclenchant d'aura migraineuse; symptômes neurovégétatifs)

# Migraine avec aura

## Take home message:



- 1/ diagnostic différentiel important lors du premier épisode
- 2/ FRCV mais rassurer (par contre discuter tabagisme et contraception)
- 3/ facteurs déclenchants à discuter (hygiène de vie)

# Cas clinique 3

## **Histoire clinique :**

- Femme 64 ans
- Douleurs intenses dans la mâchoire gauche depuis 15 jours.
- Douleurs non soulagées par Paracétamol et Ibuprofène.
- Difficulté à ouvrir la bouche, palpation douloureuse de l'ATM et de la nuque.
- Fièvre à 38.5° C, visage rouge et chaud → mise sous antibiothérapie (Augmentin)
- Prise de sang : CRP élevée (à 105 puis 120 sous Augmentin).
- Scanner ATM, scanner cervical, et échographie des glandes salivaires normaux.

## **Questions pour discussion :**

Anamnèse complémentaire

À quoi pensez-vous ?

Que faites-vous comme examens complémentaires ?

Que proposez-vous comme traitement ?

# Artérite temporelle de Horton



## Présentation clinique:

- 1/ céphalées temporales de début récent, unilatérales ou bilatérales
- 2/ claudication à la mastication
- 3/ perte de poids, asthénie
- 4/ pseudopolyarthrite rhizomélique de Forestier
- 5/ troubles visuels fugaces (amaurose transitoire, chute acuité visuelle,..)
- 6/ artère temporelle indurée et douloureuse

# Artérite temporelle de Horton



## Exploration:

1/ biologie: VS, CRP

2/ échographie des artères temporales:

    signe du halo – hypoéchogène: reflète l'œdème pariétal (épaississement infl)

    épaisseur paroi artérielle > 0,3 mm

    doppler couleur: diminution ou absence de flux

    atteinte segmentaire => coupes répétées le long du trajet

    opérateur dépendant !

    non invasif, répétable

3/ biopsie d'artère temporelle (reste la référence en cas de doute)

# Artérite temporale de Horton



## Traitement:

1/ ne pas attendre avant de traiter

tout trouble visuel => corticothérapie immédiate

2/ corticothérapie en première ligne

64 mg/j 3-4 semaines puis réduction de 10% toutes les 2 semaines; réduction plus lente à partir de 18-24 mg/j (2 mg toutes les 2 à 4 semaines) et à partir de 10 mg/j (1 mg toutes les 2-4 semaines) sur 12-18 mois ! Schéma à adapter selon évolution clinique et/ou VS => palier précédent

calcium 1 gr/j – vit D (800-1000 U/j) – biphosphonates (si facteur de risque élevé)

3/ tocilizumab (formes réfractaires ou corticodépendantes) RoActemra°

4/ imuran mais preuve limitée (voire endoxan)

# Artérite temporale de Horton



## Take home message:

- 1/ urgence ophtalmologique
- 2/ claudication à la mastication
- 3/ échographie mais opérateur dépendant (biopsie sinon)
- 4/ ne pas attendre pour traiter si plaintes visuelles
- 5/ traitement au long cours



# Cas clinique 4

## **Histoire clinique :**

- Femme 57 ans
- Vertiges depuis 3 jours, survenus brutalement au réveil.
- Céphalée violente concomitante durant 24 heures alors que pas migraineuse connue, avec vomissements, non soulagée par Paracétamol ou Ibuprofène.
- Sensation d'ébriété persistante.
- Examen clinique : Hall-Pike négatif, absence de nystagmus, Romberg légèrement dévié à droite, pas d'adiadococinésie (marionnettes). Paires crâniennes normales, pas de signes moteurs.
- En fin de consultation vous constatez des difficultés visuelles (collision avec des objets du côté gauche, n'arrive pas à mettre son bonnet).

## **Questions pour discussion :**

Anamnèse complémentaire

À quoi pensez-vous ?

Quels examens complémentaires réalisez-vous et dans quel degré d'urgence ?

# AVC et céphalées

## Différents types d'accidents vasculaires cérébraux:

1/ accident vasculaire cérébral ischémiques (thrombotiques, emboliques, thrombo emboliques) AVCi

2/ accident vasculaire cérébral hémorragique (HTA, malformation vasculaire, tumeur cérébral) AVCh

3/ thrombophlébite cérébrale (thrombose veineuse cérébrale) TVC

Prévalence des céphalées différentes selon le type d'accident vasculaire cérébral.

# AVC et céphalées

## AVC ischémique:

Prévalence varie de 17 à 34% selon les études.

## AVC hémorragique:

Céphalées plus fréquentes, souvent >60% dans les différentes études.

## Thrombose veineuse cérébrale:

Céphalées encore plus fréquentes (75-90%)

Signe clinique isolé initial dans 30-40% avant l'apparition du déficit neurologique.

# AVC et céphalées



## Mécanismes impliqués:

Augmentation de la pression intracrânienne (AVCh, TVC et AVCi massif avec œdème)

Activation du système trigémino vasculaire

Irritation méningée de proximité

Céphalées plus fréquentes dans les AVC du territoire postérieur ou cérébelleux

(l'AVCi lacunaire des noyaux gris de la base ne donnera jamais de céphalées)

# AVC et céphalées

## Signaux d'alarme:

Association de troubles neurologiques et/ou généraux

Céphalée « plus intense que jamais »

Céphalée récente (surtout chez sujet âgé)

Changement du caractère des céphalées

Céphalée d'aggravation progressive

Perte d'efficacité et/ou escalade des doses de médicaments symptomatiques

# Explorations



Prise de sang (artérite temporelle de Horton, maladie infectieuse,..)

Scanner cérébral/sinus (hémorragie cérébrale, tumeur, sinusite,..)

IRM cérébrale (tumeur, hypotension ou hypertension du liquide céphalo-rachidien, pathologie anévrysmale, AVC,...)



Artériographie cérébrale (pathologie anévrysmale,..)

Ponction lombaire (méningite, encéphalite, ..)



(EEG)

# AVC et céphalées

## Take home message:



Examen clinique pour TOUTE céphalée (et notamment champ visuel)

Si signaux d'alarme: exploration exhaustive

## Take Home message céphalées :



- \*Importance de l'**anamnèse** (circonstances apparition/durée/âge/ atcd...
- \***Migraines** sont sous diagnostiquées
- \*Toute céphalée implique un **ex clinique complet** ! Champs visuel !
- \*Toute céphalée accompagnée de **signaux d'alarme** doit être **investiguée**  
: intensité / trouble vue / atteinte neuro / apparition brutale

# Objectifs de l'atelier

---

1. Reconnaître les différents types de céphalées et leurs diagnostics différentiels.
2. Identifier les situations urgentes nécessitant une prise en charge immédiate.
3. Proposer des prises en charge adaptées aux cas présentés.



Société Scientifique de Médecine Générale Asbl  
Rue de Suisse 8 à 1060 Bruxelles | +32 2 533 09 80 | [www.ssmg.be](http://www.ssmg.be)