

Un symptôme majeur aux causes multiples

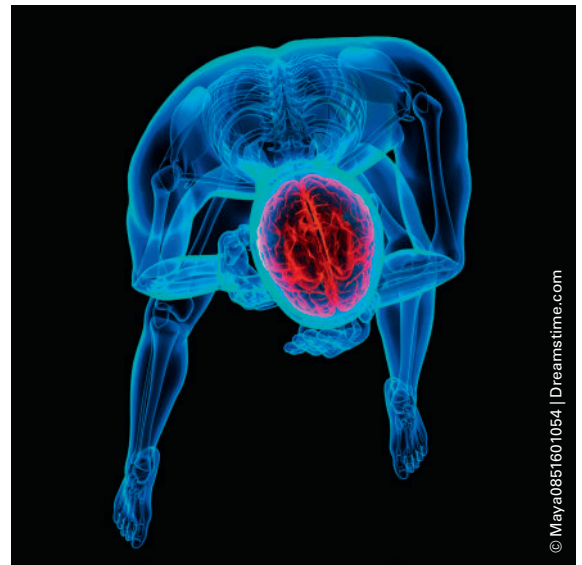
Les maux de tête au cabinet de médecine de famille

Niklaus Meier^a, Peter Duner^b, Mathias Sturzenegger^a

^a Ambulantes Universitäres Neurozentrum, Kopfschmerzsprechstunde, Neurologische Universitätsklinik, Inselspital, Bern; ^b Praxis für Allgemeinmedizin, Eggiwil

Quintessence

- L'anamnèse et l'examen clinique chez les patients souffrant de maux de tête demandent du temps mais restent de loin l'aide diagnostique la plus pertinente.
- La durée, la fréquence, l'intensité et la localisation des maux de tête ainsi que la présence de co-symptômes (végétatifs, trigémino-autonomiques) sont des données anamnestiques centrales.
- Les douleurs soudaines et sévères, les crises épileptiques, les déficits neurologiques, la fièvre, les crises hypertensives ou les vomissements indiquent une cause secondaire.
- Classification actuelle des maux de tête: ICHD-III bêta (www.ihs-classification.org).
- Informations concernant les céphalées et leur traitement, incluant un journal de maux de tête: Société suisse pour l'étude des céphalées (www.headache.ch).
- Si un examen d'imagerie médicale est indiqué, l'IRM est en général préférable à la TMD.



© May0851601054 | Dreamsstime.com

Introduction

Au cabinet de médecine de famille, les maux de tête représentent un symptôme majeur fréquent derrière lequel peuvent se cacher de multiples causes. Une évaluation précise et approfondie des patients souffrant de maux de tête est capitale, entre autres pour deux raisons: d'une part pour faire la distinction entre maux de têtes primaires (c.-à-d. bénins) et secondaires (c.-à-d. potentiellement dangereux), d'autre part pour la pose du diagnostic correct et en vue d'un traitement approprié. Dans cet article, nous tenterons d'indiquer une approche adaptée au cabinet médical pour les patients souffrant de maux de tête: Que faut-il demander dans le cadre d'une anamnèse de céphalées? Sur quoi devrait se concentrer l'examen physique? Quels sont les signaux d'alarme («*red flags*») indiquant un danger? Comment sont actuellement diagnostiquées et classifiées les céphalées? Quand un examen d'imagerie est-il indiqué, et lequel? Et que convient-il d'observer pour le traitement? A titre de complément, nous vous recommandons un article paru en 2012 dans le *Forum Médical Suisse* et traitant des céphalées [1].



Niklaus Meier

Anamnèse et examen clinique

En cas de maux de tête, une anamnèse précise et un examen clinique sont absolument capitaux, mais sont chronophages: le patient souffrant de céphalées ne se «traite» pas en 15 minutes – lors d'une consultation universitaire spécifique, nous prévoyons une durée de consultation de 60 minutes. La consultation détaillée n'est ici pas uniquement nécessaire pour la pose du diagnostic, elle se présente également comme la base de la prise en charge future du patient, et les maux de têtes du patient se présentent souvent comme une pathologie chronique (ou chronique récidivante) qui affecte sa situation psychique (et inversement). Très souvent, une consultation au cours de laquelle le médecin pose des questions détaillées et ciblées et touche la tête / la nuque du patient au cours de l'examen a déjà à elle seule un effet thérapeutique – le patient sent que lui-même et son problème sont «compris», au sens propre. Ceci représente le prérequis pour une relation médecin-patient acceptable, qui est précisément très précieuse sur la durée en cas de patients souffrant de douleurs/céphalées chroniques, si l'on veut éviter un «*doctor shopping*» frustrant pour

les deux parties. Le tableau 1 montre ce qui doit être demandé au patient souffrant de maux de tête et ce qui doit être examiné. Les points suivants sont à noter à titre complémentaire:

- Les caractéristiques de la douleur doivent être demandées de manière ciblée pour chaque type de céphalées.
- Le nombre de jours par mois au cours desquels des antalgiques sont pris (indépendamment de la dose journalière!) est bien plus pertinent que le nombre de comprimés pris en un mois. Le nombre de jours par mois au cours desquels le patient a recours à des antalgiques est indispensable au diagnostic de céphalées induites par les antalgiques. L'anamnèse des antalgiques doit souvent être recueillie avec patience et de manière répétée, jusqu'à apprendre la «vérité». La prévalence des maux de tête faisant suite à la surconsommation de médicaments est de 1–2% [2] et il n'est pas rare qu'elle soit la cause de l'inefficacité de l'ensemble des efforts thérapeutiques.

- Demandez au patient s'il redoute quelque chose en particulier (par ex. une tumeur cérébrale). Bien souvent, les patients se sont informés en amont et se présentent avec des souhaits précis / des idées diagnostiques (par ex. examen d'imagerie), qui souvent ne sont pas exprimés spontanément.

Le tableau 2 montre des signaux d'alarme, appelés «*red flags*», qui doivent faire penser à une cause de céphalées dangereuse. S'ils se présentent, des examens complémentaires s'imposent (examens d'imagerie, analyses de laboratoire, autres évaluations médicales spécifiques, etc.). Une difficulté réside dans l'interprétation des céphalées d'apparition nouvelle chez un patient présentant des céphalées primaires connues (par ex. migraines). En cas de doute («Je n'ai encore jamais eu de telles migraines»), et en présence de «*red flags*», ces patients aussi doivent faire l'objet d'une recherche de céphalées secondaires. Avec une prévalence de migraines d'environ 6% (pour les hommes) et 12% (pour les femmes) et un début de manifesta-

Tableau 1: Anamnèse et examen clinique.

Maux de tête	
Où?	Localisation: centrale/diffuse; constante/changeante
Comment?	Caractère de la douleur: nouvelle/connue; pulsative, lancinante, pesante, brûlante, tirillante,...
Quelle intensité?	NRS 0–10/10
Quand?	Facteurs déclenchants, conditions de survenue, par ex. la nuit, tôt le matin, en situation de stress, au toucher
Depuis quand?	
Pendant combien de temps?	Durée des céphalées / d'une crise
A quelle fréquence?	Episodique/chronique; fréquence des épisodes; nombre de jours de céphalées par mois
Evolution?	Evolution depuis le début; évolution d'un épisode; durée jusqu'à la douleur maximale
Symptômes associés?	Aura (scotome scintillant, troubles de la sensibilité, dysphasie); symptômes végétatifs (nausées, vomissements)/autonomiques (cf. texte); autres symptômes neurologiques (par ex. parésies, vertiges); symptômes systémiques (fièvre)
Facteurs aggravants ou atténuants?	Menstruation, certains mouvements, position couchée / position debout, mâcher, manger, déglutir. Influence de la lumière, du bruit, de l'alcool, de contraintes physiques/psychiques, du silence
Limitations résultantes?	Travail, activités de la vie quotidienne (temps libre, sport,...)
Anamnèse étendue	
Anamnèse personnelle	Traumatismes crânio-cérébraux, ORL/ophtalmologie, médicaments, agents nocifs, immunosuppression
Anamnèse systémique	Psychiatrique, facteurs de risque cardiovasculaires, de médecin interne, rhumatologiques. Sommeil, symptômes B (poids, sueurs nocturnes, fièvre), tuméfaction ganglionnaire, grossesse
Anamnèse sociale	Conflits, couple, lieu de travail
Anamnèse familiale	
Anamnèse d'une tierce personne	Bizarreries comportementales, changement de personnalité
Traitement jusqu'à ce jour	Médicamenteux et non-médicamenteux; aigu et prophylactique; effets et effets indésirables
Examens complémentaires réalisés jusqu'à ce jour	Examens d'imagerie? Analyses de laboratoire? Médecins spécialistes?
Traitement actuel	Quels antalgiques? Quel antalgique et combien de jours par mois? Quelle thérapie de base?
Examen clinique	Statut neurologique. Et toujours: pression sanguine, acuité visuelle, ophtalmoscopie, musculature de la nuque, artères temporales, articulation temporo-mandibulaire, ganglions cervicaux, inspection de la bouche, statut dentaire

NRS: Numerical Rating Scale

Tableau 2: «Red flags» mis en évidence par l'anamnèse et l'examen clinique.

Anamnèse
Nouveau type de céphalées (qualité, intensité)
Survenue soudaine, intensité maximale immédiate
Traumatisme
Troubles de la conscience
Déficits neurologiques/neuropsychologiques, changement de l'être même
Crises épileptiques
Vomissements
Modification des céphalées préexistantes
Première manifestation >50 ans
Immunosuppression
Grossesse
Examen clinique
Fièvre
Méningisme
Baisse de la vigilance
Déficits neurologiques/neuropsychologiques (par ex. parésies, troubles de la sensibilité, ataxie, aphasie, ralentissement psychomoteur)
Etat général fortement réduit, malaise
Episode hypertensif (>180/120 mm Hg)

tion typique à la puberté, la probabilité qu'un patient migraineux souffre d'une autre forme de maux de tête au cours de sa vie est très importante!

Classification des maux de tête

A la mi-2013, la *International Headache Society* (IHS) a publié la nouvelle classification des maux de tête (*International Classification of Headache Disorders III-beta*, consultable gratuitement sur www.ihs-classification.org) [3]. Nous pensons que cette classification est très utile pour le quotidien clinique: elle permet non seulement de vérifier les critères diagnostiques, mais elle offre également de nombreuses remarques et précieuses instructions portant sur des problèmes qui peuvent surgir lors de la mise au point diagnostique des céphalées. Comme auparavant, la classification distingue céphalées primaires (migraines, céphalées de tension, céphalées trigémino-autonomiques et autres céphalées primaires), céphalées secondaires et névralgies crâniennes.

Diagnostic des maux de tête

Durée et fréquence

Les principaux points du diagnostic des maux de tête sont la durée, la fréquence, l'intensité et la localisation. «Durée» signifie durée d'un épisode s'il reste non traité ou bien ne peut pas être suffisamment traité. Si un patient se couche avec des maux de tête et se réveille sans, la durée du sommeil est incluse à la durée de l'épisode, conformément à la convention. La figure 1 montre la durée typique des différents types de céphalées.

La figure 2 montre la fréquence des différents types de céphalées. Comparativement, les deux figures présentent un schéma similaire. Voici la règle d'or: les névralgies sont brèves et surviennent fréquemment et les céphalées trigémino-autonomiques durent un peu plus longtemps mais surviennent un peu moins souvent. La migraine et les céphalées de tension ont des durées et fréquences très variables.

Intensité

L'intensité de la douleur ressentie (sur une échelle de 0 à 10) est, bien entendu, très subjective. Les céphalées trigémino-autonomiques et les névralgies atteignent en général l'intensité la plus élevée. Les algies vasculaires de la face (*cluster headache*) sont ainsi nommées «*suicide headache*» («migraine suicidaire») en langue anglaise. En général, l'intensité des maux de tête n'est pas proportionnelle à la dangerosité de la cause.

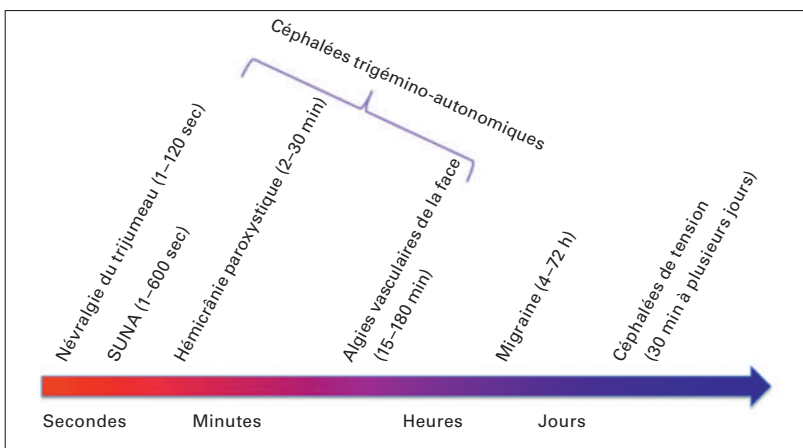


Figure 1: Durée des différents types de maux de tête. SUNA = short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with cranial autonomic symptoms.

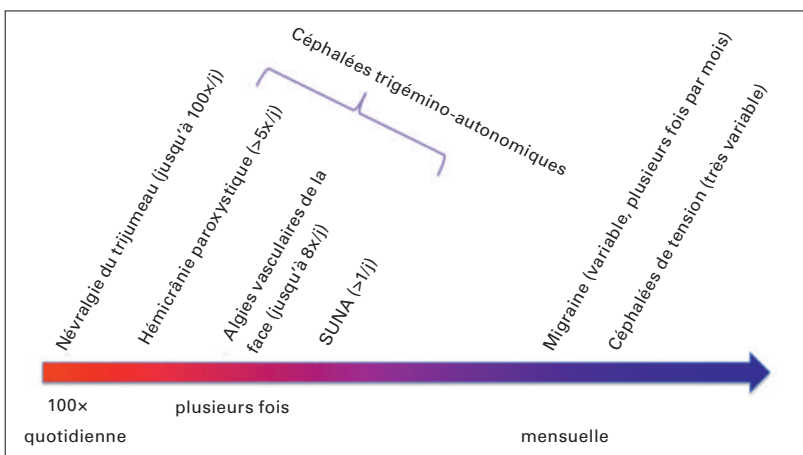


Figure 2: Fréquence des différents types de maux de tête. SUNA = short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with cranial autonomic symptoms.

Localisation

La localisation de la douleur est un critère diagnostique essentiel pour les névralgies et douleurs neuropathiques car les douleurs surviennent dans la zone de distribution d'un nerf sensitif, c'est-à-dire dans une zone très réduite. En cas d'algies vasculaires de la face, les douleurs sont strictement unilatérales, temporales/périorbitaires et généralement toujours du même côté. A l'inverse, la migraine (qui contient le mot «hémicrânie») est bilatérale dans env. 30% des cas, et peut changer de côté d'une crise à l'autre.

Symptômes associés

Un autre point central est la survenue de symptômes associés: des symptômes végétatifs tels que les nausées ou les vomissements indiquent une migraine (ou une céphalée secondaire!). La présence de signes dits trigémino-autonomiques (rhinorrhée, congestion nasale, larmoiement, injection conjonctivale, ptose, myosis, rougissement du visage ou œdème palpébral, chacun du côté de la céphalée) définit les céphalées trigémino-autonomiques, comme par ex. les algies vasculaires de la face, l'hémicrânie paroxystique, le SUNA, l'*hemicrania continua* – tous des maux de la tête / du visage de fréquence et durée différentes (cf. fig. 1 et 2), qui sont généralement strictement unilatérales. Les phénomènes d'aura et les «hypersensibilités» (phono-/photophobie, tendance au repli) apparaissent dans le cadre d'une migraine. En ce qui concerne les symptômes d'aura, il convient de remarquer que plusieurs d'entre eux peuvent survenir successivement. Les symptômes d'aura typiques sont le scotome scintillant, les paresthésies (fourmillements) et les troubles de la parole. Chaque symptôme d'aura peut durer jusqu'à 60 minutes selon les définitions, et il peut y avoir une phase d'absence de troubles pouvant aller jusqu'à 60 minutes entre la fin de l'aura et l'apparition des maux de tête. La survenue d'une photophobie, d'une phonophobie ou de légères nausées est également compatible avec le diagnostic de céphalées de tension. A l'inverse, les vomissements excluent le diagnostic d'une céphalée de tension.

Problèmes diagnostiques

D'après notre expérience, les problèmes suivants sont fréquemment rencontrés lors de la mise au point diagnostique des maux de tête:

- Le patient ne se souvient plus du nombre de jours par mois au cours desquels il a des maux de têtes ou prend des antalgiques. La solution à ce problème réside dans la tenue d'un journal de maux de tête, disponible au format électronique sous forme d'application ou en format papier, par exemple sur le

site internet de la *Société suisse pour l'étude des céphalées* (www.headache.ch). Parfois, il se peut que le diagnostic ne puisse être posé que si un journal de maux de tête a été tenu pendant au minimum quelques semaines. Une tenue précise de ce journal (incluant la mention des conditions environnantes) peut permettre de reconnaître un facteur déclenchant corrigé, et le patient peut remettre en cause sa consommation de médicaments.

- Les patients migraineux font état de «paralysies». Cependant, ils entendent bien souvent par là des troubles de la sensibilité. Il est donc nécessaire de demander de manière explicite s'il existe une réelle faiblesse motrice ou s'il s'agit éventuellement d'une maladresse motrice en raison des troubles de la sensibilité. La différenciation est capitale car en présence d'une réelle faiblesse motrice, on établit le diagnostic d'une «migraine hémiplegique» (même en l'absence de plégie et en présence seulement d'une faiblesse), ce qui est pertinent sur le plan thérapeutique. Ainsi, le recours aux triptans est formellement contre-indiqué en cas de migraine hémiplegique.
- Dans le domaine des maux de tête, le terme «chronique» n'est pas juxtaposé au terme «aigu», mais au terme «épisode». Il décrit avant tout une fréquence, et non une durée. Les céphalées de tension chroniques ou les migraines chroniques ne désignent pas des céphalées de tensions / des migraines qui se manifestent depuis longtemps, mais des céphalées de tensions / des migraines qui sont présentes au moins 15 jours par mois, et ce sur plus de trois mois.
- Il est important de savoir que pour environ 80% des maux de tête de type chronique, on se trouve dans une situation de surconsommation de médicaments.

Quand réaliser des examens complémentaires? Lesquels?

En cas de «*red flags*», des examens complémentaires sont indiqués. Pour les situations d'urgence (par ex. traumatisme, suspicion d'une hémorragie intracrânienne aiguë, coma) ou bien si l'évaluation des structures osseuses se trouve au premier plan, une TMD crânienne doit être réalisée. Pour toutes les autres situations, l'IRM est à privilégier à la TMD. L'IRM est plus sensible pour détecter des tumeurs, des lésions vasculaires (artérielles comme veineuses) ainsi que l'hyper- ou l'hypotension intracrânienne, et pour évaluer l'hypophyse, les lésions dans la fosse crânienne postérieure ou les pathologies méningées. En outre, elle ne s'accompagne d'aucune exposition à des rayons ionisants. Une IRM est également systématiquement

indiquée en cas de névralgies (par ex. névralgie du trijumeau) ou en cas d'algies vasculaires de la face, afin de représenter les lésions structurelles, et ceci pour mieux différencier une névralgie «symptomatique» d'une névralgie «idiopathique», ce qui a des conséquences thérapeutiques. En cas de souhait formel du patient ou de crainte (d'une tumeur) spécifique, nous réalisons le cas échéant également une IRM unique, qui souvent aussi a un effet thérapeutique. Mais il y a ici également un risque de faire des découvertes insignifiantes sur le plan clinique (incidentalomes tels que les kystes arachnoïdiens) qui peuvent induire une désorientation. C'est pourquoi il est nécessaire que le patient soit informé de l'objectif et du risque d'un tel examen d'imagerie. Un éventuel incidentalome doit faire l'objet d'une discussion avec le patient. En cas de céphalées de tension stables ou de migraine stable qui n'a pas évolué au fil des années, aucun examen d'imagerie n'est indiqué. Par ailleurs, aucun examen d'imagerie ne peut remplacer l'entretien avec un patient souffrant de maux de tête ni la guidance / l'accompagnement de celui-ci.

En présence d'indices cliniques en faveur de céphalées liées à des causes infectieuses ou auto-immunes/inflammatoires, des analyses de laboratoire sont indiquées (hématogramme, électrolytes, paramètres hépatiques et rénaux, glucose et CRP). La mise en évidence de paramètres inflammatoires élevés est importante pour le diagnostic de certaines maladies telles que la maladie de Horton (artérite crânienne ou temporale), la CRP étant ici plus précise que la vitesse de sédimentation [4]. En cas de suspicion de méningite, d'encéphalite, de vasculite cérébrale ou d'hypertension intracrânienne, une ponction lombaire est indiquée. Si, lors du diagnostic différentiel, des causes ophtalmologiques (par ex. anomalie de réfraction, glaucome) ou ORL sont envisagées, des mises au point appropriées par ces spécialités médicales s'avèrent utiles.

Traitement et incapacité de travail

En principe, pour toutes les céphalées primaires, des mesures comportementales générales telles qu'une activité physique régulière (2 à 3 heures/semaine d'exercice d'endurance simple), une alimentation et une hydratation régulières et adéquates, des pauses (de détente) et exercices de détente (par ex. relaxation musculaire progressive d'après Jacobson) réguliers et un sommeil suffisant et régulier sont utiles, voire même supérieurs au traitement médicamenteux pour certains types de céphalées (par ex. les céphalées de tension). Le traitement médicamenteux dépend de la maladie de base. Les médicaments qui ont été spécifi-

quement développés pour agir contre certains maux de tête devraient aussi être utilisés. Il convient ici de mentionner particulièrement le recours aux triptans pour le traitement des crises migraineuses, au cas où de simples antalgiques n'entraîneraient pas une disparition des douleurs sous 2 heures. Les triptans sont des médicaments très sûrs. A l'inverse, en médecine ambulatoire, le recours aux opioïdes est absolument à éviter: ceux-ci induisent très rapidement une dépendance et des céphalées induites par abus médicamenteux. La tenue d'un journal de maux de tête est un prérequis pour un traitement efficace au long cours, et ceci précisément pour les «cas compliqués». Elle reflète en plus l'observance du patient.

Nous ne délivrons que très rarement une incapacité de travail (IT) de 100% en raison de migraines ou de céphalées de tension, et le cas échéant pour une durée maximale de 1 à 2 semaines. En cas de douleur considérable, nous délivrons une attestation d'incapacité de travail d'environ 20% avec l'idée qu'au cours de ce temps libre supplémentaire, les patients peuvent pratiquer des exercices de détente et du sport. Pour les épisodes florides d'algies vasculaires de la face ou les «poussées» d'une névralgie du trijumeau, l'incapacité de travail est au contraire plus longue, en fonction de l'efficacité du traitement. En cas de céphalées liées à une surconsommation en médicaments, une période de sevrage (en ambulatoire ou stationnaire) est indiquée; dans cette période, l'incapacité de travail est partielle.

En cas de délivrance d'une IT plus longue (même partielle), un suivi étroit du patient est indiqué, et éventuellement une prise de contact avec l'employeur.

Financement / Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts financier ou personnel en rapport avec cet article.

Références

- 1 Sturzenegger M, Gantenbein AR, Sandor PS. Céphalées dites primitives. *Forum Médical Suisse* 2012;12:72-77.
- 2 Evers S, Marziniak M. Clinical features, pathophysiology, and treatment of medication-overuse headache. *Lancet Neurol* 2010;9:391-401.
- 3 The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalgia* 2013;33:629-808.
- 4 Kermani TA, Schmidt J, Crowson CS, Ytterberg SR, Hunder GG, Matteson EL, *et al.* Utility of erythrocyte sedimentation rate and C-reactive protein for the diagnosis of giant cell arteritis. *Semin Arthritis Rheum* 2012;41:866-871.

Abréviations

IHS: International Headache Society
 ICHD: International Classification of Headache Disorders
 NRS: Numerical Rating Scale
 TMD: Tomodensitométrie
 IRM: Imagerie par résonance magnétique
 CRP: Protéine C réactive
 SUNA: Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with cranial autonomic symptoms

Correspondance:
 Dr Niklaus Meier
 Leiter a.i. Neurologische
 Poliklinik
 Inselspital, Universitäts-
 spital Bern
 Freiburgrasse 4
 CH-3010 Bern
 Niklaus.Meier[at]insel.ch
 www.neuro-bern.ch