

## Chapitre 10 : Céphalées aiguës et chroniques chez l'adulte et l'enfant

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

- **Âge > 50 ans** : artérite temporale (maladie de Horton).
- **Facteurs de risque vasculaire** : AVC (infarctus ou hémorragie).
- **Facteurs de risque de thrombose veineuse** (contraception orale, thrombose veineuse des membres inférieurs) : 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 réversible (SVCR), éclampsie, thrombose veineuse cérébrale, hypotension intracrânienne (si ponction péridurale).
- **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, IMAO ;  $\alpha$ -sympathomimétiques-décongestionnants nasaux, (nor)épinéphrine ; triptans ; dérivés de l'ergot de seigles) : SVCR.
- **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, SVCR.
- **Survenue brutale lors des manœuvres de Valsalva** (toux, défécation, éternuement) : SVCR, hypertension intracrânienne aiguë.
- **Survenue brutale lors de mictions, du bain ou d'une douche** : SVCR.
- **Symptômes ORL** : sinusite compliquée.

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

- **Altération de l'état général  $\pm$  claudication de la mâchoire** : artérite temporale (Horton).
- **Crise comitiale  $\pm$  déficit neurologique focal** : HSA, AVC, thrombose veineuse cérébrale, SVCR, méningo-encéphalite, tumeur.
- **Fièvre** : causes infectieuses (méningite ou infection générale).
- **Perte de connaissance lors d'une céphalée brutale** : hémorragie sous-arachnoïdienne (environ 50 % des cas), tumeur intraventriculaire (kyste colloïde du 3<sup>e</sup> ventricule).
- Raideur **méningée** : HSA, 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 III** : anévrisme intracrânien comprimant le III.
- **Diplopie, paralysie d'un ou des deux VI** : hypertension intracrânienne, hypotension intracrânienne.
- **Hémianopsie bitemporale** : apoplexie pituitaire.
- **Cécité monoculaire transitoire** : dissection carotidienne (sujet jeune), artérite temporale (sujet âgé).
- **Œdème papillaire** : hypertension intracrânienne.
- **Aggravation en position allongée** : HSA, hypertension intracrânienne, sinusite bloquée.
- **Aggravation en position debout** : hypotension intracrânienne.
- **Aggravation par les efforts à glotte fermée** : hypertension intracrânienne, hypotension intracrânienne.
- **Anomalies ECG** : HSA, ischémie myocardique et douleur projetée.
- **Asymétrie tensionnelle** aux membres supérieurs : dissection de l'aorte ascendante.
- **Hypertension artérielle** : HSA, éclampsie, SVCR, encéphalopathie hypertensive.

## Céphalées inhabituelles à début BRUTAL

<b>Hémorragie sous-arachnoïdienne</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ 10-30% des céphalées brutales</li><li>▪ Céphalée d'apparition explosive, coup de tonnerre, intensité +++</li><li>▪ + autres signes d'un syndrome méningé</li><li>▪ Existe des céphalée « sentinelle » (HSA de faible abondance précédant HSA massive)</li><li>▪ <u>Diagno</u> : scanner cérébral en URGENCE. (IRM)</li><li>▪ Si imagerie normale =&gt; PL : coloration jaune (xanthochromie)</li><li>▪ Anévrisme rompu dans 80% des cas</li></ul>
<b>Syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible (angiopathie cérébrale aigüe réversible)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Céphalées aigües isolées de 5min-qq heures, provoquées par effort/manœuvre Valsalva/coït, répétition sur 1-3 semaines</li><li>▪ +/- Crises comitiales, déficits focaux</li><li>▪ <u>Définition radiologique</u> : vasoconstriction des artères cérébrales, réversible en 3 mois</li><li>▪ <u>Complications éventuelles</u> : hémorragie, infarctus cérébraux</li><li>▪ Survient dans post-partum ou après exposition à des substances vasoactives</li><li>▪ Angiographie cérébrale : sténoses artérielles segmentaires et diffuses</li><li>▪ <u>Traitement</u> : repos, arrêt substances vasoactives, inhibiteur calcique (nimodipine)</li></ul>
<b>Causes plus rares</b>	Détectées par scanner : hémorragies intracrâniennes, infarctus (visibles après 3h, IRM + sensible (diffusion, ADC)), hydrocéphalie, tumeurs cérébrales. AVC et tumeurs : présence de déficit focal
	▪ <u>PL</u> : méningites
	<u>Scanner et PL normaux</u> : dissections cervicales, thromboses veineuses cérébrales, SVCR, encéphalopathie hypertensive, artérite temporale, nécroses pituitaires, AVC ischémiques (si scanner très précoce), syndromes d'hypotension intra-crânienne
	<b>Dissection d'une artère cervicale :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Cervicalgie et/ou céphalée récente à début brutal</li><li>▪ Dissection carotidienne : cervicalgie unilatérale + céphalée ipsilatérale frontale et temporale + CBH + acouphènes pulsatiles + paralysie des derniers nerfs crâniens</li><li>▪ Dissection vertébrale : cervicalgies (torticolis) + céphalée postérieure. Penser à rechercher une hémorragie sous-arachnoïdienne</li><li>▪ Diagnostic : angioscanner cervical et IRM =&gt; rétrécissement artériel avec hématome de la paroi</li><li>▪ <u>Traitement</u> : antithrombotique</li></ul>

## Céphalées récentes à début PROGRESSIF

<b>Méningites et méningo-encéphalites</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Céphalée fébrile + syndrome méningé</li><li>▪ PL ++</li><li>▪ Traitement anti-herpétique (aciclovir) au moindre doute</li><li>▪ Méningites aseptiques au cours de certains cancers et maladies inflammatoires</li></ul>
<b>Syndromes d'HTIC</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ URGENCE car risque d'engagement</li><li>▪ IRM/scanner +++ : recherche de :<ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>Processus expansif intra-crânien</b> :<ul style="list-style-type: none"><li>- +/- signes focaux progressifs</li><li>- <u>Imagerie</u> : hydrocéphalie, abcès, tumeur, hémtome sous-dural</li></ul></li><li>○ <b>Thrombose veineuse cérébrale (TVC)</b> :<ul style="list-style-type: none"><li>- +/- autres signes d'HTIC</li><li>- Signes focaux bilatéraux à bascule</li><li>- Contexte particulier (femme jeune, post-partum).</li><li>- <u>Risque complications</u> : infarctus veineux avec lésions œdémateuses souvent hémorragiques</li><li>- <u>Diagnostic</u> : imagerie cérébrale et du système veineux par IRM ou angioscanner</li><li>- Traitement anticoagulant +/- PL évacuatrice</li></ul></li></ul></li><li>▪ <b>HTIC idiopathique</b> :<ul style="list-style-type: none"><li>- Jeunes femmes obèses ou prise de médicaments ou maladie métabolique</li><li>- Céphalée + éclipses visuelles + œdèmes papillaires bilatéraux</li></ul></li></ul>

- Complication : atrophie optique avec cécité
- Diagnostic : normalité imagerie cérébrale, mesure de pression du LCS, normalité de la composition du LCS
- Traitement : PL soustractive, acétazolamide, perte de poids

**Céphalée post-ponction durale :**

- Liée à baisse de pression du LCS suite à brèche iatrogène (PL, anesthésie péridurale, rachianesthésie, infiltration épidurale, neurochirurgie)
- Apparait qq heure après le geste, dépend de l'aiguille
- Diagnostic clinique : céphalée posturale orthostatique, disparaissant en – de 15 min en décubitus
- IRM montre mêmes signes que hypotension intra-crânienne idiopathique

**Syndromes d'hypotension intracrânienne**

**Hypotension intra-crânienne idiopathique :**

- Due à fuite de LCS par brèche durale spontanée/apparue après trauma rachidien mineur
- Céphalée posturale, cervicalgies, acouphènes, hypoacousie, nausées, +/- diplopie horizontale (paralysie VI)
- IRM : rehaussement intense des méninges après injection, déplacement craniocaudal des structures encéphaliques +/- aspect collabé des ventricules
- Complications possibles : hématome sous-dural, thrombose veineuse cérébrale

Traitement : injection péridurale de sang autologue (blood-patch)

**Céphalée post-traumatique aigüe**

- Apparait moins de jours après un traumatisme crânien

**Maladie de Horton ou artérite temporale**

- Sujet >50ans
- Céphalée temporale, recrudescence nocturne/matinale, hyperesthésie du cuir chevelu
- Signes généraux évocateurs : artère temporale indurée douloureuse non pulsatile, altération de l'état général, pseudo-polyarthrite rhizomélique, NOIAA, infarctus cérébraux, claudication de la mâchoire
- Diagnostic : mesure VS et CRP (syndrome inflammatoire majeur), biopsie de l'artère temporale
- Traitement : corticothérapie

**Affections ophtalmologiques et ORL**

**Sinusites aigües :**

- Céphalées intenses, augmentée quand tête penchée/décubitus/pression régions sinusiennes +/- fièvre
- Diagno : examen ORL et scanner des sinus

**Glaucome aigu à angle fermé :**

- Douleur périorbitaire sévère, rougeur oculaire, trouble visuel unilatéral +/- mydriase aréactive
- Diagno : mesure de pression intra-oculaire

**Affection rhumatologique :**

- Arthrose sévère et/ou conflit discoradiculaire, séquelles de fracture/luxation, PR
- Céphalées postérieures avec contractures musculaires paravertébrales

**Intoxication au monoxyde de carbone**

- Céphalée précède signes + graves (vertiges, troubles visuels, asthénie, sensation ébrieuse)
- Y penser si céphalée nocturne ou dans une pièce particulière
- Diagno : taux de carboxyhémoglobine HbCO (confusion et coma si >30%) + bilan cardiaque (mycardiopathie ?)
- Traitement : oxygénothérapie hyperbare et éradication source contamination

**Néuralgies faciales et crâniennes symptomatiques**

- Douleurs intenses brèves, décharges électriques/brûlures.
- Néuralgies 2aires entraînent : hypoesthésie permanente et accès douloureux
- Explorations : IRM avec et sans injection

Traitement des céphalées récentes et inhabituelles :

- Traitement symptomatique par antalgique non spécifique (paracétamol, Acupan®). Eviter aspirine et AINS
- Traitement étiologique

## Stratégie des examens complémentaires :

### Scanner cérébral sans injection / IRMc +/-angioscanner/ARM

- **Scanner cérébral** : hyperdensité spontanée ? Hydrocéphalie ? Effet de masse ou œdème ? Processus expansif ? Sinusite ?
- **IRM** : lésions parenchymateuses ou hypophysaires ? Thrombose veineuse cérébrale ? Hypotension intracrânienne ? Hémorragie sous-arachnoïdienne (T2 FLAIR, T2\*) ? Dissection artérielle (T1 FAT-SAT) ?
- **Angiographie cervicale et cérébrale** : anévrisme ? Vasospasmes ? Dissection ?
- **PL** :
  - Réalisée en 1<sup>ère</sup> intention devant syndrome méningé fébrile en l'absence de troubles de la conscience ou de signes neurologiques focaux
  - Est effectuée après scanner normal pour rechercher HSA ou méningite
  - Indication de la PL pour un syndrome d'HTIC si scanner normal (mesure de pression, recherche de cause méningée, soulagement de la céphalée)
  - CI : troubles de hémostasie sévères et HTIC avec menace d'engagement
- **Autres examens complémentaires** : biologie, écho-doppler cervical, examen ophtalmologique, scanner des sinus et examen ORL