

# **Soins des Céphalées en Santé Primaire**

## **LES CÉPHALÉES**

### **CLASSIFICATION ET**

### **GUIDE DIAGNOSTIC**

**Registered Business Number 84636 8967**

## **GROUPE DE TRAVAIL ET AVISEURS**

- 1.** Luc Marchand md FRCP, clinique de la migraine, CHUM, pavillon Notre-Dame<sup>1</sup>.
- 2.** Michel Aubé md FRCP, Institut Neurologique de Montréal<sup>2</sup>.
- 3.** André Belleavance md Phd, clinique des maux de tête de la Rive-Sud de Montréal<sup>3</sup>.
- 4.** Guy Boudreau md, clinique de la migraine, CHUM pavillon Notre-Dame<sup>4</sup>.
- 5.** Élisabeth Leroux, md FRCP, clinique de la migraine, Hôpital Lariboisière, Paris<sup>5</sup>.

### **Les membres du comité de HCPC Canada**

**Guy P Boudreau  
Gary Shapero  
Kenneth Bayly  
Pravinsagar Mehta  
Teresa Cavett  
Randell Smith  
Allan Kelly  
Janet Vickers  
Pam Squire**

### **REMERCIEMENTS**

Ce travail est supporté entièrement par HCPC Canada (Headache Care for Practicing Clinicians). Les membres de HCPC remercient les entreprises pharmaceutiques qui ont contribué à ce projet, en allouant une subvention sans restrictions.

**Pfizer**  
**NOTRE SPONSOR PRINCIPAL**

**Merck**  
**Allergan**

## **INDEX**

- 1- Préambule
- 2- La classification des céphalées
- 3- Le diagnostic des céphalées les plus courantes en santé primaire.
- 4- Le diagnostic des céphalées secondaires plus rares en santé primaire.
- 5- Les outils de mesure de l'incapacité.
- 6- Un outil de mesure de l'efficacité du traitement.
- 7- Les signaux d'alarme.

## PRÉAMBULE

**Le diagnostic des céphalées repose sur la précision du questionnaire et de l'examen.**

### **QUESTIONNAIRE :**

- Depuis quand souffrez vous de céphalée?
- Combien de jours par mois, souffrez vous de céphalée?
- Combien de jours par moi êtes vous incapacité?
- Décrivez votre pire mal de tête, les symptômes associés, et les autres maux de tête.
- Combien de jours par semaine devez vous vous traiter?

### **EXAMEN :** (une attention spéciale aux éléments suivant)

- Examen neurologique : altération cognitive, de l'équilibre, autonomiques, altérations sensitives des territoires sensorielle de la tête et du cou.
- Examen du cou : altération de la posture, de la mobilité, et des déficits métamériques.
- Examen physique : signes vitaux, examen des vaisseaux de la tête et du cou
- Imagerie : de la tête et du cou est indiquer si influence sur le résultat du traitement.
- Laboratoire : en fonction de la céphalée secondaire recherchée.

Un examen complet, neurologique cervicale et physique s'impose, pour tout patient souffrant de céphalée.

## **LA CLASSIFICATION DES CÉPHALÉES**

**Cette classification fut inspirée de la classification  
Internationale des céphalées, 2<sup>ème</sup> édition  
Cephalagia, Volume 24, supplément 1, 2004  
Avec la permission de Wiley-Blackwell  
Modification pour usage en Santé Primaire**

### **Primaires**

1. Migraine
2. Céphalée de tension
3. Céphalée de Horton
4. Autres céphalées primaires

### **Secondaires**

5. Céphalée associée à un traumatisme de la tête et du cou
6. Céphalée associée à un désordre crânien ou vasculaire cérébral
7. Céphalée associée à un désordre non vasculaire intracrânien
8. Céphalée d'origine médicamenteuse
9. Céphalée en relation avec une infection
10. Céphalée en relation avec un désordre de l'homoeostasie
11. Céphalée ou algie faciale associée à des désordres du crâne, du cou, des yeux, des oreilles, du nez, des sinus, des dents et de la bouche
12. Névralgies crâniennes et autres causes de douleur faciale

(Dans la classification international des céphalées, le numéro 12 correspond à des céphalée associées à des désordres psychiatrique ; cette section fut volontairement omise.)

## DIAGNOSTIC DES CÉPHALÉES LES PLUS COURANTES EN SANTÉ PRIMAIRE

### Primaires

#### 1. Migraine <sup>1</sup>

##### Critères diagnostiques.

**Durée et fréquence** : de 4 à 72 heures (enfants de 1 à 72 heures)

Forme épisodique : moins de 15 j/mois,

Forme chronique  $\geq$  15 j/mois x 3 mois consécutifs

**La douleur** : unilatérale, pulsatile, d'intensité modérée à sévère,  $\uparrow$  par exercice léger

**Symptômes associés** : nausée ou vomissement ; photophobie, sonophobie.

##### Particularités utiles au dépistage.

- **A.** 2 types principaux de migraine :  
Migraine sans aura et avec aura (symptômes neurologiques focaux durant moins d'une heure, avant ou pendant la céphalée)
- **B.** Les deux 2 types de migraine peuvent coexister chez le même individu
- **C.** L'aura dure typiquement de 5 à 20 minutes. ; le plus souvent de type visuel ; peut survenir isolément surtout chez le sujet âgé
- **D.** Le diagnostic nécessite 5 crises pour la migraine sans aura et 2 crises pour la migraine avec aura

##### Sources d'erreurs diagnostiques.

- **A.** La céphalée migraineuse n'est pas nécessairement hémicrânienne ni pulsatile
- **B.** Le diagnostic différentiel inclus principalement l'ischémie cérébrale transitoire et la crise d'épilepsie partielle simple lorsqu'il y a une aura
- **C.** Il faut se méfier de la dissection artérielle carotidienne ou vertébrale (cf section sur la céphalée et atteinte vasculaire)
- **D.** Le vertige isolé peut-être la manifestation d'un phénomène migraineux chez le jeune adulte

## 2. Céphalée dite de tension<sup>2</sup>

### Critères diagnostiques.

**Durée et fréquence** : < 30 minutes jusqu'à 7 jours.

Épisodique : <15jours/mois, chronique : >15jours/mois

**La douleur** : bilatérale, non pulsative, d'intensité légère à modérée, non aggravée par l'activité physique (2 de ces 4 critères)

**Symptômes associés** : ne peut être associée à de la nausée, vomissement, de la photophobie, sonophobie retrouvées en migraine.  
Seules l'anorexie et/ou l'un ou l'autre de la sonophobie ou de la photophobie peuvent se retrouver en céphalée de tension.

**Avec ou sans composante musculaire**

### Particularités utiles au dépistage.

- Avec la forme épisodique les patients sont peu incapités.
- Avec composante musculaire, il y a sensibilisation des structures crânio-cervicale.
- La durée et la fréquence de la céphalée de tension varient beaucoup
- Il n'y a pas de symptômes digestifs et d'excitabilité corticale

### Sources d'erreurs diagnostiques.

- **Ne pas avoir exclu toute autre pathologie ayant ce phénotype** : (Céphalée d'origine médicamenteuse, Hémicrânie continua, céphalée par hypertension ou hypotension intracrânienne occulte, New Daily-Persistent headache, céphalée post traumatique sur traumatisme non relevé à l'histoire)
- **Les céphalées moins sévères du migraineux sont plutôt de la "migraine probable", qu'une céphalée de tension.**

### 3. Céphalée de Horton<sup>3</sup>

#### Critères diagnostiques.

**Durée et fréquence :** de 15 à 180 minutes si non traitée, une crise aux deux jours à 8 par Jour. Forme épisodique : > 1mois de rémission/année, chronique : <1mois de rémission/année.

**La douleur :** unilatérale sévère ou très sévère touchant la région orbitaire, supra orbitaire et/ou Temporale.

**Symptômes associés :** au moins un des symptômes suivants:

- injection de la conjonctive et/ou larmoiement ipsilatéral
- congestion nasale et/ou rhinorrhée ipsilatérale
- oedème de la paupière ipsilatérale
- sudation du front et du visage ipsilatéral
- miose et/ou ptose unilatérale
- une sensation d'agitation et de nervosité

#### Particularités utiles au dépistage.

- douleur sévère strictement unilatérale et toujours du même côté.
- Accompagné de symptômes autonomiques (panne du sympathique).
- La plupart des patients deviennent agités et nerveux durant une crise, plus souvent des hommes.
- Manifestation cyclique (même heure de la nuit, à l'automne, au printemps).

#### Sources d'erreurs diagnostiques.

- Ne pas confondre avec rhino sinusite et trouble dentaire.
- Ne pas confondre avec les autres céphalées à caractère autonome dans le territoire trigéminé.
- Les symptômes autonomiques tel que l'obstruction nasale, peuvent mimer la rhinite allergique.
- Les clusters atypiques peuvent cacher une lésion secondaire intracrânienne.

## 4. Autres céphalées primaires<sup>4</sup>

(Primaire en coup de poignard, primaire liée à la toux, primaire liée à l'effort, primaire liée à l'activité sexuelle)

### Critères diagnostiques.

#### Durée et fréquence :

**Primaire en coup de poignard** : surviennent spontanément en l'absence de maladie organique. La douleur ne dure qu'une fraction de seconde, elle survient isolément soit par salve et récidive à intervalles irréguliers

**Primaire liée à la toux** : Il s'agit d'une céphalée bilatérale de survenue soudaine, durant moins d'une minute,

**Primaire liée à l'effort** : La douleur est spécifiquement déclenchée par l'effort physique, elle est bilatérale et de nature pulsatile, elle dure de 5 minutes à 24 heures

**Primaire liée à l'activité sexuelle** : elle est déclenchée par l'excitation sexuelle. Est bilatéral au début, n'apparaît pas ou s'arrête en interrompant l'activité sexuelle avant l'orgasme. N'est pas associée à une perturbation intracrânienne tel qu'un anévrisme.

Type sourd : augmentation de l'excitation sexuelle, type explosif : à l'occasion de l'orgasme.

**Symptômes associés** : Un tel diagnostic exige que toute perturbation structurale telle qu'une tumeur de la fosse postérieure ou un anévrisme ait été éliminée par neuro imagerie

### Particularités utiles au dépistage.

- La céphalée en coups de tonnerre à l'urgence exige une investigation en imagerie
- 80% des coups de poignards, persistent 3 secondes, ils changent de localisation, s'ils sont strictement localisés au même endroit, il faut exclure une lésion neuronale.
- la céphalée liée à la toux est bilatérale et affecte des gens de plus de 40 ans, 40% des patients ont un désordre secondaire (Arnold-Chiari I, anévrisme intracrânienne).
- la céphalée à l'effort, surtout chez les haltérophiles, exclure une hémorragie sous arachnoïdienne ou une dissection artérielle

### Sources d'erreurs diagnostiques.

- **La céphalée en coup de tonnerre** est souvent associée à une condition vasculaire intracrânienne sérieuse ; tel que l'hémorragie sous-arachnoïdienne, l'hémorragie intracérébrale, la thrombose veineuse cérébrale, l'anévrisme cérébrale, la dissection artérielle, l'angiite cérébrale, l'apoplexie hypophysaire, la rupture du kyste colloïde du 3<sup>e</sup> ventricule, la sinusite aigue en barotraumatisme.

## Secondaires

### 5. Céphalée associée à un traumatisme de la tête et du cou<sup>5</sup>

#### Critères diagnostiques.

##### Post-traumatique aiguë : traumatisme modéré à sévère

**Durée et fréquence** : Episodique ou quotidien, les céphalées surviennent moins de 7 jours après le retour de la conscience ou le traumatisme, et disparaît dans les 12 semaines succédant le traumatisme.

**La douleur** : type de tension, type migraine, type cluster, type cervicogénique

**Symptômes associés** : (1 des suivants) perte de conscience, amnésie post traumatique, échelle Glasgow < 13 ; anomalie à l'imagerie, (hématome cérébral, hémorragie, contusion cérébrale, fracture du crâne)

##### Post-traumatique aiguë : traumatisme mineur

**Durée et fréquence** : Episodique ou quotidien, les céphalées surviennent moins de 7 jours après le traumatisme, et disparaît dans les 12 semaines succédant le traumatisme.

**La douleur** : type de tension, type migraine, type cluster, type cervicogénique

**Symptômes associés** : aucune perte de conscience, ou < 30minutes, échelle Glasgow > 13

##### Post-traumatique chronique : traumatisme modéré à sévère

**Durée et fréquence** : Episodique ou quotidien, les céphalées surviennent moins de 7 jours après le retour de la conscience ou le traumatisme, et continue plus de 12 semaines succédant le traumatisme.

**La douleur** : type de tension, type de migraine, type cluster, type cervicogénique

**Symptômes associés** : (1 des suivants) perte de conscience, amnésie post traumatique, échelle Glasgow < 13 ; anomalie à l'imagerie, (hématome cérébral, hémorragie, contusion cérébrale, fracture du crâne)

##### Post-traumatique chronique : traumatisme mineur

**Durée et fréquence** : Episodique ou quotidien, les céphalées surviennent moins de 7 jours après le retour de la conscience ou le traumatisme, et continue plus de 12 semaines succédant le traumatisme.

**La douleur** : type de tension, type de migraine, type cluster, type cervicogénique

**Symptômes associés** : aucune perte de conscience, ou < 30minutes, échelle Glasgow > 13

#### Particularités utiles au dépistage.

- Le malade développe une nouvelle forme de céphalée ou aggrave une céphalée préexistante en relation étroite avec le traumatisme crânien
- Les malades qui subissent un processus d'accélération et de décélération, qui se plaignent d'un déclin subit de leur capacité de travail, ou dans leur comportement social ou une modification de leur personnalité faisant suite au traumatisme crânien, indique une relation possible entre la céphalée leur symptômes et le traumatisme.

#### Sources d'erreurs diagnostiques.

- Ne pas avoir établis la relation avec le traumatisme.
- Ne pas avoir identifié la présence d'une céphalée préexistante. (v.g.migraineux avec céphalée d'origine médicamenteuse)
- Ne pas avoir identifié les co-morbidités associées.

## 6. Céphalée associée à un désordre vasculaire cervical ou crânien.<sup>1</sup>

### Critères diagnostiques.

**Durée et fréquence** : apparition de la céphalée dans le contexte d'une atteinte cérébro-vasculaire ; le début est en général soudain et même paroxystique

**La douleur** : relation temporelle avec la condition neurologique d'apparition subite ; douleur d'intensité modérée à sévère sans caractère spécifique par ailleurs ; en général elle est plus sévère s'il y a hémorragie plutôt qu'ischémie cérébrale

**Symptômes associés** : manifestations neurologiques méningées ou hémisphériques ou tronculaires ou cérébelleux

### Particularités utiles au dépistage.

- **A. ICT ou AVC ischémique** : la céphalée survient dans moins de 30 % des cas, en général d'intensité modérée; ICT versus aura se différencie sur la durée (ICT : quelques minutes; aura : en moyenne de 20 à 30 min.) et la présence de symptôme négatif pour l'ICT (perte de vision) et de symptôme positif pour l'aura (scotomes scintillants)
- **B. Hémorragie cérébrale soit parenchymateuse soit méningée (rupture d'anévrisme)** : la céphalée à un caractère plutôt paroxystique (coup de tonnerre), d'intensité sévère plutôt que modérée ; présence de signes neurologiques focaux ou méningés
- **C. Le sujet âgé avec une céphalée de novo jusqu'à preuve du contraire**, le diagnostic d'une artérite temporelle doit être entretenue (risque de cécité irréversible si non détectée)
- **D. Suspecter une dissection artérielle carotidienne ou vertébrale** en présence d'un déficit neurologique aigu et d'une céphalée surtout hémicrânienne (dissection carotidienne) ou nuco occipitale (dissection vertébrale) chez un jeune adulte
- **E. Suspecter la thrombose veineuse cérébrale** lorsque la céphalée est présente sans caractère spécifique mais en présence d'hypertension intracrânienne et avec la présence d'un épisode convulsif comme mode de présentation avec la céphalée

### **Sources d'erreurs diagnostiques.**

- **A.** Ne pas relever à l'histoire une apparition soudaine ou un changement de caractère au niveau de l'intensité et de la fréquence de la céphalée
- **B.** Négliger la notion que la migraine tout en étant une entité fréquente, peut masquer une autre condition
- **C.** La migraine avec aura est un risque d'AVC
- **D.** Se rappeler que le diagnostic d'une céphalée primaire est un diagnostic d'exclusion

## 7. Céphalée associée à un désordre intracrânien non vasculaire.<sup>5</sup>

(Hypertension intracrânienne, hypotension du liquide céphalo-rachidien, inflammation intracrânienne, néoplasie intracrânienne)

### Critères diagnostiques.

Les anomalies de la pression intracrânienne peuvent causer des céphalées chroniques durant plusieurs mois. Il faut les suspecter, même en présence d'abus médicamenteux ou d'antécédent de migraine.

**Hypertension intracrânienne** : augmentation de la pression intracrânienne supérieur à 200mm d'eau, oedème papillaire, paralysie du VI parfois.

**Hypotension du LCR** : Post ponction lombaire, post fistule du LCR.

**Maladie inflammatoire intracrânienne** : sarcoïdose, méningite aseptique

**Néoplasie intracrânienne** : hypertension intracrânienne, directement secondaire à la néoplasie, méningite carcinomateuse.

	Hypertension intracrânienne	Hypotension intracrânienne
Patient	Jeune femme obèse	Prédominance féminine
Céphalée	Uni ou bilatérale, pulsatile ou en pression	Pire en posture debout ou assise
Valsalva	Augmente la douleur	Augmente la douleur
Nausée	Fréquente, pire en décubitus	Fréquente, pire debout
Diplopie posturale	Possible	Possible
Audition	Tinnitus pulsatile	Tinnitus pulsatile, hypoacousie
Raideur de nuque	Possible	Possible
Papilloedème	Quasi toujours	Jamais
Début brutal	Possible	Possible
Déclencheur médicamenteux	Oui	Non

### Particularités utiles au dépistage.

Examen	Hypertension	Hypotension
CT Scan	Petits ventricules	Collections sous durales, liquidiennes ou hématomate Si avec contraste, rehaussement méningé possible
IRM AVEC gado	Normale Exclure thrombose veineuse	Rehaussement pachyméningé diffus, engorgement veineux Hypophyse engorgée Descente des amygdales cérébelleuses dans le foramen magnum
Pression mesurée	> 25 cm d'eau COUCHÉ critère IHS	< 6 cm d'eau ASSIS
Analyse du LCR	Normal	Protéïnorrhée fréquente Leucocytes ad 50 par mm <sup>3</sup>
Autres tests utiles	Examen des champs visuels, éliminer constriction des champs visuels	Cisternographie à l'indium 111 pas de montée du contraste passé les citernes de la base CT myélographie IRM-myélographie

### **Sources d'erreurs diagnostiques.**

- **Aggravation** d'une céphalée préexistante par un nouveau problème intracrânien
- **Le désordre intracrânien** est effectivement traité ou se résout spontanément mais la céphalée persiste ou ne s'améliore pas après 3 mois.
- **Investigation** inapproprié, ou insuffisante.

## 8. Céphalée d'origine médicamenteuse<sup>4</sup>

(Céphalée secondaire à l'utilisation d'une substance ou à son exposition, céphalée secondaire à la sur utilisation d'une substance, céphalée due à un effet secondaire du médicament, céphalée due à l'arrêt d'un médicament)

### Critères diagnostiques.

#### **Durée et fréquence :**

##### **Céphalée secondaire à l'utilisation d'une substance ou à son exposition :**

NO (en 10 minutes, résolutions < 1heures), Monoxyde Carbone (en 12heures, résolution <72 heures après élimination), Alcool (en 3heures, résolution en 72heurs), Glutamate-monosodique ( en 1 heure, résolution < 72heures une ingestion), Cocaïne ( en 1 heure, résolution < 72 heures si une ingestion), Cannabis : ( en 12 heure, résolution < 72 heures si une ingestion),

**Céphalée secondaire à la sur utilisation d'une substance :** plus de 15 jours/mois depuis > de 3 mois

**Céphalée due à un effet secondaire du médicament :** > de 15 jours / mois, s'installe avec la prise du médicament.

**Céphalée due à l'arrêt d'un médicament :** caféine (en 24 heures après dernier café, soulagé en 1 heure avec 100mg de caféine, résolution après 7 jours d'arrêt), opiacés (en 24 heures après l'arrêt de la substance, résolution en 7 jours après l'arrêt de la substance), hormone (en 5jours après l'arrêt de la substance, résolution en dedans de 3 jours).

#### **La douleur :**

**Céphalée secondaire à l'utilisation d'une substance ou à son exposition :** bilatérale, pulsatile

**Céphalée secondaire à la sur utilisation d'une substance :** bilatérale, parfois dominante d'un coté, en pression/serrement, légère à modérée, en dents de scie, de type migraine de type tension.

**Céphalée due à l'arrêt d'un médicament :** bilatérale et ou pulsatile

### Particularités utiles au dépistage.

- **Céphalée secondaire à l'utilisation d'une substance ou à son exposition :** donneur de oxyde nitrique (poppers, glyceryl trinitrate, viagra, vin), monoxyde de carbone, alcool, mono glutamate sodique, cocaïne, cannabis.
- **Céphalée secondaire à la sur utilisation d'une substance :** ergotamine, Triptan, analgésiques, opiacés, analgésiques combinés > de 10 jours/mois depuis > 3 mois. Absence de réponse à la prophylaxie. Amélioration de la céphalée après cessation de la médication en dedans de 2 mois.
- **Céphalée due à l'arrêt d'un médicament :** caféine (>200mg/jours pour > 2 semaine et cessé), opiacée (prise quotidienne et cessé après 3 mois), estrogène (apparaît pendant l'intervalle libre d'estrogène), autre substances.

### Sources d'erreurs diagnostiques.

- Questionnaire insuffisant sur la consommation de toutes substance ou à l'exposition à toute substance par le patient.
- Calcul inapproprié du nombre de jours de céphalée par mois associés à la consommation d'un médicament pour se soulager.
- Ne pas arrêter un médicament pour vérifier son implication dans la genèse de la douleur.
- Ne pas cesser la substance suffisamment longtemps.

## 9. Céphalée associée à une infection.<sup>4</sup>

Infection intra crânienne (méningite bactérienne, méningite lymphocytaire, encéphalite, abcès cérébral, empyème sous dural), infection systémique, SIDA, Céphalée chronique post infectieuse (post méningite bactérienne).

### Critères diagnostiques.

**Durée et fréquence :** Installation de la céphalée en relation étroite avec le début de l'infection, résolution en dedans de 3 mois après la résolution de l'infection

**La douleur :** diffuse, intensité croissante à sévère, sauf pour l'empyème (unilatérale ou dominante d'un côté)

**Symptômes associés :** nausée, photophobie et/ou sonophobie, raideur de nuque, température symptômes neurologiques.

### Particularités utiles au dépistage.

- Installation d'une nouvelle céphalée associée à une atteinte de l'état générale, avec pyrexie même en l'absence de rigidité de la nuque
- Anomalie du LCR, anomalie à l'EEG, à l'imagerie, anomalie des épreuves de laboratoire

### Sources d'erreurs diagnostiques.

- L'absence de fièvre,
- L'absence de rigidité de la nuque
- La présence d'une céphalée primaire qui s'aggrave, sans évidence notable de la présence d'un procédé infectieux
- Investigation insuffisante

## 10. Céphalée associée à un désordre de l'homéostasie.<sup>3</sup>

### Critères diagnostiques.

**Durée et fréquence :** l'intensité et/ou la fréquence des céphalées est liée aux modifications de la perturbation métabolique avec un temps de latence précis. La céphalée disparaît dans la semaine qui suit la normalisation de l'état métabolique

**Symptômes associés :** les symptômes associés à la perturbation métabolique

- 1. Céphalée attribuable à l'hypoxie et/ou l'hypercapnie** Altitude, montée brusque au-delà de 2,500 mètres, (hypoxique) PaO<sub>2</sub> < à 70mg de mercure, pour les scaphandres (hypercapnie) pCO<sub>2</sub> > au-dessus de 50mm de mercure
- 2. Céphalée associée à la dialyse rénale :** la céphalée survient lors de plus de la moitié des dialyses et est survenue au moins 3 fois
- 3. Céphalée associée à l'hypertension artérielle :** phéochromocytome, crise hypertensive >160/120 mm de mercure, pré éclampsie, éclampsie, cocaïne
- 4. Céphalée associée à l'hypothyroïdie :** 30% des patients mécanisme incertain
- 5. Céphalée associée au jeûne :** glycémie en dessous de 2.2mmol/l parfois. Jeune de > de 16 heures.
- 6. Céphalée d'origine cardiaque :** associé à l'infarctus du myocarde

### Particularités utiles au dépistage.

- A: Questionnaire serré pour obtenir l'information pertinente
- B: Souvent associée à une céphalée primaire
- C: disparition de la céphalée par la correction du désordre homéostatique
- D: Relation temporelle évidente de la céphalée avec un désordre homéostatique

### Sources d'erreurs diagnostiques.

- A: Questionnaire déficient
- B: investigation insuffisante
- C: État de conscience altéré du patient

## 11. Céphalée ou algie faciale associée à des désordres du crâne, du cou, des yeux, des oreilles, du nez, des sinus, des dents de la bouche et autre structures faciales et crâniennes.<sup>3</sup>

### Critères diagnostiques.

**Durée et fréquence :** la céphalée disparaît dans le mois qui suit le traitement ou à la disparition spontanée de la perturbation sous-jacente. Les céphalées persistant au-delà d'un mois ont d'autres mécanismes.

**La douleur :** La céphalée est localisée à la structure faciale ou crânienne touchée ou irradiée autour. La douleur peut ou non être ressentie à distance au niveau de la tête.

**Rachis cervical :** la douleur est localisée au cou et à la région occipitale. Elle peut se projeter au niveau du front, de la région orbitaire, des tempes, du vertex ou des oreilles

**Œil :** la douleur siège au niveau de l'œil, derrière lui ou au dessus de lui

**Oreille :** les perturbations de l'oreille moyenne peuvent entraîner des douleurs névralgiques par irritation de structures nerveuses

**Nez et sinus :** frontale (au-dessus du sinus, vers le vertex, derrière les yeux), maxillaire (au-dessus de l'antre, irradie vers les dents ou vers le front), ethmoïde (entre et derrière les yeux, région temporale) sphénoïde (région occipital, vertex, frontale, derrière les yeux)

**Dents mâchoires :** les affections dentaires causent habituellement des douleurs faciales

**Articulations temporo-maxillaire :** la douleur est déclenchée par le mouvement et/ou le serrement de dents, légère à modérée et se localise au niveau de l'articulation temporo-maxillaire et/ou irradie à partir de celle-ci.

### Particularités utiles au dépistage.

**A :** mise en évidence clinique et/ou par le laboratoire de perturbations au niveau des structures de la tête et du cou. La céphalée est localisée à la structure faciale ou crânienne touchée ou irradiée autour.

**B : le rachis** la douleur est déclenchée ou aggravée par des mouvements du cou ou le maintien d'une posture

**C : l'œil** la douleur s'aggrave à l'occasion de tâches visuelles prolongées.

**D : Le nez et sinus** décharge nasale purulente, spontanée ou par aspiration

### Sources d'erreurs diagnostiques.

- **Questionnaire** inadéquat pour aider à localiser la source de la céphalée
- **Ignorance** de la région cervicale dans la genèse de la céphalée
- **Examen** trop sommaire du cou
- **Utilisation inappropriée** des tests d'imagerie

## 12. Névralgies crâniennes<sup>2</sup>

(Névralgie du trijumeau\*, glossopharyngée\*, nerf intermédiaire, laryngé supérieur, nasociliaire, supraorbital, occipital)

\* les plus fréquentes

### Critères diagnostiques.

**Durée et fréquence** : la douleur apparaît et disparaît brusquement et peut se calmer pour des périodes de durées variées

**La douleur** : Dans le territoire anatomique desservi par un nerf spécifique

De type névralgique : paroxysmes douloureux brefs bien souvent sous forme de chocs électriques survenant de façon spontanée ou comme c'est classiquement le cas en névralgie du trijumeau, déclenchée par de facteurs spécifiques tactiles ou autres.

De type neuropathique : une douleur constante neuropathique interparoxystique.

Disparaissant d'une façon temporaire par l'anesthésie locale du nerf symptomatique.

**Symptômes associés** : Une lésion structurale sous-jacente doit être recherchée avec toute douleur névralgique/neuropathique avant de la considérer comme idiopathique.

### Particularités utiles au dépistage.

- Douleur brève survenant en paroxysmes
- Douleur continue interparoxystique, surtout dans les formes symptomatiques.
- Facteurs déclenchants spécifiques surtout en névralgie du trijumeau
- Réponse temporaire au bloc nerveux

### Sources d'erreurs diagnostiques.

- La douleur faciale atypique (persistente idiopathique facial pain [PIFP], qui est la forme la plus courante de douleur faciale sous forme de douleurs myofasciales plutôt que névralgiques. Les douleurs occipito-cervicales latéralisées ou bilatérales souvent faussement diagnostiquées comme «névralgie d'Arnold», alors qu'elles représentent des douleurs de type myofasciales et de sensibilisation et non pas des douleurs névralgiques
- Les neuropathies trigéminées non névralgiques, rares et le plus souvent symptomatiques de collagénose

**LES OUTILS DE MESURE DE L'INCAPACITÉ  
DU PATIENT SOUFFRANT DE CÉPHALÉE.**

## 1. Le MIDAS

### PROGRAMME D'ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DUE À LA MIGRAINE (MIDAS)

Ce questionnaire mesure la gravité de votre migraine, pour que vous puissiez obtenir le soulagement dont vous avez besoin.

Le questionnaire **MIDAS** (pour *M*igraine *D*isability *A*ssessment *S*cale) a été conçu pour aider à mesurer l'effet de la migraine sur votre vie au cours des trois derniers mois. On mesure cet effet en comptant le nombre de jours où la migraine a eu un impact.

**Nous vous recommandons de montrer ce questionnaire à votre médecin pour obtenir des conseils et déterminer un traitement.**

**Voici comment remplir le questionnaire MIDAS (au verso) :**

**1. Veuillez répondre aux questions 1 à 5.**

Pour les questions 1 et 2, le travail ou l'école signifie le travail rémunéré ou les études si vous êtes étudiant. Pour les questions 3 et 4, on entend par travaux domestiques les tâches ménagères générales, les réparations à la maison, le magasinage, les soins à votre famille et les autres activités à la maison.

**2. Veuillez également répondre aux questions A et B.**

Les réponses à ces questions vous aideront dans vos discussions avec votre médecin.

**3. Veuillez additionner les points des réponses 1 à 5.**

**ÉCHELLE D'ÉVALUATION MIDAS** (PROGRAMME D'ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DUE À LA MIGRAINE)

Catégorie	Cote MIDAS	Intensité de la douleur	Incapacité/restriction
I	0-5	Faible	Limitée
II	6-10	Forte	Limitée
III	11-20	<b>Forte</b>	<b>Forte incapacité/ modérément restrictive</b>
IV	21+	<b>Forte</b>	<b>Forte incapacité/ très restrictive</b>

\* MIDAS par Cynthia Poole, traductrice, et par le service de santé de l'Ontario.

## QUESTIONNAIRE MIDAS

Nom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Depuis combien de temps souffrez-vous de migraines? \_\_\_\_\_

*Veillez répondre aux questions suivantes sur TOUS les maux de tête que vous avez eus au cours des trois derniers mois.*

*Inscrivez vos réponses dans la case en regard de chaque question. Inscrivez zéro si vous n'avez pas participé à cette activité au cours des trois derniers mois.*

Date : J \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

1. Pendant combien de jours au cours des trois derniers mois avez-vous été absent du travail ou de l'école en raison de vos maux de tête? .....   jours

---

2. Pendant combien de jours au cours des trois derniers mois votre productivité au travail ou à l'école a-t-elle été réduite de moitié ou plus en raison de vos maux de tête? (N'incluez pas les jours d'absence indiqués à la question 1.) .....   jours

---

3. Pendant combien de jours au cours des trois derniers mois avez-vous été **incapable** d'effectuer des travaux domestiques en raison de vos maux de tête? .....   jours

---

4. Pendant combien de jours au cours des trois derniers mois votre capacité à effectuer des travaux domestiques a-t-elle été réduite de moitié ou plus en raison de vos maux de tête? (N'incluez pas les jours d'incapacité indiqués à la question 3.) .....   jours

---

5. Pendant combien de jours au cours des trois derniers mois avez-vous renoncé à des activités familiales, sociales ou de loisirs en raison de vos maux de tête? .....   jours

Veillez faire le total des réponses pour les questions 1 à 5 (n'incluez pas les réponses de A et B).

Cote MIDAS \_\_\_\_\_

A. Pendant combien de jours au cours des trois derniers mois avez-vous eu mal à la tête? (Si un mal de tête a duré plus d'une journée, comptez chaque jour.) .....   jours

B. Sur une échelle de 0 à 10, à quel point ces maux de tête ont-ils, en moyenne, été douloureux? (0 = aucune douleur et 10 = douleur la plus intense qui soit). .....

©Innovative Medical Research, 2007. Tous droits réservés.

## 2. L'échelle visuelle analogue

### Échelle d'évaluation de la douleur



### 3. L'échelle d'incapacité cervicale

NOM DU PATIENT: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTIC: \_\_\_\_\_

DURÉE DE LA RESTRICTION: \_\_\_\_\_

PERMANENTE: \_\_\_\_\_

#### ÉCHELLE DE RESTRICTIONS POUR LA COLONNE CERVICALE (OU DORSALE SUPÉRIEURE)

\_\_\_\_\_ **CLASSE 0: Aucune restriction**

\_\_\_\_\_ **CLASSE 1: Restrictions légères**

Éviter d'accomplir de façon répétitive ou fréquente les activités qui impliquent de soulever, porter, pousser, tirer des charges supérieures à environ 25 kilos, ramper, effectuer des mouvements avec des amplitudes extrêmes de flexion, d'extension ou de torsion de la colonne cervicale, subir des vibrations de basse fréquence ou des contrecoups à la colonne vertébrale (comme celles provoquées par du matériel roulant sans suspension).

Exemple: cas de discectomie bien réussie, non souffrant, où les restrictions ont un rôle préventif, ou encore cas de séquelles d'entorse cervicale.

\_\_\_\_\_ **CLASSE 2: Restrictions modérées**

En plus des restrictions de la classe 1, éviter les activités qui impliquent de soulever, porter, pousser, tirer de façon répétitive ou fréquente des charges dépassant environ 15 kilos, effectuer des mouvements répétitifs ou fréquents de flexion, d'extension ou de torsion de la colonne cervicale, même de faible amplitude.

Exemple: cas de cervicalgie de type mécanique (i.e. dont la douleur est déclenchée surtout par des mouvements ou des efforts), avec ou sans irradiation aux membres supérieurs.

\_\_\_\_\_ **CLASSE 3: Restrictions sévères**

En plus des restrictions de classes 1 et 2, éviter les activités qui impliquent de maintenir la colonne cervicale en position fixe plus de 30 à 60 minutes, même en position neutre (ex.: comme lorsqu'on fixe un écran devant soi), effectuer des mouvements répétitifs des membres supérieurs.

Exemple: cas de cervicalgie de type mixte (i.e. mécanique et inflammatoire, dont la douleur est déclenchée par des postures prolongées autant que par des efforts), avec ou sans irradiation aux membres supérieurs et pouvant s'accompagner d'une sensation de faiblesse ou d'engourdissement de un ou des deux membres supérieurs.

\_\_\_\_\_ **CLASSE 4: Restrictions très sévères**

En plus des restrictions des classes 1, 2 et 3: le caractère continu de la douleur et son effet sur le comportement et sur la capacité de concentration sont incompatibles avec tout travail régulier. On peut toutefois envisager une activité dont le travailleur peut contrôler lui-même le rythme et l'horaire.

Exemple: cas de fracture cervicale avec ankylose sévère ou cas de syndrome douloureux cervical chronique.

NOM DU MÉDECIN: \_\_\_\_\_

SIGNATURE: \_\_\_\_\_

## 4. Le HAD

### Échelle d'anxiété et de dépression en milieu hospitalier (Canadian French version of the HADS<sup>1</sup>)

Les cliniciens savent que les émotions jouent un rôle important dans la plupart des maladies. Si vous informez votre médecin des émotions que vous éprouvez, il sera en mesure de mieux vous aider.

Ce questionnaire est conçu pour aider votre médecin à savoir comment vous vous sentez. Lisez chaque énoncé et **soulignez la réponse** qui exprime le mieux ce que vous avez ressenti au cours des 7 derniers jours. Ne tenez pas compte des numéros qui se trouvent de chaque côté du questionnaire.

Ne mettez pas trop de temps à répondre : votre réaction immédiate à chaque énoncé sera probablement plus précise qu'une réponse longuement réfléchie.

A	D		A	D
3		<b>Je me sens tendu(e) et nerveux(se)</b>		
2		La plupart du temps		
1		Souvent		
0		De temps en temps, occasionnellement		
		Jamais		
		<b>Je continue de prendre plaisir aux choses qui me plaisaient auparavant</b>		
0		Enfin très souvent		
1		Plus souvent		
2		Seulement un peu		
3		Presque plus du tout		
		<b>Je suis pris(e) d'un sentiment de peur, comme si quelque chose de terrible allait arriver</b>		
3		Très nettement et assez intensément		
2		Oui, mais pas trop intensément		
1		Un peu, mais cela ne m'inquiète pas		
0		Jamais		
		<b>Je peux rire et voir le côté amusant des choses</b>		
0		Aussi que je l'ai toujours fait		
1		Plus souvent qu'auparavant		
2		Nettement moins qu'avant		
3		Plus du tout		
		<b>Des pensées inquiétantes me passent par la tête</b>		
3		La plupart du temps		
2		Souvent		
1		Plus très souvent		
0		Très peu souvent		
		<b>Je suis joyeux(se)</b>		
3		Jamais		
2		Plus souvent		
1		Parfois		
0		La plupart du temps		
		<b>Je peux m'asseoir l'esprit tranquille et me sentir détendu(e)</b>		
		Sans aucun doute	0	
		Généralement	1	
		Pas souvent	2	
		Jamais	3	
		<b>J'ai l'impression de fonctionner au ralenti</b>		
		Presque tout le temps		3
		Très souvent		2
		Parfois		1
		Jamais		0
		<b>Je suis pris(e) d'un sentiment de peur, comme si j'avais des « papillons » dans l'estomac</b>		
		Jamais	0	
		Occasionnellement	1	
		Assez souvent	2	
		Très souvent	3	
		<b>Je ne m'intéresse plus à mon apparence</b>		
		Non, plus du tout		3
		<b>Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais</b>		
		Il est possible que je n'y fasse pas autant attention		1
		J'y accorde autant d'attention qu'avant		0
		<b>J'ai la bougotte comme si je devais toujours être en mouvement</b>		
		Beaucoup en fait	3	
		Assez	2	
		Pas beaucoup	1	
		Pas du tout	0	
		<b>Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses</b>		
		Aussi que je l'ai toujours fait		0
		Un peu moins que j'en avais l'habitude		1
		Nettement moins que j'en avais l'habitude		2
		Presque jamais		3
		<b>Je suis soudain pris(e) de panique</b>		
		Très souvent en fait	3	
		Assez souvent	2	
		Pas très souvent	1	
		Jamais	0	
		<b>Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision</b>		
		Souvent		0
		Parfois		1
		Rarement		2
		Très rarement		3

Vérifiez maintenant que vous avez répondu à toutes les questions

0

TOTAL

A	D

ÉVALUEZ VOTRE PROPRE TRAITEMENT EN RÉPONDANT À **3** QUESTIONS 1

	OUI	NON
1. Votre médicament contre la migraine agit-il toujours pour soulager la majorité de vos crises ?		
2. Votre mal de tête disparaît-il dans les deux heures suivant la prise de votre médicament ?		
3. Êtes-vous en mesure de fonctionner normalement dans les deux heures suivant la prise de votre médicament ?		

## **LES SIGNAUX D'ALARME**

1. Patient très jeune ou âgé?
2. Nouvelle céphalée (<6 mois)?
3. La céphalée est très aiguë?
4. Le patient a-t-il des symptômes atypique ou un examen neurologique anormal?
5. Symptômes associés: rash, fièvre, déficit neurologique persistant; altération de conscience vomissement important, photophobie extrême,.
6. Accident ou traumatisme crânien.
7. Infection.
8. Crise Hypertensive.

## **RÉFÉRENCES :**

### **Migraine**

The International Classification of Headache Disorders, 2<sup>nd</sup> Edition. Cephalalgia 2004; 24 (Supplement 1), 1-160.  
Silberstein SD, Lipton RB, Overview of diagnosis and treatment of migraine. Neurology 1994; 44(Suppl 7):6-16  
Silberstein SD, Young WB, Migraine aura and prodrome Semin Neurol 1995; 15:175-82 Rasmussen BK, Olesen J. Migraine with aura and migraine without aura; an epidemiological study. Cephalalgia 1992; 12:221-8.

### **Céphalée de tension**

The International Classification of Headache Disorders, 2<sup>nd</sup> Edition. Cephalalgia 2004; 24 (Supplement 1), 1-160.  
Jensen R. Mechanisms of tension type headache. Cephalalgia 2001; 21:786-9  
Freidman AP. Characteristics of tension-type headache, A profile of 1420 cases. Psychosomatics 1979; 20:451-61  
Bovim G. Cervicogenic headache, migraine and tension type headache. Pressure pain thresholds measurements. Pain 1992; 51: 169-73

### **Céphalée de Horton**

The International Classification of Headache Disorders, 2<sup>nd</sup> Edition. Cephalalgia 2004; 24 (Supplement 1), 1-160.  
The Headaches, 2<sup>nd</sup> Edition. Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA Editors. 2000. Lipincott Williams & Wilkins.  
Trigeminal autonomic cephalalgias: current and future treatments. Cohen AS, Matharu MS, Goadsby PJ. Headache. 2007 Jun;47(6):969-80.  
Trigeminal autonomic cephalalgias: diagnosis and treatment. Goadsby PJ, Cohen AS, Matharu MS. Curr Neurol Neurosci Rep. 2007 Mar;7(2):117-25.

### **Autres céphalées primaires**

The International Classification of Headache Disorders, 2<sup>nd</sup> Edition. Cephalalgia 2004; 24 (Supplement 1), 1-160.  
Pareja JA., Ruiz J., de Isla C., al-Sabbab H., Espejo J. Idiopathic stabbing headache. Cephalalgia 1996 ; 16 :93-6  
Pascual J, Iglesias F Oterino A, Vasquez-Barquero A, Berciano J. Cough, exertional, and sexual headaches : an analysis of 72 benign and symptomatic cases. Neurology 1996; 46: 1520-4  
Linn FHH, Wijdicks EFM, Causes and management of thunderclap headache a comprehensive review. The Neurologist 2002; 8:279-89

### **Céphalée associée à un traumatisme de la tête et du cou**

The International Classification of Headache Disorders, 2<sup>nd</sup> Edition. Cephalalgia 2004; 24 (Supplement 1), 1-160.  
Goadsby, Silberstein, Dodick, Chronic Daily Headache for Clinicians, BC Decker, 2005, p.183  
Medlink, article par Jonathan P. Gladstone

## **Céphalée associée à un désordre crânien ou vasculaire cérébral**

The International Classification of Headache Disorders, 2<sup>nd</sup> Edition. Cephalalgia 2004; 24 (Supplement 1), 1-160.

Fisher CM. Headache in acute cerebrovascular disease. In Vinken PH, Bruyn GW eds. Headache and cranial neuralgia. Handbook of clinical neurology. Amsterdam ; Elsevier 1968 ; 5 :124-56

Jensen TS, Gorrellick PB. Headache associated with stroke and intracranial hematoma. In : The Headaches. 2<sup>nd</sup> edition. J Olesen, P Tfelt\_Hansen, KMA Welch eds. Philadelphia Lippincott Williams and Wilkins 2000.pp 781-7.

## **Céphalée associée à un désordre non vasculaire intracrânien**

The International Classification of Headache Disorders, 2<sup>nd</sup> Edition. Cephalalgia 2004; 24 (Supplement 1), 1-160.

Gamache FW, Patterson RH, Alksne JF. Headache associated with changes in intracranial pressure. In Wolff's headache and other head pain, (Dalessio DJ, ed.) Oxford University Press, New York. 1987; pp. 352-5.

Ramadan NM. Headache related to increased intracranial pressure and intracranial hypotension. Curr Opin Neurol 1996; 9:326-36

## **Céphalée d'origine médicamenteuse**

The International Classification of Headache Disorders, 2<sup>nd</sup> Edition. Cephalalgia 2004; 24 (Supplement 1), 1-160.

Paemleire K, Crevits L, Goadsby PJ, Kaube H.; Practical management of medication overuse headache. Acta neurol belg. 2006 jun; 106 (2): 43-51

Lake A. Medication overuse headache: biobehavioral issues and solutions.

Headache. 2006 Oct;46 Suppl 3:S88-97. Review.

Saper J. Medication overuse headache: type I and type II.

Cephalalgia. 2006 Oct;26(10):1262. .

## **Céphalée en relation avec une infection**

The International Classification of Headache Disorders, 2<sup>nd</sup> Edition. Cephalalgia 2004; 24 (Supplement 1), 1-160.

Drexler Ed. Severe headache : when to worry, what to do. Postgrad Med 1990; 87: 164-70, 173-80

Dalton M, Newton RW, Aseptic meningitis. Dev Med Child Neurol 1991 ; 33 :446-58

Bohr V., Hansen B., et al. Sequelae from bacterial meningitis and their relation to the clinical condition during acute illness. J Infect 1983; 7:102-10

## **Céphalée en relation avec un désordre de l'homoeostasie**

The International Classification of Headache Disorders, 2<sup>nd</sup> Edition. Cephalalgia 2004; 24 (Supplement 1), 1-160.

## **Céphalée ou algie faciale associée à des désordres du crâne, du cou, des yeux, des oreilles, du nez, des sinus, des dents de la bouche et autre structures faciales et crâniennes.<sup>3</sup>**

The International Classification of Headache Disorders, 2<sup>nd</sup> Edition. Cephalalgia 2004; 24 (Supplement 1), 1-160.

Curr Neurol Neurosci Rep. 2007 Mar;7(2):117-25.

Diagnostic et traitement des douleurs communes d'origine rachidienne. Maigne Robert, 1989. Expansion scientifique Française.

Diagnosis and Treatment of Pain of Vertebral Origin, 2<sup>nd</sup> Edition. Maigne Robert, 2006. Taylor and Francis Group.

Chronic Daily Headache for Clinicians. Goadsby PJ, Silberstein SD, Dodick DW Editors, 2005. BC Decker Inc.

Bellavance A. Les céphalées d'origine cervicale. Le Médecin du Québec, 2002, 37 (4): 113-121.

## **Névralgies crâniennes**

The International Classification of Headache Disorders, 2<sup>nd</sup> Edition. Cephalalgia 2004; 24 (Supplement 1), 1-160.

Terrence CF, Jensen TS. Trigeminal neuralgia and other facial neuralgias. In : Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, eds The Headaches, 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia, Lippencott Williams & Wilkins 2000; 929-38

Zakrzewska JM, Trigeminal neuralgia. In: Zakrzewska JM, Harrison SD, eds. Assessment and management of orofacial pain. Pain research and clinical Management. Amsterdam. Elsevier 2002; 14:263-366.