

# Consultation Céphalées au CETD



# Mme MM; 32 ans

ATCDt : chute 1er etage à 8 ans, PdC  
plusieurs FC

## Histoire des céphalées

- migraines sans aura dès l'âge de 7 ans
- IRM il y a 10 ans normale; utilise zomig, imigran

## 2012:

- crises de plus en plus rapprochées, et consommation excessive de traitements de crises
- Prophylaxie/propranolol: réduction fréquence 2-3 crises par mois

# Mme MM; 32 ans

- 1e grossesse, stop triptans, migraine au moment de l'accouchement
- 2e grossesse, pas de migraine après le 1e trimestre, puis retour rapide en post partum

janvier 2016 :

- nouvelle recrudescence; B bloquants cette fois inopérants
- CCQ, avec 1 x par semaine exacerbation avec vomissements invalidants

# Mme MM; 32 ans

## Approfondissement:

- déclenchement à l'effort (nouveau)
- lors d'une crise d'exacerbation, paresthésies de l'hémiface et troubles de l'élocution



- IRM

Mme MM; 32 ans

IRM cérébrale:

Masse intraventriculaire évocatrice de  
neurocytome central

Admise en Neurochirurgie: aucun signe  
neurologique, pourtant limite engagement

Résection complète/ histologie confirme  
neurocytome central ventriculaire grade II

# Céphalée primaire ou secondaire?

Le diagnostic est clinique,  
Basé sur l'interrogatoire  
Avec l'aide des critères ICHD-3  
Et sur la normalité de l'examen clinique



Collège des Enseignants  
de Neurologie

# Céphalée primaire ou secondaire?

## 1- Rôle de l'interrogatoire / questionnaire d'orientation

- Caractériser la céphalée: profil évolutif, durée et fréquence des crises, caractères de la douleur, facteurs déclenchants/aggravants/calmands
- Identifier les signes accompagnateurs
- Situer dans le contexte du patient

# Céphalée primaire ou secondaire?

## 2- Rôle de l'examen clinique

Signes d'alarme:

- Fièvre, raideur nuque
- Troubles neurologiques focalisés
- Asymétrie regard, des pupilles, oedeme papillaire
- Artère temporale dure ou douloureuse



# Drapeaux rouges

## céphalées vues par l'urgentiste ou le médecin de premier recours

- céphalée sévère d'Installation brutale « en coup de tonnerre »
- céphalée décrite comme inhabituelle,
- Trouble visuel/ sensitif/ aphasique qui dure anormalement chez un migraineux connu, ou avec trouble moteur inhabituel
- Aggravation rapide inexplicée d'une céphalée chronique
- Circonstances particulières (post partum, fièvre hors cause évidente, immuno déficience...)
- Symptômes associés: troubles conscience, troubles visuels
- Signes neurologiques à l'examen clinique (raideur méningée, CBH)
- Penser à l'intoxication au CO

# Drapeaux rouges

céphalées chroniques évoluant par crises  
intercurrentes

- migraines apparaissant après 50 ans
- aura atypique (début brutal, prolongée + d'1 heure, toujours du même côté, et/ou sans symptômes visuels)
- céphalée inhabituelle ou aggravation inexplicée
- céphalées circonstancielles (effort, activité sexuelle, toux, hypnic)
- contextes particuliers tels grossesse post partum
- anomalie à l'examen clinique

# RECO HAS 2002; Rev Neuro 2012

## Migraines

« Chez un migraineux connu, il est recommandé de pratiquer un scanner ou une IRM cérébrale devant (accord professionnel) :

- une céphalée d'apparition brutale (céphalée dite « en coup de tonnerre ») ;
- une céphalée récente se différenciant de la céphalée habituelle ;
- une anomalie à l'examen clinique. »

« Devant une céphalée aiguë sévère s'installant en moins d'une minute, prolongée durant plus d'une heure et jugée intense, il est recommandé de pratiquer, en urgence, un scanner sans injection ou une IRM cérébrale. »

# Quand l'algologue d'une SDC peut-il avoir besoin du neurologue?

- Doute sur la normalité de l'examen neurologique
- Doute sur les examens complémentaires à réaliser, ou à refaire, et dans quel but?
- Céphalée atypique ne rentrant dans aucun grand cadre diagnostique (classification ICHD-3)
- Difficultés thérapeutiques, échecs successifs des ttt conventionnels

