

**CHAPITRE 8**  
**LES CEPHALEES**  
**SEMIOLOGIE ET STRATEGIE D'EVALUATION**

Gilles Géraud et Nelly Fabre

**Plan du Chapitre**

1. Conduite du diagnostic clinique devant une céphalée
  - 1.1. L'interrogatoire
  - 1.2. L'examen clinique
  
2. Orientation diagnostique
  - 2.1. Céphalée nouvelle chez un patient qui n'a jamais eu auparavant ce type de céphalée
  - 2.2. Les céphalées récurrentes évoluant par crises répétées et stéréotypées
  - 2.3. Céphalées chroniques quotidiennes
  - 2.4. Céphalées circonstancielles
  - 2.5. Céphalées des « spécialistes »

La céphalée est un symptôme extrêmement fréquent, motif d'appel en urgence ou de consultation chez les médecins généralistes et les neurologues, qui s'intègre dans des tableaux cliniques très variés.

Certains de ces tableaux représentent une menace vitale ou fonctionnelle: ce sont les céphalées symptomatiques ou secondaires. Dans d'autres cas, la céphalée est dite primitive, sans substratum lésionnel, du moins avec les examens dont on dispose à l'heure actuelle. Ces céphalées se produisent souvent de manière récurrente, par crises. Si la vie ou le pronostic fonctionnel ne sont pas ici menacés, l'intensité de la douleur réclame un traitement rapide et efficace pour soulager le patient.

Les éléments essentiels du diagnostic sont l'interrogatoire et l'examen clinique, et il faut pour cela savoir consacrer beaucoup de temps à une première consultation.

L'International Headache Society (IHS) a publié en 1988 une « classification et critères diagnostiques des céphalées, névralgie crâniennes et douleurs de la face » qui est une référence incontestée dans ce domaine.

# I – CONDUITE DU DIAGNOSTIC CLINIQUE DEVANT UNE CEPHALEE

## 1.1. L'interrogatoire

Les céphalées diffèrent par leur mode d'installation, leur siège, leur type, leur intensité, leur mode évolutif, les facteurs qui les provoquent et ceux qui les améliorent, les signes d'accompagnement. L'interrogatoire, pièce maîtresse du diagnostic doit, méthodiquement, retrouver ces éléments.

### 1.1.1. Les caractéristiques de la douleur

- Depuis quand avez-vous mal à la tête ? (années, mois, jours, ...)
- Avez-vous mal tous les jours ?
- Vos maux de tête évoluent-ils par crises (périodes où vous avez mal, entrecoupées de périodes où vous ne ressentez rien, ou existe-t-il un fond douloureux continu) ?
- Avec quelle fréquence se produisent les crises: plusieurs par an, mois, jour ? - Pouvez-vous en évaluer le nombre ?
- Où siège votre douleur (unilatérale, diffuse ...) ?
- En combien de temps s'installe votre douleur ? (secondes, minutes, heures)
- A quoi ressemble votre douleur ? (pulsatile, continue, ...)
- Quelle est l'intensité de cette douleur sur une échelle de 0 à 10 ? (0 : pas de douleur, 10 : douleur insupportable)
- La douleur augmente-t-elle à l'exercice physique de routine ? (par exemple la montée des escaliers)
- Combien de temps dure votre douleur ? (seconde, minutes, heures, jours)
- Quels sont les facteurs qui peuvent déclencher cette douleur, l'aggraver ou au contraire l'améliorer ?

### 1.1.2. Les signes d'accompagnement

- La douleur est-elle accompagnée de **nausées ou vomissements** ?
- La douleur est-elle accompagnée d'une **gêne à la lumière, aux bruits** ?
- Avez-vous remarqué des signes accompagnant votre douleur tels qu'un **larmoiement, une rougeur de l'œil, un gonflement de la paupière** etc ?...
- La douleur est-elle déclenchée dans **certaines conditions** : contact, froid, chaud, ingestion de certaines substances, effort physique, coït, toux, etc. ?
- La douleur **gêne-t-elle** les activités quotidiennes ?
- **Retentissement** socioprofessionnel ?
- Réponse de la douleur à des **traitements essayés antérieurement**.

### 1.1.3. Existe-t-il d'autres types de maux de tête intriqués ?

- Pensez-vous avoir un ou plusieurs types de maux de tête ? (reprendre l'interrogatoire pour chaque type de maux de tête)

#### 1.1.4. Le patient

- **Age**
- **Antécédents médicaux**
- **Terrain** : grossesse, sportif, stress, tendance à prendre du poids ...
- **Médicaments associés**
- **Antécédents familiaux** de maux de tête, d'autres pathologies, notamment vasculaires

#### 1.2. Examen clinique

Il doit être complet, neurologique et général.

Sur le plan neurologique, il faut apprécier le niveau de conscience, l'orientation dans le temps et l'espace, rechercher un trouble du langage. Il faut rechercher un syndrome méningé, tester la motricité, l'équilibre, la sensibilité, notamment de la face, l'intégrité des nerfs crâniens, vérifier les réflexes ostéo-tendineux et cornéens, rechercher un signe de Babinski. Le fond d'œil recherche des signes d'hypertension intracrânienne, notamment un œdème papillaire.

Sur le plan général, évaluer les signes vitaux (T°, TA, pouls) et faire un examen somatique général, en particulier palper les globes oculaires, les sinus, les artères temporales.

Au décours de ce bilan clinique, on aura pu mettre en évidence des signes d'alarme (voir encart n° 1) incitant à prescrire des examens complémentaires.

#### Encart n° 1

##### SIGNES D'ALARME

##### Symptômes d'interrogatoire

- installation **brutale** d'une céphalée sévère
- aggravation progressive d'une céphalée permanente
- présence de signes associés :
  - somnolence, obnubilation, pertes de mémoire
  - altération de l'état général, amaigrissement
  - troubles visuels progressifs

##### Signes d'examen

- fièvre
- raideur de la nuque
- troubles neurologiques focalisés
- asymétrie des réflexes ostéotendineux, signe de Babinski
- œdème papillaire
- asymétrie pupillaire
- artère temporale dure et douloureuse à la palpation

Schématiquement, un bilan paraclinique s'impose dans 2 situations cliniques distinctes (voir encart n°2)

### Quand demander des examens complémentaires ?

Devant :

- Une céphalée de novo
- Une céphalée **différente** chez un céphalalgique connu

## II – ORIENTATION DIAGNOSTIQUE

Les céphalées sont de nature et de causes très diverses. On peut, de façon très pragmatique, distinguer 3 situations différentes, basées sur les circonstances de survenue et le mode évolutif de la céphalée :

- une céphalée nouvelle: toujours rechercher une céphalée symptomatique.
- une céphalée récurrente (qui survient par épisodes se reproduisant de manière identique dans le temps). Elles sont le plus souvent "primaires".
- une céphalée chronique quotidienne.

Nous envisagerons enfin des causes diverses, regroupées sous le terme de « céphalées des spécialistes », diagnostics souvent évoqués en pratique quotidienne, parfois avec excès.

### 2.1. Céphalée nouvelle chez un patient qui n'a jamais eu auparavant ce type de céphalées: ATTENTION

La céphalée est considérée comme nouvelle soit parce que le patient n'avait **jamais eu** de céphalées auparavant, soit parce qu'elle est **différente** des céphalées habituelles du sujet. Une céphalée nouvelle doit être considérée, jusqu'à preuve du contraire, comme symptomatique.

Le **mode de début** est un des principaux éléments d'orientation.

- **début brutal, en coup de poignard:**
  - Eliminer en priorité une hémorragie méningée
  - Rechercher les autres causes
- **début progressif:**
  - quelques **heures**: rechercher les signes associés (exemple: fièvre: méningite ?)
  - quelques **jours**: rechercher les signes neurologiques associés  
(en particulier, rechercher une hypertension intracrânienne débutante )
- **chez un sujet âgé** : toujours penser à la maladie de Horton.  
Bien entendu, le contexte clinique est un élément majeur d'orientation. Par exemple, les accidents vasculaires cérébraux, particulièrement les hématomes s'accompagnent fréquemment d'une céphalée. Les problèmes les plus difficiles se posent quand la céphalée est isolée ou s'accompagne d'autres signes discrets.

### **2.1.1. La céphalée est brutale et sévère « en coup de poignard »**

a) Penser en priorité à une **hémorragie méningée** et rechercher un syndrome méningé, même discret qui impose l'admission en urgence en milieu spécialisé. La présence d'une hyperdensité dans les espaces sous-arachnoïdiens sur un scanner sans injection ou, si le scanner est normal, la présence de chromoprotéines dans le LCS confirmeront ce diagnostic. L'angioscanner, l'angio-IRM voire l'artériographie cérébrale conventionnelle rechercheront un anévrisme intra-crânien.

**b) Les autres céphalées « en coup de poignard », rares mais constituant une menace vitale.**

- **Une thrombose veineuse cérébrale** peut se révéler par une céphalée brutale isolée. Le diagnostic est fait par l'IRM.
- **Une dissection artérielle**

### **2.1.2. La céphalée est d'installation progressive**

Cette phase d'installation est plus ou moins longue, en heures, jours ou semaines. Le contexte de survenue et les signes associés orientent la démarche diagnostique :

**a) En quelques heures :**

Une **hyperthermie** associée à un discret syndrome méningé évoquent une **méningite**. C'est une **URGENCE** diagnostique et thérapeutique. Elle nécessite une **ponction lombaire** en urgence.

**b) En quelques jours :**

- Une céphalée diffuse, permanente, exacerbée par le moindre effort physique et la position allongée, s'aggravant progressivement au fil des jours fait évoquer une **hypertension intracrânienne**. L'examen clinique recherche des signes neurologiques associés. L'examen du fond d'œil permet parfois de confirmer le diagnostic, mais sa normalité n'exclue pas le diagnostic. Le scanner permettra de mettre en évidence un volume expansif tumoral ou non tumoral : hématome sous-dural chronique (le traumatisme crânien a pu passer inaperçu), abcès, hydrocéphalie subaiguë....
- Attention aux méningites subaiguës ou décapitées qui peuvent évoluer de manière torpide (faire une PL au moindre doute si le scanner est normal)
- Eliminer une thrombose veineuse cérébrale (scanner et IRM)
- Rechercher d'autres causes :
  - **Une céphalée d'origine médicamenteuse** doit être évoquée de façon systématique, en recherchant une relation chronologique entre l'apparition de la céphalée et l'introduction d'une médication telle que dérivés nitrés ou vasodilatateurs.

- Une poussée **hypertensive brutale et sévère** (élévation de la pression diastolique supérieure à 25%) peut provoquer une céphalée aiguë. Il s'agit d'une étiologie **rare**. Par contre, l'hypertension artérielle chronique légère ou modérée n'entraîne pas de céphalées.

**c) Chez la personne âgée :**

⇒ Chez **la personne âgée**, une céphalée temporale permanente uni ou bilatérale doit faire rechercher une **maladie de Horton** : signes locaux de l'artérite temporale, altération de l'état général, VS très accélérée. Le diagnostic sera fait par la biopsie de l'artère temporale.

⇒ Les autres étiologies sont bien sûr aussi à rechercher.

**2.2. Les céphalées récurrentes évoluant par crises répétées et stéréotypées**

**Encart n°4**

- **Douleur accompagnée de nausées ou vomissements, de phono et photophobie:**
  - Migraine
- **Douleur sans signes accompagnateurs :**
  - Céphalée de tension épisodique
- **Douleurs très brèves dans le territoire d'un nerf sensitif:**
  - Névralgies
- **Douleurs accompagnées de signes dysautonomiques (larmoiement, injection conjonctivale, rhinorrhée ...etc):**
  - Algie vasculaire de la face
  - Hémicrânie paroxystique chronique

**2.2.1. Migraine (encart n° 5)**

Sa fréquence est de 12 % de la population générale, variant en fonction du sexe (3 femmes pour 1 homme) et de l'âge. A 40 ans, 1 femme sur 4 est migraineuse.

Le diagnostic de migraine est exclusivement clinique, reposant sur des critères stricts, internationalement reconnus.

Le diagnostic est facile chez un patient ayant déjà présenté des crises identiques. La douleur est intense, pulsatile, diffuse ou typiquement hémicranienne, augmentant au moindre effort et confinant le patient au lit. Les signes d'accompagnement sont caractéristiques : nausées et vomissements, source d'inconfort majeur. Le moindre bruit, une lumière trop vive sont insupportables. La crise dure habituellement quelques heures (de 4 à 72 heures sans traitement).

L'examen neurologique en crise s'avère normal.

**Critères de diagnostics de la migraine sans aura  
(classification IHS, 1988)**

- A. Au moins 5 crises répondant aux critères B à D
- B. Crises de céphalées durant de 4 à 72 h (sans traitement)
- C. Céphalées ayant au moins 2 des caractéristiques suivantes :
  - 1. unilatérale
  - 2. pulsatile
  - 3. modérée ou sévère
  - 4. aggravation par les activités physiques de routine, telles que montée ou descente des escaliers
- D. Durant les céphalées, au moins l'un des caractères suivants :
  - 1. nausée et (ou) vomissement
  - 2. photophobie et phonophobie
- E. Au moins l'un des caractères suivants :
  - 1. l'histoire, l'examen physique et neurologique ne suggèrent pas une céphalée secondaire à une affection organique
  - 2. ou bien ces affections ont été écartées par les investigations complémentaires
  - 3. ou bien elles existent mais les crises migraineuses ne sont pas survenues pour la première fois en relation temporelle étroite avec ces affections

Les problèmes de diagnostic se posent pour la première crise de migraine et il faut parfois faire un scanner cérébral et une PL pour éliminer les autres étiologies de céphalée telles qu'une méningite ou une hypertension intracrânienne.

Vingt pour cent des crises de migraine débutent (systématiquement ou de temps en temps) par une **aura**, visuelle le plus souvent : pendant 10 à 20 min, le sujet perçoit un scotome scintillant, dont les bords dessinent une ligne brisée pouvant s'élargir et se déplacer progressivement. Lorsque le trouble visuel s'estompe, la céphalée se déclenche.

D'autres types d'auras sont possibles :

- hémianopsie, flou visuel, phosphènes, illusions et déformations visuelles
- paresthésies unilatérales, prédominant à la main et à l'hémilèvre, déformations corporelles
- des troubles du langage

La migraine est habituellement une maladie bénigne. Entre les crises, le patient est normal. Certains migraineux, du fait de la fréquence et (ou) de la sévérité de leurs crises, peuvent être très handicapés sur le plan social et professionnel.

Exceptionnellement, il existe des formes graves de migraines. Il s'agit de diagnostics différentiels difficiles, de spécialistes et nécessitant toujours des examens complémentaires : migraine avec des signes neurologiques bilatéraux et des troubles de la conscience, migraine hémiplegique, migraine ophtalmoplégique, état de mal migraineux (au-delà de 72 h) et migraine compliquée, pouvant laisser des séquelles visuelles, sensitives ou motrices.

Le traitement de la crise de migraine repose après échec des antalgiques banals sur les anti-inflammatoires et les traitements spécifiques (dérivés de l'ergotamine et triptans). Les traitements de fond sont indiqués en cas de crises fréquentes : bêtabloquants (propranolol, métoprolol), anti-sérotoninergiques (pizotifène, oxétorone), anti-épileptiques (acide valproïque, topiramate), amitriptyline ...

### **2.2.2. Céphalée de tension épisodique**

Il s'agit de la plus banale des céphalées, que tout individu peut éprouver dans sa vie.

La céphalée est d'allure banale, diffuse, en casque, ou prédominant dans la région occipitale et cervicale haute, toujours bilatérale. Elle est décrite comme une pression, un serrement, parfois associée à des dysesthésies du cuir chevelu. Son intensité n'est jamais sévère, elle peut gêner les activités sans les arrêter. La douleur n'est pas aggravée par l'activité physique (au contraire, elle peut être améliorée). Elle ne s'accompagne ni de nausée, ni de vomissement, ni de photophobie. Par contre le patient peut présenter une gêne au bruit.

L'évolution se fait de manière épisodique, très variable (de 30 min à 7 jours, par définition moins de 15 jours par mois) avec des phases de rémission de plusieurs jours.

Les douleurs sont parfois associées à une contracture douloureuse des muscles du cou. Les facteurs déclenchant peuvent être un stress, des éléments dépressifs mais aussi des facteurs mécaniques (comme un travail longtemps soutenu dans la même position). Les périodes d'exacerbation sont rythmées par les conflits affectifs ou professionnels. Ce type de céphalées répond bien aux anxiolytiques, aux antidépresseurs tricycliques, à la relaxation et au biofeed back.

Le diagnostic de céphalée de tension ne doit pas être posé de façon abusive. L'examen neurologique et général doivent être rigoureusement normaux (bon nombre de processus expansifs sont d'abord considérés comme des céphalées de tension...). Un scanner cérébral doit être pratiqué au moindre doute. Il est nécessaire de surveiller étroitement ces patients sur le plan clinique.

Il existe une intrication fréquente chez le migraineux de crises de migraine et de céphalées de tension.

### **2.2.3. Céphalée avec signes dysautonomiques : Algie vasculaire de la face et formes apparentées**

#### ***a) L'algie vasculaire de la face***

Cette affection extrêmement douloureuse, touchant avec prédilection les hommes jeunes s'avère pourtant de diagnostic très facile. La douleur affecte un côté de la face, habituellement autour de l'oeil, d'intensité insupportable, et s'accompagne toujours du même côté de signes dysautonomiques caractéristiques (un larmoiement, une rougeur de la conjonctive, un gonflement de la paupière sont les signes les plus fréquents). Une autre caractéristique de la douleur est son évolution dans le temps : le patient souffre tous les jours et présente plusieurs crises par jour (en moyenne 2 à 3) qui durent habituellement moins d'une heure et surviennent souvent à heure fixe.

Il existe des formes épisodiques (les plus fréquentes) dans lesquelles le patient connaît des phases de rémission durant parfois plusieurs mois et des formes chroniques (20% des cas) où il n'existe pas de rémissions.

Le traitement des crises repose sur le sumatriptan injectable et l'inhalation d'oxygène. Le traitement de fond de première intention est le vérapamil.

#### Encart n°6

### CRITERES IHS Algie Vasculaire de la Face

- A. Au moins 5 crises remplissant les critères de B à D.
- B. Douleur située au niveau de l'orbite, de la région supraorbitaire, et/ou temporale, durant, non traitée, de 15 à 180 minutes
- C. La douleur s'accompagne d'au moins un des signes suivants qui doivent être présents du côté de la douleur :
  - 1- Injection conjonctivale.
  - 2- Larmolement.
  - 3- Congestion nasale.
  - 4- Rhinorrhée.
  - 5- Sudation du front et de la face.
  - 6- Myosis.
  - 7- Ptosis.
  - 8- Œdème de la paupière.
- D. Fréquence des crises de 1 un jour sur deux à 8 par jour.

#### ***b) L'hémicranie paroxystique chronique :***

Cette affection ressemble beaucoup à l'algie vasculaire. Les caractères distinctifs sont des crises plus courtes, plus nombreuses dans la journée (le plus souvent plus de 5/jour). Les signes dysautonomiques sont identiques. En fait, le caractère distinctif majeur est la réponse remarquable à l'indométacine (il s'agit d'un critère diagnostic retenu par L'IHS) et la résistance au sumatriptan.

#### **2.2.4. Névralgie du Trijumeau (Maladie de Trousseau)**

La douleur est paroxystique, brève, atroce, intolérable. Elle est décrite comme une douleur fulgurante à type « **décharge électrique** » ou de coup de poinçon. Elle survient le plus fréquemment chez la personne âgée avec une prédominance masculine.

Cette douleur siège dans le territoire d'une ou plusieurs branches du nerf trijumeau, le plus souvent dans la moitié inférieure de l'hémiface (V2 et/ou V3), les atteintes du V1 étant plus rares.

Cette névralgie débute habituellement par l'atteinte d'une seule branche. La crise est brève (quelques secondes à moins de 2 min) mais il peut exister de multiples accès dans la journée et souvent dans la nuit, déclenchés par une **zone gâchette**, siégeant dans le territoire douloureux. La douleur peut être déclenchée par la mastication, un frôlement de la peau, un courant d'air. Elle est habituellement suivie d'une brève phase d'inhibition permettant au patient de s'alimenter.

#### Encart n°7

#### Névralgie essentielle du trijumeau :

- A. Crises paroxystiques de douleurs de la face ou du front qui durent de quelques secondes à moins de 2 minutes.
- B. La douleur a au moins 4 des caractéristiques suivantes :
  1. Distribution selon une ou plusieurs branches du nerf trijumeau.
  2. Douleur dont le type est soudain, intense, aigu, superficiel, à type de coup de poignard ou de brûlure.
  3. Intensité sévère.
  4. Douleur provoquée par des zones gâchettes ou par certaines activités quotidiennes telles que manger, se laver, se brosser les dents.
  5. Entre les paroxysmes, le patient est asymptomatique.
- C. Pas de déficit neurologique.
- D. Les crises sont stéréotypées pour chaque individu.
- E. Exclusion des autres douleurs de la face par l'histoire, l'examen clinique ou des investigations spéciales si nécessaire.

Les névralgies sont le plus souvent dites **essentiels**, bien qu'elles soient souvent dues à un conflit vasculo-nerveux (artère cérébelleuse supérieure) au niveau de l'émergence du nerf trijumeau dans l'espace sous-arachnoïdien.

Il existe des névralgies trigéminales **symptomatiques** nécessitant un bilan clinique et paraclinique. La douleur est identique aux névralgies essentielles mais la symptomatologie se distingue soit par la persistance d'un fond douloureux entre les crises, soit par la présence d'anomalies à l'examen clinique. Les causes les plus fréquentes sont : sclérose en plaques, infarctus du tronc cérébral, tumeur de l'angle ponto-cérébelleux, syndrome de Sharp, maladie de Gougerot.

La névralgie du trijumeau répond habituellement bien aux anti-épileptiques.

### **2.3. Céphalées chroniques quotidiennes**

Il s'agit d'un problème majeur de santé publique, concernant, selon les estimations, 3 à 5 % de la population générale, soit 2 à 3 millions de français adultes. Les centres de consultations spécialisées dans les céphalées font état de 30 à 40 % de patients venant consulter pour des CCQ.

On estime qu'un patient présente des céphalées chroniques quotidiennes (CCQ), lorsqu'il souffre au moins 4 h par jour, plus de 15 jours par mois depuis au minimum 3 mois. La plupart de ces patients se plaignent en réalité de maux de tête quasiment tous les jours, depuis plusieurs années.

Les CCQ se présentent selon deux variétés cliniques principales : **la céphalée de tension chronique** et la **migraine transformée**. En fait, plus de trois quarts des CCQ surviennent chez des patients présentant initialement une maladie migraineuse tout à fait caractéristique (70 à 90 % des cas).

Deux facteurs principaux sont à l'origine de la transformation de céphalées épisodiques en céphalées quotidiennes chroniques :

- ***L'utilisation abusive d'antalgiques et/ou d'antimigraineux :***

Le migraineux ou le sujet présentant des céphalées de tension a remarqué que les traitements symptomatiques sont d'autant plus efficaces qu'ils sont pris tôt, peu après l'écllosion du mal de tête. Le traitement enrayer momentanément et de façon plus ou moins complète la céphalée, mais l'intervalle entre chaque prise médicamenteuse se raccourcit de plus en plus et les doses ingérées augmentent. Le patient se piège lui-même, prenant la médication dès la moindre alerte, puis peu à peu de façon quasiment préventive.

Tous les antalgiques sont concernés (caféine, paracétamol, aspirine, le dextropropoxyphène, la noramidopyrine, la codéine et autres opioïdes faibles, anti-migraineux spécifiques).

- ***Une co-morbidité psychiatrique***

La prise en charge thérapeutique implique un sevrage médicamenteux brutal et total, un traitement préventif avec des antidépresseurs tricycliques et un soutien psychologique pour éviter les rechutes à moyen ou long terme.

## **2.4. Céphalées circonstancielles**

Certaines céphalées ne se produisent que dans certaines circonstances précises, stéréotypées. Elles posent un problème diagnostique lors des premiers accès. Il est donc nécessaire d'avoir éliminer les autres causes de céphalées par des examens complémentaires adaptés : ex : une céphalée du coït doit faire éliminer une hémorragie méningée.

- céphalée bénigne à l'effort
- céphalée du coït
- céphalée du bandeau
- céphalée liée au froid
- céphalée à la toux

## **2.5. Céphalées des « Spécialistes »**

Les spécialistes ORL, ophtalmologues, stomatologues sont souvent sollicités pour tenter de dépister une cause locale à des céphalées.

**2.5.1. ORL : Une sinusite aiguë** peut entraîner des douleurs locales : elles concernent la région du sinus infecté qui est sensible à la palpation. La sinusite chronique, en revanche, ne déclenche pas de céphalées, sauf lors d'une poussée aiguë.

**2.5.2. Ophthalmologue** : Il en est de même pour le **glaucome aigu** qui entraîne une douleur oculaire ou rétro-oculaire, le globe étant dur et très sensible à la palpation. Le glaucome chronique en revanche ne donne pas de douleur oculaire.

Les troubles de la réfraction (hypermétropie, astigmatisme, presbytie ou port de lunettes inappropriées) peuvent provoquer des céphalées légères dans la région frontale ou au niveau des yeux. La douleur est absente au réveil et s'aggrave à l'occasion des tâches visuelles prolongées. Les troubles de l'accommodation, hétérophorie ou hétérotropie peuvent donner le même type de céphalées qui ont de plus la particularité d'être améliorées en fermant un oeil. La fréquence de ces céphalées est cependant largement surestimée.

**2.5.3. Les affections dentaires** causent habituellement des douleurs faciales et rarement des céphalées.

**2.5.4. Le dysfonctionnement de l'articulation temporo-maxillaire** provoque une douleur de la mâchoire déclenchée par le mouvement ou le serrement des dents ; elle s'accompagne de craquements et d'une diminution d'amplitude des mouvements de la mâchoire.

### **CEPHALEE AIGUE ET CHRONIQUE POINTS FORTS**

- Les « maux de tête » constituent un des grands motifs de consultation. Leur cause va de la plus banale à la plus grave.
- L'élément essentiel de la consultation d'un céphalalgique est l'interrogatoire. Mais il ne suffit pas : l'examen clinique, neurologique et général, doit obligatoirement lui faire suite.
- L'orientation diagnostique et le degré d'urgence dépendent en grande partie du mode d'installation et de l'ancienneté de la céphalée.
- Une céphalée d'apparition récente doit toujours faire éliminer une cause secondaire.
- Attention à une céphalée nouvelle chez un céphalalgique chronique.

### **CEPHALEE AIGUE ET CHRONIQUE LES PIEGES A EVITER**

- Ne pas prendre en considération une céphalée d'apparition récente.
- Banaliser la transformation d'une céphalée chez un céphalalgique chronique.
- Etiqueter migraine ou céphalée de tension une céphalée symptomatique:
- Rattacher une céphalée à des affections courantes réputées à tort « céphalogènes » comme l'hypertension artérielle chronique, la sinusite chronique ou l'arthrose cervicale.