

Céphalées de tension

Hélène Massiou

Hôpital Lariboisière, Paris

Céphalée de tension : une maladie hétérogène

- **La plus fréquente des céphalées primaires**
- **Diagnostic basé sur l'interrogatoire**
- **Manque de spécificité des critères diagnostiques**
- **Céphalées de tension épisodiques (CTE)**
 - **Rarement motif de consultation**
- **Céphalées de tension chroniques (CTC)**
 - **Handicap important**
 - **Impact socio-économique majeur**

Critères diagnostiques de l'IHS (2004)

- **La céphalée dure de 30 minutes à 7 jours**
- **Au moins 2 des caractéristiques suivantes sont présentes:**
 - Localisation bilatérale
 - Douleur à type de pression ou de serrement (non pulsatile)
 - Intensité faible à modérée
 - Pas d'aggravation par l'activité physique de routine
- **Les 2 caractéristiques suivantes sont présentes:**
 - Pas de nausées ni de vomissements (une inappétence peut être présente)
 - Au maximum 1 des caractéristiques suivantes est présente: photophobie ou phonophobie
- **Non attribuée à une autre pathologie**

CT épisodique et chronique

- **CT épisodique**
 - Peu fréquente
 - <1 jour/ mois (<12 jours / an)
 - Fréquente
 - ≥ 1 jour/mois mais < 15 jours / mois sur les 3 derniers mois minimum
- **CT chronique**
 - ≥ 15 jours / mois sur 3 mois minimum (≥ 180 jours / mois)
 - La céphalée peut durer quelques heures ou être continue
 - Les 2 caractéristiques suivantes sont présentes:
 - Au maximum 1 des 3 caractéristiques suivantes est présente: photophobie, phonophobie ou faibles nausées
 - Absence de nausées modérées ou sévères et de vomissements

CT associées ou non à une sensibilité péricranienne accrue

- **Sensibilité péricranienne:**
 - Palpation manuelle en exerçant de petits mouvements de rotation et une faible pression avec l'index et le majeur sur les muscles frontal, temporal, masséter, ptérygoidien, SCM, splénius et trapèze
 - Score local de 0 à 3 pour chaque muscle, score total: moyenne des scores locaux
- **La majorité des formes chroniques et fréquentes ont une sensibilité péricranienne accrue**
- **Intérêt de cette subdivision?**
 - Présentation clinique, anomalies physiopathologiques, réponse aux thérapeutiques ne diffèrent pas entre les 2 sous-groupes

Mode évolutif des céphalées de tension

- **La grande majorité des CTC surviennent chez des patients souffrant initialement de CTE, qui deviennent de + en + fréquentes**
- **Cette évolution est souvent liée à un abus médicamenteux de traitements de crise.** Le diagnostic de CTC ne peut être affirmé que si la céphalée persiste > 15 jours/ mois dans les 2 mois suivant le sevrage
- **Céphalée quotidienne d'emblée (IHS 4.8)**
 - Installation en moins de 3 jours
 - Caractères d'une C de T chronique
 - Pas d'ATCD de céphalées
 - Diagnostic d'élimination

Epidémiologie des CT

- **Prévalence vie entière**
 - CTE: 79%
 - CTC: 3%
- **2 femmes pour 1 homme**
- **La prévalence des CTE diminue avec l'âge, celle des CTC augmente, traduisant l'évolution de certaines CTE vers une CTC**
- **Comorbidité**
 - Migraine
 - Troubles de l'humeur, dépression +
 - Fibromyalgie
- **CTC**
 - Altération de la Q de V plus importante que dans la migraine
 - Cause importante d'absentéisme et de baisse de rendement au travail

Les difficultés diagnostiques

- **CT et Migraine**
 - Des critères diagnostiques en miroir
 - Les CT peuvent avoir des caractéristiques de migraine
 - Association CT et Migraine
- **Céphalées d'origine cervicale**
- **CTC**
 - Céphalées secondaires
 - Céphalée par abus médicamenteux

Migraine Sans Aura / IHS (2004)

- A. Au moins 5 crises remplissant les critères B-D**
- B. Crises de céphalée durant 4 à 72 heures**
- C. Céphalée ayant au moins 2 des caractères suivants:**
 - Unilatéralité
 - Pulsatilité
 - Intensité modérée à sévère
 - Aggravation par l'effort physique (monter les escaliers)
- D. Céphalée associée à au moins un des symptômes suivants:**
 - Nausées et/ou vomissements
 - Photophobie et phonophobie
- E. Non attribuée à une autre affection**

Céphalées de tension et migraine

- **CT et caractéristiques de migraine**
 - Pulsatilité: 18%
 - Unilatéralité: 10 %
 - Aggravation par l'activité physique: 28 %
 - Nausées: 4%
 - Photophobie: 11 %
- **Association CT et migraine**
 - Comorbidité fréquente
 - Certains migraineux distinguent les CTE et migraine dès le début de la céphalée
 - D'autres ont des crises qui commencent toutes comme des CTE, certaines sont des migraines, d'autres des CTE

Céphalée de tension ou céphalée d'origine cervicale?

- **Diagnostic de céphalée d'origine cervicale**
 - Critères controversés
 - Un tableau de céphalée non spécifique: migraine, céphalée de tension
 - Conviction individuelle
 - Prévalence: 0-80 % des céphalalgiques, lié à l'hétérogénéité des critères diagnostiques
- **Notre position**
 - Céphalée unilatérale
 - Toujours déclenchée par certains mouvements ou certaines positions de la tête
 - Eventuel ATCD de coup du lapin

Diagnostic différentiel des CTC

- **Installation récente et rapide d'une céphalée quotidienne ayant les caractères d'une CTC**
 - Investigations(imagerie, PL...) pour écarter
 - POE
 - HIC idiopathique
 - Méningite
 - Sinusite (sphénoïdale ++)
 - Etiologie OPH
- **Evolution progressive, sur plusieurs années, de CTE vers une CTC:**
 - Pas d'investigations

Céphalée chronique par abus médicamenteux (1)

- **Céphalée primaire: Migraine ou CT**
 - Contexte de stress, dépression
 - Augmentation de la fréquence des crises et des prises de traitements de crise
- **Evolution vers une céphalée chronique, > 15 jours/ mois**
- **Abus médicamenteux / critère IHS**
 - > 15 jours mois d'antalgiques simples ou AINS
 - > 10 jours mois de codéinés, antalgiques combinés, triptans ou ergotamine
- **Abus: problématique souvent méconnue du patient ... et parfois du médecin**
 - A rechercher systématiquement
 - Intérêt d'un calendrier des céphalées et des prises médicamenteuses

Céphalée chronique par abus médicamenteux (2)

- **Résistance aux traitements de fond**
- **Sevrage**
 - Céphalée de sevrage, souvent sévère, durant 2 – 10 jours
 - Amitriptyline, en externe ou hospitalisation
- **2 mois après le sevrage**
 - Retour à une céphalée épisodique : confirme que la céphalée chronique était liée à l'abus médicamenteux
 - Persistance d'une céphalée chronique : diagnostic de CTC ou migraine chronique

Physiopathologie

- **Origine périphérique : muscle et fascia**
 - Rôle prépondérant dans les CTE
- **Origine centrale: mécanismes centraux du contrôle de la douleur**
 - Rôle prépondérant dans les CTC

Physiopathologie (1)

- **Activité musculaire et métabolisme**
 - EMG
 - Débit sanguin et taux de lactate durant l'exercice dans le trapèze
 - Médiateurs de l'inflammation aux points sensibles du trapèze
 - Absence d'augmentation d'activité EMG , pas de désordre métabolique ni d'inflammation des muscles péricraniens dans les CTC
- **Neurotransmetteurs**
 - Hypersensibilité au NO dans les CTC
 - Augmentation de metenképhaline dans le LCR dans CTC

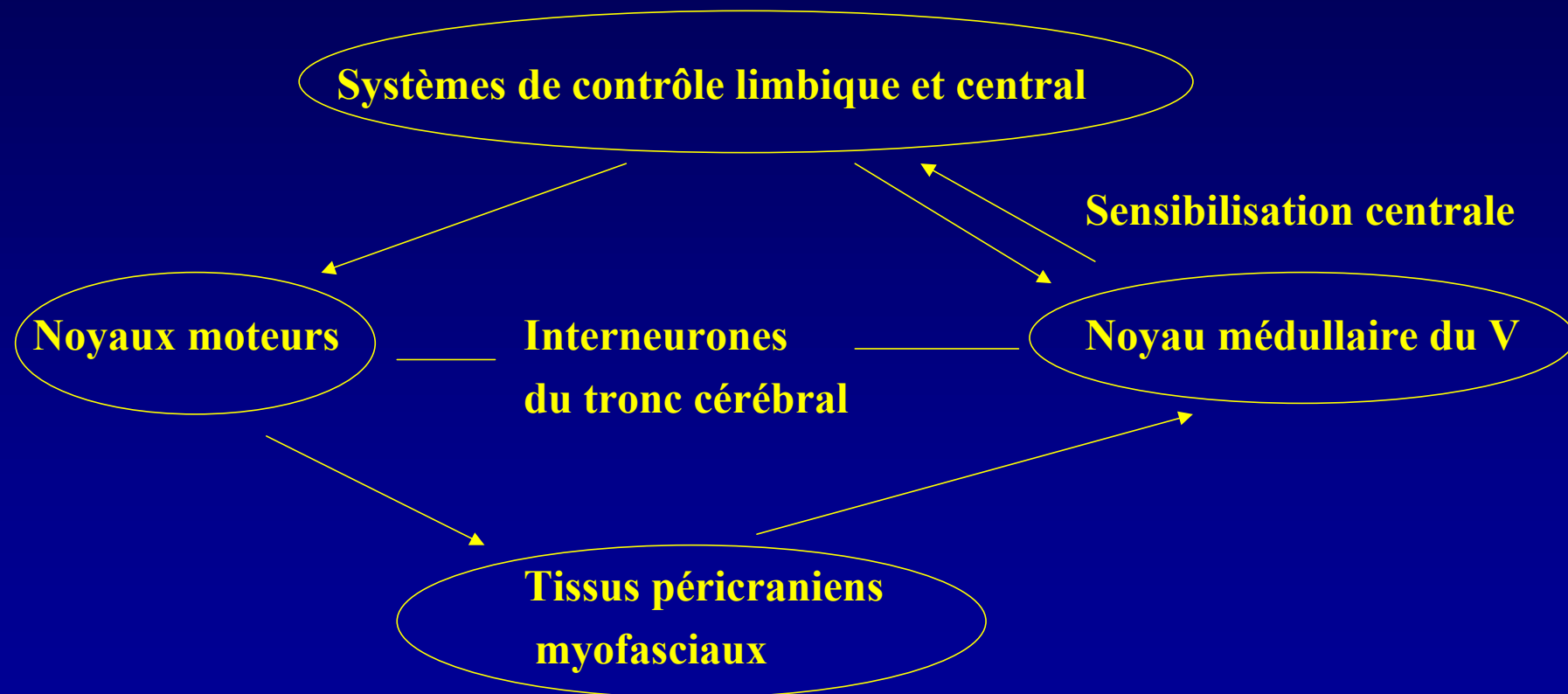
Physiopathologie (2)

- **Sensibilité péricranienne à la palpation manuelle:**
 - Anomalies qualitatives dans les CTC
- **Seuils douloureux à la pression / algomètre**
 - Diminués dans les CTC
- **Anomalies des réflexes nociceptifs dans les CTC**
 - En faveur d'une sensibilisation centrale des neurones de 2^{ème} ordre des voies trigéminales

Facteurs psychologiques et génétiques

- **Scores de dépression augmentés dans les CTC**
 - Cause ou conséquence?
 - Arguments en faveur du rôle pathogénique de l'humeur dépressive / CTE
- **CTC**
 - Associée à des événements stressants répétés, plutôt qu'à des stress majeurs ponctuels
- **Génétique**
 - 1 étude: risque familial accru

Modèle physiopathologique de la céphalée de tension (d'après Olesen et Schoenen, 1999)



Tentative de synthèse

- **Un épisode de CTE**
 - Chez un sujet normal
 - Stress physique (ex : mauvaise position de travail) ou psychologique
 - influx nociceptif provenant de la périphérie
 - anomalie transitoire de la modulation nociceptive
 - risque augmenté chez un dépressif
- **Evolution vers la CTC**
 - Épisodes $\overrightarrow{\text{répétés}} \pm$ sensibilisation centrale
 - Les mécanismes émotionnels via le système limbique augmentent la tension musculaire et réduisent l'activité du système antinociceptif endogène

Traitement des CT

- **CTE**
 - Traitements de crise
 - Si > de 8 jours/ mois, ajout traitement de fond, afin d'éviter le passage à une céphalée par abus médicamenteux
- **CTC**
 - Traitement de fond

Traitements de crise des CTE

- **AINS: les + efficaces dans les essais contrôlés**
 - Ibuprofène 400-800 mg
 - Naproxène 550- 825 mg
 - Kétoprofène 50 mg
 - Disparition de la douleur à 2 heures : environ 30 %
- **Aspirine 500 ou 1000 mg, Paracetamol 500 ou 1000 mg**
 - > placebo
 - Moins efficaces que les AINS
- **Ajout caféine**
 - Augmente l'efficacité chez certains patients
 - Mais risque accru d'évolution vers une céphalée par abus médicamenteux
- **Baume du tigre, huile de menthe poivrée**
- **Myorelaxants**
 - Pas de preuve d'efficacité

Traitements de fond médicamenteux (1)

- **Tricycliques**

- 1^{ère} intention
- Peu d'études contrôlées, pb méthodologiques
- Amitriptyline le + utilisé
 - 25 mg le soir, atteint progressivement
 - 75-100 mg dans les CTC
 - Effet sur la céphalée partiellement indépendant de l'effet antidépresseur
 - Effets secondaires: prise de poids, somnolence, effets anticholinergiques
 - Si efficace, tt de 6 mois puis diminution très progressive

Traitements de fond médicamenteux (2)

- **IRSS**

- Pas d'efficacité prouvée dans les essais contrôlés
- A essayer si
 - État dépressif associé
 - CI aux tricycliques (adénome prostatique, glaucome, surcharge pondérale)
 - Echech des tricycliques

- **Toxine botulique**

- Paraissait efficace dans des études en ouvert
- Absence de supériorité / placebo dans plusieurs études contrôlées

Traitements non pharmacologiques

- **Techniques psychologiques et comportementales**
 - Relaxation et bio-feedback musculaire
 - Programmes de gestion du stress
 - Effet plus lent à obtenir qu'avec tt pharmacologique, amélioration plus durable
- **Autre traitements**
 - Médecine physique (massages, physiothérapie, manipulations...)
 - Absence d'efficacité démontrée dans les CTC
 - Utile dans les épisodes aigus
 - **Acupuncture**
 - Efficacité?
 - **Traitements des DTM**
 - Grande fréquence des malocclusions, lien avec les CT non prouvé
 - Réservés aux patients qui ont des signes spécifiques de DTM

Prise en charge pratique des CT

- **S'assurer du diagnostic**
 - Critères peu spécifiques, éliminer une céphalée secondaire
- **Facteurs de comorbidité**
 - Dépression
 - Migraine
 - Abus d'antalgiques
- **Traitements**
 - AINS pour les CTE
 - Tt de fond pour CTE > 8 jours/ mois et CTC
 - Associer relaxation et tricycliques
 - Prise en charge multidisciplinaire