



Conseil Scientifique
Domaine de la Santé

APPROCHE CLINIQUE ET RÔLE DE L'IMAGERIE MÉDICALE DANS LES CÉPHALÉES AIGUËS ET CHRONIQUES NON- TRAUMATIQUES

**RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE –
VERSION LONGUE**

2 0 2 2

TABLE DES MATIÈRES

Approche clinique et rôle de l'imagerie médicale dans les céphalées aiguës et chroniques	
non-traumatiques	1
Table des matières	2
Abréviations	3
Messages clés	4
1. Introduction	6
2. Céphalées primaires	6
2.1 Migraine	7
2.2 Céphalées de tension	8
2.3 Céphalées trigémino-autonomiques (CTA)	9
2.3.1 Algie vasculaire de la face (ou céphalées en grappe, ou un cluster headache)	9
2.3.2 Hémicrânie paroxystique	9
2.3.3 Crises d'allure névralgique unilatérales de courte durée	10
2.3.4 Hemicrania continua	10
2.4 Céphalées chroniques quotidiennes (CCQ) (5)	10
2.4.1 Facteurs associés aux CCQ :	11
2.5 Autres céphalées primaires	11
3. Démarche diagnostique en cas de céphalée	11
3.1 Interrogatoire (1) (Accord professionnel HAS)	12
3.2 Examen physique	12
3.3 Signes d'alerte (Red Flags), nécessitant des investigations supplémentaires (6) :	12
3.4 Recommandation de prescriptions d'imagerie médicale	13
4. les grades de recommandation du Conseil scientifique	16
5. Les niveaux d'évidence scientifiques :	16
6. les Grades des recommandations de LA Haute Autorité de Santé en France (has) :	16
6. Bibliographie	17
7. Groupe de travail	19
8. Annexe 1 : Règle d'Ottawa	20

ABRÉVIATIONS

ARM: Angiographie par résonance magnétique

AVF : Algie vasculaire de la face

CCQ: Céphalées chroniques quotidiennes

CS: Conseil scientifique

CTA: Céphalées trigémino-autonomiques

EEG: Electroencéphalographie

EFNS: European Federation of the Neurological Societies

EP: Evoked potentials (EP)

ESMO: European society for medical oncology

HAS: Haute Autorité de Santé

HSA: Hémorragie sous-arachnoïdienne

ICHD: International Classification of Headache Disorders

IHS: International Headache Society

IRM : Imagerie par résonance magnétique

LIH: Luxembourg Institute of Health

PET: positron emission tomography

SPECT: Single-photon emission computerized tomography

SUNCT : **S**hort-lasting **U**nilateral **N**euralgiform headache with **C**onjunctival injection and **T**earing

SUNA : Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with cranial autonomic symptoms)

TDM: Tomodensitométrie

MESSAGES CLÉS

1. Déterminer si la céphalée est primaire ou secondaire.
2. Lors de la première consultation, il est recommandé de demander au patient de tenir un agenda de ses céphalées précisant leur date de survenue, leur durée et les médicaments utilisés. Il existe également des applications de suivi des maux de tête qui permettent de répertorier leur fréquence, leur caractère et leurs déclencheurs probables (Accord d'experts CS).
3. Au cours de céphalées primaires, les explorations complémentaires, notamment l'imagerie de la tête et du cou, sont inutiles lorsque les crises sont anciennes et reconnues comme habituelles par le patient. (1)
4. Au cours de céphalées secondaires, les signes d'alerte doivent être systématiquement recherchés (Accord professionnel HAS). (1)
5. La radiographie crânienne conventionnelle n'est pas indiquée en cas de suspicion de céphalées (Accord d'experts CS).
6. L'imagerie cervicale n'est pas indiquée dans la mise au point des céphalées non-traumatiques (Accord d'experts CS).
7. L'IRM est un examen de choix pour détecter des anomalies intracrâniennes. L'IRM doit être préférée par rapport à la TDM (scanner) à cause de sa meilleure sensibilité et pour limiter l'exposition des patients aux rayonnements ionisants. (Grade A HAS/SFR) (2).
8. Pour les céphalées aiguës brutales (suspicion d'une hémorragie récente), la TDM devient la méthode de choix à cause de sa rapidité et disponibilité (Grade A HAS/SFR) (2).
9. Une question clinique clairement formulée est essentielle pour guider le radiologue dans l'exécution ciblée de l'examen demandé car la sensibilité de l'IRM pour les différentes pathologies dépend des séquences choisies (Accord d'experts CS).

10. Le clinicien doit décider au cas par cas si des examens complémentaires sont nécessaires et, le cas échéant, quels examens sont appropriés pour établir le diagnostic (Accord d'experts CS). Il existe un risque de fausse réassurance par une imagerie normale, comme par exemple lors d'affections inflammatoires (auto-immunitaires ou infectieuses), d'hypertension artérielle, d'hémorragie méningée peu abondante ou de méningite carcinomateuse. Dans ces cas, d'autres examens pourront aider à établir un diagnostic.
11. Il est préférable de communiquer le résultat d'imagerie normale à un patient céphalalgique par une phrase comme par exemple « L'image est rassurante et elle ne donne pas d'explication pour vos maux de tête ». C'est psychologiquement et déontologiquement plus correct qu'une phrase comme : « Vous n'avez rien ».

1. INTRODUCTION

Plus de 90% des céphalées rencontrées en pratique médicale sont dites « primaires », c'est-à-dire sans mise en évidence d'une anomalie contributive aux examens complémentaires. Cependant, la recherche soigneuse d'une origine secondaire (causée par une affection sous-jacente potentiellement grave) est indispensable avant de conclure à une céphalée primaire. (3)

La société internationale de céphalées (International Head ache Society, IHS) a établi une classification des maux de tête (International Classification of Head ache Disorder, ICHD) qui a trouvé rapidement un haut degré d'acceptation au niveau mondial ; avec la première version publiée en 1988, la deuxième en 2004 et la troisième version (ICHD-3) en 2018. (4)

La majorité des céphalées est constituée par les céphalées primaires. L'intensité d'une céphalée n'est pas corrélée à sa gravité. Une céphalée primaire peut être extrêmement invalidante, mais ne présente pas de risque essentiel en elle-même. L'important est donc de repérer une céphalée secondaire afin de mettre en place un traitement adapté, parfois urgent. (1)

Les objectifs de cette recommandation sont :

- 1) Rappeler la définition de céphalées selon les critères de la troisième version de la Classification Internationale des Céphalées (ICHD-3).
- 2) Rechercher des symptômes et des signes d'alerte / red flags suspects de céphalée secondaire.
- 3) Argumenter la prescription d'imagerie médicale dans la démarche diagnostique de céphalées non-traumatiques.

2. CÉPHALÉES PRIMAIRES

Quatre diagnostics représentent la très grande majorité des céphalées primaires : céphalées de tension (prévalence annuelle : 65%), migraine (environ 15% des céphalées primaires), algie vasculaire de la face (AVF) ou cluster headache (prévalence annuelle <1%), céphalées quotidiennes chroniques. (3)

Quels sont les éléments cliniques spécifiques des principales céphalées primaires ?

Les critères cliniques sont ceux définis dans l'ICHD-3. Les principaux éléments sont résumés dans le Tableau 1.

	Migraine	Céphalée de tension	Algie vasculaire de la face
Durée	4 à 72 heures	30 min à 7 jours	15 min à 3 heures
Siège	Le plus souvent unilatéral	Bilatéral	Unilatéral
Intensité	Modérée à sévère	Légère à modérée	Très sévère

Type	Souvent pulsatile	Compression, étou	Arrachement, broiement
Signes d'accompagnement	Nausées, vomissement, photo- et phonophobie	Pas de nausées ou de vomissements. Photo- et phonophobie possible, mais pas les deux	Signes autonomiques homolatéraux, agitation
Impact de l'effort physique	Aggravation	Pas de changement	Pas de changement
Nombre des crises antérieurs	≥ 5	≥ 10	≥ 5

Tableau 1 : Principaux éléments cliniques pour les diagnostics de migraine, céphalée de tension et algie vasculaire de la face. (1)

2.1 Migraine

La migraine touche 11% de la population avec un ratio de 3 femmes pour 1 homme. Plus de 80% des patients migraineux présentent leur première crise avant l'âge de 30 ans. La fréquence des crises est très variable ; elle diminue avec l'âge et, souvent, durant la grossesse. (3)

Selon la classification ICHD-3, la migraine est subdivisée en 4 entités cliniques:

1. Migraine sans aura : la plus fréquente
2. Migraine avec aura : 15-20% des patients migraineux
 - 2.1 Migraine avec aura typique
 - 2.2 Migraine avec aura du tronc cérébral
 - 2.3 Migraine hémiplégique
 - 2.4 Migraine rétinienne
3. Migraine chronique
4. Complications de la migraine :
 - 4.1 État de mal migraineux
 - 4.2 Aura persistante sans infarctus
 - 4.3 Infarctus migraineux
 - 4.4 Crise épileptique déclenchée par une aura migraineuse

Migraine sans aura

- A.** Au moins 5 crises remplissant les critères suivant :
- B.** Durée 4-72 heures (sans traitement)
- C.** ≥2 caractéristiques suivantes :
- 1. Localisation unilatérale**
 - 2. Caractère pulsatile**
 - 3. Intensité modérée ou sévère**
 - 4. Aggravation par les activités physiques simples (p.ex. monter les escaliers)**

<p>D. Durant les céphalées, ≥ 1 caractère suivant :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. nausées et/ou vomissements 2. photophobie et phonophobie <p>E. Non attribuable à une autre affection</p>
Migraine avec aura
<p>A. Au moins 2 crises remplissant les critères suivant :</p> <p>B. ≥ 1 des symptômes est présent dans l'aura : visuels, sensitifs, parole et/ou langage, moteurs, tronc cérébral, rétiniens</p> <p>C. Au moins 3 des 6 caractéristiques suivantes concernent ces symptômes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ≥ 1 symptôme se développe en 5 minutes 2. ≥ 2 symptômes différents de l'aura se succèdent 3. Chaque symptôme dure 5-60 minutes 4. ≥ 1 symptôme de l'aura est unilatéral 5. Au moins 1 symptôme de l'aura est présent 6. L'aura est accompagnée ou suivie d'une céphalée dans les 60 minutes <p>D. Non attribuable à une autre affection (notamment AIT exclus)</p>

Tableau 2 : Critères diagnostiques des migraines. (4)

2.2 Céphalées de tension

Les céphalées de tension se classent en types « peu fréquent », « fréquent » et « chronique » selon les critères ci-dessous. Classiquement, les douleurs peuvent impliquer les muscles frontaux, péricrâniens, occipitaux et s'accompagnent de tension des muscles paracervicaux et des trapèzes. Les facteurs déclenchants sont multiples : stress physique/psychique, conditions météorologiques, ... (3)

Céphalées de tension
<p>A. 3 types :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Type « peu fréquent » : au moins 10 épisodes de céphalées survenant en moyenne < 1 jour/mois (soit < 12 jours/ an), 2. Type « fréquent » : 1 à 14 épisodes par mois, 3. Type « chronique » : > 15 épisodes par mois, <p>B. Durée des céphalées : 30 minutes - 7 jours</p> <p>C. ≥ 2 caractéristiques suivantes sont présentes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Localisation bilatérale 2. Constrictives, pesantes, non pulsatiles 3. Intensité légère à modérée 4. Pas d'aggravation par l'activité physique simple (marcher, monter les escaliers,...)

<p>D. Présence des 2 caractéristiques suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pas de nausées, pas de vomissements (anorexie possible)2. Pas de photo-/phonophobie (ou seulement 1 des 2) <p>E. Non attribuable à une autre affection</p> <p>Remarque : une céphalée de tension épisodique peut être évoquée (avec moins de certitude) si <10 épisodes par an</p>

Tableau 3 : Critères diagnostiques des céphalées de tension. (4)

2.3 Céphalées trigémino-autonomiques (CTA)

Les céphalées trigémino-autonomiques (CTA) ont en commun une céphalée unilatérale et des signes autonomiques parasympathiques importants ipsilatéraux à la céphalée. L'imagerie fonctionnelle suggère que ces syndromes activent un réflexe trigémino-parasympathique normal, avec des signes cliniques de dysfonctionnement sympathique facial secondaire.

Selon la classification ICHD-3, il existe quatre types de CTA :

2.3.1 Algie vasculaire de la face (ou céphalées en grappe, ou un cluster headache)

- présente moins de 1% des céphalées primaires
- touche 6 hommes pour 1 femme
- épisodique ou chronique (>1 an avec <14 jours consécutifs sans douleur)
- 2/3 répondent à l'oxygénothérapie (O₂ 100%, 10-15l/min pendant 15min.) (1)

Algie vasculaire de la face (AVF)

<p>A. Au moins 5 crises remplissant les critères B à E.</p> <p>B. Douleurs (supra-) orbitaires et/ou temporales durant 15-180 minutes si non traitées.</p> <p>C. Avec au moins 1 des caractéristiques suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Injection conjonctivale et/ou larmolement ipsilatéraux2. Congestion nasale et/ou rhinorrhée ipsilatérales3. Œdème palpébral ipsilatéral4. Sudations du front ou de la face ipsilatérales5. Myosis et/ou ptose palpébrale ipsilatéraux6. Impatience ou agitation <p>D. Fréquence variable (de 1x/2 jours à 8x/jour)</p> <p>E. Non attribuable à une autre affection</p>

Tableau 4 : Critères diagnostiques des céphalées en grappe. (4)

2.3.2 Hémicrânie paroxystique

Crises de douleur sévère, strictement unilatérale, orbitaire, susorbitaire, temporale ou touchant une combinaison de ces différents sites, durant 2 à 30 minutes et

survenant plusieurs fois par jour à une fréquence variable. Les crises sont généralement associées du même côté à une injection conjonctivale, un larmoiement, une congestion nasale, une rhinorrhée, une sudation frontale et faciale, un myosis, un ptosis et/ou un œdème palpébral. Contrairement à l'algie vasculaire de la face, il n'y a pas de prédominance masculine. Elle débute habituellement à l'âge adulte, bien que des cas dans l'enfance aient été rapportés. (3)

2.3.3 Crises d'allure névralgique unilatérales de courte durée

Crises de céphalée modérée à sévère, strictement unilatérale, durant quelques secondes à quelques minutes, survenant au moins une fois par jour et habituellement associée à un larmoiement et une rougeur importants de l'œil ipsilatéral.

2.3.3.1: SUNCT (Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache with Conjunctival injection and Tearing). Crises d'allure névralgique unilatérales de courte durée avec injection conjonctivale et larmoiement

2.3.3.2: SUNA (Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with cranial autonomic symptoms). Crises d'allure névralgique unilatérales de courte durée avec signes autonomiques crâniens

2.3.4 Hemicrania continua

Céphalée persistante, strictement unilatérale, associée du même côté à une injection conjonctivale, un larmoiement, une congestion nasale, une rhinorrhée, une sudation frontale et faciale, un myosis, à un ptosis et/ou à un œdème palpébral et/ou à une sensation d'impatience ou une agitation motrice.

2.4 Céphalées chroniques quotidiennes (CCQ) (5)

Les CCQ constituent un ensemble hétérogène défini par la présence de céphalées plus de 15 jours par mois et plus de 4 heures par jour en l'absence de traitement, depuis plus de 3 mois, sans substratum lésionnel ou symptomatique.

Il s'agit le plus souvent d'une céphalée initialement épisodique – migraine ou céphalée de tension – qui évolue vers une céphalée chronique, sous l'influence notamment de surconsommation médicamenteuse et de facteurs psychopathologiques.

En 2004, la HAS mentionne que 3 % des adultes de plus de 15 ans présentent des céphalées chroniques quotidiennes. Cette prévalence est plus élevée chez les femmes (ratio 3/1) (grade C de la HAS)

Dans les populations issues de consultations spécialisées dans la prise en charge des céphalées, 60 à 80 % des patients souffrant de CCQ auraient une surconsommation médicamenteuse (grade C de la HAS).

La qualité de vie des patients souffrant de CCQ est altérée. Le handicap décrit par les patients souffrant de CCQ est plus important que celui des patients migraineux (grade C de la HAS).

Trois tableaux cliniques différents sont possibles :

- les céphalées ont les caractéristiques sémiologiques de la migraine ;

- les céphalées ont les caractéristiques sémiologiques de céphalées de tension ;
- il existe un fond céphalalgique permanent auquel s'ajoutent des crises d'allure migraineuse.

2.4.1 Facteurs associés aux CCQ :

1. Surconsommation médicamenteuse.

Tous les traitements de crise peuvent être en cause. Les molécules les plus utilisées en cas de CCQ par surconsommation médicamenteuse sont : le paracétamol, la caféine, la codéine, les triptans et leur combinaison. D'autres abus peuvent être associés, notamment un abus en hypnotiques et tranquillisants (benzodiazépines) (grade C). (5)

2. Facteurs psychopathologiques

- Troubles anxieux et dépressifs
- Addictions
- Troubles de la personnalité
- Evènements de vie

3. Autres facteurs :

- Facteurs hormonaux : la ménopause
- Facteurs musculo-squelettiques (facteurs posturaux, facteurs traumatiques, dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire, etc.)

2.5 Autres céphalées primaires

- Céphalée primaire induite par la toux
- Céphalée primaire d'effort
- Céphalée primaire liée à l'activité sexuelle
- Céphalée primaire en coup de tonnerre
- Céphalée induite par le froid
- Céphalée induite par une pression externe
- Céphalée primaire en coup de poignard
- Céphalée nummulaire
- Céphalée hypnique
- Céphalée chronique persistante de novo

3. DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE EN CAS DE CÉPHALÉE

En médecine de premier recours, les céphalées sont le plus souvent primaires ou dues à une infection des voies respiratoires supérieures. Lors de la première consultation, il est

opportun de demander au patient de tenir un agenda de ses céphalées précisant leur date de survenue, leur durée et les médicaments utilisés. (cf. Annexe 1)

La recherche de symptômes et de signes d'alerte suspects de céphalée secondaire est cependant indispensable. Les arguments les plus importants dans l'établissement du diagnostic d'une céphalée sont l'interrogatoire et l'examen clinique neurologique. En plus des questions habituelles permettant de connaître les antécédents et les traitements du patient, un nombre limité de questions va permettre une première évaluation rapide de la gravité potentielle de la céphalée (1).

3.1 Interrogatoire (1) (Accord professionnel HAS)

- Quand a débuté la douleur (caractère récent) ? En combien de temps la douleur a-t-elle été maximale (caractère brutal) ?
- Avez-vous déjà présenté le même type de douleur (caractère inhabituel) ?
- Que faisiez-vous quand la douleur a débuté (effort, ...) ?
- Existe-t-il des symptômes associés : fièvre, photo- ou phonophobie, vomissements, cervicalgies, déficit neurologique, ralentissement psychomoteur ?
- Existe-t-il un contexte particulier : prise d'un nouveau médicament, prise de toxique(s) (alcool, drogue), exposition au monoxyde de carbone ; traumatisme ; grossesse ou post-partum, cancer, maladies systémiques (dont VIH), un geste avec effraction durale ou risque d'effraction a-t-il été réalisé dans le mois précédent (ponction lombaire, péridurale, infiltration de nerfs rachidiens...) ?
- Existe-t-il un caractère positionnel (céphalées soulagées ou aggravées en décubitus) ?

3.2 Examen physique

Rechercher de manière systématique (1) (Accord professionnel HAS) :

- un trouble de la vigilance ;
- de la fièvre ;
- une hypertension artérielle ;
- un syndrome méningé ;
- un déficit neurologique focal (déficit moteur ou sensitif, diplopie, anomalie pupillaire, syndrome cérébelleux...) ;
- une pathologie de l'œil, des sinus, de l'oreille ou de la cavité buccale pouvant expliquer les céphalées.

3.3 Signes d'alerte (Red Flags), nécessitant des investigations supplémentaires (6) :

- Aggravation de céphalée en cas de fièvre
- Céphalée d'apparition soudaine, avec intensité maximale en moins de 5 minutes
- Déficit neurologique d'apparition récente
- Troubles cognitifs d'apparition récente
- Troubles psychiques d'apparition récente
- Trouble de la conscience
- Mal de tête accompagné d'une crise épileptique.
- Céphalées majorées par la manœuvre de Valsalva, la toux et l'éternuement
- Mal de tête déclenché par un exercice physique

- Céphalées posturales orthostatiques (aggravées en position debout ou assise) - suspicion de fuite du liquide céphalo-rachidien
- Céphalées aggravées en position allongée (suspicion d'hypertension intracrânienne)
- Un changement substantiel du caractère de mal de tête (céphalée inhabituelle)
- Céphalées nouvelles apparaissant après l'âge de 50 ans
- Immunosuppression (p.ex. VIH, traitement par des médicaments immunosuppresseurs, ...)
- Antécédent d'un cancer susceptible de métastaser au cerveau
- Vomissements sans autre cause évidente

Important :

Tout patient ayant présenté une céphalée répondant à l'un des critères de la règle d'Ottawa (Tableau 5) doit être pris en charge comme une suspicion d'hémorragie sous-arachnoïdienne (HSA) jusqu'à preuve du contraire (Grade B). (1)

Règle d'Ottawa.

La présence de l'un des 6 critères justifie la réalisation d'explorations à la recherche d'**hémorragie sous-arachnoïdienne** (HSA).

Cette règle s'applique aux patients de plus de 15 ans présentant une céphalée sévère, non traumatique, ayant atteint son intensité maximale en moins d'une heure.

Ne pas appliquer en cas de déficit neurologique, d'antécédents d'anévrisme et d'hémorragie sous-arachnoïdienne, de tumeur cérébrale ou de céphalées récurrentes >3 en > 6 mois.

- Âge > 40 ans.
- Douleur ou raideur nucale.
- Perte de connaissance constatée par un témoin.
- Début durant un effort physique.
- Céphalée en coup de tonnerre (Intensité > 7/10 en moins d'une minute).
- Limitation de la flexion nucale.

Tableau 5 : Règle d'Ottawa (1)

3.4 Recommandation de prescriptions d'imagerie médicale

« Des examens d'imagerie cérébrale sont souvent demandés par les patients souffrant de maux de tête par peur d'avoir une maladie grave. Néanmoins, au cours des céphalées primaires, les explorations complémentaires, notamment l'imagerie de la tête et du cou, sont inutiles lorsque les crises sont anciennes et reconnues comme habituelles par le patient ». (1)

La radiographie crânienne conventionnelle n'est pas opportune en cas de suspicion des céphalées. (Accord d'experts CS).

Une imagerie cervicale n'est pas indiquée dans la mise au point des céphalées non-traumatiques (Accord d'experts CS).

Dans la mise au point des céphalées secondaires suspectées, des examens par imagerie cérébrale peuvent être nécessaires. Toutefois, le résultat d'imagerie peut être normal dans certains cas, comme par exemple lors d'affections inflammatoires (auto-immunitaires ou infectieuses), d'hypertension artérielle, d'hémorragie méningée peu abondante ou de méningite carcinomateuse. Il existe donc un risque de fausse assurance par une imagerie normale. Dans ces cas, d'autres examens pourront aider à établir un diagnostic. Le clinicien doit décider au cas par cas si des examens complémentaires sont nécessaires et, le cas échéant, quels examens sont appropriés pour établir le diagnostic.

Le CS recommande d'utiliser le référentiel de bonnes pratiques de la Société Française de Radiologie et la Société Française de Médecine nucléaire à l'usage des médecins qui sont amenés à demander des examens d'imagerie médicale dans la mise au point des céphalées. Suivant les céphalées, il est indiqué de demander (2) :

	Céphalées aiguës brutales	Céphalées progressives inhabituelles	Céphalées chroniques atypiques	Crises d'épilepsie
Scanner encéphalique	Un scanner cérébral sans injection est recommandé à la recherche d'une hémorragie subarachnoïdienne. Un angiostanner du polygone de Willis doit alors être réalisé. Grade A (indiqué)		Le scanner pourra être envisagé en cas de contre-indication à l'IRM. Grade B (indiqué seulement dans les cas particuliers)	Le scanner pourra être envisagé dans un contexte traumatique et en cas de contre-indication ou d'impossibilité à l'IRM. Grade C (indiqué seulement dans les cas particuliers)
IRM encéphalique	L'IRM/ARM a sa place en cas de scanner négatif avec une céphalée brutale, dans une hémorragie subarachnoïdienne à minima ou sous-corticale ou pour rechercher une autre cause de céphalées aiguës (angéite, thrombose veineuse cérébrale, dissection cervicale ou intracrânienne). Grade B (indiqué seulement dans	L'IRM cérébrale est recommandée pour la détection des causes de céphalées progressives inhabituelles. Le diagnostic de thrombose veineuse cérébrale doit être systématiquement recherché. Grade A (indiqué)	Pour l'exploration de céphalées chroniques atypiques, l'IRM cérébrale est recommandée lorsque l'examen neurologique est anormal, la céphalée est non classée (non brutale, non migraineuse, non de tension), atypique, avec	L'objectif d'un examen d'imagerie en cas de première crise d'épilepsie est de mettre en évidence une lésion causale sous-jacente. Sauf cas particulier, cet examen sera une IRM. Cet examen devra être réalisé dans un délai déterminé par le contexte clinique :

	les cas particuliers)		aura, aggravée par les manœuvres de Valsalva, associée à des vomissements. Grade B (indiqué seulement dans les cas particuliers)	- en urgence en cas d'état de mal inaugural, de fièvre ou de déficit neurologique persistant, - rapidement dans les autres cas (céphalées persistantes, anticoagulant, HIV, néoplasie connue...) Grade B (indiqué)
Angiographie cérébrale	Pour la détection d'une lésion anévrysmale comme pour la plupart des lésions vasculaires intracrâniennes, l'angiographie par cathéter est l'examen de référence si l'ARM et l'angioscanner ont été négatifs. Cependant en raison de son caractère invasif, il ne peut s'agir d'un examen de première intention Grade A (examen spécialisé)			

Tableau 6 : La valeur des différents examens d'imagerie dans la mise au point des céphalées (Guide du Bon Usage des examens d'imagerie médicale - Société Française de Radiologie et la Société Française de Médecine nucléaire). (2)

En cas de suspicion d'hémorragie intracrânienne récente, le scanner cérébral est la méthode de choix pour sa sensibilité, rapidité et disponibilité. Le diagnostic positif de l'hémorragie sous-arachnoïdienne est affirmé par un scanner cérébral sans injection de produit de contraste qui a une sensibilité au maximum de 98% lorsqu'il est réalisé dans les 12 premières heures après le début des symptômes (chutant à 93 % après 24 heures, 85 % à 5 jours et 50 % à 7 jours) (Grade B de la HAS). (1)

Devant toute première crise d'algie vasculaire de la face (cluster headache), une IRM encéphalique et une angiographie cérébrale et cervicale par ARM ou angioscanner doivent être faites. (Accord professionnel HAS). (1)

4. LES GRADES DE RECOMMANDATION DU CONSEIL SCIENTIFIQUE

- **Recommandation forte**
Après avoir considéré tous les éléments en relation avec l'intervention médicale en question, le CS émet une recommandation claire et confiante concernant l'utilisation de cette intervention en pratique médicale courante. Cette recommandation forte est soit favorable, soit défavorable à l'intervention en question. Elle est applicable à la plupart des patients concernés par l'intervention.
- **Recommandation faible**
Après avoir considéré tous les éléments en relation avec l'intervention médicale en question, le CS émet une recommandation prudente et moyennement confiante concernant l'utilisation de cette intervention en pratique médicale courante. Cette recommandation faible est soit favorable, soit défavorable à l'intervention en question. Elle peut être applicable uniquement à un sous-groupe restreint de patients.
- **Absence de recommandation**
En l'absence d'éléments suffisants permettant une étude pertinente de l'intervention médicale, le CS constate son incapacité à émettre une recommandation quelconque.

5. LES NIVEAUX D'ÉVIDENCE SCIENTIFIQUES :

- **Niveau de preuve élevé**
Essais randomisés contrôlés en double aveugle de bonne qualité méthodologique ; méta-analyses d'essais randomisés contrôlés
- **Niveau de preuve intermédiaire**
Essais randomisés contrôlés de faible puissance ; essais comparatifs non randomisés bien menés ; études de cohorte.
- **Niveau de preuve faible**
Etudes cas-témoins ; études rétrospectives ; études comparatives comportant des biais importants ; séries de cas ; études épidémiologiques descriptives.

6. LES GRADES DES RECOMMANDATIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ EN FRANCE (HAS) :

Les recommandations proposées ont été classées en grade A, B ou C selon les modalités suivantes :

- une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve comme des essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur et/ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées ;
- une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve, comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte ;
- une recommandation de grade C est fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins, des séries de cas.
- En l'absence de précisions, les recommandations proposées sont fondées sur un accord professionnel entre les membres du groupe de travail. L'absence de niveau de preuve ne signifie pas que les recommandations élaborées ne sont pas pertinentes et utiles. L'absence de preuve doit inciter à engager des études complémentaires lorsque cela est possible.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Moisset X, Mawet J, Guegan-Massardier E, Bozzolo E, Gilard V, Tollard E, et al. French Guidelines for the Emergency Management of Headaches. Ces recommandations ont été élaborées à la demande de la Société Française d'Étude des Migraines et des Céphalées (SFEMC) et de la Société Française de Neurologie (SFN). Rev Neurol (Paris). 2016; 172: 350—60.

Consulté le 30 août 2022 sur le site: https://ihs-headache.org/wp-content/uploads/2020/06/3319_recommandations-prise-en-charge-c-phal-e-urgence-2018.pdf

2. Société Française de Radiologie et la Société Française de Médecine nucléaire. Guide du Bon Usage des examens d'imagerie médicale. Référentiel de bonnes pratiques à l'usage des médecins qui sont amenés à demander ou à réaliser des examens d'imagerie médicale. 26/07/2013.

Consulté le 23 août 2022 sur le site : <http://gbu.radiologie.fr>

3. Céphalées aiguës. Dr. P. Della Santa, Pr. A. Kleinschmidt. Hôpitaux Universitaires Genève (HUG). 2017.

Consulté le 16 août 2022 sur le site : https://www.hug.ch/sites/hde/files/structures/medecine_de_premier_recours/Strategies/strategie_cephalees.pdf

4. The International Classification of Headache Disorders 3rd Edition (ICHD-3). International Headache Society. 2017/2018.

Consulté le 21 juillet 2022 sur le site : <https://ihs-headache.org/wp-content/uploads/2020/05/ICHD-3-Pocket-version.pdf>

5. Haute Autorité de santé (HAS). France. Recommandations pour la pratique clinique. CCQ (Céphalées chroniques quotidiennes) : Diagnostic, Rôle de l'abus médicamenteux, Prise en charge. Septembre 2004.

Consulté le 18 août 2022 sur le site : https://www.has-sante.fr/jcms/c_272365/fr/ccq-cephalees-chroniques-quotidiennes-diagnostic-role-de-l-abus-medicamenteux-prise-en-charge

6. The National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Royaume-Uni. Clinical guideline [CG150]. Headaches in over 12s: diagnosis and management. Published: 19 September 2012. Last updated: 17 December 2021.

Consulté le 08 août 2022 sur le site : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg150>

7. GROUPE DE TRAVAIL

GT Imagerie médicale :

Dr Alexandre Bisdorff, coordinateur du GT, médecin spécialiste en neurologie,

Dr Angelina Ganieva, chargée de la rédaction de la présente recommandation, experte méthodologique, Cellule d'expertise médicale

Dr Max Haag, médecin généraliste

Dr Alexandra Karoussou-Schreiner, experte en physique médicale auprès de la Division de la Radioprotection au Ministère de la Santé

Dr Yves Lasar, médecin spécialiste en imagerie médicale

Dr Isabelle Rolland, experte méthodologique, Cellule d'expertise médicale

Les membres du GT ont déclaré [leurs conflits d'intérêts potentiels](#) avec le sujet de cette recommandation.

Secrétariat du Conseil Scientifique
conseil-scientifique.public.lu | csc@igss.etat.lu
B.P. 1308 | L-1013 Luxembourg
26, rue Ste Zithe | L-2763 Luxembourg | T +352 247-86284 | F +352 247-86225

8. ANNEXE 1

Règle d'Ottawa

La présence de l'un des 6 critères justifie la réalisation d'explorations à la recherche d'**hémorragie sous-arachnoïdienne (HSA)**.

Cette règle s'applique aux patients de plus de 15 ans présentant une céphalée sévère, non traumatique, ayant atteint son intensité maximale en moins d'une heure.

Ne pas appliquer en cas de déficit neurologique, d'antécédents d'anévrisme et d'hémorragie sous-arachnoïdienne, de tumeur cérébrale ou de céphalées récurrentes >3 en > 6 mois.

- Âge > 40 ans.
- Douleur ou raideur nucale.
- Perte de connaissance constatée par un témoin.
- Début durant un effort physique.
- Céphalée en coup de tonnerre (Intensité > 7/10 en moins d'une minute).
- Limitation de la flexion nucale.