

CÉPHALÉES

Hors-série thématique pour améliorer son bien-être

Sommaire

Les céphalées

Les céphalées primaires

La douleur

La prise en charge des céphalées

La sophrologie et l'hypnose dans le cadre des céphalées

Lexique et annexe



INTRODUCTION

Les céphalées font partie des dix causes de consultation les plus fréquentes en médecine générale. L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) classe les céphalées primaires parmi les vingt maladies ayant le plus d'impact sur l'ensemble de la population.

Les céphalées sont responsables de 20% des causes d'absentéisme ce qui correspond à un jour d'absence par an par employé.

En raison de leur caractère bénin sur le plan médical, les céphalées primaires sont sous-diagnostiquées et insuffisamment traitées.

Parmi les céphalalgiques souffrant de migraines, seul un sur cinq consulte un médecin. Vingt-cinq pour cent des personnes migraineuses ne savent pas qu'elles souffrent de cette pathologie.

Cette newsletter hors-série a pour objectifs de :

- présenter les éléments permettant de caractériser les céphalées ;
- exposer les traitements existants ;
- mettre en avant l'apport de techniques thérapeutiques non-médicamenteuses en complément des prises en charge allopathiques.

Les céphalées

Les céphalées consistent en une douleur localisée au niveau de la tête, on parle généralement de maux de tête.

Il existe, selon la classification internationale de la IHS [1], deux types de céphalées : les céphalées primaires et les céphalées secondaires.

Les céphalées primaires

Les céphalées primaires sont les plus fréquentes. Elles ont comme caractéristique principale de ne pas avoir de cause structurelle identifiée c'est-à-dire qu'elles surviennent sans aucun lien avec une autre pathologie, anomalie ou traumatisme identifiable.

La migraine, les céphalées de tensions et l'algie vasculaire de la face (AVF) appartiennent à cette catégorie.

Ce sont ces céphalées que je vais aborder.

Les céphalées secondaires

Les céphalées secondaires sont liées à une pathologie, une anomalie ou un traumatisme identifiable. Ces céphalées sont considérées comme un signal d'alarme indiquant un dysfonctionnement à traiter.

La cause est connue, contrairement aux céphalées primaires, six catégories de causes sont identifiées :

- Les *causes générales* : fièvre, troubles métaboliques (hypoglycémie, déshydratation, hypoxie...), hypertension artérielle, pré-éclampsie, etc.
- Les *causes infectieuses* : rhino-sinusites, méningites aiguës, méningite chronique, etc.
- Les *causes vasculaires* : hémorragie sous-arachnoïde [2], hématome épidual [3] ou sous-dural, AVC [4], etc.
- Les *causes médicamenteuses* : effets secondaires des médicaments, céphalées médicamenteuses, sevrage, etc.
- Les *causes ostéo-articulaires* : douleurs liées à un traumatisme cervical (« coup du lapin »), dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire.
- Les *autres causes* : traumatisme crânien, intoxication, affection psychiatrique, etc.

Généralement les céphalées, primaires ou secondaires sont épisodiques, cependant certaines peuvent devenir régulières voire quotidiennes, on parle alors de chronicisation.

Les céphalées primaires

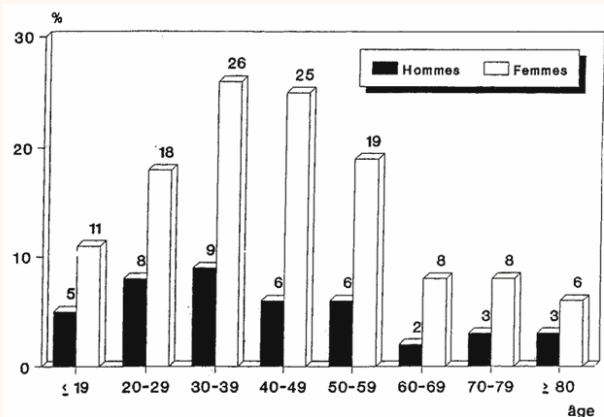
L'IHS a caractérisé chacune des céphalées primaires pour en faciliter le diagnostic ainsi le corps médical peut s'appuyer sur des éléments objectifs pour évaluer ces céphalées et apporter une réponse adaptée aux patients.

La migraine

La migraine est définie comme une maladie neurologique qui touche 15 à 20 pour cent de la population adulte avec un ratio de trois femmes pour un homme.

Elle peut également toucher les enfants avec une manifestation de la crise différente chez eux.

Plus de 80% des personnes migraineuses ont présenté leur première crise avant l'âge de 30 ans. Elle est caractérisée par des crises récidivantes alternant avec des périodes asymptomatiques. La migraine peut être isolée mais elle peut devenir chronique avec plusieurs crises par mois. Cette fréquence des crises diminue généralement avec l'âge et, souvent, pour les femmes pendant la grossesse.



Graphique 1 : Prévalence de la migraine en France en fonction de l'âge et du sexe (source : La migraine : connaissances descriptives, traitements et prévention, R. Flores Guevara, J-L. Oliveras, H. Carteron et P. Janiaud, 1998, INSERM (Rapport de recherche))

Les études épidémiologiques concernant la douleur évoquent des antécédents familiaux de migraine (Evans, 2003), des facteurs hormonaux chez les femmes, on parle de migraine cataméniale [5], de facteurs liés à l'alimentation, au sommeil. Nous y reviendrons par la suite.

La crise céphalalgique de migraine se manifeste donc épisodiquement ou chroniquement par un épisode paroxystique c'est-à-dire un épisode de forte douleur pouvant durer de 4 à 72 heures.

Cette douleur intense est généralement unilatérale puisqu'elle ne concerne qu'un côté du crâne, pulsatile (sensation de battements). Elle s'accompagne de nausées voire de vomissements, d'une photophobie [6] ou d'une phonophobie [7] et est généralement aggravée par l'activité physique.

La migraine est subdivisée en quatre entités cliniques :

- *La migraine sans aura*

La migraine sans aura est la plus fréquente puisqu'elle concerne 80 à 90% de la population migraineuse.

Elle est dominée par une douleur accompagnée d'une intolérance aux stimulations sensorielles olfactives (sensibilité aux odeurs), visuelles (photophobie) et auditive (phonophobie) ainsi que d'une aggravation au moindre effort physique.

La crise est parfois précédée de signes tels que : une asthénie (fatigue intense), une somnolence, des bâillements, une irritabilité, une tendance dépressive ou, au contraire, un sentiment d'euphorie, une sensation de faim ou une intolérance à une odeur.

A	Fréquence	Au moins 5 crises remplissant les critères B à E
B	Durée des migraines	4 à 72 heures sans traitement ou après échec d'un traitement
C	Migraines présentant <i>a minima</i> deux des caractéristiques suivantes :	1. Localisation unilatérale 2. Caractère pulsatile 3. Intensité modérée ou sévère 4. Aggravation par des activités physiques simples (marcher, monter les escaliers...)
D	Durant la crise au moins un des deux caractères suivants :	1. Nausées et/ou vomissements 2. Photophobie et phonophobie
E	Non attribuable à une autre infection	

Tableau 1 : Critères diagnostiques de la migraine sans aura (Source : IHS)

- *La migraine avec aura*

La migraine avec aura touche 10 à 20 % des patients migraineux.

L'aura précède la crise se caractérise par des troubles neurologiques et/ou des troubles paresthésiques. Les troubles neurologiques peuvent être des troubles visuels on parle de scotome qui correspond à une obstruction du champ visuel ou à la perception de tâches lumineuses entourées d'un arc scintillant. Ces troubles visuels ont une durée limitée, comprise entre 10 et 30 minutes.

Les troubles paresthésiques se manifestent sous la forme de fourmillements ou d'engourdissements de certains membres, des troubles aphasiques [8] ainsi que des troubles moteurs.

A	Fréquence	Au moins 2 crises remplissant les critères B et C
B	Symptômes présents avant ou au début des céphalées :	Symptômes visuels, sensitifs, parole et/ou langage, moteurs, tronc cérébral, rétiniens
C	Migraines présentant <i>a minima</i> deux des caractéristiques suivantes :	1. Un ou plusieurs symptômes se développent en 5 minutes ou différents symptômes se succèdent 2. Chaque symptôme dure entre 5 et 60 minutes 3. Au moins un symptôme de l'aura est unilatéral 4. L'aura est accompagnée ou suivie d'une céphalée dans les 60 minutes
D	Durant la crise au moins un des deux caractères suivants :	1. Nausées et/ou vomissements 2. Photophobie et phonophobie
E	Non attribuable à une autre infection (notamment accident ischémique transitoire exclus)	

Tableau 2 : Critères diagnostiques de la migraine avec aura (Source : IHS)

- *La migraine basilaire*

La migraine basilaire est caractérisée par des troubles visuels passagers, une dysarthrie [9], des vertiges, des acouphènes et une ataxie [10].

Critères similaires à ceux de la migraine avec aura associés à au moins deux symptômes suivants :
Diminution du champ visuel bitemporal et binasal
Dysarthrie (incapacité à articuler les mots de façon normale)
Vertige
Tinnitus (sensation auditive anormale n'ayant pas son origine dans un son extérieur. Peut se manifester sous forme de bourdonnement, de sifflement...)
Diminution de l'acuité auditive
Diplopie (vision double d'un objet unique)
Ataxie (perturbation de l'équilibre et de la coordination motrice)
Paresthésies bilatérales (sensations de fourmillements)
Parésies bilatérales (perte de motricité d'une partie du corps des deux côtés)
Diminution du niveau de conscience

Tableau 3 : Critères diagnostiques de la migraine basilaire (Source : IHS)

- *Les complications de la migraine*

Les complications de la migraine correspondent à une chronicisation de la migraine souvent en lien avec l'utilisation abusive d'antalgiques, on parle alors de status [11] migraineux.

Quatre phases cliniques caractérisent les épisodes migraineux :

- La phase 1 est marquée par les signes avant-coureurs de la crise tels que la fatigue, la modification de l'humeur, du comportement, des troubles gastro-intestinaux et le début de la sensibilité sensorielle (lumière, bruit, odeur). Cette phase peut passer inaperçue du fait que ces signes ne sont pas toujours repérés par la personne.
- La phase 2 est marquée par le développement de l'aura, lors d'une migraine avec aura, la personne va alors être confrontée à un ou plusieurs troubles neurologiques évoqués précédemment.
- La phase 3 est marquée par la phase de douleur céphalalgique à savoir une douleur unilatérale, pulsatile accompagnée de nausées, vomissements, photophobie et phonophobie.
- La phase 4 correspondant à la fin de la crise caractérisée par la disparition de la douleur et une fatigue intense. La phase de récupération peut alors commencer.



La céphalée de tension

La céphalée de tension est assez fréquente puisque 30 à 78% des personnes l'évoquent. Elle se distingue de la migraine sur plusieurs points.

Au niveau de la douleur qui est bilatérale dans la céphalée de tension avec une sensation de pression, contrairement à la migraine dans laquelle la douleur est unilatérale et pulsatile.

Les douleurs concernent généralement les muscles frontaux, péricrâniens et/ou occipitaux et s'accompagnent de tension des muscles para-cervicaux et des trapèzes. Cette sensation de pression peut partir de la racine du nez, elle est dite dans ce cas fronto-occipitale, ou elle peut donner l'impression d'un casque serrant le crâne depuis la nuque, elle est alors dite nucco-occipitale.

L'intensité de la douleur va de moyenne à modérée et n'est pas aggravée par l'activité physique.

Les céphalées de tension se classent en type « peu fréquent », « fréquent » et « chronique » selon des critères de fréquence associés à des critères diagnostiques.

A	Type « peu fréquent »	Au moins 10 épisodes de céphalées survenant en moyenne moins d'un jour par mois (soit moins de 12 jours par an) remplissant les critères B à E
	Type « fréquent »	1 à 14 épisodes par mois remplissant les critères B à E
	Type « chronique »	Supérieur à 15 épisodes par mois remplissant les critères B à E
B	Durée des céphalées	30 minutes à 7 jours
C	Céphalées présentant <i>a minima</i> deux des caractéristiques suivantes :	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...)
D	Céphalées présentant les deux caractéristiques suivantes :	1. Pas de nausées, pas de vomissements 2. Pas de photo-/phonophobie ou <u>seulement 1 des 2</u>
E	Non attribuable à une autre infection	
Remarque : Une céphalée de tension épisodique peut être évoquée (avec moins de certitude) si la fréquence est inférieure à 10 épisodes par an.		

Tableau 4 : Critères diagnostiques de la céphalée de tension (Source : IHS)

Une des préoccupations récurrentes est d'arriver à distinguer la migraine sans aura de la céphalée de tension. Le tableau suivant compare les caractéristiques principales de chacune de ces céphalées.

Céphalée	Migraine sans aura	Céphalée de tension
Siège	Unilatéral	Bilatéral
Durée	4-72h	30 min-7j
Signes d'accompagnement	Intolérance au bruit et/ou à la lumière	Plus rares (parfois intolérance au bruit)
Intensité	Modérée/sévère	Légère/modérée
Type	Souvent Pulsatile	Compression, étai
Impact de l'effort physique	Aggravation	Pas d'aggravation

Tableau 5 : Distinction entre la migraine sans aura et la céphalée de tension

L'algie vasculaire de la face

L'algie vasculaire de la face (AVF) également appelée céphalée en grappe représente moins de 0,3% des céphalées primaires avec un ratio de six hommes pour une femme. Le délai de diagnostic est en moyenne de quatre ans.

Elle est caractérisée par une douleur très forte localisée au niveau de l'orbite. La douleur est faciale, unilatérale, elle irradie vers le front, les tempes et les joues. Elle est décrite comme une sensation de brûlure ou de déchirement. Les personnes qui en souffrent ressentent une forte agitation interne liée à la forte douleur avec l'expression d'envies de « se cogner la tête contre les murs » ou de « s'arracher l'œil » pour faire cesser la douleur.

L'AVF peut être épisodique ou chronique, pour poser le diagnostic les migraines caractéristiques de l'AVF doivent être ressenties depuis plus d'un an avec moins de 14 jours consécutifs sans douleur.

A	Fréquence	Au moins 5 crises remplissant les critères B à E
B	Douleur et durée	Douleur (supra-) orbitaires et/ou temporales durant 15 à 180 minutes si non traitées
C	Migraines présentant <i>a minima</i> une des caractéristiques suivantes :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Injection conjonctivale et/ou lacrymation ipsilatérale¹² 2. Congestion nasale et/ou rhinorrhée ipsilatérale 3. Œdème palpébral¹³ ipsilatéral 4. Sudations du front ou de la face ipsilatérales 5. Myosis¹⁴ et/ou ptose¹⁵ palpébrale ipsilatérales 6. Impatience ou agitation
D	Fréquence variable	De 1 fois tous les 2-3 jours à 8 fois par jour.
E	Non attribuable à une autre infection	

Tableau 6 : Critères diagnostiques de l'AVF (Source : IHS)

Tableau récapitulatif des caractéristiques des céphalées primaires :

	Migraine	Céphalée de tension	Algie vasculaire de la face
Sex ratio	3F/1H	F=H	1F/6H
Durée des crises	4-72 heures	30 minutes à 7 jours	15-180 minutes
Fréquence des crises	Variable Irrégulière	Variable Irrégulière	1 à 8 par jour Tous les jours
Latéralité de la douleur	Unilatérale à bascule ou bilatérale	Bilatérale	Strictement unilatérale
Topographie de la douleur	Fronto-orbite-temporale	En casque, bandeau	Orbito-temporale
Type de la douleur	Pulsatile ou continue	Pression, poids	Broiement, arrachement
Sévérité	Modérée à sévère	Faible à modérée	Très sévère
Signes vasomoteurs	Possibles	0	Possibles
Nausées ou vomissements	Fréquents	0	Possibles
Photophobie phonophobie	Fréquents et importants	Absents	Possibles
Comportements	Activité difficile ou impossible (se coucher au calme)	Activité conservée mais plainte importante	Activité impossible
Activité physique	Aggrave la céphalée (pulsatile)	Améliore la céphalée	Agitation motrice typique (lion en cage)
Facteurs déclenchants des crises	Multiplés	Stress, contrariété, surmenage	Rien ou prise d'alcool

Tableau 7 : Tableau de synthèse des céphalées primaires (G. Tronche, Evaluation de l'efficacité d'une technique d'hyperventilation contrôlée dans le traitement de la migraine de l'adulte : étude préliminaire)

Les céphalées primaires sont généralement ponctuelles, cependant une chronicisation de la douleur peut survenir. On parle alors de migraine chronique ou de céphalée de tension chronique lorsque la personne présente des céphalées de plus de quinze jours par mois pendant trois mois consécutifs.

On utilise également le terme d'algie vasculaire de la face chronique lorsque la personne présente des épisodes d'AVF depuis plus d'un an sans épisode de rémission de plus d'un mois.

Les facteurs déclenchants

La migraine

Il est difficile d'identifier des facteurs déclenchants même si certains éléments semblent régulièrement être mis en cause. Parmi ceux-ci :

- La consommation de certains aliments : caféine, alcool, glutamate [16] ;
- L'exposition à une lumière vive, à des odeurs fortes ;
- Un sommeil insuffisant ou au contraire un excès de sommeil (« la migraine du week-end ») ;
- Le stress ou la disparition du stress (« migraine de début de vacances ») ;
- La modification des horaires et du mode de vie ;
- La période des règles chez la femme ;
- Certains médicaments.

Parmi les personnes céphalalgiques, certaines ont mis en place des comportements d'évitement des facteurs identifiés comme déclencheurs de la crise de migraine. Elles s'astreignent à adopter un mode de vie avec des horaires précis y compris le week-end, se levant toujours à la même heure, prenant leur repas aux mêmes horaires. Elles déclinent les invitations qu'elles considèrent sources de bruit, évitent de consommer de l'alcool même en petite quantité, ont banni de leur alimentation les fromages à pâte molle, le chocolat, etc. Malgré tous ces évitements, elles continuent à souffrir de migraines. De plus, d'une crise à l'autre, d'une personne à l'autre ce ne sont pas toujours les mêmes « facteurs » qui déclenchent la crise. Peut-on alors vraiment parler de facteurs déclenchants ?



Le Dr Chaudot, lui-même migraineux, s'est interrogé sur ce qui pouvait déclencher la crise de migraine malgré la variation du facteur de départ. Il a alors constaté que la variable systématiquement présente lors des crises de migraine est une altération de la ventilation c'est-à-dire une respiration moins efficace appelée hypoventilation.

L'hypoventilation peut être due à :

- Une atmosphère confinée, enfumée, des odeurs fortes et/ou désagréables ;
- Un stress ;
- Une concentration intense ;
- Une anxiété ;
- Une dépression respiratoire liée à la consommation de certains médicaments, d'alcool ou la dépression respiratoire survenant en deuxième partie de nuit.

L'hypoventilation entraîne ce que l'on appelle une hypercapnie c'est-à-dire une augmentation du taux de dioxyde de carbone (CO₂) dans le sang. Cette augmentation de CO₂ dans le sang entraîne une vasodilatation, c'est-à-dire une augmentation du diamètre des vaisseaux sanguins. Lorsque la pression en CO₂ augmente de 1 mm dans le liquide céphalo-rachidien [17] alors le débit sanguin cérébral augmente de 5%. C'est cette augmentation du débit sanguin qui entraîne une dilatation des vaisseaux sanguins et comme la boîte crânienne n'est pas extensible, la pression ressentie provoque ou amplifie la douleur. Cette augmentation du taux de CO₂ a également des conséquences sur le fonctionnement neuronal c'est-à-dire sur les informations envoyées concernant la douleur modifiant la réponse apportée par l'organisme (Cf. La douleur).



La théorie du Dr Chaudot [18] est donc que lorsque la personne migraineuse est confrontée au facteur qu'elle pense être le facteur déclenchant, elle modifie sa manière de respirer et la crise se déclenche alors :

- Une atmosphère confinée, enfumée, des odeurs fortes et/ou désagréable => limitation des mouvements respiratoires [19] afin de limiter la perception de cette odeur => oxygénation du corps limitée + augmentation du dioxyde de carbone dans le sang = vasodilatation des vaisseaux sanguins => migraine ;
- Un stress, une anxiété => limitation des mouvements respiratoires pour rester attentif à la menace ou ne pas se faire remarquer en respirant trop fort => oxygénation du corps limitée + augmentation du dioxyde de carbone dans le sang = vasodilatation des vaisseaux sanguins => migraine ;
- Une concentration intense => limitation des mouvements respiratoires car l'esprit est entièrement centré sur la tâche « oubliant » les autres tâches => oxygénation du corps limitée + augmentation du dioxyde de carbone dans le sang = vasodilatation des vaisseaux sanguins => migraine ;
- Certains médicaments, l'alcool ont un effet dépressif sur la respiration c'est-à-dire que leur consommation entraîne une limitation des mouvements respiratoires => oxygénation du corps limitée + augmentation du dioxyde de carbone dans le sang = vasodilatation des vaisseaux sanguins => migraine ;
- Dépression respiratoire de la deuxième partie de nuit => limitation naturelle des mouvements respiratoires qui dure plus longtemps le week-end car le lever est plus tardif que la semaine => oxygénation du corps limitée + augmentation du dioxyde de carbone dans le sang = vasodilatation des vaisseaux sanguins => migraine du week-end ;

Le processus est donc toujours le même, la migraine « démarre » à cause d'une hypoventilation.

La céphalée de tensions

La cause de la céphalée de tension serait à rechercher du côté de dysfonctionnements musculaires en lien avec des postures inadaptées [20] entraînant des tensions physiques. Cependant d'autres facteurs déclenchants ont été identifiés tels que le stress (physique ou psychique), les conditions météorologiques, etc.



L'algie vasculaire de la face

La ou les causes de l'AVF ne sont pas connues, différentes hypothèses sont discutées sans qu'aucune ne fasse consensus pour le moment rendant difficile la prise en charge.

La consommation excessive de tabac ou d'alcool a été un temps mise en avant mais des études plus récentes contredisent les résultats des premières.

Des chercheurs travaillent sur l'hypothalamus car celui-ci fonctionne anormalement lors des crises d'AVF. Il active alors les structures responsables des douleurs de la face et le système nerveux végétatif. L'activation de ce dernier entraînerait le larmolement, la congestion nasale ou la rhinorrhée, l'œdème palpébral, etc.

La douleur

Qu'est-ce que la douleur ?

La douleur est définie comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles ou décrites en des termes d'une telle lésion » [21]. Cette définition fait consensus dans le domaine médical.

On distingue deux types de douleur :

- La douleur aiguë qui est brutale, soudaine, considérée comme un signal d'alarme et de menace de l'intégrité de notre organisme. Cette douleur aiguë a une fonction de protection car elle attire notre attention et nous fait réagir. La réaction limite l'exposition à la source menaçante.

Par exemple, le contact de la peau avec une source chaude entraîne une douleur qui a pour conséquence le retrait de la partie du corps en contact avec cette source chaude.

- La douleur chronique, également appelée syndrome douloureux chronique, est définie par la HAS [22] comme un « syndrome multidimensionnel exprimé par la personne qui en est atteinte. Il y a douleur chronique, quelles que soient sa topographie et son intensité, lorsque la douleur présente plusieurs des caractéristiques suivantes :

- o persistance ou récurrence qui dure au-delà de ce qui est habituel pour une cause initiale présumée, notamment si la douleur évolue depuis plus de trois mois ;
- o réponse insuffisante au traitement ;
- o détérioration significative et progressive du fait de la douleur des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses activités de la vie journalière, au domicile comme à l'école ou au travail. »

Pour la HAS, « la douleur chronique est susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient ». Dans le cadre de la douleur chronique, il est constaté chez la personne une souffrance psychologique. La douleur chronique occupe le champ de la conscience et rend inaudible les autres messages. Elle a perdu sa fonction d'alerte et de protection, elle devient une maladie par elle-même.

Douleur	Douleur aiguë	Douleur chronique
Finalité biologique	Utile, protectrice	Inutile, destructrice
Mécanisme générateur (source)	Unifactorielle (une source)	Plurifactorielle (plusieurs sources)
Réaction somato-végétative	Réactionnelle	Habitude, entretien
Composante affective	Anxiété	Dépression
Comportement	Réactionnel	Renforcé
Modèle	Médical classique	Pluridimensionnel : somato-psycho-social
Objectif thérapeutique	Curatif	Réadaptatif

Tableau 8 : Caractéristiques de la douleur aiguë et de la douleur chronique (Boureau, 1988)

Selon l'INSERM [23], il existe quatre familles de douleurs en fonction des mécanismes physiopathologiques mis en jeu :

- Les douleurs inflammatoires : elles sont associées à des phénomènes inflammatoires (par exemple : les douleurs articulaires) ;
- Les douleurs neuropathiques liées à des atteintes du système nerveux central ou du système nerveux périphérique, de la moelle épinière, liées à un AVC ou à une amputation (par exemple : le membre fantôme) ;
- Les douleurs mixtes associant une composante inflammatoire et une composante neuropathique (par exemple : les douleurs post-chirurgicales) ;
- Les douleurs nociplastiques ou dysfonctionnelles liées à l'altération de la nociception [24] dans lesquelles aucune lésion n'est trouvée (par exemple : la fibromyalgie, certaines céphalées chroniques).

Le fonctionnement de la douleur

La perception de la douleur est possible grâce aux nocicepteurs, récepteurs de la douleur, ce sont des terminaisons nerveuses localisées au niveau de la peau (en grande quantité), des muscles, des articulations, des tendons, des viscères, etc., détectant un stimulus mécanique, chimique ou thermique.

Les nocicepteurs permettent de localiser, de caractériser et de quantifier la douleur. Ils peuvent être spécialisés ou polymodaux. Les nocicepteurs spécialisés ne sont activés que par des stimuli douloureux correspondant à leur champ d'action. Par exemple, les nocicepteurs mécaniques (ou mécano-nocicepteurs) sont activés par des stimuli douloureux mécaniques de type étirement, pression. Les nocicepteurs polymodaux sont activés par différents types de stimuli (mécaniques, chimiques, thermiques).

Lorsque ces terminaisons nerveuses sont activées, elles transforment l'information reçue en impulsions électriques qui se propagent le long des nerfs. L'information suit la moelle épinière qui libère des neurotransmetteurs [25] déclenchant l'ouverture de canaux ioniques qui génèrent un nouveau signal électrique transmis au cerveau. Le cerveau identifie alors le signal et le perçoit comme douloureux. Le centre de tri de la douleur se situe au niveau du cortex cérébral.

La douleur survient lorsqu'il y a une rupture d'équilibre en faveur du stimulus douloureux soit par excès de nociception, soit par déficit des contrôles inhibiteurs, soit les deux (douleurs mixtes).

Dans le cadre de la crise de migraine, la douleur serait consécutive à l'inflammation et à une dilatation des vaisseaux sanguins cérébraux et notamment des artères des méninges [26] suite à une stimulation nerveuse. Il s'agit donc d'un phénomène neuro-vasculaire.

Le message douloureux peut être freiné par :

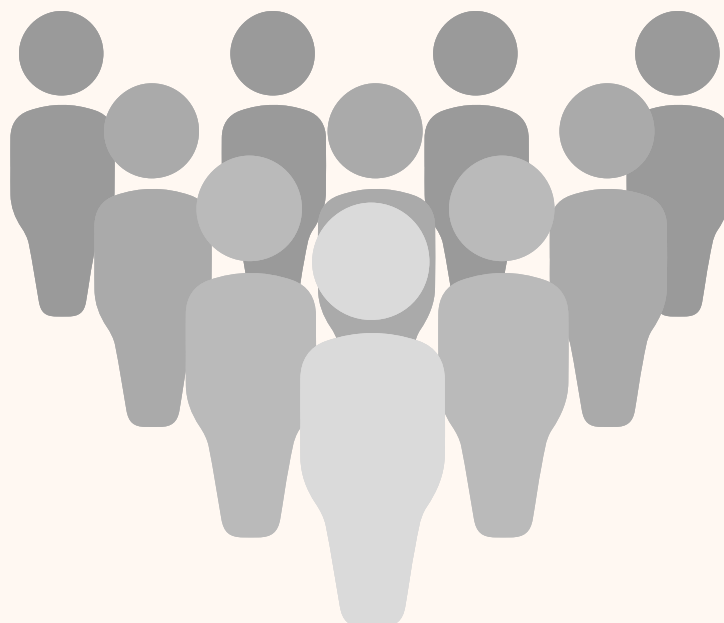
- Le toucher : le fait de se frotter la peau à proximité d'une blessure ferme la porte à la douleur c'est la théorie du gate control ou théorie du portillon de Melzack et Wall.
- Les voies descendantes inhibitrices : le corps participe à la lutte contre la douleur grâce à la sécrétion d'endorphine (hormone) et d'autres molécules inhibitrices (sérotonine, opioïdes endogènes).
- Les contractions musculaires réflexes.

La douleur a un impact sur la vie de la personne. Ses répercussions concernent les sphères personnelles, familiales, professionnelles et sociales. Le bien-être physique mais également le bien-être émotionnel sont impactés.

Depuis quelques années, les médecins prennent en compte le vécu de la douleur et acceptent l'importance du vécu subjectif de la douleur. Tous les êtres humains ne sont pas égaux devant la douleur, il existe une réalité personnelle de la douleur qui comporte différentes composantes :

- La composante sensori-discriminative qui concerne la topographie de la douleur, la nociception ;
- La composante affectivo-motivationnelle qui concerne le contexte, l'anxiété, la dépression ;
- La composante cognitivo-comportementale avec les manifestations observables, physiques, verbales et sociales ;
- Et la composante psycho-sociale en lien avec l'éducation, la culture, la mémorisation.

La douleur s'inscrit toujours dans une histoire personnelle. La douleur existe dès que la personne affirme la ressentir et ce même si aucune cause n'a été identifiée. Cela correspond à la réalité personnelle complexe de la douleur. A partir de là, une prise en charge pluridisciplinaire est nécessaire.



La prise en charge des céphalées

Il existe un consensus sur le fait que toute douleur, même bénigne, nécessite un traitement adapté. De plus, en cas de céphalées de tensions, le traitement doit intégrer des approches non-médicamenteuses. Il faut, avant tout, éviter l'abus médicamenteux avec le risque de chronicisation des céphalées.

Les céphalées par excès médicamenteux surviennent chez les patients qui consomment de plus en plus de médicaments car leurs céphalées sont de plus en plus présentes. Ils se trouvent alors dans un cercle vicieux qui peut aboutir à des céphalées chroniques quotidiennes. Ces céphalées chroniques sont proches des migraines au niveau de leurs symptômes (céphalées intenses, pulsatiles associées à des signes digestifs) entraînant souvent une confusion en termes de diagnostic.

D'un point de vue général, la prise en charge conseillée en phase aiguë des céphalées primaires consiste à :

- Mettre le patient au calme, allongé s'il le souhaite et diminuer la lumière et les bruits ;
- Administrer rapidement un antalgique après avoir vérifié l'absence de contre-indications.

La migraine

Le traitement de la crise migraineuse est d'autant plus efficace qu'il est pris précocement. Il débute généralement par la prise d'un procinétique [27] suivi d'un ou deux antalgiques. Si ce premier traitement est un échec alors la prise de triptans pourra être envisagée.

Il est parfois conseillé de prendre l'antalgique avec du café, la caféine a un effet stimulant de la ventilation donc il participe à une meilleure oxygénation. L'antalgique va cibler la douleur et le café va stimuler la ventilation ce qui sera plus efficace. Cependant, il est nécessaire de limiter la prise de caféine au quotidien car l'organisme risque de compenser l'hyperventilation engendrée par la prise de caféine par une hypoventilation lorsque la quantité consommée sera moins importante.

En plus des traitements de crise existants, un traitement de fond pourra être mis en place si :

- Les migraines sont fréquentes et handicapantes au niveau familial, social ou professionnel ;
- Il est constaté un échec des traitements de crises ;
- Il y a un risque d'abus médicamenteux.

Le traitement de fond a deux objectifs :

- Réduire la fréquence des crises d'au moins 50% ;
- Augmenter l'efficacité du traitement de crises.

Le traitement de fond est à prendre pendant trois mois avant une évaluation de son efficacité et peut être ensuite poursuivi sur une période de six à dix-huit mois, si les résultats sont probants, avant d'essayer de l'arrêter. Tout ceci se fait en étant accompagné par un médecin généraliste ou un neurologue.

Cette approche médicale peut également être couplée à une approche non-pharmacologique telle que l'hyperventilation, la sophrologie, la relaxation, le biofeedback, la thérapie cognitive comportementale. Ces techniques ont montré leur efficacité en aidant à une meilleure appréhension du stress et en permettant de travailler sur la perception de son corps et la respiration (Cf. La sophrologie et l'hypnose dans le cadre des céphalées).

La céphalée de tension

Le traitement des céphalées de tension se base sur des antalgiques de type paracétamol ou anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) en veillant à ne pas en consommer plus de 2-3 jours par semaine à cause du risque de céphalées médicamenteuses.

Un traitement de fond peut-être mis en place en fonction de la sévérité et de la fréquence de ces céphalées.

Les céphalées de tension étant causées par le stress et les mauvaises postures, il est recommandé de proposer parallèlement à la prise en charge médicamenteuse un suivi complémentaire tel qu'une psychothérapie, des séances de sophrologie, relaxation, méditation (Cf. La sophrologie et l'hypnose dans le cadre des céphalées) lorsqu'elles sont liées au stress. Si les mauvaises postures sont à l'origine de ces céphalées alors des séances de kinésithérapie, le port de semelles orthopédiques, etc. sont fortement conseillées.

L'algie vasculaire de la face

Pour soulager rapidement la douleur, le principal traitement de crise est le sumatriptan injectable à raison de deux doses maximum en 24 heures en respectant un intervalle d'une heure entre deux injections. Le sumatriptan existe également en spray nasal et convient à certaines personnes. Ce médicament est toutefois contre-indiqué chez les personnes ayant des problèmes cardiaques.

L'oxygénothérapie permet également d'atténuer la douleur durant la crise, il a été constaté que deux tiers des patients y répondent favorablement. L'oxygène est administré à fort débit, entre 12 et 15 litres/minute, en ventilation spontanée durant 15 minutes par l'intermédiaire d'un masque naso-buccal. L'avantage de l'oxygénothérapie est qu'il n'existe pas de contre-indication.

Les traitements de fond ont pour objectif de diminuer la fréquence des crises, comme pour les personnes migraineuses. Le vérapamil est le plus prescrit. Il nécessite une surveillance cardiaque avant et après la mise sous traitement car il peut ralentir le cœur. Le lithium est également prescrit en tant que traitement de fond.

D'autres traitements, chirurgie ou neurostimulation, sont en cours d'évaluation.

La sophrologie et l'hypnose dans le cadre des céphalées

La sophrologie

La sophrologie est une méthode douce sans contact physique qui permet d'identifier son état, de savoir ce qui est bon pour soi et de faire appel à ses ressources.

Il est ainsi possible d'améliorer sa condition en cas de maladie. La sophrologie agit :

- Sur le corps en apprenant à identifier où se trouvent les tensions pour mieux les relâcher ;
- Sur le mental en adoptant une attitude positive grâce à une meilleure connaissance de ses pensées c'est-à-dire en identifiant celles qui vous limitent et en optant pour des plus positives ;
- Sur les émotions en les apaisant grâce à un corps plus détendu et des pensées positives et aidantes.

La méthode repose sur trois moyens :

- La respiration contrôlée qui permet :
 - o une meilleure oxygénation liée à l'augmentation du volume d'air inspiré ;
 - o une meilleure concentration liée à l'optimisation du fonctionnement du cerveau qui bénéficie d'une meilleure oxygénation et un retour de l'attention à soi grâce au contrôle de la respiration (le cerveau se met en alerte quand on retient sa respiration) ;
 - o une meilleure gestion des émotions liée au retour de l'attention à soi qui permet de se défocaliser des pensées parasites et renforce la sensation de contrôle.
- La détente musculaire qui permet un relâchement mental. Le tonus musculaire est sous le contrôle du cerveau, lorsqu'on est tendu physiquement, on est tendu psychologiquement (et vice-versa), donc quand on active volontairement un relâchement musculaire cela permet de générer un relâchement mental.
- La visualisation positive qui permet de générer des ressentis physiques, mentaux et émotionnels. Le cerveau ne fait pas la différence entre ce qui est imaginé et ce qui est vécu, ce que vous imaginez déclenche l'activation des mêmes zones du cerveau que lorsque vous vivez cette situation.



Les exercices en sophrologie sont de deux types :

- Les exercices de relaxation dynamique qui correspondent à des mouvements doux associés à la respiration dont l'objectif est d'amener une détente physique.
- Les exercices statiques qui correspondent à une détente mentale du corps suivie ou non d'une visualisation positive dont l'objectif est d'amener une détente à la fois physique et mentale. Lors de l'exercice statique, vous êtes dans un état proche du sommeil c'est-à-dire que votre corps est totalement détendu mais vous percevez toujours ce qui se passe autour de vous.

L'apport de la sophrologie dans le cadre des céphalées

La migraine

L'un des moyens de la sophrologie repose sur la respiration contrôlée. Le sophrologue apprend au sophronisé ou sophronisant [28] à mieux respirer en contrôlant son mouvement respiratoire permettant ainsi d'assurer une bonne oxygénation du corps et une évacuation efficace du dioxyde de carbone. Le maintien de l'équilibre respiratoire permet de limiter la crise et la douleur.

Le Dr Chaudot recommande la pratique de l'hyperventilation comme technique permettant d'enrayer la majeure partie des crises de migraine en évitant le recours trop fréquent aux médicaments. Cette hyperventilation prend le contre-pied de la rétention de respiration en entraînant une perte importante de dioxyde de carbone. Pour cela, le sophrologue aide le sophronisé à déterminer le nombre de mouvements respiratoires nécessaires pour percevoir la légère sensation de vertige liée à l'hyperventilation et, à partir de là, l'accompagne pour mettre en place cette technique d'hyperventilation dans son quotidien afin de faire face plus efficacement à ses crises de migraine.

La diminution de la prise de médicaments de traitement de crise ne signifie pas l'arrêt d'un traitement de fond, seul le médecin ou le spécialiste prescripteur a la capacité de faire évoluer le traitement en évitant un effet rebond [29] lié à un arrêt trop rapide.

La sophrologie peut également intervenir dans l'attention portée à son corps pour que la personne migraineuse reconnaisse le plus rapidement possible les signes annonciateurs d'une crise. Lors de la migraine avec aura les signes sont facilement identifiables (notamment grâce au scotome) mais lors de migraine sans aura il peut être plus difficile d'identifier ces signes avant-coureurs. Certains migraineux peuvent changer d'humeur avant une crise, ils peuvent également se mettre à bâiller, d'autres vont se sentir légèrement nauséux ou moins bien supporter la lumière, etc. Apprendre à être à l'écoute de son corps et de ses ressentis aide à reconnaître toute modification dans le fonctionnement de son corps et à réagir plus rapidement afin d'interrompre la crise ou d'en limiter l'intensité et/ou la durée.

Enfin la sophrologie permet de se défocaliser de la douleur et ainsi de « mieux vivre la crise de migraine » en attendant que le traitement fasse effet ou que la crise céphalalgique cesse si les médicaments ont été inefficaces. Pour cela, le sophrologue utilise la visualisation mentale.

Les céphalées de tension

Les céphalées de tension étant liées au stress ou à une mauvaise posture, la sophrologie peut intervenir à ces deux niveaux.

Le sophrologue grâce aux exercices à sa disposition apprend au sophronisé ne plus se laisser envahir par ses manifestations du stress. Agir sur le niveau de stress permet d'en diminuer les conséquences et ainsi de limiter voire d'éliminer les céphalées qui y sont liées.

Concernant les postures qui créent des tensions physiques, la sophrologie, grâce notamment aux exercices de relaxation dynamique, permet d'identifier les zones de tensions et de pratiquer des mouvements doux associés à la respiration afin de relâcher ces tensions. La détente physique générée par ces mouvements a un impact sur la survenue des céphalées de tension.



L'algie vasculaire de la face

Concernant l'algie vasculaire de la face, le sophrologue peut également aider la personne à respirer plus amplement en essayant de maintenir une bonne oxygénation. Cependant, l'intensité de la douleur ressentie pendant la crise peut rendre difficile la pratique de cette hyperoxygénation naturelle.

Les causes de l'AVF n'ayant pas été clairement identifiées, l'impact de la méthode est pour le moment restreint. Malgré tout, le sophrologue peut aider à limiter les impacts de cette pathologie sur la vie quotidienne du sophronisé en l'aidant à se détendre entre les crises.

L'hypnose

L'hypnose est à la fois une technique et un état. On parle d'Hypnose (avec un H majuscule) lorsque l'on nomme la technique et on parle d'hypnose (avec un h minuscule) lorsque l'on cite l'état dans lequel est la personne.

L'état hypnotique correspond à un état modifié de conscience (EMC) c'est-à-dire que la personne se trouve dans un état où ses filtres habituels sont inactifs. C'est un état lui permettant de se souvenir des échanges concernant le travail réalisé avec le thérapeute. Cet EMC permet un travail en lien direct avec l'Inconscient.

En Hypnose, le Conscient et l'Inconscient n'ont pas le même sens qu'en psychologie ou psychanalyse. Le Conscient, également appelé Mental, est la partie du cerveau qui permet de réaliser des tâches/des opérations intentionnelles telles que lire un livre, traiter un dossier, écrire... On peut faire plus ou moins quatre opérations en même temps. Ce Conscient s'endort le soir en même temps que nous.

L'Inconscient est la partie du cerveau pilotant les automatismes et notamment toutes les fonctions corporelles : la respiration, la régulation thermique, la digestion, les programmes, la mémoire... Il gère trois cents milliards d'opération à la seconde. L'Inconscient manage toutes les opérations non intentionnelles.

L'apport de l'hypnose

L'hypnose a un effet bénéfique sur les céphalées primaires concernant la déprogrammation de l'appréhension d'avoir une crise sévère.

Lorsque l'association entre un élément ou une situation et la crise de migraine est faite alors dès que la personne se trouve face à cet élément ou dans la situation, elle est susceptible de déclencher une crise plus forte par l'appréhension de la survenue de la crise. Cette appréhension va avoir un impact sur sa respiration et elle va rapidement se retrouver en hypoventilation. L'hypnose permet de déprogrammer cette association et ainsi de faire disparaître l'appréhension ce qui aide à se concentrer sur la gestion des premiers signes sans anticiper sur la sévérité de la crise.

Il est même possible d'associer l'hypnose et la sophrologie avec une déprogrammation de l'appréhension et un apprentissage pour mieux respirer même en cas de douleur.

Quelques outils

Le sophrologue ne pose pas de diagnostic pas plus qu'il ne conseille de traitement thérapeutique, ceci relève de la médecine. Il est donc indispensable d'avoir en premier lieu consulté un médecin qui aura posé le diagnostic de céphalées primaires, proposé un traitement adapté et demandé, si besoin, des examens complémentaires.

Il est nécessaire de préparer la consultation médicale afin que le médecin ait un maximum d'éléments à sa disposition. Un agenda des céphalées se trouve en annexe. Il est à compléter sur plusieurs mois afin d'être le plus précis possible dans les informations fournies.

Il existe également des sites spécialisés, parmi ceux-ci :

- Le site de la Société Française d'Etude des Migraines et Céphalées : sfemc.fr
- Le site de la Société Française d'Etude et du Traitement de la Douleur : sfetd-douleur.org

Pour les personnes souffrant d'algie vasculaire de la face, il existe une application gratuite mise au point par un patient. Cette application sous android est un tableau de bord qui permet de gérer ses crises et traitement. Voici l'adresse à laquelle elle peut être téléchargée (adresse communiquée avec l'accord de M. Delage, concepteur de l'application) :

<https://play.google.com/store/apps/details?id=eu.monavf.android.monavf>

Lexique et annexe

[1] IHS : International Headache Society

[2] L'arachnoïde est une membrane située entre la dure-mère et la pie-mère, qui enveloppe le cerveau et la moelle épinière.

[3] Epidural concerne l'espace qui se situe entre la dure-mère et les vertèbres.

[4] AVC : Accident vasculaire cérébral

[5] La migraine cataméniale est une migraine calée sur le cycle menstruel, elle est déclenchée par la chute du taux d'œstradiol et survient au moment des règles ou dans les jours précédents.

[6] La photophobie se manifeste par une forte gêne à la lumière.

[7] La phonophobie se manifeste par une forte gêne aux bruits.

[8] Les troubles aphasiques sont des troubles du langage ou des difficultés d'accès aux mots.

[9] La dysarthrie se définit comme un trouble de réalisation motrice de la parole c'est-à-dire un trouble de l'élocution.

[10] L'ataxie correspond à une perturbation de l'équilibre et de la coordination motrice.

[11] Status = état

[12] Ipsilatéral adjectif relatif à quelque chose qui se produit du même côté du corps.

[13] L'œdème palpébral consiste en un gonflement de la paupière par accumulation de liquide dans les espaces interstitiels du derme.

[14] Le myosis correspond à la contraction de la pupille.

[15] La ptose est la position anormale d'un organe, dans le cadre de l'AVF on constate que la paupière supérieure est « tombante ».

[16] Le glutamate monosodique est un exhausteur de goût présent dans de nombreux produits alimentaires industriels.

[17] Le liquide céphalo-rachidien baigne les méninges, membranes protégeant le cerveau et la moelle épinière, et protège ainsi des chocs et des infections.

[18] « Bye bye migraine ! » de Jean-Paul Chaudot

[19] Un mouvement respiratoire comprend une inspiration et une expiration. A l'inspiration, le dioxygène pénètre dans les poumons pour être ensuite distribué dans tout le corps via le système sanguin. A l'expiration, le dioxyde de carbone est expulsé du corps.

[20] Il a été remarqué lors des différents confinements et télétravail obligatoires une augmentation des céphalées de tensions liées à un mauvais équipement pour travailler à son domicile et liées au stress engendré par la situation sanitaire et professionnelle.

[21] Définition de l'IASP, International Association for the Study of Pain.

[22] HAS : Haute Autorité de Santé.

[23] INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.

[24] La nociception est le système de détection de la douleur.

[25] Les neurotransmetteurs sont des petites molécules chimiques.

[26] Les méninges sont les membranes qui sont chargées de protéger le système nerveux central des blessures et des infections. Elles entourent le cerveau dans la cavité crânienne et la moelle épinière au niveau de la colonne vertébrale. Les méninges sont au nombre de trois : la dure-mère, la plus externe, l'arachnoïde, l'intermédiaire, et la pie-mère, la plus interne. Elles contiennent un liquide appelé liquide céphalo-rachidien qui joue le rôle d'isolant et d'amortisseur contre les chocs.

[27] Ou médicament améliorant la motilité gastro-intestinale.

[28] Le sophronisé ou sophronisant désigne la personne accompagnée par un sophrologue dans la pratique de la sophrologie.

[29] L'effet rebond ou le phénomène de rebond consiste en la réapparition ou l'exacerbation des symptômes lors de l'arrêt ou de l'interruption brutale d'un traitement.

AGENDA DES CEPHALEES

Mois de	Intensité des maux de tête : L = légère M = Modérée S = Sévère	Médicaments utilisés, nombre	Durée de la crise (en heure)	Facteur(s) favorisant identifié(s)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

Sources

- BURCIN, C. (2018). L'algie vasculaire de la face in La Lettre du Neurologue • Vol. XXII - n° 6 (fiche technique n°148)
- CHAUDOT, J-P. (2021). Bye bye migraine !. Editions Dangles
- Coll. D'auteurs (2018). La classification internationale des céphalées, 3ème édition.
- DEVIANNE, J. & DEMARQUAY, G. (2019). Céphalées de tensions : quelques explications in La Lettre du Neurologue • Vol. XXIII - n° 5 (fiche patient n°157)
- FLORES GUEVARA, R., OLIVEIRAS, J.L., CARTERON, H. & JANIAUD, P. (2017). La migraine : connaissances descriptives, traitements et prévention. INSERM
- LEBRETON, S. (2019). Sophrologie et céphalées. Editions Soteca
- MAWET, J. (2018). La migraine in La Lettre du Neurologue • Vol. XXII - n° 4 (fiche patient n°146)
- MIGNON, M-C. & PREAUBERT, N. (2002). Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et l'enfant : aspects cliniques et économiques. Société Française d'Etude des Migraines et des Céphalées
- TRONCHE, G. (2015). Evaluation de l'efficacité d'une technique d'hyperventilation contrôlée dans le traitement de la migraine de l'adulte : étude préliminaire. Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de Docteur en Médecine, Université de Bordeaux 2