

Quels sont les signes cliniques d'une céphalée de tension ?

CÉPHALÉE DE TENSION

Publié le 10 novembre 2017

Les céphalées de tension sont les céphalées ('maux de tête') les plus fréquemment observées en population générale. Comme les migraines, les céphalées de tension sont des céphalées "primaires", c'est à dire qu'elles ne sont pas symptomatiques d'une affection.

Comment se manifestent les céphalées de tension ?

Les céphalées de tension se manifestent souvent comme une "pression" ou un "serrement" au niveau de la tête, de localisation le plus souvent bilatérale. L'intensité de la céphalée est habituellement faible ou modérée, mais la durée des douleurs peut être très variable allant de 30 minutes moins d'un jour par mois jusqu'à des douleurs continues dans les formes de céphalées de tension chroniques. A la différence de la migraine, la céphalée de tension n'est pas aggravée par les activités physiques de routine (comme la montée des escaliers) et n'est pas associée à des troubles digestifs.

Les patients souffrant d'une céphalée de tension peuvent présenter une hypersensibilité modérée aux stimulations de l'environnement comme une gêne au bruit (phonophobie) ou à la lumière (photophobie), mais pas l'association des deux symptômes.

La fréquence des épisodes de céphalée de tension doit être évaluée à l'aide d'un agenda. Selon le nombre de jours de céphalées par mois, on distingue des formes de céphalées de tension épisodiques peu fréquentes (moins d'un jour par mois), des formes épisodiques fréquentes (de 1 à 14 jours par mois depuis plus de 3 mois) et des formes chroniques (plus de 15 jours par mois depuis plus de 3 mois).

Différents facteurs peuvent favoriser ou aggraver les céphalées de tension, tels qu'une anxiété, une perception et/ou une gestion du stress anormale.

En cas de céphalées de tension chroniques, il faut également chercher une surconsommation médicamenteuse (consommation régulière d'au moins 10 jours/mois d'antalgiques contenant de la caféine, de la codéine, opiacés ou du tramadol, ou consommation régulière d'au moins 15 jours/mois pour le paracétamol, l'aspirine et/ou les anti-inflammatoires).

Quels sont les mécanismes physiopathologiques de la céphalée de tension ?

Les mécanismes physiopathologiques précis de la céphalée de tension ne sont toujours pas connus. Néanmoins, la recherche clinique a permis de faire quelques hypothèses qui sont différentes selon que l'on considère la céphalée de tension épisodique et la céphalée de tension chronique.

La céphalée de tension épisodique reposerait essentiellement sur des facteurs musculaires. Ainsi, la douleur serait liée une augmentation de la tension et de la sensibilité des muscles péri-crâniens (par exemple trapèze dans le cou, masséter et temporal au niveau de la face), souvent favorisée par des facteurs posturaux.

La céphalée de tension chronique est probablement plus liée à un mauvais fonctionnement des systèmes de contrôle de la douleur que l'on retrouve dans d'autres douleurs dites dysfonctionnelles comme la fibromyalgie.

Dans les deux formes de céphalée de tension, une mauvaise gestion du stress est très fréquemment observée et joue probablement un rôle important dans le déclenchement et le maintien des douleurs.

Le syndrome de dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire (SADAM) est-il

responsable des céphalées de tension ?

Le syndrome de dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire (SADAM) associe des douleurs induites par les mouvements de la mâchoire ou la mastication, une réduction ou une symétrie de l'ouverture buccale, des 'bruits' au niveau des articulations temporo-mandibulaires lors des mouvements de la mâchoire, une sensibilité à la palpation des articulations temporo-mandibulaires et peut être associée à un bruxisme qui correspond au grincement des dents la nuit.

Ce syndrome n'est pas la cause de la céphalée de tension, mais il est très fréquemment associé à cette dernière.

Il est en effet associé à des contractures des muscles masséter et temporal.

Il est par ailleurs fortement favorisé par la mauvaise gestion du stress.

Il peut nécessiter la mise en place d'une gouttière gingivale, notamment la nuit mais justifie un avis spécialisé.

Comment traiter une céphalée de tension ?

A contrario de la migraine, il y a malheureusement peu de données scientifiques validées sur le traitement des céphalées de tension.

Le traitement de la céphalée épisodique peu fréquente repose essentiellement sur le traitement pharmacologique des épisodes douloureux par la prise de paracétamol ou d'aspirine, ou d'autres anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Le traitement de la céphalée épisodique fréquente et de la céphalée de tension chronique est plus difficile. L'utilisation répétée d'antalgiques doit être évitée, afin de prévenir l'abus médicamenteux. La prise en charge doit être globale et peut associer un traitement de fond pharmacologique (le plus souvent un antidépresseur à faibles posologies dans une finalité antalgique), à un traitement non pharmacologique permettant une meilleure gestion du stress (relaxation, sophrologie, hypnose, thérapies cognitivo-comportementales) et une limitation des facteurs musculaires d'entretien (kinésithérapie, gouttière gingivale en cas de dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire).