

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT MANUEL

DE LA CÉPHALÉE DE TENSION

PAR PASCAL POMMEROL

Les mécanismes et causes de la céphalée de tension sont mal connus (Bansevicius 1999)².

Son diagnostic et son traitement mérite souvent l'expertise d'un médecin spécialisé dans la douleur ou en neurologie.

Nous avons détaillé par le passé (Pommerol 2007²⁰, 2011¹⁸⁻¹⁹, 2012²¹⁻²²) les prises en charge des céphalées et nous vous présentons une actualisation de la prise en charge non médicamenteuse de ces patients.



**[...] seuls deux tests d'examen physique étaient utiles
seuls deux tests d'examen physique étaient utiles [...]**

1. LE DIAGNOSTIC

La douleur d'une céphalée de tension est, contrairement aux douleurs migraineuses, souvent non-pulsatile. Elle est souvent chronique, bilatérale et le patient a la sensation d'avoir la tête serrée dans un étau et sans aura (signes précurseurs). Cette douleur n'est pas augmentée à l'effort et elle est accentuée par une pression sur le crâne contrairement aux migraines. La problématique pour le kinésithérapeute est vraiment d'apprécier la participation des cervicales dans la symptomatologie et donc d'écarter une céphalée d'origine cervicale.

La douleur d'une céphalée de tension est, contrairement aux douleurs migraineuses, souvent non-pulsatile. Elle est souvent chronique, bilatérale et le patient a la sensation d'avoir la tête serrée dans un étau et sans aura (signes précurseurs). Cette douleur n'est pas augmentée à l'effort et elle est accentuée par une pression sur le crâne contrairement aux migraines. La problématique pour le kinésithérapeute est vraiment d'apprécier la participation des cervicales dans la symptomatologie et donc d'écarter une céphalée d'origine cervicale.

Dans ce but, une réunion d'experts (Luedtke 2016¹⁶) a estimé consentuellement que seuls deux tests d'examen physique étaient utiles pour évaluer les déficiences musculo-squelettiques chez les patients

chez lesquels un diagnostic de céphalée avait été diagnostiqué :

- ⊕ Le test de flexion crano-cervicale (Hall 2004¹¹)
- ⊕ La palpation manuelle des articulations.

Les mêmes tests avaient été identifiés dans une publication antérieure comme étant les deux tests (combinés avec un mouvement cervical restreint) qui distinguaient le mieux entre céphalée d'origine cervicale (COC) et céphalée de tension et ou migraine (Jull et al. 2007¹⁴). En effet il est clair que la perte de mobilité permet le diagnostic d'une céphalée d'origine cervicale (COC) ce qui n'est pas le cas dans les migraines. Ceci est reconnu par la classification IHS (Comité de classification des céphalées de la International Headache Society (IHS) 2013¹²) qui inclut les

manœuvres de provocation et la restriction des mouvements cervicaux en tant que signes cliniques de la céphalée d'origine cervicale. Cependant, selon la classification IHS, le diagnostic de COC n'est justifié que par la présence d'une découverte pathologique du rachis cervical.

Nous physiothérapeute font souvent référence à l'un des deux systèmes de classification alternatifs fournissant une description plus fonctionnelle de la COC (www.iasp.org¹³); (Sjaastad 1998²³ et 2008²⁴ (Luedtke 2016¹⁶)). C'est un peu problématique pour l'enseignant-chercheur mais pas pour le clinicien. Nous vous proposons le tableau récapitulatif complet suivant dans votre démarche diagnostique.

Diagnostic différentiel : signes cliniques d'examen (cf tableau 1)

	Céphalées d'origine cervicale	Migraine avec ou sans aura	Céphalées de tension
Examen neurologique classique	Négatif	Négatif	Négatif
Examen actif	Provoquée par des mouvements du rachis cervical. Déficit de mobilité +++	Non aggravé Sans réduction de mobilité	Non aggravé Sans réduction de mobilité
Antécédent de traumatisme cervical	Oui	Non	Possible
Test de flexion crano-cervical	Positif	Négatif	Négatif
Test de Greeman ou test de Flexion-rotation	Test de flexion-rotation douloureux avec SCOM contracturé ++	Normal	Normal
Examen passif global	↘ Des amplitudes de flexion-extension et surtout extension C0-C3	Normal	Normal
Dysfonction et palpation vertébrale	Dysfonction articulaire : cervicale supérieure +++	Dysfonction articulaire Fréquent en cervicale et en dorsale haut	Possible
Trophicité	Amyotrophie des semi spinalis	Normal	Normal ou subnormal
Palpation musculaire	Palpation des triggers points douloureux : semi-épineux et muscles sub-occipitaux +++	Non ou diffus	Beaucoup de triggers présents
Pression sur le crâne	Sans intérêt	Pression sur le crâne soulage souvent	La pression diffuse sur le crâne aggrave et reproduit la douleur
Palpation nerveuse des racines	Palpation des nerfs douloureux Reproduction des symptômes par mobilisations nerveuses sur C1-C2-C3 ++	Ne reproduit pas la douleur motif de consultations	Ne reproduit pas la douleur motif de consultations
Test d'irritabilité neurale (PNF et Slump)	Possible sur les cervicales	Négatif	Souvent présent surtout si antécédent traumatique

2. LE TRAITEMENT

Le traitement est toujours multimodal : intervention de plusieurs thérapeutes (médecin, psychologue, psychothérapeute, acupuncteur etc.) et au niveau kinésithérapique utilisant plusieurs techniques.

2.1. Mobilisations respiratoires

Nous débutons ce traitement par des mobilisations diaphragmatiques. Le massage reste controversé et nous semble pas être d'un intérêt primordial dans les céphalées de tension. Il faut plus le réserver aux patients migraineux (Pommerol

2012²¹⁻²²), Scottish Intercollegiate guideline network 2008²⁵), Ferragut-Garcías 2016⁷, Mac Gregor 2010¹⁷).

2.2. Les mobilisations articulaires

Elles peuvent être traitées par des techniques de mobilisation avec participation du patient sous le mode actif aidé appliquées au niveau des cervicales, des dorsales et du bassin comme l'a montré Anderson en 2006¹ lors d'un essai thérapeutique. Le traitement par technique à haute vélocité et faible amplitude ne semble pas être une indication dans les céphalées de tension Gross revue Cochrane 2004¹⁰, Bronfort, 2010³, Jull 2002¹⁵ contrairement aux céphalées d'origine cervicale.

- ⊕ On réalise des Techniques fonctionnelles pour la 1^{er} et la 2^e côte avec le traitement pour des compressions vasculaires et nerveuses au niveau des défilés thoraco-brachial. Techniques pour sternum et clavicule et mobilisation des cotes (**Photo n°1**). Mobilisations fonctionnelles articulaires pour les cervicales et de T1 à T4, du sacrum et les iliaques.
- ⊕ Le traitement des dysfonctions des autres régions sera en fonction du diagnostic des dysfonctions. Le traitement sera sur 6 à 10 séances maximum espacées de 10 jours pour les premières et puis tous les mois ensuite.

Photo n°1

Photo n°2 : le Slump coucher



- ⊕ Un traitement de mobilisations nerveuses : si le patient présente une irritabilité du tissu nerveux Nous rencontrons beaucoup de céphalées de tension d'origines traumatiques, notamment suite à des Wiplash qui entraînent une irritabilité du système nerveux en raison d'un étirement neuro-méningé responsables également de douleurs dans les membres (notamment des NSAP (non specific arm pain)). Les techniques neuro-méningées sont alors très efficaces. Le test de slump (**Photo n°2**) décrit par Maitland permet notamment de caractériser la présence de cette irritabilité nerveuse et de la traiter (Pommerol 2007²⁰), (Luedtke 2016¹⁶).

[...] la puncture
kinésithérapique
(dry needling) est
efficace et
sans danger [...]

Étude : Ferragut-Garcías en 2016 (7) a publié un essai randomisé contrôlé, à double insu avec 97 patients (78 femmes ; 19 hommes) ayant des céphalées de tension.

Il a été créé 4 groupes (A) massage superficiel placebo ; (B) techniques des tissus mous ; (C) mobilisation neuronale ; (D) une combinaison de (B) et de (C). Le seuil de pression de la douleur (PPT) dans les muscles temporaux (PPT1, PPT2) et la région supraorbitale (PPT3), la fréquence (Freq) et l'intensité maximale (Int) de la crise de la douleur et la cotation à l'aide du questionnaire Hit-6 ont été évalués. Toutes les variables ont été évaluées avant, à la fin du traitement et 15 jours et 30 jours après l'intervention.

Les résultats sont : Les groupes B, C et D ont une amélioration après l'intervention par rapport au niveau de référence et au groupe A ($p < 0,001$ dans tous les cas). L'association des thérapies (Le groupe D) avait les valeurs des seuils de pression les plus élevées et les valeurs les plus basses en fréquence de crise et en questionnaire Hit-6 après l'intervention.

Dans cette étude les techniques des tissus mous et les mobilisations vasculo-nerveuse ont un effet supérieur par rapport à un placebo.

Nous utilisons beaucoup la technique du Slump coucher que nous avons décrit précédemment Pommerol, 2007²⁰). Il nous permet de traiter des problèmes duremériens mécaniques. Ces mobilisations sont réalisées 20 à 30 secondes avec trois à quatre répétitions.

⊕ Techniques musculaires pour les muscles du cou et la ceinture scapulaire, à base d'étirement ou de raccourcissement (strain, conterstrain) et associé à la technique Trigger. Les techniques trigger point doivent être adaptées à la pathologie et couplées à des techniques myotensives douces type Lewit, basées sur la respiration (Fernandez-de-Las-Penas 2006⁶).

Les points myofasciaux actifs sont fréquents dans les céphalées de type tension, ce qui est cohérent avec l'hypothèse selon laquelle des mécanismes périphériques sont impliqués dans la physiopathologie de ce mal de tête (do 2018⁴). Les points de déclenchement myofasciaux actifs, dans les muscles péricraniens chez les patients souffrant de céphalées de type de tension, sont corrélés aux seuils généralisés de pression de la douleur plus bas, ce qui indique qu'ils peuvent contribuer à une sensibilisation centrale. Les points de déclenchement myofasciaux sont accumulés au fil du temps en tant que conséquence de la CT plutôt que de contribuer à la physiopathologie (do 2018⁴).

Études : Sept ECR comparant un traitement manuel trigger à une intervention active minimale ont été inclus dans une revue de littérature (Falsiroli 2018⁵): 5 axés sur les céphalées de type tension et 2 sur la migraine.

Les résultats combinés de CT et migraine montrent une réduction statistiquement significative de tous les résultats après traitement, par rapport aux témoins, mais le niveau de preuve était très faible.

Pour les céphalées de tension, Il existe une réduction statistiquement significative de la fréquence des attaques (nombre d'attaques par mois), après traitement (DM -3,50 ; IC à 95% de -4,91 à -2,09 ; 4 ECR). L'intensité de la douleur (échelle de 0 à 100) était réduite (MD -12,83 ; IC à 95% de -19,49 à -6,17 ; 4 ECR) et la durée des attaques (heures) était réduite (DM -0,51 ; IC à 95% de -0,97 à -0,04 ; 2 ECR).

Le traitement manuel des points de tension ou Trigger des muscles de la tête et du cou peut donc réduire la fréquence, l'intensité et la durée des attaques chez les TTH (patients atteints de CT) mais la qualité des preuves est très faible en raison de la présence de peu d'études et de l'imprécision des résultats.

Les muscles à privilégier : les trapèzes, les Scm, les splénius, le semi épineux, transversaire épineux puis selon le diagnostic les muscles des épaules et des lombaires.

2.3. Autre technique

Notre expérience montre que le traitement de Dry needling ou puncture kinésithérapique diminue la fréquence des crises.

Dans la littérature, France 2014⁸ avait fait une revue de littérature sur la technique dans les céphalées et avait retrouvé trois essais cliniques. Les conclusions de l'auteur n'étaient pas possibles suite à l'insuffisance d'essais thérapeutiques fiables.

Études : Un essai randomisé récent à double insu et contrôlé (Gildir 2019 (9)), (N=160 patients atteints de CT) semble prouver notre démarche. Les patients ont reçu une piqûre à sec utilisant des aiguilles d'acupuncture trois fois par semaine pendant deux semaines (6 séances) dans un groupe témoin (Sham) et un groupe traité.

La mesure principale des résultats, à savoir l'intensité des maux de tête, et les mesures secondaires, à savoir la fréquence et la durée des maux de tête, ont été recueillies à l'aide d'un journal des maux de tête avant et après le traitement. La qualité de vie liée à la santé, a été mesurée avant le traitement et à la fin de la période de suivi d'un mois.

Dans le groupe des aiguilles sèches (DN), les mesures des résultats primaires et les scores des sous-échelles du SF-36 étaient significativement améliorés après le traitement. Les résultats de cet essai clinique suggèrent que la puncture kinésithérapique (dry needling) est efficace et sans danger pour la réduction de la fréquence, de l'intensité et de la durée des maux de tête et pour l'amélioration de la qualité de vie des patients. Les modalités restent à préciser car dans cette étude les auteurs laissaient les aiguilles pendant 20 minutes alors que nous ne laissons pas l'aiguille plus d'une minute. Ce traitement est purement symptomatique pour soulager le patient (**Photo n°3**).

Contrairement au patient souffrant de migraine, des exercices de gymnastique très douce à base d'étirement doux sont proposés aux patients à un rythme quotidien (20 minutes par jour).

Photo n°3 : traitement local de puncture kinésithérapique sur les trapèzes supérieurs, semi épineux de la tête et splénius de la tête



3. CONSEILS

Le patient devra mettre en place un calendrier des crises : en notant les dates, la durée, l'intensité des crises (épisode ou chroniques), les activités, l'alimentation, la durée du sommeil précédant chaque crise.

Les activités physiques ne dépassant pas 40 % à 50% de la fréquence cardiaque maximale sont conseillées contrairement aux migraineux. On encourage l'inscription à un cours de gymnastique douce 1 fois par semaine (Qi gong, Yata yoga, stretching doux) et à un cours de relaxation sophrologie ou de méditation, etc (Pommerol 2012²¹⁻²²), Scottish Intercollegiate guideline network 2008²), Mac Gregor 2010¹⁷, International Headache Society (IHS) 2013¹²).

EN RÉSUMÉ :

Le traitement de toute céphalée doit être le moins pharmaceutique possible. Le traitement manuel peut permettre une prise en charge corporelle globale et une meilleure connaissance de son corps.

Enfin il permet une éducation thérapeutique évitant le risque de chronicité dans ce cadre. Pour cela, le praticien doit rechercher :

- ⊕ Une surconsommation de médicaments,
- ⊕ Des facteurs psychologiques,
- ⊕ Des facteurs alimentaires (excès de chocolat, alcool, jeûne, allergie alimentaire),
- ⊕ De la fatigue,
- ⊕ Des facteurs hormonaux,
- ⊕ Des facteurs circulatoires.

BIBLIOGRAPHIE

1. **Anderson RE, Seniscal C.** "A Comparison of selected osteopathic treatment and relaxation for tension-type headaches". *Headache* 2006; 46:1273-1280
2. **Bansevicius D, Westgaard R, Sjaastad O.** *Tension type headache: pain, fatigue, tension, and EMG responses to mental activation.* *Headache* 1999; 39:417-425
3. **Bronfort et al.,** *Effectiveness of manual therapies: the UK evidence report.* *Chiropractic & Osteopathy* 2010, 18:3
4. **Do TP, Heldarskard GF, Kolding LT, Hvedstrup J, Schytz HW.** *Points déclencheurs myofasciaux dans la migraine et les céphalées de type tension.* *J Mal de tête Douleur.* 2018 ; 19 (1) : 84. Publié en 2018 le 10 septembre. Doi: 10.1186 / s10194-018-0913-8
5. **Falsiroli Maistrello L, Geri T, Gianola S, Zaninetti M, Testa M.** *Effectiveness of Trigger Point Manual Treatment on the Frequency, Intensity, and Duration of Attacks in Primary Headaches: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials.* *Front Neurol.* 2018 Apr 24; 9:254
6. **Fernandez-de-Las-Penas C, Alonso-Blanco C, Cuadrado M, et al.** *Myofascial trigger points and their relationship to headache clinical parameters in chronic tension-type headache.* *Headache* 2006; 46:1264-1272
7. **Ferragut-Garcías A, Plaza-Manzano G, Rodríguez-Blanco C, Velasco-Roldán O, Pecos-Martín D, Oliva-Pascual-Vaca J, Llabrés-Bennasar B, Oliva-Pascual-Vaca Á.** *Effectiveness of a Treatment Involving Soft Tissue Techniques and/or Neural Mobilization Techniques in the Management of the Tension-Type Headache: A Randomized Controlled Trial.* *Arch Phys Med Rehabil.* 2016 Sep 10
8. **France S, Bown J, Nowosilskyj M, Mott M, Rand S, Walters J.** *Evidence for the use of dry needling and physiotherapy in the management of cervicogenic or tension-type headache: a systematic review.* *Cephalalgia.* 2014 Oct; 34(12):994-1003
9. **Gildir S, Tüzün EH, Eroğlu G, Eker L.** *A randomized trial of trigger point dry needling versus sham needling for chronic tension-type headache.* *Medicine (Baltimore).* 2019 Feb;98(8): 14520. doi: 10.1097/MD.00000000000014520
10. **Gross AR, Hoving JL, Haines TA, Goldsmith CH, Kay T, Aker P, et al.** *Manipulation and mobilisation for mechanical neck disorders.* *Cochrane Database Syst Rev* 2004, CD004249. Bronfort et al. *Chiropractic & Osteopathy* 2010
11. **Hall T, Robinson K.** *The flexion-rotation test and active cervical mobility – a comparative measurement study in cervicogenic headache.* *Man Ther* 2004; 9:197-202.
12. **Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS).** *The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version).* *Cephalalgia Int J Headache.* 2013 Jul;33(9):629-808
13. **IASP,** <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/PAIN.aspx?navItemNumber=570>
14. **Jull G, Amiri M, Bullock-Saxton J, Darnell R, Lander C.** *Cervical musculoskeletal impairment in frequent intermittent headache. Part 1: Subjects with single headaches.* *Cephalalgia Int J Headache.* 2007 Jul;27(7):793-802
15. **Jull G.** *The use of high and low velocity cervical manipulative therapy procedures by Australian manipulative physiotherapists.* *Aust J Physiother* 2002; 48:189-193
16. **Luedtke K, Boissonnault W, Caspersen N, Castien R, Chaibi A, Falla D, Fernández-de-las-Peñas C, Hall T, Hirsvang JR, Horre T, Hurley D, Jull G, Krøll LS, Madsen BK, Mallwitz J, Miller C, Schäfer B, Schöttker-Königer T, Starke W, von Piekartz H, Watson D, Westerhuis P, May A.** *International consensus on the most useful physical examination tests used by physiotherapists for patients with headache: A Delphi study.* *Manual Therapy* (2016), doi: 10.1016/j.math.2016.02.010
17. **MacGregor EA, Steiner TJ, PTG Davies.** *Guidelines for All Healthcare Professionals in the Diagnosis and Management of Migraine, Tension-Type, Cluster Medication-Overuse Headache, 3rd edition (1st revision); approved for publication, September 2010.* <http://www.bash.org.uk>
18. **Pommerol P.** *Céphalées : une prise de tête pour l'ostéopathe.* *L'ostéopathe magazine* n°10, p25-p28, novembre/décembre 2011
19. **Pommerol P.** *Diagnostic kinésithérapique et ostéopathique des céphalées de l'adulte.* *Kiné scientifique* n°519, p17-28, mars 2011
20. **Pommerol P.** *Ostéopathie et thérapie manuelle du tissu neuroméningé.* *Sauramps Médical.* 2007
21. **Pommerol P.** *Traitement manuel et ostéopathique des céphalées et migraines 1^{re} partie.* *Profession kiné* n°34, 2012.p44-p49
22. **Pommerol P.** *Traitement manuel et ostéopathique des céphalées et migraines 2^e partie.* *Profession kiné* n°35, 2012.p30-p3
23. **Sjaastad O, Fredriksen TA, Pfaffenrath V.** *Cervicogenic headache: diagnostic criteria. The Cervicogenic Headache International Study Group.* *Headache.* 1998 Jun; 38(6):442-5
24. **Sjaastad O, Bakketeig LS.** *Prevalence of cervicogenic headache: Vågå study of headache epidemiology.* *Acta Neurol Scand.* 2008 Mar 1;117(3):173-80
25. **Scottish Intercollegiate Guideline Network.** *"Diagnosis and management of headache in adults".* 2008, 107