



OUTIL D'AIDE À LA DÉCISION – ADULTE

Indications cliniques justifiant le recours à l'imagerie pour le diagnostic d'une céphalée

Pour obtenir plus de détails, cliquer sur les mots soulignés.

Le présent outil d'aide à la décision s'adresse aux cliniciens de première ligne. Il est fourni à titre indicatif et ne remplace aucunement le jugement du clinicien. Ce document a été conçu à partir des recommandations élaborées par l'INESSS à l'aide d'une démarche systématique s'appuyant sur la littérature scientifique ainsi que sur le savoir et l'expérience de cliniciens et d'experts québécois. Pour obtenir plus de détails, consulter la section [Publications](#) du site inesss.qc.ca.

ADULTE présentant une céphalée

Procéder à l'évaluation clinique

- **Anamnèse** et historique détaillé de l'apparition, de la présentation et de la progression de la céphalée
- Examen **physique** et **neurologique**
- **Autres caractéristiques** du patient adulte

Porter une attention particulière aux signaux d'alerte (🚩) laissant suspecter la présence possible de céphalée secondaire justifiant le recours à l'imagerie :

- | | | |
|--|--|---|
| 🚩 aiguë, soudaine et intense (ex. : en coup de tonnerre) | 🚩 accompagnée de signes d'infection intracrânienne (ex. : méningite avec signes d'hypertension intracrânienne) | 🚩 chez la patiente enceinte ou en post-partum |
| 🚩 qui s'intensifie ou change de manière significative | 🚩 associée à un traumatisme craniocérébral (TCC) récent (voir document de l'INESSS sur les traumatismes craniocérébraux (TCC)) | 🚩 chez un patient qui consomme une substance vasoactive |
| 🚩 accompagnée de déficit neurologique et/ou d' hypertension intracrânienne | 🚩 chez un patient atteint de coagulopathie ou qui fait usage d'un anticoagulant | 🚩 chez un patient âgé de 50 ans ou plus (nouvelle céphalée) |
| 🚩 chez un patient ayant un antécédent de cancer ou d' immunodéficience | | 🚩 positionnelle |
| | | 🚩 associée à l' activité physique ou la toux |
| | | 🚩 atypique associée à des douleurs de la région faciale |

🚩 **Présent?**

Non

Oui

Suspicion* d'une cause secondaire?

Non

Oui

NE PAS CONSIDÉRER
le recours à un test d'imagerie
Investiguer une céphalée primaire

[Céphalée primaire](#)
90% des cas

Au besoin, discuter avec le patient des bénéfices et des risques associés aux tests d'imagerie dans le cadre d'une décision partagée (consulter l'outil [Dialogue avec votre patient](#))

CONSIDÉRER LE RECOURS
à un test d'imagerie ou
l'orientation vers un spécialiste

[Céphalée secondaire](#)
10% des cas

* La suspicion d'une cause secondaire s'établit à la suite de l'examen clinique. Malgré la présence d'un signal d'alerte, le jugement clinique du clinicien lui permet de déterminer s'il doit suspecter une cause secondaire. La présence d'un ou même plusieurs signaux d'alerte n'indique pas automatiquement la présence d'une cause secondaire.

LES TYPES DE CÉPHALÉE CHEZ L'ADULTE

Principaux types de céphalée primaire ou secondaire bénigne

- Céphalée de tension (chronique, fréquente ou non fréquente)
- Migraine (avec ou sans aura)
- Céphalée cervicogène
- Céphalée d'origine médicamenteuse
- Céphalée de Horton ou céphalée en grappe
- Céphalée due à une infection des voies respiratoires supérieures (sans complication)



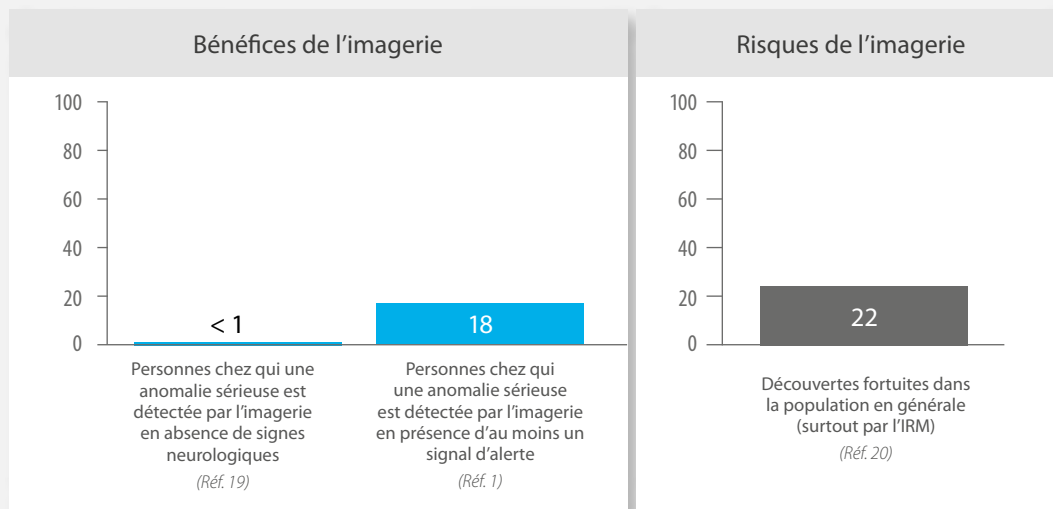
Principales causes de céphalée secondaire grave

- Lésion expansive
 - tumeur cérébrale
 - hématome
 - hydrocéphalie
 - abcès intracrânien
- AVC ou autre lésion vasculaire
 - hémorragie sous-arachnoïdienne
 - syndrome de vasoconstriction réversible
 - dissection artérielle
 - thrombose veineuse cérébrale
- Infection intracrânienne
 - méningite
 - encéphalite
 - abcès intracrânien
 - empyème sous-dural
- Traumatisme craniocérébral (TCC)
- Artérite temporale (à cellules géantes)
- Autres causes plus rares (examens spécialisés)

LE RECOURS AUX TESTS D'IMAGERIE

⚠ Le recours à l'imagerie ne doit pas avoir pour seul but de rassurer le patient ou de répondre à la demande de ce dernier.

- Considérer les risques associés au recours à la tomodensitométrie (TDM) ou à l'imagerie par résonance magnétique (IRM) quant à la possibilité de « **découvertes fortuites** » sans lien avec la symptomatologie clinique. Ces découvertes peuvent mener à des examens ou à des interventions additionnels parfois invasifs, en plus de causer de l'anxiété chez le patient.



- TDM: risque de développer une tumeur estimé à **1 tumeur pour 11 000 examens par TDM chez l'adulte**. Ce risque croît avec le cumul d'examens au fil des années (Réf. 22).
- Consulter l'outil « [Dialogue avec votre patient](#) » pour faciliter la discussion avec le patient à propos des bénéfices et des risques associés aux tests d'imagerie.

L'investigation des causes d'une céphalée

- Le recours à l'imagerie pour investiguer les causes d'une céphalée **doit toujours reposer sur la suspicion d'une cause secondaire** à la suite de l'examen clinique. L'examen clinique est donc un élément clé.
- Chaque requête d'examen d'imagerie pour investiguer une céphalée devrait indiquer:
 - la cause secondaire qui est recherchée et/ou
 - les signes et les symptômes justifiant le recours à l'imagerie (signaux d'alerte).

MODALITÉ D'IMAGERIE À UTILISER CHEZ L'ADULTE

Le choix de la [modalité d'imagerie](#) peut varier en fonction :

- de la **lésion à investiguer** :
 - la TDM est suffisante pour déterminer la majorité des causes secondaires d'une céphalée;
 - l'IRM est potentiellement plus sensible pour établir la nature de la lésion et la localiser plus précisément.
- du contexte de pratique local, notamment la **disponibilité des appareils** et le **temps d'attente**.

ORIENTATION VERS UN SPÉCIALISTE ET INVESTIGATIONS ADDITIONNELLES

L'orientation vers un médecin spécialiste ou la requête d'un **examen spécialisé** peut :

- être indiquée pour l'investigation de **cas complexes et atypiques** (rares);
- être indiquée lorsque la suspicion d'une cause secondaire persiste **après un premier examen d'imagerie dont le résultat est négatif ou équivoque**;
- dépendre de la **disponibilité des ressources** et du **contexte de pratique** du clinicien de première ligne.

! Demande de consultation spécialisée :




<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/l-acces-priorise-aux-services-specialises/>

RÉFÉRENCES

1. Detsky ME *et al.* Does this patient with headache have a migraine or need neuroimaging? JAMA 2006;296:1274-1283.
2. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalgia 2018; 38(1): 1–211.
3. Algorithmes décisionnels pour la gestion du risque de complications neurologiques graves à la suite d'un TCCL, clientèle adulte. <https://www.inesss.qc.ca/nc/publications/publications/publication/algorithmes-decisionnels-pour-la-gestion-du-risque-de-complications-graves-a-la-suite-dun-tccl.html>
4. Perry JJ *et al.* Clinical decision rules to rule out subarachnoid hemorrhage for acute headache. JAMA 2013;310(12):1248-55.
5. Shankin CJ *et al.* Characteristics of brain tumour-associated headache. Cephalgia 2007, 27, 904–911.
6. Kernick DP *et al.* Imaging patients with suspected brain tumour. British Journal of General Practice 2008; 58: 880–885.
7. Duarte J *et al.* Headache of recent onset in adults: a prospective population based study. Acta Neurol Scand 1996;94:67-70.
8. Alons IM *et al.* The value of CT angiography in patients with acute severe headache. Acta Neurol Scand 2015;131:164-168.
9. Landtblom AM *et al.* Sudden onset headache: a prospective study of features, incidence and causes. Cephalgia 2002;22(5):354– 360.
10. Linn FH *et al.* Headache characteristics in subarachnoid haemorrhage and benign thunderclap headache. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1998;65:791-793.
11. Robbins MS *et al.* Acute headache diagnosis in pregnant women. Neurology 2015;85(12):1024-1030.
12. Ramirez-Lassepas M *et al.* Predictors of Intracranial Pathologic Findings in Patients Who Seek Emergency Care Because of Headache. Arch Neurol 1997;54:1506-1509.
13. Rostami R *et al.* Brain metastasis in breast cancer: a comprehensive literature review. J Neurooncol 2016;127(3):407-14.
14. Argyriou AA *et al.* Headache characteristics and brain metastases prediction in cancer patients. Eur J Cancer Care (Engl) 2006;15(1):90-5.
15. Christiaans MH *et al.* Prediction of intracranial metastases in cancer patients with headache. Cancer 2002; 94(7): 2063–2068.
16. Pascual J, Berciano J. Experience in the diagnosis of headaches that start in elderly people. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1994;57(10):1255-1257.
17. Antunes NL, De Angelis LM. Neurologic consultations in children with systemic cancer. Pediatric Neurology 1999; 20(2):121-124
18. Cordenier A *et al.* Headache associated with cough: a review. J Headache Pain 2013;14(1):42.
19. Sempere AP *et al.* Neuroimaging in the evaluation of patients with non-acute headache. Cephalgia 2005;25:30-35.
20. O'Sullivan JW *et al.* Prevalence and outcomes of incidental imaging findings: Umbrella review. BMJ 2018; 361:k2387
21. Howard L *et al.* Are investigations anxiolytic or anxiogenic? A randomised controlled trial of neuroimaging to provide reassurance in chronic daily headache. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2005;76:1558-1564.
22. Smith-Bindman R *et al.* Radiation dose associated with common computed tomography examinations and the associated lifetime attributable risk of cancer. Arch Intern Med 2009; 169(22):2078–2086.


1 ÉVALUATION CLINIQUE DE L'ADULTE

Signes et critères sur lesquels porter une attention particulière lors de l'évaluation clinique





	<p>Anamnèse, historique détaillé de l'apparition, de la présentation et de la progression de la céphalée</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Attaque intense et soudaine qui atteint une intensité maximale en moins d'une heure • Progresse de manière rapide ou inhabituelle • Céphalée chronique qui change de caractère de manière significative (changement de tableau clinique) • Déclenchée par un changement de position (position debout ou couchée) • Déclenchée subitement par l'effort physique, l'activité sexuelle, la toux ou la manœuvre de Valsalva • Cause un éveil nocturne et/ou s'aggrave le matin • Accompagnée d'une douleur de la région faciale ou ondotogène/rhinogène • Récurrence d'épisodes de céphalée subite pendant une période de deux à trois semaines • Traumatisme récent à la tête accompagné d'une céphalée dont la fréquence, la durée ou la gravité s'intensifie • Céphalée qui persiste malgré un traitement médicamenteux
	<p>Examen physique et neurologique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau de conscience altéré • Signes d'infection intracrânienne, fièvre • Hypertension artérielle grave • Raideur du cou • Confusion et/ou trouble de la mémoire • Déficit neurologique focal (paralysie, engourdissement et/ou perte de sensation) • Perte de coordination d'un membre, ataxie à la marche • Présence d'un œdème papillaire (papilloedème) ou d'un autre signe d'hypertension intracrânienne
	<p>Autres caractéristiques et antécédents du patient adulte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Patient âgé de 50 ans ou plus • Patiente enceinte ou en post-partum • Consommation d'une substance vasoactive (ex. : amphétamine, cocaïne) • Usage d'un anticoagulant • Patient qui présente une coagulopathie ou un antécédent d'AVC ou de maladie cardiovasculaire • Antécédent d'immunodéficience, d'immunosuppression ou de cancer susceptible de métastaser


2 CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DES PRINCIPAUX TYPES DE CÉPHALÉE PRIMAIRE CHEZ L'ADULTE

	Migraine sans aura	Migraine avec aura	Céphalée de tension non fréquente ou fréquente	Céphalée de tension chronique	Céphalée de Horton ou céphalée en grappe
A	Au moins cinq crises répondant aux critères B à D	Au moins deux crises répondant aux critères B à C	Au moins 10 épisodes survenant : <ul style="list-style-type: none"> < 1 journée/mois en moyenne (< 12 jours/année) ou 1 à 14 jours pendant > 3 mois (de 12 à 180 jours/année) et répondant aux critères B à D 	Céphalée survenant : > 15 jours/mois en moyenne pendant > 3 mois et répondant aux critères B à D	Au moins cinq épisodes répondant aux critères B à D
B	Crises de céphalée durant de 4 à 72 heures (sans traitement ou réfractaire au traitement)	Aura reconnaissable par au moins l'un des signes suivants, complètement réversibles : <ul style="list-style-type: none"> symptômes visuels binoculaires symptômes rétinien monoculaires symptômes sensitifs symptômes moteurs symptômes de la parole ou du langage symptômes du tronc cérébral 	Céphalée durant de 30 minutes à 7 jours	Céphalée durant de quelques heures à quelques jours ou incessante	Douleur intense ou très intense, orbitaire, supra-orbitaire et/ou unilatérale, d'une durée de 15 à 180 minutes (sans traitement)
C	Céphalées ayant au moins deux des caractéristiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> unilatérale pulsatile accompagnée de douleurs d'intensité modérée ou élevée aggravée par les activités physiques de routine (ex. : monter ou descendre un escalier) 	Migraine ayant au moins trois des caractéristiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> au moins 1 symptôme de l'aura s'étend graduellement sur plus de 5 minutes au moins 2 symptômes de l'aura se succèdent chaque symptôme de l'aura dure de 5 à 60 minutes au moins 1 symptôme de l'aura est unilatéral au moins 1 symptôme de l'aura est positif l'aura est accompagnée, ou suivie à l'intérieur de 60 minutes, d'une céphalée 	Céphalée ayant au moins deux des caractéristiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> bilatérale sensation de pression ou de serrement (non pulsatile) d'intensité légère ou modérée n'est pas aggravée par les activités physiques de routine, telles que la marche ou la montée d'un escalier 	Céphalées ayant au moins deux des caractéristiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> bilatérale sensation de pression ou de serrement (non pulsatile) d'intensité légère ou modérée n'est pas aggravée par les activités physiques de routine, telles que la marche ou la montée d'un escalier 	Céphalée ayant une des caractéristiques suivantes ou les deux : <ol style="list-style-type: none"> Au moins un des symptômes ou des signes suivants, ipsilatéral (par rapport à la céphalée) : <ul style="list-style-type: none"> injection conjonctivale et/ou larmolement congestion nasale et/ou rhinorrhée œdème des paupières transpiration du front et du visage myosis et/ou ptôse Un sentiment d'impatience et d'agitation
D	Durant l'épisode, la céphalée présente au moins l'une des caractéristiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> accompagnée de nausée et/ou vomissements accompagnée de photophobie et de phonophobie 	Absence d'une meilleure justification pour un autre type de céphalée	Présente les deux caractéristiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> pas de nausée ou de vomissements pas plus d'une des caractéristiques suivantes : photophobie ou phonophobie 	Présente les deux caractéristiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> Pas de nausée modérée ou intense ni de vomissements Pas plus d'une des caractéristiques suivantes : photophobie, phonophobie ou nausée légère 	Céphalée se produisant à une fréquence de 1 tous les jours à 8 fois par jour
E	L'examen clinique doit être normal entre les crises. Absence d'une meilleure justification pour un autre type de céphalée		Absence d'une meilleure justification pour un autre type de céphalée	Absence d'une meilleure justification pour un autre type de céphalée	Absence d'une meilleure justification pour un autre type de céphalée

 Retour à l'algorithme

3 MODALITÉ D'IMAGERIE PRIVILÉGIÉE CHEZ L'ADULTE

	Situation clinique	Présentation ou symptômes associés	Pathologie soupçonnée	Modalité d'imagerie [§]			
				IRM	ARM ou VRM	TDM	ATDM ou VTDM
A	<p> Céphalée aiguë, soudaine et intense</p> <p> 6,2% à 43%</p>	<ul style="list-style-type: none"> Examen neurologique normal ET présence[†] d'au moins un des critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> → apparition en coup de tonnerre (thunderclap)^a → perte de conscience → patient âgé de 40 ans ou plus → douleur ou raideur du cou → déclenchement de la céphalée à l'effort physique → flexion limitée du cou au moment de l'examen Examen neurologique anormal <ul style="list-style-type: none"> → hémiparésie ou ophthalmoparésie → convulsions → confusion → trouble du langage 	<ul style="list-style-type: none"> HSA ou autre AVC 			✓	✓ ^b
		<ul style="list-style-type: none"> Épisodes récurrents de céphalée subite pendant une période de 2 à 3 semaines Nausées ou vomissements 	<ul style="list-style-type: none"> SVCR 			✓	✓
		<ul style="list-style-type: none"> Syndrome de Horner (ex. : ptôse, myosis) Signes neurologiques (ex. : paralysie des nerfs crâniens, syndrome bulbaire latéral, hémiparésie) Acouphènes pulsatiles Accident ischémique transitoire 	<ul style="list-style-type: none"> Dissection artérielle 	⚠ [*]	⚠ [*] ARM	✓	✓ ATDM
		<ul style="list-style-type: none"> Convulsions Déficit neurologique focal, avec ou sans œdème papillaire (ex. : déficit moteur ou sensoriel, aphasie, paralysie de nerfs crâniens, cécité corticale) Troubles visuels 	<ul style="list-style-type: none"> Thrombose veineuse cérébrale 	✓	✓ VRM	✓	✓ VTDM
B	<p> Céphalée qui s'intensifie ou qui change de manière significative (fréquence et intensité)</p> <p> 13 % à 32 %[‡]</p>	<ul style="list-style-type: none"> Céphalée dont la fréquence ou l'intensité s'intensifie de manière significative Changement significatif du profil d'une céphalée chronique Céphalée qui cause un éveil nocturne ou qui s'aggrave le matin 	<ul style="list-style-type: none"> Tumeur cérébrale Hydrocéphalie Hématome sous-dural Infection intracrânienne 			✓	

 Taux de patients ayant une anomalie significative

✓ **Indiquée en première intention**



Peut être indiquée en première intention dans des cas précis (ex. : forte suspicion de cause secondaire, présentation clinique atypique, selon le degré d'urgence ou dans le cas d'une contre-indication d'une autre modalité).



Peut être indiquée en deuxième intention (confirmation du diagnostic ou localisation des anomalies vasculaires).

[§] Le choix de la modalité d'imagerie peut varier en fonction du contexte de pratique local.


^{*} Examen spécialisé généralement demandé par un spécialiste ou effectué après en avoir discuté avec un radiologiste.


[†] Les données sont issues d'études réalisées en 1^{re} ligne et en urgence. Le taux de détection en urgence représente majoritairement la valeur la plus élevée.

[‡] Critères associés à la règle d'Ottawa à appliquer chez les patients de 15 ans ou plus qui présentent une nouvelle céphalée intense non traumatique atteignant un maximum d'intensité en moins de 1 heure. Au moins un de ces critères doit être présent. Exclure l'HSA si au moins un de ces critères est absent. Ne pas appliquer chez un patient ayant un déficit neurologique, un antécédent d'anévrisme ou d'HSA, de tumeur cérébrale connue ou de céphalée chronique récurrente.















^a La règle d'Ottawa permet d'exclure 15 % des cas négatifs avec une sensibilité de 100 %.


^b Utilisée pour localiser un anévrisme potentiel ou une autre anomalie vasculaire.

 **Retour à l'algorithme**

Suite du tableau à la page suivante 


3 MODALITÉ D'IMAGERIE PRIVILÉGIÉE CHEZ L'ADULTE (suite)


	Situation clinique	Présentation ou symptômes associés	Pathologie soupçonnée	Modalité d'imagerie [§]				
				IRM	ARM ou VRM	TDM	ATDM ou VTDM	
C	<p> Céphalée accompagnée de déficit neurologique et/ou d'hypertension intracrânienne</p> <p> 0,5 % à 44 %[‡]</p>	<ul style="list-style-type: none"> Convulsions Vomissements Niveau de conscience altéré Changement de personnalité Trouble cognitif d'apparition récente Cédème papillaire Céphalée qui cause un éveil nocturne ou qui s'aggrave le matin Acouphènes pulsatiles 	<ul style="list-style-type: none"> Lésion expansive (ex.: tumeur ou abcès intracrânien) Hypertension intracrânienne idiopathique (<i>pseudotumor cerebri</i>) 					
D	<p> Céphalée accompagnée de signes d'infection intracrânienne</p>	<ul style="list-style-type: none"> Rigidité nucale Fièvre Nouvelles convulsions Trouble ou changement cognitif récent Altération du niveau de conscience Déficit neurologique focal 	<ul style="list-style-type: none"> Méningite (présence de signes d'hypertension intracrânienne) Encéphalite 					
E	<p> Céphalée chez un patient ayant un antécédent de cancer ou d'immunodéficience</p> <p> 32 % à 54 %</p>	<ul style="list-style-type: none"> Symptômes associés à la situation clinique B, C ou D 	<ul style="list-style-type: none"> Lésion expansive 					
F	<p> Céphalée associée à un traumatisme récent[†]</p>	<ul style="list-style-type: none"> Déficit neurologique Altération de l'état de conscience Fracture du crâne Progression des symptômes 	<ul style="list-style-type: none"> Lésion cérébrale post-traumatique (ex.: contusion, hémorragie, hématome, pneumocéphalie) 					
G	<p> Céphalée accompagnée d'une coagulopathie ou de l'usage d'un anticoagulant</p>	<ul style="list-style-type: none"> Symptômes associés à la situation clinique A 	<ul style="list-style-type: none"> Hémorragie intracrânienne Autres types d'AVC 					


 Taux de patients ayant une anomalie significative


 Indiquée en première intention

ATDM : angiographie par tomodensitométrie ; ARM : angiographie par résonance magnétique ; IRM : imagerie par résonance magnétique ; TDM : tomodensitométrie ; VRM : veinographie (phlébographie) par résonance magnétique ; VTDM : veinographie (phlébographie) par tomodensitométrie ; HSA : hémorragie sous-arachnoïdienne ; AVC : accident vasculaire cérébral ; SVCR : syndrome de vasoconstriction réversible

 Peut être indiquée en première intention dans des cas précis (ex. : forte suspicion de cause secondaire, présentation clinique atypique, selon le degré d'urgence ou dans le cas d'une contre-indication d'une autre modalité).

 Peut être indiquée en deuxième intention (confirmation du diagnostic ou localisation des anomalies vasculaires).

 Retour à l'algorithme

Suite du tableau à la page suivante 

[§] Le choix de la modalité d'imagerie peut varier en fonction du contexte de pratique local.

^{*} Examen spécialisé : examen généralement demandé par un spécialiste ou effectué après en avoir discuté avec un radiologiste.

[‡] Les données sont issues d'études réalisées en 1^{re} ligne et en urgence. Le taux de détection en urgence représente majoritairement la valeur la plus élevée.

[†] Appliquer les critères diagnostiques validés de la Canadian CT Head Rule (voir document de l'INESSS sur les [traumatismes craniocérébraux](#))

3 MODALITÉ D'IMAGERIE PRIVILÉGIÉE CHEZ L'ADULTE (suite)

	Situation clinique	Présentation ou symptômes associés	Pathologie soupçonnée	Modalité d'imagerie [§]			
				IRM	ARM ou VRM	TDM	ATDM ou VTDM
H	<ul style="list-style-type: none"> Nouvelle céphalée chez la patiente enceinte ou en post-partum chez les patientes au service des urgences: 27% à 33% 	<ul style="list-style-type: none"> • Symptômes associés à la situation clinique A 	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles vasculaires (ex. : AVC, apoplexie hypophysaire, dissection artérielle) • Syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible 		^b		
I	<ul style="list-style-type: none"> Céphalée associée à la consommation d'une substance vasoactive 	<ul style="list-style-type: none"> • Symptômes associés à la situation clinique A 	<ul style="list-style-type: none"> • Hémorragie intracrânienne 				
			<ul style="list-style-type: none"> • SVCR 				
J	<ul style="list-style-type: none"> Nouvelle céphalée chez un patient de 50 ans ou plus 15% 	<ul style="list-style-type: none"> • Hypersensibilité du cuir chevelu • Claudication de la mâchoire • Fièvre • Fatigue • Perte de poids • Vision double ou perte visuelle transitoire ou persistante 	<ul style="list-style-type: none"> • Artérite temporale • Lésion expansive 				
K	<ul style="list-style-type: none"> Céphalée positionnelle 9% à 14% 	<ul style="list-style-type: none"> • Céphalée qui s'aggrave de manière significative en position debout • Céphalée qui s'aggrave de manière significative en position couchée 	<ul style="list-style-type: none"> • Hypotension intracrânienne 				
			<ul style="list-style-type: none"> • Lésion expansive (la céphalée est rarement le seul symptôme) 				
L	<ul style="list-style-type: none"> Céphalée associée à l'activité physique ou la toux 0,2% à 40% 	<ul style="list-style-type: none"> • Céphalée associée à l'effort, à la toux, à la manœuvre de Valsalva ou à l'activité sexuelle • Symptômes associés à la situation clinique A 	<ul style="list-style-type: none"> • Hémorragie intracrânienne • Lésion expansive • Malformation de Chiari de type I 				

Taux de patients ayant une anomalie significative

Indiquée en première intention



ATDM : angiographie par tomodesitométrie ; ARM : angiographie par résonance magnétique ; IRM : imagerie par résonance magnétique ; TDM : tomodesitométrie ; VRM : veinographie (phlébographie) par résonance magnétique ; VTDM : veinographie (phlébographie) par tomodesitométrie ; HSA : hémorragie sous-arachnoïdienne ; AVC : accident vasculaire cérébral ; SVCR : syndrome de vasoconstriction réversible

Peut être indiquée en première intention dans des cas précis (ex. : forte suspicion de cause secondaire, présentation clinique atypique, selon le degré d'urgence ou dans le cas d'une contre-indication d'une autre modalité).



Peut être indiquée en deuxième intention (confirmation du diagnostic ou localisation des anomalies vasculaires).

[Retour à l'algorithme](#)

[Suite du tableau à la page suivante](#)


[§] Le choix de la modalité d'imagerie peut varier en fonction du contexte de pratique local.


* Examen spécialisé : examen généralement demandé par un spécialiste ou effectué après en avoir discuté avec un radiologiste

^c Utilisée pour localiser un anévrisme potentiel ou une autre anomalie vasculaire

^d Le diagnostic de l'artérite temporale repose principalement sur la symptomatologie, l'examen clinique, les tests de laboratoire (vitesse de sédimentation et protéine C réactive) ainsi que sur la biopsie de l'artère. Dans les cas où le portrait clinique demeure incertain, la TDM est indiquée pour exclure d'autres troubles ayant une présentation similaire, dont les tumeurs et les hématomes.

3 MODALITÉ D'IMAGERIE PRIVILÉGIÉE CHEZ L'ADULTE (suite)

	Situation clinique	Présentation ou symptômes associés	Pathologie soupçonnée	Modalité d'imagerie [§]			
				IRM	ARM ou VRM	TDM	ATDM ou VTDM
M	 Céphalée associée à des douleurs de la région faciale	• Douleur orbitaire ou périorbitaire	• Lésion orbitaire (infectieuse, inflammatoire, vasculaire, néoplasique, etc.)	✓*		✓*	
		• Douleur ondotogène	• Abscès • Ostéomyélite			✓	
		• Douleur faciale unilatérale • Symptômes autonomiques ipsilatéraux dans la région du nerf trijumeau (ex. : ptôse, myosis, rougeur, rhinorrhée, larmolement ipsilatéraux)	• Lésions de la base du crâne • Névralgie du trijumeau causée par une lésion expansive	✓*			
		• Céphalée d'origine rhinogène	• Empyème sous-dural • Complication intracrânienne de la sinusite			⚠*	

 Taux de patients ayant une anomalie significative

 **Indiquée en première intention**



Peut être indiquée en première intention dans des cas précis (ex. : forte suspicion de cause secondaire, présentation clinique atypique, selon le degré d'urgence ou dans le cas d'une contre-indication d'une autre modalité).



Peut être indiquée en deuxième intention (confirmation du diagnostic ou localisation des anomalies vasculaires).

ATDM : angiographie par tomodensitométrie ; **ARM** : angiographie par résonance magnétique ; **IRM** : imagerie par résonance magnétique ; **TDM** : tomodensitométrie ; **VRM** : veinographie (phlébographie) par résonance magnétique ; **VTDM** : veinographie (phlébographie) par tomodensitométrie ; **HSA** : hémorragie sous-arachnoïdienne ; **AVC** : accident vasculaire cérébral ; **SVCR** : syndrome de vasoconstriction réversible

[Retour à l'algorithme](#)

[§] Le choix de la modalité d'imagerie peut varier en fonction du contexte de pratique local.

* Examen spécialisé : examen généralement demandé par un spécialiste ou effectué après en avoir discuté avec un radiologiste