



Prise en charge des céphalées  
chroniques primitives

Pr Claire Le Jeunne

Service Médecine interne Hôtel Dieu

Faculté Paris Descartes

# Critères IHS 2<sup>o</sup> édition 2004

- 15 ans après la première édition 1988
- Annoncée de longue date
- Classification des céphalées en 3 groupes
  - Céphalées primitives : 4 groupes
  - Céphalées secondaires : 8 groupes
  - Névralgies crâniennes , faciales, centrales
  - Appendice
- Définies chacune selon des critères

« The International Classification of  
Headache disorders »

2° édition

*Jes Olesen. Cephalagia ; 2004; 24: 8-152*

# Classification IHS des céphalées

1- migraine	8-Céphalées médicamenteuses
2- céphalées de tension	9-céphalées avec maladies non neurologiques
3-algie vasculaire de la face	10-céphalées par maladie métaboliques
4-céphalées primitives autres	11- céphalées faciales : ORL, OPH
5-céphalées post TC	12 -Névralgies du V
6- céphalées avec maladie vasculaire	13-Céphalées non classables
7-céphalées avec lésions intracrâniennes	

# Céphalées primitives

- Migraine
- Céphalées de tension
- Algie vasculaire et autres atteintes trigéminales autonome
- Autres céphalées primitives  
toux, positionnelles, sexuelles, **hypnique**, en  
coup de tonnerre,

# Céphalées : approche diagnostique

- Céphalées récentes d'installation brutale ou rapidement progressive
  - →explorations urgentes en premier lieu scanner cérébral ou mieux IRM
- Céphalées chroniques permanentes ou évoluant par crises
  - vérification des critères diagnostiques
  - examens le plus souvent inutiles
  - leur diagnostic est clinique

# Approche diagnostique (suite)

- Céphalées d'origine faciale : ORL, OPH, stomatologiques
  - Souvent surestimées
    - Les sinusites chroniques ne sont pas douloureuses
    - Les céphalées d'origine OPH sont rares
    - Rôles des inclusions dentaires dans le sinus
- Céphalées du sujet âgé
  - Rechercher un élément organique

# Céphalées justifiant des examens complémentaires

- Tableau clinique atypique
- Céphalée nouvelle chez un patient céphalalgique chronique
- " migraine " après 50 ans
- Première céphalée brutale
- Anomalie à l'examen neurologique

Une jeune femme de 30 ans vient vous voir en consultation, pour céphalées invalidantes .

Elle a toujours eu plus ou moins mal à la tête mais avec un peu d'Aspirine ou de Doliprane, le mal de tête s'estompe et elle n'y prête plus attention.

Depuis la naissance de son dernier enfant, il y a 6 mois elle ne comprend plus ce qui lui arrive, le mal de tête dure plus longtemps, les traitements marchent moins bien et elle est obligée de se coucher dans le noir.

Quel est votre diagnostic -initial  
-au moment de la consultation ?

Quels sont les éléments manquants pour le préciser au mieux?

## Les caractéristiques de la céphalée

durée  
intensité  
topographie  
éléments aggravants  
facteurs déclenchants

## Les antécédents familiaux

## Les signes d'accompagnement

existence d'une aura  
nausées, vomissements  
photophobie, phonophobie, osmophobie  
larmoiement oculaire, nez bouché, rougeur  
conjonctivale

## Les conséquences en termes de handicap

## Les médicaments ou autres plantes consommés

## Les données de l'examen clinique

notamment neurologique  
mesure de la pression artérielle  
palpation et auscultation des vaisseaux cervicaux

Les céphalées de cette jeune femme surviennent par crises, 2 ou 3 fois par mois durent 24 heures et elle a l'impression d'avoir une crise systématiquement au moment des règles.

Les médicaments marchent mal et d'ailleurs quand elle les prend elle a plus de nausées.

Elle se couche dans le noir car elle ne supporte plus la situation et attend que cela se passe.

Cela lui pose des problèmes pour s'occuper du petit dernier dont elle ne supporte plus les cris.

En parlant elle désigne le côté droit de la tête.

A votre question elle répond que c'est plus souvent à droite qu'à gauche mais quand elles sont à gauche c'est pire.

**Pouvez vous alors porter un diagnostic de migraine, sur quels éléments?**

# Migraine sans aura

- Au moins 5 crises identiques répondant aux critères suivants: durant de 4 à 72 heures
  - Céphalée (au moins 2 critères)
    - Pulsatile
    - Unilatérale
    - Augmentée par les efforts
    - Modérée à sévère
  - Signes d'accompagnements (au moins 1)
    - Nausée et ou vomissements
    - Photophobie ou phonophobie
- Examen neurologique normal

Quelles vont être vos propositions thérapeutiques à ce stade?

Traitement des crises?

Traitement de fond ?  
oui?  
non?

Traitement spécifique de la crise cataméniale  
Sachant qu'elle prend un CO dit de 3<sup>e</sup> génération?

Plutôt traitement de crise seul  
AINS : ibuprofène, kétoprofène  
Triptans

Reco ANAES 2002

Si efficace pas de traitement de fond nécessaire

Quel triptan choisir?

Mise en garde contre l'abus médicamenteux

# Comparaison au suma 100

aucune différence statistique entre les triptans

	Soulagement à 2h	Disparition complète à 24 h	Cte d'efficacité	Tolérance
Suma 50	=	=	=/-	=
Zolmi 2,5	=	=	=	=
Nara 2,5	-	-	-	++
Riza 10	+	+	++	=
Elé 40	=/+	=/+	=	=
Almo 12,5	=	+	+	++
Frova 2,5	-	+	?	?

Elle revient vous voir 4 mois plus tard, elle va beaucoup mieux car les traitements sont efficaces et font passer la crise en 1 heure 1 heure et demi.

mais elle trouve que les crises ont tendance à revenir le lendemain, elle est donc amenée à prendre du kétoprofène 4 à 5 fois par semaine en moyenne

Elle prend peu de triptans car elle en a peur?  
(votre mise en garde et l'avis du pharmacien)

La crise des règles est plus difficile à faire passer

Quels sont vos conseils ?

La peur des triptans est elle justifiée?

Le problème est celui de la **réurrence des crises**

Si AINS insuffisants associer le triptan soit immédiatement  
soit une demi heure plus tard

*Conseil d'agenda de crises pour surveillance*

Problème de la protection gastrique, risque des AINS au long cours.

*Discussion d'un traitement de fond*

compliance prévisible

tolérance prévisible

handicap

nombre de jours de céphalées/ mois et intensité des crises

9 mois plus tard elle vient en consultation la mine défaite,  
rien ne va plus :

elle a mal à la tête tous les jours, elle prend son triptan 4 à 5 fois par semaine  
il n' y a que cela qui la sauve

Son pharmacien lui a donné de la Prontalgine® qui marche assez bien et  
elle en prend au moins 4 par jour.

De temps en temps elle a un jour ou deux de répit, elle ne sait pas pourquoi  
Sinon elle est réveillée tous les matins pas ces céphalées qui s'améliorent  
avec la prise du triptan.

Elle vous appelle au secours plus rien ne va dans sa vie, son mari est au chômage  
Les enfants sont difficiles, elle a l'impression que sa tête va exploser.

Quelle est votre analyse de la situation?

Que proposez vous?

Céphalées par abus médicamenteux,

Avec recrudescence possible c'est-à-dire d'authentiques crises de migraines

Traitement de fond indispensable

à bloquant

amitryptiline

sevrage en antalgique, essayer de ne donner

qu'une seule classe pharmacologique pour un jour donné,

en espaçant tous les 3 jours

Jamais de coantalgiques de palier 2

Dépendance des triptans et des codéinés

**Reco pour le traitement de fond**

ne marche pas avant 4 à 6 semaines

posologie lentement progressive

Si ce schéma est inefficace

vérifier la compliance au traitement  
vérifier les posologies  
vérifier la prise des traitements de crise  
changer de traitement de fond si besoin.

Rôle des anticonvulsivants dans les crises rebelles

Proposer des thérapeutiques non médicamenteuse comportementalistes  
pour évacuer le stress

Migraineux : personnalité anxieuse , perfectionniste

# Céphalées de tension

- Céphalée plus diffuse
- Non pulsatile, non augmentée par l'effort
- Moins intense
- Sans signes digestifs
- Parfois avec phono ou photophobie
- Association avec migraine fréquente

# Céphalées de tension

- Épisodiques : céphalées banales
  - Quelques minutes à quelques jours
  - Pression ou serrement
  - Légère à modérée
  - Non majorée par l'activité quotidienne
- Chroniques 3 à 5% de la population
  - Au moins 15 jours /mois
  - Depuis au moins 6 mois rechercher un abus médicamenteux

# Céphalées par abus médicamenteux : Définition

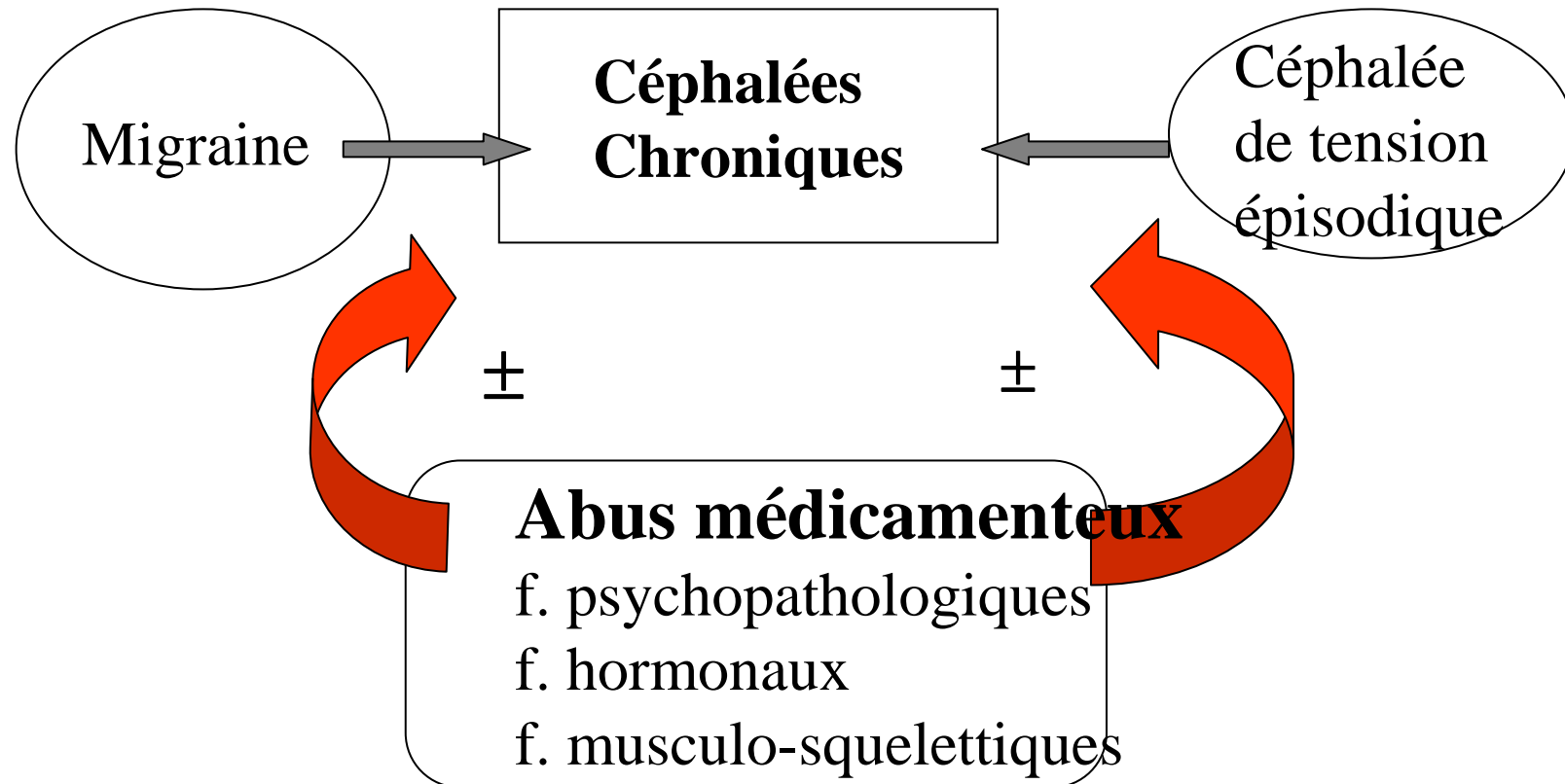
Céphalées d'allure migraineuse et ou  
tensive survenant plus de 15 jours par  
mois chez un patient aux antécédents de  
migraine et/ou de céphalées de tension

L'abus peut être un abus de traitements  
spécifique : triptans, dérivés ergotés  
non spécifiques : antalgiques opiacés ou non

# Définition

- Céphalées chroniques :
  - Plus de 15 jours / mois
  - Plus de 4 heures/j
  - Depuis au moins 3 mois
- Associées à une surconsommation médicamenteuse depuis plus de 3 mois.

# Principaux modes d'évolution vers une CCQ



# Définition de la surconsommation en fonction des molécules

- > 15j/mois pour les non opioïdes
  - Paracétamol, aspirine, AINS
- > 10j / mois pour les autres
  - Triptans, Dérivés ergotés
  - Opioïdes (rarement seuls ex : Lamaline®, Dicodin ®)
  - Associations d'antalgiques : le plus souvent
    - Prontalgine ®, Propofan ®, Codoliprane ®.....

# 3 Tableaux cliniques évocateurs

- Les céphalées ont les caractéristiques de la migraine : « *migraine chronique* »
- Les céphalées ont les caractéristiques des céphalées de tension *mais elles ne sont plus épisodiques*
- Il existe un fond céphalalgique permanent auquel s'ajoutent des crises d'allure migraineuse.
  - *Le plus fréquent*

# Diagnostic d'interrogatoire

- Transformation progressives des migraines  $\pm$  associées à des céphalées de tension
- Début au réveil le plus souvent obligeant à prendre le médicament qui va soulager
- Les tentatives d'arrêt entraînent une céphalée « *de rebond* » qui renforcent le besoin d'antalgiques

Symptômes influencés par le médicament  
en cause

- Triptans : *céphalées de type migraineux*
- Antalgiques non spécifiques :  
*fond douloureux permanent avec  
quelques recrudescences sous formes de  
migraine*

# Quels sont les médicaments le plus souvent en cause

- Paracétamol • 85% ↑
- Caféine • 68% ↓
- Codéine • 53% ↑
- Triptans • 47% ↑
- Dextropropoxyphène • 42% ↑
- AINS • 28% ↑
- Salycilés • 25% ↑
- Ergotamines • 13% ↓
- Tramadol • 4% ↑

# Commentaires

- Dépendance pas toujours facile à analyser quand des médicaments sont pris en associations fixes ou bien en même temps : 90% des cas
- Les médicaments en vente libre (automédication) sont plus souvent en cause
- **Paracétamol** composé commun à toutes les associations, n'est pas un bon antimigraineux
- **Triptans** en forte hausse alors que les dérivés ergotés reculent car de moins en moins prescrits

# Fréquence de l'abus médicamenteux

- 35% des patients, souffrant de céphalées quotidiennes en population générale
- 60 à 80 % des patients qui viennent en consultation spécialisée

*Témoignant ainsi du handicap que génèrent ces CCQ*

L'abus peut-il expliquer les CCQ  
à lui seul ?

**NON !**

1. Terrain susceptible :

céphalées antérieures :

**migraines surtout** ou céphalées de tension

2. + surconsommation d'antalgiques

*La consommation régulière d'antalgiques pour  
une autre cause n'entraîne pas de CCQ .*

*ex : lombalgies*

# Autres facteurs en cause

- Troubles anxieux
  - chez 1 patient sur 2 souffrant de CCQ
- Troubles dépressifs
  - chez 1 patient sur 3 en consultation spécialisée
- Évènements de vie:
  - Deuil, divorce, licenciement
- Hormonaux : péri ménopause et ménopause
- Tensions musculaires : scalp, face, nuque

# Caractéristiques de l'abus

- Perte du contrôle de la consommation
- Poursuite de la consommation malgré la connaissance des conséquences néfastes
- Souvent associé à d'autres consommations excessives
  - Café, tabac, tranquillisants

# Nouvelle histoire

Un homme migraineux....

Un homme de 40 ans vient consulter pour migraine ophtalmique depuis l'âge de 25 ans.

En effet il a vu plusieurs médecins pour essayer de guérir de sa migraine

Il a tout essayé

Les traitements de fond marchent mal

Seuls les triptans marchent :

au bout de  $\frac{3}{4}$  d'heures il va mieux son nez se débouche et il peut vaquer à ses occupations.

Mais il est obligé d'en prendre au moins 2 fois par jour car les céphalées reviennent, de la même façon , et celles de la nuit sont pires.

Comment analysez vous ces migraines?

Y a-t-il des données manquantes dont vous avez besoin?

Quels sont vos conseils thérapeutiques?

Dépendance aux triptans?

Séméiologie de migraine ophtalmique atypique :

- 3 crises par jour
- durée des crises  $\frac{3}{4}$  d'heure
- nez bouché
- homme

On doit évoquer un autre diagnostic, lequel ?

# Algie vasculaire de la face cluster headache

- Douleur sévère, unilatérale
- À prédominance péri orbitaire
- Non pulsatile
- Avec troubles neurovégétatifs
- Durée 15 à 180 minutes homolatéraux:  
Injection conjonctivale, larmoiement, congestion nasale, sudation du front, ptosis, myosis
- Homme jeune :30-40 ans

## Critères IHS des AVF

- A- Au moins 5 crises répondant aux critères B à D.
- B- Douleur unilatérale, sévère à très sévère, orbitaire, supra-orbitaire et/ou temporale durant 15 à 180 minutes sans traitement.
- C- La céphalée est associée à au moins un des signes suivants survenant du côté de la douleur :
  - 1- Injection conjonctivale et/ou larmoiement
  - 2- congestion nasale et/ou rhinorrhée
  - 3- Œdème palpébral
  - 4- Sudation du front ou de la face
  - 5- Myosis et/ou Ptosis
  - 6- Sensation d'inquiétude ou d'agitation
- D- La fréquence des crises varie de une crise, un jour sur deux, à 8 crises par jour.
- E- Les symptômes ne sont pas attribuables à une autre pathologie.

# Algie vasculaire de la face cluster headache

- Formes épisodiques 90%
  - Crises quotidiennes 1 à 3 fois/j
  - Pendant qqs semaines jusqu'à 3 mois
  - 1 à 2 fois /an
- Formes chroniques
  - Quasi quotidiennes
  - Extrêmement invalidante

Le traitement des crises repose sur

O2 nasal 7l/mn pendant 10 minutes grande efficacité  
AMM officielle et pris en charge  
ou sumatriptan injectable 6mg  
Imiject (med exception) ≠ Imigrane

Le traitement de fond

AMM Desernil, lithium...

En fait le meilleur traitement est le verapamil  
Isoptine 240 mg x 3 ou 4  
mieux isoptine 120 mg que 240 LP

posologies jusqu'à 1200 mg.....

4 mois plus tard il revient en consultation avec un gros bouquet de fleurs

Mais le visage fermé , anxieux

Comment allez vous  
mieux , les fleurs le prouvent....

Vous n'avez pas l'air bien?

quand vais-je me suicider?.....

Depuis la dernière consultation et le changement de diagnostic  
Il est aller voir sur internet le descriptif de l'algie vasculaire de la face  
et a vu que l'intensité des douleurs était telle qu'elle menait les patients  
au suicide

.....

Actuellement il va très bien et tout est rentré dans l'ordre.

# Conclusion

- Céphalées : diagnostic d'interrogatoire
- Consultation longue
- Chez l'homme penser à un autre diagnosticque celui de migraine
- Mise en garde contre l'abus médicamenteux
- Encourager les thérapeutiques type yoga, relaxation ou simplement exercice physique