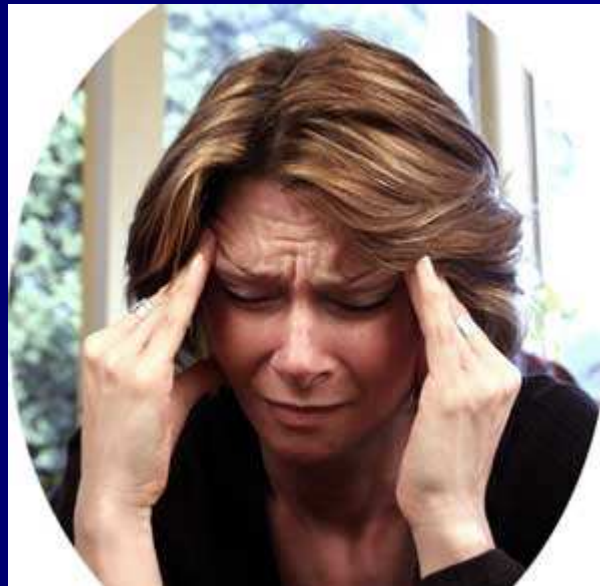


# Les céphalées



J.Sommer

N.Vokatch

# Objectifs:

- Connaître les critères diagnostiques des céphalées primaires
- Connaître les critères de gravité
- Savoir évaluer l'impact socio-professionnel et adapter le traitement
- Connaître les bases de la thérapeutique recommandée (aigu et chronique)

# Critères diagnostiques (cas 1)

Madame C, secrétaire âgée de 33 ans, célibataire, présente depuis l'âge de 15 ans de céphalées. Elle en a assez et vient pour que vous l'en débarrassiez.

Les céphalées surviennent toutes les 2 semaines, durent 1-2j, sont déclenchées par le stress et les week-ends, les céphalées répondent partiellement au paracétamol pris avec un café. Elles sont pulsatiles, unilatérales à g ou à d, rarement bilatérales, très fortes (7/10), précédées de douleurs dans l'estomac, elles sont associées à une phono- et photophobie et de nausées sans vomissements.

Status: TA 110/70, pouls 60/min, reste sp

# Critères diagnostiques (cas 2)

Jeune étudiante en droit de 25 ans, présentant des céphalées depuis le début des études mais actuellement éprouve des difficultés de concentration et aimerait être soulagée pour la préparation de ses examens.

Les céphalées surviennent environ 1x/mois, débutent progressivement en cours de journée et durent 4-5 jours. Elles sont d'intensité modérée, elles sont constrictives non pulsatiles gauches, sans nausées ni vomissements, pas d'inappétence, associées à une discrète photophobie sans phonophobie. Elle prend occasionnellement un paracétamol ou une aspirine avec effet passager.

Status: TA 120/86, T° 36,7, pas de contracture des mm cervicaux, reste du status sp.

# Critères diagnostiques (cas 1)

Madame C, secrétaire de direction âgée de 33 ans, célibataire, présente depuis l'âge de 15 ans de céphalées. Elle en a assez et vient pour que vous l'en débarrassiez. Les céphalées surviennent **toutes les 2 semaines**, durent **1-2j**, sont déclenchées par le stress et les week-ends, les céphalées répondent partiellement au paracétamol pris avec un café. Elles sont **pulsatiles, unilatérales** à g ou à d, rarement bilatérales, **très fortes (7/10)**, précédées de douleurs dans l'estomac, elles sont associées à une **phono- et photophobie** et de **nausées** sans vomissements.

# Migraine: critères

- a) Au moins 5 crises ayant critères de b) à d)
- b) Durée de 4 à 72 heures (sans traitement)
- c) Au moins 2 des caractéristiques suivantes:
  - céphalée unilatérale
  - céphalée pulsatile
  - modérée ou sévère
  - aggravation par les activités physiques simples (montée escalier p.ex.)
- d) Durant les céphalées, au moins l'un des caractères suivants :
  - nausées et/ou vomissements
  - photophobie et phonophobie

# Critères diagnostiques (cas 2)

Jeune étudiante en droit de 25 ans, présentant des céphalées depuis le début des études mais actuellement éprouve des difficultés de concentration et aimerait être soulagée pour la préparation d ses examens.

Les céphalées surviennent environ 1x/mois, débutent progressivement en cours de journée et durent 4-5 jours. Elles sont **d'intensité modérée**, elles sont **constrictives non pulsatiles** gauches, **sans nausées ni vomissements**, **pas d'inappétence**, associées à une discrète **photophobie sans phonophobie**. Elle prend occasionnellement un paracétamol ou une aspirine avec effet passager.

Status: TA 120/86, T° 36,7, pas de contracture des mm cervicaux, reste du status sp.

# Céphalées de tension: critères

- Douleur ayant au moins deux des caractéristiques suivantes :
  - constrictive/pesante/non pulsatile,
  - intensité légère à modérée
  - localisation bilatérale
  - pas d'aggravation par l'activité physique simple
  - absence de vomissements et de nausées importantes
- Pas plus d'un des signes associés suivants :
  - inappétence
  - photophobie
  - phonophobie



# Prévalence

- Migraine: 10-12% de la population

♂ : 6%

♀ : 15-18%

- Céphalées de tension

crises épisodiques: 20-30%

céphalées chroniques: (>180j/an): 3%

# Répercussions socio-économiques

Absentéisme total des céphalées I:

1 jour absence/année/employé

=20% des causes d'absentéisme 

## Degré de sévérité (cas 3)

- Patiente de 35 ans présentant des migraines toutes 1-2 semaines. Les crises durent 1 jour en moyenne, la douleur est modérée à sévère. Parfois les crises sont accompagnées de nausées, phono- et photophobie. La patiente surmonte ses crises par des analgésiques simples (paracétamol ou aspirine) et le repos.

# Degré de sévérité

- 1) Comment évaluez-vous le degré de sévérité de cette migraine ?
- 2) Quelle serait votre stratégie pour traiter cette patiente?
- 3) Quelle serait votre stratégie pour le suivi de cette patiente?

# Degré de sévérité (cas 3)

## Complément d'anamnèse:

- La patiente travaille à plein temps comme enseignante. Durant les 3 derniers mois elle a manqué 6 jours de travail et durant 2 j de travail elle a travaillé avec une efficacité réduite (de moins de 50%) en raison de sa migraine. De plus, elle a été empêchée pendant 2 j de faire ses occupations ménagères et pendant 3j de congé de participer aux activités de loisirs familiaux.

## Degré de sévérité

- 1) Combien cette patiente souffre-t-elle de sa migraine?
- 2) Quelle serait votre stratégie pour traiter cette patiente?
- 3) Quelle serait votre stratégie pour le suivi de cette patiente?

# Etude: influence des renseignements sur le degré de handicap perçu

- 42 médecins USA, 63 médecins européens (généralistes et neurologues)
- avant et après complément d'anamnèse:

	USA		Europe	
	Avant	Après	Avant	Après
Degré de gravité sévère	42%	96%	66%	84%
Urgence de traiter	60%	98%	49%	67%
Suivi médical nécess.	85%	98%	73%	86%

*W.Holmes, Headache 2001;41:343*

# Handicap perçu

## Le médecin:

- rassuré par le caractère « bénin »
- rassuré par la « rareté » des crises
- intérêt mitigé (incompréhension des mécanismes, maladie à connotation « psy »)



# Handicap perçu

## Le patient:

- Souvent déçu de l'apport du médecin
- Recourt à la panoplie des médicaments OTC
- Subit l'incapacité de travail  
(absentéisme ou efficacité réduite au travail)
- Subit les restrictions dans la vie privée:  
jours de congé et loisirs souvent touchés

# Questionnaire MIDAS

## Migraine disability assessment program

- Durant les 3 derniers mois, en raison de vos céphalées :
  - 1) combien de jours avez-vous manqué le travail / école ?
  - 2) pendant combien d'autres jours avez-vous eu une productivité de travail réduite de >50% ?
  - 3) pendant combien de jours n'avez-vous pas pu faire vos activités ménagères habituelles ?
  - 4) pendant combien de jours votre productivité en tâches ménagères était réduite de >50% ?
  - 5) pendant combien de jours avez-vous manqué à vos activités familiales, sociales ou de loisirs ?

Jours

Total	
-------	--

# Questionnaire MIDAS

## Migraine disability assessment program

- Evaluation du questionnaire :

		<u>Points</u>
■ Degré I	peu ou pas de sévérité	0-5
■ Degré II	sévérité discrète	6-10
■ Degré III	sévérité modérée	11-20
■ Degré IV	sévérité importante	>20

# MIDAS questions subsidiaires

- Questions subsidiaires pour évaluer la fréquence et l'intensité :
- A) Combien de jours avez-vous eu des céphalées au cours des 3 derniers mois ?
- B) Sur une échelle de 0-10 quelle en était l'intensité ?

## Critères d'alarme (cas 4)

- Mme A.V. du cas clinique 1 consulte deux ans plus tard en urgence en raison de céphalées beaucoup plus intenses, ayant débuté la nuit de façon brutale, (« comme un coup de foudre ») durant deux heures maximales, puis après un paracétamol et Motilium ayant diminué d'intensité. Il persiste une intense fatigue, il n'y a pas d'anamnèse de traumatisme.

# Critères d'alarme (cas 5)

- Patiente de 63 ans, HTA et hypercholest.tt, en vacances chez sa fille, depuis 6 sem: céphalées ayant débuté dans la nuque, progressive, irradiant en casque jusque dans les tempes, très intenses. Pas de trouble de la vue, ni autre tr. neurologique. Hypersensibilité du cuir chevelu. Douleur à la mastication. Pas de douls des ceintures. Connue pour céphalées de tension, mais céphalées inhabituelles. Perte kg, asthénie.

## Critères d'alarme (cas 4)

- Mme A.V. du cas clinique 1 consulte deux ans plus tard en urgence en raison de céphalées **beaucoup plus intenses**, ayant débuté la nuit de façon **brutale**, (« **comme un coup de foudre** ») durant deux heures maximales, puis après un paracétamol et Motilium ayant diminué d'intensité. Il persiste une intense **fatigue**, il n'y a pas d'anamnèse de traumatisme.

# Critères d'alarme (cas 5)

- Patiente de **63 ans**, HTA et hypercholest.tt, en vacances chez sa fille, **depuis 6 sem**: céphalées ayant débuté dans la nuque, **progressive**, irradiant en casque jusque dans les tempes, très intenses. Pas de trouble de la vue, ni autre tr. neurologique. Hypersensibilité du cuir chevelu. **Douleur à la mastication**. Pas de douls des ceintures. Connue pour céphalées de tension, mais céphalées **inhabituelles**. **Perte 3kg, asthénie**.



# Critères d'alarme

# Critères d'alarme

- Premier épisode (ou début brusque)
- Céphalée inhabituelle ou réfractaire
- Hémicrânie type migraine mais toujours même côté
- Céphalée d'apparition progressive
- Symptômes associés:
  - fièvre
  - vomissements (excepté migraine typique)
  - épilepsie non connue
  - symptômes généraux (asthénie, ▼ poids, sudat)
  - anomalies du status neurologique
- Traumatisme récent
- Immunodéficience associée

# Céphalées inhabituelles: ne répondant pas au tt habituel

## Pas d'imagerie si

- Pas de changement clair de caractère de céphalées
- Pas d'élément anamnestique nouveau (épi, fièvre, trauma, etc)
- Pas de symptôme neurologique focal ni anomalie au status

# **Le status indispensable**

# Le status indispensable

- Température
- Tension artérielle, pouls
- Status neurologique
  - FO , méningisme
  - recherche de déficits
  - aa cervicales et crâniennes
- Non urgent:
  - articulation temporo-mandibulaire
  - colonne cervicale

# Status

- Cas 4:  
Status: état général diminué, **ralentie**, pouls **56/min**, **TA 150/104**, légère **raideur de nuque** **photophobie**, FO: sp, pas de déficit neurologique
- Cas 5:  
status sp.

# Examens complémentaires

- Pas de critères d'alarme
  - >Aucun examen en urgence
- Critères alarme
  - >CT ou si possible IRM
- Forte suspicion anévrisme et CT/IRM normale
  - >angio-CT

# Examens complémentaires

- suspicion de méningite ou méningo-encéphalite  
et suspicion d'HSA (malgré CT normal)  
> ponction lombaire
- Patient >50 ans >VS



# Examens complémentaires: sensibilité/spécificité et coûts

- Sensibilité CT 90%, spécificité 99%
  - HSA, traumatisme
- Sensibilité IRM 95-99% (>sensible que CT)
  - thrombose sinusienne, néoplasie, HSA>72h
- Coûts

	HUG (CHF)	privé (CHF)
CT	450.-	700.-
IRM	env.850.-	env.1000.-
Angio-IRM	env.1050.-	env.1500.-

# Artérite gigantocellulaire (Horton)

Chez plus de 50 ans

- 70% Céphalées symptôme prédominant
- 50% polymyalgia
- 40% claudication mâchoire
- 95% ont VS augmentée (et CRP ↑)
- Complication: Neuropathie optique ischémique
- Urgence: prednisone 60 mg/j  
(10-20 mg pendant 1-2 ans)  
reconnu efficace: adjonction aspirine
- Diagnostic: biopsie artères temporales (90% sens)

# Céphalées chroniques

- La patiente du cas clinique 2 revient pour des céphalées modérées qui ne passent pratiquement plus depuis 2 mois. Pas de critère d'alarme ni de déficit neurologique à l'anamnèse ni au status.
- A quoi pensez-vous?

# Céphalées sur abus médicamenteux

- Prévalence 1% population (5f:1H)
- >15j /mois
- Réfractaires au tt, +/-quotidiennes<
  
- Prise d'analgésiques >15j/mois pendant 3 mois
- Prise de triptants >10j/mois pendant 3 mois
  
- Amélioration progressive sur 1 mois après le sevrage

# Prévention des céphalées sur abus médicamenteux

- Informer le patient
- Ajuster le tt de crise/ de fond
- Éviter les mélanges
- Restriction des doses
- Suivi des céphalées avec calendrier

# Thérapeutique céphalées primaires

## 1<sup>e</sup> étape: Hygiène de vie

- régularité repas, sommeil, exercice physique
- éviter polypragmasie et abus médicaments
- essayer éviter/gérer le stress
- repérer /éviter facteurs déclenchants (aliments/OH)
- approche comportementale (relaxation sophrologie, acupuncture, yoga, etc)

# Thérapeutique céphalées primaires

## 2<sup>e</sup> étape: traitement de la crise

### Céphalées de tension:

analgésiques simples, AINS ou relaxants mm

### Migraine

1<sup>o</sup> analgésiques, aspirine, panadol

2<sup>o</sup> AINS

3<sup>o</sup> Triptans

} +prokinétique

# Triptans

## Agonistes sélectifs des récepteurs 5 hydroxytryptamine

- **Effets secondaires:**
    - réaction au site d'injection
    - oppression thoracique
    - flush
    - faiblesse
    - vertiges-malaise
    - sensation de chaleur
    - paresthésies
- infarctus et mort subite rare mais pas exclus



# Triptans contre-indications

- Coronaropathie
- HTA non contrôlée
- Artériopathie périph sévère
- Catégorie grossesse B
  
- **Ne jamais associer avec** dérivés ergot, IMAO, lithium, **SSRI**

# Triptans

- Quasi équivalents dans études, réponse individuelle variable
- Env 40% récidivent les céphalées dans 24h mais 2<sup>e</sup> dose curative dans >80%

# Triptans

- Imigran (sumatriptan)
- Zomig (zolmitriptan)
- Maxalt (rizatriptan)
- Relpax (eletriptan)
- Naramig (naratriptan)
- Almogran (almotriptan)
- Menamig (frovatriptan)

# Thérapeutique céphalées primaires

## 3<sup>e</sup> étape: Traitement de fond

### ■ Céphalées de tension

si plus de 1-2 crises/sem

> amitriptyline 10-75 mg/j ou SSRI

### ■ Migraine

si >3-4 crises/mois, ou handicap perçu ++

> propranolol 40-160 mg/j , métoprolol 100-200 mg/j

> vérapamil 2-3x60, flunarizine 5-10 mg/j

> amitriptyline 30-75 mg po/j

> Vitamine B2 hautes doses, Mg++

# Thérapeutique céphalées primaires

## 3<sup>e</sup> étape: Traitement de fond

- Augmenter progressivement (tous 5-7j)
- Calendrier des céphalées
- Effet: évaluer après 2-3 mois
- Sevrage après 6-12 mois de tt efficace

# Conclusions

- Poser diagnostic précis
- Evaluer le degré d'invalidité
- Exclure/tenir compte des critères d'alarme
- Privilégier les mesures non-médicamenteuses
- Eviter l'abus médicamenteux
- Très souvent: céphalée I = maladie chronique

# Hypertension intracrânienne bénigne

- C/o femmes obèse d'âge moyen
- Symptômes: céphalées, troubles visuels transitoires (moins de 30 sec), et tinnitus pulsatile, 10-20% paralysie de 6<sup>e</sup> paire crânienne
- PL: P d'ouverture >200 cm H<sub>2</sub>O, liquide sp
- IRM: N (pour exclure thrombose sinusienne)
- Tt: perte de poids, régime pauvre Na, diurétiques  
rarement: chirurgical (si vision menacée)

Substance	Dose/galénique	Dose max /24h
Almotriptan (Almogran ®)	6,25-12,5 mg po	25 mg
Eletriptan (Relpax ®)	20-40 mg po	80 mg
Frovatriptan (Menamig ®)	2,5 mg po	7,5 mg
Naratriptan (Naramig ®)	1-2,5 mg*po	5 mg
Rizatriptan (Maxalt ®)	5-10 mg po 5-10 mg lingual	30 mg
Sumatriptan (Imigran ®)	25-100 mg po (cp 50mg) 10 ou 20 mg nasal 6mg sc* 25 mg supp	200 mg po 40 mg nasal 12 mg sc
Zolmitriptan (Zomig ®)	2,5-5 mg po 2,5-5mg lingual 2,5 ou 5 mg nasal	10 mg

**\*Doses orale et nasale peuvent être répétées pour tous après 2h sauf naratriptan après 4h et sumatriptan sc après 1h**