

CEPHALEES AIGUES

Auteur : Dre P. Della Santa, Service de médecine de premier recours, HUG

Expert : Pr A. Kleinschmidt, Service de neurologie, HUG

Relecteur : Dr T. Favrod-Coune, Service de médecine de premier recours, HUG

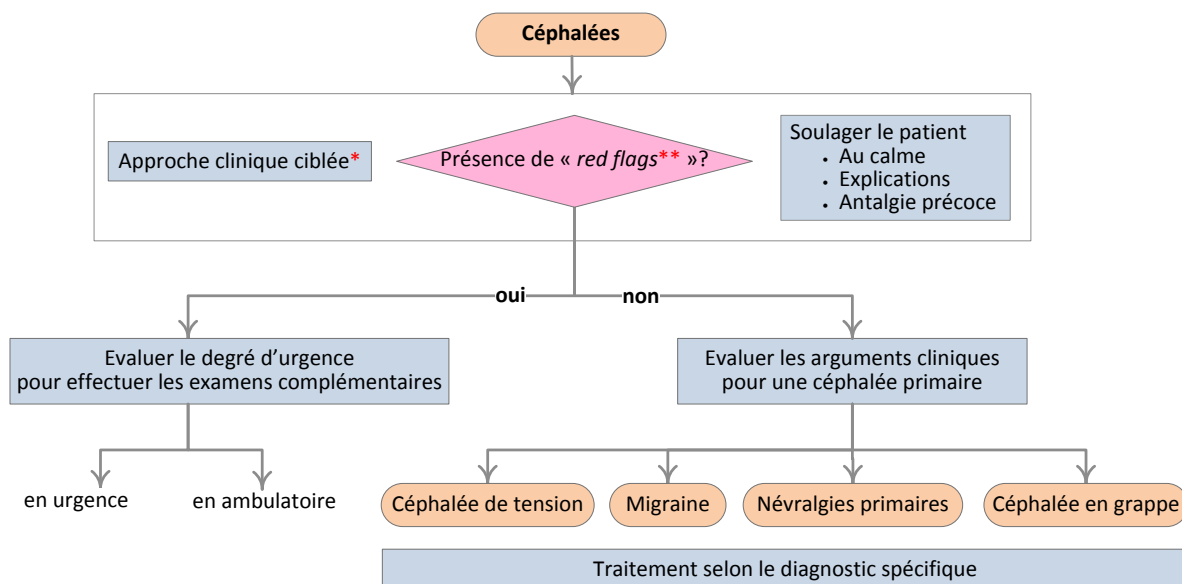
Algorithme, relecture: M. Le Braz
Mise en page: J. Caliri

2017

POINTS À RETENIR

- En médecine de premier recours, les céphalées sont le plus souvent primaires ou dues à une infection des voies respiratoires supérieures. La recherche de symptômes et de signes d'alarme ou *red flags* suspects de céphalée secondaire est cependant indispensable.
- La réponse au traitement antalgique ne permet pas de différencier une céphalée primaire d'une céphalée secondaire.
- Une céphalée même bénigne peut être très handicapante et nécessite un traitement adapté.
- En cas de céphalées de tension, le traitement doit intégrer des approches non-médicamenteuses. Il faut éviter l'abus médicamenteux et les céphalées entretenues par les médicaments.

Algorithme de prise en charge d'un patient souffrant de céphalées



* Approche clinique des céphalées en 10 questions

- 1^{er} épisode ou bien déjà connu ?
- Depuis quand ?
- Dans quelles circonstances ?
- Où ? (début, point max.)
- Intensité ? (EVA 0-10)
- Qualité ?
- Evolution (*time-to-peak*, fluctuant) ?
- Phénomènes associés ?
- Soulagée ou aggravée par ?
- Effet des antalgiques ?

** « Red flags » : symptômes et signes d'alarme en cas de céphalées

Eléments anamnestiques :

- Céphalées inhabituelles (localisation, durée, évolution, qualité, intensité, mode d'apparition) ou réfractaires au traitement habituel
- Aggravation progressive au cours des derniers jours/semaines
- Céphalées évocatrices de migraine mais toujours latéralisées du même côté
- Céphalées en « coup de tonnerre », « explosives », les pires jamais expérimentées
- Céphalées brutales déclenchées par : Valsalva, effort, changement de position
- Vomissements (sauf si migraine)
- Symptômes neurologiques, crise d'épilepsie
- Céphalées posturales
- Douleurs des ceintures, claudication de la mâchoire, myalgie et/ou sensibilité temporale
- Traumatisme récent, manipulation de la nuque
- Âge >50 ans
- Perte de poids, fatigue, sudations nocturnes
- Situations à risque : immunosuppression, cancer, grossesse, post-partum, anticoagulation

Status :

- Fièvre sans foyer décelé, méningisme, rash cutané
- HTA $\geq 180/120$ mmHg ; signes d'HTA maligne (hémorragie rétinienne, œdème papillaire, atteintes rénale, cardiaque ou symptômes neurologiques)
- Anomalie au status neurologique (cave : si contexte de migraine, les anomalies neurologiques qui surviennent doivent être semblables à celle des crises précédentes ; si elles sont différentes, rechercher un autre diagnostic)

CEPHALEES

1. INTRODUCTION

Plus de 90% des patients vus en pratique de médecine générale présentent des céphalées bénignes (céphalées primaires ou céphalées causées par une infection des voies aériennes supérieures). Cependant, la recherche soigneuse d'une origine secondaire (causée par une affection sous-jacente potentiellement grave) est indispensable.^{1, 2}

2. DEFINITIONS

2.1 CÉPHALÉES PRIMAIRES

Quatre diagnostics représentent 90% des céphalées primaires³ : céphalées de tension (prévalence à 1 an : 65%), migraine (environ 15% des céphalées primaires), céphalées en grappe (prévalence à 1 an <1%), céphalées quotidiennes chroniques.

• Céphalées de tension

Les céphalées de tension se classent en types « peu fréquent », « fréquent » et « chronique » selon les critères ci-dessous.⁴ Classiquement, les douleurs peuvent impliquer les muscles frontaux, péricrâniens, occipitaux et s'accompagnent de tension des muscles para-cervicaux et des trapèzes. Les facteurs déclenchants sont multiples : stress physique/psychique, conditions météorologiques,...

Céphalées de tension

A. Type « peu fréquent » : au moins 10 épisodes de céphalées survenant en moyenne <1 jour/mois (soit <12 jours/ an), remplissant les critères B à E.

Type « fréquent » : 1 à 14 épisodes par mois, remplissant les critères B à E

Type « chronique » : >15 épisodes par mois, remplissant les critères B à E

B. Durée des céphalées : 30 minutes - 7 jours

C. ≥2 caractéristiques suivantes :

1. Localisation bilatérale
2. Constrictives, pesantes, non pulsatiles
3. Intensité légère à modérée
4. Pas d'aggravation par l'activité physique simple (marcher, monter les escaliers,...)

D. Présence des 2 caractéristiques suivantes :

1. Pas de nausées, pas de vomissements (anorexie possible)
2. Pas de photo-/phonophobie (ou seulement 1 des 2)

E. Non attribuable à une autre affection

Une céphalée de tension épisodique peut être évoquée (avec moins de certitude) si <10 épisodes.

Tableau 1 : Critères diagnostiques des céphalées de tension.⁴

• Migraine

La migraine touche 11% de la population (3 femmes pour 1 homme).⁵ Plus de 80% des patients migraineux présentent leur première crise avant l'âge de 30 ans. La fréquence des crises est très variable ; elle diminue avec l'âge et, souvent, durant la grossesse.

La migraine est subdivisée en 4 entités cliniques :

- Migraine sans aura : la plus fréquente
- Migraine avec aura :
 - 15-20% des patients migraineux
 - Symptômes neurologiques focaux transitoires : troubles visuels, sensitifs, moteurs ou du langage ; survenue avant ou au début des céphalées ; installation/régression en quelques minutes.
- Migraine basilaire : troubles visuels passagers, dysarthrie, vertiges, acouphènes, ataxie.
- Complications de la migraine : status migraineux, transformation en migraine chronique (souvent en lien avec utilisation abusive d'antalgiques), infarctus migraineux.

Migraine sans aura

- A. Au moins 5 crises remplissant les critères de B à E
- B. Durée 4-72 heures (sans traitement)
- C. ≥ 2 caractéristiques suivantes :
 - 1. **Localisation unilatérale**
 - 2. **Caractère pulsatile**
 - 3. **Intensité modérée ou sévère**
 - 4. **Aggravation** par les activités physiques simples (p.ex. monter les escaliers)
- D. Durant les céphalées, ≥ 1 caractère suivant :
 - 1. nausées et/ou vomissements
 - 2. photophobie et phonophobie
- E. Non attribuable à une autre affection

Migraine avec aura

- A. Au moins 2 crises remplissant les critères B et C
- B. Symptômes visuels, sensitifs, parole et/ou langage, moteurs, tronc cérébral, rétiniens
- C. ≥ 2 symptômes suivants :
 - 1. ≥ 1 symptôme se développe en 5 minutes ou différents symptômes se succèdent
 - 2. Chaque symptôme dure 5-60 minutes
 - 3. ≥ 1 symptôme de l'aura est unilatéral
 - 4. L'aura est accompagnée ou suivie d'une céphalée dans les 60 minutes
- D. Non attribuable à une autre affection (notamment AIT exclus)

Migraine basilaire

Critères similaires à ceux de la migraine avec aura et ≥ 2 symptômes suivants :
Diminution du champ visuel bitemporal et binasal / dysarthrie / vertiges / tinnitus / diminution de l'acuité auditive / diplopie / ataxie / paresthésies bilatérales / parésies bilatérales / diminution du niveau de conscience.

Tableau 2 : Critères diagnostiques de migraine.⁴

- **Céphalées en grappe** (ou algie vasculaire de la face, *cluster headache*)
 - <1% des céphalées primaires
 - 6 hommes pour 1 femme
 - épisodique ou chronique (>1 an avec <14 jours consécutifs sans douleur)
 - 2/3 répondent à l'oxygénothérapie (O₂ 100%, 10-15l/min pendant 15min.).

Céphalées en grappe

- A. Au moins 5 crises remplissant les critères B à E.
- B. Douleurs (supra-) orbitaires et/ou temporales durant 15-180 minutes si non traitées.
- C. Avec au moins 1 des caractéristiques suivantes :
 - 1. Injection conjonctivale et/ou lacrymation ipsilatérale
 - 2. Congestion nasale et/ou rhinorrhée ipsilatérale
 - 3. Œdème palpébral ipsilatéral
 - 4. Sudations du front ou de la face ipsilatérales
 - 5. Myosis et/ou ptose palpébrale ipsilatérales
 - 6. Impatience ou agitation
- D. Fréquence variable (de 1x/2-3 jours à 8x/jour)
- E. Non attribuable à une autre affection

Tableau 3 : Critères diagnostiques des céphalées en grappe.⁴

• **Névralgies primaires**

Ce sont de violentes crises douloureuses (décharges électriques) durant quelques fractions de seconde à localisation stéréotypée, souvent déclenchées par une zone « gâchette ».⁴

Il faut impérativement différencier les formes *primaires* (idiopathiques) des formes *secondaires* (dues p.ex. à sclérose en plaques, borréliose, compression tumorale) où la douleur et le déficit persistent parfois entre les crises. Avant 40 ans, il faut rechercher une cause secondaire.

Les principales névralgies sont :

- Névralgie du trijumeau (la plus fréquente, surtout chez les femmes >40 ans)
- Névralgie glossopharyngienne (douleur pharyngée irradiant vers l'oreille, déclenchée par la déglutition)
- Névralgie d'Arnold (territoire du nerf sous-occipital, déclenchée par la palpation de son émergence)

2.2 CÉPHALÉES SECONDAIRES

• **Causes générales^{1,6}**

- Fièvre
- Troubles métaboliques (hypoglycémie, hypercapnie, hypoxie, déshydratation...)
- Hypertension artérielle
 - l'HTA peut décompenser des céphalées primaires
 - une poussée hypertensive (TA diast >120 mmHg) ou une variation brutale de tension peut provoquer des céphalées intenses
- Pré-éclampsie
 - hypertension artérielle gravidique avec protéinurie (*HELLP syndrome* si aussi hémolyse, cytolysé hépatique et thrombopénie)

• **Causes infectieuses⁴**

- Rhino-sinusite (15% des céphalées secondaires)
 - douleur localisée en cas de sinusite frontale ou maxillaire
 - douleur plus profonde avec irradiation orbitaire, occipitale ou au vertex en cas de sinusite ethmoïdale ou sphénoïdale
 - 5 caractéristiques évocatrices d'une sinusite aiguë : état grippal, rhinorrhée purulente, douleur augmentée à l'antéflexion, douleur unilatérale et douleurs dentaires
- Méningite aiguë (état fébrile et raideur de nuque)
- Méningite chronique (tuberculeuse, néoplasique, etc.) : symptômes plus discrets +/- fièvre
- Patient HIV positif : méningite à cryptocoques ?
- Névralgie post-herpétique ou post-zostérienne (tout territoire d'un nerf sensitif)
- Méningo-encéphalite, neuropaludisme (état fébrile, perturbation de l'état de conscience et troubles neurologiques focaux irritatifs/déficitaires persistants)

• **Causes vasculaires⁴**

- Hémorragie sous-arachnoïdienne (HSA)
 - céphalées violentes, début brutal « en coup de tonnerre », parfois occipitales
 - +/- raideur de nuque, nausées/vomissements, photophobie
 - +/- syncope, crise comitiale, perturbation de l'état de conscience ou état confusionnel
 - parfois précédée de signes d'appel signalant une hémorragie mineure dans les heures, jours ou semaines qui précèdent (« céphalée sentinelle » chez 50% des patients dans les 3 semaines précédant l'événement majeur)
 - *Cave* : se méfier des crises de céphalées toujours latéralisées du même côté et provoquées par l'effort (même minime) en recherchant un anévrisme (par angio-CT ou angio-IRM)
- Hématome épidural ou sous-dural
 - post-traumatique
 - symptomatique après latence de quelques heures (épidural) à plusieurs jours/semaines (sous-dural)
 - céphalées parfois sévères, +/- localisées au lieu de l'hématome (mais peuvent se situer à l'opposé du traumatisme crânien)
 - +/- déficit neurologique

- Accident vasculaire cérébral (AVC)
 - céphalées présentes dans environ 15% des cas
- Dissection d'une artère carotidienne
 - spontanément (85%) sur maladie de la paroi artérielle ou après traumatisme de la région cervicale (15%)
 - céphalées unilatérales, fronto-orbitaires +/- latéro-cervicales
 - +/- syndrome de Claude-Bernard-Horner et/ou paralysie périphérique des nerfs crâniens IX, X, XI ou XII ipsilatéraux
 - +/- clinique d'AVC/AIT dans les territoires atteints (Cave : les déficits neurologiques peuvent apparaître après plusieurs semaines !)
- Dissection d'une artère vertébrale
 - douleurs généralement cervico-occipitales, avec irradiation dans le bras et l'occiput
 - +/- déficit dans le territoire vertébro-basilaire (dysarthrie, dysphagie, ataxie, paralysie des extrémités, syndrome de Wallenberg)
 - +/- lésion d'une racine cervicale (C4) - C5 - C6 - (C7)
- Thrombose d'un sinus veineux
 - surtout chez la femme avec excès pondéral, tabagique, sous œstrogènes (grossesse, post-partum, contraception orale)
 - autres facteurs prédisposants : infection locale (sinusite sphénoïdale), thrombophilie, polyglobulie, vasculite, traumatisme, intervention chirurgicale récente
 - céphalées subaiguës ou fluctuantes (jours/mois)
 - +/- nausées/vomissements, vertiges, troubles de la vision, déficit neurologique focal, crise d'épilepsie (40%), troubles de l'état de conscience
 - examen clinique : parfois méningisme ou œdème papillaire
 - D-dimères <500 ng/ml : permet d'écarter le diagnostic si symptômes <15 jours et probabilité clinique faible
 - imagerie de la circulation veineuse cérébrale par CT/IRM nécessaire pour exclure le diagnostic⁷
- Artérite temporale de Horton
 - habituellement après 50 ans
 - céphalées intenses, de localisation temporale et au niveau du cuir chevelu (décrites comme superficielles), diurnes et nocturnes (empêchant le sommeil), répondant peu aux antalgiques classiques
 - +/- claudication de la mâchoire et/ou perte de la vue (neuropathie optique ischémique)
 - +/- symptômes généraux (fatigue, perte de poids) et douleurs des ceintures scapulaire et pelvienne (*polymyalgia rheumatica*)
 - artère temporale non pulsatile et région temporale parfois érythémateuse, tuméfiée et douloureuse
 - CRP et VS élevées
 - confirmation diagnostique par biopsie de l'artère temporale mais peu sensible → si nécessaire biopsie du côté controlatéral, échographie-doppler (signe du halo), angio-IRM cérébrale (prise de contraste de l'artère) ou traitement d'épreuve par stéroïdes
- **Causes médicamenteuses**
 - Effets secondaires des médicaments
 - de très nombreux médicaments peuvent occasionner des céphalées (contraceptifs oraux, digoxine, xanthines, dérivés nitrés, anticalciques,...)
 - le sevrage de nombreux médicaments/substances peut également engendrer des céphalées secondaires
 - Céphalées médicamenteuses⁸
 - tous les traitements antalgiques peuvent entraîner des céphalées médicamenteuses (triptans > AINS) qui peuvent donc co-exister avec des céphalées primaires
 - limiter l'utilisation des triptans (max. 8 jours/mois) et des AINS (max. 10 jours/mois)

Céphalées médicamenteuses

- Maux de tête >15 jours/mois
- Prise fréquente et régulière (≥ 2 j/semaine depuis >3 mois) de représentants des classes thérapeutiques suivantes:
 - >15 jours/mois d'antalgiques simples ou AINS
 - >10 jours/mois d'opiacés ou dérivés, antalgiques combinés, triptans ou ergotamine
- Survenue/augmentation de la fréquence ou nette aggravation après la prise de ces médicaments
- Disparition ou retour à l'état initial dans les 2 mois suivant l'arrêt de la prise

Tableau 4 : Critères diagnostiques des céphalées médicamenteuses.⁴

• Causes ostéo-articulaires

- Douleurs cervicogènes (toute pathologie de la colonne cervicale, malformations de la charnière cervico-occipitale,...)
- Dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM)
 - douleur souvent unilatérale pré-auriculaire ou auriculaire, irradiant vers la face ou la tempe
 - exacerbée par la mastication
 - blocage ou anomalie de l'ouverture-fermeture de la bouche, trouble de l'occlusion dentaire

• Autres causes

- Traumatismes crâniens (environ 4% des céphalées secondaires)
- Intoxication (CO,...)
- Processus expansifs cérébraux (néoplasies, abcès)
 - 50% des patients avec une tumeur cérébrale vont développer des céphalées
 - apparition progressive
 - exacerbées par : alcool, fatigue, Valsalva, position couchée (fin de nuit et matin)
 - +/- vomissements sans nausées
 - patient HIV : lymphome cérébral ? toxoplasmose cérébrale ?
- Hypertension intracrânienne idiopathique
 - surtout chez les jeunes patientes obèses
 - céphalées, tinnitus, obscurcissement visuel transitoire, diplopie
- Glaucome aigu
 - douleurs oculaires pulsatiles très intenses
 - pupille peu réactive, diminution rapide de l'acuité visuelle, nausées/vomissements
- Hypotension du LCR
 - spontanée ou secondaire à une PL
 - calmée en décubitus et augmentée en position debout

Hypertension intracrânienne idiopathique

A. Céphalées progressives avec ≥ 1 caractéristique 1 à 3 de A et remplissant les critères C et D :

1. Fréquence quotidienne
2. Douleur diffuse et/ou constante (non pulsatile)
3. Aggravée par la toux ou l'effort

B. Hypertension intracrânienne avec :

1. Status neurologique normal ou avec l'une des anomalies suivantes : œdème papillaire, élargissement de la tache aveugle, déficit du champ visuel (progresse en l'absence de traitement), parésie du VI.
2. Augmentation de la pression du LCR (>20 cmH₂O chez le patient non obèse, >25 cmH₂O chez le patient obèse) mesurée par ponction lombaire en position couchée ou par monitoring de la pression épidurale ou intraventriculaire.
3. Chimie et cellularité du LCR normales (hypoprotéinorachie acceptée)
4. Exclusion par des examens appropriés d'autres pathologies intracrâniennes (y compris thrombose veineuse cérébrale)
5. Absence de cause métabolique, toxique ou hormonale à l'hypertension intracrânienne.

C. Les céphalées se développent dans le temps parallèlement à l'augmentation de la pression intracrânienne.

D. Les céphalées s'améliorent après retrait de LCR avec baisse de pression jusqu'à 12-17 cmH₂O et s'amende dans les 72 heures après une normalisation persistante de la pression intracrânienne.

Tableau 5 : Critères diagnostiques de l'hypertension intracrânienne idiopathique.³

3. MANIFESTATIONS CLINIQUES

3.1. RECHERCHE DES SIGNES ET SYMPTÔMES D'ALARME OU RED FLAGS (cf. Algorithme p. 2)^{9,10}

3.2. ANAMNÈSE (cf. les 10 questions à poser, p. 2)

3.3. EXAMEN CLINIQUE

Status neurologique soigneux :

- niveau de conscience, niveau attentionnel
- troubles cognitifs : aphasie, amnésie, hémi-négligence
- examen du fond de l'œil
- nerfs crâniens : examen des champs visuels, acuité visuelle, réaction pupillaire, oculomotricité, sensibilité de la face, force des groupes musculaires de la face
- voies longues : force/sensibilité des membres, réflexes ostéo-tendineux et cutanés plantaires
- démarche et épreuves cérébelleuses

Evaluer :

- signes vitaux : T°, TA, pouls (HTA + bradycardie en cas d'hypertension intracrânienne)
- palpation de : yeux, ATM, colonne cervicale, artères temporales si >50 ans
- percussion des sinus, recherche d'un écoulement nasal antérieur et/ou postérieur
- présence d'un méningisme

4. DIAGNOSTICS

4.1. LABORATOIRE

En fonction de la clinique : formule sanguine, crase, bilan inflammatoire.

Si >50 ans et céphalées nouvelles : VS et CRP.

4.2. IMAGERIE MÉDICALE

Suspicion clinique	Imagerie
Hémorragie sous-arachnoïdienne	angio-CT natif et injecté (ou angio-IRM)
Dissection carotido-vertébrale	angio-CT natif et injecté incluant les vaisseaux cervicaux (ou angio-IRM)
Thrombose sino-veineuse cérébrale	CT natif et injecté avec CT veineux ou IRM
Méningite et/ou encéphalite Patient immunodéprimé	CT natif et injecté avant la PL IRM si possible (ou différée selon l'appréciation clinique)
Atteinte ORL compliquée: sinusite	CT (1 ^{er} choix pour explorer des céphalées associées à une sinusite chronique)
Femme enceinte ou post-partum	Selon clinique et avis du spécialiste (IRM)
Néoplasie (primaire ou secondaire)	IRM/CT natif et injecté selon disponibilité
Abcès cérébral	IRM/CT natif et injecté selon disponibilité
Céphalées inhabituelles avec risque hémorragique (alcoolisme, anticoagulation)	CT natif
Hypo- ou hypertension intracrânienne	Selon avis spécialiste (IRM, signes indirects)
Encéphalopathie hypertensive sans signes neurologiques focaux	Pas d'imagerie sauf si suspicion d'une autre pathologie (p.ex. PRES - <i>Posterior Encephalopathy Reversible Syndrom</i>)

Tableau 6: Indications principales à l'imagerie cérébrale en cas de céphalées.⁶

4.3. Indications à la ponction lombaire (PL)

On effectuera une PL en cas de suspicion de :

- HSA sans hémorragie ou anévrisme visualisés à l'angio-CT (sa sensibilité diminue avec le temps), après un délai >12heures (recherche de xanthochromie)
- Méningite/méningo-encéphalite ou de méningite carcinomateuse
- Hypo/hypertension intracrânienne bénigne avec CT normal

5. PRISE EN CHARGE

Phase aiguë :

- Mettre le patient au calme, allongé s'il le souhaite, diminuer la lumière et les bruits.
- **Administrer rapidement une antalgie** après avoir vérifié l'**absence de contre-indications** (allergie, grossesse, comorbidités, interactions médicamenteuses...).

Chez la **femme enceinte**, le paracétamol est utilisable tout au long de la grossesse tandis que les **AINS** ne peuvent être prescrits que durant le **2^e trimestre**. Les triptans sont contre-indiqués (sumatriptan et rizatriptan : les données disponibles autorisent le recours à ces médicaments si les dangers pour le fœtus – p. ex. vomissements dus à la migraine – sont plus importants que les dangers potentiels des molécules).

Prévention :

Pour toutes les céphalées primaires, il convient de donner des conseils d'hygiène de vie : régularité des repas, du sommeil, de l'exercice physique ; limiter le stress, éviter les abus médicamenteux, stopper les médicaments inutiles ou ayant des effets indésirables, rechercher les facteurs déclenchants (aliments, alcool, etc.), favoriser les approches multimodales (relaxation, hypnose...).

5.1 TRAITEMENT DES CÉPHALÉES DE TENSION

Le traitement des céphalées de tension repose sur des antalgiques simples (paracétamol, AINS), à ne pas consommer plus de 2-3 jours par semaine (car risque de céphalées médicamenteuses).

Pour un traitement de fond, l'amitriptyline est le premier choix.¹¹ Le traitement sera débuté à faible dose (10-12.5 mg 1x/j le soir) et augmenté progressivement toutes les 2 semaines jusqu'à obtention d'un effet thérapeutique (dès 4-6 semaines de traitement), avec un maximum de 100-125 mg 1x/j. On recherchera la dose minimum efficace en raison des effets secondaires des tricycliques, notamment cardiaques. Les autres antidépresseurs (duloxétine, venlafaxine) ne devraient pas être prescrits dans cette indication s'il n'y a pas d'état dépressif concomitant.¹²

5.2 TRAITEMENT DES MIGRAINES

• Crise migraineuse

Le traitement d'une crise aiguë de migraine est d'autant plus efficace qu'il est pris précocement et que la dose initiale est adéquate.

Le traitement de **1^{ère} ligne** comprend un procinétique (dompéridone 10 mg 3x/jour ou métoclopramide 10 mg 3x/jour ; gastroparésie souvent associée), suivi d'1 ou 2 antalgiques (paracétamol +/- AINS).

Les triptans (agonistes 5-HT_{1B/1D}) sont les seuls médicaments spécifiques de la migraine (vasoconstricteurs) et sont prescrits en **2^e ligne** si les traitements classiques ont échoué ou chez les migraineux présentant des crises intenses s'installant rapidement, à la dose minimale efficace. Ils peuvent être associés aux AINS. Le médecin choisit le triptan en fonction de l'expérience du patient et de ses préférences galéniques. Chez les patients présentant un fort taux de récurrence de crises, on choisira un triptan à longue demi-vie. Une fraction de migraineux est résistante aux triptans.

Contre-indications aux triptans : cardiopathie ischémique, antécédents d'AVC ischémique/AIT, HTA mal équilibrée. Ils ne doivent pas être utilisés lors d'une aura migraineuse sans céphalées.

Effets secondaires des triptans : sensation de chaleur, oppression ou paresthésie (prédominant au niveau du cou et de la poitrine), sédation, difficultés de concentration, possible réaction d'allergie croisée aux sulfamides.

-

Agonistes sérotoninergiques 5-HT1 ou triptans				
Principe actif	Spécialité	Dosage initial	Dos max/24h	Remarques
Sumatriptan	Imigran® ou générique	25-100 mg po*	200 mg	Jusqu'à 4 cp/jour ; différentes formes galéniques à disposition
		6 mg sc*	12 mg	
		10-20 mg sn*	40 mg	
		25 mg ir*	50 mg	
Eleptriptan	Relpax®	40-80 mg po	160 mg	Efficace ; bon équilibre entre effets + et effets -
Rizatriptan	Maxalt®	5-10 mg po ou sl	30 mg	Le plus rapide (15 min). Constance d'effets ; Pas d'allergie croisée aux sulfamides ; Forme orodispersible
Frovatriptan	Menamig®	2.5 mg po	5 mg	Temps d'action très lent (4 heures)
Naratriptan	Naramig®	2.5 mg po	5 mg	
Zolmitriptan	Zomig® ou générique	2.5-5 mg po, sl	10 mg	Jusqu'à 4 cp/jour ; pas d'allergie croisée aux sulfamides ; Forme orodispersible
		2.5 mg sn	10 mg	
Almotriptan	Almogran®	12.5 mg po	25 mg	Peu d'effets secondaires
*po = per os *sc = sous-cutané *sn = spray nasal *ir = intra-rectal *sl = sublingual minimum 2-4 heures entre les doses selon les molécules				

Tableau 7: Traitement de 2^e ligne des crises migraineuses : triptans.⁴

Les dérivés de l'ergot sont peu utilisés en raison de leurs contre-indications.

• **Traitement de fond (ou prophylactique) des migraines**

Indiqué si :

- migraines fréquentes et handicapantes (au niveau familial, social ou professionnel)
- échec des traitements de crise
- risque d'abus médicamenteux

Sur la base d'un **calendrier des céphalées**, le traitement de fond est poursuivi pendant 6-12 mois si l'évaluation à 3-8 semaines est positive. Après un sevrage progressif et une pause de 3-6 mois, un traitement de fond à long terme est réintroduit en cas de récurrence (éventuellement avec une autre molécule).

Il est recommandé d'**expliquer au patient** que le but est surtout d'obtenir une amélioration des symptômes dans la vie quotidienne, en réduisant la fréquence, la sévérité et la durée des crises et en augmentant la réponse au traitement antalgique de crise.

En cas de migraines liées au cycle menstruel, des traitements « préventifs » intermittents, à débiter 1-2 jours avant le début présumé des migraines et à poursuivre durant les règles, peuvent être proposés avec un triptan de longue durée d'action.

Principe actif	Spécialité	Posologie	Contre-indications	Effets indésirables
1. Bêtabloquants (1^{er} choix)				
Métoprolol	générique	50-200 mg/j	Asthme, BAV* II et III, IC*	Asthénie, hypotension artérielle, cauchemars, troubles sexuels
Propranolol	générique	40-160 mg/j, en 2-3 prises	Asthme, BAV* II et III, IC* décompensée/sévère	
2. Antiépileptiques				
Topiramate	Topamax®	25-200 mg/j (augmenter de 25 mg/sem)	Grossesse Allaitement	Myopie aiguë, colique néphrétique, paresthésies, perte de poids, effets indésirables centraux
Valproate	Depakine® Orfiril®	500 mg- 1g/j	Grossesse, Allaitement, Hépatite	Somnolence, Prise de poids, perte capillaire, hépatite
3. Antidépresseurs tricycliques (surtout en cas de céphalées mixtes)				
Amitriptyline	Saroten®	20-100 mg/j (le soir)	Glaucome à angle fermé, adénome, trouble de la conduction AV*	Somnolence, prise de poids, xérostomie, constipation, hypotension
4. Anti-hypertenseurs				
Candésartan	Atacand®	16 mg/j	Grossesse et allaitement, insuffisance hépatique	Hypotension artérielle
Durant la grossesse : magnésium ou métoprolol				
*BAV : bloc atrio-ventriculaire *IC : insuffisance cardiaque *AV : atrio-ventriculaire				

Tableau 8 : Traitement prophylactique de la migraine.³

5.3 TRAITEMENT DES CÉPHALÉES EN GRAPPE

Traiter la crise en administrant de l'oxygène à 100% 10-15 l/min au masque pendant 15 minutes et/ou un triptan par voie sous-cutanée ou en spray nasal (p.ex. sumatriptan 6mg sc, à répéter au besoin, mais au plus tôt 6 heures après la 1^{ère} dose ; dosage max 12 mg/24heures).

Le traitement préventif doit être initié précocement. Le vérapamil est le 1^{er} choix (60-120 mg 3x/j ; apparition de l'efficacité après 2-3 semaines. Les corticoïdes peuvent être prescrits transitoirement avant l'obtention de l'effet du vérapamil (1 mg/kg de prednisone pendant 5 jours puis dosage dégressif).

5.4 TRAITEMENT DES NÉVRALGIES DU TRIJUMEAU OU DU GLOSSOPHARYNGIEN

Considérer un traitement de carbamazépine en débutant par 100-200 mg/j, à augmenter jusqu'à environ 400 mg 2-3x/j (génotypage HLA A*3101 préalable). Proposer aussi des approches non-pharmacologiques (positionnement / repos / application de chaud/froid). On peut également demander un avis ORL ou neurochirurgical.

5.5 TRAITEMENT DES CÉPHALÉES PAR ABUS MÉDICAMENTEUX⁸

Envisager un sevrage complet et rapide des médicaments antalgiques en collaboration avec le neurologue ; à réaliser dans un cadre hospitalier, selon la situation.

Le sevrage peut s'accompagner de céphalées et de symptômes végétatifs (vomissements, nausées, hypotension, tachycardie).

6. QUAND HOSPITALISER OU FAIRE APPEL AUX SPECIALISTES ?

- Hospitalisation :
 - Céphalées secondaires dont la pathologie sous-jacente nécessite une investigation urgente et/ou une surveillance rapprochée
 - Etat de mal migraineux ou migraine avec aura inhabituelle ou non résolue
 - Persistance de céphalées de toute origine malgré un traitement médicamenteux adéquat

- Neurologue :
 - Présence de « *red flags* »
 - Céphalées inhabituelles (durée, intensité, réponse aux traitements)
 - Céphalées secondaires à une atteinte neurologique sous-jacente
 - Pour l'indication et les modalités d'un sevrage médicamenteux

- Neurochirurgien :
 - Notion de traumatisme crânio-cérébral
 - Recherche d'un hématome intracrânien ou autre pathologie expansive

- Consultation multidisciplinaire de la douleur :
 - En cas d'association avec d'autres douleurs chroniques et échec des traitements proposés : limiter la polymédication, les errances médicales, renforcer l'alliance thérapeutique, impliquer le patient dans la prise en charge proposée.

- Gynécologue :
 - Prise en charge d'une migraine cataméniale (migraine survenant 2 jours avant et jusqu'à 3 jours après le début des règles)
 - Recommandations concernant la contraception d'une patiente migraineuse (à éviter dans les migraines avec aura)
 - Suspicion de (pré-)éclampsie
 - Indication et prescription de traitements chez une femme enceinte ou allaitante

- Ophtalmologue :
 - Suspicion de glaucome

- ORL :
 - Suspicion de sinusite/autre pathologie maxillo-faciale

REFERENCES

1. Annoni JM, Delémont C, Garin N, Dozier C, Piguet V, Sommer-Bühler J, Luthy C. Recommandations interdisciplinaires du réseau douleur des HUG : approche clinique des céphalées primaires. Rev Med Suisse. 2010 Jun 30;6(255):1326-30, 1332-5.
2. Sturzenegger M, Gantenbein A, Sandor P. Céphalées dites primitives, 2e partie. Forum Med Suisse 2012;12(5):99–103
3. UpToDate, Evaluation of headache in adults, Bajwa Z. Apr 2016
4. The International Headache Classification (ICHD-2) website : <http://ihs-classification.org/en/>
5. Davoine E, Kleinschmidt A. Migraine : des recommandations générales à la prise en charge pratique. Rev Med Suisse. 2016 Jun 22;12(524) : 1214-1219
6. Ceppi M, Willi C, Hugli O, Regli L, Cereda C, Maeder P, Bodenmann P, Burnand B, Nater B, Michel P. Recommandations pratiques pour le diagnostic en urgence des céphalées aiguës non traumatiques. Revue Médicale Suisse 2008;4:1741-1746.
7. Lalive PH, de Moerloose P, Lovblad K, Sarasin FP, Mermillod B, Sztajzel R. Is measurement of D-dimer useful in the diagnosis of cerebral venous thrombosis? Neurology. 2003 Oct 28;61(8):1057-60.
8. Evers S, Marziniak M. Clinical features, pathophysiology, and treatment of medication-overuse headache. Lancet Neurol. 2010;9:391–401
9. Sturzenegger M, Gantenbein A, Sandor P. Céphalées dites primitives, 1^{ère} partie. Forum Med Suisse 2012;12(4):72–77
10. Morel P, Rutschmann O, Delémont C. Quand référer aux urgences un patient présentant une céphalée ?. Rev Med Suisse. 2010 Aug 25;6(259):1526-9.
11. Bendtsen L, Evers S, Linde M, Mitsikostas DD, Sandrini G, Schoenen J; EFNS. EFNS guideline on the treatment of tension-type headache - report of an EFNS task force. Eur J Neurol. 2010 Nov;17(11):1318-25.
12. Lenaerts ME. Pharmacoprophylaxis of tension-type headache. Curr Pain Headache Rep. 2005 Dec;9(6):442-7. Review.

Dernière mise à jour 2017 par : P. Della Santa, A. Kleinschmidt,