



# Recommandations interdisciplinaires du réseau douleur des HUG : approche clinique des céphalées primaires

Rev Med Suisse 2010 ; 6 : 1326-35

J.-M. Annoni  
C. Delémont  
N. Garin  
C. Dozier  
V. Piguet  
J. Sommer  
C. Luthy

## Clinical management of primary headaches: interdisciplinary guidelines

Primary headaches, whose aetiologies cannot be identified by current diagnostic methods, represent the most frequent headaches and must be distinguished from secondary or symptomatic headaches, e.g. related to traumatic, vascular, inflammatory or neoplastic processes.

Only an appropriate treatment will meet the expectations of patients, for who even a mild headache may generate important fears and handicaps. Medical history and physical examination form the basis for targeting the right diagnosis before any biological or radiological testing.

The article presents guidelines implemented at the Geneva University Hospitals by the Pain Network of the institution. Therapeutic modalities and recommendations concerning the need for specialized assessments are presented to provide a framework in both emergency situation and long-term care.

Les céphalées primaires, dont l'étiologie ne peut être identifiée par les méthodes diagnostiques actuelles, sont les plus fréquentes. Les céphalées secondaires, symptomatiques, sont liées par exemple à une pathologie traumatique, vasculaire, inflammatoire ou néoplasique.

Seul un traitement adéquat répondra aux attentes des patients, pour lesquels une céphalée même bénigne peut être cause de craintes et de handicaps. L'anamnèse et l'examen clinique permettent de cibler le diagnostic souvent avant les examens complémentaires.

L'article présente les recommandations diffusées dans les Hôpitaux universitaires de Genève par le Réseau douleur de l'institution. Les propositions thérapeutiques et les modalités de recours aux spécialistes/examens spécialisés fournissent un cadre de référence lors de la prise en charge en urgence sur le long cours.

## INTRODUCTION

Les céphalées constituent un motif de consultation fréquent en médecine de premier recours comme dans les services d'urgences ou les services hospitaliers. Elles constituent cependant un défi diagnostique et thérapeutique important pour

le médecin, principalement en raison de la complexité et de l'hétérogénéité des tableaux cliniques. Bien que la cause soit bénigne chez environ 90% des patients vus en pratique de médecine générale (céphalées primaires ou céphalées en lien avec une infection des voies respiratoires hautes), une investigation soigneuse à la recherche d'une étiologie secondaire est indispensable.<sup>1,2</sup> Le rôle du médecin est donc de distinguer les céphalées primaires des céphalées secondaires, de déterminer le traitement adéquat – dans l'urgence et au long cours – et de répondre aux attentes des patients pour lesquels une céphalée même bénigne peut être cause de craintes et de handicaps.

Dans le cadre des actions mises en place par les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) pour améliorer la prise en charge de la douleur dans l'institution, nous présentons une révision et une actualisation des recommandations pour la prise en charge des céphalées les plus répandues à savoir les céphalées primaires. Une discussion plus approfondie du diagnostic des céphalées secondaires peut être téléchargée via le site du réseau douleur des HUG (<http://reseaudouleur.hug-ge.ch>).

## DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES CÉPHALÉES PRIMAIRES

Les céphalées primaires sont celles dont l'étiologie ne peut être identifiée par les méthodes diagnostiques actuelles (tableau 1). Elles comportent surtout les types suivants.

### Céphalées de tension<sup>3,4</sup>

Les céphalées de tension constituent une entité regroupant des affections de

## Tableau I. Définitions des céphalées primaires

(Adapté de réf.<sup>16,17</sup>).

### Migraines

- Au moins cinq crises remplissant les critères de B à E
- Durée de 4 à 72 heures (sans traitement)
- Au moins deux des caractéristiques suivantes:
  - Céphalée unilatérale
  - Céphalée pulsatile
  - Modérée ou sévère
  - Aggravation par les activités physiques simples (monter des escaliers par exemple)
- Durant les céphalées, au moins un des caractères suivants:
  - Nausées et/ou vomissements
  - Photophobie et phonophobie
- Non attribuable à une autre affection

### Migraine avec aura typique

- Au moins deux crises remplissant les critères B à E
- Symptômes visuels, sensitifs, dysphasiques mais pas de parésie
- Présence d'au moins un des symptômes suivants:
  - Symptômes visuels homonymes positifs (scotomes, lignes ou phosphènes scintillants) et/ou négatifs (amaurose, hémianopsie) et/ou symptômes sensitifs unilatéraux positifs (fourmillements, picotements) et/ou négatifs (anesthésie, engourdissement)
  - Au moins un symptôme progresse sur au moins cinq minutes ou différents symptômes se succèdent
  - Chaque symptôme dure 5-60 minutes
- La céphalée débute pendant l'aura ou lui succède dans les 60 minutes
- Non attribuable à une autre affection

### Migraine basilaire

Mêmes critères que la migraine avec aura et au moins deux des 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

### Status migreux

Migraine diagnostiquée et :

au moins cinq crises de migraine sans aura ou au moins deux crises de migraine avec aura, et :  
crise d'une durée de plus de 72 heures, sans compter l'interruption due au sommeil

### Céphalées de tension

- Au moins dix épisodes de céphalée en moyenne < 1 jour/mois (< 12 jours/an) remplissant les critères B à E
  - Durée de la céphalée: 30 minutes – 7 jours
  - Douleurs avec  $\geq 2$  des caractéristiques suivantes:
    - Localisation bilatérale
    - Constrictives, pesantes, non pulsatiles
    - Intensité légère à modérée
    - Pas d'aggravation par l'activité physique simple comme marcher ou monter les escaliers
  - Présence des deux caractéristiques suivantes:
    - Pas de nausées, pas de vomissements (anorexie possible)
    - Photo- ou phonophobie (pas les deux)
  - Non attribuable à une autre affection
- Une céphalée de tension épisodique peut aussi être diagnostiquée (mais avec moins de certitude) en cas de < 10 épisodes

### Céphalées en grappe

- Au moins cinq crises remplissant les critères B à E
- Douleurs orbitaires, supra-orbitaires et/ou temporales durant 15-180 minutes si non traitées
- Céphalée avec au moins une des caractéristiques suivantes:
  - Injection conjonctivale et/ou larmoiement ipsilatéral
  - Congestion nasale et/ou rhinorrhée ipsilatérale
  - Œdème palpébral ipsilatéral
  - Sudations du front ou de la face ipsilatérale
  - Myosis et/ou ptose palpébrale ipsilatérale
  - Impatience ou agitation
- Fréquence variable entre 1 x/2-3 jours à 8 x/jour
- Non attribuable à une autre affection

### Névralgies du trijumeau

- Crises douloureuses paroxystiques d'une durée d'une fraction de seconde à deux minutes, affectant une ou plusieurs branches du nerf trijumeau et répondant aux critères B et C
- La douleur présente au moins une des deux caractéristiques:
  - Intense, aiguë, superficielle ou en «coup de poignard»
  - Provoquée par des zones gâchettes ou des facteurs déclenchants
- Les crises sont stéréotypées pour chaque individu
- Aucun déficit neurologique clinique décelable
- Non attribuable à une autre affection

### Céphalées médicamenteuses

- Maux de tête pendant plus de quinze jours par mois
- Prise fréquente et régulière de représentants des classes thérapeutiques suivantes:
  - > 15 jours/mois d'antalgiques simples ou anti-inflammatoires non stéroïdiens
  - > 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 deux mois suivant l'arrêt de la prise

## Migraines

Les migraines représentent environ 15% des céphalées primaires. Elles concernent 15% de la population (trois femmes pour un homme). La majorité des patients migraineux (environ 80%) présentent la première crise avant l'âge de 30 ans. La fréquence des crises est très variable, diminuant classiquement avec l'âge et lors de la grossesse. Les migraines sont subdivisées en trois entités cliniques: 1) la *migraine sans aura* (anciennement migraine commune) qui représente la majorité des patients migraineux; 2) la *migraine avec aura* (anciennement migraine accompagnée) qui représente environ 15-20% des patients migraineux avec

sévérité et de retentissement très variés bien qu'habituellement peu sévères. Elles représentent près des deux tiers des céphalées primaires. Les céphalées de tension se présentent sous une forme *épisodique* ou sous une forme *chronique* (céphalées pendant au moins quinze jours/mois et depuis plus de six mois). Classiquement, les douleurs impliquent les muscles du front, péricrâniens, occipitaux et elles s'accompagnent de tensions des muscles paracervicaux et des trapèzes. Les facteurs déclenchants sont multiples. Parmi ces facteurs, le stress physique ou psychique et des facteurs météorologiques occupent une bonne place à tous les âges de la vie.



des symptômes neurologiques focaux transitoires survenant souvent avant la céphalée (par exemple troubles visuels, sensitifs, moteurs ou du langage). Ces phénomènes neurologiques sont réversibles et ont la particularité de s'installer et de régresser en quelques minutes et non de façon brutale et 3) les complications de la migraine dont le status migraineux, la transformation en migraine chronique (souvent en relation avec une prise excessive de médicaments) et l'infarctus migraineux qui sont les plus fréquents.

### Névralgies primaires

La lésion de tout nerf crânien innervant les structures de la face peut provoquer une névralgie. Celle-ci se caractérise par des crises douloureuses à localisation stéréotypée, violentes, à répétitions et durant habituellement quelques fractions de secondes. En cas de névralgie, il faut toujours différencier les causes secondaires (par exemple, une inflammation dans le cadre d'une sclérose en plaques ou une compression tumorale) de la forme primaire (idiopathique). Lors de névralgies secondaires, la douleur persiste parfois entre les attaques. Les principales névralgies primaires sont: 1) la névralgie du trijumeau (décharges électriques dans le territoire d'une/des branches du nerf trijumeau). Cette névralgie est la plus fréquente des névralgies faciales, elle touche préférentiellement les femmes et survient presque toujours après 40 ans. L'apparition d'une névralgie avant 40 ans est un signal d'alarme nécessitant la recherche d'une étiologie secondaire. Les douleurs sont souvent déclenchées par une zone gâchette, par la mastication ou

par le brossage des dents; 2) la névralgie glossopharyngienne (mêmes caractéristiques que la névralgie du trijumeau hormis la topographie de la douleur qui siège au niveau du pharynx, irradie vers l'oreille et qui est déclenchée par la déglutition) et 3) la névralgie d'Arnold (douleurs névralgiques dans le territoire du nerf sous-occipital et déclenchées par la palpation de son émergence).

### Céphalées en grappe (cluster headache)

Les céphalées en grappe représentent < 1% des céphalées primaires avec une forte prédominance masculine (six hommes pour une femme). Cette affection, le plus souvent épisodique, peut également se présenter sous une forme chronique définie comme une forme qui persiste durant plus d'un an sans laisser plus de quatorze jours consécutifs de répit. Le *cluster headache* est volontiers unilatéral, très intense, orbito-temporal et de durée limitée (entre quinze minutes et trois heures). Il s'associe souvent à des symptômes neurovégétatifs locaux (larmoiements et rhinorrhée unilatéraux).

### Hémicrânie paroxystique chronique

Il s'agit d'une céphalée apparentée au *cluster headache* qui touche essentiellement la femme (durée des symptômes inférieure à celle du *cluster* mais fréquence supérieure) et qui répond spécifiquement à l'indométhacine.

### Autres formes de céphalées primaires

Les causes suivantes sont plus rarement rencontrées:

**Tableau 2. Principaux diagnostics différentiels et caractéristiques de quelques céphalées secondaires**  
(Adapté de réf.<sup>1,2</sup>).

<p><b>Causes générales</b> Fièvre, désordres métaboliques (hypoglycémie, hypercapnie, hypoxie), hypertension artérielle</p> <p><b>Commentaires</b> L'hypertension artérielle peut décompenser des céphalées primaires; la prééclampsie peut se révéler par des céphalées</p>	<p><b>Commentaires</b> Le sevrage de nombreux médicaments peut également engendrer des céphalées secondaires; l'abus de tout antalgique, de barbituriques, des dérivés de l'ergot, de triptans, de caféine ou de théine peut contribuer à entretenir/aggraver une céphalée primaire<sup>19</sup></p>
<p><b>Causes infectieuses</b> Rhinosinusites, méningite aiguë, méningite chronique, abcès cérébraux, névralgies postherpétiques, méningo-encéphalites, méningite à cryptocoques (patient VIH), neurosalmonellose</p> <p><b>Commentaires</b> Les rhinosinusites représentent environ 15% des céphalées secondaires; les cinq caractéristiques les plus spécifiques pour une sinusite (aiguë) sont un état grippal, une rhinorrhée purulente, une douleur à l'antéflexion, une douleur unilatérale et des douleurs dentaires</p>	<p><b>Causes oncologiques</b> Tumeurs primaires ou métastases, méningite carcinomateuse</p> <p><b>Commentaires</b> Si hypertension intracrânienne: céphalées augmentées par le décubitus, nausées-vomissements, céphalées souvent nocturnes (différent de migraine!), épilepsie et hypertension artérielle (HTA) notamment</p>
<p><b>Causes vasculaires</b> Hémorragie sous-arachnoïdienne (HSA), hématome sous-dural, accident vasculaire cérébral (AVC), thrombose des sinus veineux, artérite temporale de Horton, autres vasculites cérébrales primaires ou de type lupus érythémateux systémique</p> <p><b>Commentaires</b> 50% des patients avec HSA = céphalées sentinelles dans les trois semaines précédant l'événement majeur; si céphalées à l'effort ou si syncope + céphalées, penser à HSA; l'AVC s'accompagne également de céphalées dans environ 15% des cas; facteurs de risque thrombose des sinus veineux: femme avec un excès pondéral, tabagisme, sous contraception orale/post-partum, thrombophilie/polyglobulie, post-trauma/chirurgie, sinusite sphénoïdale<sup>18</sup></p>	<p><b>Causes ostéoarticulaires</b> Malformations de la charnière occipitale, syndrome algo-dysfonctionnel de l'articulation mandibulaire (SADAM)</p> <p><b>Commentaires</b> SADAM = douleur souvent unilatérale de l'articulation temporo-mandibulaire, irradiant vers la tempe</p> <p><b>Autres</b> Suites de traumatismes crâniens (environ 4% des céphalées secondaires), glaucome, hypertension intracrânienne idiopathique (HII), hydrocéphalie non communicante, hypotension spontanée du liquide céphalo-rachidien (LCR) notamment</p> <p><b>Commentaires</b> HII: survient le plus fréquemment chez des jeunes patientes obèses qui se présentent avec céphalées + tinnitus + obscurcissement visuel transitoire + diplopie; la céphalée secondaire à l'hypotension spontanée du LCR est classiquement calmée en position déclive, récidive en quelques minutes en position debout</p>
<p><b>Causes médicamenteuses</b> Contraceptifs oraux, digoxine, xanthines, dérivés nitrés, anticalciques</p>	



le SUNCT (*Short-lasting unilateral neuralgiform headache attack with conjunctival injection and tearing*), les *céphalées hypniques* et les *céphalées à l'effort* (ou postcoïtales par exemple).

## APPROCHE CLINIQUE DES CÉPHALÉES

Même si la prévalence des céphalées secondaires peut s'élever jusqu'à 20% en fonction du lieu de prise en charge et de la spécialisation des soins<sup>5</sup> (tableau 2 pour le diagnostic différentiel), la très grande majorité (90-95%) des patients vus en pratique de médecine générale présentent une cause bénigne de céphalée pour laquelle aucun examen paraclinique n'est requis.

En pratique, il convient de rechercher systématiquement les signes d'appel d'une céphalée secondaire (*red flags* ou signal d'alarme) en valorisant l'anamnèse et l'examen clinique. A noter également que l'efficacité d'un traitement, même spécifique, n'a jamais de valeur diagnostique (un triptan peut soulager une hémorragie méningée).

### Recherche des *red flags*

Lors d'une prise en charge en urgence, c'est avant tout les *red flags* anamnestiques et cliniques qui sont recherchés (tableau 3). Leur présence impose, dans la règle des examens complémentaires, la recherche d'une ou de plusieurs étiologies spécifiques. L'urgence varie cependant d'une situation à l'autre. Ainsi par exemple, tout patient avec une céphalée aiguë associée à une raideur de nuque et/ou à une altération de l'état de conscience doit être pris en charge prioritairement pour écarter une méningite ou une hémorragie sous-arachnoïdienne. A l'inverse, des céphalées apparues à plus de 50 ans progressivement méritent des investigations, mais sans urgence.

### Importance de l'anamnèse

L'anamnèse doit notamment préciser: l'endroit où les douleurs se localisent; leur intensité (échelle numérique ou échelle visuelle analogique); leurs caractéristiques (pulsatiles, décharges électriques...); les symptômes associés (nausées, sensibilité à la lumière ou au bruit...); le nombre de crises de douleur par semaine ou par mois, la durée des crises; la date de l'apparition des symptômes et leur évolution au cours du temps; les investigations déjà entreprises; les ressources propres du sujet face aux crises douloureuses et les médicaments consommés (par jour, par semaine, par mois). Dans la prise en charge chronique, l'évaluation des répercussions des céphalées sur la vie privée et professionnelle est indispensable.

### Examen clinique

Les éléments importants de l'examen clinique sont mentionnés dans le tableau 4.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES EN CAS DE CÉPHALÉES

En fonction de l'anamnèse et de la clinique, différents examens sanguins sont indiqués (formule sanguine et bilan inflammatoire notamment). Les modalités de recours à l'imagerie sont détaillées dans le tableau 5<sup>6</sup> et les princi-

### Tableau 3. Symptômes et signes d'alarme en cas de céphalées (*red flags*)

- Premier épisode de céphalée: particulièrement en cas de début brusque
- Douleurs des ceintures et/ou claudication de la mâchoire et/ou myalgie et/ou sensibilité temporale
- Céphalée inhabituelle (localisation, durée, évolution, qualité, intensité ou mode d'apparition) ou réfractaire au traitement habituel; déclenchée par le Valsalva, l'activité sexuelle ou le changement de position
- Céphalée évocatrice de migraine mais toujours latéralisée du même côté
- Céphalée décrite comme la pire de l'existence, en coup de tonnerre ou explosive
- Céphalée d'apparition progressive au cours des derniers jours ou semaines
- Céphalées associées à:
  - de la fièvre (sans foyer infectieux clair)
  - un méningisme
  - un rash
  - des vomissements (en dehors d'une crise typique de migraine)
  - une épilepsie non connue
  - des anomalies du status neurologique (œdème papillaire, déficit neurologique persistant)
  - des symptômes généraux (perte de poids, fatigue, sudations)
  - une hypertension  $\geq 180/120$  ou signes d'hypertension maligne (hémorragie rétinienne, exsudat ou œdème papillaire au fond d'œil, atteinte rénale ou symptômes neurologiques)
- Anamnèse de traumatisme récent ou de manipulation de la nuque
- Immunodéficience, cancer, post-partum ou anticoagulation
- Apparition des céphalées après l'âge de 50 ans

### Tableau 4. Éléments de l'examen clinique lors de céphalées

- Température corporelle
- Tension artérielle humérale
- Examen et palpation des yeux
- Recherche de méningisme
- Percussion des sinus, recherche d'un écoulement nasal antérieur et/ou postérieur
- Palpation de l'articulation temporo-mandibulaire et examen de la dentition
- Palpation de la colonne cervicale
- Palpation des artères temporales chez la personne de plus de 50 ans
- Recherche de souffles crâniens
- Status neurologique de base qui doit comprendre une évaluation:
  - du niveau de conscience et du niveau attentionnel
  - des troubles cognitifs: aphasie, amnésie, hémiparésie
  - examen du fond d'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 et sensibilité des membres, réflexes ostéotendineux, réflexes cutanés plantaires
  - démarche et épreuves cérébelleuses

pales indications de la ponction lombaire sont mentionnées dans le tableau 6.<sup>6</sup>

## TRAITEMENTS DES CÉPHALÉES PRIMAIRES

Les objectifs du traitement des céphalées primaires visent à contrôler la crise, mais également à améliorer la qualité de vie du patient en diminuant son incapacité socioprofessionnelle.<sup>7</sup> Initiée dès la première consultation, une prise en charge centrée sur la personne peut limiter l'impact de la maladie sur la vie quotidienne (limiter la iatrogénie liée à des examens ou à des traitements non pertinents, limiter les risques de chronicisation et les ris-



**Tableau 5. Indications cliniques principales à l'imagerie médicale en cas de céphalées**  
(Adapté de réf.<sup>6</sup>).

Suspensions cliniques	Imagerie
Anévrisme cérébral	Angio-CT ou angio-IRM
Hémorragie sous-arachnoïdienne	CT cérébral natif et injecté avec angio-CT
Dissection carotido-vertébrale	CT cérébral natif et injecté avec angio-CT des vaisseaux du cou et des vaisseaux cérébraux
Thrombose sino-veineuse cérébrale	CT cérébral natif et injecté avec séquences veineuses
Méningite/méningo-encéphalite	CT cérébral natif et injecté avant la ponction lombaire (PL) en présence de signes neurologiques focaux; IRM peut être différée selon la clinique
Sinusite ou autre atteinte ORL	CT (examen de choix pour explorer la sinusite chronique)
Femme enceinte ou post-partum	Selon suspicion clinique et avis du spécialiste
Néoplasie (primaire ou secondaire)	IRM ou CT cérébral natif et injecté selon disponibilité
Abcès cérébral	IRM ou CT cérébral natif et injecté selon disponibilité
Patient immuno-déprimé	CT avant PL; IRM peut être différée selon l'appréciation clinique
Céphalée inhabituelle (patient souffrant d'alcoolisme ou patient anticoagulé)	CT cérébral natif (hématome sous-dural) et injecté, examen en urgence si présence de signes neurologiques focaux
Encéphalopathie hypertensive sans signes neurologiques focaux	Pas d'imagerie sauf si suspicion d'une autre pathologie

ques d'abus médicamenteux). Il est également important pour les thérapeutes de se souvenir que les patients qui consultent possèdent toujours un cadre explicatif concernant la douleur, le fonctionnement du corps et la thérapeutique. Ce que savent les patients de leurs symptômes et le sens qu'ils leur attribuent constituent des éléments qui modulent l'expression des symptômes, la demande d'examens complémentaires et le suivi des propositions thérapeutiques notamment.<sup>8,9</sup>

### Phase aiguë

Il existe de nombreux médicaments efficaces pour les différentes formes de céphalées primaires<sup>7,10</sup> (tableau 7). Une approche multimodale centrée sur le patient com-

**Tableau 6. Principales indications à la ponction lombaire lors de céphalées aiguës**  
(Adapté de réf.<sup>6</sup>).

- Suspicion d'hémorragie sous-arachnoïdienne en l'absence d'hémorragie à l'imagerie (sensibilité du CT diminue au cours du temps)
- Suspicion de méningite ou méningo-encéphalite
- Suspicion de méningite carcinomateuse
- Suspicion d'hypo/hypertension intracrânienne bénigne en cas de CT normal

prend des recommandations telles que mettre le patient au calme en diminuant la lumière et les bruits, donner des explications sur ce qui va être entrepris et sur le déroulement temporel habituel de la crise, et de parvenir à négocier des objectifs thérapeutiques partagés avec le patient. Se rappeler également que le soulagement rapide de la douleur permet d'améliorer les performances de l'anamnèse et de l'examen clinique. Finalement, il convient de s'assurer de l'absence d'allergie ou de contre-indications (grossesse, interactions médicamenteuses) avant de prescrire.

En cas d'accès aigu d'une céphalée d'intensité légère à modérée, les analgésiques de premier choix comprennent le paracétamol, l'acide acétylsalicylique ou l'ibuprofène en forme effervescente. En cas d'accès migraineux, l'acide acétylsalicylique (1 g en comprimé effervescent) est aussi efficace que l'ibuprofène (400 mg) ou que le sumatriptan 50 mg PO, et reste le premier choix.

Si un doute persiste quant à la possibilité d'utiliser un traitement chez une femme enceinte, les dernières recommandations de l'*European federations of neurological societies* (EFNS) rappellent que seul le paracétamol est utilisable tout au long de la grossesse. Les AINS peuvent être prescrits durant le deuxième trimestre, et aussi durant le premier trimestre dans certains pays.<sup>11</sup>

Il faut considérer l'utilisation des triptans (5-HT<sub>1B/1D</sub> agonistes) si les traitements classiques ont échoué, chez les migraineux présentant des crises intenses s'installant rapidement, et ceci à condition que les patients ne présentent pas de contre-indications. Ils ne devraient pas être utilisés plus de neuf jours par mois afin de prévenir le développement d'une céphalée chronique médicamenteuse. Les triptans ne doivent pas non plus être utilisés lors d'une aura migraineuse sans céphalée<sup>12,13</sup> (voir aussi tableaux 7 et 8).

Les dérivés de l'ergot sont actuellement moins utilisés, principalement en raison de leurs contre-indications. Le dihydroergot est encore parfois prescrit pour des traitements courts (2x2,5 mg/j pendant trois à six semaines en cas de migraine sans aura). Un délai minimum de 24 heures après administration d'ergotamine et avant une prise de triptan doit être observé. A l'inverse, il faut respecter un délai minimum de six heures (sumatriptan) à 24 heures (autres triptans) entre une prise de triptan et une prise de dérivé de l'ergot.<sup>14</sup>

### Phase chronique

La base du traitement des céphalées est l'enseignement thérapeutique du patient. Cet enseignement vise à faire participer le patient à la gestion de la maladie et des traitements. Pour toutes les céphalées primaires, il convient de donner des conseils d'hygiène de vie: régularité dans les repas et le sommeil; exercices physiques réguliers; limiter les stress; éviter la polypragmasie et le surdosage médicamenteux (procéder à un sevrage si consommation de trois comprimés ou plus au cours de plus de deux jours par semaine); stopper les médicaments inutiles ou qui entraînent des effets indésirables; rechercher les facteurs déclenchants (alimentaires, alcool, etc.); favoriser les approches multimodales, la relaxation, le yoga ou l'hypnose par exemple.



**Tableau 7. Traitements médicamenteux des céphalées primaires**

Principe actif	Dosage initial	Infos
<b>• Céphalées de tension</b>		
<b>Antalgie</b>		
Paracétamol	1000 mg	Dosage max. 4 x/j PO ou IV
Acétylsalicylate Ibuprofène Ac. méfénamique	1000 mg 400-600 mg 500 mg	Dosage max. 3 x/j PO ou IV Dosage max. 4 x/j PO Dosage max. 3 x/j PO
<b>• Migraines</b>		
<b>Procinétiques</b> (utilisés pour la gastroparésie souvent associée à la crise migraineuse)		
Dompéridone Métoclopramide	10-20 mg 10-20 mg	Dosage max. 4 x/j, PO, SL, supp, IM ou IV pour le métoclopramide seulement
<b>Antalgie</b>		
Paracétamol	1000 mg	Dosage max. 4 x/j
Acétylsalicylate Ibuprofène Ac. méfénamique	1000 mg 400-600 mg 500 mg	Dosage max. 3 x/j Dosage max. 4 x/j Dosage max. 3 x/j
<b>Agonistes sérotoninergiques 5-HT1*</b>		
Sumatriptan	25-50 mg PO 6 mg SC 20 mg SN	Dosage max./24 h = 200 mg (minimum deux heures entre les doses) Dosage max./24 h = 12 mg (minimum deux heures entre les doses) Dosage max./24 h = 40 mg (minimum deux heures entre les doses)
Eletriptan	40-80 mg PO	Dosage max./24 h = 160 mg (minimum deux heures entre les doses)
Rizatriptan	5-20 mg PO	Dosage max./24 h = 30 mg (minimum deux heures entre les doses)
Naratriptan	2,5 mg PO	Dosage max./24 h = 5 mg (minimum quatre heures entre les doses)
Zolmitriptan	2,5-5 mg PO ou 2,5 mg SN	Dosage max./24 h = 10 mg (minimum deux heures entre les doses)
Almotriptan	12,5 mg PO	Dosage max./24 h = 25 mg (minimum deux heures entre les doses)
Frovatriptan	2,5 mg PO	Dosage max./24 h = 5 mg (minimum deux heures entre les doses)
<b>Cas spécifique de la migraine avec aura/aura prolongée</b>		
Cinnarizine	25-75 mg gouttes SL	Dosage max./24 h = 225 mg; pas chez les enfants
<b>• Céphalées en grappe</b>		
<b>Oxygène</b>		
Oxygène	10-12 litres/minute au masque facial	Pendant quinze minutes au minimum
<b>Agonistes sérotoninergiques 5-HT1*</b>		
Sumatriptan	6 mg SC	Dosage max./24 h = 12 mg (minimum deux heures entre les doses)
<b>• Névralgies du trijumeau ou du glossopharyngien par exemple</b>		
<b>Anti-épileptiques</b>		
Carbamazépine	100 à 200 mg/j PO	Augmenter jusqu'à une dose optimale d'environ 400 mg 2-3 x/j PO. A éviter en cas de grossesse
* Ne pas combiner avec des dérivés d'ergotamine ou d'autres substances vasoactives. Prudence en cas de symptômes neurologiques transitoires focaux (trouble visuel homonyme, parésie unilatérale, paresthésies unilatérales, aphasie). PO: per os; IV: intraveineux; SL: sublingual; IM: intramusculaire; SC: sous-cutané; SN: spray nasal; supp: suppositoire.		

### Céphalées de tension

Il est important que les antalgiques prescrits ne soient pas consommés plus d'une à deux fois par semaine car la prise régulière peut être en elle-même la cause de céphalées chroniques. En cas de besoin de traitement de fond, un antidépresseur à dose antalgique est préconisé: amitriptyline 30-75 mg PO au coucher, voire également, duloxétine (30-60 mg/j). Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) tels que la fluoxétine ou la fluvoxamine sont en général moins efficaces mais entraînent moins d'effets indésirables.

### Migraines

Le traitement de fond ou de prévention de la migraine

(tableau 9) est indiqué dans les situations suivantes (considérer également les comorbidités):

- Plus de trois crises par mois.
- Crises intenses ou de longue durée, avec réponse insuffisante aux médicaments de crise.
- Auras prolongées ou fréquentes.
- Intolérance aux traitements des crises.
- Risque de céphalées induites par les médicaments.<sup>15</sup>

Il importe de faire établir par le patient un calendrier des céphalées (un mois avant le début du traitement ou dès le début de la prise en charge). En cas d'effets bénéfiques que l'on peut apprécier trois à quatre semaines après le début et jusqu'à huit semaines au plus tard, instaurer un traitement préventif pendant six à douze mois avant de



### Tableau 8. Informations pratiques importantes concernant les triptans

- La réponse aux triptans est très variable selon la personne et les avantages cinétiques d'une molécule ne sont pas toujours retrouvés chez un patient donné
- La voie d'administration est un facteur essentiel à considérer (les crises avec vomissements contre-indiquent en principe un triptan oral)
- Le recours conjoint aux triptans et aux anti-inflammatoires non stéroïdiens ou au paracétamol augmente l'efficacité antalgique
- Il n'est pas possible de prédire la réponse clinique d'un patient à un triptan, qu'il ait répondu ou non à un autre triptan quelle que soit la forme galénique (en principe, faire l'essai de chaque molécule et de chaque forme galénique)
- Lorsqu'une première dose de sumatriptan oral permet un soulagement partiel mais non satisfaisant, une seconde dose peut être prise deux heures après. En cas d'inefficacité ou d'efficacité peu significative de cette seconde prise, le sumatriptan sous-cutané peut être utilisé, le sumatriptan en spray étant une alternative (tableau 7)
- Les patients qui ne répondent pas au spray nasal à deux reprises ne doivent pas tenter à nouveau cette forme galénique
- La prise tardive d'un triptan (> 2 heures après le début de la céphalée) est associée, comme pour les autres antimigraineux, à un risque d'inefficacité important
- Un triptan à longue demi-vie constitue le choix privilégié pour les patients qui présentent un fort taux de récurrence des crises (par exemple naratriptan ou frovatriptan) ou pour les crises cataméniales
- Une fraction minoritaire de migraineux est résistante aux triptans quels qu'ils soient et quelle que soit leur galénique (les mécanismes de cette résistance ne sont pas connus)
- Attention aux risques de sevrage aux triptans lors des céphalées par abus médicamenteux

tenter un sevrage progressif et une pause de trois à six mois. En cas de récurrence dans l'espace de six à douze mois, instaurer un traitement de fond prolongé, éventuellement avec un autre médicament. Brièvement, les autres recommandations sont: 1) d'expliquer au patient que les céphalées constituent généralement un problème à long terme; 2) de préciser que le but n'est pas de guérir mais d'obtenir une amélioration dans la vie quotidienne; 3) d'établir un plan de traitement qui tient compte de certains aspects individuels (souffrance psychique, angoisses, convictions) et de ne prescrire un médicament que si le patient manifeste une attitude positive envers cette substance et 4) de définir les buts du traitement et les délais d'action des mesures entreprises avec le patient.

Comme traitement de fond durant la grossesse, les experts de l'EFNS recommandent le magnésium ou le métoprolol.

#### Céphalées en grappe

Le traitement d'entretien ou prophylactique (anticalciques) des céphalées en grappe se prescrit en collaboration avec un neurologue. Autres possibilités à considérer: les corticoïdes ou le lithium.

#### Néuralgie du trijumeau

Hormis le traitement médicamenteux (tableau 7), prévoit également des approches non pharmacologiques adaptées (positionnement/repos/application de chaud/froid, physio-

### Tableau 9. Traitement prophylactique de la migraine

Principe actif	Dosage initial	Infos
<b>Bêtabloquants (premier choix)</b>		
Métoprolol	30-200 mg/j	Contre-indication relative: dépression, asthme
Propranolol*	40-320 mg/j, en deux ou trois prises	Contre-indication relative: dépression, asthme
Aténolol*	50-100 mg/j	Contre-indication relative: dépression, asthme
<b>Anticalciques</b>		
Vérapamil*	160-320 mg/j	
Flunarizine	5-10 mg/j	Augmentation du poids, syndrome extrapyramidal
<b>Antiépileptiques</b>		
Topiramate	25-100 mg/j	Si besoin, augmenter de 25 mg/sem., max. 100 mg 2 x/j. A éviter lors de la grossesse
Valproate*:**	2 x 125 mg/j, viser taux sanguin entre 70-120 mmol/l	Si besoin, augmenter à 2 x 250 mg, max. 1500 mg/j en trois prises. A éviter lors de la grossesse
Gabapentine*	900-2400 mg/j	Meilleure tolérance si augmentation progressive des doses. A éviter lors de la grossesse
Lamotrigine*	25-300 mg/j	Surtout pour migraine avec aura. A éviter lors de la grossesse
<b>Antidépresseurs tricycliques (surtout en cas de céphalées mixtes)</b>		
Amitriptyline*	10-25 mg/j, le soir	Augmenter de 10-25 mg/sem., max. 150 mg/j; dose efficace plus faible que pour l'effet antidépresseur (10-50%)
Nortriptyline*	10-25 mg/j	
<b>Antidépresseurs sérotoninergiques (ISRS-IRSN)</b>		
Fluoxétine*	10-20 mg/j	Efficacité moindre que les tricycliques mais moins d'effets indésirables
Duloxétine*	30-60 mg/j	

\* Attention: l'indication du traitement prophylactique de la migraine n'est pas reconnue par les autorités d'enregistrement en Suisse et ne figure donc pas dans le Compendium suisse des médicaments.

\*\* Augmentation des malformations fœtales, surtout si les taux sériques sont élevés.

**Tableau 10. Critères d'hospitalisation et d'appel des spécialistes**

**Critères pour considérer une hospitalisation**

- Céphalées secondaires dont la pathologie sous-jacente nécessite une investigation urgente et/ou une surveillance rapprochée (disponibilité 24h/24 d'un CT et/ou IRM, service avec surveillance continue)
- Etat de mal migraineux
- Migraine avec aura inhabituelle ou non résolue
- Persistance de céphalées, de toute origine, malgré un traitement médicamenteux adéquat

**Quand appeler le neurologue?**

- Présence de signes d'alarme ou de *red flags* (tableau 3)
- Céphalée secondaire à une atteinte neurologique sous-jacente
- Traitement de céphalées aiguës primaires insuffisamment efficace pour permettre un retour à domicile
- Pour l'indication et les modalités d'un sevrage médicamenteux
- Céphalées inhabituelles (durée, intensité, réponse aux traitements notamment)

**Quand appeler le neurochirurgien?**

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

**Quand adresser le patient à une consultation multidisciplinaire de la douleur?**

- En cas d'échec des traitements proposés et avec l'accord du thérapeute qui suit le patient au long cours (principe de coopération étroite avec le médecin traitant pour limiter la polymédication, les errances médicales, renforcer l'alliance thérapeutique et impliquer le patient dans la prise en charge)
- Pour orienter les situations non aiguës requérant des besoins spécifiques (*consilium* interdisciplinaire avec pharmacologue clinique, neurologue, rhumatologue, anesthésiste et psychiatre ou psychologue spécialisés dans la prise en charge de la douleur chronique)
- Pour l'indication et les modalités d'un sevrage médicamenteux si la situation est complexe

**Quand appeler le gynécologue?<sup>20</sup>**

- Pour discuter de la prise en charge d'une migraine cataméniale (migraine survenant de deux jours avant jusqu'à trois jours après le début des règles)
- Pour des recommandations concernant la contraception d'une patiente migraineuse (à éviter si migraine avec aura)
- En cas de suspicion d'éclampsie
- Pour coordonner l'indication et la prescription des traitements chez une femme enceinte ou allaitante

thérapie). En l'absence d'efficacité satisfaisante des mesures thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses (30-70% des névralgies idiopathiques sont réfractaires), ne pas hésiter à demander un avis ORL ou neurochirurgical (thermocoagulation, infiltration cisternale rétroganglionnaire, compression par ballonnet du ganglion de Gasser, radiochirurgie stéréotaxique) et ne pas négliger l'importance de l'information et du soutien relationnel pour le patient (origine de la douleur, effets secondaires possibles des traitements et effets escomptés de l'antalgie...).

**Céphalées par abus médicamenteux**

Un sevrage complet des traitements de crises doit être discuté avec le neurologue dans un cadre hospitalier selon la situation (tableau 10). Le traitement de choix est le sevrage rapide. L'arrêt de la prise peut s'accompagner de céphalées et de symptômes végétatifs de sevrage (nausées, vomissements, hypotension, tachycardie).

**Migraines dites cataméniales**

Voir le **tableau 10**.

**CONCLUSION**

Les céphalées représentent un groupe de tableaux cliniques très hétérogènes. L'anamnèse et l'examen clinique permettent le plus souvent une bonne orientation diagnostique et thérapeutique. En cas d'accès de céphalées primaires ou de céphalées secondaires bénignes avec une explication évidente (infections des voies respiratoires supérieures par exemple), aucun examen complémentaire n'est nécessaire. Cependant, le recours rapide à des investigations paracliniques (imagerie cérébrale, bilan inflammatoire notamment), à des avis spécialisés (neurologue ou neurochirurgien, ORL, ophtalmologue par exemple) ou à un établissement hospitalier pouvant offrir une surveillance continue sont réservés à la présence de signes de gravité.

En cas de céphalées chroniques, une prise en charge

centrée sur la personne doit particulièrement tenir compte des risques de céphalées entretenues par les médicaments, des risques d'abus médicamenteux et de la transformation de céphalées bénignes en trouble somatoforme douloureux. Dans les situations sévères ou réfractaires, une prise en charge interdisciplinaire conjointe par des professionnels de la douleur peut permettre d'optimiser les choix thérapeutiques. Il s'agit également parfois de parvenir à introduire les aspects psychologiques, en aidant le médecin traitant et le patient à mieux identifier les modulateurs en présence dans la douleur chronique, et à les explorer afin d'ouvrir des brèches là où les échecs antérieurs ne semblaient occasionner que des résistances sans fin.

**Remerciements**

Les auteurs remercient le Dr Ana Godinho et le Pr Jules Desmeules pour leurs commentaires sur une version préalable du manuscrit. Les membres du réseau douleur remercient également la direction des Hôpitaux universitaires de Genève pour la confiance et le soutien qu'ils accordent aux collaborateurs de ce programme de soins transversal.

**Implications pratiques**

- En médecine de premier recours, la présence de céphalées nécessite rarement des investigations étant donné qu'elles sont le plus souvent primaires ou secondaires à des infections des voies respiratoires supérieures. La recherche des signes d'alarme est néanmoins indispensable
- Une céphalée bénigne peut être très débilante et nécessite une évaluation soignée des répercussions dans la vie quotidienne ainsi qu'un traitement adapté
- En cas de céphalées de tension, le traitement est avant tout non médicamenteux. Il faut éviter l'abus médicamenteux et les céphalées entretenues par les médicaments





## Adresses

**Pr Jean-Marie Annoni**  
Service de neurologie  
Département des neurosciences cliniques  
**Dr Cécile Delémont**  
Service des urgences  
Département de médecine communautaire et de premier recours  
**Dr Nicolas Garin**  
Service de médecine interne générale  
Département de médecine interne  
**Dr Valérie Piguet**  
Service de pharmacologie et toxicologie cliniques,  
consultation multidisciplinaire de la douleur  
**Dr Johanna Sommer**  
Unité de médecine de premier recours  
CMU  
Faculté de médecine, Université de Genève

**Dr Christophe Luthy**  
Service de médecine interne de réhabilitation  
Département de réhabilitation et de gériatrie  
HUG, 1211 Genève 14  
jean-marie.annoni@hcuge.ch  
cecile.delemont@hcuge.ch  
nicolas.garin@hcuge.ch  
valerie.piguet@hcuge.ch  
johanna.sommer@unige.ch  
christophe.luthy@hcuge.ch

**Dr Catherine Dozier**  
Rue Antoine Verchère 6, 1217 Meyrin  
catherine.dozier@hcuge.ch

## Bibliographie

- 1 Headache. Prodigy guidance: www.prodigy.nhs.uk/. Accès contrôlé mars 2010.
- 2 Higelin F, et al. Les céphalées en Urgences à domicile. Higelin F, Cerruti F, Dubas J, Meier F. Genève: Editions Médecine & Hygiène, 2003.
- 3 Bendtsen L, Jensen R. Tension-type headache. *Neurol Clin* 2009;27:525-35.
- 4 Fernández-de-las-Peñas C, Schoenen J. Chronic tension-type headache: What is new? *Curr Opin Neurol* 2009;22:254-61.
- 5 Fodden DI, Peatfield RC, Milsom PL. Beware the patient with a headache in the accident and emergency department. *Arch Emerg Med* 1989;6:7-12.
- 6 Ceppi M, Willi C, Hugli O, et al. Recommandations diagnostiques lors de consultation en urgence pour des céphalées aiguës non traumatiques. *Rev Med Suisse* 2008;4:1741-6.
- 7 \*\* Recommandations de la Société suisse pour l'étude de la céphalée: www.headache.ch. Accès contrôlé mars 2010.
- 8 Piguet V, Cedraschi C, Dumont P, et al. Patients' representations of antidepressants: A clue to non-adherence? *Clin J Pain* 2007;23:669-75.
- 9 Pound P, Britten N, Morgan M, et al. Resisting medicines: A synthesis of qualitative studies of medicine taking. *Soc Sci Med* 2005;61:133-55.
- 10 \*\* Evers S, Afra J, Frese A, et al. European federation of neurological societies. EFNS guideline on the drug treatment of migraine- revised report of an EFNS task force. *Eur J Neurol* 2009;16:968-81.
- 11 EFNS guideline on the drug treatment of migraine – revised report of an EFNS task force. *Eur J Neurol* 2009;16:968-81.
- 12 Rapoport AM, Tepper SJ, Sheftell FD, Kung E, Bigal ME. Which triptan for which patient? *Neurol Sci* 2006;27(Suppl. 2):S123-9.
- 13 Bigal ME, Ferrari M, Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ. Migraine in the triptan era: Lessons from epidemiology, pathophysiology, and clinical science. *Headache* 2009;49:S21-33.
- 14 Silberstein SD. Practice parameter: Evidence-based guidelines for migraine headache: Report of the quality standards subcommittee of the American academy of neurology. *Neurology* 2000;55:754-62.
- 15 \* Katsarava Z, Holle D, Diener HC. Medication overuse headache. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2009;9:115-9.
- 16 Headache classification committee of the international headache society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgia, and facial pain. *Cephalalgia* 1988;8:1-96.
- 17 \*\* The International classification of headache disorders: 2nd edition. *Cephalalgia* 2004;24:9-160.
- 18 Lalive PH, de Moerloose P, Lovblad K, et al. Is measurement of D-dimer useful in the diagnosis of cerebral venous thrombosis? *Neurology* 2003 61:1057-60.
- 19 Ferrari A, Spaccapelo L, Gallesi D, Sternieri E. Focus on headache as an adverse reaction to drugs. *J Headache Pain* 2009;10:235-9.
- 20 \* Loder E, Rizzoli P, Golub J. Hormonal management of migraine associated with menses and the menopause: A clinical review. *Headache* 2007;47:329-40.

\* à lire

\*\* à lire absolument