



Prise en Charge des Céphalées

Pr Monia HADDAD – TRIGUI
Centre de Traitement de la Douleur
Hôpital la Rabta -Tunis (ie)

Les opinions exprimées dans cette formation sont celles des membres du Club, elles ne reflètent pas nécessairement celles de sanofi-aventis. Avant de prescrire un produit, reportez-vous toujours à l'information de prescription disponible dans votre pays.





pain club douleur

Questionnaire - Pré test

Parmi, les affirmations suivantes quelle(s) est (sont) celles qui sont vraie(s) :

1. la céphalée est un motif peu fréquent de consultation
2. la migraine est une céphalée qui évolue par crises
3. une céphalée de tension peut être intriquée avec une migraine
4. les prodromes sont constants au cours d'une crise de migraine
5. le diagnostic de migraine est clinique

2

sanofi aventis

Il s'agit du pré-test :

-Annoncer que ce pré-test est anonyme, qu'il sert à une autoévaluation de ses connaissances

-Le post-test permettra de comparer les connaissances acquises au cours de la formation en le comparant au pré-test.

-Réponses :

1. faux 13 à 20% de la population (pour la migraine)

2. vrai

3. vrai

4. faux

5. vrai

Objectifs

- Reconnaître d'après leur caractéristique clinique :
 - une migraine
 - une céphalée de tension
 - une algie vasculaire de la face (AVF)
 - une névralgie du trijumeau
- Connaître les principaux médicaments du traitement d'une crise migraineuse
- Connaître les principaux médicaments du traitement de fond de la maladie migraineuse

A la fin de cette formation, préciser que :

- les participants pourront diagnostiquer et faire la différence entre une céphalée de douleur migraineuse, une céphalée chronique quotidienne, une algie vasculaire de la face et une névralgie faciale ;
- qu'ils connaîtront les grands principes des traitements de la migraine, traitement de fond et traitement de crise.



pain club douleur

Sommaire

Cas clinique

Introduction

- **Classification IHS des céphalées**
- **Démarche diagnostique des céphalées**
- **La migraine**
- **Autres céphalées**

Conclusion

Rappeler que le cas clinique n'est là que pour proposer le contenu pédagogique.

1. Cas Clinique

Mme BC, 31 ans, mariée, 3 enfants consulte pour des céphalées.

- Interrogatoire :
 - Antécédents familiaux de migraines
 - 1^{ère} crise vers 17 ans – cédant au paracétamol 500mg – crises rares (2 – 3 /an)
 - Depuis 2 ans, aggravation:
 - **Fréquence de 2 à 3 crises/mois**
 - photophobie, phono phobie
 - Echappement au paracétamol
 - Déclenchées par le chocolat et les premiers jours de jeune du Ramadan
 - Reconnaît l'arrivée d'une crise

Mme B.C., 31 ans, institutrice, mariée, 3 enfants (entre 2 et 6 ans) consulte pour des céphalées, pour lesquelles elle n'a jamais consulté auparavant.

- L'interrogatoire ne retrouve pas de consanguinité parentale mais par contre des antécédents familiaux de migraine (une tante maternelle et 2 cousines maternelles également).
- Elle n'a pas d'antécédents médicaux personnels particuliers.
- L'histoire de la maladie remonte à ses 17 ans par une 1^{ère} crise douloureuse ayant rapidement cédé par automédication (paracétamol : 1 cp à 500 mg)
- Jusqu'à son entrée dans la vie professionnelle et familiale, vers 22 ans, les crises sont demeurées rares (2 – 3 /an) et d'intensité modérée, cédant sous paracétamol.

Mais depuis 2 ans, la fréquence et l'intensité des crises se sont intensifiées.

- La fréquence des crises est en moyenne de 2 à 3 crises par mois et l'intensité de la douleur est telle qu'elle doit s'isoler dans sa chambre loin du bruit et de la lumière.
- En outre, les douleurs cèdent de moins en moins bien au paracétamol.
- Ces crises surviennent avec prédilection avec l'énervement et la fatigue.

Elle a également remarqué que celles-ci étaient souvent déclenchées par le chocolat qu'elle a supprimé d'elle-même de son alimentation, et les premiers jours de jeûne du mois de Ramadan. Enfin, elle dit reconnaître l'arrivée d'une crise : elle devient anormalement irritable et boulimique.



pain club douleur

Cas Clinique

- Diagnostique : sémiologie assez stéréotypée.
 - Temporo orbitaire, pulsatile
 - Nausées, sans vomissements
 - Photophobie plus que phonophobie
 - Irradiation vers le maxillaire supérieure, parfois toute l'hémiface
 - Parfois bilatéralisée
 - La durée est d'une ½ journée en moyenne
 - A droite ou à gauche
 - Personnalité anxieuse, perfectionniste
 - Pas de conflit
 - Examen clinique normal

Migraine sans aura

6

sansari oventis

La sémiologie des crises est assez stéréotypée :

Avant la survenue de la douleur pulsatile dans l'hémicrâne, il n'y a pas de signe pouvant alerter.

La douleur est temporo-orbitaire au début d'intensité croissante, devenant progressivement insupportable, pulsatile « j'ai l'impression que mon cœur bat dans ma tête et que mon œil va sortir de l'orbite ».

La douleur s'accompagne de nausées pénibles, mais pas de vomissements.

La lumière vive la dérange plus que le bruit.

Au fur et à mesure du temps qui passe, les douleurs se propagent vers la joue homolatérale et parfois toute l'hémiface.

Parfois, elles se bilatéralisent.

La durée des crises est d'une demi-journée en moyenne .

Elles surviennent sans spécificité tantôt du côté droit tantôt du côté gauche.

Sur le plan thymique, on retrouve une personnalité anxieuse, assez obsessionnelle, ayant le souci de la perfection de ses actes.

Elle n'a pas de conflit particulier. Entre les crises, la patiente est libre de toute douleur.

Son examen clinique est normal

La patiente présente une MIGRAINE SANS AURA.

Cas clinique

- **Traitement :**
 - **Traitement de la crise**
 - Anti-inflammatoire non stéroïdien (kétoprofène)
 - Dérivé de l'ergot de seigle
 - Ou Triptan
 - **Traitement de fond**
 - Oxétorone
 - Ou Propanolol
 - Ou Amitriptyline
 - **Mesures hygiéno-diététique**
 - **Relaxation**

On lui prescrit :

1. **Un traitement de crise**, en lui expliquant qu'elle doit toujours avoir une tablette sur elle, afin de prendre un comprimé dès apparition des premiers signes de la douleur.

Les examens général et neurologique sont normaux.

On a le choix entre :

- un anti-inflammatoire non stéroïdien, le ketoprofène qui est le seul à avoir l'autorisation de mise sur le marché pour le traitement de crise,
- un dérivé de l'Ergot de Seigle (Gynergène Caféiné*).
- Triptan.

2. **Un traitement de fond** est également indiqué compte tenu de la fréquence des crises, en monothérapie.

On a le choix entre diverses molécules ; toutes ces molécules ayant aussi l'avantage d'agir sur la composante anxieuse associée à la maladie migraineuse.

3. **des mesures hygiéno diététiques** sont également recommandées à la patiente, et on lui proposera enfin

4. **des séances de relaxation** pour lui permettre de mieux gérer son stress.

5. on n'oubliera pas de lui expliquer que le traitement de fond peut mettre jusqu'à 3 mois pour faire la preuve de son efficacité, et qu'elle devra donc faire œuvre de patience et d'une observance thérapeutique rigoureuse.

On la reverra régulièrement pour assister au terme de 6 mois de traitement à une disparition complète des crises.

On amorcera ensuite la régression thérapeutique progressive pour l'arrêter au terme des 3 mois suivants.

Une régression progressive du traitement de fond sera alors amorcée jusqu'à l'arrêt total de celui-ci, au terme de encore 3 mois.



pain club douleur

Questions

- Quels sont les éléments de l'interrogatoire qui permettent d'envisager le diagnostic de migraine ?
 - -
 - -
 - -
- L'examen clinique est-il toujours normal au cours de la migraine ?
 - -
 - -
 - -
- Quels sont les diagnostics différentiels à évoquer ?
 - -
 - -
 - -



pain club douleur

Introduction

Les céphalées constituent le 2^e motif de consultation après les lombalgies.

Les céphalées engendrent une somme de souffrances, une altération de la qualité de vie, un handicap et un coût socio-économique considérables et justifient le terme de « vrai problème de santé publique ».

9

sanofi aventis

Les céphalées constituent un motif fréquent de consultation, le 2^e après les lombalgies.

Les céphalées engendrent ainsi une somme de souffrances, une altération de la qualité de vie, un handicap et un coût socio-économique considérables et justifient le terme de « vrai problème de santé publique ».

1. Classification internationale des céphalées, 2^e Ed. d'après l'International Headache Society.

Cette classification, qui succède à une 1^{ère} réalisée en 1988, comporte une division des céphalées en 3 groupes :

- céphalées primaires
 - Migraine,
 - Céphalées dites de tension,
 - Algie vasculaire de la face
 - Autres, dont les céphalées trigémino-autonomiques
- céphalées secondaires
- névralgies crâniennes, algies faciales centrales et primaires et autres céphalées

- **Céphalées primaires** : Migraine, Céphalées dites de tension, Algie vasculaire de la face et autres céphalées trigémino-autonomiques, autres céphalées primaires

- **Céphalées secondaires** : **céphalées attribuées à (un ou une)** Traumatisme crânien et/ou cervical, affection vasculaire crânienne ou cervicale, affection intracrânienne non vasculaire, prise ou retrait d'une substance, infection, anomalie de l'homéostasie, anomalie du crâne, du cou, des yeux, des oreilles, du nez, des sinus, des dents, de la bouche ou d'autres structures faciales ou crâniennes*, affection psychiatrique

- **névralgies crâniennes et causes centrales de douleurs faciales**

Nous nous concentrerons ici sur les céphalées primaires



pain club douleur

2. Démarche diagnostique

Céphalée primaire ou secondaire ?

1. Interrogatoire

- terrain
- caractères de la céphalée

a) profil évolutif

4 questions clé :

- depuis quand avez-vous mal à la tête ?
- avez-vous déjà eu ce même mal de tête ?
- comment a débuté votre mal de tête ?
- avez-vous mal tout le temps ou non ?

4 grands profils évolutifs de céphalée :

- → deux d'installation récente
- → deux évoluant sur un mode chronique

11

scopari events

La démarche diagnostique devant une céphalée résulte de la nouvelle classification : s'agit-il d'une céphalée primaire ou secondaire ?

la réponse à cette question repose sur un interrogatoire et un examen clinique systématisés.

Il est très important de rassurer le patient et le rôle du médecin traitant est primordial.

La réponse à ces questions permet de définir 4 grands profils évolutifs de céphalée :

→ deux d'installation récente : céphalée récente brutale et céphalée récente progressive presque toujours secondaires.

→ deux évoluant sur un mode chronique : céphalée chronique paroxystique (avec des crises) et céphalée chronique comme presque toujours primitives.

Il faut insister et bien faire préciser que le diagnostic de céphalée d'allure migraineuse repose sur l'interrogatoire et la clinique.

Il ne nécessite pas, quand il est net, d'exploration complémentaire. Il n'y a pas d'IRM, de scanner ou de radiographie à proposer.

Par contre, lorsqu'il existe un changement de l'allure évolutive de la céphalée, ou lorsqu'il existe des signes à l'examen clinique, il faudra obligatoirement proposer des explorations complémentaires.

Bien entendu, la prise de la tension artérielle, la palpation des artères temporales, la vérification de lunettes adaptées à la vue... seront des points importants à demander à l'interrogatoire.



pain club douleur

Démarche diagnostique (suite)

1. Interrogatoire (suite)

b) sévérité

c) type

d) siège

e) facteurs déclenchants

f) facteurs modificateurs

12

sansari oventis

b) sévérité

c) type

d) siège

e) facteurs déclenchants

f) facteurs modificateurs

En rappelant toutefois que c'est l'interrogatoire et l'examen clinique qui font le diagnostic de céphalée d'allure migraineuse et qu'il n'est pas nécessaire de proposer des examens complémentaires.

Démarche diagnostique (suite)

2. Examen clinique

- Examen neurologique
- Examen locorégional
- Examen général

3. Examens complémentaires

Dans le cas de céphalées primaires, les examens complémentaires sont par définition normaux.

2. Examen clinique

a. l'examen neurologique

- appréciation de l'état de conscience
- recherche d'un syndrome méningé
- examen des pupilles
- oculomotricité
- FO (à la recherche d'un œdème papillaire)

b. l'examen locorégional est tout aussi fondamental :

recherche de signes en faveur de : sinusite, otite, glaucome, peau (zona ophtalmique), palpation des artères temporales, recherche d'une douleur à l'émergence du grand nerf occipital, auscultation du crâne.

c. l'examen général comporte impérativement :

la mesure de la TA, la prise de la température, l'analyse du comportement du patient : prostré, agité, en chien de fusil, frissonnant

Il s'agit presque toujours de céphalées primaires dominées par la migraine et les céphalées de tensions épisodiques.

3. Examens complémentaires : par définition dans les céphalées primaires, les examens complémentaires sont normaux.

En pratique ces examens (c-à-d, la neuro imagerie) ne se justifient que s'il y a :

- des atypies dans la sémiologie.
- un changement dans le type de céphalée
- une anomalie d'examen
- la conviction qu'il n'y aura pas de possibilité de prise en charge correcte du patient sans qu'il ait été convaincu par l'imagerie qu'il n'avait pas de lésion intracrânienne.

3. La migraine



pain club douleur

Généralités

- Les migraines représentent plus de 30 % des consultations liées à des céphalées.
- Chez l'adulte, 5 à 12 % de la population générale souffre régulièrement de migraine.
- La prévalence varie de 16 à 25 % chez la femme, elle est de 8 % chez l'homme.
- 4 % des enfants souffrent de migraine.



pain club douleur

Evolution Spontanée

- La migraine débute habituellement aux alentours de la puberté, beaucoup plus rarement dans la petite enfance, exceptionnellement après 40 ans.
- Son évolution est capricieuse avec des périodes d'exacerbation ou de calme.
- Elle peut disparaître spontanément au cours de la vie, notamment à la ménopause, ou accompagner tout au long de la vie.

16

sansoni oventis

Quand on précise le dernier point de ce dispositif « Elle peut disparaître [...] tout au long de la vie », il faudra également préciser que, d'une façon générale, elle n'est pas présente lors des périodes de grossesse.



pain club douleur

Critères IHS de la migraine avec aura (2004)

- A. Au moins deux crises répondant aux critères B à D
- B. L'aura consiste en au moins un des symptômes suivants, à l'exclusion d'un déficit moteur :
 1. Symptômes visuels totalement réversibles, comprenant des signes positifs (lumières, taches ou lignes scintillantes) et/ou des signes négatifs (perte de vision)
 2. Symptômes sensitifs totalement réversibles, comprenant des signes positifs (fourmillements) et/ou négatifs (engourdissement)
 3. Trouble du langage de type dysphasique totalement réversible
- C. L'aura présente au moins deux des caractères suivants :
 1. Symptômes visuels homonymes et/ou symptômes sensitifs unilatéraux
 2. Au moins un des symptômes de l'aura se développe progressivement en 5 minutes ou plus et/ou différents symptômes de l'aura surviennent successivement en 5 minutes ou plus
 3. La durée de chaque symptôme est supérieure ou égale à 5 minutes et inférieure ou égale à 60 minutes
- D. Ce critère décrit la céphalée accompagnant l'aura :
 - 1.2.1. aura typique avec céphalée migraineuse : une céphalée remplissant les critères B à D de migraine sans aura (code 1.1.) commence durant l'aura ou suit l'aura dans les 60 minutes
 - 1.2.2. aura typique avec céphalée non migraineuse : une céphalée qui ne remplit les critères B à D de migraine sans aura (code 1.1.) commence durant l'aura ou suit l'aura dans les 60 minutes
 - 1.2.3. aura typique sans céphalée : une céphalée ne commence pas durant l'aura ou ne suit pas l'aura dans les 60 minutes
- E. Les symptômes ne sont pas attribués à une autre affection

17

sanofi-sintelabo

Cette diapo est très chargée et reprend les critères de l'*International Headache Society* (IHS).

Il convient de les expliquer :

-l'aura peut être visuelle : sensation de flou visuel, de vision à travers un verre dépoli, d'allongement ou de déformation des objets ou des personnes, de lignes brisées comme les fortifications d'un château de Vauban s'éloignant du centre vers la périphérie, de scintillements et de points lumineux, de sensations de regarder le soleil, puis de trous noirs dans la vision centrale (amaurose) ;

-d'autres manifestations peuvent survenir et sont plus rares :

- la sensation de fourmillement au niveau des extrémités des membres supérieurs ou bien au niveau du pourtour péribuccal ;
- de recherche du mot, trouble du mot ou prendre un mot pour un autre ;
- de diminution de la force motrice d'un côté ; il convient alors de poser la question « Est-ce que vous cassez des objets avant d'avoir l'hémicrânie ? ».

Il convient également de préciser que si l'aura survient dans les 1 à 2 heures qui précèdent l'hémicrânie, il faudra rechercher la notion de prodrome qui peut survenir 24 heures auparavant.


Cette notion de prodrome devra être recherchée systématiquement, le patient ne le disant pas de façon spontanée.

Quand il existe, il le reconnaît très facilement.

Critères IHS de la migraine sans aura (2004)


- A. Au moins cinq crises répondant aux critères B à D
- B. Crises de céphalées durant de 4 à 72 heures (sans traitement)
- C. Céphalée ayant au moins deux des caractéristiques suivantes :
 1. unilatérale
 2. pulsatile
 3. modérée ou sévère
 4. aggravation par les activités physiques de routine, telles que montée ou descente des escaliers
- D. Durant la céphalée, il existe au moins un des symptômes suivants :
 1. nausée et/ou vomissement
 2. photophobie et phonophobie
- E. Au moins un des caractères suivants est présent :
 - l'histoire, l'examen physique et neurologique ne suggèrent pas une affection codée dans les groupes 5 à 11 (céphalées symptomatiques)
 - ou bien celles-ci ont été écartées par les investigations complémentaires
 - ou bien celles-ci existent mais les crises migraineuses ne sont pas survenues pour la première fois en relation temporelle étroite avec ces affections

Il est souhaitable, plutôt que de lire les différentes lignes ou différents items de cette diapositive, d'expliquer ce qu'est la migraine sans aura.


 pain club douleur

LA MIGRAINE

SIGNES CLINIQUES



- Les crises migraineuses peuvent être précédées de prodromes.
- Les plus fréquents étant des troubles de l'humeur et de l'appétit

- Dans 20 % des cas une aura précède la céphalée
- L'aura visuelle est la plus fréquente
 - scotome scintillant
 - phosphènes
- Pâleur de la base
- Nausées - vomissements

- Céphalées durant de 2 à 72 heures
- Céphalées sévères ou très sévères (40% des cas)
- Localisation unilatérale parfois bilatérale
- Douleur battante
- Aggravation par l'activité physique
- Intolérance à la lumière (photophobie)
- Intolérance au bruit (phonophobie)

22

Aura : Symptômes neurologiques stéréotypés, précédant habituellement la céphalée, de durée comprise entre 5 minutes et 1 heure et totalement réversibles

19

samari oventis

Aura : Symptômes neurologiques stéréotypés, précédant habituellement la céphalée, de durée comprise entre 5 minutes et 1 heure et totalement réversibles

De façon non spécifique et inconstante les crises migraineuses peuvent être précédées de prodromes : les plus fréquents étant constitués par des troubles de l'humeur et de l'appétit.

Facteurs déclenchants

- Facteurs psychologiques
- Habitudes alimentaires
- Facteurs hormonaux
- Modifications du rythme de vie
- Facteurs sensoriels
- Facteurs climatiques
- Aliments
- Autres facteurs

Facteurs psychologiques : Contrariété, Anxiété, Émotion, Choc psychologique, Stress

Habitudes alimentaires : Jeûne, Hypoglycémie, Repas sautés ou irréguliers, Arrêt ou diminution importante de la consommation de café

Facteurs hormonaux : Puberté, Règles, Grossesse, Contraceptifs oraux, Traitement hormonal substitutif de la ménopause

Modifications du rythme de vie : Week-end, Grasse matinée, Déménagement, Départ en vacances, Voyage, Surmenage, Changement de travail...

Facteurs sensoriels : Lumière, Bruit, Odeurs, vibrations,

Facteurs climatiques : Vents violents, Orage, Chaleur, Froid, Changement de temps

Aliments : Alcool, Chocolat, Graisses cuites, Agrumes, Fromages...

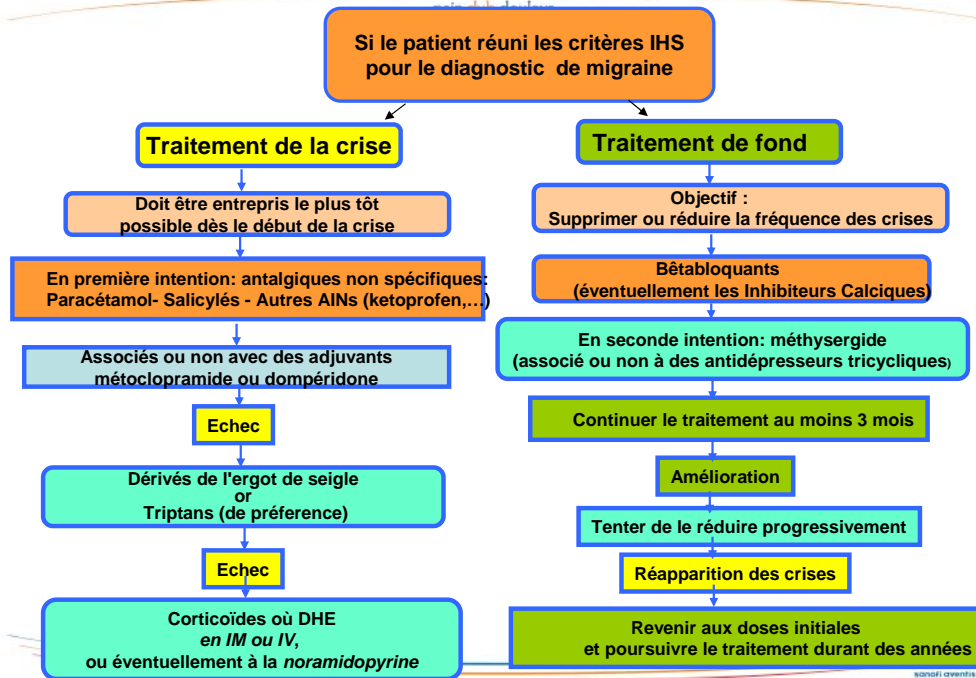
Autres facteurs : Traumatisme crânien ou cervical, Exercice physique, Altitude, Trajets en voiture

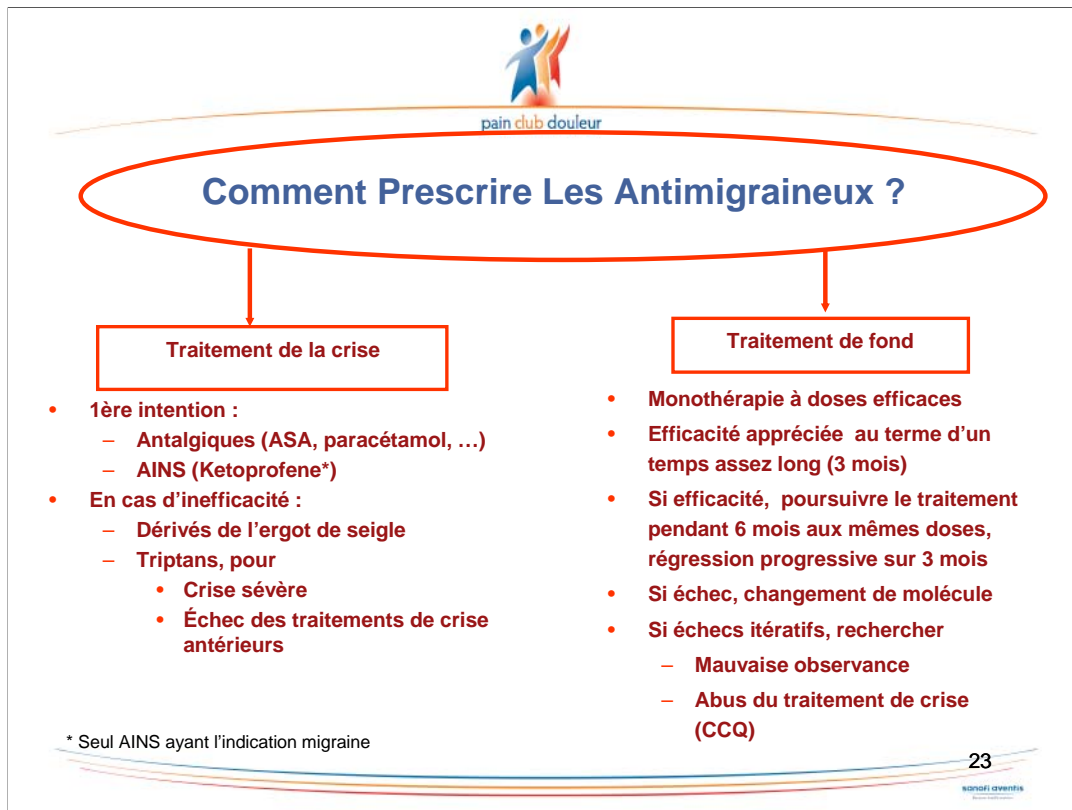
Stratégie Thérapeutique

La démarche thérapeutique est de 2 ordres :

- traitement de la crise migraineuse avec comme objectif une action immédiate
- traitement prophylactique ou traitement de fond de la maladie migraineuse qui vise à minimiser la fréquence, l'intensité et la durée des crises

Migraine





Pour l'enseignant : cette diapo permet d'annoncer ce qui va suivre en disant qu'il y a un traitement de crise qui se prendra avant la crise et un traitement de fond qui se prend de façon systématique, de façon à diminuer la fréquence des crises, à les espacer, à les rendre moins intenses et à en diminuer la durée.

On parlera en premier du traitement de la crise :

But : diminuer ou supprimer les symptômes.

La prise doit se faire :

- au moment des crises
- le plus tôt possible dès le début de la crise

L'antalgique utilisé doit posséder les qualités suivantes :

- délai d'action le plus court possible - soulagement au bout de 2 heures -
- durée d'action prolongée sur 24 heures
- efficacité obtenue dès la 1ère crise et restant identique pour les crises suivantes
- bonne tolérance
- forme galénique la plus simple d'emploi

On a le choix entre :

→ un anti-inflammatoire non stéroïdien, le ketoprofene qui est le seul à avoir l'autorisation de mise sur le marché pour le traitement de crise, ½ à 1 comprimé, 75 à 150 mg sans dépasser 300 mg par jour, soit 2 comprimés.

→ un dérivé de l'Ergot de Seigle (Gynergène Caféiné*).

→ Triptan : 1 comprimé en cas de crise au tout début de la douleur, avec possibilité d'en reprendre un autre, si la douleur n'a pas cédé au bout de 2 heures après la 1e prise médicamenteuse.

Bien préciser au patient de prendre le comprimé de triptan après la fin de l'Aura, car sinon on augmente l'aura et on diminue l'efficacité sur la douleur.



pain club douleur

Traitement de crise

- **Quand modifier le traitement ?**
si réponse négative à au moins une des questions suivantes :
 - effet du traitement avant 2h
 - 1 prise suffit à soulager
 - Bonne tolérance
 - Reprise rapide de l'activité familiale, sociale et professionnel

* Critères de l'ANAE

24

sanofi-aventis

Il convient de préciser que la question est « Quand faut-il changer le traitement de crise ? »

Il y a 4 questions à poser :

-est-ce que vous êtes soulagé en moins de 2 heures ?

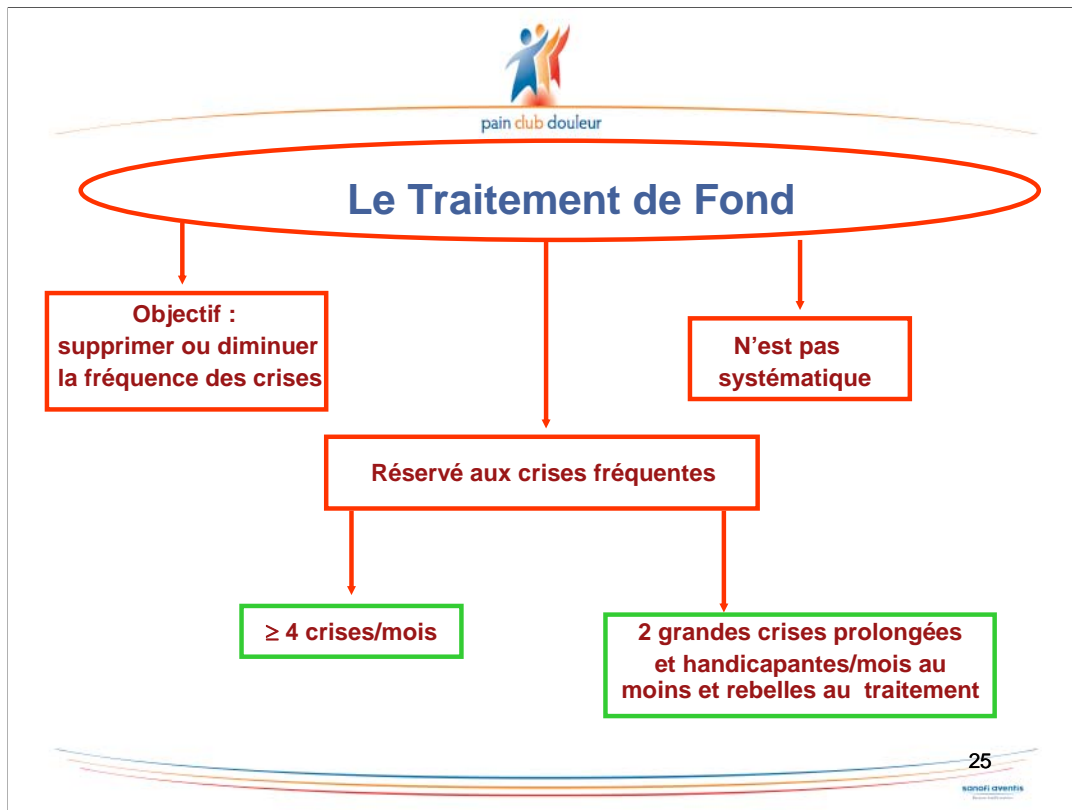
-est-ce que vous prenez 1 seul comprimé ?

-est-ce que vous tolérez bien le traitement ou est-ce que vous êtes obligé de vous allonger pendant plusieurs heures et avec une période de sommeil ?

-est-ce que vous reprenez les activités que vous aviez interrompues ?

Voilà les 4 questions qu'il convient de poser.

Un non à l'une de ces questions conditionne le changement du traitement de crise.



- Insister sur le fait que le traitement de fond ne se proposera que lorsqu'il y a plus de 4 crises par mois, tels sont les critères de l'*International Headache Society*.

- Cependant, si les crises durent 24 à 48 heures, 4 crises de 48 heures signifient que le patient ou la patiente (car il s'agit le plus souvent d'une patiente) aura 8 jours de crise dans le mois, ce qui nécessite alors un traitement de fond.

- Il conviendra de préciser qu'il y a un grand nombre de traitements de fond et qu'ils seront choisis en fonction de la vie quotidienne du patient. Il n'y a pas de guideline ou de recommandation pour proposer en 2^e ligne un traitement de fond bien précis.

- Traitements de fond possibles à proposer :

oxétorone (Nocertone) , pisetifène (Sanmigran), topiramate (Eptomax), propranolol (Avlocardyl), flunarizine (Sibelium), vérapamil (Isoptine), indoramine (Vidora), DHE (Seglor), ...

(Oxétorone) Nocertone* : 1 cp/j au coucher, voire 2, voire 3 en une prise

(Propranolol) Avlocardyl* 40 : 1/4 cp matin, midi et soir pdt 2 j, puis ½ cp matin, midi et soir pdt 2j,

puis ¾ cp matin, midi et soir pdt 2j, puis 1 cp matin, midi et soir pdt 2j,

puis arrêt de la forme à libération immédiate et passage à 1 cp LP (libération prolongée) à 160 mg

(Amitryptiline) Laroxyl* X gouttes le soir

toutes ces molécules ayant aussi l'avantage d'agir sur la composante anxieuse associée à la maladie migraineuse.

Traitements non médicamenteux

- Psychothérapie d'accompagnement
- Relaxation
- Yoga
- Acupuncture....

Complications

- **Céphalées chroniques quotidiennes:**
 - Complication la plus fréquente
 - Causes : mésusage ou abus médicamenteux, ou répercussions psychologiques
 - Traitement : sevrage du traitement incriminé

Les céphalées chroniques quotidiennes sont des céphalées qui persistent depuis des années et qui sont en général en rapport avec un mésusage ou un abus médicamenteux, ou bien alors des répercussions psychologiques qui sont à l'origine des céphalées.

Les céphalées chroniques quotidiennes sont la complication la plus fréquente de la migraine.

En général, le patient a 2 ou 3 crises, par exemple, par mois, prend des traitements qui le soulagent, la fréquence des crises augmente et la prise de traitement également.

Puis progressivement, sans s'en rendre compte, le patient prend les traitements de façon quotidienne, ce qui est une porte de réentrée dans la céphalée chronique quotidienne, créant un véritable cercle vicieux incontournable.

Le traitement repose sur le sevrage.

Il faut être persuasif et expliquer au patient que le traitement qu'il prenait au début est celui qui est responsable de ses céphalées chroniques quotidiennes.

4. Autres céphalées :

Céphalées de tension

Critères IHS diagnostiques de céphalée dite de tension (2004)

- A. Au moins 10 épisodes répondant aux critères B à D
- B. Céphalée d'une durée variant entre 30 minutes et 7 jours
- C. La céphalée présente au moins deux des caractéristiques suivantes :
 - Localisation bilatérale
 - Sensation de pression (non pulsatile)
 - Intensité légère ou modérée
 - Aucune aggravation par l'activité physique
- D. Absence des deux caractéristiques suivantes :
 - Nausée ou vomissement
 - Photophobie et phonophobie
- E. Exclusion par l'anamnèse, l'examen clinique et neurologique, éventuellement par des examens complémentaires, d'une maladie organique pouvant être la cause des céphalées.



CÉPHALÉES DE TENSION

ASPECTS CLINIQUES

Dépression - anxiété fréquentes
Le stress est un facteur aggravant

Phonophobie et photophobie modérées dans les formes sévères

Forme épisodique moins de 15 jours par mois

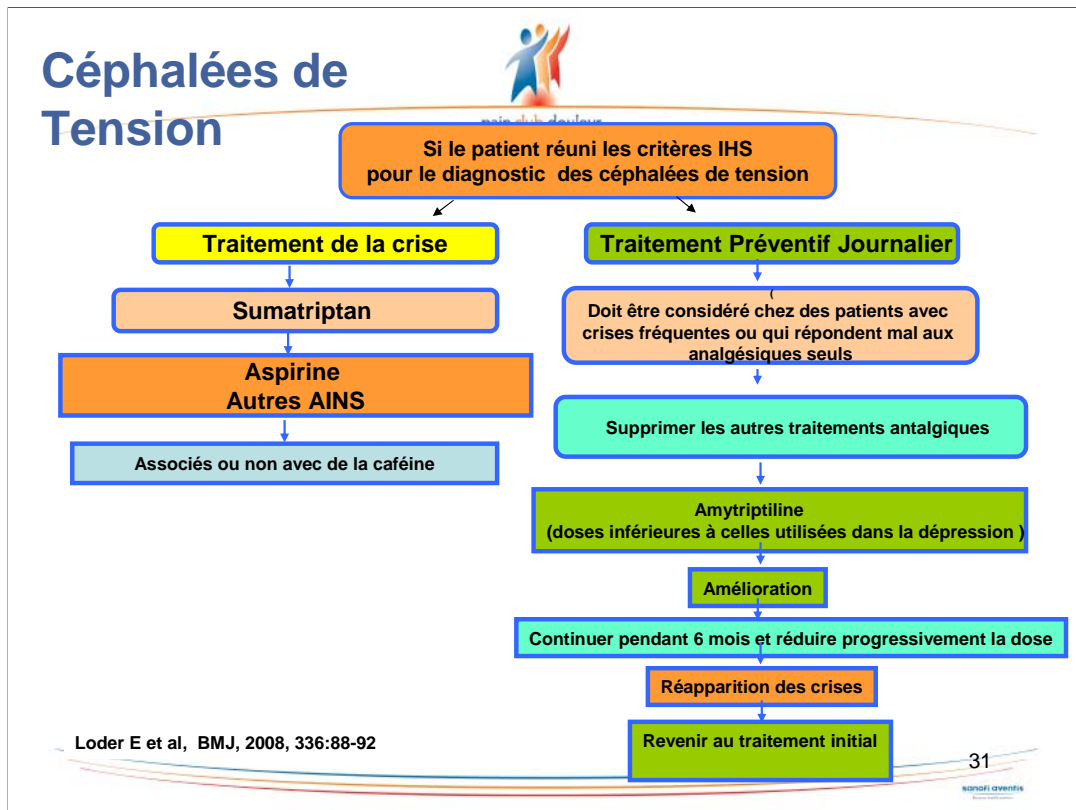


La céphalée dure 30' à 7 jours
Dans les formes chroniques la céphalée est permanente

La douleur est sourde et permanente mais son intensité est variable.
Impression d'étau, douleur bilatérale en bande autour de la tête.
Pas d'aggravation par l'activité physique

Forme chronique plus de 15 jours par mois.

Céphalées de Tension



Il y a deux étiologies principales responsables des céphalées chroniques quotidiennes :

- les céphalées de tension
- les céphalées par mésusage ou abus médicamenteux.

Il s'agit, on le répète, de la 1^e cause de complication de la migraine.



Algie vasculaire de la face

Critères diagnostiques de l'AVF selon la classification de l'International Headache Society (2004)

Crises

- A. Au moins cinq crises aux critères B à D
- B. Douleur sévère unilatérale orbitaire, supra-orbitaire et/ou temporale durt de 15 à 180 minutes sans traitement
- C. La céphalée est associée à au moins un des caractères suivants :
 - Injection conjonctivale et/ou larmoiement ipsilatéral
 - Œdème de la paupière ipsilatérale
 - Sudation du front et de la face ipsilatérale
 - Myosis et/ou ptosis ipsilatéral
 - Agitation, impossibilité de tenir en place
- D. Fréquence des crises : de 1 tous les 2 jours à 8 par jour
- E. Non attribuée à une autre affection*

Type évolutif

AVF épisodique

Crises remplissant les critères A à E de l'AVF

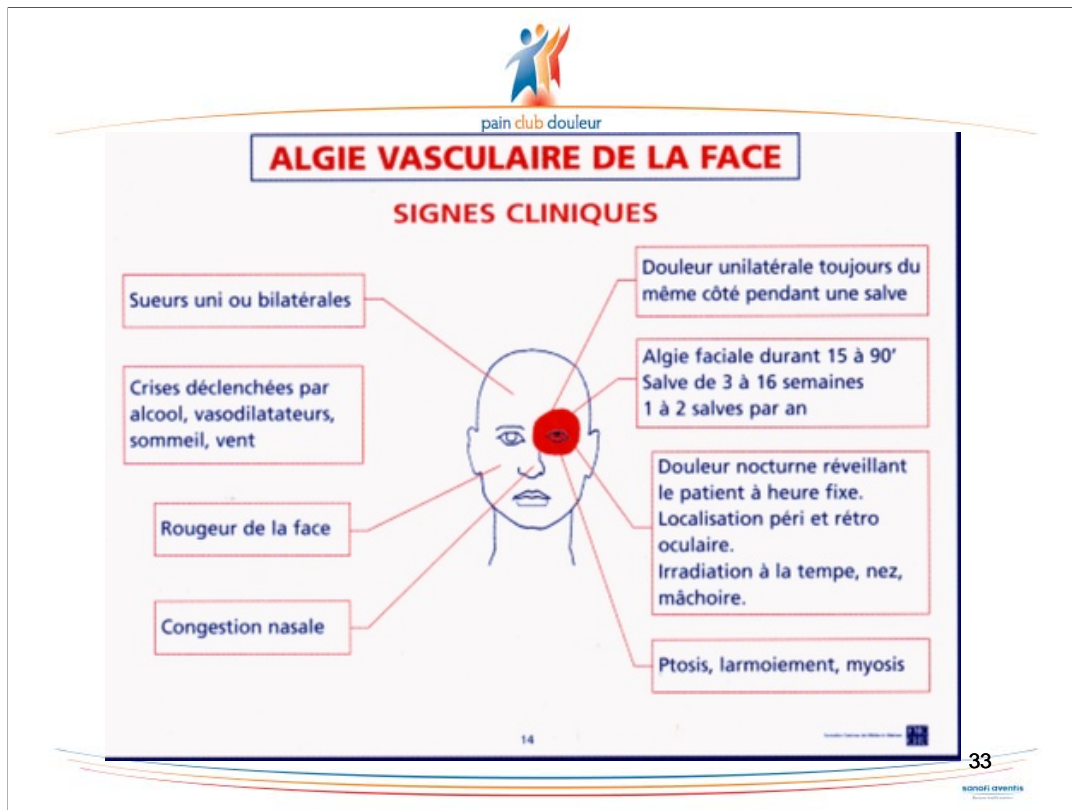
Au moins 2 périodes de crises durant de 7 à 365 jours et séparées par des rémissions d'au moins 1 mois.

AVF chronique

Crises remplissant les critères A à E de l'AVF

Crises se répétant durant plus d'un an sans périodes de rémission, ou avec des rémissions durant moins de 1 mois

* L'AVF, en tant que céphalée primaire, doit répondre au critère E.



Il s'agit d'une des douleurs les plus intenses qui soient.

Elle peut conduire au suicide si elle n'est pas diagnostiquée et soignée.

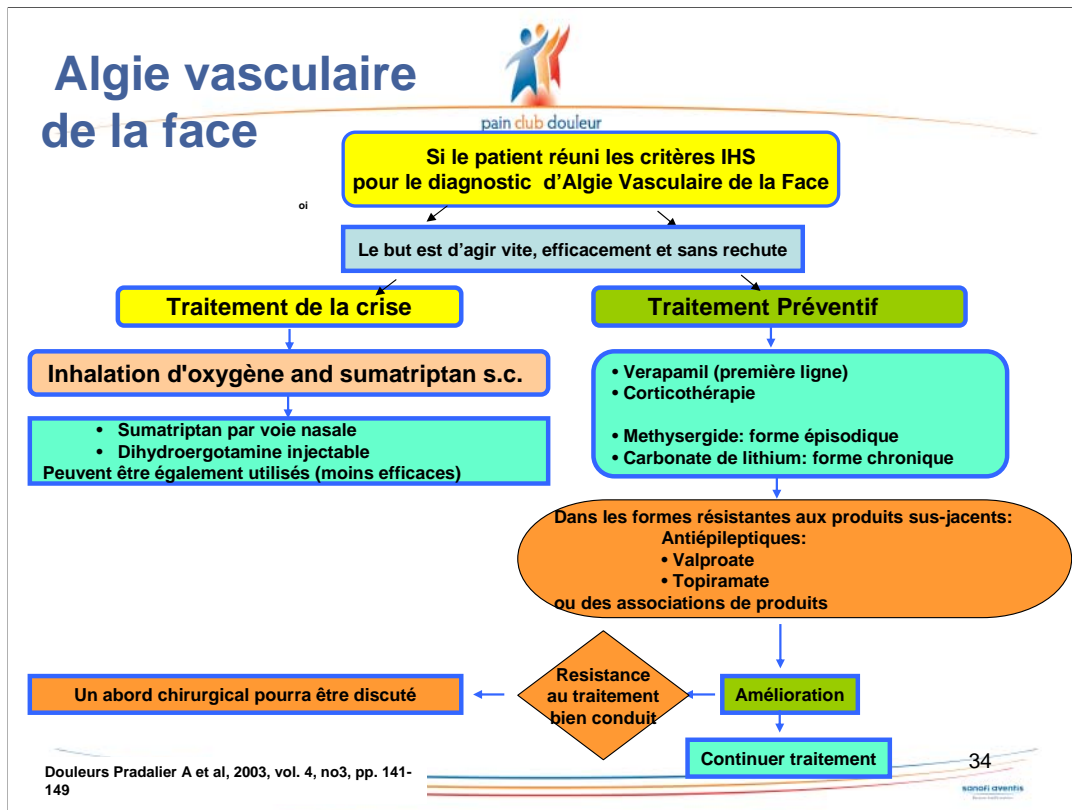
Elle a un caractère saisonnier : 1 mois, 2 fois par an.

Entre ces périodes, le patient est indemne de toute douleur.

La crise survient à heures fixes, plusieurs fois par jour, dure de 15 à 90 min au maximum, avec une sensation d'arrachement de l'œil au ou de poignard transfixiant l'œil, accompagnée d'une vasodilatation de l'hémiface qui explique l'érythème, le rétrécissement palpébral, le larmoiement et la rhinorrhée.

Elle est électivement déclenchée par la prise d'alcool.

Entre les crises, le patient est indemne de toute douleur.



L'algie vasculaire de la face est tout à fait stéréotypée et caractéristique.

Il s'agit d'une pathologie du sujet jeune.

La forme épisodique et saisonnière est la forme la plus classique mais elle peut se chroniciser et devenir intolérable.

La prise en charge devra être faite dans un centre spécialisé ou une structure pluridisciplinaire de prise en charge de la douleur.

Le traitement de crise repose sur :

- Le sumatriptan injectable (Imiject), ou voie nasale;
- La prise d'oxygénothérapie prescrite sous ordonnance, (7 l/min pendant 10 à 15 min en cas de crise.)

Le traitement préventif est un traitement de fond : le vérapamil, est utilisé en première ligne.

En cas de non réponse, les autres produits peuvent être utilisés tel que dans le schéma.

Si le patient n'est pas soulagé par le traitement de crise et le traitement de fond, ou s'il passe à la chronicité, il peut être envisagé différents gestes ou techniques locorégionales comme l'alcoolisation du ganglion sphéno-palatine...

Névralgie du trijumeau

- Femme > 50 ans

DIAGNOSTIC

a - Douleur :

- Névralgie : douleur en éclair, très intense, brutale, évoluant par accès, fulgurante, à type de décharge électrique
- Unilatérale
- Siège : territoire d'innervation du V2 (lèvre supérieure, aile du nez, gencive supérieure...)
- Zone gâchette....
- Intervalle libre

Névralgie du trijumeau

DIAGNOSTIC (suite)

b – Examen neurologique

- NORMAL + + + : ⇨ Névralgie essentielle
- ANORMAL:
 - Rechercher :
 - SEP,
 - Neurinome,
 - Méningiome,
 - Cholestéatome,
 - localisation secondaires,
 - conflits vasculo nerveux...
 - Demander : scanner, ITM avec injection.

Névralgie du trijumeau

TRAITEMENT :

- En 1^{ère} intention :
 - Carbamazépine per-os
- En cas d'échec :
 - Thermocoagulation percutanée du ganglion de Gasser
 - Décompression vasculaire si l'angio-IRM localise la compression

Conclusion

« Prendre en charge un patient qui souffre de céphalée est une tâche difficile requérant une démarche transdisciplinaire et une disponibilité qu'autorisent rarement les conditions actuelles d'exercice de la médecine. ».

Marie-Germaine BOUSSER

Ce n'est généralement pas sur la pratique rarement positive et faussement rassurante d'un scanner cérébral que repose le diagnostic d'une céphalée mais encore et toujours sur la clinique avec un interrogatoire et un examen clinique aussi détaillés que possible.

Questionnaire - Post test

- Citer les principales caractéristiques cliniques d'une crise migraineuse
 -
 -
 -
 -
 -
- Définir une aura migraineuse
- Citer 03 facteurs déclenchants d'une crise migraineuse
- Citer quelles sont les situations cliniques où un traitement de fond est nécessaire au cours de la maladie migraineuse