

Expérience pratique

Les céphalées chroniques

La prévalence annuelle des céphalées chroniques est de 3–5% mais reste un motif fréquent de consultation en neurologie ambulatoire car ces céphalées sont invalidantes, souvent associées à la prise régulière d'antalgiques et résistantes aux traitements préventifs habituels.

Cet article a pour but de revoir leur traitement et les éléments qui doivent faire exclure une céphalée symptomatique.

Des guidelines concernant le traitement des différents types de céphalées ainsi que des prises de position sont fournies sur le site de la société suisse pour l'étude des céphalées (www.headache.ch), ces recommandations sont régulièrement mises à jour (1).

Les céphalées symptomatiques

Dans cet article, je ne discuterais pas en détail les céphalées symptomatiques qui peuvent prendre un caractère chronique, telles les céphalées en relation avec une lésion cérébrale parenchymateuse tumorale primaire ou secondaire, celles liées à l'artérite temporale, ou à une hypertension intracrânienne bénigne. C'est toujours la clinique sur la base d'une anamnèse détaillée et d'un examen neurologique complet qui doivent nous orienter et conduire à pratiquer un bilan complémentaire plus large dont souvent une IRM cérébrale (tab. 1).

Céphalées cervicogènes

J'évoquerais tout de même le cas des céphalées cervicogènes qui sont volontiers de caractère tensionnel et peuvent donc être prises pour des céphalées de tension (critères IHS (International Headache Society), cf. tab. 2), ou qui peuvent se manifester par une aggravation des migraines (critères IHS, cf. tab. 3) chez une patiente préalablement migraineuse. (2).

C'est l'anamnèse qui oriente vers ce type de céphalées selon les conditions de survenue telles: les horaires, (fin de journée ou fin de nuit), maintien des positions (tête antéfléchie par exemple), les conditions de survenue comme un long voyage, ou être déclenchées par certaines activités aggravant les tensions cervicales.

Le **status** confirmera souvent le diagnostic. Il faudra rechercher à les provoquer même partiellement par certains mouvements de la tête contre résistance (rotations, flexion, extension). Les céphalées cervicogènes sont parfois trompeuses, la douleur pouvant être référée en un point précis du crâne. Leur diagnostic peut donc être difficile, et bien que la clinique soit souvent évocatrice, il est en général nécessaire de compléter le bilan par une imagerie cérébrale et/ou cervicale.

La situation est **similaire** lors des douleurs myofaciales avec ou sans dysfonction des articulations temporo-mandibulaires (ATM).



Dr Catherine Dozier
Meyrin

Le **traitement** des céphalées cervicogènes ou celui des céphalées entrant dans le cadre d'un syndrome myofacial est souvent long et doit associer le traitement médicamenteux à de la physiothérapie. Le traitement médicamenteux doit comprendre un modulateur du seuil douloureux, telles l'amitriptyline ou la duloxétine afin d'éviter la consommation chronique d'antalgiques. La physiothérapie sera longue avec une prise en charge posturale et de détente musculaire; ou sera plus spécifique des ATM lors des douleurs myofaciales.

Les céphalées idiopathiques chroniques

Les céphalées idiopathiques chroniques comprennent:

- ▶ les migraines chroniques (plus de 15 jours de céphalées par mois dont 8 migraines)
- ▶ les céphalées de tension chroniques (plus de 15 jours par mois)
- ▶ les céphalées sur abus médicamenteux

Les **migraines chroniques** ou les **céphalées de tension chroniques** ont une prise en charge qui diffère des céphalées épisodiques, par le fait qu'un traitement préventif doit obligatoirement être introduit et le traitement de crise doit être limité aux crises les plus invalidantes.

Traitement: Le plus fréquemment, le patient migraineux, dont les céphalées sont plus intenses que celles du patient ayant des céphalées de tension, prend régulièrement un traitement de crise que ce soit un AINS ou un triptan voire l'association des deux, ou pire, une médication comprenant un mélange dont la codéine. Or, la

TAB. 1 Les céphalées secondaires

CAVE! Ces céphalées peuvent être dues à

- état fébrile, immunodéficience: FSC, VS, sérologies (HSV, HIV)
- trouble neurologique: examen complet avec fond d'oeil
- mode d'installation et réponse aux traitements inhabituels
- âge de début tardif ou médication associée (CO et risque de thrombose sinusienne)
- changement de caractère des céphalées habituelles

TAB. 2	Céphalées de tension épisodiques – Critères diagnostiques
Au moins 10 crises remplissant les critères suivants	
Durée de la céphalée durant 30 minutes à 7 jours	
Douleurs avec au moins 2 des caractéristiques suivantes :	
<ul style="list-style-type: none"> • Localisation bilatérale • Caractère en étoupe ou pression (non pulsatile) • Intensité légère à modérée (peut limiter mais n'empêche pas les activités quotidiennes) • Non aggravée par les activités physiques de routine comme l'ascension des escaliers ou autre activité similaire 	
Présence des 2 caractéristiques suivantes:	
<ul style="list-style-type: none"> • Pas de nausées et/ou vomissement (il peut y avoir une inappétence) • Pas plus d'un facteur suivant: photophobie or phonophobie 	
N'est pas attribuable à une autre étiologie	

TAB. 3	Migraine sans aura – Critères diagnostiques
Au moins cinq crises remplissant les critères suivants	
Céphalées durant 4 à 72 heures (sans traitement ou si traitement inefficace)	
Céphalées ayant au moins 2 des caractéristiques suivantes	
<ul style="list-style-type: none"> • Localisation unilatérale • Caractère pulsatile • Intensité modérée à sévère (limitant ou empêchant les activités quotidiennes) • Aggravation dans les escaliers ou autre activité physique similaire 	
Pendant les céphalées survenu d'au moins un des symptômes suivants :	
<ul style="list-style-type: none"> • Nausées et/ou vomissement • Photophobie et phonophobie 	
N'est pas attribuable à une autre étiologie	

prise régulière de ces substances, ceci tout particulièrement lors des mélanges, risque d'entraîner une transformation des céphalées de base qui deviennent alors auto entretenues par ces médicaments de crise, et nommées: céphalées sur abus médicamenteux.

Rappelons que concernant les traitements de crise, tout dérivé morphinique est à proscrire chez un patient présentant des céphalées idiopathiques (migraines, céphalées de tension) car il est délétère à long terme, engendrant des céphalées rebelles à tout traitement, avec en parallèle un risque supérieur de développement de céphalées sur abus médicamenteux, dont elles se distinguent cependant.

Il faut par ailleurs ne pas confondre les céphalées autoentretenu par les traitements de crise, des céphalées médicamenteuses engendrées par un traitement médicamenteux ponctuel ou chronique, qui est à exclure en premier lieu, car leur éviction est alors plus simple. Il faut donc toujours y penser chez un migraineux voyant ses migraines s'aggraver après la prise d'un nouveau traitement, toutefois cette aggravation peut prendre quelques mois (lors des traitements hormonaux par exemple) et la situation n'être pas si évidente.

Céphalées sur abus médicamenteux

Les céphalées sur abus médicamenteux (médication overuse headache) peuvent se développer aussi bien chez les migraineux que chez les patients souffrant de céphalées de tension, ceci lors de la prise régulière et prolongée des traitements de crise (anti-inflammatoires, triptans, analgésiques) mais également lors d'abus de caféine ou de théine, dans ces derniers cas les céphalées apparaissent lors du sevrage.

Le **diagnostic** se doit donc être évoqué chez tout patient présentant et traitant plus de 10–15 jours de céphalées par mois. Toutefois, le diagnostic différentiel entre une migraine chronique et une céphalée sur abus médicamenteux, ne peut se faire avec certitude qu'après sevrage. En effet, il n'y a pas d'autre marqueur et ce n'est qu'après un sevrage d'au minimum trois semaines suivi de l'amélioration des céphalées habituelles, ceci volontiers après aggravation transitoire les premiers jours du sevrage, que l'on retiendra ce diagnostic.

Un sevrage est difficile et doit souvent se faire en milieu hospitalier, tout particulièrement si les traitements sont de différent type (AINS et triptans ou mélanges). La prévention est donc le meilleur moyen d'éviter de se trouver dans cette délicate situation. Le patient doit

être informé de ce risque afin de faire appel à son médecin en cas de développement de céphalées devenant plus régulières sur quelques semaines, afin qu'un traitement préventif puisse être introduit à temps.

Une fois installées, les céphalées médicamenteuses ne répondent plus aux traitements de fond habituels, seuls le topiramate (3), la neuromodulation (Cefaly®) ou les injections de toxine botuliniques peuvent alors avoir une efficacité. Il faut donc également y penser chez un patient ne répondant à aucun traitement de fond « classique ».

Que faire devant un patient présentant des céphalées chroniques ?

- a. Définir précisément leur caractère et les comparer à d'éventuelles céphalées préexistantes
- b. Chercher les facteurs aggravants ou provoquants et évoquer l'hygiène de vie (repas, hydratation, activité physique, sommeil)
- c. Vérifier le type et la fréquence de prise des traitements antalgiques ou triptans. Evoquer le diagnostic de céphalées sur abus médicamenteux si:
 - prise de triptan plus de 10 jours par mois pendant au moins trois mois
 - prise d'AINS plus de 15 jours par mois pendant au moins trois mois
- d. L'examen neurologique doit être complet avec un fond d'oeil. Il faut bien entendu également exclure une hypotension artérielle ou une hypertension aggravant des céphalées idiopathiques
- e. Compléter le bilan par une imagerie (IRM cérébrale) ou/et un bilan sanguin avec VS, FSC et dosage du Fer.

Un avis neurologique est en général indiqué chez un patient présentant des céphalées chroniques.

La prise en charge thérapeutique

Elle est multiple, comprenant de la physiothérapie, des approches par neuromodulation et très souvent une nécessité d'amélioration de l'hygiène de vie avec pratique régulière d'exercice physique cardio-vasculaire. Le patient doit être tout particulièrement actif dans la démarche de guérison et ne pas se reposer uniquement sur les traitements préventifs médicamenteux. Ces derniers agissant chez

les patients ayant des céphalées sur abus médicamenteux sont, on l'a vu, limités :

- ▶ le topiramate est à introduire et à adapter très progressivement jusqu'à 100 mg/j ; il peut être mal toléré et engendrer des troubles des fonctions supérieures et des troubles de l'humeur. Son introduction demande au départ un suivi mensuel régulier.
- ▶ les injections de toxine botulinique ont montré une efficacité dans le traitement des migraines chroniques, comme l'ont démontré les études PREEMP 1 (4) et PREEMP 2 (5). On relève une diminution du nombre de jours de céphalées, une diminution du nombre de jours de migraine, une diminution de la durée et de l'intensité des migraines, une diminution de la prise de triptan, une amélioration de la qualité de vie. Ce traitement peut être exceptionnellement remboursé par l'assurance de base.

La technique consiste en l'injection de 155 Unités de toxine botulinique sur 31 points du scalp, ces injections devant être répétées toutes les 12 semaines. Il peut parfois être indiqué de procéder à une ou deux injections supplémentaires en cas de contracture musculaire des trapèzes mais cela doit être envisagé qu'exceptionnellement car pouvant aggraver les migraines.

Le traitement par injections de toxine botulinique est à proposer lors des migraines chroniques, mais il n'y a pas d'évidence d'efficacité lors des migraines épisodiques ni lors des céphalées de tension.

Le futur

En principe dans une année environ, un traitement supplémentaire augmentera notre panoplie thérapeutique, il s'agit des anticorps monoclonaux anti-récepteurs au CGRP (calcitonin gene-related peptide). Ils font partie d'une nouvelle classe de traitements préventifs de la migraine et cette classe thérapeutique sera la première à être spécifique de la migraine.

Messages à retenir

- ◆ Les céphalées chroniques représentent une large palette de céphalées et sont difficiles à traiter, car souvent associées à un abus médicamenteux
- ◆ Leur prise en charge relève le plus souvent du spécialiste neurologue
- ◆ Le patient doit avoir une part très active dans le processus thérapeutique
- ◆ Les nouvelles approches telle la neuromodulation, les injections de toxine botulinique et prochainement l'arrivée des anticorps anti-CGRP, ont amélioré notre arsenal thérapeutique

Dr Catherine Dozier

Neurologue FMH-spécialiste céphalées

Membre du comité et de la commission thérapeutique de la société suisse pour l'étude des céphalées

Ancienne cheffe de clinique aux HUG et consultante céphalées

Chemin Antoine-Verchère 6, 1217 Meyrin

cedozier@bluewin.ch

+ **Conflit d'intérêts:** L'auteur n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Références :

1. Brochures de Schweizerische Kopfwehgesellschaft, c/o IMK, Münsterberg 1, 4001 Basel
2. The international Classification of Headache Disorders: 2nd edition. Cephalalgia 2004;24(suppl 1):9-160
3. Diener HC et al. Topiramate reduces headache days in chronic migraine: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. Cephalalgia 2007;27(7):814-23
4. Aurora SK et al. OnabotulinumtoxinA for treatment of chronic migraine: results from the double-blind, randomized, placebo-controlled phase of the PREEMPT 1 trial. Cephalalgia 2010;30(7):793-803
5. Diener HC et al. OnabotulinumtoxinA for treatment of chronic migraine: results from the double-blind, randomized, placebo-controlled phase of PREEMPT 2 trial. Cephalalgia 2010;30(7):804-14