

CÉPHALÉES ET MIGRAINES



LA SECONDE CLASSIFICATION DES CÉPHALÉES DE L'IHS

La classification de l'IHS est divisée en trois parties :

- 1) Les céphalées **primaires** (codes IHS 1 à 4)
- 2) Les céphalées **secondaires** (codes IHS 5 à 12)
- 3) Les névralgies crâniennes, les douleurs faciales centrales et primaires et **les autres céphalées** (codes IHS 13 et 14)
- **Cephalalgia, 2004, S1, 24** -> www.cephalalgia.org

CÉPHALÉES PRIMAIRES

Comprennent 4 sous-types :

Code 1. Migraine

formes probables : migraine hémiplégique sporadique, vomissements cycliques, migraine abdominale, **migraine chronique**, aura persistante sans infarctus, migraine déclenchée par une crise comitiale - migraine ophtalmoplégique

Code 2. Céphalées de tension

+ formes rares/fréquentes + formes probables

Code 3. Cluster Headache (CH) et autres céphalées trigémino-autonomiques

Hémicrânie paroxystique épisodique
SUNCT + probables céphalées trigémino-autonomiques
CH à périodicité indéterminée

Code 4. Autres céphalées primaires

C. hypnique, C. en coup de tonnerre, **hémicrânie continue**
C. de novo (new daily-persistent headache)
C. par compression externe
C. provoquée par le froid

CÉPHALÉES SECONDAIRES

Comprennent 8 sous-types :

- **Code 5 : Traumatisme cervical ou crânien**

(+ C. aiguë et chronique post « coup du lapin »s +
C. post hématome traumatique intracrânien +
C. post traumatisme crânien ou cervical autre +
C post-craniotomie)

- **Code 6 : Anomalie vasculaire crânienne ou cervicales**

(+CADASIL, MELAS, angiopathie bénigne = apoplexie pituitaire –
HTA* - carotidodynie)

- **Code 7 : Anomalie intracrânienne non vasculaire**

(HIC bénigne + C. post Chiari I + lymphocytose du LCR avec C. et
troubles neuro transitoires – Infections*)

CÉPHALÉES SECONDAIRES

- **Code 8 : Prise de substances ou sevrage en substances**

Expo aiguë : Cocaïne, Cannabis

C. par abus médicamenteux : Triptan (forme probable)

C. iatrogène/traitement hormonal

C. de sevrage : sevrage en œstrogènes

- **Code 12 : Désordre psychiatrique**

(Somatisation/psychose)

PRINCIPALES CAUSES DE CÉPHALÉES

C. primaires

66 % chez le sujet âgé

90 % chez le sujet jeune

Céphalées primaires

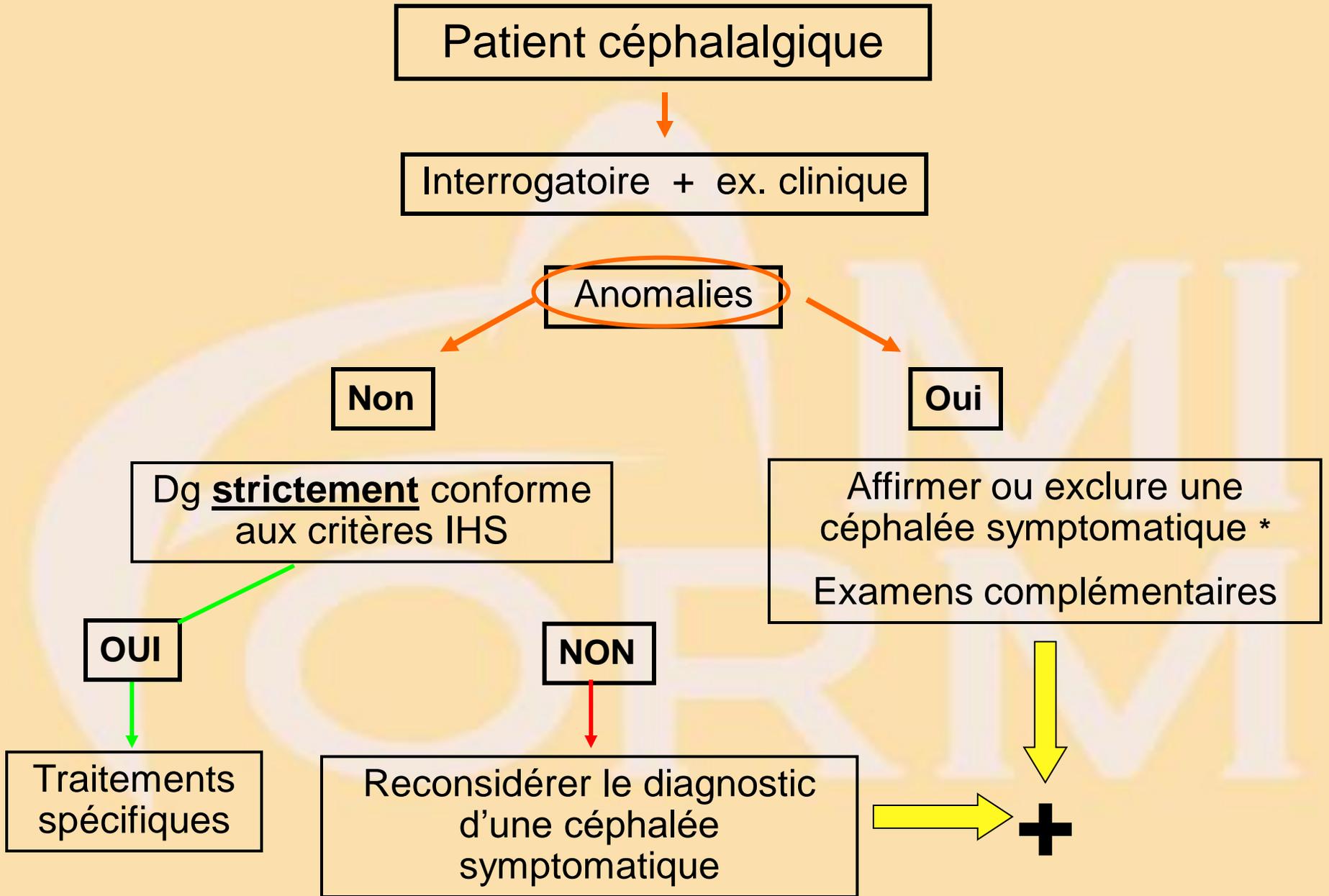
■ C. de tension (%)	66
■ Migraine	15
■ C. déclenchées par le froid	15
■ C. par compression	4
■ C. du coït	1
■ C. de la toux	1
■ Algie vasculaire de la face	0.1

Céphalées secondaires

■ Fièvre	63
■ Désordre métabolique	22
■ Affection ORL	15
■ Traumatisme crânien	4
■ Affection oculaire	3
■ Affection vasculaire	1
■ Affection cérébrale non vasculaire	0.5

LES POINTS ESSENTIELS

- ① Diagnostic urgent : céphalées secondaires nécessitant un traitement rapide
- ② Céphalée primaire :
Diagnostic certain et caractéristiques inchangées
Pas de neuro-imagerie
- ③ Un diagnostic fréquent : la crise de migraine



* Céphalées à risque vital

DIAGNOSTIC DE MIGRAINE



DIAGNOSTIC DE LA MIGRAINE SANS ET AVEC AURA :

**CRITÈRES DIAGNOSTIQUES
SELON L'INTERNATIONAL
HEADACHE SOCIETY (IHS)**

MIGRAINE SANS AURA : CRITÈRES DIAGNOSTIQUES SELON L'INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY (IHS)

- A. Au moins 5 crises répondant aux critères B à D
- B. Crises durant de 4 à 72 heures (sans traitement)
- C. Céphalée ayant au moins 2 des caractéristiques suivantes
 - unilatérale
 - pulsatile
 - modérée ou sévère
 - aggravation par les activités physiques de routine
- D. Durant les céphalées au moins l'un des caractères suivants
 - nausée et/ou vomissement
 - photophobie et phonophobie
- E. L'examen clinique doit être normal entre les crises

CRITÈRES DE LA MIGRAINE AVEC AURA*

A. Au moins 2 crises répondant au critère B

B. Au moins 3 des 4 caractéristiques suivantes

- un ou plusieurs symptômes de l'aura totalement réversibles
- développement du symptôme de l'aura sur plus de 4 minutes
- durée de chaque symptôme ≤ 60 minutes
- intervalle libre maximum de 60 minutes entre aura et céphalée

C. L'examen clinique doit être normal entre les crises

* **types d'auras : visuelles sensitives aphasiques motrices**

Céphalée	Migraine	Algie vasculaire de la face	Céphalée de tension
Durée	4-72h	15mn-3h	30mn-7j
Siège	Unilatéral	Toujours unilatéral : œil, tempe mâchoire	Bilatéral
Intensité	Modérée/sévère	Très sévère	Légère/modérée
Type	Souvent "Pulsatile"	Arrachement, broiement	Compression, serrement
Effet d'un effort physique	Aggravation	Pas d'aggravation	Pas d'aggravation

EPIDEMIOLOGIE

- ✓ 12-20% de la population adulte
début avant 40 ans
- ✓ 5 à 8 millions en France
prédominance féminine 3/1
maximum entre 30 et 50 ans (de 25 à 35 ans : 1 femme sur 3)
- ✓ 5 à 10% des enfants avant 10 ans (G=F)
- ✓ 70% d'ATCD familiaux

RECOMMANDATIONS ANAES

Évaluer le handicap du migraineux

Migraine : maladie handicapante

- ✓ Fréquence des crises : ≥ 2 chez 42 à 50% des patients
- ✓ Durée : > 24 h chez 39% des patients
- ✓ Intensité : sévère ou très sévère chez 48 à 74% des patients
- ✓ Signes d'accompagnement digestifs : 25%
- ✓ Retentissement sur la vie quotidienne, professionnelle, sociale et familiale

COMPLICATIONS DE LA MIGRAINE



MIGRAINE CHRONIQUE AVEC ABUS MÉDICAMENTEUX

3 à 4% de la population générale : antalgiques tous les jours

Céphalées Chroniques Quotidiennes :

- 1.5 à 2 millions de patients en France
- Céphalées ≥ 15 j/mois depuis plus de 3 mois
- **Complication N°1 de la migraine +++**

RECOMMANDATIONS ANAES, ANTALGIQUES NON SPÉCIFIQUES ET STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES

4 questions à poser à tout migraineux

traitant ses crises avec traitement non spécifique

- Êtes-vous soulagé de manière significative 2 heures après la prise ?
- Ce médicament est-il bien toléré ?
- Utilisez-vous une seule prise médicamenteuse ?
- La prise de ce médicament vous permet-elle une reprise normale et rapide de vos activités sociales, familiales, professionnelles ?



... Si le patient répond NON à au moins 1 des 4 questions, il est recommandé de prescrire un AINS et un triptan

RECOMMANDATIONS ANAES

Stratégie thérapeutique/crise

- ✓ Si le patient répond oui aux 4 questions, il est recommandé de ne pas changer le traitement.
- ✓ Si le patient répond non à au moins une des 4 questions, il est recommandé de prescrire sur la même ordonnance un AINS et un triptan
- ✓ On expliquera de commencer d'emblée par l'AINS et de garder le triptan en secours, s'il n'a pas été soulagé 2 h après la prise de l'AINS
- ✓ Si l'AINS est inefficace ou mal toléré, un triptan est prescrit d'emblée

-
- ✓ Eletriptan : Relpax ®
 - ✓ Zolmitriptan : Zomig ®
 - ✓ Naratriptan : Naramig ®
 - ✓ Almotriptan : Almogran ®
 - ✓ Sumatriptan : Imigrane®

Galéniques : cp, spray, lyocs, SC,

RECOMMANDATIONS ANAES

Il existe des arguments médico-économiques en faveur de l'utilisation des triptans d'emblée chez des patients ayant des crises sévères et/ou une maladie migraineuse handicapante mais sans consensus professionnel, notamment en l'absence d'outils validés pour la pratique quotidienne

RECOMMANDATIONS ANAES

Triptans :

- ✓ il existe des différences d'efficacité et de tolérance entre les différents triptans, mais ces différences sont minimales
- ✓ Un patient non répondeur à un triptan peut répondre à un autre triptan
- ✓ Prise précoce
- ✓ A tester sur 3 crises

RECOMMANDATIONS ANAES

Quand mettre en place un traitement de fond ?

Il est recommandé de le débiter :

- ✓ en fonction de la fréquence, l'intensité des crises mais aussi du handicap familial, social et professionnel généré par les crises
- ✓ dès que le patient consomme, depuis 3 mois, 6 à 8 prises de traitement de crise/mois et cela même en cas d'efficacité afin d'éviter l'abus médicamenteux

L'instauration d'un traitement de fond doit s'associer à une démarche d'éducation du patient (différences entre traitement de crise/traitement de fond, agenda)

RECOMMANDATIONS ANAES

Quelles molécules utiliser ?

Première intention : une des 4 suivantes

- ✓ Propranolol, Métoprolol
- ✓ Oxétorone
- ✓ Amitriptyline

Combien de temps ? 9 à 12 mois