

## 10 questions-clés pour le diagnostic des céphalées

- 1 Où la douleur se situe-t-elle ?  
Caractériser la douleur : oppressante, piquante, pulsatile ?  
S'accompagne-t-elle de nausées, d'une sensibilité à la lumière et au bruit ?
- 2 Combien de fois par mois/ semaine les douleurs surviennent-elles ?
- 3 Combien de temps les douleurs durent-elles ?
- 4 Depuis quand ressentez-vous des douleurs ?
- 5 Les douleurs se sont-elles modifiées ?
- 6 Qu'avez-vous déjà entrepris et qu'a-t-on diagnostiqué ?
- 7 Que faites-vous actuellement contre vos douleurs ?
- 8 Combien de comprimés prenez-vous par jour/ semaine/ mois ?
- 9 Comment allez-vous par ailleurs, dans votre vie privée, professionnellement ? Les céphalées ont-elles des répercussions sur la vie quotidienne ?
- 10 Qu'attendez-vous de moi ? (objectif : quels résultats pouvons-nous obtenir ensemble ?)

## Site internet

Visitez notre site internet sur [www.headache.ch](http://www.headache.ch)



Avec l'aimable soutien des firmes partenaires SSC suivantes :



[www.headache.ch](http://www.headache.ch)



Schweizerische Kopfweggesellschaft  
Société suisse pour l'étude des céphalées  
Società svizzera per lo studio delle cefalee  
Societad svizra per il studi del mal il tgaü  
Swiss Headache Society



## Algorithme décisionnel pour le médecin traitant

Il est toujours nécessaire de procéder un examen neurologique en vue d'exclure autres maladies, de palper les muscles de la tête, de la mâchoire, de la nuque et d'examiner la mobilité de la colonne cervicale et de la mâchoire inférieure.

Si la symptomatologie s'aggrave, répétez l'examen.

[www.headache.ch](http://www.headache.ch)

## Adresse de correspondance

Société suisse pour l'étude des céphalées  
c/o IMK Institut pour la médecine et la communication SA  
Münsterberg 1  
4001 Bâle

tél : 061 271 35 51 - fax : 061 271 33 38  
e-mail : [kopfweh@imk.ch](mailto:kopfweh@imk.ch) - [www.headache.ch](http://www.headache.ch)

Avec l'aimable soutien des firmes partenaires SSC suivantes :



[www.headache.ch](http://www.headache.ch)



Schweizerische Kopfweggesellschaft  
Société suisse pour l'étude des céphalées  
Società svizzera per lo studio delle cefalee  
Societad svizra per il studi del mal il tgaü  
Swiss Headache Society



## Céphalées et algies faciales Recommandations thérapeutiques

Révision 2012, 8<sup>e</sup> édition

avec algorithme décisionnel pour le médecin traitant

[www.headache.ch](http://www.headache.ch)

## Membres de la commission thérapeutique de la SSC

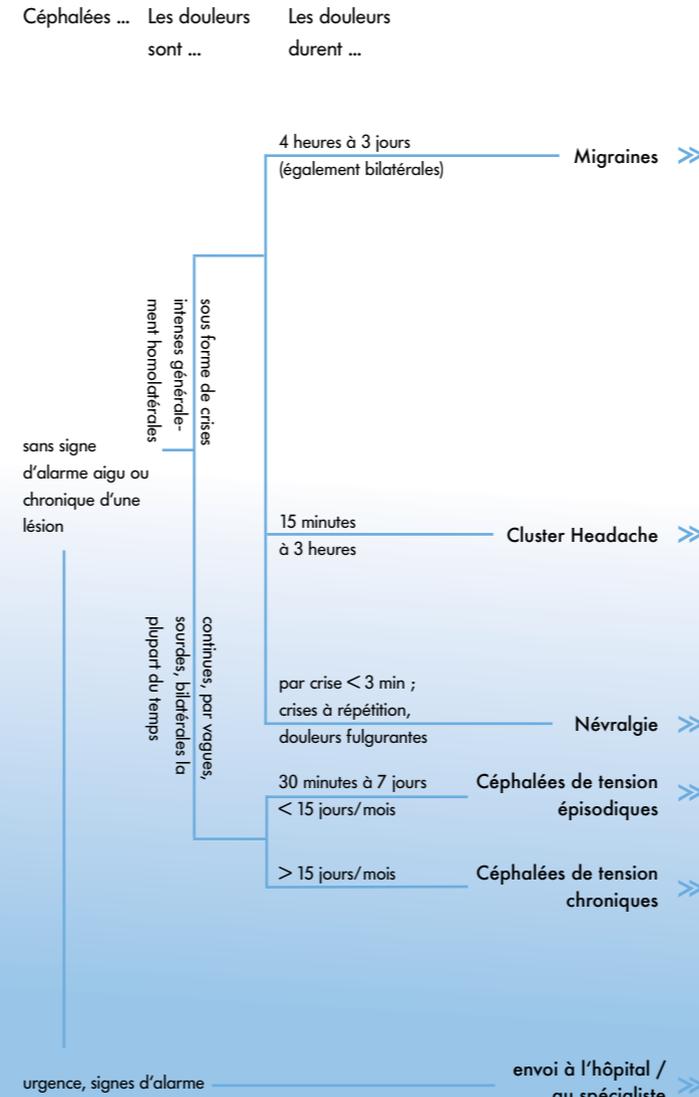
D. Bärlocher, I. Barone, U. W. Buettner, C. Dozier, M. Emmenegger, A. Gantenbein, C. Gobbi, T. Iff, H. Isler, J. W. Koch, U. Kaspar, G. Landmann, J. Lütschg, J. Lutz, O. Meienberg, G. Merki, Ch. Meyer, P. Myers, B. Nater, S. Renaud, P. Sandor, R. Schaumann-von Stosch, A. M. Siegel, H. R. Stöckli, M. Sturzenegger, S. Tacconi, E. Taub

Les recommandations de prise en charge des céphalées figurant dans cette brochure sont basées sur des évidences scientifiques et/ou sur l'expérience clinique des auteurs, membres de la commission thérapeutique. Ces recommandations sont indépendantes de l'avis ou de l'admission des traitements par Swissmedic, indépendantes d'autres considérations administratives et de régulation, ou de l'acceptation de remboursement par les caisses maladies.

© 2012 Société suisse pour l'étude des céphalées

Edition et d'organisation :

**IMK** Institut pour la médecine et la communication SA  
Münsterberg 1  
4001 Bâle



Chaque crise ne nécessite pas toujours un traitement médicamenteux. Le repos au lit, à l'abri de toute stimulation, peut être efficace.

**Triptans** : tous sont en principe utilisables ; si l'effet d'une substance est insuffisant à une dose adéquate, on peut passer à une autre. Substances (dans l'ordre de leur introduction sur le marché ; dose unitaire et dose max. par 24h) : sumatriptan 6-12 mg (s.c.), 50-200 mg (cp.), 25-50 mg (supp.), 20-40 mg (spray nasal) ; naratriptan 2.5-5 mg (cp.) ; zolmitriptan 2.5-10 mg (cp., cp. lingual), 5-10 mg (spray nasal) ; rizatriptan 5/10-30 mg (cp., cp. lingual) ; eletriptan 40/80-160 mg (cp.) ; almotriptan 12.5-25 mg (cp.) ; frovatriptan 2.5-5 mg (cp.)

Les triptans ne sont pas efficaces lors de migraines avec aura.

**AINS et d'autres analgésiques** : tous sont en principe utilisables, de préférence sous forme « rapide » ou en granulés, par exemple acide acétylsalicylique 1000 mg (cp. efferv., sachets), AAS+métoclopramide 3 sachets par 24 h, didofénac 50-150 mg (dragées), ibuprofène 600-1200 mg (granulés), acide méfénamique 500-1500 mg (cp.), naproxène 500-1000 mg (supp., cp.), paracétamol 1000 mg (cp. efferv.)

**Antiémétiques** : évit. en prémédication, par exemple dompéridone 10-60 mg (p.o., supp.), métoclopramide 10-20 mg (p.o., supp., i.m., i.v.)

Traitement conjointement avec le neurologue.

Sumatriptan 6 mg (s.c., jusqu'à 3x par 24 h), 20 mg (spray nasal, jusqu'à 3x par 24 h) ; zolmitriptan nasal 5-10 mg ; inhalation d'oxygène à 100 % avec un masque, 10-12 litres pendant 15 minutes ; cure de prednisone (p.o.) pour raccourcissement des épisodes (100), 75, 50, 25 mg par jour durant 5 jours, le matin ; infiltration du grand nerf occipital

Carbamazépine 200-800 mg/jour ; posologie progressive ; s'adresser au neurologue

Si possible, **éviter toute médication**, à la rigueur des analgésiques/AINS au maximum 10 jours par mois ; exercices de relaxation

Pas d'analgésiques, suspicion d'abus médicamenteux !

Calmer les patients, développer une stratégie de traitement orientée vers l'avenir.

Exercices de relaxation, contrôle du stress.

### Signes d'alarme

1. trouble neurologique
2. atteinte ou signe systémique (fièvre, méningisme)
3. signes systémiques généraux
4. trouble de la conscience
5. âge > 50 ans
6. douleur inhabituelle en intensité et/ou durée
7. douleur s'aggravant progressivement
8. résistance au traitement

**Bêtabloquants** : propranolol 80-160 mg, métoprolol 100-200 mg

(sélection, autres substances possibles)

**Anticonvulsivants** : topiramate 25-200 mg, valproate 500-1500 mg, lamotrigine particulièrement lors de migraines avec aura 25-300 mg (prescription de valproate et de lamotrigine uniquement par un neurologue !)

**Substances naturelles** : magnésium 25 mmol, riboflavine (vitamine B2) 400 mg (le matin ; posologie rapidement progressive), coenzyme Q10 3x100 mg

**Mesures non-médicamenteuses associées** : exercices de relaxation, et/ou activité physique, rythme régulier veille-sommeil, méthodes psychothérapeutiques pour les patients suffisamment motivés, acupuncture

Traitement conjointement avec le neurologue.

Vérapamil 240-600 mg ; topiramate (but 200 mg) ; valproate 1000-2000 mg ; lithium seulement après avis neurologique et selon taux sérique

Exercices de relaxation quotidiens, exercice d'endurance régulier, tenue d'un calendrier des céphalées, pas de médicaments

Exercices de relaxation quotidiens, exercice d'endurance régulier, tenue d'un calendrier des céphalées, traitement antidépresseur, magnésium comme dans la prévention de la migraine

### Céphalées sur abus médicamenteux

Risque de céphalées en cas de prise régulière et excessive d'analgésiques dans le cadre d'un traitement des crises. **Limites** supérieures : 10 jours par mois au maximum. **Mesure** la plus importante : sevrage complet des analgésiques (souvent uniquement réalisable en milieu hospitalier). Pour une brève durée, on peut aussi essayer de diminuer les analgésiques « en douceur », c'est-à-dire progressivement, en ambulatoire. En cas de suspicion de céphalée d'origine médicamenteuse, prendre contact avec un spécialiste des céphalées. **Nota bene** : un traitement préventif est moins efficace en cas de surconsommation persistante de médicaments.

# Sommaire

Introduction	2
Céphalées primaires et secondaires	3
Signes d'alarme	4
Buts du traitement des céphalées	4
Aspects généraux	5
<b>Migraine</b>	
Traitement de crise	6-8
Traitement préventif	9-12
<b>Cluster Headache</b>	
Traitement de crise	13
Traitement préventif	13
<b>Céphalées de tension épisodiques</b>	
Traitement de crise	14
<b>Céphalées de tension chroniques</b>	
Traitement préventif	14
<b>Céphalées sur abus médicamenteux</b>	15
<b>Grossesse, menstruations, contraception et ménopause</b>	16-18
<b>Céphalées de l'enfant</b>	19-21
<b>Néuralgies</b>	22-23
<b>Chirurgie et thérapies interventionnelles dans les céphalées primaires et les algies faciales primaires</b>	24-25
<b>La société suisse pour l'étude des céphalées</b>	26-27
Notes	28

Cette brochure, éditée par la société suisse pour l'étude des céphalées, constitue une importante source d'information sur le traitement des céphalées, appréciée des médecins. Dans cette nouvelle édition, les plus récentes connaissances scientifiquement reconnues et acceptées seront rapportées, mais nous aborderons également les thèmes tels la chirurgie et autres traitements n'ayant pas prouvé leur efficacité ou restant controversés. Par ailleurs, un chapitre sur la prise en charge des migraines durant la ménopause a été ajouté.

Afin de préserver la lisibilité et le caractère pratique des recommandations, les informations ont été scientifiquement limitées aux aspects essentiels du traitement des céphalées. Un complément comprenant la pratique conjointe des trois sociétés de langue germanique a été considérée (allemande, autrichienne et suisse).

Nos recommandations ont pour but d'aider le médecin dans son travail quotidien de traitement du patient céphalalgique, sous une forme claire pouvant être consultée rapidement et sereinement.

Je vous souhaite une grande satisfaction lors de l'utilisation de ces recommandations et lors de la prise en charge des patients souffrant de céphalées.

Baden, en février 2012  
PD Dr méd. Peter Sándor  
Président de la SSC

Pour des raisons pratiques, une distinction entre céphalées primaires et secondaires s'impose.

### Céphalées primaires (idiopathiques)

- Aucune autre affection pouvant causer les céphalées n'est présente ; ces céphalées ont des caractéristiques et une rythmicité propres.
- Aucune origine organique n'est identifiable.
- Les formes les plus fréquemment rencontrées sont les migraines, les céphalées de tension et les céphalées en grappe (cluster headache).
- Diagnostic selon les critères actuels de la Société Internationale des Céphalées (classification IHS 2004, «International Classification of Headache Disorders, 2nd edition, ICHD-II et ICD-II R»; [www.i-h-s.org](http://www.i-h-s.org))

### Céphalées secondaires (symptomatiques)

- Céphalées liées à une affection organique devant être recherchée et traitée

- Anamnèse détaillée ainsi qu'examen clinique neurologique complet
- Recours aux examens complémentaires et/ou au spécialiste en présence de signes inquiétants tels que :
  - trouble neurologique
  - atteinte ou signe systémique (fièvre, méningisme)
  - signes systémiques généraux
  - trouble de la conscience
  - âge > 50 ans
  - douleur inhabituelle en intensité et/ou durée
  - douleur s'aggravant progressivement
  - résistance au traitement

## Buts du traitement des céphalées

### Améliorer la qualité de vie

- Chercher et mobiliser les ressources du patient afin de diminuer l'impact de sa douleur
- Le but n'est pas la guérison mais une amélioration de la qualité de vie et sa réintégration dans la vie quotidienne.
- Il n'est pas nécessaire de traiter dans chaque cas ; un examen médical et des explications sont parfois suffisants.
- Etablir un plan de traitement conjointement avec le patient en tenant compte de certains aspects individuels (souffrance psychique, angoisses, convictions)

- Reconsidération du diagnostic en tout temps, tout particulièrement en cas de résistance thérapeutique
- Prise en charge et traitement en premier lieu par le médecin traitant
- En cas de résistance thérapeutique, adresser le patient au spécialiste
- **Cave:** risque d'abus médicamenteux

### Éléments influençant les céphalées

- Des facteurs tels les menstruations, les fluctuations hormonales, les variations météorologiques, les circonstances de vie, les situations sociales bloquées, etc. ne doivent pas être considérées comme sans issue.

### Comportement du patient

- La prise en charge personnelle adéquate doit être encouragée
- **Cave:** l'automédication tout particulièrement des antalgiques est problématique.

### Avant de débuter un traitement ...

- Arrêter les médicaments inutiles, voire nocifs
- Limiter/supprimer les toxiques (alcool, caféine, nicotine, etc.)
- Discuter l'hygiène de vie (temps libre, rythme journalier, autodétermination, « stress management »)
- Etablir un calendrier des céphalées (si possible un mois avant le début de la prise en charge)
- Déterminer la stratégie à suivre: traitement des crises ou/et traitement préventif ponctuel ou au long cours

## Antinauséux prokinétiques

L'absorption des différentes thérapeutiques doit être optimisée. Etant donné le ralentissement fréquent de la fonction gastrique, il est important d'associer un prokinétique gastrique au traitement antimigraineux de crise, qui peut par ailleurs avoir un effet antimigraineux en soit.

Dompéridone	10-60 mg
Métoclopramide	10-20 mg

## Crises de migraines de faible intensité et sans handicap au quotidien

Dans ce cas, les AINS ou d'autres analgésiques peuvent suffire. Tous sont en principe utilisables, de préférence sous forme « rapide » ou en granulés.

Acide acétylsalicylique (AAS)	1000 mg
AAS de lysine+métoclopramide	3 par 24 h
Diclofénac	50-150 mg
Ibuprofène	600-1200 mg
Acide méfénamique	500-1500 mg
Naproxène	500-1000 mg
Paracétamol	1000 mg

Etant donné les effets collatéraux (effets secondaires et médiocre tolérance) l'intérêt des préparations de dérivés de l'ergot de seigle a perdu de son importance.

## Crises de migraine d'intensité forte à moyenne et handicap au quotidien

Le traitement repose principalement sur les triptans. Ces traitements spécifiques de la migraine, ont une grande efficacité et doivent être introduits précocement.

		Dose unitaire	Dose maximale/24h
Sumatriptan	s.c.	6 mg	12 mg
	cp.	50 mg	200 mg
	supp.	25 mg	50 mg
	spray nasal	20 mg	40 mg
Naratriptan	cp.	2.5 mg	5 mg
Zolmitriptan	cp.	2.5 mg	10 mg
	cp. lingual	2.5 mg	10 mg
	spray nasal	5 mg	10 mg
Rizatriptan	cp.	5/10 mg	30 mg
	cp. lingual	5/10 mg	30 mg
Eletriptan	cp.	40/80 mg	160 mg
Almotriptan	cp.	12.5 mg	25 mg
Frovatriptan	cp.	2.5 mg	5 mg

Le délai avant l'apparition d'un effet bénéfique et la durée de l'efficacité analgésique varient selon les triptans. Une deuxième prise est possible si aucune amélioration significative n'est observée après deux heures. En cas d'efficacité insuffisante d'une substance ou d'une forme galénique, il est opportun de changer de produit.

En cas de récurrence de la migraine (réurgence), on peut tenter une combinaison initiale d'un triptan avec une forme retard ou de longue durée d'AINS.

### En cas d'urgence

En cas de contre-indication ou d'inefficacité des triptans, il est possible d'utiliser parallèlement des analgésiques par voie parentérale :

AAS	i.v.	1000 mg
Diclofénac	i.m.	75 mg
Métamizol	i.v.	1000 mg

Alternatives en cas d'urgence (**cave** contre-indications) :

Sumatriptan	s.c.	6 mg
Zolmitriptan	spray nasal	5 mg

**Nota bene** : des doses inférieures répétées agissent moins bien. **Cave** : pas d'opiacés !

### Traitement particulier de l'état de mal migraineux (status migraineux) (durée de plus de 72h)

- Adresser immédiatement le patient à un spécialiste des céphalées ou l'adresser à l'hôpital

Il est important d'associer une approche non-médicamenteuse au traitement préventif des céphalées.

### Mesures non-médicamenteuses associées

- Méthodes psychothérapeutiques
- Mesures de médecine alternative: celles-ci sont controversées. Les résultats obtenus en pratique sont contradictoires. On manque par ailleurs d'observations à long terme. Seul l'effet bénéfique de l'acupuncture a été démontré.
- Exercice d'endurance : 3 x 30 minutes par semaine avec pulsations entre 120-140

### Quand instaurer un traitement préventif?

- Plus de trois crises par mois
- Crises intenses ou de longue durée ne répondant pas au traitement de crise
- Auras prolongées ou fréquentes
- Traitements de crise mal supportés ou contre-indiqués
- Considérer les comorbidités
- Présence ou risque de céphalées sur abus médicamenteux

### Traitement préventif: astuces

- En cas d'effet bénéfique (à évaluer après huit semaines de traitement) poursuivre le traitement de fond durant 6-12 mois, voir plus
- Evaluer l'association de combinaisons thérapeutiques préventives et la prolongation de la durée du traitement
- Les traitements de crise ne doivent pas être utilisés régulièrement et de manière prolongée à visée préventive (**cave** développement de céphalées sur abus médicamenteux)!
- Les co-morbidités peuvent aider dans le choix d'un traitement préventif:
  - Prise de poids avec par ex. flunarizine, mirtazapine, amitriptyline et doxépine
  - Contre-indication des bêtabloquants lors d'asthme, de psoriasis ou de diabète
  - Les bêtabloquants, la flunarizine et le topiramate augmentent le risque de développer un état dépressif.
- Effets secondaires dont on peut tirer profit, par exemple :
  - Perte pondérale liée au topiramate
  - Sédation induite par la mirtazapine
  - Effet laxatif du magnésium

L'effet prophylactique des traitements suivants a été démontré :

### Bêtabloquants et autres hypotenseurs

	dose quotidienne
Bisoprolol	5-10 mg
Candésartan	16 mg
Lisinopril	20 mg
Métoprolol	100-200 mg
Propranolol	80-160 mg
Telmisartan	80 mg

### Antidépresseurs

- Ils ne sont pas seulement efficaces lors migraines associées à des céphalées de tension ou à un état dépressif ; la doses efficace est en général inférieure de 10-50 % à celle nécessaire dans le traitement de la dépression.
- Alors que les inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine (SSRI) n'ont qu'un effet incertain lors de céphalées primaires, les nouveaux antidépresseurs qui agissent à la fois sur les récepteurs sérotoninergiques et adrénérgiques (SARI), ou ceux agissant à la fois sur les récepteurs sérotoninergiques et noradrénérgiques (SNRI) sont souvent efficaces et bien tolérés. Introduction débutant par des faibles doses (**cave** sédation, effet anticholinergique) ; augmentation lentement progressive. Les antidépresseurs sédatifs (amitriptyline, trimipramine, doxépine) en prise vespérale en cas de troubles du sommeil ; les antidépresseurs stimulants (clomipramine, nortriptyline) le matin ou à midi en cas de manque d'entrain ou d'asthénie.

Amitriptyline, imipramine, nortriptyline	10-200 mg
Clomipramien, doxépine, trimipramine	10-150 mg
Venlafaxine	75-225 mg
Duloxétine	30-60 mg
Mirtazapine	30-45 mg

### Anticonvulsivants

Topiramate	25-200 mg
------------	-----------

**Cave:** troubles cognitifs

Valproate	500-1500 mg
-----------	-------------

**Cave:** vérifier les fonctions hépatiques, exclure une grossesse, associer une contraception

Lamotrigine (particulièrement lors de migraines avec aura)	25-300 mg
---	-----------

Lors de l'usage prophylactique par valproate, lamotrigine ou topiramate, prendre garde aux interactions avec les contraceptifs oraux.

### Substances naturelles

Magnésium	25 mmol
Riboflavine (vitamine B2)	400 mg
Coenzyme Q10	3x100 mg

### Autres

Toxine botulinique Typ A	155 E
--------------------------	-------

**Cave:** efficacité reconnue lors de la migraine chronique avec ou sans abus médicamenteux, mais pas dans le cas de la migraine épisodique. Diagnostic à poser par le neurologue, après exclusion de céphalées chroniques symptomatiques.

Prise en charge conjointement avec le neurologue.

### Traitement de crise

Sumatriptan	s.c.	6 mg
	spray nasal	20 mg
Zolmitriptan	spray nasal	5-10 mg
O <sub>2</sub> 100% en inhalation	10-12 l/min pendant 15 min	

### Raccourcissement des épisodes

Cure de prednisone p.o. (100/75/50/25 mg par jour  
durant 5 jours, le matin  
Infiltration du grand nerf occipital par le neurologue

## Cluster Headache

### Traitement préventif

Prise en charge conjointement avec le neurologue.

Vérapamil	240-600 mg
Topiramate	200 mg
Valproate	1000-2000 mg
Lithium selon taux sérique, seulement après avis neurologique	

- Soit éviter toute médication, soit la prescrire à dose suffisante (élevée)
- Analgésiques/AINS au maximum 10 jours par mois
- Exercices de relaxation et/ou activité physique

## Céphalées de tension chroniques

### Traitement préventif

- Exercices de relaxation quotidiens
- Exercice d'endurance : 3 x 30 minutes par semaine avec pulsations entre 120-140
- Traitement antidépresseur
- Magnésium comme dans la prévention de la migraine

- **Cave:** lors de la prise régulière de tout traitement de crise (analgésique ou triptan) il y a un risque de développement de céphalées chroniques autoentretenu par cet abus. Dose maximale 10 jours de prise médicamenteuse par mois
- Mesure la plus importante : sevrage complet des traitements de crise (nécessitant souvent une hospitalisation)
- Le sevrage en ambulatoire est possible dans certains cas. La supervision étroite d'un neurologue est souvent bénéfique, tout comme l'introduction d'un traitement préventif.
- En cas d'échec manifeste ou prévisible : sevrage complet en clinique spécialisée. Durée de l'hospitalisation pour sevrage : 7-14 jours. Dans les cas difficiles, une prise en charge spécifique de réadaptation ultérieure, durant 2 - 4 semaines, peut se révéler fructueuse.
- Le traitement prophylactique est à poursuivre au moins 6 mois. Nota bene : le traitement préventif n'a que peu ou pas d'effet bénéfique, en général, dans le cas de céphalées sur abus médicamenteux.
- Après le sevrage, la poursuite de la prise en charge par un spécialiste des céphalées augmente les chances de succès à long terme.

## Grossesse

En principe, aucun traitement de crise, ni traitement préventif, ne devrait être entrepris au cours de la grossesse. Il n'y a pas d'indication vitale à ce faire. L'innocuité des substances neurotropes utilisées doit être remise en question malgré les résultats rassurants des études faites chez l'animal, car toutes les substances interfèrent potentiellement avec le développement rapide du système nerveux fœtal.

En cas de nécessité absolue :

- Traitement de la crise
  - Paracétamol (1 g, max. 2-3 g par 24h), traitement le plus bref possible
- Prévention
  - Mesures de relaxation
  - Magnésium

## Menstruations

La migraine cataméniale survient dans la période du cycle située entre les deux jours précédant et jusqu'au troisième jour suivant la survenue des règles. Elle est caractérisée par l'absence d'aura et par le peu d'efficacité des traitements symptomatiques habituels. Elle est attribuée à la chute du taux d'oestrogènes à la fin du cycle.

- Prévention
  - Contraceptifs progestatifs (désogestrel)
  - Oestrogènes transdermiques 50-100 µg 4 jours avant jusqu'à 2 jours après le début des règles ; réduction progressive afin d'éviter les céphalées liées à l'arrêt

## Contraception en cas de migraine

### Migraine sans aura

- Contraceptifs progestatifs (par ex. Désogestrel Cerazette<sup>®</sup>, Etonogestrel Implanon<sup>®</sup>, médroxyprogestérone Depo-Provera<sup>®</sup>), stérilet
- Contre-indication relative ou absolue (facteurs de risque cardio-vasculaire) des préparations à base d'éthinylestradiol (pilule, patch transdermique, anneau vaginal)

### Migraine avec aura

- Contraceptifs progestatifs (par ex. Désogestrel Cerazette<sup>®</sup>, Etonogestrel Implanon<sup>®</sup>, médroxyprogestérone Depo-Provera<sup>®</sup>), dispositif intrautérin
- Contre-indication absolue des préparations à base d'éthinylestradiol (pilule, patch transdermique, anneau vaginal)

### Migraine cataméniale

- Désogestrel (traitement anticonceptionnel et possible traitement préventif des migraines)
- Gestagènes à durée d'action prolongée si bien toléré ; dispositif intrautérin (stérilet) autorisé, de préférence en cuivre
- Contre-indication relative ou absolue (facteurs de risque cardio-vasculaire) des préparations à base d'éthinylestradiol (pilule, patch transdermique, anneau vaginal)

### Migraine à la ménopause

Etant donné l'absence d'activité folliculaire à cette période, les doses d'œstrogène restent à un niveau bas constant. Cela se marque en général par une amélioration des migraines en fréquence et intensité, tout particulièrement chez les femmes ayant souffert de migraines purement cataméniales. Il est rare que la migraine débute à ce moment-là.

### Substitution hormonale

Des préparations contenant des œstrogènes et progestatifs seront proposés (comprimé, patch transdermique ou gel). Le traitement hormonal est recommandé dans le cadre du traitement des symptômes liés à la ménopause comme les bouffées de chaleur, les troubles du sommeil, de l'humeur (irritabilité) ; par ailleurs ils peuvent limiter le développement de l'ostéoporose ainsi qu'être utiles dans la prévention de l'artériosclérose.

Si un traitement hormonal substitutif doit être introduit en raison des migraines, les traitements hormonaux transdermiques à libération continue (patch transdermique, gel) sont à privilégier, les fluctuations des doses étant moindre qu'avec la prise en comprimé.

La migraine qui s'est améliorée à la ménopause peut s'aggraver lors de l'introduction de la substitution hormonale. Il faut alors peser les avantages et inconvénients de ce traitement. Les aspects subjectifs liés aux modifications hormonales et le risque personnel d'ostéoporose sont à évaluer en regard de la fréquence, de l'importance et des conséquences de la prise en charge jusqu'à la non hormonale des crises migraineuses.

Chez l'enfant également, l'anamnèse détaillée ainsi que l'examen clinique et neurologique fournissent les éléments essentiels au diagnostic. Une imagerie cérébrale n'est indiquée que si l'anamnèse n'évoque pas une céphalée primaire et/ou si l'examen neurologique est anormal. L'inquiétude des parents (face à une pathologie potentiellement tumorale) peut être levée suite à une explication détaillée des céphalées primaires.

La tenue d'un calendrier des céphalées, incluant le cycle menstruel chez les adolescentes, est importante, pour des raisons diagnostiques et thérapeutiques.

Des mesures d'hygiène de vie quotidienne sont importantes dans le cadre de céphalées et tout particulièrement efficaces à cet âge : repas réguliers (également avant une activité sportive), hydratation en suffisance, limitation ou même éviction des boissons riches en caféine-théine (cola, Red Bull, thé froid), et heures de sommeil suffisantes. Il faut préciser la situation scolaire, l'organisation des loisirs et évaluer la présence d'un éventuel surmenage.

La prise en charge doit prendre en compte les différentes formes de céphalées et la différence de déroulement des crises migraineuses chez l'enfant par rapport à l'adulte.

### Traitement de crise de la migraine

Chez les enfants en âge préscolaire ou dans les premières années de scolarité, le sommeil est une mesure souvent efficace dans le cadre de courtes crises migraineuses, les traitements médicamenteux ne sont alors pas nécessaires. Les enfants plus âgés et les adolescents ont en général des crises de plus longue durée et/ou de plus grande intensité, ce qui nécessite un traitement médicamenteux, pris si possible précocement au cours de la crise.

## Analgésiques/AINS :

Paracétamol (supp.)	15 mg/kg	max. toutes les 4 h
Ibuprofène (sirop)	5-10 mg/kg	max. toutes les 6 h
Acide méfénamique	5(-10) mg/kg	max. toutes les 8 h
Acide acétylsalicylique (à partir de 12 ans)	10 mg/kg	max. toutes les 4 h

## Triptans :

Sumatriptan (à partir de 12 ans, max. 40 mg/24 h)	
spray nasal	10 mg < 20 kg 20 mg > 20 kg

## Antiémétiques (en cas de nausées avec le traitement de crise) :

Dompéridone	
suspension	0.25 mg/kg max. toutes les 6 h
suppositoires	1mg/kg max. toutes les 6 h
orodispersible	10 mg, > 35 kg max. toutes les 12 h

## Traitement préventif de la migraine

Rarement indiqués sauf si le traitement de crise est inefficace ou insuffisant, conduisant, 3-4 jours par mois, à un absentéisme scolaire ou dans les activités personnelles. Plus souvent indiqué chez les adolescents.

Le plus efficace chez l'enfant et l'adolescent (« evidence based ») :

Flunarizine	1-2 cp. de 5 mg/j
<b>Cave :</b> état dépressif, prise pondérale et somnolence (prise vespérale!).	

Chez les patients en excès pondéral :

Topiramate	50 à max. 100 mg/j
<b>Cave :</b> effets secondaires neurocognitifs aux doses supérieures!	

Autres possibilités (moins d'évidence) :

Magnésium	9 mg/kg/j =0.37 mmol/kg/j en 2-3 prises
Riboflavine (Vit. B2)	200-300 (max. 400) mg/j en 2 prises

En cas de prise régulière et élevée des traitements de crise (plus de 10 traitements par mois), le développement de céphalées sur autoentretien ou abus médicamenteux peut également rarement survenir chez l'enfant ou surtout chez l'adolescent (voir p. 15).

## Migraine de l'adolescente

Chez l'adolescente, la possibilité de migraines liées aux menstruations doit être évoquée et une prise en charge par un spécialiste en céphalées ou un gynécologue rapidement envisagée.

## Céphalées de tension

Si les facteurs favorisant les céphalées de tension (principalement scolaires ou familiaux) ne peuvent être maîtrisés, les mesures suivantes sont à recommander :

- Eviter les traitements médicamenteux
- Sommeil régulier en suffisance
- Avoir une activité physique régulière
- Physiothérapie de relaxation et mesures de détente
- Traitement préventif par magnésium (doses identiques à celles de la migraine)

**Cave :** formes secondaires (surtout affections dentaires)

## 1<sup>er</sup> choix

### Carbamazépine

Dose initiale de 200-400 mg/j (personnes âgées : 100-200 mg), à augmenter par paliers de 50 mg/j, jusqu'à 800 mg/jour, répartis en 3-4 prises

**Cave :** contrôle de la fonction hépatique et taux sanguin

### Gabapentine

Dose initiale de 100-300 mg/j, à augmenter de 100-300 mg tous les 2 jours jusqu'à la dose maximale selon tolérance (max. 3600 mg/j, répartis en 3 prises de 1200 mg au maximum)

### Prégabaline

Dose initiale de 75 mg/j, à augmenter par paliers de 75 mg tous les trois jours jusqu'à 150-600 mg/jour, répartis en 2 prises

## 2<sup>e</sup> choix

### Oxcarbazépine

Dose initiale de 150-300 mg/j, à augmenter par paliers de 150-300 mg tous les 3-5 jours jusqu'à 900-1800 mg/jour

**Cave :** hyponatrémie

### Lamotrigine

Dose initiale de 12.5 mg, à augmenter toutes les deux semaines de 25 mg jusqu'à la dose maximale de 200 mg/jour

**Cave :** réactions cutanées allergiques

### Valproate

Dose initiale de 300 mg, à augmenter par paliers de 300 mg tous les 2-5 jours jusqu'à 20-30 mg/kg/j

### Clonazépame

Dose initiale de 0.25-0.5 mg, dose maximale de 6-8 mg/j

## 3<sup>e</sup> choix

- Les combinaisons d'anticonvulsivants et de tricycliques sont décrites.
- Antidépresseurs tricycliques par exemple la clomipramine et l'amytriptiline : dose initiale de 25 à augmenter tous les 3-5 jours jusqu'à 150 mg/j

## 4<sup>e</sup> choix

- Traitement chirurgical
- Evaluation pluridisciplinaire de l'indication

A l'heure actuelle, dans le cadre des migraines ou des céphalées de tension, il n'y a aucun traitement chirurgical disponible dont l'efficacité aurait été scientifiquement prouvée. Les gestes chirurgicaux de ces formes de céphalées sont au mieux du domaine expérimental et comportent des risques de complication ; en particulier les interventions au niveau du nez ou de la région nasale (intervention endonasale), de la face (excision du muscle frontal ou d'autres muscles, extractions dentaires), tout comme la fermeture du foramen ovale (par voie endovasculaire ou non) et les traitements oculaires au laser. En analogie avec les recommandations des autres sociétés internationales des céphalées, nous déconseillons ce genre de mesures.

Le traitement par injection de toxine botulinique dans la région céphalique est efficace dans la prophylaxie des migraines chroniques avec ou sans abus médicamenteux.

L'acupuncture est efficace dans la prophylaxie de la migraine.

En ce qui concerne les autres mesures interventionnelles ou de médecine complémentaire, elles ont au mieux un effet placebo.

Dans le cadre de cluster headache chronique et réfractaire aux traitements, étant donné l'importance de la souffrance, une intervention chirurgicale peut être discutée. Les indications d'une telle mesure doivent être évaluées et posées dans le cadre d'une prise en charge interdisciplinaire dans un centre spécialisé (universitaire). Diverses mesures de neurostimulation sont actuellement évaluées (par exemple : stimulation du n. occipital, stimulation hypothalamique).

Lors de névralgies du trijumeau, ou d'autres névralgies des nerfs crâniens, réfractaires au traitement ou lors d'effets secondaires intolérables, une prise en charge chirurgicale est indiquée. Les méthodes suivantes ont prouvé leur efficacité : la craniotomie avec décompression microvasculaire de la partie proximale du nerf trijumeau selon Jannetta, les interventions par voie transcutanée sous anesthésie locale telles la thermocoagulation du ganglion de Gasser ou l'injection de glycérol, ainsi que l'irradiation focale de la partie initiale du nerf trijumeau (radiochirurgie). La sélection du traitement optimal doit faire l'objet d'une discussion avec le neurochirurgien pour chaque patient.

La société suisse pour l'étude des céphalées, SSC, réunit depuis 1995 des médecins spécialistes, des médecins de premier recours et autres scientifiques qui s'intéressent au problème des céphalées. Elle poursuit le but de promouvoir la recherche, le diagnostic et le traitement des céphalées, et de transmettre les connaissances scientifiques les plus récentes aux médecins, patients et chercheurs. Par ailleurs, le secrétariat administratif de la SSC est souvent le premier interlocuteur des patients et des personnes concernées. La SSC est membre de la fédération européenne des céphalées (European Headache Federation) et appartient, depuis 1996, à la société internationale des céphalées (International Headache Society).

En collaboration avec ses quelques 150 membres composés principalement de neurologues, mais également d'internistes et de psychiatres, la SSC suit les buts suivants :

- Promotion des travaux scientifiques et recherche dans le domaine des céphalées
- Amélioration de la collaboration entre les médecins et les membres de groupements professionnels intervenant dans le traitement et le suivi des patients souffrant de céphalées ou impliqués dans la recherche dans ce domaine
- Information des personnes concernées et de leur proches sur les nouvelles possibilités thérapeutiques existantes.

Ainsi, la SSC propose une plateforme diversifiée en ce qui concerne les céphalées et leur traitement, aussi bien aux spécialistes qu'aux médecins de premier recours et qu'aux patients.

### La commission thérapeutique

La commission thérapeutique se compose de spécialistes ayant une expérience en matière de la prise en charge des patients céphalalgiques. Une de leur tâche consiste à émettre régulièrement des recommandations thérapeutiques actualisées des divers traitements des céphalées.

L'édition actuelle traite également des thèmes tels les céphalées chez l'enfant et les approches chirurgicales lors de céphalées. Par ailleurs, les directives relatives au jugement de l'incapacité de travail liée aux céphalées sont en travail.

### Congrès

Lors du congrès annuel, la SSC travaille en étroite collaboration avec d'autres sociétés, afin de promouvoir la communication interdisciplinaire et collégiale ainsi que l'échange de connaissances scientifiques et développer des synergies.

### Site internet [www.headache.ch](http://www.headache.ch)

Le site internet en trois langues de la SSC s'adresse aussi bien aux spécialistes qu'aux patients. Sous une rubrique propre destinée aux personnes concernées, près de trente exemples de patients souffrant de céphalées sont décrits, ainsi que les possibilités de traitement correspondantes. Les médecins et thérapeutes assurant le suivi de patients souffrant de céphalées peuvent utiliser le site comme support dans leur travail quotidien. Il comporte en effet des recommandations pour la pratique quotidienne et des informations sur les nouvelles tendances et possibilités, en partie avec des discussions critiques de la part de nos spécialistes. Par ailleurs, on y trouve des documents comme les agendas de céphalées pouvant être téléchargés gratuitement.

