



# CEPHALEES CHRONIQUES QUOTIDIENNES AVEC ABUS MEDICAMENTEUX

**Groupe de travail du RRDBN**  
*Y.Perier, A.S.Sergent, E.Touchard,  
V.Lepelletier, S.Sladek*

# PLAN

## ◆ **Migraine sans aura**

- Epidémiologie
- Critères IHS
- Principes de prise en charge

## ◆ **Céphalée de tension**

- Epidémiologie
- Critères IHS
- Principes de prise en charge

## ◆ **CCQ**

- Introduction
- Critères IHS
- Principes de prise en charge

# MIGRAINE SANS AURA

## ◆ Épidémiologie

- pathologie fréquente, surtout chez la femme (3/1)  
→ 12 % de la population générale
- 2% des patients consultent pour une migraine
- 43% d'entre eux pensent :  
« *la migraine, on n'y peut rien* »
- 33% des migraineux pensent ne pas être pris au sérieux par leur médecin

## ◆ Critères IHS de la migraine

A = Au moins 5 crises répondant aux critères B à D

B = Crise 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 la marche ou la montée des escaliers

D = Durant la céphalée, il existe au moins un des symptômes suivants :

1 - nausée et/ou vomissement

2 - photophobie et phonophobie

E = Non attribuée à une autre pathologie

# ◆ Principe de prise en charge médicamenteuse

↪ Traitement de crise

↪ Traitement de fond

# Traitements de crise de la migraine

## Antalgiques

Aspirine®, Paracétamol®  
*Aspirine+Métoclopramide*  
(Migpriv®, Céphalgan®)

## AINS

*Kétoprofène* (Biprofénid®)  
*Ibuprofène* (Advil®, Nurofen®)  
*Flurbiprofène* (Cébutid®)

## Dérivés de l'ergotamine

(Gynergène caféiné®, Diergospray®)

## Triptans

*Sumatriptan* (Imigrane®, Imigrane spray®)  
*Zolmitriptan* (Zomig®, Zomigoro®)  
*Naratriptan* (Naramig®)  
*Elétriptan* (Relpax®)  
*Almotriptan* (Almogran®)  
*Rizatriptan* (Maxalt®)  
*Frovatriptan* (Isimig®)

# Principaux traitements de fond de la migraine

\* AMM dans le traitement de fond de la migraine

## Béta-bloquants

*Propranolol*\* (Avlocardyl®)

*Metoprolol*\* (Timacor®)

## Antisérotoninergiques

*Pizotifène*\* (Sanmigran®)

*Oxétorone*\* (Nocertone®)

## Inhibiteurs Calciques

*Flunarizine*\* (Sibélium®)

*Vérapamil* (Isoptine®)

## Antidépresseurs

*Amitriptyline* (Laroxyl®)

## Alphabloquants

*Indoramine*\* (Vidora®)

## Antiépileptiques

*Topiramate*\* (Epitomax®)

*Valproate de Sodium* (Dépakine®)

# CÉPHALÉE DE TENSION

## ◆ Epidémiologie

Prévalence :

- Céphalée de tension épisodique → 79%
- Céphalée de tension chronique → 3%
- Diminue avec l'âge



## ◆ Critères IHS de la céphalée de tension

A = Au moins 10 épisodes remplissant les critères B à D

B = La céphalée dure de 30 minutes à 7 jours

C = Au moins deux des caractéristiques suivantes sont présentes :

1 – localisation bilatérale

2 – douleur à type de pression ou de serrement (non pulsatile)

3 – intensité faible à modérée

4 – pas d'aggravation par l'activité physique de routine

D = Les deux caractéristiques suivantes sont présentes :

1 – pas de nausée ni vomissement (une inappétence peut être présente)

2 – pas de photophobie ni phonophobie, ou seulement l'une des deux

E = Non attribuée à une autre pathologie

## ◆ Principe de prise en charge médicamenteuse

### ■ Traitement de la céphalée de tension épisodique

↳ Antalgiques palier 1

↳ AINS

(Efficacité non démontrée des myorelaxants)

- **Traitement de fond de la céphalée de tension chronique**

- ↳ **Les antidépresseurs tricycliques :**

*amitriptyline ou clomipramine*

- ↳ **Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine**

peuvent être essayés en cas d'intolérance des tricycliques (pas d'efficacité démontrée).

# Traitement non médicamenteux des céphalées de tension et migraines

- Relaxation
- Techniques de contre stimulation  
(froid, chaud, massages)
- Prise en charge psychologique  
(thérapie comportementale, entretien spécialisé)
- Acupuncture

# CCQ avec abus d'antalgiques

- ◆ La prise répétée d'antalgiques ou d'antimigraineux conduit à une augmentation en fréquence des crises voire à des céphalées quotidiennes.

## ◆ Critères IHS des céphalées avec abus médicamenteux

A = Céphalée présente au moins 15 jours par mois remplissant les critères C et D

B = **Abus régulier\*** depuis plus de trois mois d'un ou de plusieurs médicaments pouvant être utilisé(s) comme traitement abortif des céphalées

C = Céphalée développée ou nettement aggravée avec l'abus médicamenteux

D = Céphalée revenue à son profil antérieur 2 mois après le sevrage médicamenteux

**\* Abus régulier de médicaments :**

**Antalgiques simples ou AINS  
pris  $\geq$  15j/mois**

*ou*

**Antalgiques combinés, codéinés,  
triptans ou ergotamine  
pris  $\geq$  10 jours par mois**

⇒ ***Tous les traitements de crise peuvent conduire à un abus***

⇒ Comportements conduisant à l'abus :

- prises trop rapprochées
- céphalée mal identifiée
- prise préventive (anticipation anxieuse)
- prise fréquente pour des céphalées de rebond

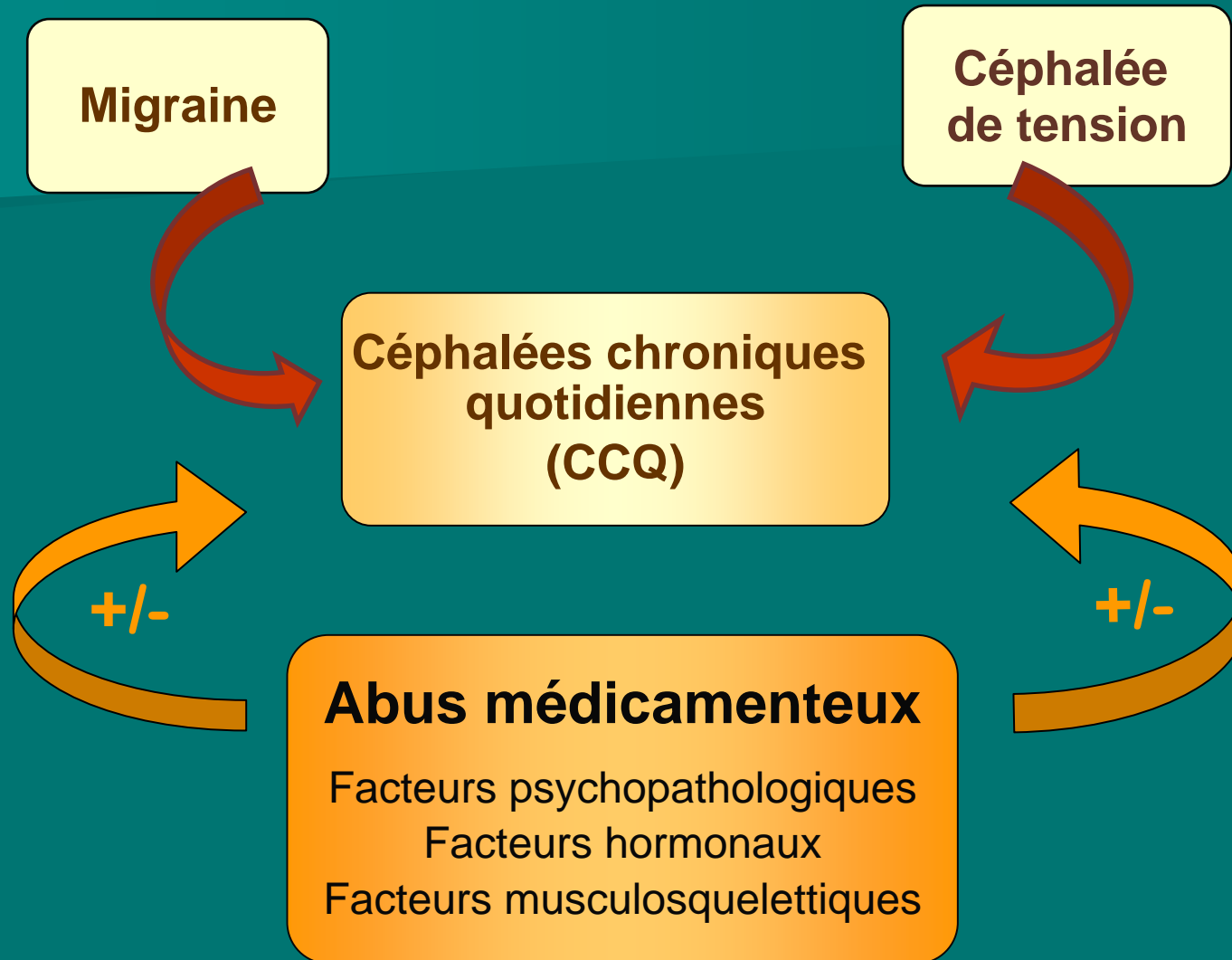


# Les substances incriminées

## *Etude FRAMIG 3 Lantéri-Minet et Lucas (Céphalalgie, novembre 2006)*

Proportions de l'implication des différents antalgiques dans l'abus médicamenteux observé chez les migraineux en population générale française :

- Dérivés ergotés 4.7%
- Triptans 16.3%
- AINS 19.8%
- Aspirine 2.2%
- Paracétamol 41.9%
- Opioides 3.5%
- Associations fixes de plusieurs principes actifs 33,7%



# Principes de prise en charge

## LE SEVRAGE : bien le préparer

*Se donner du temps !*

- ◆ Sevrage (1): préparation
- ◆ Sevrage (2): réalisation
- ◆ Sevrage (3): prévention

# Sevrage (1) : préparation

- Expliquer l'installation et les facteurs d'entretien
- Evaluer les facteurs musculo-squelettiques, psychologiques, et le retentissement socioprofessionnel
- Quantifier l'abus médicamenteux : tenue d'un agenda
- Installer une alliance thérapeutique

## Sevrage (2) : réalisation



- Brutal ou progressif
- Traitement de fond systématique (*Amitriptyline*)
- Moyens non médicamenteux : relaxation, neurostimulation, application de froid ou de chaud

## Sevrage (3) : prévention

- Explications simples au patient
- Prescription d'antalgiques réduite et cadrée
- Fixer un nombre de prises par mois
- Suivi médical rapproché et régulier
- Tenue d'un agenda

⇒ ***Prévention systématique même en l'absence d'abus***

# DEVENIR DU PATIENT

*Étude Céphalalgia, janvier 2005 :*  
Suivi à 4 ans de 96 patients CCQ après sevrage

31 % rechutent dans les 6 mois

41 % à 1 an

45 % à 4 ans

- Rechutes liées aux céphalées de tension > rechutes liées aux migraines
- Rechutes liées aux abus d'antalgiques > rechutes liées aux abus de triptans

- ◆ **Question de santé publique**
- ◆ **Importance du dépistage**
- ◆ **Rôle de tous les acteurs de santé**