



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



Céphalées et algies faciales Recommandations thérapeutiques

avec algorithme décisionnel pour le médecin traitant



www.headache.ch

Édition 10.1, entièrement révisée

Membres de la commission thérapeutique de la SSC

C. Andrée, I. Barone-Kaganas, S. Biethahn, K. Böttger, C. Dozier, M. J. Emmenegger, D. Flügel, U. Galli, A. Gantenbein, C. Gobbi, T. Iff, H. Isler, U. Kaspar, A. Kleinschmidt, J. W. Koch, G. Landmann, O. Meienberg, G. Merki, Ch. Meyer, P. Myers, A. Palla, Ph. Ryvlin, P. Sandor, Ch. Schankin, H. Schmidt, T. Sprenger, P. Stellmes, H. R. Stöckli, M. Sturzenegger, 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.

Adresse de correspondance

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

Tél. +41 61 561 53 53
kopfweh@imk.ch · www.headache.ch

© 2021 Société suisse pour l'étude des céphalées
Edition et organisation:
IMK Institut pour la médecine et la communication SA

Toutes les substances ont été listées par ordre alphabétique.

Avec l'aimable soutien des institutions suivantes:

BioMed[®]

Lilly

 **NOVARTIS**

SWICA

mepha  | **teva**

 **almirall**
feel the science

www.headache.ch

© Couverture: Radu Florin, Unsplash

Sommaire

Introduction	2
Céphalées primaires et secondaires	3
Signes d'alarme	4
Buts du traitement des céphalées	4
Aspects généraux	5
Migraine	
Traitement de crise	6-7
Traitement préventif	8-11
Cluster Headache (céphalées en grappe)	
Traitement de crise	12
Traitement préventif	12
Céphalées de tension épisodiques	
Traitement de crise	13
Céphalées de tension chroniques	
Traitement préventif	13
Céphalées sur abus médicamenteux	14
Grossesse, menstruations, contraception et ménopause	15-17
Céphalées de l'enfant	18-19
Néuralgie	20
Chirurgie et thérapies interventionnelles	21
La Société suisse pour l'étude des céphalées	22-23
10 questions clés pour le diagnostic des céphalées	24
Diagnostic	25

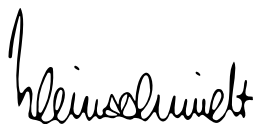
Cette brochure, éditée par la Société suisse pour l'étude des céphalées, constitue une importante source d'information sur le traitement des céphalées, appréciée des médecins. Ces recommandations thérapeutiques s'adressent avant tout aux médecins de famille et résument de façon claire et concise l'état actuel du traitement des céphalées basé sur l'évidence.

Dans cette nouvelle édition entièrement révisée, 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 prouvés leur efficacité ou restant controversés.

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 considéré (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.



Genève
Pr Dr méd. Andreas Kleinschmidt
Président

* Diener H.-C., Gaul C., Kropp P. et al., Therapie der Migräneattacke und Prophylaxe der Migräne, S1-Leitlinie, 2018, in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. En ligne: www.dgn.org/leitlinien (consulté le 01.12.2020)

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

Céphalées primaires (idiopathiques)

- Aucune origine n'est identifiable. Ces céphalées ont des caractéristiques et une rythmicité propres
- Aucune lésion organique 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 («International Classification of Headache Disorders», 3rd edition, ICHD-3; www.ihs-headache.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 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
 - céphalées d'intensité rapidement maximale (céphalées en coup de tonnerre)
 - douleur s'aggravant progressivement
 - résistance au traitement

Buts du traitement des céphalées

Améliorer la qualité de vie

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

Aspects généraux

- Reconsidération du diagnostic également après la mise en place du traitement, 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 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 débiter un traitement...

- Arrêter les médicaments inutiles, voire nocifs
- Contrôler 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 déjà un mois avant le début de la prise en charge)
- Déterminer la stratégie thérapeutique à suivre: traitement des crises ou/et traitement préventif ponctuel ou au long cours

Crises de migraines de faible intensité et sans handicap au quotidien

Dans ce cas, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou d'autres analgésiques peuvent suffire. Tous sont en principe utilisables, de préférence sous forme «rapide» ou en granulés.

Acide acétylsalicylique (AAS)	1000mg
Diclofénac	50-150mg
Ibuprofène	400-800mg
Métamizol	500-1000mg
Acide méfénamique	500-1500mg
Naproxène	500-1000mg
Paracétamol	1000mg

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, mais pas en phase d'aura en cas de migraine avec aura.

		Dose unitaire
Almotriptan	cp.	12.5mg
Elétriptan	cp.	40/80mg
Frovatriptan	cp.	2.5mg
Naratriptan	cp.	2.5mg
Rizatriptan	cp.	5/10mg
	cp. lingual	5/10mg
Sumatriptan	s.c.	6mg
	cp.	50mg
	spray nasal	10-20mg
Zolmitriptan	cp.	2.5mg
	cp. lingual	2.5mg
	spray nasal	2.5/5mg

Antinauséux prokinétiques

L'absorption des différents thérapeutiques doit être optimisée. Etant donné le ralentissement fréquent de la fonction gastrique, il est parfois nécessaire d'associer un prokinétique gastrique au traitement antimigraineux de crise. Certains antinauséux ont également un léger effet antimigraineux.

Dompéridone	10-60mg
Métoclopramide	10-20mg



Le délai avant l'apparition d'un effet bénéfique et la durée de l'efficacité analgésique varient selon les triptans. Les différents triptans peuvent être utilisés en fonction de l'intensité et de la durée des céphalées et des effets indésirables. Le sumatriptan par voie sous cutanée agit le plus rapidement; parmi les triptans oraux, il s'agit de l'élétriptan et du rizatriptan. L'almotriptan et l'élétriptan sont les mieux tolérés, tandis que le naratriptan et le frovatriptan ont la plus longue durée d'action. Une deuxième prise est possible si aucune amélioration suffisante n'est observée au plus tôt après 2 heures. En cas d'efficacité insuffisante d'une substance ou d'une forme galénique, il est opportun de changer de produit.

Cave: Il ne faut pas changer de triptan avant une durée d'au moins 24 h.

Contre-indications: infarctus myocardique, infarctus cérébral, artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI), coronaropathie, hypertension insuffisamment contrôlée, pas de co-médication avec des inhibiteurs MAO.

El: sentiment de pression ou d'oppression, paresthésies

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.

Cave: en raison de leur haut potentiel d'addiction, les opioïdes et tranquillisants ne devraient pas être utilisés dans le traitement des crises de migraine

En cas d'urgence

En cas de contre-indication ou d'inefficacité des analgésiques oraux, il est possible d'utiliser des analgésiques par voie intraveineuse, nasale ou sous cutanée.

AAS	i.v.	1000mg
Diclofénac	i.v., i.m.	75mg
Métamizol	i.v.	1000mg
Sumatriptan	s.c.	6mg
Zolmitriptan	nasal	5mg

Une approche non médicamenteuse est également associée au traitement préventif des céphalées.

Mesures non médicamenteuses associées

- Exercice d'endurance: 3 x 45 minutes par semaine avec 120-140 pulsations/min comme cible
- Traitements psychothérapeutiques et comportementaux
- Méthodes de relaxation
- L'effet bénéfique de l'acupuncture a été démontré
- Les résultats des autres mesures de médecine alternative sont controversés. Les résultats obtenus en pratique sont contradictoires.

Quand instaurer un traitement préventif?

- Plus de trois crises par mois (>5 jours)
- Crises intenses ou de longue durée
- Auras prolongées ou fréquentes
- Traitements de crise mal supportés ou contre-indiqués
- Présence ou risque de céphalées sur abus médicamenteux
- Diminution considérable de la qualité de vie
- Choix du patient

Traitement préventif: astuces

- En cas d'effet bénéfique (à évaluer après 8 semaines de traitement) poursuivre le traitement de fond durant 6-12 mois
- 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 comorbidités peuvent aider dans le choix d'un traitement préventif:
 - prise de poids avec par ex., la flunarizine et l'amitriptyline
 - contre-indications des bêtabloquants en cas d'asthme sévère et d'hypotension
 - les bêtabloquants, la flunarizine et le topiramate augmentent le risque de développer un état dépressif
- Effets indésirables dont on peut tirer profit, par exemple:
 - perte pondérale liée au topiramate
 - sédation induite par l'amitriptyline
 - effet laxatif du magnésium
 - effet réduisant la pression artérielle et la fréquence cardiaque des bêtabloquants

Lors de l'usage prophylactique par lamotrigine et topiramate, prendre garde aux interactions avec les contraceptifs oraux! Le topiramate et le valproate sont tératogènes et ne doivent donc être utilisés qu'en cas de contraception sûre!



Antidépresseurs

	Par jour
Amitriptyline*	50-150mg
Duloxétine	30-60mg
Venlafaxine	75-150mg

Anticonvulsivants

Lamotrigine	25-200mg
Topiramate*	25-100mg
Cave: effets indésirables cognitifs, calculs rénaux, paresthésies, troubles visuels, dépression	
Valproate	500-1500mg
Cave: ne pas utiliser chez les femmes en âge de procréer, hépatotoxicité	

Bêtabloquants et autres hypotenseurs

Bisoprolol	5-10mg
Candésartan	8-16mg
Lisinopril	20mg
Métoprolol*	50-200mg
Propranolol*	40-240mg

Anticorps anti-CGRP

Érénumab*	70-140mg
Frémanézumab*	225mg/mois ou 675mg/trois mois
Galcanézumab*	120mg

Antagonistes du calcium

Flunarizine*	5-10mg
Cave: prise pondérale, somnolence, état dépressif, syndrome parkinsonien	

Substances naturelles

Magnésium	20-25mmol
Coenzyme Q10	3x100mg
Riboflavine (vitamine B2)	400mg

Autres

Toxine botulinique type A	155U
Cave: évidence pour la migraine chronique	

* autorisé en Suisse pour le traitement de la migraine

Neurostimulation non invasive

Pour la migraine et les céphalées en grappes, il existe une évidence croissante de l'efficacité de l'électrostimulation transdermique du nerf trijumeau/du nerf vague (TENS), de la stimulation transcrânienne à courant continu (tDCS) et de la stimulation magnétique transcrânienne (TMS). Ces méthodes ont l'avantage de présenter un profil d'effets indésirables favorable et de pouvoir optimiser l'effet en adaptant les paramètres de stimulation.

Cefaly®*
gammaCore®
Spring TMS®
sTMS Mini®

* disponible en Suisse

Prise en charge conjointement avec le neurologue.

Traitement de crise

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

Raccourcissement des épisodes

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

Cluster Headache
Traitement préventif

Prise en charge conjointement avec le neurologue.

Vérapamil	240-720mg (EKG-Kontrolle)
Lithium (selon taux sérique)	
Mélatonine	Jusqu'à 10mg
Topiramate	100-200mg
Valproate	1000-2000mg



- Soit éviter toute médication si possible, soit la prescrire à dose suffisante (élevée)
- Dosage adéquat des analgésiques/AINS au maximum pendant 10 jours par mois
- Huile de menthe poivrée
- Exercices de relaxation et/ou activité physique

Céphalées de tension chroniques
Traitement préventif

- Exercices de relaxation quotidiens
- Exercice d'endurance: 3 x 45 minutes par semaine avec 120-140 pulsations/min comme cible
- Biofeedback

Antidépresseurs

Amitriptyline	25-150mg
Mirtazapine	15-30mg
Venlafaxine	75-150mg

- Les programmes thérapeutiques multidisciplinaires sont plus efficaces que les traitements médicamenteux ou non médicamenteux seuls.

- **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. Maximum 10 jours de prise médicamenteuse par mois
- Mesure la plus importante: sevrage complet des traitements de crise pendant au moins 4 semaines
- Le sevrage en ambulatoire est possible dans certains cas. La supervision étroite d'un neurologue est nécessaire pendant le sevrage, tout comme l'introduction d'un traitement préventif médicamenteux.
- 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 être nécessaire.
- Le traitement prophylactique médicamenteux est à poursuivre au moins 6 mois. Nota bene: le traitement préventif n'a en général que peu ou pas d'effet bénéfique, 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 pratiquement aucune indication vitale à cet égard. L'innocuité des substances neurotropes utilisées doit être remise en question malgré les résultats rassurants des études menées 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 (500-1000mg, max. 2-3g par 24 h.), traitement le plus bref possible
- Prévention
 - Mesures de relaxation
 - Magnésium

Menstruations

La migraine cataméniale survient dans la période du cycle située entre les 2 jours précédant et jusqu'au 3^e 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'œstrogènes à la fin du cycle. L'utilisation préventive d'un patch œstrogénique est difficile car le 1^{er} jour des règles ainsi que le 3^e jour précédant celles-ci se décalent d'un cycle à l'autre. Lors du retrait du patch, une nouvelle migraine de sevrage hormonal peut survenir. Le désogestrel est une option chez les femmes ayant également besoin d'une contraception ou qui souffrent en outre de crises non menstruelles.



Contraception en cas de migraine

Migraine sans aura

- Contraceptifs progestatifs (par ex. désogestrel oral, implant libérant de l'étonogestrel et injection retard tous les 3 mois) et stérilet sont recommandés. Le désogestrel peut également avoir un effet thérapeutique.
- Contre-indication relative ou absolue (facteurs de risque cardiovasculaire) des préparations à base d'éthinylestradiol (pilule, patch transdermique, anneau vaginal).

Migraine avec aura

- Contraceptifs progestatifs (par ex. désogestrel oral, implant libérant de l'étonogestrel et injection retard tous les 3 mois) et stérilet sont recommandés.
- Contre-indication absolue des préparations à base d'éthinylestradiol (pilule, patch transdermique, anneau vaginal)

Migraine cataméniale

- Désogestrel (traitement contraceptif et possible traitement préventif des migraines).
- Gestagènes à durée d'action prolongée (injection, implant) si bien toléré; stérilet autorisé, de préférence en cuivre; les stérilets libérant du lévonorgestrel peuvent renforcer la migraine en raison des fluctuations hormonales auxquelles ils sont associés. Toutefois, ils ont parfois un effet positif, avant tout sur les crises menstruelles.
- Contre-indication relative ou absolue (facteurs de risque cardiovasculaire) 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 taux d'œstrogènes restent à un niveau bas constant. Cela contribue généralement à l'amélioration des migraines en termes de fréquence et d'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

Pour ce type de traitement, des préparations contenant des œstrogènes et des progestatifs sont proposés (comprimés, patchs transdermiques 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 ralentir le développement de l'ostéoporose et être utiles dans la prévention de l'artériosclérose. Si un traitement hormonal substitutif doit être mis en place en raison des migraines, les traitements hormonaux transdermiques à libération continue (patchs transdermiques, gel) sont à privilégier, les fluctuations des doses étant moindre qu'avec la prise en comprimés.

La migraine qui s'est améliorée à la ménopause peut s'aggraver lors de l'introduction de la substitution hormonale. Il convient alors d'évaluer les avantages et inconvénients de ce traitement. Les aspects subjectifs liés aux modifications hormonales et le risque personnel d'ostéoporose sont à évaluer au regard de la fréquence, de l'importance et du résultat de la prise en charge jusque-là 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 suffisante, limitation ou même suppression des boissons riches en caféine-théine (cola, Red Bull, thé froid), et heures de sommeil suffisantes. Il faut préciser la situation scolaire et 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 des crises migraineuses courtes et 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.

Substances basées sur des évidences

Analgésiques/AINS		
AAS	de préf. à partir de 12; ans, max. toutes les 4h	5 (-10)mg/kg PC
Acide méfénamique	max. toutes les 8h	5 (-10)mg/kg PC
Ibuprofène	max. toutes les 6h	5-10mg/kg PC
Paracétamol	max. toutes les 4h	15mg/kg PC
Triptans		
Sumatriptan Spray nasal	à partir de 12 ans, max. 40mg/24h.	10mg: 20-39kg PC 20mg: ≥ 40kg PC
Antinauséux (en cas de nausées avec le traitement de crise)		
Dompéridone lingual	max. toutes les 12h	10mg > 35kg PC

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 de loisir. Plus souvent indiqué chez les adolescents.

Faible évidence mais souvent efficace:	
Magnésium	9mg/kg/jour = 0,37mmol/kg/jour en 2 (-3) prises

Comme alternative ou en association avec le magnésium:	
Riboflavine	(vit. B2) 200-300 (max. 400) mg/jour en 2 prises

Le traitement préventif doit être évalué pendant au moins 1 à 2 mois en ce qui concerne son efficacité (comme pour le traitement de crise, il doit apporter une amélioration d'au moins 50% en raison de l'effet placebo élevé pendant l'enfance!).

Basé sur l'évidence et le plus efficace chez l'enfant et chez l'adolescent	
Flunarizine	1-2 cp. à 5mg/jour
Cave: état dépressif, prise pondérale et somnolence (prise vespérale!)	

En cas de prise trop fréquente des traitements de crise (plus de 10 jours de traitement répartis par mois pendant une durée supérieure ou égale à 3 mois), le développement de céphalées sur auto-entretien ou abus médicamenteux peut également rarement survenir chez l'enfant et occasionnellement chez l'adolescent (voir p. 14).

Migraine de l'adolescente

Chez l'adolescente, la possibilité de migraines liées aux menstruations doit être évoquée. Le traitement hormonal doit être pris en charge par un spécialiste des céphalées ou un gynécologue endocrinologue spécialisé.

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:

- éviter les traitements médicamenteux
- quantité de sommeil suffisante
- avoir une activité physique régulière
- physiothérapie de relaxation et exercices de détente
- traitement probatoire par magnésium (doses identiques à celles de la migraine)



Névralgie du trijumeau et autres névralgies crâniennes

Cave: formes secondaires (surtout affections dentaires)

Pharmacothérapie

Médicaments de 1^{er} choix

Carbamazépine

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

Cave: contrôle de la fonction hépatique et taux sérique (hyponatrémie), réactions allergiques cutanées, effets indésirables cognitifs

Gabapentine

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

Prégabaline

Dose initiale de 75mg/jour, à augmenter par paliers de 75mg tous les 3 jours jusqu'à 150-600mg/jour, répartis en 2 prises

Médicaments de 2^e choix

Clonazépan

Dose initiale de 0,25-0,5mg, dose maximale de 6-8mg/jour

Lamotrigine

Dose initiale de 25mg, à augmenter toutes les 2 semaines de 25mg jusqu'à la dose maximale de 400mg/jour

Cave: réactions allergiques cutanées

Oxcarbazépine

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

Cave: hyponatrémie, réactions allergiques cutanées

Valproate (ne pas utiliser chez les femmes en âge de procréer)

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

Médicaments de 3^e choix

Les combinaisons d'anticonvulsivants et de tricycliques sont décrites.

Antidépresseurs tricycliques, par exemple la clomipramine et l'amytriptiline: dose initiale de 25mg à augmenter tous les 3-5 jours jusqu'à 150mg/jour

Options interventionnelles

Lors de névralgies idiopathiques du trijumeau, ou d'autres névralgies des nerfs crâniens, réfractaires au traitement ou lors d'effets secondaires intolérables, une prise en charge neurochirurgicale est indiquée. Pour chaque patient, la sélection du traitement optimal doit faire l'objet d'une discussion interdisciplinaire. Les méthodes disponibles 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, l'injection de glycérol, ou la compression par ballonnet, ainsi que l'irradiation focale de la partie initiale du nerf trijumeau (radiochirurgie).

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 relèvent au mieux du domaine expérimental et comportent parfois des risques de complication non négligeables; en particulier les interventions au niveau du nez ou des sinus paranasaux, les extractions dentaires, et la fermeture du foramen ovale et les traitements oculaires au laser. De façon analogue aux recommandations des autres sociétés internationales des céphalées, nous déconseillons ce type de mesures.

Les «opérations de la migraine», lors desquelles les structures du visage ou de la tête qui déclenchent supposément les céphalées (muscles, nerfs) sont détruites de façon ciblée, sont déconseillées. Ces interventions se basent sur des théories physiopathologiques infondées qui sont en contradiction avec les connaissances scientifiques actuelles relatives à l'apparition des migraines. L'efficacité prétendue par le médecin traitant se base sur des avis personnels et n'est pas reconnue par les sociétés de discipline médicale nationales et internationales. En particulier, les publications répondant à un standard minimum de qualité scientifique font défaut. Des complications graves et irréversibles sont possibles, en particulier une défiguration esthétique, des infections ou des troubles neurologiques, y compris des douleurs nouvelles.

Dans le cadre de cluster headache réfractaire aux traitements, différentes études apportent des indices de l'efficacité de plusieurs mesures de neurostimulation invasives (nerf occipital, ganglion sphéno-palatin ou hypothalamus). Les indications d'une telle mesure doivent être évaluées dans le cadre d'une prise en charge interdisciplinaire dans un centre spécialisé (universitaire). L'application de telles procédures dans le cadre de la migraine chronique et réfractaire aux traitements fait l'objet d'études actuelles.

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 poursuit 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 leurs 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 aux patients.

La commission thérapeutique

La commission thérapeutique se compose de spécialistes ayant une expérience en matière de prise en charge des patients céphalalgiques. Une de leurs tâches consiste à émettre régulièrement des recommandations thérapeutiques actualisées sur les derniers traitements des céphalées courants.



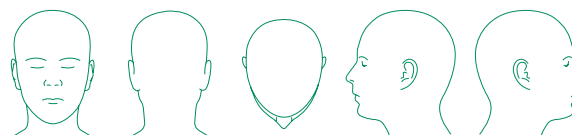
Congrès

Lors des congrès annuels, 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 de développer des synergies.

Site internet

Le site internet en trois langues de la SSC s'adresse aussi bien aux spécialistes qu'aux patients. Les médecins et thérapeutes assurant le suivi de patients souffrant de céphalées peuvent eux aussi 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.

1 Où la douleur se situe-t-elle? Localisez-la sur le graphique.



2 Quelles sont la qualité et la sévérité de la douleur (oppressante, piquante, pulsatile, aiguë ou lentement progressive)?

3 Quelles sont la fréquence et durée des douleurs par mois ou par semaine?

4 Avez-vous des co-symptômes? Troubles visuels, sensibilité à la lumière et au bruit, nausées?

5 Quand avez-vous commencé à souffrir de céphalées?

6 Y a-t-il un changement des céphalées avec le temps?

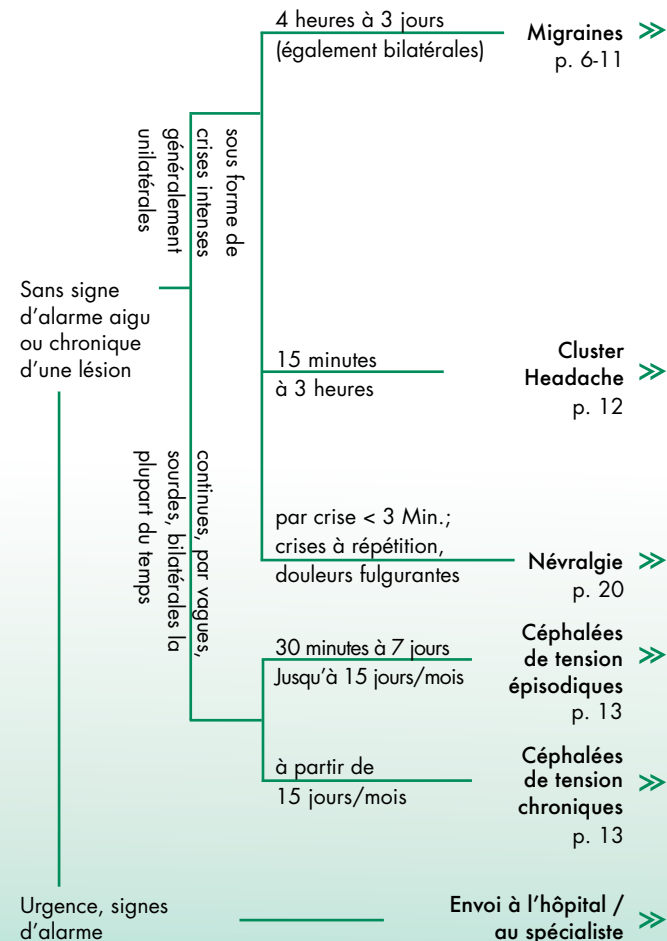
7 Que prenez-vous actuellement lors des céphalées (médicament, dose, fréquence)?

8 Quels traitements ont été suivis jusqu'à présent?

9 Comment est votre sommeil (endormissement/continuité du sommeil), parvenez-vous à vous détendre?

10 Comment se passe votre vie privée et professionnelle concernant vos performances et votre qualité de vie?

Céphalées et ... Les douleurs sont ... Les douleurs durent...



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