



Docteur, j'ai mal à la tête

*Caroline Roos
Centre d'Urgence des Céphalées
Hopital Lariboisiere
Paris*

Liens d'intérêt

- Congrès et hébergement : Lundbeck, Novartis et Teva.
- Consultant et orateur : Abbvie, Biogen, Homeperf, Lilly, Lundbeck, Mylan, Novartis, Ophthalmic, Orkyn, Pfizer, Sanofi et Teva.
- Grant : Homeperf et Novartis.

Pourquoi connaître les céphalées ?

- 1% des motifs de consultation
- 2% des motifs de passage aux urgences
- 2ème cause neurologique aux urgences

Pourquoi connaître les céphalées primaires ?

- 80% des céphalées sont primaires les connaître permet de savoir quand s'orienter vers une céphalée secondaire
- 15% de la population souffre de migraine et 30% de céphalée de tension
- L'errance diagnostique augmente l'impact de la maladie
- L'automédication contribue au risque de surconsommation d'antalgique

Interrogatoire

- Depuis quand avez-vous ce mal de tête ? Permet de distinguer les céphalées aiguës (récentes) des céphalées chroniques (anciennes).
- Avez-vous déjà eu ce type de mal de tête ? Permet de préciser le caractère habituel ou non.
- Comment a débuté la céphalée actuelle : brutalement (en quelques secondes ou minutes) ou progressivement (en quelques heures, jours ou semaines) ?
- Comment évolue la douleur depuis son installation : amélioration, aggravation, exacerbations avec répit ?

Oriente alors vers une céphalée Primaire ou Secondaire



céphalée récente



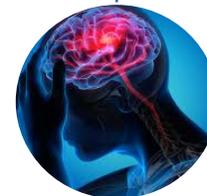
interrogatoire



examen clinique



habituelle critères cephalique



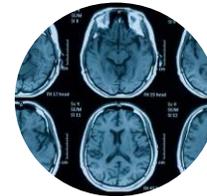
inhabituelle
premier épisodique ou
différente

traitement



secondaire jusqu'à
preuve du contraire

réévaluation



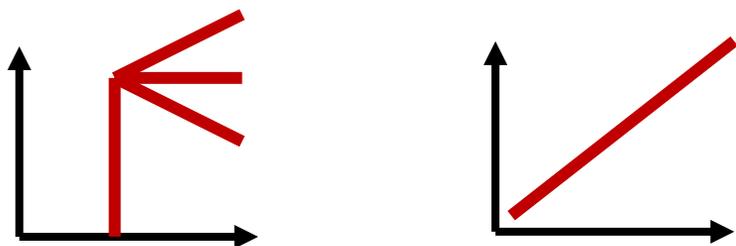
bilan

Avez-vous déjà eu ce même type de mal de tête ?

Depuis quand avez-vous ce type de mal de tête ?

1. NON, je n'ai jamais eu ça auparavant et la douleur a débuté il y a quelques heures, jours ou semaines

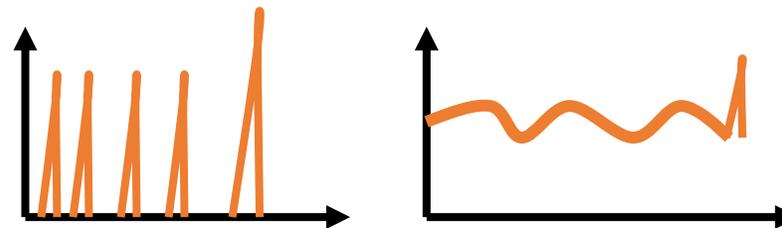
Comment a débuté la céphalée ?



Céphalée inhabituelle récente inhabituelle = suspicion de céphalée secondaire = explorations systématiques

2. OUI, j'ai ces mêmes maux de tête depuis des mois ou des années

Avez-vous des crises entre lesquelles vous ne souffrez pas ?



Céphalée chronique = le plus souvent primaire = diagnostic précis et traitement spécifique

Céphalée suspecte d'une céphalée secondaire

- Céphalée d'apparition brutale
- Céphalée en coup de tonnerre
- Céphalée inhabituelle
- Modification d'une céphalée habituelle
- Céphalée associée à des signes ou symptômes neurologiques
- Toute céphalée suggérant une étiologie secondaire : contexte, pathologie associée, facteur déclenchant.....
- Première céphalée primaire

Céphalée en coup de tonnerre



- Céphalée d'apparition d'emblée maximale en moins de 1 minute
- Durée au moins de 5 minutes
- Pire douleur que le patient n'a jamais eu



Toute CCT est par définition secondaire

Certaines circonstances d'apparition sont suspectes

Patient peut décrire précisément l'heure de survenue

Une céphalée de début nocturne ne peut pas être qualifiée de CCT

Cas Clinique

MDV: Femme 55 ans, fleuriste,

ATCD dépression réactionnelle, strabisme opéré

Jamais de céphalée

Histoire récente: Contexte « Bronchite » sirop + spray nasal dont elle ne connaît pas le nom

Il y a 4 jours, lors d'un rapport sexuel, céphalée 9/10 en 2-3 min peu avant orgasme très intense pendant au moins 2 heures.

Examen neurologique normal, nuque souple

Vous évoquez ?

1- céphalée primaire

2 - céphalée secondaire

Cas Clinique

MDV: Femme 55 ans, fleuriste,

ATCD dépression réactionnelle, strabisme opéré

Jamais de céphalée

Histoire récente: Contexte « Bronchite" sirop + spray nasal dont elle ne connaît pas le nom

Il y a 4 jours, lors d'un rapport sexuel, céphalée 9/10 en 2-3 min peu avant orgasme très intense pendant au moins 2 heures.

Examen neurologique normal, nuque souple

Vous évoquez ?

1- céphalée primaire

2- céphalée secondaire

Hémorragie sous-arachnoïdienne

11-25% des patients ayant une céphalée en coup de tonnerre (CCT)

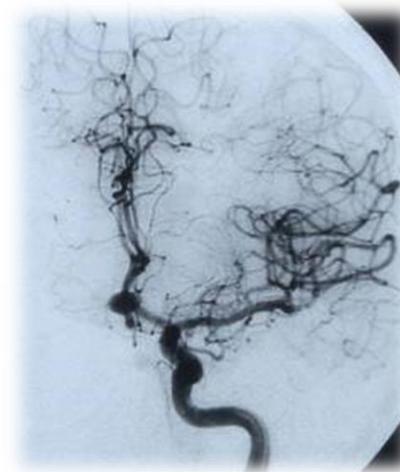
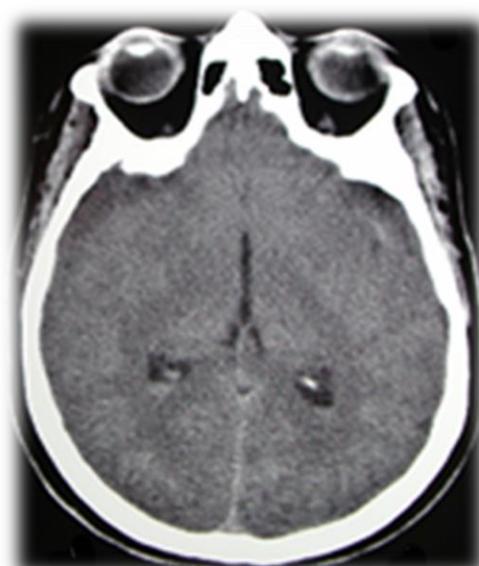
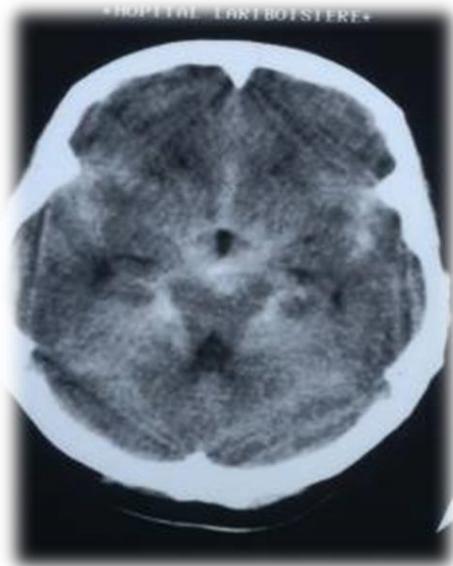
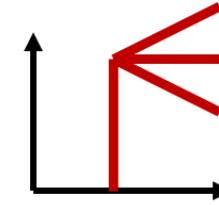
70% ont des céphalées, 50% une CCT

Scanner: sensibilité proche de 100% dans les 6h, puis décroît

IRM : sensibilité augmente avec le temps

PL après scanner normal reste recommandée

Anévrisme rompu 85% => angiographie



Cas clinique

MDV: Femme 55 ans, fleuriste,

ATCD dépression réactionnelle 1994, strabisme opéré

Jamais de céphalée

Histoire récente: Contexte « Bronchite" sirop + spray nasal dont elle ne connaît pas le nom

*Il y a **8 jours**, lors d'un rapport sexuel, céphalée 9/10 en 2-3 min peu avant orgasme très intense pendant au moins 2 heures.*

Examen neurologique normal, nuque souple

Depuis, garde fond douloureux 2/10

Récidive 2x céphalée 9/10 « assez brutale » en salle de sport, durée 25 minutes

Quelle céphalée secondaire évoquez vous

1 - méningite

2 - syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible

3 - hémorragie sous arachnoïdienne

4 – sinusite sphénoïdale aiguë

Cas clinique

MDV: Femme 55 ans, fleuriste,

ATCD dépression réactionnelle 1994, strabisme opéré

Jamais de céphalée

Histoire récente: Contexte « Bronchite" sirop + spray nasal dont elle ne connaît pas le nom

*Il y a **8 jours**, lors d'un rapport sexuel, céphalée 9/10 en 2-3 min peu avant orgasme très intense pendant au moins 2 heures.*

Examen neurologique normal, nuque souple

Depuis, garde fond douloureux 2/10

Récidive 2x céphalée 9/10 « assez brutale » en salle de sport, durée 25 minutes

Quelle céphalée secondaire évoquez vous

1 - méningite

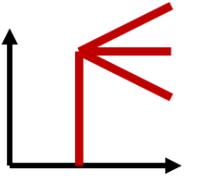
2 - syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible

3 - hémorragie sous arachnoïdienne

4 – sinusite sphénoïdale aiguë

Syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible

syndrome clinico radiologique



CCT(s) isolée(s) dans 75% des cas

Durée habituelle 1 à 3 heures parfois fond permanent persistant

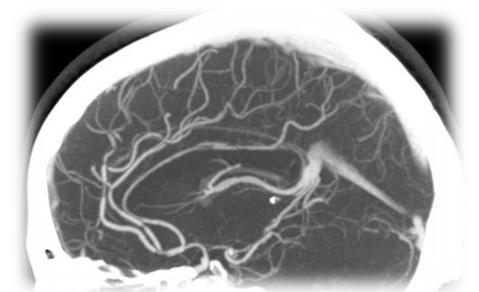
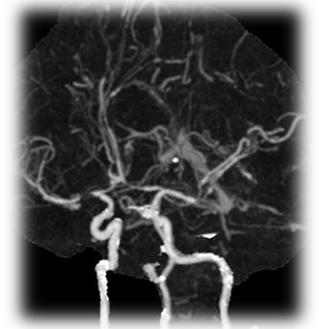
Facteurs déclenchant : activité physique, orgasme, émotion, contact avec l'eau, spontanée



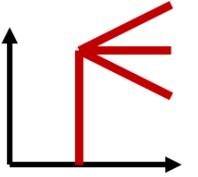
Vasospasmes focaux (sténose et dilatation) des artères intracrâniennes sur l'angioTDM, ARM ou A conventionnelle, **accélération vitesses intracrâniennes** au doppler

Evolution en une phase : pas de nouveau symptôme après un mois

Normalisation des artères dans les 12 semaines après le début



Syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible



Prédominance féminine, tous les âges

Formes secondaires 60% post-partum, toxiques, sympathomimétiques, IRS

Complications

22% hémorragie méningée

6% hématome parenchymateux, 4% infarctus cérébraux (rares souvent graves)

12% dissections artères cervicales

Bilan

IRM avec diffusion éliminer un AIC asymptomatique

Exploration des vaisseaux cervicaux : dissection souvent asymptomatique

Ponction lombaire HSA faible abondance

Traitement

Arrêt toxiques, REPOS +++

Nimotop, prévient les CCT, mais pas de preuve sur prévention des complications

Cas clinique

Femme 32 ans, ATCD: migraines sans aura peu fréquentes, tabagisme actif.

Céphalées péri-orbitaires droites intenses ayant débuté la veille au soir, permanentes et insomniantes

Prise d'AINS sans efficacité nette.

A l'examen ptosis de l'œil droit. Examen neurologique normal par ailleurs

Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ?

1- Migraine réfractaire

2- Sinusite frontale

3- Algie vasculaire de la face

4- Dissection carotidienne droite

Cas clinique

Femme 32 ans, ATCD: migraines sans aura peu fréquentes, tabagisme actif.

Céphalées péri-orbitaires droites intenses ayant débuté la veille au soir, permanentes et insomniantes

Prise d'AINS sans efficacité nette.

A l'examen ptosis de l'œil droit. Examen neurologique normal par ailleurs

Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ?

1- Migraine réfractaire

2- Sinusite frontale

3- Algie vasculaire de la face

4- Dissection carotidienne droite

Céphalées et dissections carotides et vertébrales

Fréquentes: 55-100%; inaugurales (33-86%)

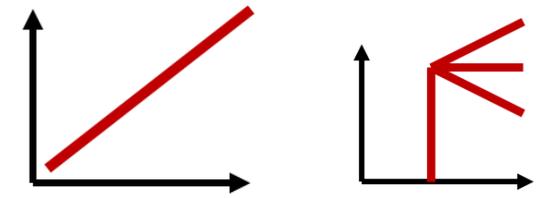
Souvent associées à des signes locaux: CBH, acouphènes, XII

Précèdent généralement les accidents ischémiques

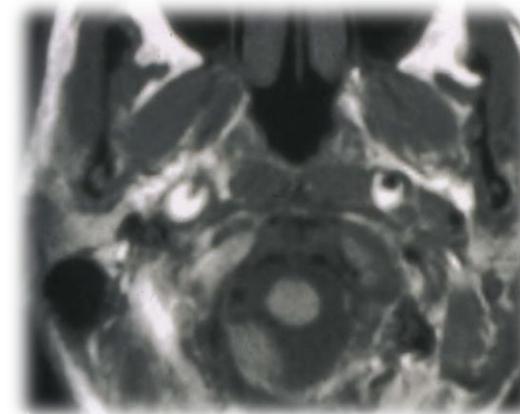
Parfois l'unique signe : 3% ACI, 15% AV

Céphalée en coup de tonnerre isolée: 5% (Larib.)

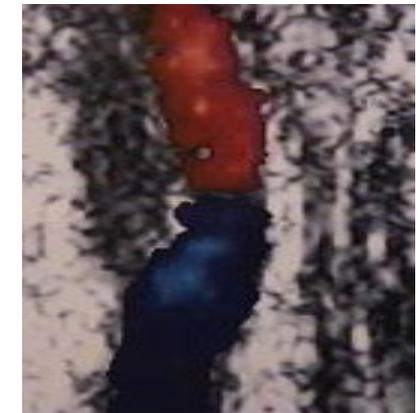
Signal d'alarme devant déclencher des examens ciblés



AngioTDM des TSA



IRM avec coupes **cervicales T1 fat Sat +++**



Doppler TSA et TC retentissement

Cas clinique

Patiente de 25 ans, étudiante à Science Po

Céphalée depuis 2 mois fronto-temporal bilatérale.

Initialement 3 jours par semaine, calmée avec le paracétamol.

Depuis 15 jours quotidiennes, pire le matin, l'empêche de suivre correctement ses cours

Désormais paracétamol 1000 mg le matin et le midi.

Elle vous dit « ma douleur est tellement intense que je vois moins bien »

Vous suspectez

- 1 - Etat de mal migraineux
- 2 - Hypertension intracrânienne idiopathique
- 3 - Thrombose veineuse cérébrale
- 4 - Céphalée de tension

Cas clinique

Patiente de 25 ans, étudiante à Science Po

Céphalée depuis 2 mois fronto-temporal bilatérale.

Initialement 3 jours par semaine, calmée avec le paracétamol.

Depuis 15 jours quotidiennes, pire le matin, l'empêche de suivre correctement ses cours

Désormais paracétamol 1000 mg le matin et le midi.

Elle vous dit « ma douleur est tellement intense que je vois moins bien »

Vous suspectez

- 1 - Etat de mal migraineux
- 2 - Hypertension intracrânienne idiopathique
- 3 - Thrombose veineuse cérébrale
- 4 - Céphalée de tension

Hypertension intracrânienne idiopathique

Femmes > hommes, obésité

Pas de lésion (TDM, IRM + gado, VRM, ARM) + ni cause hormonale ou toxique

Anomalies IRM inconstante,

Céphalée 75-99%

Progressive ou rapidement ↗

Accentuée la nuit réveils nocturnes

Troubles visuels 80%

Eclipses, baisse bilatérale AV

Diplopie par paralysie du VI

Œdème papillaire bilatéral 95-100%

Acouphènes, nausées

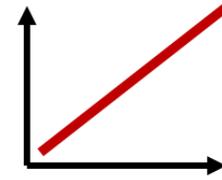
Pression LCS > 25 cm (couché)

Tt : perte de poids

acétazolamide (1- 4 g/ jour)

Stenting veineux

Chirurgie dérivation/fenestration en urgence; bariatrique



Aplatissement pole postérieur de l'oeil
Dilatation et tortuosités du NO
Selle turcique vide
Sténose des sinus veineux latéraux



Cas clinique

Patient de 40 ans, déménageur

Céphalée depuis 1 mois occipitale bilatérale.

Surtout en fin de journée, le matin après une bonne nuit de sommeil, se réveillait sans douleur

Progressivement débute plus tôt, dès qu'il part travailler,

Ressent des douleurs cervicales

A vu son MT qui évoque une origine musculaire en lien avec son travail

Depuis 5 jours, a en plus des acouphènes et beaucoup de nausées, il n'en peut plus, épuisé, demande à s'allonger pendant la consultation

Vous suspectez ?

- 1 - Hypotension intracrânienne spontanée
- 2 - Etat de mal migraineux
- 3 - Dissection vertébrale
- 4 - Céphalée de tension

Cas clinique

Patient de 40 ans, déménageur

Céphalée depuis 1 mois occipitale bilatérale.

Surtout en fin de journée, le matin après une bonne nuit de sommeil, se réveillait sans douleur

Progressivement débute plus tôt, dès qu'il part travailler,

Ressent des douleurs cervicales

A vu son MT qui évoque une origine musculaire en lien avec son travail

Depuis 5 jours, a en plus des acouphènes et beaucoup de nausées, il n'en peut plus, épuisé,

demande à s'allonger pendant la consultation

Vous suspectez ?

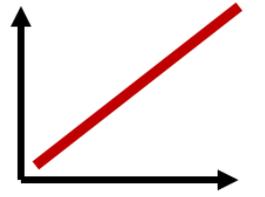
1 - Hypotension intracrânienne spontanée

2 - Etat de mal migraineux

3 - Dissection vertébrale

4 - Céphalée de tension

Hypotension intracrânienne spontanée



Entité rare, sujet jeune, femme

Pas de cause identifiable (geste, trauma, opération, dérivation...)

Mécanisme : fuite sur brèche durale

Céphalée orthostatique typique,

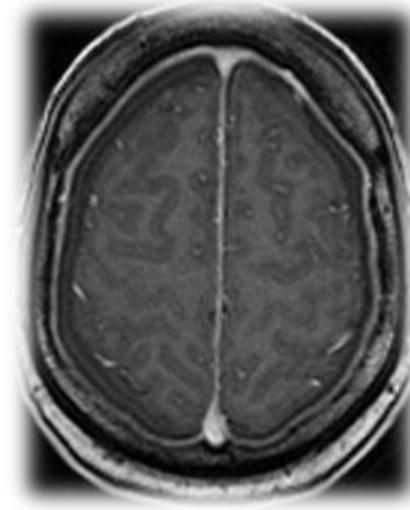
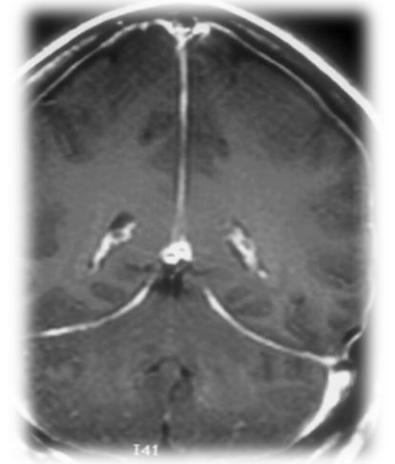
Installation progressive >> CCT

Symptômes ORL : acouphènes, plénitude oreille

Symptômes OPH diplopie horizontale par atteinte du VI

Nausée et vomissements

Tt : blood patch, parfois chirurgie, embolisation fistule



Cas clinique

Patiente de 35 ans, G4P2 (2 FCS), tabac, sous COP

Pas d'ATCD de céphalée

Il y'a 5 jours, céphalée d'installation rapide, pariétale gauche, intense

Se calme avec paracétamol

Depuis 2 jours céphalées cette fois occipitale avec réveils nocturnes

Impression que s'est pire quand elle se penche en avant,

Vous suspectez ?

- 1 - sinusite frontale gauche
- 2 - thrombose veineuse cérébrale
- 3 - tumeur cérébrale
- 4 - céphalée de tension

Cas clinique

Patiente de 35 ans, G4P2 (2 FCS), tabac, sous COP

Pas d'ATCD de céphalée

Il y'a 5 jours, céphalée d'installation rapide, pariétale gauche, intense

Se calme avec paracétamol

Depuis 2 jours céphalées cette fois occipitale avec réveils nocturnes

Impression que s'est pire quand elle se penche en avant,

Vous suspectez ?

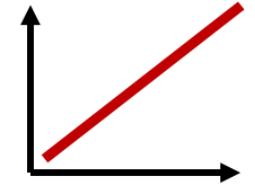
1 - sinusite frontale gauche

2 - thrombose veineuse cérébrale

3 - tumeur cérébrale

4 - céphalée de tension

Céphalée et thrombose veineuse cérébrale



Signe le plus fréquent 80-90%

Signe révélateur le plus fréquent 70-90%

Céphalée isolée 5%

Pas de valeur topographique

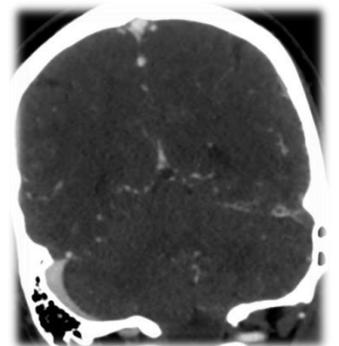
En général diffuse, parfois localisée

Début progressif > brutal, En coup de tonnerre 3% sévérité croissante

Parfois très sévère, parfois intermittente

Pseudo migraineuse avec ou sans aura, Pseudo « ORL » rétromastoidienne

Mécanismes : HIC, HSA, infarctus, distension sinus veineux



Ne ressemblant à rien toujours penser à la TVC

Cas clinique: patiente de 37 ans

Depuis l'adolescence une fois par mois hémicrânie avec des nausées parfois des vomissements, une légère gêne au bruit et à la lumière qui dure 1 jour maximum 2.

Depuis 3 mois, « plus fréquent », traitement « marche moins bien » (paracétamol ou paracétamol codéine)

Elle appelle son médecin pour céphalée depuis une semaine

Elle rapporte une hémicrânie droite pendant 2 jours N+V+P+P+, puis 3 jours répit puis depuis aujourd'hui une hémicrânie gauche

Examen neurologique normal

Vous évoquez ?

1- Une céphalée primaire

2- Une céphalée secondaire

Cas clinique: patiente de 37 ans

Depuis l'adolescence une fois par mois hémicrânie avec des nausées parfois des vomissements, une légère gêne au bruit et à la lumière qui dure 1 jour maximum 2.

Depuis 3 mois, « plus fréquent », traitement « marche moins bien » (paracétamol ou paracétamol codéine)

Elle appelle son médecin pour céphalée depuis une semaine

Elle rapporte une hémicrânie droite pendant 2 jours N+V+P+P+, puis 3 jours répit puis depuis aujourd'hui une hémicrânie gauche

Examen neurologique normal

Vous évoquez ?

1- Une céphalée primaire

2- Une céphalée secondaire

Migraine sans aura

- A. Au moins 5 crises répondant aux critères B-D
- B. Crises de céphalée durant 4 à 72 heures (sans traitement ou avec un traitement inefficace)
- C. Céphalée ayant au mois deux des quatre caractéristiques suivantes
 1. Topographie unilatérale
 2. Pulsatile
 3. Intensité douloureuse modérée ou sévère
 4. aggravée par ou entraînant l'évitement de l'activité physique de routine (ex : marche ou montée d'escalier)
- D. Durant la céphalée au moins l'un des symptômes suivants
 1. Nausées et/ou vomissements
 2. photophobie et phonophobie
- E. N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD 3

Cas clinique

ATCD néant, 28 ans G1P1, stérilet

Consulte aux urgences pour l'installation progressive d'un trouble visuel à gauche

« comme la route en plein été avec quelque chose qui brille » durée 30 minutes puis

céphalée hémicrânienne droite persistante depuis 8 heures

1er épisode

Examen neurologique normal

Vous évoquez ?

1- Une céphalée primaire

2- Une céphalée secondaire

Cas clinique

ATCD néant, 28 ans G1P1 , stérilet

Consulte aux urgences pour l'installation progressive d'un trouble visuel à gauche
« comme la route en plein été avec quelque chose qui brille » durée 45 minutes puis
céphalée hémicrânienne droite persistante depuis 4 heures

1er épisode

Examen neurologique normal

Vous évoquez ?

1. Une céphalée primaire

2- Une céphalée secondaire

Migraine avec aura



A. Le diagnostic de la migraine avec aura repose sur **au moins 2 crises** qui :

B. Au moins un symptôme d'aura **totalelement réversible**. Parmi les symptômes d'aura figurent des symptômes visuels, sensoriels, moteurs, rétiniens ou touchant l'élocution et/ou le langage ou le tronc cérébral ;

présentent au moins **trois des six caractéristiques suivantes** :

1. au moins un symptôme de l'aura se développe progressivement sur **au moins 5 minutes** (« marche » migraineuse)
2. au moins **deux symptômes se succèdent**,
3. chaque symptôme de l'aura **dure entre 5 et 60 minutes**,
4. au moins **un symptôme de l'aura est unilatéral**,
5. au moins **un symptôme de l'aura est positif**,
6. **l'aura est accompagnée ou suivie d'une céphalée dans les 60 minutes suivantes**

C. Ne correspondent pas mieux à un autre diagnostic de l'ICHD-3.

Auras visuelles

90% des auras sont des auras visuelles et 99% des auras migraineuses comportent des signes visuels

Très divers : signes positifs > négatifs

Scotome scintillant, phosphènes (taches, zigzag, boules, étoiles),

Déficits visuels systématisés, verre dépoli ou rideau de fumée ou d'eau,

Illusions (métamorphopsie, micropsie), distorsion perceptive

Hallucinations complexe rares

Hémianopsie latérale homonyme, ou au centre à cheval sur les deux hémichamps

Auras typiques

Aura sensitive typique : signes positifs > négatifs

Paresthésies unilatérales de distribution chéiro-orale, progressant au fil des minutes selon une « marche migraineuse » caractéristique

Enfant et rarement adulte: trouble de perception du schéma corporel, impression de dysmorphie, membres trop longs

Aura avec trouble de la parole et/ou du langage : signes négatifs

manque du mot, paraphasie isolées, troubles de lecture >> troubles de compréhension ± dysarthrie associée

Aura dans la MA typique

Visuels 99% > sensitifs 31% > langage 18% > basilaire 10% (1H)

Céphalée variable

Type MSA (de toute intensité), parfois modérée et parfois absente

Aura: diagnostic différentiel

Signes prémonitoires ou associés de la MSA

Fatigue, troubles de concentration, raideur cervicale, photophobie, nausées, vision floue, bâillement, pâleur, «vertiges»

Accident ischémique transitoire

Sujet plus âgé, terrain, début brusque, maximal d'emblée

Crise d'épilepsie partielle

Unilatéralité, extension plus rapide, durée plus brève

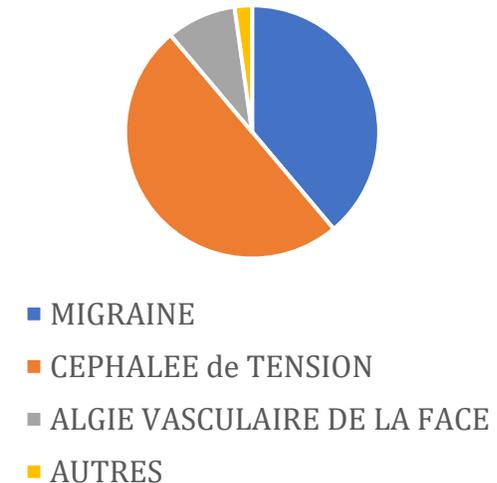
Migraines avec aura secondaires ou symptomatiques

Affections aiguës ou subaiguës ou lésions cérébrales: malformations artérioveineuses, tumeurs, méningite

Céphalée primaire

- Diagnostic d'interrogatoire
- S'oppose à la céphalée secondaire
- Éléments principaux
 - Récurrente
 - Habituelle
 - Connue du patient
- Repose sur les critères de l'ICHD

Céphalées Iaires



Migraine

- Diagnostic en 5 minutes
- Pas d'exploration dans la majorité des cas
- Nécessité d'évaluer : fréquence et traitements essayés
- Nécessité d'évaluer le retentissement et les comorbidités

Recommandations pour la stratégie initiale du traitement de crise



Available online at
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



International meeting of the French Society of Neurology 2021

Revised guidelines of the French headache society for the diagnosis and management of migraine in adults. Part 2: Pharmacological treatment



A. Ducros^a, S. de Gaalon^b, C. Roos^c, A. Donnet^d, P. Giraud^e,
E. Guégan-Massardier^f, M. Lanteri-Minet^g, C. Lucas^h, J. Mawet^c,
X. Moissetⁱ, D. Valade^j, G. Demarquay^{k,*}

Rt6	Sur la même ordonnance prescrire à la fois un AINS et un triptan, choisi en fonction des traitements déjà essayés	Forte
Rt7	Dispenser une éducation sur la stratégie thérapeutique: <ul style="list-style-type: none">a. Quand la céphalée est faible le patient doit débiter par l'AINS et ajouter le triptan si la réponse est insuffisante après une heureb. Quand la douleur est modérée ou sévère le patient doit prendre le triptan et ajouter l'AINS après une heure si le soulagement est insuffisant.c. Pour la migraine avec aura le patient doit prendre l'AINS au moment de l'aura et le triptan au moment de la céphalée	Forte



Recommandations pour la stratégie initiale du traitement de crise



Available online at
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



International meeting of the French Society of Neurology 2021
Revised guidelines of the French headache society for the diagnosis and management of migraine in adults. Part 2: Pharmacological treatment



A. Ducros^a, S. de Gaalon^b, C. Roos^c, A. Donnet^d, P. Giraud^e,
E. Guégan-Massardier^f, M. Lanteri-Minet^g, C. Lucas^h, J. Mawet^c,
X. Moissetⁱ, D. Valade^j, G. Demarquay^{k,*}

Rt8	Eviter de prescrire des opiacés pour traiter la migraine devant le risque de mésusage, d'abus et de céphalées par abus médicamenteux.	Forte
Rt9	En cas de contre-indications ou d'intolérance aux AINS, à l'aspirine et aux triptans, la combinaison de paracétamol et de metoclopramide peut être prescrite	Moderée
Rt10	Pour les crises sévères avec nausées ou vomissements, le metoclopramide en comprimé ou suppositoire est prescrit	Forte
Rt11	Expliquer au patient que l'efficacité et la tolérance du traitement seront évaluées après avoir traité 3 crises.	Forte



Evaluer l'impact des céphalées

Echelle HIT-6

Evaluation de l'impact fonctionnel induit par la migraine

6 questions sur l'impact de la crise et l'impact global

5 items de réponse

Somme des 6 réponses = score HIT-6 de 36 à 78

Quatre grades de sévérité

Score ≤ 49 : faible impact

Score de 50 à 55 : impact certain

Score 56 à 59 : impact important

Score ≥ 60 : impact majeur

Variation numérique du score : suivi du patient

Questionnaire HIT sur l'impact des céphalées

	JAMAIS	RAREMENT	DE TEMPS EN TEMPS	TRÈS SOUVENT	TOUT LE TEMPS
1 Lorsque vous avez des maux de tête, la douleur est-elle intense ?					
2 Votre capacité à effectuer vos activités quotidiennes habituelles, y compris les tâches ménagères, le travail, les études ou les activités avec les autres, est-elle limitée à cause de vos maux de tête ?					
3 Lorsque vous avez des maux de tête, souhaiteriez-vous avoir la possibilité de vous allonger ?					
4 Au cours de ces 4 dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) trop fatigué(e) pour travailler ou effectuer vos activités quotidiennes à cause de vos maux de tête ?					
5 Au cours de ces 4 dernières semaines, avez-vous éprouvé un sentiment de « ras-le-bol » ou d'agacement à cause de vos maux de tête ?					
6 Au cours de ces 4 dernières semaines, votre capacité à vous concentrer sur votre travail ou vos activités quotidiennes a-t-elle été limitée à cause de vos maux de tête ?					
TOTAL					
Pour calculer le score total, additionnez les points obtenus pour chaque colonne	6 points par réponse	8 points par réponse	10 points par réponse	11 points par réponse	13 points par réponse
SCORE TOTAL =					
Un total inférieur à 55 est le témoin d'un impact léger ou modéré alors qu'un score supérieur à 55 est le signe d'un impact important à majeur					

Tableau 2 HIT : *Headache Impact Test*. Cette échelle mesure l'impact (impact réel à partir de 50 points) des céphalées sur la vie professionnelle, familiale et sociale du patient; elle favorise le dialogue et permet de suivre l'évolution. Plus le score est élevé, plus l'impact des maux de tête sur sa vie est important.



Echelle HAD: rechercher la comorbidité anxio-dépressive

- **Auto-questionnaire, 14 questions**
- **7 pour l'anxiété et 7 pour la dépression**
- **Scores pour chaque "sous-échelle" de 0 (absence de symptôme) à 21 (perturbation maximale)**
 - Score 0-7 = normal
 - Score 8-10 = "borderline" "douteux"
 - Score 11 à 21 = anormal
- **Un score élevé peut résulter**
 - Du retentissement émotionnel d'une migraine invalidante
 - D'un trouble psychiatrique
 - De la combinaison des deux

(1-A) Je me sens tendu(e) ou énervé(e) : 3 La plupart du temps 2 Souvent 1 De temps en temps 0 Jamais	(8-D) J'ai l'impression de fonctionner au ralenti : 3 Presque toujours 2 Très souvent 1 Parfois 0 Jamais
(2-D) Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois : 0 Oui, tout autant qu'avant 1 Pas autant 2 Un peu seulement 3 Presque plus	(9-A) J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué : 0 Jamais 1 Parfois 2 Assez souvent 3 Très souvent
(3-A) J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver : 3 Oui, très nettement 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave 1 Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 0 Pas du tout	(10-D) Je ne m'intéresse plus à mon apparence : 3 Plus du tout 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je ne devrais 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 0 J'y prête plus attention que par le passé
(4-D) Je ris et vois le bon côté des choses : 0 Autant que par le passé 1 Plus autant qu'avant 2 Vraiment moins qu'avant 3 Plus du tout	(11-A) J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place : 3 Oui, c'est tout à fait le cas 2 Un peu 1 Pas tellement 0 Pas du tout
(5-A) Je me fais du souci : 3 Très souvent 2 Assez souvent 1 Occasionnellement 0 Très occasionnellement	(12-D) Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses : 0 Autant qu'avant 1 Un peu moins qu'avant 2 Bien moins qu'avant 3 Presque jamais
(6-D) Je suis de bonne humeur : 3 Jamais 2 Rarement 1 Assez souvent 0 La plupart du temps	(13-A) J'éprouve des sensations soudaines de panique : 3 Vraiment très souvent 2 Assez souvent 1 Pas très souvent 0 Jamais
(7-A) Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) : 0 Oui, quoi qu'il arrive 1 Oui, en général 2 Rarement 3 Jamais	(14-D) Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de télévision : 0 Souvent 1 Parfois 2 Rarement 3 Très rarement

Initiation d'un traitement de fond



Available online at
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



International meeting of the French Society of Neurology 2021
**Revised guidelines of the French headache society
for the diagnosis and management of migraine in
adults. Part 2: Pharmacological treatment**



A. Ducros^a, S. de Gaalon^b, C. Roos^c, A. Donnet^d, P. Giraud^e,
E. Guégan-Massardier^f, M. Lanteri-Minet^g, C. Lucas^h, J. Mawet^c,
X. Moissetⁱ, D. Valade^j, G. Demarquay^{k,*}

Rt15	Déterminer l'indication d'un traitement de fond en se basant sur la préférence du patient, le calendrier des céphalées, les critères de migraine sévère et de migraine chronique, et les scores aux échelles HIT-6 et HAD.	Forte
Rt16	Débuter un traitement de fond lorsque le patient <ul style="list-style-type: none">a. Utilise un traitement de crise ≥ 8 jours/mois depuis >3 moisb. A une migraine sévère selon les critères françaisc. A une migraine chronique selon les critères ICHD-3d. A un score HIT-6 à 60 ou pluse. A des crises invalidantes malgré l'optimisation du traitement de crise	Forte



Education du patient et suivi optimal



Available online at
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



International meeting of the French Society of Neurology 2021

Revised guidelines of the French headache society for the diagnosis and management of migraine in adults. Part 2: Pharmacological treatment



A. Ducros^a, S. de Gaalon^b, C. Roos^c, A. Donnet^d, P. Giraud^e,
E. Guégan-Massardier^f, M. Lanteri-Minet^g, C. Lucas^h, J. Mawet^c,
X. Moissetⁱ, D. Valade^j, G. Demarquay^{k*}

Rt17	<p>Expliquer les objectifs du traitement préventif</p> <p>Réduction nombre de jours de migraine mensuels 50% ME et 30% MC</p> <p>Efficacité jugée lors de M3 (semaines 8-12) mais à partir de M6 pour la toxine botulinique (2 cycles)</p> <p>La prophylaxie vise également à réduire la consommation de traitements de crise, l'intensité et la durée des crises et à améliorer la QDV.</p> <p>L'échec peut être dû à une inefficacité et/ou une intolérance.</p>
Rt18	<p>Débuter un traitement de fond oral en monothérapie et à faible dose, en tenant compte des effets indésirables possibles.</p>
Rt19	<p>Expliquer que l'observance du traitement de fond est cruciale. Si possible, prescrire une prise quotidienne unique pour améliorer l'observance.</p>



Traitement de fond



Available online at
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



International meeting of the French Society of Neurology 2021

Revised guidelines of the French headache society
for the diagnosis and management of migraine in
adults. Part 2: Pharmacological treatment



A. Ducros^a, S. de Gaalon^b, C. Roos^c, A. Donnet^d, P. Giraud^e,
E. Guégan-Massardier^f, M. Lanteri-Minet^g, C. Lucas^h, J. Mawet^c,
X. Moissetⁱ, D. Valade^j, G. Demarquay^{h,*}

Traitement	QUALITÉ de la preuve d'efficacité	FORCE de la recommandation par la SFEMC
Amitriptyline (AMM) tricyclique	Élevée	Forte
Propranolol (AMM) b-bloquant	Élevée	Forte
Metoprolol (AMM) b-bloquant	Élevée	Forte
Candesartan sartan	Élevée	Forte
Topiramate (AMM) anti-épileptique	Élevée	Forte
Valproate anti-épileptique	Élevée	Forte



Topiramate

Applications Traduire PubMed Sci-Hub: removing... Mes fichiers - OneD... demande CO Groupe scolaire FE... Allergan HaNDL with bilater... Portail orlif

ansm
Agence nationale de sécurité du médicament
et des produits de santé

par rapport à une grossesse d'une mère épileptique sans exposition aux antiépileptiques.

S'agissant d'une nouvelle information majeure de sécurité, nous avons demandé à ce que ces données et leurs conséquences potentielles sur l'utilisation de ce médicament soient évaluées au niveau européen.

Dans l'attente des conclusions de cette évaluation, nous demandons aux professionnels de santé et aux patientes de prendre en compte dès à présent ce risque lors de toute prescription de topiramate chez une femme en âge d'avoir des enfants ainsi qu'en cas de grossesse.

Pour rappel, le topiramate est un médicament tératogène, c'est-à-dire exposant en cas de grossesse à un risque élevé de malformations majeures (multiplié par 3) dont des fentes des lèvres et du palais (fentes labiales et palatines), des atteintes des organes génitaux (hypospadias) et une diminution de la taille de la tête et du cerveau (microcéphalies).

Il présente également un risque augmenté de petit poids à la naissance du nouveau-né. C'est pourquoi nous rappelons que chez la femme enceinte ainsi que chez la femme en âge d'avoir des enfants et n'utilisant pas de méthode de contraception hautement efficace, le topiramate :

- > ne doit pas être utilisé dans l'épilepsie sauf en cas de nécessité absolue ;
- > ne doit pas être utilisé dans la migraine ;
- > ne doit pas être utilisé dans toute autre situation hors de l'autorisation de mise sur le marché.

L'étude, publiée dans le JAMA Neurol le 31 mai 2022 et portant sur les médicaments antiépileptiques en général, est basée sur plusieurs registres de naissance couvrant plus de 20 ans et incluant plus de 24 millions de mère-enfant. Elle inclut 24 825 enfants exposés *in utero* à au moins un médicament antiépileptique et suivis en moyenne jusqu'à leur 88^e anniversaire. Les résultats indiquent que les enfants exposés à un médicament antiépileptique pendant la grossesse ont un risque accru de développer un trouble du spectre autistique (ASD) et un retard mental (ID) par rapport à ceux dont la mère atteinte d'épilepsie n'a pas été exposée à un traitement antiépileptique pendant sa grossesse, par rapport à ceux dont la mère atteinte d'épilepsie n'a pas été exposée à un traitement antiépileptique pendant sa grossesse.

Documents de référence
Informations de sécurité
Dossiers thématiques
Espace presse

POUR EN SAVOIR PLUS

246 enfants de mère épileptiques sous topiramate: 4.3% ASD (aHR 2.8; 1.4-5.7) et 3,1% ID (aHR 3.5; 1.4-8.6)

1884 enfants de mère épileptiques sous valproate: 2.7% ASD (aHR 2.4; 1.7-3.3) et 2,4% ID (aHR 2.5; 1.7-3.7)

Les neurologues ont 8 mois pour informer les patientes

Protocole de prise à charge à signer par les femmes en âge de procréer qui accepteraient de prendre le topiramate dans l'indication migraine et contraception efficace obligatoire

Procédure d'arbitrage européen (article 31) qui pourrait conduire à revoir l'AMM

Traitement de fond



Available online at
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



International meeting of the French Society of Neurology 2021

Revised guidelines of the French headache society for the diagnosis and management of migraine in adults. Part 2: Pharmacological treatment



A. Ducros^a, S. de Gaalon^b, C. Roos^c, A. Donnet^d, P. Giraud^e,
 E. Guégan-Massardier^f, M. Lantéri-Minet^g, C. Lucas^h, J. Mawet^c,
 X. Moissetⁱ, D. Valade^j, G. Demarquay^{k,*}

Traitement	QUALITÉ de la preuve d'efficacité	FORCE de la recommandation par la SFEMC
Nebivolol b-bloquant	Intermédiaire	Moyenne
Atenolol b-bloquant	Élevée	Moyenne
Timolol b-bloquant	Élevée	Moyenne
Flunarizine (AMM) anti-Ca ²⁺	Élevée	Moyenne
Lisinopril IEC	Faible	Moyenne
Oxetorone (AMM) anti-5-HT ₂	Faible	Moyenne
Pizotifene (AMM) anti-5-HT ₂	Intermédiaire	Moyenne
Venlafaxine ISRSN	Faible	Faible



Traitement de fond de première ligne dans la migraine épisodique



Available online at
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



International meeting of the French Society of Neurology 2021
Revised guidelines of the French headache society for the diagnosis and management of migraine in adults. Part 2: Pharmacological treatment



A. Ducros^a, S. de Gaalon^b, C. Roos^c, A. Donnet^d, P. Giraud^e,
E. Guégan-Massardier^f, M. Lanteri-Minet^g, C. Lucas^h, J. Mawet^c,
X. Moissetⁱ, D. Valade^j, G. Demarquay^{k,*}

Rt20	Prescribe propranolol or metoprolol as first line medication in any suitable patient with episodic migraine, because of the high level of evidence of efficacy.	
Rt21	Prescribe amitriptyline, candesartan or topiramate as first line medication in patients with episodic migraine not suitable to beta-blockers, depending on patient's preferences and comorbidities.	Forte



Évaluation et adaptation du traitement de fond

Rt25	Evaluer l'efficacité, la tolérance, l'observance et le retentissement de la migraine par l'interrogatoire, le calendrier et les échelles HIT-6 et HAD à chaque consultation. Jugement à 3 mois.... Si le traitement est bien toléré NE PAS le stopper trop tôt	Forte
Rt26	En cas d'efficacité et de bonne tolérance, poursuivre la prophylaxie 6 à 12 mois puis diminuer doucement avant de considérer l'arrêt. Recommencer le même traitement si la fréquence des crises augmente lors de la diminution ou après l'arrêt.	Forte
Rt27	En cas d'efficacité et/ou de tolérance insuffisante, choisir une ou plusieurs stratégies pour optimiser le traitement de fond et éduquer le patient: a. Vérifier l'observance. b. Dépister une surconsommation médicamenteuse, notamment d'antalgiques pris pour d'autres douleurs c. En cas d'efficacité insuffisante et de bonne tolérance, augmenter la prophylaxie à la dose maximale recommandée avec une tolérance acceptable. d. Changer de prophylaxie.	Forte



Changement du traitement de fond dans la migraine épisodique

Rt28	After failure of the first prophylaxis in episodic migraine, select a second recommended medication, depending on patient's preferences and comorbidities.	Forte
Rt29	After failure of two prophylactic medications in patients with less than 8 migraine days per months, select another recommended medication depending on patient's preferences and comorbidities.	Forte
Rt30	After failure of at least two prophylactic treatments in patients with at least 8 monthly migraine days , prescribe a CGRP-MAB selected among erenumab, fremanezumab and galcanezumab (eptinezumab), based on patient's preferences.	Forte



Migraine chronique

A Céphalée \geq 15j/m depuis $>$ 3 mois avec critères B et C

B Antécédents d'au moins 5 crises migraineuses sans aura et/ou avec aura (critères ICHD)

C \geq 8j/m avec sémiologie migraineuse sans ou avec aura

- critères C et D MSA
- Critères B et C de la MAA
- traitement efficace par triptans ou ergotamine

D Céphalée n'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic

Dépister une SURCONSOMMATION médicamenteuse

- A. Céphalée ≥ 15 jours/mois chez un patient **ayant un antécédent de migraine**
- B. Surconsommation régulière **depuis >3 mois** d'un ou plusieurs traitements qui peuvent être pour soulager la céphalée
 - a. **Antalgiques non-opiacés (AINS, aspirine, paracétamol) ≥ 15 jours/mois**
 - b. **Triptans, ergotamine, opiacés et antalgiques combinés ≥ 10 jours/mois**

Ne plus surestimer le rôle de la surconsommation médicamenteuse dans la genèse d'une migraine chronique car risques

Augmentation de la souffrance des patients

Culpabilisation des patients comme responsable de leur maladie

Détourner d'autres thérapeutiques efficaces

Traitement de fond de première ligne dans la migraine chronique



Available online at
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



International meeting of the French Society of Neurology 2021
Revised guidelines of the French headache society
for the diagnosis and management of migraine in
adults. Part 2: Pharmacological treatment



A. Ducros^a, S. de Gaalon^b, C. Roos^c, A. Donnet^d, P. Giraud^e,
E. Guégan-Massardier^f, M. Lanteri-Minet^g, C. Lucas^h, J. Mawet^c,
X. Moissetⁱ, D. Valade^j, G. Demarquay^{k,*}

Rt22	Prescrire du topiramate en 1 ^{ère} intention à tout patient chez qui ce traitement est approprié , en raison du niveau élevé des preuves d'efficacité.
Rt23	Lorsque le topiramate n'est pas approprié , prescrire un autre traitement de fond oral recommandé dans la MC, selon préférences patient et comorbidités.
Rt24	Chez les patients en MC avec abus médicamenteux , prescrire un traitement de fond de première intention et conseiller un sevrage ambulatoire du traitement de crise surconsommé.
Rt31	Après échec du 1^{er} traitement de fond, choisir un 2^{ème} traitement de fond recommandé dans la MC, selon les préférences du patient et les comorbidités.



Changement du traitement de fond dans la migraine chronique



Available online at
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



International meeting of the French Society of Neurology 2021
Revised guidelines of the French headache society for the diagnosis and management of migraine in adults. Part 2: Pharmacological treatment



A. Ducros^a, S. de Gaalon^b, C. Roos^c, A. Donnet^d, P. Giraud^e,
E. Guégan-Massardier^f, M. Lanteri-Minet^g, C. Lucas^h, J. Mawet^c,
X. Moissetⁱ, D. Valade^j, G. Demarquay^{k,*}

Rt31	After failure of the first oral prophylaxis in chronic migraine, select a second oral recommended medication, based on the patient profile, comorbidities, and patient's preferences.	Forte
Rt32	After failure of at least two oral treatments including topiramate in chronic migraine, prescribe a treatment with onabotulinimtoxin A or a CGRP-MAB selected among erenumab, fremanezumab and galcanezumab, (eptinezumab) based on patient's preferences.	Forte



Traitement de fond migraine épisodique et chronique



Available online at
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



International meeting of the French Society of Neurology 2021
Revised guidelines of the French headache society for the diagnosis and management of migraine in adults. Part 2: Pharmacological treatment



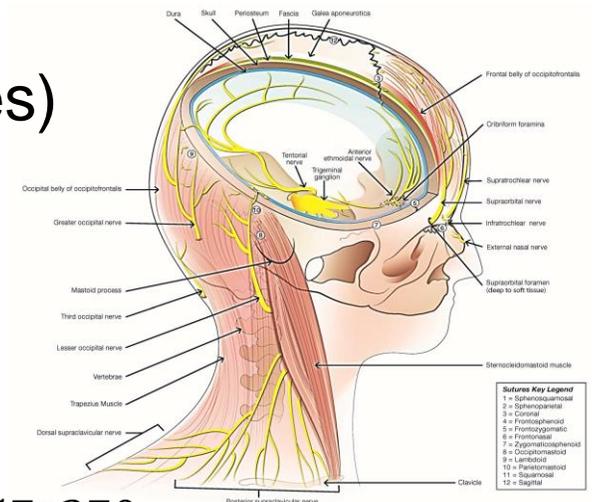
A. Ducros^a, S. de Gaalon^b, C. Roos^c, A. Donnet^d, P. Giraud^e,
 E. Guégan-Massardier^f, M. Lanteri-Minet^g, C. Lucas^h, J. Mawet^c,
 X. Moissetⁱ, D. Valade^j, G. Demarquay^{k,*}

Traitement	Niveau de preuve d'efficacité	FORCE de la recommandation par la SFEMC
OnabotulinumtoxinA BOTOX® (AMM)	Élevée dans la MC Non efficace dans la ME	Forte dans la MC Non recommandé dans la ME
Erenumab (AMM) AIMOVIG®	Élevée dans la ME Élevée dans la MC	Forte dans la ME Forte dans la MC
Eptinezumab (pas d'AMM) VYEPTI®	Élevée dans la ME Élevée dans la MC	Forte dans la ME Forte dans la MC
Fremanezumab (AMM) AJOVY® officine non remboursé	Élevée dans la ME Élevée dans la MC	Forte dans la ME Forte dans la MC
Galcanezumab (AMM) EMGALITY® officine non remboursé	Élevée dans la ME Élevée dans la MC	Forte dans la ME Forte dans la MC

Toxine Botulinique BOTOX®

Migraine Chronique CAR mécanismes d'action sur la sensibilisation centrale et périphérique

- Sensibilisation périphérique réception des afférences périphériques trigéminales (vaisseaux des méninges et muscles extrémité céphalique)
- Sensibilisation centrale projection vers les voies thalamo-corticales
- Dysfonctionnement contrôle inhibiteur (voies descendantes)



Migraine sévère, résistante, réfractaire?

Box 6. Diagnostic criteria for severe migraine [31].

- A. Headache frequency of at least 8 migraine days per month
- B. Headache frequency < 8 migraine days per month, but associated with at least one of the following criteria:
 - 1. HIT-6 score ≥ 60
 - 2. Necessitating complete interruption of activity for $\geq 50\%$ of headaches

Box 7. European Headache Federation diagnostic criteria for resistant migraine [34].

- A. Established diagnosis of migraine without aura and/or migraine with aura or chronic migraine according to ICHD3 criteria
- B. Debilitating headache for at least 8 days per month for at least 3 months
- C. Failure and/or contraindication to 3 drug classes with established evidence for migraine prevention, given at an appropriate dose for an appropriate duration

Box 8. European Headache Federation diagnostic criteria for refractory migraine [34].

- A. Established diagnosis of migraine without aura and/or migraine with aura or chronic migraine according to ICHD3 criteria
- B. Debilitating headache for at least 8 days per month for at least 6 months
- C. Failure and/or contraindication to all drug classes with established evidence for migraine prevention, given at an appropriate dose for an appropriate duration

AD / AE / β - / Ca²⁺- / CGRP- / ACE-RAII- / toxine botulinique (MC)



Cas clinique

Homme 28 ans, comédien, tabac, rythme intense depuis 3 semaines

Céphalées périorbitaires droites intenses depuis 8 jours qui le réveillent vers 2h du matin.

Impression qu'on retourne l'œil dans l'orbite avec une cuillère, agitation, nez bouché. Prend paracétamol, ne sait pas si efficace, durée 1h

Épisode identique il y a 5 ans, durée 10 Jours

A nouveau il y'a 2 ans, avait vu ophtalmologue (gouttes) puis ORL (antibiotiques): finalement évolution favorable après 1 mois

Examen neurologique normal

Qu'évoquez vous ?

1 - céphalée primaire.

2 - céphalée secondaire

Cas clinique

Homme 28 ans, comédien, tabac, rythme intense depuis 3 semaines

Céphalées périorbitaires droites intenses depuis 8 jours qui le réveillent vers 2h du matin.

Impression qu'on retourne l'œil dans l'orbite avec une cuillère, agitation, nez bouché. Prend paracétamol, ne sait pas si efficace, durée 1h

Épisode identique il y a 5 ans, durée 10 Jours

A nouveau il y'a 2 ans, avait vu ophtalmologue (gouttes) puis ORL (antibiotiques): finalement évolution favorable après 1 mois

Examen neurologique normal

Qu'évoquez vous ?

1 - céphalée primaire.

2 - céphalée secondaire

Algie Vasculaire de la Face : AVF



A. Au moins cinq crises répondant aux critères B-D

B. Douleur **sévère à très sévère**, unilatérale, orbitaire, sus-orbitaire et/ou temporale durant **15 à 180 minutes** (non traitée)

C. L'un des éléments suivants ou les deux :

1. au moins un des signes/symptômes suivants, du même côté que la douleur :

- injection conjonctivale et/ou larmoiement
- congestion nasale et/ou rhinorrhée
- œdème palpébral
- transpiration du front et/ou de la face
- myosis et/ou ptosis

2. une impression d'impatience ou une agitation

D. Fréquence de crises comprise entre **une tous les deux jours et 8 par jour**

E. N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3

Cas clinique

Patiente de 55 ans, Migraines depuis l'enfance

Fréquence importante vers l'âge de 40 ans, plusieurs traitements de fond essayés, vers 50 amélioration

Depuis 1 mois : douleur orbitaire droite, larmoiement; obstruction nasale échec AINS et triptan, durée au moins 2 heures, très intense, quotidienne parfois 2/j, diurne et nocturne.

Vous évoquez ?

1- Migraine

2- Névralgie d'Arnold

3- Algie vasculaire de la face

4- Sinusite

Cas clinique

Patiente de 55 ans, Migraines depuis l'enfance

Fréquence importante vers l'âge de 40 ans, plusieurs traitements de fond essayés, vers 50 amélioration

Depuis 1 mois : douleur orbitaire droite, larmoiement; obstruction nasale échec AINS et triptan, durée au moins 2 heures, très intense, quotidienne parfois 2/j, diurne et nocturne.

Vous évoquez ?

1- Migraine

2- Névralgie d'Arnold

3- **Algie vasculaire de la face**

4- Sinusite

Algie vasculaire de la face

Prévalence en population générale 1%

pic 30 ans

3:1 femmes (attention ratio tend à décroître), post ménopause

Tabac (70-90%), toxiques ++

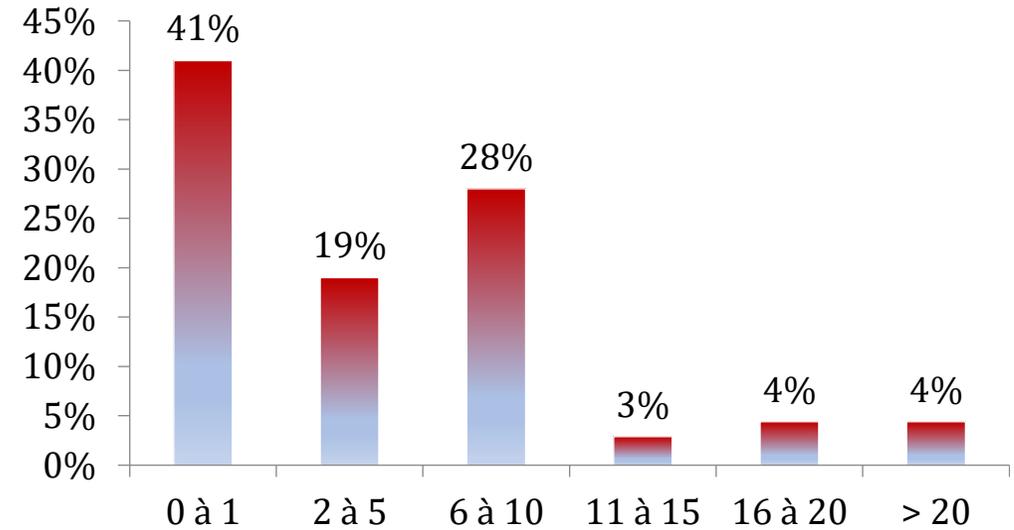
Profil psychologique : peu d'étude: dépression et idées suicidaires plus fréquentes qu'en population générale

Retard au diagnostic

N= 789 76% hommes 28 % femmes

The Misdiagnosis of Cluster Headache: A Nonclinic, Population-Based, Internet Survey

Results.—Eighty-seven percent of respondents qualified as having cluster headache according to International Headache Society criteria. However, diagnosis was delayed an average of 6.6 years from the onset of symptoms. The average number of physicians seen before the correct diagnosis was made was 4.3, and the average number of incorrect diagnoses was 3.9. Seventy-one percent of respondents had undergone unnecessary magnetic resonance or computed tomography scans, and 4% had unnecessary sinus or deviated septum surgery. ¹ (*Headache* 2000;40:730-735)

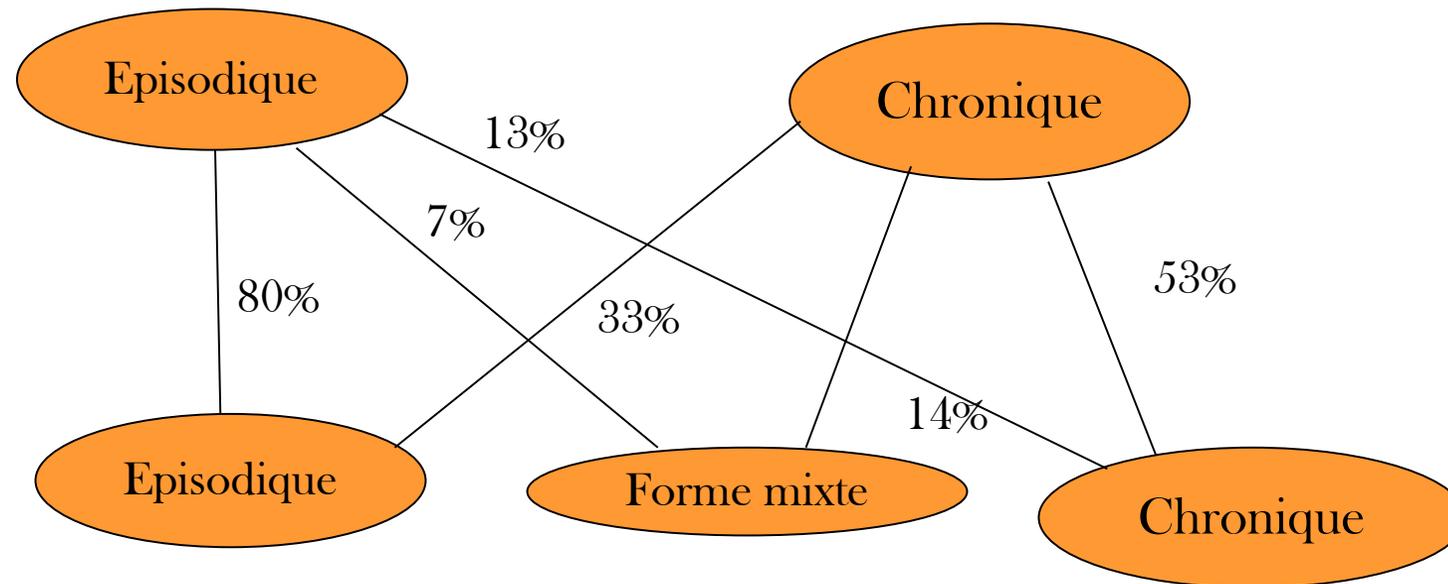


Cohorte patients Lariboisière

AVF évolution

Episodique : rémission ≥ 3 mois par an, périodes de 7 jours à 1 an

Chronique : aucune rémission ou < 3 mois (cumulé) sur un an



Traitement de crise Oxygénothérapie AMM

Pas d'effets secondaires et pas de limitation fréquence de prise

Débit élevé considéré plus efficace,

Un rebond survient parfois après 30-60 minutes (Cerbo1999)

Prescription neurologues, ORL médecin douleur

Etudes	Méthode	N=	% de répondeur
Kudrow Headache 1981	Ouverte 7l/min 15 min	52	75% relief
Kudrow Headache 1981	Randomisée cross over 7l/min versus ergotamine	50	82% versus 70% relief
Forgan Arch Neurol 1985	Randomisée, double aveugle, cross over 6l/min pdt 15 min versus air	19	80% versus 7% relief
Cohen JAMA 2009	Randomisée 7l/min pdt 15 min versus air	76 pour analyse (109)	78% versus 20% free
Dirkx J headache and pain 2018	Double aveugle randomisée cross over 7l/min versus 12l pdt 15 min	56	CIaire : pain free 7l (que 5 patients) CIIaires : préférene 12l
Schindler Headache 2018	Cohorte AVF questionnaire	493	> 10 l/min 81,5% suma SC 80,5%

Verapamil AMM

Plusieurs études ouvertes, un seul essai versus placebo positif, un essai versus lithium : efficacité confirmée et plus rapide

Réduction de 75% des crises en moyenne, mais certains patient 100%

Hypothèses physiopathologiques : modification libération CGRP et rythme circadien.

Posologie minimum 120*3, souvent 120*5, certains patients 120*8

CI : hypotension, dysfonction sinusale, BAV 2 et 3,

EI : constipation, oedème membres inferieurs, hypotension

Allongement PR sur ECG, si >240 avis cardiologique

Avant l'initiation du traitement, avant chaque augmentation > 360 mg et 10 jours après paliers,

Schéma thérapeutique

- Traitement de crise
 - Sumatriptan SC (spray si le patient craint les injections)
 - O2 complément ou CI triptans
- Traitement de fond
 - Verapamil ++ jusqu'à posologie maximum tolérée avant de conclure échec
 - Forme chronique Teralithe
- Traitement transitionnel
 - Infiltration GNO corticoïdes
 - Parfois perfusion amitriptyline
- AVF chroniques considérées réfractaires :
 - RCP pour discuter neuromodulation

Cas clinique

85 ans, bon état général, HTA, coxarthrose

Depuis 1 mois, douleur très intense de l'aile du nez et de la joue droite

Déclenchée quand elle s'alimente et se brosse les dents

A essayé paracétamol sans effet, arrive à dormir

Vient avec son mari car n'arrive pas à vous parler

Examen normal, TDM cérébral normal

Vous évoquez ?

1 - zona ophtalmique

2 - glaucome aigu

3 - névralgie du trijumeau

Cas clinique

85 ans, bon état général, HTA, coxarthrose

Depuis 1 mois, douleur très intense de l'aile du nez et la joue droite

Déclenchée quand elle s'alimente et se brosse les dents

A essayé paracétamol sans effet, arrive à dormir

Vient avec son mari car n'arrive pas à vous parler

Examen normal, TDM cérébral normal

Vous évoquez ?

1 - zona ophtalmique

2 - glaucome aigu

3 - névralgie du trijumeau

Névralgie du trijumeau

Douleur névralgique

- Intense et paroxystique, en éclair, à type de décharges électriques, parfois broiement ou arrachement
- très brève (de l'ordre de la seconde) en salves sur quelques minutes
- Hémiface crispée avec attitude figée lors des accès,
- Indolence totale entre les accès
- Possibilité de quelques troubles vasomoteurs au décours

Topographie

- Unilatérale,
- Toujours strictement localisée au territoire du trijumeau,
- Le plus souvent limitée à une seule branche :
- Dans : 40 % le V2, 20 % le V3, 10 % le V1

Classification

- Névralgie du trijumeau classique (présence d'un conflit vasculonerveux)
 - Purement paroxystique
 - Avec fond permanent
- Névralgie du trijumeau secondaire
 - En lien avec SEP
 - En rapport avec lésion « occupant l'espace »
 - D'autre étiologie
- Névralgie du trijumeau idiopathique
 - Purement paroxystique
 - Avec fond permanent

Traitement



Available online at
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Practice guidelines

French guidelines for diagnosis and treatment of classical trigeminal neuralgia (French Headache Society and French Neurosurgical Society)



A. Donnet^{a,b,*}, E. Simon^c, E. Cuny^d, G. Demarquay^e, A. Ducros^f,
S. De Gaalon^g, P. Giraud^h, E. Guégan Massardierⁱ, M. Lanteri-Minet^{h,j},
D. Leclercq^k, C. Lucas^l, M. Navez^m, C. Roosⁿ, D. Valade^o, P. Mertens^c

- Carbamazépine (TEGRETOL®) en première intention 60% d'efficacité à court terme (AMM)
- Posologie initiale 200 à 400 mg/j puis augmentation progressive jusqu'à la suppression de la douleur,
- Dose maximale conseillée 1600 mg/jour.
- En pratique répartition des doses en trois prises, au mieux 30 à 40 minutes avant repas, soins d'hygiène faciale et dentaire.
- Forme LP donne à des taux de concentration moindre et nécessite des doses plus élevées. Peut être utile au coucher.
- Tolérance médiocre chez les patients âgés, ébriété, somnolence, nausées
- surveillance biologique doit être réalisée : agranulocytose, perturbation hépatique biologique

Conclusions (1)

- L'**interrogatoire prime** toujours pour guider les explorations, s'il existe le moindre **caractère inhabituel** il faut faire une imagerie en urgence, car la majorité des céphalées secondaires, sont à risque d'aggravation et de complications (dissection, anévrisme, SVCR, lésion expansive...)
- Le **profil du patient et le contexte** dans lequel survient la céphalée peuvent aider dans la démarche exploratoire : sujet âgé/ maladie de Horton, fièvre/méningite sinusite, jeune femme + CO/TVC; traumatisme cervical/dissection; TC/HSD
- Une céphalée aiguë, en coup de tonnerre, brutale ou rapidement progressive est **le signe d'alarme** de nombreuses causes et doit être explorée en **urgence**

Conclusions (2)

Un scanner simple et une PL après un scanner normal permettent de diagnostiquer plusieurs causes

Mais les **affections neurovasculaires** peuvent se présenter avec une **céphalée aiguë isolée**, et être non diagnostiquées par une TDM simple et une PL

Il faut une imagerie systématique des artères cervicales et cérébrales, des veines intracrâniennes, des méninges, du parenchyme et de l'hypophyse

Il faut toujours en cas d'absence de diagnostic précis et si l'urgence est éliminée, **proposer au patient de revenir** en cas de persistance/aggravation des céphalées pour compléter si besoin les examens.

Merci pour votre attention

Place aux questions

