



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Recommandations pour la pratique clinique
Septembre 2004 (ANAES)

CÉPHALÉES CHRONIQUES QUOTIDIENNES (CCQ)

**Diagnostic, rôle de l'abus
médicamenteux, prise en charge**
(actualisation programmée : 5 ans)

➤ **Céphalées plus de**

- 15 jours par mois
- Plus de 4 heures par jour (en l'absence de traitement)
- Depuis plus de 3 mois

➤ **Céphalée initialement épisodique**

- Migraine ou céphalée de tension
- Evolue vers une céphalée chronique

- Une **entité nosologique insuffisamment connue** .
- Une insuffisance de diagnostic (C)
- La méconnaissance du rôle de l'abus médicamenteux

Un handicap, une forte prévalence

- **Handicap (majoré si abus médicamenteux associé) > migraineux**
- **Une prévalence élevée : 3% des adultes de plus de 15 ans**
- **Un sex ratio femmes/hommes 3/1**

Des conséquences socio économiques

- **Un recours aux psychiatres et OPH (inadapté ?)**
- **Une surconsommation médicamenteuse (x6 /migraineux)**
- **Consommation d'antalgiques+++ (C)**

➤ La céphalée doit :

- être présente plus de 15 jours par mois
- évoluer depuis plus de 3 mois
- avoir une durée quotidienne > 4 heures sans traitement

➤ Agenda des céphalées

➤ 3 tableaux cliniques

- les céphalées ont les caractéristiques sémiologiques de la **migraine**
- les céphalées ont les caractéristiques sémiologiques de **céphalées de tension**
- Il existe un fond céphalalgique permanent auquel s'ajoutent des crises d'allure migraineuse

➤ Association possible **abus médicamenteux**

Des examens complémentaires ?

➤ **Un diagnostic positif d'interrogatoire+++**

➤ **Un examen clinique**

Si :

- apparition **depuis moins d'1 an** (AP)
- Et /ou découverte d'une anomalie à l'examen neurologique ou général.
 - Imagerie (IRM)
 - Recherche syndrome inflammatoire

➤ Abus médicamenteux

➤ Facteurs psy

➤ La ménopause

➤ Facteurs musculosquelettiques

L'abus médicamenteux+++ : définition

- **La prise médicamenteuse régulière et > de 3 mois**

- **Présente :**
 - **> 15 jours par mois pour les antalgiques non opioïdes (paracétamol, aspirine, AINS)**

 - **> 10 jours par mois pour les autres traitements de crise (opioïdes, ergotés, triptans, spécialités antalgiques associant plusieurs principes actifs).**

- **Les antalgiques en vente libre** 2 fois plus utilisés que ceux nécessitant une prescription médicale (C).
- **Tous les traitements de crise peuvent être en cause.** Les molécules les plus utilisées :
 - le paracétamol
 - la caféine
 - la codéine
 - les triptans
- **Les psychotropes**

L'abus médicamenteux : fréquence

- **En population générale : 1/3 des patients**

- **En consultation spécialisée : 60 à 80 % des patients**

- **Seule l'efficacité du sevrage permet d'affirmer le rôle causal de l'abus dans l'entretien de la CCQ**
- **Abus installé : tentatives du patient pour cesser sa consommation => céphalée de rebond => besoin de poursuivre sa consommation.**
- **Sujets non céphalalgiques : l'usage abusif d'antalgiques pour des douleurs chroniques autres que des céphalées n'entraîne pas de CCQ (C).**

➤ **Abus médicamenteux**

➤ **Facteurs psy**

➤ **La ménopause**

➤ **Facteurs musculosquelettiques**

➤ **Anxiété/ dépression :**

- fréquence en population générale élevée mais...inconnue!
- Plus fréquente si CCQ issues de migraines
- Impact sur handicap, qualité de vie et pronostic

➤ **Un trouble de la personnalité (névrotique le plus sv)**

Addiction (perte de contrôle et poursuite conso après info)

- **Abus médicamenteux = addiction (?)**
- **Le risque des antalgiques à effet psychotrope :**
 - Caféine
 - Codéine
 - Tramadol
- **La recherche systématique d'autres addictions**

➤ => **CCQ**

- Négatifs (deuils, divorce)
- Positifs : (promotion, mariage !)

- **Aggravation possible**
- **Intrication ++**
- **Épidémiologie et rôle du THS inconnus**

- « Tension musculaire »
- Facteurs posturaux
- Intrication psy ?
- ...
- (DIM ?)

➤ Evaluation initiale

- Evaluation et une quantification de l'abus médicamenteux s'il existe
- Evaluation des facteurs psychopathologiques
- Evaluation des facteurs musculo-squelettiques ;
- Evaluation du handicap dans ses 3 dimensions
 - professionnelle,
 - familiale
 - et sociale

➤ Et implication relationnelle du soignant ++

- **Sevrage**
- **Accompagnement pharmacologique**
- **Accompagnement psychothérapeutique**
- **Prévention des rechutes**

- **En ambulatoire ou en hospitalisation (5 à 10 jours) selon gravité et environnement**
- **Le syndrome de sevrage :**
 - Céphalées de rebond
 - Troubles digestifs
 - Troubles psy
- **L'induction**
 - D'emblée (hôpital) ?
 - Progressif (ambulatoire) ?

- **Une évaluation indigente !**
- **Amitriptyline en 1ère intention : 25 à 100 mg/j
(?) IV (hospitalisation) ou per os**
- **Les céphalées de rebond : éviter mcts
mais..AINS et /ou triptans (cf. RPC ANAES 2002)**

- **De soutien**
- **Relaxation (C)**
- **TCC (B)**
- **Analyse..**
- **Divers et en accompagnement supplémentaire**
 - Neurostimulation acupuncturale (C)
 - Physiothérapie (C)
 - Thérapies manuelles

- **6 premiers mois = période à risque++**

- **Si migraines :**
 - Tt de fond

 - **Tt des crises : max 2 prises/ semaine**

 - Crises légères : vessie de glace !

- **Tt de fond : amitriptyline 25 à 100 mg/j (A si céphalées de tension chr+)**

- **Tt des facteurs associés (TCC : B)**

➤ **Identification et prise en charge des patients à risque :**

- Augmentation fréquence des crises
- Surconsommation des tts de crise
- Inefficacité tt fond successifs
- Comorbidité psychiatrique
- Autres douleurs chr associées
- Troubles du sommeil

- **Un message fort : jamais plus de 2 prises de tt de crise par semaine**
- **Communication => généralistes...la sml...**

➤ **Une autre fois !**

- **Fréquent : 3 % de la population !**
- **Un diagnostic clinique**
- **Prévention : pas plus de 2 tts de crise/mois ++**
- **Le rôle de l'abus médicamenteux**
- **Les comorbidités**
- **Le sevrage**
- **L'amitriptyline**