



Schweizerische Kopfwehgesellschaft
Société Suisse des Céphalées
Società Svizzera di Cefalea
Swiss Headache Society

Recommandations thérapeutiques pour les céphalées primaires

y compris algorithme des céphalées pour
le médecin traitant



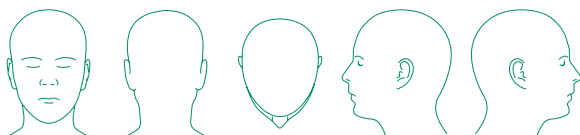
www.headache.ch

11.2^e édition entièrement révisée



10 questions clés permettant de diagnostiquer les céphalées

1 Où avez-vous mal? Localisez la douleur sur le graphique.



2 Désignez la qualité et l'intensité de la douleur (pressante, lancinante, battante, aiguë ou augmentant progressivement)?

3 À quelle fréquence les douleurs apparaissent-elles par mois ou par semaine et combien de temps durent-elles?

4 Souffrez-vous de symptômes associés? Troubles de la vision, sensibilité à la lumière et au bruit, nausées?

5 Quand les céphalées ont-elles commencé?

6 Constatez-vous des changements dans l'évolution des céphalées?

7 Que prenez-vous actuellement pour lutter contre les céphalées (médicament, dose, fréquence)?

8 Quels traitements avez-vous suivis qu'à présent?

9 Comment dormez-vous (endormissement/sans réveil nocturne), parvenez-vous à vous détendre?

10 Comment allez-vous dans votre vie privée et professionnelle en termes de performances et de qualité de vie?

Rendez-nous visite sur le site www.headache.ch



Nous remercions les institutions suivantes
pour leur aimable soutien:

BioMed[®]

Lilly

A MEDICINE COMPANY

Lundbeck



mepha



teva

 **NOVARTIS**

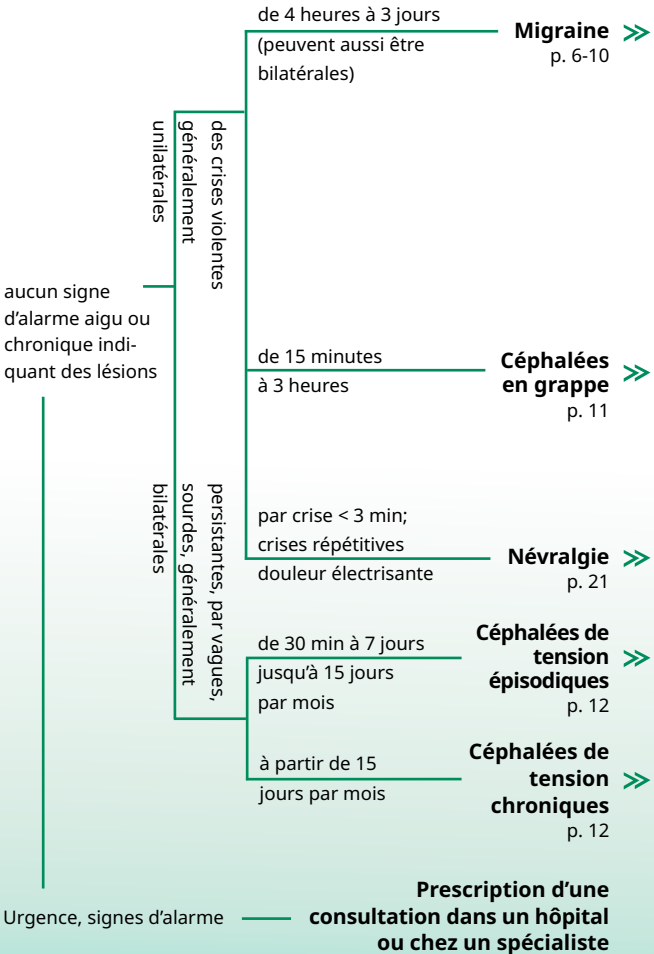


Diagnostic

Les céphalées
et...

La douleur
est...

Les douleurs
durent ...



Signes d'alarme

1. Déficits neurologiques
2. Signes systémiques (fièvre, méningisme)
3. Signes généraux relevant de la médecine interne
4. Troubles de la conscience
5. Âge > 50 ans
6. Intensité et durée inhabituelles des douleurs
7. Douleurs progressives
8. Résistance au traitement

Sommaire

Introduction	2
Céphalées primaires et secondaires	3
Signes d'alarme, red flags	4
Objectifs de la gestion des céphalées primaires	4
Aspects généraux	5

Migraine

Traitement des crises	6-7
Prophylaxie à long terme	8-10
Céphalées en grappe	11
Céphalées de tension	12
Céphalées par abus médicamenteux	13
Céphalées chez la femme	14-16
Céphalées chez l'enfant et l'adolescent	17-20
Néuralgie	21
Traitements chirurgicaux et interventionnels	22
Physiothérapie	23
La Société Suisse des Céphalées	24
Notes	25
Diagnostic	26
Les 10 questions-clés permettant de diagnostiquer les céphalées	26

Introduction

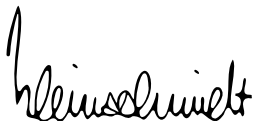
La présente brochure de la Société Suisse des Céphalées SSC est une importante source d'information sur les céphalées appréciée des médecins. Ces recommandations thérapeutiques s'adressent en premier lieu aux médecins traitants et résument de manière concise et claire l'état actuel du traitement des céphalées basé sur des preuves scientifiques.

La présente édition entièrement révisée tient compte des connaissances scientifiques et aborde également des thèmes comme les interventions chirurgicales ou encore les thérapies controversées et inefficaces dans le traitement des céphalées.

Les recommandations se concentrent sur les aspects centraux du traitement des céphalées dans un souci de clarté et de praticabilité. Nous recommandons les lignes directrices* relatives au traitement des céphalées (en langue allemande), une coopération avec les sociétés allemande, autrichienne et suisse, qui constituent un vaste complément.

Notre guide est destiné à aider les médecins traitants dans leur travail quotidien avec les patients souffrant de céphalées. Sa consultation leur permet de gagner du temps.

J'espère que l'utilisation des recommandations thérapeutiques rendra agréable le travail avec vos patients souffrant de céphalées!



Genève

Prof Dr méd. Andreas Kleinschmidt

Président de la SSC

* En ligne: www.dgn.org/leitlinien

Céphalées primaires et secondaires en tant que symptômes

Pour des besoins pratiques, nous distinguons les céphalées primaires et secondaires.

Céphalées primaires (idiopathiques)

- Pas d'autres affections sous-jacentes connues; ces formes de céphalées présentent une forte spécificité et suivent un schéma temporel précis
- Pas de lésion organique détectable
- Les principales céphalées primaires sont la migraine, les céphalées en grappe et les céphalées de tension
- Diagnostic selon les critères actuels de l'International Headache Society («International Classification of Headache Disorders», 3rd edition, ICHD-3; www.ihs-headache.org) ainsi que de l'International Classification of Orofacial Pain, 1st edition (ICOP), voir <https://ihs-headache.org/en/resources/guidelines>

Céphalées secondaires (symptomatiques)

- Céphalées en tant que symptôme d'une autre affection de base qui doit être recherchée et traitée

Définition des céphalées chroniques

Migraines et céphalées de tension

Céphalées épisodiques: moins de 15 jours par mois

Céphalées chroniques: maux de tête pendant plus de 3 mois, 15 jours ou plus/mois.

Céphalées en grappe

Céphalées épisodiques: épisodes d'une durée de 7 jours à 1 an entrecoupés d'épisodes sans douleurs de 3 mois au moins

Céphalées chroniques: avec ou sans phases de rémission de moins de 3 mois.



Signes d'alarme, red flags

- Anamnèse détaillée s'accompagnant d'un examen clinique et neurologique général
- En cas de signes d'alarme («red flags») annonçant des céphalées secondaires, établir un diagnostic plus approfondi et/ou faire appel à un(e) spécialiste, par exemple:
 - Signes neurologiques (y compris méningisme, troubles de la conscience)
 - Signes systémiques (fièvre, tension artérielle, constellation septique en laboratoire)
 - Symptômes associés généraux (vomissements, troubles de la vision, vertiges, douleurs oculaires)
 - Âge > 50 ans
 - Type, durée et intensité inhabituels des douleurs
 - Déclencheurs ou amplificateurs inhabituels des douleurs (toux, besoin de se moucher, activité sportive, douleurs liées à la position)
 - Céphalée à intensité maximale dès son déclenchement (céphalée en coup de tonnerre)
 - Antécédents (maladie auto-immune, affection maligne, infection, grossesse, post-partum)
 - Prise de médicaments/de substances nocives, troubles de la coagulation
 - Progression et/ou résistance au traitement de la douleur
 - Âge < 3 ans

Objectifs de la gestion des céphalées primaires

Améliorer la qualité de vie

- Établissement d'un plan thérapeutique personnalisé et adapté aux symptômes tenant compte des caractéristiques individuelles du/de la patient(e) (souffrance, croyances, peurs)
- L'objectif n'est pas la guérison, mais une amélioration de la qualité de vie et la réintégration dans la vie quotidienne
- La gestion des céphalées inclut toujours la prise en compte et la mobilisation des propres ressources dans le but de réduire la souffrance
- Un traitement n'est pas nécessaire dans tous les cas, des examens et un entretien explicatif peuvent déjà suffire

Aspects généraux

Aspects généraux

- Vérifier le diagnostic même après le début du traitement, notamment en cas de résistance au traitement
- En premier lieu, traitement par le médecin traitant
- En cas d'incertitude diagnostique ou de résistance au traitement, adresser le/la patient(e) à un/une spécialiste des céphalées

Attention: abus médicamenteux

Modulateurs de céphalée

- Ne pas considérer les facteurs tels que la menstruation, les hormones, la météo, des situations de blocage, etc., comme sans issue

Tenir compte de l'état moral du/de la patient(e)

- L'autoresponsabilité doit être encouragée

Attention: automédication incontrôlée, notamment avec des analgésiques

Avant de commencer un traitement...

- Arrêter de prendre les médicaments qui ne servent à rien ou sont même nocifs
- Contrôler les substances nocives (alcool, caféine, nicotine, etc.)
- Vérifier la gestion personnelle (loisirs, rythme journalier, auto-détermination, gestion du stress, etc.)
- Tenir un calendrier des céphalées (si possible 1 mois avant de commencer le traitement)
- Définition de la stratégie thérapeutique: traitement des crises ou traitement par intervalles versus prophylaxie à long terme ou les deux
- Discuter des objectifs du traitement (par exemple réduction de 50% des crises, qualité de vie, réinsertion professionnelle, etc.), susciter des attentes réalistes

Traitement des crises de migraine

L'objectif du traitement des crises est d'obtenir une réduction aussi rapide et significative que possible des céphalées et des symptômes associés. De manière générale, il est recommandé d'initier le traitement en phase aiguë le plus tôt possible. En cas de migraine avec aura, il est recommandé d'attendre la fin de celle-ci pour utiliser les triptans. Un traitement combinant des AINS, des triptans et/ou des médicaments contre les nausées est souvent judicieux.

Attention: en raison de leur haut potentiel de dépendance, il est recommandé de ne pas utiliser d'opioïdes ni de tranquillisants pour traiter les crises migraineuses.

Médicaments contre les céphalées

En cas de céphalées légères non handicapantes dans la vie quotidienne, des AINS et d'autres analgésiques sont souvent suffisants. En principe, on peut tous les utiliser, de préférence sous forme «rapide» ou sous forme de granulés:

Salicylate d'acétyle	1000mg
Diclofénac	50-150mg
Ibuprofène	400-800mg
Métamizole	500-1000mg
Acide méfénamique	500-1500mg
Naproxène	500-1000mg
Paracétamol (2^e intention en cas de contre-indication aux AINS)	1000mg

En cas de céphalées modérés à sévères avec une incapacité dans la vie quotidienne, le traitement se fait avec les triptans ou les gépants spécifiques à la migraine.

Almotriptan	Comprimés	12,5mg
Élétriptan	Comprimés	40/80mg
Frovatriptan	Comprimés	2,5mg
Naratriptan	Comprimés	2,5mg
Rizatriptan	Comprimés	5/10mg
	Compr. orodisp.	5/10mg
Sumatriptan	s.c.	6mg
	Comprimés	50mg
	Spray nasal	10/20mg
Zolmitriptan	Comprimés	2,5mg
	Compr. orodisp.	2,5mg
	Spray nasal	2,5/5mg
Rimegepant	Comprimé	75mg

Sélection et utilisation des triptans

L'efficacité, le délai d'apparition de l'effet et la durée de l'effet analgésique varient en fonction des triptans.

L'effet du sumatriptan en injection sous-cutanée est le plus rapide, l'élétriptan et le rizatriptan sont les triptans oraux les plus rapides. L'almotriptan et l'élétriptan sont les mieux tolérés. L'effet du naratriptan et du frovatriptan est le plus long.

Si, au bout de 2 h, la crise migraineuse ne s'est pas suffisamment améliorée, il est possible d'administrer un deuxième comprimé de triptan. Si l'effet d'une préparation et la forme galénique sont insuffisants, il est possible et recommandé de changer de préparation.

Attention: Il est recommandé de ne pas passer à un autre triptan dans un laps de temps de 24 h.

Les contre-indications des triptans sont les suivantes:

infarctus du myocarde, AVC, MAP, maladie coronarienne, hypertension artérielle insuffisamment contrôlée, comédication avec des inhibiteurs de la IMAO

Effets secondaires: sensation de pression ou d'oppression, paresthésies

En cas de migraine récidivante (récurrente), il est possible d'initier un traitement avec une combinaison de triptan et d'AINS à effet prolongé dès le début.

Antiémétiques

La résorption des médicaments de phase aiguë doit être garantie. Pendant les crises migraineuses, la motilité gastrique est souvent restreinte de manière significative. Il est alors judicieux d'administrer parallèlement un antiémétique. Certains antiémétiques ont également un léger effet antimigraineux.

Dompéridone	10-20mg
Métoclopramide	10-20mg

En cas d'urgence

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

Salicylate d'acétyle	i.v.	1000mg
Diclofénac	i.v., i.m.	75mg
Métamizole	i.v.	1000mg
Sumatriptan	s.c.; voie nasale	6mg; 20mg
Zolmitriptan	par voie nasale	5mg

Quand est-il indiqué d'administrer une prophylaxie à long terme?

- Plus de 3 crises par mois (ou > de 5 jours)
- Crises très sévères ou de longue durée
- Auras prolongées ou fréquentes
- Efficacité ou tolérance insuffisante des traitements de phase aiguë
- Abus médicamenteux
- Altération prononcée de la qualité de vie
- Souhait du/de la patient(e)

Des mesures non médicamenteuses sont également utilisées en prophylaxie à long terme.

- Entraînement d'endurance aérobie, par exemple 3 fois par semaine de 30 à 45 minutes
- Accompagnement psychothérapeutique (par exemple thérapie comportementale)
- Thérapies de relaxation (par exemple relaxation musculaire progressive, training autogène, biofeedback)
- Acupuncture

Les résultats obtenus pour d'autres méthodes de médecine complémentaire sont controversés, c'est pourquoi il est recommandé aux patients de toujours les évaluer en termes de bénéfices, de risques et surtout de coûts.

Procédés de neurostimulation non invasifs

Il existe des preuves scientifiques de l'efficacité de différents procédés de neurostimulation non invasifs: électrostimulation transdermique du nerf trijumeau ou du nerf vague (TENS/VNS), neuromodulation à distance (REN), stimulation transcrânienne à courant continu (tDCS) et stimulation transcrânienne magnétique (TMS). Ces procédés présentent les avantages suivants: profil d'effets secondaires favorable et optimisation des effets par l'adaptation des paramètres de simulation.

Cefaly®*

gammaCore®

*disponible en Suisse, remboursement des coûts selon la LiMA

Prophylaxie médicamenteuse à long terme: conseils utiles

- En cas de bons résultats (qui devraient se révéler au plus tard au bout de 2 à 3 mois), prophylaxie à long terme pendant une durée de 6 à 12 mois au minimum, voire plus longtemps en fonction de la réponse.
- Les médicaments de phase aiguë ne doivent pas être utilisés pour un traitement à long terme (attention: céphalées par abus médicamenteux)!
- La comorbidité joue un rôle dans le choix du médicament:
 - Prise de poids par exemple avec la flunarizine* et l'amitriptyline
 - Contre-indication des bêtabloquants chez les patients souffrant d'asthme sévère, d'hypotension
 - Les bêtabloquants, la flunarizine* et le topiramate peuvent favoriser la dépression
- Les effets secondaires souhaités peuvent être utilisés de manière ciblée, par exemple:
 - Perte de poids liée à la prise de topiramate
 - Effet sédatif de l'amitriptyline
 - Effet laxatif du magnésium
 - Effet réducteur des bêtabloquants sur la tension artérielle et le pouls

En cas de prophylaxie à base de lamotrigine et de topiramate, il convient de tenir compte des interactions avec les contraceptifs hormonaux! Le topiramate et le valproate sont tératogènes – à n'utiliser que sous contraception sûre!

Pour tous les médicaments, il est impératif de tenir compte au préalable d'éventuelles contre-indications et d'éventuels effets secondaires et d'en informer les patients.

*Arrêt de la production



Antidépresseurs

Amitriptyline*	10-75mg/j
Duloxétine	30-60mg/j
Trimipramine	10-25mg/j
Venlafaxine	75-150mg/j

Anticonvulsivants

Lamotrigine (avec aura)	25-200mg/j
Topiramate*	75-100mg/j
Valproate	500-1500mg/j

Attention: le topiramate et le valproate sont tératogènes - à n'utiliser que sous contraception sûre

Médicaments antihypertenseurs

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

Antagonistes du calcium

Flunarizine**	(5 à) 10mg/j, pas > de 6 mois
---------------	-------------------------------

Substances naturelles

Coenzyme Q10	3x100mg/j
Magnésium	2x300mg/j
Mélatonine	3mg/j
Pétasite	2x75mg/j
Riboflavine (vitamine B2)	2x200mg/j

Anticorps anti-CGRP

(prescription possible uniquement par le/la neurologue)

Eptinézumab*	100mg/3 mois ou 300mg/3 mois
Érénumab*	70 ou 140mg/mois
Frémanézumab*	225mg/mois ou 675mg/3 mois
Galcanézumab*	120mg/mois (dose initiale de 240mg)

Antagonistes du CGRP

(prescription possible uniquement par le/la neurologue)

Atogepant*	10-60mg/j
Rimégépant*	75mg (tous les 2 jours)

*autorisé en Suisse pour le traitement de la migraine **Arrêt de la production

Migraine | Prophylaxie à long terme

Traitement de la migraine chronique

Atogepant*	10-60mg/j
Toxine botulique de type A*	155 U
Anticorps inhibiteurs du récepteur CGRP*	Voir ci-dessus
Topiramate*	100-200mg/j

Céphalées en grappe | Traitement en phase aiguë

Suivi commun du/de la patient(e) avec le/la neurologue.

Traitement des crises

Inhalation d'O ₂ à 100%	Masque	10-12 l/min pendant 10-15 minutes
Sumatriptan	s.c.	6mg
	Spray nasal	20mg
Zolmitriptan	Spray nasal	5mg

Atténuation des épisodes

Prednisone en traitement de choc administrée par voie orale	Dose initiale minimale de 1mg/kg de PC pendant 2 à 5 jours, puis baisser la dose individuellement
Infiltration du nerf grand occipital par le/la spécialiste	

Céphalées en grappe | Prophylaxie à long terme

Suivi commun du/de la patient(e) avec le/la neurologue.

Vérapamil	De 240 à 720mg (contrôle par ECG)
Lithium	Selon le taux sérique
Mélatonine	5-10mg/j
Topiramate	75-100mg/j
Valproate	1000-2000mg/j

Dans les cas réfractaires au traitement: envisager une stimulation bilatérale du nerf occipital.

Céphalées de tension épisodiques

Traitement en phase aiguë

Si possible, éviter les médicaments ou les administrer à dose suffisante

- Doser les analgésiques/AINS de manière adéquate pendant une durée maximale de 10 jours par mois
- Huile de menthe poivrée; application locale, par exemple faire pénétrer par massage des tempes
- Exercices de relaxation et activité physique

Céphalées de tension chroniques

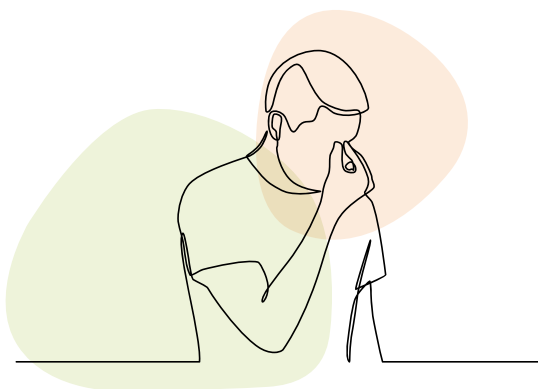
Prophylaxie à long terme

- Exercices quotidiens de relaxation
- Entraînement d'endurance: 3 fois par semaine pendant 30 à 45 minutes
- Biofeedback
- Thérapie manuelle combinée avec du sport et/ou une électrostimulation

Antidépresseurs

Amitriptyline	25-75mg/j
Duloxétine	30-60mg/j
Mirtazapine	15-30mg/j
Venlafaxine	75-150mg/j

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



Céphalées par abus médicamenteux (CAM)

En cas de prise fréquente de médicaments de phase aiguë (analgésiques et triptans), les céphalées par abus médicamenteux (CAM) peuvent devenir chroniques.

- Il est recommandé d'informer tous les patients – surtout ceux qui souffrent de migraines chroniques, de céphalées de tension chroniques et/ou qui prennent des médicaments de phase aiguë plus de 10 jours/mois – de cette corrélation.
- Il est recommandé de limiter la prise d'analgésiques à un maximum de 10 jours/mois.
- Une pause médicamenteuse (sevrage) de 2 à 4 semaines constitue un traitement efficace.
- Dans les cas moins graves, le sevrage peut avoir lieu en ambulatoire. Un suivi médical étroit et l'introduction d'une prophylaxie médicamenteuse sont nécessaires pendant le sevrage.
- En cas d'échec ou si l'échec est prévisible: sevrage d'urgence dans une clinique spécialisée. Durée du séjour pour le sevrage seul: de 7 à 14 jours. Dans certains cas difficiles, un post-traitement spécifique de réadaptation de 2 à 4 semaines peut être nécessaire.
- Traitement des symptômes de sevrage avec des antidépresseurs tricycliques, des neuroleptiques (antiémétiques) et/ou des stéroïdes.
- Chez les patients souffrant de migraines et de céphalées par abus médicamenteux, le topiramate et les anticorps monoclonaux anti-CGRP ou anti-récepteur-CGRP représentent des prophylaxies efficaces. La toxine botulique A constitue une option supplémentaire.
- Les autres traitements de base connus sont également des options pour le traitement des maux de tête sous-jacents.
- Il est recommandé de toujours compléter la prophylaxie médicamenteuse par des mesures non médicamenteuses.
- La poursuite du suivi après le sevrage par un(e) spécialiste en céphalées améliore la durabilité du traitement.

Grossesse

Pendant la grossesse, il convient par principe d'éviter autant que possible le traitement en phase aiguë et à long terme de la migraine ou de formes de céphalées apparentées. Il n'y a guère d'indication vitale. Par ailleurs, même si les résultats des expérimentations animales sont rassurants, l'innocuité des substances neurotropes utilisées habituellement doit être remise en question étant donné que toutes ces substances interfèrent avec le système nerveux du fœtus qui se développe rapidement. Si un traitement est vraiment indispensable:

- **Traitement en phase aiguë**

- Paracétamol (de 500 à 1 000mg, au maximum 2 à 3 g par 24 h). Toutefois, l'utilisation doit rester ponctuelle
- Ibuprofène et acide acétylsalicylique seulement en cas de nécessité absolue et uniquement pendant le premier et le deuxième trimestre
- Triptans seulement après évaluation individuelle des bénéfices et des risques par le/la spécialiste. La plupart des expériences réalisées pendant la grossesse concernent le traitement par sumatriptan.

- **Références:**

- **DE:** <https://www.embryotox.de/arzneimittel/details/ansicht/medikament/sumatriptan>
- **FR:** <https://www.le-crat.fr/articleSearchSaisie.php?recherche=eletriptan>

- **Prophylaxe**

- Exercices de relaxation
- Magnésium
- Cefaly



Menstruation

La migraine purement menstruelle survient les jours -2 à +3 du cycle. Elle se caractérise par l'absence d'aura et la mauvaise réponse aux formes habituelles de traitement. La chute du niveau d'œstrogènes vers la fin du cycle joue un rôle provoquant. L'application prophylactique d'un patch d'œstrogènes est délicate, car, généralement, le premier jour des règles ou aussi le jour -3 se décalent d'un cycle à l'autre. Lorsque le patch est retiré, il est possible qu'une nouvelle migraine de privation hormonale survienne. Le désogestrel est une option chez les femmes qui ont également besoin d'une contraception ou qui ont en plus des crises en dehors de la menstruation.

Hormones pour le traitement de la migraine hormonale et non hormonale

Le progestatif désogestrel peut être utilisé chez les femmes en prophylaxie de ces deux types de migraine. Il agit par ailleurs comme contraceptif. Au début du traitement, des saignements intermédiaires peuvent être ressentis comme gênants étant donné que la pilule progestative est prise sans période d'arrêt. Un avantage important réside dans le fait qu'il n'augmente pas le risque de thrombose ou d'événements cardiovasculaires. Donc, les femmes souffrant de maladies concomitantes qui augmentent le risque de thrombose peuvent aussi utiliser cette hormone.

Contraception en cas de migraine

Migraine avec et sans aura

- Les pilules contraceptives purement progestatives (par exemple le désogestrel par voie orale, l'implant libérant de l'étonogestrel et l'injection à libération prolongée sur 3 mois) ainsi que les dispositifs intra-utérins (DIU) au cuivre sont recommandés en cas de migraine avec aura et peuvent être utilisés en cas de migraine sans aura sans qu'il faille craindre une influence négative sur la migraine.
- Le désogestrel peut aussi avoir un effet thérapeutique.
- Les préparations contraceptives combinées contenant de l'éthinylestradiol et de l'estradiol (la pilule, les patchs, l'anneau vaginal) sont absolument contre-indiqués en cas de migraine avec aura ou en présence de facteurs de risques cardiovasculaires) et relativement contre-indiqués en cas de migraine sans aura.

Migraine cataméniale

- Pilule au désogestrel (effet thérapeutique en plus de la contraception)
- Utilisation de progestatifs retard (injection, implant) seulement en cas de tolérance avérée; dispositifs intra-utérins autorisés, de préférence stérilets au cuivre. Les dispositifs intra-utérins libérant du lévonorgestrel peuvent renforcer la migraine en raison des fluctuations hormonales associées. Toutefois, ils ont parfois également un effet positif, principalement sur les crises menstruelles.

Migraine et endométriose

Environ 20 à 30% des patientes souffrant de migraine sont également atteintes d'endométriose, une maladie inflammatoire chronique hormonodépendante invalidante qui concerne environ 10% des femmes en âge de procréer. Les principaux symptômes sont de fortes douleurs chroniques dans le bas ventre principalement associées à la menstruation, à plus long terme également des douleurs apparaissant lors de la défécation et des rapports sexuels. Il existe aujourd'hui de nombreux indices d'une prédisposition génétique commune aux deux maladies. Les hormones peuvent avoir un effet positif sur les deux maladies. Il est important de tenir compte de la comorbidité afin de pouvoir non seulement optimiser le traitement hormonal, mais également prévenir une consommation excessive d'analgésiques.

Migraine pendant la ménopause

La maturation des follicules n'ayant plus lieu, les taux d'œstrogènes restent à un niveau constamment bas pendant cette période de la vie. Chez la plupart des femmes souffrant de migraine, cela contribue à une réduction de la fréquence et de l'intensité des crises, surtout si ces femmes souffraient de migraines menstruelles. Il est très rare qu'une migraine apparaisse pour la première fois pendant cette phase de la vie.

Céphalées chez la femme

Traitement hormonal de substitution

Une migraine qui régresse lors de la ménopause peut de nouveau s'aggraver sous l'effet du traitement hormonal de substitution. Dans un tel cas, il convient d'évaluer les avantages et les inconvénients du traitement. Dans ce contexte, il faut pondérer l'importance subjective des symptômes causés par la carence hormonale ainsi que le risque individuel d'ostéoporose par rapport à la fréquence, à la gravité et au résultat du traitement des crises de migraine ayant pu être obtenu jusque-là sans hormones.

Si, en revanche, un traitement hormonal de substitution doit être suivi en raison de migraines, la préférence doit être donnée aux hormones absorbées en continu par voie cutanée (patchs, gel) étant donné qu'avec ce type d'application, la fluctuation du taux sanguin est moins importante que sous prise de comprimés.

Les céphalées chez l'enfant et l'adolescent

Chez l'enfant et l'adolescent aussi, une anamnèse détaillée ainsi qu'un examen général et neurologique sont les éléments les plus importants du diagnostic. Les procédés d'imagerie ne sont indiqués que si l'anamnèse est inhabituelle pour des céphalées primaires, s'il existe des signes d'alarme et/ou si l'examen neurologique n'est pas normal. En cas de céphalées primaires, la peur des parents que leur enfant soit atteint d'une tumeur cérébrale peut être dissipée grâce à une bonne information.

Un journal des céphalées – comprenant un calendrier des cycles menstruels pour les adolescentes – est important pour des raisons diagnostiques et dans le but de surveiller le traitement.

Des mesures visant à optimiser le style de vie et à prévenir ainsi les céphalées au quotidien sont importantes et surtout utiles pendant l'enfance et l'adolescence: prendre des repas réguliers (de manière ciblée, également avant les activités sportives), boire suffisamment, dormir suffisamment et éviter de consommer des boissons caféinées de manière régulière (p. ex. Coca-Cola, Red Bull, thé glacé). Les situations de stress causées par un manque de stimulations ou, au contraire, un surmenage à l'école ou bien une offre surabondante d'activités de loisirs doivent être tirées au clair.

Le traitement des céphalées primaires (le plus souvent des céphalées de tension et des migraines qui peuvent également apparaître durant l'enfance et l'adolescence) cible avant tout l'amélioration de la qualité de vie.

Les céphalées chez l'enfant et l'adolescent

Traitement de la migraine en phase aiguë

Chez les enfants en âge préscolaire ou qui fréquentent les premières classes de l'école primaire, dormir pendant environ 3/4 d'heure maximum peut parfois suffire pour combattre une brève crise de migraine sans que des médicaments ne soient nécessaires. Chez les enfants plus âgés et les adolescents, des médicaments de phase aiguë sont souvent nécessaires en cas de crises prolongées et plus sévères, ceux-ci devant être administrés le plus tôt possible pendant la crise.

Produits dont l'efficacité a été prouvée

Analgésiques/AINS		
Ibuprofène	Au max. toutes les 6 h	5-10mg/kg de PC
Paracétamol	Au max. toutes les 4 h	15mg/kg de PC
Acide acétylsalicylique	À utiliser de manière préférentielle à partir de 12 ans, au max. toutes les 4 h	5(-10)mg/kg de PC

Triptans		
Sumatriptan Spray nasal	À partir de 12 ans, au max. 40mg/24 h	10mg: de 20 à 39 kg de PC 20mg: ≥40 kg de PC
Également basé sur des preuves, mais «off label» en Suisse et à partir de 12 ans:		
Zolmitriptan spray nasal	5mg	Au maximum toutes les 12 h
Rizatriptan en comprimés orodispersibles	5 ou 10mg	Au maximum toutes les 12 h
Almotriptan en comprimés	12,5mg	Au maximum toutes les 12 h

Antiémétiques (administrés en cas de nausées lors de la prise de médicaments de phase aiguë)		
Dompéridone orodispersible	Au maximum toutes les 12 h	10mg; pour un PC > 35kg

Les céphalées chez l'enfant et l'adolescent

Prophylaxie à long terme de la migraine

Indiquée en cas de traitement inefficace d'une crise et/ou d'altération fréquente de la qualité de vie (3 à 4 fortes crises/mois, éventuellement avec perte de temps scolaire/temps de loisirs), ou aussi en cas de céphalées par abus médicamenteux.

Complément alimentaire peu fondé sur des preuves, néanmoins souvent efficace:

Magnésium	9mg/kg/jour = 0,37mmol/kg/jour en 2(-3) doses individuelles
-----------	---

En alternative ou souvent en combinaison avec du magnésium:

Riboflavine	(vit. B2) 200 à 300 (au maximum 400) mg/jour en 2 doses individuelles
-------------	---

L'efficacité de la prophylaxie à long terme doit être évaluée au minimum pendant 1 à 2 mois et, comme pour le traitement des crises, elle doit apporter une amélioration de plus de 50%, en raison de l'effet placebo élevé pendant l'enfance!

Il est recommandé de demander à un(e) spécialiste des céphalées expérimenté(e) de définir l'indication des médicaments prophylactiques dont l'efficacité est fondée sur des données probantes.

Efficacité fondée sur des preuves chez l'enfant et l'adolescent:

Flunarizine*	1-2 comprimés de 5mg/jour
--------------	---------------------------

Attention: prise de poids et somnolence fréquentes (administration le soir!), humeur dépressive possible.

Propranolol	De 0,5 à 3mg/kg de PC/jour	Effets indésirables: symptômes orthostatiques, humeur dépressive, limitation des performances Contre-indications: asthme, arythmie
Topiramate	De 2 à 4mg/kg de PC/jour, au max. 100mg/jour	Effets indésirables: effets neurocognitifs dose-dépendants, perte de poids
Amitriptyline	De 0,2 à 1mg/kg de PC/jour, au max. 100mg/jour	Contre-indications: intervalle QT allongé

*Arrêt de la production

Les céphalées chez l'enfant et l'adolescent

En cas de prise de traitements de crise trop fréquente (> de 10 jours de traitement/mois pendant ≥ 3 mois), on peut observer, rarement chez l'enfant et occasionnellement chez l'adolescent, des céphalées sur abus médicamenteux (voir p. 13).

Dans de rares cas, dans le contexte de migraines épisodiques fréquentes (> 8/mois) ne répondant pas aux médicaments prophylactiques susmentionnés, des spécialistes expérimentés dans le domaine des céphalées (neurologues) peuvent envisager, même chez les adolescents (postpubères), un traitement prophylactique avec des anticorps anti-CGRP (voir p. 10) malgré l'absence d'études probantes > 18 ans après approbation médecin conseil .

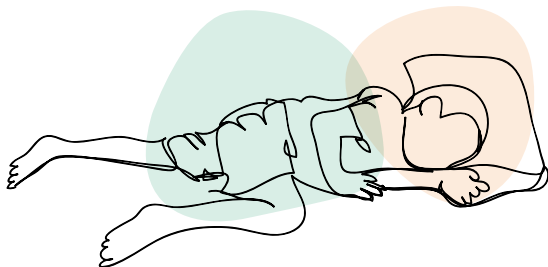
Migraine chez l'adolescente

Il convient de penser à la possibilité d'une migraine associée aux menstruations. Il est recommandé de laisser au/à la spécialiste des céphalées et au/à la gynécologue spécialisé(e) en endocrinologie le soin de décider d'un traitement hormonal.

Céphalées de tension

S'il n'est pas possible d'aborder de manière primitive les facteurs à l'origine de la tension (à chercher le plus souvent à l'école ou dans la famille ou, chez l'adolescent, une dépression sous-jacente peut aussi être l'élément déclencheur), les mesures suivantes sont recommandées:

- Pas médicaments (dans la mesure du possible)
- Sommeil suffisant
- Activités (d'endurance) physiques ou sportives régulières
- Exercices de relaxation/thérapie de relaxation et physiothérapie
- Traitement probatoire au magnésium (voir posologie indiquée pour la migraine)



Névrалgie du trijumeau et autres névrалgies crâniennes

Diagnostic:

Selon les critères clinique, mais toujours avec une IRM à haute résolution avec produit de contraste pour exclure une céphalée secondaire. En cas de contre-indication à l'IRM, envisager un scanner et/ou des procédures neurophysiologiques.

Pharmacothérapie

Médicaments de 1^{ère} intention

Carbamazépine – dose initiale de 200mg (personnes âgées 100 à 200mg) jusqu'à 1 200mg/j au max.

Attention: contrôle des paramètres hépatiques et des concentrations d'électrolytes (hyponatrémie), réactions allergiques, effets secondaires cognitifs, éventuellement exclure l'allèle HLA-A*3101.

Médicaments de 2^e intention

Oxcarbazépine – dose initiale de 600 à 2 400mg/j au max.

Attention: hyponatrémie, réactions cutanées allergiques

Gabapentine – dose initiale de 300 à 2 400mg/j au max.

Prégabaline – dose initiale de 150 à 600mg/j au max.

Lamotrigine – dose initiale de 25 à 400mg/j au max.

Valproate – dose initiale de 300mg, augmenter la dose de 300mg tous les 2 à 5 jours jusqu'à 20 à 30mg/kg/jour (chez les femmes en âge de procréer, uniquement avec une contraception sûre)

Médicaments de 3^e intention

Clonazéпам – dose initiale de 0,5 à 8mg/j au max.

Les combinaisons d'antiépileptiques et d'antidépresseurs tricycliques ont été décrites.

Antidépresseurs tricycliques, par exemple la clomipramine et l'amitriptyline – dose initiale de 25mg à 150mg/j

En cas d'exacerbations aiguës:

phénytoïne i.v. ou éventuellement aussi lacosamide i.v. (en stationnaire)

Traitements chirurgicaux et interventionnels en cas de céphalées primaires

Procédures chirurgicales

En cas de névralgies idiopathiques du trijumeau ou d'autres nerfs crâniens, une intervention neurochirurgicale est indiquée en cas d'efficacité insuffisante des médicaments ou d'effets secondaires jugés trop importants. L'indication et le choix de la méthode de traitement doivent être posés de manière interdisciplinaire après confirmation neurologique du diagnostic par un spécialiste. Les méthodes disponibles, dont l'efficacité a été confirmée, sont une cure chirurgicale du nerf trijumeau au niveau de sa sortie du tronc cérébral (que l'on appelle décompression microvasculaire selon Jannetta), différentes interventions à l'aiguille sous anesthésie locale (thermocoagulation, injection de glycérine ou compression par ballonnet) l'irradiation du nerf irradiation du nerf focalisée en une seule fois à proximité du tronc cérébral (appelée «radiochirurgie»).

Il n'existe actuellement aucune intervention chirurgicale dont l'efficacité a été scientifiquement prouvée pour traiter la migraine et les céphalées de tension. Notamment, les interventions chirurgicales au niveau du nez et des sinus, les extractions dentaires, la fermeture d'un foramen ovale ouvert ou les interventions au laser sur l'œil sont, dans le meilleur des cas, expérimentales et comportent des risques de complication non négligeables. Par analogie avec les directives d'autres sociétés internationales de lutte contre les céphalées, nous déconseillons ces mesures d'une manière générale.

Sont également déconseillées les «chirurgies de la migraine» pendant lesquelles des structures du visage ou de la tête (muscles, nerfs) supposées déclencher des céphalées sont détruites de manière ciblée. Ces interventions reposent sur des théories physiopathologiques qui ne sont pas avérées et qui entrent en conflit avec les connaissances scientifiques actuelles relatives à l'origine de la migraine. L'efficacité alléguée par les utilisateurs est basée sur une opinion personnelle et n'est pas reconnue par des sociétés spécialisées nationales et internationales. Des publications répondant à un standard minimum en termes de qualité scientifique font notamment défaut. Des complications graves et irréversibles sont par ailleurs possibles, entre autres une mutilation esthétique, des infections ou des déficits neurologiques, y compris des douleurs d'un type nouveau.

En cas de céphalées en grappe résistant au traitement, différentes études fournissent des indications sur l'efficacité de certains procédés invasifs de neurostimulation (nerf occipital, ganglion sphéno-palatin ou hypothalamus). Dans le cadre d'une récente étude randomisée, il a notamment été démontré qu'une stimulation du nerf occipital réduisait la fréquence des crises (étude ICON, 2021). Il est recommandé de soumettre cette intervention à l'évaluation d'un conseil multidisciplinaire. L'efficacité potentielle de ces procédés contre la migraine chronique résistant au traitement fait actuellement l'objet d'études; il n'existe pas de preuves avérées.

Physiothérapie dans le cas de céphalées primaires

- **Entraînement d'endurance modéré**

(Remarque: les patients doivent se sentir fatigués par l'effort, mais encore pouvoir parler).

Formes possibles d'entraînement d'endurance:

Marche nordique, jogging léger, randonnée, natation, aérobic, ski de fond, tapis de course, rameur, vélo elliptique

- **Exercices pour les muscles du cou et de la mâchoire:**

- Musculation, coordination
- Exercices d'équilibre pour l'ensemble du corps
- Ces derniers peuvent même remplacer l'entraînement d'endurance

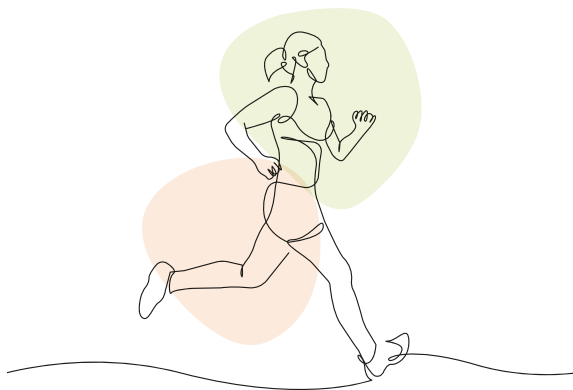
- **Techniques thérapeutiques manuelles:**

Elles constituent toujours un complément aux mesures susmentionnées et ne doivent être appliquées qu'aux patients ayant répondu positivement aux techniques manuelles pendant le diagnostic.

- **Éducation des patients:**

Par exemple concernant les possibilités de traitement physiothérapeutique et les corrélations telles que le stress et les changements d'habitudes de sommeil (le cas échéant, il convient de mettre des procédures de thérapie psychologique en place)

On obtient les meilleurs résultats en combinant l'entraînement d'endurance, les exercices de renforcement musculaire et l'éducation des patients.



La Société Suisse des Céphalées (SSC)

Depuis 1995, la Société Suisse des Céphalées (SSC) regroupe des médecins spécialistes, des médecins de premier recours, des scientifiques et d'autres groupes professionnels qui se consacrent au problème des céphalées. Son objectif est de promouvoir la recherche, le diagnostic et le traitement des céphalées ainsi que de transmettre les connaissances les plus récentes aux médecins, aux patients et aux scientifiques. Par ailleurs, le secrétariat administratif de la société est souvent le premier interlocuteur des personnes concernées. La SSC est membre de la «European Headache Federation» et fait partie depuis 1996 de la «International Headache Society».

Avec ses quelque 150 membres, principalement des neurologues, mais aussi des médecins internistes et des psychiatres, la SSC poursuit les objectifs suivants:

- Promotion du travail scientifique et recherche dans le domaine des céphalées
- Amélioration de la coopération entre les médecins et les parties prenantes des groupes professionnels qui sont engagés dans le traitement et le suivi de patients souffrant de céphalées ou font de la recherche dans le domaine des céphalées
- Information des personnes concernées et de leurs proches sur les possibilités de traitement les plus récentes

Ainsi, la SSC offre une plateforme polyvalente sur la prise en charge et le traitement des céphalées s'adressant aux spécialistes des céphalées et aux médecins de premier recours, mais aussi aux patients.

Commission thérapeutique

La commission thérapeutique est composée de professionnels de la santé qui disposent d'une expertise particulière dans le traitement des patients souffrant de céphalées. L'une de leurs missions est la publication régulière de recommandations concernant les traitements des céphalées les plus courants et les plus récents.

Congrès

Dans le cadre de ses congrès annuels, la SSC coopère étroitement avec d'autres sociétés afin de promouvoir la communication collégiale interdisciplinaire et l'échange de connaissances, mais aussi de développer des synergies.

Site web

Le site web disponible en trois langues s'adresse autant aux professionnels de la santé qu'aux patients. Il propose des recommandations pour la pratique quotidienne et des informations sur les nouvelles tendances et possibilités, et parfois d'un débat critique entre nos spécialistes. Il est en outre possible de télécharger des documents tels que le calendrier des céphalées.

Membres de la Commission thérapeutique de la SSC

C. Andrée, S. Biethahn, N. Bischoff, K. Böttger,
M. J. Emmenegger, D. Flügel, U. Galli, A. Gantenbein,
C. Gobbi, T. Iff, C. Käseberg, A. Kleinschmidt, G. Merki,
A. Palla, A. Papadopoulou, C. Parzini, H. Pohl, Ch. Schankin,
P. Stellmes, M. Sturzenegger, E. Taub, S. Wegener, C. Zecca

Les présentes recommandations pour le traitement des céphalées reposent sur des preuves scientifiques et/ou sur l'expérience clinique des autrices et auteurs. Elles sont données indépendamment des dispositions réglementaires et administratives telles que l'inscription à Swissmedic, des limitations ou de l'admissibilité aux caisses.

Adresse de correspondance

Société Suisse 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

© 2023 Société Suisse des Céphalées

Édition et mise en page:

IMK Institut pour la médecine et la communication SA

Toutes les substances sont énumérées par ordre alphabétique.

Nous remercions les institutions suivantes pour leur aimable soutien:

BioMed[®]

Lilly

A MEDICINE COMPANY

Lundbeck



mepha



teva



NOVARTIS

Notes

