

Céphalées et prise en charge

Dre Marzieh Eghtesadi
Clinique Antidouleur
Hôpital Hôtel-Dieu CHUM
25 octobre 2016

Plan de la présentation

- Classification et diagnostic
 - Céphalées **primaires** et **secondaires**
- **Migraine** et pathophysiologie
- Traitement de la migraine
- **Céphalée de tension**
- **Céphalée cervicogène**
- **Céphalée post-traumatique**
- Céphalées et drapeaux rouges

- The International Classification of Headache Disorders (IHS)
- 3rd edition (beta version)
 - **Part one: the primary headaches**
 - Part two: the secondary headaches
 - Part three: painful cranial neuropathies, other facial pains and other headaches
 - Appendix

Part one: the primary headaches

- 1. **Migraine**
- 2. Tension-type headache
- 3. Trigeminal autonomic cephalalgias
- 4. Other primary headache disorders

Migraine

- Diagnostic clinique
- Affecte 15% population adulte
- 1% de la population souffre de migraine chronique
- 7^e cause d'invalidité de toutes les maladies
 - Coûts de santé indirects énormes (présentéisme, absentéisme)
- a/n mondial près de 850 millions de personnes (2013)

Diagnostic

- Dx céphalée actuelle/ dernière année (phénotype)
- Spécifier chaque sous-type ex: MA/MO/MOH
- Lorsque ≥ 1 dx, écrire selon ordre d'importance
- En cas de doute:
 - Faire une hx longitudinale, ATCD fam, effets des Rx, âge, sexe, relation menstruelle, caractéristiques associées
- Poser un dx: min. #crises/attaques, périodicité
- Spécifier fréquence et sévérité
- *'Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis'*

Migraine

Pathophysiologie:

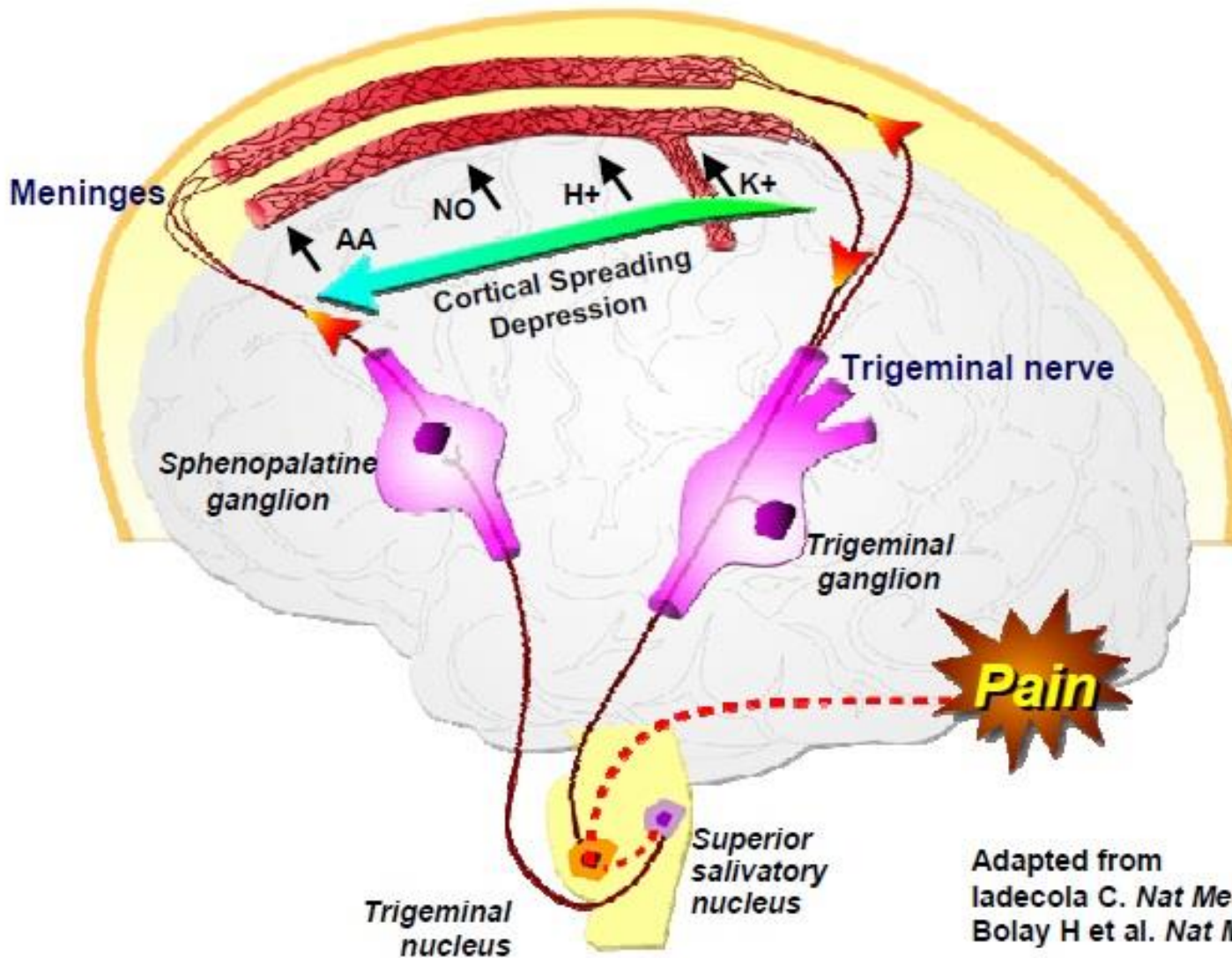
- Désordre neurovasculaire et nociceptif impliquant le système trigéminovasculaire
- Forte prédisposition génétique
- Facteurs externes (environnement, stress, fatigue)+biologiques (hormones/cycle menstruel)
- Dysfonction des structures impliquées dans la modulation des afférences nociceptives trigéminées.
 - PAG, RVM, locus coeruleus, noyau du raphé dorsal, noyau salivaire supérieur
 - Hypothalamus, thalamus, cortex

Migraine

- Pathophysiologie
- Couplage entre des changements vasculaires et neurophysiologiques
- Phénomène de dépression corticale
 - Vague d'hyperactivité électrophysiologique neuronale
vitesse de propagation a/n cortex visuel 2-5mm/min
 - Vaisseaux: hyperémie initiale suivie d'une oligémie prolongée
 - Aura 15-30% migraineurs

Migraine

- Dépression Corticale

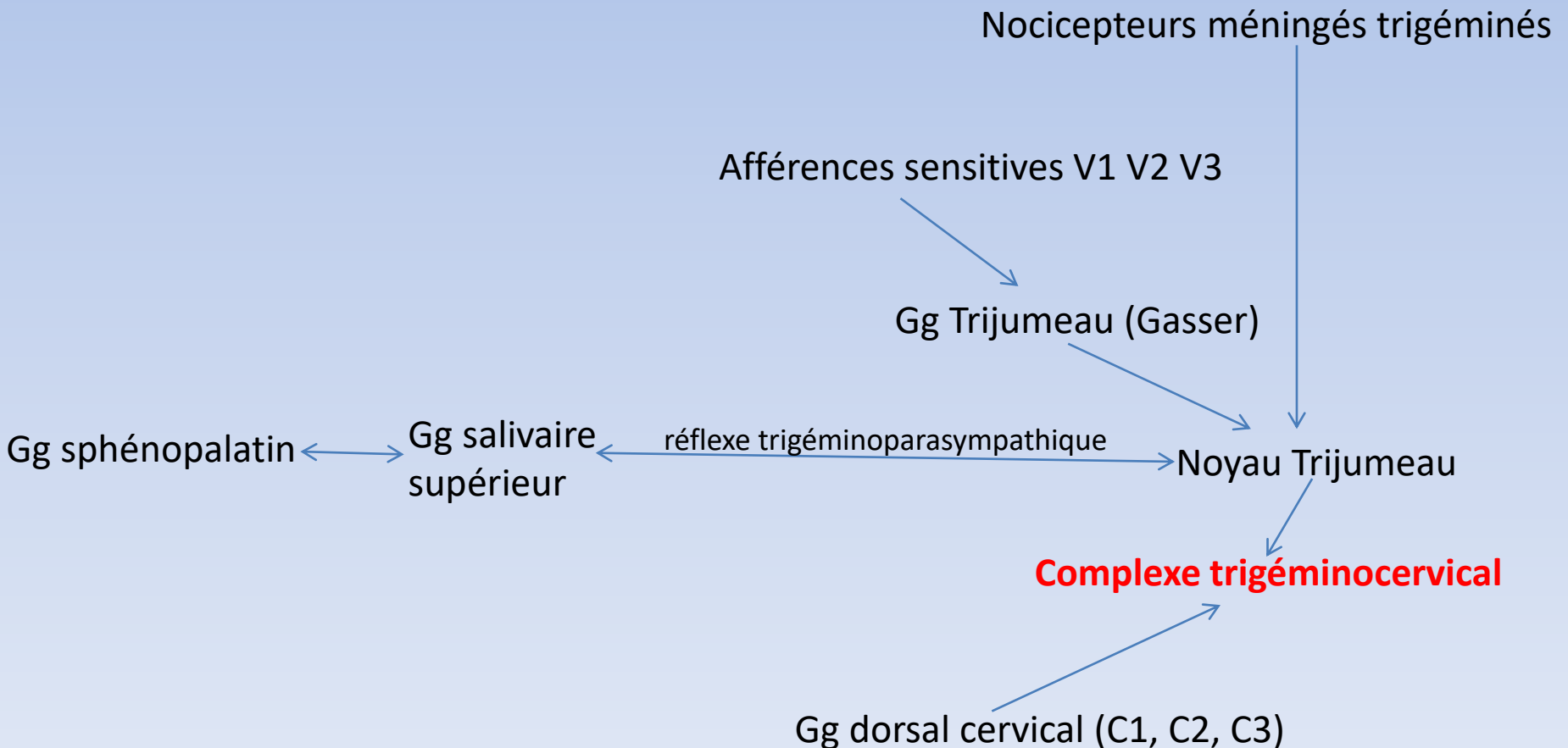


Adapted from
Iadecola C. *Nat Med* 2002;
Bolay H et al. *Nat Med*. 2002.

Migraine

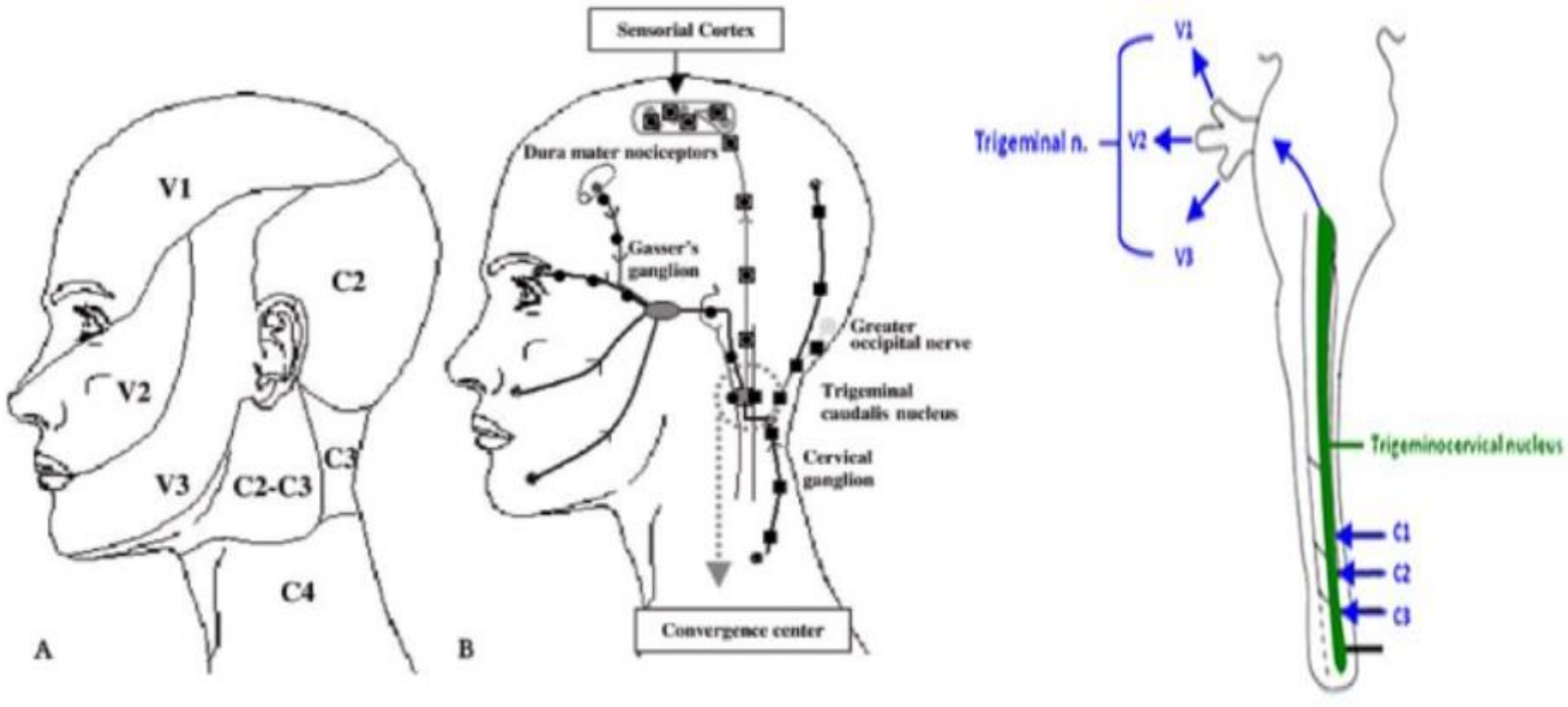
Pathophysiologie

- Complexe Trigéminocervical



Migraine

- Irradiation de la douleur



Migraine

Substances neuroinflammatoires:

- CGRP
- NEUROKININE A
- SUBSTANCE P
- OXIDE NITRIQUE (NO)
- PEPTIDE INTESTINAL VASOACTIF (VIP)

Migraine

Pathophysiologie

- Allodynie céphalique- sensibilisation périphérique
- Allodynie extracéphalique- sensibilisation centrale
 - Neurones 2e et 3e ordre

Migraine

Critères diagnostiques IHS

5 attaques remplissant les critères

Durée 4-72 h

2 des caractéristiques suivantes (lorsque NON traité):

- Pulsatile
- Unilatérale
- Dlr modérée à sévère
- Aggravée par l'activité physique de routine

Durant la céphalée, au moins 1 de:

- Nausée et/ou vomissement
- Photophobie et phonophobie

Non attribué à un autre désordre

Dx: Migraine avec ou sans aura, épisodique ou chronique (≥ 15 jrs/mois)

Migraine avec aura

- Attaques récurrentes de sx neurologiques réversibles généralement accompagnées d'une migraine
 - **Visuelle**
 - Sensitive
 - Dysarthrique/aphasique
 - Motrice
 - Rétinienne
 - Basilaire
- À début graduel ≥ 5 min, durée ≤ 60 min
- Suivi de la céphalée à l'intérieur de 60minutes

Migraine

- Traitement de crise PRN
- Traitement de fond/prophylactique/préventif/quotidien

Migraine- Traitement de crise

(Canadian Headache Society)

Table 2: Acute Migraine Treatment Strategies

1. Mild-moderate attack strategies:
 - a. Acetaminophen strategy
 - b. NSAID strategy
2. Moderate-severe attack or NSAID failure strategies:
 - a. NSAID with triptan rescue strategy
 - b. Triptan strategy
3. Refractory migraine strategies:
 - a. Triptan – NSAID combination strategy
 - b. Triptan – NSAID combination with rescue medication strategy
 - c. Dihydroergotamine strategy
4. Vasoconstrictor unresponsive-contraindicated strategy
5. Menstrual migraine strategy
6. Migraine during pregnancy strategy
7. Migraine during lactation strategy

Table 8: Triptan formulations available in Canada, with doses most commonly used*

Medication	Formulation and dose (mg)			
	Tablet	Wafer**	Nasal spray	Injection
Sumatriptan	50, 100		20	6
Zolmitriptan	2.5	2.5	5	
Rizatriptan	10	10		
Naratriptan	2.5			
Eletriptan	40			
Almotriptan	12.5			
Frovatriptan	2.5			

Imitrex
Zomig
Maxalt
Amerge
Relpax
Axert
Frova

Migraine

- Prise en charge pharmacologique
- Traitement de crise

Limiter la consommation d'analgésiques

ex: triptans *Max 2 doses/24h*

Max 10jrs/mois

Migraine

- Traitement prophylactique
 - Considérer lorsque céphalées fréquentes ≥ 6 jrs/mois

Migraine- Traitement de fond

Traitements de fond (préventifs) disponibles (NON exhaustif)

Anti-épileptiques	Topimarate (Topamax) Gabapentin (Neurontin) Acide valproïque (Epival, Depakene)
Anti-dépresseurs	Amitryptiline (Elavil) Nortriptyline (Aventyl), Venlafaxine (Effexor)
Anti-hypertenseurs	Nadolol (Corgard) Metoprolol (Lopressor) Propanolol (Inderal) Candesartan (Atacand) Lisinopril (Prinivil)
Produits naturels	Coenzyme Q10 Magnésium citrate Pétasite (Petadolex) Vitamine B2 ou riboflavine
Injections	Botox (migraine chronique seulement) Bloc du grand nerf occipital (Arnold) avec cortisone et analgésique

Migraine

- Prise en charge non pharmacologique

Habitudes de vie anti-migraineuses

Déclencheurs	Beaucoup de déclencheurs sont possibles (voir la liste sur notre site). Pour identifier vos déclencheurs, utilisez un calendrier de crises.
Sommeil	Routine régulière avec 7-8 h par nuit. Avoir une bonne hygiène de sommeil.
Repas	Sauter un repas, déjeuner tard, manger espacé et être déshydraté favorisent la migraine.
Caféine	Nuisible au sommeil après 15 h. Soulage pendant une crise, mais le sevrage les déclenche... Limiter la caféine à 300-400 mg par jour max.
Surpoids	À minimiser ; associé avec la migraine chronique (fréquente).
Relaxation	Les techniques de relaxation ou la méditation réduisent la fréquence des crises si pratiquées régulièrement.
Exercice	L'exercice aérobique avec essoufflement modéré pendant 30 minutes 3 fois par semaine recommandé ; à éviter pendant les crises.

Migraine

- Traitement prophylactique
 - Nouveautés pharmacologiques
 - Anticorps monoclonaux CGRP
 - **Erenumab** (Aimovig) 70 ou 140mg inj 1fois/mois
 - **Galcanezumab** (Emgality) dose de charge 240mg puis 120mg 1fois/mois
 - Objectif: réduction fréquence des crises 50%
 - Durée d'essai minimum 3 mois
 - Contre indication: comorbidités cardiovasculaires, pédiatrie, femme enceinte/allaitement, plus de 75 ans

Migraine

- Traitement prophylactique
 - Considérer lorsque céphalées fréquentes ≥ 6 jrs/mois

Migraine

- Prise en charge non pharmacologique

Habitudes de sommeil suggérées (selon Calhoun et al, Headache 2007)

- 1) Avoir un horaire qui permet 8h de sommeil.
- 2) Éliminer les écrans de la chambre à coucher. Pas de télé, d'ordinateur, de tablette électronique, de téléphone au lit. Ne JAMAIS travailler au lit. Régler les problèmes avant de vous coucher.
- 3) Apprendre une technique de visualisation pour faciliter l'endormissement, par exemple un scénario relaxant, un endroit apaisant.
- 4) Manger plus de 4h avant le coucher, pour diminuer le reflux. Ne pas boire moins de 2h avant de se coucher, pour ne pas avoir à uriner durant la nuit.
- 5) Éliminer les siestes durant la journée. Les siestes déconstruisent l'horaire de sommeil.

Classification

Part one: the primary headaches

- 1. Migraine
- 2. **Tension-type headache**
- 3. Trigeminal autonomic cephalalgias
- 4. Other primary headache disorders

Migraine vs Céphalée de tension

Différences	Migraine	Tension
Durée	4-72h	30min-7jrs
Caractère	Pulsatile	Serratif
Latéralité	Unilatérale	Bilatérale
Intensité	Mod-sévère	Léger-moderé
Facteur aggravant	Activité physique de routine	Non aggravé.
Nausée, vomissement	Oui, min 1	Aucun
Photophobie, phonophobie	Oui, les 2	1 des 2 max
Facteur déclenchant	Menstruations, ROH, aliments, fatigue, les odeurs fortes, les auras	Stress, fatigue, menstruations

Classification

Part one: the primary headaches

- 1. Migraine
- 2. Tension-type headache
- 3. **Trigeminal autonomic cephalalgias**
- 4. Other primary headache disorders

Céphalées trigéminées autonomiques

- Céphalée de Horton (Cluster)
- Hémicrânie paroxystique/ chronique
- Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing (SUNCT)
- Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with cranial autonomic symptoms (SUNA)
- Hémicrânie continua

Tx Céphalées de Horton

Acute medications		
Medication	Dose	Comment
Subcutaneous sumatriptan	6 mg	May be used up to 2 times a day [†] , fast-acting, treatment of choice
Oxygen	100% oxygen	Use a flow rate of 12 L/minute, for 15 minutes, non-rebreathing mask
Intranasal zolmitriptan	5 mg	May be used up to 2 times a day [†]
Subcutaneous or Intramuscular DHE	1 mg	May be used up to 3 times daily
Intranasal sumatriptan	20 mg	May be used up to 2 times a day [†] , more evidence is available for zolmitriptan nasal spray
Transitional medications		
Prednisone	60-80 mg daily (starting dose)	One paradigm: 70 mg daily for 4 days, then reduce daily dose by 5 mg everyday (17 days course)
Subcutaneous or Intramuscular DHE	1 mg	Is often used 2 or 3 times a day for a week if tolerated and may be continued once or twice a day for another week – longer if necessary and tolerated. Note contraindications, watch for vasoconstriction-related side effects
Occipital nerve block with steroids	Methylprednisolone (slow release) 40-80 mg (or equivalent)	Is usually done in combination with lidocaine, repeated injections can be used, role of systemic absorption in therapeutic response is unclear
Prophylactic medications		
Verapamil	80 mg 3 times a day (starting dose)	Increase dose by 80 mg every week up to 480 mg daily, then increase more slowly if needed by 80 mg every 2 weeks (other dose escalation paradigms have also been recommended, some faster, some slower), baseline and periodic EKGs should be considered (see text)
Lithium	300 mg twice a day (starting dose)	Increase to 300 mg 3 times a day after 1 week if no response, do lithium blood levels and increase further if necessary (usual therapeutic range 0.4-0.8 mEq/L)

Céphalées secondaires

- Céphalées cervicogènes
- Céphalées post traumatiques
- *Headache or facial pain attributed to disorder of the cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cervical structure*

Céphalée cervicogène

- Attribué à un désordre du cou
- Unilatéral, toujours du même côté
- Exacerbé par les mouvements du cou
- Résolution après bloc avec agent anesthésique de la structure/nerf impliqué

Céphalée post-traumatique

- Début ≤ 7 jrs suivant trauma
 - Trauma Léger
 - GCS ≥ 13 , PdeC ≤ 30 min
 - Trauma Mod-Sév
 - GCS < 13 , PdeC > 30 min, amnésie post trauma > 48 h
 - Lésion cérébrale à l'imagerie
- Sx commotion cérébral:
 - Trouble d'équilibre, diminution de la concentration, difficulté à travailler/performer, irritabilité, humeur dépressive, trouble du sommeil
- Résolution après 3 mois suivant trauma crânien

Céphalée post-traumatique

- Céphalée 2aire
- Distinguer le phénotype
- Stratégies de traitements non pharmacologiques
 - Compresses chaudes/ froides
 - Massage
 - Exercices de relaxation/respiration
 - Détente, repos
 - Horaire de sommeil régulier/suffisant
 - Repas réguliers, hydratation

Céphalée post-traumatique

Traitements pharmacologiques

- **Traitement de fond/ prophylactique**
- **Addresser les comorbidités!**
 - 1er ligne: TCA et Bbloq
 - 2e ligne: Topiramate, GBP
 - 3e ligne: VPM, Pizotifen, Flunarizine
 - Botox
 - Bloc GNO
- **Traitement de crise**
 - AINS, ASA, combinaisons (ex avec codeine/caféine)
 - Triptans

Drapeaux rouges en céphalée- SNOOP



American Headache Society
Headache Curriculum



Worrisome Headache Red Flags—“SNOOP”

- SYSTEMIC SYMPTOMS (fever, weight loss) or SECONDARY RISK FACTORS (HIV, systemic cancer)
- NEUROLOGIC SYMPTOMS or abnormal signs (confusion, impaired alertness or consciousness)
- ONSET: sudden, abrupt, or split-second
- OLDER: new onset and progressive headache, especially in middle age >50 yr (giant cell arteritis)
- PREVIOUS HEADACHE HISTORY: first headache or different (change in attack frequency, severity, or clinical features)

Dx secondaires à considérer

- Néoplasie intracérébrale
 - Hypo/hypertension intrânienne
 - Céphalée d'origine cardiogène
 - HTN nocturne
 - SAHS
 - Dysglycémies
 - ↑ pression intraoculaire
 - Bruxisme/ Dysfxn de l'ATM
- Céphalée nocturne/ "alarm-clock/hypnique"
-

Conclusions

- Poser le bon diagnostic avant tout!
- Distinguer les céphalées primaires VS secondaires
- Connaître les options pharmacothérapeutiques
- Optimiser les traitements de combinaison lorsque nécessaire
- Objectiver l'évolution à l'aide de calendriers
- Discuter les options non pharmacologiques
- Tenir compte des comorbidités médicales
- Éliminer les pathologies secondaires dangereuses

Merci