



Université Lille Nord de France  
Pôle de Recherche  
et d'Enseignement Supérieur

# Migraine et Abus de Médicaments

## Approches diagnostiques et thérapeutiques des Céphalées Chroniques Quotidiennes...

Pr D. DEPLANQUE

Département de Pharmacologie médicale - EA 1046,  
Institut de Médecine Prédictive et de Recherche Thérapeutique,  
Université de Lille 2 et CHRU de Lille.

Liens d'intérêt :

Boeinger-Ingelheim, BMS, Pfizer, Sanofi (déplacements, expertises, conférences)  
Tous (ou presque) industriels du médicament et des DM (Centre d'Investigation Clinique)



# Les céphalées quotidiennes...

- A. Constituent un tableau clinique plutôt rare
- B. Peuvent être une complication en rapport avec l'évolution d'une migraine ou de céphalées de tension
- C. Témoignent de la présence d'une lésion cérébrale
- D. Sont d'abord liées à la consommation de triptans
- E. Le retentissement sur la vie quotidienne reste modéré

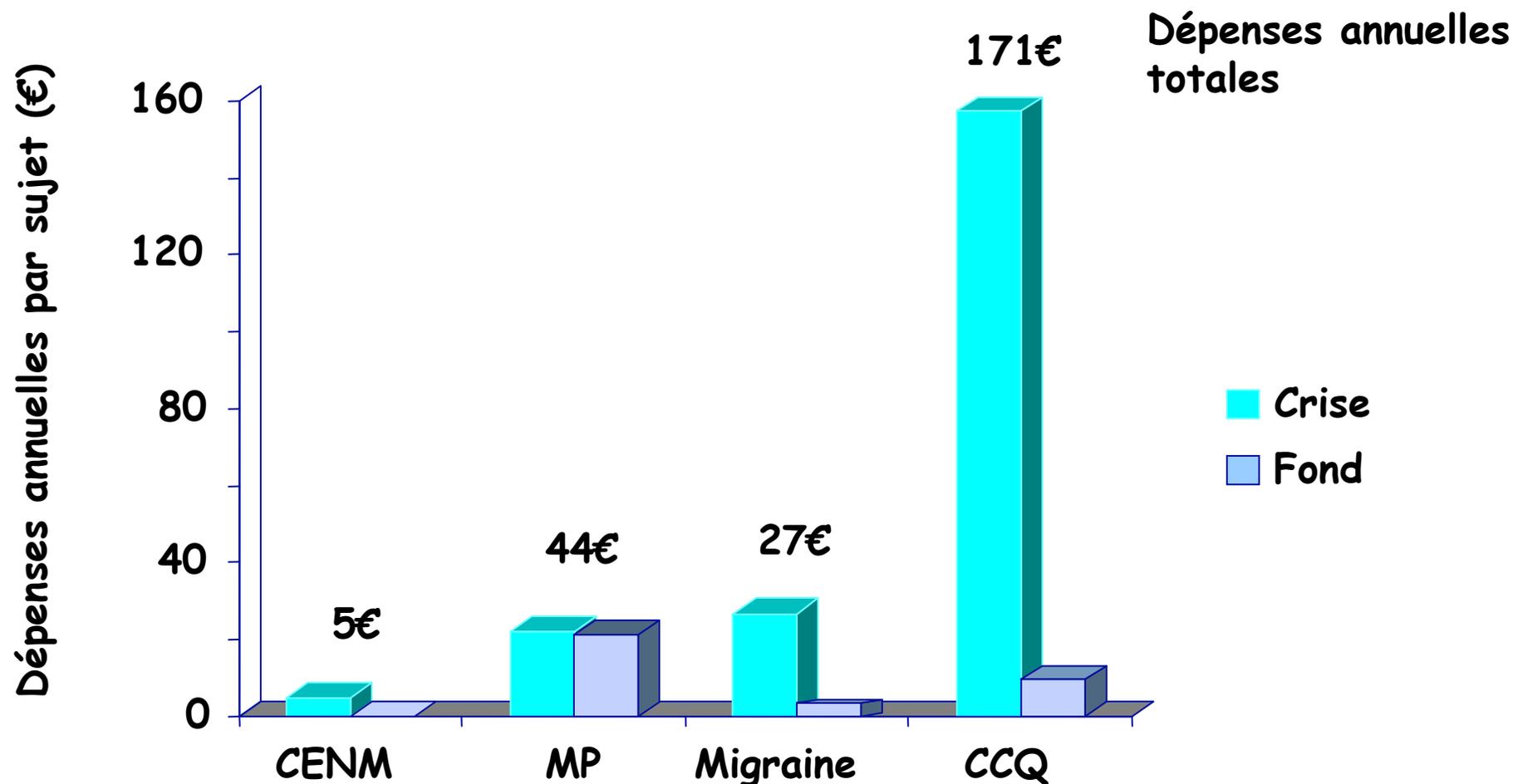
# Quelques généralités

- **Céphalées chroniques quotidiennes :**
  - 1<sup>ère</sup> complication de la migraine et des céphalées de tension
  - 2,5% de la population (1,5 à 2 millions de patients en France)
- **Aucun substratum lésionnel.**
- **Chronicisation des céphalées en rapport avec :**
  - Abus médicamenteux +++
  - Facteurs psychologiques, hormonaux, musculo-squelettiques
- **Intrication possible de différents types de céphalées.**

# Altération de la qualité de vie

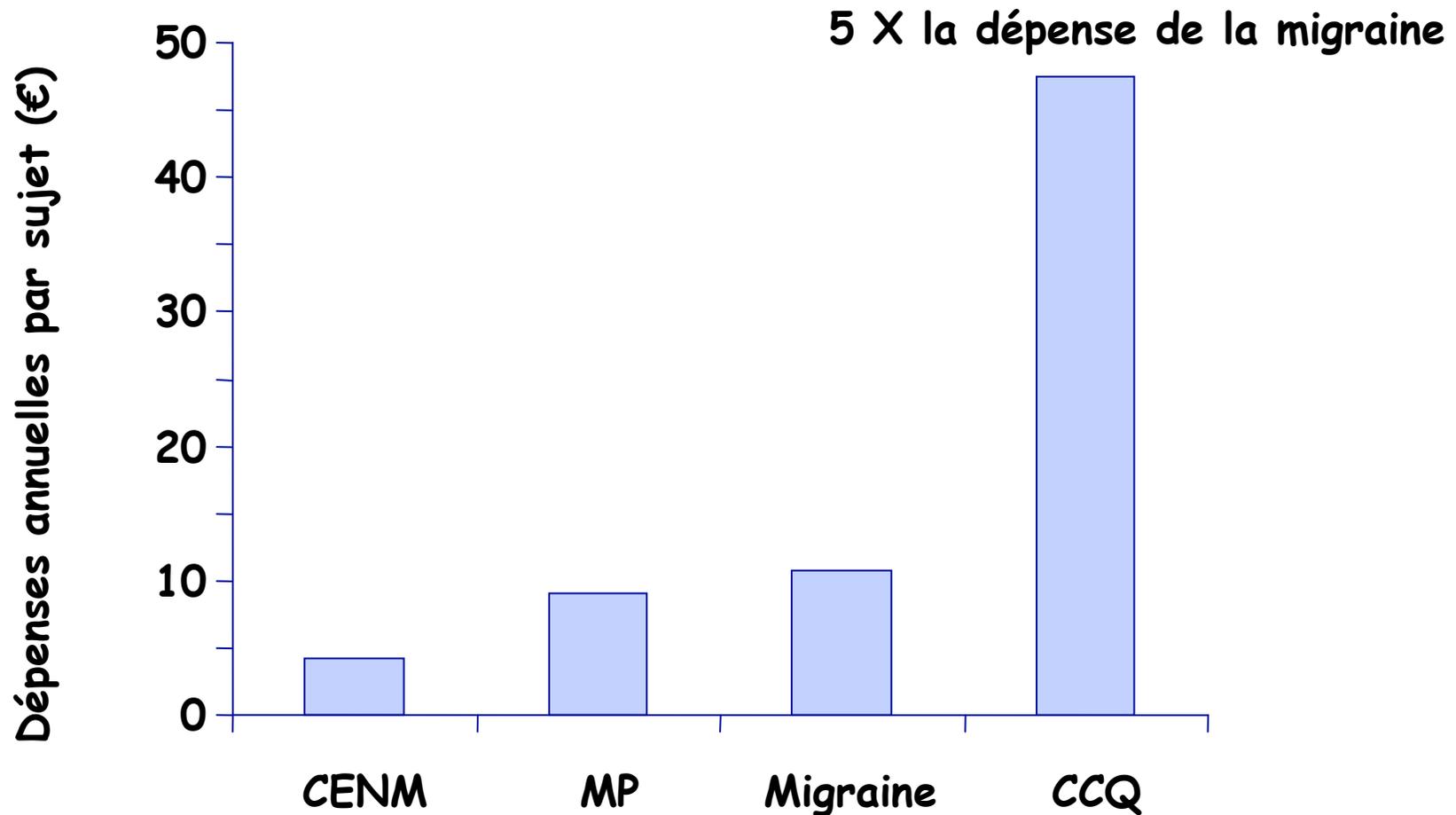
- Altération de la qualité de vie plus marquée si :
  - Abus médicamenteux
  - CCQ avec présence de caractéristiques migraineuses
- Altération dépendante de plusieurs facteurs :
  - Ancienneté
  - Facteurs psychopathologiques associés +++
  - Éventuels effets iatrogènes directs des médicaments utilisés
- « Handicap » de la CCQ > « Handicap » de la migraine

# Coût annuel de la dépense en pharmacie



CENM : céphalées épisodiques non migraineuses ; MP : migraine probable ;  
CCQ ; céphalées chroniques quotidiennes.

# Coût des examens complémentaires



CENM : céphalées épisodiques non migraineuses ; MP : migraine probable ;  
CCQ : céphalées chroniques quotidiennes.

# Comment établir le diagnostic ?

Une femme de 46 ans, migraineuse depuis l'adolescence, présente depuis 5 mois des céphalées frontales à un rythme de 20 j/mois, céphalées qui l'obligent à prendre du paracétamol 1 j sur 2.

- A. Il s'agit d'une migraine chronique typique
- B. Le diagnostic de céphalée chronique quotidienne par abus médicamenteux est très probable
- C. Le paracétamol n'est que rarement impliqué
- D. Les céphalées sont très évocatrices de la migraine
- E. Le diagnostic ne pourra être établi précisément qu'en fonction de la présence ou non d'autres critères

# Céphalées Chroniques Quotidiennes

Céphalées d'au moins 15 jours par mois  
durant plus de 4 heures par jour,  
évoluant depuis plus de 3 mois  
sans substratum lésionnel

## Plusieurs entités cliniques

- Céphalées de tension chroniques
- Migraine chronique
- Céphalées par abus médicamenteux
- Hemicrania continua
- New daily - persistent headache

# Migraine chronique

## A. Céphalée migraineuse $\geq$ 15 jours/mois depuis plus de 3 mois

- Prédominance unilatérale
- Pulsatile
- Intensité modérée ou sévère
- Majorées par, ou responsables de l'évitement des activités de la vie quotidienne (marche, monter les escaliers...)
- Associée à :
  - Nausées et/ou vomissements
  - Phonophobie et photophobie

## B. Non attribuable à une autre pathologie \*

- \* l'anamnèse et l'examen clinique et neurologique et éventuellement des examens complémentaires éliminent une céphalée secondaire symptomatique

# Critères d'abus médicamenteux

- Prise médicamenteuse régulière, depuis plus de 3 mois
- Plus de 15 jours/mois pour les antalgiques non opioïdes (paracétamol, aspirine et AINS)
- Plus de 10 jours/mois pour les autres traitements de crise (opioïdes, dérivés ergotés, triptans ou combinaison d'antalgiques)
- Augmentation de la fréquence des céphalées concomitant de l'abus médicamenteux
- Résolution du tableau clinique dans les 2 mois après le sevrage

# Quels médicaments ?

- Les antalgiques en vente libre sont 2 fois plus utilisés que ceux nécessitant une prescription médicale.
- Tous les traitements de la crise peuvent être en cause.
- Les molécules les plus souvent responsables sont (FRAMIG 3) :
  - Paracétamol 41,9%
  - Combinaisons fixes 33,7% (paracétamol, caféine, codéine...)
  - AINS 19,8%
  - Triptans 16,3%
- D'autres abus peuvent être associés, notamment un abus en **hypnotiques et tranquillisants** (benzodiazépine).

# Principaux mécanismes en jeu ?

- Spécificité causale du contexte de céphalée ?
- Facteurs biologiques :
  - Prédisposition génétique ...
  - « Down-regulation » des récepteurs 5HT<sub>1B/D</sub> et des COX
- Facteurs psycho-comportementaux / Toxicomanie
  - Renforcement positif (sédation douleur sous traitement)
  - Céphalées de sevrage
  - Risque induit par surconsommation ou consommation précoce
  - Véritable dépendance pour certains médicaments
- Possibilité d'une réelle dépendance physique :
  - Codéine et produits assimilés
  - Dérivés de l'ergot

# Quel traitement envisager ?

- A. La prescription d'amitriptyline est toujours nécessaire
- B. Le sevrage est l'élément clef du traitement
- C. L'hospitalisation ne doit pas être envisagée
- D. Dans le cadre du sevrage, la prescription ponctuelle d'un autre antalgique ne pose aucun problème
- E. Le syndrome de sevrage est plus long sous triptans

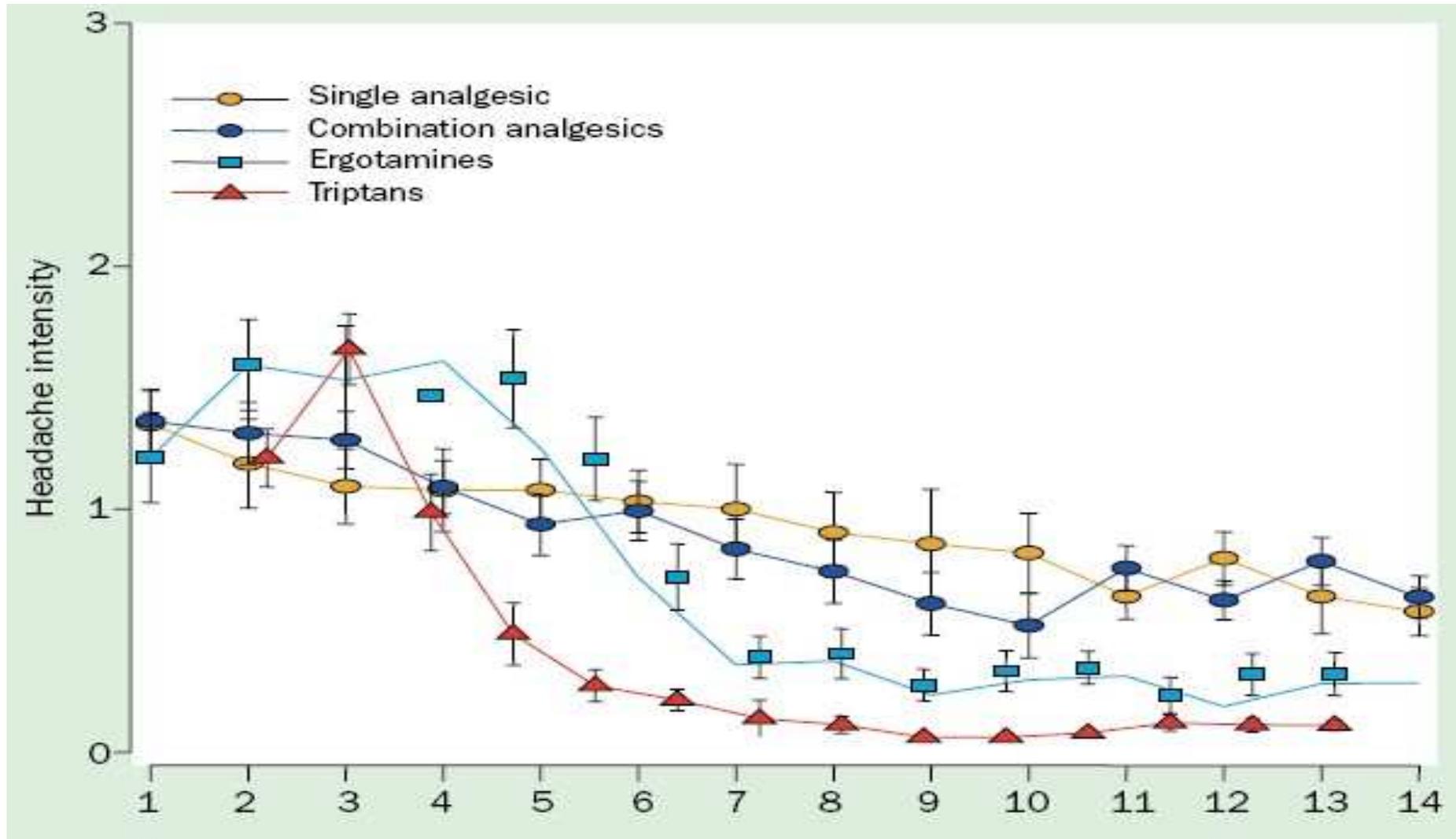
# Modalités du traitement : le sevrage

- En ambulatoire (+++) ou en hospitalisation
- L'hospitalisation est préférable en cas :
  - d'abus multiples et sévères,
  - d'abus associé de psychotropes,
  - de co-morbidités psychiatriques sévères,
  - d'environnement social ou familial défavorable.
- Durée de l'hospitalisation : 5 à 10 jours
- D'autant plus difficile que le tableau est ancien...

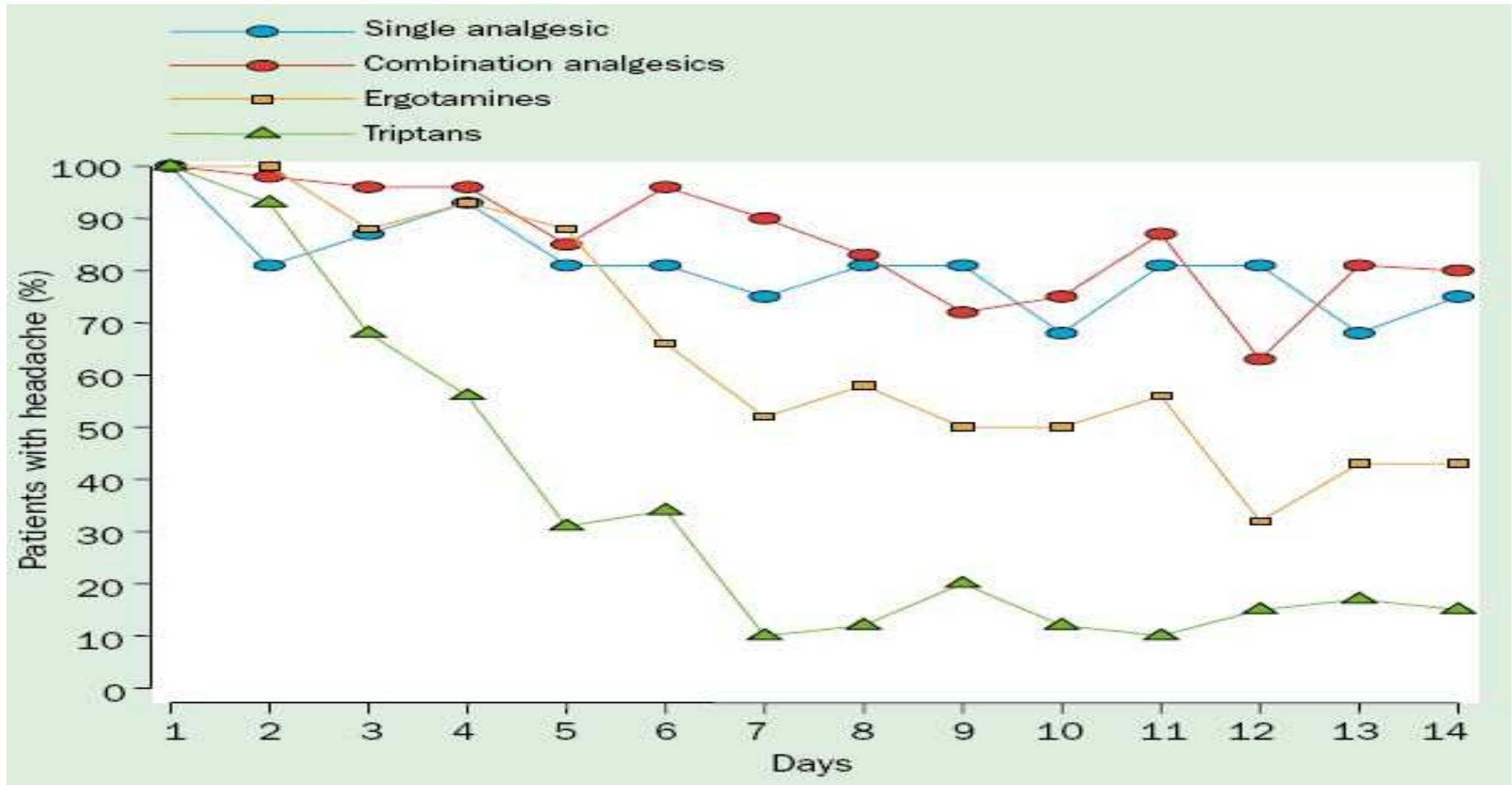
# Syndrome de sevrage

- Types de symptômes (parfois dès premières heures) :
  - Céphalées de rebond
  - Troubles digestifs (nausées et/ou vomissements)
  - Hyperesthésie sensorielle
  - Troubles du sommeil
  - Exacerbation de l'anxiété avec irritabilité.
- Sévérité et durée du syndrome de sevrage varient en fonction du patient et de la molécule incriminée.
- Durée pour « antalgique » supérieure « triptan ».

# Intensité de la céphalée lors sevrage



# Persistance céphalée après le sevrage



15 à 50% de rémission à 5 ans

Diener et Limmroth, *Lancet Neurol* 2004  
Evers et Marziniak, *Lancet Neurol* 2010

# Autres mesures thérapeutiques (1)

- **Céphalée de rebond au cours du sevrage :**
  - Traitements non médicamenteux +++
  - Médicaments antalgiques (AINS) si céphalée de caractéristique migraineuse (mais ↑ durée sevrage)
- **Recours pharmacologiques = non systématique +++**
  - Amitriptyline (dose < 75 mg)
  - Autres traitements (littérature insuffisante) :
    - Valproate, topiramate
    - Prednisolone
    - Toxine botulinique...

# Autres mesures thérapeutiques (2)

- **Psychothérapie :**

- Psychothérapie de soutien
- Relaxation
- Approches cognitivo-comportementales ...

- **Prise en charge au long cours :**

- Proposer mise en place d'une activité physique ou de loisir
- Mesures d'éducation
  - Bon usage du médicament
  - Agenda de crise
- Traitement de fond adapté le cas échéant ...

# Les céphalées quotidiennes...

A. Constituent un tableau clinique plutôt rare

B. Peuvent être une complication en rapport avec l'évolution d'une migraine ou de céphalées de tension

C. Témoignent de la présence d'une lésion cérébrale

D. Sont d'abord liées à la consommation de triptans

E. Le retentissement sur la vie quotidienne reste modéré

# Comment établir le diagnostic ?

Une femme de 46 ans, migraineuse depuis l'adolescence, présente depuis 5 mois des céphalées frontales à un rythme de 20 j/mois, céphalées qui l'obligent à prendre du paracétamol 1 j sur 2.

- A. Il s'agit d'une migraine chronique typique
- B. Le diagnostic de céphalée chronique quotidienne par abus médicamenteux est très probable
- C. Le paracétamol n'est que rarement impliqué
- D. Les céphalées sont très évocatrices de la migraine
- E. Le diagnostic ne pourra être établi précisément qu'en fonction de la présence ou non d'autres critères

# Quel traitement envisager ?

A. La prescription d'amitriptyline est toujours nécessaire

B. Le sevrage est l'élément clef du traitement

C. L'hospitalisation ne doit pas être envisagée

D. Dans le cadre du sevrage, la prescription ponctuelle d'un autre antalgique ne pose aucun problème

E. Le syndrome de sevrage est plus long sous triptans

# Pour conclure...

## Céphalées par Abus Médicamenteux

- Problème fréquent et potentiellement coûteux
- Critères diagnostiques clairement définis
- Mécanismes partagés avec autres toxicomanies
- Prise en charge d'abord basée sur le sevrage
- Intérêt des mesures préventives +++