

## Annexe 9

### Protocoles de sevrage pour les céphalées chroniques par abus médicamenteux en ville

#### Céphalées Chroniques Quotidiennes (CCQ)

##### RAPPELS

- Céphalées survenant plus de 15 j/mois et plus de 4h/jour, depuis plus de 3 mois, sans substratum lésionnel ou symptomatique <sup>(1)</sup>.
- Ce tableau résulte de la transformation progressive d'une céphalée initialement épisodique (migraine dans 2/3 des cas, céphalées de tension dans 1/3 des cas) en céphalée chronique.
- On distingue 3 types de CCQ <sup>(2)</sup> : caractéristiques cliniques de la migraine ; caractéristiques cliniques de la céphalée de tension ; fond céphalalgique permanent + crises d'allure migraineuse.

##### FACTEURS FAVORISANTS <sup>(2)</sup>

- L'abus médicamenteux.
- Une comorbidité psychiatrique (troubles anxio-dépressifs, addiction).
- Des facteurs hormonaux (ménopause) et musculo-squelettiques.

##### EPIDÉMIOLOGIE

- La prévalence des CCQ sur la population générale en France est de 3 % <sup>(3)</sup>.
- 60 % des migraineux utilisent des antalgiques non spécifiques pour soulager leurs crises (au moins 4 unités/crise).
- 4 % des migraineux présentent des CCQ avec abus médicamenteux.

##### L'ABUS MÉDICAMENTEUX, UN CERCLE VICIEUX

- Facteur d'entretien des CCQ.
- Facteur de résistance aux traitements de crise et de fond des céphalées épisodiques.

##### LE TRAITEMENT EST LE SEVRAGE

#### Protocole de prise en charge

##### 1. FAIRE LE DIAGNOSTIC

- Savoir identifier une CCQ : interêt de l'agenda céphalées idéalement remis au début de prise en charge des céphalées épisodiques.
- Dépister la présence ou des ATCD d'abus médicamenteux.
- Evaluer les facteurs psychopathologiques associés.
- Evaluer les repercussions socio-professionnelles et familiales des CCQ.

##### 2. AIDER LE PATIENT

- A comprendre les mécanismes de transformation d'une céphalée épisodique en CCQ.
- A comprendre l'implication des facteurs psychologiques (notamment le stress) et d'une consommation excessive des traitements de crise dans l'installation et la pérennisation des CCQ.
- A accepter que le sevrage est indispensable pour rompre le cercle vicieux.

##### 3. PROPOSER LE SEVRAGE EN AMBULATOIRE

- En fonction de ses disponibilités, le patient choisit le moment propice pour débiter le sevrage.
- Décrire le syndrome de sevrage (céphalée de rebond) et anticiper le stress inhérent à l'arrêt des médicaments.
- Préciser les objectifs du sevrage :
  - disparition des CCQ et réapparition des céphalées épisodiques initiales ;
  - meilleure gestion des crises par un traitement antimigraineux adapté et du stress par la relaxation et les moyens non médicamenteux.

#### 4. EXPLIQUER LES MODALITÉS DU SEVRAGE

- Durée du sevrage : 8 à 10 jours.
- Moyens médicamenteux : antidépresseur imipraminique (amitriptyline). Expliquer l'intérêt de cette molécule antalgique et régulatrice de l'humeur. Décrire ses effets secondaires transitoires.
- Moyens non médicamenteux :
  - relaxation : il est préférable que le patient ait acquis les techniques de relaxation avant de débiter le sevrage ;
  - application locale de froid, massages des muscles temporaux si contracture tensive.
- Proposer un soutien psychologique si nécessaire.

#### 5. LE SEVRAGE

- Repos strict.
- Moyens médicamenteux : amitriptyline en première intention, à doses antalgiques rapidement croissantes à adapter en fonction de la tolérance.
- Débiter entre 10 et 25 mg/jour per os.
- Atteindre 75 à 100 mg en quelques jours.
- Céphalée de rebond : moyens non médicamenteux (ou naproxène 500 mg 2 fois/jour si céphalée intense).
- Moyens non médicamenteux.
- Eventuel soutien psychologique.

#### 6. APRÈS LE SEVRAGE

- Traitement de fond : amitriptyline à dose d'entretien à adapter selon la tolérance.
- Reintroduction des traitements antimigraineux de crise.
- Prévention des rechutes.
- Tenue d'un agenda céphalées, gestion non médicamenteuse des céphalées.
- Vérifier régulièrement l'observance et l'efficacité des traitements de fond et de crise.

### RÈGLES DE PRÉVENTION PRIMAIRE

#### 1. Traitement des crises

- Utilisation adaptée des antalgiques et des antimigraineux lors des céphalées épisodiques.
- Nécessité de ne pas dépasser 2 prises par semaine (indiquée sur l'ordonnance).
- Education du patient concernant la gestion des traitements médicamenteux et non médicamenteux des crises.

#### 2. Tenue d'un agenda des céphalées par le patient

#### 3. Proposition d'un traitement de fond

- Dès que les crises sévères surviennent au moins 2 fois par mois.
- Dès que le patient a recours à 2 prises au moins d'antimigraineux par semaine (même s'ils sont bien tolérés et efficaces).

#### 4. Réévaluation régulière de l'efficacité des traitements de crise et de fond

#### 5. Repérer les facteurs participant à la transformation d'une céphalée épisodique en CCQ

#### POUR EN SAVOIR PLUS

1. *Prise en charge en ambulatoire des CCQ avec abus médicamenteux.*  
G Lenclut, thèse de médecine générale 2003
2. *Brochure patient : A.S. Koskas Sergent, F Boureau, la migraine juillet 1999.*  
Editions Scientifiques L&C

#### Références

1. *Headache Classification Subcommittee of the international Headache society; The international classification of headache disorders.*  
2nd edition. Cephalalgia 2004;24 (suppl 1)
2. ANAES *Recommandations pour la pratique clinique. CCQ : diagnostic, rôle de l'abus médicamenteux, prise en charge.* Sept 2004.
3. Lanteri Minet M et al. *prevalence and description of chronic daily headache in the general population in France.* Pain, 2003, 102, 143-49
4. Lucas C. *Comportements thérapeutiques des migraineux.* FRAMIG 2000-II. Douleurs, 2001, 2, 240-3