

A NE PAS RATER !!!!

- CEPHALEE aigue CHEZ UN NON CEPHALALGIQUE
- les alarmes.(confusion,effort,fièvre,nuque raide....).
- hémorragie méningée,méningite,phlébite..
- poussée HTA bof....
- CEPHALEE persistante CHEZ NON CEPHALALGIQUE
- tumeur,HSD....Horton
- CEPHALEE modifiée CHEZ CEPHALGIQUE ANCIEN
- anévrysme chez migraineux
- tumeur chez hypochondriaque

A NE PAS RATER CAR TYPIQUE!!!

- NEVRALGIE DU TRIJUMEAU
- ALGIE VASCULAIRE DE LA FACE
- LES AUTRES CEPHALEES TRIGEMINO-VASCULAIRES:
 - hémicrânie paroxystique
 - sunct !!

Algie vasculaire de la face

- Rare:1/2000 100 fois moins que migraine
- Hommes+++
- 20 à 30 ans(exceptionnel avant 18 et après 65)
- Tabagique+++
- Délai diagnostique:6 ans!!!!
- Formes familiales+++

Algie vasculaire de la face

- Unilatérale, orbitaire et ou temporale
- Pieu, lame, fer rouge.... VIOLENTE
- Patient agité++(différent de migraine)
- Signes VASOMOTEURS unilatéraux , après douleur, mais...(observ)
- 15 minutes à 3 heures
- 1 crise/2 jours à 8 crises par jour

AVF SIGNES VASOMOTEURS

- Larmolement, injection conjonctivale, œdème palpébral
- Myosis, ptosis,
- Congestion nasale, rhinorrhée
- Sudation du front...

Algie vasculaire de la face

- En période de crises: douleur à même heure et de même durée++
- EPISODIQUE:80%
- périodes 1 à 4 mois(les mêmes)
- intervalles libres sup à 1 mois
- CHRONIQUES+++ :continue pendant 1 an ou rémission inf à 14 jours
- Passage possible d'une forme à l'autre

Algie vasculaire de la face

- En période de crises: douleur à même heure et de même durée++
- EPISODIQUE:80%
- périodes 1 à 4 mois(les mêmes)
- intervalles libres sup à 1 mois
- CHRONIQUES+++ :continue pendant 1 an ou rémission inf à 14 jours
- Passage possible d'une forme à l'autre

Hemicrânie paroxystique chronique

- Femme
- 40 crises par jour, plus courtes, pas de myosis ou sudation
- Immobile
- Est-ce une AVF sensible à l'INDOCID??
- Se méfier+++ méningiome..
- INDOCID 3x25-50 mg+++++
- Rarement épisodique

Hemicrânie continue

- Non reconnue, rare
- Intensité modérée avec paroxysmes
- Atteinte SNA plus discrète
- INDOCID

SUNCT

- Short lasting Unilateral Nevralgiform pain with Conjontival injection and Tearing...
- Homme
- Crises très courtes, 30/heure!!, avec larmoiement, injection conjonctivale
- Difficile /névralgie du trijumeau+++
- IRM obligatoire FCP

SUNCT

- **INEFFICACES:**
ains, tégréto, imiject, indocid, vérapamil, oxygène....
- **ESSAYER:**
 - lidocaïne IV
 - lamictal, épitomax, neurontin

TRAITER LA CRISE AVF

- Arrêt du tabac...mais discuté...
- Rôle de l'alcool,de l'hypoxie????
- SUMATRIPTAN IMIJECT
- OXYGENE: alternative,
 - 7 litres/minute 15 minutes
 - AMM
 - par neuro,orl,cad
- Diergospray DHE IV
- ORGASME..now dear,I have a headache

IMIJECT

- MAX:2 sous-cutanées par jour
- Médicament d'exception
- CI: avc, coronariens, HTA, dérivés ergot de seigle
- EI: paresthésies, oppression thoracique, nausées, somnolence....

Traitement de fond avf

- Si AVF chronique ou AVF épisodique invalidante
- VERAPAMIL:hors AMM
- 120 à 1200 mg
- CI: BAV bradycardie
- asthénie, impuissance
- pas de protocole
- ECG initial et surveiller..

Traitement de fond avf

- PROPANOLOL AMM
- DESERNIL mais... AMM (fibrose)
- LITHIUM
- CORTICOÏDES
- DEPAKINE EPITOMAX NEURONTIN

- QUELLE DUREE??????...
- Abus de sumatriptan

CHIRURGIE

- Si pharmacorésistance
- Thermocoagulation GASSER
- Infiltration corticoïdes en C2
- GAMMAKNIFE
- STIMULATION HYPOTHALAMUS
..comme l'orgasme
- STIMULATION NERF OCCIPITAL

NEURALGIE DU TRIJUMEAU

- TERRITOIRE 2 OU 3, parfois 1
- BREVE
- ZONE GACHETTE
- PERIODE REFRACTAIRE
- SIGNES VEGETATIFS RARES
- TEGRETOL+++++
- DECOMPRESSION NEUROVASCULAIRE
- ETRE RIGoureux+++++

LES DIAGNOSTICS FOIREUX...

- NEVRALGIE D'ARNOLD???
- ARTHROSE CERVICALE
- CEPHALEES POST TRAUMATIQUES

CEPHALEES ET RACHIS CERVICAL

- NEVRALGIE D'ARNOLD: enclavement??
- radiculopathie C2??cf observ...
-
- LESIONS OSTEO ARTICULAIRES:
- céphalée cervicogénique??réalité??
- arthrose supérieure
- contractures musculaires avec gâchettes
- douleurs myofasciculaires
- PAS D'EXCES!!
- LES FACTEURS PSYCHOLOGIQUES+++++
- hystérique
- revendicateur...
- dépressif
-

CEPHALEES POST TRAUMATIQUES

- DIFFICILE
- PRUDENCE!!!
- PROBLEMES MEDICO LEGAUX+++
- RESPECTER LES CRITERES IHS 2004
 - délai de survenue 7 jours++++
 - aigue ou chronique
- PERSONNALITE SOUS JACENTE +++

D'AUTRES CAUSES...

- Pic à glace (3 s!)
- Toux
- Hypnique(réveil-matin)
- Effort
- Activité sexuelle(avant,pendant..)
-

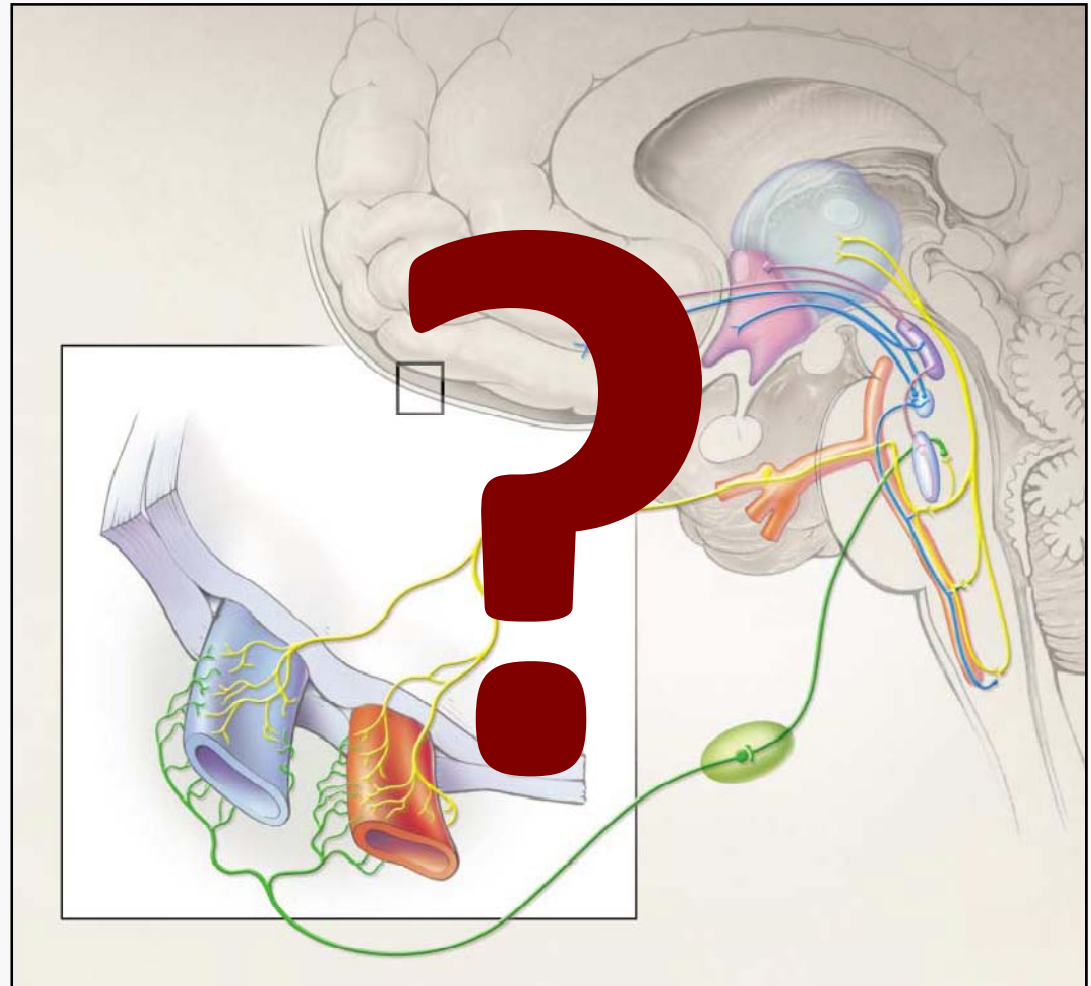
PRISE EN CHARGE DES
MIGRAINES
DE L'ADULTE ET DE L'ENFANT

Dr Julien GERE
FEDERATION DE NEUROLOGIE
CENTRE HOSPITALIER DE CHAMBERY

Complexe... et mal comprise : implique

- Les vaisseaux méningés
- Les (2) nerfs trijumeaux
- Des noyaux du ponts
- Le thalamus
- Le cortex

D'ou l'absence d'étiologie ou de
facteur déclenchant **unique**



En simplifiant (même si cela est faux sur le plan physiopath)

- 1 Vasoconstriction initiale**
 - Avec une diffusion corticale antéro postérieure
 - Parfois sévère avec une véritable ischémie corticale transitoire
 - Si intense, apparition de déficit neuro (aura)

En simplifiant (même si cela est faux sur le plan physiopath)

1 Vasoconstriction initiale

- Avec une diffusion corticale antéro postérieure
- Parfois sévère avec une véritable ischémie corticale transitoire
- Si intense, apparition de deficit neuro (aura)

2 Vasodilatation secondaire

- Responsable d'une tension des méninges d'où douleur.
- Améliorée par les anti-inflammatoire
- Rôle vasoconstricteur des triptans

DIAGNOSTIC > **CRITERES ANAES . IHS**

Migraine typique

15% de la population
3 femmes pour 1 homme

Céphalée de Tension

~60% de la population
Pas de sexe ratio net

Topographie de la douleur

Hémicrânie

Bilatéral

Type de Céphalée

Pulsatile

Pression - Etou

Nausée Vomissements

+

Rare

Sonophobie

+

Rare

Photophobie

+

Rare

Durée crise sans traitement

4 – 72 heures

30 min – 7 jours

Critères présents sur
5 crises minimum

- **Aucun** en cas de tableau typique ou pour différencier Migraine et Céphalée de Tension
- **Toujours** en cas de céphalée de "qualité inhabituelle" ou d'installation en "coup de tonnerre"
- **Toujours** en cas d'anomalie de l'examen clinique

NON SPECIFIQUES : **AINS**

Kétoprofène • Naproxène • Ibuprofène • Diclofenac • association aspirine métoclopramide.

EN AIGU

SPECIFIQUES : **TRIPTANS**

Zolmitriptan • Naratriptan • Eletriptan • Almotriptan • Frovatriptan

NON CONSEILLES : **OPIOIDES ET LEURS DERIVES**

Codéine • Dextropropoxyphène • Tramadol • Morphine • autres opioïdes forts

PREMIERE INTENTION : **ATENOLOL • TOPIRMATE**

EN CHRONIQUE

DEUXIEME INTENTION: **AMITRYPTILINE**

Flunarizine (Sibelium) • Pizotifene (Sanmigran) • Indoramine (Vidora)

EFFICACES HORS AMM (accord consensus) : **ANITEPILEPTIQUES**

NOUVEAU
DIAGNOSTIC



MIGRAINEUX
CONNU



* Le 2^{ème} TRIPTAN ne doit être pris qu'en cas d'**efficacité incomplète** du premier (i.e. inutile si 1^{er} est non efficace)

- JAMAIS PLUS DE 2 TRIPTANS PAR JOUR
- PAS DE TRIPTAN PENDANT L'AURA
- PAS DE TRIPTAN ET DE DERIVES ERGOTES EN MOINS DE 24 H

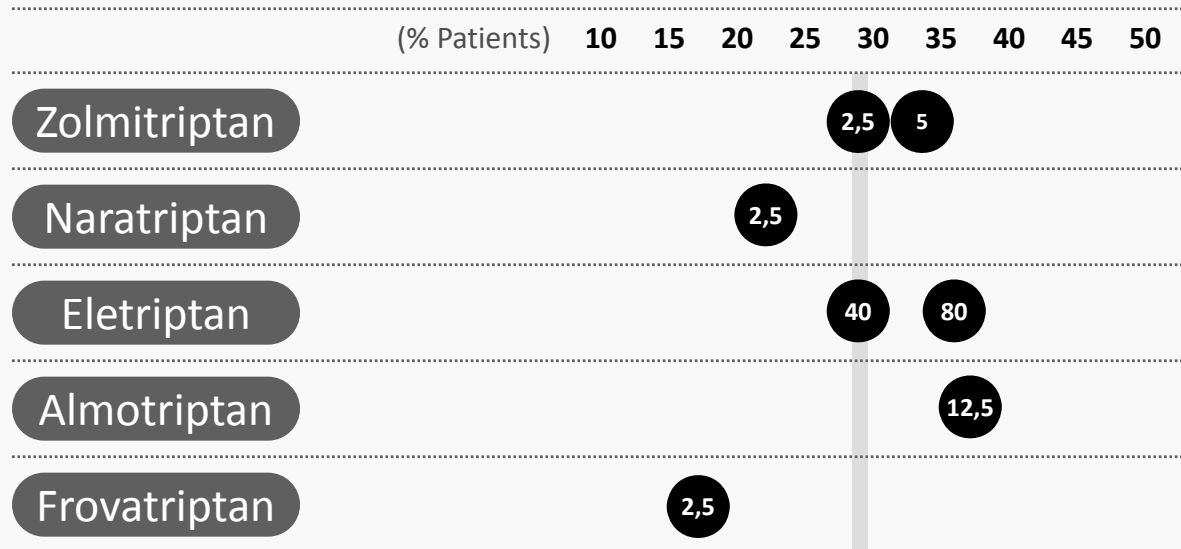
TRAITEMENT > CHOIX DU TRIPTAN

- Différences existent entre les TRIPTANS mais pas de hiérarchie
- Un patient non répondeur a un TRIPTAN peut répondre a un deuxième
- Avant de conclure à l'inefficacité d'un TRIPTAN il faut l'essayer sur 3 crises

TRAITEMENT > CHOIX DU TRIPTAN

Meta Analyse Ferrari 2002
comparaison a Sumatriptan 100mg

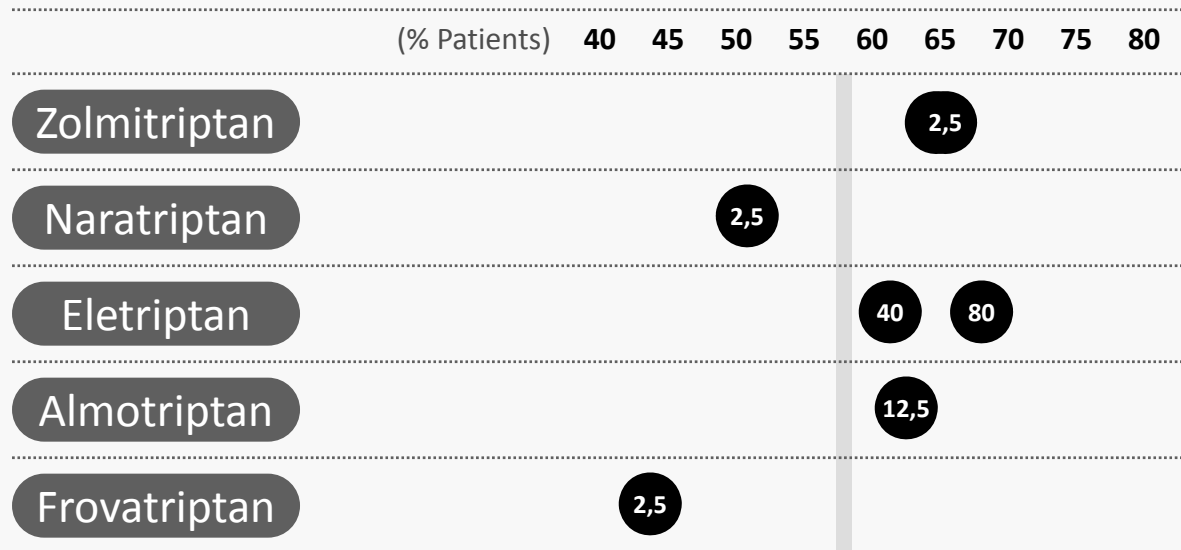
disparition a 2 h



TRAITEMENT > CHOIX DU TRIPTAN

Meta Analyse Ferrari 2002
comparaison a Sumatriptan 100mg

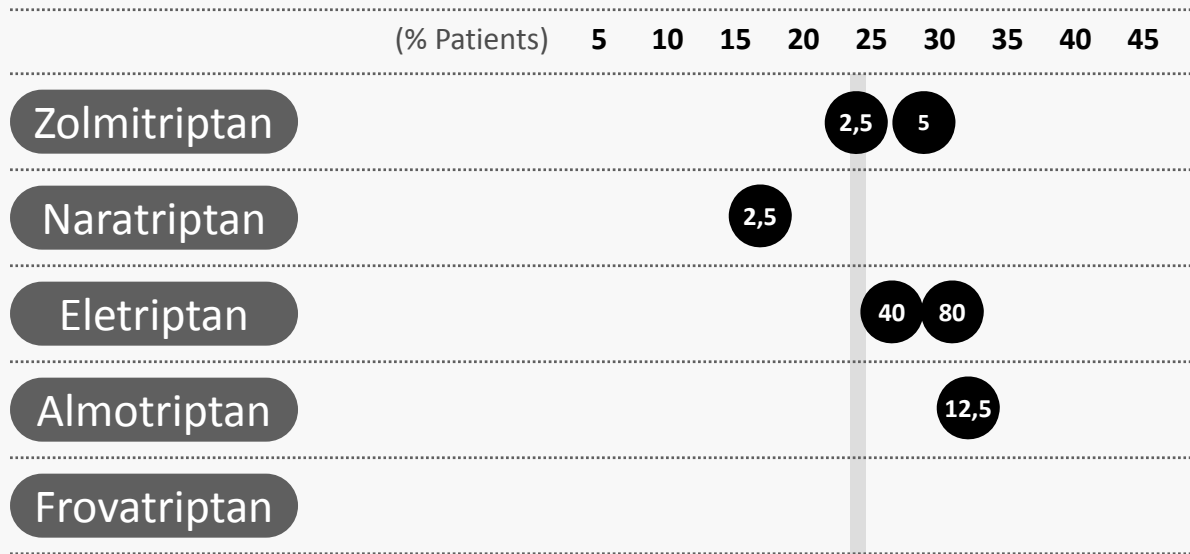
amélioration a 2 h



TRAITEMENT > CHOIX DU TRIPTAN

Meta Analyse Ferrari 2002
comparaison a Sumatriptan 100mg

disparition a 2 h et absence de récidive a 24 h



TRAITEMENT > CHOIX DU TRIPTAN

Meta Analyse Ferrari 2002
comparaison a Sumatriptan 100mg

éléments pouvant guider le choix

	Efficacité a 2 heures	Maintient Efficacité	Efficacité sur plusieurs crises	Profil de tolérance	interaction médicamenteuses
Zolmitriptan	●	●	●	●	IRS IMAO • ERGOTES
Naratriptan	●	●	●	●	IRS IMAO • ERGOTES
Eletriptan	●	●	●	●	MACROLIDE • ANTIFONGIQUE • IP VIH IMAO • ERGOTES
Almotriptan	●	●	●	●	IMAO • ERGOTES
Frovatriptan	●	●	●	●	IRS IMAO • ERGOTES

● supérieur ● comparable ● inférieur

ENFANT

PIEGE DIAGNOSTIC

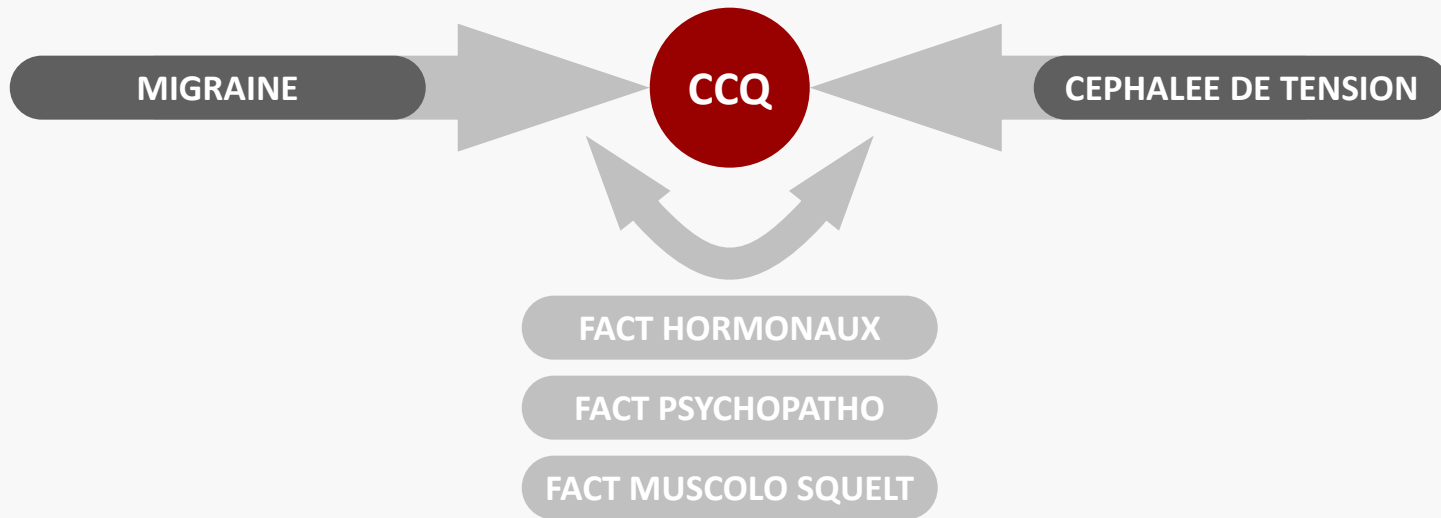
- Prévalence 3 à 10% ?
- Une **symptomatologie différente de l'adulte**
 - Céphalée volontiers bilatéralisée
 - Signes digestifs souvent au premier plan
 - Pâleur inaugurale fréquente
- Des **indications d'imagerie élargies** (de facto systématique si récidivantes)
- **Ibuprofène** en première intention puis **Sumatriptan** nasal après 35 kg
- Pas de consensus sur le traitement de fond

**FEMMES
ENCEINTES**

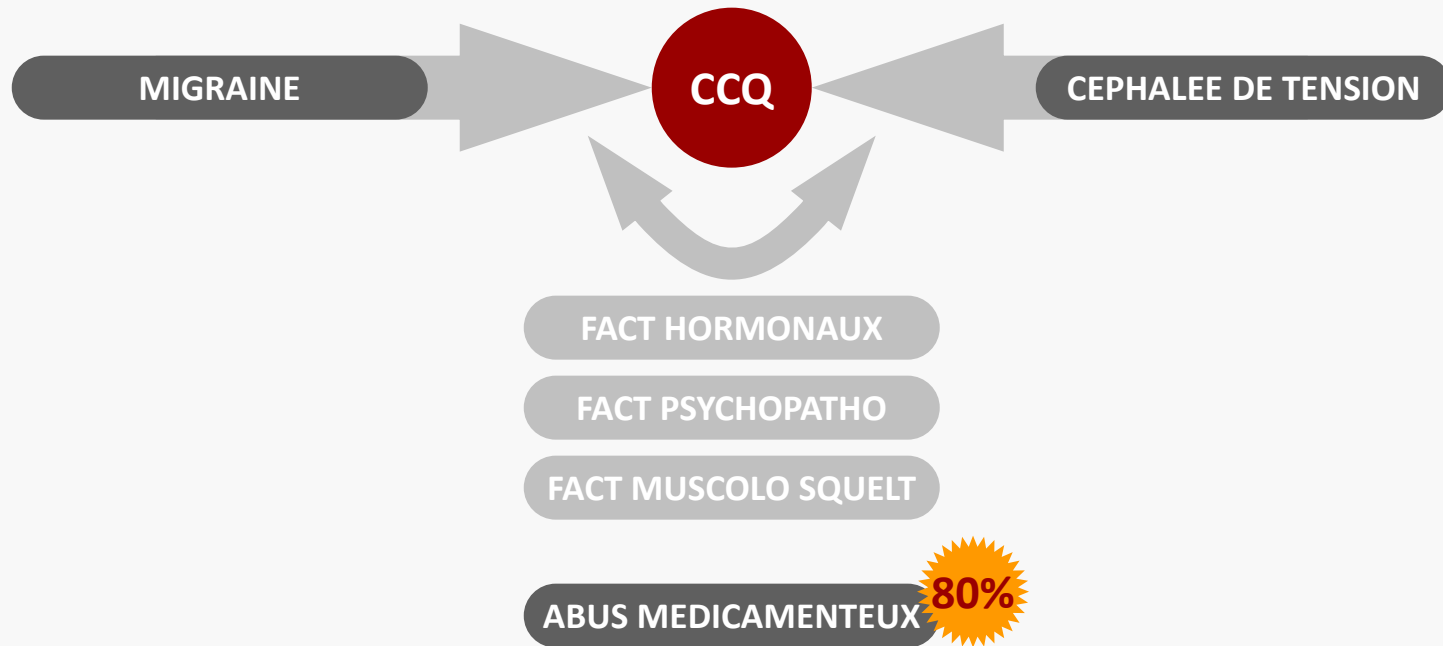
**PROBLEME
THERAPEUTIQUE**

- Grossesse a une effet protecteur (parfois aggravant)
- Angoisse de la patiente et du médecin face aux auras inhabituelles
- Des **indications d'imagerie restreintes (irradiation)**
- **Pas d'AINS T1 T2 pas de TRIPTAN**
- Pas de consensus sur le traitement de fond **mais arrêt conseillé**

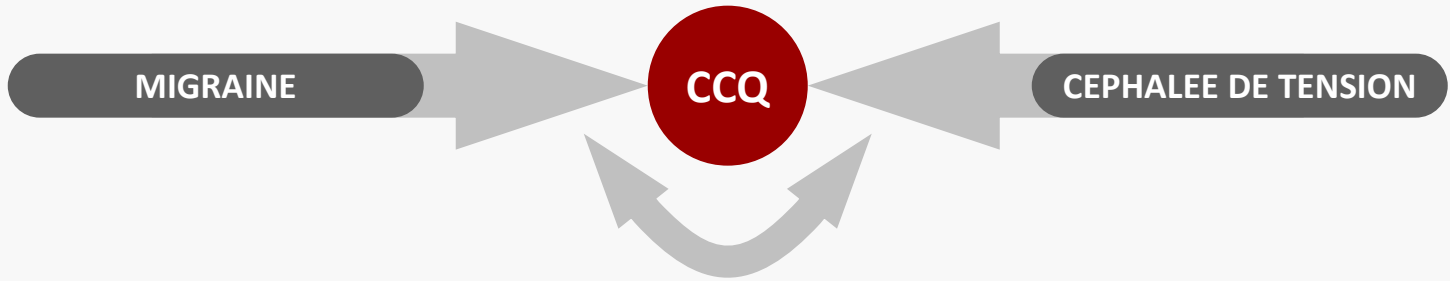
"pathologie" plurifactorielle



"pathologie" plurifactorielle



"pathologie" plurifactorielle



FACT HORMONAUX

FACT PSYCHOPATHO

FACT MUSCOLO SQUELT

ABUS MEDICAMENTEUX **80%**

Ergotamine	10 j / mois	3 mois
Triptans	10 j / mois	3 mois
Antalgiques simples	15 j / mois	3 mois
Opioïdes	10 j / mois	3 mois
Associations fixes	10 j / mois	3 mois
Autres	Régulière pendant 3 mois	

Critères diagnostics **ANAES . IHS**

- 15 jours par mois.
- Au moins 4 heures par jour.
- Depuis plus de 3 mois.

Critères diagnostics **ANAES . IHS**

- 15 jours par mois.
- Au moins 4 heures par jour.
- Depuis plus de 3 mois.

Indications **examens complémentaires**

- depuis moins d'un an chez un sujet antérieurement céphalalgique ou non
- Ou découverte d'une anomalie a l'examen clinique
- Ou modification radicale de la douleur en terme de "qualité"

Traitement

PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE

AMITRYPTILINE IV ou PO

Ou Valproate si intolérance

+

SEVRAGE COMPLET MOLECULE ANTERIEURE

+

Réintroduction TTMT correcte

Avec des prescription sur deux semaines

PRISE EN CHARGE NON MEDICAMENTEUSE

Soins Relaxants

Peu importe la méthode, c'est le phénomène de soutien psychologique qui fait effet

D'où l'intérêt des hospitalisation