



Traitement stratifié dans les céphalées par surconsommation de médicaments (CSM)

Joachim W. Koch, Peter S. Sandor

La prévalence de la céphalée chronique quotidienne (chronic daily headache) est, au niveau mondial, de l'ordre de 3 - 5%. En général, ce type de céphalées se développe sur un terrain migraineux ou sur un fond de céphalée de tension. Une cause fréquente et facile à traiter réside dans une surconsommation de médicaments aigus contre les céphalées, ce qui entraîne une « céphalée par surconsommation de médicaments » (CSM). Le traitement de la CSM consiste en une combinaison de pharmacothérapie et de traitement non médicamenteux. Le sevrage médicamenteux, à lui seul, ne suffit pas ; il faut un suivi continu des patients, incluant l'attestation – par le médecin et le patient – de la prise des médicaments. Une prise en charge quotidienne en milieu hospitalier, après sevrage médicamenteux comportant l'introduction de mesures de thérapie comportementale, a pour objectif d'empêcher qu'en peu de temps il y ait à nouveau une consommation excessive de médicaments aigus. On vise en outre à obtenir une modification durable dans la façon d'utiliser les médicaments. A l'issue du traitement en milieu hospitalier, les patients doivent continuer à être suivis par un spécialiste des céphalées afin que soit assuré le succès du traitement à long terme.

Céphalée par surconsommation de médicaments (CSM)

Au moins 1% de la population souffre de CSM (= medication Overuse Headache, MOH) [1,2,3,4].

Il peut être difficile de distinguer une CSM d'un autre type de céphalée chronique [5,6].

Sommaire

Traitement stratifié dans les céphalées par surconsommation de médicaments (CSM)	1
Céphalée par surconsommation de médicaments (CSM)	1
Céphalée primaire et CSM	2
Traitement de la CSM	2
Pharmanews	4

Editorial

Lorsque l'on souffre fréquemment de céphalées, on craint de les voir réapparaître. Par peur d'une nouvelle crise, on recourt à des antalgiques. En cas de consommation excessive – trop fréquente – il peut arriver que, devant la persistance des douleurs, on ne puisse bientôt plus du tout se passer des antalgiques. Pour sortir de ce cercle vicieux, il est indispensable de procéder à un sevrage médicamenteux ; un suivi intensif du patient augmente les chances de succès thérapeutique à long terme.

Nadine Leyser
Rédactrice en chef

Selon la classification internationale des céphalées ICHD-II [7] on distingue entre sous-groupes de céphalées en cas de :

- surconsommation d'ergotamines
- surconsommation de triptans
- surconsommation d'analgésiques
- surconsommation d'opioïdes
- surconsommation d'associations d'antalgiques

On est probablement en présence d'une CSM lorsque des céphalées apparaissent ou empirent pendant au minimum 15 jours par mois sous prise régulière d'un des médicaments cités ci-dessus. On considère comme fréquence critique une prise de 10 (triptans, ergotamines, opioï-



des) à 15 (simples analgésiques) jours sur une durée de plus de 3 mois. Le développement des céphalées semble être fonction de la substance ingérée – le déclenchement le plus rapide se faisant avec les triptans (1,7 ans), et le plus lent avec les analgésiques (4,8 ans) [8].

Le diagnostic de CSM est insuffisant à lui seul. Pour pouvoir instaurer un traitement, il faut toujours que soit également diagnostiqué le type de céphalées préexistant – plusieurs formes pouvant en l'occurrence se trouver en cause.

Céphalée primaire et CSM

La plupart des patients qui présentent une CSM souffrent d'une céphalée primaire – principalement une migraine (65%), une céphalée de tension (27%) ou une combinaison de différentes formes [9]. Dans les cas de céphalées en grappe, on peut rencontrer une CSM lorsqu'il y a, parallèlement, présence d'une migraine [10].

Parmi les céphalées secondaires, les céphalées post-traumatiques (maux de tête survenant après un traumatisme crânien ou bien encore après un traumatisme d'accélération cranio-cervicale [ou coup du lapin]) revêtent une im-

portance particulière. Dans de nombreux cas, les critères d'une surconsommation médicamenteuse se trouvent là encore remplis. On peut supposer que, notamment, les patients qui souffraient déjà d'une céphalée primaire avant le traumatisme – et surtout de migraine – présentent un risque élevé de développer une CSM [3,11].

Traitement de la CSM

Sevrage des antalgiques

Le seul traitement documenté de CSM consiste à procéder à un sevrage des antalgiques. Il semble indispensable d'en passer par là pour obtenir une amélioration de la situation. La plupart des spécialistes sont d'accord pour dire que, dans tous les cas, il convient en outre d'établir une prévention médicamenteuse destinée à combattre les céphalées préexistantes.

Pour réussir à obtenir une réduction de la prise des antalgiques, il faut au préalable fournir au patient toute l'information dont il a besoin. Dans certains cas, cela peut s'avérer suffisant [12]. Sinon, on devra procéder à un sevrage des antalgiques qui se fera en ambulatoire ou en milieu hospitalier selon le degré de gravité.

Un sevrage en ambulatoire peut être efficace lorsque sont réunies les conditions suivantes :

- prise de triptans, d'ergotamines ou d'analgésiques sans prise concomitante de tranquillisants, de barbituriques ou d'opioïdes
- forte motivation du patient
- soutien de la part de l'environnement social
- surveillance étroite par le médecin

Un sevrage en milieu hospitalier est recommandé :

- en cas de CSM persistant depuis plusieurs années
- en cas de prise conjointe de substances psychotropes (barbituriques, opioïdes, somnifères ou anxiolytiques)
- après l'échec du sevrage en ambulatoire
- en cas d'environnement social défavorable
- en cas de dépression ou de trouble anxieux concomitants
- en cas de céphalées post-traumatiques – tout particulièrement en présence d'une symptomatologie complexe

La stratégie thérapeutique doit être arrêtée d'un commun accord avec chaque patient sur

Tableau 1 Traitement de la CSM

Sevrage des antalgiques

- Sevrage en ambulatoire en cas de: prise de triptans, d'ergotamines, d'analgésiques (sans prise concomitante de tranquillisants, de barbituriques ou d'opioïdes); forte motivation du patient; soutien de la part de l'environnement social; surveillance étroite par le médecin
- Sevrage en milieu hospitalier en cas de: CSM persistant depuis plusieurs années ; prise conjointe de substances psychotropes ; échec du sevrage ; environnement social défavorable ; dépression ou trouble anxieux concomitants ; céphalées post-traumatiques

Programme de rééducation

- Education médicale et psychologique
- Prévention médicamenteuse des céphalées primaires
- Thérapie physique : physiothérapie/massage médical ; thérapie d'entraînement sous surveillance médicale
- Psychothérapie/thérapie comportementale cognitive : thérapie de relaxation ; biofeedback thérapeutique ; gestion du stress ; traitement des comorbidités psychiatriques

Suivi

- Contrôle des médicaments aigus : jours de prise/mois ; jours de prise de rang
- Contrôle de l'efficacité d'une prévention médicamenteuse : latence d'action

la base de ces critères [13]. Le sevrage en milieu hospitalier doit se faire dans une clinique spécialisée ou tout au moins sous le contrôle d'un spécialiste des céphalées. S'il existe un soupçon de toxicomanie (dépendance aux opioïdes ou aux benzodiazépines), il faut la plupart du temps que le traitement soit effectué dans une clinique psychiatrique.

Une fois le diagnostic posé et le patient informé, les médicaments aigus sont arrêtés brutalement ; s'agissant des opioïdes et des benzodiazépines, il est indiqué de pratiquer un sevrage progressif. Pour lutter contre les nausées et les vomissements dus au sevrage, on peut prescrire, parallèlement à un apport liquidien, la prise de dompéridone ou de métoclopramide en grande quantité. Ces substances ne provoquent pas de CSM.

Les céphalées dues au sevrage doivent être traitées par une autre classe de substances (par des anti-inflammatoires non stéroïdiens, p. ex., lorsqu'il y a eu précédemment surconsommation de triptans). On évitera une prise quotidienne sur plusieurs jours. Une autre possibilité consiste à donner 100 mg de prednison pendant 5 jours [14].

Rééducation après sevrage des antalgiques

Pourquoi le sevrage des antalgiques à lui seul n'est-il pas suffisant dans bien des cas ? De nombreuses études ont montré l'existence d'un taux de récurrence élevé avec reprise de la surconsommation médicamenteuse : il semble qu'au bout de 5 ans jusqu'à 50% des patients développent de nouveau une CSM. Sur la nécessité de suivre les patients après un sevrage des antalgiques, il n'y a aucun doute. Il n'existe toutefois quasiment pas d'études sur l'efficacité de programmes de suivi appropriés. Le risque de récurrence est particulièrement élevé au cours de la première année ; après 12 mois, en revanche, seuls quelques patients récidivent [15]. Une approche basée sur les thérapies comportementales s'est avérée appropriée pour les programmes de suivi [4,16,17].

Pour améliorer l'efficacité du sevrage, des propositions d'un programme spécifique de rééducation des céphalées en milieu hospitalier ont été élaborées dans le cadre d'un travail interdis-

ciplinaire, les patients entamant à l'issue du sevrage aigu (environ 1 semaine) une rééducation d'environ deux à trois semaines. A titre d'exemple, le concept thérapeutique interdisciplinaire mis au point par l'Hôpital universitaire de Zurich et la Clinique de rééducation de Loècheles-Bains comporte les éléments suivants :

- éducation médicale et psychologique/coaching
- prévention médicamenteuse des céphalées primaires
- thérapie physique
 - physiothérapie, massage médical
 - traitement d'entraînement sous surveillance médicale (entraînement d'endurance)
- psychothérapie/thérapie comportementale cognitive
 - thérapie de relaxation (relaxation musculaire progressive selon Jacobson)
 - biofeedback thérapeutique
 - gestion du stress
 - traitement des comorbidités psychiatriques

Pour le suivi, le calendrier des céphalées joue un rôle central :

- contrôle du traitement aigu
 - < 10 jours de prise/mois
 - maximum 3 jours de rang
 - objectif : maximum 2 jours de prise/semaine
- contrôle de l'efficacité d'une prévention médicamenteuse
 - latence d'action jusqu'à 6 - 8 semaines

Etant donné que la majorité des patients présentant une CSM souffrent en premier lieu de migraine ou, plus rarement, de céphalées de type tensionnel, la prévention non médicamenteuse ainsi que la rééducation doivent être spécifiques de ces céphalées primaires.

L'efficacité des interventions de thérapie comportementale en cas de migraine et de céphalées de type tensionnel est attestée par plusieurs études. Pour la migraine, on a mis au point une méthode spécifique de biofeedback (exercices de vasoconstriction de l'artère temporale superficielle) [18].

Une méta-analyse récente a montré une supériorité de « l'entraînement vasculaire » par rapport au biofeedback basé sur l'EMG et la température corporelle [19]. Dans la migraine chronique avec surconsommation médicamenteuse, l'association d'une thérapie de relaxation et de biofeedback a donné de meilleurs résultats à long terme et moins de récurrences en termes de surconsommation médicamenteuse qu'un traitement uniquement axé sur le sevrage des antalgiques et la prévention [16].

La pratique régulière d'un sport (entraînement d'endurance aérobie) a un effet positif sur la migraine [20,21,22]. Dans les céphalées de type tensionnel, la physiothérapie s'avère efficace, en particulier en cas de survenue fréquente ou chronique des céphalées. Dans la migraine, il est recommandé d'associer la physiothérapie avec d'autres thérapies, comme le biofeedback, l'entraînement à la relaxation ou l'entraînement d'endurance [23].

Il est établi avec certitude qu'il existe une relation entre la dépression sévère (major depression) et la migraine [24]. L'anxiété qui accompagne la douleur (pain related anxiety) est un facteur de handicap essentiel dans la vie quotidienne pour les patients qui souffrent de céphalées [25]. Une comorbidité psychiatrique est souvent un facteur important dans la chronicisation de céphalées qui, au départ, sont épisodiques, et constitue en outre un facteur pronostique négatif pour le traitement des céphalées [13].

A l'heure actuelle, l'efficacité de ce programme de rééducation fait l'objet d'une étude scientifique. Les patients qui présentent des céphalées par surconsommation de médicaments et qui seraient intéressés par ce programme peuvent être adressés aux auteurs de cet article (J. W. Koch: j.w.koch@rzi.ch et P. S. Sandor: peter.sandor@usz.ch).

Bibliographie :

1. Castillo J et al. Epidemiology of chronic daily headache in the general population. *Headache* 1999, 39: 190-196
2. Lu SR et al. Chronic daily headache in Taipei, Taiwan: prevalence, follow-up and outcome predictors. *Cephalalgia* 2001, 21: 980-986
3. Zwart JA et al. Analgesic overuse among subjects with headache, neck, and low-back pain. *Neurology* 2004, 62: 1540-1544
4. Straube A et al. Therapie primärer chronischer Kopfschmerzen: Chronische Migräne, chronischer Kopfschmerz vom Spannungstyp und andere chronische, tägliche Kopfschmerzen. Evidenzbasierte Empfehlungen der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft in Zusammenarbeit mit der Österreichischen Kopfschmerzgesellschaft und der Schweizerischen Kopfwehgesellschaft. *Schmerz* 2008, May 17 (Epub ahead of print)
5. Dodick DW. Chronic daily headache. *N Eng J Med* 2006, 354: 158-165
6. Nappi G et al. Chronic daily headache. *Expert Rev Neurother.* 2008, 8: 361-384
7. ICHD-II. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd edition. *Cephalalgia* 2004, 24 Suppl. 1: 1-160
8. Limmroth V et al. Features of medication overuse headache following overuse of different acute headache drugs. *Neurology* 2002, 59: 1011-1014
9. Diener HC et al. Headache associated with chronic use of substances. In: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, editors. *The Headaches*. New York: Raven Press, 1993: 721-727
10. Paemeleire K et al. Medication-overuse headache in patients with cluster headache. *Neurology* 2006, 67: 109-113
11. Bahra A et al. Does chronic daily headache arise de novo in association with regular use of analgesics? *Headache* 2003, 43: 179-190
12. Rossi P et al. Advice alone vs. structured detoxification programmes for medication overuse headache: a prospective, randomized, open-label trial in transformed migraine patients with low medical needs. *Cephalalgia* 2006, 26: 1097-1105
13. Grazi L et al. Headache with medication overuse: Treatment strategies and proposals of relapse prevention. *Neuro Sci* 2008, 29: 93-98
14. Pageler L et al. Prednisone vs. placebo in withdrawal therapy following medication overuse headache. *Cephalalgia* 2008, 28: 152-156
15. Andrasik F et al. Disability in chronic migraine with medication overuse: treatment effect at 3 years. *Headache* 2007, 47: 1277-1281
16. Grazi L et al. Behavioral and pharmacologic treatment of transformed migraine with analgesic overuse: Outcome at 3 Years. *Headache* 2002, 42: 483-490
17. Borkum JM. *Chronic Headaches. Biology, Psychology, and Behavioral Treatment*. New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates, Inc. 2007
18. Heuser J et al. Kopfschmerz vom Spannungstyp und Migräne. In: Rief, Birbaumer. *Biofeedback*. Schattauer-Verlag, 2. Auflage 2006
19. Nestoriuc Y et al. Efficacy of biofeedback for migraine: a meta-analysis. *Pain* 2007, 128: 111-127
20. Narin SO et al. The effects of exercise and exercise-related changes in blood nitric oxide level on migraine headache. *Clin Rehabil* 2003, 17: 624-630
21. Köseoglu E et al. Aerobic exercise and plasma beta endorphin levels in patients with migrainous headache without aura. *Cephalalgia* 2003, 23: 972-976
22. Dittrich SM et al. Aerobic exercise with relaxation: influence on pain and psychological well-being in female migraine patients. *Clin J Sport Med.* 2008, 18(4): 363-365
23. Biondi DM. Physical treatments for headache: a structured review. *Headache* 2005, 45: 738-746
24. Breslau N et al. Comorbidity of migraine and depression. Investigating potential etiology and prognosis. *Neurology* 2003, 60: 1308-1312
25. Nash JM et al. The contribution of pain-related anxiety to disability from headache. *Journal of Behavioral Medicine* 2006, 29: 61-67

Pharmanews

UCB-Pharma SA

Neupro® dispositif transdermique – Prescriptions à de nouveaux patients possibles dès octobre 2008

Le dispositif transdermique de Neupro® peut être à nouveau prescrit à de nouveaux patients dès octobre 2008 [1]. Le dispositif transdermique de Neupro® doit être nouvellement conservé au réfrigérateur de 2-8°C. Neupro® dispose comme premier et unique patch anti-parkinsonien de concentrations plasmatiques stables pendant 24 heures, d'un bon contrôle des symptômes et d'une bonne tolérance [1-6].

Références :

1. Information professionnelle Neupro®. *Compendium Suisse des Médicaments* (www.documed.ch).
2. Braun M et al. Steady-state pharmacokinetics of rotigotine in patients with early parkinson's disease. *Eur J Neurology* 2005; 12(supl. 2): 66, Poster P1245, EFNS, 17-20th September 2005, Athen, Greece.
3. LeWitt PA et al. Advanced parkinson's disease treated with rotigotine transdermal system. *Neurology* 2007; 68: 1262-1267.
4. LeWitt PA et al. Randomised blind, controlled trial of rotigotine transdermal in early parkinson's disease. *Neurology* 2007; 68: 272-276.
5. Kenney C et al. Rotigotine transdermal patch in the treatment of parkinson disease and restless legs syndrome. *Expert Opin. Pharmacother.* 2007; 8(9): 1329-1335.
6. Morgan JC et al. Rotigotine for the treatment of parkinson's disease. *Expert Rev. Neurother.* 2006; 6(9): 1275-1282.

Tous les textes publiés sous la rubrique Pharmanews sont des affirmations émanant de l'industrie

Impressum

Comité de rédaction : Pr A. Borgeat, Zurich ; Pr U. W. Buettner, Aarau ; Dr M. Felder, PD, Zurich ; Pr P. Keel, Bâle ; Pr S. Palla, médecine dentaire, Zurich ; rédactrice responsable : Dr N. Leyser, IMK Institut pour la médecine et la communication SA, Bâle

Les noms de marque peuvent être protégés par le droit des marques, même si l'indication correspondante devait faire défaut. Aucune garantie n'est donnée en ce qui concerne les indications relatives à la posologie et à l'administration de médicaments.

Publication en collaboration avec la Société suisse pour l'étude de la douleur. Editeur : Dr Christian Jäggi, IMK, Bâle ; Edition : IMK Institut pour la médecine et la communication SA, Münsterberg 1, 4001 Bâle ; tél. : 061/271 35 51 ; fax : 061/271 33 38 ; e-mail : dolor@imk.ch ; www.dolor.ch

Parution trimestrielle
ISSN 1422-0601 © IMK

Avec l'aimable soutien de



Les sponsors n'exercent aucune influence sur le contenu de la publication. Ils peuvent faire paraître de brefs communiqués sous la rubrique Pharmanews.