

# Céphalée et Migraine

Cas cliniques difficiles et atypiques

33è Congrès de l'ANLLF - Montpellier

**Pr Anne Ducros**

CHU de Montpellier

Université de Montpellier

[a-ducros@chu-montpellier.fr](mailto:a-ducros@chu-montpellier.fr)



UNIVERSITÉ  
DE MONTPELLIER



## **Liens d'intérêts personnels avec**

- **Eli Lilly, Novartis, Teva, SOS Oxygène, Wik migraine**

## **Liens d'intérêt dans le cadre de la SFEMC**

- **Eli Lilly, HAC, Home perf, Novartis, Teva, SOS Oxygène, SUN Pharma**

# Cas 1: garçon, 9 ans

Pas d'antécédent notable, non migraineux, pas de trouble des acquisitions, pas de retard scolaire. VTT en périscolaire. Alimentation : RAS.

Pendant les vacances de Noël 2019, lors d'un séjour en montagne, apparition de céphalées atypiques, avec une première crise d'intensité importante (EVA 10/10) puis tous les jours céphalées récidivantes de durée plutôt brève, mais pas fugace et se répétant jusqu'à deux fois dans la journée. Très gêné durant les vacances à tel point que le séjour a été écourté pour rentrer chez eux. Céphalées toujours présentes actuellement, de moins en moins fréquentes et de moins en moins intenses cependant.

Description des céphalées : sensation de froid en casque bilatérale, plus importante à droite, sans signe d'accompagnement, EVA à 5 en crise actuellement. Pas de paresthésies, ni sensation électrique, pas de nausées ou vomissements, pas de phonophobie.

Doliprane et Nurofen 200 non efficaces.

Bilan sanguin, ophtalmo et IRM cérébrale : RAS

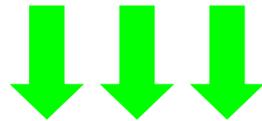
Ostéo en février : inefficace; Semelles revues : RAS.

Examen clinique normal, pas de douleur à l'émergence du nerf d'Arnold, pas de tensions cervicales.

## Diagnostic ?

# Avez-vous déjà eu ce même type de mal de tête ? Depuis quand avez-vous ce type de mal de tête ?

Patient affirme **avoir déjà eu plusieurs épisodes de céphalées identiques** depuis des mois ou des années et reconnaît sa **crise habituelle**



Une **céphalée primaire** est la plus probable  
Diagnostic= **interrogatoire+++**  
Traitement de **crise spécifique** et traitements **prophylactiques validés**

Patient a des céphalées pour la première fois de sa vie depuis des heures/jours/semaines/mois

Patient a une histoire de céphalée primaire mais affirme que sa céphalée actuelle est **différente** de ses crises usuelles



Une **céphalée secondaire** doit être recherchée et éliminée

Diagnostics= **examens urgents**

Traitement **étiologique**

# Avez-vous déjà eu ce mal de tête auparavant? Depuis quand avez-vous mal?

Patient a déjà eu plusieurs fois des **céphalées similaires** depuis **des mois ou des années** et reconnaît ses céphalées/crises habituelles

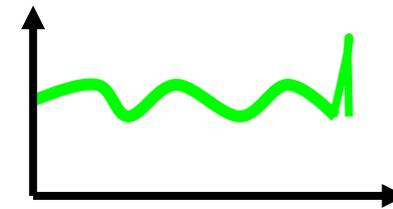
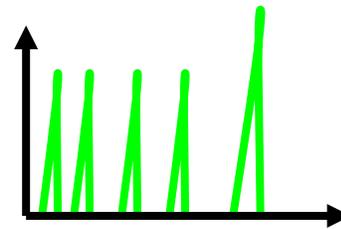


Une **céphalée primaire** est la plus probable

Diagnostic = **interrogatoire détaillé**



Crises ?  
Ou bien CCQ?



# La démarche diagnostique repose sur l'examen clinique = interrogatoire + examen physique

<b>1</b>	<b>Laisser le patient s'exprimer</b>	<b>Symptômes prédominants, préoccupations principales</b>
<b>2</b>	<b>Caractériser la céphalée</b>	<b>Durée et fréquence des crises, évolution dans le temps Topographie, intensité, type de douleur, facteurs aggravants/calmands</b>
<b>3</b>	<b>Identifier les signes accompagnateurs</b>	<b>Symptômes migraineux : nausées, vom, photo/phonophobie, pulsatilité Symptômes dysautonomiques : larmoiement, congestion nasale, rhinorrhée, ptosis, myosis, rougeur oculaire, œdème de la paupière. Comportement lors des crises Symptômes focaux, élément postural</b>
<b>4</b>	<b>Resituer le contexte du patient</b>	<b>Antécédents, contexte, déclencheurs, infections, traumatismes, voyage, situation psychiatrique, répercussion sur le sommeil, le travail, la vie sociale, la scolarité. Echelle HIT-6, échelle HAD</b>
<b>5</b>	<b>Revoir l'historique des traitements essayés et les traitements actuels</b>	<b>Traitements crise et fond, durée de prise, dose, efficacité, effets secondaires. Fréquence de la prise médicamenteuse lors des 3 derniers mois Rechercher un abus Efficacité des traitements</b>

# La démarche diagnostique d'une céphalée repose sur l'examen clinique = interrogatoire +++++ et examen physique

## Profil temporel ?

Type = crises

Début = vacances de Noël, 1ère crise EVA 10

Fréquence = tous les jours, maxi 2/J, maintenant moins fréquentes

Durée = « brèves mais pas fugaces »

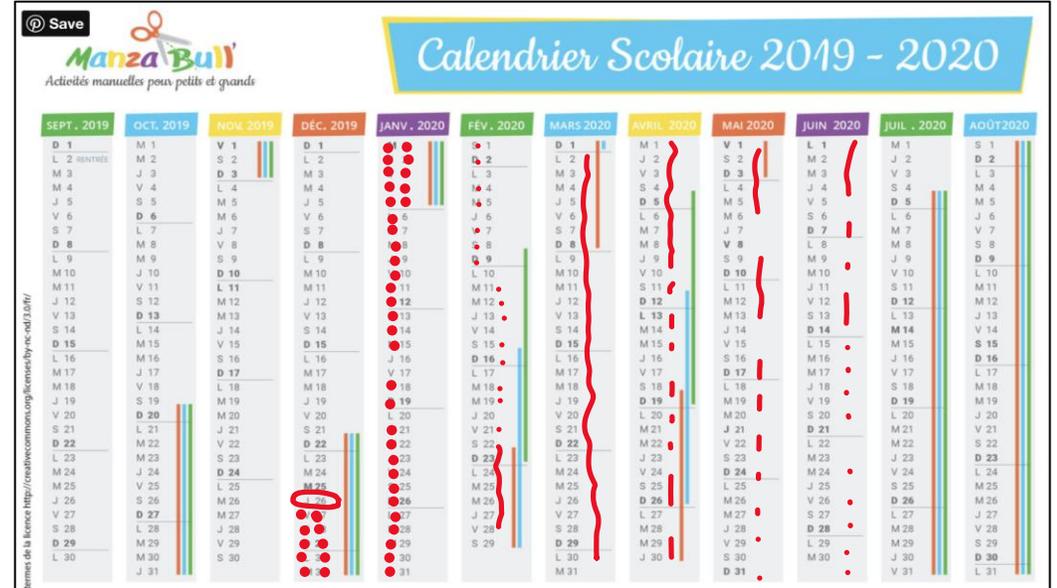
## A compléter

Type = crises

Début = se souvient-il exactement du début?

Fréquence = exacte, tenue agenda, N crises/jour, N jours/mois? Est-ce une CCQ?

Durée = en heures ou minutes, précision



TODAY

my day

today's focus

to-do list

healthy habits

H2O

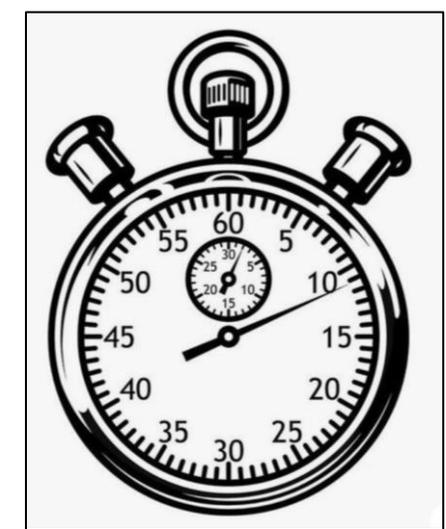
fruit & vegetables

exercise

sleep

notes

today's menu



# Chez ce jeune garçon de 9 ans

## Ce que l'on sait

Type = crises

Début = précis (vacances Noël)

Fréquence = quotidienne, maxi 2/J, profil

CCQ, maintenant moins fréquentes

Durée = « brèves mais pas fugaces »

Topographie = bilatérale, prédominance Dt

Intensité = initiale très sévère (10/10)

Signes migraineux absents

Paracétamol inefficace et Ibuprofène

inefficace mais il a eu la dose pour 20 kg

## A compléter

Taille et poids

Durée exacte des crises

Comportement lors de la crise

Pâleur?

Signes dysautonomiques?

Horaire des crises (jour/nuit)?

## AINS ibuprofène enfants

pour 10 kg : Advilmed® sirop une dose de 10 kg × 4/j ou Nurofenpro® sirop une dose de 10 kg × 3/j

pour 20 kg : 200 mg/prise × 3/j

pour 40 kg ou plus : 400 mg/prise × 3/j

# Chez ce jeune garçon de 9 ans

## Ce que l'on sait

Type = crises

Début = précis (vacances Noël)

Fréquence = quotidienne, maxi 2/J, profil

CCQ, maintenant moins fréquentes

Durée = « brèves mais pas fugaces »

Topographie = bilatérale, prédominance Dt

Intensité = initiale très sévère (10/10)

Signes migraineux absents

Paracétamol inefficace et Ibuprofène

inefficace mais il a eu la dose pour 20 kg

## A compléter

Taille et poids

Durée exacte des crises

Comportement lors de la crise

Effet de l'activité et du mouvement?

Pâleur?

Signes dysautonomiques?

Horaire des crises (jour/nuit)?

## AINS ibuprofène enfants

pour 10 kg : Advilmed<sup>®</sup> sirop une dose de 10 kg × 4/j ou Nurofenpro<sup>®</sup> sirop une dose de 10 kg × 3/j

pour 20 kg : 200 mg/prise × 3/j

pour 40 kg ou plus : 400 mg/prise × 3/j

# Chez ce jeune garçon de 9 ans

**DIAGNOSTIC POSITIF CCQ (15j/m - 3 mois / Agenda +++)**



**ELIMINATION CCQ SECONDAIRE (hors CAM)**



**DETERMINATION CEPHALEE PRIMAIRE SOUS-JACENTE**

**CCQ de durée > 4h sans traitement**

Migraine  
chronique

CTC

CCQ de  
novo

Hemicrania  
continua

**CCQ de durée < 4h sans traitement**

AVF  
chronique

Hémicranie paroxystique  
chronique

# Chez ce jeune garçon de 9 ans

DIAGNOSTIC POSITIF CCQ (15j/m - 3 mois / Agenda +++)



ELIMINATION CCQ SECONDAIRE (hors CAM)



DETERMINATION CEPHALEE PRIMAIRE SOUS-JACENTE

CCQ de durée > 4h sans traitement

~~Migraine  
chronique  
adulte~~

~~CTC~~

~~CCQ de  
novo~~

~~Hemicrania  
continua~~

CCQ de durée < 4h sans traitement

~~AVF  
chronique~~

~~Hémicranie paroxystique  
chronique~~

**Migraine chronique enfant**

# Chez ce jeune garçon de 9 ans

<b>1.1</b>	<b>Migraine sans aura</b>
<b>A</b>	<b>Au moins cinq crises</b> répondant aux critères B-D
<b>B</b>	Crises de céphalées durant <b>4-72 heures</b> (si non traitées ou inefficacement traitées)
<b>C</b>	Céphalées ayant au moins <b>deux des 4</b> caractéristiques suivantes : <ol style="list-style-type: none"><li>1. topographie <b>unilatérale</b></li><li>2. type <b>pulsatile</b></li><li>3. intensité <b>modérée ou sévère</b></li><li>4. aggravée par ou entraînant l'évitement des <b>activités physiques</b> de routine (marcher, monter les escaliers)</li></ol>
<b>D</b>	Durant la céphalée, au moins l'un des suivants: <ol style="list-style-type: none"><li>1. <b>nausées et/ou vomissements</b></li><li>2. <b>photophobie et phonophobie</b></li></ol>
<b>E</b>	N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de ICHD-3

Chez l'enfant et l'adolescent (de moins de 18 ans), les crises peuvent durer 2 à 72 heures (la preuve d'une durée de crises non traitées de moins de 2 heures chez l'enfant n'a pas été étayée).

Code « probable » tous les critères sauf un doivent être satisfaits

Migraine sans aura probable  
Et au début > 15 J/moi

**Donc diagnostic final :**  
**1.5.1 MSA probable**  
**1.3 MC initiale**

## Cas 2: femme, 27 ans

Secrétaire médicale. Un enfant. Contraception par préservatif. Pas de désir d'enfant.

Crises, début 2 ans, œil gauche, pulsatile, vomissements, diarrhée PP+, Osmo+, ptosis, obstruction nasale

Une paralysie oculomotrice associée aux migraines à 7 ans, a nécessité rééducation orthoptique ensuite.

Une crise d'épilepsie à 15 ans, Valproate de 15 à 18 ans, avec persistance des migraines. EEG normale.

Bilan négatif : plusieurs IRM cérébrales, angiogramme cérébrale à Montpellier, IRM cervicale, PL, bio, etc.

Traitement de crise = ECHEC de naramig, imigrane, zomig, diclofenac, relpax, biprofenid, imiject.

Traitement de fond = ECHEC de corticothérapie, Tegretol, Sibelium, nocertone, avolcardyl, Laroxyl, Epitomax, isoptine, Sanmigran, Largactil.

Migraines sévères, 1 crise/3 semaines qui dure entre 7 à 15 jours (alitée à vomir). Pas de lien avec les cycles.

Traitement de crise : perf à domicile 3 jours (Profenid, Laroxyl et Tranxene) : efficace mais EI; association

Apranax/Imigrane : réduit l'intensité des crises (EVA de 5 à 3) + 8 gouttes de Laroxyl sur qq jours

TTT de fond : association progressive Propranolol LP 160 mg et Epitomax 150 mg/jour.

Réduction de la durée des crises à 4-5 jours, moins invalidantes, car peut aller travailler et sortir. Espacement des crises à un mois.

**Prise en charge ? => Migraine sévère**

**Migraine chronique résistante**

## Cas 2: femme, 27 ans

### **BOX 1. Proposed criteria for defining severe migraine**

Headaches fulfilling either criterion A or criterion B for at least three months

- A.** Headache frequency of at least eight migraine days per month<sup>1</sup>
- B.** Headache frequency <8 migraine days per month, but associated with at least one of the following criteria:
  - 1. HIT-6 score  $\geq 60$
  - 2. Necessitating complete interruption of activity for  $\geq 50\%$  of headaches

<sup>1</sup>These patients are identified as severe since they are at risk for developing medication overuse headache.

# Proposition de critères de contrôle de la migraine

<sup>1</sup>A triptan should have been tested before the headache is definitively considered uncontrolled.

<sup>2</sup>More than one intake may be considered acceptable if the inter-dose interval is large and if this is considered acceptable by the patient.

<sup>3</sup>Topiramate and a  $\beta$ -blocker should have been tested before the headache is definitively considered uncontrolled.

<sup>4</sup>A list of recommended doses is provided in the Supplementary Material online.

<sup>5</sup>Well-tolerated is defined as the absence of adverse events or the presence of adverse events which are considered acceptable by the patient.

Donnet A, Ducros A, Radat F, Allaf B, Lanteri-Minet M, Severe migraine and its control: a proposal for definitions and consequences for care. Soumis

## **BOX 2. Proposed criteria for defining migraine control**

Headache treatment fulfils criterion A, as well as criterion B if patient is taking medication for migraine prevention, and criterion C for both acute and preventive treatment.

- A.** Acute headache relief treatment<sup>1</sup> taken within one hour provides effective response, as defined by all of the following:
  - 1. Do you obtain significant headache relief 2 hours after taking medication?
  - 2. Do you require only a single intake of medication for headache relief?<sup>2</sup>
  - 3. Is this treatment effective over at least two attacks out of three?
- B.** Migraine prevention therapy<sup>3</sup> provides effective response, as defined by one of the following:
  - 1. Reduction in headache frequency of at least 50% in episodic migraine
  - 2. Reduction in headache frequency of at least 30% in chronic migraine
- C.** All headache treatment used fulfils all of the following:
  - 1. No contra-indication to the medication
  - 2. Medication given as an optimal treatment regimen (dose,<sup>3</sup> timing, route of administration) for at least three months
  - 3. Medication well tolerated by the patient<sup>5</sup>

## Cas 2: femme, 27 ans

- **Optimisation du traitement de crise**
  - Sumatriptan injectable + naproxène
  - Tester indométacine (200 à 250 mg/jour)
  - Métopropramide ou odansétron (hors AMM)
  - Coupler à technique de neuromodulation (Neurivio)
- **Optimisation du traitement de fond**
  - Poursuite Propranolol 160LP
  - Si tolérance OK, monter Topiramate au maximum toléré
  - Rajouter un tricyclique (Anafranil ou autre, même à faible dose)
  - Attente des AC antiCGRP, immédiatement indiqués chez elle
  - Coupler à technique de neuromodulation non invasive (Cefaly)
  - Boire 2 litres d'eau par jour, faire du sport

# Cas 3: Avis sur les protocoles de perfusion à domicile

## Autres protocoles ?

- Le TRANXENE n'étant plus disponible en ville, remplacé par RIVOTRIL => Peut être aussi remplacé par du VALIUM
- RIVOTRIL : 1/4 ampoule en IVL en 30 min en même temps que le 1er PROFENID pdt 1 jour, 1 seule fois par jour
- LAROXYL : 40 mg en IVL en 30 min au coucher pdt 1 jour => on peut monter à bien plus selon la tolérance du patient
- PROFENID : 100 mg IVL sur 30 min pdt 1 jour, 1 fois par jour, à renouveler 1 fois dans la même journée si EVA > 4
- PRIMPERAN : si besoin, en bolus lent, max 2 fois par jour => mettre en systématique ++++
- En général 1 jour et adaptation les jours suivant selon l'EVA pour crise ; 3 à 5 jours pour état de mal migraineux ou sevrage, en adaptant le dosage du Laroxyl
- Optimiser le traitement de crise usuel: sumatriptan injectable, kétoprofène ou indométacine 100 suppositoire, métoclopramide suppositoire et traiter tôt++++ dans l'heure qui suit le début de la céphalée d'intensité faible

## Cas 4: homme, 72 ans

Antécédents : stent coronaire, acromioplastie épaule D, canal lombaire rétréci opéré.

Traitement habituel : Kardégic, Tahor, Coversyl, Permixon.

Début mars 2020, céphalées au vertex parfois violentes survenant 5 minutes après le réveil avec sensation de déséquilibre. Céphalées fluctuantes disparaissant en décubitus, pulsatiles initialement puis « lançantes ». Paracétamol inefficace.

Contexte d'épisode fébrile à 38,7° C avec rhinite, toux durant une semaine.

Examen clinique : déviation non latéralisée au Romberg, reste normal, TA à 160/80 couché.

NFS, VS, CRP : normal.

Auto-mesures de pression artérielle normales.

Scanner cérébral injecté normal. IRM cérébrale normale. Radiographies cervicales normales.

**Sérologie Covid19 positive.**

**Céphalées post Covid ?**

**Céphalées sur brèche durale dans un contexte de toux ?**

## Cas 4: homme, 72 ans

Patient a des céphalées pour la première fois de sa vie depuis des heures/jours/semaines/mois

Patient a une histoire de céphalée primaire mais affirme que sa céphalée actuelle est **différente** de ses crises usuelles



Une **céphalée secondaire** doit être recherchée et éliminée

Diagnostic= **examens urgents**

Traitement **étiologique**

**Imagerie crânienne et cérébrale TDM puis IRM PL** après imagerie cérébrale sauf si syndrome méningé fébrile

**Imagerie vasculaire cérébrale et cervicale**

Artères et veines, angioCT ou ARM TOF ou gado, T1 Fatsat, T2\*

**Bilan biologique** rarement concluant

CRP: artérite temporale ou infection, svt NI dans méningite virale

Anémies sévères, TSH si CCQ

**Investigations guidées par liste des étiologies possibles**

**Céphalée brutale** => vasculaire, HSA?

**Céphalée progressive** => hypertension intracrânienne?

**Céphalée fébrile** => méningite?

# Cas 4: Indication de la PL dans les céphalées

## Indications larges dans les céphalées

- Syndrome méningé fébrile
- Céphalée inhabituelle récente sans diagnostic après TDM/IRM
- CCQ sans céphalée primaire épisodique préalable, après TDM/IRM
- Recherche HSA, méningite, hyper ou hypotension?

**Contre-indications** Infection locale, troubles hémostasie (INR  $\geq 1,5$ ; PI  $< 50\ 000$ ; tps saignement  $> 7$  min; possible sous double AAP) et HTIC par POE

## Technique

- Analyse complète (multiples tubes), recherche pigments si CCT
- **Pression en décubitus latéral** avant soustraction LCS (manomètre ou tubulure tenue verticalement)
- Hypertension IC si  $> 25$  cm H<sub>2</sub>O chez adulte et  $> 28$  cm chez enfant
- LCS ne coule pas en décubitus avec pression imprenable => assoir le patient et reprendre pression. Si  $\leq 6$  cm H<sub>2</sub>O en position assise = hypotension intracrânienne

## Prévention des syndromes post-PL

- Aiguilles atraumatique de petit diamètre, G25 avec introducteur
- Laisser le patient à plat 24h après PL = inutile +++++

# Cas 4: homme, 72 ans

## COVID-19 aigu

- Céphalée aiguë, sévère et isolée (inhabituelle) => consulter
- Imagerie et PL
- Méningite COVID-19
- Traitement symptomatique (antalgiques) et repos



## Post-Covid

- Asthénie et autres symptômes résiduels
- CCQ post-infectieuse
- Migraine peut être majorée en intensité et fréquence
- Eviter l'abus médicamenteux
- Instauration d'une prophylaxie si besoin

## Cas 4: homme, 72 ans

**Céphalées sur brèche durale dans un contexte de toux ?**

**Serait donc un tableau d'hypotension intracrânienne spontanée, à IRM normale et persistant**

**Chercher autres arguments**

**Signes ORL**

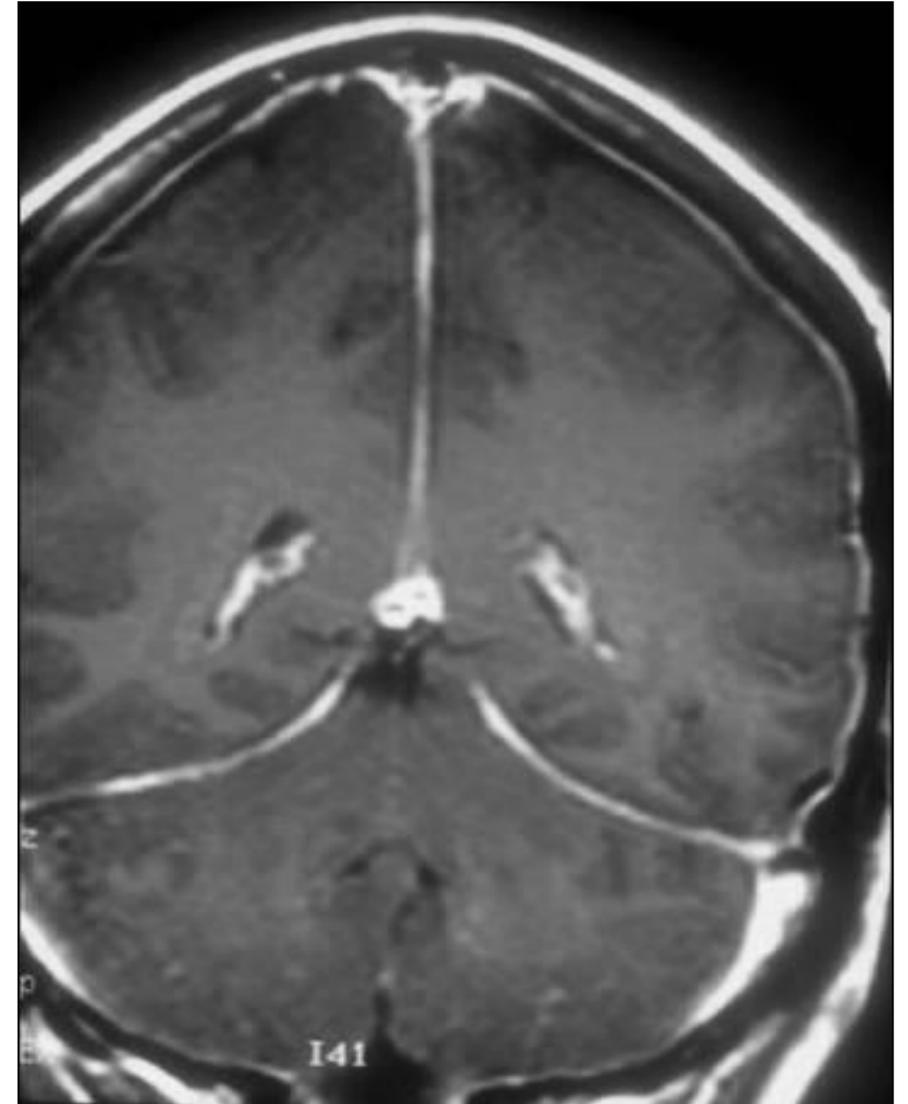
**Effet de la marche**

**Effet des Valsalvas**

**Effet des dos d'âne**

**Refaire IRM, PDC méningée, autres signes IRM**

**D'autres céphalées s'améliorent au repos  
= type migraine, type CT**



## Cas 5: femme, 46 ans

Migraine avec auras visuelles et/ou phasiques depuis l'âge de 12 ans.

Malgré un traitement de fond par EPITOMAX 200 mg et SELOKEN 200 mg, persistance de 20 à 25 jours par mois avec migraine.

Plusieurs hospitalisations pour sevrage médicamenteux par LAROXYL.

Aucune technique non médicamenteuse essayée n'a permis d'amélioration (acupuncture, magnétisme, sophrologie, hypno-analgésie, kinésithérapie, ostéopathie, Cefaly...).

Autres traitements de fond essayés, sans efficacité : PROPRANOLOL, NOCERTONE.

Traitement de crise : RELPAX et PROFEMIGR.

**Quelle prise en charge en attendant les anticorps anti CGRP ?**

**Toxine botulique ?**

# Cas 5: femme, 46 ans

- **Migraine avec aura**
- **Migraine chronique**
- **Migraine résistante (échec à 3 ttt de fond)**
  
- **Mais elle n'a encore pas pris grand-chose**
- **On ne sait pas si toutes ses crises sont avec aura ou sans aura**
- **Tester toutes les traitements de fond de la migraine**
- **Si prédominance de Migraine avec aura**
  - **AAP en ttt de fond**
  - **Bilan cardio approfondi (communication Dt GH)**
  - **Lamotrigine, autres antiépileptiques**
  - **Toxine = oui mais non remboursée et utiliser protocole PREMPT = 150-195 U sur 31-39 sites dans 7 groupes musculaires**