

Année : 2014

N° : 026

**LES CÉPHALÉES CHRONIQUES QUOTIDIENNES  
PAR ABUS MÉDICAMENTEUX**

---

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

*Présentée et soutenue publiquement par*

**Marie-Liesse LÉGER  
(née Baguenier Desormeaux)**

Née le 28 mars 1987 à Angers

*Le 7 juillet 2014 devant le jury ci-dessous :*

*Président* : Madame le Professeur Brigitte ALLIOT-LICHT

*Assesseur* : Madame le Docteur Elisabeth ROY

*Assesseur* : Madame le Docteur Edwige de CHAUVIGNY

*Invité* : Monsieur le Docteur Bertrand BOUETEL

*Directrice de thèse* : Madame le Docteur Bénédicte CASTELOT-ENKEL

<b>UNIVERSITÉ DE NANTES</b>	
<b>Président</b>	Pr. LABOUX Olivier
<b>FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE</b>	
<b>Doyen</b>	Pr. AMOURIQ Yves
<b>Assesseurs</b>	Dr. RENAUDIN Stéphane Pr. SOUEIDAN Assem Pr. WEISS Pierre
<b>Professeurs des Universités Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.</b>	
Monsieur AMOURIQ Yves Madame ALLIOT-LICHT Brigitte Monsieur GIUMELLI Bernard	Monsieur LESCLOUS Philippe Madame PEREZ Fabienne Monsieur SOUEIDAN Assem Monsieur WEISS Pierre
<b>Professeurs des Universités</b>	
Monsieur BOHNE Wolf (Professeur Emérite) Monsieur JEAN Alain (Professeur Emérite)	Monsieur BOULER Jean-Michel
<b>Praticiens Hospitaliers</b>	
Madame DUPAS Cécile	Madame LEROUXEL Emmanuelle
<b>Maîtres de Conférences Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.</b>	<b>Assistants hospitaliers universitaires des C.S.E.R.D.</b>
Monsieur AMADOR DEL VALLE Gilles Madame ARMENGOL Valérie Monsieur BADRAN Zahi Monsieur BODIC François Madame DAJEAN-TRUTAUD Sylvie Monsieur DENIAUD Joël Madame ENKEL Bénédicte Monsieur GAUDIN Alexis Monsieur HOORNAERT Alain Madame HOUCHMAND-CUNY Madline Madame JORDANA Fabienne Monsieur KIMAKHE Saïd Monsieur LAGARDE André Monsieur LE BARS Pierre Monsieur LE GUEHENNEC Laurent Madame LOPEZ-CAZAUX Séréna Monsieur MARION Dominique Monsieur NIVET Marc-Henri Monsieur RENAUDIN Stéphane Madame ROY Elisabeth Monsieur STRUILLOU Xavier Monsieur UNGER François Monsieur VERNER Christian	Madame BOEDEC Anne Monsieur CLÉE Thibaud Monsieur DAUZAT Antoine Madame DAZEL LABOUR Sophie Monsieur DEUMIER Laurent Monsieur LE BOURHIS Antoine Monsieur KOUADIO Kouakou (assistant associé) Monsieur LANOISELEE Edouard Madame LEGOFFE Claire Madame MAÇON Claire Madame MALTHIERY Eve Madame MELIN Fanny Madame MERAMETDJIAN Laure Monsieur PILON Nicolas Monsieur PRUD'HOMME Tony Monsieur RESTOUX Gauthier Madame RICHARD Catherine Monsieur ROLOT Morgan

Janvier 2014

Par délibération en date du 6 décembre 1972, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'il n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

## **REMERCIEMENTS**

**À Madame le Professeur Brigitte ALLIOT-LICHT,**

- Professeur des Universités.
- Praticien Hospitalier des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires.
- Docteur de l'Université de Nantes.
- Habilité à diriger des recherches.

NANTES

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury.

Veillez trouver ici le témoignage de ma sincère gratitude et de ma profonde considération.

**À Madame le Docteur Bénédicte CASTELOT-ENKEL,**

- Maître de Conférences des Universités.
- Praticien Hospitalier des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires.
- Docteur de l'Université de Nantes.
- Département d'Odontologie Conservatrice et d'Endodontie.

NANTES

Pour m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse.

Pour votre bienveillance et le temps que vous avez consacré afin de me guider dans ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et le témoignage de mon plus grand respect.

**À Madame le Docteur Elisabeth ROY,**

- Maître de Conférences des Universités.
- Praticien Hospitalier des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires.
- Docteur de l'Université de Nantes.
- Département d'Odontologie pédiatrique.

NANTES

Pour m'avoir fait l'honneur de participer à ce jury de thèse.

Pour votre gentillesse.

Pour l'intérêt porté à cette thèse et le temps que vous lui avez accordé.

Veillez trouver ici le témoignage de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

**À Madame le Docteur Edwige de CHAUVIGNY,**

- Docteur en Médecine.
- Algologue au Centre d'évaluation et de traitement de la douleur du centre hospitalo-universitaire.

NANTES

Pour avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse sans même m'avoir rencontrée auparavant.

Pour votre aide avisée et vos éclaircissements quant aux différents acteurs dans la prévention des CCQ.

Veillez trouver ici le témoignage de mon plus grand respect et l'expression de mes sincères remerciements.

**À Monsieur le Docteur Bertrand BOUETEL,**

- Ancien Assistant Hospitalo-Universitaire
- Praticien Hospitalier attaché des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires.

NANTES

Pour m'avoir fait l'honneur de participer à ce jury de thèse.

Pour le temps que vous avez consacré à cette thèse, pour vos éclaircissements.

Veillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

**À mon cher et tendre époux**, pour son amour, sa tendresse et ses encouragements quotidiens.

**À mon fils et à l'enfant qui va rejoindre notre famille**, vous nous comblez de joie.

**À mes parents**, en particulier à la mémoire de ma mère, le docteur Sybille de Saint-Pern, pour l'amour, le soutien et l'éducation qu'ils m'ont apportés, me permettant de réussir dans la voie que j'ai choisie.

**À ma marraine et à mon parrain.**

**À mes sœurs, à mes grands-parents et à ma belle-famille.**

**À tous mes amis.**

**À l'ensemble des enseignants** qui m'ont accompagnée au cours de mes études.

**Au Dr Frédéric Scavion, à Catherine**, pour leur gentillesse, leur confiance et pour la richesse de notre collaboration.

# SOMMAIRE

## INTRODUCTION

### PARTIE I - Rappels : définition et retentissement

#### I1. Douleurs oro-faciales et céphalées

##### 111. Les différents types de douleurs oro-faciales (chroniques)

##### 112. Les comorbidités

#### I2. Les céphalées chroniques quotidiennes

##### I21. Définition des CCQ

##### I22. Retentissement des CCQ

###### I221. Qualité de vie et handicap

###### I222. Conséquences économiques

### Partie II - Diagnostic

#### II1. Diagnostic positif

#### II2. Diagnostic différentiel

### Partie III - Facteurs associés aux CCQ

#### III1. Abus médicamenteux

##### III11. Définition, nature

##### III12. Fréquence de l'abus médicamenteux

##### III13. Place de l'abus médicamenteux dans les CCQ

#### III2. Facteurs psychopathologiques

##### III21. Troubles anxieux et dépressifs

##### III22. Addiction

##### III23. Troubles de la personnalité

##### III24. Événements de vie

#### III3. Autres facteurs

##### III31. Facteurs hormonaux et biologiques

##### III32. Facteurs musculo-squelettiques

### III33. Facteurs divers : habitudes de vie et caractéristiques socio-professionnelles

#### Partie IV - Prise en charge des CCQ

##### IV1. Évaluation des CCQ

##### IV2. Modalité de sevrage

##### IV3. Mesures d'accompagnement possibles

###### IV31. Pharmacologiques

###### IV32. Psychothérapeutiques

###### IV33. Autres techniques d'accompagnement

##### IV4. Modalités de suivi et prévention des rechutes de la surconsommation médicamenteuse

###### IV41. Rythme du suivi

###### IV42. Nature du suivi

###### IV421. Médicamenteux

###### IV422. Psychothérapeutique

###### IV423. Musculo-squelettique

#### Partie V - Prévention primaire des CCQ

##### V1. Identification et prise en charge des patients à risque de développement d'une CCQ

##### V2. Sensibilisation des patients et des acteurs de santé

###### V21. Sensibilisation des patients

###### V22. Sensibilisation des acteurs de santé

###### V221. Le chirurgien-dentiste

###### V222. Le pharmacien

###### V223. Le neurologue

###### V224. Le kinésithérapeute

###### V225. Les infirmières

###### V226. Le psychologue

#### CONCLUSION

#### LISTE DES ABBRÉVIATIONS

#### BIBLIOGRAPHIE

#### TABLE DES ILLUSTRATIONS

#### ANNEXE

## INTRODUCTION

Les céphalées chroniques quotidiennes (CCQ) représentent un lourd fardeau pour les individus qui en sont atteints. En effet la douleur qu'elles entraînent et surtout sa récurrence influent sur le bien-être physique et psychologique de la personne. Les sphères sociale, familiale et professionnelle s'en trouvent quotidiennement perturbées. Les CCQ sont également un défi majeur pour les acteurs de santé car leur diagnostic et leur traitement restent difficiles.

Le chirurgien-dentiste est souvent confronté à la douleur oro-faciale chronique pour laquelle le tableau clinique est rarement stéréotypé. Parmi les douleurs oro-faciales chroniques, nous rencontrons des patients avec des douleurs neuropathiques, neurovasculaires ou dysautonomiques, et des algies idiopathiques. Leur comorbidité est très élevée et il n'est pas rare d'examiner des patients qui présentent une association de DAM (dysfonctionnement de l'appareil manducateur) et de céphalées primaires, de migraines et de céphalées tensives (6 ; 23). Les patients céphalalgiques sont de plus en plus orientés vers un chirurgien-dentiste pour un diagnostic différentiel ou d'élimination, notamment lorsque les traitements symptomatiques antalgiques sont sans effet et qu'aucune lésion buccale ou ORL n'est mise en évidence. Si le chirurgien-dentiste est sollicité pour répondre à la question « *La douleur est-elle odontogène ?* », son rôle dans le diagnostic ne s'arrête pas à cette étape. Sa connaissance des symptômes des DAM et des douleurs oro-faciales chroniques en général, fait de lui un allié de choix dans le diagnostic différentiel. De plus, l'association de deux pathologies peut limiter l'efficacité thérapeutique et faire le lit d'abus médicamenteux. Le chirurgien-dentiste a donc un rôle primordial à jouer dans leur prévention.

Les céphalées comme la migraine ou la céphalée de tension, sous l'influence de divers facteurs responsables d'un processus de chronicisation, peuvent entraîner des CCQ. Les différents traitements antalgiques utilisés et les diverses études sur ces traitements lors des dernières décennies ont révélé un aspect troublant : l'abus de médicaments opiacés et anti-migraineux, peut aboutir au développement d'une céphalée chronique quotidienne par abus médicamenteux (CAM). C'est ce sujet déroutant qui nous intéresse dans cette thèse.

Comment peut-on différencier les patients céphalalgiques des patients en état d'abus médicamenteux ? Comment aider ces patients à sortir de ce cercle vicieux dans lequel les médicaments qui les soulagent renforcent et pérennisent également leur souffrance ?

Parmi les diverses catégories de céphalées chroniques, celle associée à l'abus de médicaments est particulièrement difficile à traiter et sujette à de fréquentes rechutes. Sa prise en charge est d'autant plus délicate que la pathophysiologie des CAM est peu connue et que son traitement est basé sur peu de preuves, s'appuyant principalement sur l'expérience clinique et la croyance.

Le chirurgien-dentiste est de plus en plus amené à rencontrer ce type de pathologie. Il doit être en mesure de reconnaître les CAM pour orienter le patient vers une prise en charge pluridisciplinaire adaptée.

Dans cette thèse seront présentés tout d'abord la définition des CAM ainsi que leur retentissement sur les patients et sur la société, puis les critères permettant d'établir le diagnostic des CCQ ainsi que leur diagnostic différentiel. Ensuite seront listés les différents facteurs associés aux CCQ en approfondissant plus particulièrement les CCQ par abus médicamenteux. Enfin seront étudiées les modalités de prise en charge des patients souffrant de CCQ et la façon d'améliorer leur prévention en sensibilisant les différents acteurs, les patients et les divers professionnels de santé.

# **PARTIE I - Rappels : définition et retentissement**

## **II. Douleurs oro-faciales et céphalées**

### **II.1. Les différents types de douleurs oro-faciales (chroniques)**

La douleur peut se différencier, sur le mode temporel, en douleur aiguë ou en douleur chronique. D'après Boucher et Pionchon (2006), la douleur aiguë est généralement réversible spontanément ou à l'aide d'un traitement antalgique. Elle sert de signal d'alarme et prévient de l'imminence ou de la survenue de lésions tissulaires. Elle entraîne des réflexes coordonnés et des réponses comportementales qui permettent de limiter l'étendue des lésions au minimum. En cas de lésion tissulaire, des modifications réversibles de l'excitabilité du système nerveux périphérique (SNP) et du système nerveux central (SNC), provoquent une hypersensibilité des tissus inflammés et environnants. La douleur aiguë joue un rôle essentiel dans la réparation tissulaire puisqu'elle permet d'éviter les contacts avec la lésion lésée jusqu'à la guérison.

La douleur chronique est une douleur qui dure plus de 6 mois. Elle ne joue aucun rôle protecteur et ne provoque que douleurs et souffrances. Elle entraîne un retentissement psychosocial grave se répercutant sur le travail, ainsi que sur les relations sociales et familiales (10).

Les douleurs oro-faciales chroniques sont réparties en 3 groupes : les douleurs idiopathiques, les douleurs neuro-vasculaires et les douleurs neuropathiques.

Les douleurs oro-faciales idiopathiques sont des douleurs dont la cause est inconnue. Leur prise en charge est difficile. En effet, elles sont très invalidantes pour le patient et confrontent le praticien à de fréquents échecs. La tentation est alors de nier la réalité organique de la douleur et de la classer dans les douleurs psychologiques (55). Il semble que différents facteurs (hormonaux, neuropathiques, psychosociaux et comportementaux) soient intriqués. Leur prise en charge est multidisciplinaire. Les chirurgiens-dentistes font partie des praticiens les plus fréquemment consultés. Dans la région oro-faciale, on compte l'algie faciale atypique, l'odontalgie atypique, la stomatodynie et les DAM.

L'algie faciale atypique est caractérisée par une douleur très intense, à type de brûlure, localisée au niveau de la bouche, des maxillaires ou de la face. La douleur a tendance à s'étendre avec le temps. Elle est parfois associée à des dysesthésies, des paresthésies ou à une allodynie, ainsi qu'à des symptômes généraux comme les migraines. Une errance thérapeutique est fréquente et peut aboutir à de multiples interventions invasives qui ne font qu'aggraver la situation (10).

L'odontalgie atypique (ou douleur de la dent fantôme) est caractérisée par une douleur dentaire, principalement dans les secteurs prémolaires et molaires, qui ne s'explique par aucune cause organique. La douleur peut diffuser vers les dents voisines et l'extraction de la dent algique n'entraîne aucune résolution de la douleur. De nombreuses dents peuvent ainsi être extraites sans amélioration et l'odontalgie atypique peut alors évoluer vers une algie faciale atypique.

La stomatodynie (ou burn mouth syndrom) se caractérise par une sensation de brûlure, au niveau bucco-pharyngé, en l'absence de lésion visible. La douleur est diurne et d'intensité variable au cours de la journée. Elle est augmentée par certains aliments épicés ou acides. Une dysgueusie et une xérostomie peuvent y être associées.

D'après Woda (2001), les SADAM (syndromes algodysfonctionnels de l'appareil manducateur) englobent plusieurs formes de douleur. Les SADAM de cause traumatique ou les formes dégénératives sont à exclure des douleurs idiopathiques. Cependant, les douleurs musculo-aponévrotiques et les dérangements disco-condyliens entrent dans ce cadre et présentent d'étonnantes similitudes avec la fibromyalgie et les céphalées de tension. Les douleurs musculo-aponévrotiques sont aggravées par la mise en fonction de la mandibule et présentent des points gâchettes. Les dérangements disco-condyliens sont eux, liés à une altération des structures intra-articulaires (55).

Les migraines et les céphalées de tension font partie des douleurs oro-faciales chroniques. Elles se classent, ainsi que l'algie vasculaire de la face, parmi les douleurs neuro-vasculaires.

Les migraines sont caractérisées par une douleur unilatérale, pulsatile, apparaissant au cours de crises pouvant durer plusieurs heures. Cette douleur est accompagnée dans 15% des cas par des troubles visuels ou sensitifs, appelés « auras ». De plus, lors des crises de migraine, le patient est souvent sujet à des nausées, à des vomissements, à une photophobie ou à une phonophobie. Enfin la douleur est aggravée lors de l'effort.

Les céphalées de tension sont caractérisées par une douleur bilatérale, décrite comme une douleur en étau, comme une pression de casque sur la tête. Cette douleur n'est pas aggravée par l'effort mais par l'attention. Elle est très souvent accompagnée de douleurs musculaires.

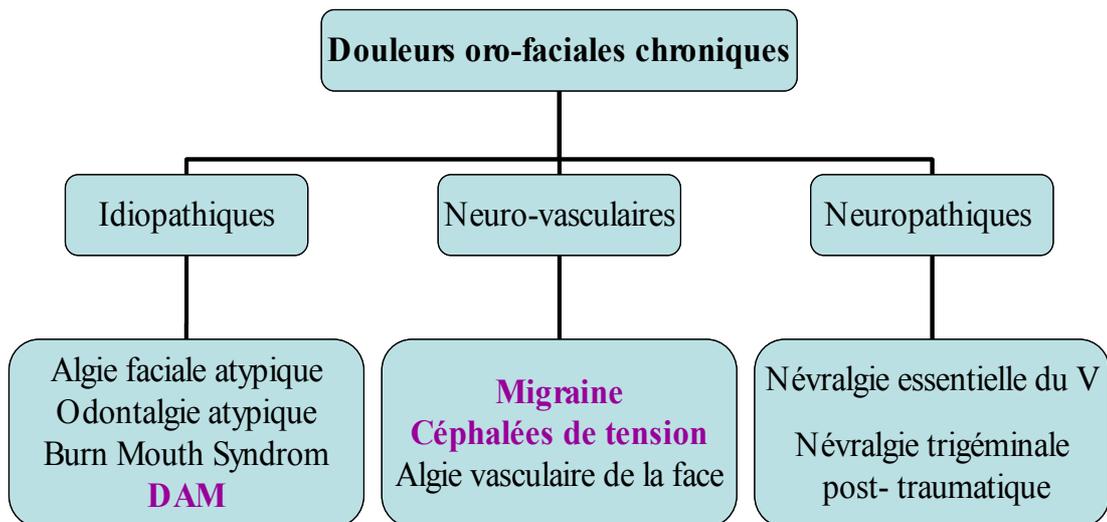
L'algie vasculaire de la face se définit comme une douleur très intense, à type de broiement, unilatéral, au niveau péri-orbitaire et rétro-oculaire. Elle s'accompagne souvent de signes sympathiques, tels qu'un larmoiement, une rougeur conjonctivale, une rhinorrhée (10).

Les douleurs neuropathiques regroupent la névralgie essentielle du V ainsi que la névralgie trigéminal.

La névralgie essentielle du nerf Trijumeau se présente sous forme de crises douloureuses paroxystiques localisées le plus souvent dans le territoire du V2. La douleur est unilatérale et décrite comme une décharge électrique. Les crises sont déclenchées par la stimulation d'une zone gâchette.

La névralgie trigéminal fait souvent suite à des traumatismes faciaux ou à certaines chirurgies. Elle se décrit comme une douleur à type de brûlure permanente accompagnée parfois de dysesthésie et de manifestations autonomes.

La migraine et la céphalée de tension se classent parmi les douleurs oro-faciales chroniques. Ces céphalées initialement épisodiques peuvent lors de phénomène de chronicisation se transformer en céphalées chroniques quotidiennes (CCQ).



**Figure 1** : Classification des douleurs oro-faciales chroniques

## 112. Les comorbidités

Les différentes douleurs oro-faciales présentent entre elles des comorbidités.

D'après Woda, l'algie faciale atypique, l'odontalgie atypique, la stomatodynie et les SADAM diffèrent par la localisation de la douleur mais comportent de grandes ressemblances en terme de tableau clinique. De plus, ces différentes pathologies sont très souvent présentes chez un même patient, que ce soit en même temps ou successivement (55).

D'après une étude de Franco réalisée en 2010, parmi les patients souffrant de DAM, 83.3% souffrent également de céphalées primaires, dont 53.3% de migraines, et 30.2% de céphalées tensives (23).

Ballegaard, en 2008, a montré qu'il existe fréquemment une association entre les différentes douleurs oro-faciales. Ainsi, les migraines et les céphalées de tension sont associées dans 20,2% des cas et 20,2% des patients souffrent à la fois de migraine, de céphalée de tension et d'abus médicamenteux. De même les DAM et les céphalées de tension sont associées dans 45% des cas et les DAM, les migraines et les céphalées de tension dans 75% des cas (6).

La plupart des douleurs oro-faciales chroniques présentent des comorbidités psychiatriques.

D'après Woda, les facteurs psychologiques sont considérés comme des facteurs de risque dominants pour les douleurs oro-faciales chroniques. En effet, l'utilisation de psychotropes donne souvent de bons résultats, bien qu'ils aient une action antalgique en plus de leur action antidépressive. Il existe une comorbidité entre la stomatodynie, l'algie faciale atypique et les SADAM d'une part, et l'anxiété et la dépression d'autre part.

Les patients souffrant de douleurs oro-faciales chroniques sont souvent sujets à une altération de l'humeur, sans que l'on sache réellement si ces troubles psychologiques sont la cause ou la conséquence de la douleur (55).

D'après Mongini, les comorbidités psychiatriques sont des facteurs potentiellement importants dans plusieurs douleurs oro-faciales. Elles peuvent avoir un impact sur le niveau de sensibilité des muscles cervicaux et craniofaciaux dans différents types de céphalées.

Une étude récente, sur des patients souffrant de différents types de céphalées, a examiné la sensibilité des muscles péricrâniens et cervicaux, ainsi que leur relation avec l'anxiété et la dépression. La sensibilité musculaire était plus importante chez les patients souffrant de céphalée de tension que chez ceux souffrant de migraine.

De plus, un haut degré de comorbidité a été trouvé entre les douleurs oro-faciales chroniques et la dépression, comme c'est le cas également pour la fibromyalgie (38).

Descroix affirme qu'il existe de très nombreux points communs entre la fibromyalgie et les douleurs musculaires rencontrées dans les DAM (17).

## I2. Les céphalées chroniques quotidiennes

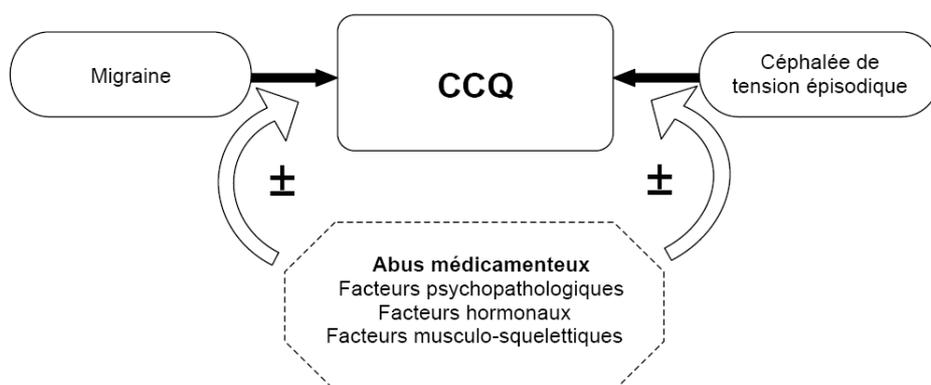
### I21. Définition des CCQ

La définition des CCQ n'a pas été aisée (28). La notion de céphalée induite n'apparaît que tardivement dans les années 60 avec l'utilisation de la phénacétine, molécule précurseur du paracétamol et de la phénazone. Ces deux molécules présentaient une certaine toxicité et provoquaient des néphropathies ce qui masquait l'identification des céphalées induites (2).

Dans les années 80, différentes études sur des céphalées induites par des analgésiques simples et combinés ont été publiées et les CCQ d'abus médicamenteux (CAM) ont été reconnues comme un problème général concernant l'ensemble des traitements anti-migraineux (22).

Cependant, les CCQ ne sont définies ni dans la première, ni dans la seconde édition de la classification de l'IHS (9), qui considèrent les céphalées selon leur présentation actuelle et non leur mode d'apparition.

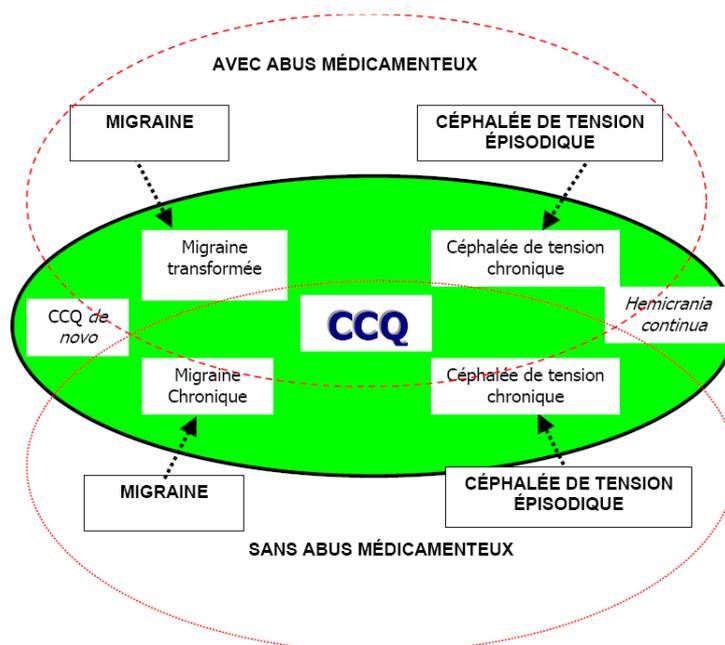
La société internationale des maux de tête (IHS) définit la CCQ comme un ensemble hétérogène de céphalées, présentes plus de 15 jours par mois et plus de 4 heures par jour en l'absence de traitement, depuis plus de 3 mois, sans *substratum* lésionnel ou symptomatique (3). Généralement, ces céphalées se présentent initialement sous une forme épisodique de migraine ou de céphalée de tension. Sous l'influence de facteurs très variables comme l'abus de médicaments, le mode de vie ou les comorbidités, se met en place un processus de chronicisation aboutissant aux CCQ (figure 2).



**Figure 2** : Principaux modes d'évolution vers une CCQ

Il faut différencier les migraines et céphalées de tension évoluant vers des CCQ sous l'influence d'un abus médicamenteux, appelées CAM, des migraines et céphalées de tension évoluant vers des CCQ sans influence d'abus médicamenteux, définies alors comme migraines chroniques ou céphalées de tension chroniques (figure 3).

Parmi les CCQ, on compte également l'*hemicrania continua*, appartenant au groupe des céphalées avec manifestations dysautonomiques, ainsi que la céphalée chronique quotidienne *de novo*, sans rémission dès le début de son évolution, survenant habituellement chez un sujet sans antécédent de céphalée (2).



**Figure 3** : Modalités d'apparition des CCQ

On estime que la prévalence des CCQ est de 3 à 5 % dans la population générale et de 30 à 40 % dans les consultations spécialisées, ce qui représente 1,5 à 2 millions de patients en France. Cela en fait un problème majeur de santé.

Dans les CCQ d'abus médicamenteux, l'agent thérapeutique est consommé de façon excessive et sur une base régulière pendant plus de 3 mois et entraîne une aggravation des céphalées, tant en fréquence qu'en intensité.

Les CCQ et en particulier le rôle de l'abus de médicaments sont insuffisamment connus des professionnels de santé et du grand public, ce qui entraîne une prise en charge inadaptée et facilite l'apparition des CCQ d'abus médicamenteux.

## I22. Retentissement des CCQ

Les CCQ provoquent une grande souffrance chez les patients qui retentit de façon très importante sur leur qualité de vie à la fois physique et sociale. De plus, cette pathologie entraîne des conséquences économiques non négligeables.

### I221. Qualité de vie et handicap

Les patients souffrant de CCQ voient leur qualité de vie s'altérer. En effet, ils présentent des limitations liées à leur état physique et à leur douleur physique, ainsi qu'une dégradation de leur vitalité et de leurs relations sociales. Les conséquences de ces troubles retentissent sur la sphère affective, la sphère sociale et la sphère professionnelle.

Les CCQ ont un impact fonctionnel plus important que les formes épisodiques de migraine, tant en terme de perte de productivité, mesurée par l'échelle MIDAS, qu'en terme de réduction de la qualité de vie, mesurée par l'échelle SF 36. Le score d'invalidité est trois fois plus important pour une CCQ que pour une migraine épisodique. Cette altération de la qualité de vie est plus marquée si un abus médicamenteux est associé et si la céphalée primaire est une migraine, principalement à cause d'une douleur plus intense et d'une activité physique moindre (22).

Enfin, l'altération de la qualité de vie est également aggravée par les comorbidités psychiatriques très fréquentes et par les effets iatrogènes directs de l'abus médicamenteux tels que l'effet psychoactif de la codéine.

L'utilisation d'un agenda de céphalées tenu par le patient permet de mieux évaluer le retentissement des CCQ.

## I222. Conséquences économiques

Le recours aux systèmes de soins dans le cadre des CCQ se multiplient. Les personnes souffrant de CCQ consultent plus fréquemment et leur consommation médicamenteuse est 6 fois plus importante que celle des patients migraineux d'après l'Anaes. En effet, les patients souffrant de CCQ consultent en moyenne plus de 10 fois par an et ces consultations concernent le plus souvent des spécialistes tels que des psychiatres et des ophtalmologues. De plus, les examens complémentaires sont fréquents chez ces patients.

Les coûts directs annuels, c'est à dire la consommation médicale, induits par la CCQ (qui représente 3 % de la population générale) s'élèvent à 2 milliard d'euros, alors que ceux induits par la migraine épisodique (12 % de la population générale) s'élèvent à moins d'un milliard d'euros. Il faut ajouter à cela les journées d'arrêt maladie et le manque de productivité des personnes subissant les céphalées dans le cadre de leur travail.

## **PARTIE II - Diagnostic**

Afin de limiter le nombre de patients souffrant de CCQ et d'améliorer leur prise en charge et leur qualité de vie, il est important de connaître les critères permettant d'établir le diagnostic positif des CCQ et ceux permettant d'en établir le diagnostic différentiel.

### **III. Diagnostic positif**

Les CCQ sont des céphalées présentes plus de 15 jours par mois, depuis plus de 3 mois, avec une durée quotidienne supérieure à 4 heures.

Ces céphalées peuvent prendre différentes formes. Certaines céphalées ont les caractéristiques sémiologiques de la migraine. Elles se présentent alors sous forme unilatérale, pulsatile, de forte intensité. Elles sont souvent aggravées par l'effort, peuvent être accompagnées de nausées, de vomissements, de photophobie et de phonophobie. D'autres céphalées ont les caractéristiques sémiologiques de la céphalée de tension. Elles se présentent sous forme bilatérale, il s'agit d'une douleur à type de pression en étai moins intense que pour la migraine. Enfin il peut exister un fond céphalalgique permanent sur lequel s'ajoutent des crises migraineuses (tableau 1).

	<b>Migraine typique</b>	<b>Céphalée de tension</b>
Topographie de la douleur	Hémicranie	Bilatérale
Type de la céphalée	Pulsatile	Pression, étai
Intensité	Modérée à sévère	Légère à modérée
Aggravée à l'effort	+	0
Nausées/vomissements	+	0
Photophobie	+	0/+*
Phonophobie	+	+ / 0*
Durée de la crise	de 4 à 72 heures	30 minutes à 7 jours

\* Dans la céphalée de tension, photophobie ou phonophobie peuvent être présentes, mais pas les 2 ensemble.

**Tableau 1.** Comment distinguer une migraine d'une céphalée de tension

La tenue par le patient d'un agenda de ses céphalées dans lequel il précisera leur date de survenue, leur durée, leur intensité et les médicaments utilisés permet d'en faciliter le diagnostic.

Ces différents tableaux peuvent être aggravés ou non par l'abus de médicaments.

## **II2. Diagnostic différentiel**

Il peut être nécessaire de pratiquer un examen général et neurologique, ainsi que d'éventuels examens complémentaires utilisant l'imagerie encéphalique, afin d'éliminer une céphalée symptomatique et de rechercher un syndrome inflammatoire.

Ces examens seront pratiqués si l'apparition de la CCQ date de moins d'un an ou en cas de découverte d'anomalie à l'examen général ou neurologique.

Ainsi, on exclut du cadre des CCQ les algies vasculaires de la face, les céphalées post-traumatiques, les céphalées attribuées à des troubles crâniens ou cervicaux, à des troubles intracrâniens non vasculaires, les céphalées attribuées à une infection, à des troubles de l'homéostasie, à des troubles ORL, stomatologiques, ophtalmologiques ou à d'autres anomalies des structures faciales ou crâniennes et enfin les névralgies crâniennes et les causes centrales de douleurs faciales.

Le chirurgien-dentiste a toute sa place dans cette étape de diagnostic différentiel. Par son examen clinique et radiologique, il éliminera en particulier les douleurs odontogènes.

## **PARTIE III - Facteurs associés aux CCQ**

La grande complexité des CCQ relève principalement du fait que de très nombreux facteurs y sont associés et ce de façon très intriquée. Il convient d'énumérer ces différents facteurs et d'expliquer le rôle et l'influence de chacun d'entre eux dans l'évolution des CCQ.

### **III1. Abus médicamenteux**

Dans cette forme particulière de céphalée que sont les CCQ d'abus médicamenteux, le rôle de cet abus de médicaments est bien évidemment primordial. Il est défini par des critères précis et se décline en différentes classes. Sa fréquence est élevée et il est responsable de la grande difficulté de prise en charge que représentent les CCQ.

#### **III11. Définition, nature**

L'abus médicamenteux est défini par une prise régulière de médicaments depuis plus de 3 mois. Cette prise médicamenteuse est présente plus de 15 jours par mois pour les antalgiques non opioïdes (paracétamol, aspirine, anti-inflammatoires non stéroïdiens), et plus de 10 jours par mois pour les autres traitements de crises (opioïdes, dérivés de l'ergot de seigle, triptans, spécialités d'antalgiques associant plusieurs principes actifs).

Très paradoxalement, tous les médicaments utilisés en traitement de crise peuvent être à l'origine de CCQ par abus médicamenteux. Les molécules les plus incriminées sont le paracétamol, la caféine, la codéine et les triptans. Le paracétamol, la caféine et la codéine sont souvent utilisés sous forme de spécialités associant plusieurs principes actifs, ce qui complexifie l'attribution de la responsabilité à un médicament en particulier.

De plus, les antalgiques en vente libre sont deux fois plus consommés que ceux qui nécessitent une prescription médicale. Ainsi, d'après K. Hagen, 1/3 des patients sujets aux CCQ ont abusé de médicaments délivrés sur ordonnance, dont 16% d'opioïdes, 12% de triptans et 4% d'AINS, et 2/3 ont abusé de médicaments en vente libre (31).

D'autres abus peuvent être associés, notamment ceux qui concernent les hypnotiques et les tranquillisants tels que les benzodiazépines.

Les critères actuels pris en compte pour diagnostiquer une CCQ d'abus médicamenteux selon the International Headache Society sont les suivants (tableau 2 ; 22) :

**CCQ par abus médicamenteux (8.2)**

*Critères diagnostiques*

A- Céphalée présente  $\geq 15$  jours par mois et remplissant les critères C et D.

B- Abus régulier pendant  $\geq 3$  mois d'un ou plusieurs médicaments comme traitement aigu ou symptomatique de céphalée.

C- Céphalée qui s'est développée ou a manifestement empiré pendant l'abus de médicaments.

D- Céphalée a disparu ou est retournée à son modèle précédent dans les 2 mois suivant l'arrêt des médicaments d'utilisation abusive.

**Tableau 2** : Critères diagnostiques des CCQ par abus médicamenteux.

Les CCQ d'abus médicamenteux sont classés différemment selon le médicament d'utilisation abusive (tableau 3).

**Tableau 3 : Les sous-types de CCQ par abus médicamenteux**

8.2- Critères diagnostics	8.2.1- Ergotamine	8.2.2- Triptans	8.2.3- Antalgiques	8.2.4- Opioides	8.2.5- Antalgiques combinés (1)	8.2.6- Combinaison de médicaments aigus	8.2.7- Autres médicaments	8.2.8- Abus de médicament probable
<b>A- Céphalée présente ≥ 15 jours/mois remplissant les critères C et D avec pour caractéristiques</b>	(2)	+	+	+	+	(3)		+
1- uni ou bilatérale	bilatérale	unilatérale	bilatérale		bilatérale			
2- type	pression ou étai	pulsatile	pression ou étai		pression ou étai			
3- intensité	légère à modérée	modérée ou sévère	légère à modérée		légère à modérée			
4- facteurs aggravants		activité physique						
5- signes associés		Nausée/ vomissement photophobie ou phonophobie						
<b>B- Prise médicamenteuse régulière depuis plus de 3 mois.</b>							(4)	(5)
Nombre de jours / mois	≥ 10	≥ 10	≥ 15	≥ 10	≥ 10	≥ 10		
<b>C- Céphalée s'est développée ou aggravée depuis l'abus</b>	+	+	+	+	+	+	+	+
<b>D- Céphalée régresse et revient à son état de base dans les 2 mois suivant le sevrage</b>	+	+	+	+	+	+	+	(6)

(1) avec plusieurs principes actifs (souvent antalgique simple + opioïde ou caféine)

(2) au moins une des caractéristiques suivantes

(3) consommation de n'importe quelle combinaison d'ergotamine, de triptan, d'antalgique ou d'opiacé

(4) autres médicaments

(5) n'importe laquelle des sous-formes (8.2.1 à 8.2.7)

(6) un des cas suivants :

- médicaments d'utilisation abusive pas encore arrêtés

- sevrage depuis plus de 2 mois mais la céphalée n'a pas encore régressé ou disparu

Un débat est en cours pour savoir si le risque de développer une CCQ par abus médicamenteux et si les caractéristiques cliniques de ces CCQ diffèrent selon la nature du médicament consommé (26).

Ainsi, les triptans et l'ergotamine provoqueraient plus de CCQ et de nature plus sévère que de simples analgésiques. L'ergotamine et les analgésiques simples seraient à l'origine de maux de tête de type céphalée de tension, alors que les maux de tête dus aux triptans seraient plutôt de nature migraineuse.

Cependant, il est très difficile de différencier clairement les risques de chaque médicament puisque plus de 90% des patients souffrant de CCQ par abus médicamenteux consomment plusieurs médicaments différents. D'après S. Evers, ces patients prennent en moyenne 50 médicaments par mois (22).

D'autre part, les patients souffrant de CCQ par abus médicamenteux peuvent présenter des complications en lien avec les effets secondaires du médicament dont ils abusent. C'est le cas lors d'abus d'ergotamine qui peut entraîner des problèmes tels qu'une neuropathie sensorielle, un ralentissement du processus cognitif central, une diminution de l'élasticité ou un changement structurel des parois des artères responsables de l'approvisionnement du cerveau et une détérioration de la fonction psychologique à l'origine d'un sentiment de détresse. De même l'abus de phénacétine peut provoquer des néphropathies (7 ;26).

Ainsi, la nature de l'abus médicamenteux dépend de différents facteurs, dont l'effet psychotrope de certaines molécules, la facilité à se procurer certains médicaments en vente libre ce qui favorise l'automédication, ainsi que la susceptibilité de certains individus à développer une addiction.

### III12. Fréquence de l'abus médicamenteux

Dans la population générale, l'abus médicamenteux est présent chez 1/3 des patients souffrant de CCQ. Ce chiffre est évalué entre 60 et 80% chez les patients souffrant de CCQ et pris en charge lors de consultations spécialisées. En effet, en cas d'abus médicamenteux, les patients sont soumis à un handicap plus élevé et à une qualité de vie altérée qui les amènent à consulter des spécialistes.

### III13. Place de l'abus médicamenteux dans les CCQ

On s'est aperçu que beaucoup de patients avec une algie vasculaire de la face qui prennent des antalgiques, de l'ergotamine et des triptans tous les jours ne développent pas de CCQ par abus médicamenteux. De même, les patients présentant des maladies rhumatismales sans maux de tête ne développent pas de CCQ bien que consommant des antalgiques. Enfin, l'adhérence, c'est à dire le niveau de dépendance et de sévérité de consommation de médicaments, est plus forte chez les patients souffrant de CCQ que chez les patients avec des rhumatismes, en particulier pour les triptans et les antalgiques combinés.

Ainsi, l'abus d'antalgiques pour des douleurs chroniques chez des sujets non céphalalgiques n'entraîne pas de CCQ (3).

Une étude récente a rapporté que l'administration répétée de triptans à des rats a provoqué en fonction du temps et de façon réversible la mise en place d'une allodynie tactile cutanée. Les auteurs ont conclu que les triptans peuvent entraîner un état de sensibilisation latente caractérisé par des adaptations neuronales pronociceptives. Ce mécanisme peut contribuer à la transformation de migraine en CCQ d'abus médicamenteux (26).

Une autre étude menée également sur des rats a montré que l'inhibition de la synthèse de monoxyde d'azote a bloqué l'allodynie cutanée provoquée par les triptans et par le stress environnemental dans la période suivant l'administration de triptans. Cela permet de formuler l'hypothèse que l'utilisation chronique de médicaments aboutit à une plasticité neuronale et à des changements néfastes responsables des CCQ d'abus médicamenteux.

Chez les patients à terrain migraineux, l'abus de médicaments est très difficile à sevrer et les tentatives des sujets pour cesser leur consommation se soldent par 30% de rechutes après un an. En effet, les céphalées de rebond sont fréquentes lors de ces tentatives de sevrage et renforcent chez le patient le besoin de reprendre sa consommation.

Différents facteurs tels que la durée des CCQ, la fréquence des migraines après le retrait médicamenteux, l'importance du nombre de traitements préventifs avant le sevrage augmentent sa difficulté. De plus, le pronostic pour les CCQ à type de migraine est moins bon que pour celles à type de céphalées de tension et le risque de rechutes en cas d'abus d'ergotamine et de triptans est plus important qu'en cas d'abus d'antalgiques.

Seule l'efficacité du sevrage permet d'affirmer le rôle causal de l'abus de médicaments dans l'entretien de la CCQ. L'abus médicamenteux est plus une cause qu'une conséquence dans les CCQ puisque la fréquence et sévérité des CCQ diminuent en même temps que l'abus.

## **III2. Facteurs psychopathologiques**

Les CCQ d'abus médicamenteux altèrent de façon importante la qualité de vie des patients qui en souffrent et retentissent particulièrement sur leur état psychologique.

De la même façon, de nombreux facteurs psychopathologiques et des comorbidités psychiatriques amplifient la sévérité des crises et complexifient leur prise en charge. C'est le cas de l'anxiété et de la dépression, du phénomène d'addiction liée à l'abus de médicaments, des troubles de la personnalité et des événements stressants de la vie qui de façon très intriquée aggravent les CCQ.

### III21. Troubles anxieux et dépressifs

Les troubles anxieux et dépressifs sont plus élevés chez les patients souffrant de CCQ que dans la population générale, en particulier l'épisode dépressif majeur, le trouble panique et la phobie sociale.

En effet, d'après Mitsikostas DD et al. en 1999, les CCQ augmentent le risque d'apparition de troubles psychiatriques et de façon plus importante que les migraines ; ce risque est d'autant plus accru quand un abus médicamenteux y est associé. Parmi les patients souffrant de CCQ, 1/3 présentent des troubles dépressifs et la moitié des troubles anxieux (21).

D'après K. Hagen, la dépression et l'anxiété avec un score supérieur à 11 sur l'HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) augmentent par deux le risque de développer une CCQ par abus médicamenteux. De plus, la dépression et l'anxiété affectent la qualité de vie et le handicap liés à la CCQ et aggravent son pronostic (31).

Dans une étude, M. Curone a comparé l'histoire clinique de patients atteints de CCQ et présentant des troubles obsessionnel-compulsifs (TOC) et des patients atteints de CCQ, mais sans TOC.

Les patients présentant des TOC avaient une évolution clinique plus mauvaise et une tendance à la rechute plus rapide que les patients ne présentant pas de TOC. De plus, le groupe présentant des TOC utilisaient de nombreux médicaments pour traiter leurs crises mais les réponses aux médicaments standards étaient moins efficaces que celles aux médicaments indiqués habituellement pour traiter les troubles psychiatriques (tricycliques, benzodiazépines, neuroleptiques..) (14 ; 15).

Il est donc primordial de déterminer la comorbidité des TOC, de la dépression et de l'anxiété chez des patients souffrant de CCQ, puisque non traités, ils favorisent la transformation des migraines épisodiques en migraines chroniques et font le lit d'abus médicamenteux.

## III22. Addiction

L'addiction est une conduite qui repose sur une envie répétée et irrésistible, en dépit de la motivation et des efforts du sujet pour s'y soustraire. Le sujet se livre à son addiction malgré la conscience aiguë qu'il a de ses conséquences néfastes.

Le sujet souffrant de CCQ qui abuse de médicaments semble être précisément dans ce type de situation. De plus les médicaments objets de cet abus contiennent des substances à effet psychotrope qui explique ce risque d'addiction. Ainsi, la plupart des antalgiques contiennent de la caféine. L'opioïde très souvent consommé en cas de migraine est la codéine.

La recherche en neuroimagerie suggère une pathophysiologie commune entre les troubles d'addiction et les CCQ par abus médicamenteux, qui implique des anomalies fonctionnelles dans la région orbitofrontale du cortex préfrontal.

D'après B. Biagianni (2012), le sujet souffrant de CCQ par abus médicamenteux partage avec le toxicomane le dysfonctionnement du cortex préfrontal et le manque de décision qui en résulte. En effet, la déficience du cortex préfrontal aboutit à une dominance relative de la région limbique sur le comportement. Les régions préfrontales ne guident plus le comportement vers des choix contrôlés, raisonnables et appropriés, la dominance limbique cause une perte de contrôle et une augmentation de l'impulsivité et des actions semi-automatiques (8).

Comme dans toutes les addictions, il existe pour l'abus médicamenteux un syndrome du sevrage. Celui-ci se traduit par une céphalée de rebond pouvant être accompagnée de nausées, de vomissements, d'une hypotension, d'une tachycardie, d'une perturbation du sommeil, ainsi que d'une agitation, anxiété et nervosité. En cas d'abus de barbituriques, le sevrage provoque parfois chez le patient des hallucinations. Ces différents symptômes peuvent durer de 2 jours à 4 semaines. Le syndrome du sevrage est soulagé par la nouvelle consommation des médicaments, ce qui entraîne la perpétuation de l'abus (40).

Il semble que la durée des céphalées de rebond lors du sevrage dépende du médicament. Ainsi, la céphalée de rebond durerait 4 jours lors de l'abus de triptans, 6 jours lors de l'abus d'ergotamine et 9 jours lors de l'abus d'AINS.

L'abus de médicaments en cas de CCQ est un véritable trouble du comportement.

### III23. Troubles de la personnalité

D'après l'Anaes, 2/3 des patients souffrant de CCQ présentent un trouble de la personnalité, le plus souvent de nature névrotique. Cependant, il existe peu d'études sur les relations entre les CCQ et les troubles de la personnalité. De plus, il semble que ce score de « névrosisme » élevé ne soit pas spécifique aux CCQ mais commun aux douleurs chroniques (2 ; 47).

Cependant, d'après Woda (2001), bien qu'il ait été suggéré qu'un profil de personnalité particulier soit un facteur de risque aux douleurs oro-faciales, il n'existe aucun consensus sur ce point (55).

### III24. Événements de vie

Des événements de la vie provoquant un stress (deuil, divorce, perte d'emploi) sont souvent à l'origine de l'apparition d'une CCQ. Ces événements peuvent être aussi bien négatifs que positifs (mariage, promotion..).

D'après Ferrari et Sternieri, les patients souffrant de CCQ prennent des antalgiques pour diminuer la douleur, parfois même pour diminuer la tension et l'anxiété, mais également pour éviter les conséquences de la douleur, comme par exemple l'exclusion sociale. En effet, l'abus de médicaments est souvent le seul moyen que les patients aient trouvé pour assurer leurs rôles familial, social et professionnel, sans perturber leur environnement extérieur et sans avoir besoin de s'avouer à eux même leur pathologie (2).

Ainsi, l'effet psychotrope des médicaments utilisés, anxiolytique ou stimulant, renforce la probabilité de prise médicamenteuse. A l'inverse, la céphalée de rebond, présente en cas d'absence de prise de médicaments, agit comme une punition et diminue la probabilité d'abstention.

Depuis 2006, Olesen J and Al ont établi une classification des CAM : classe I pour les CAM simples et classe II pour les CAM complexes. La classe II correspond à des CCQ avec un abus de plusieurs types d'antalgiques sur une durée supérieure à 1 an, ayant fait l'objet d'au moins une rechute après le sevrage, et étant associées à des comorbidités psychiatriques. La prise en charge psychothérapeutique est alors nécessaire, en particulier lorsque le rôle des facteurs psychopathologiques est important, ce qui est fréquent (21).

### **III3. Autres facteurs**

#### III31. Facteurs hormonaux et biologiques

D'après l'Anaes, des migraines épisodiques pourraient se transformer en CCQ lors de la ménopause. Il serait intéressant de connaître le nombre de migraines ou de céphalées de tension s'aggravant à la ménopause. On ignore si la nature spontanée ou chirurgicale de la ménopause ou encore la prise d'un traitement substitutif influence cette aggravation. Malgré le manque de fiabilité des études sur ce sujet, on suppose que cette transformation est due à des modifications hormonales et neurobiologiques, ainsi que psychologiques et culturelles (2).

Plusieurs autres mécanismes biologiques ont été explorés :

Des concentrations accrues en orexine A (neurotransmetteur favorisant l'état d'éveil) et en facteur de libération de la corticotrophine (CRF) ont été détectées dans le liquide cérébro-spinal de patients souffrant de CAM et, dans une moindre mesure, chez des patients souffrant de CCQ. Il y avait également une corrélation positive entre ces concentrations accrues et la quantité de consommation de médicaments (22).

Chez des patients souffrant de CAM, les récepteurs 5-HT<sub>2</sub> (récepteurs sérotoninergiques) étaient plus nombreux et plus denses sur les membranes plaquettaires en comparaison à celles d'individus sains. De plus, le contenu plaquettaire en 5-HT était bas, suggérant que l'inhibition de la fixation de 5-HT induite par l'abus de médicaments puisse être un des mécanismes à la base des CCQ par abus médicamenteux (51).

Enfin, le facteur génétique (35) est également mis en cause et des antécédents familiaux multiplient par 3 le risque de développer une CCQ. Le polymorphisme Val66M (dérivé du facteur neurotrophique), présent chez les toxicomanes, a aussi été mis en évidence chez les patients souffrant de CAM (18). Dans une autre étude, l'allèle 10 du gène de transporteur de dopamine (SLC6A3; aussi connu comme DAT1) était significativement sous-représenté chez des patients souffrant de CAM comparés à ceux souffrant de migraine épisodique (22).

Cependant, ces études sur la génétique moléculaire dans les CAM ont été faites à partir d'échantillons de petite taille et auraient besoin d'être reproduites dans des groupes ethniques différents.

### III32. Facteurs musculo-squelettiques

La chronicisation des céphalées peut être due à des tensions musculaires au niveau des muscles de la face, péricrâniens, du rachis et de l'articulation temporo-mandibulaire. Ces tensions musculaires sont très souvent le résultat de troubles posturaux, qu'ils soient professionnels ou en compensation de stress, de troubles traumatiques ou de dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire.

D'après Mongini (2007), les troubles musculaires, appelés également parafunctions musculaires, des régions craniofaciales, du cou et des épaules, sont considérés comme des facteurs étiologiques potentiels de certaines céphalées. Ils incluent le serrage des dents, le bruxisme, la poussée de la langue, l'onychophagie et le mordillage des lèvres. Les troubles musculaires peuvent augmenter la sensibilité musculaire à la palpation et participent à la chronicisation des céphalées de tension et des migraines (38).

Il est donc important de palper les différents muscles de la face et du rachis cervical afin de mettre en évidence d'éventuelles tensions à la recherche d'un DAM.

### III33. Facteurs divers : habitudes de vie et caractéristiques socio-professionnelles

Dans une étude, K. Hagen a mis en évidence d'autres facteurs augmentant le risque de développer une CCQ par abus médicamenteux. D'après cette étude, l'insomnie multiplie par deux le risque de CAM. Le tabac et l'inactivité physique multiplient ce risque par 2 ou 3. De plus, la consommation quotidienne de tranquillisants pendant plus d'un mois et la présence d'un congé maladie de plus de deux semaines augmentent également le risque de développer une CCQ (31).

Cette étude conclut que la restriction de l'utilisation de tranquillisants et de la consommation de tabac, ainsi que la pratique d'un exercice physique régulier limiteraient la transformation d'une migraine épisodique en CCQ.

D'après S. Evers, être une femme, avoir un faible niveau d'étude, être au chômage augmentent le risque de développer une CCQ (22). D'après l'HAS, parmi les patients souffrant de CCQ, les femmes sont trois fois plus nombreuses que les hommes (34).

## **PARTIE IV - Prise en charge des CCQ**

### **IV1. Évaluation des CCQ**

Avant d'entreprendre la prise en charge des patients souffrant de CCQ, il est indispensable de réaliser une évaluation de leur handicap.

Il existe différents questionnaires d'évaluation. Le MDQ-H évalue l'importance de la dépendance aux médicaments (figures 4 et 5) au travers de 7 dimensions : l'état de manque, la perte de contrôle, la tolérance, la quantité de médicaments, l'impact sur l'activité quotidienne et professionnelle, la perte de temps et l'attitude du patient face à sa prise excessive de médicaments.

Le MIDAS vise à évaluer l'incapacité et la perte de productivité, aussi bien dans la vie professionnelle que domestique et sociale, liées aux migraines (figure 6).

Le HIT-6 évalue l'impact des céphalées dans la vie quotidienne (figure 7).

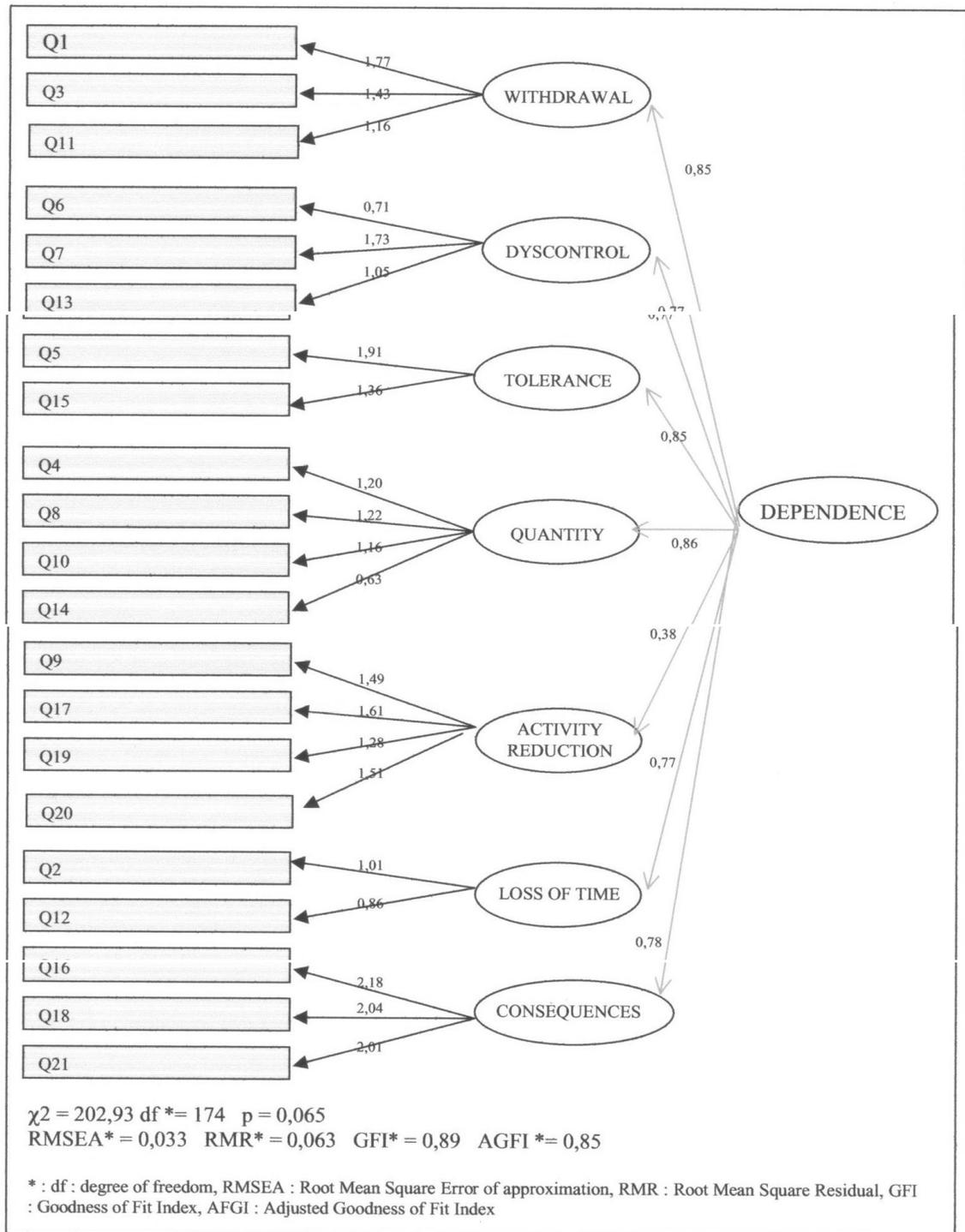
L'utilisation d'un agenda est également un très bon outil pour diagnostiquer et gérer les CCQ. Il donne des informations concernant la fréquence des crises de céphalées, leur modèle temporel, la consommation médicamenteuse, les facteurs déclenchant les crises, ainsi que les réponses aux traitements à court ou à long terme (figure 7).

Répondez à toutes les questions en entourant un nombre de 1 à 7

1	2	3	4	5	6	7
I		I		I		I
Jamais, pas du tout		parfois, un peu		souvent, beaucoup		toujours, énormément

1. Devez-vous prendre des antalgiques ou des traitements de crise contre la migraine presque tous les jours pour éviter d'avoir un mal de tête ?
2. Vous inquiétez-vous fréquemment de la façon dont vous allez vous procurer vos antalgiques ou vos traitements de crise contre la migraine, ou par exemple trouver une pharmacie ouverte, trouver un médecin qui vous recevra rapidement ?
3. Vos maux de tête réapparaissent-ils ou empirent-ils quand vous espacez les moments pendant lesquels vous prenez des antalgiques ou des traitements de crise contre la migraine ou quand vous arrêtez de les prendre ?
4. Augmentez-vous votre consommation des antalgiques ou des traitements de crise contre la migraine au-delà de ce que le médecin vous a recommandé ?
5. Avez-vous remarqué que vous devez prendre des quantités de plus en plus grandes quantités d'antalgiques ou des traitements de crise contre la migraine pour obtenir les mêmes effets qu'auparavant ?
6. Avez-vous déjà essayé de ralentir votre consommation d'antalgiques ou de traitements de crise contre la migraine, mais sans succès ?
7. À votre avis, prenez-vous vraiment trop d'antalgiques ou des traitements de crise contre la migraine ?
8. Prenez-vous une dose plus élevée d'antalgiques ou des traitements de crise contre la migraine que celle recommandée par votre médecin ?
9. L'utilisation d'antalgiques ou des traitements de crise contre la migraine vous empêchent-elles de faire certaines de vos tâches quotidiennes au travail ou à la maison ?
10. Vous arrive-t-il fréquemment d'utiliser plusieurs sortes d'antalgiques ou des traitements de crise contre la migraine le même jour ?
11. Vous êtes-vous déjà senti mal (physiquement ou psychologiquement) quand vous n'avez pas pris d'antalgiques ou des traitements de crise contre la migraine pendant une période plus longue que d'habitude ?
12. Perdez-vous fréquemment du temps parce que vous voulez vous procurer un certain antalgique ou un traitement de crise contre la migraine, par exemple en faisant la queue chez le médecin ou chez le pharmacien, en allant consulter plusieurs médecins, etc ?
13. Pensez-vous qu'il est très important de réussir à diminuer votre consommation d'antalgiques ou des traitements de crise contre la migraine ?
14. Avez-vous déjà pris des antalgiques ou des traitements de crise contre la migraine pour d'autres symptômes que le mal de tête, par exemple la fatigue, la tension nerveuse ?
15. Avez-vous l'impression que les antalgiques ou les traitements de crise contre la migraine deviennent moins efficaces contre vos maux de tête ?
16. Continuez-vous à prendre des antalgiques ou des traitements de crise contre la migraine bien que vous sachiez que c'est nuisible pour votre santé ?
17. Avez-vous déjà éprouvé quelques difficultés dans vos activités quotidiennes (vos activités domestiques, professionnelles, pour vous occuper des enfants) à cause des effets secondaires d'antalgiques ou des traitements de crise contre la migraine ?
18. Continuez-vous à prendre autant d'antalgiques ou des traitements de crise contre la migraine bien qu'une personne de votre entourage vous dise que vous semblez être intoxiqués par eux ?
19. Perdez-vous souvent du temps parce que vous êtes sous l'effet d'antalgiques ou des traitements de crise contre la migraine ?
20. Avez-vous déjà été dérangé dans vos relations sociales ou familiales à cause des effets des antalgiques ou des traitements de crise contre la migraine ?
21. Continuez-vous à prendre autant d'antalgiques ou des traitements de crise contre la migraine bien que vous sachiez qu'ils peuvent empirer vos maux de tête ?

**Figure 4 :** Questionnaire sur la dépendance des patients aux médicaments (MDQ-H)



**Fig 1.—MDQ-H seven-factor structure model: standardized solution.**

**Figure 5 :** MDQ-H seven-factor structur model : standardized solution

**Instructions :**

Nous vous demandons de répondre aux questions suivantes sur TOUTES les céphalées dont vous avez souffert pendant les trois derniers mois. Indiquez la réponse dans la case prévue en regard de chaque question. Indiquez zéro si :

- la question ne s'applique pas pendant ces trois mois
- l'activité ne vous concerne pas pendant ces trois mois.

*1- Pendant combien de journées au cours des trois derniers mois n'avez-vous pas pu vous rendre à votre travail ou à l'école à cause de vos céphalées ?*

*2- Pendant combien de journées au cours des trois derniers mois votre rendement professionnel, ou scolaire, a-t-il été réduit de moitié ou davantage par vos céphalées ? (Ne pas inclure les journées d'absentéisme professionnel ou scolaire visées par la question 1)*

*3- Pendant combien de journées au cours des trois derniers mois n'avez-vous pas accompli vos tâches domestiques à cause de vos céphalées ?*

*4- Pendant combien de journées au cours des trois derniers mois votre activité domestique a-t-elle été réduite de moitié ou davantage par vos céphalées ?*

*5- Pendant combien de journées au cours des trois derniers mois avez-vous dû renoncer à des activités familiales, sociales ou récréatives à cause de vos céphalées ?*

*A. Pendant combien de journées au cours des trois derniers mois avez-vous souffert de céphalées ? (Si un épisode a duré plus d'une journée, comptez chaque journée)*

*B. Sur une échelle de 0 à 10 quel score moyen de gravité attribueriez-vous à ces céphalées ? (0 équivaut à l'absence de douleur, et 10 à la douleur la plus intense)*

Après avoir répondu au questionnaire, additionnez le nombre de jours indiqués en réponse aux questions 1 à 5 (sans tenir compte de A et de B).

Si le total dépasse 6, songez à consulter votre médecin (en vous munissant du présent questionnaire).

**Figure 6** : Questionnaire MIDAS

# HIT-6™

## QUESTIONNAIRE SUR L'IMPACT DES MAUX DE TÊTE



Ce questionnaire a été conçu pour vous aider à décrire et à exprimer ce que vous ressentez et ce que vous ne pouvez pas faire à cause de vos maux de tête.

Pour chaque question, veuillez cocher la case correspondant à votre réponse.

**1** Lorsque vous avez des maux de tête, la douleur est-elle intense?

<input type="checkbox"/>				
Jamais	Rarement	De temps en temps	Très souvent	Tout le temps

**2** Votre capacité à effectuer vos activités quotidiennes habituelles, y compris les tâches ménagères, le travail, les études ou les activités avec les autres, est-elle limitée à cause de vos maux de tête ?

<input type="checkbox"/>				
Jamais	Rarement	De temps en temps	Très souvent	Tout le temps

**3** Lorsque vous avez des maux de tête, souhaiteriez-vous avoir la possibilité de vous allonger?

<input type="checkbox"/>				
Jamais	Rarement	De temps en temps	Très souvent	Tout le temps

**4** Au cours de ces 4 dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) trop fatigué(e) pour travailler ou effectuer vos activités quotidiennes à cause de vos maux de tête?

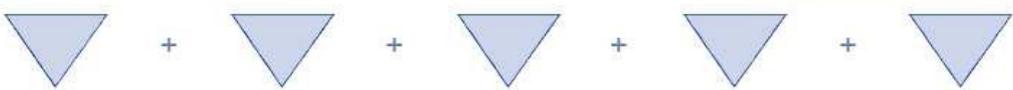
<input type="checkbox"/>				
Jamais	Rarement	De temps en temps	Très souvent	Tout le temps

**5** Au cours de ces 4 dernières semaines, avez-vous éprouvé un sentiment de «ras-le-bol» ou d'agacement à cause de vos maux de tête?

<input type="checkbox"/>				
Jamais	Rarement	De temps en temps	Très souvent	Tout le temps

**6** Au cours de ces 4 dernières semaines, votre capacité à vous concentrer sur votre travail ou vos activités quotidiennes a-t-elle été limitée à cause de vos maux de tête ?

<input type="checkbox"/>				
Jamais	Rarement	De temps en temps	Très souvent	Tout le temps



COLONNE 1 (6 points par réponse)    COLONNE 2 (8 points par réponse)    COLONNE 3 (10 points par réponse)    COLONNE 4 (11 points par réponse)    COLONNE 5 (13 points par réponse)

Pour calculer votre score total, additionnez les points obtenus pour chaque colonne.

Veuillez montrer les résultats de ce questionnaire (HIT-6) à votre médecin.

Score Total

Plus le score est élevé, plus l'impact des maux de tête sur votre vie est important.

Les scores sont compris entre 36 et 78.

HIT-6™ France (French) Version 1.1  
©2000, 2001 QualityMetric, Inc. and GlaxoSmithKline Group of Companies

Figure 7 : Questionnaire sur l'impact des maux de tête (HIT-6)

Modèle d'agenda des céphalées.

J	Janvier			Février			Mars			Avril			Mai			Juin					
	D	I	FD	Medicaments	D	I	FD	Medicaments	D	I	FD	Medicaments	D	I	FD	Medicaments	D	I	FD	Medicaments	
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					
26																					
27																					
28																					
29																					
30																					
31																					

D : durée (en heure) ; I : intensité (choisir : L = légère, M = modérée, S = sévère) ; FD : facteur déclenchant ; Medicaments : indiquer le nom et la dose

Figure 8 : Modèle d'agenda des céphalées

Une étude d'Allena (2012) a tenté d'évaluer l'efficacité d'un agenda électronique par rapport à celle d'un agenda papier.

L'outil électronique permettrait de faciliter la gestion de l'agenda des crises algiques.

L'agenda papier présente certaines limites. Au lieu de le remplir au jour le jour, le patient peut le compléter a posteriori, ce qui crée un biais par ce rappel rétrospectif. De plus, l'agenda papier peut être égaré ou bien encore oublié lors des consultations de suivi, alors que l'agenda électronique peut être consulté à distance par les médecins, et à tout moment.

Cette étude a conclu que l'agenda électronique est plus facile à utiliser et à comprendre que l'agenda papier. Il permet aux médecins de stocker des données qui leur seront utiles dans leur pratique et leur recherche. Cependant, les patients choisis dans cette étude avaient un haut niveau d'éducation et avaient suivi une formation sur l'utilisation de l'agenda électronique (1).

## **IV2. Modalité de sevrage**

Le sevrage est le seul traitement possible des CCQ par abus médicamenteux. L'objectif est de désintoxiquer le patient, de mettre fin aux maux de tête et d'améliorer la réactivité aux médicaments aigus prophylactiques (54).

D'après l'Anaes, ce sevrage peut entraîner un syndrome du sevrage qui comporte de nombreux inconvénients : des céphalées de rebond, des troubles digestifs comme des nausées ou des vomissements, une hyperesthésie sensorielle, des troubles du sommeil, une exacerbation de l'anxiété avec irritabilité (4).

Différents facteurs influencent la durée et la sévérité de ce syndrome du sevrage, tels que la rapidité d'installation de la CCQ, sa sémiologie, ainsi que la nature pharmacologique du médicament. Il semble que le syndrome du sevrage soit plus long en cas d'abus d'antalgiques (5 à 9 jours) qu'en cas d'abus de triptans (1 à 4 jours). Il peut durer jusqu'à 6 semaines (22).

Selon la gravité de la CCQ et l'environnement du patient, le sevrage pourra être fait en ambulatoire ou en hospitalisation. L'hospitalisation est préconisée dans le cas d'abus multiples de médicaments, de psychotropes, si le patient présente des comorbidités psychiatriques importantes ou si son environnement familial est défavorable. Cette hospitalisation dure entre 5 et 10 jours. L'arrêt de l'abus sera alors brutal et immédiat.

Le sevrage ambulatoire peut être total dès le premier jour ou progressivement. Une diminution progressive de 10% des traitements par semaine est conseillée. Ce sevrage ambulatoire représente un coût moins important que l'hospitalisation et sera donc privilégié chez les patients motivés.

Il semble qu'un sevrage brusque soit plus efficace qu'un sevrage progressif puisqu'il entraîne une résolution rapide de la douleur induite par les médicaments. Cependant, il n'existe pas d'étude comparative le prouvant. La plupart des médicaments tels que les triptans, le paracétamol, l'aspirine et les AINS peuvent être arrêtés brusquement. En revanche, le sevrage brusque des opiacés, des barbituriques, des benzodiazépines et de la caféine provoque des symptômes de manque sévères. Le sevrage progressif est dans ce cas conseillé.

Hagen (2011) a conduit une étude avec pour objectif d'évaluer à long terme (4 ans) le résultat chez des patients souffrant de CCQ et traités initialement différemment. Un groupe a reçu un sevrage brutal et l'établissement d'un traitement prophylactique 3 mois plus tard et un autre a reçu un traitement prophylactique sans retrait de médicament.

D'après cette étude, le type initial d'intervention n'influence pas le résultat à 4 ans. Le pronostic à long terme est relativement favorable puisque chez 1/3 des patients, la fréquence des maux de tête avait diminué de plus de 50%, et 2/3 des patients ne présentaient plus d'abus médicamenteux. Néanmoins, les maux de tête persistant représentaient toujours un lourd fardeau pour ces patients (32).

Une prise en charge pluridisciplinaire est indispensable au succès du sevrage. Elle comprend des mesures d'accompagnement pharmacologiques ainsi que psychologiques (39).

### **IV3. Mesures d'accompagnement possibles**

#### IV31. Pharmacologiques

Les études sur la prise en charge pharmacologique des CCQ ne sont basées que sur de petits échantillons et sont donc peu fiables. Il semble que, quelque soit la méthode utilisée, les résultats soient peu différents. Aucune famille médicamenteuse n'est à privilégier.

Cependant, l'Anaes propose l'utilisation de l'amitriptyline en première intention avec une posologie de 25 à 100 mg par jour. Il semble que l'amitriptyline renforce les mécanismes inhibiteurs centraux de la douleur; ses effets anti-migraineux, antidépressifs et anxiolytiques permettent de diminuer les syndromes de sevrage (13). Dans le cas du sevrage hospitalier, l'amitriptyline sera administrée par voie veineuse et dans le cas du sevrage ambulatoire, on préférera la voie per os. La voie veineuse permet en outre d'éviter l'hyperoralité liée à la prise du médicament. En cas d'intolérance ou de contre-indications à l'amitriptyline, la prise de valproate de sodium sera indiquée.

Lors de céphalée de rebond, il est conseillé de privilégier les méthodes non médicamenteuses. Mais en cas de céphalée de rebond d'allure migraineuse et de forte intensité, le traitement est le même que celui prévu en cas de crise migraineuse, à savoir des AINS et des triptans. La période de sevrage sera alors prolongée.

Des études sont en cours pour trouver d'autres traitements pharmacologiques aux CCQ. D'après Sandrini (2011), la toxine botulique de type A aurait de bons résultats (20) en terme de diminution de la douleur et de l'invalidité chez des patients présentant, en plus des CCQ, des sensibilités musculaires péri crâniennes, et présenterait peu d'effets indésirables (49).

En effet, il semble que la toxine botulique de type A parvienne à empêcher la chronicisation de la douleur, en inhibant la sensibilisation périphérique des neurones nociceptifs, ainsi que les mécanismes centraux responsables de faciliter la douleur.

L'étude conclut que la toxine botulique de type A pourrait servir de soutien au traitement prophylactique des migraines. Cependant, l'étude met en évidence des facteurs prédictifs d'une réponse clinique à cette toxine. Il s'agit de sensibilités musculaires péri crâniennes et d'allodynie cutanée.

## IV32. Psychothérapeutiques

La prise en charge psychothérapeutique est indispensable, particulièrement lorsque les facteurs psychologiques sont importants comme des troubles anxieux, des troubles dépressifs.

Il existe plusieurs types d'accompagnement psychothérapeutiques.

### a) Le soutien :

Il consiste en plusieurs entretiens d'encouragement avec un thérapeute qui favorise l'expression des affects ressentis par le patient. Il permet de soulager la souffrance et d'avoir une nouvelle approche de la maladie. Il est basé principalement sur l'écoute, permet de rassurer le patient et de le libérer de son anxiété.

La formation de groupes d'entraide peut être très bénéfique au patient et lui permettre d'échanger avec des personnes partageant ses difficultés (48).

La thérapie de soutien est recommandée en cours de sevrage mais également après le sevrage afin d'éviter des rechutes.

### b) La relaxation

La relaxation regroupe un ensemble de techniques et de thérapies permettant le relâchement, la diminution du tonus musculaire, favorisant ainsi la concentration sur des sensations corporelles de détente ou encore d'engourdissement. Ces pratiques sont nombreuses et sont également retrouvées dans l'hypnose et la sophrologie. La relaxation entraîne une augmentation du seuil de tolérance à la douleur.

### c) La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) (5 ; 21 ; 29)

La TCC est recommandée dans les cas de douleurs chroniques et a fait ses preuves sur les troubles anxieux et dépressifs. Son efficacité sur les patients souffrant de CCQ a été peu étudiée et c'est donc empiriquement qu'elle est utilisée. La TCC semble cependant appropriée, puisque le comportement de consommation médicamenteuse est influencé par l'intensité et la fréquence de la douleur, mais également par la crainte de l'exclusion sociale (16 ; 24 ; 30).

Il s'agit d'évaluer les facteurs psychologiques associés aux CCQ ainsi que les stratégies de coping habituellement utilisées par le sujet pour faire face aux CCQ. Le coping se définit comme la manière dont une personne appréhende un facteur de stress.

La TCC nécessite une approche pédagogique et comprend tout d'abord une phase d'éducation sur les CCQ par abus médicamenteux. On expliquera au patient que la migraine ou les céphalées sont des maladies à part entière, que le facteur stress, la contraction musculaire et l'abus médicamenteux jouent un rôle non négligeable dans la chronicisation de ces pathologies. Le patient doit comprendre que les objectifs de cette thérapie sont de le soulager et non de le guérir; pour cela, on emploiera des méthodes médicamenteuses, mais également des méthodes non médicamenteuses.

Il y ensuite une phase d'auto-observation. Le patient va rechercher les facteurs déclenchant les crises, les cognitions, les événements, les émotions, les comportements. Cela se fera par la tenue d'un agenda (33). Cet agenda est un véritable outil de diagnostic, d'évaluation et de suivi thérapeutique. Il permet de repérer les prodromes et les facteurs déclenchant des crises, ainsi que d'identifier les facteurs cognitifs, émotionnels et comportementaux qui les régissent. Il aide à déterminer la fréquence, la durée et la sévérité des crises et à connaître la nature des médicaments utilisés et leur consommation quotidienne.

Pendant les séances, le patient élaborera les coping habituels et des coping alternatifs en lien avec différentes situations, et il évaluera les effets de ces stratégies. Le patient doit repérer ses pensées automatiques et ses schémas cognitifs et prendre conscience de ses propos intérieurs et de ses croyances. Il faut alors qu'il apprenne à évaluer leur utilité et leur pertinence, à les réfuter et à les remplacer par de nouveaux automatismes. Il s'agit d'une véritable reconstruction cognitive. L'objectif est de restructurer l'approche cognitive de la douleur, d'apprendre au patient à tolérer l'inconfort et à gérer la détresse émotionnelle.

Enfin, suivra un apprentissage de diverses stratégies d'adaptation visant à s'auto-gérer dès les premiers signes annonçant une céphalée, afin d'en assurer la prévention. Elle peut se faire à l'aide de la relaxation, avec ou sans biofeedback, et de techniques de gestion du stress. Cette participation active du patient dans la prise en charge de sa douleur va lui permettre de mieux contrôler sa consommation des médicaments.

### IV33. Autres techniques d'accompagnement

D'autres techniques existent pour accompagner le sevrage médicamenteux. C'est le cas de la neurostimulation acupunctureale, de la physiothérapie, de l'acupuncture et des thérapies manuelles (4).

Ainsi, une étude menée par G. Serra a cherché à évaluer l'efficacité du traitement par neurostimulation (TENS) du nerf occipital sur des patients CCQ. 30 patients ayant déjà répondu à un essai de stimulation se sont vus implantés un dispositif. La moitié de ces patients a reçu une stimulation, alors que l'autre moitié n'a reçu aucune stimulation (placebo). Après l'expérience, le premier groupe avait une intensité et une fréquence de céphalée inférieures à celles du second groupe. De plus, le premier groupe consommait moins de médicaments et leur qualité de vie était améliorée.

Cette étude est une piste de recherche. Cependant, quelques effets indésirables tels que des infections et des migrations de dispositifs ont été notés (50 ; 45).

#### **IV4. Modalités de suivi et prévention des rechutes de la surconsommation médicamenteuse**

Le suivi après le sevrage doit être assuré par des médecins, des neurologues ou des spécialistes de la douleur. Il se fait principalement à l'aide de l'agenda tenu quotidiennement par le patient qui met en évidence les crises de céphalée ainsi que les prises médicamenteuses.

##### IV41. Rythme du suivi

Une première consultation a lieu rapidement après le sevrage ambulatoire, et dans les 2 à 6 semaines suivant le sevrage hospitalier. Un suivi régulier en consultation ou par contact téléphonique est indispensable. En effet, les 6 premiers mois suivant le sevrage sont à haut risque de rechute et doivent être très soigneusement surveillés.

Il existe de nombreux facteurs de risque de rechute : le sexe masculin, la céphalée de tension comme mal de tête primaire, la fréquence du mal de tête primaire, la céphalée durant plus de 8 jours par mois, l'abus de médicament sur une longue période, la mauvaise qualité de sommeil, la douleur, l'invalidité (40).

Le traitement est considéré comme réussi si une amélioration clinique est confirmée après au moins un an de suivi.

##### IV42. Nature du suivi

###### IV421. Médicamenteux

Si le patient présentait une migraine avant le sevrage, il lui est prescrit un traitement prophylactique anti-migraineux qui devra commencer dès la fin du sevrage. Une éducation sur la gestion des ses crises de migraine doit être mise en place et porte principalement sur la bonne consommation des traitements de crises. Le mot d'ordre pour les médecins est d'impérativement préciser sur l'ordonnance la nécessité de ne pas dépasser 2 prises par semaine. Le patient doit privilégier les moyens non médicamenteux afin de gérer les crises légères. Parmi ces moyens, il lui est conseillé l'application de pains de glace.

#### IV422. Psychothérapeutique

Il est parfois nécessaire de poursuivre la prise en charge psychothérapeutique.

#### IV423. Musculo-squelettique

Les troubles de l'ATM peuvent augmenter les maux de tête, en particulier les céphalées de tension. Rappelons que les DAM regroupent des douleurs musculaires, des déplacements discaux et des douleurs articulaires. L'hypothèse initiale, basée sur une approche mécanique, et inculquant des déséquilibres occlusaux est aujourd'hui obsolète. De nombreuses études ont infirmé cette théorie et les traitements occlusaux invasifs d'équilibration par addition ou soustraction sont très fortement déconseillés. L'étiologie des DAM est complexe et multifactorielle. Ils peuvent être dus à des facteurs somatiques locaux (troubles structurels, fonctionnels, neurologiques ou à des traumatismes lors de chocs, d'extractions ou de bruxisme). Ils peuvent également être dus à des facteurs somatiques généraux (altérations hormonales, vasculaires, altérations du système nerveux, mauvaise alimentation). Enfin, il semble que les facteurs psychiques participent à l'étiologie des DAM. En effet, on observe une augmentation de la fréquence de l'anxiété et de la dépression chez les patients souffrant de DAM, comme dans les autres syndromes de douleur chronique.

Dans les cas de douleurs musculaires, il est probable que le muscle en souffrance mette en place une restriction de mouvements pour protéger la zone atteinte. Cela donne au patient une sensation de faiblesse musculaire. De plus, l'existence de stress provoque une réaction comportementale qui stimule l'activité musculaire. Lorsque ce phénomène atteint les muscles masticateurs et faciaux, on aboutit à des serremments de dents et au bruxisme.

Les myalgies chroniques sont caractérisées par une douleur sourde touchant les muscles masticateurs, la zone auriculaire et l'ATM. Il existe également des points gâchettes associés à des zones rigides, remarquables et douloureux à la palpation. L'utilisation d'un spray refroidissant ou d'un anesthésique local diminue de moitié la douleur. D'autres symptômes s'ajoutent parfois à ce tableau : raideurs musculaires, malocclusions, acouphènes, vertiges, céphalées de tension, limitation de l'ouverture buccale. Le sommeil est également souvent perturbé et la douleur est prépondérante lors de l'éveil.

Pour le traitement des DAM, la priorité est donnée à l'évaluation du rapport coût bénéfique/risque. On constate que quelques soient les techniques utilisées, 70% des patients seront soulagés, bien que dans 50% des cas la résolution est spontanée.

Il est donc recommandé de privilégier les approches centrées sur les capacités d'adaptation de la personne plutôt que sur des traitements invasifs et irréversibles (10 ; 17).

Dans le cas de l'existence de tensions musculaires, différentes techniques de relaxation et de rééducation sont à envisager. Et d'après Boucher et Pionchon (2006), le traitement se fait en 4 phases, de façon progressive.

La première phase consiste à éduquer le patient en lui expliquant les causes de sa douleur, ses dysfonctions et les facteurs aggravants. Le chirurgien-dentiste met en place une thérapie comportementale dont l'objectif est de faire prendre conscience au patient du serrement de ses dents et de l'éliminer. Il pourra prescrire à son patient des antalgiques de pallier I ou II ainsi que des myorelaxants.

Si cette première phase échoue le chirurgien-dentiste pourra être amené à changer la molécule et éventuellement à confectionner une orthèse maxillaire ou mandibulaire. Cette dernière a pour but de diminuer les tensions musculaires et de soulager l'ATM. Elle est portée pendant le sommeil. Cependant, aucune étude n'a encore prouvé la réelle fiabilité de cette orthèse.

Dans une étude réalisée en 2012, Didier a cherché à clarifier le rôle possible des composants neuromusculaires du système stomatognathique chez des patients CCQ. D'après des facteurs neuromusculaires une orthèse mandibulaire amovible a été créée. Les patients l'ont portée de façon continue dans le but de faciliter la stabilisation de la mandibule et du fonctionnement des muscles masticateurs.

D'après cette étude, l'orthèse neuromusculaire permet de soulager les symptômes des céphalées, de favoriser la relaxation TENS (neurostimulation transcutanée) des muscles masticateurs, la diminution du stress mécanique et métabolique, ainsi que la production d'endorphine.

Cependant, cette étude a été réalisée sur un faible nombre de patients et d'autres recherches sont nécessaires (19).

La troisième phase consiste en un traitement physique du muscle. Il comporte des techniques de biofeedback ou de relaxation, ainsi que des applications de froid et de chaud sur les muscles douloureux.

La dernière phase est multidisciplinaire. Une prise en charge psychologique et cognitive sera réalisée. Le patient peut se faire prescrire des psychotropes. Parfois même, on peut avoir recours à des infiltrations des zones gâchettes à l'aide d'anesthésiques locaux, voire de toxine botulique (10 ; 17).

Les patients souffrant de CCQ exigent donc une approche pluridisciplinaire, surtout quand la présence de comorbidités contribue à la progression de la céphalée chronique en une céphalée réfractaire aux traitements pharmacologiques.

## **PARTIE V - Prévention primaire des CCQ**

### **V1. Identification et prise en charge des patients à risque de développement d'une CCQ**

Il est important de prendre en charge les patients risquant de développer des CCQ et pour cela, il faut tout d'abord les identifier.

D'après l'Anaes, plusieurs situations sont des signes d'alarme en faveur du développement d'une CCQ :

- l'augmentation de la fréquence des céphalées
- la surconsommation de traitements de crises
- l'inefficacité successive de plusieurs traitements prophylactiques de migraine
- des facteurs psychopathologiques, notamment des événements de vie à forte composante émotionnelle
- l'association de migraines ou de céphalées de tension avec une comorbidité psychiatrique
- l'association de céphalées chroniques avec d'autres douleurs chroniques, notamment des douleurs musculo-squelettiques, localisées ou diffuses
- les troubles du sommeil (4 ; 37).

Dans une étude sur le manque de décision dont font preuves les patients atteints de CCQ, Biagianti (2012) a utilisé le Iowa Gambling Task (IGT). Il s'agit d'un jeu de cartes assisté par ordinateur permettant d'identifier les patients présentant des lésions au niveau du cortex pré-frontal et qui entraînent une vulnérabilité psycho-biologique.

Il s'avère que les personnes souffrant de CCQ ont de moins bons résultats au IGT comparés aux résultats de patients sains, ce qui met en évidence le manque de décision associé aux CCQ.

L'étude conclut que le IGT est un outil valable qui permettrait d'identifier les patients migraineux chroniques ayant un risque important de développer une CCQ, risquant des rechutes, et nécessitant donc un contrôle strict (8).

Une autre étude menée par Onaya (2012) a établi un indice afin de prédire le risque chez certains migraineux de développer une CCQ. Cet indice utilise 4 facteurs : le type de migraine, la consommation diététique régulière et suffisante, le polymorphisme des gènes MTHFR C677T et DRD2 C939T.

D'après cette étude, 95 % des patients souffrant de CCQ, présentent un mal de tête primaire de type migraine sans aura. Elle conclut également que la consommation irrégulière de repas contribuait, non seulement à déclencher, mais aussi à prolonger les crises migraineuses et à en augmenter la fréquence.

Enfin, les patients souffrant de CCQ présentent des polymorphismes du gène de la méthylentetrahydrofolate reductase ( MTHFR C677T) et du gène du récepteur de dopamine D2 ( DRD2 C939T) qui contribuent au développement des CCQ (42).

La prévention repose sur une gestion optimale des crises céphalalgiques. En cas de céphalées mixtes, c'est à dire de l'association de migraine et de céphalée de tension, il est préconisé d'associer les traitements respectifs de chaque type de céphalée (4).

## **V2. Sensibilisation des patients et des acteurs de santé**

### V21. Sensibilisation des patients

L'Anaes a recommandé en 2004 de mettre en place une distribution d'affiches et de plaquettes destinées à sensibiliser les usagers sur le danger de l'abus médicamenteux. Des plaquettes d'information sont diffusées grâce à la collaboration d'organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire (2).

Cependant, une étude de Fritsche (2010) a montré qu'un contact minimal cognitivo-comportemental était plus efficace qu'une simple bibliothérapie (brochure explicative) en terme de prévention (24 ; 46).

Il convient donc d'améliorer la prise de contact entre patients et professionnels de santé. Mais ces derniers, pour assurer l'information nécessaire aux patients sur les CCQ, doivent eux-mêmes y être formés.

## V22. Sensibilisation des acteurs de santé

Une étude de Giannini (2012) a mis évidence que 64% des CCQ ne sont pas diagnostiquées comme telles par les médecins traitants. En effet, de nombreux patients gèrent leur maux de tête de façon autonome, par manque de confiance dans la capacité des médecins à les soulager, et ne consultent donc pas. Cependant, les CCQ par abus médicamenteux nécessitant des prescriptions sont mieux connues que les CCQ sans abus médicamenteux (27).

Il est donc primordial de promouvoir le réseau coopératif de médecins, de neurologues, de chirurgiens-dentistes, et de spécialistes des maux de tête afin d'améliorer l'éducation médicale et, ainsi, le diagnostic et la gestion des CCQ. Le chirurgien-dentiste est un des praticiens qu'il est urgent de sensibiliser à la notion de CCQ par abus médicamenteux puisqu'il est une des plaques tournantes des douleurs oro-faciales. Il est très fréquemment consulté par des patients céphalalgiques et à risque d'abus médicamenteux, qu'il doit apprendre à repérer, à informer et à adresser.

D'après une étude de Jonsson (2012), beaucoup de patients souffrant de CCQ ne sont pas en contact avec des services de santé et n'ont donc jamais été informés des risques liés à l'abus de médicaments (36). Il s'agit donc d'étendre le travail de sensibilisation, en y incluant d'autres acteurs comme les pharmaciens.

Ainsi, une session scientifique sur la gestion pluridisciplinaire des céphalées a été conduite en 2010 à Nice afin d'établir une collaboration plus proche entre les différentes professions et un échange de connaissance. Ce traitement pluridisciplinaire permettrait de diminuer la fréquence, le fardeau, ainsi que le risque de développer des CCQ d'abus médicamenteux, en instruisant et en informant le patient sur le traitement et les thérapies à suivre (25).

### V221. Le chirurgien-dentiste

Le chirurgien-dentiste joue un rôle d'interlocuteur très important puisqu'il représente le 1er professionnel consulté par les patients pour les douleurs oro-faciales. Il est le spécialiste des douleurs de la sphère oro-faciale. De plus, il peut assurer le suivi des patients et a un rôle essentiel dans l'effet placebo. Il lui incombe la responsabilité de convaincre le patient de l'importance de la prise en charge individuelle pour améliorer sa qualité de vie.

Le chirurgien-dentiste doit tout d'abord évaluer la douleur du patient. Il doit déterminer sa localisation ainsi que les facteurs associés à son déclenchement. Il lui faut préciser la progression de la douleur et ses caractéristiques (pesante, lancinante, en décharge électrique...), que ce soit son intensité, sa qualité, sa fréquence, sa durée, ainsi que les symptômes qui lui sont associés. Le praticien devra aussi spécifier les facteurs aggravant ou modifiant la douleur tels qu'une modalité physique, une posture de travail, une fonction ou para-fonction (serrement dentaire nocturne ou diurne, bruxisme, chewing-gums), les troubles du sommeil, une médication, un stress (17). Le patient sera interrogé sur ses traitements antérieurs ainsi que sur l'impact de la douleur quant à sa qualité de vie.

Le chirurgien-dentiste réalisera dans un second temps un examen clinique du patient. Lors d'un examen général il évaluera l'environnement musculaire par la palpation afin de rechercher la présence d'une éventuelle hypertrophie musculaire, de douleurs et de sensibilités, de points gâchettes indurés et de douleurs référées. Il pratiquera un examen de l'articulation temporo-mandibulaire afin mettre en évidence une douleur, une dysfonction, des craquements ou claquements. Ainsi, le chirurgien-dentiste évaluera en dynamique la mobilité mandibulaire dans les trois dimensions et notera l'amplitude et la douleur provoquée lors de l'ouverture, de la diduction et de la propulsion. Ces mouvements seront testés sans résistance, puis contre résistance (17). Il examinera les structures buccales : tissus muco-gingivaux, dents, parodonte, occlusion. Au besoin, il prescrira des examens complémentaires comme l'imagerie.

Il est important pour le chirurgien-dentiste de réaliser un bon diagnostic différentiel. Il devra distinguer une douleur aiguë d'une douleur chronique qui se caractérise par une inadéquation avec une cause locale, un comportement douloureux aberrant, la cessation des activités habituelles, la détérioration de l'état émotionnel ou physique, un changement d'humeur, une dépression, une anxiété et une modification du sommeil. Il devra également différencier une douleur primaire d'une douleur secondaire qui n'est pas augmentée par une stimulation locale et qui ne cède pas lors de l'anesthésie locale du site douloureux.

Au terme de ces différents examens, le chirurgien-dentiste pourra mettre en place une thérapeutique adaptée au type de douleur diagnostiquée ; face à une douleur odontogène provoquée par une lésion clairement identifiée, il réalisera des traitements dentaires ou parodontaux et prescrira éventuellement des antalgiques. Lorsque la douleur est non odontogène, il s'orientera plutôt vers une prise en charge pluridisciplinaire.

Le chirurgien-dentiste peut se retrouver confronté à des douleurs oro-faciales idiopathiques telles que l'algie faciale atypique, l'odontalgie atypique, la stomatodynie et les DAM. Ces pathologies sont souvent sources d'échecs pour le praticien. Elles présentent peu de signes visibles et sont extrêmement invalidantes pour le patient (55).

Rappelons que les céphalées partagent avec les DAM de fortes comorbidités. Le chirurgien-dentiste a donc un rôle essentiel à jouer dans le diagnostic, le traitement, la prévention des DAM et participe ainsi également à la prévention des CCQ. D'après Descroix, dans le cas de douleurs oro-faciales musculaires, l'objectif à court terme est de diminuer la douleur et d'éviter l'activité musculaire excessive. A long terme, on cherche à diminuer les facteurs favorisants. Le chirurgien-dentiste accompagnera le patient dans la prise de conscience de ses comportements fonctionnels nocifs responsables de douleurs musculo-squelettiques (serrage intempestif des dents...). Il faut mettre en place avec le patient des méthodes d'auto-surveillance de serrement de dents. Le praticien pourra, par exemple, proposer à son patient de coller des gommettes de couleur dans son environnement quotidien, qui l'inviteront à surveiller s'il serre des dents. La surveillance doit s'établir un peu partout, dans les transports, en voiture, à la maison, lors de travaux de concentration, devant l'ordinateur. On aura pris soin en abord d'expliquer au patient la position de repos de l'ATM. En effet, en position de repos, les dents ne se touchent pas, bien que les lèvres puissent s'affleurer. Les seuls contacts occlusaux doivent avoir lieu lors de la déglutition et de la mastication, soit pendant seulement 10% du temps. La pointe de la langue maintenue en haut, derrière les incisives maxillaires, favorise cette position de repos.

Le chirurgien-dentiste sera, dans certains cas, amené à réaliser une gouttière occlusale rigide dans le but de déprogrammer l'activité musculaire de serrement. Cependant, il semble que les effets positifs de ce type de gouttière soient dus à un effet placebo dans lequel participe grandement le discours du praticien (17).

Enfin, le praticien pourra adresser le patient vers un neurologue, un kinésithérapeute, un psychiatre.

### V222. Le pharmacien

Le pharmacien est un acteur privilégié dans l'éducation thérapeutique du patient, en tant que spécialiste du médicament. Il peut identifier les patients migraineux consommateurs récurrents d'antalgiques en vente libre et leur conseiller de consulter. Il a pour rôle d'aider le patient à comprendre sa pathologie et de l'informer du bon usage des médicaments. Il soutient et accompagne le patient dans sa démarche thérapeutique et l'aide à respecter une bonne observance.

### V223. Le neurologue

Le neurologue joue un rôle primordial dans cette prise en charge pluridisciplinaire puisqu'il est responsable du diagnostic correct du mal de tête selon la classification internationale. Il doit réaliser un examen neurologique clinique et donner au patient les informations concernant son diagnostic, ainsi que sur les facteurs susceptibles de déclencher ou d'aggraver les céphalées. L'objectif est de développer une thérapie planifiée en collaboration avec toute l'équipe médicale et de mettre en place un plan individuel de traitement aigu et prophylactique qui est clairement expliqué au patient.

### V224. Le kinésithérapeute

Le rôle du kinésithérapeute est de traiter par physiothérapie les patients sujets aux migraines et aux céphalées de tension. Ce traitement permet de prévenir les épisodes de céphalée, plutôt que d'en alléger les symptômes une fois la crise déclenchée. Les douleurs au niveau du cou sont très fréquentes chez les migraineux et les kinésithérapeutes sont formés pour reconnaître si les troubles locomoteurs contribuent aux symptômes du patient.

La physiothérapie nécessite une participation active du patient et il existe différentes formes de relaxation efficaces dans le traitement des céphalées : traitement thermique, électromyographie, biofeedback.

La relaxation associée à un traitement pharmaceutique préventif comme l'amitriptyline soulage la douleur de la migraine. L'exercice en anaérobie améliorerait la qualité de vie. Certains pensent que l'effet à court terme de la manipulation spinale cervicale est comparable à l'amitriptyline en terme de prévention de migraine.

Les kinésithérapeutes ont tout particulièrement un rôle dans le traitement de patients présentant des céphalées secondaires, et particulièrement pour celles liées à un trouble du système locomoteur, comme pour les maux de tête attribués à un traumatisme facial ou cervical, ou pour les céphalées et douleurs faciales attribuées à un trouble de l'articulation temporo-mandibulaire.

#### V225. Les infirmières

Le rôle des infirmières est d'améliorer l'accès au service et d'optimiser le temps de consultation avec le neurologue. Une étude a été menée pour évaluer l'impact d'une éducation thérapeutique téléphonique réalisée par des infirmières, en amont de la consultation médicale. Cette étude cherchait à répondre au problème posé par l'importance du délai entre la demande du patient et la 1<sup>ère</sup> consultation avec le neurologue, ce délai étant de 6 mois. L'objectif était d'optimiser cette période d'attente en débutant la prise en charge des patients grâce à un entretien téléphonique réalisé par des infirmières. Cet entretien permet de mieux connaître l'histoire des céphalées du patient ainsi que les prises en charge déjà réalisées, de faire un point sur sa façon de gérer les crises, d'aborder la notion d'abus médicamenteux et d'en expliquer les effets. Les infirmières proposent au patient de commencer progressivement à diminuer sa consommation médicamenteuse et lui suggèrent des moyens non médicamenteux pour l'aider dans cette démarche.

Elles réalisent les soins après la consultation médicale de diagnostic initial. Enfin, elles assurent un suivi par des consultations à intervalles réguliers pour surveiller les progrès. Lors de ce suivi, elles contrôlent l'efficacité des médicaments ainsi que leur tolérance. Elles répondent aux interrogations des patients, évaluent leur niveau d'invalidité, fournissent aux patients un agenda de céphalées et le contrôlent. Enfin elles informent les patients sur le style de vie à suivre, les facteurs de risque des CCQ, les règles de consommation médicamenteuse et les règles de sevrage (11).

## V226. Le psychologue

Le psychologue doit intervenir également dans la prise en charge des patients souffrant de CCQ. En effet, d'après cette étude 78% des patients CCQ présentent des comorbidités psychiatriques telles que la dépression et l'anxiété. Le rapport entre le mal de tête et d'autres troubles de la douleur, de la santé psychologique et de la qualité de la vie est étroit ; et les psychologues jouent un rôle important aussi bien dans l'évaluation des patients CCQ que dans leur thérapie.

Une intervention psychologique permet d'aborder les facteurs de risque modifiables de chronicisation du mal de tête comme la fréquence des crises, l'obésité, l'abus de médicaments, les événements stressants de la vie, l'abus de caféine, le ronflement et d'autres syndromes de la douleur. L'intervention psychologique est à prendre en compte, pas uniquement si une pathologie psychologique a été diagnostiquée, mais également si la pathologie psychologique représente un risque de chronicisation du mal de tête.

Les psychologues doivent gérer l'éducation des patients sur le style de vie, l'auto-gestion, la consommation des médicaments et les risques de l'abus de médicaments. Ils doivent également mettre en place des traitements préventifs non-pharmacologiques tels que la relaxation, le biofeedback et la formation cognitive-comportementale.

Lors d'une étude, une véritable école sur les céphalées a été mise en place. Cette école regroupe des infirmières, des psychologues et des médecins qui transmettent une culture générale aux patients. Ils dispensent aux patients des connaissances sur le diagnostic des CCQ, en particulier savoir différencier une migraine d'une céphalée de tension, sur les traitements aigus et les traitements prophylactiques. Ils les informent sur les facteurs de risque ainsi que sur les traitements prophylactiques non médicamenteux des CCQ.

L'objectif est de diminuer le délai de prise en charge du patient en cas d'aggravation des céphalées, et par conséquent, de diminuer le risque de recours aux antalgiques de façon inadaptée par celui-ci.

Cette école permet de soutenir et d'encadrer les patients pendant 2 mois en empêchant l'abus médicamenteux. Les cours sont organisés en six sessions de 2 heures étalées sur 3 mois. Des groupes de 6 à 7 patients suivent des cours qui sont dispensés par des infirmières, des psychologues et des kinésithérapeutes. Les patients ont également du temps pour échanger leurs expériences entre eux. 90% des patients ont dit être satisfaits de cette école et la fréquence de leur mal de tête en était diminuée (25).

Cette étude a montré que les traitements médicamenteux seuls sont efficaces chez 50% de patients ; *a contrario*, les thérapies comportementales seules ne sont pas efficaces. En revanche, lorsqu'elles sont combinées, ces deux thérapies présentent une efficacité plus importante que celle de chaque traitement isolé.

L'approche interdisciplinaire des CCQ est donc essentielle ; elle permet l'éducation du patient sur les traitements aigus et prophylactiques, ce qui améliore l'adhésion du patient aux recommandations de traitement.

Cependant, étant donné le haut coût en main d'œuvre d'une telle équipe pluridisciplinaire, cette approche est réservée à des patients complexes et sévèrement affectés. Pour les patients aux céphalées peu fréquentes et ne présentant pas de comorbidités psychiatriques, une thérapie médicale sera généralement suffisante.

## CONCLUSION

Les CAM constituent, comme nous avons pu le voir au cours de ce travail, un problème complexe à gérer pour les patients comme pour les professionnels de santé. Des patients présentant un terrain céphalalgique, que ce soit une migraine épisodique ou une céphalée de tension épisodique, vont parfois être amenés à consommer de plus en plus de traitements anti-migraineux ou antalgiques pour faire face à une aggravation de l'intensité ou de la fréquence de leurs crises. Mais l'abus de médicaments va entraîner chez ces patients des céphalées de plus en plus fréquentes et intenses, appelées céphalées chroniques par abus médicamenteux. Ils entrent alors dans un cercle vicieux dont il leur sera très difficile de sortir.

La définition des CAM n'est pas aisée, mais l'on s'accorde à les caractériser comme des céphalées présentes plus de 15 jours par mois et plus de 4 heures par jour en l'absence de traitement, depuis plus de 3 mois, sans *substratum* lésionnel ou symptomatique. Cette pathologie est assez fréquente puisqu'elle touche 3 à 5% de la population générale. Elle reste méconnue des patients ainsi que des professionnels de santé. Et pourtant, elle constitue un véritable enjeu en terme de santé publique, puisqu'elle entraîne une réelle dégradation de la qualité de vie des patients et provoque un handicap à l'origine d'importants coûts socio-économiques. Il paraît donc primordial de savoir les diagnostiquer correctement et d'écarter d'éventuelles céphalées symptomatiques ou liées à un syndrome inflammatoire qui sont exclues du cadre des CAM.

De nombreux facteurs sont associés aux CAM, ce qui explique leur grande complexité. Tout d'abord, la consommation inadaptée de médicaments anti-migraineux et/ou antalgiques va pérenniser la situation céphalalgique et inciter le patient à accroître encore davantage sa consommation. Les tableaux cliniques divergent selon la nature des médicaments utilisés. Les médicaments les plus incriminés sont le paracétamol, la caféine, la codéine et les triptans. Les antalgiques en vente libre et ne nécessitant pas d'ordonnance restent les plus employés puisque les patients y ont accès très facilement. Des facteurs psychopathologiques et des comorbidités psychiatriques comme l'anxiété et la dépression sont très fréquemment associés aux CAM. La sévérité des crises en est amplifiée et la prise en charge est d'autant plus difficile. De plus, l'abus de médicament dans le cadre des CAM est à rapprocher du phénomène d'addiction chez les toxicomanes en terme de comportement, ce qui

explique que les patients continuent leur consommation malgré la conscience qu'ils ont de ses conséquences néfastes. Les effets psychotropes et anxiolytiques des traitements agissent comme une récompense à leur consommation, alors que la céphalée de rebond à l'arrêt des prises agit comme une punition et les incitent à reprendre leur consommation. Des facteurs hormonaux et musculo-squelettiques entrent également dans l'équation. La comorbidité importante des DAM et des céphalées amène, de plus en plus, le chirurgien-dentiste à prendre en charge des patients à risque. La sensibilisation et une meilleure formation du chirurgien-dentiste aux CAM pourraient en faire un acteur non négligeable de la prévention et de l'identification de cette pathologie.

De nombreuses études statuent de façon consensuelle sur l'absolue nécessité d'un sevrage médicamenteux (41). Il permet de désintoxiquer le patient et d'améliorer la réactivité aux traitements aigus prophylactiques. Les protocoles divergent en ce qui concerne un arrêt brutal ou progressif des médicaments, et sur la façon de gérer les crises. Cependant, l'Anaes propose l'amitriptyline en première intention. L'utilisation d'un agenda est très fortement conseillée. Il permet aux patients et aux professionnels de santé de suivre l'évolution de la consommation médicamenteuse et donne des indications sur les facteurs déclenchant les crises et sur les réponses aux traitements. Lors de ce sevrage, les patients peuvent être confrontés à des céphalées de rebond, qui peuvent être encore plus intenses que leurs céphalées habituelles, et souvent accompagnées de signes de sevrage. Il est alors recommandé d'avoir recours à des méthodes non pharmacologiques comme la relaxation ou la thérapie cognitivo-comportementale. Des études ont montré un certain intérêt à l'utilisation d'orthèse mandibulaire afin de soulager les symptômes des céphalées.

De nombreuses recherches restent à mener afin de prouver la réelle efficacité de l'une ou l'autre de ces diverses méthodes.

Pour finir, ce travail met en exergue la nécessité d'améliorer la prévention des CAM, à la fois par la mise en place d'éducation thérapeutique des patients céphalalgiques et douloureux chroniques, mais aussi par une prise en charge pluridisciplinaire par des acteurs de santé plus nombreux et mieux informés. Neurologues, chirurgiens-dentistes, kinésithérapeutes, infirmières, psychologues, tous ont un rôle à jouer dans le rouage de la grande équipe thérapeutique qu'ils forment. C'est là qu'intervient entre autre le chirurgien-dentiste qui est un des premiers interlocuteurs en ce qui concerne les douleurs oro-faciales. Il

lui faudra examiner le patient, établir un diagnostic différentiel, éventuellement traiter et surtout informer le patient et l'adresser aux autres professionnels de santé. Les échanges d'informations et de contacts entre les différents acteurs de santé sont au cœur de la réussite du traitement des patients souffrant de CAM. Ce partenariat sera à développer de plus en plus à l'avenir puisqu'il concerne de très nombreuses pathologies.

## LISTE DES ABBRÉVIATIONS

**AINS** : anti-inflammatoires non stéroïdiens  
**ATM** : articulation temporo-mandibulaire  
**ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé  
**CAM** : céphalée chronique quotidienne par abus médicamenteux  
**CCQ** : céphalées chroniques quotidiennes  
**CRF** : corticotrophine  
**DAM** : dysfonctionnement de l'appareil manducateur  
**HADS** : Hospital Anxiety and Depression Scale  
**HAS** : Haute autorité de santé  
**HIT** : Headache Impact Test  
**IGT** : Iowa Gambling Task  
**IHS** : société internationale des maux de tête  
**MDQ-H** : medication dependence questionnaire in headache  
**MIDAS** : Migraine Disability Assessment  
**ORL** : oto-rhino-laryngologique  
**SADAM** : syndromes algodysfonctionnels de l'appareil manducateur  
**SF** : Short Form  
**SNC** : système nerveux central  
**SNP** : système nerveux périphérique  
**TENS** : Neurostimulation Electrique Transcutanée  
**TCC** : thérapie cognitivo-comportementale  
**TOC** : troubles obsessionnel-compulsifs

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. ALLENA M, CUZZONI MG, TASSORELLI C et coll.  
An electronic diary on a palm device for headache monitoring : a preliminary experience.  
*J Headache Pain* 2012 ; **13**(7) : 537-541.
2. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION  
Recommandations pour la pratique clinique - CCQ (céphalées chroniques quotidiennes) :  
Diagnostic, Rôle de l'abus médicamenteux, Prise en charge – Argumentaire.  
ANAES 2004  
[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_451078/en/ccq-argumentaire](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_451078/en/ccq-argumentaire)
3. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION  
Recommandations pour la pratique clinique - CCQ (céphalées chroniques quotidiennes) :  
Diagnostic, Rôle de l'abus médicamenteux, Prise en charge - Synthèse des recommandations.  
ANAES 2004  
<http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c.../ccq-synthese-des-recommandations>
4. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION  
Recommandations pour la pratique clinique - CCQ (céphalées chroniques quotidiennes) :  
Diagnostic, Rôle de l'abus médicamenteux, Prise en charge – Recommandations.  
ANAES 2004  
[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_451077/en/ccq-recommandations](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_451077/en/ccq-recommandations)
5. ANDRASIK F, GRAZZI L, USAI S et coll.  
Non-pharmacological approaches to treating chronic migraine with medication overuse.  
*Neurol Sci* 2009 ; **30** (Suppl 1) : S89-S93.
6. BALLEGAARD V, THEDE-SCHMIDT-HANSEN P, SVENSSON P et JENSEN R.  
Are headache and temporomandibular disorders related ? A blinded study.  
*Cephalalgia* 2008 ; **28** (8) : 832-41.
7. BELLEI E, CUOGHI A, MONARI E et coll.  
Proteomic analysis of urine in medication-overuse headache patients: possible relation with  
renal damages.  
*J Headache Pain* 2012 ; **13**(1) : 45-52.
8. BIAGIANTI B, GRAZZI L, GAMBINI O et coll.  
Decision-making deficit in chronic migraine patients with medication overuse.  
*Neurol Sci* 2012 ; **33** (suppl1) : S151-S155.
9. BOUCHAREINE A et DELFINER B.  
La classification IHS 2004: Quelles nouveautés? Quelle utilisation en pratique?  
*Neurologies* - Janvier 2004 - Vol. 7  
<http://amem.free.fr/textes/download/IHS%2020041.pdf>
10. BOUCHER Y et PIONCHON P.  
Douleurs oro-faciales : diagnostic et traitement. Collection Memento.  
Rueil Malmaison : Cdp, 2006.

11. CABANAC N, BONHOURE C et DOUSSET V.  
Migraine et céphalées par abus médicamenteux : impact de l'ETP réalisées par les infirmières.  
Centre Douleur Chronique, Pôle de Neurosciences, CHU de Bordeaux.  
<http://recordings.slideonline.eu/2012/JTD032012/Index.html?videoid=10>
12. CEVOLI S, MARZOCCHI N, CAPELLARI S et coll.  
Lack of association between five serotonin metabolism-related genes and medication overuse headache.  
*J Headache Pain* 2010 ; **11**(1) : 53-58.
13. CREAC'H C.  
Céphalées quotidiennes chroniques par abus de médicaments antalgiques : diagnostic et prise en charge thérapeutique.  
Centre Stéphanois de Traitement de la Douleur, Hôpital Bellevue, CHU de Saint-Étienne  
*Médecine thérapeutique*. Volume 9, Numéro 4 : 169-80, 2003, Effets indésirables.  
<http://www.jle.com/e-docs/00/03/FF/2C/>
14. CURONE M, TULLO V, MEA E et coll.  
Psychopathological profile of patients with chronic migraine and medication overuse: study and findings in 50 cases.  
*Neurol Sci* 2011 ; **32** (Suppl1) : S177-S179.
15. CURONE M, D'AMICO D et BUSSONE G.  
Obsessive-compulsive aspects as predictors of poor response to treatments in patients with chronic migraine and medication overuse.  
*Neurol Sci* 2012 ; **33** (Suppl1) : S211-S213.
16. DE FELICE M, OSSIPOV M.H et PORRECA F.  
Update on Medication-overuse Headache.  
*Curr Pain Headache Rep* 2011 ; **15**(1) : 79-83.
17. DESCROIX V.  
Douleurs oro-faciales.  
Rueil Malmaison : Arnette-Cdp, 2013.
18. DI LORENZO C, DI LORENZO G, SANCES G et coll.  
Drug consumption in medication overuse headache is influenced by brain-derived neurotrophic factor Val66Met polymorphism.  
*J Headache Pain* 2009 ; **10**(5) : 349-355.
19. DIDIER H, MARCHETTI C, MARCHETTI A et coll.  
Implementing gnathological and neuromuscular concepts in patients with chronic migraine  
*Neurol Sci* 2012 ; **33** (Suppl 1) : S177-S180.
20. DIENER HC.  
Detoxification for medication overuse headache is not necessary.  
*Cephalalgia* 2011 ; **32** (5) : 423-427.

21. DUFRENE C et HENRY F.  
Céphalées chroniques quotidiennes par abus médicamenteux : quelle prise en charge médico-psychologique?  
Centre Hospitalier de Châteauroux, Consultation Pluridisciplinaire de la Douleur  
Comité de lutte contre la Douleur, "jeudi de la Douleur", 31 mars 2011.  
[https://www.sante-centre.fr/portail/gallery\\_files/site/133/996/.../1856.pdf](https://www.sante-centre.fr/portail/gallery_files/site/133/996/.../1856.pdf)
22. EVERS S et MARZINIAK M.  
Clinical features, pathophysiology, and treatment of medication-overuse headache.  
*Lancet Neurol* 2010 ; **9**(4) : 391-401.
23. FRANCO AL, GONÇALVES DA, CASTANHARO SM et coll.  
Migraine is the most prevalent primary headache in individuals with temporomandibular disorders.  
*J Orofac Pain* 2010 ; **24**(3):287-92.
24. FRITSCHÉ G, FRETTLÖH J, HÜPPE M et coll.  
Prevention of medication overuse in patients with migraine.  
*Pain* 2010 ; **151** : 404–413.
25. GAUL C, VISSCHER C.M, BHOLA R et coll.  
Team players against headache: multidisciplinary treatment of primary headaches and medication overuse headache.  
*J Headache Pain* 2011 ; **12**(5) : 511-519.
26. GEPPETTI P, DE CESARIS F, NICOLETTI P et BENEMEI S.  
Chronic headaches and medication overuse.  
*Intern Emerg Med* 2010 ; **5** (Suppl 1) : S7-S11.
27. GIANNINI G, FAVONI V, BAULEO S et coll.  
SPARTACUS: underdiagnosis of chronic daily headache in primary care.  
*Neurol Sci* 2012 ; **33** (Suppl1) : S181-S183.
28. GRAZZI L et BUSSONE G.  
Medication overuse headache (MOH): complication of migraine or secondary headache ?  
*Neurol Sci* 2012 ; **33** (Suppl 1) : S27-S28.
29. GRAZZI L et BUSSONE G.  
What future for treatment of chronic migraine with medication overuse ?  
*Neurol Sci* 2011 ; **32** (Suppl 1) : S19-S22.
30. GRAZZI L, USAI S, PRUNESTI A et coll.  
Behavioral plus pharmacological treatment versus pharmacological treatment only for chronic migraine with medication overuse after day-hospital withdrawal.  
*Neurol Sci* 2009 ; **30** (Suppl 1) : S117-S119.
31. HAGEN K, LINDE M, STEINER T.J et coll.  
Risk factors for medication-overuse headache: An 11-year follow-up study.  
*Pain* 2012 ; **153**(1) : 56-61.

32. HAGEN K, ALBRESTEN C, VILMING S.T et coll.  
A 4-year follow-up of patients with medication-overuse headache previously included in a randomized multicentre study.  
*J Headache Pain* 2011 ;**12** : 315-322.
33. HAGEN K, JENSEN R, BOE M.G et STOVNER L.J.  
Medication overuse headache: a critical review of end points in recent follow-up studies.  
*J Headache Pain* 2010 ; **11**(5) : 373-377.
34. HAUTE AUTORITE DE SANTE  
Recommandations pour la pratique clinique - Céphalées chroniques quotidiennes(CCQ) :  
Diagnostic, Rôle de l'abus médicamenteux, Prise en charge (actualisation programmée : 5 ans)  
HAS 2004.  
[http://www.ammpu.org/.../cephalees\\_quotidiennes\\_recommandations\\_06.pdf](http://www.ammpu.org/.../cephalees_quotidiennes_recommandations_06.pdf)
35. HERSHEY A.D, BURDINE D, KABBOUCHE M.A et POWER S.W.  
Genomic expression patterns in medication overuse headaches.  
*Cephalalgia* 2011 ; **31**(2) : 161-71.
36. JONSSON P, LINDE M, HENSING G et HEDENRUD T.  
Sociodemographic differences in medication use, health-care contacts and sickness absence among individuals with medication-overuse headache.  
*J Headache Pain* 2012 ;**13**(4) : 281-290.
37. LUCAS C.  
Céphalées chroniques quotidiennes par abus médicamenteux : un problème de santé publique méconnu  
Clinique neurologique CHRU Lille.  
[http://www.cmgb.fr/IMG/ppt/abus\\_medicamenteux.ppt?](http://www.cmgb.fr/IMG/ppt/abus_medicamenteux.ppt?)
38. MONGINI F.  
Temporomandibular disorders and tension-type headache.  
*Curr Pain Headache Rep* 2007 ; **11**(6):465-70.
39. MUNKSGAARD S.B, BENDTSEN L et JENSEN R.H.  
Treatment-resistant medication overuse headache can be cured.  
*Headache* 2012 ; **52** (7) : 1120-9.
40. NEGRO A et MARTELLETTI P.  
Chronic migraine plus medication overuse headache: two entities or not ?  
*J Headache Pain* 2011 ; **12**(6) : 593-601.
41. OLESEN J.  
Detoxification for medication overuse headache is the primary task.  
*Cephalalgia* 2011 ; **32** (5) : 420-422.
42. ONAYA T, ISHII M, KATOH H et coll.  
Predictive index for the onset of medication overuse headache in migraine patients.  
*Neurol Sci* ; 2012. [Epub ahead of print]

43. PERROTTA A, ARCE-LEAL N, TASSORELLI C et coll.  
Acute reduction of anandamide-hydrolase (FAAH) activity is coupled with a reduction of nociceptive pathways facilitation in medication-overuse headache subjects after withdrawal treatment.  
*Headache* 2012 ; **52**(9) : 1350-61.
44. PIAZZA F, CHIAPPEDI M, MAFFIOLETTI E et coll.  
Medication Overuse Headache in School-Aged Children: More Common Than Expected?  
*Headache* 2012 ; **52**(10) : 1506-10.
45. PROEITTI-CECCHINI A, LEONE M, MANZONI G.C et coll.  
Drug-resistant chronic migraine: the Italian GON project.  
*Neurol Sci* 2012 ; **33** (Suppl1) : S33-S35.
46. RUSSEL MB.  
What do the patients with medication overuse headache expect from treatment and what are the preferred sources of information ?  
*J Headache Pain* 2011 ; **12** : 89-90.
47. SANCES G, GALLI F, ANASTASI S et coll.  
Medication-overuse headache and personality: a controlled study by means of the MMPI-2.  
*Headache* 2010 ; **50** (2) : 198-209.
48. SANCISI E, RAUSA M, ZANIGNI S et coll.  
Self-help group and medication overuse headache: preliminary data.  
*Neurol Sci* 2009 ; **30**(6) : 459-463.
49. SANDRINI G, PERROTTA A, TASSORELLI C et coll.  
Botulinum toxin type-A in the prophylactic treatment of medication-overuse headache: a multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled, parallel group study.  
*J Headache Pain* 2011 ; **12**(4) : 427-433.
50. SERRA G et MARCHIORETTO F.  
Occipital nerve stimulation for chronic migraine: a randomized trial.  
*Pain Physician* 2012 ; **15** (3) : 245-53.
51. SUPORNILPCHAI W, LE GRAND S.M et SRIKIATKHACHORN A.  
Involvement of pro-nociceptive 5-HT<sub>2A</sub> receptor in the pathogenesis of medication-overuse headache.  
*Headache* 2010 ; **50** (2) : 185-97.
52. TOBIN J.A et FLITMAN S.S.  
Occipital nerve blocks: effect of symptomatic medication: overuse and headache type on failure rate.  
*Headache* 2009 ; **49** (10) : 1479-85.
53. USAI S, GRAZZI L, D'AMICO D et coll.  
Psychological variables in chronic migraine with medication overuse before and after inpatient withdrawal: results at 1-year follow-up.  
*Neurol Sci* 2009 ; **30** (Suppl 1) : S125-S127.

54. VALGUARNERA F et TANGANELLI P.

The efficacy of withdrawal therapy in subjects with chronic daily headache and medication overuse following prophylaxis with topiramate and amitriptyline.

*Neurol Sci* 2010 ; **31** (Suppl 1) : S175-S177.

55. WODA A.

Algies orofaciales idiopathiques : entre déni et réalité.

*Lettre Ordre Nat Chir Dent* 2001 ; **15** : 1-11.

## **TABLE DES ILLUSTRATIONS**

Figure 1 : Classification des douleurs oro-faciales chroniques.

Figure 2 : Principaux modes d'évolution vers une CCQ (d'après l'ANAES, 2004)

Figure 3 : Modalités d'apparition des CCQ (d'après l'ANAES, 2004)

Figure 4 : Questionnaire sur la dépendance des patients aux médicaments (MDQ-H) (d'après Dufrene, 2011)

Figure 5 : MDQ-H seven-factor structur model : standardized solution (d'après Dufrene, 2011)

Figure 6 : Questionnaire MIDAS (d'après l'ANAES, 2004)

Figure 7 : Questionnaire sur l'impact des maux de tête (HIT-6) (d'après l'ANAES, 2004)

Figure 8 : Modèle d'agenda des céphalées (d'après l'ANAES, 2004)

Tableau 1. Comment distinguer une migraine d'une céphalée de tension (d'après l'ANAES, 2004)

Tableau 2 : Critères diagnostiques des CCQ par abus médicamenteux (d'après Evers, 2010)

Tableau 3 : Les sous-types de CCQ par abus médicamenteux

## **ANNEXE**

### **Étude bibliographique**

N°	Titre	Auteurs	Type d'article	Objectifs de l'étude	N et groupes	Randomisation	Niveau de preuves
<u>1</u>	<i>An electronic diary on a palm device for headache monitoring</i>	Allena M. J Headache Pain (2012)	Essai thérapeutique comparative non randomisé	Comparer l'efficacité de l'agenda électronique dans la compliance thérapeutique, par rapport à l'agenda papier.	N=85 Le groupe testé est son propre témoin	Non	4
2	<i>Recommandations pour la pratique clinique - CCQ (céphalées chroniques quotidiennes) : Diagnostic, Rôle de l'abus médicamenteux, Prise en charge – Argumentaire</i>	Anaes (2004)	Avis d'experts - Recommandations				1
3	<i>Recommandations pour la pratique clinique - CCQ (céphalées chroniques quotidiennes) : Diagnostic, Rôle de l'abus médicamenteux, Prise en charge - Synthèse des recommandations</i>	Anaes (2004)	Avis d'experts - Recommandations				1
4	<i>Recommandations pour la pratique clinique - CCQ (céphalées chroniques quotidiennes) : Diagnostic, Rôle de l'abus médicamenteux, Prise en charge – Recommandations</i>	Anaes (2004)	Avis d'experts - Recommandations				1
5	<i>Non-pharmacological approaches to treating chronic migraine with medication overuse</i>	Andrasik F. Neurol Sci (2009)	Avis d'auteurs				
6	<i>Are headache and temporomandibular disorders related ? A blinded study.</i>	Ballegaard V. Cephalalgia (2008)	Étude épidémiologique descriptive	Examiner comorbidités entre maux de tête et DAM, évaluer la fréquence des DAM chez patients migraineux	N = 99	Non	4
7	<i>Proetomic analysis of urine in medication overuse headache</i>	Bellei E. J Headache Pain (2012)	Étude étiologique (cohorte prospective comparative)	Évaluation sur 2 à 3 ans du retentissement rénal de l'abus médicamenteux comparé à celui des patients sans MOH	Comparaison d'un groupe de 43 patients MOH et d'un groupe de 16 patients sains	Non	

8	<i>Decision-making deficit in chronic migraine patients with medication overuse</i>	Biagianti B. Neurol Sci (2012)	Étude cohorte prospective	Évaluer si la prise de décision déficiente est un trait de personnalité permanent et un élément prédictif du MOH ou si elle est liée à l'abus médicamenteux et réversible.	50 patients avec MOH au début.  A 12 mois, plus que 20 patients dans l'étude et 35% de rechute	Non	4
9	<i>La classification IHS 2004: Quelles nouveautés? Quelle utilisation en pratique?</i>	Bouchareine A. Neurologies (2004)	Avis d'experts				1
10	<i>Douleurs orofaciales : diagnostic et traitement</i>	Boucher Y. Memento (2006)	Avis d'auteurs				
11	<i>Migraine et céphalées par abus médicamenteux : impact de l'ETP réalisées par les infirmières</i>	Cabanac N.					
12	<i>Lack of association between five serotonin metabolism-related genes and medication overuse headache</i>	Cévoli S. J Headache Pain (2010)	Étude étiologique bien menée (cohorte comparative sur grands échantillons)	Évaluer le rôle des gènes responsables du métabolisme de la Sérotonine dans le MOH (recherche de facteur prédictif)	Comparaison d'un groupe malade avec abus médicamenteux (MOH <sup>n</sup> = 138) avec un groupe sain (N=117) et un groupe malade sans abus (MO= 101)	Non	2
13	<i>Céphalées quotidiennes chroniques par abus de médicaments antalgiques : diagnostic et prise en charge thérapeutique</i>	Créac'h C. Médecine thérapeutique (2003)	Avis d'auteurs				4
14	<i>Psychopathological profile of patients with chronic migraine and medication overuse: study and findings in 50 cases</i>	Curone M. Neurol Sci (2011)	Étude épidémiologique descriptive	Savoir si le profil psychologique du patient peut influencer la chronicisation du MOH	N=50 patients MOH	Non	4

15	<i>Obsessive–compulsive aspects as predictors of poor response to treatments in patients with chronic migraine and medication overuse</i>	Curone M. Neurol Sci (2012)	Étude étiologique (cohorte comparative exposés/non exposés)	Savoir si un trouble obsessionnel compulsif peut être un facteur prédictif du MOH.	Comparaison de groupes de patients atteints de MO : 1 groupe de patients avec TOC (N=14) et 1 groupe de patients sans TOC (N=14)	Non	3
16	<i>Update on Medication-overuse Headache</i>	de Felice M. Curr Pain Headache Rep (2011)	Avis d'auteurs				
17	<i>Douleurs orofaciales</i>	Descroix V. Arnette-cdp, (2013)					
18	<i>Drug consumption in medication overuse headache is influenced by brain-derived neurotrophic factor Val66Met polymorphism</i>	di Lorenzo C. J Headache Pain (2009)	Étude étiologique bien menée (cohorte comparative exposés/non exposés)	Identifier un facteur aggravant du MOH. Savoir si le polymorphisme Val 66 Met du BDNF influence la consommation d'antalgiques de patients MOH	Comparaison d'un groupe G/G et d'un groupe non G/G N=90 patients MOH	Non	2
19	<i>Implementing gnathological and neuromuscular concepts in patients with chronic migraine</i>	Didier H. Neurol Sci (2012)	Étude thérapeutique (Étude de suivi non comparative sur petit échantillon)	Évaluer l'efficacité de l'orthèse sur les douleurs et l'abus médicamenteux au long cours	1 seul groupe N= 18	Non	4
20	<i>Detoxification for medication overuse headache is not necessary</i>	Diener H. Cephalalgia (2011)	Avis d'auteurs				4
21	<i>Céphalées chroniques quotidiennes par abus médicamenteux : quelles prise en charge médico-psychologique?</i>	Dufrène C. (2011)	Avis d'auteurs				
22	<i>Clinical features, pathophysiology, and treatment of medication-overuse headache</i>	Evers S. Lancet Neural (2010)	Avis d'auteurs				

23	<i>Migraine is the most prevalent primary headache in individuals with temporomandibular disorders.</i>	Franco AL. J Orofac Pain. (2010)	Étude étiologique prospective	Évaluer fréquence de maux de tête chez patients avec DAM en comparaison avec des patients sans DAM	Comparaison d'un groupe DAM (N=158) avec un groupe sans DAM (N=68)		2
24	<i>Prevention of medication overuse in patients with migraine</i>	Fritsche G. PAIN151 (2010)	Essai thérapeutique multicentrique randomisé	Évaluer l'efficacité à long terme du traitement MCT et son impact sur l'abus médicamenteux par rapport à un traitement avec uniquement un support bibliographique.	Groupe 1 : N=91 Groupe2 : N=91	oui	1
25	<i>Team players against headache: multidisciplinary treatment of primary headaches and medication overuse headache</i>	Gaul C. J Headache Pain (2011)	Avis d'auteurs				
26	<i>Chronic headaches and medication overuse</i>	Geppetti P. Intern Emerg Med (2010)	Avis d'auteurs				
27	<i>SPARTACUS: underdiagnosis of chronic daily headache in primary care</i>	Gianni G. Neurol Sci (2012)	Étude épidémiologique transversale	Examiner les connaissances des médecins sur les CCQ et mettre en évidence un sous-diagnostic des CCQ	N= 16 577		3
28	<i>Medication overuse headache (MOH): complication of migraine or secondary headache?</i>	Grazzi I. Neurol Sci (2012)	Avis d'auteurs				
29	<i>Behavioral plus pharmacological treatment versus pharmacological treatment only for chronic migraine with medication overuse after day-hospital withdrawal</i>	Grazzi L. Neurol Sci (2009)	Étude thérapeutique (Étude de suivi comparative sur petit échantillon )	Évaluer l'efficacité du traitement comportemental et pharmacologique sur l'abus médicamenteux par rapport à un traitement pharmacologique seul .	Groupe 1 : N=52 (32 à la fin de l'étude) Groupe2 : N=41 (25 à la fin de l'étude)	non	3

30	<i>What future for treatment of chronic migraine with medication overuse?</i>	Grazzi L. Neurol Sci (2011)	Avis d'auteurs				
31	<i>Risk factors for medication-overuse headache: An 11-year follow-up study.</i>	Hagen K. PAIN 153 (2012)	Étude étiologique (étude prospective comparative sur grand échantillon)	Évaluer l'incidence CCQ et les facteurs de risque des MOH SUIVI à 11 ans	N= 26 197 Groupe CCQ N=348 Groupe MOH N=253	Non applicable	2
32	<i>A 4-year follow-up of patients with medication-overuse headache previously included in a randomized multicentre study</i>	Hagen K. J Headache Pain (2011)	Étude pronostique (étude de suivi prospective non comparative)	Évaluer le résultat à long terme de la prise en charge des patients	N=50	oui	3
33	<i>Medication overuse headache: a critical review of end points in recent follow-up studies</i>	Hagen LK. J Headache Pain (2010)	Méta-analyse	Évaluer les mesures de résultats à long terme des études de suivi publiées après 2006	9 études incluses (sur 28) N= 1589 MOH	non	1
34	<i>Recommandations pour la pratique clinique - Céphalées chroniques quotidiennes(CCQ) : Diagnostic, Rôle de l'abus médicamenteux, Prise en charge (actualisation programmée : 5 ans)</i>	HAS (2004)	Avis d'experts- Recommandations				1
35	<i>Genomic expression patterns in medication overuse headaches</i>	Hershey AD. Cephalalgia (2011)	Étude étiologique comparative	Comparer le type de mal de tête et la réponse au traitement de patients MOH en fonction de leur profil génomique	N=1311 CCQ 513 MOH 33 profil génomiques dont 19 MOH	Non applicable	2
36	<i>Sociodemographic differences in medication use, health-care contacts and sickness absence among individuals with medication-overuse headache</i>	Jonsson P. J Headache Pain (2012)	Étude épidémiologique transversale	Analyser les différences sociodémographiques dans la consommation de médicaments, les contacts avec les service de santé et les congés maladie chez MOH	N= 799 MOH	oui	3

37	<i>Céphalées chroniques quotidiennes par abus médicamenteux : un problème de santé publique méconnu</i>	Lucas C.					
38	<i>Temporomandibular disorders and tension-type headache</i>	Mongini F. Curr Pain Headache Rep (2007)	Avis d'auteurs				
39	<i>Treatment-resistant medication overuse headache can be cured</i>	Munksgaard SB. Headache (2012)	Étude de suivi non comparative	Efficacité clinique au long cours d'un traitement multidisciplinaire	Un seul groupe N= 96	non	3
40	<i>Chronic migraine plus medication overuse headache: two entities or not?</i>	Negro A. J Headache Pain (2011)	Avis d'auteurs				
41	<i>Detoxification for medication overuse headache is the primary task</i>	Olesen J. Cephalalgia (2011)	Avis d'auteurs				
42	<i>Predictive index for the onset of medication overuse headache in migraine patients</i>	Onaya T. Neurol Sci (2012)	Étude pronostique (cohorte)	Évaluer des facteurs prédictifs du MOH	Comparaison de 2 groupes groupe migraineux : N= 47 groupe MOH : N=22	Non applicable	2
43	<i>Acute Reduction of Anandamide-Hydrolase (FAAH) Activity is Coupled With a Reduction of Nociceptive Pathways Facilitation in Medication-Overuse Headache Subjects After Withdrawal Treatment.</i>	Perrotta A. Headache (2012)	Étude prospective comparative (cohorte, petit effectif)	1) Évaluer le lien entre dysfonction syst endocannabinoïde et douleur chez migraineux 2) SUIVI traitement effet sevrage sur syst endocannabinoïde et sur douleur	Groupe MOH N=27 Groupe contrôle N=14	Non	3
44	<i>Medication Overuse Headache in School-Aged Children: More Common Than Expected?</i>	Piazza F. Headache (2012)	Étude épidémiologique transversale	Examiner la fréquence du MOH chez les enfants et ados migraineux.	N= 118	Non	4
45	<i>Drug-resistant chronic migraine: the Italian GON project</i>	Proietti Cecchini A. Neurol Sci (2012)	Avis d'auteurs				

46	<i>What do the patients with medication overuse headache expect from treatment and what are the preferred sources of information?</i>	Russel M. J Headache Pain (2011)	Avis d'auteurs				
47	<i>Medication-overuse headache and personality: a controlled study by means of the MMPI-2</i>	Sances G. Headache (2010)	Étude étiologique (cohorte comparative)	Évaluer le lien entre personnalité et MOH (trait de personnalité = facteur prédictif )	Groupe MOH N=82 Groupe EH (céphalée épisodique) N=82 Groupe contrôle sain N= 55	non	2
48	<i>Self-help group and medication overuse headache: preliminary data</i>	Sancisi E. Neurol Sci (2009)	Étude prospective non comparative	Évaluer l'efficacité d'un groupe d'entraide sur le traitement du MOH.	1 seul groupe N=8	non	4
49	<i>Botulinum toxin type-A in the prophylactic treatment of medication-overuse headache: a multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled, parallel group study</i>	Sandrini G. J Headache Pain (2011)	Essai clinique comparatif en double aveugle	Évaluer l'efficacité et la sécurité d'un traitement du MOH la toxine botulique .	N = 68 Groupe toxine N= 33 Groupe placebo N= 35	oui	1
50	<i>Occipital nerve stimulation for chronic migraine: a randomized trial.</i>	Serra G. Pain Physician (2012)	Étude thérapeutique randomisée (petit essai clinique)	Évaluer l'efficacité et la sécurité d'un traitement sur le MOH : l'ONS	N= 30 Groupe ON Groupe OFF	oui	2
51	<i>Involvement of pro-nociceptive 5-HT2A receptor in the pathogenesis of medication-overuse headache</i>	Supornsilchai W. Headache (2010)	Étude étiologique sur des rats	Évaluer le rôle du Récepteur 5-HT2A dans le MOH.	Groupe kétansérine Groupe atg du R 5-HT2A Groupe sérum phy		4
52	<i>Occipital nerve blocks: effect of symptomatic medication: overuse and headache type on failure rate</i>	Tobin JA. Headache (2009)	Étude épidémiologique	Évaluer l'efficacité de l' ONB selon le type de céphalée.	ONB N= 108	non	4

53	<i>Psychological variables in chronic migraine with medication overuse before and after inpatient withdrawal: results at 1-year follow-up</i>	Usai S. Neurol Sci (2009)	Étude prospective non comparative	Voir s'il existe un profil psychologique spécifique du MOH et si le changement des variables psychologiques correspond à une amélioration clinique du MOH.	1 groupe N = 84	non	4
54	<i>The efficacy of withdrawal therapy in subjects with chronic daily headache and medication overuse following prophylaxis with topiramate and amitriptyline</i>	Valguarnera F. Neurol Sci (2010)	Étude prospective non comparative non randomisée	Évaluer l'efficacité d'un protocole de sevrage du MOH et voir sur quel type de patient il est le plus efficace.	1 groupe N = 52	non	4
55	<i>Algies orofaciales idiopathiques : entre déni et réalité</i>	Woda A. La lettre (2001)	Avis d'auteurs				

**LÉGER (Marie-Liesse) : Les céphalées chroniques par abus médicamenteux.**

81f. : ill. ; tabl. ; 11 ref. ; 30 cm. (Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2014)

**RÉSUMÉ :**

Les céphalées chroniques quotidiennes par abus médicamenteux représentent un lourd fardeau pour les personnes qui en souffrent et un défi majeur pour les acteurs de santé. Leur diagnostic et leur traitement restent difficiles et les rechutes sont fréquentes.

Comment aider ces patients à sortir de ce cercle vicieux dans lequel les médicaments qui les soulagent, renforcent et pérennisent également leur souffrance?

Les CCQ peuvent se rencontrer chez les patients présentant des céphalées et douleurs oro-faciales chroniques. Le chirurgien-dentiste peut être concerné par la prise en charge de ces patients.

L'étude des critères de diagnostic des CCQ et des facteurs qui y sont associés, en particulier l'abus médicamenteux, aidera le chirurgien-dentiste à comprendre les modalités de prise en charge de ces pathologies. Il est urgent d'améliorer la prévention des CAM en sensibilisant les différents acteurs de santé.

La mise en place d'une prise en charge pluridisciplinaire est une priorité.

**RUBRIQUE DE CLASSEMENT :**

Pathologie buccale et péri-buccale.

**MOTS-CLÉS MeSH :**

- |                                    |                                   |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| - Douleur faciale                  | - Facial pain                     |
| - Céphalées secondaires            | - Headache disorders secondary    |
| - Troubles liés à une substance    | - Substance-related disorders     |
| - Prévention primaire              | - Primary prevention              |
| - Communication interdisciplinaire | - Interdisciplinary communication |

**JURY :**

*Président* : Madame le Professeur Brigitte ALLIOT-LICHT

*Assesseur* : Mme le Docteur Elisabeth ROY

*Assesseur* : Madame le Docteur Edwige de CHAUVIGNY

*Invité* : Monsieur le Docteur Bertrand BOUETEL

*Directrice de thèse* : Madame le Docteur Bénédicte CASTELOT-ENKEL

**ADRESSE DE L'AUTEUR :**

marie-liessebd@hotmail.fr