



Recommandations pour la pratique clinique

**CCQ (Céphalées chroniques quotidiennes) :
Diagnostic, Rôle de l'abus médicamenteux, Prise en
charge**

Argumentaire

Septembre 2004

Service des recommandations professionnelles

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays. Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit du présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'Anaes est illicite et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.

Ce document a été finalisé en septembre 2004. Il peut être commandé (frais de port compris) auprès de :

Anaes (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé)

Service communication

2, avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX – Tél. : 01 55 93 70 00 – Fax : 01 55 93 74 00

© 2004. Anaes

SOMMAIRE

ABRÉVIATIONS EMPLOYÉES	5
MÉTHODE DE TRAVAIL	8
I. MÉTHODE GÉNÉRALE DE RÉALISATION DES RPC	8
II. RECHERCHE DOCUMENTAIRE.....	9
II.1. Source d'informations	9
II.2. Stratégie de recherche.....	10
ARGUMENTAIRE	14
I. INTRODUCTION	14
II. HISTORIQUE ET DÉFINITIONS	14
II.1. Historique.....	14
II.2. Définition des CCQ.....	17
II.3. Entités diagnostiques	19
III. ÉPIDÉMIOLOGIE.....	24
III.1. Prévalence des CCQ en France	24
III.2. Qualité de vie et handicap	26
III.3. Conséquences socio-économiques.....	29
IV. FACTEURS ASSOCIÉS AUX CCQ	29
IV.1. Abus médicamenteux	29
IV.2. Facteurs psychopathologiques	34
IV.3. Autres facteurs	39
V. PRISE EN CHARGE DES CCQ	40
V.1. Évaluation du patient	40
V.2. Prise en charge d'un patient avec abus médicamenteux	40
V.3. Prise en charge des facteurs musculo-squelettiques.....	46
VI. PRÉVENTION	46
VI.1. Identification des patients à risque de développement de CCQ	46
VI.2. Sensibilisation des acteurs de santé	47
VII. CCQ CHEZ L'ENFANT	47
VII.1. Épidémiologie.....	47
VII.2. Clinique	48
VII.3. Facteurs associés	49
VII.4. Évaluation	50
VII.5. Prise en charge des CCQ chez l'enfant et l'adolescent.....	50
ANNEXES	51
I. ÉCHELLE MIDAS (<i>MIGRAINE DISABILITY ASSESSMENT PROGRAMME</i>).....	51
II. ÉCHELLE HIT-6.....	52

III. TRAITEMENTS ANTALGIQUES	54
RÉFÉRENCES	57

Participants

Les sociétés savantes et associations professionnelles suivantes ont été sollicitées pour l'élaboration de ces recommandations :

Société française de neurologie
Association des neurologues libéraux de langue française
Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
Société française d'étude des migraines et des céphalées
Société d'étude et de traitement de la douleur
Société nationale française de médecine interne
Conseil de l'ordre des pharmaciens

Comité d'organisation

P^f Alain Autret, neurologue, Tours
D^r Frédérique Brudon, neurologue, Villeurbanne
D^r Nathalie Dumarcet, Afssaps, Saint-Denis
P^f Gilles Géraud, neurologue, Toulouse
D^r Michel Lantéri-Minet, algologue, Nice

P^f Claire Le Jeune, interniste, Paris
M^{me} Claire Sevin, pharmacien d'officine, Clamart
D^r Philippe Blanchard, chef de projet, Anaes, Saint-Denis La Plaine

Groupe de travail

P^f Gilles Géraud, neurologue, Toulouse - président du groupe de travail
D^r Virginie Dousset, neurologue, Bordeaux - chargée de projet
D^r Philippe Blanchard, chef de projet, Anaes, Saint-Denis La Plaine

P^f Alain Autret, neurologue, Tours
M^{me} Gisèle Bauguil Sogno, pharmacien, Saint-Maurice-sur-Dargoire
D^r Jean-Christophe Cuvellier, neuropédiatre, Lille

D^r Samira Djezzar, pharmacologue, addictologue, Paris
D^r Augusto Fernandez, Afssaps, Saint-Denis
D^r Jean-Pierre Lacoste, médecin généraliste, Paris
D^r Michel Lantéri-Minet, algologue, Nice
D^r Jacques Monière, rhumatologue, Tours
D^r Serge Perrot, rhumatologue, Paris
D^r Françoise Radat, psychiatre, Bordeaux
D^r Thierry Sauquet, médecin généraliste, Périgueux
D^r Dominique Valade, neurologue, Paris
D^r Jean-Marc Visy, neurologue, Reims

Groupe de lecture

D^r Francis Abramovici, médecin généraliste, Lagny-sur-Marne
D^r Daniel Annequin, psychiatre, Paris
M. Sylvain Bailleux, kinésithérapeute, Clamart
D^r Laurent Balp, anesthésiste réanimateur, Lons-le-Saunier
P^f Régis Bordet, pharmacologue, Lille
D^r Pauline Boulan-Predseil, neurologue, Issy-les-Moulineaux
D^r François Boureau, algologue, Paris
D^r Jean-Gabriel Buisson, médecin généraliste, Aix-sur-Vienne
D^r Jean-Marie Cazauran, pédiatre, Périgueux
D^r Geneviève Cornaille-Lafage, rhumatologue, Paris

D^r Christelle Créac'h, neurologue, Saint-Étienne
D^r Hubert Dechy, neurologue, Versailles
P^f Claude Dreux, pharmacien, Paris
D^r Jean-Claude Farasse, rhumatologue, Cambrai – Membre du Conseil scientifique de l'Anaes
D^r Alain Garnier, psychiatre, Chambéry
D^r Philippe Giffard, médecin généraliste, Vénissieux
D^r Philippe Girard-Madoux, neurologue, Villefranche-sur-Saône
D^r Saad Kassnasrallah, neurologue, Montpellier
D^r Lucette Lacomblez, pharmacologue, Paris
M. François Lafragette, pharmacien, Paris
P^f Claire Le Jeune, interniste, Paris

D^r Christian Lucas, neurologue, Lille
D^r Gérard Mick, neurologue, Voiron
M^{me} Sylvaine Monin, infirmière, Paris
D^r Jean-Louis Moulin, médecin généraliste,
Saint-Junien
D^r Philippe Nicot, médecin généraliste,
Panazol
D^r Philippe Pariser, neurologue, Paris
D^r Pierre Pédeutour, odontologue, Cagnes-
sur-Mer
D^r Patrick Pochet, médecin généraliste,
Clermont-Ferrand
P^r André Pradalier, interniste, Colombes
D^r Robert Pujol, pharmacien, Saint-Béat
D^r Loïc Rambaud, neurologue, Saint-Genis-
Laval
D^r Pierre Requier, médecine physique et
réadaptation, Aix-en-Provence
D^r Anne Revol, neurologue, Caluire
D^r Carole Sereni, neurologue, Paris
D^r Eric Serra, psychiatre, Amiens
D^r Alain Serrié, anesthésiste réanimateur,
Paris
M^{me} Claire Sevin, pharmacien d'officine,
Clamart
D^r Claude Sichel, médecin généraliste,
Carnoux-en-Provence
D^r Marcel Tobelem, médecin généraliste,
Choisy-le-Roi
D^r Jean-Michel Verret, neurologue, Le Mans
D^r Jean-Eric Werner, neurologue, Nancy

ABRÉVIATIONS EMPLOYÉES

AINS	anti-inflammatoire non stéroïdien
AVF	algie vasculaire de la face
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
CAM	céphalée par abus médicamenteux
CTC	céphalée de tension chronique
CCQ	céphalée chronique quotidienne
CCQ-M	CCQ de type migraineux
HAMA	<i>Hamilton – Anxiety</i> (échelle de Hamilton pour l'anxiété)
HAMD	<i>Hamilton – Depression</i> (échelle de Hamilton pour la dépression)
HIT-6	<i>Headache Impact Test</i> – sixième version
IHS	<i>International Headache Society</i>
MIDAS	<i>Migraine Disability Assessment</i>
MMPI	<i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory</i>
MT	migraine transformée
NdP	niveau de preuve
NO	monoxyde d'azote
PED-MIDAS	version pédiatrique de l'échelle MIDAS
QVM	questionnaire « Qualité de Vie Migraine »
STAI	<i>Strait Tray Anxiety Inventory</i>

MÉTHODE DE TRAVAIL

I. MÉTHODE GÉNÉRALE DE RÉALISATION DES RPC

Ces recommandations professionnelles ont été élaborées selon la méthode des recommandations pour la pratique clinique (RPC), publiée par l'Anaes en 1999. Les sociétés savantes concernées par le thème, réunies au sein du comité d'organisation, ont été consultées pour délimiter le thème de travail, connaître les travaux réalisés antérieurement sur le sujet et proposer des professionnels susceptibles de participer aux groupes de travail et de lecture. Les recommandations ont été rédigées par le groupe de travail, au terme d'une analyse de la littérature scientifique et d'une synthèse de l'avis des professionnels consultés.

L'Anaes a constitué un groupe de travail en réunissant des professionnels multidisciplinaires, ayant un mode d'exercice public ou privé, et d'origine géographique variée. Ce groupe de travail comprenait un président, qui en a coordonné les travaux, et une chargée de projet, qui a identifié, sélectionné, analysé et synthétisé la littérature scientifique utilisée pour rédiger l'argumentaire et les recommandations, discutées et élaborées avec le groupe de travail.

Un groupe de lecture, composé selon les mêmes critères que le groupe de travail, a été consulté par courrier et a donné un avis sur le fond et la forme des recommandations, en particulier sur leur lisibilité et leur applicabilité. Les commentaires du groupe de lecture ont été analysés par le groupe de travail et pris en compte chaque fois que possible dans la rédaction des recommandations.

Les recommandations ont été discutées par le Conseil scientifique, section évaluation, de l'Anaes, et finalisées par le groupe de travail.

Un chef de projet de l'Anaes a coordonné l'ensemble du travail et en a assuré l'encadrement méthodologique.

Une recherche documentaire approfondie a été effectuée par interrogation systématique des banques de données bibliographiques médicales et scientifiques sur une période adaptée à chaque thème. En fonction du thème traité, elle a été complétée par l'interrogation d'autres bases de données spécifiques et/ou économiques si besoin. Une étape commune à toutes les études consiste à rechercher systématiquement les recommandations pour la pratique clinique, conférences de consensus, articles de décision médicale, revues systématiques, méta-analyses et autres travaux d'évaluation déjà publiés au plan national et international. Tous les sites Internet utiles (agences gouvernementales, sociétés savantes, etc.) ont été explorés. Les documents non accessibles par les circuits conventionnels de diffusion de l'information (littérature grise) ont été recherchés par tous les moyens disponibles. Par ailleurs, les textes législatifs et réglementaires pouvant avoir un rapport avec le thème ont été consultés. Les recherches initiales ont été mises à jour jusqu'au terme du projet. L'examen des références citées dans les articles analysés a permis de sélectionner des articles non identifiés lors de l'interrogation des différentes sources d'information. Enfin, les membres des groupes de travail et de lecture ont transmis des articles de leur propre fonds bibliographique. Les langues retenues sont le français et l'anglais.

Le paragraphe « Recherche documentaire » présente le détail des sources consultées ainsi que la stratégie de recherche.

Chaque article sélectionné a été analysé selon les principes de lecture critique de la littérature à l'aide de grilles de lecture, ce qui a permis d'affecter à chacun un niveau de preuve scientifique (NdP). Sur la base de cette analyse de la littérature, le groupe de travail a proposé, chaque fois que possible, des recommandations. Selon le NdP des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par l'Anaes (voir tableau). En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel.

Tableau. Gradation des recommandations.

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques)	Grade des recommandations
Niveau de preuve 1 Essais comparatifs randomisés de forte puissance Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés Analyse de décision basée sur des études bien menées	A Preuve scientifique établie
Niveau de preuve 2 Essais comparatifs randomisés de faible puissance Études comparatives non randomisées bien menées Études de cohorte	B Présomption scientifique
Niveau de preuve 3 Études cas-témoins	C Faible niveau de preuve
Niveau de preuve 4 Études comparatives comportant des biais importants Études rétrospectives Séries de cas	

II. RECHERCHE DOCUMENTAIRE

II.1. Source d'informations

Bases de données bibliographiques automatisées :

- Medline (*National library of medicine*, États-Unis) ;
- Embase (Elsevier, Pays-Bas) ;
- Pascal (CNRS-INIST, France).

Autres sources :

- *Cochrane Library* (Grande-Bretagne) ;

- *National guideline clearinghouse* (États-Unis) ;
- *HTA Database (International network of agencies for health technology assessment - INAHTA)* ;
- sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié ;
- BDSP (Banque de données en santé publique, Rennes) ;
- Internet : moteurs de recherche.

La recherche a porté sur les types d'études ou sujets définis lors du comité d'organisation avec le chef de projet.

II.2. Stratégie de recherche

La stratégie d'interrogation de Medline, Embase et Pascal précise les termes de recherche utilisés pour chaque sujet ou type d'étude et la période de recherche.

Les termes de recherche sont soit des termes issus d'un thesaurus (descripteurs du MESH pour Medline), soit des termes du titre ou du résumé (mots libres).

Ils sont combinés en autant d'étapes que nécessaire à l'aide des opérateurs « ET » « OU » « SAUF ».

Une présentation synthétique sous forme de tableau reprend les étapes successives et souligne les résultats en termes de :

- nombre total de références obtenues ;
- nombre d'articles analysés ;
- nombre d'articles cités dans la bibliographie finale.

Tableau 1. Stratégie de recherche documentaire.

Type d'étude/sujet	Termes utilisés	Période de recherche	Nombre de références
Recommandations			
Étape 1	<p><i>Daily headache</i> [titre, résumé] OU <i>Chronic headache</i> [titre, résumé] OU <i>Chronic daily headache</i> [titre, résumé] OU <i>Rebound headache</i> [titre, résumé] OU <i>Transformed migraine</i> [titre, résumé] OU <i>Chronic tension type headache</i> [titre, résumé] OU <i>Hemicrania continua</i> [titre, résumé] OU <i>Drug induced headache</i> [titre, résumé] OU <i>Analgesic rebound</i> [titre, résumé] OU <i>Drug associated headache</i> [titre, résumé] OU <i>Medication induced headache</i> [titre, résumé] OU <i>Medication overuse headache</i> [titre, résumé] OU <i>Analgesic overuse headache</i> [titre, résumé] OU <i>Analgesic induced headache</i> [titre, résumé] OU <i>Drug abuse headache</i> [titre, résumé]</p> <p>OU</p> <p>(<i>Headache!</i> ET [<i>Chronic disease</i> OU <i>Chronic brain disease</i>]) OU <i>Headache disorders!</i></p> <p>ET</p> <p><i>Chemically induced</i></p> <p>OU</p> <p>(<i>Headache!</i> ET [<i>Chronic disease</i> OU <i>Chronic brain disease</i>]) OU <i>Headache disorders!</i></p> <p>ET</p> <p>(<i>Analgesics</i> ET [<i>Adverse effects</i> OU <i>Toxicity</i>]) OU <i>Analgesic agent abuse</i> OU <i>Drug abuse</i> OU <i>Substance-related disorders</i></p> <p>ET</p>	1993-2003	M : 10 ; E : 12
Étape 2	<p><i>Guideline*</i> OU <i>Practice guideline</i> OU <i>Health planning guidelines</i> OU <i>Recommendation</i> [titre] OU <i>Consensus development conferences</i> OU <i>Consensus development conferences, NIH</i> OU <i>Consensus conference</i> [titre, résumé] OU <i>Consensus statement</i> [titre, résumé]</p>		
Méta-analyses, revues de littérature		1993-2003	M : 21 ; E : 5
Étape 1	ET		
Étape 3	<p><i>Meta analysis</i> OU <i>Meta analysis</i> [titre] OU <i>Review literature</i> OU <i>Systematic review</i> OU <i>Review effectiveness</i> [titre]</p>		
Analyses de la décision médicale		1993-2003	M : 4 ; E : 4
Étape 1	ET		
Étape 4	<p><i>Medical decision making</i> OU <i>Decision support techniques</i> OU <i>Decision trees</i> OU <i>Decision analysis</i> [titre] OU <i>Patient selection</i></p>		
Épidémiologie et définition des céphalées chroniques quotidiennes (CCQ)		1997-2003	M : 44
Étape 1	ET		
Étape 5	<p><i>Incidence</i> OU <i>Morbidity</i> OU <i>Mortality</i> OU <i>Prevalence</i> OU <i>Definition</i> [titre, résumé] OU <i>Terminology</i> OU <i>Disease classification</i> OU <i>Epidemiology</i></p>		
Diagnostic des CCQ		1997-2003	M : 6 ; E : 32
Étape 1	ET		
Étape 6	<i>Diagnosis</i>		
ET			

Étape 7	<i>Controlled clinical trial</i> OU <i>Randomized controlled trial*</i> OU <i>Single-blind method</i> OU <i>Single blind procedure</i> OU <i>Double-blind method</i> OU <i>Double blind procedure</i> OU <i>Random allocation</i> OU <i>Randomization</i> OU <i>Random*</i> [titre] OU <i>Controlled study</i> OU <i>Major clinical study</i> OU <i>Cross-over studies</i> OU <i>Crossover procedure</i>		
Diagnostiques différentiels		1997-2003	M : 20 ; E : 7
Étape 1			
ET			
Étape 8	<i>Diagnosis, differential</i> OU <i>Differential diagnosis</i>		
Traitements		1997-2003	M : 45 ; E : 26
Étape 1			
ET			
Étape 9	<i>Drug Therapy</i> OU <i>Therapy</i> OU <i>Osteopathic Medicine</i> OU <i>Prevention</i> OU <i>Prevention and control</i> OU <i>Homeopathy</i> OU <i>Manipulative medicine</i> OU <i>Acupuncture!</i> OU <i>Drug detoxification</i> OU <i>Physiotherapy!</i> OU <i>Chiropractic</i> OU <i>Complementary Therapies!</i> OU <i>Traditional medicine</i> OU <i>Phytotherapy</i>		
ET			
Étape 7	(études contrôlées)		
Étiologie, comorbidité		1997-2003	M : 45
Étape 1			
ET			
Étape 10	<i>Causality</i> OU <i>Etiology</i> OU <i>Comorbidity</i>		
OU			
Étape 1			E : 17
ET			
Étape 10			
ET			
Étape 7	(études contrôlées)		
CCQ chez les enfants et les adolescents		1997-2003	M : 26 ; E : 7
Étape 1			
ET			
Étape 11	<i>Child!</i> OU <i>Adolescent!</i> OU <i>Infant!</i>		
Dépistage des CCQ		1997-2003	M, E : 2
Étape 1			
ET			
Étape 12	<i>Mass screening</i> OU <i>Screening</i> OU <i>Screen*</i> [titre]		
Données économiques		1997-2003	M : 6 ; E : 8
Étape 1			
ET			
Étape 13	<i>Cost allocation</i> OU <i>Cost-benefit analysis</i> OU <i>Cost control</i> OU <i>Cost of illness</i> OU <i>Cost saving</i> OU <i>Cost effectiveness analysis</i> OU <i>Health care cost</i> OU <i>Health economic</i> OU <i>Economic aspect</i> OU <i>Pharmacoeconomics</i> OU <i>Socioeconomics</i> OU <i>Economic value of life</i>		
Qualité de vie et handicap		1997-2003	M : 27
Étape 1			
ET			
Étape 14	<i>Quality of life</i> OU <i>Quality-adjusted life year(s)</i> OU <i>Activities of daily living</i> OU <i>Daily life activity</i> OU <i>Patient satisfaction</i> OU <i>Patient care management</i> OU <i>Disease management</i> OU <i>Disability evaluation</i> OU <i>Work capacity evaluation</i> OU <i>Disability</i> OU <i>Social disability</i> OU <i>Work disability</i> OU <i>Absenteeism</i> OU <i>Loss of productivity</i> [titre] OU <i>Wellbeing</i> OU <i>Productivity</i>		

OU

Étape 1 E : 25

ET

Étape 14

ET

Étape 7 (études contrôlées)

Éducation du patient 1997-2003 M, E : 1

Étape 1

ET

Étape 15 *Patient education* OU *Health education* OU *Health promotion* OU
Education program OU *Patient participation* OU *Patient information*
 OU *Patient counseling*

Études contrôlées 1988-1996 M : 48

Étape 1

ET

Étape 7

Littérature francophone Pas de P : 25
 limite - 2003

Étape 16 CCQ [texte libre] OU céphalée chronique [texte libre]
 OU
 [(abus ET antalgique [texte libre]) ET (céphalée [texte libre] OU
 migraine [texte libre])]

Nombre total de références obtenues	473
Nombre total d'articles analysés	440
Nombre d'articles cités	141

M : Medline ; E : Embase ; P : Pascal. Le signe ! signifie que le descripteur a été interrogé avec son arborescence, c'est à dire que tous ses termes spécifiques sont compris dans l'interrogation.

Des recherches bibliographiques complémentaires ont été effectuées jusqu'au mois de juillet 2004.

ARGUMENTAIRE

Le thème de la présente recommandation de pratique clinique (RPC) est : « CCQ (céphalées chroniques quotidiennes) : diagnostic, rôle de l'abus médicamenteux, prise en charge ». Cette RPC concerne essentiellement les CCQ chez l'adulte, les plus fréquentes et les mieux étudiées. Le groupe de travail a répondu aux 5 questions proposées par le comité d'organisation :

- définition et diagnostic des CCQ ;
- facteurs associés aux CCQ : abus médicamenteux, facteurs psychopathologiques, facteurs musculo-squelettiques ;
- prise en charge des CCQ ;
- prévention des CCQ ;
- CCQ chez l'enfant et l'adolescent.

La physiopathologie des CCQ n'a pas été abordée.

Le présent argumentaire a été élaboré selon la méthodologie établie par l'Anaes. Les articles retenus au terme de la recherche bibliographique ont été analysés selon les principes de l'évaluation de la littérature médicale. Cet argumentaire rassemble les données pertinentes issues de cette étape préalable, sur lesquelles s'est appuyé le groupe de travail pour élaborer les RPC.

Cet argumentaire est principalement destiné aux médecins (généralistes, pédiatres, urgentistes, neurologues, spécialistes des céphalées et de la douleur, psychiatres, ophtalmologistes, ORL) et aux pharmaciens d'officine.

I. INTRODUCTION

Les CCQ sont avant tout caractérisées par leur fréquence, qui est de plus de 15 jours par mois. Malgré leur forte prévalence, les CCQ souffrent d'une insuffisance de diagnostic et de prise en charge par les médecins généralistes, spécialistes (1) et urgentistes (2). Cette insuffisance diagnostique est liée au manque d'information des médecins et des patients, et au manque d'éducation de ces derniers. L'association fréquente de facteurs psychopathologiques complexifie la prise en charge de ces patients.

L'objet de ce travail est d'établir des recommandations à l'usage des médecins et des pharmaciens, de telle sorte que soient améliorés le diagnostic et la prise en charge des CCQ. Les CCQ par abus médicamenteux sont l'objet d'une attention particulière en raison de leur fréquence, de leur méconnaissance et des particularités de leur prise en charge (nécessité d'un sevrage).

II. HISTORIQUE ET DÉFINITIONS

II.1. Historique

Les premières publications sur les céphalées provoquées ou entretenues par l'utilisation trop fréquente de traitements de crise de la migraine datent des années 60. Elles concernaient l'utilisation de 2 molécules : la phénacétine, molécule précurseur du paracétamol, et la phénazone, dérivé pyrazolone comme la noramidopyrine (3). L'identification de ces céphalées induites fut tardive, car elles étaient éclipsées par un autre

aspect de la toxicité de ces 2 molécules : la néphropathie. Des céphalées chroniques en rapport avec la consommation fréquente de tartrate d'ergotamine ont été décrites, elles aussi, dans les années 50 par Wolfson et Graham (4), puis par Peters et Horton (5), alors que l'ergotisme était connu depuis plusieurs siècles.

Mais les premières publications concernant le concept de CCQ datent des années 80. Mathew *et al.* (6) ont décrit en 1982 une série de 80 patients souffrant de céphalées quotidiennes ou quasi quotidiennes, issus d'une consultation spécialisée dans la prise en charge des céphalées. Parmi eux, 61 (76 %) avaient un antécédent de migraine épisodique. Ces 61 patients ont été comparés à un groupe de 80 migraineux, afin de déterminer les facteurs responsables de la transformation de la migraine : le concept de migraine transformée (MT) apparaissait, c'est-à-dire une migraine ayant évolué avec le temps vers des céphalées plus fréquentes, mais moins sévères, sous l'influence de plusieurs facteurs, notamment l'abus médicamenteux et les facteurs psychopathologiques (niveau de preuve – NdP – 4).

En 1988, un comité d'experts internationaux réunis par l'*International Headache Society* (IHS) (7) a établi une classification des céphalées, modifiée en 2003 (8). Cette classification détaille des critères diagnostiques précis pour chaque type de céphalée. Cependant, s'ils permettent la classification d'une céphalée actuelle, les critères diagnostiques de l'IHS ne tiennent pas compte de son histoire naturelle. La notion de CCQ n'y apparaît donc pas.

Dans les années 90, les spécialistes ont insisté sur le fait que de nombreuses consultations étaient motivées par des céphalées quotidiennes ou quasi quotidiennes, et regrettaient que le diagnostic IHS le plus souvent retenu soit celui de céphalées de tension chroniques, à défaut d'un autre. Ce diagnostic paraissait en effet trop réducteur chez ces patients ayant souvent un antécédent de migraines et gardant, malgré la transformation, des céphalées avec certaines caractéristiques migraineuses.

En 1994, une revue de la littérature a permis à Silberstein *et al.* (9) de montrer qu'une grande part des céphalées quotidiennes motivant une consultation spécialisée ne pouvait être étiquetée en utilisant les critères IHS (*tableau 2*) (NdP 4). Pour beaucoup d'entre elles le diagnostic principal retenu était celui de céphalées de tension chroniques, alors qu'existaient aussi des critères diagnostiques de migraine (en dehors de la durée). La première classification de l'IHS, décrivant les crises sans tenir compte de l'histoire naturelle de la maladie, n'était donc pas entièrement satisfaisante comme outil diagnostique des CCQ primitives.

Tableau 2. Revue de la littérature par Silberstein *et al.*, 1994 (9).

Auteurs, année	N	% de patients inclassables avec critères IHS	Patients étiquetés CTC	% de patients étiquetés CTC mais ayant aussi un diagnostic de migraine
Messinger <i>et al.</i> , 1991 (10)	410	36	9,1 %	86 %
Solomon <i>et al.</i> , 1992 (11)	100	« Grand nombre »	2/3	« Grand nombre »
Sanin <i>et al.</i> , 1994 (12)	220	ND	50 %	90 %
Pfaffenrath et Isler, 1993 (13)	211	ND	59 %	50 %

CTC : céphalée de tension chronique ; ND : données non disponibles.

Silberstein *et al.* (9) se sont appuyés sur cette revue pour proposer une classification des CCQ en :

- migraine transformée ;
- céphalée de tension chronique ;
- CCQ *de novo* ;
- *hemicrania continua*.

Les critères diagnostiques proposés pour la migraine transformée étaient les suivants :

- antécédent de migraine selon les critères IHS (*International Headache Society*) 1.1 à 1.6 (*encadré 1*) ;
- céphalées présentes plus de 15 jours par mois depuis plus d'1 mois et plus de 4 heures par jour ;
- notion d'aggravation de la fréquence et de diminution de la sévérité des crises de migraine sur une période de 3 mois ;
- affection symptomatique ou lésionnelle écartée.

Encadré 1. Critères IHS de la migraine (1^{re} édition - 1988) (7).

Migraine sans aura

- A. Au moins 5 crises répondant aux critères B à D.
- B. Crises de céphalées durant de 4 à 72 heures (sans traitement).
- C. Céphalées ayant au moins 2 des caractéristiques suivantes :
- unilatérale ;
 - pulsatile ;
 - modérée ou sévère ;
 - aggravation par les activités physiques de routine, telles que montée ou descente des escaliers.
- D. Durant les céphalées, au moins l'un des caractères suivants :
- nausées et/ou vomissements ;
 - photophobie et phonophobie.
- E. Au moins l'un des caractères suivants :
- l'histoire, l'examen physique et neurologique ne suggèrent pas une affection cotée dans les groupes 5 à 11 (céphalées symptomatiques) ;
 - ou bien celles-ci ont été écartées par les investigations complémentaires ;
 - ou bien celles-ci existent mais les crises migraineuses ne sont pas survenues pour la première fois en relation temporelle étroite avec ces affections.

Migraine avec aura

- A. Au moins 2 crises répondant aux critères B.
- B. Au moins 3 des 4 caractéristiques suivantes :
- un ou plusieurs symptômes de l'aura, totalement réversibles et indiquant une perturbation corticale focale ou une perturbation du tronc cérébral ;
 - le symptôme de l'aura se développe progressivement sur plus de 4 minutes et en cas de deux ou plusieurs symptômes, ils surviennent successivement ;
 - la durée de chacun des symptômes de l'aura n'excède pas 60 minutes. S'il y a plusieurs symptômes, la durée acceptée est augmentée en conséquence ;
 - la céphalée fait suite à l'aura après un intervalle libre de moins de 60 minutes mais peut parfois commencer avant l'aura ou lui être contemporaine.
- C. Au moins un des caractères suivants :
- l'histoire, l'examen physique et neurologique ne suggèrent pas un désordre organique ;
 - l'histoire, l'examen physique et neurologique suggèrent un désordre organique mais celui-ci est écarté par la neuro-imagerie ou tout autre procédé de laboratoire ;
 - un désordre organique existe mais les crises migraineuses ne sont pas apparues pour la première fois en liaison temporelle avec celui-ci.

En 1996, Silberstein *et al.* (14) (NdP 4) ont critiqué sur 2 points leur publication précédente :

- 1) de nombreuses CCQ étaient diagnostiquées « migraine » avec les critères IHS ou avec les précédents critères, alors que les céphalées étaient quotidiennes ;
- 2) 25 % des CCQ ne pouvaient pas être diagnostiquées : l'exigence de la présence simultanée des 2 critères pour le diagnostic de migraine transformée (« antécédent de migraine » et « augmentation de la fréquence des crises de migraine sur une période de 3 mois ») était trop stricte, en raison de possibles difficultés pour les patients de se remémorer la période d'augmentation de la fréquence des crises. Silberstein *et al.* ont donc proposé une modification des critères diagnostiques de migraine transformée démontrant qu'un plus grand nombre de patients pouvaient ainsi être diagnostiqués à partir d'un échantillon de 150 patients consécutifs souffrant de CCQ (*tableau 3*).

Tableau 3. Pourcentage de CCQ diagnostiquées en utilisant les critères IHS (7), les critères de migraine transformée de Silberstein *et al.* de 1994 (9), et les mêmes critères modifiés par Silberstein *et al.* en 1996 (14).

	Selon la classification IHS (7)	Selon les critères de Silberstein <i>et al.</i> de 1994 (9)	Selon les critères de Silberstein <i>et al.</i> de 1996 (14)
% de CCQ diagnostiquées « migraine »	5,3 %	5,3 %	0 %
% de CCQ ne pouvant être diagnostiquées	43 %	25 %	0 %

CCQ : céphalées chroniques quotidiennes

Ces nouveaux critères diagnostiques de migraine transformée étaient :

- céphalées présentes plus de 15 jours par mois depuis plus d'1 mois et plus de 4 heures par jour ;
- **au moins 1 des 3 éléments suivants :**
 - antécédent de migraine selon l'IHS (1.1 à 1.6),
 - aggravation de la fréquence des céphalées avec diminution de leur sévérité sur une période de 3 mois,
 - persistance de crises de migraine surajoutées (critères IHS 1.1 à 1.6 sauf la durée).

La définition de la CCQ utilisée par Silberstein *et al.* (9) («Céphalées présentes plus de 15 jours par mois, plus de 4 heures par jour») appelle les remarques suivantes :

- la durée de 15 jours a été choisie pour être compatible avec la définition IHS des céphalées de tension chroniques (CTC) ;
- la durée quotidienne > 4 heures a été choisie pour différencier la CCQ du *cluster headache* (algie vasculaire de la face : AVF).

II.2. Définition des CCQ

La définition des CCQ actuellement retenue est celle proposée et utilisée initialement par Silberstein *et al.* (9), puis reprise par de nombreux auteurs et utilisée désormais par l'ensemble des spécialistes : **céphalées présentes plus de 15 jours par mois, depuis plus de 3 mois, avec une durée quotidienne supérieure à 4 heures.**

La classification des céphalées établie en 1988 par l'IHS (7) a été révisée en 2003 (classification de l'IHS 2^e édition) (8). L'IHS classe les céphalées selon leur présentation actuelle, sans considérer leur mode d'installation. Certaines de ces céphalées sont chroniques, et présentent les caractéristiques ci-dessus qui permettent de les regrouper dans le cadre nosologique des CCQ. Les CCQ ne sont définies ni dans la première, ni dans la seconde édition de la classification de l'IHS, qui considèrent la pathologie actuellement présentée par le patient et non son mode d'apparition. Elle comporte en revanche toutes les variétés diagnostiques des CCQ. Les critères de migraine transformée proposés par Silberstein *et al.* (9) n'ont pas été retenus dans la classification de l'IHS 2^e édition.

Les CCQ constituent un ensemble hétérogène d'affections que l'on peut schématiser de la façon suivante (schéma 1).

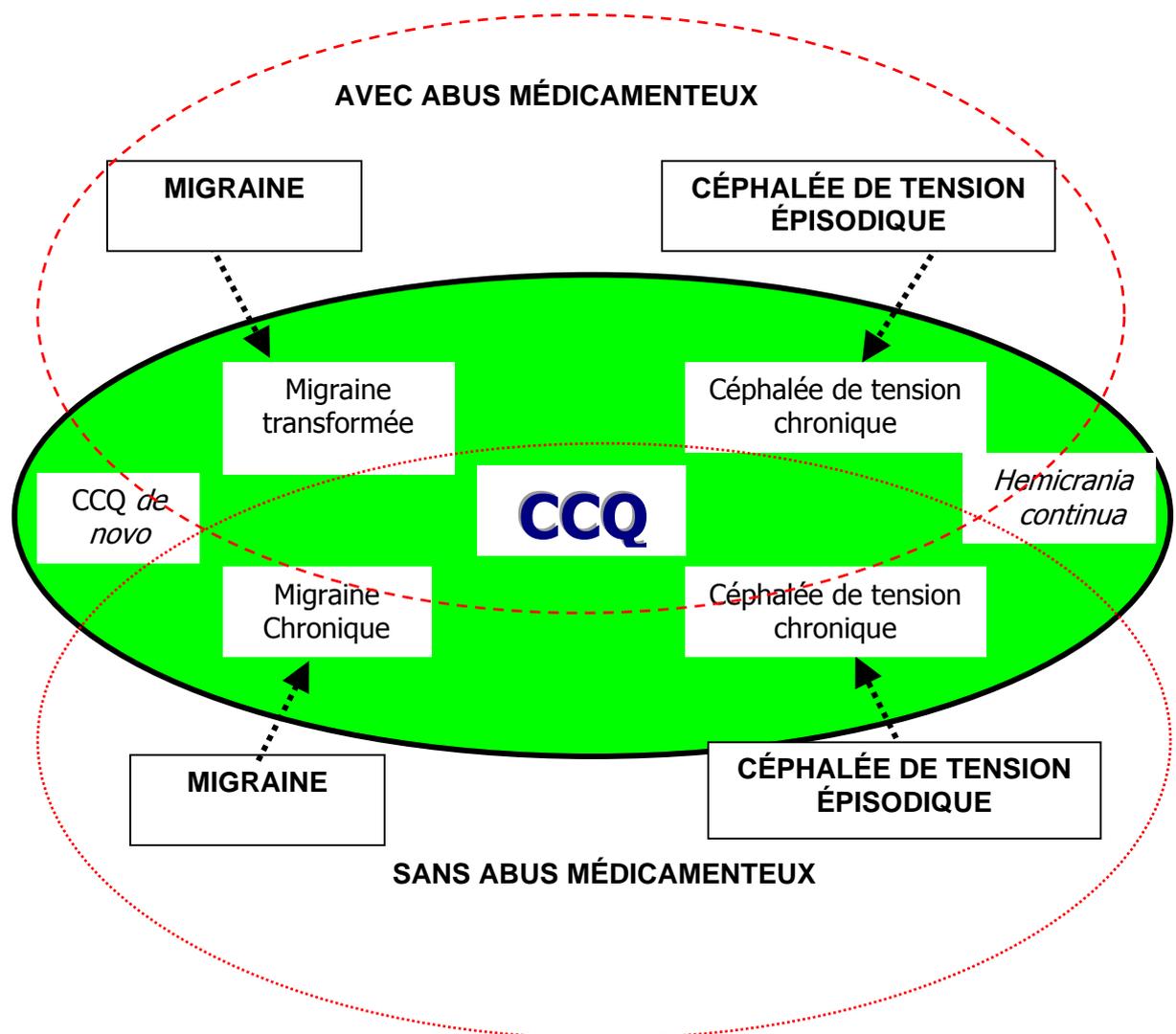


Schéma 1. Modalités d'apparition des CCQ.

Une migraine peut évoluer vers une CCQ sous l'influence d'un abus médicamenteux : on parle alors de céphalée par abus médicamenteux. Mais une migraine peut aussi se transformer en CCQ sans l'influence d'un abus médicamenteux : c'est la **migraine chronique**. Le terme CCQ désigne aussi les CCQ d'allure migraineuse qui persistent malgré la réalisation d'un sevrage médicamenteux.

Une céphalée de tension peut aussi évoluer vers une CCQ sous l'influence ou sans l'influence des 2 facteurs précédemment cités : c'est la **céphalée de tension chronique (CTC)**.

Enfin, 2 céphalées beaucoup plus rares appartiennent au groupe des CCQ :

- l'*hemicrania continua*, appartenant au groupe des céphalées avec manifestations dysautonomiques ;
- la céphalée chronique quotidienne *de novo*, sans rémission dès le début de son évolution, survenant habituellement chez un sujet sans antécédent de céphalée.

Les céphalées quotidiennes secondaires à une affection symptomatique ou lésionnelle et celles dont la durée est inférieure à 4 heures par jour sont exclues du cadre des CCQ (*encadré 2*).

Encadré 2. Céphalées exclues du cadre des CCQ.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- L'algie vasculaire de la face et les autres céphalées trigemino-dysautonomiques ;- les céphalées post-traumatiques ;- les céphalées attribuées à des troubles crâniens ou cervicaux ;- les céphalées attribuées à des troubles intracrâniens non vasculaires ;- les céphalées attribuées à une infection ;- les céphalées attribuées à des troubles de l'homéostasie ;- les céphalées attribuées à des troubles ORL, stomatologiques, ophtalmologiques ou à d'autres anomalies des structures faciales ou crâniennes ;- les névralgies crâniennes et causes centrales de douleurs faciales. |
|--|

II.3. Entités diagnostiques

Au total, les CCQ peuvent être abordées de 2 façons (*encadré 3*) :

- sous un angle strictement **nosologique**, en considérant les entités décrites dans la classification de l'IHS 2^e édition ;
- sous un angle **étiopathogénique**, en considérant 2 principaux facteurs : l'abus médicamenteux (classification de l'IHS 2^e édition) et la comorbidité psychiatrique.

Encadré 3. Présentations nosologique et étiopathogénique des CCQ.

Abord NOSOLOGIQUE		Abord ÉTIOPATHOGÉNIQUE	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Migraine chronique ▪ Céphalée de tension chronique 	<i>fréquentes</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Céphalées par abus <ul style="list-style-type: none"> - d'ergotamine - de triptan - d'antalgique - d'opioïde - d'antalgique associant plusieurs principes actifs 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ CCQ <i>de novo</i> ▪ <i>Hemicrania continua</i> 	<i>rare</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Céphalées sans abus ▪ Comorbidité psychopathologique 	

II.3.1. Classification nosologique

— *Migraine chronique*

Le diagnostic de migraine chronique peut être porté dans 2 circonstances :

- les CCQ ont des caractéristiques sémiologiques de migraine et il existe un abus médicamenteux, mais les céphalées ne sont pas modifiées après la réalisation du sevrage ;
- les CCQ ont des caractéristiques sémiologiques de migraine et il n'existe pas d'abus médicamenteux permettant de les expliquer.

La migraine chronique est individualisée dans la classification de l'IHS 2^e édition (*encadré 4*).

Encadré 4. Critères IHS de la migraine chronique¹.

<p>A - Céphalée ayant les critères C et D de la migraine sans aura, présente plus de 15 jours par mois depuis plus de 3 mois.</p> <p>B - Non attribuée à un autre trouble. L'histoire, l'examen physique et neurologique ne suggèrent pas une céphalée symptomatique.</p> <p style="text-align: center;">Rappel des critères de la migraine sans aura (d'après la classification de l'IHS 2^e édition) :</p> <p>A. Au moins 5 crises répondant aux critères B à D.</p> <p>B. Crises de céphalées durant de 4 à 72 heures (sans traitement).</p> <p>C. Céphalées ayant au moins 2 des caractéristiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - unilatérale ; - pulsatile ; - modérée ou sévère ; - aggravation par les activités physiques de routine, telles que montée ou descente d'escaliers. <p>D. Durant les céphalées au moins l'un des caractères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - nausées et/ou vomissements ; - photophobie et phonophobie. <p>E. Non attribué à un autre trouble.</p>

— *Céphalées de tension chroniques*

Parmi les CCQ, elles sont plus fréquentes en population générale qu'en consultation spécialisée. Elles ne peuvent être définies par aucune caractéristique spécifique (15), mais plutôt par des signes négatifs (*encadré 5*).

¹ La classification de l'IHS 2^e édition n'a pas à ce jour fait l'objet d'une traduction française validée. Les éléments de traduction figurant dans ce document sont proposés uniquement à titre informatif.

Encadré 5. Critères IHS des céphalées de tension chroniques.

- A - Céphalée présente en moyenne plus de 15 jours par mois depuis au moins 3 mois et répondant aux critères B à D.
- B - La céphalée dure plusieurs heures ou est continue.
- C - Céphalée ayant au moins 2 des caractéristiques suivantes :
- la céphalée est à type de pression, de serrement. Elle n'est pas pulsatile ;
 - intensité légère à modérée ;
 - topographie bilatérale ;
 - pas d'aggravation par les activités physiques de routine (la marche, la montée des escaliers).
- D - Céphalée ayant les 2 caractères suivants :
- pas plus d'un des 3 signes suivants : légères nausées, photophobie, phonophobie ;
 - pas de nausées modérées ou sévères, pas de vomissements.
- E - Pas de pathologie lésionnelle.

— *Hemicrania continua* (encadré 6)

Encadré 6. Critères IHS de *l'hemicrania continua*.

- A. Céphalée évoluant depuis plus de 3 mois ayant les critères B à D.
- B. Toutes les caractéristiques suivantes :
- douleur unilatérale sans bascule contralatérale ;
 - quotidienne et continue, sans rémission ;
 - intensité modérée, mais avec exacerbation ;
- C. Au moins un des signes dysautonomiques suivants, survenant au moment des exacerbations douloureuses, du même côté que la douleur :
- injection conjonctivale et ou larmoiement ;
 - congestion nasale et ou rhinorrhée ;
 - ptosis et/ou myosis.
- D. Réponse complète à des doses thérapeutiques d'indométhacine.

II.3.2. Classification selon le mode évolutif de la céphalée

— *Migraine transformée*

C'est l'évolution d'une maladie migraineuse vers une CCQ sous l'influence d'un abus médicamenteux (6).

— CCQ de novo

La littérature est pauvre concernant ces céphalées. La principale série (16) précise que plus de 80 % des patients souffrant d'une CCQ *de novo* sont capables de déterminer le jour de survenue de la céphalée (NdP 4). Cette même série rapporte que la survenue est corrélée à un épisode infectieux dans 30 % des cas. L'étiologie en est indéterminée, même si une équipe a incriminé le virus d'Epstein-Barr (17,18) (NdP 3). Cette hypothèse déjà ancienne n'a pas été confirmée par d'autres travaux. La CCQ *de novo* est caractérisée par sa **quotidienneté présente d'emblée**.

Comme pour toutes les CCQ, mais plus encore dans ce cas, il est impératif d'éliminer une affection symptomatique ou lésionnelle par des investigations appropriées.

La CCQ *de novo* est individualisée dans la classification de l'IHS 2^e édition (encadré 7).

Encadré 7. Critères de la CCQ *de novo* d'après la classification de l'IHS 2^e édition.

- A. Céphalée évoluant depuis plus de 3 mois, répondant aux critères B à D.
- B. La céphalée est quotidienne et sans rémission depuis le début de l'évolution ou s'installe en 3 jours.
- C. Au moins 2 des caractéristiques suivantes :
 - céphalée bilatérale ;
 - céphalée à type de pression ou de serrement ;
 - intensité légère ou modérée ;
 - pas d'aggravation par les activités physiques de routine (la marche, la montée des escaliers).
- D. Les 2 caractères suivants :
 - pas plus d'un des caractères suivants : photophobie, phonophobie, nausées légères ;
 - pas de nausées modérées ou sévères, ni vomissements.
- E. Pas de pathologie lésionnelle.

II.3.3. Céphalées par abus médicamenteux

Six types de céphalées par abus médicamenteux (CAM) sont définis dans la classification de l'IHS 2^e édition (*encadré 8*).

Encadré 8. Critères des céphalées par abus médicamenteux, d'après l'IHS 2^e édition.

<p>Céphalée par abus d'ergotamine</p> <p>A. Céphalée présente plus de 15 jours par mois avec au moins une des caractéristiques suivantes et les critères C et D :</p> <ol style="list-style-type: none">1. bilatérale ;2. à type de pression ou d'étau ;3. intensité légère à modérée. <p>B. La prise d'ergotamine est présente \geq 10 jours par mois de façon régulière, depuis plus de 3 mois.</p> <p>C. La céphalée s'est développée ou s'est aggravée durant l'abus d'ergotamine.</p> <p>D. La céphalée régresse et revient à son état de base dans les 2 mois qui suivent le sevrage.</p>
<p>Céphalée par abus de triptan</p> <p>A. Céphalée présente plus de 15 jours par mois avec au moins une des caractéristiques suivantes et les critères C et D :</p> <ol style="list-style-type: none">1. unilatérale ;2. pulsatile ;3. intensité modérée ou sévère ;4. aggravée par – ou entraînant l'évitement – des activités physiques de routine ;5. association avec au moins un des signes suivants :<ul style="list-style-type: none">- nausées et/ou vomissements,- photophobie et phonophobie. <p>B. Prise de triptan quelle que soit la forme galénique plus de 10 jours par mois depuis plus de 3 mois.</p> <p>C. La céphalée s'est aggravée de façon nette durant l'abus de triptan.</p> <p>D. La céphalée revient à son état de base dans les 2 mois qui suivent le sevrage.</p>
<p>Céphalée par abus d'antalgique</p> <p>A. Céphalée présente plus de 15 jours par mois avec au moins une des caractéristiques suivantes et les critères C et D :</p> <ol style="list-style-type: none">1. bilatérale ;2. à type de pression ou d'étau ;3. intensité légère à modérée. <p>B. Prise d'antalgiques plus de 15 jours par mois depuis plus de 3 mois.</p> <p>C. La céphalée s'est développée durant l'abus d'antalgiques.</p> <p>D. La céphalée revient à son état de base dans les 2 mois qui suivent le sevrage.</p>
<p>Céphalée par abus d'opioïde</p> <p>A. Céphalée présente plus de 15 jours par mois avec les critères C et D.</p> <p>B. Prise d'opioïdes \geq 10 jours par mois depuis plus de 3 mois.</p> <p>C. La céphalée s'est développée ou s'est aggravée de façon nette pendant l'abus d'opioïdes.</p> <p>D. La céphalée disparaît ou revient à son état de base dans les 2 mois qui suivent le sevrage.</p>
<p>Céphalée par abus d'antalgique associant plusieurs principes actifs (le plus souvent antalgique simple plus opioïde ou caféine)</p> <p>A. Céphalée présente plus de 15 jours par mois avec au moins une des caractéristiques suivantes et les critères C et D :</p> <ol style="list-style-type: none">1. bilatérale ;2. à type de pression ou d'étau ;3. intensité légère à modérée. <p>B. Prise d'antalgiques composés \geq 10 jours par mois depuis plus de 3 mois.</p> <p>C. La céphalée est apparue ou s'est aggravée durant l'abus.</p> <p>D. La céphalée disparaît ou revient à son état de base dans les 2 mois qui suivent le sevrage.</p>
<p>Céphalée attribuée à l'abus d'un autre traitement</p> <p>A. Céphalée présente plus de 15 jours par mois avec les critères C et D.</p> <p>B. Abus régulier depuis plus de 3 mois d'un autre traitement que ceux préalablement cités.</p> <p>C. La céphalée est apparue ou s'est aggravée durant l'abus.</p> <p>D. La céphalée disparaît ou revient à son état de base dans les 2 mois qui suivent le sevrage.</p>

II.3.4. Céphalées mixtes

Elles associent 2 ou plusieurs des entités précédentes (l'association la plus fréquente est celle d'une migraine avec une céphalée de tension).

III. ÉPIDÉMIOLOGIE

III.1. Prévalence des CCQ en France

Une étude épidémiologique transversale a été réalisée en 1999 à partir d'un large échantillon représentatif de la population générale française (19) (*tableau 4*). Malgré les difficultés inhérentes à ce type d'étude, la prévalence des CCQ en France a pu être évaluée à 3 %. La prévalence était plus élevée chez les femmes (4,18 %) que chez les hommes (1,62 %). Cette prévalence semblait stable chez les plus de 65 ans (19-21). Dans la majorité des cas, il s'agissait d'une céphalée initialement épisodique qui avait évolué vers une CCQ, sous l'influence de 2 principaux facteurs : l'abus médicamenteux et les facteurs psychopathologiques.

Deux populations de patients bien distinctes sont étudiées dans les travaux publiés : les patients souffrant de CCQ en population générale² et les patients souffrant de CCQ vus en consultation spécialisée³. La nature et la sévérité des CCQ dans ces 2 populations sont différentes (15), justifiant une analyse séparée.

III.1.1. CCQ en population générale

Six études (19,20,22-25) ont été réalisées en population générale, dont 2 n'ont considéré que les patients de plus de 65 ans (*tableau 4*). La méthode utilisée dans ces travaux diffère tant pour la définition utilisée pour les CCQ que pour la méthode diagnostique (enquête téléphonique ou consultation avec un neurologue). Malgré les différences méthodologiques, les chiffres de prévalence générale sont proches, variant de 2,9 % à 4,7 %.

Concernant les proportions respectives des CCQ d'allure migraineuse et des CCQ d'allure tensives, 2 études (23,24) ont montré que les CCQ d'allure migraineuse sont plus fréquentes, tandis qu'une troisième étude (22) trouve l'inverse. En population générale de plus de 65 ans, Wang *et al.* (20) et Prencipe *et al.* (25) trouvent la proportion de CCQ d'allure tensives plus importante.

² Par opposition à la population de patients très sélectionnée que recrutent les consultations spécialisées.

³ Egalement appelée ici « population consultante ».

Tableau 4. Épidémiologie des CCQ en population générale.

Auteurs, année	Provenance	Méthode [niveau de preuve]	N population [CCQ]	Définition de la CCQ	Prévalence CCQ	CCQ d'allure migraineuse %	CTC %	Évaluation du handicap (% de patients ayant un handicap)	Évaluation de la consommation médicale	Réévaluation dans le temps
Scher <i>et al.</i> , 1998 (22)	États-unis	Enquête téléphonique [4]	17 237	> 180 j/an	4,1 %	29	54	% ayant un handicap CCQ - M > % ayant un handicap CTC	Non	Non
Castillo <i>et al.</i> , 1999 (23)	Espagne	Cs avec un neurologue [4]	2 252	≥ 10 j/mois	4,7 % (IC95 3,8-5,8)	50,6	47,2	Non évalué	Non	Non
Lu <i>et al.</i> , 2001 (24)	Taiïwan	Entretien téléphonique [4]	3 377	Critères de Silberstein	3,2 % (IC95 2,68-3,8)	55	44	Non évalué	3,1 Cs /an en moyenne	35 % ont encore une CCQ après 2 ans
Lantéri-Minet <i>et al.</i> , 2003 (19)	France	Entretien face à face [4]	10 585 [151]	Céphalées quotidiennes	2,9 %	72 critères IHS 1.1, 1.2 ou 1.7	ND	CCQ- M : handicap plus important	11 Cs en moyenne/an	ND
Wang <i>et al.</i> , 2000 (20)	Taiïwan	Cs avec un neurologue	1 533 > 65 ans	Critères de Silberstein	3,9 %	25	70	CCQ-M = 80 % ont un handicap CTC = 29 % ont un handicap	Moins de 1/4 des patients a consulté un médecin durant l'année précédente	2/3 inchangées au bout de 4 ans
Prencipe <i>et al.</i> , 2001 (25)	Italie	Cs avec un neurologue	833 > 65 ans	≥ 15 crises par mois	4,4 % prévalence sur 1 an	35	57	Non	Non	Non

CCQ : céphalées chroniques quotidiennes ; CCQ-M : CCQ de type migraineux ; CTC : céphalée de tension chronique ; Cs : consultation ; ND : donnée non disponible.

III.1.2. CCQ dans les consultations spécialisées

Deux études (26,27) (*tableau 5*) ont été réalisées dans les consultations spécialisées (centres de consultations neurologiques spécialisées dans les céphalées).

Tableau 5. Épidémiologie des CCQ en consultation spécialisée.

Auteurs, année	Méthode	% de CCQ	% de MT	% d'abus
Mathew <i>et al.</i> , 1987 (26)	630 CCQ sur une série de 1 600 patients vus consécutivement	39	78	73
Pascual <i>et al.</i> , 2001 (27)	Revue de la littérature	40	60	80

CCQ : céphalées chroniques quotidiennes ; MT : migraine transformée.

Les CCQ représentent 40 % des motifs de consultations spécialisées (26,27) (NdP 4). Les céphalées par abus médicamenteux sont plus fréquentes dans cette population (80 %) qu'en population générale, et sont en majorité des migraines transformées.

III.2. Qualité de vie et handicap

III.2.1. Études en population générale

— Qualité de vie : 1 étude

Guitera *et al.* (28) ont évalué la qualité de vie des patients souffrant de CCQ en population générale, en utilisant la version courte de l'échelle SF-36 (*tableau 6*). La méthodologie générale de l'étude est la même que celle qui est décrite dans l'étude de Castillo *et al.* (23). Les scores sur l'échelle SF-36 de 89 patients souffrant de CCQ, issus d'un échantillon représentatif de la population générale, ont été comparés à un groupe contrôle de sujets non céphalalgiques issus du même échantillon de population (NdP 4) :

- dans tous les domaines de la qualité de vie explorés par l'échelle SF-36, les scores des patients souffrant de CCQ étaient plus altérés. L'altération était particulièrement marquée pour les 4 domaines suivants : limitations liées à l'état physique, douleur physique, vitalité et relations sociales ;
- les scores sont plus altérés chez les patients souffrant de CCQ que chez les patients souffrant de migraine épisodique (la différence est significative pour la perception générale de l'état de santé, la vitalité et la santé mentale) ;
- les scores sont plus altérés chez les patients souffrant de CCQ avec abus médicamenteux que chez les patients souffrant de CCQ sans abus associé. Dans ce cas, la différence est significative pour 2 des aspects explorés par l'échelle SF-36 : activité physique et douleur ;
- l'étude ne montre pas de différence significative entre CCQ de type MT et CCQ de type CTC.

Les auteurs proposent 3 hypothèses expliquant l'altération de la qualité de vie chez les patients souffrant de CCQ :

- fréquence des céphalées ;
- prise de médicaments qui aggravent les céphalées ;
- troubles psychiatriques qui participent à l'altération de la qualité de vie.

Tableau 6. Comparaison des scores SF-36 en population générale d'après Guitera *et al.*, 2002 (28).

Domaine SF-36	Sujets sains \pm SD	CCQ \pm SD	<i>p</i>
Activité physique	85,3 \pm 18,9	73,4 \pm 23,8	0,000
Limitations liées à l'état physique	69,3 \pm 41,3	48,3 \pm 41,5	0,001
Douleur physique	77,6 \pm 28,3	45,8 \pm 23,1	0,000
Perception générale de l'état de santé	56,3 \pm 23,4	49,4 \pm 20,8	0,018
Vitalité	57,2 \pm 24,3	42,8 \pm 22,1	0,000
Relations sociales	83,7 \pm 23,0	65,7 \pm 28,6	0,000
Limitations liées à des problèmes émotionnels	78,0 \pm 36,7	64,3 \pm 44,4	0,044
Santé mentale	64,0 \pm 23,4	52,6 \pm 21,6	0,001

CCQ : céphalées chroniques quotidiennes ; SD : déviation standard.

— *Handicap : 1 étude*

Lantéri-Minet *et al.* (19) ont évalué le handicap chez les patients souffrant de CCQ en population générale, à l'aide d'un questionnaire « handicap » comportant 4 degrés de sévérité, et de l'échelle MIDAS (tableau 7). Ils concluaient que :

- les patients souffrant de CCQ avaient un handicap plus important que les patients souffrant d'une migraine épisodique ;
- les patients souffrant de CCQ avec manifestations migraineuses avaient un handicap plus important que les patients souffrant de CCQ de type céphalée de tension chronique.

Tableau 7. Handicap lié aux CCQ en population générale d'après Lantéri-Minet *et al.*, 2003 (19).

	CCQ n = 151	CCQ-M n = 108	CCQ-NM n = 42	M n = 877
Handicap				
Nul	25,8	14,7	54,8	23,4
Léger	27,2	31,2	16,7	36,9
Sévère	37,7	44,0	21,4	24,9
Alitement	9,3	10,1	7,1	14,7
Midas				
Grade 1	62,9	55,1	82,9	74,7
Grade 2	8,9	9,0	8,6	13,3
Grade 3	16,2	12,4	2,9	7,7
Grade 4	18,5	23,6	5,7	4,3
QVM	68,4	62,8	84,2	80
SD	SD 21,9	SD 24,0	SD 14,1	SD 17,8

CCQ : céphalées chroniques quotidiennes ; CCQ-M : CCQ de forme migraineuse ; CCQ-NM : CCQ de forme non migraineuse ; M : migraine ; QVM : score qualité de vie migraine ; SD : déviation standard.

III.2.2. Études réalisées en consultation spécialisée

— *Qualité de vie : 4 études*

Quatre études ont été retenues (29-32) dont les principales caractéristiques sont rappelées ci-dessous (*tableau 8*). Il ressort de ces travaux qu'outre la douleur physique, les CCQ retentissent particulièrement sur les dimensions suivantes explorées par l'échelle SF-36 : limitations liées à l'état physique, activité physique, limitations liées à l'état émotionnel, santé mentale. L'étude de Wang *et al.* (30) a en outre permis de montrer que les patients souffrant de migraine transformée ont les scores les plus mauvais, après ajustement pour le score HAD (*Hospital Anxiety and Depression*), l'âge, le sexe, l'éducation et la chronicité.

Tableau 8. Qualité de vie et CCQ en consultation spécialisée.

Auteurs, année	Méthode	N CCQ / ME	Résultats	Domaines les plus altérés
Monzón et Láinez, 1998 (29)	Prospective	53/62	Altération CCQ > ME	Activité physique, limitations liées à l'état physique, douleur physique, perception générale de la santé, santé mentale
Wang <i>et al.</i> , 2001 (30)	Prospective	593/193	Altération MT > CTC > ME	Limitations liées à l'état physique, limitations liées à l'état émotionnel, douleur physique
Meletiche <i>et al.</i> , 2001 (31)	Rétrospective	46/44	Scores abaissés de façon significative 7 domaines sur 8	Activité physique, limitations liées à l'état émotionnel
D'Amico <i>et al.</i> , 2003 (32)	Prospective	150 CCQ	8 domaines abaissés	Limitations liées à l'état physique, douleur, santé mentale

CCQ : céphalées chroniques quotidiennes ; MT : migraine transformée ; CTC : céphalée de tension chronique ; ME : migraine épisodique.

— *Handicap : 4 études*

L'outil utilisé pour évaluer le handicap fut l'échelle MIDAS dans 3 études sur 4 (31-33). Trois études ont comparé le handicap lié aux CCQ à celui engendré par la migraine épisodique (31,33,34). Parmi elles, 2 études ayant utilisé le score MIDAS (31,33) ont conclu à un handicap plus important engendré par les CCQ (*tableau 9*).

Tableau 9. Handicap et CCQ en consultation spécialisée.

Auteurs, année	N CCQ/ N ME	Méthode	Outil utilisé	Résultats
Rothrock <i>et al.</i> , 1996 (34)	132/243	Prospective comparative	Déclaratif « handicap »	Handicap ME > handicap CCQ
Meletiche <i>et al.</i> , 2001 (31)	46/44	Rétrospective comparative CCQ/ME	MIDAS	70,7/27,3 p < 0,05
Bigal <i>et al.</i> , 2003 (33)	182/86	Rétrospective comparative	MIDAS	MIDAS CCQ 2,3 x plus élevé Handicap plus marqué pour items 1,2,3,5
D'Amico <i>et al.</i> , 2003 (32)	150 CCQ avec abus	Prospective Série de cas	MIDAS	MIDAS en moyenne = 79,2 Plus de 80 % des CCQ

CCQ : céphalées chroniques quotidiennes ; ME : migraine épisodique.

III.3. Conséquences socio-économiques

En population générale, Lantéri-Minet *et al.* (19) ont montré que le nombre moyen de consultations par an chez les patients souffrant de CCQ était supérieur à 10, les spécialistes ayant été plus fréquemment consultés que les généralistes. Les psychiatres et les ophtalmologistes étaient les plus consultés. La consommation médicamenteuse était 6 fois plus importante que celle des patients migraineux. De même, des examens complémentaires étaient plus fréquemment réalisés ($p < 0,01$) pour les CCQ. La différence n'est pas significative pour le nombre d'hospitalisations.

IV. FACTEURS ASSOCIÉS AUX CCQ

IV.1. Abus médicamenteux

IV.1.1. Classes thérapeutiques concernées

Les données disponibles sont principalement issues de séries de cas (NdP 4). Trois séries françaises (35-37) ont montré, comme les autres séries de la littérature, que tous les traitements de crise peuvent être pourvoyeurs de céphalées par abus médicamenteux (CAM). Elles ont montré également que la nature pharmacologique de l'abus a évolué (*encadré 9* et *tableau 10*) : il y a 10 ans la première molécule incriminée était la caféine, suivie par le tartrate d'ergotamine puis le paracétamol. Actuellement le paracétamol, la caféine et la codéine sont, dans cet ordre, les 3 molécules les plus pourvoyeuses de CAM. Les triptans, absents de la première série il y a 10 ans, sont désormais en quatrième position.

Encadré 9. Évolution sur 10 ans de la nature des molécules consommées par des sujets en abus médicamenteux souffrant de CCQ.

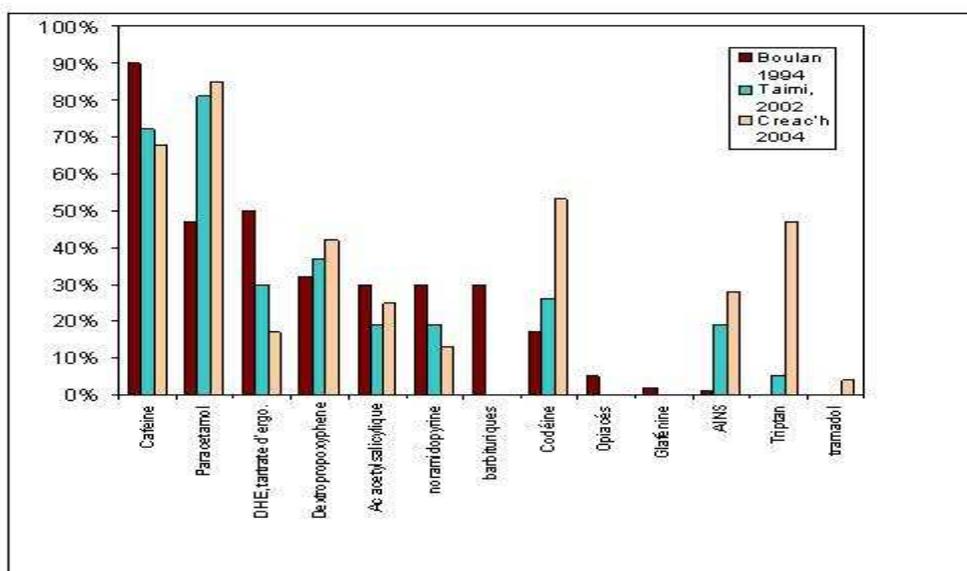


Tableau 10. Évolution en France de la nature des molécules consommées par des sujets en abus médicamenteux souffrant de CCQ, d'après Boulan-Predseil *et al.*, 1994 (35) ; Taimi *et al.*, 2002 (36) et Creac'h, 2003 (37).

	Boulan-Predseil <i>et al.</i> , 1994 (35)	Taimi <i>et al.</i> , 2002 (36)	Creac'h, 2003 (37)
Caféine	90 %	72 %	68 %
Paracétamol	47 %	81 %	85 %
DHE, tartrate d'ergotamine	50 %	30 %	17 %
Dextropropoxyphène	32 %	37 %	42 %
Acide acétylsalicylique	30 %	19 %	25 %
Noramidopyrine	30 %	19 %	13 %
Barbituriques	30 %	/	/
Codéine	17 %	26 %	53 %
Opiacés	5 %	/	/
Glafénine	2 %	/	/
AINS	1 %	19 %	28 %
Triptans	/	5 %	47 %
Tramadol	/	0 %	4 %

DHE : dihydroergotamine ; AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien.

Plusieurs études, 3 aux États-Unis (38-40) et 1 en France (41), ont montré que les médicaments en vente libre sont plus fréquemment utilisés que les prescriptions médicales (*tableau 11*).

Tableau 11. Utilisation de médicaments en vente libre par les patients souffrant de CCQ.

Auteurs, année	Population	Pays	Méthode	Résultats
Celentano <i>et al.</i> , 1992 (38)	Population générale	États-Unis	Questionnaire par mail	62,6 % des femmes, et 74,6 % des hommes avec céphalées sévères utilisent des médicaments en vente libre
Kryst et Scherl, 1994 (39)	Population générale	États-Unis	Questionnaire téléphonique	45,3 % des sujets souffrant de céphalées invalidantes utilisent exclusivement des médicaments en vente libre
Von Korf <i>et al.</i> , 1995 (40)	Cohorte programme de santé n = 662	États-Unis	Questionnaire téléphonique	Utilisation chronique de médicaments en vente libre deux fois plus fréquente (15,9 %) que l'utilisation de prescriptions (7,7 %)
Lucas <i>et al.</i> , 2001 (41)	Population générale	France	Questionnaire téléphonique	48 % des patients migraineux traitent leurs crises en automédication

Dans 90 % des cas de céphalées par abus médicamenteux, l'abus est multiple, comportant plus d'un principe actif (35-37,42) (*tableau 12*).

Tableau 12. Relation entre le type de céphalée et la quantité de traitements utilisés.

Auteurs, année	N	Céphalée initiale : migraine %	Céphalée initiale : céphalée de tension %	Céphalée initiale : mixte %	Durée de la céphalée initiale [extrêmes]	Durée de l'abus années [extrêmes]	Durée de la CCQ années [extrêmes]	Nombre d'unités de traitement par unité de temps	Nombre moyen de principes actifs
Boulan-Predseil <i>et al.</i> , 1994 (35)	116 rétrospectif série	36,2	6	57,8	30,7 [4-70]	3,5 ans [1-288 mois]	ND	40,4 par semaine [7-182]	3,3 [1-7]
Taimi <i>et al.</i> , 2002 (36)	43 rétrospectif série	90,4	ND	ND	ND	9,1 [0,5-39]	8,6 [0,25-39]	10,6 [2-30] par jour	ND
Creac'h, 2003 (37)	53 prospectif série	100	66	66	26 ± 12,2	5,9 ± 7 [0-31]	5,2 ± 7,6 [0-30]	43 par semaine	4,4
Diener et Katsarava, 2001 (42)	2 612 méta-analyse	65	27	ND	20,4	10,3	5,9	4,9 [0,25-25] par jour	2,5-5,8

CCQ : céphalées chroniques quotidiennes ; ND : donnée non disponible.

D'autres abus médicamenteux peuvent être associés, notamment en hypnotiques. En consultation spécialisée, la fréquence de la prise régulière d'hypnotiques chez les patients souffrant de CAM varie dans la littérature entre 46,3 % (43) et 63,9 % (36).

IV.1.2. Fréquence de l'abus médicamenteux

Dans la population générale, 1/3 des patients souffrant de CCQ ont des céphalées par abus médicamenteux (20,23-25) (*tableau 13*).

Dans les populations issues de consultations spécialisées, l'abus est beaucoup plus fréquent : il concerne 60 à 80 % (34) des patients souffrant de CCQ. La qualité de vie des patients souffrant de CCQ étant plus altérée et leur handicap plus marqué quand il y a un abus médicamenteux, ils ont recours plus fréquemment à des consultations spécialisées, ce qui peut expliquer les différences observées entre population générale et consultation spécialisée.

Tableau 13. Fréquence de l'abus médicamenteux en population générale.

Auteurs, année	Population	Pays	Définition utilisée pour l'abus	Fréquence de l'abus médicamenteux
Castillo <i>et al.</i> , 1999 (23)	PG	Espagne	Critères IHS 1 ^{re} édition de céphalées par abus médicamenteux	20 %
Wang <i>et al.</i> , 2000 (20)	PG > 65 ans	Asie	Critères IHS 1 ^{re} édition de céphalées par abus médicamenteux	30 %
Prencipe <i>et al.</i> , 2001 (25)	PG > 65 ans	Italie	ND	37,8 %
Lu <i>et al.</i> , 2001 (24)	PG	Asie	Critères IHS 1 ^{re} édition de céphalées par abus médicamenteux	34 %

PG : population générale ; ND : donnée non disponible.

IV.1.3. Rôle de l'abus médicamenteux dans les CCQ

- L'abus médicamenteux à lui seul n'est pas suffisant pour expliquer le développement d'une CCQ.

Les CCQ par abus médicamenteux sont issues de la rencontre entre un terrain susceptible (le patient ayant un antécédent de migraine ou de céphalée de tension) et un facteur favorisant, le médicament. En effet, l'abus médicamenteux n'est pas suffisant pour expliquer une évolution vers une CCQ : 4 études (NdP 4) montrent que la consommation régulière d'antalgiques chez des sujets non céphalalgiques n'entraîne pas de CCQ (44-47) (*tableau 14*).

Tableau 14. Rôle du terrain céphalalgique dans le développement d'une CCQ en présence d'abus.

Auteurs, année	N	Méthode générale	Résultats
Lance <i>et al.</i> , 1988 (44)	89	Patients non migraineux suivis en rhumatologie	Pas de différence entre les 2 groupes pour la fréquence des céphalées
		groupe 1 : 50 patients consommant > 14 unités d'antalgiques/semaine depuis au moins 3 mois	
		groupe 2 : 39 patients consommant < 14 unités d'antalgiques/semaine	
Bowdler et Kilian, 1988 (45)	140	Estimation de la fréquence des céphalées chez des patients souffrant de douleurs musculo-squelettiques ayant une consommation régulière d'antalgiques non opioïdes et chez des patients céphalalgiques ayant une consommation quotidienne d'antalgiques	8 patients/1 411 ont des céphalées chroniques dans le groupe douleurs musculo-squelettiques contre 97/511 dans le groupe « céphalalgiques »
Bahra <i>et al.</i> , 2003 (46)	105	Observation des patients hospitalisés dans un service de rhumatologie et ayant une consommation régulière d'antalgiques	7,6 % ont des CCQ. Cette fréquence n'est pas différente de la fréquence des CCQ dans la population générale féminine.
Wilkinson <i>et al.</i> , 2001 (47)	28	Patientes sous codéine pour instabilité vésicale après colectomie	Toutes les patientes migraineuses qui utilisaient des opioïdes pour un autre motif que la céphalée ont développé une CCQ. Les patientes non migraineuses n'ont pas développé de CCQ.

CCQ : céphalées chroniques quotidiennes.

- Le terrain le plus à risque de développement de céphalées par abus médicamenteux est la maladie migraineuse. Zwart *et al.* (48) ont évalué 32 067 patients prenant des antalgiques dans la population en 1984 et 11 ans plus tard (NdP 2). Les risques relatifs de douleur chronique et d'abus médicamenteux en fonction du type de douleur ont été calculés chez les patients consommant quotidiennement des antalgiques lors de l'évaluation initiale (*encadré 10*).

Encadré 10. Risque relatif de douleur chronique et d'abus, en fonction du type de douleur traitée.

<p>Risque relatif d'avoir une douleur chronique à T2 (1995-1997) en cas de d'abus d'antalgiques à T1 (1984-1986) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - migraine chronique : RR = 13,3 (IC 95 % : 9,3-19,1) ; - céphalées chroniques non migraineuses : RR = 6,2 (IC 95 % : -7,7) ; - lombalgies chroniques : RR = 2,3 (IC 95 % : 2-2,8). 	<p>Risque relatif d'avoir une douleur chronique + un abus d'antalgiques à T2 (1995-1997) en cas d'abus d'antalgiques présent à T1 (1984-1986) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - migraine : RR = 37,6 (IC 95 % : 21,3-66,4) ; - céphalée non migraineuse : RR = 14,4 (IC 95 % : 10,4-19,9) ; - lombalgie chronique : RR = 6,4 (IC 95 % : 4,9-8,4).
--	---

Un abus médicamenteux peut se développer chez des patients souffrant d'autres types de céphalées, notamment de céphalées de tension ou d'algie vasculaire de la face (49) (NdP 4).

- Dans le cadre des céphalées par abus médicamenteux, l'abus d'antalgiques est la cause plutôt que la conséquence de la chronicisation des céphalées, car la diminution de l'abus entraîne une réduction de la fréquence ou de la sévérité des céphalées (50) (NdP 4).

- **La sémiologie de la CCQ est influencée par le médicament responsable de l'abus.** Le médicament responsable de l'abus semble pouvoir influencer la présentation clinique de la céphalée : les CCQ par abus de triptan gardent plus souvent des aspects sémiologiques de céphalées migraineuses, alors que les CCQ par abus d'antalgiques comportent le plus souvent un fond douloureux continu de type tensif (51,52) (NdP 4).

La nature pharmacologique de l'abus influence la rapidité d'installation de la CCQ. Les CCQ pourraient se développer plus rapidement sous triptan que sous ergotés ($p < 0,02$) et sous analgésiques ($p < 0,001$) (51) (tableau 15).

Tableau 15. Relation entre nature pharmacologique de l'abus et sémiologie de la CCQ d'après Limmroth *et al.*, 2002 (51).

	Triptans n = 38	Dérivés ergotés n = 12	Antalgiques n = 46
Durée moyenne de l'abus avant CCQ (en années)	1,7	2,7	4,8
Nombre moyen d'unités de traitement prises par mois	18	37	114
<i>Sémiologie de la CCQ :</i>			
type migraine	25	2	0
type CTC	13	10	46

CCQ : céphalées chroniques quotidiennes ; CTC : céphalées de tension chroniques.

La pérennisation de l'abus médicamenteux est liée à la durée de l'abus, au nombre d'unités de traitement utilisées (53) (NdP 4).

IV.2. Facteurs psychopathologiques

IV.2.1. Utilisation de substances

— Définitions

■ Addiction

En 1990, Goodman (54) a proposé une définition de l'addiction : « processus par lequel un comportement, pouvant permettre une production de plaisir ou d'écarter une sensation de malaise interne, est employé d'une façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives ». Pour la majorité des auteurs, l'addiction inclut l'ensemble des

comportements pathologiques de consommation de substances : l'usage nocif, l'abus, la dépendance.

■ Usage nocif

On utilise ces termes lorsque la consommation de substance est problématique, mais pas de manière suffisante pour entrer dans le cadre de l'abus ou de la dépendance.

■ Abus

L'abus (DSM-IV) (55) est caractérisé par une consommation répétée induisant des dommages dans les domaines somatiques et/ou psycho-affectifs et/ou sociaux. La définition insiste donc sur deux points : la répétition et le dommage induit par la consommation.

■ Dépendance

La dépendance (DSM-IV) (55) se caractérise, outre par une dépendance physique (et par une tolérance), par une dépendance psychique, c'est-à-dire par une recherche compulsive de la substance (*craving*), expression d'un besoin majeur, incontrôlable. La substance peut être recherchée pour la sensation de plaisir qu'elle apporte ou pour éviter la sensation de malaise qui survient lorsque le sujet ne peut la prendre.

IV.2.2. Comorbidité anxiété/dépression

— *Données épidémiologiques descriptives*

Une seule étude a comparé des patients CCQ issus de la population générale à des témoins non céphalalgiques (56). Le score aux échelles de dépression (*Beck Depression Inventory*) et d'anxiété (*Strait Tray Anxiety Inventory*) était plus élevé chez les patients ayant des CCQ.

Trois études (57-59) sans groupe contrôle ont décrit la prévalence des troubles psychiatriques rencontrés chez les patients souffrant de CCQ qui étaient vus en consultation de spécialité : ces études ont montré que le pourcentage de patients atteints de trouble dépressif majeur était important. Les chiffres étaient néanmoins variables selon la méthodologie utilisée : 45 % pour Puca *et al.* (57), 23 % pour Curioso *et al.* (58) et 9 % pour Okasha *et al.* (59), de même pour les autres troubles de l'humeur [dysthymie : 17 % pour Curioso *et al.* (58) et 16 % pour Okasha *et al.* (59)]. Quant aux troubles anxieux, leur prévalence était de 56 % pour Puca *et al.* (57).

Plusieurs études ont été effectuées en utilisant comme groupe contrôle des patients souffrant de céphalées intermittentes, surtout migraineuses. Là aussi, il s'agissait d'échantillons issus de populations consultantes.

Un diagnostic psychiatrique a été effectué à l'aide de critères diagnostiques dans 2 études. Verri *et al.* (60) ont montré qu'un épisode dépressif majeur et la phobie sociale étaient plus fréquents chez les CCQ que chez les migraineux. Radat *et al.* (61) ont retrouvé les mêmes résultats, avec en outre une plus grande fréquence de troubles panique dans le groupe CCQ.

Des études plus nombreuses ont été effectuées en comparant les scores obtenus aux échelles de dépression et d'anxiété d'un groupe de CCQ et d'un groupe de migraineux. Les scores étaient plus élevés dans le groupe de CCQ que chez les migraineux aux échelles HAMD (*Hamilton – Depression*) (62,63), HAMA (*Hamilton – Anxiety*) (62,63), de dépression

de Zung (6,26,63), STAI (63) et BDI (6,26). Une étude avait des résultats discordants (64) puisqu'elle ne retrouvait pas de scores plus élevés de dépression et d'anxiété chez les CCQ comparés aux migraineux. Cela peut s'expliquer par la gravité des patients migraineux utilisés comme contrôles dans cette étude (moyenne de 9,2 jours de céphalées par mois).

Enfin, 2 études comparant entre eux divers types de CCQ montrent que les scores de dépression et d'anxiété sont plus élevés en cas de migraine transformée que pour les autres types de CCQ (65,66). Aucune étude comparant les CCQ avec et sans abus d'antalgiques n'a pu être analysée.

— *Cause de la comorbidité*

De nombreux travaux ont étudié les causes de la comorbidité entre migraines et troubles anxieux et de l'humeur, mais peu de travaux ont concerné les CCQ.

- Les CCQ pourraient causer les troubles de l'humeur : Breslau *et al.* (67) ont suggéré que les céphalées non migraineuses sévères (que l'on peut rapprocher des CCQ) étaient des facteurs de risque d'un épisode dépressif majeur, comme d'ailleurs la migraine. Cette étude est rétrospective (NdP 4).
- Les troubles de l'humeur pourraient causer les CCQ : Mathew *et al.* en 1982 (6) émettaient l'hypothèse que la dépression, comme l'abus d'antalgiques, était cause de chronicisation des céphalées. Dans cette étude rétrospective (NdP 4), le score à la HAMA était proportionnel à la fréquence des céphalées, ce qui est en faveur d'une relation de causalité entre les CCQ et la dépression.
- Les troubles de l'humeur et les CCQ auraient des mécanismes physiopathologiques communs. Beaucoup d'auteurs notent que des perturbations de la fonction sérotoninergique sont impliquées dans les deux types de troubles. Il existerait par exemple une *régulation* positive des récepteurs 5HT2 et un tonus sérotoninergique abaissé dans les deux types de troubles (68) (NdP 4).

— *Effet de la comorbidité sur le pronostic*

Les études sur l'effet de la comorbidité sur le pronostic sont peu nombreuses et contradictoires. Curioso *et al.* (58) ont montré que la présence d'un score élevé à une échelle de dépression (BDI) et un diagnostic d'épisode dépressif majeur étaient corrélés à un plus mauvais pronostic à 3 et 6 mois pour des patients souffrant de CCQ. De même, Lu *et al.* (24) ont montré que le risque relatif d'avoir un mauvais pronostic est 1,8 fois plus élevé chez les patients souffrant de CCQ qui sont déprimés que chez ceux qui ne le sont pas. En revanche, ni Wang *et al.* (20) ni Lu *et al.* (24) n'ont trouvé que la dépression était un prédicteur pronostique, dans 2 études en population générale de sujets âgés.

Plusieurs études ont montré que chez les patients ayant des CCQ, la détresse psychologique et la sévérité des céphalées se combinaient pour avoir un impact sur le niveau de handicap (20,56,69) [le score HAD était le facteur expliquant le mieux la variation du score SF-36 dans l'étude de Wang *et al.* (20) et du score SF-20 dans celle de Holroyd *et al.* (56)]. Deux études effectuées sur des échantillons d'enfants et d'adolescents ont retrouvé les mêmes résultats (70,71).

IV.2.3. Événements de vie, stress et modalités de « faire face »⁴

Plusieurs études rétrospectives ont montré que la transformation des céphalées épisodiques en CCQ faisait souvent suite à des événements de vie stressants (6,26,72,73).

⁴ Traduction française du terme anglo-saxon « *coping* ».

Par ailleurs, la présence de stress mineurs mais répétés quotidiennement était plus souvent retrouvée chez les CCQ que chez les témoins (56,72). Face à ces stress, les stratégies de « faire face » développées par les CCQ étaient moins adaptées que celles des témoins : le sentiment de contrôle était moindre, les modalités de « faire face » étaient plus évitantes, les stratégies de type « recherche de support social » et « résolution de problèmes » étaient moins fréquentes, alors que le « déni » était plus fréquent (70,72,74). Il faut surtout noter que l'altération des variables cognitives comme « le lieu de contrôle » et « l'efficacité personnelle perçue » expliquaient, indépendamment de la fréquence des céphalées, le handicap des patients (75).

— *Données épidémiologiques descriptives*

Les comportements de dépendance vis-à-vis de l'alcool, de la nicotine, des benzodiazépines sont significativement plus fréquents chez les douloureux chroniques et chez les migraineux, par rapport à la population générale (76-78). Les études recherchant les troubles liés à l'abus de substance chez les patients souffrant de CCQ sont quasi inexistantes. Une seule étude montre que la dépendance aux substances (diagnostic DSM-IV) est plus fréquente en cas de migraine transformée avec abus médicamenteux que sans abus (79).

Une étude (80) a montré que la consommation d'antalgiques et de traitements de la crise de migraine par les patients souffrant de CCQ correspondait à un abus ou à une dépendance au sens du DSM-IV, lorsque les produits consommés contenaient une substance à effet psychotrope, comme la caféine ou un dérivé opiacé.

Par ailleurs, un diagnostic de dépendance aux substances est plus fréquent chez les **apparentés** de migraineux ayant développé des CCQ avec abus d'antalgiques que chez les apparentés de migraineux ayant développé des CCQ sans abus médicamenteux (79).

Enfin, une étude (81) montre que les patients souffrant de CCQ avec abus d'antalgiques n'obtenaient pas de scores particulièrement élevés sur la dimension « recherche de sensation » contrairement aux toxicomanes.

— *Psychopathologie*

■ *Psychodynamique*

Ferrari et Sternieri (82) ont montré que si 67 % des patients ayant des CCQ et abusant d'antalgiques prenaient ces antalgiques pour diminuer la douleur et 62 % pour éviter les conséquences de la douleur, 41 % les prenaient pour diminuer la tension et l'anxiété.

Daubech *et al.* (83) ont avancé l'hypothèse que l'abus d'antalgiques serait une « voie finale commune de tous les incidents et émotions de leur vie ». Il convient alors d'aller au-delà de la composante anxieuse et dépressive qui ne ferait que masquer la problématique de dépendance liée à un trouble de la relation d'objet primaire. La dépendance serait en quelque sorte une alternative à la dépression.

Cette hypothèse a été reprise par Perrin (84). L'abus d'antalgiques découlerait d'un trouble du développement de la relation d'objet primaire de type narcissique dans la petite enfance, cette problématique étant réactivée lors d'un facteur déclenchant qui peut être un événement de vie négatif, comme un deuil, mais aussi un événement banal, voire heureux, comme un avancement professionnel. Cette hypothèse est le fruit d'une longue expérience clinique, mais ne peut toutefois pas être démontrée de façon scientifique.

■ Cognitive et comportementale

Le conditionnement simple

On peut partiellement expliquer l'abus d'antalgiques par le phénomène de conditionnement simple : une situation de vie désagréable est plusieurs fois associée à une céphalée nécessitant une prise médicamenteuse. À long terme, devant cette situation de vie, le sujet est amené à prendre le médicament même en l'absence de céphalée. Ainsi, pour le patient, la prise de médicament peut devenir quasiment rituelle et l'abstention de prise médicamenteuse peut induire un véritable état de panique par crainte d'une récurrence douloureuse.

Le conditionnement opérant

Le renforcement positif est défini par le fait que la conséquence d'une action renforce la probabilité d'apparition de cette action. Ce phénomène est à l'œuvre lorsque la prise de médicament diminue la douleur (en tout cas dans un premier temps), et ceci d'autant plus que la séquence temporelle entre la prise et le soulagement est courte. Ce phénomène est également à l'œuvre lorsque les spécialités utilisées contiennent des substances à effet psychotrope (par exemple : effet stimulant de la caféine, effet anxiolytique, voire de plaisir, de la codéine). La prise va apporter un bien-être qui va constituer par lui-même un facteur renforçant la probabilité de prise médicamenteuse.

Prendre le médicament → effet psychotrope, diminution de la douleur



À l'inverse, éviter de prendre le médicament sera suivi par une céphalée de sevrage qui va diminuer la probabilité de survenue de ce comportement d'abstention : il s'agit ici d'un phénomène de punition.

Ne pas prendre de médicament → céphalée de sevrage



Sur le plan cognitif, le fait que de mauvaises stratégies d'adaptation à la douleur conduisent à l'abus médicamenteux a bien été étudié chez les douloureux chroniques. C'est le cas, en particulier, du mauvais contrôle perçu sur la douleur (85-87). Par ailleurs l'anxiété anticipatoire de la douleur ou du handicap semble être un élément primordial, pouvant accroître l'intensité de douleur ressentie. Une différence significative d'anxiété anticipatoire de la douleur a été mise en évidence chez les migraineux simples par rapport aux patients avec migraine transformée avec abus médicamenteux (88). Enfin des modalités de « faire face » inadaptées ont été mises en évidence chez les patients souffrant de CCQ (72,89). Des modalités de « faire face » plus évitantes ont été mises en évidence plus souvent chez ces patients que chez les patients souffrant de céphalées de tension, et à l'inverse une endurance plus importante chez ces derniers que chez ceux avec CCQ (74).

IV.2.4. Comorbidité avec les autres troubles psychiatriques

— *Troubles somatoformes*

■ Définition

La catégorie des troubles somatoformes recouvre, dans le DSM-IV (55), tous les syndromes comprenant une plainte corporelle ou une préoccupation à propos du corps, non justifiées par une étiologie médicale et entraînant un dysfonctionnement psychosocial

important. Ces troubles somatoformes se distinguent des facteurs psychologiques influençant une affection médicale. Il convient d'être vigilant car une affection médicale non diagnostiquée peut en imposer pour un trouble somatoforme.

■ Fréquence

Peu d'études se sont intéressées au sujet. Les résultats en sont complexes et difficilement interprétables. Verri *et al.* (60) ont montré que les troubles somatoformes étaient plus fréquents chez les migraineux que chez les patients souffrant de CCQ, et Okasha *et al.* (59) ont retrouvé plus de troubles somatoformes chez les patients souffrant de CCQ que chez ceux souffrant de céphalées organiques.

— Troubles de la personnalité

Les études de la personnalité des patients souffrant de CCQ se divisent en 2 catégories :

- d'une part les études catégorielles, qui recherchent la présence des critères diagnostiques des troubles de la personnalité tels qu'ils sont définis par le DSM-III ou IV ;
- d'autre part les études dimensionnelles, qui évaluent les scores obtenus par les patients aux échelles mesurant certaines dimensions de la personnalité.

On ne retrouve dans la littérature qu'une étude catégorielle, qui conclut que 77 % des patients souffrant de CCQ ont un trouble mixte de la personnalité (59). Cette étude a été effectuée en population consultante, ce qui explique ce chiffre considérable.

Les études dimensionnelles sont plus nombreuses, toujours effectuées sur des populations consultantes. Mathew *et al.* (6) ont retrouvé une élévation des scores « hypochondrie », « dépression » et « hystérie » chez 61 % des patients souffrant de CCQ avec abus d'antalgiques, alors que c'était le cas de seulement 12,2 % des patients souffrant de migraines épisodiques. Ils ont suggéré qu'un profil de personnalité de type névrotique pourrait être un facteur prédisposant à la chronicisation des céphalées épisodiques. Quelques années plus tard cependant, les mêmes auteurs (26) ont montré que le profil obtenu au MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*) ne permettait pas de prédire le type de céphalées. Ainsi, si le « névrosisme » était un facteur de mauvais pronostic, il n'était pas caractéristique des seuls CCQ. Le « névrosisme » était élevé de façon aspécifique chez les personnes souffrant de douleurs et de maladies chroniques, sans que l'on pût savoir s'il s'agissait d'une cause ou d'une conséquence de la maladie. Enfin, Okasha *et al.* (59) mettent en évidence des scores d'alexithymie (difficulté à exprimer ses sentiments) élevés chez des CCQ abusant d'antalgiques.

IV.3. Autres facteurs

IV.3.1. Facteurs musculo-squelettiques

Des tensions musculaires constituant un possible facteur de chronicisation des céphalées doivent être recherchées au niveau (90) :

- des muscles péricrâniens ;
- des muscles de la face ;
- des muscles du rachis cervical ;
- des muscles de l'appareil temporo-mandibulaire.

Les principaux points gâchette musculaires et leur zone respective de projection au niveau de l'extrémité céphalique ont été décrits par Travell et Simons (91). Ils ont déterminé que des tensions au niveau des muscles : trapèzes supérieurs, sous-occipitaux, sterno-cleïdo-

mastoïdiens, splénus pouvaient entraîner des douleurs projetées au niveau de l'extrémité céphalique.

Le stress est un facteur qui peut augmenter le degré d'activité électromyographique (92) (NdP 4). Les troubles anxieux pourraient donc majorer les tensions musculaires.

IV.3.2. Facteurs hormonaux

Quelques études purement descriptives ont d'abord signalé que la ménopause pouvait être un événement facilitant la transformation d'une céphalée épisodique en une CCQ, voire être la cause d'une CCQ *de novo*. Puis des études ont tenté de préciser le lien entre ménopause et CCQ (93). Les résultats de ces études sont contradictoires. Plusieurs facteurs peuvent expliquer la variabilité des résultats observés :

- caractère prospectif ou rétrospectif de l'étude ;
- prise en compte du caractère spontané ou chirurgical de la ménopause ;
- prise ou non d'un traitement hormonal substitutif ;
- diagnostic précis de la céphalée ;
- variabilité de la définition de l'aggravation ou de l'amélioration de la céphalée ;
- origine culturelle de l'échantillon de population étudié.

Il est vraisemblable qu'il existe des liens entre plusieurs aspects consécutifs à la ménopause, qui doit être envisagée comme un phénomène bio-psycho-social : facteurs hormonaux (fluctuations hormonales et conséquences neurochimiques notamment sur le métabolisme de la sérotonine, de la norépinéphrine, du NO), facteurs psychologiques (conséquences de la ménopause), facteurs culturels (vécu différent de la ménopause en fonction de l'origine ethnique).

V. PRISE EN CHARGE DES CCQ

V.1. Évaluation du patient

L'évaluation du patient est indispensable avant de proposer et de choisir les modalités de prise en charge. Outre l'évaluation des facteurs associés aux CCQ (abus médicamenteux, facteurs psychopathologiques, facteurs musculo-squelettiques), l'évaluation du handicap est réalisée de façon pragmatique en interrogeant le patient sur le retentissement familial, social, professionnel, mais aussi au moyen d'outils tels que les échelles MIDAS et HIT-6 (cf. *annexes 1 et 2*).

V.2. Prise en charge d'un patient avec abus médicamenteux

V.2.1. Choix des modalités de sevrage

Deux études (50,94) ont montré qu'en l'absence de sevrage, les céphalées ne s'améliorent pas (NdP 4).

Le sevrage peut être réalisé en ambulatoire ou au cours d'une hospitalisation. Une étude prospective (95) comparant le pourcentage de rechutes après sevrage ambulatoire (14,6 %, n = 110) et hospitalier (25 %, n = 147) n'a pas mis en évidence de différence significative ($p < 0,2$), mais la méthodologie n'est pas suffisante pour affirmer l'équivalence d'efficacité des 2 méthodes (NdP 4).

Outre la rapidité d'installation de la CCQ et la sémiologie de la céphalée, la nature pharmacologique de l'abus semble influencer aussi la durée du syndrome de sevrage (51). Warner (96) aussi insiste sur la possible durée du syndrome de sevrage au-delà de 6 semaines, tout particulièrement si l'abus porte sur des antalgiques.

V.2.2. Arrêt de l'abus

Il est immédiat et brutal si le patient est hospitalisé. Il peut être plus progressif si le sevrage se fait en ambulatoire. Des auteurs (15,97) ont proposé une diminution de 10 % des traitements par semaine, diminution qui peut être aidée par la prescription d'AINS, par exemple 500 mg 2 fois par jour de naproxène pendant 6 semaines.

V.2.3. Mesures d'accompagnement possibles

— *Mesures médicamenteuses*

Le *tableau 16* récapitulant les essais thérapeutiques d'accompagnement du sevrage (50,94,98-115) montre que les études pharmacologiques réalisées dans l'indication « sevrage des CCQ » ont été réalisées sur de petits échantillons et avec une méthodologie très variable d'une étude à l'autre (durée du traitement, critère de jugement principal, date d'évaluation du critère de jugement, etc.).

Tableau 16. Essais thérapeutiques médicamenteux réalisés dans un contexte de sevrage.

Auteurs, année	Diagnostic	Méthode	Schéma d'étude	N	Critère de jugement	Résultat	NdP
Kudrow, 1982 (94)	Abus variés	Randomisée Sans aveugle	Arrêt brutal seul ou arrêt + amitriptyline ou amitriptyline seule	200	Index céphalée	Sevrage + amitriptyline > sevrage seul > amitriptyline seule	4
Raskin, 1986 (98)	Abus variés	Non randomisée Pas d'aveugle	DHE <i>versus</i> diazepam	55/54	Fréquence des céphalées	39/55 améliorés à 16 mois	4
Mathew, 1987 (99)	Abus d'ergotamine	Randomisée	Naproxène 500 x 2 <i>versus</i> antalgiques + antiémétiques	22	Sévérité du syndrome de sevrage	↓ sévérité du syndrome de sevrage dans le groupe naproxène 90 % asymptomatiques à la sortie 61 % mieux significatif à 17 mois 24 % pas d'amélioration	4
Baumgartner <i>et al.</i> , 1989 (100)	Abus variés	Ouverte	Sevrage + prothipendyl + piracetam	54	Consommation d'antalgiques % de patients dont les céphalées sont améliorées en intensité et en fréquence	asymptomatiques à la sortie 61 % mieux significatif à 17 mois 24 % pas d'amélioration	4
Silberstein <i>et al.</i> , 1990 (101)	Abus variés	Rétrospective non comparative	Sevrage + DHE 0,5 mg IV/8 h + metoclopramide	300		92 % non céphalalgiques à 48 h	4
Mathew <i>et al.</i> , 1990 (50)	Abus variés	Non randomisée Groupes parallèles	Sevrage + médicaments variés	200			4
Mathew <i>et Ali</i> , 1991 (102)	CCQ 18 abus	Ouverte non contrôlée	Sevrage + valproate de sodium	30		48 % ont une réduction de plus de 75 % des céphalées + chez les 3 patients sous sumatriptan	4
Diener <i>et al.</i> , 1991 (103)	Abus d'ergotamine	Randomisée Double aveugle	Sevrage + sumatriptan 4mg SC Placebo	6	Disparition de la céphalée de sevrage	80 % plus de CCQ	4
Hering <i>et Steiner</i> , 1991 (104)	Abus variés	Ouverte non contrôlée	Sevrage + naproxène 500 x 2 + amitriptyline 10 mg/j	46	Devenir de la céphalée à 6 mois	43 % beaucoup mieux, 30 % mieux, 20 % pas de changement	4
Graff-Radford <i>et Bittar</i> , 1993 (105)	Abus variés	Ouverte non contrôlée	Sevrage + methylergonovine	60	Devenir de la céphalée à 6 mois	43 % beaucoup mieux, 30 % mieux, 20 % pas de changement	4
Pini <i>et al.</i> , 1996 (106)	Abus variés	Ouverte non contrôlée	Sevrage + naproxène 500 mg x 2 ± autres traitements	102	Céphalées à 30 jours et 120 jours	Diminution	4
Bonuccelli <i>et al.</i> , 1996 (107)	Abus variés	Ouverte non contrôlée	Dexamethasone + amitriptyline + sumatriptan	20	Sevrage mené à son terme ↓ des céphalées	18 patients : sevrage positif ; 11 patients : ↓ des céphalées	4
Krusz <i>et al.</i> , 2000 (108)	CCQ	Ouverte non contrôlée	Tizanidine 26 mg/j 3 mois	350	Fréquence des céphalées	↓ de 72 % chez 222 patients	4
Smith, 2002 (109)	MT + abus	Rétrospective non comparative	Sevrage + tizanidine 3,6 mg/j + AINS posologie variable	55	Arrêt de l'abus à 12 semaines	69 % des patients	4

Tableau 16 (suite). Essais thérapeutiques médicamenteux réalisés dans un contexte de sevrage.

Auteurs, année	Diagnostic	Méthode	Schéma d'étude	N	Critère de jugement	Résultat	NdP
Descombes <i>et al.</i> , 2001 (110)	MT + abus	Randomisée Double aveugle	Sevrage + amitriptyline IV 25 →75 mg/j 7 j -Placebo	17	Fréquence des céphalées à 9 semaines	↓ non significative	2
Schwartz <i>et al.</i> , 2002 (111)	MT sans ou avec abus	Ouverte non contrôlée	Valproate de sodium 15 mg/kg puis 5 mg/kg/8 h durée variable	10		8 patients améliorés	5
Saper <i>et al.</i> , 2002 (112)	CCQ	Randomisée Simple aveugle /placebo	Tizanidine 24 mg/j 8 à 12 semaines -Placebo	200	Index céphalées	Tizanidine > placebo	2
Rapoport <i>et al.</i> , 2003 (113)	MT ou MC réfractaires	Ouverte non contrôlée	Naratriptan 2,5 mg X 2/j 2 mois	27	Fréquence des céphalées	↓	4
Krymchantowski <i>et al.</i> , 2003 (114)	MT avec abus	Randomisée Simple aveugle	6 premiers jours : arrêt + prednisone/naratriptan Rien	39	Fréquence des céphalées	Pas de ≠ significative	4
Williams <i>et Stark</i> , 2003 (115)	Abus variés	Rétrospective non comparative	Sevrage + perfusion de lidocaïne pendant au moins 7 jours	71	Sevrage Suivi à 6 mois	97 % sevrés 70 % : CCQ absente ou améliorée à 6 mois	4

NdP : niveau de preuve ; CCQ : céphalées chroniques quotidiennes ; DHE : dihydroergotamine ; MT : migraine transformée ; MC : migraine chronique ; AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien.

Il est vraisemblable que quelle que soit la méthode utilisée pour accompagner le sevrage, les résultats à court terme et long terme sont peu différents. Il apparaît que le sevrage est nécessaire pour avoir de bons résultats à long terme.

— Mesures non médicamenteuses

La revue de la littérature n'a pas retrouvé d'étude permettant de conclure sur l'efficacité isolée d'un moyen non médicamenteux dans la réalisation du sevrage, tel que relaxation, neurostimulation acupuncturale, physiothérapie (grade C).

En revanche une étude (116) a montré l'efficacité d'une prise en charge globale, associant moyens médicamenteux éventuels et moyens non médicamenteux (NdP 4).

V.2.4. Méthodes psychothérapeutiques

— Soutien

La psychothérapie de soutien n'est pas bien codifiée. Elle consiste en entretiens d'encouragement, durant lesquels le thérapeute exprime de l'empathie à l'égard du patient et favorise l'expression des affects ressentis par celui-ci. Il importe de proposer ce type de thérapie pendant le sevrage et après le sevrage.

— Orientation cognitivo-comportementale

■ Description de ce type de prise en charge

La prise en charge des céphalées chroniques a été décrite en détail par Lake (117). Il insiste sur la nécessité d'intégrer dans le programme d'une part la gestion du stress lié aux céphalées, et d'autre part l'éducation à une prise médicamenteuse contrôlée.

Ce type de thérapie est basé sur la collaboration entre le patient et le thérapeute autour d'objectifs définis à l'avance et sur des moyens pour atteindre ces objectifs. Il y a donc une phase obligatoire de pédagogie durant laquelle on éduque le patient à sa maladie et aux méthodes utilisables en thérapie cognitive et comportementale pour mieux faire face à cette maladie. Ce type de prise en charge utilise l'auto-observation, qui consiste dans le cas des CCQ en la tenue d'un agenda des céphalées assez détaillé, comprenant notamment le relevé des problèmes émotionnels et comportementaux et des pensées du patient à propos de ce qui lui arrive.

Le programme comporte également l'apprentissage d'un certain nombre de techniques de gestion de la douleur et du stress : relaxation avec ou sans biofeedback, imagerie dirigée, autohypnose, réinterprétation des sensations, etc. L'ensemble de ces techniques va améliorer le contrôle perçu sur la douleur et diminuer l'anxiété anticipatrice de celle-ci, ce qui aura pour effet de diminuer la prise de médicament.

L'auteur insiste sur la nécessité de réaliser un bilan psychologique complet pour démasquer d'éventuels troubles psychiatriques comorbides qu'il importe de prendre en compte pour mener à bien une thérapie cognitive et comportementale.

■ Modalités d'action

Au-delà de la contribution de l'effet relaxant musculaire obtenu par les exercices de relaxation, l'efficacité de ces méthodes s'explique par le changement de variables cognitives (amélioration de l'efficacité personnelle perçue et internalisation du lieu de contrôle de la douleur) (118).

■ Études d'efficacité

En raison des difficultés méthodologiques inhérentes à l'utilisation de l'insu pour une thérapie non médicamenteuses, aucune étude menée en aveugle n'est disponible. Il n'existe qu'une étude randomisée (119) menée spécifiquement chez les CCQ (NdP 2). Elle montre que la prise en charge comportementale et cognitive est plus efficace que le placebo à 1 et 6 mois et plus efficace que les tricycliques à 1 mois. Les autres études (120-123) vont dans le sens de l'efficacité de la prise en charge comportementale et cognitive à court et à moyen terme, mais posent d'importants problèmes méthodologiques (*tableau 17*). Au total, il existe un faisceau d'arguments en faveur d'une efficacité des thérapies comportementales et cognitives (NdP 3).

■ Prédicteurs d'efficacité

Blanchard *et al.* (120) ont cherché à isoler des facteurs prédictifs de l'efficacité de la prise en charge des thérapies comportementales et cognitives. Ils ont montré que moins la CCQ est sévère (en termes de nombres de jours libres de céphalées), plus cette prise en charge est efficace. On peut arguer que ceci n'est pas spécifique aux thérapies cognitives et comportementales.

Pour Holroyd *et al.* (124), le nombre d'exercices effectués par les patients en thérapie n'est pas corrélé à l'efficacité.

■ Efficacité à long terme

Grazzi *et al.* (123) ont suivi des patients durant 3 ans. L'amélioration obtenue avec les thérapies cognitives et comportementales s'est maintenue durant le suivi. Saper *et al.* (125) ont obtenu des résultats similaires sur 2 ans, mais la méthodologie ne permet pas de valider leurs conclusions.

Tableau 17. Études d'efficacité des méthodes cognitivo-comportementales.

Auteurs, année (NdP)	Groupe intervention	Groupe contrôle	Randominisation	Nombre de sujets Caractéristiques	Critères d'évaluation	Suivi (durée)	Résultats
Blanchard <i>et al.</i> , 1989 (120) (NdP 4)	CCQ sévère (critères pré-établis, hors IHS). La prise en charge est identique dans les 3 groupes : biofeedback + relaxation ± thérapie cognitive	CCQ de moindre sévérité (mesurée au nombre de jours sans céphalées)	Non applicable	23 CCQ (selon des critères propres, différents de ceux de l'IHS)	Agenda de migraine : comparaison entre groupes diagnostics initiaux (CCQ ou non)	6 mois	Amélioration significative en fin d'intervention, significativement plus importante si CCQ initiale moins sévère (soit plus de jours sans céphalées)
Scharff et Marcus, 1994 (121) (NdP 4)	Prise en charge pluridisciplinaire (céphalées sévères et non spécifiquement CCQ)	Pas de prise en charge	Non	78 céphalées graves ayant résisté à au moins 2 prises en charge antérieures	Agenda : fréquence et sévérité des céphalées ; prise d'antalgiques	5,8 mois	70 % des patients s'améliorent d'au moins 50 % sur l'ensemble des critères
Mannix <i>et al.</i> , 1999 (122) (NdP 3)	Imagerie guidée (technique de relaxation)	Thérapie individuelle non spécifique	Non (prospectif)	129 CCQ (CTC) ont terminé l'étude (74 %)	Auto-évaluation sévérité et fréquence des céphalées, scores SF-36 et HDI	1 mois	% amélioration du groupe intervention > celui du groupe contrôle pour sévérité, fréquence, et 3 domaines de l'échelle SF-36 mais pas pour l'échelle HDI33
Grazzi <i>et al.</i> , 2002 (123) (NdP 2)	Traitement pharmacologique + relaxation + biofeedback (n = 19)	Traitement pharmacologique seul (n = 42)	Randomisation avec biais mineur	61 CCQ avec abus d'antalgiques (46 évaluables)	Agenda : nombre de jours de céphalées et nombre de prises de médicaments	3 ans	Intervention > contrôle (pas avant 3 ans) pour les critères « nombre jours sans céphalée » et « consommation d'antalgiques »

CCQ : céphalées chroniques quotidiennes ; CTC : céphalées de tension chroniques ; NdP : niveau de preuve ; HDI : *Headache Disability Inventory*.

- Pour les patients souffrant de céphalées de tension chroniques, une étude randomisée *versus* placebo a montré que l'utilisation combinée de tricycliques et de techniques de

gestion du stress (relaxation, thérapies cognitivo-comportementales) est plus efficace que chacun de ces moyens utilisés isolément (119).

— *Orientation psychodynamique*

■ Psychothérapies d'inspiration analytique

Il n'existe aucune étude concernant l'efficacité de ces thérapies dont on peut penser qu'elles sont utiles lorsque l'indication est bonne, c'est-à-dire lorsque le patient est motivé, a de bonnes capacités d'introspection et a un profil névrotique (*avis d'experts*).

V.3. Prise en charge des facteurs musculo-squelettiques

La littérature est pauvre sur l'utilisation de telles méthodes pour la prise en charge des CCQ (126,127) (*tableau 18*).

Tableau 18. Études concernant les traitements physiques dans les CCQ.

Technique et auteurs, année	N	Indication	Méthode	Schéma d'étude	Critère de jugement	Résultats	NdP
Manipulations vertébrales Boline <i>et al.</i> , 1995 (126)	150	Céphalées de tension chroniques	Groupes parallèles, simple aveugle	Manipulations vertébrales 2 x/semaine pendant 6 semaines <i>versus</i> amitriptyline <i>per os</i>	Intensité et fréquence des céphalées	- à 6 semaines : pas de différence ; - à 10 semaines manipulations > amitriptyline	4
Neuro-stimulation, laser, acupuncture. Allais <i>et al.</i> , 2003 (127)	60	Migraine transformée	Étude randomisée ouverte	10 sessions d'une de ces 3 techniques pendant 4 mois	Nombre de jours avec céphalées par mois	- les 3 techniques sont efficaces - acupuncture > 2 autres techniques	4

NdP : niveau de preuve.

VI. PRÉVENTION

La recherche bibliographique n'a pas mis en évidence de publications permettant d'établir une stratégie de prévention des CCQ sur des données scientifiquement validées. Il existe cependant une étude (128) sur le retentissement de la mise en place d'un programme éducatif sur la gestion des céphalées, au sein de 8 entreprises (NdP 4). Une réévaluation des participants, 1 mois après la réalisation de ce programme, a montré chez eux une amélioration des scores de l'échelle d'évaluation de la qualité de vie SF-36, une diminution du handicap en rapport avec les céphalées, une augmentation de l'utilisation de moyens non médicamenteux pour la gestion des crises. Les données rapportées ci-dessous ressortent donc le plus souvent de l'accord professionnel.

VI.1. Identification des patients à risque de développement de CCQ

La prévention primaire des CCQ a pour but de sensibiliser les patients céphalalgiques prédisposés au risque de développer une CCQ.

Le repérage de ces patients repose sur l'identification :

- des facteurs prédictifs d'un abus médicamenteux ;
- des facteurs de comorbidité.

La sensibilisation des acteurs de santé susceptibles de repérer ces patients et de leur proposer des actions de prévention primaire est un préalable nécessaire au dépistage et à la prévention des CCQ.

Facteurs prédictifs de l'évolution d'une maladie migraineuse ou de céphalées de tension épisodiques vers une CCQ :

- augmentation de la fréquence des céphalées (rôle de l'agenda du patient) ;
- surconsommation de traitements de crise (rôle de l'agenda du patient) ;
- inefficacité successive de plusieurs traitements prophylactiques de la migraine ;
- association de migraine ou céphalée de tension avec une pathologie psychiatrique ;
- association de céphalées chroniques avec d'autres douleurs chroniques, notamment des douleurs musculo-squelettiques, localisées ou diffuses (129-131) (NdP 4) ;
- troubles du sommeil.

L'information et la sensibilisation du patient sont d'autant plus nécessaires que les CCQ en général et l'abus médicamenteux en particulier sont méconnus des patients : 20 % des patients vus en consultation spécialisée souffrant de CCQ par abus médicamenteux connaissaient ce problème (36).

Outre l'information et la sensibilisation du patient au risque d'apparition de CCQ, leur prévention repose sur une gestion optimale du traitement des crises céphalalgiques.

VI.2. Sensibilisation des acteurs de santé

Elle concerne d'abord les professionnels que le patient céphalalgique consulte habituellement, médecin généraliste ou neurologue, et pharmacien d'officine, notamment en raison de la forte consommation de médicaments en vente libre (38-41).

Il existe des arguments dans la littérature pour penser que généralistes, spécialistes et urgentistes méconnaissent les céphalées par abus médicamenteux (2,36,132) (*tableau 19*).

Tableau 19. Errance diagnostique des patients souffrant de CCQ.

Généralistes	6 à 8 médecins ont été consultés avant le diagnostic
Spécialistes	8 à 9 traitements ont été tentés avant le diagnostic de céphalées par abus médicamenteux (36,132)
Urgentistes	Toutes les céphalées par abus médicamenteux ont été diagnostiquées migraine ou CTC (2)

CTC : céphalées de tension chroniques.

VII. CCQ CHEZ L'ENFANT

VII.1. Épidémiologie

VII.1.1. En population générale

Il n'existe aucune étude sur la prévalence des CCQ chez l'enfant ou l'adolescent en population générale. À défaut, des données sont disponibles concernant la prévalence des

« céphalées fréquentes, ou de céphalées "psychogènes" » chez l'enfant, estimée entre 0,2 et 1 % (133,134) (*tableau 20*).

Tableau 20. Estimation de la prévalence des CCQ chez l'enfant en population générale.

Auteurs, année	Échantillon étudié	Définition de la CCQ	Prévalence sur l'échantillon
Sillanpää <i>et al.</i> , 1991 (133)	4 405 enfants âgés de 5 ans	Céphalées très fréquentes	0,2 %
Abu-Arefeh et Russell, 1994 (134)	2 165 enfants scolarisés tirés au sort	Céphalées très fréquentes	< 1 %

CCQ : céphalées chroniques quotidiennes.

VII.1.2. En consultation spécialisée

La prévalence des CCQ en consultation pédiatrique spécialisée céphalée varie de 35 à 47 % (135,136) (*tableau 21*).

Tableau 21. Estimation de la prévalence des CCQ chez l'enfant en consultation spécialisée.

Auteurs, année	Méthode	Nombre de patients	Fréquence des CCQ	Niveau de preuve
Vasconcellos <i>et al.</i> , 1998 (135)	Rétrospective	98	47 %	4
Hershey <i>et al.</i> , 2001 (136)	Prospective	200 enfants vus en Cs de façon consécutive	34,6 %	4

CCQ : céphalées chroniques quotidiennes ; Cs : consultation spécialisée.

VII.2. Clinique

Gladstein *et al.* (137) ont appliqué la classification des CCQ de Silberstein *et al.* (14) (classification en migraine transformée, CTC, CCQ *de novo* et *hemicrania continua*) à 37 enfants et adolescents hospitalisés dans un service de pédiatrie spécialisé dans la prise en charge des céphalées et ont trouvé la répartition suivante :

- céphalées mixtes associant migraine et céphalées de tension : 40 % ;
- CCQ *de novo* : 35 % ;
- migraine transformée : 15 % ;
- céphalée de tension chronique : 5 % ;
- absence de diagnostic précis : 5 %.

Une série publiée par Hershey *et al.* (136) a montré l'existence d'une prédominance féminine (ratio > 2/1), un âge de début moyen de 9,3 ans ± 3,6 ans, un âge moyen au moment de la consultation de 12,5 ans ± 3,1. Cette étude a permis aussi de déterminer que :

- 92 % des CCQ ont des caractéristiques évocatrices de migraine chronique ;
- 79 % des enfants souffrant de CCQ ont des céphalées pulsatiles ;
- 63,5 % des nausées ;
- 60 % une photo-phonophobie.

Concernant le mode évolutif de la céphalée, 3 types sémiologiques émergent :

- céphalées fréquentes mais pas quotidiennes : 37 % ;
- quotidiennes mais intermittentes : 43,5 % ;

- quotidiennes continues : 19,5 %.

À noter : l'abus médicamenteux est plus fréquent dans le groupe des céphalées continues.

VII.3. Facteurs associés

VII.3.1. L'abus médicamenteux

Il n'existe aucune étude prospective sur la prévalence des céphalées par abus médicamenteux chez les enfants en population générale.

Vasconcellos *et al.* (135) ont déterminé la fréquence des CCQ sur une série rétrospective de 98 enfants vus successivement en consultation spécialisée pour céphalée : les résultats sont les suivants : 46 CCQ (47 %), parmi lesquelles 30 abus médicamenteux (66 %).

Tableau 22. Principales données de la littérature sur les céphalées par abus médicamenteux chez l'enfant.

Auteurs, année	N	F/G	Âge moyen lors de la prise en charge spécialisée	Durée moyenne d'évolution de la CCQ	Nombre moyen d'unités par semaine	Molécules les plus consommées
Vasconcellos <i>et al.</i> , 1998 (135)	30	ND	12 ans	2,6 ans	26	paracétamol ibuprofène
Hering-Hanit <i>et al.</i> , 2001 (138)	26	19/7	14,2 ans	1,6 ans	28	paracétamol
Koenig <i>et al.</i> , 2002 (139)	189	7/3	13,0 ± 3,1	ND	ND	AINS

CCQ : céphalées chroniques quotidiennes ; ND : données non disponibles ; F : fille ; G : garçon ; AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien.

Outre l'abus médicamenteux, il est particulièrement nécessaire de rechercher chez l'enfant une surconsommation en caféine, sous forme de sodas : Hering-Hanit et Gadoth (140) ont en effet rapporté une série de 36 enfants et adolescents souffrant de CCQ en rapport avec une consommation moyenne de 1,5 litre de sodas par jour et 11 litres par semaine. Après un sevrage progressif, 33 sujets sur 36 ont vu leur CCQ disparaître totalement (NdP 4).

VII.3.2. Les facteurs psychopathologiques

Holden *et al.* (70) ont comparé chez 3 groupes d'enfants (CCQ, migraine, CCQ + migraine) les facteurs psychopathologiques associés, le niveau de handicap. Les enfants souffrant de CCQ ont un taux plus élevé de comorbidité psychiatrique et d'absentéisme scolaire (NdP 4).

Egger *et al.* (141) ont évalué l'association céphalées et pathologie psychiatrique chez 1 013 enfants âgés de 9 à 15 ans. Les céphalées étaient plus fréquentes chez les enfants souffrant d'une pathologie psychiatrique (DSM-III-R) que chez ceux qui en étaient indemnes (20,5 % *versus* 9,2 %) (NdP 4).

Comme chez l'adulte, la comorbidité psychiatrique est plus fréquente chez les enfants souffrant de CCQ que chez les enfants migraineux.

VII.4. Évaluation

Il n'y a pas d'échelle spécifique validée en français pour évaluer le retentissement des CCQ chez l'enfant, bien que plusieurs existent en anglais, notamment l'échelle PED-MIDAS.

VII.5. Prise en charge des CCQ chez l'enfant et l'adolescent

La prise en charge comporte les mêmes principes que celle de l'adulte souffrant de CCQ. Il faut néanmoins insister sur l'importance des règles hygiéno-diététiques (nutrition, exercice physique régulier, sommeil) et sur l'effet bénéfique de la relaxation.

Une étude ouverte (135) rapporte l'efficacité de 10 mg d'amitriptyline par jour pendant 2,2 mois en moyenne, associée au sevrage médicamenteux (NdP 4).

ANNEXES

I. ÉCHELLE MIDAS (*MIGRAINE DISABILITY ASSESSMENT PROGRAMME*)

d'après Michel Lantéri-Minet, membre du groupe de travail.

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 ?

__ jours

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)

__ jours

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

__ jours

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 ?

__ jours

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 ?

__ jours

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).

II. ÉCHELLE HIT-6

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.



QUESTIONNAIRE SUR L'IMPACT DES MAUX DE TÊTE

QUE SIGNIFIE VOTRE SCORE (résultat total)?

▼ **Si votre score est supérieur ou égal à 60**
Vos maux de tête ont des répercussions majeures sur votre vie quotidienne. Vous éprouvez peut-être des douleurs invalidantes ainsi que d'autres symptômes plus graves que ceux signalés par d'autres personnes souffrant également de maux de tête. Ne laissez pas vos maux de tête vous empêcher de profiter de la vie (famille, travail, études ou activités sociales).

Prenez rendez-vous dès aujourd'hui avec votre médecin pour parler de votre score HIT-6 et de vos maux de tête.

▼ **Si votre score est compris entre 56 et 59**
Vos maux de tête ont des répercussions importantes sur votre vie quotidienne. Vous éprouvez peut-être des douleurs intenses ainsi que d'autres symptômes qui vous empêchent par moment de travailler ou d'étudier, ou nuisent à votre vie familiale ou sociale.

Prenez rendez-vous dès aujourd'hui avec votre médecin pour parler de votre score HIT-6 et de vos maux de tête.

▼ **Si votre score est compris entre 50 et 55**
Vos maux de tête semblent avoir un certain impact sur votre vie quotidienne. A priori, ils ne devraient pas vous empêcher de travailler ou d'étudier, ni nuire à votre vie familiale ou sociale.

N'oubliez pas de parler lors de votre prochain rendez-vous avec votre médecin de votre score HIT-6 et de vos maux de tête.

▼ **Si votre score est inférieur ou égal à 49**
Vos maux de tête semblent n'avoir qu'un impact négligeable sur votre vie quotidienne. Nous vous encourageons à répondre à ce questionnaire chaque mois afin de surveiller leurs répercussions sur votre vie de tous les jours.

▼ **Dès que votre score HIT-6 est supérieur ou égal à 50**
Il est fortement recommandé d'en parler à votre médecin. Les maux de tête dont vous souffrez pourraient être des migraines.

Lors de votre prochaine visite chez votre médecin, apportez votre questionnaire HIT-6. L'expérience montre que lorsqu'un médecin évalue correctement la sévérité et l'impact des maux de tête sur ses patients, il est plus à même de proposer une bonne prise en charge thérapeutique pouvant comprendre des médicaments.

Le questionnaire HIT-6 est également disponible sur Internet à l'adresse suivante : www.headachetest.com

La version Internet vous permet d'imprimer vos propres résultats ainsi qu'une version plus détaillée pour votre médecin.

N'oubliez pas de refaire le questionnaire HIT-6 (version papier ou Internet) afin de surveiller l'évolution de vos maux de tête.

▼ **A propos du questionnaire HIT-6**
Le questionnaire HIT-6 (Headache Impact Test) est un outil utilisé pour mesurer l'impact de vos maux de tête sur vos capacités au travail, à l'école, à la maison ou lors de vos activités sociales. Votre score indique l'impact de vos maux de tête sur votre vie quotidienne. Le questionnaire HIT-6 a été développé par une équipe internationale "d'experts en maux de tête" (médecins neurologues et généralistes) en collaboration avec des spécialistes en psychométrie qui ont développé l'échelle de qualité de vie SF-36®.

Le questionnaire HIT-6 n'a pas pour but de donner des conseils médicaux d'ordre diagnostique ou thérapeutique. Il est recommandé de parler de votre situation personnelle à votre médecin.

HIT-6 Scoring Interpretation France (French) Version 1.1 ©2001 QualityMetric, Inc. and GlaxoSmithKline Group of Companies. All rights reserved.

HIT-6™. Questionnaire sur l'impact des maux de tête. <http://www.headachetest.com/HIT6/PDFS/French.pdf>

III. TRAITEMENTS ANTALGIQUES

Associations diverses antalgiques		
DCI	Nom commercial	Posologie recommandée
Aspirine + caféine	Aspro Accel [®] , comprimé et comprimé effervescent	Réservé à l'adulte 1 comprimé/prise ; jusqu'à 6 cp/j maxi
	Métaspirine [®] , comprimé	Réservé à l'adulte 1 à 2 comprimés/prise ; jusqu'à 6 cp/j maxi
Aspirine + caféine + autres	Céphyl [®] , comprimé	Réservé à l'adulte 1 à 2 comprimés/prise ; jusqu'à 9 cp/j maxi
	Finidol [®] , comprimé sécable	Réservé à l'adulte 1 à 2 comprimés/prise ; jusqu'à 8 cp/j maxi
	Polypirine [®] , gélule	Réservé à l'adulte 1 à 2 gélules/prise ; jusqu'à 10 gélules/j maxi
Aspirine + paracétamol	Salipran [®] 2 g poudre pour suspension buvable	Réservé à l'adulte 1 sachet/prise 1 ou 2 fois/j ; jusqu'à 3 sachets/j maxi
Aspirine + paracétamol + caféine	Actron [®] , comprimé effervescent	Réservé à l'adulte 1 à 2 comprimés/prise ; jusqu'à 7 cp/jour maxi
Aspirine + paracétamol + codéine	Novacétol [®] , comprimé	Réservé à l'adulte 1 à 6 comprimés par jour
Aspirine + codéine	Compralgyl [®] , comprimé	Réservé à l'adulte 1 à 4 comprimés par jour
Aspirine + codéine + caféine	Sédaspir [®] , comprimé	Réservé à l'adulte 1 à 2 comprimés par prise ; jusqu'à 6 cp/j max
Aspirine + paracétamol + vitamine C	Afebryl [®] , comprimé effervescent sécable	Adulte : 1 à 2 comprimés/prise ; jusqu'à 6 cp/j maxi Enfant > 10 ans : 1 comprimé, 1 à 3 fois/j Enfant de 4 à 10 ans : ½ comprimé, 1 à 3 fois/j
Aspirine + vitamine C	Aspirange [®] 300 mg, poudre pour suspension buvable	Adulte : 600 mg/prise maxi, 2 à 5 fois/jour (3 g/j maxi) Enfant de 4 à 10 ans : 300 mg/prise maxi, 2 à 5 fois/jour (1,5 g/j maxi)
	Aspirange [®] 500 mg, poudre pour suspension buvable	Adulte : 500 mg/prise, 1 à 6 fois par jour à 1 g/prise maxi 1 à 3 fois/jour (3 g/j maxi) Enfant > 10 ans : 500 mg/prise maxi, 1 à 4 fois/jour (2 g/j maxi)
	Aspirine 500 mg Vitamine C Oberlin [®] , comprimé effervescent sécable	Réservé à l'adulte 1 comprimé par prise ; jusqu'à 6 comprimés/jour maxi
	Aspirine du Rhône Vitamine C [®] , comprimé effervescent	Réservé à l'adulte 1 à 2 comprimés/prise ; jusqu'à 6 comprimés/jour maxi
	Aspirine Upsa Vitaminée C [®] , comprimé effervescent sécable	Adulte : 1 à 2 comprimés/prise ; jusqu'à 9 cp/j maxi Enfant de 30 à 50 kg : 50 mg/kg/j maxi (= 1 cp/prise)
	Aspirine Vitamine B1 C Derol [®] , comprimé	Adulte : 1 à 2 comprimés/prise ; jusqu'à 7 cp/j maxi Enfant > 35 kg : 1 comprimé/prise ; jusqu'à 5 cp/j maxi
	Aspro 500 vitamine C [®] , comprimé effervescent sécable	Adulte : 1 à 2 comprimés/prise 2 à 3 fois/jour Enfant de 40 à 50 kg : 1 comprimé/prise 3 à 5 fois/jour Enfant de 25 à 40 kg : ½ comprimé/prise 4 à 6 fois/jour Enfant de 20 à 25 kg : ½ comprimé/prise 3 à 5 fois/jour
Solucetyl [®] , comprimé effervescent	Réservé à l'adulte 1 à 2 cp/prise ; jusqu'à 6 cp/j maxi	

Associations diverses antalgiques		
Aspirine + vitamine C + autres	Détoalgine [®] , comprimé effervescent sécable	Adulte : 1 ou 2 comprimés/prise ; jusqu'à 8 cp/j maxi Enfant > 35 kg : jusqu'à 50 mg/kg/j maxi
Aspirine + autres	Algo-Névriton [®] , comprimé à double noyau	Adulte : 1 à 2 comprimés/prise ; jusqu'à 8 cp/j maxi Enfant de 35 à 50 kg : 1 comprimé/prise ; jusqu'à 6 cp/j maxi Enfant de 28 à 35 kg : 1 comprimé/prise ; jusqu'à 4 cp/j maxi
Paracétamol + vitamine C	Efferalgan Vitamine C [®] , comprimé effervescent sécable	50 kg : 1 à 2 cp/prise ; jusqu'à 9 cp/j maxi 35 à 50 kg : 1 à 2 cp/prise ; jusqu'à 7 cp/j maxi 30 à 35 kg : 1 à 2 cp/prise ; jusqu'à 6 cp/j maxi 25 à 30 kg : 1 cp/prise ; jusqu'à 5 cp/j maxi
Paracétamol + caféine	Céfaline Haut [®] , poudre pour suspension buvable	Réservé à l'adulte 1 à 2 sachets/prise ; jusqu'à 6 sachets/jour maxi
	Cétaféine paracétamol-caféine [®] , comprimé enrobé sécable et comprimé effervescent sécable	Réservé à l'adulte 1 à 2 comprimés/prise ; jusqu'à 6 cp/j maxi
	Claradol 500 caféiné [®] , comprimé quadrisécable et comprimé effervescent sécable	Réservé à l'adulte 1 à 2 comprimés/prise ; jusqu'à 6 cp/j maxi
	Exidol [®] , comprimé effervescent	Réservé à l'adulte 1 à 2 comprimés/prise ; jusqu'à 6 cp/j maxi
Paracétamol + caféine	Théinol [®] , solution buvable	Réservé à l'adulte 1 à 2 c à soupe/prise ; jusqu'à 7 c à soupe/j maxi
	Véganine [®] , comprimé	Réservé à l'adulte 1 à 2 comprimés/prise ; jusqu'à 6 cp/j maxi
Paracétamol + codéine	Sédarène [®] , gélule	Réservé à l'adulte 2 à 6 gélules par jour
Paracétamol + codéine + caféine	Gélumaline [®] , gélule	Réservé à l'adulte 1 ou 2 gélules 1 à 3 fois/jour ; max 6 gélules/jour
	Suppomaline [®] , suppositoire	Réservé à l'adulte 1 suppositoire 1 à 3 fois par jour
Paracétamol + opium + caféine	Lamaline [®] , gélule	3 à 5 gélules/jour ; jusqu'à 10 gélules/jour, sans dépasser 2 gélules par prise
	Lamaline [®] , suppositoire	1 suppositoire 2 à 3 fois/jour ; max 6 suppos/jour

OPIACÉS		
DCI	Nom commercial	Posologie recommandée
Codéine	Codenfan [®] 1 mg/ml, sirop	Réservé enfant > 1 an 0,5 à 0,75 mg/kg, 4 fois/jour Maxi 1 ml/kg/prise (6 ml/kg/jour)
Codéine + paracétamol	Algisédal Adulte [®] , comprimé	CI enfant < 15 kg (sauf formes enfant) Adulte : <i>Voie orale</i> : 20 mg de codéine + 400 mg de paracétamol/prise. Jusqu'à 120 mg de codéine + 2,4 g de paracétamol/j maxi. <i>Voie rectale</i> : 20 mg de codéine + 500 mg de paracétamol/prise. Jusqu'à 80 mg de codéine + 2 g de paracétamol/j maxi. Enfant : 60 mg/kg/jour en 4 ou 6 prises de paracétamol. Jusqu'à 80 mg/kg/j maxi. 3 mg/kg/j de codéine en 4 ou 6 prises. Jusqu'à 1 mg/kg/prise maxi et 6 mg/kg/j maxi.
	Claradol Codéine Adulte [®] , comprimé sécable	
	Codoliprane Adulte [®] , comprimé sécable	
	Codoliprane Enfant [®] , comprimé sécable	
	Dafalgan Codéine Adulte [®] , comprimé	
	Efféalgan Codéine [®] , comprimé effervescent sécable	
	Gaosédal Codéine Adulte [®] , comprimé	
	Klupal Adulte [®] , comprimé	
	Lindilane Adulte [®] , comprimé	
	Migralgine Adulte [®] , gélule	
	Migralgine Adulte [®] , solution buvable	
	Oralgan Codéine Adulte [®] , comprimé	
	Paracétamol Codéine GNR Adulte [®] , comprimé sécable	
Prontalgine Adulte [®] , comprimé		
Supadol Adulte [®] , comprimé enrobé		
Végadéine Adulte [®] , suppositoire		
Dextropropoxyphène non associé	Antalvic Adulte [®] 65 mg, comprimé sécable	Réservé à l'adulte. 3 à 5 comprimé par jour
Dextropropoxyphène associé	Dialgirex [®] , gélule	Réservé à l'adulte. <i>Voie orale</i> : 1 comprimé ou 1 gélule/prise ; jusqu'à 6 comprimés ou gélules/jour maxi. <i>Voie rectale</i> : 1 suppositoire par jour ; jusqu'à 2 suppositoires par jour pendant 10 jours maximum.
	Dioalgo [®] , gélule	
	Di-Antalvic [®] , gélule et suppositoire	
	Propofan [®] , comprimé	
Dihydrocodéine	Dicodin [®] 60 mg, comprimé LP	Réservé à l'adulte 1 comprimé toutes les 12 heures (= 60 mg/12 h) Maxi 2 comprimés/jour (=120 mg)
Tramadol	Biodalgic [®] 50 mg, comprimé effervescent	Formes orale et injectable réservées à l'adulte Forme LP réservée à l'adulte et l'enfant > 12 ans <i>Forme orale</i> : 50 à 100 mg toutes les 4 à 6 heures ; jusqu'à 400 mg/j maxi <i>Forme injectable</i> : 50 à 100 mg toutes les 4 à 6 heures ; jusqu'à 600 mg/j maxi <i>Forme LP</i> : 100 mg 2 fois/jour ; jusqu'à 400 mg/j maxi
	Contramal [®] 50 mg, gélule	
	Contramal [®] LP 100, 150 et 200 mg, comprimé enrobé	
	Contramal [®] 100 mg/2 ml, solution injectable IV et pour perfusion IV	
	Predalgic [®] Gé 50 mg, comprimé effervescent	
	Topalgic [®] 50 mg, gélule	
	Topalgic [®] LP 100, 150 et 200 mg, comprimé enrobé	
	Topalgic [®] 100 mg/2 ml, solution injectable IV	
	Tramadol Bayer [®] 50 mg, comprimé effervescent	
	Tramadol Biogaran [®] 50 mg, gélule	
	Tramadol G Gam [®] 50 mg, gélule	
	Tramadol Merck [®] 50 mg, gélule et comprimé effervescent	
	Zamudol [®] LP 50, 100, 150 et 200 mg, gélule	
Zumalgic [®] Gé 50 mg, comprimé effervescent		

RÉFÉRENCES

1. Bekkelund SI, Salvesen R. Drug-associated headache is unrecognized in patients treated at a neurological centre. *Acta Neurol Scand* 2002;105(2):120-3.
2. Maizels M. Headache evaluation and treatment by primary care physicians in an emergency department in the era of triptans. *Arch Intern Med* 2001;161(16):1969-73.
3. Kielholz P. [Abuse and addiction with phenacetin-containing preparations]. *Schweiz Med Wochenschr* 1957;87(35-36):1131-4.
4. Wolfson WQ, Graham JR. Development of tolerance to ergot alkaloids in a patient with unusually severe migraine. *N Engl J Med* 1949;241(8):296-8.
5. Peters GA, Horton BT. Headache: with special reference to the excessive use of ergotamine preparations and withdrawal effects. *Mayo Clin Proc* 1951;26(9):153-61.
6. Mathew NT, Stubits E, Nigam MP. Transformation of episodic migraine into daily headache: analysis of factors. *Headache* 1982;22:66-8.
7. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain 1988. <<http://www.i-h-s.org>> [consulté le 19/12/01].
8. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. 2nd Edition. *Cephalalgia* 2004;24(Suppl 1).
9. Silberstein SD, Lipton RB, Solomon S, Mathew NT. Classification of daily and near-daily headaches: proposed revisions to the IHS criteria. *Headache* 1994;34:1-7.
10. Messinger HB, Spierings ELH, Vincent AJP. Overlap of migraine and tension-type headache in the International Headache Society classification. *Cephalalgia* 1991;11(5):233-7.
11. Solomon S, Lipton RB, Newman LC. Evaluation of chronic daily headache. Comparison to criteria for chronic tension-type headache. *Cephalalgia* 1992;12(6):365-8.
12. Sanin LC, Mathew NT, Bellmeyer LR, Ali S. The International Headache Society (IHS) Headache Classification as applied to a headache clinic population. *Cephalalgia* 1994;14(6):443-6.
13. Pfaffenrath V, Isler H. Evaluation of the nosology of chronic tension-type headache. *Cephalalgia* 1993;13(Suppl 12):60-2.
14. Silberstein SD, Lipton RB, Sliwinski M. Classification of daily and near-daily headaches: field trial of revised IHS criteria. *Neurology* 1996;47(4):871-5.
15. Goadsby PJ, Boes C. Chronic daily headache. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002;72 Suppl 2:ii2-5.

16. Li D, Rozen TD. The clinical characteristics of new daily persistent headache. *Cephalalgia* 2002;22(1):66-9.
17. Diaz-Mitoma F, Vanast WJ, Tyrrell DLJ. Increased frequency of Epstein-Barr virus excretion in patients with new daily persistent headaches. *Lancet* 1987;1(8530):411-5.
18. Vanast WJ, Diaz-Mitoma F, Tyrrell DLJ. Hypothesis: chronic benign daily headache is an immune disorder with a viral trigger. *Headache* 1987;27(3):138-42.
19. Lantéri-Minet M, Auray JP, el Hasnaoui A, Dartigues JF, Duru G, Henry P et al. Prevalence and description of chronic daily headache in the general population in France. *Pain* 2003;102:143-9.
20. Wang SJ, Fuh JL, Lu SR, Liu CY, Hsu LC, Wang PN et al. Chronic daily headache in Chinese elderly. Prevalence, risk factors, and biannual follow-up. *Neurology* 2000;54(2):314-9.
21. Wang SJ. Epidemiology of migraine and other types of headache in Asia. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2003;3(2):104-8.
22. Scher AI, Stewart WF, Liberman J, Lipton RB. Prevalence of frequent headache in a population sample. *Headache* 1998;38:497-506.
23. Castillo J, Muñoz P, Guitera V, Pascual J. Epidemiology of chronic daily headache in the general population. *Headache* 1999;39:190-6.
24. Lu SR, Fuh JL, Chen WT, Juang KD, Wang SJ. Chronic daily headache in Taipei, Taiwan: prevalence, follow-up and outcome predictors. *Cephalalgia* 2001;21(10):980-6.
25. Prencipe M, Casini AR, Ferretti C, Santini M, Pezzella F, Scaldaferrì N et al. Prevalence of headache in an elderly population: attack frequency, disability, and use of medication. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001;70(3):377-81.
26. Mathew NT, Reuveni U, Perez F. Transformed or evolutive migraine. *Headache* 1987;27:102-6.
27. Pascual J, Colás R, Castillo J. Epidemiology of chronic daily headache. *Curr Pain Headache Rep* 2001;5(6):529-36.
28. Guitera V, Muñoz P, Castillo J, Pascual J. Quality of life in chronic daily headache. A study in a general population. *Neurology* 2002;58(7):1062-5.
29. Monzón MJ, Láinez MJA. Quality of life in migraine and chronic daily headache patients. *Cephalalgia* 1998;18:638-43.
30. Wang SJ, Fuh JL, Lu SR, Juang KD. Quality of life differs among headache diagnoses: analysis of SF-36 survey in 901 headache patients. *Pain* 2001;89(2-3):285-92.
31. Meletiche DM, Lofland JH, Young WB. Quality-of-life differences between patients with episodic and transformed migraine. *Headache* 2001;41(6):573-8.

32. D'Amico D, Usai S, Grazzi L, Rigamonti A, Solari A, Leone M et al. Quality of life and disability in primary chronic daily headaches. *Neurol Sci* 2003;24(Suppl. 2):S97-100.
33. Bigal ME, Rapoport AM, Lipton RB, Tepper SJ, Sheftell FD. Assessment of migraine disability using the Migraine Disability Assessment (MIDAS) Questionnaire: a comparison of chronic migraine with episodic migraine. *Headache* 2003;43(4):336-42.
34. Rothrock J, Patel M, Lyden P, Jackson C. Demographic and clinical characteristics of patients with episodic migraine versus chronic daily headache. *Cephalalgia* 1996;16(1):44-9.
35. Boulan-Predseil P, Corand-Dousset V, Henry P. Céphalées médicamenteuses. Aspects cliniques et épidémiologiques. In: La mémoire : approche critique et données récentes. Les céphalées médicamenteuses. Rueil-Malmaison: Laboratoires Sandoz; 1994. p. 81-90.
36. Taimi C, Navez M, Perrin AM, Laurent B. Céphalées par abus des traitements symptomatiques antalgiques et antimigraineux: analyse des données recueillies, évaluation du vécu et de l'efficacité du sevrage effectué par 43 patients du centre anti-douleur de Saint-Étienne. *Doul Analg* 2002;15(3):115-24.
37. Creac'h C. Céphalées quotidiennes chroniques par abus de médicaments antalgiques : diagnostic et prise en charge thérapeutique. *Méd Ther* 2003;9(4):169-79.
38. Celentano DD, Stewart WF, Lipton RB, Reed ML. Medication use and disability among migraineurs: a national probability sample survey. *Headache* 1992;32(5):223-8.
39. Kryst S, Scherl E. A population-based survey of the social and personal impact of headache. *Headache* 1994;34(6):344-50.
40. Von Korff M, Galer BS, Stang P. Chronic use of symptomatic headache medications. *Pain* 1995;62:179-86.
41. Lucas C, Lantéri-Minet M, Chaffaut C. Comportements thérapeutiques des migraineux. FRAMIG 2000-II. *Douleurs* 2001;2(5):240-6.
42. Diener HC, Katsarava Z. Medication overuse headache. *Curr Med Res Opin* 2001;17 Suppl 1:S17-21.
43. Dousset V, Creac'h C, Radat F, Irachabal S, Henry P. Withdrawal in drug-induced headaches: clinical aspects, relationships with drug-abuse and outcome. EFIC 2000. Nice, 26-29 septembre 2000.
44. Lance F, Parkes C, Wilkinson M. Does analgesic abuse cause headaches de novo? [lettre]. *Headache* 1988;28(1):61-2.
45. Bowdler I, Kilian J. The association between analgesic abuse and headache. Coincidental or causal? [lettre]. *Headache* 1988;28(7):494.
46. Bahra A, Walsh M, Menon S, Goadsby PJ. Does chronic daily headache arise de novo in association with regular use of analgesics? *Headache* 2003;43(3):179-90.
47. Wilkinson SM, Becker WJ, Heine JA. Opiate use to control bowel motility may induce

- chronic daily headache in patients with migraine. *Headache* 2001;41(3):303-9.
48. Zwart JA, Dyb G, Hagen K, Svebak S, Holmen J. Analgesic use: a predictor of chronic pain and medication overuse headache. The Head-HUNT Study. *Neurology* 2003;61(2):160-4.
49. Dousset V, Chrysostome V, Ruiz B, Irachabal S, Laffitau M, Radat F et al. Does repeated subcutaneous administration sumatriptan produce an unfavorable evolution in cluster headache? *J Headache Pain* 2004;à paraître.
50. Mathew NT, Kurman R, Perez F. Drug induced refractory headache-clinical features and management. *Headache* 1990;30(10):634-8.
51. Limmroth V, Katsarava Z, Fritsche G, Przywara S, Diener HC. Features of medication overuse headache following overuse of different acute headache drugs. *Neurology* 2002;59(7):1011-4.
52. Lantéri-Minet M, Alchaar H, Coulet P, Chatel M. Overuse of new 5-Ht agonists (zolmitriptan and naratriptan) in migraine patients: clinical features. *Frontiers Headache Res* 2001;10:331-4.
53. Pini LA, Cicero AFG, Sandrini M. Long-term follow-up of patients treated for chronic headache with analgesic overuse. *Cephalalgia* 2001;21(9):878-83.
54. Goodman A. Addiction: definition and implications. *Br J Addict* 1990;85(11):1403-8.
55. American Psychiatric Association. DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris: Masson; 1996.
56. Holroyd KA, Stensland M, Lipchik GL, Hill KR, O'Donnell FS, Cordingley G. Psychosocial correlates and impact of chronic tension-type headaches. *Headache* 2000;40(1):3-16.
57. Puca F, Guazzelli M, Scirucchio V, Libro G, Sarchielli P, Russo S et al. Psychiatric disorders in chronic daily headache: detection by means of the SCID interview. *J Headache Pain* 2000;1:S33-7.
58. Curioso EP, Young WB, Shechter AL, Kaiser RS. Psychiatric comorbidity predicts outcome in chronic daily headache patients [abstract]. *Neurology* 1999;52(6 Suppl 2):A471.
59. Okasha A, Ismail MK, Khalil AH, el Fiki R, Soliman A, Okasha T. A psychiatric study of nonorganic chronic headache patients. *Psychosomatics* 1999;40(3):233-8.
60. Verri AP, Proietti Cecchini A, Galli C, Granella F, Sandrini G, Nappi G. Psychiatric comorbidity in chronic daily headache. *Cephalalgia* 1998;18 Suppl 21:45-9.
61. Radat F, Sakh D, Lutz G, el Amrani M, Massiou H, Bousser MG. Importance de la comorbidité anxieuse et dépressive chez les migraineux avec abus d'antalgiques (étude cas/témoins). *Ann Méd Psychol* 1998;156(8):562-5.
62. Mitsikostas DD, Thomas AM. Comorbidity of headache and depressive disorders. *Cephalalgia* 1999;19(4):211-7.

63. Falaschi P, Cerbo R, di Cesare G, Cusimano G, Iellamo R, Formisano R et al. Common migraine versus daily chronic headache: a study of the relationship between depression and anxiety scores, and dexamethasone suppression test. *Cephalalgia* 1985;5 Suppl 2:215-7.
64. Magnusson JE, Becker WJ. A comparison of disability and psychological factors in migraine and transformed migraine. *Cephalalgia* 2002;22(3):172-8.
65. Juang KD, Wang SJ, Fuh JL, Lu SR, Su TP. Comorbidity of depressive and anxiety disorders in chronic daily headache and its subtypes. *Headache* 2000;40(10):818-23.
66. Cerutti PG, Micieli G, Tassorelli C, d'Avola G, Verri AP, Nappi G. Personality pattern and analgesic abuse in chronic headache patients. *Cephalalgia* 1989;9:246-7.
67. Breslau N, Schultz LR, Stewart WF, Lipton RB, Lucia VC, Welch KMA. Headache and major depression. Is the association specific to migraine? *Neurology* 2000;54:308-13.
68. Srikiatkachorn A, Puangniyom S, Govitrapong P. Plasticity of 5-HT_{2A} serotonin receptor in patients with analgesic-induced transformed migraine. *Headache* 1998;38(7):534-9.
69. Marcus DA. Identification of patients with headache at risk of psychological distress. *Headache* 2000;40(5):373-6.
70. Holden EW, Gladstein J, Trulsen M, Wall B. Chronic daily headache in children and adolescents. *Headache* 1994;34(9):508-14.
71. Kashikar-Zuck S, Goldschneider KR, Powers SW, Vaught MH, Hershey AD. Depression and functional disability in chronic pediatric pain. *Clin J Pain* 2001;17(4):341-9.
72. Holm JE, Holroyd KA, Hursey KG, Penzien DB. The role of stress in recurrent tension headache. *Headache* 1986;26(4):160-7.
73. De Benedittis G, Lorenzetti A. Minor stressful life events (daily hassles) in chronic primary headache: relationship with MMPI personality patterns. *Headache* 1992;32(7):330-4.
74. Rollnik JD, Karst M, Fink M, Dengler R. Coping strategies in episodic and chronic tension-type headache. *Headache* 2001;41(3):297-302.
75. French DJ, Holroyd KA, Pinell C, Malinoski PT, O'Donnell F, Hill KR. Perceived self-efficacy and headache-related disability. *Headache* 2000;40(8):647-56.
76. Portenoy RK. Opioid therapy for chronic nonmalignant pain: a review of the critical issues. *J Pain Symptom Manage* 1996;11(4):203-17.
77. Fishbain DA, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Drug abuse, dependence, and addiction in chronic pain patients. *Clin J Pain* 1992;8(2):77-85.
78. Breslau N, Davis GC. Migraine, physical health and psychiatric disorder: a prospective epidemiologic study in young adults. *J Psychiatr Res* 1993;27(2):211-21.

79. Radat F, Irachabal S, Swendsen J, Henry P. Abus d'antalgiques et comorbidité psychiatrique chez les céphalalgiques. *L'Encéphale* 2002;28(5, Cah1):466-71.
80. Radat F, Irachabal S, Creac'h C, Sibrac MC, Dousset V, Swendsen JD et al. Nosological problems in assessing abuse in migraine patients: preliminary results of a neuro-psycho-physiological study [abstract]. *Cephalalgia* 2001;21:466.
81. Michultka DM, Blanchard EB, Appelbaum KA, Jaccard J, Dentinger MP. The refractory headache patient. II. High medication consumption (analgesic rebound) headache. *Behav Res Ther* 1989;27(4):411-20.
82. Ferrari A, Sternieri E. Chronic headache and analgesic abuse. In: de Marinis M, Granelle F, ed. *Ten years of headache research in Italy*. Roma: CIC Edizioni Internazionali; 1996. p. 44-54.
83. Daubech JF, Henry P, Boulan-Predseil P. Psychopathologie des céphalées iatrogènes chroniques. La migraine est-elle une toxicomanie ? In: *La mémoire : approche critique et données récentes. Les céphalées médicamenteuses*. Rueil-Malmaison: Laboratoires Sandoz; 1995. p. 99-106.
84. Perrin AM. De l'interaction sujet-médicament dans le cadre de migraines transformées à la question de la relation d'objet. *Doul Analg* 2002;15(3):159-62.
85. Asmundson GJG, Norton PJ, Veloso F. Anxiety sensitivity and fear of pain in patients with recurring headaches. *Behav Res Ther* 1999;37(8):703-13.
86. Primavera JP, Kaiser RS. The relationship between locus of control, amount of pre-admission analgesic/ergot overuse, and length of stay for patients admitted for inpatient treatment of chronic headache. *Headache* 1994;34(4):204-8.
87. Dworkin RH, Hartstein G, Rosner HL, Walther RR, Sweeney EW, Brand L. A high-risk method for studying psychosocial antecedents of chronic pain: the prospective investigation of herpes zoster. *J Abnorm Psychol* 1992;101(1):200-5.
88. Laffitau M, Irachabal S, Radat F, Creac'h C, Henry P, Bruchon-Schweitzer M. What differences between migraineurs with and without chronic substance use? 6th congress of the European Headache Federation Congress, Istanbul, June 16-20 2002.
89. Ehde DM, Holm JE. Stress and headache: comparisons of migraine, tension, and headache-free subjects. *Headache Q* 1992;3(1):54-60.
90. Bogduk N, Jensen R. Anatomy and pathology of tension-type headache. In: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, ed. *The Headaches*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. p. 551-9.
91. Travell JG, Simons DG. Douleurs et troubles fonctionnels myofasciaux. *Traité des points-détente musculaires*. Bruxelles: Editions Haug International; 1993.
92. Rugh JD, Hatch JP, Moore PJ, Cyr-Provost M, Boutros NN, Pellegrino CS. The effects of psychological stress on electromyographic activity and negative affect in ambulatory tension-type headache patients. *Headache* 1990;30(4):216-9.

93. Marcus DA, Scharff L, Turk DC. Hormonal and neurochemical changes in menopause and chronic headaches: a conceptual model. *Headache Q* 1996;7(4):294-305.
94. Kudrow L. Paradoxical effects of frequent analgesic use. *Adv Neurol* 1982;33:335-41.
95. Suhr B, Evers S, Bauer B, Gralow I, Grottemeyer KH, Husstedt IW. Drug-induced headache: long-term results of stationary versus ambulatory withdrawal therapy. *Cephalalgia* 1999;19(1):44-9.
96. Warner JS. Prolonged recovery from rebound headaches. *Headache* 2001;41(8):817-22.
97. Silberstein SD, Liu D. Drug overuse and rebound headache. *Curr Pain Headache Rep* 2002;6(3):240-7.
98. Raskin NH. Repetitive intravenous dihydroergotamine as therapy for intractable migraine. *Neurology* 1986;36(7):995-7.
99. Mathew NT. Amelioration of ergotamine withdrawal symptoms with naproxen. *Headache* 1987;27(3):130-3.
100. Baumgartner C, Wessely P, Bingöl C, Maly J, Holzner F. Longterm prognosis of analgesic withdrawal in patients with drug-induced headaches. *Headache* 1989;29(8):510-4.
101. Silberstein SD, Schulman EA, McFadden Hopkins M. Repetitive intravenous DHE in the treatment of refractory headache. *Headache* 1990;30(6):334-9.
102. Mathew NT, Ali S. Valproate in the treatment of persistent chronic daily headache. An open label study. *Headache* 1991;31(2):71-4.
103. Diener HC, Haab J, Peters C, Ried S, Dichgans J, Pilgrim A. Subcutaneous sumatriptan in the treatment of headache during withdrawal from drug-induced headache. *Headache* 1991;31(4):205-9.
104. Hering R, Steiner TJ. Abrupt outpatient withdrawal of medication in analgesic-abusing migraineurs. *Lancet* 1991;337(8755):1442-3.
105. Graff-Radford SB, Bittar GT. The use of methylergonovine (Methergine®) in the initial control of drug induced refractory headache. *Headache* 1993;33(7):390-3.
106. Pini LA, Bigarelli M, Vitale G, Sternieri E. Headaches associated with chronic use of analgesics: a therapeutic approach. *Headache* 1996;36(7):433-9.
107. Bonuccelli U, Nuti A, Lucetti C, Pavese N, dell'Agnello G, Muratorio A. Amitriptyline and dexamethasone combined treatment in drug-induced headache. *Cephalalgia* 1996;16:197-200.
108. Krusz JC, Belanger J, Mills C. Tizanidine: a novel effective agent for the treatment of chronic headaches. *Headache Q* 2000;11(1):41-5.
109. Smith TR. Low-dose tizanidine with nonsteroidal anti-inflammatory drugs for detoxification from analgesic rebound headache. *Headache* 2002;42(3):175-7.

110. Descombes S, Brefel-Courbon C, Thalamas C, Albucher JF, Rascol O, Montastruc JL et al. Amitriptyline treatment in chronic drug-induced headache: a double-blind comparative pilot study. *Headache* 2001;41(2):178-82.

111. Schwartz TH, Karpitskiy VV, Sohn RS. Intravenous valproate sodium in the treatment of daily headache. *Headache* 2002;42(6):519-22.

112. Saper JR, Lake AE, Cantrell DT, Winner PK, White JR. Chronic daily headache prophylaxis with tizanidine: a double-blind, placebo-controlled, multicenter outcome study. *Headache* 2002;42(6):470-82.

113. Rapoport AM, Bigal ME, Volcy M, Sheftell FD, Feleppa M, Tepper SJ. Naratriptan in the preventive treatment of refractory chronic migraine: a review of 27 cases. *Headache* 2003;43(5):482-9.

114. Krymchantowski AV, Moreira PF. Out-patient detoxification in chronic migraine: comparison of strategies. *Cephalalgia* 2003;23(10):982-93.

115. Williams DR, Stark RJ. Intravenous lignocaine (lidocaine) infusion for the treatment of chronic daily headache with substantial medication overuse. *Cephalalgia* 2003;23(10):963-71.

116. Lake AE, Saper JR, Madden SF, Kreeger C. Comprehensive inpatient treatment for intractable migraine: a prospective long-term outcome study. *Headache* 1993;33(2):55-62.

117. Lake AE. Behavioral and nonpharmacologic treatments of headache. *Med Clin N Am* 2001;85(4):1055-75.

118. Rokicki LA, Holroyd KA, France CR, Lipchik GL, France JL, Kvaal SA. Change mechanisms associated with combined relaxation/EMG biofeedback training for chronic tension headache. *Appl Psychophysiol Biofeedback* 1997;22(1):21-41.

119. Holroyd KA, O'Donnell FJ, Stensland M, Lipchik GL, Cordingley GE, Carlson BW. Management of chronic tension-type headache with tricyclic antidepressant medication, stress management therapy, and their combination. A randomized controlled trial. *JAMA* 2001;285(17):2208-15.

120. Blanchard EB, Appelbaum KA, Radnitz CL, Jaccard J, Dentinger MP. The refractory headache patient. I. Chronic, daily, high intensity headache. *Behav Res Ther* 1989;27(4):403-10.

121. Scharff L, Marcus DA. Interdisciplinary outpatient group treatment of intractable headache. *Headache* 1994;34(2):73-8.

122. Mannix LK, Chandurkar RS, Rybicki LA, Tusek DL, Solomon GD. Effect of guided imagery on quality of life for patients with chronic tension-type headache. *Headache* 1999;39(5):326-34.

123. Grazi L, Andrasik F, d'Amico D, Leone M, Usai S, Kass SJ et al. Behavioral and pharmacologic treatment of transformed migraine with analgesic overuse: outcome at 3 years. *Headache* 2002;42(6):483-90.

124. Holroyd KA, Malinoski PE, O'Donnell FJ, Cordingley GE, Lipchik GL. Antidepressant medication and cognitive-behavior therapy for CTTH: predictors of treatment response and dose-response relationships. *Headache* 2002;42:456-7.

125. Saper JR, Lake AE, Madden SF, Kreeger C. Comprehensive/tertiary care for headache: a 6-month outcome study. *Headache* 1999;39:249-63.

126. Boline PD, Kassak K, Bronfort G, Nelson C, Anderson AV. Spinal manipulation vs. amitriptyline for the treatment of chronic tension-type headaches: a randomized clinical trial. *J Manipulative Physiol Ther* 1995;18(3):148-54.

127. Allais G, de Lorenzo C, Quirico PE, Lupi G, Airola G, Mana O et al. Non-pharmacological approaches to chronic headaches: transcutaneous electrical nerve stimulation, lasertherapy and acupuncture in transformed migraine treatment. *Neurol Sci* 2003;24(Suppl. 2):S138-42.

128. Mannix LK, Solomon GD, Kippes CM, Kunkel RS. Impact of headache education program in the workplace. *Neurology* 1999;53(4):868-71.

129. Peres MFP, Young WB, Kaup AO, Zukerman E, Silberstein SD. Fibromyalgia is common in patients with transformed migraine. *Neurology* 2001;57(7):1326-8.

130. Scher AI, Lipton RB, Stewart W. Risk factors for chronic daily headache. *Curr Pain Headache Rep* 2002;6(6):486-91.

131. Aaron LA, Buchwald D. A review of the evidence for overlap among unexplained clinical conditions. *Ann Intern Med* 2001;134(9 Pt 2):868-81.

132. Diener HC, Tfelt-Hansen P. Headache associated with chronic use of substances. In: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, ed. *The headaches*. New York: Raven Press; 1993. p. 721-7.

133. Sillanpää M, Piekkala P, Kero P. Prevalence of headache at preschool age in an unselected child population. *Cephalalgia* 1991;11:239-42.

134. Abu-Arefeh I, Russell G. Prevalence of headache and migraine in schoolchildren. *BMJ* 1994;309:765-9.

135. Vasconcellos E, Piña-Garza JE, Millan EJ, Warner JS. Analgesic rebound headache in children and adolescents. *J Child Neurol* 1998;13(9):443-7.

136. Hershey AD, Powers SW, Bentti AL, LeCates S, DeGrauw TJ. Characterization of chronic daily headaches in children in a multidisciplinary headache center. *Neurology* 2001;56(8):1032-7.

137. Gladstein J, Holden EW, Winner P, Linder S. Chronic daily headache in children and adolescents: current status and recommendations for the future. *Headache* 1997;37:626-9.

138. Hering-Hanit R, Cohen A, Horev Z. Successful withdrawal from analgesic abuse in a group of youngsters with chronic daily headache. *J Child Neurol* 2001;16(6):448-9.

139. Koenig MA, Gladstein J, McCarter RJ, Hershey AD, Wasiewski W. Chronic daily headache in children and adolescents presenting to tertiary headache clinics. *Headache* 2002;42(6):491-500.

140. Hering-Hanit R, Gadoth N. Caffeine-induced headache in children and adolescents. *Cephalalgia* 2003;23(5):332-5.

141. Egger HL, Angold A, Costello EJ. Headaches and psychopathology in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37(9):951-8.