



Aspirine et paracétamol pour le traitement aigu des céphalées de tension épisodiques ?

Références

Stephens G, Derry S, Moore RA. Paracetamol (acetaminophen) for acute treatment of episodic tension-type headache in adults. Cochrane Database Syst Rev 2016, Issue 6. DOI: 10.1002/14651858.CD011889.pub2
Derry S, Wiffen PJ, Moore RA. Aspirin for acute treatment of episodic tension-type headache in adults. Cochrane Database Syst Rev 2017, Issue 1. DOI: 10.1002/14651858.CD011888.pub2

Analyse de

Pierre Chevalier, médecin généraliste

Nous avons déjà abordé dans la revue Minerva le traitement médicamenteux des céphalées de tension chez l'adulte, mais uniquement pour son volet préventif (1,2).

Les céphalées de tension sont qualifiées d'épisodiques non fréquentes ou fréquentes selon des **critères précis (IHS 2013) (3)**. Elles sont dites fréquentes s'il y a au moins 10 épisodes survenant au moins 1 jour mais moins de 15 jours par mois sur au moins 3 mois (donc au moins 12 jours et moins de 180 jours par an). Elles sont dites non fréquentes s'il y a au moins 10 épisodes par an et moins d'1 jour par mois (donc au moins 10 mais moins de 12 jours par an).

Pour le traitement des céphalées de tension épisodiques, une RCT de bonne qualité (4) avait analysé en 2003 l'efficacité du paracétamol et de l'aspirine versus placebo chez 638 sujets âgés de 16 à 65 ans. Elle avait tout d'abord montré une importante réponse placebo (54,5% de sujets avec diminution notable ou disparition de la douleur à 2 heures). Une efficacité statistiquement significativement supérieure était notée, versus placebo, pour ce critère, pour l'aspirine 1000 mg (75,7% ; $p = 0,0009$), l'aspirine 500 mg (70,3% ; $p = 0,011$), le paracétamol 1000 mg (71,2% ; $p = 0,007$) mais non le paracétamol 500 mg (63,8% ; $p = 0,104$).

Sur la base de cette RCT, le guide de pratique SIGN de 2008 (SIGN 2008) (5) recommandait le paracétamol et l'aspirine pour le traitement des crises de céphalées de tension.

Deux synthèses méthodiques de la Cochrane Collaboration ont récemment précisé l'intérêt de ces deux médicaments.

La première, publiée en 2016 (6), confirme l'intérêt du paracétamol 1000 mg versus placebo. Sur base de 8 RCTs (total de 5890 patients avec céphalées de tension épisodiques fréquentes), les auteurs concluent à un NNT de 22 (avec IC à 95% de 15 à 40, niveau de preuve élevé) pour la disparition de la douleur à 2 heures après administration du paracétamol, qualifiant le bénéfice clinique de faible.

Une deuxième synthèse méthodique, publiée en 2017 (7), a évalué l'intérêt de l'aspirine. Les auteurs incluent 5 RCTs, en double aveugle, incluant 1812 patients avec céphalées de tension épisodiques fréquentes. Aucune étude n'est à faible risque de biais dans tous les domaines investigués et aucune ne donne de résultat pour la disparition de la douleur à 2 heures post-administration du médicament. Quelques études montrent des résultats favorables pour d'autres critères :

- 1 étude en termes de diminution forte ou de disparition de la douleur à 2 heures (4)
- 2 études pour un recours moindre à d'autres médicaments : 14% des sujets recevant 1000 mg d'aspirine versus 31% sous placebo ; NNT de 6,0 (avec IC à 95% de 4,1 à 12)
- 2 études avec meilleure satisfaction des patients avec l'aspirine 1000 mg qu'avec le placebo.

Les preuves sont de très faible qualité (faible pour le recours à d'autres médicaments), chez des adultes présentant des épisodes fréquents de céphalées de tension.

Conclusion

L'aspirine (1000 mg) et le paracétamol (1000 mg) ont montré une certaine efficacité pour soulager la douleur en cas de céphalées de tension épisodiques fréquentes, mais les preuves sont (très) faibles pour l'aspirine, plus solides pour le paracétamol mais avec un bénéfice clinique jugé faible.

Pour la pratique

Sur la base d'une RCT, le guide de pratique SIGN de 2008 (5) recommandait le paracétamol et l'aspirine pour le traitement des crises de céphalées de tension. Deux synthèses méthodiques de la Cochrane Collaboration ici analysées confirment l'intérêt de ces deux médicaments mais en soulignant la faiblesse des preuves pour l'aspirine et le bénéfice clinique faible pour le paracétamol (6,7).

Références

1. Vanwelde C. Céphalées de tension : traitement prophylactique utile ? *MinervaF* 2011;10(10):123-4.
2. Verhagen AP, Damen L, Berger MY, et al. Lack of benefit for prophylactic drugs of tension-type headache in adults: a systematic review. *Fam Pract* 2010;27:151-65. DOI: 10.1093/fampra/cmp089
3. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia* 2013;33:629-808. DOI: 10.1177/0333102413485658
4. Steiner TJ, Lange R, Voelker M. Aspirin in episodic tension-type headache: placebo-controlled dose-ranging comparison with paracetamol. *Cephalalgia* 2003;23:59-66. DOI: 10.1046/j.1468-2982.2003.00470.x
5. Diagnosis and management of headache in adults. A national clinical guideline. SIGN 2008.
6. Stephens G, Derry S, Moore RA. Paracetamol (acetaminophen) for acute treatment of episodic tension-type headache in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2016, Issue 6. DOI: 10.1002/14651858.CD011889.pub2
7. Derry S, Wiffen PJ, Moore RA. Aspirin for acute treatment of episodic tension-type headache in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2017, Issue 1. DOI: 10.1002/14651858.CD011888.pub2