

Migraine : sous-diagnostiquée

Les traitements de la crise et de fond peuvent être associés à des thérapies non médicamenteuses.

DR VIOLAINE GONON*, PARIS

1. La migraine est une affection neurologique chronique fréquente (17 à 21% des adultes) et largement sous-diagnostiquée.

2. On distingue les migraines sans aura et les migraines avec aura. Les plus fréquentes sont les céphalées migraineuses qui évoluent par crises, durant entre 4 et 72 heures, elles sont souvent unilatérales, pulsatiles, d'intensité modérée (gênant les activités quotidiennes) à sévères (nécessitant de se coucher), aggravées par les activités physiques de routine. Elles peuvent s'accompagner de nausées et/ou de vomissements et d'une photophonopobie. La moitié des migraineux ont des douleurs bilatérales. Dans les migraines avec aura (20 à 30% des migraineux), la céphalée est précédée d'un trouble neurologique transitoire entièrement réversible (trouble visuel dans la majorité des cas).

On utilise les critères de l'International Headache Society (IHS) pour poser le diagnostic de migraine.

3. Il faut différencier une migraine d'une céphalée de tension (céphalée en général diffuse, non pulsatile et non aggravée par l'effort, sans signes digestifs, parfois accompagnée de photophobie ou de photophobie mais pas en même temps). Elles peuvent être intriquées avec de réelles migraines chez un même patient.

4. La migraine est une maladie handicapante (2 crises ou plus par mois chez 42 à 50% des patients, intensité sévère à très sévère chez plus de la moitié des patients).

5. On conseille la tenue d'un agenda des crises, avec le nombre, la durée et l'intensité des crises, les médicaments utilisés. La mise en évidence d'éventuels facteurs déclenchants est importante et fait partie



de l'éducation thérapeutique du patient (prise d'alcool, période menstruelle, bruit, lumière forte, changements de rythme).

6. Les traitements de crise ont pour objectif de soulager totalement le patient dans les deux heures suivant la prise. L'aspirine (au maximum 3 g/j), avec ou sans métoclopramide, est fortement recommandée ; au contraire du paracétamol, notamment associé à la caféine (source de chronicisation des migraines). Viennent ensuite les AINS (diclofénac, flurbiprofène, naproxène, ibuprofène et kétoprofène ; les deux derniers ayant seuls l'AMM dans la migraine), avec une recommandation forte.

Six triptans ont enfin l'AMM – almotriptan, élétriptan, frovatriptan, naratriptan, rizatriptan, sumatriptan – et sont fortement recommandés.

On prescrira sur la même ordonnance un AINS et un triptan, avec en premier l'AINS en cas de céphalée d'intensité faible, avec l'ajout d'un triptan secondairement si l'efficacité est incomplète après une heure. Dans les douleurs d'intensité modérée à sévère, on commencera par le triptan, puis une heure après l'AINS si besoin. Dans la migraine avec aura, l'AINS sera pris pendant l'aura et le triptan au moment de la céphalée.

Le triptan et l'AINS pourront être associés d'emblée en cas d'insuffisance d'efficacité du schéma précédent.

7. Le traitement de fond sera institué chez les patients utilisant un traitement de crise au moins huit jours par mois, ayant

une migraine chronique (au moins 15 jours de céphalées par mois) ou avec une migraine sévère (autoquestionnaire HIT-6 à utiliser systématiquement, ou interruption au moins 1 fois sur 2 de l'activité à cause de la crise).

Les bêtabloquants (métoprolol et propranolol) sont recommandés dans la migraine épisodique. En cas de non-possibilité de recevoir un bêtabloquant, on recommande l'amitriptyline et le topiramate. Ce dernier sera prescrit en premier en cas de migraine chronique.

On maintient en général ce traitement entre six mois à un an, après un bilan clinique à trois mois (il est considéré comme efficace s'il réduit de 50% la fréquence des crises), puis on le diminue progressivement. Ce traitement pourra être repris si la fréquence des crises augmente à nouveau à distance.

L'association de deux traitements de fond n'est pas recommandée, il est conseillé d'augmenter les doses dans un premier temps.

8. Les anti-CGRP (érenumab, galcanézumab, frémanézumab) sont recommandés après l'échec d'au moins deux traitements de fond et au moins huit jours de migraine épisodique par mois. Ils pourront également être prescrits dans les migraines chroniques, après échec de deux traitements prophylactiques, dont le topiramate. Actuellement, seul le galcanézumab est disponible en pharmacie, sans remboursement.

9. Chez les migraineuses jeunes, souffrant de migraines avec aura, la contraception orale combinée est contre-indiquée, d'autant plus s'il existe un tabagisme (majoration du risque neurovasculaire).

10. Les traitements non médicamenteux (relaxation, biofeedback, thérapies cognitivo-comportementales) ont également fait preuve d'efficacité.

RÉFÉRENCE

The International Classification of Headache Disorders: 2nd revision. Cephalalgia 2004;24(suppl.1):9-160.

* Le Dr Gonon déclare n'avoir aucun lien d'intérêts concernant les données de cet article.