

Faculté de Pharmacie

Année 2021

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Pharmacie

Présentée et soutenue publiquement

le 29 janvier 2021

Par

Madame BICAR YOEUING Eda

Né(e) le 30/10/1996 à Perpignan

Rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge de la migraine et des céphalées chroniques quotidiennes par abus médicamenteux

Thèse dirigée par Monsieur Karim DARDIM

Examineurs :

Mme. Lengo MAMBU, Professeur

M. Karim DARDIM, Docteur en pharmacie

Mme. Jeanne COOK-MOREAU, Maître de conférences

M. Cyrille LAMANDE, Docteur en pharmacie

Président du Jury

Directeur de thèse

Juge

Juge

Faculté de Pharmacie

Année 2021

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Pharmacie

Présentée et soutenue publiquement

le 29 janvier 2021

Par

Madame BICAR YOEUING Eda

Né(e) le 30/10/1996 à Perpignan

Rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge de la migraine et des céphalées chroniques quotidiennes par abus médicamenteux

Thèse dirigée par Monsieur Karim DARDIM

Examineurs :

Mme. Lengo MAMBU, Professeur

M. Karim DARDIM, Docteur en pharmacie

Mme. Jeanne COOK-MOREAU, Maître de conférences

M. Cyrille LAMANDE, Docteur en pharmacie

Président du Jury

Directeur de thèse

Juge

Juge



Liste des enseignants

Le 1^{er} septembre 2020

PROFESSEURS :

BATTU Serge	CHIMIE ANALYTIQUE
CARDOT Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
DESMOULIERE Alexis	PHYSIOLOGIE
DUROUX Jean-Luc	BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET INFORMATIQUE
FAGNERE Catherine	CHIMIE THERAPEUTIQUE - CHIMIE ORGANIQUE
LIAGRE Bertrand	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
MAMBU Lengo	PHARMACOGNOSIE
ROUSSEAU Annick	BIOSTATISTIQUE
TROUILLAS Patrick	CHIMIE PHYSIQUE - PHYSIQUE
VIANA Marylène	PHARMACOTECHNIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES :

PICARD Nicolas	PHARMACOLOGIE
ROGEZ Sylvie	BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE
SAINT-MARCOUX Franck	TOXICOLOGIE

ASSISTANT HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES :

CHAUZEIX Jasmine	HÉMATOLOGIE (du 01.11.2018 au 31.10.2019)
JOST Jérémy	PHARMACIE CLINIQUE (du 01.11.2018 au 31.10.2019)

MAITRES DE CONFERENCES :

BASLY Jean-Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
BEAUBRUN-GIRY Karine	PHARMACOTECHNIE

BÉGAUD Gaëlle	CHIMIE ANALYTIQUE ET CONTRÔLE DU MÉDICAMENT
BILLET Fabrice	PHYSIOLOGIE
CALLISTE Claude	BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET INFORMATIQUE
CLÉDAT Dominique	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
COMBY Francis	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
COURTIOUX Bertrand	PHARMACOLOGIE, PARASITOLOGIE
DELEBASSÉE Sylvie	MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE-IMMUNOLOGIE
DEMIOT Claire-Elise	PHARMACOLOGIE
FABRE Gabin	SCIENCES PHYSICO-CHIMIQUES ET INGÉNIERIE APPLIQUÉE
FROISSARD Didier	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE
JAMBUT Anne-Catherine	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
LABROUSSE Pascal	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE
LAVERDET-POUCH Betty	PHARMACIE GALÉNIQUE
LEGER David	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
MARION-THORE Sandrine	CHIMIE ORGANIQUE ET THÉRAPEUTIQUE (jusqu'au 31.01.2019)
MARRE-FOURNIER Françoise	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
MERCIER Aurélien	PARASITOLOGIE
MILLOT Marion	PHARMACOGNOSIE
MOREAU Jeanne	MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE-IMMUNOLOGIE
PASCAUD-MATHIEU Patricia	PHARMACIE GALÉNIQUE – BIOMATÉRIAUX CERAMIQUES
POUGET Christelle	CHIMIE ORGANIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
VIGNOLES Philippe	BIOPHYSIQUE, BIOMATHÉMATIQUES ET INFORMATIQUE

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE :

BOUDOT Clotilde

MICROBIOLOGIE

(du 01/09/2018 au 31/08/2020)

MARCHAND Guillaume

(du 01/09/2019 au 31/08/2020)

PROFESSEURS EMERITES :

DREYFUSS Gilles (jusqu'au 31/03/2020)

Remerciements

À mon directeur de thèse, Monsieur Karim DARDIM, Docteur en pharmacie, pharmacien gérant à l'Association Limousine pour l'Utilisation du Rein Artificiel Domicile (ALURAD) à Limoges. Je vous remercie d'avoir accepté de m'encadrer pour cette thèse, pour votre disponibilité malgré la distance, et pour tous vos précieux conseils pour arriver à terme de ce travail.

À ma présidente de thèse, Madame Lengo MAMBU, Professeur à la faculté de Pharmacie de Limoges. Je vous remercie profondément d'avoir porté un intérêt à mon travail et d'avoir accepté de présider le jury de ma thèse.

À Madame Jeanne COOK-MOREAU, Maître de conférences à la faculté de pharmacie de Limoges. Merci d'avoir accepté de participer à mon jury. Soyez assuré de mon respect et de ma reconnaissance.

À Monsieur Cyrille LAMANDE, Docteur en pharmacie, pharmacien titulaire de la pharmacie Lamande à Perpignan. Vous m'avez fait honneur en acceptant de faire partie de mon jury de thèse. Je vous serai toujours reconnaissante de m'avoir acceptée en tant que stagiaire au cours de ma sixième année, d'avoir eu confiance en moi et de m'avoir donné l'opportunité de travailler en tant que pharmacien au sein de votre officine.

À mes parents, Merci de m'avoir permis de réaliser ces études dans les meilleures conditions, de m'avoir toujours soutenu et encouragé. Je vous remercie de tout mon cœur, et je tiens à dire que je vous aime très fort. J'espère vous rendre fiers par ce travail qui représente la fin de ces six longues années d'études.

À mes sœurs, Ayse et Arife, Je vous remercie d'avoir toujours été présentes, et pour tous les conseils bienveillants que vous m'avez donnés. Je vous souhaite une vie pleine de réussites et beaucoup de bonheur.

À mon mari, Pascal, le pilier de ma vie. Merci pour ton soutien moral et ta patience. Tu as toujours cru en moi et a su me donner la force, le courage et le sourire dans n'importe quelle circonstance. Merci de faire partie de ma vie. Je t'aime.

À Angelina, Anne, Wendy, Aude, Eglantine, Merci pour toutes ces années de fac inoubliables, et d'avoir toujours été présentes dans les bons moments comme dans les plus difficiles. Vous êtes des amis formidables.

À mes amis d'enfance Aurélie, Habi, Senabou, Clara, Soraia, Geraldine, Je n'oublierai jamais nos bons moments passés ensemble. Merci d'avoir toujours été disponible malgré la distance.

À Sébastien, Merci d'avoir porté un intérêt pour ma thèse et de m'avoir accordé de ton temps pour la relecture de ce travail.

Enfin, je tiens à remercier tous les enseignants de la faculté pour leurs enseignements dispensés au cours de ces six années d'études qui me serviront tout au long de ma carrière.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Introduction	17
I. Généralités sur la migraine.....	18
I.1. Classification internationales des céphalées (4,5).....	18
I.2. Interrogatoire et examen clinique d'un patient céphalalgique (6).....	19
I.2.1. Interrogatoire	19
I.2.2. Examen clinique	24
I.2.3. Diagnostic différentiel de la migraine	24
I.3. Définition de la migraine (7,8)	24
I.4. Distinction entre migraine et céphalée de tension (9,10).....	25
I.5. Les différentes phases de la migraine (11).....	26
I.5.1. Prodrome	27
I.5.2. L'aura et la différence avec le prodrome.....	27
I.5.3. Crise de migraine	27
I.5.4. Postdrome.....	27
I.6. Epidémiologie et impact de la migraine	28
I.6.1. Prévalence de la migraine (2,12-14).....	28
I.6.2. Impact individuel de la migraine (15)	28
I.6.3. Impact sociétale de la migraine (15)	29
I.7. Physiopathologie de la migraine (1)	29
I.7.1. Déclenchement de la crise	29
I.7.2. Aura migraineuse	30
I.7.3. Céphalée migraineuse.....	30
I.8. Génétique de la migraine (16).....	31
I.8.1. Cas particulier de la migraine hémiplegique familiale	31
I.9. Facteurs déclenchants (17).....	31
I.9.1. Variation hormonale chez la femme	32
I.9.2. Changements de rythme de vie, de rythme de sommeil, facteurs alimentaires.....	32
I.9.3. Modification de l'environnement	32
I.10. Migraine et comorbidités psychiatriques.....	33
I.10.1. Troubles anxieux et de l'humeur (18,19).....	33
I.10.2. Troubles de la personnalité (18)	33
I.11. Diagnostic clinique de la migraine (2).....	33
I.11.1. Migraine sans aura	35
I.11.2. Migraine avec aura	36
I.11.3. Place des examens complémentaires (2,22)	40
I.12. Maux de tête et troubles de la vision (23).....	41
I.13. Complications de la migraine	42
I.13.1. Migraine chronique (24).....	42
I.13.2. Céphalée par abus médicamenteux ou CCQ par abus de médicaments (26).....	42
I.13.3. Etat de mal migraineux (27).....	42
I.13.4. Aura persistante sans infarctus (27)	42
I.13.5. Infarctus migraineux (27)	43
I.13.6. Epilepsie déclenchée par une aura migraineuse (27)	43
I.14. Situations particulières	43
I.14.1. Migraine de l'enfant (28).....	43

I.14.2. Migraine du sujet âgé (29)	44
I.15. Migraine et vie hormonale de la femme (30,31)	44
I.15.1. Migraine et puberté (30)	45
I.15.2. Migraine cataméniale (30)	45
I.15.3. Migraine et contraception orale (30,33)	46
I.15.4. Migraine et grossesse (34)	47
I.15.5. Migraine et allaitement (30)	48
I.15.6. Migraine et ménopause (30).....	48
II. Prise en charge du patient migraineux.....	50
II.1. Evaluation de la migraine pour une prise en charge optimale	50
II.1.1. Evaluation du handicap du migraineux (2,35,36)	50
II.1.2. Evaluation du retentissement émotionnel	52
II.2. Prise en charge non médicamenteuse	53
II.2.1. Tenue d'un agenda des migraines (38)	53
II.2.2. Eviction des facteurs déclenchants et conseils d'hygiène de vie (39,40)	54
II.2.3. Thérapies agissant sur le stress et l'anxiété (2)	55
II.2.3.1. La relaxation (41,42)	55
II.2.3.2. Le biofeedback (43)	55
II.2.3.3. La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) (44).....	56
II.2.4. La neuromodulation (45).....	56
II.3. Prise en charge médicamenteuse.....	57
II.3.1. Traitement de la crise	57
II.3.1.1. Traitements non spécifiques de la crise migraineuse	58
II.3.1.1.1. Les AINS (47)	58
II.3.1.1.2. L'Acide acétylsalicylique (AAS) (48–50).....	59
II.3.1.1.3. Le paracétamol (51).....	60
II.3.1.2. Traitements spécifiques de la crise migraineuse	61
II.3.1.2.1. Les triptans (2).....	61
II.3.1.2.2. Les dérivés ergotés (54)	63
II.3.1.3. Méta-analyse sur l'efficacité des triptans entre eux et par rapport aux autres traitements (55).....	65
II.3.1.4. Stratégie thérapeutique de la crise migraineuse (56,57)	69
II.3.1.5. Médicaments adjuvants (56)	72
II.3.1.5.1. Caféine	72
II.3.1.5.2. Antiémétiques.....	72
II.3.1.5.3. Anxiolytiques et hypnotiques	72
II.3.1.6. Médicaments à éviter	72
II.3.2. Traitement de fond ou traitement prophylactique (57,60).....	73
II.3.2.1. Molécules utilisées dans le traitement de fond (60)	73
II.3.2.2. Stratégie thérapeutique du traitement de fond.....	74
II.3.2.2.1. Les bêtabloquants (54,61,62)	76
II.3.2.2.2. Antidépresseurs (63)	77
II.3.2.2.3. Les antiépileptiques (64).....	78
II.3.2.2.4. Les antimigraineux spécifiques.....	78
II.3.2.2.4.1. L'oxétorone (Nocertone®) (65).....	79
II.3.2.2.4.2. Le pizotifène (Sanmigran®) (66)	79
II.3.2.2.4.3. La flunarizine (Sibélium®) (67).....	79
II.4. Situations particulières	81

II.4.1. Traitement de la migraine de l'enfant et de l'adolescent (2)	81
II.4.2. Migraine du sujet âgé	81
II.4.3. Migraine cataméniale (2)	82
II.4.4. Migraine et grossesse (68,69)	82
II.4.5. Migraine et allaitement	84
II.5. Nouveaux anticorps monoclonaux : nouvelle option thérapeutique ? (40,70)	84
II.6. Rôle du pharmacien d'officine	86
II.6.1. Dépistage (71)	86
II.6.2. Accompagnement du patient et conseils (72)	87
II.6.3. Thérapies complémentaires (31)	87
II.6.3.1. Acupuncture	87
II.6.3.2. Homéopathie et manipulation cervicales	88
II.6.4. Phytothérapie et aromathérapie (73–75)	88
II.6.4.1. La Grande Camomille ou Partenelle (<i>Tanacetum parthenium</i>)	88
II.6.4.2. La Menthe poivrée (<i>Mentha piperita</i>)	88
II.6.4.3. Le Saule blanc (<i>Salix alba</i>)	88
II.6.4.4. La Reine-des-prés (<i>Filipendula ulmaria</i>)	89
II.6.4.5. Les plantes riches en caféine	89
II.6.5. Prévention de l'abus médicamenteux	89
III. Les céphalées chroniques quotidiennes (CCQ) par abus médicamenteux	90
III.1. Définition des CCQ	90
III.2. Épidémiologie (26)	91
III.3. Retentissement des CCQ (26)	91
III.4. Facteurs associés (26)	91
III.4.1. Abus médicamenteux	91
III.4.2. Facteurs psychopathologiques	92
III.4.3. Facteurs hormonaux	92
III.4.4. Facteurs musculo-squelettiques	93
III.5. Diagnostic d'une CCQ (26)	93
III.5.1. Diagnostic positif	93
III.5.2. Diagnostic différentiel	93
III.6. Prise en charge des CCQ (26)	93
III.6.1. Prise en charge des CCQ avec abus médicamenteux	94
III.6.1.1. Modalités de sevrage	94
III.6.1.2. Mesures d'accompagnement possibles pharmacologiques ou non	94
III.6.1.3. Modalités de suivi et prévention des rechutes de la surconsommation médicamenteuse	95
III.6.2. CCQ sans abus médicamenteux	95
III.7. Prévention primaire des CCQ (26)	95
III.7.1. Identification et prise en charge des patients à risque	95
III.7.2. Sensibilisation des patients et des acteurs de santé	95
III.7.3. CCQ chez l'enfant et l'adolescent	96
Conclusion	97
Références bibliographiques	98
Annexes	104
Serment De Galien	110

Table des illustrations

Figure 1 : Orientation diagnostique : quatre situations différentes (6)	21
Figure 2 : Développement de la migraine au cours du temps (11)	26
Figure 3 : Exemple 1 d'aura visuelle migraineuse (20)	37
Figure 4 : Exemple 2 d'aura visuelle migraineuse.....	37
Figure 5 : Changements hormonaux et incidence de la migraine sans aura chez les femmes (32).....	45
Figure 6 : Changements hormonaux et incidence de la migraine sans aura chez les femmes (32).....	47
Figure 7 : Changements hormonaux et incidence de la migraine sans aura chez les femmes (32).....	48
Figure 8 : Comparaison de l'efficacité entre les comprimés de triptans à DS.....	67
Figure 9 : Stratégies thérapeutiques au cours de la crise de migraine : stratégie « séquentielle » (58).....	69
Figure 10 : Stratégies thérapeutiques au cours de la crise de migraine : stratégie « stratifiée » (58)	69
Figure 11 : Arbre décisionnel pour la prise en charge pharmacologique de la crise de migraine (57)	70
Figure 12 : Arbre décisionnel pour le traitement de fond de la migraine (57)	74
Figure 13 : Migraine : la connaître et la repérer, ses causes, symptômes et traitements	86
Figure 14 : Principaux modes d'évolution vers une CCQ (26).....	91

Table des tableaux

Tableau 1 : Classification Internationale des Céphalées, 3 ^e édition (ICHD-3) (4).....	18
Tableau 2 : Cinq étapes de l'interrogatoire d'un patient avec une céphalée chronique (ancienne, habituelle) épisodique ou chronique quotidienne (5)	19
Tableau 3 : Autoquestionnaire : Comment caractériser votre céphalée ? (6).....	20
Tableau 4 : Caractéristiques de la céphalée de tension et de la migraine (10)	25
Tableau 5 : Grades croissants de perte de productivité en nombre de jours sur un trimestre (15).....	28
Tableau 6 : Les différents types de migraine selon la classification de l'IHS.....	34
Tableau 7 : Critères de la migraine sans aura (adaptés des critères IHS) (2)	35
Tableau 8 : Critères de la migraine avec aura typique (adaptés des critères IHS) (2).....	36
Tableau 9 : Critères diagnostiques de la migraine hémiplégique (21).....	39
Tableau 10 : Récapitulatif des médicaments ayant l'AMM dans le traitement de la crise migraineuse (2)	64
Tableau 11 : Efficacité des molécules utilisées dans le traitement de fond.....	73
Tableau 12 : Récapitulatif des médicaments utilisés dans le traitement de fond de la migraine (2).....	80

Liste des abréviations

ICHD : International Classification of Headache Disorders
IHS : International Headache Society.
CCQ : Céphalée Chronique Quotidienne
AVF : Algie Vasculaire de la Face
HTA : HyperTension Artérielle
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
STV : Système Trigémino-Vasculaire
SD : Spreading Depression
EEG : Electroencéphalogramme
AVC : Accident Vasculaire Cérébrale
IDM : Infarctus Du Myocarde
THS : Traitement Hormonal Substitutif
SFEMC : Société Française d'Etude des Migraines et Céphalées
HIT-6 : Headache Impact Test
MIDAS : Migraine Disability Assessment Questionnaire
HAD : Hospital Anxiety and Depression scale
TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale
AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien
AMM : Autorisation de mise sur le marché
COX : Cyclo-Oxygénase
CI : Contre-Indication
ASDEC : ASsociation DEConseillée
PE : Précaution d'Emploi
IEC : Inhibiteurs de l'enzyme de conversion
ARA II : Antagoniste des Récepteurs de l'Angiotensine II
UGD : Ulcère Gastro-Duodéal
AAS : Acide AcétylSalicylique
AIT : Accident Ischémique Transitoire
IMAO : Inhibiteurs de la MonoAmine Oxydase
ISRS : Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine
ASI : Activité Sympathomimétique Intrinsèque
BPCO : BronchoPneumopathie Chronique Obstructive

IRSNA : Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline

CRPV : Centre Régional de Pharmacovigilance

CRAT : Centre de Référence des Agents Tératogènes

ANAES : Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Evaluation en Santé

Introduction

La migraine est une pathologie neurologique fréquente, souvent sous-estimée qui touche en moyenne 12% de la population générale adulte. (1) Elle est caractérisée par la survenue de crises récurrentes de céphalée, parfois associée à d'autres symptômes.

Elle est sous-diagnostiquée : « 40% des migraineux n'ont jamais consulté » et « 60% ignorent leur statut de migraineux » (2), et souvent mal prise en charge. Cette maladie altère très souvent la qualité de vie des patients alors qu'il existe un arsenal thérapeutique vaste et des traitements ciblés notamment pour les crises. Le migraineux est affecté tout au long de sa vie personnelle et professionnelle.

L'objectif de cette thèse est de souligner l'importance du rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge des patients migraineux. En effet, le pharmacien est le premier interlocuteur sollicité pour des conseils concernant les maux de tête. Par ailleurs, beaucoup de patients ont encore recours à l'automédication (environ 50%) (3) alors qu'un traitement inadéquat peut augmenter le risque de céphalées chroniques quotidiennes (CCQ) par abus médicamenteux. Il est donc essentiel de bien comprendre la migraine, de savoir quand et comment utiliser les traitements, et d'apporter au comptoir les conseils nécessaires pour une prise en charge optimale. Au-delà de la délivrance, le pharmacien a donc un rôle primordial en matière d'information, d'écoute, de conseil, de prévention, de dépistage, d'éducation et, en cas de nécessité, d'orientation vers le corps médical.

Nous allons dans un premier temps aborder les généralités sur la migraine : sa place dans la classification internationale des céphalées, sa définition et distinction avec les autres types de céphalées, les différentes phases de la migraine, l'épidémiologie et son impact non négligeable sur la qualité de vie des patients, sa physiopathologie et la place de la génétique, les facteurs déclenchants des crises, les comorbidités psychiatriques, son diagnostic clinique avec la nécessité ou non de réaliser des examens complémentaires, et les situations particulières avec des profils variés.

Dans un second temps, nous allons parler de la prise en charge de la migraine : l'évaluation de la migraine, sa prise en charge non médicamenteuse et médicamenteuse avec la mise en place d'un traitement spécifique ou d'un traitement de fond, et le rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge de ces patients.

Enfin, nous allons terminer avec les CCQ par abus médicamenteux, un type de complication de la migraine favorisant sa chronicité, et pouvant être dépisté et évité par les pharmaciens auprès des patients qui ont une consommation répétitive et excessive d'antalgiques.

I. Généralités sur la migraine

Tout le monde s'est déjà plaint d'un mal de tête au moins une fois au cours de sa vie. Il s'agit d'un motif de consultation fréquemment énoncé par le malade. De même, de nombreux patients arrivent tous les jours à l'officine en disant « J'ai une migraine » ou « J'ai mal à la tête », « Pouvez-vous me conseiller quelque chose ? ». Le pharmacien doit alors être capable de distinguer un simple mal de tête d'une vraie migraine. Effet, ce terme est souvent utilisé à tort pour désigner n'importe quel type de mal de tête ou céphalée ordinaire et occasionnel alors qu'elle correspond à une maladie qui peut devenir un véritable handicap pour les patients.

I.1. Classification internationales des céphalées (4,5)

Les céphalées peuvent comporter des origines diverses plus ou moins graves. En 1988, une première Classification Internationale des Céphalées (International Classification of Headache Disorders ou ICHD) a été créée par la Société Internationale des Céphalées (International Headache Society ou IHS) basée sur des avis d'experts. En 2004, une deuxième édition a été publiée, l'ICHD-2, avec des changements motivés par des preuves et les avis révisés des experts. Enfin, en 2013 puis 2018, les nouvelles preuves scientifiques ont amené à la publication d'une troisième édition : l'ICHD-3.

Tableau 1 : Classification Internationale des Céphalées, 3^e édition (ICHD-3) (4)

1e partie : les céphalées primaires
Migraine
Céphalée de tension
Céphalée trigémino-autonomique (CATs)
Autres céphalées primaires
2e partie : les céphalées secondaires
Céphalée attribuée à un traumatisme crânien et/ou cervical
Céphalée attribuée à une affection vasculaire crânienne ou cervicale
Céphalée attribuée à des pathologies intracrâniennes non vasculaires
Céphalée attribuée à une substance ou à son sevrage
Céphalée attribuée à une infection
Céphalée attribuée à un désordre de l'homéostasie
Céphalée ou douleur faciale attribuée à un trouble du crâne, du cou, des yeux, des oreilles, du nez, des sinus, des dents, de la bouche ou d'autres structures faciales ou cervicales
Céphalée attribuée à une affection psychiatrique
3e partie : les neuropathies crâniennes douloureuses, les autres douleurs faciales et les autres céphalées
Neuropathies crâniennes douloureuses et autres douleurs faciales
Autres céphalées

Selon cette classification, il existe 3 catégories de céphalées :

- Les **céphalées primaires**, les plus fréquentes, non associées à une maladie sous-jacente, sans cause locale, ni lésionnelle. Elles sont dues à une « activation des systèmes nociceptifs crâniens » : céphalée de tension, migraine, algie vasculaire de la face (AVF) et autres céphalées primaires liée à la toux, à l'effort,... Le diagnostic étiologique est établi par un interrogatoire et des critères stricts, l'examen clinique est normal car aucune autre pathologie n'est liée à la céphalée et un traitement spécifique est mis en place.
- Les **céphalées secondaires**, symptômes d'autres maladies, avec une cause locale ou générale : traumatisme crânien ou cervicale, maladies vasculaires cérébrales, maladies du système nerveux, tumeurs, sinusites, méningites, infection dentaire, hypertension, abus médicamenteux... Les causes étant multiples et parfois gravissime, une prise en charge urgente à visée diagnostique et des examens complémentaires sont nécessaires.
- Les **névralgies crâniennes**, ce sont des céphalées à type de « décharges électriques dans le territoire d'un nerf sensitif » : névralgies essentielles et névralgies secondaires.

I.2. Interrogatoire et examen clinique d'un patient céphalalgique (6)

La céphalée est un symptôme subjectif très fréquent qu'on retrouve dans divers tableaux cliniques plus ou moins graves. Pour reconnaître à quelle catégorie appartient une céphalée n'est pas facile, un interrogatoire et un examen clinique est nécessaire. Par ailleurs, il existe des signes d'alarme qui poussent à réaliser des examens complémentaires.

I.2.1. Interrogatoire

Tableau 2 : Cinq étapes de l'interrogatoire d'un patient avec une céphalée chronique (ancienne, habituelle) épisodique ou chronique quotidienne (5)

1	Laisser le patient s'exprimer	<ul style="list-style-type: none"> – Symptômes prédominants – Préoccupations principales
2	Caractériser la céphalée	<ul style="list-style-type: none"> – Durée et fréquence des crises, évolution dans le temps – Topographie, intensité, type de douleur, facteurs aggravants ou calmants (alimentaires, hormonaux, émotionnels)
3	Identifier les signes accompagnateurs	<ul style="list-style-type: none"> – Symptômes « migraineux » : nausées, vomissements, photo-/phonophobie, pulsatilité – Symptômes « trigémino-autonomiques » : larmoiement, congestion nasale, rhinorrhée, ptosis, myosis, rougeur oculaire, œdème de la paupière – Comportement lors des crises, agitation – Symptômes focaux, élément postural
4	Resituer le contexte du patient	<ul style="list-style-type: none"> – Antécédents, contexte, déclencheurs, infections, traumatismes, voyage, situation psychiatrique, répercussion sur le sommeil, le travail, la vie sociale, la scolarité – Attentes du patient, croyances sur la maladie
5	Revoir l'historique des traitements essayés et les traitements actuels	<ul style="list-style-type: none"> – Traitements de crise et de fond, durée de prise, dose, efficacité, effets secondaires – Fréquence de la prise médicamenteuse lors des 3 derniers mois (exclure un abus), efficacité des traitements

(Source : CEN, 2019.)

1 - Tout d'abord, il faut laisser le patient s'exprimer : ne pas poser de question, le laisser expliquer la raison de sa consultation.

2 - Deuxièmement, il faut caractériser la ou les céphalées à l'aide d'un interrogatoire systématisé avec dix questions à poser. Le patient peut présenter des céphalées différentes, il faudra alors réaliser l'interrogatoire pour chaque type de céphalée. Par exemple, la migraine et les céphalées de tension sont souvent associées chez les mêmes patients. Pour les patients qui sont vus en consultation, hors contexte de l'urgence, il est avantageux de remplir un autoquestionnaire avant la consultation afin d'avoir des réponses précises aux questions qui nécessitent une réflexion.

Tableau 3 : Autoquestionnaire : Comment caractériser votre céphalée ? (6)

<p>1. Depuis quand avez-vous mal à la tête ? Heures <input type="checkbox"/> Jours <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Années <input type="checkbox"/> Préciser...</p>
<p>2. En combien de temps s'est installée (ou s'installe) votre douleur ? Secondes <input type="checkbox"/> (brutalement) Minutes <input type="checkbox"/> (rapidement) Heures <input type="checkbox"/> (lentement) Jours <input type="checkbox"/> (très lentement)</p>
<p>3. Votre mal de tête évolue-t-il par crises ou en continu ? Crises <input type="checkbox"/> Fond douloureux continu <input type="checkbox"/> Les deux à la fois <input type="checkbox"/></p>
<p>4. Où siège votre douleur ? Très localisée <input type="checkbox"/> Un côté <input type="checkbox"/> Toute la tête <input type="checkbox"/> Siège fixe <input type="checkbox"/> Siège changeant <input type="checkbox"/> Préciser sur le dessin...</p>
<p>5. Quelle est la durée de vos crises ? Secondes <input type="checkbox"/> Minutes <input type="checkbox"/> Heures <input type="checkbox"/> Jours <input type="checkbox"/> Préciser...</p>
<p>6. Quelle est la fréquence de vos crises ? Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Irrégulière <input type="checkbox"/> Préciser...</p>
<p>7. À quoi ressemble votre douleur ? (plusieurs réponses possibles) Ça tape <input type="checkbox"/> Ça serre <input type="checkbox"/> Ça pèse <input type="checkbox"/> Ça brûle <input type="checkbox"/> Ça broie <input type="checkbox"/> Comme un coup de poignard <input type="checkbox"/> Comme une décharge électrique <input type="checkbox"/></p>
<p>8. Quelle peut être au pire l'intensité de votre douleur ? Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Sévère <input type="checkbox"/> Très sévère <input type="checkbox"/> Indiquez avec un trait à combien monte votre douleur habituellement :</p> <p>Absence de douleur 0 ← $\xrightarrow{\quad 5 \quad}$ 10 Douleur maximum</p>
<p>9. Quels facteurs peuvent déclencher votre douleur ? (plusieurs réponses possibles) Stress <input type="checkbox"/> Forte émotion <input type="checkbox"/> Contrariété <input type="checkbox"/> Règles <input type="checkbox"/> Excès de sommeil <input type="checkbox"/> Manque de sommeil <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Jeûner ou sauter un repas <input type="checkbox"/> Autres...</p>
<p>10. Quels facteurs peuvent calmer votre douleur ? (plusieurs réponses possibles) Repos <input type="checkbox"/> Calme <input type="checkbox"/> Pénombre <input type="checkbox"/> Fraîcheur <input type="checkbox"/> Sommeil <input type="checkbox"/> Position couchée <input type="checkbox"/> Activité physique <input type="checkbox"/> Activité sportive <input type="checkbox"/> Relaxation <input type="checkbox"/></p>

On peut avoir 4 situations différentes selon le mode évolutif de la céphalée :

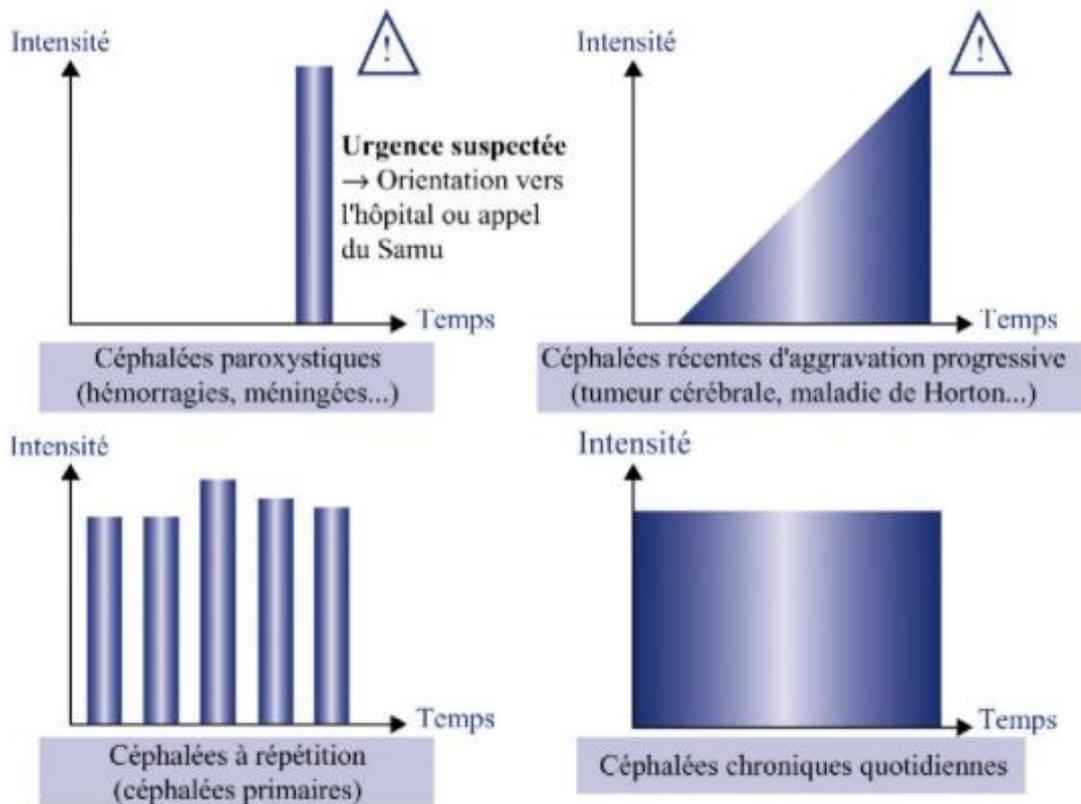


Figure 1 : Orientation diagnostique : quatre situations différentes (6)

Céphalée récente (nouvelle ou inhabituelle) et aiguë : Si le patient n'avait jamais eu de céphalée auparavant ou si elle est différente des céphalées habituelles qu'il avait avec une installation brutale en coup de tonnerre. « Une céphalée nouvelle doit être considérée comme secondaire jusqu'à preuve du contraire. » (6) Un bilan doit être réalisé avec des examens complémentaires (scanner, ponction lombaire, angio-IRM,...). Ce type de céphalée peut être une hémorragie méningée par rupture d'anévrisme.

Céphalée récente et d'installation progressive : La phase d'installation peut être plus ou moins longue pouvant se compter en heures, jours, semaines ou mois. L'intensité augmente avec le temps, les antalgiques devenant de moins en moins efficaces. Elle peut être isolée ou accompagnée de signes généraux ou neurologiques. Ce type de céphalée est quasiment toujours secondaire. Un bilan doit être réalisé avec des examens complémentaires. Cela peut être par exemple une hypertension intracrânienne, une tumeur cérébrale, maladie de Horton (si le patient a plus de 60 ans).

Céphalée chronique évoluant par périodes : la céphalée évolue par crises récurrentes, débute plus ou moins rapidement mais pas brutalement, elle est chronique et toujours la même. Ce type de céphalée est quasiment toujours primaire, dominé par les céphalées de tension épisodique et la migraine. La durée des crises et leur fréquence permettent de faire la différence entre elles. L'examen clinique est normal. Les examens complémentaires sont en principe inutiles mais peuvent être réalisés pour rassurer le patient.

Céphalée chronique évoluant de façon continue : « On considère qu'un sujet présente des CCQ, lorsqu'il souffre au moins 4 heures par jour, plus de 15 jours par mois depuis plus de 3 mois ». Parmi ces patients, beaucoup ont mal à la tête presque tous les jours depuis de nombreuses années (en moyenne 6 ans avant une première consultation). Ils ont pour la plupart des antécédents de migraine ou de céphalées de tension épisodiques. Deux facteurs principaux sont responsables de la chronicisation des céphalées: l'abus médicamenteux et la comorbidité anxiodépressive. Elle se fait progressivement au fil des mois ou des années. L'augmentation de la fréquence des céphalées entraîne de manière évidente une augmentation de la consommation d'antalgiques. Il s'installe alors un fond douloureux de type céphalée de tension de manière quasi continu. Les antalgiques deviennent de moins en moins efficaces pour des doses de plus en plus fortes. Tous les antalgiques sont concernés, en tête le paracétamol, caféine ou codéine, mais aussi les antimigraineux spécifiques tels que les triptans.

Plusieurs éléments importants vont permettre de distinguer les céphalées primaires entre elles et des névralgies crâniennes et CCQ :

Le siège de la céphalée :

Migraine	La douleur se développe à partir de la région frontotemporale ou cervico-occipitale. Elle est unilatérale mais peut changer de côté d'une crise à l'autre ou au cours de la même crise.
Céphalée de tension	La douleur est bilatérale, diffuse.
AVF	La douleur se développe au niveau de la région orbitaire (œil) et temporale, parfois se projetant sur la face ou région occipitale. Elle est unilatérale et fixe, toujours du même côté.
Névralgies crâniennes	Le trajet de la douleur correspond au territoire du nerf sensitif intéressé.

La durée et la fréquence des crises (les céphalées primaires évoluent la plupart du temps par crises avec des intervalles de temps dénués de toute douleur) :

Migraine	Crises de 4 à 72h (plusieurs fois par semaine, mois ou an).
Céphalée de tension	Crises de 30 minutes à 7 jours (moins de 15 jours par mois).
AVF	Crises de 15 minutes à 1h30 (jusqu'à 8 fois par jour par période de 1 à 3 mois avec rémission durant de quelques mois à quelques années).
Névralgies crâniennes	Crises névralgiques de quelques secondes, mais elles peuvent se répéter plusieurs fois dans la même journée.
Céphalée quotidienne chronique	Céphalée d'« au moins 4 heures par jour pendant plus de 15 jours par mois depuis au moins 3 mois ».

Le caractère de la douleur (difficile à caractériser) :

Migraine	Pulsatile.
Céphalée de tension	Serrement/compression/étai ou pesanteur.
AVF	Broiement ou comme un couteau que l'on enfonce dans l'œil.
Névralgies crâniennes	Décharges électriques ou de brûlure.

L'intensité de la douleur : elle peut être évaluée par une échelle verbale (légère/modérée/sévère/très sévère) ou à l'aide d'une échelle numérique (EN) cotée de 0 (absence de douleur) à 10 (douleur intolérable) :

Céphalée de tension	Légère à modérée (EN 3-6).
Migraine	Modérée à sévère (EN 4-8).
AVF	Sévère à très sévère (EN 9-10).
Névralgies crâniennes	Soudaine. Sévère à très sévère mais ne dure que quelques seconde.
Céphalée à coup de tonnerre	La plus intense et brutale. Atteint son maximum en moins de 60 secondes.

Facteurs déclenchants et différence avec les facteurs causals :

« Facteurs causals »	Peuvent être directement liés à l'apparition d'une céphalée. Exemple : traumatisme crânien, ponction lombaire, altitude, hypoxie, hypoglycémie, substance ou médicament. Ces céphalées sont classées dans les céphalées secondaires.
« Facteurs déclenchants »	Peuvent déclencher une céphalée : sommeil, froid, toux, effort, activité sexuelle. Peuvent être plus ou moins spécifiques (règles pour la migraine, prise d'alcool pour l'AVF) et, une fois identifié et évité permettent de diminuer la sévérité de la maladie. Ces céphalées sont classées dans les céphalées primaires.

Facteurs calmants :

Migraine ou céphalée de tension	Le repos, le calme, la pénombre, la relaxation
---------------------------------	--

3 - Troisièmement, il faut identifier les signes associés qui peuvent aider au diagnostic de la céphalée, mais aucun n'est totalement spécifique :

- Dans la migraine : nausées et vomissements, photophobie et phonophobie et aura visuelle dans certains cas.
- Dans la céphalée de tension : pas de nausées ni vomissements, photophobie ou phonophobie possible, mais pas les deux.

4 - Quatrièmement, il faut restituer la céphalée dans le contexte du patient car certains éléments de l'histoire du patient peuvent aider au diagnostic :

- « Histoire familiale de céphalées, d'épilepsie, de troubles anxiodépressifs »
- « Antécédents personnels de douleurs chroniques »
- Comorbidité psychiatrique : « dépression »
- Autres pathologies : « diabète, hypertension artérielle (HTA), obésité »
- Histoire sociale du patient et climat professionnel et familiale : « conflits sur le lieu de travail ou à la maison, contexte de deuil récent, divorce, conditions de travaux et niveau de responsabilité, surmenage professionnel et/ou familial ».
- Tendances addictives : « café, tabac, alcool, hypnotiques, drogues »

5 - Enfin, il faut reconstituer l'historique des traitements pour les céphalées chroniques grâce à la tenue d'un agenda.

I.2.2. Examen clinique

Si le patient est vu en crise, il est important d'analyser son comportement :

Crise de migraine	Cherche le calme, la pénombre, la position allongée
Crise d'AVF	Agité, ne tient pas en place, déambule sans cesse, le repos n'atténue pas sa douleur.
Syndrome méningée	Arrive couché, prostré, en chien de fusil
Hypertension intracrânienne	Aggravés par la position allongée
Hypotension du liquide céphalorachidien	Apparaissent en position assise ou verticale et sont calmés par la position allongée

Si le malade est vu pour la première fois pour une céphalée récente, un examen clinique et des examens complémentaires doivent être effectués.

I.2.3. Diagnostic différentiel de la migraine

Le diagnostic différentiel de la migraine porte tout d'abord à exclure une céphalée secondaire, symptôme d'une autre pathologie pouvant constituer une véritable urgence et engager le pronostic vital du patient.

Il porte ensuite sur les céphalées primaires, l'intensité de la douleur réclame un traitement rapide et efficace pour soulager le patient.

Enfin, il porte sur les types de migraine, avec ou sans aura.

I.3. Définition de la migraine (7,8)

Qu'est-ce que la migraine ?

La migraine est une pathologie neurologique chronique qui se caractérise par la survenue de crises épisodiques répétées qui se manifestent essentiellement par une céphalée qui dure entre 4 et 72 heures (sans prise de traitement) ; entre ces crises, le patient ne présente aucun symptôme.

La migraine se distingue des autres céphalées par ses caractéristiques bien définies : elle est souvent unilatérale (envahit la moitié du crâne, au niveau d'une tempe ou au-dessus d'un œil) et pulsatile (sensation de battement de cœur dans la tête).

Le côté atteint est variable d'une crise à l'autre mais parfois, elle peut toucher les deux côtés ou l'arrière de la tête ou être diffuse et toucher l'ensemble du crâne.

La douleur migraineuse, d'intensité modérée à sévère, peut être aggravée par la pratique d'une activité physique quotidienne (ex. : monter un escalier), par les mouvements de tête ou la toux.

La migraine s'accompagne parfois d'autres symptômes :

- Les signes digestifs tels que des nausées et vomissements, voire une pâleur du visage. Ces symptômes peuvent faire allusion à une affection digestive, de ce fait, les patients consultant en gastro-entérologie considéraient la migraine comme une « crise de foie ».
- Les signes sensoriels : une photophobie (intolérance à la lumière) et une phonophobie (intolérance au bruit), obligeant le patient à s'isoler dans une pièce calme et obscure pour se soulager.
- Les signes neurologiques essentiellement visuels précédant la migraine appelés « aura » ; d'où la distinction entre les crises de migraine avec ou sans aura.

La gravité d'une crise ne dépend donc pas seulement de la sévérité de la céphalée (fréquence et intensité), mais également de celle des symptômes associés.

La migraine peut donc prendre plusieurs formes :

- Des formes sévères pouvant devenir très handicapante : le patient veut rester couché, vomit, se cache de la lumière, il est pâle, hypotendu, et demande un soulagement rapide de sa douleur.
- A l'inverse, des formes plus légères : une pâleur inhabituelle ou un trouble de l'humeur peuvent être observés, n'empêchant pas le patient d'aller travailler.

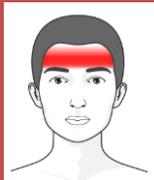
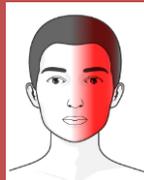
I.4. Distinction entre migraine et céphalée de tension (9,10)

Le type de céphalée primaire que l'on retrouve le plus souvent au niveau de la population est la céphalée de tension. Il s'agit du mal de tête le plus commun, la prévalence sur une année chez l'adulte variant entre 23 à 43 %.

Mais, comment distinguer une migraine d'une céphalée de tension ?

Voici un tableau récapitulatif des caractéristiques de la céphalée de tension et de la migraine permettant de distinguer ces deux types de céphalées (d'après l'IHS) :

Tableau 4 : Caractéristiques de la céphalée de tension et de la migraine (10)

	Céphalée de tension	Migraine
		
Durée de la crise	30 minutes à 7 jours	4 à 72 heures
Intensité de la douleur	Légère à modérée	Modérée à sévère
Siège de la douleur	Bilatéral	Unilatéral
Type de céphalée	Compression, étouffement	Pulsatile
Impact de l'effort physique	Pas d'aggravation	Aggravation
Signes d'accompagnement	Pas de nausées/vomissement Photophobie ou phonophobie possible mais pas les 2	Nausées/vomissement Photophobie et phonophobie

La céphalée de tension se différencie de la migraine par ses caractéristiques. Elle provoque une douleur différente de la migraine qui peut durer entre 30 minutes et 7 jours, elle est moins intense (légère à modérée), plus diffuse (bilatérale), non pulsatile donc continue, avec une sensation de pression au niveau du front ou des tempes comme s'il y avait une bande serrée autour de la tête, non aggravée par l'effort, et sans signes digestifs associés, avec une photophobie ou une phonophobie possible mais rare (pas aussi grave pour la migraine, et pas les deux en même temps). Le stress, l'insomnie et l'environnement de travail peuvent être des déclencheurs de ces douleurs.

Outre ces différences cliniques, il est difficile de faire la distinction entre une migraine et une céphalée de tension, surtout si le patient présente une CCQ. Dans ce cas, un avis médical est indispensable.

Chez certains patients, ces deux types de maux de tête peuvent être associés. Par exemple, un migraineux peut avoir des céphalées de tension entre deux crises. Par conséquent, il est nécessaire de bien différencier les deux car le traitement spécifique de la migraine n'est pas efficace sur la céphalée de tension.

I.5. Les différentes phases de la migraine (11)

Une migraine peut se dérouler en 4 étapes successives : le prodrome, l'aura, la crise de migraine et le postdrome. Cependant, toutes ces étapes ne sont pas forcément vécues par les patients.

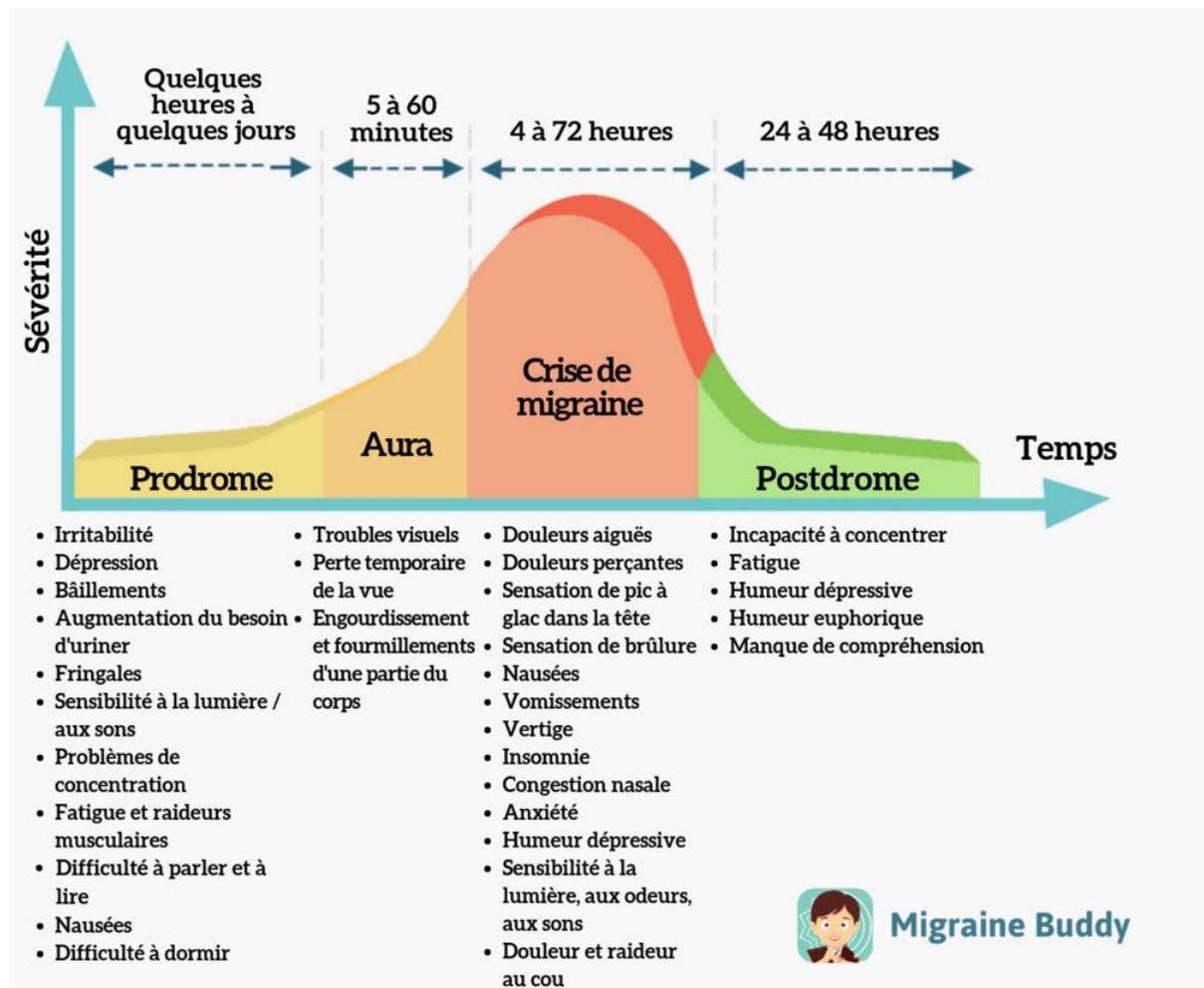


Figure 2 : Développement de la migraine au cours du temps (11)

I.5.1. Prodrome

La crise migraineuse est parfois précédée de signes prémonitoires appelés « prodromes » qui apparaissent quelques heures à quelques jours et qui touchent environ 30% des migraineux. Ces symptômes prodromiques peuvent survenir chez les personnes souffrant à la fois de migraine avec aura et de migraine sans aura. Ils varient d'un patient à l'autre et un même patient touché ne le subit pas forcément à chaque crise. Parmi les symptômes qui ne sont pas spécifiques, on retrouve une irritabilité, une asthénie, une somnolence, des bâillements, une faim, difficultés de concentration, une tendance dépressive ou à l'inverse un sentiment d'euphorie, hyperactivité,... Lors de cette phase, l'hypersensibilité à la lumière et au son ainsi que les nausées débutent.

I.5.2. L'aura et la différence avec le prodrome

Certains patients peuvent se plaindre de petits signes appelés « aura », d'installation progressive, qui se produisent juste avant ou pendant la crise de migraine. Il s'agit majoritairement de signes visuels (tache lumineuse, éblouissement), mais il peut s'agir aussi de signes sensorielles ou aphasiques. Une aura peut durer de 5 à 60 minutes et est liée à l'activité corticale focale. Elle correspond donc à un « déficit neurologique focal » qui permet d'établir le diagnostic de la migraine avec aura.

Par ailleurs, les prodromes sont plus susceptibles d'être liés aux différentes zones du système nerveux central (SNC). Ils durent généralement plus longtemps et ne se résolvent pas nécessairement avant le début de la crise de céphalée. Certains symptômes peuvent même figurer parmi les symptômes liés au stade de la douleur.

I.5.3. Crise de migraine

Sans prise de traitement, la crise migraineuse, qui s'installe progressivement, peut durer de 4 à 72 heures, puis la douleur cesse complètement jusqu'à l'épisode suivant. La moitié des patients vont avoir une crise qui ne dépasse pas 6 heures (pouvant être raccourcie grâce aux traitements) tandis que chez environ 10 % des patients, elle dépasse 48 heures.

La fréquence des crises de migraine est variable d'une personne à l'autre : elles peuvent être rares (ex : une ou deux crises par an) ou plus fréquente, c'est-à-dire survenir plusieurs fois par mois ou par semaine (ex : deux ou trois crises par semaine). Entre les crises, la rémission des symptômes est totale. Néanmoins, des crises sévères peuvent provoquer quelques jours de fatigue.

Lorsqu'un migraineux a des crises très intenses et très fréquentes, il peut présenter un léger mal de tête entre deux crises.

I.5.4. Postdrome

Les effets de la migraine peuvent durer de 24 à 48 heures après la fin de la crise de migraine. Le patient peut se sentir fatigué, épuisé, peut avoir des changements d'humeur et des difficultés à se concentrer.

I.6. Épidémiologie et impact de la migraine

I.6.1. Prévalence de la migraine (2,12–14)

Globalement, dans toutes les études réalisées chez la population adulte dans les pays occidentaux industrialisés, la prévalence de la migraine sur une année est estimée à 12%. (12)

En France, pour être diagnostiquée, elle doit prendre en compte les différents critères diagnostiques de la classification internationale des céphalées. La migraine est estimée chez la population adulte de 18 à 65 ans entre 17 et 21% : la migraine « stricte » (celle qui répond à tous les critères diagnostiques) 8 à 11%, la migraine « probable » (celles qui répond à tous les critères sauf un) 9 à 10%. Cela représente environ 7 millions d'individus. (2)

Cette prévalence est variable selon l'origine géographique et l'origine ethnique étudiée. Les sujets de la communauté caucasienne ont le plus de migraine, ceux de la communauté asiatique en ont le moins, et ceux de la communauté africaine sont en position intermédiaire. Ces différences s'expliquent par les facteurs culturels ou génétiques. (12)

Cette prévalence est également variable en fonction du sexe et de l'âge. En effet, les femmes sont davantage touchées que les hommes (entre 15 et 18 % des femmes contre seulement 6 % des hommes ; soit trois femmes pour un homme). (13) Cette prédominance féminine est visible après la puberté avec l'influence des hormones sexuelles.

Il s'agit le plus souvent d'adultes jeunes, âgés de 30 à 40 ans, les crises débutant avant 40 ans dans 90 % des cas. (13) Le pic de prévalence affecte donc une population de sujets actifs, expliquant l'importance sociétale (économique) de la migraine.

La prévalence de la migraine se situe entre 5 et 10% chez les enfants avant 10 ans, et dans ce cas, autant de fille que de garçon sont touchés. (14)

Dans 70% des cas, on trouve des antécédents familiaux. (14)

I.6.2. Impact individuel de la migraine (15)

La migraine peut avoir des répercussions sur la vie quotidienne, professionnelle, sociale et familiale. Celui-ci peut être évalué à l'aide de l'échelle MIDAS qui mesure la perte de productivité en nombre de jours sur un trimestre. Selon l'échelle MIDAS, quatre grades de perte de productivité ont été définis :

Tableau 5 : Grades croissants de perte de productivité en nombre de jours sur un trimestre (15)

Grade I	Perte de moins de 6j/trimestre
Grade II	Perte entre 6 et 10j/trimestre
Grade III	Perte entre 11 et 20j/trimestre
Grade IV	Perte supérieure à 20j/trimestre

Plus le grade est élevé, plus la perte de productivité croît en nombre de jours par trimestre. Selon une étude réalisée sur la population générale, 22% des migraineux français appartiennent aux groupes III et IV. Par conséquent, la migraine induit une altération significative de la productivité, en particulier chez les sujets qui sont professionnellement actifs.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a classé en 19^{ème} position la migraine au sein des maladies les plus invalidantes avant la plupart des autres maladies neurologiques comme l'épilepsie, la sclérose en plaques ou la maladie de Parkinson.

La migraine peut retentir sur la qualité de vie des patients pendant les crises de céphalée mais également entre les crises, par l'apparition de comportement d'évitement liées à une inquiétude de leur survenue.

I.6.3. Impact sociétale de la migraine (15)

En France, la migraine a un fort impact économique lié à la forte prévalence, à la distribution au profit des personnes actives, au fort impact individuel, mais aussi aux coûts « directs » et « indirectes ». On distingue les coûts « directs » (consultations médicales, réalisation d'examens complémentaires, prescription de médicaments, recours à des services d'urgence et hospitalisations), estimé à 1 milliard d'euros, à laquelle s'ajoute les coûts « indirects » (qui résulte de la perte de productivité professionnelle). La migraine provoque une perte de 15 millions de jours de travail. En Europe, le coût global de la migraine est estimé à 579 euros par migraineux.

I.7. Physiopathologie de la migraine (1)

Les mécanismes de la migraine sont complexes et ne sont pas encore entièrement connus pour le moment. Toutefois, de nombreux progrès très significatifs ont été réalisés ces dernières années dans sa compréhension. La naissance de la crise de migraine a lieu quelque part dans le cerveau mais on peut penser qu'elle a une origine extracérébrale (exemple : yeux, sinus, dents, cou ou, certains aliments) en raison des nombreux facteurs déclenchants possibles de la crise et des nombreux signes cliniques liés à la douleur.

La physiopathologie de la migraine a été longtemps dominée par deux théories.

Selon la première théorie, la théorie « vasculaire » de Wolf, la migraine est associée à des troubles vasculaires. L'aura est le résultat d'une ischémie cérébrale transitoire induite par une vasoconstriction et la céphalée est causée par une vasodilatation. Les effets vasoconstricteurs des triptans et de l'ergotamine sont conformes à cette hypothèse mais ces produits ont également un fort effet inhibiteur sur la transmission dans le système trigémino-vasculaire (STV).

Selon la seconde théorie, la théorie « neuronale », la migraine est associée à un dysfonctionnement neuronal, et les événements vasculaires décrits par la théorie de Wolf ne sont que secondaires.

Par conséquent, une théorie neurovasculaire a été proposée : les crises de migraine sont susceptibles d'être déclenchées aussi bien par des événements vasculaires que neurologiques, et leurs responsabilités relatives varient d'un malade à l'autre.

I.7.1. Déclenchement de la crise

« Le déclenchement de la crise serait dû à une hyperexcitabilité du cortex cérébral et un dysfonctionnement du tronc cérébral. Actuellement, l'hypothèse la plus cohérente pour expliquer cette hyperexcitabilité est une libération excessive du glutamate, hypothèse étayée par des données génétiques de la migraine hémiplégique familiale. L'activation du tronc cérébral qui se produit au cours des crises migraineuses a été mise en évidence au cours des crises migraineuses par la neuro-imagerie fonctionnelle ». (1)

I.7.2. Aura migraineuse

« Les manifestations cliniques de l'aura migraineuse s'expliquent par un dysfonctionnement neuronal dans le cadre d'un processus ischémique, comportant une brève activation qui se traduit par les phosphènes, suivie d'une inhibition prolongée donnant le scotome. Ce processus est comparable à la Spreading Depression (SD). Elle est induite par de multiples stimuli, inaugurée par une forte et brève hyperactivité neuronale, responsable d'une hyperperfusion locale, puis les neurones deviennent silencieux et inactifs, ce qui produit la SD ». (1)

I.7.3. Céphalée migraineuse

« La céphalée migraineuse est associée à une double sensibilisation du STV.

Sous l'effet d'un facteur déclenchant (facteur favorisant ou SD), l'influx nociceptif transmis par les fibres trigémino-vasculaires entre en relation avec le système de la douleur (tronc cérébral, noyau caudal du trijumeau et corne postérieure de la moelle cervicale haute) et le centre du vomissement (noyau du tractus solitaire, noyau dorsal du vague et centre du vomissement).

La première sensibilisation concerne les terminaisons trigéminées périvasculaires ; elle est responsable du caractère pulsatile de la douleur ainsi que son exacerbation lors de l'augmentation de la pression intracrânienne (toux, efforts...).

La seconde est centrale, et elle rend compte de l'hyperalgésie/allodynie cutanée qui accompagne fréquemment la céphalée. L'activité des nocicepteurs périphériques induit la sensibilisation des neurones centraux mais n'intervient pas ou peu dans son maintien. Ces phénomènes sont en rapport avec la libération de substances algogènes ou de neuromédiateurs. Lors de la SD centrale, diverses molécules (ions K⁺ et H⁺, acide arachidonique, monoxyde d'azote) activent les terminaisons trigéminées pie-mériennes. Il en résulte une activation des collatérales d'axone, avec une libération de neuropeptides vasodilatateurs et pro-inflammatoires (CGRP, SP, NKA) dans la dure-mère. Les neurones trigéminés centraux sont activés et activent à leur tour les neurones du noyau salivaire supérieur. Ces derniers activent les neurones parasympathiques du ganglion sphéno-palatinal, ce qui renforce la vasodilatation dure-mérienne.

Ainsi, on peut dire que plusieurs structures entrent en jeu lors de la crise migraineuse : le cortex, le STV, le tronc cérébral, les vaisseaux et de nombreux médiateurs. Les traitements de fond et/ou de crise agissant à un ou plusieurs niveaux, les progrès thérapeutiques actuels dépendent de l'amélioration des connaissances physiopathologiques de la migraine. » (1)

I.8. Génétique de la migraine (16)

La migraine est considérée comme une pathologie polygénique complexe et multifactorielle qui implique des facteurs génétiques et environnementaux. En raison du grand nombre de formes familiales, on soupçonne depuis longtemps l'existence de facteurs héréditaires dans la maladie migraineuse.

Dès les années 1990, la composante génétique est démontrée dans la migraine et semble jouer un rôle plus important dans la migraine avec aura que dans la migraine sans aura. Pour que le caractère migraineux se révèle, les mutations doivent s'opérer sur plusieurs gènes qui doivent être transmis, c'est ce qui explique les sauts de génération dans certaines familles.

Depuis 2010, plusieurs gènes de susceptibilité à la migraine ont été identifiés et affectent le fonctionnement des protéines qui sont impliquées dans les mécanismes de transmission des signaux nerveux, tels que la régulation glutamatergique.

I.8.1. Cas particulier de la migraine hémiplégique familiale

Les gènes affectés sont connus uniquement dans une forme particulière de migraine avec aura qui est rare : la migraine hémiplégique familiale. Il s'agit de la seule variété de migraine monogénique (ne dépendant que d'un seul gène). Par conséquent, dans une famille atteinte, toutes les personnes affectées sont porteuses de la même mutation du même gène. Jusqu'à présent, quatre gènes liés à la migraine hémiplégique sont connus : « CACNA1A, ATP1A2, SCN1A et PRRT2 ».

La transmission de la maladie est « autosomique dominante » ce qui signifie qu'une personne malade a 50 % de risque de transmettre la mutation à chacun de ses enfants. Cependant, la mutation ne s'exprime pas toujours. Le descendant porteur de la mutation ne sera donc pas nécessairement malade et n'aura pas forcément des crises migraineuses.

« Dans cette forme particulière de migraine, la crise est caractérisée par une aura avec un déficit moteur associé à d'autres signes (troubles sensitifs, visuels ou du langage) ». (16)

I.9. Facteurs déclenchants (17)

Certaines situations particulières, appelées « facteurs déclenchants » peuvent favoriser le déclenchement de la crise de migraine.

Chez certains patients migraineux, un seul facteur déclenchant suffit pour provoquer une crise de migraine, tandis que chez d'autres patients, plusieurs doivent être cumulés. Cela dépend du seuil de migraine du patient, plus ce seuil est élevé, plus il est difficile de développer une crise de migraine.

Le simple fait d'éviter les facteurs déclenchants peut entraîner une sérieuse diminution de la fréquence des crises migraineuses. Le patient doit donc nécessairement les identifier afin de pouvoir prévenir les crises migraineuses évitables.

Cependant, ces événements ne sont pas la cause de la migraine. Un facteur déclenchant agit chez un sujet qui est prédisposé, cette prédisposition rendant le migraineux plus sensible à de nombreux facteurs déclenchants.

Il faut savoir aussi que les déclencheurs de la migraine varient d'une personne à l'autre. Par ailleurs, une crise de migraine peut être déclenchée par une cause différente chez la même personne, les facteurs déclenchants pouvant se modifier chez le même individu tout au long de sa vie. Il y a donc des variations interindividuelles et intraindividuelles. Par conséquent, tout éventuel déclencheur doit être pris en compte.

I.9.1. Variation hormonale chez la femme

Chez la femme, un des facteurs les plus importants est la variation hormonale. La chute brutale du taux d'œstrogènes en fin de cycle menstruel peut entraîner une crise de migraine sans aura appelée migraine « cataméniale » ou « menstruelle ». Elle survient entre deux jours avant (J-2) et trois jours après (J+3) le premier jour des règles (J1). C'est pourquoi, chez les adultes, il y a plus de femmes souffrant de migraine que d'hommes.

L'IHS définit deux types de migraines cataménielles :

- La migraine cataméniale « pure » qui concerne 7% des migraineuses : elle comporte seulement des crises menstruelles, donc il n'y a aucune crise hormis la période des règles.
- La migraine aggravée par les règles qui concerne un tiers des migraineuses : elle associe les crises menstruelles à d'autres crises en dehors de cette période.

La migraine liée aux règles est fréquente : chez les adolescentes, elle apparaît souvent dès les premières règles.

La prise de contraceptifs oraux peut nettement influencer la migraine qui peut alors soit s'aggraver, soit s'améliorer, soit restée inchangée.

I.9.2. Changements de rythme de vie, de rythme de sommeil, facteurs alimentaires

La crise de migraine peut être déclenchée chez les migraineux par un changement de rythme de vie. Ce changement peut concerner les activités personnelles ou professionnelles parmi lesquelles on peut citer : un exercice physique intense, un surmenage ou un relâchement, un stress ou une relaxation soudaine, des émotions négatives ou positives, un déménagement, un changement de travail, une période de chômage,... Par exemple, la fréquence des migraines est plus importante le week-end ou au début des périodes de vacances en raison de la « levée de stress » qui apporte un soulagement soudain.

La fréquence des crises est aussi influencée par un changement de rythme de sommeil (excès ou manque de sommeil) car les habitudes de sommeil occupent une place centrale dans la manifestation de la migraine.

Un changement de rythme et/ou qualité de repas (un jeûne, un repas sauté, un repas trop copieux, modification des horaires de repas, hydratation insuffisante), ou la consommation de certains aliments ou excitants (le chocolat, la charcuterie, le fromage, le tabac, l'alcool, vin blanc en particulier) peuvent aussi perturber et déclencher une crise de migraine.

I.9.3. Modification de l'environnement

Les variations sensorielles peuvent aussi provoquer des crises de migraines : le bruit, certaines odeurs fortes, une forte luminosité, des lumières clignotantes (comme les spots en boîte de nuit).

Les changements climatiques peuvent également être des facteurs déclenchants de crise de migraine : la chaleur, le froid, un vent violent, une chute brutale de la pression atmosphérique souvent annonciatrice d'un temps pluvieux.

I.10. Migraine et comorbidités psychiatriques

I.10.1. Troubles anxieux et de l'humeur (18,19)

Plusieurs grandes études menées dans la population générale ont montré que les migraineux présentent un risque élevé de souffrir de troubles anxieux et dépressif.

Lorsqu'on est migraineux, le risque de souffrir de différents troubles est plus important : le risque de souffrir de trouble panique est 3 à 5 fois plus élevé, celui de troubles phobiques est 2 fois plus important, d'anxiété généralisée 5 fois plus important, d'épisode dépressif avéré 3 à 4 fois plus élevé (surtout les migraineux avec aura). Le risque de développer des troubles bipolaires est également plus important.

Il est parfois difficile de faire le diagnostic de dépression étant donné que les patients ne se plaignent pas toujours spontanément de leurs symptômes émotionnels. C'est pourquoi, il importe de rechercher systématiquement les signes de dépression chez les patients migraineux afin d'éviter que la dépression passe inaperçue. Les signes de dépression consistent en la présence d'une tristesse fixe et d'une perte de la capacité à éprouver du plaisir. Le patient se concentre souvent sur les céphalées, ne se sent plus capable de faire face à la douleur pour la supporter et se sent découragé face à la perspective d'une éventuelle amélioration. L'aggravation de la migraine, la multiplication de la consommation de médicaments de crise doivent donc alerter quant à une éventuelle survenue d'un épisode dépressif.

Certains patients ont peur de la survenue des crises de migraine. On parle alors de phobie des céphalées. Ceux qui souffrent de cette phobie des céphalées ont tendance à multiplier les prises médicamenteuses pour éviter les crises, mais cela peut conduire à un état de céphalées par abus médicamenteux. Par conséquent, « la peur du symptôme » aggrave la situation car la volonté excessive d'anticiper la survenue des crises provoque une prise de traitements inutile et cette attitude a pour effet de chroniciser la migraine qui devient alors plus compliquée à traiter.

I.10.2. Troubles de la personnalité (18)

On a longtemps suggéré que les migraineux présentaient une personnalité de type obsessionnelle, avec des traits de caractère classique : préoccupation pour l'ordre, l'ambition, et la rigidité. Une étude contredit cette hypothèse : les auteurs n'ont trouvé aucune différence significative. Cependant, d'autres études montrent que les patients migraineux auraient une instabilité émotionnelle plus grande par rapport aux non migraineux. Il est à noter que ces anomalies sont peu spécifiques et sont présentes non seulement chez les migraineux mais chez tous les patients souffrant de douleurs chroniques.

I.11. Diagnostic clinique de la migraine (2)

Lorsque le diagnostic de la migraine se fait en dehors d'une crise, il est réalisé sur la base d'un interrogatoire du patient qui doit être précis et détaillé, et la normalité de l'examen clinique.

Il s'agit d'un diagnostic rétrospectif qui repose le « trépied clinique » suivant (2):

- « une évolution par crises récurrentes, séparées par des intervalles libres de toute douleur »
- « des caractéristiques sémiologiques propres » ;
- « un examen clinique normal ».

Dans la pratique quotidienne, il est recommandé d'utiliser les critères diagnostiques de l'IHS de façon systématique : ils sont faciles à utiliser et permettent de poser les questions essentielles dans un ordre logique et structuré.

Critères de diagnostic des différentes formes clinique de la migraine :

La migraine est une pathologie qui peut exister sous différentes formes cliniques. Chez l'adulte, le diagnostic de la migraine est fait à l'aide des critères de diagnostic établis par l'International Headache Society (IHS).

Quels sont les différents types de migraine ?

Tableau 6 : Les différents types de migraine selon la classification de l'IHS

Les différents types de migraine selon la classification de l'IHS

Code 1.1 Migraine sans aura

Code 1.2 Migraine avec aura

Code 1.2.1 Migraine avec aura typique

Code 1.2.2 à 1.2.6 Migraine avec auras atypiques

Code 1.3 à code 1.6 Formes rares de migraine

Code 1.7 Migraine sans aura probable, remplissant l'ensemble des critères diagnostiques à l'exception d'un seul

Selon la classification de l'IHS, il existe plusieurs types de migraine, dont deux grandes formes cliniques qui plus fréquentes : la migraine sans aura et la migraine avec aura. Dans cette thèse nous allons surtout aborder ces deux types de migraine.

La forme de migraine la plus fréquente est la migraine sans aura représentant 85% des crises. La clinique est dominée par des crises de céphalées ayant des caractéristiques simples à reconnaître. Il peut arriver que tous les critères de définition ne puissent pas être réunis chez un patient : on utilise alors le nom de migraine sans aura « probable ».

Néanmoins, 10 à 15% des patients présentent une forme de migraine avec aura. Dans ce cas, la céphalée est précédée de signes neurologiques annonciateurs appelés « aura » qui peuvent se manifester par des troubles visuels, sensitifs ou aphasiques. Bien qu'elle soit moins fréquente que la migraine sans aura, la migraine avec aura n'est pas plus grave.

Les autres formes cliniques sont beaucoup plus rares et ne seront pas détaillées dans cette thèse. Ils nécessitent généralement une expertise clinique ainsi que des examens complémentaires. Il s'agit de :

- la migraine avec aura du tronc cérébral (anciennement connue sous le nom de migraine basilaire),
- la migraine hémiplégique,
- la migraine rétinienne.

I.11.1. Migraine sans aura

Tableau 7 : Critères de la migraine sans aura (adaptés des critères IHS) (2)

Critères de la migraine sans aura (adaptés des critères IHS)

- A. Au moins cinq crises répondant aux critères B à D
- B. Crises de céphalées durant de quatre à 72 heures (sans traitement).
- C. Céphalées ayant au moins deux des caractéristiques suivantes :
 - unilatérale ;
 - pulsatile ;
 - modérée ou sévère
 - aggravation par les activités physiques de routine, telle que la montée ou la descente d'escaliers.
- D. Durant les céphalées au moins l'un des caractères suivants :
 - nausées et/ou vomissements ;
 - photophobie et phonophobie.
- E. L'examen clinique est normal entre les crises. En cas de doute, une céphalée secondaire doit être éliminée par les investigations complémentaires appropriées.

Le diagnostic de la migraine sans aura ne peut être porté qu'après au moins cinq crises se manifestant par la survenue de crises de céphalées d'une durée entre 4 et 72 heures (sans traitement). Les crises s'installent de manière progressive (en quelques minutes ou quelques heures) et pas explosive. La douleur peut débuter n'importe quand (journée, nuit ou petit matin) pouvant éveiller le patient par son intensité.

Les crises doivent présenter au moins 2 des symptômes suivants :

- une douleur unilatérale et habituellement frontotemporale, le côté atteint pouvant varier d'une crise à l'autre
- une douleur pulsatile
- une douleur d'intensité modérée à sévère : elle est variable d'une crise à l'autre et d'un patient à l'autre ; 3 patients sur 4 ont une douleur sévère à laquelle ils lui ont attribués une note de 7 ou 8 en moyenne sur une échelle de 0 à 10.
- une douleur aggravée par une activité physique journalière : la céphalée est exacerbée par les mouvements ou les efforts même minimes et diminués par le repos, l'immobilité, l'occlusion des yeux ; dans environ un tiers des crises, le patient doit arrêter son activité et s'aliter.

Et au moins un des symptômes suivants :

- nausées et/ou vomissements : les nausées surviennent dans près de 90% des crises, les vomissements sont plus rares et leur fréquence diminue avec l'âge.
- photophobie (hypersensibilité à la lumière et aggravation de la céphalée par la lumière) et phonophobie (hypersensibilité au bruit, les bruits à des niveaux sonores habituels peuvent être mal tolérés), ce qui oblige le patient à s'isoler dans une pièce calme et obscure pour se soulager.

Les crises de migraines peuvent aussi être liées à des symptômes d'allodynie cutanée (perception douloureuse d'un stimulus qui est normalement indolore) et à des signes dysautonomiques.

L'examen clinique est normal entre les crises et le patient ne présente aucun symptôme.

Les critères diagnostiques de l'IHS sont restrictifs. En effet, ils ne permettent pas de diagnostiquer tous les cas de migraine. C'est pourquoi, on utilise le nom de migraine sans aura « probable » pour les migraines réunissant tous les critères de diagnostics à l'exception d'un seul. Cela permet d'éviter de priver certains patients d'une prise en charge adaptée.

Ainsi, on pose le diagnostic de migraine sans aura lorsque les cinq critères A, B, C, D sont présents. Or si l'un des critères A, B, C ou D n'est pas présent, on pose le diagnostic d'une migraine sans aura probable.

I.11.2. Migraine avec aura

Tableau 8 : Critères de la migraine avec aura typique (adaptés des critères IHS) (2)

Critères de la migraine avec aura typique (adaptés des critères IHS)

A. Au moins deux crises répondant aux critères B et C.

B. Aura consistant en au moins l'un des caractères suivants, mais sans déficit moteur :

- symptômes visuels totalement réversibles incluant des phénomènes positifs (lumières scintillantes, taches ou lignes) et/ou négatifs (perte de la vision) ;
- symptômes sensitifs totalement réversibles, incluant des phénomènes positifs (sensation de piqûre d'épingle) et/ou négatifs (engourdissement) ;
- troubles phasiques totalement réversibles.

C. Au moins deux des caractères suivants :

- symptômes visuels homonymes et/ou symptômes sensitifs unilatéraux ;
- au moins un des symptômes se développant progressivement sur cinq minutes ou plus et/ou plusieurs des symptômes survenant successivement sur cinq minutes ou plus ;
- durée de chaque symptôme cinq minutes ou moins et 60 minutes ou moins.

D. L'examen clinique doit être normal entre les crises. En cas de doute, une autre étiologie doit être éliminée par les investigations complémentaires appropriées.

L'aura peut être :

- suivie d'une céphalée ayant les caractéristiques de la migraine sans aura ;
- suivie d'une céphalée n'ayant pas ces caractéristiques ;
- isolée (aura sans céphalée).

Dans la migraine avec aura typique, la céphalée est précédée ou s'accompagne d'une aura qui correspond à un trouble neurologique temporaire et réversible. Cette aura comporte des symptômes visuels et/ou sensitifs et/ou aphasiques. Mais le patient ne présente pas de symptômes moteurs, du tronc cérébral ou rétinien.

Pour porter le diagnostic d'aura migraineuse, le sujet doit avoir présenté au moins 2 épisodes. L'aura typique présente au moins l'un des 3 symptômes qui apparaissent progressivement, en plusieurs minutes, et durent de 5 à 60 minutes (en moyenne de vingt à trente minutes) : l'aura visuelle typique, l'aura sensitive typique ou l'aura aphasique typique.

Aura visuelle typique :



Figure 3 : Exemple 1 d'aura visuelle migraineuse (20)

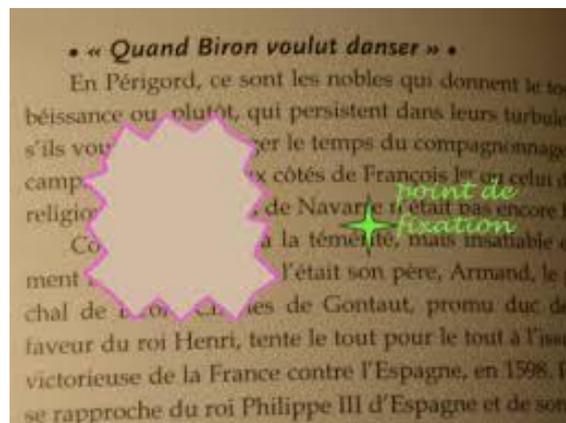


Figure 4 : Exemple 2 d'aura visuelle migraineuse

Les auras visuelles sont les plus courantes. Elles représentent 90 % des cas et sont totalement réversibles. Elles se manifestent par des phénomènes positifs (lumières scintillantes, taches ou lignes) et/ou négatifs (perte de la vision, présence de trous dans le champ visuel). Ce type de migraine était anciennement connu sous le nom de « migraine ophtalmique ». L'aura visuelle peut être isolée tandis que les autres auras sont quasiment toujours associées à des auras visuelles.

L'aura visuelle est principalement dominée par le scotome scintillant, les phosphènes et les autres troubles visuels. Les troubles visuels sont localisés de façon caractéristique dans un hémichamps visuel (une seule moitié du champ visuel de l'œil, droite ou gauche) de manière latérale homonyme (affecte les deux yeux).

Le scotome scintillant (21) est caractéristique de la migraine, il s'agit d'une zone aveugle bordée d'un arc scintillant, formé de lignes brisées continues, s'agrandissant progressivement.

Ce trouble visuel persiste les yeux fermés et affecte les deux yeux. Après disparition du scintillement, le scotome disparaît progressivement en sens inverse de sa formation.

Les phosphènes sont rencontrés fréquemment, ils correspondent à des taches lumineuses scintillantes noirs et blanc, plus rarement colorés (flash, zébrures, zigzags...). Certains d'entre eux se transforment en scotome et se situent sur le côté, mais peuvent aussi toucher l'ensemble du champ visuel.

Parfois le trouble visuel est purement déficitaire donnant une vision floue, comme à travers un verre dépoli ou de fumée.

Aura sensitive typique :

Les symptômes sensitifs sont totalement réversibles, dans 90% des cas elles sont précédées ou accompagnées de troubles visuels ou surviennent avec une aphasie. Elles comportent des phénomènes positifs (sensation de piquûre d'épingle) et/ou négatifs (engourdissement). Les fourmillements, picotements ou engourdissement unilatérales débutent à la main, puis s'étendent à l'avant-bras, gagnent la langue et le pourtour des lèvres. La progression est lente et l'extension maximale se fait en une dizaine de minutes. Plus rarement surviennent des troubles de la perception du schéma corporel.

Aura aphasique typique :

Les symptômes aphasiques (troubles du langage/de la parole) sont totalement réversibles, et le plus souvent, associés à des troubles visuels et/ou des troubles sensitifs. Ces troubles sont généralement discrets, il peut s'agir d'un manque de mots, de paraphrasies isolées, de troubles de la lecture, de troubles de la compréhension, de dysarthrie.

L'aura peut-être:

- suivie d'une céphalée dont les signes correspondent à la migraine sans aura
- suivie d'une céphalée qui ne possède pas ces signes
- isolée (aura sans céphalée).

L'examen clinique est normal entre les crises et le patient ne présente aucun symptôme.

Ces signes peuvent varier d'un patient à l'autre, mais chaque patient présente toujours les mêmes signes. La plupart du temps, ils apparaissent sur le côté de la tête opposé à celui de la céphalée qui s'en suit (ils sont unilatéraux).

Dans la migraine hémiplégique, le patient présente un déficit moteur d'intensité variable (lourdeur d'un membre à l'hémiplegie flasque). Ce déficit qui était initialement inclus dans les auras typiques, a finalement été considéré comme un critère diagnostique de la migraine hémiplégique. L'aura motrice peut durer jusqu'à 72 heures et chez certains patients, elle peut persister pendant plusieurs semaines. Elle s'associe pratiquement toujours à au moins un autre signe de l'aura typique : aura visuelles, sensitive et aphasique, le plus souvent unilatéraux, d'installation progressive sur plus de 5 minutes, durant maximum 1 heure et totalement réversibles.

Souvent, l'interprétation d'un déficit moteur est délicate, le patient prenant parfois l'engourdissement pour un symptôme moteur.

Tableau 9 : Critères diagnostiques de la migraine hémiplégique (21)

Critères de diagnostic de la migraine hémiplégique

A. Au moins deux crises répondant aux critères B et C

B. Aura comportant les deux symptômes suivants :

- Déficit moteur totalement réversible
- Symptômes visuels, sensitifs et/ou troubles de la parole/langage, tous étant totalement réversibles.

C. Au moins deux des quatre caractéristiques suivantes :

- Au moins un des symptômes de l'aura se développe graduellement en au moins 5 minutes et/ou 2 ou plusieurs symptômes d'aura apparaissent successivement.
- Chaque symptôme de l'aura non moteur dure entre 5 minutes et 60 minutes et les symptômes moteurs ont une durée inférieure à 72 heures
- Au moins 1 des symptômes d'aura est unilatéral
- L'aura est accompagnée ou suivie dans les 60 minutes d'une céphalée

D. N'est pas mieux expliqué par un autre diagnostic de l'ICHD-3 β , un accident ischémique transitoire et/ou constitué ayant été exclu.

Il existe deux types de migraine hémiplégiques : la migraine hémiplégique familiale et la migraine hémiplégique sporadique.

- Migraine hémiplégique familiale : il s'agit d'une affection autosomique dominante. Le diagnostic est avant tout clinique reposant sur l'histoire du patient et l'enquête familiale : existence dans la famille d'au moins un apparenté au premier ou au second degré présentant une migraine hémiplégique (crises répondant aux critères de la migraine hémiplégique).
- Migraine hémiplégique sporadique : le tableau est identique à celui de la migraine hémiplégique familiale sauf qu'il n'existe pas d'antécédents familiaux.

I.11.3. Place des examens complémentaires (2,22)

Faut-il effectuer des examens complémentaires pour établir un diagnostic de migraine ?

Scanner et IRM cérébrale :

Il n'est pas nécessaire de faire un scanner ou une IRM cérébrale :

- Lorsque la migraine correspond aux signes cliniques de la migraine avec ou sans aura définis par l'IHS.
- Lorsque l'on cherche à distinguer une migraine d'une céphalée primaire ou plus simplement d'une céphalée de tension (les critères ICHD-3β permettent d'éliminer les autres céphalées primaires ou secondaires).

Un scanner ou IRM cérébrale ne sont indispensables qu'en cas de suspicion de céphalée secondaire. Ils sont destinés à éliminer une autre cause possible aux céphalées ou de mettre en évidence une pathologie associée ou surajoutée. Il est recommandé d'adresser dans une structure d'urgence tout patient, migraineux ou non, présentant une « céphalée d'apparition brutale s'installant en moins d'une minute (céphalée dite en coup de tonnerre) » pour des explorations complémentaires appropriées.

Le scanner ou l'IRM cérébrale sont conseillés :

- « Devant des crises migraineuses apparues après l'âge de 50 ans ».
- « Devant une aura atypique : à début brutal, prolongée au-delà d'une heure, survenant toujours du même côté, et/ou sans symptômes visuels ».
- « Une anomalie à l'examen clinique ».

Pour un patient migraineux déclaré, un scanner cérébral sans injection est conseillé pour toute céphalée inhabituelle. Si les résultats du scanner ne présentent pas d'anomalies, on peut avoir recours à une IRM cérébrale.

Electroencéphalogramme (EEG) :

L'EEG n'est pas indiqué dans un cas de migraine spécifié par les critères de l'IHS. Pour exclure une céphalée secondaire, il faut préférer l'imagerie cérébrale à l'EEG qui ne s'avère pas utile dans cette situation.

Radiographie des sinus, du rachis cervical, examen ophtalmologique, orthoptique et échographie abdominale :

Il n'y a pas d'indication à réaliser ces examens complémentaires dans le bilan d'une migraine.

I.12. Maux de tête et troubles de la vision (23)

Les troubles de la vision sont généralement liés à des maux de tête. Dans certains cas, les troubles visuels provoquent des maux de tête, dans d'autres cas, ce sont les maux de tête qui déclenchent des troubles visuels.

Troubles de la vue déclenchant un mal de tête : dans ce cas, la douleur est localisée autour des yeux ou du front. Le trouble de la vision pouvant causer ce type de mal de tête est habituellement l'hypermétropie. Il affecte la vision de près. Une personne hypermétrope a tendance à s'accommoder en permanence. Lors de la lecture sur un ordinateur, téléphone ou livre, les yeux se fatiguent à essayer de corriger la mise au point, engendrant des céphalées. L'astigmatisme (vision floue et déformée), le strabisme (yeux non parallèles) et la presbytie (difficulté à voir de près du à l'âge) peuvent aussi entraîner une fatigue oculaire à l'origine de maux de tête. Lors d'une uvéite (inflammation de l'uvée, œil rouge et douloureux), la douleur peut se propager localement autour des yeux. Le glaucome aigu à angle fermé (augmentation soudaine de la pression intraoculaire) est une urgence ophtalmologique. Il provoque une douleur sévère et centrée au-dessus de l'arcade sourcilière pouvant entraîner des complications voire une cécité.

Mal de tête déclenchant des troubles de la vue : il s'agit de la migraine ophtalmique, un type de migraine précédé d'un trouble visuel. Ce dernier peut être isolé, c'est-à-dire non suivie d'un mal de tête. Ce type de mal de tête ne dépend pas des problèmes de la vision, elle ne peut donc pas être traitée avec des lunettes. Il faut alors identifier ses facteurs déclenchants et traiter la douleur.

Des maux de têtes persistants et troubles visuels sévères peuvent aussi être provoqués par certaines tumeurs cérébrales. En général, ils sont accompagnés par d'autres symptômes (troubles neurologiques, nausées, vomissements). Des examens sont nécessaires pour le diagnostic.

Dans tous les cas, il est important de faire vérifier constamment la qualité de sa vision par un ophtalmologiste, et de reposer ses yeux.

I.13. Complications de la migraine

La migraine peut entraîner des complications plus ou moins importantes chez le patient, en ce qui concerne la fréquence, l'intensité et la durée des crises. Ces complications peuvent impacter la qualité de vie des patients, notamment au niveau de leur activité professionnelle ou scolaire.

I.13.1. Migraine chronique (24)

La migraine chronique peut survenir chez un migraineux confirmé. Elle touche 3% de la population française.(24) Elle se définit par une céphalée survenant « au moins 15 jours ou plus par mois, depuis plus de 3 mois avec au moins 8 jours de migraine par mois ». (25)

I.13.2. Céphalée par abus médicamenteux ou CCQ par abus de médicaments (26)

L'une des principales complications de la migraine est la céphalée par abus de médicaments ou CCQ par abus de médicaments. Elle concerne 2 à 3% de la population générale. Elle est provoquée par une surconsommation d'antimigraineux « plus de 15 jours par mois pour les antalgiques non opioïdes et plus de 10 jours par mois pour les triptans et les opioïdes, pendant plus de 3 mois ». (26) Cela provoque des maux de tête chroniques avec une utilisation quasi quotidienne de médicaments antimigraineux et peut être à l'origine d'un « état de mal migraineux » définit par des crises dont la durée est supérieure à 72 heures. Nous reverrons tous les éléments en détails dans la troisième partie de cette thèse.

I.13.3. Etat de mal migraineux (27)

L'état de mal migraineux est caractérisé par une crise de migraine qui dépasse 72 heures. A l'exception de la durée, toutes les caractéristiques habituelles de la crise de migraine sans aura sont présentes. La durée ne prend en compte ni les interruptions pendant le sommeil, ni la disparition passagère de la douleur due à l'action des médicaments. Cette durée peut être d'une semaine ou plus. Un état de mal migraineux peut apparaître de façon imprévisible ou en cas d'abus d'antalgiques ou d'antimigraineux de crise. Elle peut être considérée comme une céphalée de rebond prolongée.

I.13.4. Aura persistante sans infarctus (27)

L'aura persistante sans infarctus peut survenir chez les patients ayant des antécédents de migraine avec aura typique. Elle se définit par les symptômes de l'aura habituelle typique mais dont seule la durée se prolonge d'une semaine ou plus. Néanmoins, la neuro-imagerie ne montre pas d'anomalies. Les symptômes sont parfois bilatéraux et peuvent durer très rarement quelques mois. Il faut faire la distinction entre l'aura persistante et les auras pluriquotidiennes survenant pendant plusieurs jours d'affilée faisant craindre l'installation d'un infarctus cérébral. De nombreux traitements ont été essayés dans l'aura persistante sans infarctus. La lamotrigine semblerait être le traitement le plus efficace.

I.13.5. Infarctus migraineux (27)

L'infarctus migraineux est défini comme un accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique survenant chez un patient suite à une crise de migraine avec aura ressemblant aux crises habituelles mais se manifestant par des symptômes persistant plus de 60 minutes et siégeant dans une zone correspondante aux symptômes de l'aura.

I.13.6. Epilepsie déclenchée par une aura migraineuse (27)

On peut rencontrer rarement des crises d'épilepsie qui peuvent être déclenchés par une crise de migraine avec aura. C'est ce qu'on appelle la « *migralepsie* ». Il s'agit de patients présentant une migraine avec aura chez lesquels survient une crise d'épilepsie durant ou une heure après l'aura migraineuse. L'association entre migraine et épilepsie est complexe : elle résulte de l'association de facteurs génétiques et/ou environnementaux qui aboutit à une augmentation de l'excitabilité neuronale et un abaissement du seuil de déclenchement des crises.

I.14. Situations particulières

I.14.1. Migraine de l'enfant (28)

Chez l'enfant, on retrouve des antécédents familiaux dans 50-80% des cas et le début a souvent lieu entre 4 et 8 ans.

Les manifestations cliniques de la migraine chez l'enfant sont différentes de celle de l'adulte. Les crises sont caractérisées par :

- Une durée plus courte : 1 à 48 heures chez l'enfant de moins de 15 ans
- Une localisation souvent bilatérale de la céphalée dans 2/3 des cas
- Des troubles digestifs (vomissements, douleurs abdominales) qui sont fréquemment associés et qui sont plus accentués que chez l'adulte. Ils sont donc souvent au premier plan, parfois plus importants que la migraine.
- Une pâleur inaugurale est souvent signalée dès le début de la crise dans 3/4 des cas.

L'intensité de la douleur est estimée ainsi : 50% des enfants pleurent, 69% des enfants auto-évaluent leur douleur au maximal sur l'échelle visuelle. Pendant les crises, la plupart des enfants arrêtent leur activité et s'allongent.

Le sommeil est presque toujours réparateur et l'état évolue vers la guérison dans 2/3 des cas.

Les enfants peuvent aussi présenter d'autres types de migraine : la « migraine sans céphalée » au cours de laquelle, on ne va pas avoir une céphalée mais d'autres symptômes évoluant par crises. Parmi ces symptômes figurent des douleurs abdominales répétitives appelées « migraine abdominale », des vertiges bénins répétés et vomissements cycliques. Dans ce cas, le diagnostic de migraine ne sera évoqué qu'après élimination des autres causes.

Les « crises de foie » (désignant des symptômes digestives et neurologiques) ou « crises d'acétone » (en raison de l'odeur caractéristique d'acétone dans l'haleine) sont désormais considérées comme de véritables crises de migraine.

Comme chez l'adulte, il ne faut pas priver certains enfants d'une prise en charge adéquate, d'autant plus que les critères de l'IHS pour le diagnostic de migraine sans aura sont encore moins sensibles chez l'enfant que chez l'adulte. Pour éviter cela, il est conseillé d'utiliser le terme de migraine sans aura « probable » lorsque tous les critères diagnostiques sont présents excepté un seul.

La place des examens complémentaires est identique chez l'enfant par rapport à l'adulte. Cependant, en raison de la difficulté à diagnostiquer l'étiologie des céphalées chez l'enfant, les indications de la neuroimagerie doivent être élargies.

Chez l'adolescent, les signes cliniques changent pour se rapprocher de celle de l'adulte.

Pour la migraine de l'enfant, il n'y a pas d'échelle de qualité de vie traduite et validée en français. Il est conseillé de tenir un agenda des crises pour l'enfant qui peut être rempli notamment avec l'aide de sa famille. Cela peut permettre d'identifier les facteurs déclenchants, d'évaluer l'efficacité des traitements, et de déterminer la gravité de la migraine (fréquence, intensité des crises, signes digestifs associés) et son impact sur la vie quotidienne (absence scolaire).

I.14.2. Migraine du sujet âgé (29)

Le pic de prévalence de la migraine est entre 20 et 50 ans. Par conséquent, l'expression de la migraine a tendance à diminuer considérablement avec l'âge, en particulier après l'âge de 60 ans. La raison est mal connue et cette diminution n'est pas systématique.

Au moins un patient sur 10 pris en charge dans les institutions spécialisées a plus de 65 ans, mais il s'agit le plus souvent de migraineux souffrant d'une maladie sévère.

En dehors de cela, la migraine du sujet âgé n'a pas vraiment de particularités cliniques. Simplement, ils présentent parfois des crises nocturnes assez tôt le matin, ce qui les oblige à se réveiller prématurément. Concernant les patients âgés qui souffrent de migraine avec aura, ils peuvent présenter de manière répétée des auras isolées sans aucune céphalée.

En prenant en compte ces éléments et de la sévérité de la maladie dont ils souffrent, les patients migraineux âgés sont au mieux pris en charge dans des institutions spécialisées et en particulier s'il existe un abus médicamenteux chez ces migraineux.

I.15. Migraine et vie hormonale de la femme (30,31)

Chez la femme, la maladie migraineuse est nettement influencée par la fluctuation des hormones sexuelles féminine, comme en témoigne une fréquence plus élevée de cette affection chez les femmes dès la puberté, un rôle favorisant des règles dans le déclenchement des crises et une amélioration de la migraine au cours de la grossesse et ménopause.

En effet, on observe une diminution de la fréquence des crises chez 67% des femmes enceintes, voire une disparition dans 17% des cas. Néanmoins, ce bouleversement hormonal serait responsable pour 1,3% des femmes enceintes, de l'apparition de la première crise de migraine. Lors du post partum, le retour au cycle hormonal normal induit chez 30 à 40% des femmes présentant des antécédents de migraine, l'apparition d'une nouvelle crise.

La ménopause peut également influencer la migraine qui évolue essentiellement vers une diminution de la pathologie. A l'inverse, des crises de migraine seraient plus fréquentes durant la phase de préménopause, probablement en lien avec la modification des concentrations en œstrogènes au cours de cette période.

I.15.1. Migraine et puberté (30)

Durant l'enfance, le rapport de prévalence fille/garçon de la migraine se situe autour de 1 : elle est donc identique chez les filles et les garçons jusqu'à la puberté.

Après la puberté, ce rapport se modifie : le rapport femme/homme chez l'adulte atteint 3/1, c'est-à-dire 3 femmes pour un homme. La migraine débute à la puberté chez 10 à 20% des migraineuses. L'influence de la puberté est plus importante pour la migraine sans aura qu'avec aura.

I.15.2. Migraine cataméniale (30)

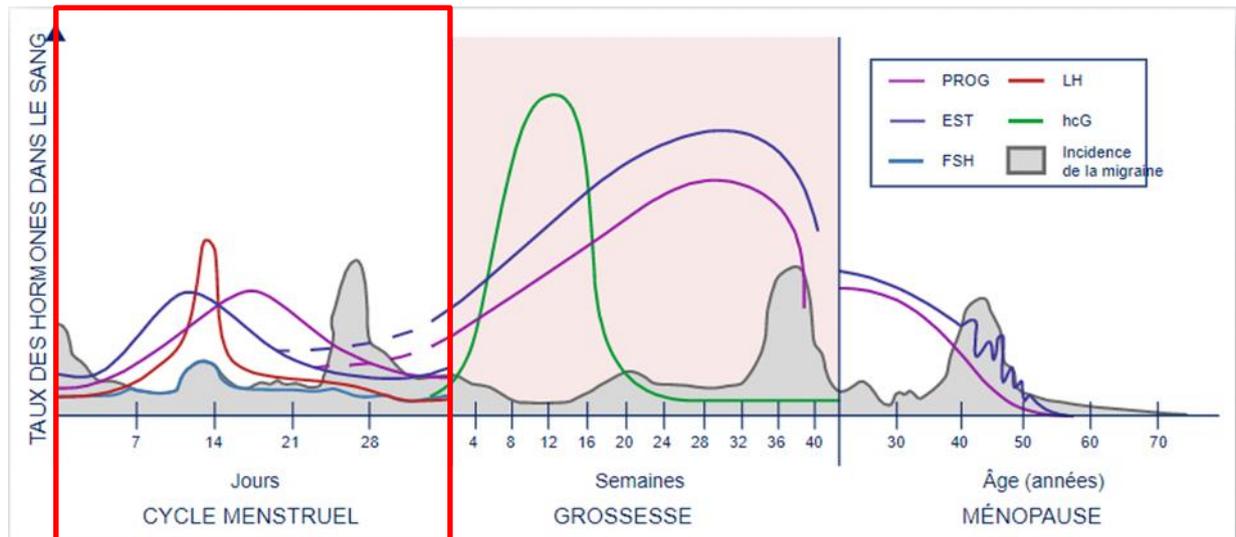


Figure 5 : Changements hormonaux et incidence de la migraine sans aura chez les femmes (32)

La menstruation est un facteur de risque significatif de migraine sans aura. Entre 20 à 60% des migraineuses rapportent une association avec les règles.

Conformément à la classification internationale de l'IHS sur les céphalées, le diagnostic de migraine menstruelle est établi lorsqu'une crise éclate dans les limites du deuxième jour avant la période menstruelle et du troisième jour après son commencement, après deux ou trois cycles successifs. La période menstruelle peut coïncider avec les menstruations naturelles ou avec une hémorragie de privation suite à l'abandon d'une contraception orale estroprogestative (les crises menstruelles s'avèrent secondaires lors de la baisse des estrogènes durant la phase lutéale du cycle menstruel ou lors de l'abandon de la contraception orale estro-progestative).

L'IHS reconnaît deux types de migraine cataméniales :

- La migraine cataméniale « pure », comportant seulement des crises menstruelles, sans aura, n'apparaissant qu'entre J-2 et J+3 du saignement (J+1 étant le premier jour des règles), pendant au moins deux de trois cycles consécutifs. Il n'y a aucune crise en dehors de la période des règles.
- La migraine liée aux menstruations, sans aura, associée à d'autres crises (avec ou sans aura) survenant à d'autres moments du cycle.

Par rapport aux crises survenant en dehors de la période menstruelle, les crises menstruelles pures se caractérisent par une plus grande sévérité, une plus longue durée et une réponse moindre au traitement de crise. Sachant que certaines patientes présentent une anticipation anxieuse, il en résulte des répercussions plus importantes car la survenue de la période menstruelle les conduit à « prévoir » la survenue de la crise migraineuse menstruelle.

I.15.3. Migraine et contraception orale (30,33)

La contraception orale risque-t-elle d'aggraver la migraine dont souffre la patiente ? Expose-t-elle la patiente à un risque vasculaire particulier ?

Influence de la contraception orale sur la migraine

Il est délicat de déterminer le rapport entre la migraine et la contraception orale. Le lien entre la prévalence de la migraine et la prise de la contraception orale a été démontrée en considérant la présence d'éthinylestradiol quelle que soit la dose (mais pas du progestatif).

Les effets de la contraception sur la migraine peuvent varier grandement d'un individu à l'autre. Elle pourrait aggraver la migraine dans 18 à 50 % des cas, l'améliorer dans 3 à 35 % des cas et ne pas la modifier dans 39 à 65 % des cas. (30) Cela dépend de la pilule oestro-progestative utilisée et de la variabilité interindividuelle.

Ainsi, la pilule oestro-progestative n'est pas contre-indiquée chez les patientes souffrant de migraine sauf dans certaines situations. Chez les adolescentes migraineuses, l'absence de mesures contraceptives expose à un risque de grossesse non désirée qui est beaucoup plus grave que le risque d'exacerbation de la migraine.

Problème des facteurs de risques vasculaires liés à la migraine et contraception orale

Les jeunes femmes âgées de moins de 35 ans qui souffrent de migraine avec aura présentent une augmentation du risque neuro-vasculaire. Ce risque vasculaire est particulièrement augmenté en cas de cofacteurs (HTA, obésité, antécédent cardiovasculaire, de phlébite ou d'embolie pulmonaire), les deux principaux étant le tabagisme et l'utilisation d'une contraception orale estro-progestative.

En effet, la migraine est un facteur de risque d'AVC chez les femmes de moins de 45 ans (ce risque est deux fois plus élevé pour la migraine avec aura que sans aura). Par ailleurs, le tabac, qui multiplie par 10 le risque d'infarctus du myocarde (IDM) chez la femme de moins de 45 ans, augmente aussi le risque d'ischémie cérébrale. Enfin, les oestroprogestatifs sont un facteur de risque d'AVC ischémique (ce risque augmente avec le contenu d'éthinylestradiol du contraceptif). L'association migraine surtout avec aura, tabagisme et contraception orale estro-progestative multiplie par 30 environ le risque d'AVC ischémique chez les jeunes femmes. (30)

Ainsi, chez les femmes souffrant de migraine avec aura, qui présentent un ou plusieurs facteurs de risque, la contraception orale estro-progestative est contre-indiquée. On préférera une contraception orale purement progestative (sans œstrogènes), non associée à un risque augmenté de thrombose veineuse, ou un moyen de contraception non hormonal.

Si des crises migraineuses apparaissent ou s'aggravent sous pilule, la conduite à tenir dépend du type de crises, de leur fréquence et de leur sévérité, de l'âge de la patiente et des facteurs de risques associés. En revanche, il faut discuter d'un éventuel arrêt de la pilule avec son médecin si apparaît une nouvelle céphalée inhabituelle, migraine habituelle mais plus fréquente et d'intensité plus sévère, si s'installe une migraine avec aura, si se développent des symptômes d'aura inhabituels (particulièrement une aura prolongée)

A propos des autres méthodes contraceptives, il y a les dispositifs intra-utérins (stérilets au cuivre) qui sont neutres face à la migraine.

I.15.4. Migraine et grossesse (34)

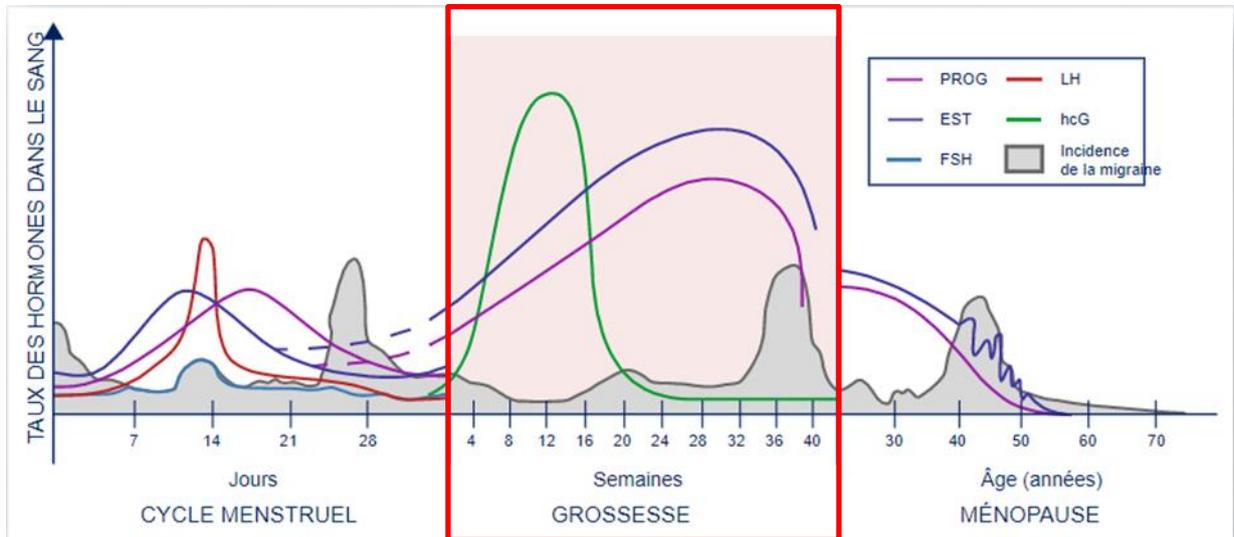


Figure 6 : Changements hormonaux et incidence de la migraine sans aura chez les femmes (32)

Impact de la grossesse sur la migraine :

La grossesse influence fortement l'évolution de la maladie migraineuse. Chez 80% des femmes, la migraine s'améliore ou disparaît au cours de la grossesse. La forte augmentation du taux d'œstrogènes dans le sang est le mécanisme habituellement retenu pour expliquer cette amélioration. L'effet bénéfique de la grossesse semble plus important si la migraine a débuté à la puberté ou en cas de migraine menstruelle (migraines survenant au moment des règles). L'amélioration intervient dans le courant du premier trimestre et se manifeste surtout dans les deux derniers trimestres de la grossesse : les crises de migraine sont moins fréquentes, voire disparaissent chez la majorité des femmes à la fin du 1er trimestre.

Cependant, certaines femmes peuvent continuer à avoir des migraines tout au long de leur grossesse, et parfois même si c'est rare, les migraines peuvent même s'aggraver (3 à 8 % des cas, surtout migraine avec aura). Pendant le premier trimestre de la grossesse, certaines femmes peuvent avoir une première crise de migraine, souvent avec aura. Le diagnostic se fait après avoir vérifié qu'il ne s'agit pas d'un autre problème de santé. L'aggravation ou l'apparition d'une migraine de novo au cours de la grossesse restent inexplicables.

Les céphalées sont fréquentes dans le post-partum (30 à 40 % des femmes souffrent de céphalées lors de la première semaine du post-partum). La migraine du post-partum est plus fréquente en cas d'antécédents de migraine menstruelle. La chute brutale du taux d'œstrogène après l'accouchement pourrait expliquer les crises migraineuses du post-partum. La maladie migraineuse peut aussi débuter durant le post-partum.

Impact de la migraine sur la grossesse :

Selon les études scientifiques, la migraine n'augmente pas le risque de complications au cours de la grossesse. Cependant, certains traitements de la migraine ne doivent pas être utilisés pendant la grossesse.

I.15.5. Migraine et allaitement (30)

Pour les femmes qui n'allaitent pas, les crises peuvent reprendre plus rapidement.

Parfois, les jeunes mamans signalent une aggravation de la fréquence et de l'intensité des crises. Cette évolution est plus à rapporter aux changements de rythme liés à l'arrivée de l'enfant avec des réveils nocturnes fréquents ainsi qu'à l'allaitement. Un allaitement mixte est parfois recommandé pour retrouver un sommeil suffisant.

I.15.6. Migraine et ménopause (30)

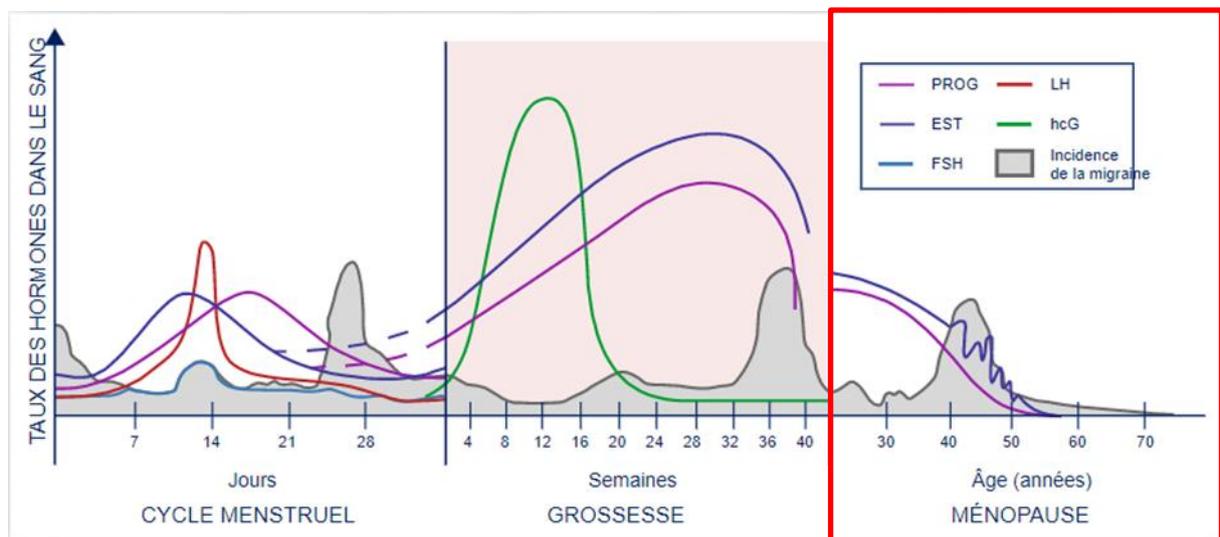


Figure 7 : Changements hormonaux et incidence de la migraine sans aura chez les femmes (32)

La prévalence de la migraine décroît avec l'âge dans les deux sexes et la prépondérance féminine bien que moins importante se maintient après la ménopause. Le sex-ratio de la migraine est encore de 2,5 femmes pour un homme après 70 ans. Il est classique de dire que la migraine s'aggrave en péri-ménopause et s'améliore ensuite dans deux tiers des cas.

L'utilisation d'un Traitement Hormonal Substitutif (THS) risque-t-il d'avoir une influence sur la maladie migraineuse ? Y a-t-il un risque ischémique cérébral du THS chez les migraineuses ?

Influence du THS sur le cours de la migraine :

Il existe une association entre l'utilisation de THS de la ménopause et la persistance de crises de migraine. Le THS a un effet variable sur la migraine, qui peut être aggravée, améliorée ou inchangée. Le THS vise à donner des taux physiologiques d'œstrogènes. Au long cours, ce dernier expose au risque de carcinome de l'endomètre que l'on évite en ajoutant un progestatif aux femmes non hystérectomisées ; il augmenterait le risque de cancer du sein ; il a un effet cardioprotecteur mais augmente le risque thrombo-emboliques veineux.

La survenue de céphalées au cours d'un THS, en l'absence d'autres causes, doit conduire à modifier les modalités de ce traitement. Il est difficile de juger les effets du THS car ils varient en fonction du type d'œstrogènes et progestatif, de la prise séquentielle ou continue et de la voie d'administration. Selon les études, le THS pris en continu induit moins de crises de migraine que les traitements discontinus et l'estradiol transdermique induit moins de migraines que les œstrogènes oraux conjugués.

THS, migraine et risque d'infarctus cérébral :

La migraine n'était pas considérée jusqu'à présent comme un facteur de risque vasculaire chez la femme de plus de 45 ans. Mais des travaux récents ont montré qu'au-delà de 45 ans, seule la migraine avec aura augmenterait le risque vasculaire chez l'homme comme chez la femme.

Le THS présente en soi un facteur de risque d'infarctus cérébral à un niveau faible mais significatif. Aucune donnée n'éclaire le risque sur l'association entre la migraine et le THS.

En somme, le THS ne présente pas de contre-indication dans le cas d'une migraine, mais si la migraine s'aggrave (en s'accompagnant d'une aura) sous THS, on basculera vers une forme transdermique, une diminution des doses d'estradiol ou un arrêt du THS.

II. Prise en charge du patient migraineux

II.1. Evaluation de la migraine pour une prise en charge optimale

II.1.1. Evaluation du handicap du migraineux (2,35,36)

De manière générale, le handicap désigne « toute limitation d'activité quotidienne ou restriction de participation à la vie sociale et professionnelle, subie dans son environnement par un individu, en raison d'une déficience des fonctions physiques, psychiques, intellectuelles ». (37)

La migraine est une maladie bénigne, mais handicapante du fait de la fréquence, de la durée et de l'intensité des crises, mais aussi des signes d'accompagnements digestifs ainsi que de l'altération de la qualité de vie professionnelle, sociale et familiale. Chez 42 à 50 % des patients, la fréquence des crises est de deux ou plus par mois. Chez 39 % des patients, la crise dure plus de 24 heures. Chez 48 à 74 % des patients, l'intensité est sévère ou très sévère. (2)

Par conséquent, la migraine entraîne un handicap évident lors des crises de céphalée. Il est très fréquent qu'une crise migraineuse amène le patient à arrêter toute activité et à aller s'allonger dans le calme et le noir. Entre les crises, la migraine a un impact sur la vie du patient car un mal-être peut persister lorsque le sujet est inquiet de la survenue d'une crise et qu'il s'abstient de s'engager dans une activité réclamant certaines performances.

Des échelles spécifiquement conçues pour la migraine et traduites et validées en français peuvent être utilisées pour évaluer l'impact fonctionnel et la perte de productivité. Parmi celles-ci, l'échelle HIT-6 (Headache Impact Test) est particulièrement recommandée, l'échelle MIDAS (Migraine Disability Assessment Questionnaire) peut également être conseillée. Ces outils peuvent être utilisés en pratique clinique et déterminer le traitement en fonction des grades définis par ces échelles.

L'échelle HIT-6 : Voir Annexe 1

Il s'agit d'une échelle d'évaluation (auto-évaluation ou hétéro-évaluation) qui mesure l'impact fonctionnel induit par la migraine sur la vie quotidienne (travail, loisirs, vie sociale,...). Elle est recommandée par la Société Française d'Etude des Migraines et Céphalées (SFEMC). Cette échelle a été développée et validée pour la migraine mais peut aussi être utilisée par extension pour toute céphalée chez l'adulte.

Cette échelle sous forme de questionnaire est composée de 6 questions, avec 5 items de réponse identiques pour toutes et une cote pour chacun :

Items de réponse	Côte
Jamais	6
Rarement	8
De temps en temps	10
Très souvent	11
Tout le temps	13

Le questionnaire balaye plusieurs domaines :

- Les 3 premières évaluent l'impact de la crise migraineuse : la sévérité de la douleur pendant la crise, l'incapacité à effectuer les activités quotidiennes, l'envie de s'allonger
- Les 3 dernières évaluent l'impact global : la fatigue, le ressenti émotionnel, la capacité de travail.

La somme des réponses à ces 6 questions donne le score HIT-6. Ce score peut varier de 36 à 78 avec quatre grades de sévérité croissante :

Score	Impact
≤ 49	Léger
50 à 55	Modéré
56 à 59	Important
≥ 60	Majeur

Ce score permet le suivi du patient donc doit faire l'objet d'une traçabilité dans le dossier patient.

L'échelle MIDAS : Annexe 2

Il s'agit d'une échelle d'évaluation (auto-évaluation ou hétéro-évaluation) qui mesure la perte de productivité liée à la migraine en nombre de jours au cours des 3 derniers mois, destiné à l'adulte et adolescent. Cette échelle, validé en français et recommandée par la SFEMC s'avère efficace en pratique clinique.

Elle se présente sous forme de questionnaire composé de 5 questions, la perte de productivité est mesurée pour la vie professionnelle ou scolaire, la vie domestique et la vie sociale selon le nombre de jours d'activité perdus dans chacun de ces 3 domaines ainsi que le nombre de jours pour lesquels la productivité a été diminuée de moitié.

On détermine 4 grades de sévérité (donc 4 niveaux de perte de productivité) :

Grades	Sévérité/Perte de productivité
I	Peu ou pas de sévérité = peu ou pas de perte de productivité (entre 0 et 5 jours de perte de productivité par trimestre)
II	Sévérité discrète = faible perte de productivité (entre 6 et 10 jours)
III	Sévérité modérée = perte de productivité significative (entre 11 et 20 jours)
IV	Sévérité importante = perte de productivité (plus de 20 jours)

Plus le grade est élevé, plus la perte de productivité croît en nombre de jours par trimestre. Le score obtenu doit faire l'objet d'une traçabilité dans le dossier patient.

II.1.2. Evaluation du retentissement émotionnel

L'existence d'une corrélation entre épisode dépressif majeur, trouble anxieux et migraine accroît le handicap du patient migraineux et peut justifier une prise en charge adaptée.

La détresse émotionnelle n'est pas toujours au premier plan parmi les symptômes éprouvés par le patient, mais il ne faut pas négliger cette piste. Durant l'interrogatoire, il peut être pertinent de chercher un syndrome anxieux ou dépressif qui se manifeste par des sentiments de peur, d'inquiétude, de panique, de colère, de dramatisation, de tristesse, de désespoir ou de honte. En pratique, il est possible d'utiliser l'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) pour évaluer la composante émotionnelle de la migraine.

Une dizaine d'études, menées en population générale et avec des instruments diagnostiques validés, montrent que les troubles dépressifs sont 2 à 4 fois plus fréquents chez les migraineux que chez les témoins, et les troubles anxieux 3 à 5 fois plus fréquents.

L'impact émotionnel peut être important et entraîner de véritables troubles anxieux ou dépressifs.

La répétition des crises migraineuses a un impact négatif sur l'état émotionnel du sujet. Inversement, la dépression et l'anxiété ont-elles aussi un impact négatif sur la migraine : un abaissement du seuil de déclenchement des crises, crises plus intenses, multiplication des prises médicamenteuses, facteur de risque pour la transformation des migraines en céphalées par abus médicamenteux. Par rapport aux autres migraineux, les personnes ayant des céphalées par abus médicamenteux ont environ 10 fois plus d'anxiété et de dépression.

Echelle HAD : **Annexe 3**

Il s'agit d'une échelle d'évaluation (auto-évaluation) de la composante émotionnelle de la migraine, destinée à l'adulte.

Cette échelle se divise en deux sous-échelles : une pour évaluer le retentissement anxieux (A) et l'autre pour évaluer le retentissement dépressif (D) des douleurs. Pour chacune des 14 questions, une cotation de 0 à 3 permet au patient d'évaluer l'intensité de ce symptôme durant la dernière semaine. Les notes de la première colonne doivent être additionnées ensemble pour obtenir le score Anxiété et les notes de la deuxième colonne doivent être additionnées pour obtenir le score Dépression

Il y a un score global sur 21 et surtout sous-scores (dépression et anxiété) dont des valeurs seuils ont été déterminées :

Score	Etat anxieux ou dépressif
≤ 7	Absence
8 à 10	Douteux
≥ 11	Certain

Le score obtenu doit faire l'objet d'une traçabilité dans le dossier patient

Si le score à l'échelle HAD « anxiété » est ≥ 8 , le choix se fait vers un traitement de fond ou vers une prise en charge en relaxation ; si le score à l'échelle HAD « dépression » est ≥ 8 , on envisage d'adjoindre un traitement antidépresseur.

Lorsque le score obtenu à chaque sous échelle est supérieur ou égal à 8, il est important de vérifier s'il n'existe pas un trouble autre.

L'échelle HAD est très simple à utiliser. Elle permet d'aborder la question du retentissement émotionnel à travers les réponses données. Une étude française a évalué les patients consultant pour migraine en médecine générale et en neurologie : 27 % avaient un score supérieur ou égal à 8 sur l'échelle d'anxiété et 39 % un tel score sur les échelles d'anxiété et de dépression.

II.2. Prise en charge non médicamenteuse

II.2.1. Tenue d'un agenda des migraines (38)

Quel que soit l'âge du patient migraineux, afin d'optimiser sa prise en charge, il est recommandé de tenir un agenda des crises (pour les enfants, il peut être rempli avec l'aide des parents).

Exemple d'un agenda de la migraine (pour un semestre) : **Annexe 4**

Autre exemple d'agenda de la migraine : **Annexe 5**

Les éléments indispensables à consigner :

- Date et jour de survenue et horaire de survenue de la crise de migraine : cela permet de voir si les crises se produisent régulièrement (par exemple en début de week-end) et si l'horaire est récurrent (par exemple une crise nocturne)
- Durée de la crise (nombre d'heures dans la journée)
- Intensité de la douleur (Légère, Moyenne, ou Sévère) : il faut noter toutes les crises, quel que soit leur intensité.
- Facteurs déclenchants (stress, aliments, règles pour les femmes : il faut préciser systématiquement le moment des règles)
- Médicaments utilisés à chaque crise migraineuse : nombre de médicament, nom, dose, heure de prise, sur prescription ou non (noter tous les traitements, et préciser leur efficacité).

L'agenda devra également inclure les céphalées intercalaires. Il convient de prêter attention à toutes les crises, qu'elles soient migraineuses ou non migraineuses, et à leurs traitements.

D'après la SFEMC, établir un agenda de la survenue des crises a plusieurs fonctions et va être utile à la fois au médecin et au patient. Il est recommandé de faire cet agenda pendant 6 mois afin d'avoir une bonne vision d'ensemble.

Pour le médecin, il va lui permettre de :

- De préciser la fréquence, durée et sévérité des crises migraineuses,
- De tenir compte de l'altération de la qualité de vie,
- De guider le choix thérapeutique (besoin d'un traitement de fond en fonction du nombre de crises par mois),
- De juger de l'efficacité du traitement prescrit (réduction du nombre de jours de crise)
- D'évaluer la consommation médicamenteuse (dépister un abus médicamenteux définie par la prise 10 à 15 jours par mois d'antimigraineux de crise : les AINS ne doivent pas être utilisés plus de 15 jours par mois et les triptans pas plus de 10 jours par mois)

Pour le patient, même si tenir un agenda peut paraître embêtant, surtout les premières fois, cela va au final l'aider :

- A préparer sa consultation auprès de son médecin traitant,
- A suivre sa consommation médicamenteuse,
- A rechercher d'éventuels facteurs déclenchants

De nombreux outils peuvent être utilisés, l'essentiel étant de présenter au médecin un document lisible le jour de la consultation : application mobile (Migraine Buddy gratuite et disponible sous iOS et Android), agenda papier, tableau sur ordinateur

II.2.2. Eviction des facteurs déclenchants et conseils d'hygiène de vie (39,40)

Le patient doit avant tout être informé sur sa maladie afin de la gérer au mieux : il doit être informé sur le terrain de susceptibilité génétique, l'origine cérébrale des crises, l'influence des facteurs déclenchants sur la fréquence des crises, l'inutilité des examens complémentaires si les critères de définition de l'IHS sont remplis.

Un mode de vie sain et l'éviction des facteurs déclenchants de la crise de migraine sont bénéfiques dans tous les cas. Le patient doit les connaître et les identifier à l'aide de la tenue d'un agenda de crises, pour pouvoir les éviter. Bien souvent, il a déjà connaissance de certains de ces facteurs, mais il doit être informé sur ceux qui restent moins bien connus.

L'éviction des facteurs déclenchants modifiables doit toujours être envisagée, surtout ceux associés au régime alimentaire, rythmes du sommeil et facteurs environnementaux. Néanmoins, cela n'est pas toujours possible et ne doit surtout pas être excessive, sinon elle peut conduire à amplifier les conduites d'évitement du migraineux qui sont un déterminant important de l'altération de la qualité de vie de la migraine entre les crises.

Les facteurs alimentaires ne sont pas déclencheurs chez tous les migraineux ; chez un même patient seuls quelques-uns peuvent l'être.

Dans le cas des facteurs hormonaux, il est essentiel de repérer si les crises surviennent systématiquement au moment des règles afin de guider le médecin vers le choix de certains médicaments. De même, l'apparition de crises lors de la prescription d'une pilule contraceptive pourra conduire à la changer.

Le tabac n'est pas un facteur déclenchant, en revanche, chacun sait qu'il s'agit d'un facteur de risque d'AVC même chez le sujet jeune. L'association tabagisme et pilule à la migraine majore le risque d'AVC. Un migraineux doit s'abstenir de fumer afin d'éviter ce risque, notamment s'il s'agit d'une femme utilisant une contraception orale.

Il est essentiel pour le patient de conserver une durée de sommeil correcte, compenser une dette de sommeil par une sieste ou éviter un lever trop tardif pour ainsi éviter un manque ou un excès de sommeil qui peuvent être des facteurs déclencheurs.

Ces facteurs ne sont en aucun cas exhaustifs. En effet, il ne s'agit pas de supprimer tous les facteurs répertoriés mais plutôt de reconnaître pour chacun, les facteurs qui sont responsables de leurs crises afin de les écarter.

A l'inverse, il existe aussi des facteurs efficaces pour soulager la crise de migraine. Dormir ou se reposer dans une pièce calme et sombre apportent un soulagement. Boire une tasse de café noir, appliquer des compresses froides sur la tête et la friction du front avec de la menthe sont efficaces pour améliorer la crise de migraine à son début.

L'exercice physique peut aggraver la douleur de la céphalée au moment de la crise migraine. Cependant elle a montré son efficacité en prévention : deux à trois séances d'une heure par semaine, à un rythme modéré et en endurance (marche à pied, vélo, natation). D'autre part, elle est aussi importante en prévention du risque vasculaire (la migraine est un facteur de risque d'AVC, et avec la migraine avec aura, il y a un risque deux fois plus élevée d'AVC).

II.2.3. Thérapies agissant sur le stress et l'anxiété (2)

Le stress et l'anxiété font partie des facteurs déclenchants des crises de migraine. En agissant sur ces facteurs, il est possible de réduire le nombre de crises et de limiter l'usage excessif de médicaments. Ces thérapies sont une alternative lorsque les traitements médicamenteux sont contre indiqués. Chez l'enfant, ils sont indiqués en première intention, avant même le traitement médicamenteux.

Les techniques qui ont montré leur efficacité et peuvent être recommandées sont :

- la relaxation
- le rétrocontrôle biologique (biofeedback)
- la thérapie cognitive et comportementale

Ces méthodes thérapeutiques ont toutes le même but : permettre une meilleure gestion du stress afin de diminuer la survenue de crises. Elles sont souvent réservées aux migraineux présentant parallèlement un état de stress alors qu'elles présentent aussi un intérêt en association avec un traitement pharmacologique chez tous les migraineux. Elles sont cependant peu accessibles car il n'y a que très peu de professionnels de santé qui sont formés à ces approches, et généralement elles ne sont pas prises en charge par la sécurité sociale.

La relaxation est recommandée chez l'enfant, et chez tous les patients qui établissent un lien entre les crises de migraine et le stress.

II.2.3.1. La relaxation (41,42)

La relaxation est une méthode qui permet le contrôle et la maîtrise de soi, une diminution des tensions musculaires, la réduction des effets liés au stress (tachycardie, sueurs), une détente et un apaisement.

Plusieurs méthodes de relaxation existent : le yoga, la méditation, les exercices de respiration, la sophrologie, les massages... Aucune n'est plus pertinente que l'autre, l'essentiel est que le patient trouve la méthode qui lui convient le mieux.

II.2.3.2. Le biofeedback (43)

Le biofeedback, appelé aussi bioréaction ou réaction biologique ou rétrocontrôle biologique, désigne la science qui étudie l'interaction « corps-esprit ».

Principe : Cette technique consiste à prendre conscience de son propre corps. Grâce à la compréhension du lien qui existe entre le corps et l'esprit, le patient apprend à moduler de façon volontaire certaines de ses fonctions physiologiques et peut ainsi reprendre le contrôle de son corps.

Il diffère des autres méthodes par l'utilisation d'appareils électroniques ou informatiques comme outils de rééducation. Le but est d'acquérir plusieurs informations psychophysiologiques. Ces appareils captent et amplifient l'information transmise par l'organisme (activité du muscle, fréquence cardiaque, température corporelle, ondes cérébrales ...) et les convertissent en signaux auditifs ou visuels. Le patient qui visualise ces

signaux réussit alors à décoder les messages de son corps puis peut apprendre avec l'aide du thérapeute à réguler ses réactions physiologiques.

Le biofeedback est une technique souvent accompagnée d'une thérapie comportementale ou rééducation physiothérapeutique, ou d'autres techniques telles que la relaxation ou d'autres exercices appropriés.

Déroulement : Le déroulement des traitements et le type d'appareils varient selon le problème de santé. Les patients qui s'apprêtent à faire cette technique doivent être motivés et assidus de façon à obtenir des résultats satisfaisants et durables. Le nombre de séances qu'ils doivent réaliser peut aller de 10 à 40, chaque séance pouvant durer 1 heure. Ces séances se déroulent dans un lieu calme et reposant, où le patient est installé de manière confortable, assis ou couché. Il se concentre sur les signaux auditifs ou visuels émises par le moniteur à partir de capteurs placés aux différents endroits du corps.

Indications : Le biofeedback a de nombreuses indications, dont la migraine et les céphalées de tension... La plupart des études démontrent que le biofeedback est efficace dans la prévention des migraines, qu'il soit accompagné ou non de techniques de relaxation ou de thérapies comportementales. Il y a un soulagement de la migraine avec le biofeedback par rapport au groupe témoin, voire même une équivalence aux traitements médicamenteux.

Dans la migraine, les techniques de biofeedback utilisées comprennent la tension musculaire (tête, cou, épaules), l'activité électrodermale (réponse des glandes sudoripares) ou la température périphérique. Grâce à cet appareil électrique, le patient apprend à contrôler sa tension musculaire via une mesure de la tension musculaire initiale puis du relâchement obtenu après relaxation.

II.2.3.3. La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) (44)

Il s'agit d'une technique de psychothérapie qui étudie l'interaction entre les pensées, émotions et comportements. Il permet en quelques séances de faire face à ses émotions, ses peurs et permet de combattre l'anxiété avec l'aide d'un psychologue. La TCC permet d'éduquer le patient sur sa maladie et sur le rôle à adopter afin d'obtenir un changement durable du comportement. Un patient qui connaît bien sa maladie et les facteurs déclenchants de sa migraine pourra plus facilement agir dessus.

II.2.4. La neuromodulation (45)

Différentes techniques de neuromodulation, encore rarement utilisées en France, semblent être une option thérapeutique intéressante. Ils peuvent être utilisés quand les traitements médicamenteux sont contre-indiqués, quand les médicaments sont refusés par les patients, en cas d'échec thérapeutique ou pour limiter les abus médicamenteux.

« Le principe de la neuromodulation est de stimuler le système nerveux par des courants électriques ou un champ magnétique fluctuant pour agir sur les voies de la douleur ».

Ces dispositifs, étudiés sur leur effet immédiat et préventif de la migraine, offrent aux patients une option bien tolérée et peuvent être utilisés comme méthode de traitement et/ou de prévention de la migraine. Ils sont utilisables par le patient lui-même, ne sont pas invasifs, n'ont pas d'effets indésirables, ni d'effet d'accoutumance. L'inconvénient est que les marquages CE des appareils sont récents, ils sont disponibles en France uniquement sur internet et sont coûteux et non remboursés.

Exemple de dispositif médical : Cefaly (46) est un dispositif de neurostimulation crânienne efficace contre la migraine et pouvant être utilisé en traitement de crise et en prévention. Cependant, il n'est pas remboursé et a un coût élevé (environ 300 €). Lors de la séance, le dispositif est connecté à une électrode posée sur le front et « produit des micro-impulsions pour agir au niveau des terminaisons nerveuses impliqués dans la migraine » (stimulation du nerf trijumeau).

II.3. Prise en charge médicamenteuse

Il existe plusieurs possibilités de traitement :

- le traitement de crise destiné à interrompre la crise ou réduire l'intensité et la durée,
- le traitement de fond, à prendre de façon quotidienne pendant plusieurs mois pour diminuer la fréquence et sévérité des crises.

La première consultation « migraine » dans un centre spécialisé dure entre 30 et 45 minutes. Difficilement réalisable par le médecin généraliste, il peut être suggéré de le réaliser en deux temps :

- Premièrement pour confirmer le diagnostic de migraine avec les critères de l'IHS et remettre un agenda des crises
- Deuxièmement, 2 à 3 mois plus tard, pour réaliser la lecture de l'agenda et évaluer les caractéristiques des crises (durée, fréquence, aura, signes digestifs), la consommation d'antalgiques et le retentissement sur le patient (social, professionnel). Il décide ensuite avec le patient du meilleur traitement de crise et de l'éventuelle possibilité de mettre en place un traitement de fond si le retentissement des crises sur la qualité de vie est trop important.

Le pharmacien se doit d'expliquer l'action, l'utilisation et les limites des traitements de crise ou de fond.

II.3.1. Traitement de la crise

Le traitement de la crise doit être proposé à tous les migraineux et dépend de l'intensité de la crise et de l'efficacité des médicaments utilisés au cours des crises antérieures. Le but est de « couper » la crise, c'est-à-dire la soulager immédiatement. (39)

On distingue :

- Les traitements non spécifiques :
 - o Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)
 - o Antalgiques
- Les traitements spécifiques :
 - o Triptans
 - o Dérivés ergotés.

En 2013, les deux classes de médicaments recommandées par la SFEMC et ayant le plus haut niveau de preuves d'efficacité sont les AINS et les triptans.

Il existe aussi des adjuvants tels que la caféine, les antiémétiques, et les psychotropes qui sont utilisées.

II.3.1.1. Traitements non spécifiques de la crise migraineuse

II.3.1.1.1. Les AINS (47)

Les AINS suivants ont fait leur preuve d'efficacité et certains ont une autorisation de mise sur le marché (AMM) :

Kétoprofène (Profémigr [®])	AMM : « Traitement de la crise de migraine avec ou sans aura »
Ibuprofène (Advil [®] , Antarène [®] , Nurofen [®] , Spedifen [®] ,...)	AMM : « Traitement de la crise de migraine légère à modérée avec ou sans aura »
Naproxène (Apranax [®])	Aucun AMM en particulier destiné à traiter la crise migraineuse
Diclofénac (Voltarène [®])	Aucun AMM en particulier destiné à traiter la crise migraineuse

Aucun AINS n'a une efficacité supérieure à l'autre. Le patient peut essayer plusieurs AINS sur des crises successives.

Mécanisme d'action : Ce sont inhibiteurs de la cyclo-oxygénase (COX-1 et COX-2), diminuant la synthèse de prostaglandines vasodilatatrices qui ont un rôle pathologique (douleur, inflammation). Ils diminuent ainsi la réaction inflammatoire locale secondaire à la vasodilatation artérielle. Ce sont leurs propriétés antalgiques et anti-inflammatoires qui sont utilisées dans le traitement de la crise de migraine.

Posologie : Les AINS sont à prendre avec un grand verre d'eau au cours du repas.

Kétoprofène :

- Profémigr[®] 150mg : La posologie recommandée est de 75mg par crise, soit un demi-comprimé de 150 mg de Profémigr[®], à prendre le plus tôt possible, dès le début de la crise. L'efficacité se manifeste dans les 2 heures suivant la prise du traitement. En cas d'inefficacité, il est inutile de reprendre un comprimé au cours de la même crise. Mais si c'est efficace et qu'une deuxième crise apparaît dans les 24h, il est possible de reprendre un demi-comprimé en respectant un intervalle de 12 heures entre les 2 prises. Ou alors lors d'une crise suivante, il est possible de prendre un comprimé à 150 mg à condition de ne pas en reprendre dans les 24h suivants. Seul un autre traitement, autre qu'un AINS peut être pris lors de la même crise. Dans tous les cas, il ne faut jamais dépasser la dose de 150mg par jour.
- Toprec[®] 25mg : La posologie recommandée est de 25 mg, 1 à 3 fois par jour sans dépasser 75 mg par jour (soit 3 comprimés par jour).

Ibuprofène 400mg :

- La posologie recommandée est de 400 mg, à prendre le plus tôt possible, dès le début de la crise.
- En cas d'inefficacité, il est inutile de reprendre un comprimé au cours de la même crise. Seul un autre traitement, autre qu'un AINS peut être pris lors de la même crise.
- Mais si c'est efficace et qu'une deuxième crise apparaît dans les 24h, il est possible de reprendre un comprimé en respectant un intervalle de 8 heures entre les 2 prises.

- La posologie maximale chez l'adulte est de 1200 mg par jour en 3 prises, en respectant un délai de 8 heures entre chaque prise.

Effets indésirables :

- Réactions allergiques (éruptions cutanées, asthme),
- Atteintes digestives (nausées, vomissements, gastrite, douleurs abdominales, hémorragies digestives, ulcères gastro-duodénaux (UGD),
- Atteintes rénales (insuffisance rénale),
- Hémorragies
- Céphalées, vertiges, sensation de baisse de l'acuité visuelle, bourdonnement d'oreille,...

Contre-indications (CI) :

- En cas d'antécédents d'allergie ou d'asthme provoqué par les salicylés ou les AINS,
- En cas d'antécédents d'ulcère gastroduodéal
- En cas d'insuffisance rénale, d'insuffisance hépatique ou cardiaque sévère.
- En cas de risque hémorragique
- En cas de grossesse à partir du sixième mois (déconseillés avant),
- Chez les femmes porteuses de stérilet, dont ils diminuent l'efficacité contraceptive

Interactions médicamenteuses :

- Association déconseillée (ASDEC) avec : les anticoagulants oraux ou héparines, lithium, méthotrexate à forte dose (> 20 mg/semaine), autres AINS, acide acétylsalicylique.
- Précaution d'emploi (PE) avec : la metformine, méthotrexate (pour des doses < 20 mg/semaine), inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC), antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II), bêta-bloquants, diurétiques, ciclosporine, tacrolimus,...

II.3.1.1.2. L'Acide acétylsalicylique (AAS) (48–50)

L'ASS peut être utilisé en monothérapie ou en association :

En monothérapie : Aspegic [®] , Aspro [®] , Aspirine UPSA [®]	Pas d'AMM spécifique dans le traitement de la crise migraineuse
En association avec le métoprocloramide : Migpriv [®] → soulage les troubles liés à la digestion, mais n'accentue pas l'effet antalgique de l'AAS.	AMM : « Traitement symptomatique de la crise de migraine et des troubles digestifs associés »

Mécanisme d'action : L'aspirine inhibe la synthèse des prostaglandines centrales et périphériques, d'où ses propriétés antalgiques.

Posologie : La prise se fait avec un grand verre d'eau au cours du repas.

Aspirine seul (500mg ou 1000mg) :

- La posologie recommandée chez l'adulte est de 500mg à 1g, à renouveler si besoin avec un délai de 4h minimum, sans dépasser la posologie maximale de 3g par jour.
- La posologie recommandée chez l'enfant est de 60 mg/kg/jour, répartis en 4 ou 6 prises.

Association Aspirine (900mg)/Métoprocloramide (10mg) : Migpriv[®] :

- Réservé à l'adulte (>18 ans). La posologie recommandée est d'un sachet dès l'apparition des premiers signes de la crise, à renouveler une fois si nécessaire en respectant un délai de 6 heures entre deux prises.

Effets indésirables :

- Aspirine : l'effet indésirable majeur est la toxicité gastrique.
- Métoclopramide : un syndrome extrapyramidal, somnolence, hallucinations, confusions et diarrhées.

Contre-indications :

Aspirine :

- En cas d'antécédents d'allergie ou d'asthme provoqué par les salicylés ou les AINS,
- En cas d'antécédents d'ulcère gastroduodéal
- En cas d'insuffisance rénale, d'insuffisance hépatique ou cardiaque sévère.
- En cas de risque hémorragique
- En cas de grossesse à partir du sixième mois (déconseillés avant),
- Chez les femmes porteuses de stérilet, dont ils diminuent l'efficacité contraceptive

Métoclopramide :

- En cas de maladie de Parkinson
- En cas d'antécédents de dyskinésies tardives aux neuroleptiques ou au métoclopramide
- En cas d'épilepsie
- En cas d'hémorragie gastro-intestinale, obstruction mécanique ou perforation digestive

Interactions médicamenteuses :

Aspirine :

- CI avec : les anticoagulants oraux, le méthotrexate (> 20 mg/semaine)
- ASDEC avec : AINS, antiagrégants plaquettaires, glucocorticoïdes
- PE avec : IEC, ARA II, diurétiques, topiques gastro-intestinaux, antiacides

Métoclopramide :

- CI avec : la L-dopa ou les agonistes dopaminergiques.

II.3.1.1.3. Le paracétamol (51)

Le paracétamol en monothérapie n'a pas d'AMM spécifique dans le traitement de la crise de migraine. Néanmoins, il est très consommé dans le traitement de la migraine et des céphalées en général, notamment en automédication. La plupart des personnes pensent que ce médicament est inoffensif, alors qu'il est en tête de la liste des abus médicamenteux induisant des CCQ.

Il agit sur la composante douloureuse de la migraine, ce qui peut parfois être suffisant pour certains patients. Cependant, il n'agit pas sur la composante inflammatoire de la migraine, limitant ainsi son efficacité chez les autres patients. Dans les migraines sévères, le paracétamol n'est généralement pas suffisant.

Mécanisme d'action : Les mécanismes expliquant son effet antalgique restent encore inconnus. Il a longtemps été suggéré que le paracétamol agirait par blocage des cyclo-oxygénases (COX) périphériques et donc en inhibant la production de prostaglandines, impliquées dans le processus de la douleur. Le paracétamol n'aurait pas d'action sur le COX-1 et le COX-2, mais plutôt sur la COX-3 sur laquelle elle agirait spécifiquement.

Posologie : La posologie recommandée chez l'adulte est de 500mg à 1g toutes les 4 à 6 heures sans dépasser 4g/jour. Chez l'enfant, la posologie est de 60 mg/kg/jour à répartir en 4 à 6 prises. Il agit en une vingtaine de minutes après sa prise et pendant environ 4 heures,.

Effets indésirables : Le paracétamol a l'avantage d'être bien toléré et de n'avoir que très peu d'effets indésirables. Il faut cependant être vigilant et ne pas banaliser la prise de paracétamol. La prise simultanée de spécialités contenant du paracétamol peut entraîner un surdosage pouvant être responsable des lésions graves du foie. Ce risque d'hépatotoxicité existe aussi chez les patients qui ont un foie défaillant et prennent 4g de paracétamol par jour pendant plus de 4 jours. Lorsque le paracétamol est pris de façon concomitante avec de l'alcool, sa posologie doit donc être réduite. Il est donc particulièrement important de respecter la posologie et la durée de traitement recommandée.

Contre-indications : En cas d'allergie ou d'insuffisance hépatique sévère

Interactions médicamenteuses : Contre-indication avec : les anticoagulants si la prise à 4g/j dépasse 4 jours : contrôle fréquent de l'INR.

II.3.1.2. Traitements spécifiques de la crise migraineuse

II.3.1.2.1. Les triptans (2)

Les triptans sont le traitement de référence de la crise migraineuse. L'efficacité porte sur la céphalée mais aussi sur les symptômes associés digestifs ainsi que sur la phonophobie et la photophobie. Habituellement, les spécialistes prescrivent aux patients migraineux un AINS et un triptan : en cas de crise de migraine, le patient doit d'abord prendre l'AINS et s'il n'est pas soulagé dans les 2 heures suivant le début de la crise, il pourra alors prendre le triptan. Par ailleurs, si l'AINS est mal toléré ou contre indiqué, le triptan pourra être pris d'emblée.

Les sept triptans suivants ont une AMM dans le « traitement de la phase céphalalgique de la crise migraineuse » :

Almotriptan (Almogran®)
Eletriptan (Relpax®)
Frovatriptan (Isimig®, Tigreat®)
Naratriptan (Naramig®)
Rizatriptan (Maxaltlyo®)
Sumatriptan (Imigrane®)
Zolmitriptan (Zomig®, Zomigoro®)

Concernant l'efficacité et la tolérance des triptans, il existe des différences extrêmement faibles. En pratique, il y a une variabilité interindividuelle. Un patient qui ne répond pas à un triptan au cours d'une première crise peut par la suite être répondeur. Pour considérer un triptan inefficace, il faut l'avoir essayé sur au moins 3 crises, sauf en cas de mauvaise tolérance. Un patient qui ne répond pas à un triptan ne veut pas dire qu'il ne peut pas répondre à un autre triptan. (2)

La prise précoce de triptan au stade de céphalée légère est plus efficace que s'il est pris au stade de céphalée d'intensité modérée à sévère.

Pour les crises sévères, la combinaison du triptan et de l'AINS est plus efficace que la prise de chacun de manière individuelle.

Mécanisme d'action : « Les triptans sont des agonistes sélectifs des récepteurs sérotoninergiques 5HT1B et 5HT1D. Ils inhibent l'inflammation neurogène et la vasodilatation supposées être à l'origine de la céphalée migraineuse ». (52) Les triptans sont efficaces sur l'ensemble des symptômes de la migraine à l'exception de l'aura : céphalée, nausées, vomissements, photophobie, phonophobie.

Posologie : La posologie recommandée est d'un comprimé, à prendre le plus précocement possible dès l'apparition de la crise de céphalée, il est plus efficace lorsqu'il est pris au stade de céphalée légère. En revanche il ne doit pas être pris en prévention ou au moment de l'aura migraineuse, car les triptans ne sont pas efficaces à ce stade. Le délai d'action des triptans est de 30 minutes.

Si la première prise est inefficace, il n'est pas recommandé de prendre la deuxième dose au cours de la même crise. Cependant, avant d'admettre qu'un triptan est inefficace du triptan sur le patient, il est nécessaire de le tester sur au moins 3 crises.

Cependant, si la première prise est efficace, mais que malheureusement les symptômes reviennent, il est possible de prendre la deuxième dose en respectant un délai pouvant aller de 1 à 4 heures entre les 2 prises selon les spécialités (en moyenne 2 heures).

Effets indésirables : Ils sont habituellement faibles : chaleurs, asthénie, vertiges, troubles digestifs, troubles cardiovasculaires, fourmillements, somnolence. Il est recommandé d'éviter la conduite de véhicule après la prise d'un triptan. Il est également possible d'avoir une sensation d'oppression thoracique (il faut dans ce cas prévenir le migraineux et le rassurer).

Contre-indications :

- En cas d'antécédents cardiovasculaires (antécédent d'IDM, d'angor, d'AVC, d'accident ischémique transitoire (AIT), maladie coronarienne avérée, HTA non ou mal traitée),
- En cas d'insuffisance hépatique ou rénale sévère, d'hypersensibilité aux sulfamides
- En cas de grossesse à partir du sixième mois ou allaitement

Interactions médicamenteuses :

- Contre-indication avec : les dérivés ergotés (délai d'environ 24 heures selon le triptan), avec les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) (intervalle minimum 2 semaines), avec des macrolides et antifongiques azolés.
- PE avec : les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) en raison du risque de syndrome sérotoninergique.

Syndrome sérotoninergique : apparition brutale de troubles psychiques (confusion, agitation, voire coma), végétatifs (sudation, hypotension ou hypertension, tachycardie, frissons, hyperthermie), moteurs (myoclonies, tremblements, rigidité) et digestifs (diarrhée) liée à l'association de médicaments ou en cas de surdosage et pouvant nécessiter une hospitalisation en urgence. (53)

II.3.1.2.2. Les dérivés ergotés (54)

Ce sont des médicaments utilisés en monothérapie et en dernière intention, lorsque les triptans ne répondent pas. Il faut savoir que 21 médicaments contenant des dérivés ergotés ont eu une suspension d'AMM du fait de leur rapport bénéfice/risque défavorable. Seuls le Gynergène caféine® et Diergospray® sont encore disponibles.

Tartrate d'ergotamine associé à la caféine (Gynergène caféine®)	AMM : « Traitement de la crise de migraine »
Dihydroergotamine par voie pernasale (Diergo-spray®)	AMM : « Traitement de la crise de migraine »
Dihydroergotamine par voie injectable	Pas d'AMM

Mécanisme d'action : « Les dérivés ergotés sont à la fois des agonistes des récepteurs alpha-adrénergiques et des récepteurs 5HT1B/D de la sérotonine ». Ils agissent sur la crise migraineuse par leurs effets vasoconstricteurs.

Posologie :

Gynergène caféine® (1mg) :

- La posologie recommandée est de 1 à 2 comprimés en début de crise.
- Si le traitement est efficace mais que les symptômes réapparaissent, le patient peut prendre une deuxième dose en respectant un délai de 2 à 3 heures entre les 2 prises.
- La dose maximale est de 6 mg par jour et 10mg par semaine

Diergo-spray® (4mg) :

- La posologie recommandée est d'une pulvérisation nasale (0,5 mg de dihydroergotamine) dans chaque narine dès l'apparition de la céphalée, renouvelable 15 à 30 minutes plus tard si besoin, aboutissant à 4 pulvérisations par crise (soit 2 mg de dihydroergotamine).
- La dose maximale à ne pas dépasser est de 2 mg (soit 4 pulvérisations) par 24h et de 8 mg (soit 16 pulvérisations) par semaine.

Effets indésirables :

- Les plus fréquents : nausées, vomissements, HTA, nez bouché, écoulement nasale, perturbation du goût, paresthésies, crampes, somnolence
- Risque d'ergotisme (intoxication aux alcaloïdes de l'ergot de seigle), à l'origine d'une vasoconstriction des extrémités (perte de sensibilité, cyanose et évolution vers la gangrène dans les cas extrêmes) et/ou des hallucinations et des convulsions.

Contre-indications :

- En cas de grossesse ou allaitement,
- En cas d'insuffisance coronarienne, syndrome de Raynaud, antécédent d'AVC, HTA mal contrôlée, artérite
- En cas d'insuffisance rénale ou hépatique sévère.

Interactions médicamenteuses :

- Contre-indication avec : les macrolides (sauf la spiramycine) en raison du risque d'ergotisme, et avec les triptans (il faut respecter un délai de 24h entre les 2 prises) en raison du renforcement de l'effet vasoconstricteur et du risque de crise d'HTA.
- PE avec : le méthysergide et les bêtabloquants qui peuvent potentialiser l'effet vasoconstricteur.

Tableau 10 : Récapitulatif des médicaments ayant l'AMM dans le traitement de la crise migraineuse (2)

Médicament (DCI)	Posologie adulte (maximale/jour)	Effets indésirables	Contre-indications
Traitements non spécifiques : AINS : « diminuent l'inflammation des vaisseaux méningés »			
Traitement de la crise de migraine avec ou sans aura			
Profemigr (Kétoprofène cp 150mg)	1 cp (2cp/j)	Troubles digestifs Risque hémorragique Atteinte rénale	UGD en évolution Risque hémorragique Antécédent de la maladie rénale
Advil, Nurofen (Ibuprofène cp 400mg)	1 cp (2cp/j)	Réaction allergique Syndrome de Reye	Hypersensibilité aux salicylés Grossesse à partir du sixième mois (déconseillés avant)
Traitement de la crise de migraine et des troubles digestifs associés			
Migpriv (Acétylsalicylate de lysine 900mg /Métoclopramide 10mg)	1 sachet (3 sachet/j)	<u>Liés au métoclopramide :</u> Troubles neuro-psychiques, Dyskinésies tardives, Syndromes extra-pyramidaux, Troubles endocriniens <u>Liés au salicylé :</u> Troubles digestifs Risque hémorragique Atteinte rénale Réaction allergique Syndrome de Reye	<u>Liés au métoclopramide :</u> Phéochromocytome, Hémorragie gastro-intestinale, Sténose ou perforation digestive, Antécédent de dyskinésie tardive médicamenteuse CI chez l'enfant <u>Liés au salicylé :</u> UGD en évolution, Risque hémorragique Antécédent de la maladie rénale Hypersensibilité aux salicylés, Grossesse à partir du sixième mois (déconseillés avant)
Traitements spécifiques			
Triptans : « agonistes sélectifs des récepteurs 5HT1 B/D de la sérotonine » : ils agissent sur le système trigéminovasculaire, inhibent l'inflammation neurogène et la vasodilatation, réduisent le calibre des vaisseaux dilatés au cours de la crise - Adulte de 18 à 65 ans			
Almogran (Almotriptan 12,5mg)	1 cp (25 mg/j)	Bouffées vasomotrices, Vertiges,	Hypersensibilité, Antécédents cardiovasculaires :
Relpax (Elétriptan 20 et 40mg)	1 cp (80mg/j)	Sensation de faiblesse, Asthénie,	IDM, angor, AVC, AIT, maladie coronarienne avérée, HTA non ou mal traitée
Isimig, Tigreat (Frovatriptan 2,5mg)	1 cp (5mg/j)	Somnolence, Nausées, Vomissements,	En cas d'insuffisance hépatique sévère ou rénale sévère,
Naramig (Naratriptan 2,5mg)	1 cp (5mg/j)	Troubles cardiovasculaires : rares cas de spasmes coronariens, hypertension modérée ou sévère,	Hypertension modérée ou sévère et chez les patients ayant une hypertension légère non contrôlée
Maxalt, Maxaltlyo (Rizatriptan 5 et 10mg)	1 cp (20mg/j)	Sensation de fourmillement	En cas de grossesse à partir du sixième mois ou allaitement
Imigrane, Imiject (Sumatriptan cp 50mg, spray nasal 10 et 20mg, sous-cutané 6mg)	1 cp (300mg) 1 spray (40mg/j) 1 injection (12mg/j)	Sensation d'oppression thoracique	
Zomig, Zomigoro (Zolmitriptan 2,5mg)	1 cp (10mg/j)		
Dérivés ergotés			
Gynergène caféiné (Tartrate d'ergotamine 1mg associé à la caféine)	Adulte/enfant > 10 ans Adulte : 1 à 2 cp (6mg/j et 10mg/sem max) Enfant > 10 ans : ½ dose	Ergotisme, nausées, vomissements	Hypersensibilité aux dérivés de l'ergot de seigle Maladie artérielle, insuffisance coronarienne, syndrome de Raynaud, antécédent d'AVC, HTA, artérite Insuffisance rénale ou hépatique sévère
Diergospray (spray nasal 4mg), Dihydroergotamine (1mg/mL sol injectable)	Adulte > 16 ans et < 65 ans 1 pulvérisation x 2 (4 pulv/crise) 1 ampoule IM, SC ou IV (2 ampoules/j)	Ergotisme, précordialgies pour la forme injectable, réactions locales transitoires à type d'obstruction nasale et de rhinorrhée pour la forme endonasale	En cas de grossesse ou allaitement

II.3.1.3. Méta-analyse sur l'efficacité des triptans entre eux et par rapport aux autres traitements (55)

Dans cette partie, nous allons nous intéresser à l'article « Triptans in the Acute Treatment of Migraine : A Systematic Review and Network Meta-Analysis », publié en 2015 et financé par le réseau de recherche sur les politiques en matières de drogues de l'Ontario (Ontario Drug Policy Research Network).

Objectif de l'étude :

L'efficacité des différents triptans, les uns par rapport aux autres, est incertaine puisque la majorité des études réalisées sur les triptans ont été contrôlées par placebo. Certes, il existe quelques études pour mesurer l'efficacité des triptans, les uns par rapports aux autres, et par rapport à d'autres moyens de traitements de la crise de migraine, mais ces études n'ont pas envisagé la comparaison par de multiples voies d'administrations (comprimés, comprimés orodispersibles, injection, spray nasal, suppositoires), les thérapies combinées ou à différentes doses.

De ce faite, cette étude a pour objectif de mesurer à l'aide d'une méta-analyse en réseau, l'efficacité des triptans (seuls ou en association avec d'autres médicaments) dans le traitement de crise des migraines par rapport à : d'autres triptans, AINS, AAS, le paracétamol, les dérivés ergotés.

Cette publication s'intéresse :

- au soulagement de la céphalée à 2h de la prise du/des médicaments ;
- à l'absence de douleur à 2h de la prise du/des médicaments ;
- au soulagement de la céphalée à 24 heures de la prise du/des médicaments ;
- à l'absence prolongée de douleur à 24 heures de la prise du/des médicaments ;
- à l'utilisation de médicaments de secours.

Le soulagement des céphalées est défini dans l'article comme une réduction de l'intensité des céphalées de modérée à sévère, à légère ou nulle à 2 ou 24 heures, alors que l'absence de douleur est définie comme le pourcentage de patients sans douleur à 2 et 24 heures de la prise du traitement.

Données à disposition :

Dans le but de réaliser cette étude, des essais contrôlés randomisés (ECR) publiés ont été identifiés puis une sélection a été réalisée. Parmi celles qui ont été retenu, on retrouve :

- Les études concernant la population souffrant de migraine selon les critères de l'IHS
- Les études réalisées sur des individus de plus de 18 ans
- Les études réalisées en anglais
- Les études ayant inclus au moins un triptan parmi : almotriptan, élériptan, frovatriptan, naratriptan, rizatriptan, sumatriptan et zolmitriptan
- Les triptans pouvaient être utilisés seuls ou en association avec d'autres médicaments;
- Toutes les voies d'administration (comprimés, comprimés orodispersibles, injection, spray nasal, et suppositoires) et toutes les doses (quelle que soit la fréquence)
- Les groupes de comparaison autorisés comprennent : placebo, autres triptans utilisés seuls ou en combinaison avec d'autres médicaments de la crise de migraine, ou d'autres options de traitement de la crise de migraine (AINS, AAS, paracétamol, dérivés de ergotés, opioïdes, antiémétiques).

Parmi 1772 études initialement récupérées, un total de 133 essais contrôlés randomisés ont répondu aux critères d'inclusion.

Résultats :

Soulagement de la céphalée à 2 heures de la prise du/des médicaments :

Selon les différentes études, les triptans à dose standard (DS) ont soulagé les céphalées en 2 heures chez 42 à 76% des patients, contre 27% pour le placebo.

Parmi les monothérapies, l'injection sous-cutanée de sumatriptan (76%), le rizatriptan en comprimé orodispersible (69%) et le zolmitriptan en comprimé orodispersible (66%) ont eu l'effet le plus efficace sur la céphalée à 2 heures.

A l'inverse, les dérivés ergotés (38%), le frovatriptan (42%), le naratriptan (46 %) et l'AAS (46%) ont été associés à des résultats moins favorables.

Les triptans à DS ont donné des résultats égaux ou légèrement inférieurs aux combinaisons de triptans (62% à 80%).

Absence de douleur à 2 heures de la prise du/des médicaments :

Avec les triptans à DS, seuls 18 à 50% des patients étaient indemnes de douleur dans les 2 heures, contre 11% pour le placebo.

Parmi les monothérapies, le rizatriptan en comprimé orodispersible (50%), l'élétriptan en comprimé (39%), le rizatriptan en comprimé (37%), le sumatriptan en injection sous-cutanée (37%) et le zolmitriptan en comprimé orodispersible (37%) ont eu l'effet le plus efficace sur l'absence de douleur pendant 2 heures.

A l'inverse, les dérivés ergotés (16%), le naratriptan (18%), les AINS (22%) et le paracétamol (22%) ont été associés à des résultats moins favorables.

Les triptans à DS ont donné des résultats égaux ou légèrement inférieurs aux thérapies combinées de triptans (37% à 51%).

Soulagement de la céphalée à 24 heures de la prise du/des médicaments :

Les triptans à DS ont procuré un soulagement durable de la céphalée à 24 heures chez 29% à 50%, des patients, contre 17% pour le placebo.

Parmi les monothérapies, le zolmitriptan en comprimé orodispersible (50%) et l'élétriptan en comprimé (47%) ont eu l'effet le plus efficace sur le soulagement de la céphalée sur 24 heures.

A l'inverse, les dérivés ergotés (8%), le paracétamol, (29%), l'AAS (29%) et le rizatriptan (29%) ont été associés à des résultats moins favorables.

Les triptans à DS ont donné des résultats égaux ou légèrement inférieurs aux thérapies combinées de triptans (46% à 50%).

Absence prolongée de douleur à 24 heures de la prise du/des médicaments :

18 à 33% des patients sous triptans à DS avaient maintenu une absence de douleur à 24 heures, contre 10% pour le placebo.

Parmi les monothérapies, l'élétriptan (33%) et le rizatriptan en comprimé (24%) ont eu l'effet le plus important sur l'absence de douleur pendant 24 heures.

A l'inverse, le paracétamol (14%), l'AAS (16%) et le naratriptan (18%) ont été associés à des résultats moins favorables.

Les triptans à DS ont donné des résultats égaux ou légèrement inférieurs aux thérapies combinées de triptans (29% à 33%).

Utilisation de médicaments de secours :

Le pourcentage de patients utilisant des médicaments de secours variait de 20 à 34% pour les patients prenant des triptans à DS, contre 52% pour les patients sous placebo.

Parmi les monothérapies, les comprimés d'élétriptan (21%) et de zolmitriptan (24%) ont nécessité l'utilisation de moins de médicaments de secours, alors que les AINS (37%), le sumatriptan (34%) et l'AAS (33%) en ont le plus nécessité.

Les triptans à DS ont donné des résultats égaux ou légèrement inférieurs aux thérapies combinées de triptan (22%).

Comparaison entre les triptans à DS :

	Almotriptan	Eletriptan	Frovatriptan	Naratriptan	Rizatriptan	Sumatriptan	Zolmitriptan
Almotriptan		●●●●●	○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○	●●○○○	○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○
Eletriptan	●●●●●		● ○ ○	●●●●●	○ ○ ●●●	●●●●●	●●●●●
Frovatriptan	○ ○ ○ ○	● ○ ○ ○		○ ● ○ ○	● ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○
Naratriptan	○ ○ ○ ○ ○	●●●●●	○ ● ○ ○		●●○○○	○ ● ○ ○ ○	○ ● ○ ○ ○
Rizatriptan	●●○○○	○ ○ ●●●	● ○ ○ ○	●●○○○		●●○○○	●●●○○
Sumatriptan	○ ○ ○ ○ ○	●●●●●	○ ○ ○ ○	○ ● ○ ○ ○	●●○○○		○ ○ ○ ○ ○
Zolmitriptan	○ ○ ○ ○ ○	●●●●●	○ ○ ○ ○	○ ● ○ ○ ○	●●●○○	○ ○ ○ ○ ○	

Figure 8 : Comparaison de l'efficacité entre les comprimés de triptans à DS

La figure 8 fournit des comparaisons entre les comprimés de triptan à DS.

Les 5 cercles qui se suivent correspondent, respectivement, aux 5 résultats d'efficacité :

- soulagement de la céphalée à 2 heures
- absence de douleur à 2 heures
- soulagement prolongé de la céphalée à 24 heures
- absence durable de douleur à 24 heures
- utilisation de médicaments de secours

Le cercle gris indique que le triptan présent dans la « ligne » est associé à de meilleurs résultats que le triptan présent dans la « colonne ».

Le cercle noir indique que le triptan présent dans la « ligne » est associé à un résultat moins bon que le triptan présent dans la « colonne ».

Le cercle vide indique qu'il n'y a pas de différence entre le triptan de la « ligne » et de la « colonne ».

Un cercle manquant indique que le résultat n'était pas disponible pour l'analyse.

En général, des résultats plus favorables ont été observés pour l'élétriptan et le rizatriptan comme indiqué par les cercles gris sur la figure 8.

Les résultats semblent être le moins favorable pour le naratriptan.

L'utilisation de médicaments de secours n'était pas significativement différente entre les triptans, sauf pour l'eletriptan.

Conclusion :

Les triptans se sont révélés efficaces pour le traitement de la crise de migraine.

L'utilisation de triptans à DS ont soulagé la céphalée en 2 heures chez 42 à 76% des patients. L'absence de douleur dans les 2 heures était moins courante, avec environ 18 à 50% des patients éprouvant une absence de douleur dans les 2 heures. Les triptans DS ont procuré un soulagement soutenu des céphalées à 24 heures chez 29 à 50% des patients et une absence de douleur à 24 heures chez 18 à 33% des patients. L'utilisation de médicaments de secours chez les patients utilisant des triptans DS variait de 20 à 34%. La plupart des triptans étaient associés à des résultats égaux ou plus favorables que les AINS, l'AAS, le paracétamol pour les résultats sur 2 heures et des résultats plus favorables que les dérivés ergotés pour les résultats sur 2 et 24 heures. Ces résultats concordent avec ceux rapportés dans d'autres revues systématiques, les recommandations de la Canadian Headache Society (CHS) et le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) au Royaume-Uni, où ils ont donné une forte recommandation pour les triptans, les AINS, l'AAS et le paracétamol, mais n'ont pas recommandé l'utilisation systématique des dérivés ergotés dans la prise en charge aiguë de la migraine.

L'association de triptans et l'AAS ou de triptans et paracétamol, ou l'utilisation de certains modes d'administration tels que le rizatriptan et le zolmitriptan en orodispersible ou l'injection sous-cutanée de sumatriptan ont été associée à des résultats légèrement plus favorables en 2 heures par rapport aux triptans à DS en comprimés. Les recommandations récentes du NICE recommandent une thérapie combinée avec un triptan oral et de l'AAS ou du triptan oral et du paracétamol.

Parmi les triptans individuels, la majorité des triptans, à l'exception du naratriptan, procurent un soulagement similaire de la douleur dans la prise en charge de la crise de migraine. Cependant, l'élétriptan et le rizatriptan peuvent fournir un meilleur soulagement de la douleur que certains des autres triptans.

II.3.1.4. Stratégie thérapeutique de la crise migraineuse (56,57)

Deux stratégies thérapeutiques s'opposent pour la prise en charge de la migraine : la stratégie « séquentielle » et la stratégie « stratifiée ».

La stratégie « séquentielle » ou « pas à pas » : Tous les patients vont avoir en première intention un traitement non spécifique (AINS, aspirine) et, en cas d'échec, un traitement spécifique (triptans). Le traitement dépend ainsi de l'efficacité des médicaments de crise en crise (après 3 crises) ou au sein de la même crise (2 heures après).

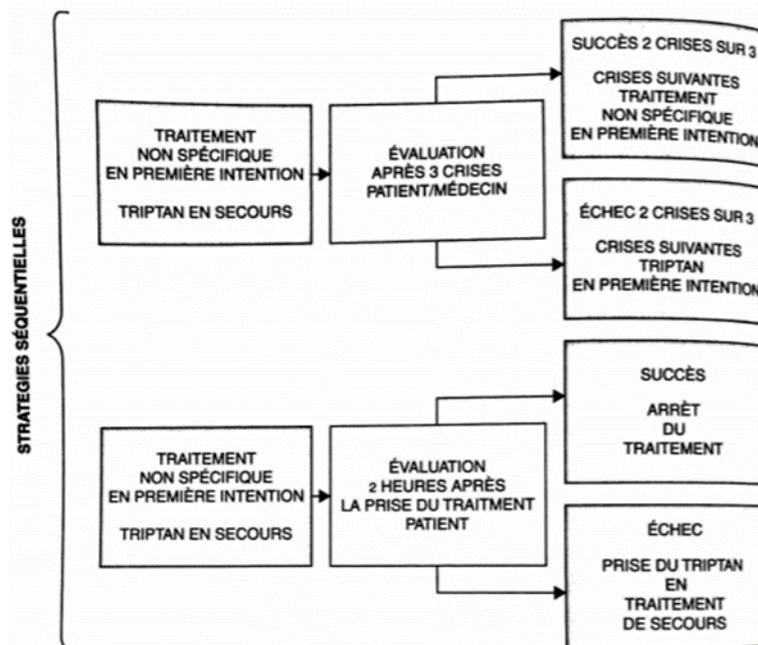


Figure 9 : Stratégies thérapeutiques au cours de la crise de migraine : stratégie « séquentielle » (58)

La stratégie « stratifiée » : Le traitement est adapté individuellement. Il dépend de l'impact fonctionnel (pouvant être évalué à l'aide de l'échelle MIDAS) qui peut aller de peu sévère à sévère. Chez les migraineux peu sévères, les traitements non spécifiques sont utilisés en première intention tandis que chez les migraineux sévères, il s'agit du triptans.

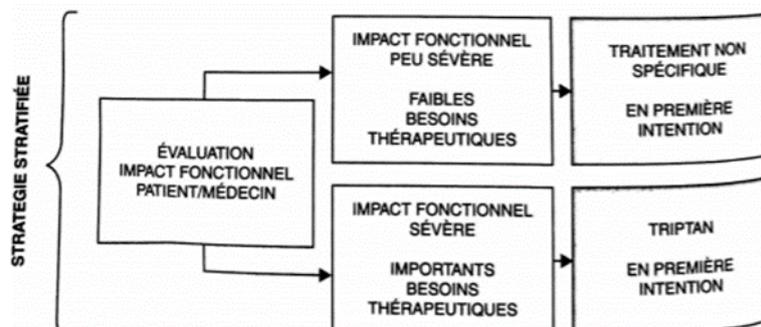


Figure 10 : Stratégies thérapeutiques au cours de la crise de migraine : stratégie « stratifiée » (58)

Selon les recommandations de l'HAS, il est recommandé de suivre une stratégie « pas à pas » au sein de la crise, en prônant la coprescription d'un AINS et d'un triptan :



Figure 11 : Arbre décisionnel pour la prise en charge pharmacologique de la crise de migraine (57)

Evaluation de l'efficacité d'un traitement : Lors de la consultation, le patient doit être interrogé sur le traitement qu'il prend habituellement pour ses crises et sur le soulagement obtenu. Quel que soit les traitements de crises, qu'ils soient pris seuls ou en association, ils doivent tous être évalués par les réponses aux 4 questions suivantes :

- « Lors de la prise de votre traitement habituel :
- Êtes-vous suffisamment soulagé 1 à 2 heures après la prise de ce traitement ?
 - Utilisez-vous une seule prise de ce traitement dans la journée ?
 - Ce traitement est-il efficace sur au moins 2 crises sur 3 ?
 - Ce traitement est-il bien toléré ? »

Si les réponses sont affirmatives pour toutes les questions, il est conseillé de ne pas changer le traitement de crise car cela veut dire qu'il est suffisamment soulagé et qu'il tolère bien le traitement 2 heures après la prise.

Si le patient répond non à au moins 1 des 4 questions, cela signifie que son traitement est soit inefficace 2 heures après la prise, soit il nécessite plusieurs prises, soit il est mal toléré par le patient. Il est conseillé de prescrire un AINS et un triptan sur la même ordonnance : le patient commencera par l'AINS puis prendra le triptan s'il n'y a aucune atténuation dans les deux heures suivant la prise. L'évaluation de cette séquence thérapeutique s'étend sur trois crises.

Si les résultats sont positifs pour l'AINS pour les deux tiers des crises et s'il n'y a pas de problème quant à sa tolérance, cette séquence thérapeutique sera reproduite. Au contraire, s'il est inefficace ou mal toléré, le triptan sera pris en première intention. Cette séquence thérapeutique sera évaluée sur 3 crises.

Si le triptan utilisé d'emblée est efficace sur au moins 2 des 3 crises et s'il est bien toléré, cette séquence thérapeutique sera reproduite. Une deuxième prise de triptan est possible uniquement s'il y a une récurrence de la crise de migraine dans les 24 heures suivant le soulagement de la crise de départ.

Si le triptan utilisé d'emblée est inefficace sur au moins 2 des 3 crises mais bien toléré, il faut vérifier que le triptan a été pris le plus tôt possible (dans l'heure qui suit le début de la crise).

« Si la prise précoce de ce triptan est inefficace ou s'il est mal toléré, il est recommandé de changer de triptan et l'essayer en prise précoce sur 3 crises consécutives. »

Enfin, si c'est inefficace, il faudra associer un AINS et un triptan en prise simultanée.

Les dérivés ergotés sont des anciens traitements spécifiques de la migraine qui ont été abandonnés.

Évaluation de la fréquence des crises : Pour tous les patients, il est recommandé de tenir un agenda des crises durant 6 mois afin de calculer le nombre de jour par mois où il y a une prise de traitement de crise (spécifiques ou non spécifiques). Cela permet de mettre en évidence une utilisation excessive de médicaments qu'on retrouve fréquemment chez les migraineux et à l'origine de céphalées chroniques par abus médicamenteux. Dès lors qu'il y a une utilisation de traitements de crise de 2 ou plus par semaine depuis plus de 3 mois, le patient doit consulter pour la mise en place d'un éventuel traitement de fond.

Pour la migraine avec aura : Il n'y a aucun traitement qui a fait la preuve de son efficacité pour diminuer la durée de l'aura et les triptans pris au moment de l'aura ne sont en aucun cas efficaces pour prévenir la céphalée ultérieure. En cas de crise avec aura, il est recommandé de prendre un antalgique ou AINS au début de l'aura et d'attendre le début de la céphalée pour prendre le triptan.

II.3.1.5. Médicaments adjuvants (56)

II.3.1.5.1. Caféine

L'association de la caféine au paracétamol et à l'aspirine ne peut pas être recommandée car elle n'a pas montré de preuve clinique d'une potentialisation d'effet.

Cependant, beaucoup de médicaments en contiennent : Actron[®], Gynergène caféiné[®], Migralgine[®], Lamaline[®], Prontalgine[®].

Lorsque la caféine est prise de manière quotidienne à des doses supérieures à 15g par mois, la caféine expose à des céphalées de sevrage dans les 24 heures suivant la dernière absorption. C'est l'explication qui est proposée à l'origine de certaines migraines du week-end chez de gros consommateurs de café.

II.3.1.5.2. Antiémétiques

Les antiémétiques sont recommandés chez les patients ayant des nausées ou des vomissements associés aux crises de migraines. Parmi ces antiémétiques, on retrouve le Métopimazine (Vogalène[®]), la Dompéridone (Motilium[®]), le Métoclopramide (Primpéran[®]), la Dompéridone (Motilium[®]), le Métopimazine (Vogalène[®]). Le métoclopramide pris en crise peut améliorer l'absorption de l'aspirine, du paracétamol et de l'ergotamine.

II.3.1.5.3. Anxiolytiques et hypnotiques

Ils sont utiles pour atténuer l'anxiété contemporaine de la crise et pour favoriser un sommeil qui peut être curateur.

II.3.1.6. Médicaments à éviter

Il est recommandé d'éviter les opioïdes (codéine, opium, tramadol, morphine et autres opioïdes forts) seuls ou en association, car ils n'ont fait l'objet d'aucune étude spécifique dans la migraine. Ils sont pourtant beaucoup prescrits dans cette indication, bien que souvent, ils augmentent les nausées et vomissements.

Selon les recommandations de l'HAS, « il est recommandé d'éviter les opioïdes (codéine, tramadol, morphine et autres opioïdes forts), seuls ou en association, qui peuvent aboutir à un abus médicamenteux, voire à un comportement addictif. » (59)

Auparavant, le pharmacien devait être vigilant quant aux spécialités vendues sans ordonnance pour le traitement des douleurs modérées contenant à la fois du paracétamol et de la codéine telles que Prontalgine[®], Codoliprane[®], Migralgine[®] qui pouvaient être utilisées en automédication trop souvent par les patients migraineux. Depuis juillet 2017, ces produits sont dorénavant listés et donc disponibles uniquement sur ordonnance.

II.3.2. Traitement de fond ou traitement prophylactique (57,60)

Le traitement de fond est proposé à certains migraineux.

Son objectif est la réduction de la fréquence des crises. Il est prescrit lorsque les crises ont un retentissement sur la vie personnelle ou socioprofessionnelle du sujet, ou si un sujet présente au moins 3 à 4 crises par mois.

Néanmoins, il peut aussi diminuer l'intensité des crises et améliorer la réponse aux traitements de crise. C'est pourquoi, il peut être prescrit chez des sujets avec des crises plus espacées mais intenses, longues, et répondant mal aux traitements de crise. Si on utilise les échelles de handicap et de productivité, le traitement de fond doit être envisagé lorsque le score HIT-6 est au moins de 60/78 et le score MIDAS de grade III-IV.

Le recours à un traitement de fond est indispensable chez les patients qui prennent depuis 3 mois, un traitement de crise plus de 2 jours par semaine ou plus de 6 à 8 jours par mois, en raison du risque d'évolution vers une CCQ avec abus médicamenteux.

II.3.2.1. Molécules utilisées dans le traitement de fond (60)

Tableau 11 : Efficacité des molécules utilisées dans le traitement de fond

Efficacité démontrée	Valproate et Divalproate de sodium Métoprolol (AMM) Propranolol (AMM) Topiramate (AMM)
Efficacité probable	Amitriptyline Aténolol Candésartan Flunarizine (AMM) Méthysergide (AMM suspendue) Nadolol Naproxène sodique Néбиволол Oxétorone (AMM) Pizotifène (AMM) Timolol Venlafaxine
Efficacité douteuse	Dihydroergotamine (AMM supprimée) Inderamine (AMM suspendue) Gabapentine

La plupart des médicaments recommandés dans le traitement de fond (ou prophylactique) de la migraine sont des molécules anciennes, ce qui explique l'absence de corrélation entre niveau de preuves et AMM. Ils sont classés en 3 catégories : efficacité démontrée, probable ou douteuse. Mais seuls le métoprolol, propranolol, topiramate, flunarizine, oxétorone, pizotifène possèdent une AMM dans le traitement de fond de la migraine. Par ailleurs, la stratégie utilisée pour le traitement de fond de la migraine est dépendante de la balance bénéfice-risque.

II.3.2.2. Stratégie thérapeutique du traitement de fond

Selon les recommandations de l'HAS (de 2003 actualisées en 2013), la stratégie thérapeutique du traitement de fond repose sur les réponses à cinq questions.

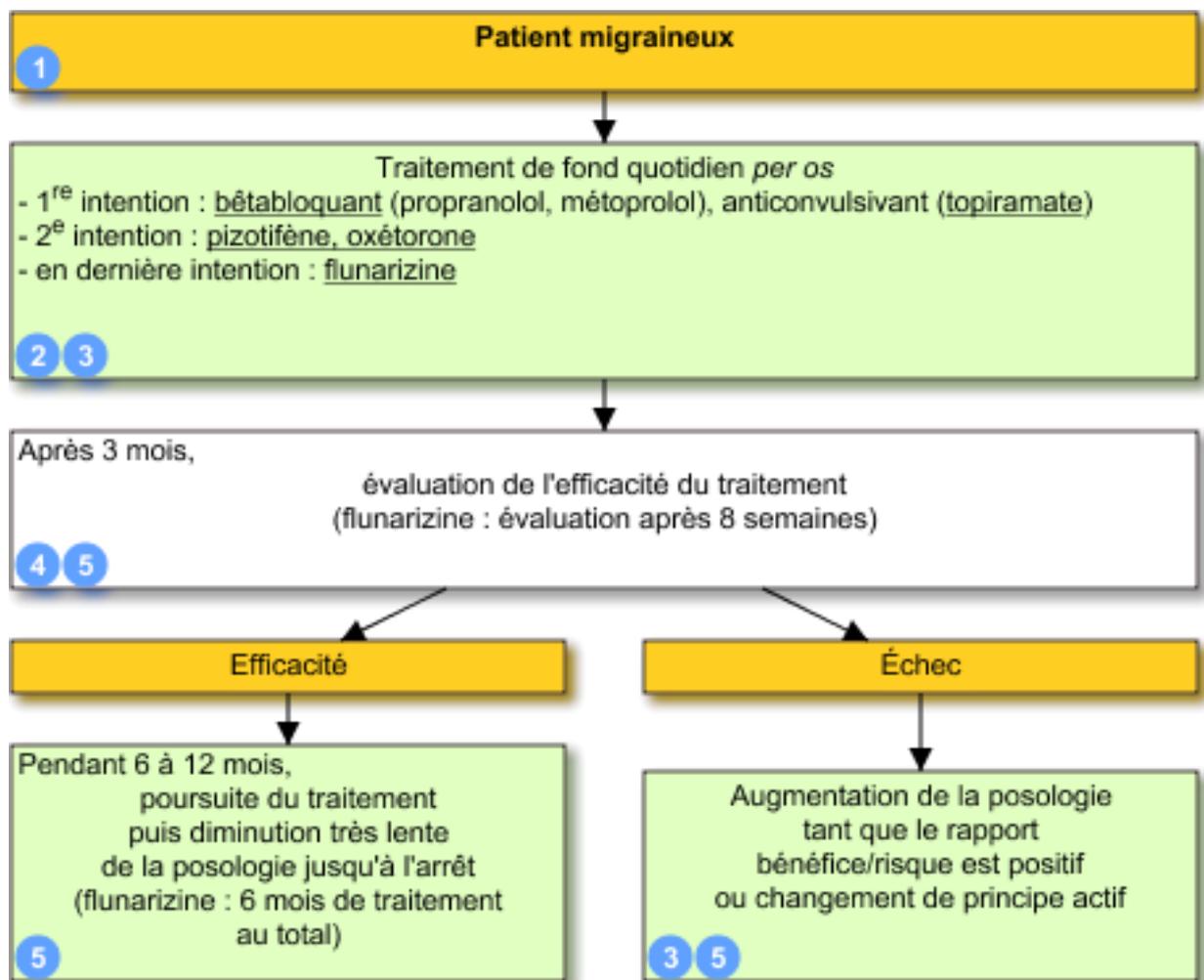


Figure 12 : Arbre décisionnel pour le traitement de fond de la migraine (57)

Quand mettre en place un traitement de fond?

Il est recommandé de mettre en place un traitement de fond :

- Selon la fréquence et l'intensité des crises, et le handicap personnel ou socioprofessionnel engendré par les crises ;
- Dès lors que le patient prend le traitement de crise plus de 2 jours par semaine ou 6 à 8 jours par mois depuis 3 mois (même si c'est efficace), dans le but d'éviter l'abus médicamenteux.

Lors de la mise en place d'un traitement de fond, le patient doit être éduqué concernant le délai d'action du traitement (4 à 6 semaines) ainsi que son objectif qui n'est pas de supprimer les crises mais de réduire leur fréquence et intensité. Cela permet en effet d'éviter un échec thérapeutique. De plus, la tenue d'un agenda des crises peut permettre au patient de mieux évaluer l'efficacité du traitement de fond.

Comment débiter le traitement de fond?

La mise en place d'un traitement de fond se fait en monothérapie, au départ à faible dose, puis progressivement croissante en prenant en compte les effets indésirables, dans le but d'atteindre une posologie efficace.

Quelles molécules utiliser lors du traitement de fond ?

Plusieurs classes médicamenteuses sont utilisées dans le traitement de fond de la migraine qui, pour la plupart n'avaient pas cette indication initialement. Celles qui ont démontré le mieux leur efficacité sont certains antihypertenseurs et antiépileptiques. Le niveau d'efficacité des molécules est semblable (aucune n'est plus efficace que l'autre) mais leur effet varie fortement en fonction des patients.

Le choix du traitement prend en compte les contre-indications, les traitements associés, les effets indésirables (les plus appréhendés étant la prise de poids et l'effet sédatif).

Compte tenu du niveau de preuves d'efficacité, de l'existence d'une AMM et du rapport bénéfiques/risques, les médicaments utilisés en première intention sont les bêta-bloquants validés : le propranolol et le métoprolol.

En cas de contre-indication, d'intolérance ou d'inefficacité des bêtabloquants, le choix de la molécule dépend du terrain, des comorbidités, de la sévérité de la migraine ainsi que de la balance bénéfice/risque (poids, sédation, asthénie, risque tératogène) et l'existence d'une AMM : l'amytriptyline, le topiramate, l'oxétorone et le pizotifène sont utilisés en 2e intention.

La flunarizine n'est utilisée que lorsque les autres traitements ne sont pas efficaces ou mal tolérés.

Comment évaluer le traitement de fond?

Le but de ce traitement est d'augmenter le seuil de déclenchement des crises afin d'en réduire la fréquence. Il est considéré comme efficace lorsqu'il réduit la fréquence des crises d'au moins 50 %. Il est également important de tenir compte de la réduction de la consommation des traitements de crise. L'évaluation se fait au terme de 3 mois.

En cas d'efficacité, il faut poursuivre le traitement pendant 6 à 12 mois avec une diminution très lente de la posologie jusqu'à l'arrêt (la flunarizine ne doit être utilisée que pendant une période n'excédant pas 6 mois, en absence de réponse après 8 semaines, le traitement sera arrêté).

En cas d'échec, deux possibilités s'offrent au patient : la posologie peut être augmentée tant que le rapport bénéfice/risque est favorable et qu'il n'y a pas d'effets indésirables ou alors une autre molécule peut être proposée.

L'association de deux traitements de fond à plus faible dose est possible afin de diminuer les effets indésirables de chaque molécule et après les avoir testés de façon séparée. Mais il faut savoir qu'il n'y a pas de preuve de l'intérêt d'associer deux traitements de fond.

En cas d'échecs répétitifs, il faut se méfier d'une inobservance ou d'un abus médicamenteux.

Quand et comment arrêter le traitement de fond ?

En cas d'efficacité, le traitement à dose efficace sera poursuivi pendant 6 mois à 1 an puis la dose sera diminuée lentement avant l'arrêt du médicament.

Si des crises réapparaissent 6 à 12 mois après l'arrêt d'un traitement de fond qui s'est avéré efficace, le même traitement de fond peut être réinstauré.

II.3.2.2.1. Les bêtabloquants (54,61,62)

Les bêtabloquants sont indiqués en première intention dans le traitement de fond de la migraine. Leur action antimigraineuse a été découverte par hasard grâce aux patients traités pour une HTA qui ont remarqué que leurs crises migraineuses étaient moins fréquentes. Six bêtabloquants se sont révélés efficaces mais seuls deux d'entre eux ont une efficacité démontrée et une AMM : le métoprolol et le propranolol, et les autres ayant montré une efficacité probable.

Métoprolol (Lopressor [®] , Seloken [®])	Efficacité démontrée et AMM
Propranolol (Avlocardyl [®] , Hémipralon [®] , Adrexan [®])	Efficacité démontrée et AMM
Aténolol (Ténormine [®] , Betatop [®])	Efficacité probable, pas d'AMM
Nadolol (Corgard [®])	Efficacité probable, pas d'AMM
Néбиволол (Néбиволол [®] , Тéméрит [®])	Efficacité probable, pas d'AMM
Timolol (Timacor [®])	Efficacité probable, pas d'AMM

Un patient non répondeur à un bêtabloquant peut être répondeur à un autre bêtabloquant.

Mécanisme d'action : Le mécanisme d'action par lequel les bêtabloquants agissent sur la migraine reste un mystère, mais on pense que leur efficacité est liée à une diminution de la pression artérielle et une diminution des neurotransmissions sérotoninergiques. En général, les médicaments dépourvus d'activité sympathomimétique intrinsèque (ASI) sont ceux qui sont efficaces (absence d'effet agoniste partiel).

Posologie : La posologie de départ doit correspondre à la dose la plus faible : 10 ou 20mg de propranolol ou 50mg de métoprolol, puis elle est adaptée de manière croissante en fonction de l'efficacité et de l'apparition des effets secondaires.

La posologie usuelle du propranolol : un comprimé à 40 mg, 1 à 3 fois par jour.

La posologie usuelle du métoprolol : un comprimé LP à 200 mg par jour, à prendre pendant ou immédiatement après les repas (biodisponibilité augmentée par la prise alimentaire) ; chez certains patients un comprimé à 100 mg par jour peut suffire.

Un patient qui prend un bêtabloquant comme traitement de fond peut prendre un triptan pour le traitement de la crise migraineuse, s'il s'agit du zolmitriptan, la posologie passe à 2 comprimés par jour (au lieu de 4), et s'il s'agit du rizatriptan, la dose qui doit être utilisé est de 5mg au lieu de 10mg.

Effets indésirables : Les plus fréquents : troubles digestifs, fatigue, sensation de mains et de pieds froids. Plus rarement : cauchemars, insomnie, dépression et troubles de la mémoire.

Contre-indications :

- Chez les patients asthmatiques ou atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO),
- Chez les personnes atteintes de phénomène de Raynaud et de troubles artériels périphériques
- En cas d'insuffisance cardiaque non contrôlée
- Chez les diabétiques car les bêtabloquants peuvent masquer les signes d'une hypoglycémie

Interactions médicamenteuses :

- CI : inhibiteurs calciques, antiarythmique de classe I
- ASDEC : amiodarone, antihypertenseurs
- PE : médicaments torsadogènes, insuline, hypoglycémisants oraux, topiques gastro-intestinaux, anti-acides

II.3.2.2.2. Antidépresseurs (63)

Amitriptyline (Laroxyl®)	Efficacité probable, pas d'AMM
Venlafaxine (Effexor®)	Efficacité probable, pas d'AMM

L'amitriptyline (Laroxyl®) a montré une efficacité probable dans le traitement de la migraine, son utilisation se fait en hors AMM. Elle est surtout recommandée dans les céphalées mixtes associant migraine et céphalée de tension.

Mécanismes d'action : Ce médicament appartient à la classe des inhibiteurs non sélectifs de la recapture de la monoamine, il entraîne ainsi une diminution de la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine et la transmission synaptique est facilitée.

Posologie : La posologie de départ est de 10 à 25mg par jour puis elle est augmentée jusqu'à 75mg par jour. Les doses sont très inférieures par rapport à celles utilisées dans la dépression.

Effets secondaires : Effets anticholinergiques centraux (confusion, hallucination, délire) et périphériques (sécheresse buccale, tachycardie, constipation, troubles de la miction), somnolence, prise de poids (pouvant être responsable de l'inobservance).

Contre-indications : glaucome par fermeture d'angle, rétention urinaire, troubles prostatiques, troubles cardiaques (IDM récent)

Interactions médicamenteuses : Contre-indication :

- Avec les IMAO (risque d'apparition d'un syndrome sérotoninergique) : il faut respecter un délai de 14 jours entre l'arrêt de l'IMAO et le début du Laroxyl®, et de 7 jours entre l'arrêt du Laroxyl® et le début de l'IMAO.
- Avec le sultopride (risque de troubles du rythme ventriculaire : torsades de pointe).

Le venlafaxine (Effexor®) a montré une efficacité probable dans le traitement de la migraine. Ce médicament appartient à la classe des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA). La posologie est de 75 à 150 mg par jour.

II.3.2.2.3. Les antiépileptiques (64)

Topiramate (Epitomax®)	Efficacité démontrée et AMM
Valproate de sodium (Dépakine®) Divalproate de sodium (Dépakote®)	Efficacité démontrée, pas d'AMM Efficacité démontrée, pas d'AMM
Gabapentine (Neurontin®)	Efficacité douteuse, pas d'AMM

Le topiramate a une efficacité démontrée et possède une AMM chez l'adulte dans le traitement de fond de la migraine.

Mécanisme d'action : Le mécanisme n'est pas précis. Il exercerait son action en inhibant l'activation du système trigéminovasculaire.

Posologie : La posologie de départ est de 25mg pendant une semaine, puis elle est augmentée de 25mg par palier d'une ou deux semaines en fonction de l'efficacité et l'apparition des effets secondaires qui sont dose-dépendants. La posologie usuelle est d'un comprimé à 50mg, 2 fois par jour.

Effets indésirables : Les plus fréquents : paresthésies des extrémités, somnolence, vertiges, nausées, diarrhées, perte de poids. Plus rarement : troubles du langage, de la mémoire, ralentissement psychomoteur, agressivité, troubles de l'équilibre et de l'humeur, calculs rénaux, myopie aiguë par glaucome à angle fermé, risque de dépression.

Contre-indications :

- Chez la femme enceinte (une méthode de contraception efficace doit être mis en place avant la prescription de ce médicament chez la femme en âge de procréer).
- En cas d'antécédents de colique néphrétique

Interactions médicamenteuses : Contre-indication avec le millepertuis.

Le valproate et divalproate de sodium, utilisé hors AMM, ont une efficacité préventive démontrée sur les crises de migraines. Ses effets indésirables les plus fréquents sont des nausées, une somnolence, une prise de poids, des tremblements, la chute de cheveux, et plus rarement des troubles hépatiques.

La gabapentine a une efficacité douteuse sur les crises de migraines.

II.3.2.2.4. Les antimigraineux spécifiques

Les antimigraineux spécifiques du traitement de fond de la migraine sont tous anciens. Les études qui ont été réalisées pour ces médicaments ne répondent pas aux exigences actuelles.

Oxétorone (Nocertone®)	Efficacité probable et AMM
Pizotifène (Sanmigran®)	Efficacité probable et AMM
Flunarizine (Sibélium®)	Efficacité probable et AMM

II.3.2.2.4.1. L'oxétorone (Nocertone®) (65)

Le Nocertone® possède une AMM dans le traitement de fond de la migraine. En septembre 2016, la commission de la transparence (CT) de l'HAS a considéré que le rapport efficacité/risque est moyen pour ce médicament. Ainsi, il est indiqué en traitement de seconde intention dans le traitement de fond de la migraine lorsque les autres traitements sont inefficaces ou mal tolérés.

Mécanisme d'action : Ce médicament appartient à la classe des antihistaminiques H1, il possède aussi des propriétés antagonistes de la sérotonine et de la dopamine, et des propriétés antalgiques et antiémétiques.

Posologie : La posologie est de 1 à 2 comprimés à 60 mg par jour, à prendre au repas du soir et au coucher. En cas de forte migraine, elle peut être augmentée à 3 comprimés par jour maximum. Ce médicament peut être associé à un traitement de la crise.

Effets indésirables : somnolence, surtout au début du traitement (le patient doit éviter la conduite d'un véhicule et la prise d'alcool), rigidité, tremblements, mouvements involontaires. Rarement : diarrhée, nécessitant l'arrêt du traitement.

II.3.2.2.4.2. Le pizotifène (Sanmigran®) (66)

Le Sanmigran® possède une AMM et est indiqué en traitement de seconde intention dans le traitement de fond de la migraine. Il est réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 12 ans.

Mécanisme d'action : Il s'agit d'un dérivé tricyclique aux propriétés antisérotoninergiques, antihistaminiques et anticholinergiques.

Posologie : L'instauration du traitement se fait de manière progressive et croissante en raison du risque de somnolence : la posologie de départ est de 1 comprimé le soir les trois premiers jours, puis 1 comprimé le matin et le soir les 3 prochains jours, enfin elle est augmentée à 1 ou 2 comprimés le matin et le soir à partir du septième jour. La posologie efficace suffisante chez l'adulte est souvent de 1 comprimé 3 fois par jour mais elle peut être augmentée jusqu'à 6 comprimés par jour maximum. Chez l'enfant de plus de 12 ans, la posologie usuelle est de 1 comprimé 2 fois par jour.

Effets indésirables : Les plus fréquents : somnolence (éviter l'alcool et la conduite de véhicule), augmentation de l'appétit avec une prise de poids, effets anticholinergiques (sécheresse buccale, constipation, troubles mictionnels).

Contre-indications : glaucome par fermeture de l'angle, rétention urinaire, troubles prostatiques.

II.3.2.2.4.3. La flunarizine (Sibélium®) (67)

La flunarizine est utilisée en dernière intention, dans le traitement de fond de la migraine qui résiste aux autres thérapeutiques ou s'ils sont mal tolérés.

Mécanisme d'action : Ce médicament est un antagoniste calcique sélectif. Il agit sur la circulation sanguine cérébrale et possède aussi une action antihistaminique H1, antidopaminergique et anticholinergique. Son action s'expliquerait par l'opposition de façon sélective à l'entrée des ions calciques de la cellule.

Posologie : La posologie est d'un demi à un comprimé par jour (5 à 10mg) chez l'adulte et de un demi comprimé par jour (5mg) chez l'enfant de plus de 10 ans et chez l'adulte de plus de 65 ans. Les comprimés sont à prendre le soir au coucher (en raison du risque de somnolence). Il s'agit de l'unique traitement de fond ayant l'AMM chez l'enfant « à titre exceptionnel lorsque la migraine est invalidante ».

La durée du traitement chez l'adulte ne doit pas excéder 2 mois en cas d'inefficacité et 6 mois s'il est efficace. Elle ne doit pas excéder 2 mois chez l'enfant.

Effets indésirables : Parmi les plus fréquents, on peut citer prise de poids, somnolence, dépression, troubles digestifs. Plus rarement : syndrome parkinsonien, c'est-à-dire difficulté de la coordination, ralentissement moteur, raideur musculaire.

Contre-indications : En cas de symptômes préexistants de maladie de Parkinson ou d'antécédents de symptômes extrapyramidaux, en cas de maladie dépressive ou antécédents de syndrome dépressif récurrents en raison du risque de syndrome dépressif.

Tableau 12 : Récapitulatif des médicaments utilisés dans le traitement de fond de la migraine (2)

Médicament (DCI)	Posologie adulte	Effets indésirables	Contre-indications
Bétabloquants			
Métoprolol (Lopressor [®] , Seloken [®])	100-200mg	Fréquents : asthénie, mauvaise tolérance à l'effort Rares : insomnie, cauchemars, impuissance, dépression	Asthme, insuffisance cardiaque, bloc auriculo-ventriculaire, bradycardies Nb : possibilité d'aggravation des migraines avec aura
Propranolol (Avlocardyl [®] , Hémipralon [®] , Adrexan [®])	40-240mg		
Aténolol (Ténormine [®] , Betatop [®])	100mg		
Nadolol (Corgard [®])	80-240mg		
Néбиволол (Nébilox [®] , Témérit [®])	5mg		
Timolol (Timacor [®])	10-20mg		
Antidépresseurs			
Amitriptyline (Laroxyl [®])	10-50mg le soir	Sécheresse buccale, somnolence, prise de poids	Glaucome, adénome prostatique
Venlafaxine (Effexor [®])	75-150mg	Nausées, vertiges, hypersudation, somnolence, nervosité, sécheresse buccale	Hypersensibilité à la venlafaxine Association aux IMAO non sélectifs Galactosémie congénitale Allaitement
Antiépileptiques			
Topiramate (Eptimax [®])	100mg (1cp à 50mg 2 fois par jour)	Paresthésies des extrémités, somnolence, vertiges, nausées, diarrhées.	Femme enceinte Antécédents de colique néphrétique
Valproate de sodium (Dépakine [®]) Divalproate de sodium (Depakote [®])	500-1000mg	Nausées, prise de poids, somnolence, tremblements, alopecie, atteinte hépatique	Pathologie hépatiques
Gabapentine (Neurontin [®])	1200-2400mg	Nausées, vomissement, convulsion, somnolence, ataxie, vertiges	Hypersensibilité à la gabapentine
Antimigraineux spécifiques			
Oxétorone (Nocertone [®])	1 à 2 comprimés à 60 mg par jour le soir et au coucher.	Somnolence, rigidité, tremblements, mouvements involontaires.	
Pizotifène (Sanmigran [®])	3 comprimés par jour à doses progressives	Sédation, prise de poids Rares : troubles digestifs, vertiges, douleurs musculaires, asthénie	Glaucome, troubles uréthro-prostatiques
Flunarizine (Sibélium [®])	10mg (1cp le soir) Pas plus de 6 mois consécutifs	Fréquents : somnolence, prise de poids Rares : dépression, syndrome extra-pyramidal	Syndrome dépressif, syndrome extra-pyramidal

II.4. Situations particulières

II.4.1. Traitement de la migraine de l'enfant et de l'adolescent (2)

Traitement de la crise de migraine :

En première intention : Ibuprofène chez l'enfant de plus de 6 mois

En seconde intention :

- Diclofénac chez l'enfant dont le poids est supérieur à 16 kg,
- Naproxène chez l'enfant de plus de 6 ans ou si le poids est supérieur à 25 kg,
- Aspirine en monothérapie
- Paracétamol en monothérapie

En cas de crise de migraine modérée à sévère de l'adolescent (12 à 17 ans) : le Sumatriptan en spray nasal (10 à 20 mg) est efficace (possède une AMM).

Il est conseillé de prendre le traitement le plus tôt possible.

Il faut privilégier la voie rectale en cas de nausées ou vomissement, la voie per-nasale à partir de 12 ans ou si le poids est supérieur à 35 kg, utiliser le sumatriptan en spray nasal en cas d'échec du paracétamol, de l'aspirine et des AINS.

Pour les triptans et les dérivés ergotés, il est nécessaire d'attendre l'apparition de la céphalée pour traiter une crise avec aura.

Traitement de fond de la migraine :

Traitement non médicamenteux : la relaxation, le rétrocontrôle biologique et la thérapie cognitivo-comportementale de gestion du stress peuvent être recommandés et sont plus efficaces que les bêta-bloquants.

Traitement médicamenteux : ils ne sont recommandés qu'après échec des traitements non pharmacologiques. Il faut savoir qu'aucun de ces traitements n'ont une AMM dans cette indication pédiatrique (absence de preuve scientifique). Ainsi, les molécules suivantes peuvent être proposées sans ordre de priorité, ils sont utilisés à faibles doses afin de limiter l'apparition des effets indésirables :

- le propranolol : 2 à 4 mg/kg/jour
- le métoprolol : 25 à 50 mg/jour
- l'amitriptyline : 3 à 10 mg/jour
- le topiramate : 50 à 100 mg/j
- l'oxétorone : 15 à 30 mg/jour
- le pizotifène chez l'enfant de plus de 12 ans : 1 mg/jour
- la flunarizine chez l'enfant de plus de 10 ans : 5 mg/jour

La tenue d'un agenda des crises peut être bénéfique pour l'enfant et sa famille afin d'optimiser la prise en charge de la migraine.

II.4.2. Migraine du sujet âgé

La difficulté est essentiellement thérapeutique car les triptans sont contre-indiqués dans le traitement de la crise chez les sujets de plus de 65 ans et les AINS sont également déconseillés à partir de cet âge. L'instauration d'un traitement de fond peut également être compliqué en raison d'éventuelles interactions avec d'autres traitements et du fait qu'elle expose à plus d'effets indésirables (sédatifs et cognitifs).

II.4.3. Migraine cataméniale (2)

Les crises migraineuses menstruelles doivent être traitées comme les autres crises.

Chez les patientes souffrant de migraine cataméniale fréquentes et sévères, il est possible de mettre en place un traitement prophylactique qui sera débuté en fonction des règles et deux jours avant l'apparition supposé de la crise. Il repose sur la prise d'un AINS par voie orale ou estradiol par voie cutané (posologie de 1,5 mg par jour pendant 7 jours). En cas d'échec, une prophylaxie est réalisée par une supplémentation hormonale continue qui va inhiber l'ovulation (contraceptifs oraux combinés, implants de progestérone).

Récemment, certains triptans se sont révélés efficace dans le traitement préventif : le frovatriptan à 2,5 mg (deux fois par jour), le naratriptan 1 mg (deux fois par jour) ou le zolmitriptan à 2,5 mg (deux fois par jour).

Chez les patientes ayant une contraception orale, la prévention des crises menstruelles est possible par l'utilisation d'un estroprogestatif en continu (pas de fenêtre d'interruption) ou un progestatif pur (arrêt définitif des œstrogènes).

II.4.4. Migraine et grossesse (68,69)

Prise en charge de la migraine chez une migraineuse qui désire une grossesse :

Il faut tout d'abord rassurer la patiente : la migraine n'affecte pas négativement l'évolution de d'une grossesse et pour la majorité, il y a une amélioration des crises.

Selon les recommandations, il ne faut pas débuter de traitement de fond, mais la patiente peut prendre un traitement de crise en privilégiant le paracétamol ; l'utilisation de l'aspirine, des AINS et des triptans est possible.

Il faut informer la patiente des antimigraineux formellement contre-indiqués en cas de grossesse (aspirine et AINS à partir du sixième mois de grossesse, dérivés de l'ergot de seigle), lui rappeler le risque des médicaments (ibuprofène) en automédication.

Il est important d'indiquer qu'en cas de nécessité, le traitement pendant la grossesse et l'allaitement sera possible.

Conduite à tenir chez une migraineuse ayant utilisé des antimigraineux ne se sachant pas enceinte :

Pour la plupart des antimigraineux prophylactiques, il est important de rassurer la patiente, aucune surveillance de la grossesse n'est nécessaire (sauf s'il s'agit des antiépileptiques : topiramate, valproate ou divalproate de sodium). S'il s'agit d'un bêtabloquant (propranolol ou métoprolol) ou antidépresseurs tricycliques (amitriptyline), ce médicament doit être interrompu sauf si la poursuite d'un traitement de fond est nécessaire. En cas d'utilisation d'un médicament n'étant ni un bêtabloquant, ni un tricyclique, le médicament doit être interrompu.

Pour la plupart des antimigraineux de crise, il est important de rassurer la patiente, aucune surveillance de la grossesse n'est nécessaire (sauf s'il s'agit des dérivés de l'ergot de seigle). Concernant la poursuite du médicament pendant la grossesse, les consignes vont dépendre du médicament concerné :

- Paracétamol : utilisation en première intention
- Aspirine, AINS : leur utilisation en seconde intention est possible pendant le premier et deuxième trimestre mais ils sont contre-indiqués à partir du sixième mois de grossesse

- Triptans : les données de pharmacovigilance sont rassurantes, mais leur utilisation est contre-indiquée ; l'exposition médicamenteuse de la patiente doit être déclarée au centre régional de pharmacovigilance (CRPV)
- Dérivés de l'ergot de seigle : leur utilisation est contre-indiquée

Recommandations de prise en charge d'une migraineuse enceinte lorsqu'un traitement antimigraineux est nécessaire :

Pour toute patiente migraineuse prenant un traitement de fond, une grossesse peut être planifiée. Certaines molécules présentent un risque pour l'embryon et leur arrêt avant la conception est préconisé.

Lorsqu'un traitement de fond est nécessaire, il est possible de prescrire une molécule compatible avec la grossesse.

Le Centre de Référence des Agents Tératogènes (CRAT) est un site en ligne (<https://lecrat.fr>), tenu à jour et consultable par tout le monde, qui répertorie les risques engendrés par la consommation de médicaments pendant la grossesse et l'allaitement en apportant des informations sur chaque médicament.

Le traitement des crises de migraine durant la grossesse :

- Le paracétamol est recommandé en première intention : il peut être utilisé de façon ponctuelle tout au long de la grossesse, mais généralement, il est peu efficace.
- Les AINS sont autorisés en prise ponctuelle au cours des deux premiers trimestres mais à partir du début du sixième mois de grossesse (24ème semaine d'aménorrhée), tous les AINS, quelle que soit la voie d'administration, sont contre-indiqués. L'exposition à un AINS peut avoir des conséquences graves qui sont d'autant plus à craindre que cette exposition est proche du terme et prolongée. Il peut entraîner une fermeture du canal artériel, des risques cardiaques pour le fœtus, ou une mort fœtale in utero. Il peut aussi entraîner un risque d'allongement du temps de saignement pour la mère et l'enfant ou une atteinte rénale
- Parmi les triptans, le sumatriptan peut être utilisé de façon ponctuelle tout au long de la grossesse en cas d'inefficacité des autres traitements, les données du CRAT sont rassurantes pour cette molécule. La forme en spray nasal est souvent privilégiée. En cas d'échec, 3 autres triptans sont autorisés (rizatriptan, élétriptan, zolmitriptan). Les données concernant le naratriptan, frovatriptan et almotriptan sont actuellement insuffisantes.
- Un traitement antiémétique peut être prescrit au cours de la grossesse, étant donné que les nausées et vomissements sont plus prononcés. Le métoclopramide à 10mg, de préférence en forme suppositoire, a l'avantage d'avoir en plus une action antimigraineuse et sera donc privilégié. En cas d'inefficacité ou de mauvaise tolérance, la doxylamine peut être proposée.

Le traitement de fond de la migraine pendant la grossesse

- Selon les fréquences des crises et des bénéfices apportés par les traitements, il est préférable de considérer le recours à un traitement de fond pour chaque cas. Le biofeedback peut être approché non médicamenteuse.
- Si besoin, le traitement de fond sera sélectionné d'abord sur l'absence de risque tératogène, puis selon la tolérance de la patiente et des traitements auparavant mis en place.
- Les traitements de fond permis pendant la grossesse sont peu nombreuses : deux bêtabloquants (le propranolol et le métoprolol) ou en deuxième intention un anti-

dépresseur tricyclique (amitriptyline), en rappelant à la patiente la nécessité d'interrompre l'utilisation de ces médicaments avant l'accouchement. Il faut cesser l'amitriptyline un mois avant la fin, car même lorsqu'il s'agit de faibles posologies, le risque de syndrome de sevrage du bébé doit être écarté ; les bêtabloquants seront arrêtés au plus tard 2-3 jours avant l'accouchement pour éviter une bradycardie chez le nouveau-né et une surveillance du nouveau-né (fréquence cardiaque et glycémie pendant les 3 à 5 premiers jours de vie) est recommandée.

- En cas d'échec avec ces molécules, le pizotifène et l'oxétorone peuvent être une alternative.
- Dans le cas où un médicament est prescrit, il convient de rappeler que l'exposition médicamenteuse de la patiente doit être déclarée à la pharmacovigilance (service de pharmacologie du CHU, pharmacovigilance du laboratoire fabriquant le médicament concerné, Centre de Référence sur les Agents Tératogènes - <https://lecrat.frhttp://www.lecrat.org/>).
- Il faut proscrire l'utilisation du flunarizine et topiramate au cours de la grossesse car ils présentent un risque de malformations congénitales.
- En raison de son caractère tératogène, le topiramate est contre-indiqué pour les femmes enceintes. Les femmes capables de procréer doivent utiliser une contraception adaptée.
- En considérant la tolérance et l'efficacité, la posologie du traitement doit être réduite au plus bas. La posologie est révisée en fonction de l'évolution tout au long de la grossesse. Le traitement est habituellement arrêté durant le 3ème trimestre.

II.4.5. Migraine et allaitement

Le paracétamol peut être utilisé durant l'allaitement.

Les triptans sont excrétés dans le lait maternel, leur utilisation est à évaluer au cas par cas. Le sumatriptan et l'élétriptan ne passent qu'en faible quantité dans le lait maternel.

Les AINS sont excrétés dans le lait maternel, leur utilisation est déconseillée chez les femmes allaitantes. L'aspirine (en prise unique), l'ibuprofène et le kétoprofène ne passent qu'en faible quantité dans le lait maternel.

Si un traitement de fond est indispensable, il faudra faire un choix entre le propranolol, le métoprolol ou l'amitriptyline.

II.5. Nouveaux anticorps monoclonaux : nouvelle option thérapeutique ? (40,70)

Plusieurs modifications sont attendus dans les nouvelles recommandations qui seront publiées en mars 2021 par la SFEMC, y compris l'intégration des nouveaux anticorps monoclonaux (érenumab Aimovig, frémanézumab Ajovy et galcanézumab Emgality) dans l'arsenal thérapeutique. Ils seront réservés aux patients souffrant de migraine sévère : « plus de huit jours de crise par mois (au lieu de quatre jours dans les AMM européenne et américaine), après échec d'au-moins deux traitements de fond classiques ». L'AMM française est donc plus restrictive.

Actuellement, ces trois anticorps monoclonaux ne sont toujours pas disponibles en France, alors qu'ils peuvent être obtenus auprès de certains pays européens voisins (Allemagne, Espagne,...), d'autant plus qu'ils ont une AMM en France : l'érenumab depuis 18 mois, le galcanézumab et le frémanézumab en 2020.

Ces trois anticorps ont le même mécanisme d'action. « Ils ciblent le CGRP (calcitonin gene-related peptide), un neuromédiateur libéré par le nerf trijumeau au cours de la crise migraineuse » et responsable de la douleur. Ils s'administrent par voie sous-cutanée, en auto-injection dans la cuisse, une fois par mois. La conservation se fait réfrigérateur. Les effets indésirables sont minimes : douleur au point d'injection, constipation transitoire.

Cependant, le CGRP est également un vasodilatateur puissant, libéré naturellement par l'organisme lors d'un accident ischémique. C'est pourquoi les anticorps anti-CGRP sont contre-indiqués chez les patients ayant des antécédents cardiovasculaires (IDM, AVC, hypertension artérielle sévère non-contrôlée, artérite des membres inférieurs...).

II.6. Rôle du pharmacien d'officine

II.6.1. Dépistage (71)

Vous souffrez de la migraine ? Parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien

La maladie migraineuse est une pathologie fréquente touchant environ **12% de la population**.

Migraine ou céphalée ?

On emploie souvent à tort le terme « **migraine** » pour désigner n'importe quel type de mal de tête ou « céphalée » ordinaire.

La migraine est un des types de céphalées survenant par **crises**. Elle correspond à une maladie pouvant devenir très **invalidante**, que ce soit au niveau de la vie quotidienne, professionnelle, sociale ou familiale.



Les causes :

Ils ne sont pas connus. On sait que la migraine est **héréditaire**, et que différents facteurs appelés « **facteurs déclenchants** » peuvent favoriser le déclenchement d'une crise de migraine.

Fluctuations hormonales chez la femme : Les menstruations, les contraceptifs oraux et les traitements hormonaux de substitution (TSH).

Alimentation : Certains aliments (charcuterie, chocolat, fromage...), le tabac, l'alcool, un repas tardif, un jeûne, un repas sauté, modification des horaires de repas.

Sommeil : Modifications des habitudes de sommeil (manque ou excès de sommeil).

Stress : Enfants, travail, problèmes refoulés ou autres facteurs de stress.

Environnement : Bruit, lumière forte, odeur forte, changements climatiques : chaleur, froid, vent violent, modifications de la pression atmosphérique.

Les symptômes :

Une migraine se caractérise par au moins **cinq crises**, d'intensité variable, pouvant durer jusqu'à **3 jours** et clouer le patient au lit dans le calme et le noir.

Au cours de chaque crise, le patient doit avoir présenté au moins **deux de ces symptômes :**

- ✓ Douleur **unilatéral** (localisée d'un côté de la tête)
- ✓ Douleur **lancinante et pulsatile** (sensation de battement)
- ✓ Douleur **modérée ou sévère**
- ✓ Douleur **aggravée par l'effort ou des activités habituelles**

Et au moins **un des symptômes :**

- ✓ **Nausées** et/ou **vomissements**
- ✓ Intolérance à la **lumière** et/ou au **bruit**

Dans certains cas, des **troubles de la vision** ou **fourmillements** ou même des **troubles du langage** peuvent précéder le mal de tête : c'est ce qu'on appelle **l'aura**.

A l'exception des crises, le migraineux ne présente **aucun symptôme** et peut mener une vie normale.

Les traitements :

Il existe 2 types de traitement.

Le traitement de crise : Le but est de **soulager immédiatement** la crise. Il doit être pris **dès le début de la céphalée**

- **AINS** (ou Aspirine) ou Paracétamol
- **Triptans** ou dérivés ergotés

Attention, l'utilisation en excès (**plus de 10 à 15 jours par mois**) peut aggraver la migraine, parlez-en à votre médecin.

Éviter l'automédication par des traitements contenant de la **codéine** et **caféine** : ils ne sont pas adaptés au traitement de la crise de migraine.

Le traitement de fond : Nécessaire dans certains cas, le but est de **rendre les crises moins fréquentes, moins intenses et moins longues**.

Il s'agit souvent de traitements développés pour d'autres indications mais qui ont un **effet bénéfique prouvé** sur la migraine.

- **Bêta-bloquants** (antihypertenseurs)
- **Antidépresseurs**
- **Antiépileptiques**

Il s'agit d'un traitement à prendre **tous les jours**. L'efficacité peut prendre **des semaines voire des mois**. **Ne pas arrêter le traitement** sans avis médical.

En plus de ces traitements, avoir une **bonne hygiène de vie** et **éviter les facteurs favorisants** peut également avoir un **effet bénéfique**.

Des **techniques** comme la **relaxation**, le **retrocontrôle biologique** et la **thérapie cognitive-comportementale** peuvent être efficaces. **L'acupuncture** peut être proposée.

Figure 13 : Migraine : la connaître et la repérer, ses causes, symptômes et traitements

La plupart des migraineux ne vont pas se faire dépister et ne voient que le pharmacien comme seul professionnel de santé, ils optent souvent pour l'automédication. Le pharmacien joue donc un rôle primordial au niveau du dépistage de la migraine. Au comptoir, la demande répétitive d'antalgiques pour des céphalées doit interpeller le pharmacien. La distribution d'un prospectus peut aider à l'information des patients sur leur maladie.

Lorsqu'un patient se plaint de maux de tête, le pharmacien peut poser trois questions simples : « Avez-vous une photophobie ? Avez-vous des nausées et des vomissements ? Avez-vous du mal à assumer vos activités ? ».

Si le patient répond au moins deux fois « oui », le patient est probablement migraineux, et dans ce cas, le pharmacien l'orientera vers une consultation médicale afin qu'il puisse obtenir un suivi de sa maladie.

En outre, la recommandation du pharmacien doit également donner la priorité à l'ibuprofène (sauf en cas de contre-indication), qui est plus efficace pour la migraine que le paracétamol.

II.6.2. Accompagnement du patient et conseils (72)

A la pharmacie, les patients doivent être encouragés à tenir un calendrier des crises. Le pharmacien doit aider le patient à mieux comprendre sa maladie. Cela va lui permettre d'identifier et éviter les facteurs déclenchants, de prendre le traitement adapté, au bon moment et à la dose efficace. Le pharmacien est tenu d'expliquer au patient la différence entre le traitement de la crise et de fond pour améliorer l'observance, et surtout éviter le passage à une migraine chronique, éviter les abus de médicaments et les céphalées d'origine médicamenteuse.

Concernant l'identification des facteurs déclenchants, il convient de rappeler au patient qu'ils peuvent avoir des origines très variées : variation hormonale, émotionnelle, physique, du sommeil, alimentaire, climatique sensorielle. Ils peuvent également être causés par les médicaments : vasodilatateurs (dérivés nitrés, sildénafil, contraceptifs hormonaux). Il faut toujours essayer de supprimer les facteurs qui déclenchent la crise.

La prise de médicaments ne dispense pas des règles habituelles permettant de soulager la crise de migraine. Le patient peut adopter certains comportements pouvant apaiser les douleurs : s'allonger dans une pièce calme et obscure, toujours emporter avec soi une paire de lunettes de soleil, faire des exercices de relaxation, boire de l'eau pour éviter de se déshydrater (surtout en cas de vomissement), prendre un café ou un thé fort dès l'apparition des premiers signes sans en abuser (en raison du risque de céphalées chroniques), appliquer un pack réfrigérant ou un linge froid sur la zone douloureuse au niveau du front, appliquer un roll-on de menthol sur les tempes et le front.

Le pharmacien est tenu de rappeler au patient les moments de prise des médicaments : le traitement de la crise doit être pris le plus tôt possible, dès le début de la crise. En cas de migraine avec aura, il faut attendre le début de la crise de céphalée pour prendre le triptan, et non pas le prendre au moment de l'aura. En cas d'efficacité insuffisante, la co-utilisation AINS-triptans est possible sur avis médical. Les triptans utilisés en traitement de secours doivent être administrés 2 heures après la prise du traitement de première intention.

Le pharmacien doit également être vigilant concernant les interactions médicamenteuses et les contre-indications.

II.6.3. Thérapies complémentaires (31)

Contrairement à la relaxation, le rétrocontrôle biologique et la thérapie cognitivo-comportementale, les thérapies complémentaires n'ont pas encore fait preuve de leur efficacité. Elles peuvent être utilisées en complément des traitements pharmacologiques mais en aucun cas ne peuvent se substituer à eux.

II.6.3.1. Acupuncture

L'acupuncture agirait sur la vasodilatation cérébrale responsable des douleurs sévères de la crise de migraine. Il semble être effet bénéfique pour certains patients et peut être proposée aux migraineux en complément d'un traitement de fond ou lorsque le patient ne veut pas de traitement de fond.

Le principe de l'acupuncture est d'insérer de fines aiguilles sous la peau, à des points spécifiques du corps, le long des lignes nommées méridiens. 7 à 8 aiguilles sont placées par séance, la profondeur variant de quelques millimètres à 1 cm.

Dans le cas de la migraine, ces aiguilles sont placées essentiellement au niveau de la tête ou de la nuque. Elles sont laissées en place quelques secondes à quelques minutes, la séance dure environ vingt minutes. Les séances ont lieu toutes les semaines, puis tous les 15 jours et enfin tous les mois.

II.6.3.2. Homéopathie et manipulation cervicales

L'homéopathie et l'ostéopathie (manipulations cervicales) ne sont donc pas recommandés dans la prévention et traitement de la migraine car ils n'ont pas fait la preuve de leur efficacité.

II.6.4. Phytothérapie et aromathérapie (73–75)

Certaines plantes peuvent s'avérer bénéfiques pour soulager les crises de migraines.

II.6.4.1. La Grande Camomille ou Partenelle (*Tanacetum parthenium*)

La Grande Camomille, de la famille des Astéracées, est la plante la plus utilisée dans la prévention des crises de migraine et reconnu par l'OMS.

Son action apaisante sur la vasoconstriction expliquerait son succès dans le soulagement des céphalées. Des études cliniques ont montré que la prise préventive a un effet positif sur la fréquence et l'intensité des crises migraineuses. Cet effet est expliqué par la présence de parthénolide dans les capitules floraux.

En pharmacie, on retrouve la Grande camomille sous forme de gélules : ELUSANES GRANDE CAMOMILLE : en prévention chez l'adulte : 1 à 2 gélules par jour, conseillé en traitement de fond, pendant 3 mois, renouvelable.

Son utilisation est contre-indiqué en cas de grossesse ou allaitement, ou en cas d'allergie à la famille des Astéracées (Pissenlit, Matricaire,...)

Il existe des interactions médicamenteuses avec les antiagrégants plaquettaires ou anticoagulants (AVK,...)

II.6.4.2. La Menthe poivrée (*Mentha piperita*)

L'huile essentielle de Menthe poivrée (famille des Lamiacées) est l'un des remèdes naturels les plus couramment utilisés pour traiter les migraines et reconnu par l'OMS et l'Agence européenne du médicament. La présence de menthol aide les muscles à se détendre et à soulager la douleur.

Il est possible d'utiliser 1 à 2 gouttes pure ou diluée dans de l'huile végétale, en massage sur les tempes et/ou front, plusieurs fois par jours (3 à 4 fois). Très irritant, il faut faire attention à ne pas l'appliquer pas trop près des yeux.

L'utilisation de cette huile essentielle est contre-indiqué en cas de grossesse ou allaitement, chez les enfants de moins de 6 ans, et chez les patients épileptiques.

II.6.4.3. Le Saule blanc (*Salix alba*)

Le Saule blanc plante de la famille des Salicacées est utilisé traditionnellement contre les céphalées. La présence de flavonoïdes et composés salicylés dans l'écorce et l'analogie avec l'aspirine pourraient expliquer cet usage traditionnel mais aucune étude ne l'a scientifiquement validé.

On peut la trouver sous forme de gélules : ELUSANES SAULE : 1 gélule matin et soir.

Son utilisation est déconseillée en cas de grossesse ou allaitement, en cas d'ulcère, de maladie rénale, ou en cas d'allergies aux AINS.

II.6.4.4. La Reine-des-prés (*Filipendula ulmaria*)

Les sommités fleuries de la reine-des-prés (famille des Rosacées) sont parfois utilisés car ils contiennent des dérivés salicylés, à l'origine de leurs propriétés antidouleurs. Cette plante est conseillé pour favoriser l'apaisement des céphalées.

On peut la trouver sous forme de gélules : REINE DES PRES ARKOGELULE : 2 gélules jusqu'à 3 fois par jour peuvent être pris.

Son utilisation est déconseillée en cas de grossesse ou allaitement, ou en cas d'allergie à l'aspirine.

II.6.4.5. Les plantes riches en caféine

Le café, le thé et le maté sont souvent conseillées aux migraineux. Chez les consommateurs occasionnels de café, une tasse de café pris au début des crises de migraine, dès les premiers symptômes, peut limiter l'intensité de la céphalée.

Cependant, le café contient également de la tyramine pouvant déclencher la migraine.

L'abus de caféine peut aussi déclencher des céphalées en plus de provoquer des palpitations et insomnies. Pour les gros buveurs de cafés, ne pas recevoir la dose habituelle de caféine peut déclencher une crise migraine, ce qui explique également le cas des migraines du week-end, lorsque le grand consommateur de café en semaine ne boit plus ou boit peu de café chez soi.

II.6.5. Prévention de l'abus médicamenteux

Le pharmacien doit aussi participer à la prévention de l'abus médicamenteux. Si le patient prend son traitement de crise plus de deux jours par semaine ou plus de 10 à 15 jours par mois, il faut l'orienter vers un médecin. Il doit rappeler aux patients que l'abus d'antalgiques peut être à l'origine de CCQ (maux de tête plus de 15 jours par mois depuis plus de 3 mois et durant plus de 4 heures par jour) par abus de médicaments. Tous les traitements de crises peuvent être impliqués, mais ce risque est plus important avec les médicaments contenant du paracétamol, des opioïdes, de la caféine ou avec les triptans. Ainsi, il faut conseiller au patient de se faire suivre par le médecin pour le sevrage, car un arrêt brutal de cette surconsommation peut provoquer une aggravation des céphalées.

III. Les céphalées chroniques quotidiennes (CCQ) par abus médicamenteux

L'une des principales complications de la migraine est la transformation des céphalées épisodiques en CCQ par abus médicamenteux, caractérisé par une prise de médicaments antimigraineux de crise quasi-quotidiennes. Ce tableau clinique se produit lorsque la fréquence des céphalées s'amplifie et que le patient multiplie sa consommation de traitements de crise, la répétition des prises est en retour responsable de la chronicisation des céphalées.

Ainsi, le sujet souffre d'un véritable trouble du comportement, déterminé par une consommation incontrôlée de médicaments antimigraineux de crise, qu'il poursuit, bien qu'il soit conscient des conséquences néfastes de cette habitude.

Il existe plusieurs facteurs de risque de survenue des céphalées par abus médicamenteux chez les migraineux : les antécédents d'abus, de dépendance au tabac, à l'alcool ou aux benzodiazépines.

Chez ces patients, il est indispensable d'évaluer la présence d'une dépendance comportementale pour effectuer la prise en charge : un sevrage des antimigraineux de crise doit être proposé. Pour évaluer la présence d'une dépendance, on peut utiliser :

- Les critères diagnostiques de dépendance du DSM-IV en les adaptant (en remplaçant le terme « substances » par « antimigraineux de crise »). De nombreuses études ont montré que deux tiers des patients ayant des céphalées par abus médicamenteux correspondaient auxdits critères.
- Le questionnaire MDQ-H (Medication Dependence Questionnaire in Headache patient), questionnaire validé en français.

III.1. Définition des CCQ

Selon l'ANAES (Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Evaluation en Santé), la CCQ se définit par la présence d'une céphalée « plus de 15 jours par mois, depuis plus de 3 mois, d'une durée quotidienne supérieure à 4 heures en l'absence de traitement ». (26) En fait, la plupart de ces patients ont des céphalées tous les jours ou presque depuis plusieurs années, en moyenne 6 ans lorsqu'ils se décident à consulter. (76)

Il s'agit généralement d'une céphalée initiale épisodique (migraine ou céphalée de tension) qui évolue de façon progressive vers une céphalée chronique sur plusieurs mois ou années, sous l'influence de certains facteurs : abus médicamenteux, facteurs psychopathologiques (anxiété, dépression, troubles de l'humeur, de la personnalité, addiction à une substance), facteurs hormonaux (ménopause) ou musculo-squelettiques (tensions musculaires). (26)

Ce qui nous intéresse ici est l'abus médicamenteux. Le pharmacien d'officine, en tant que premier interlocuteur, joue un rôle essentiel dans la prévention de l'abus médicamenteux, et dans le diagnostic et prise en charge de CCQ.

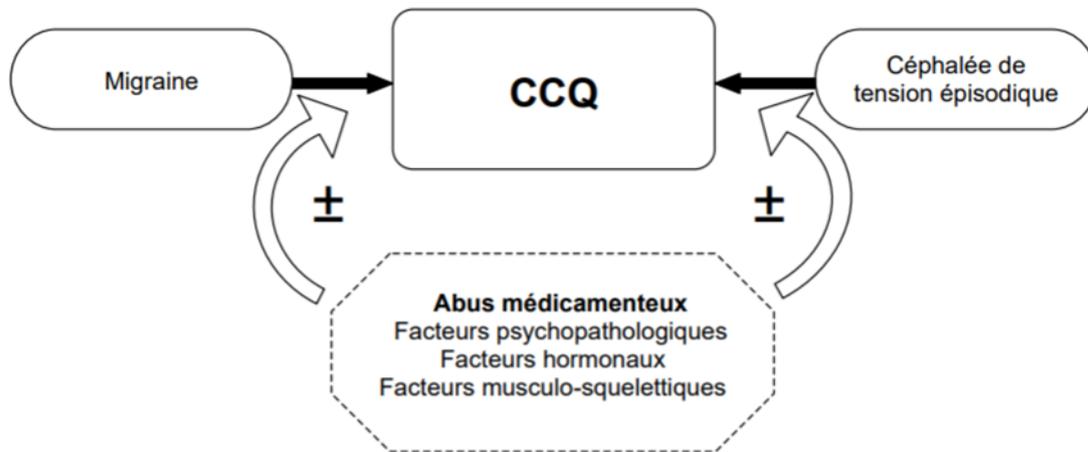


Figure 14 : Principaux modes d'évolution vers une CCQ (26)

III.2. Epidémiologie (26)

La prévalence est estimée à 3 % chez la population générale de plus de 15 ans, soit environ 2 millions de Français, avec une prédominance chez les femmes (ratio 3/1). (26,76) Selon les centres de consultations spécialisés dans les céphalées, 30 à 40% des patients viennent consulter pour des CCQ. Méconnu par les professionnels de santé ainsi que par les patients, ils sont très souvent sous-diagnostiqués donc mal pris en charge.

III.3. Retentissement des CCQ (26)

Qualité de vie et handicap : La CCQ est une pathologie très handicapante, plus que la migraine. Elle peut fortement altérer la qualité de vie des patients, notamment s'il y a présence d'un abus médicamenteux (et par les effets iatrogènes direct de cet abus), si la CCQ a des caractéristiques sémiologiques migraineuses, ou s'il existe des facteurs psychopathologiques. Cette pathologie peut avoir des conséquences tant au niveau familial que socio-professionnel. Cela peut être mis en évidence par un interrogatoire du patient (questions simples sur sa famille, vie sociale et professionnelle) ou par l'agenda des céphalées tenu par le patient.

Conséquences économiques : Comparé à la migraine, la CCQ entraîne une consultation plus fréquente, surtout chez les psychiatres et les ophtalmologistes, et la prise médicamenteuse est 6 fois plus importante, avec les antalgiques en première ligne de cette consommation.

III.4. Facteurs associés (26)

III.4.1. Abus médicamenteux

Selon les critères de l'IHS, l'abus médicamenteux existe lorsque « la prise médicamenteuse est régulière et dure depuis plus de 3 mois » et qu'elle est présente :

- « plus de 15 jours par mois pour les antalgiques non opioïdes : paracétamol, aspirine, AINS »,
- ou « plus de 10 jours par mois pour les autres traitements de crise : opioïdes (codéine, opium, tramadol, morphine,...), triptans, ergotés, spécialités antalgiques associant plusieurs principes actifs. »

Tous les traitements de crise peuvent être en cause, mais les molécules les plus impliqués sont : le paracétamol, la caféine, la codéine (ou l'association des 3 sous forme de spécialités),

et les triptans. C'est pourquoi, les médicaments contenant de la codéine (Prontalgine®, Codoliprane®, Migralgine®) qui étaient en vente libre sont listés depuis 2017, et donc disponibles uniquement sur ordonnance.

Les benzodiazépines peuvent aussi être à l'origine de l'abus médicamenteux.

Plusieurs facteurs jouent sur la nature de l'abus médicamenteux :

- l'effet psychotrope de certains principes actifs (caféine, codéine, tramadol,...)
- l'automédication, et l'accès facile au traitement qui n'est plus le cas maintenant avec les molécules qui sont listées ;
- les chances de développer une addiction.

60 à 80% des patients atteints de CCQ déclarent au cours des consultations spécialisées des céphalées être concernés par l'abus médicamenteux : le phénomène est courant. Il est cependant moins répandu dans la population générale car seul un tiers des patients atteints de CCQ sont concernés par l'abus médicamenteux.

La réussite du sevrage est l'unique élément qui atteste le rôle de l'abus. Lorsque le patient tente de cesser sa consommation alors que l'abus est bel et bien installé, il peut engendrer une céphalée de rebond qui le pousse à continuer sa consommation.

Chez les sujets non céphalalgiques, l'usage excessive d'antalgiques pour les autres douleurs que les céphalées ne provoquent pas de CCQ.

III.4.2. Facteurs psychopathologiques

Troubles anxieux et dépressifs : Les patients atteints de CCQ souffrent fréquemment de troubles anxieux ou dépressifs. Ils doivent donc être systématiquement recherchés chez ces patients car ils ont un impact non négligeable sur le handicap et la qualité de vie.

Dans les consultations spécialisées, un trouble anxieux existe chez 1 patient sur 2, et un trouble de l'humeur chez 1 patient sur 2 ou sur 3.

Dans population générale, les patients souffrant de CCQ sont susceptibles d'être moins souvent anxieux et dépressifs.

Addiction : Il correspond aux comportements pathologiques de consommation de substances : perte de contrôle et poursuite de la consommation en connaissance des conséquences néfastes. L'abus médicamenteux chez ces patients comporte généralement ces 2 aspects, il peut donc être considéré comme une addiction, d'autant plus qu'il s'agit de substances psychoactives : caféine, opioïdes. Chez les patients atteints de CCQ, il faut aussi rechercher une addiction à un autre médicament (en particulier les benzodiazépines), au café, au tabac, à l'alcool, ou aux drogues.

Trouble de la personnalité : Certains patients souffrant de CCQ ont un trouble de la personnalité (souvent de nature névrotique), c'est le cas de 2 patients sur 3 vus en consultation spécialisée.

Événements de vie : Qu'ils soient négatifs (deuils, divorce) ou positifs (promotion professionnelle, mariage...), ils sont souvent à l'origine de l'évolution vers la CCQ.

III.4.3. Facteurs hormonaux

Les facteurs hormonaux peuvent aggraver une migraine ou une céphalée de tension. La ménopause et la prise d'un TSH peuvent influencer l'évolution d'une céphalée épisodique vers une CCQ.

III.4.4. Facteurs musculo-squelettiques

Les tensions musculaires, révélées par la palpation des muscles du scalp, de la face et de la musculature cervicale, peuvent être un facteur d'entretien des CCQ. S'ils existent, les facteurs en cause doivent d'être recherchés tels que les facteurs posturaux, traumatiques, dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire.

III.5. Diagnostic d'une CCQ (26)

Pendant la première consultation, il faut étudier la céphalée initiale et la céphalée actuelle, chercher un abus médicamenteux, définir les facteurs associés et les répercussions probables.

III.5.1. Diagnostic positif

La céphalée doit se manifester plus de 4 heures par jour sans aucun traitement et s'étendre sur plus de 15 jours par mois avec une évolution sur plus de trois mois. Si les céphalées quotidiennes durent moins de 4 heures sans traitement, il ne faut pas en tenir compte.

En cas de céphalées à répétition, une consultation médicale est requise afin de poser un diagnostic : un interrogatoire est réalisé par le médecin, les symptômes sont décrits par le patient, le médecin recherche ou identifie un abus médicamenteux ou d'autres facteurs ayant pu causer la CCQ. Il est conseillé au patient de tenir un calendrier de ses céphalées qu'il rapportera lors de la consultation suivante pour confirmer le diagnostic.

« Trois tableaux cliniques sont possibles, associés ou non à un abus médicamenteux :

- céphalées avec les caractéristiques de la migraine ;
- céphalées avec les caractéristiques de céphalées de tension ;
- céphalées avec un fond céphalalgique permanent auquel s'ajoutent des crises d'allure migraineuse ».

III.5.2. Diagnostic différentiel

Pour éliminer une CCQ symptomatique, il est nécessaire d'effectuer des examens complémentaires (imagerie cérébrale : IRM, à défaut TDM cérébrale, et recherche d'un syndrome inflammatoire biologique en fonction du contexte clinique).

Ils sont requis dans les cas suivants :

- Apparition depuis moins d'1 an d'une CCQ chez un sujet céphalalgique ou non,
- Découverte d'une anomalie à l'examen général ou neurologique.

III.6. Prise en charge des CCQ (26)

Avant la prise en charge, il est nécessaire de réaliser une évaluation et quantification de l'abus médicamenteux, des facteurs psychopathologiques, hormonaux, musculo-squelettiques, du handicap familiale et socio-professionnelle.

III.6.1. Prise en charge des CCQ avec abus médicamenteux

III.6.1.1. Modalités de sevrage

Deux options se présentent pour pratiquer le sevrage : en ambulatoire il peut être complet ou graduel en réduisant de 10% les traitements hebdomadaire et en hospitalisation l'abus est interrompu le premier jour. Une hospitalisation d'une durée de 5 à 10 jours est recommandée en cas d'abus multiples et graves, associé de psychotrope, de comorbidité psychiatrique ou d'un environnement familial défavorable. Le sevrage doit être accompagné de mesures pharmacologiques ou non, destinées à atténuer le syndrome de sevrage.

Symptômes du syndrome de sevrage : céphalées de rebond, troubles digestifs, hyperesthésie sensorielle, troubles du sommeil, aggravation de l'anxiété, irritabilité. La sévérité et la durée du syndrome de sevrage dépendent du patient et de la molécule impliquée (plus long avec un abus d'antalgique, plus court avec un abus de triptan).

III.6.1.2. Mesures d'accompagnement possibles pharmacologiques ou non

Pharmacologiques : Elles ne sont pas systématiques. Des études pharmacologiques ont été menées sur de petits échantillons, leur méthodologie et leur puissance statistique ne permettant pas de privilégier une famille médicamenteuse. Il n'y a pas d'argument fort en faveur d'une molécule en particulier.

Accompagnement pharmacologique du sevrage hospitalier : En première intention, on peut utiliser l'amitriptyline à 25 à 100 mg par jour par voie veineuse (IV). En cas d'intolérance ou de contre-indication à l'amitriptyline, on peut utiliser le valproate de sodium.

Accompagnement pharmacologique du sevrage ambulatoire : On peut utiliser en première intention l'amitriptyline à 25 à 100 mg par jour par voie orale.

Prise en charge de la céphalée de rebond : pas d'utilisation de traitements médicamenteux sauf en cas de céphalée de rebond d'allure migraineuse très intenses, où les traitements de la crise migraineuse (AINS, triptan) sont recommandés et la période de sevrage prolongée.

Psychothérapeutiques : Elle doit être réalisée dans le cas où le rôle des facteurs psychopathologiques est important : troubles anxieux, dépressifs, de la personnalité, stress. Il en existe quatre types :

- Le soutien : des entretiens sont proposés, ils permettent d'écouter le patient, de l'aider face aux difficultés qu'il rencontre, l'encourager et le soutenir pendant le sevrage, mais aussi après le sevrage pour éviter une rechute précoce.
- La relaxation
- La thérapie cognitivo-comportementale : le patient est éduqué par rapport au problème de l'abus d'antalgiques et à l'utilisation des médicaments. Cette thérapie comprend une auto-observation par la tenue d'un agenda, une relaxation et une gestion du stress.
- La thérapie d'inspiration analytique.

Autres techniques d'accompagnement : Elles peuvent être utilisées, mais seulement en association avec le sevrage et en complément d'un traitement de fond de la céphalée préexistante : la neurostimulation acupuncturale, la physiothérapie, l'acupuncture, les thérapies manuelles.

III.6.1.3. Modalités de suivi et prévention des rechutes de la surconsommation médicamenteuse

L'agenda est un outil indispensable pour le suivi après sevrage : il permet au patient de comptabiliser les céphalées et les prises médicamenteuses.

Un suivi régulier est instauré au cours des 6 premiers mois après le début du sevrage pour éviter la rechute. La première consultation doit être effectuée dans les 2 à 6 semaines après le sevrage. Pour le patient, un contact téléphonique avec l'équipe soignante peut être profitable.

Quant au suivi de la prise de médicament, s'il y avait une migraine auparavant, on peut commencer un traitement de fond antimigraineux quand le sevrage s'achève. Le patient doit être éduqué par rapport à la gestion de l'utilisation de ses traitements des crises : le patient ne doit pas dépasser 2 prises par semaine. Il peut également utiliser d'autres moyens pour se soulager, notamment l'utilisation de vessie de glace. La comorbidité psychiatrique est toujours prise en charge.

III.6.2. CCQ sans abus médicamenteux

La prise en charge s'appuie sur le traitement de fond de la migraine ou de la céphalée de tension et des facteurs liés. Il est conseillé d'administrer en premier lieu de l'amitriptyline par voie orale à raison de 25 à 100mg par jour.

III.7. Prévention primaire des CCQ (26)

III.7.1. Identification et prise en charge des patients à risque

S'il y a une migraine ou céphalée de tension, le risque que la maladie progresse vers le CCQ est à redouter en la présence :

- d'une fréquence accrue de céphalées
- d'une consommation exagérée de traitements de crise
- d'échecs successifs de plusieurs traitements de fond,
- de présence de troubles anxieux, de dépression, de sommeil
- d'association avec d'autres douleurs chroniques (musculo-squelettiques),

La tenue par le patient d'un agenda de ses céphalées et des prises médicamenteuses aide à identifier ce problème.

En présence de céphalées mixtes, pour prévenir les CCQ il est nécessaire de réaliser le diagnostic de chacune des céphalées et mettre en place un traitement adapté.

Dans tous les cas, le patient doit être éduqué par rapport à la gestion du traitement de ses crises : le patient ne doit pas dépasser 2 prises par semaine.

III.7.2. Sensibilisation des patients et des acteurs de santé

Sensibilisation des patients : En collaboration avec les organismes d'assurance maladie, Il est possible de mettre en place des affiches et des plaquettes d'information et les diffuser. Les pharmaciens peuvent sensibiliser les personnes via des affiches, et identifier les patients céphalalgiques ayant une consommation répétitive d'antalgiques en vente libre, ou qui consomment plus de 2 traitements de crises par semaine, et les orienter vers un spécialiste.

Sensibilisation des acteurs de santé : La sensibilisation des professionnels de santé sur les CCQ et leur rapport à l'abus médicamenteux est importante. Les pharmaciens d'officine, les médecins généralistes sont les plus concernés, mais les spécialistes médicaux (neurologues, psychiatres, ophtalmologistes, ORL, urgentistes) doivent également être sensibilisés.

III.7.3. CCQ chez l'enfant et l'adolescent

On définit de la même manière les CCQ pour l'enfant et l'adolescent. La prévalence des CCQ reste inconnue chez l'enfant dans la population générale. Une prépondérance féminine apparaît en consultation spécialisée.

Durant la prise en charge des céphalées, les CCQ forment 40% des motifs de consultations dans les centres pédiatriques spécialisés.

Les patients ont en moyenne 12 ans lors de la prise en charge dans ces centres, on diagnostique une migraine sous-jacente dans 80% des cas, il faut estimer le retentissement scolaire.

Les CCQ chez l'enfant peuvent être causés par un abus médicamenteux. Les molécules concernées sont principalement le paracétamol, puis les AINS, puis les spécialités associant plusieurs principes actifs. La consommation de caféine par le biais de sodas doit être étudiée.

La prise en charge se fonde sur :

- Le sevrage pour remédier à un abus médicamenteux s'il y a lieu
- L'établissement d'un traitement pour la crise et d'un traitement de fond de la migraine si besoin
- une éducation de l'enfant et parents sur l'utilisation des traitements de crise,
- l'identification et l'éviction des facteurs déclenchants, une meilleure hygiène de vie,
- les techniques de relaxation,
- la prise en charge psychologique ou psychiatrique si nécessaire.

Conclusion

La migraine est une pathologie neurologique fréquente, souvent sous-estimée mais qui touche une grande partie de la population générale. Beaucoup de patients sont encore sous-diagnostiqués et mal pris en charge. Cette maladie altère très souvent la qualité de vie des patients et peut représenter un véritable handicap. Le migraineux est affecté tout au long de sa vie personnelle, mais aussi socio-professionnelle. Le diagnostic se fait à l'aide des critères diagnostiques et repose sur un examen clinique normal en dehors des crises. Les signes cliniques sont définis par des critères internationaux permettant notamment de distinguer une migraine avec aura d'une migraine sans aura. Les causes et les mécanismes de la migraine sont complexes et pas encore totalement connus. On sait par ailleurs que des facteurs génétiques sont impliqués et que différentes situations particulières appelée « facteurs déclenchant » peuvent favoriser le déclenchement d'une crise de migraine. Le traitement médicamenteux consiste à prendre un traitement de crise pour soulager la crise (AINS, aspirine, paracétamol, ou triptans) et en cas de nécessité, un traitement de fond à prendre tous les jours (bêtabloquants, antidépresseurs, antiépileptiques, antagonistes de la sérotonine, bloqueurs des canaux calciques) pour rendre les crises moins fréquentes, moins intenses et moins longues. Outre les médicaments, une prise en charge complémentaire par des techniques non médicamenteuses est possible. Un mode de vie sain et l'éviction des facteurs déclenchants peuvent également être bénéfiques. Le pharmacien, professionnel de santé de proximité, joue un rôle particulièrement important dans le dépistage de la migraine et dans la prise en charge des patients migraineux. Il surveille les traitements, accompagne les patients, leur apporte les conseils nécessaires pour soulager la migraine, il les informe sur les autres méthodes de traitement, détecte le risque potentiel de céphalée chronique par abus médicamenteux, et les oriente vers un spécialiste si nécessaire.

Références bibliographiques

1. Gatt M-T, Belin C. Migraines : points de vue d'un neurologue et d'un médecin de la douleur. Rev Française Psychosom. 16 oct 2008;n° 34(2):87-96.
2. Lanteri-Minet M, Valade D, Géraud G, Lucas C, Donnet A. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant. Rev Neurol (Paris). janv 2013;14-29.
3. Géraud G. La migraine : quels progrès en 20 ans (1990-2010) [Internet]. [cité 13 mai 2020]. Disponible sur: http://www.medecine.ups-tlse.fr/du_diu/fichiers/geraud/mig_prog_20ans.pdf
4. Ünal-Cevik I, Goadsby P, Lanteri-Minet M, L.Rosales R, Tepper S. Comprendre les douleurs des céphalées et de la migraine [Internet]. [cité 13 mai 2020]. Disponible sur: <https://player.slideplayer.fr/40/11127715/>
5. Collège des Enseignants de Neurologie. Céphalée aiguë et chronique chez l'adulte et l'enfant [Internet]. Collège des Enseignants de Neurologie. 2016 [cité 13 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.cen-neurologie.fr/deuxieme-cycle/cephalee-aigue-chronique-ladulte-lenfant>
6. Géraud G. Interrogatoire et examen d'un patient céphalalgique. In: Les céphalées en 30 leçons. Elsevier Masson. 2015. p. 3-16.
7. Société Française d'études des migraines et céphalées. Comprendre la migraine - C'est quoi la migraine ? [Internet]. Société Française d'études des migraines et céphalées. [cité 13 mai 2020]. Disponible sur: <https://sfemc.fr/maux-de-tete/la-migraine/4-c-est-quoi-la-migraine.html>
8. Assurance maladie. Migraine : les symptômes, les facteurs déclenchants, l'évolution [Internet]. 2020 [cité 13 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/migraine/symptomes-facteurs-declenchants-evolution>
9. Lanteri-Minet M. Epidémiologie et impact des céphalées. In: Les céphalées en 30 leçons. Elsevier Masson. 2015. p. 21.
10. Société Française d'études des migraines et céphalées. Céphalées de tension - Comment je distingue migraine et céphalée de tension ? [Internet]. [cité 13 mai 2020]. Disponible sur: <https://sfemc.fr/maux-de-tete/cephalee-de-tension/9-comment-je-distingue-migraine-et-cephalee-de-tension.html>
11. Migraine Buddy. Les phases de la migraine - Le prodrome et l'aura [Internet]. Migraine Buddy. 2018 [cité 13 mai 2020]. Disponible sur: <https://migrainebuddy.com/fr/migrainenews/2018/12/5/les-phases-de-la-migraine-le-prodrome-et-laura>
12. Lanteri-Minet M. Epidémiologie et impact des céphalées. In: Les céphalées en 30 leçons. Elsevier Masson. 2015. p. 20.
13. Ducros A, Inserm. Migraine [Internet]. Inserm - La science pour la santé. 2013 [cité 13 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/migraine>

14. Menarini. La migraine [Internet]. [cité 13 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.menarini.fr/migraine-imprimer.php>
15. Lanteri-Minet M. Epidémiologie et impact des céphalées. In: Les céphalées en 30 leçons. Elsevier Masson. 2015. p. 23-5.
16. Inserm. Migraine [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 13 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/migraine>
17. Société Française d'études des migraines et céphalées. Comprendre la migraine - Quels sont les facteurs déclenchant de la crise de migraine ? [Internet]. [cité 13 mai 2020]. Disponible sur: <https://sfemc.fr/maux-de-tete/la-migraine/44-quels-sont-les-facteurs-declenchant-de-la-crise-de-migraine.html>
18. Radat F, Lanteri-Minet M. Psychopathologie des céphalées. In: Les céphalées en 30 leçons. Elsevier Masson. 2015. p. 69-70.
19. Feve A. Migraine : pourquoi la peur de la douleur provoque le mal de tête [Internet]. 2013 [cité 13 mai 2020]. Disponible sur: <http://leplus.nouvelobs.com/contribution/936517-migraine-pourquoi-la-peur-de-la-douleur-provoque-le-mal-de-tete.html>
20. Vercueil L. Un peu de « self-neurology » : l'aura visuelle [Internet]. 2016 [cité 30 août 2020]. Disponible sur: <https://www.echosciences-grenoble.fr/communautes/atout-cerveau/articles/un-peu-de-self-neurology-l-aura-visuelle>
21. Fabre N. Formes cliniques de la migraine. In: Les céphalées en 30 leçons. Elsevier Masson. 2015. p. 86-93.
22. Société française d'études des migraines et céphalées. Comprendre la migraine - Dois-je faire des examens si je suis migraineux ? [Internet]. [cité 13 mai 2020]. Disponible sur: <https://sfemc.fr/maux-de-tete/la-migraine/18-dois-je-faire-des-examens-si-je-suis-migraineux.html>
23. Pose A. Mal de tête : et si c'était lié à ma vue ?  [Internet]. Medecindirect. 2020 [cité 11 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.medecindirect.fr/blog/20190729-mal-de-tete-vue>
24. Hébert J. Voici les 5 facteurs de la migraine chronique [Internet]. 2020 [cité 14 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.pourquoidocteur.fr/Articles/Question-d-actu/31253-Voici-5-facteurs-migraine-chronique>
25. Société Française d'études des migraines et céphalées. Céphalée chronique quotidienne - Quelle est la définition de la migraine chronique ? [Internet]. Société Française d'études des migraines et céphalées. [cité 14 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.sfemc.fr/maux-de-tete/cephalee-chronique-quotidienne/41-quelle-est-la-definition-de-la-migraine-chronique.html>
26. ANAES. CCQ (Céphalées chroniques quotidiennes): Diagnostic, Rôle de l'abus médicamenteux, Prise en charge - Recommandations [Internet]. 2004 [cité 17 mai 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/ccq_recos.pdf
27. Fabre N. Formes cliniques de la migraine. In: Les céphalées en 30 leçons. Elsevier Masson. 2015. p. 100-3.
28. Société Française d'études des migraines et céphalées. Comprendre la migraine - Migraine de l'enfant : quelles particularités ? [Internet]. [cité 14 mai 2020]. Disponible sur:

<https://sfemc.fr/maux-de-tete/la-migraine/29-migraine-de-l-enfant-quelles-particularites.html>

29. Société Française d'études des migraines et céphalées. Comprendre la migraine - Migraine du sujet âgé : quelles particularités ? [Internet]. [cité 14 mai 2020]. Disponible sur: <https://sfemc.fr/maux-de-tete/la-migraine/30-migraine-du-sujet-age-quelles-particularites.html>
30. Fabre N. Migraine et vie génitale féminine. In: Les céphalées en 30 leçons. Elsevier Masson. 2015. p. 119-25.
31. Fournier P. Prise en charge des migraines à l'officine [Internet]. [Université de Lille 2]; 2017 [cité 14 mai 2020]. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/7ae14d6f-67c0-4078-8ea6-122d3e13e8de>
32. Ünal-Cevik I, Goadsby P, Lanteri-Minet M, L.Rosales R, Tepper S. Comprendre les douleurs des céphalées et de la migraine [Internet]. [cité 19 juill 2020]. Disponible sur: <https://slideplayer.fr/slide/11127715/>
33. Société Française d'études des migraines et céphalées. Comprendre la migraine - Migraine et contraception : que retenir ? [Internet]. [cité 14 mai 2020]. Disponible sur: <https://sfemc.fr/maux-de-tete/la-migraine/31-migraine-et-contraception-que-retenir.html>
34. Société Française d'études des migraines et céphalées. Comprendre la migraine - Migraine et grossesse [Internet]. [cité 14 mai 2020]. Disponible sur: <https://sfemc.fr/maux-de-tete/la-migraine/32-migraine-et-grossesse.html>
35. Géraud G. Thérapeutique de la migraine. In: Les céphalées en 30 leçons. Elsevier Masson. 2015. p. 127-32.
36. Fournier P. Prise en charge des migraines à l'officine [Internet]. [Université de Lille 2]; 2017 [cité 13 juill 2020]. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/7ae14d6f-67c0-4078-8ea6-122d3e13e8de>
37. Handicap info. Définition du handicap [Internet]. [cité 14 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.handicap-info.fr/definition-du-handicap/>
38. Société Française d'études des migraines et céphalées. Préparer sa consultation - Comment utiliser un agenda de la migraine ? [Internet]. [cité 14 mai 2020]. Disponible sur: <https://sfemc.fr/maux-de-tete/preparer/15-comment-utiliser-un-agenda-de-la-migraine.html>
39. Société Française d'études des migraines et céphalées. Comprendre la migraine - Comment traiter la migraine ? [Internet]. [cité 15 mai 2020]. Disponible sur: <https://sfemc.fr/maux-de-tete/la-migraine/13-comment-traiter-la-migraine.html>
40. Moréas C. Migraine : bientôt de nouvelles recommandations [Internet]. Medscape. 2020 [cité 22 déc 2020]. Disponible sur: <http://français.medscape.com/voirarticle/3606617>
41. D. C, W. D, L. D, V. I, B. L. La migraine : traitements de la migraine [Internet]. [cité 14 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.migraine.fr/migraine/traitements-de-la-migraine/>
42. Ooreka. Relaxation contre la migraine [Internet]. [cité 14 mai 2020]. Disponible sur: [//migraine.ooreka.fr/comprendre/migraine-relaxation](http://migraine.ooreka.fr/comprendre/migraine-relaxation)

43. Passeport santé. Biofeedback [Internet]. <https://www.passeportsante.net/>. 2018 [cité 14 mai 2020]. Disponible sur: https://www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=biofeedback_th
44. Loubières C, Villemonteix T. Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) [Internet]. 1015 [cité 30 août 2020]. Disponible sur: <http://www.psycom.org/Espace-Press/Sante-mentale-de-A-a-Z/Therapie-cognitivo-comportementale-TCC>
45. Ailani J. Migraine : les derniers dispositifs de neuromodulation [Internet]. Medscape. 2020 [cité 22 déc 2020]. Disponible sur: <http://francais.medscape.com/voirarticle/3606618>
46. B. E. Cefaly : une alternative efficace aux médicaments contre la migraine [Internet]. Migraine. 2017 [cité 22 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.migraine.fr/cefaly-alternative-efficace-medicaments/>
47. EurekaSanté VIDAL. Bien utiliser les antalgiques usuels [Internet]. 2019 [cité 20 juill 2020]. Disponible sur: <https://eurekasante.vidal.fr/medicaments/bon-usage/paracetamol-aspirine-ains.html>
48. EurekaSanté VIDAL. Bien utiliser les antalgiques usuels [Internet]. 2019 [cité 20 juill 2020]. Disponible sur: <https://eurekasante.vidal.fr/medicaments/bon-usage/paracetamol-aspirine-ains.html>
49. EurekaSanté VIDAL. MIGPRIV [Internet]. 2020 [cité 20 juill 2020]. Disponible sur: <https://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-mmigrp01-MIGPRIV.html>
50. EurekaSanté VIDAL. ASPÉGIC [Internet]. 2020 [cité 20 juill 2020]. Disponible sur: <https://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-oaspeg01-ASPEGIC.html>
51. EurekaSanté VIDAL. Paracétamol [Internet]. 2019 [cité 20 juill 2020]. Disponible sur: <https://eurekasante.vidal.fr/medicaments/bon-usage/paracetamol-aspirine-ains.html>
52. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant : aspects cliniques et économiques - Recommandations. août 2002;21.
53. Base de données publique des médicaments. Résumé des caractéristiques du produit.
54. Collège National de Pharmacologie Médicale. Antimigraineux : Les points essentiels [Internet]. 2017 [cité 26 juill 2020]. Disponible sur: <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/antimigraineux-points-essentiels>
55. Cameron C, Kelly S, Hsieh S-C, Murphy M, Chen L, Kotb A, et al. Triptans in the Acute Treatment of Migraine: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Headache J Head Face Pain*. 2015;55(S4):221-35.
56. Géraud G. Thérapeutique de la migraine. In: *Les céphalées en 30 leçons*. Elsevier Masson. 2015. p. 132-44.
57. Vidal. Migraine - Prise en charge [Internet]. 2020 [cité 15 mai 2020]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/recommandations/1478/migraine/prise_en_charge/

58. Géraud G. Thérapeutique de la migraine. In: Les céphalées en 30 leçons. Elsevier Masson. 2015. p. 142.
59. Géraud G. Thérapeutique de la migraine. In: Les céphalées en 30 leçons. Elsevier Masson. 2015. p. 127-59.
60. Géraud G. Thérapeutique de la migraine. In: Les céphalées en 30 leçons. Elsevier Masson. 2015. p. 145-57.
61. EurekaSanté VIDAL. PROPRANOLOL EG [Internet]. 2020 [cité 26 juill 2020]. Disponible sur: <https://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-gp1634-PROPRANOLOL-EG.html>
62. EurekaSanté VIDAL. SELOKEN [Internet]. 2020 [cité 26 juill 2020]. Disponible sur: <https://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-dselok01-SELOKEN.html>
63. EurekaSanté VIDAL. LAROXYL [Internet]. 2020 [cité 26 juill 2020]. Disponible sur: <https://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-mlarox01-LAROXYL.html>
64. EurekaSanté VIDAL. TOPIRAMATE [Internet]. 2020 [cité 26 juill 2020]. Disponible sur: <https://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-gp4003-TOPIRAMATE-MYLAN.html>
65. EurekaSanté VIDAL. NOCERTONE [Internet]. 2020 [cité 26 juill 2020]. Disponible sur: <https://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-mnocer01-NOCERTONE.html>
66. EurekaSanté VIDAL. SANMIGRAN [Internet]. 2020 [cité 26 juill 2020]. Disponible sur: <https://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-msanmi01-SANMIGRAN.html>
67. EurekaSanté VIDAL. SIBÉLIUM [Internet]. 2020 [cité 26 juill 2020]. Disponible sur: <https://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-msibel01-SIBELIUM.html>
68. Centre de Référence sur les Agents Tératogènes. Antimigraineux et grossesse [Internet]. 2020 [cité 26 juill 2020]. Disponible sur: https://lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=455
69. Société Française d'études des migraines et céphalées. Comprendre la migraine - Migraine et grossesse [Internet]. [cité 26 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.sfemc.fr/maux-de-tete/la-migraine/32-migraine-et-grossesse.html>
70. Moréas C. Les migraineux sévères privés de traitements innovants [Internet]. Medscape. 2020 [cité 22 déc 2020]. Disponible sur: <http://français.medscape.com/voirarticle/3606615>
71. Campus Astera, Revue Pharma. Migraines et maux de tête : Le pharmacien au défi d'un diagnostic différencié.
72. Migraine - Traitement [Internet]. 2015 [cité 26 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.pourquoidoctor.fr/MaladiesPkoidoc/46-Migraine-la-douleur-n-est-pas-une-fatalite-neurologique/p-305-TRAITEMENT-Migraine>

73. Bartczak S. Cinq plantes pour soulager les migraines et les maux de tête [Internet]. Le Point. 2014 [cité 17 déc 2020]. Disponible sur: https://www.lepoint.fr/sante/cinq-plantes-pour-soulager-les-migraines-et-les-maux-de-tete-03-05-2014-1818697_40.php
74. Laboratoire Pierre Fabre. Elusanes Grande Camomille [Internet]. Naturactive. 2019 [cité 17 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.naturactive.fr/medicaments/phytotherapie/extraits-de-plantes-ou-actifs-en-gelules/elusanes-grande-camomille>
75. Vidal. La phytothérapie dans le traitement des maux de tête [Internet]. VIDAL. 2020 [cité 17 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/douleurs-fievres/maux-tete-migraine/phytotherapie-plantes.html>
76. Géraud G. Interrogatoire et examen d'un patient céphalalgique. In: Les céphalées en 30 leçons. 2015. p. 15.
77. Société Française d'études des migraines et céphalées. HIT-6 Questionnaire sur l'impact des maux de tête [Internet]. [cité 4 mai 2020]. Disponible sur: http://sfemc.fr/images/docs_SFEMC/docs_PATIENTS/patients-QUESTHIT6MLM.pdf
78. Antalvite. Questionnaire MIDAS [Internet]. [cité 14 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.antalvite.fr/pdf/Questionnaire%20MIDAS.pdf>
79. Société Française d'études des migraines et céphalées. Echelle HAD [Internet]. [cité 14 mai 2020]. Disponible sur: http://sfemc.fr/images/docs_SFEMC/docs_PATIENTS/patients-HAD.pdf
80. Société Française d'études des migraines et céphalées. Agenda de la migraine (semestre) [Internet]. [cité 14 mai 2020]. Disponible sur: http://sfemc.fr/images/docs_SFEMC/docs_PATIENTS/patients-AGENDA-DE-LA-MIGRAINE-def.pdf
81. Menarini. Agenda de la crise de migraine [Internet]. 03/08 [cité 14 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.menarini.fr/menarini-pharma/agenda-crise-migraine.pdf>

Annexes

Annexe 1. HIT-6 Questionnaire sur l'impact des maux de tête (77).....	105
Annexe 2. Questionnaire MIDAS (Migraine Disability Assessment) (78)	106
Annexe 3. Echelle HAD (79)	107
Annexe 4. Agenda de la migraine (80).....	108
Annexe 5. Agenda de la crise de migraine (81).....	109

Annexe 1. HIT-6 Questionnaire sur l'impact des maux de tête (77)



Société Française d'Etude des Migraines et Céphalées – <http://sfemc.fr>

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 ?

N Jamais
 R Rarement
 S De temps en temps
 V Très souvent
 A 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 ?

N Jamais
 R Rarement
 S De temps en temps
 V Très souvent
 A Tout le temps

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

N Jamais
 R Rarement
 S De temps en temps
 V Très souvent
 A 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 ?

N Jamais
 R Rarement
 S De temps en temps
 V Très souvent
 A 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 ?

N Jamais
 R Rarement
 S De temps en temps
 V Très souvent
 A 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 ?

N Jamais
 R Rarement
 S De temps en temps
 V Très souvent
 A 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

Annexe 2. Questionnaire MIDAS (Migraine Disability Assessment) (78)

DATE :

NOM :

PRÉNOM :

QUESTIONNAIRE MIDAS (Migraine Disability Assessment)

Son intérêt : évaluer le handicap fonctionnel dû aux céphalées ou à la migraine, en mesurant l'intensité des symptômes, leur impact sur la vie quotidienne, pour déterminer d'emblée le médicament dont la puissance est la plus appropriée.

Il peut être renseigné par le patient lui-même.

QUESTIONNAIRE MIDAS

Durant les 3 derniers mois, en raison de vos céphalées/migraines :

		JOURS
1	Combien de jours avez-vous manqué le travail (ou l'école) ?	
2	Pendant combien d'autres jours avez-vous eu une productivité de travail réduite de plus de 50% ?	
3	Pendant combien de jours n'avez-vous pas pu faire vos activités ménagères habituelles ?	
4	Pendant combien de jours votre productivité en tâches ménagères était réduite de plus de 50% ?	
5	Pendant combien de jours avez-vous manqué à vos activités familiales, sociales ou de loisirs ?	
TOTAL		

On détermine 4 grades :

Grade I	Peu ou pas de sévérité	0 à 5 j
Grade II	Sévérité discrète	6 à 10 j
Grade III	Sévérité modérée	11 à 20 j
Grade IV	Sévérité importante	>20 j



Annexe 3. Echelle HAD (79)



Société Française d'Etude des Migraines et Céphalées – <http://sfemc.fr>

Date :

Echelle HAD

<p>(1-A) Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :</p> <p>3 La plupart du temps 2 Souvent 1 De temps en temps 0 Jamais</p>	<p>(8-D) J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :</p> <p>3 Presque toujours 2 Très souvent 1 Parfois 0 Jamais</p>
<p>(2-D) Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :</p> <p>0 Oui, tout autant qu'avant 1 Pas autant 2 Un peu seulement 3 Presque plus</p>	<p>(9-A) J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :</p> <p>0 Jamais 1 Parfois 2 Assez souvent 3 Très souvent</p>
<p>(3-A) J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :</p> <p>3 Oui, très nettement 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave 1 Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 0 Pas du tout</p>	<p>(10-D) Je ne m'intéresse plus à mon apparence :</p> <p>3 Plus du tout 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je ne devrais 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 0 J'y prête plus attention que par le passé</p>
<p>(4-D) Je ris et vois le bon côté des choses :</p> <p>0 Autant que par le passé 1 Plus autant qu'avant 2 Vraiment moins qu'avant 3 Plus du tout</p>	<p>(11-A) J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :</p> <p>3 Oui, c'est tout à fait le cas 2 Un peu 1 Pas tellement 0 Pas du tout</p>
<p>(5-A) Je me fais du souci :</p> <p>3 Très souvent 2 Assez souvent 1 Occasionnellement 0 Très occasionnellement</p>	<p>(12-D) Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses:</p> <p>0 Autant qu'avant 1 Un peu moins qu'avant 2 Bien moins qu'avant 3 Presque jamais</p>
<p>(6-D) Je suis de bonne humeur :</p> <p>3 Jamais 2 Rarement 1 Assez souvent 0 La plupart du temps</p>	<p>(13-A) J'éprouve des sensations soudaines de panique :</p> <p>3 Vraiment très souvent 2 Assez souvent 1 Pas très souvent 0 Jamais</p>
<p>(7-A) Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :</p> <p>0 Oui, quoi qu'il arrive 1 Oui, en général 2 Rarement 3 Jamais</p>	<p>(14-D) Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de télévision :</p> <p>0 Souvent 1 Parfois 2 Rarement 3 Très rarement</p>

Score A :

Score D :

Score total : (à remplir par le médecin)

Annexe 4. Agenda de la migraine (80)

AGENDA DE LA MIGRAINE (semestre)

J	Médicaments																			
	D	I	FD	Médicaments																
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
26																				
27																				
28																				
29																				
30/31																				

D : durée, I : intensité, choisir : L = légère, M = modérée, S = sévère, FD : facteur déclenchant, Médicament : indiquer le nom et la dose des traitements de crise utilisés

Annexe 5. Agenda de la crise de migraine (81)

Mois :

Nombre de comprimé(s) par mois :

Jours	Profil de crise				Traitement		
	Durée de la migraine (en heures)	Intensité + / ++ / +++	Symptômes associés (N, V, IB, IL)	Facteurs déclenchants	Nom du médicament	Nombre de comprimé(s)	Réurrence (Oui/Non)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

N = nausées • V = vomissements • IB : intolérance au bruit • IL : intolérance à la lumière

Serment De Galien

Je jure en présence de mes Maîtres de la Faculté et de mes condisciples :

- d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;
- d'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;
- de ne jamais oublier ma responsabilité, mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

Synthèse

La migraine est une pathologie neurologique fréquente, sous-estimée et sous-diagnostiquée qui représente un véritable handicap pour le migraineux dans sa vie personnelle et socio-professionnelle. Le diagnostic se fait à l'aide des critères diagnostiques et repose sur un examen clinique normal en dehors des crises. Les signes cliniques permettent de distinguer une migraine avec aura d'une migraine sans aura. Les causes et les mécanismes de la migraine sont complexes, des facteurs génétiques et environnementaux (facteurs déclenchants) sont impliqués. Le traitement médicamenteux consiste à prendre un traitement de crise pour soulager la crise et en cas de nécessité, un traitement prophylactique à prendre tous les jours pour rendre les crises moins fréquentes, moins intenses et moins longues. Outre les médicaments, une prise en charge complémentaire par des techniques non pharmacologiques est possible. Un mode de vie sain et l'éviction des facteurs déclenchants peuvent également être bénéfiques. A l'officine, le pharmacien joue un rôle primordial dans le dépistage de la migraine et dans sa prise en charge. Il surveille les traitements des patients, les accompagne, leur apporte les conseils associés ainsi que les informations sur les autres méthodes de traitement. Enfin, il détecte le risque potentiel de céphalée chronique par abus médicamenteux, et oriente le patient vers un spécialiste en cas de nécessité.

Mots-clés : migraine, céphalée, pathologie, neurologique, symptômes, prodrome, aura, douleur, génétique, facteurs déclenchants, physiopathologie, diagnostique, prévention, traitement, crise, dépistage, céphalée chronique quotidienne, abus médicamenteux

Role of the dispensing pharmacist in the treatment of migraine and daily chronic headache due to drug abuse

Migraine is a frequent, underestimated and under-diagnosed neurological pathology that poses a real burden to the migraine sufferer in his or her personal and socio-professional life. The diagnosis is made by using diagnostic criteria and is based on a normal clinical examination outside of attacks. Clinical signs enable to distinguish a migraine with aura from a migraine without aura. The causes and mechanisms of migraine are complex ; genetic and environmental factors (triggers) are involved. Drug treatment consists of taking an attack treatment to relieve it and, if necessary, a prophylactic treatment taken daily can reduce the frequency, intensity and duration of the attacks. In addition to medication, complementary management using non-pharmacological techniques is possible. A healthy lifestyle and avoidance of triggers can also be helpful. At the pharmacy, the pharmacist plays a key role in the detection of migraine and its treatment. He or she monitors patients' treatments, assists them and provides them with related advice as well as information on other treatment methods. Finally, he or she detects the potential risk of chronic headache due to drug abuse, and refers the patient to a specialist if necessary.

Keywords : migraine, headache, pathology, neurological, symptoms, prodrome, aura, pain, genetic, triggers, pathophysiology, diagnosis, prevention, treatment, crisis, screening, chronic daily headache, drug abuse

