

Mots clés :

Migraine
Médicament
Récurrence
Triptan

Migraine de l'adulte : les médicaments de la crise

L'observation des « comportements thérapeutiques » des migraineux montre que la quasi-totalité d'entre eux utilise largement – en automédication - des antalgiques non spécifiques au moment de la crise migraineuse. Cette surconsommation va de pair avec une sous-utilisation des traitements dits spécifiques¹, dont les recommandations soulignent que la prescription semblerait particulièrement justifiée en cas de maladie migraineuse handicapante, ou non soulagée par des traitements non spécifiques. Mais quelles sont les données factuelles sur ces divers médicaments ?

Antalgiques non spécifiques et anti-inflammatoires non stéroïdiens

L'argumentaire de l'ANAES¹ recense l'ensemble des études randomisées (niveau de preuves fort) concernant chaque médicament isolément ou en associations diverses. **L'aspirine** est supérieure au placebo dans les essais, seule (1g) ou associée (2 essais avec métoclopramide, 3 avec paracétamol et caféine). **Le paracétamol** était supérieur au placebo, seul (1g) ou associé (1 essai avec métoclopramide, 1 avec codéine). Le **naproxène** (750 mg), l'**ibuprofène** (200 et 800 mg), l'**acide tolfénamique** (200 et 400 mg), le **diclofénac** (50 et 100 mg) étaient supérieurs au placebo (2 ou 3 essais chacun) dans les migraines modérées à sévères.

Les traitements « spécifiques » de la crise

Les plus anciens : les dérivés de l'ergot de seigle¹

Par voie nasale, 2mg de *dihydroergotamine* (DHE) étaient supérieurs au placebo dès la 1^{ère} heure (efficacité incertaine aux doses plus faibles, effets indésirables plus fréquents avec 3mg). Par voie orale, le *tartrate d'ergotamine* seul ou associé à la caféine, (18 essais) était supérieur au placebo (7 essais sur 10), supérieur à l'aspirine 500mg (2 essais), inférieur à l'association aspirine-métoclopramide (1 essai). Une tolérance digestive mauvaise (1 migraineux sur 4) limite l'utilisation des ergotés.

Les plus récents : les triptans¹

Une méta-analyse a inclus 53 essais (24 089 patients) *triptan oral vs placebo*

- les triptans oraux entraînaient soulagement ou disparition de la douleur de 40 à 70% à 2 heures, et aussi des symptômes associés. Le traitement n'était pas efficace s'il était pris pendant l'aura. Par rapport au placebo, le

gain en terme de soulagement à 2h variait de 17 à 40%, et en terme de disparition totale de la céphalée de 10 à 30% à 2h, de 10 à 25% à 24h.

- L'absence répétée de réponse aux triptans est rare : 79 à 89 % des patients répondent à au moins 1 crise traitée sur 3. Mais la récurrence des crises dans les 24 heures est notable (17 à 40%).

Les différences entre triptans sont minimes. Rien ne permet de prédire la réponse d'un triptan donné sur un patient donné.

- Les effets indésirables sont mineurs et transitoires (1,9 à 25% des prescriptions) : sensation d'oppression thoracique, non coronarienne (2 à 13% des cas), somnolence, paresthésies (1 à 14%).

Les voies d'administration sous-cutanée, pernasale et rectale ont fait l'objet d'essais contrôlés pour le sumatriptan. Quelle que soit la voie, les essais concluent à la supériorité du sumatriptan sur le placebo dans le traitement de la crise de migraine modérée à sévère. Pour la voie SC, une 2^{ème} injection est inefficace en cas d'échec, mais efficace pour les récurrences.

Comparaisons triptans/autres médicaments

Peu d'études ont comparé triptan oral vs autres produits^{1,3} : 1 essai vs aspirine-métoclopramide et 3 essais vs AINS ont montré une équivalence ; 1 essai a montré des résultats incertains vs ergotamine+caféine (meilleure efficacité immédiate du sumatriptan, mais récurrence plus fréquente de la crise migraineuse).

Sumatriptan SC vs DHE SC. On ne peut conclure sauf si l'on considère le seul critère de l'efficacité immédiate, favorable au sumatriptan, mais il y a plus de récurrence à 24 h (45% vs 18%)¹. C'est également le cas pour le *sumatriptan nasal vs DHE¹* (1 essai).

Que conclure pour notre pratique ?

De nombreux médicaments agissent sur la crise migraineuse. Les essais vs placebo ont montré leur efficacité, et les différences entre les diverses classes sont peu marquées. Les effets indésirables sont peu importants.

La place des triptans reste incertaine. Peu d'études les ont comparés aux traitements non spécifiques. Il n'est pas évident, à l'analyse des données³, qu'ils soient la « grande innovation thérapeutique » annoncée.

Cette incertitude ressort bien dans les diverses recommandations qui font le plus souvent état de données pragmatiques plus que fondées sur des preuves. Cela rejoint bien l'importance de l'automédication et du scepticisme des patients dans ce domaine : il reste à analyser dans un second temps leurs attentes, pour y répondre au mieux lors de la mise en oeuvre des stratégies thérapeutiques de la crise et du fond². Nous y reviendrons.

Références :

- 1 - Anaes. *Prise en charge thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant : aspects cliniques et économiques*, tome 2. 2002. Sur www.has-sante.fr
- 2 - Géraud G. Comment faire appliquer les nouveaux traitements contre la migraine ? *Presse Med.* 2004;33:701-2.
- 3 - Schuurmans A, van Weel C. Pharmacologic treatment of migraine. Comparison of guidelines. *Can Fam Physician.* 2005;51:838-43.
- 3 - Goadsby PJ. Recent advances in the diagnosis and management of migraine. *BMJ.* 2006;332:25-9.