

## Les migraines : peut-on en réduire la fréquence et la sévérité ?

**Mots clés :** La migraine est une maladie très hétérogène, souvent très handicapante. Les migraineux ont pourtant peu recours au système de soins et beaucoup à l'automédication. Ils utilisent de façon très variable les médicaments de la crise et sont souvent désabusés<sup>1</sup>. Des mesures préventives, pharmacologiques ou non, peuvent réduire fréquence et sévérité des crises, plus que les faire totalement disparaître. Plusieurs études et recommandations analysent ces mesures et leur efficacité, et précisent comment et à qui les proposer.

### D'abord information et éducation du patient

L'insuffisance actuelle de la prise en charge des migraineux serait en partie liée à un déficit d'information aboutissant à une insatisfaction globale. Il paraît nécessaire d'améliorer l'éducation et l'information des patients<sup>2</sup>.

**L'information** sur la migraine, sa physiopathologie, ses traitements, la réassurance sur son absence de risque local, la reconnaissance de sa nuisance familiale et sociale dont l'atténuation est un des objectifs, peuvent avoir un impact positif sur l'adhésion au traitement et la fréquence des crises<sup>3,4</sup>.

**La recherche des facteurs déclenchants, la tenue d'un agenda des crises**, sont importants. Il y a en moyenne 5,5 facteurs favorisants par patients. Une étude a confirmé que leur exclusion permettait de réduire le nombre des crises chez 81% des patients<sup>3</sup>. Ces facteurs sont multiples : jeûne, sommeil trop prolongé ou réduit, stress et contrariétés, facteurs environnementaux, aliments divers, produits contenant de l'aspartame ou du glutamate de sodium, médicaments, période des règles...). Leur éviction ne peut être envisagée que sur une analyse individualisée<sup>3,4</sup>.

### Les traitements de fond, pour qui et lesquels ?

Leur utilisation relève du consensus professionnel<sup>2</sup>. Beaucoup d'essais publiés ont une validité incertaine, et le gradient entre l'effet thérapeutique et l'effet placebo est faible.

**A qui les proposer ?** classiquement à un patient ayant 2 crises sévères ou 4 crises moyennes par mois. En fait le handicap personnel, familial, social et professionnel sera déterminant ; et aussi la prévention de l'abus médicamenteux, facteur de céphalées chroniques, en cas d'usage de plus de 6 à 8 prises par mois. Ceci doit s'insérer dans un contexte d'éducation du patient<sup>2</sup>.

### Que conclure pour notre pratique ?

**L'éducation du patient, la recherche des facteurs déclenchants sont à la base du traitement préventif des crises migraineuses.** Ceci peut se réaliser au cours des consultations successives avec l'aide de **l'agenda des crises** où sont notées la date des crises, leur durée et intensité, les prises médicamenteuses. **L'importance reconnue aux facteurs psychologiques et à l'effet placebo** vient à l'appui de cette attitude.

**Le choix d'un traitement de fond, médicamenteux le plus souvent, ne viendra qu'en seconde intention.** Il devra tenir compte des comorbidités et des attentes du patient, être discuté avec lui. Son efficacité (baisse de 50% au moins de la fréquence des crises) ne peut être évaluée avant 3 mois. La durée du traitement est variable. Il doit être tenu compte du fait que la migraine peut s'atténuer progressivement avec l'âge.

**Quels médicaments ?** Aucune des molécules dont l'efficacité a été démontrée n'a fait la preuve de sa supériorité par rapport aux autres. Le choix repose donc sur les comorbidités, les effets indésirables potentiels, les interactions et les autres produits reçus par le patient. En fonction du rapport bénéfice/risque on peut retenir en 1<sup>ère</sup> intention propranolol, métoprolol, oxétorone, amitriptyline, en 2<sup>ème</sup> intention pizotifène, flunarizine, valproate de sodium, gabapentine, indoramine. Le méthysergide est efficace, mais expose au risque de fibrose rétro-péritonéale. La DHE, largement utilisée, n'a pas prouvé son efficacité<sup>2,6</sup>.

**Comment les utiliser ?** Le traitement doit être débuté en monothérapie à dose faible, pour juger à 3 mois de la diminution de la fréquence des crises (- 50%), de leur intensité, et de la consommation médicamenteuse. On peut augmenter si nécessaire la posologie ou changer de molécule. Si le traitement est efficace à 6 mois à 1 an, il peut être réduit progressivement ou poursuivi, sauf pour le méthysergide qui nécessite des interruptions. Un échec peut être imputable à une mauvaise observance ou un abus médicamenteux<sup>2</sup>. Les associations n'ont pas prouvé leur intérêt.

### Des traitements de fond non pharmacologiques ?

Relaxation, thérapies comportementales et cognitives, combinées ou non, peuvent être considérées comme efficaces<sup>2</sup>. L'homéopathie n'a pas fait la preuve de son efficacité<sup>2</sup>. L'acupuncture semblait efficace, comparée à d'autres traitements, mais une comparaison acupuncture « vraie » vs acupuncture factice montrait une même réduction de 50% des crises, alors que les témoins mis sur une liste d'attente n'étaient qu'à peine améliorés, ce qui laisse penser que l'effet placebo lié au geste est important et déterminant<sup>5</sup>.

### Références :

- 1- Collectif. Le patient et sa migraine. *Bibliomed*. 2006;443.
- 2- Anaes. *Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant : aspects cliniques et économiques*, tomes 1 et 2 (octobre 2002) Sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)
- 3- Pradaller A. Club des migraineux. Informer et donner la parole. *Conc Med*. 1997;119:877-80.
- 4 - Pryse-Phillips W et al. Guidelines for non pharmacologic management of migraine in clinical practice. *Can Med Ass J*. 1998;159:47-54.
- 5- Linde K et al. Acupuncture for patients with migraine. *JAMA*. 2005;293:2118-25.
- 6- Bequet D. Traitement de la migraine. *Conc Med*. 2005;127:1413-18.