

Mots clés :

Migraine

La sous médicalisation de la migraine, l'importance de l'automédication, la grande hétérogénéité des crises et du handicap ressenti montrent que le traitement de la migraine ne peut se limiter à une prescription médicamenteuse standard et doit être adapté aux caractéristiques de chaque patient. Le rapport de l'ANAES sur la migraine¹ analyse de nombreuses études, dont 4 françaises, qui s'intéressent à la fréquence et l'intensité des crises, le type de handicap qui en résulte, le comportement thérapeutique des patients et leurs attentes.

Les caractéristiques et conséquences des crises

La fréquence des crises est de 1 ou moins par mois chez environ 50% des patients, de 1 ou plus par semaine chez 25 à 30%. **Leur intensité** est sévère à très sévère chez 48 à 74%, d'une durée supérieure à 24 h chez 39%, nécessitant l'alitement chez 30%. Les troubles digestifs sont plus souvent présents dans les crises très sévères.

Le handicap reste important en dehors des crises.

Les 4 études françaises qui ont utilisé des échelles de qualité de vie (Framig, Grim, Mig-Access, cohorte Gazel) ont montré qu'il était plus important chez les migraineux que chez les céphalalgiques non migraineux, et surtout que chez les non céphalalgiques. Chez les sujets dont la vie quotidienne est perturbée, ce peut être par des conduites d'évitement, ou par des perturbations d'ordre relationnel.

Les comorbidités d'ordre psychologiques et psychosomatiques

ont fait l'objet de nombreuses études. Le risque de dépression majeure, de trouble panique, d'anxiété généralisée est augmenté chez les migraineux (OR de 2,2 à 5,3), mais pas les risques de TOC, de trouble bipolaire, d'addiction. Ces risques semblent plus élevés pour les migraines avec aura. Les troubles de santé tels que anxiété, fatigue, douleurs abdominales et dorsales ont été trouvés plus souvent chez les migraineux que chez les non migraineux.

Les perturbations de la vie sociale, notamment l'absentéisme et la baisse de productivité, ont été largement étudiés. L'absentéisme semble plus lié aux comorbidités qu'aux crises elles-mêmes. La baisse de performance, de l'attention au travail est ressentie par 50% des migraineux, directement liée aux crises.

Que peut-on conclure pour la pratique ?

La migraine est une maladie très hétérogène. Fréquence, durée et intensité des crises varient d'un patient à l'autre, ainsi que le handicap personnel, familial et social qui en résulte. Cette hétérogénéité explique sans doute en partie les grandes variations pour le recours aux soins.

Le faible recours aux soins pour la migraine est-il lié aux caractères de cette pathologie, à la croyance qu'il y a peu à faire, ou au sentiment de ne pas être suffisamment écoutés ou informés par les médecins ? C'est une hypothèse plausible puisque les migraineux consultent facilement pour d'autres problèmes. C'est en tous cas la conclusion de deux études qualitatives anglo-saxonnes^{2,3}.

Comment mettre en œuvre une stratégie thérapeutique individualisée qui réponde mieux aux attentes du migraineux ? Elle nécessite l'usage des méthodes d'éducation à la santé⁴. Cela nécessite du temps, qui peut être réparti sur plusieurs consultations. Chaque consultation pour d'autres motifs permet d'en reparler. Faute de temps, le généraliste bénéficie de la durée.

Le patient et sa migraine

Le comportement thérapeutique des migraineux Un recours très variable au système de soins.

Dans 6 études françaises et étrangères, le nombre de patients n'ayant aucun recours au système de soin pour leur migraine varie de 30 à 60%. Ceux qui consultent voient en général le généraliste en premier, mais souvent aussi un ophtalmologue, un homéopathe, un acupuncteur. Le motif de consultation semble lié aux caractères des crises et notamment à 4 critères, nausées et/ou vomissements, céphalées fortes à très fortes, besoin de se coucher, limitation dans le travail et/ou dans la vie quotidienne : le pourcentage de migraineux ayant consulté augmente avec le nombre de critères présents dans une étude française. Par ailleurs, les migraineux consultent plus souvent leur médecin que les non migraineux, mais pour des motifs autres que leur migraine.

Une automédication dominante. Là aussi les études sont concordantes : 59% et 57% d'automédication dans 2 enquêtes américaines, 48% et 50% dans 2 études françaises.

Une utilisation préférentielle des antalgiques non spécifiques.

Dans l'étude FRAMIG 99, 94% des crises migraineuses étaient traitées par des antalgiques non spécifiques, en particulier aspirine, paracétamol, ibuprofène, aussi bien chez ceux se sachant migraineux que chez ceux l'ignorant. La moitié des patients considéraient les antalgiques comme la thérapie la plus efficace. Mais cette modalité de traitement était associée à une consommation médicamenteuse importante, la moitié des migraineux disant prendre 2 à 3 médicaments pour la même crise, allant parfois jusqu'à 8 unités et 3 médicaments différents.

Références :

1 - 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, 2002 Sur www.has-sante.fr

2 - Cottrell et al. *Perceptions and needs of patients with migraine*. *J Fam Pract.* 2002;51:142-7.

3 - Belam J et al. *A qualitative study of migraine involving patient researchers*. *Br J Gen Pract.* 2005;55:87-93.

4 - Géraud G. *Comment faire appliquer les nouveaux traitements contre la migraine*. *Presse Med.* 2006;33:701-2.