



CÉPHALÉE : UNE MIGRAINE ?

Dr Anne-Claire Benoteau, SFDRMG
Cédric Bonifacj, SFDRMG

Conflits d'intérêts

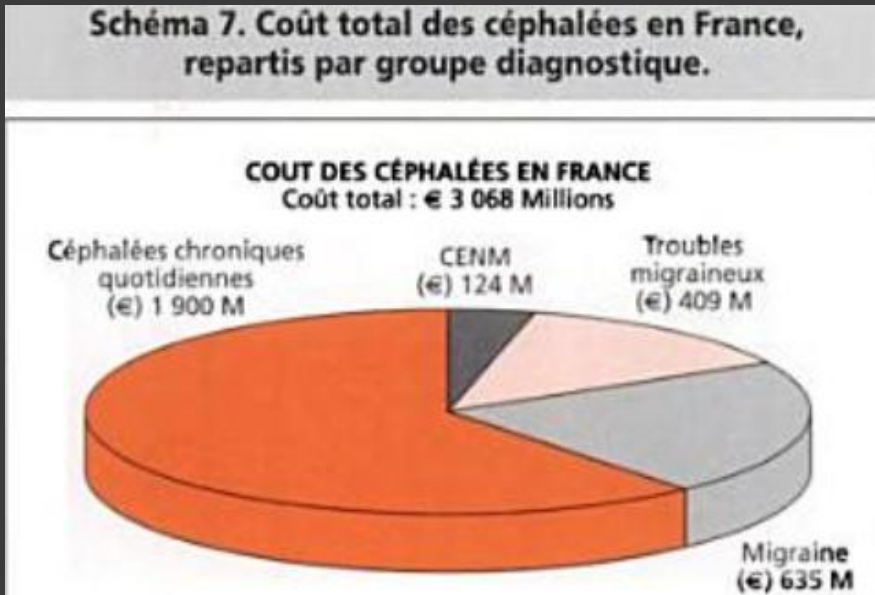
- ⊙ Anne-Claire Benoteau
 - Membre du CA de la SFDRMG
- ⊙ Cédric Bonifacj
 - Néant

Les migraines ...

- ◎ FRAMIG III (2005): 10 532 sujets >18 ans sondés, 11% migraineux, et 10 autres % migraineux probables (critères IHS) soit 10 millions de Français.
- ◎ Céphalées \approx 3 % des recours aux soins
 - Dont les 9/10 auprès de médecins généralistes
- ◎ **82%** des migraineux ne font pas l'objet d'un suivi médical
- ◎ **48%** d'automédication

Coût de la migraine

- En 2000 :



El Hasnaoui A, Gaudin AF. La migraine en France 10 ans après. GRIM 2000. Paris 2004

Tableau XIII. Coût annuel par patient de la migraine pour six pays d'Europe de l'Ouest (en euros), d'après les études comportant une analyse économique.

Pays	Coût total	Coût médical direct	Coût indirect	Coût lié à l'absentéisme au travail (absences de courte durée)	Coût lié à la réduction de la productivité au travail
France	405	66	NA	338	NA
Allemagne	879	29	850	493	358
Pays-Bas	340	68	273	133	140
Espagne (limité à la population active)	532	33	499	NA	NA
Suède	111	31	80	29	51
Royaume-Uni	543	12	520	156	375

NA : non applicable.

Lantéri-Minet M. Qualité de vie et impact de la migraine. Paris 2007

- ⦿ Passons à la pratique pour évaluer le problème.
- ⦿ Travail en petits groupes (4-5)

Cas clinique

- ◉ Femme de 36 ans.
- ◉ Consulte pour céphalées unilatérales violentes débutant autour de l'œil irradiant vers front, crâne, oreille ; le plus souvent à gauche avec alors douleur beaucoup plus intense, se terminant en quelques heures par des vomissements.
- ◉ Crises survenant souvent le week-end ou lors d'une grosse contrariété. Environ 5 à 6 crises par mois traitées sans succès par antalgiques simples ou composés délivrés par le pharmacien. L'obligeant à se coucher dans l'obscurité, moindre bruit insoutenable.
- ◉ 2 enfants en bonne santé. Pas de crises pendant les 2 grossesses.
- ◉ Sous pilule minidosée (minidril ©); aucun autre traitement au long cours
- ◉ Examen normal.

- Quel type de céphalées évoquez-vous ?
- Faites-vous des examens complémentaires ? Si oui, lesquels ?
- Quel traitement lui proposez-vous ?

Pensez au
rapporteur...

10
minutes...



- ⦿ Il s'agit d'une migraine simple
- ⦿ Il n'y a pas d'indication à faire des examens complémentaires
- ⦿ On lui propose un traitement de la crise et on discute avec elle de l'utilité d'un traitement de fond

Diagnostic clinique de la migraine

La migraine se définit selon des critères précis, regroupés par l'International Headache Society (IHS), et mis à jour en 2004. Se : 50 %, Sp > 90 %

Les 5 critères IHS de la migraine sans aura [4]

- A. au moins 5 crises répondant aux critères B à D ;
- B. durée de 4 à 72 heures sans traitement ;
- C. au moins 2 des caractéristiques suivantes : unilatéralité, pulsatilité, intensité modérée à sévère, aggravation par les activités physiques de routine
- D. au moins un des caractères suivants : nausées et/ou vomissements, photophobie et phonophobie
- E. examen clinique normal entre les crises.

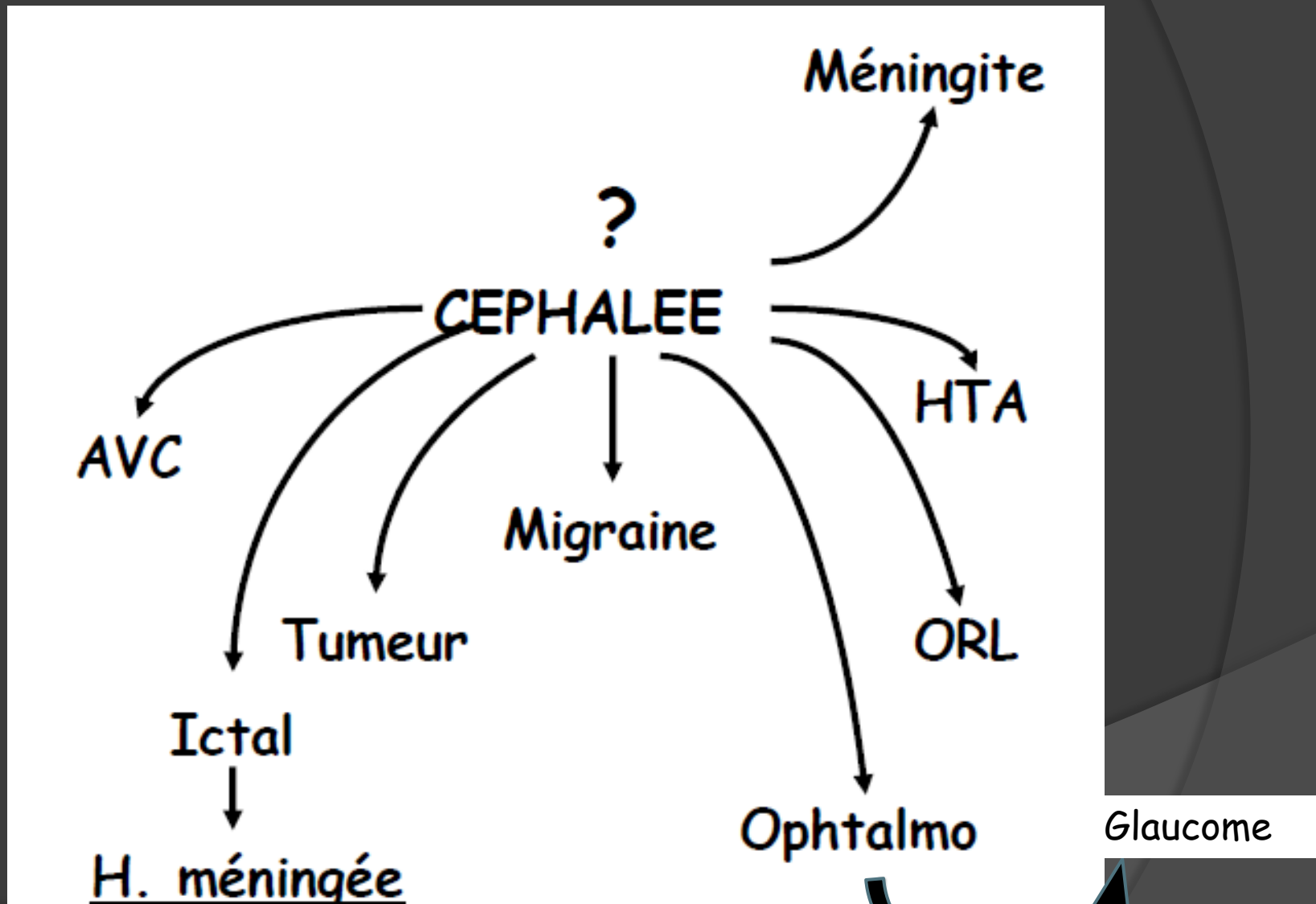
Pour les migraines avec aura (25 % des migraines)

- A. au moins 2 crises répondant au critère B ;
- B. au moins 3 ou 4 des caractéristiques suivantes :
 - le ou les symptômes de l'aura sont totalement réversibles* ;
 - les symptômes se développent progressivement sur plus de 4 minutes et successivement en cas de pluralité ;
 - la durée de chaque symptôme n'excède pas 60 mn ;
 - la céphalée répondant aux critères de la migraine sans aura apparaît au maximum 60 mn après l'aura, mais peut commencer avant ou pendant l'aura.

* Les symptômes de l'aura peuvent être visuels (99 %), sensitifs (31 %), dysphasiques (18 %), très rarement moteurs (8 %). Mais les signes autres que visuels sont exceptionnellement isolés, et l'absence de développement progressif doit faire suspecter une autre étiologie. Des crises limitées à l'aura sans céphalée sont possibles.

S'il manque un des critères, on peut parler de migraine probable.

Diagnostic différentiel :



	Migraine	Algie vasculaire de la face	Névralgie Du trijumeau
Particularité	Prédominance féminine	Hommes d'environ 30 ans	Après 50 ans
Hérédité	Caractère familial	Pas de caractère familial	
Localisation	Hémicrânie Ou diffuse Alternante	Péri Orbitaire Unilatérale stricte Survenue horaire	Territoire V1 et/ou V2 et/ou V3 Unilatéralité stricte
Type	pulsatile	broiement	En éclair paroxystique
Déclenchement	Changement climatique Stress, règles, aliments...	Alcool	Stimulation trigger zone
Durée	4 à 72 heures	30mn à 3 heures	Quelques secondes
Fréquence	Pas de périodicité	Périodicité	Aucune
Signes neurovégétatifs	Vomissements Pâleur	Larmoiements 86% CBH 31% Obstr. Nasale 53% Rhinorrhée 16% Rougeur locale 20%	Absents => anxiété +++



	Migraine	Céphalée de tension
Hémicrânie	+	○ bilatérale
Pulsatilité	+	○ Pression, tension
Intensité	Modérée à sévère	Légère à modérée
Exercice physique	↑	Sans effet ou améliore
Vomissements	+	○ Parfois dégoût alimentaire
Photophobie	+	○ Ou peu marquée
Phono Phobie	+	+ (+ trouble du sommeil)
Durée de la crise	4 à 72 heures intermittente	Plusieurs jours Continue

Critères IHS de la céphalée de tension :

- Au moins 10 épisodes
- 30 min à 7 jours
- Céphalée non pulsatile, bilatérale, à type de pression
- Examen clinique normal
- Absence de nausées vomissement, absence de phono/photophobie

Environ 9 % des patients céphalalgiques ont des céphalées de tension intriquées avec des migraines



Faut-il des examens complémentaires ?

- ⊙ Les migraines typiques ne nécessitent pas d'imagerie (reco HAS 2002, accord professionnel)
- ⊙ Chez un migraineux connu, il est recommandé de pratiquer un scanner ou une IRM cérébrale devant (accord professionnel) :
 - une céphalée d'apparition brutale (céphalée dite « en coup de tonnerre ») ;
 - une céphalée récente se différenciant de la céphalée habituelle ;
 - une anomalie à l'examen clinique.

- Devant une céphalée aiguë sévère s'installant en moins d'une minute, prolongée durant plus d'une heure et jugée intense, il est recommandé de pratiquer, en urgence, un scanner sans injection ou une IRM cérébrale.



Les traitements de la crise

- ⊙ Le paracétamol est > placebo (grade C)
- ⊙ Idem pour les AINS (grade A), l'AAS (grade A) et les coxib (pas d'AMM)
- ⊙ Le tramadol + paracétamol est > placebo
- ⊙ Les opioïdes doivent être évités (accord prof):
 - Augmentent les nausées
 - Augmentent la vasodilatation donc les céphalées
 - Sont à haut risque de dépendance

⊙ Les dérivés de l'ergotamine

- Très efficaces (grade A)
- Oral ou nasal (grade A) ou SC (grade B)
- CI si HTA ou angor ou artérite // triptans et macrolides// grossesse
- Risque de dépendance : max 10 jours/mois

⊙ Les triptans

- Tous les triptans sont sup au placebo et bien tolérés
- Un triptan donné peut être efficace où un autre a échoué
- Peuvent être pris n'importe quand après l'aura ms sont plus efficaces s'ils sont pris dès le début de la céphalée
- En cas de récurrence, 1 2^e dose est souvent efficace
- Max 9 jours par mois
- CI : HTA, angor, AVC, FRCV // IRSS
- Autorisés pdt la grossesse, préférer le sumatriptan (le crat)

Les traitements de fond

- Il est recommandé de mettre en place un traitement de fond (HAS):
 - en fonction de la fréquence, de l'intensité des crises, mais aussi du handicap familial, social et professionnel généré par les crises ;
 - dès que le patient consomme, depuis 3 mois, 6 à 8 prises de traitement de crise par mois et cela même en cas d'efficacité, afin d'éviter l'abus médicamenteux par une sur-utilisation d'antimigraineux de crise (non spécifiques et/ou spécifiques).
- Aucune molécule n'est sup aux autres (grade A)

⊙ Reco françaises : 2002

- en première intention : propranolol, métoprolol, oxétorone et amitryptiline ;
- en deuxième intention : pizotifène, flunarizine, valproate de sodium, gabapentine et indoramine.

⊙ Reco européennes : 2009

- 1^{er} choix : métoprolol, propranolol, flunarizine, acide valproïque et topiramate.
- 2^e choix : amitryptiline, venlafaxine, le naproxène, le bisoprolol et les petasites (phytothérapie)

⊙ Reco américaines :

- l'amitriptyline, l'acide valproïque, le timolol, le propranolol et le lisuride (dérivé de l'ergot de seigle)

- ◎ Evaluation du ttt de fond :
 - jugé « efficace » lorsqu'il réduit la fréquence des crises d'au moins 50 %.
 - Evalué à 3 mois.
- ◎ En cas d'échec, deux possibilités peuvent être envisagées :
 - la posologie peut être augmentée, en l'absence d'effets indésirables ;
 - un autre traitement de fond peut être proposé. L'association de 2 traitements de fond à plus faible dose peut être envisagée.

- ◎ Quand et comment arrêter le traitement prophylactique ?(HAS 2002)
 - En cas de succès, le traitement à dose efficace sera poursuivi pendant 6 mois à 1 an, adapté aussi étroitement que possible à l'évolution spontanée de la migraine,
 - puis diminué très lentement avant d'être arrêté.
 - Le même traitement pourra être repris si la fréquence des crises augmente de nouveau.

Traitements alternatifs

- ⦿ L'homéopathie n'a pas pu faire la preuve de son efficacité dans la prophylaxie des migraines dans 2 études anglo-saxonnes
- ⦿ La relaxation, le rétrocontrôle (*biofeedback*) et les thérapies cognitives et comportementales de gestion du stress ont fait preuve d'efficacité (grade B HAS, A de l'US Consortium)
- ⦿ L'acupuncture n'a pas montré plus d'efficacité que l'acupuncture factice
- ⦿ L'association β - et biofeedback est supérieure à chacun séparément.

(Holroyd KA, Cottrell CK, O'Donnell FJ et al. Effect of preventive (β blocker) treatment, behavioural migraine management, or their combination on outcomes of optimised acute treatment in frequent migraine: randomised controlled trial. BMJ 2010;341:c4871)

Cas clinique, suite...

- ⦿ Cette jeune femme de 36 ans s'interroge sur sa contraception (minidril). Elle a vu sur internet que celle-ci peut agir sur ses crises de migraine. En plus, sa voisine lui a dit que c'est dangereux de prendre la pilule quand on est migraineuse.
- ⦿ Que lui répondez-vous ?



- ⊙ L'effets des CO oestrogéniques sur la migraine est imprévisible.
- ⊙ La migraine cataméniale est une crise sans aura qui survient dans une période allant de 2 jours avant les règles à 3 jours après le début de celles-ci.
- ⊙ Elle peut être pure ou associée à d'autres crises.
- ⊙ 2 stratégies :
 - Ttt habituels (AINS, triptans)
 - Prophylaxie périmenstruelle :
 - Débutée 2 jours avant la date attendue des règles
 - Pour 7 jours
 - frovatriptan 2,5 mg 2x/j (grade B, hors AMM)
 - Oestradiol percut 1,5 mg/j (grade B)
 - Prise en continu d'une CO OP

Migraine et RCV

- ⊙ La migraine représente un FRCV à prendre en compte.
- ⊙ Elle est associée à un risque plus élevé de pathologie cardio-vasculaire, que ce soit cérébral ou cardiaque.
- ⊙ La migraine avec aura, ou qui apparait ou s'aggrave sous OP est une CI aux OP (HAS 2004)
- ⊙ La migraine simple associée à âge > 35, tabac, obésité est une CI aux OP (HAS 2004)

Il faut donc envisager de modifier la contraception de notre patiente.

Cas clinique, fin...

- Notre jeune patiente est désormais enceinte, et contrairement aux 2 précédentes grossesses, les choses ne se passent pas très bien côté migraine. Elle a déjà fait plusieurs crises, et n'a osé prendre que du paracétamol, dont elle savait que ça ne marcherait pas.
- Que faites-vous pour la soulager ?

- ⊙ Les AINS et l'aspirine sont CI à partir de 24 SA et déconseillés avant.
- ⊙ Le sumatriptan est autorisé pdt la grossesse, idem pour les autres triptans. (le Crat, 2009)
- ⊙ En cas de nausées, le métoclopramide sera utilisé préférentiellement.
- ⊙ Si un ttt de fond est nécessaire, on préférera :
 - Le propranolol
 - L'amitryptiline
 - Le métoprolol

● Avez-vous des questions ?



Pour conclure :

- La migraine est une maladie fréquente, sous-diagnostiquée, mais source d'une automédication importante.
- C'est une maladie bénigne mais handicapante qui peut altérer la qualité de vie des patients, perturber les relations affectives et retentir sur les activités professionnelles.

- ⦿ Elle répond à des critères cliniques précis définis par l'IHS et doit être distinguée de la céphalée de tension
- ⦿ Migraine et céphalées de tension sont souvent associées ou intriquées chez les mêmes patients.

- ⦿ Aucun examen complémentaire ne doit être prescrit pour établir le diagnostic de migraine, sauf s'il persiste un doute à la fin de l'interrogatoire et de l'examen clinique.
- ⦿ Un examen neurologique anormal entre les crises doit faire envisager la réalisation d'une imagerie cérébrale.

- ⦿ La migraine représente un facteur de risque cardiovasculaire à prendre en compte.
- ⦿ Elle est associée à un risque plus élevé de pathologie cardiovasculaire, que ce soit cérébrale ou cardiaque.

- ① Traiter la crise : le but est d'agir rapidement (dans les 2 h), efficacement et si possible sans récurrence, grâce à divers antalgiques non spécifiques et traitements spécifiques de la migraine (dérivés de l'ergotamine et triptans).

- ⦿ Les traitements de fond peuvent réduire la fréquence et l'intensité des crises.
- ⦿ L'utilisation des méthodes d'éducation à la santé, souvent réparties dans la durée, la recherche des facteurs déclenchants, l'agenda des crises, la prise en compte des facteurs psychologiques sont les principes de base.

- ⦿ Le choix d'un traitement de fond, le plus souvent médicamenteux, ne viendra qu'en seconde intention.
- ⦿ Différents traitements non pharmacologiques peuvent être envisagés.

- ⦿ La migraine concerne plus fréquemment les femmes que les hommes.
- ⦿ Elle est souvent liée aux variations hormonales. L'influence de ces dernières sur les voies nociceptives et antinociceptives est connue.

- ⦿ Le traitement « hormonal » de la migraine n'est cependant pas un traitement de première ligne pour la plupart des femmes souffrant de migraine :
 - La migraine cataméniale, ou seulement associée aux règles, est parfois l'indication – avec un niveau de preuves modeste – d'un tel traitement.

- ⦿ La migraine avec aura est une contre-indication aux contraceptifs œstro-progestatifs;
- ⦿ Avec ou sans aura, elle l'est également s'il y a association à d'autres facteurs de risque cardiovasculaires.

- ⦿ La migraine n'est pas une contre indication au traitement hormonal de la ménopause.

Merci de votre attention !



Vous trouverez un complément d'information dans les 3 articles publiés sur le sujet dans la Revue Médecine

