

THÉRAPEUTIQUES DE LA MIGRAINE

La migraine est une maladie neuro-vasculaire fréquente. Elle se manifeste par **une douleur unilatérale pulsatile, survenant par crises** de durée variable allant de 4 à 72 heures, avec nausées ou vomissements, **photophobie** (intolérance à la lumière) et **phonophobie** (intolérance aux bruits). Elle s'aggrave avec l'effort physique.

La douleur typique est localisée dans les régions frontale, orbitaire, temporale et occipitale. Elle implique fréquemment le cou et le visage.

Le diagnostic reste avant tout clinique et nécessite rarement des examens complémentaires.

Chez 20 à 30% des migraineux, la céphalée est précédée ou s'accompagne d'une **aura** qui est un **trouble neurologique transitoire entièrement réversible**. Les auras typiques comportent des troubles **visuels, sensitifs, du langage** et/ou de la **parole**, ou bien encore des troubles **moteurs**. Le risque d'accident vasculaire ischémique est important lorsque l'aura est associée à la migraine.

AURA : taches noires ou lignes brisées dans le champ de vision, troubles sensoriels, vertiges ou perte d'équilibre, engourdissement, fourmillement, distorsion du champ de vision. La durée habituelle est de 5 minutes à 1 heure mais peut varier.

La migraine touche tous les âges et plus particulièrement les adultes avec un pic entre 35 et 39 ans. Les crises débutent avant 40 ans dans 90% des cas.

Chez l'enfant et l'adolescent : les crises sont plus courtes, la céphalée est plus souvent bilatérale, les troubles digestifs sont plus sévères, avec des douleurs abdominales et une pâleur inaugurale fréquente.

I. DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS :

La migraine est une maladie courante mais attention aux pièges du diagnostic. Les patients présentent à tort leur céphalée comme « migraine ». Pour poser le diagnostic il faut :

- Un interrogatoire minutieux : antécédents, description détaillée des symptômes, signes associés, facteurs aggravants et évolution sous traitement.
- Un examen clinique complet en particulier neurologique.
- Les examens complémentaires ne sont pas nécessaires sauf pour éliminer une céphalée secondaire.

À éliminer toujours les autres causes de céphalée aiguë avant de poser le diagnostic de migraine.

La classification internationale des céphalées ICHD-3 (International Classification of Headache Disorders, 3e édition) distingue :

- **les céphalées primaires** qui sont les plus fréquentes.
- **les céphalées secondaires** qui ont une étiologie vasculaire, inflammatoire, traumatique, néoplasique ou iatrogène (médicaments, drogues). Leur traitement est celui de la cause.

CLASSIFICATION DES CÉPHALÉES

Céphalées primaires :

- Migraine (15%)
- Céphalées dites de tension (épisodes 80%, chronique 20%)
- Algies vasculaires de la face (céphalée en grappe) 1/1000 et autres céphalées trigémino-autonomes
- Autres céphalées primaires (rares)

Céphalées secondaires :

- Un traumatisme crânien ou du rachis cervical
- Une affection vasculaire cérébrale ou cervicale
- Une pathologie intracrânienne non vasculaire
- La prise d'une substance ou son sevrage
- Une infection intracrânienne ou générale
- Un trouble de l'homéostasie
- Des affections du crâne, du cou, des yeux, des oreilles, du nez, des sinus, des dents, de la bouche ou d'autres structures du visage ou du crâne
- Affections psychiatriques

Névralgies, algies faciales centrales et primaires et autres :

- Lésions douloureuses des nerfs crâniens et autres causes faciales
- Autres céphalées

- **La céphalée de tension**, est plus répandue que la migraine. La douleur est plus diffuse, continue et non pulsatile, peu ou moyennement intense et sans signes digestifs associés.

- **Les céphalées en grappe**, plus communément appelées "**algies vasculaires de la face**" est la plus fréquente, elles se traduisent par une douleur unilatérale de la face très intense, insupportable.

PRINCIPAUX ÉLÉMENTS CLINIQUES POUR LES DIAGNOSTIQUES DE MIGRAINE, CÉPHALÉE DE TENSION ET ALGIE VASCULAIRE DE LA FACE (AVF). (d'après Xavier Moisset et al.)

	Migraine	Céphalée de tension	Algie Vasculaire de la Face (AVF)
Durée	4 à 72 heures	30 min à 7 jours	15 min à 3 heures
Siège	Le plus souvent unilatéral	Bilatéral	Unilatéral orbito-temporale
Intensité	Modérée à sévère	Légère à modérée	Très sévère
Type	Souvent pulsatile	Compression, étou	Arrachement, broiement
Signes d'accompagnement	Nausées, vomissement, photo et phonophobie	Pas de nausées ou de vomissements. Photo- ou phonophobie possible, mais pas les deux	Signes autonomiques homolatéraux, agitation
Impact de l'effort physique	Aggravation	Pas de changement	Pas de changement
Nombre de crises antérieures	≥ 5	≥ 10	≥ 5

II. MÉDICAMENTS DE LA MIGRAINE :

L'objectif du traitement est le soulagement rapide de la douleur et durant les 24 heures qui suivent. Plusieurs médicaments ont montré leur efficacité mais il faut tenir compte des effets indésirables.

A. Traitement de la crise :

1. LA PRIORITÉ EST AUX ANTALGIQUES ET AUX AINS :

MÉDICAMENTS	Dose	Effets indésirables	Contre-indications
PARACÉTAMOL	A : 1 g x 3/jour (max 4) E : 60 mg/Kg/jour	Risque de surdosage	Insuffisance hépatique sévère
ACIDE ACÉTYLSALICYLIQUE (ASPÉGIC®)	A : 1 g x 2/jour (max 3) E : 60 mg/Kg/jour	Ulcère GD, Allergie, Bronchospasme, Favorise le saignement, Syndrome de Reye,	Ulcère gastro-duodéal, Maladie hémorragique, Grossesse, Insuffisance hépatique ou rénale sévère, Allergie, Asthme,
DICLOFÉNAC (VOLTARENE®)	A : 50 à 150 mg/jour E >4 ans : 2 à 3 mg/Kg/jour	Troubles digestifs, Vertiges, Hémorragies,	Ulcère gastroduodéal, Grossesse, Insuffisance rénale, Allergie,
KÉTOPROFÈNE (PROFENID®)	A : 150 à 200 mg/jour		
IBUPROFÈNE (ADVIL®)(DOLVEN®)	A : 400 à 800 mg/jour E >3 mois : Max 30 mg/kg/jour en 3 prises		
ACIDE MÉFÉNAMIQUE (PONSTYL®)(INFLAMYL®)	A : 500 mg à 1500 mg/jour E >6 mois : 15 mg/Kg/jour		
NAPROXÈNE (APRANAX®)	A : 550 mg à 1100 mg/jour		
A : adulte – E : enfant			

- L'utilisation régulière de Paracétamol, d'Aspirine et d'AINS ne devrait pas dépasser 14 jours par mois.
- **Les médicaments combinés incluant de la caféine** augmentent le risque de chronicisation de la migraine et leur utilisation ne doit pas dépasser 8 jours par mois.
- **Les opioïdes** ne sont pas recommandés pour traiter les crises de migraine car ils exacerbent les nausées, augmentent le risque de céphalées par surconsommation de médicaments et comportent un risque de mésusage et d'abus.
- **La prescription des antiémétiques (Métoclopramide)** par voie orale ou parentérale est proposée pour traiter les crises accompagnées de nausées ou de vomissements invalidants.

2. TRIPTANS :

Les triptans sont des agonistes des récepteurs 5-HT_{1B}/5-HT_{1D}. Ils agissent par un effet vasoconstricteur sur les vaisseaux crâniens et un effet inhibiteur de la libération de substances inflammatoires. Les triptans ne sont probablement pas efficaces lorsqu'ils sont administrés pendant l'aura et avant l'apparition de la céphalée.

Indications :

Crises de migraines confirmées.

TRIPTANS	Dose unitaire	Effets indésirables
ALMOTRIPTAN	12,5 mg comp	Vertiges, Somnolence, Asthénie, Troubles de la sensibilité, Spasmes coronariens, Troubles de la vision,
ELÉTRIPTAN	20 - 40 mg comp	
FROVATRIPTAN (RILAMIG®)	2,5 mg comp	
NARATRIPTAN	2,5 mg comp	
RIZATRIPTAN	5 - 10 mg comp	
SUMATRIPTAN (IMIGRAN®)	50 mg comp 3 - 6 mg Injection s/c 10 mg spray nasal	
ZOLMITRIPTAN	2,5 mg comp	

Chez l'enfant : SUMATRIPTAN Spray nasal à partir de 12 ans, max. : 40 mg/24h.

Contre indications des triptans :

- HTA non contrôlée, cardiopathies ischémiques, accidents vasculaires cérébraux (AVC), syndrome de Wolff-Parkinson-White, insuffisance rénale ou hépatiques sévères.
- À éviter en présence de facteurs de risque ischémique (tabagisme, hyperlipidémie, diabète, hérédité).
- Déconseillés durant la grossesse et l'allaitement.
- Déconseillés si âge >65 ans.
- Ne pas associer deux antimigraineux en même temps.

3. DÉRIVÉS DE L'ERGOT :

Les dérivés ergotés sont des vasoconstricteurs. Ils exercent une action agoniste puissante sur les récepteurs sérotoninergiques 5HT_{1D} et inhibent l'inflammation et la vasodilatation.

La caféine augmente l'absorption intestinale de l'ergotamine.

Indications :

Traitement de dernier recours de la migraine confirmée et sévère ou intolérance aux autres produits.

ERGOTAMINE TARTRATE + CAFÉINE (GYNERGENE CAFÉINE®)	1 mg Comp. au début de la crise Maximum 4 fois/jour
DIHYDROERGOTAMINE SPRAY	1 pulvérisation nasale, Max 4 fois/jour

Effets indésirables :

- Nausées, vomissements, douleurs épigastriques, diarrhée, paresthésies, refroidissement des extrémités et rarement claudication intermittente et angor.
- Risque des spasmes vasculaires pouvant aboutir à la nécrose tissulaire (ergotisme) en cas de surdosage, d'utilisation prolongée ou d'hypersensibilité.

- L'association des ergotamines avec les macrolides augmente le risque d'ergotisme.

Contre indications :

- Affections coronariennes et vasculaires périphériques,
- Grossesse (effet ocytotique, risque d'hypoxie fœtale),
- Allaitement,
- Insuffisance hépatique ou rénale.

B. Traitement de fond :

Le traitement préventif est indiqué seulement si les crises sont fréquentes et handicapantes :

En priorité, sont recommandés les Bêtabloquants ou en cas d'intolérance ou de contre-indication, le Topiramate. L'Amitriptyline, l'Oxétorone et le Pizotifène peuvent représenter une alternative pour certains patients en cas de contre-indication aux Bêtabloquants et au Topiramate.

La durée de traitement ne devra pas dépasser 6 mois, avec évaluation après 3 mois.

Traitement de fond		Contre-indications
Bêtabloquants	PROPRANOLOL (AVLOCARDYL®) 40 à 240 mg/jour MÉTOPROLOL 100 – 200 mg/jour	Bradycardie, Bronchospasme, Hypotension, EI : Cauchemars, Impuissance,
Anticonvulsivants	TOPIRAMATE (EPITOMAX®) 25-100 mg/jour	Grossesse
Antidépresseurs	AMITRIPTYLINE (LAROXYL®) 50 - 150 mg/jour	Cardiopathies ischémiques, Enfant < 6 ans
Antimigraineux	OXÉTORONE (NOCERTONE®) 60 mg x 1 à 2 fois/jour (max 3)	Allergie Déconseillé : grossesse
Antisérotoninergiques	PIZOTIFÈNE (PIZOFEN®) 0,5 mg x 1 à 2 fois/jour	Glaucome Enfant < 12 ans Risque de rétention urinaire

BIBLIOGRAPHIE :

1. ANNE DONNET, GENEVIEVE DEMARQUAY, ANNE DUCROS : Recommandations 2021 pour le diagnostic et la prise en charge de la migraine chez l'adulte : traitement des crises. Presse Médicale Formation 2022; 3, n°85, 404–411
2. AURÉLIE MARISCAL & al : Céphalées et migraines. Actualités pharmaceutiques, Supplément préparateur au n°584 • 1e trimestre 2019, 20-22. doi.org/10.1016/j.actpha.2019.01.025
3. DUCROS, S. DE GAALON, C. ROOS & al. : Revised guidelines of the French headache society for the diagnosis and management of migraine in adults. Part 2: Pharmacological treatment. Revue neurologique 177 (2021) 734 – 752
4. MOISSET X. et al. : Recommandations pour la prise en charge d'une céphalée en urgence. Rev Neurol (Paris). 2018; 172: 350–60. doi.org/10.1016/j.douler.2018.01.001
5. Céphalées et algies faciales, recommandations thérapeutiques. (site headache.ch)

Articles en relation :

Prise en charge des céphalées aux urgences

<https://www.efurgences.net/se-documenter/consensus/151-cephale>

©2023 - Publications e-Formation médecine d'urgence