



Recommandation Pour La Pratique Clinique

**Prise en charge diagnostique et
thérapeutique de la migraine chez
l'adulte (et chez l'enfant) : aspects
cliniques (et économiques)**

Octobre 2002



La migraine de l'adulte : prévalence

- 12 à 15% des adultes de 18 à 65 ans
- 3 femmes pour un homme



Les différents types de migraines

- **Migraine sans aura** (anc. migraine commune)
- **Migraine avec aura** (anc. migraine accompagnée)
- Formes rares de migraine
- Migraine sans aura probable, remplissant l'ensemble des critères diagnostiques à l'exception d'un seul



Le diagnostic clinique

Les critères de l'IHS (1988) de
la migraine sans aura
(migraine commune)



Les critères de la migraine sans aura

A. Au moins **5** crises
répondant aux critères
B à D.



Les critères obligatoires : B à D

- **B.** Crises de céphalées durant de 4 à 72 heures (sans traitement).
- **C.** Céphalées ayant au moins 2 des caractéristiques suivantes :
 - Unilatérale
 - Pulsatile
 - Modérée ou sévère
 - Aggravation par les activités physiques de routine, telles que montée ou descente d'escaliers.



- suite

- **D.** Durant les céphalées au moins l'un des caractères suivants :
 - nausée et/ou vomissement ;
 - photophobie et phonophobie.
- **E.** L'examen clinique doit être normal entre les crises. En cas de doute, un désordre organique doit être éliminé par les investigations complémentaires appropriées.



Les types d'auras

- Les auras visuelles : 99% des auras (anc. migraines OPH)
- Les autres auras : sensibles, aphasiques, motrices



Critères de la migraine avec aura

- **A.** Au moins 2 crises répondant au critère B.
- **B.** Au moins 3 des 4 caractéristiques suivantes :
 - Un ou plusieurs symptômes de l'aura totalement réversibles
 - Le symptôme de l'aura se développe progressivement sur plus de 4 minutes et si plusieurs symptômes sont associés, ils surviennent successivement
 - La durée de chaque symptôme n'excède pas 60 minutes
 - La céphalée fait suite à l'aura après un intervalle libre maximum de 60 minutes, mais parfois commence avant ou pendant l'aura.
- **C.** L'examen clinique doit être normal entre les crises. En cas de doute, un désordre organique doit être éliminé par les investigations complémentaires appropriées.



Migraine et céphalée de tension

(souvent associées ou intriquées chez un même patient)

- La céphalée de tension est
 - Plus diffuse
 - Non pulsatile
 - Non aggravée par l'effort
 - Moins intense
 - Sans signe digestif
 - Mais parfois accompagnée de phono/photophobie



Place des examens complémentaires

- Migraine répondant aux critères de l'IHS : aucun EC
- IRM ou scanner en urgence si
 - Céphalée aigue sévère **s'installant en moins d'une minute...**
 - Migraine inhabituelle (ou accompagnée d'une anomalie clinique) chez un migraineux connu



Evaluer le handicap

- Fréquence : 50% des patients font plus de 2 crises par mois
- Durée : 40% des patients plus de 24 heures
- Intensité : sévère ou très sévère > 50% des patients
- Les comorbidités : dépression, anxiété



Un agenda

- Date de survenue
- Durée et intensité
- Facteurs déclenchants
- Médicaments utilisés



Le traitement

- Une maladie sous diagnostiquée
- Une surconsommation d'antalgiques non spécifiques
- Une sous utilisation des traitements spécifiques
- (une sous utilisation des traitements de fond)

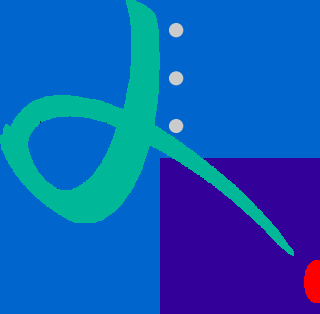
Le traitement de la crise :

• Les traitements non spécifiques

- Les AINS : Naproxène, Ibuprofène, Kétoprofène, Diclofénac (grade A)
- L'Aspirine, seule ou en association avec le métopropramide (grade A)
- Le paracétamol (grade C)

Eviter :

- Les opioïdes
- La caféine



Le traitement de la crise :

Les traitements spécifiques

- Les triptans (grade A)
- Le tartrate d'ergotamine (grade B)
- La DHE pernasale (grade A) ou injectable (grade B)



Stratégie thérapeutique

Patient traité par un traitement non spécifique
(1)

- 4 questions :
 - Êtes-vous soulagé de manière significative 2 heures après la prise ?
 - Ce médicament est- il bien toléré ?
 - Utilisez-vous une seule prise médicamenteuse ?
 - La prise de ce médicament vous permet-elle une reprise normale et rapide de vos activités sociales, familiales, professionnelles ?



Stratégie thérapeutique

Patient traité par un traitement non spécifique (2)

Si le patient répond non à au moins 1 des 4 questions :
Prescrire sur la même ordonnance un AINS et un triptan.



Stratégie thérapeutique

Patient traité par un traitement spécifique

- Tartrate d'ergotamine
 - Ne pas modifier le traitement si..
- Triptans
 - Peu de différences entre eux
 - Prise précoce (sauf aura)



• Stratégie thérapeutique

- Toujours :

Comptabiliser les prises
par mois



Traitements de fond (1)

Les molécules efficaces avec AMM

- flunarizine (grade A) *Sibelium®*
- méthysergide (grade A) *Desernil®*
- métoprolol (grade A) *Seloken®..*
- oxétorone (grade A) *Nocertone®*
- pizotifène (grade A) *Sanmigran®*
- propranolol (grade A) *Avlocardyl®..*
- dihydroergotamine (grade B) *Seglor®..*
- indoramine (grade B) *Vidora®*

- L'amitriptyline (algies rebelles : grade A) *Laroxyl®*

21



Traitements de fond (2)

Les molécules efficaces hors AMM

- aténolol (grade A) *Ténormine®*
- divalproate et valproate de sodium (grade A). *Depakine® et Dépakote®*
- gabapentine (grade A) *Neurontin®*
- nadolol (grade A) *Corgard®*
- naproxène sod. (grade A) *Naprosyne®*
- timolol (grade A) *Timacor®*



Traitements de fond

Stratégie thérapeutique (1)

1. Quand ?

- En fonction du handicap
- Si plus de 6 à 8 crises par mois depuis plus de 3 mois

2. Quel objectif ?

- Réduire la fréquence de 50%



Traitements de fond

Stratégie thérapeutique (2)

3. Quelle molécule ?

- **En première intention** : propranolol, métoprolol, oxétorone et amitryptiline (et aténolol hors AMM)
- **En deuxième intention** : pizotiféne, flunarizine, valproate de sodium, gabapentine et indoramine.



Traitements de fond

• Stratégie thérapeutique (3)

- Le méthysergide : efficace mais risque de fibrose rétropéritonéale
- La dihydroergotamine : largement utilisé en France mais dont l'efficacité reste à confirmer.



• Comment débuter le traitement ?

- Monothérapie
- A faible dose
- Augmenter lentement la posologie



En cas d'échec ?

- Augmentation de la posologie
- Autre traitement de fond
- Association de 2 traitements de fond



Evaluation

- Sur 3 mois
- Si efficace : 6 mois à 1 an puis diminution lente



D'autres traitements ?

- La relaxation (grade B)
- Le bio feed back (grade B)
- Les TCC (grade B)
- La gestion du stress (grade B)



Une autre fois...

- La migraine de l'enfant
- Considérations économiques...

Tout est dans la recommandation.....à lire..et à mettre en pratique...



A retenir absolument

- Céphalée s'installant en moins d'une minute : danger
- Un diagnostic clinique (IHS)
- Une pathologie trop svnt négligée ++
- L'agenda
- Les céphalées de tension
- Les tts de fond sous utilisés
- Le risque de CCQ...