



BU bibliothèque Lyon 1

<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

THESE

pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

présentée et soutenue publiquement le 06 février 2012

par

Mme CHASTEL Florence

Née le 22 janvier 1987

à Gleizé

PRISE EN CHARGE DE LA CRISE DE MIGRAINE A L'OFFICINE

JURY

M. ZIMMER Luc, Professeur

Mme. REBOUL Mireille, Docteur en Pharmacie

Mme. AUJOGUES Céline, Docteur en Pharmacie

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

Président de l'Université
Vice-Président du Conseil d'Administration
Vice-Président du Conseil Scientifique
Vice-Président du Conseil des Etudes et de la Vie Universitaire

M. A. BONMARTIN
M. Guy ANNAT
M. Jean-François MORNEX
M. Daniel SIMON

Composantes de l'Université Claude Bernard Lyon 1

SANTE

UFR de Médecine Lyon Est
UFR de Médecine Lyon Sud Charles Mérieux
Institut des Sciences Pharmaceutiques
et Biologique
UFR d'Odontologie
Institut des Techniques de Réadaptation
Département de formation et centre de recherche
en Biologie Humaine

Directeur : M. Jérôme ETIENNE
Directeur : M. François-Noël GILLY

Directeur : Mme Christine VINCIGUERRA
Directeur : M. Denis BOURGEOIS
Directeur : M. Yves MATILLON

Directeur : M. Pierre FARGE

SCIENCES ET TECHNOLOGIES

Faculté des Sciences et Technologies
UFR de Sciences et Techniques des Activités
Physiques et Sportives (STAPS)
Ecole Polytechnique Universitaire de Lyon (ex ISTIL)
I.U.T. LYON 1
Institut des Sciences Financières et d'Assurance (ISFA)
I.U.F.M.

Directeur : M. François GIERES

Directeur : M. Claude COLLIGNON
Directeur : M. Pascal FOURNIER
Directeur : M. Christian COULET
Directrice : Mme MAUME-DESCHAMPS
Directeur : M. Régis BERNARD

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1
ISPB - Faculté de Pharmacie Lyon
Directrice : Madame la Professeure Christine VINCIGUERRA
Directeurs Adjoints : Madame S. BRIANCON, Monsieur P. LAWTON, Monsieur P. NEBOIS
Madame S. SENTIS, Monsieur M. TOD

Directrice Administrative : Madame P. SILVEIRA

LISTE DES DEPARTEMENTS PEDAGOGIQUES

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DE SCIENCES PHYSICO-CHIMIQUE ET PHARMACIE GALENIQUE

CHIMIE ANALYTIQUE, GENERALE, PHYSIQUE ET MINERALE

Monsieur Jean-François SABOT (Pr)
Monsieur Alain BANNIER (MCU)
Monsieur Philippe BERNARD (MCU)
Mademoiselle Julie-Anne CHEMELLE (MCU)
Monsieur Raphaël TERREUX (MCU – HDR)
Monsieur Pierre TOULHOAT (PAST)

PHARMACIE GALENIQUE - COSMETOLOGIE

Madame Stéphanie BRIANCON (Pr)
Madame Françoise FALSON (Pr)
Monsieur Hatem FESSI (Pr)
Madame Joëlle BARDON (MCU - HDR)
Madame Valérie BERTHOLLE (MCU)
Madame Marie-Alexandrine BOLZINGER (MCU - HDR)
Madame Sandrine BOURGEOIS (MCU)
Madame Ghania HAMDY-DEGOBERT (MCU)
Monsieur Fabrice PIROT (MCU - PH - HDR)
Madame Karine PORET-PADOIS (MCU)
Monsieur Patrice SEBERT (MCU - HDR)

BIOPHYSIQUE

Monsieur Richard COHEN (PU – PH)
Monsieur Henri DECHAUD ((MCU - PH - HDR)
Madame Laurence HEINRICH (MCU)
Monsieur David KRYZA (MCU – PH)
Madame Sophie LANCELOT (MCU - PH)
Monsieur Cyril PAILLER-MATTEI (MCU)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE PHARMACEUTIQUE DE SANTE PUBLIQUE

DROIT DE LA SANTE

Monsieur François LOCHER (PU – PH)
Mademoiselle Valérie SIRANYAN (MCU)

ECONOMIE DE LA SANTE

Madame Nora FERDJAOUI MOUMJID (MCU)
Monsieur Hans-Martin SPÄTH (MCU)
Madame Carole SIANI (MCU – HDR)

INFORMATION ET DOCUMENTATION

Monsieur Pascal BADOR (MCU - HDR)

HYGIENE, NUTRITION, HYDROLOGIE ET ENVIRONNEMENT

Madame Joëlle GOUDABLE (PU – PH)

HYGIENE, ENVIRONNEMENT ET BIOSECURITE

Monsieur Dominique TREPO (MCU - PH - HDR)

DISPOSITIFS MEDICAUX

Monsieur Gilles AULAGNER (PU – PH)
Monsieur Daniel HARTMANN (Pr)

QUALITOLOGIE – MANAGEMENT DE LA QUALITE

Madame Alexandra CLAYER-MONTEMBAULT (MCU)
Monsieur François COMET (MCU)
Monsieur Vincent GROS (MCU PAST)
Madame Pascale PREYNAT (MCU PAST)

MATHEMATIQUES – STATISTIQUES

Madame Claire BARDEL-DANJEAN (MCU)
Madame Marie-Aimée DRONNE (MCU)
Madame Marie-Paule PAULTRE (MCU - HDR)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE SCIENCES DU MEDICAMENT

CHIMIE ORGANIQUE

Monsieur Pascal NEBOIS (Pr)
Madame Nadia WALCHSHOFER (Pr)
Monsieur Zouhair BOUAZIZ (MCU - HDR)
Madame Christelle MARMINON (MCU)
Madame Sylvie RADIX (MCU - HDR)
Monsieur Luc ROCHEBLAVE (MCU)

CHIMIE THERAPEUTIQUE

Monsieur Roland BARRET (Pr)
Monsieur Marc LEBORGNE (Pr)
Monsieur Laurent ETTOUATI (MCU - HDR)
Monsieur Thierry LOMBERGET (MCU - HDR)
Madame Marie-Emmanuelle MILLION (MCU)

BOTANIQUE ET PHARMACOGNOSIE

Madame Marie-Geneviève DIJOUX-FRANCA (Pr)
Madame Anne-Emmanuelle DE BETTIGNIES (MCU)
Madame KERZAON Isabelle (MCU)
Monsieur Serge MICHALET (MCU)

PHARMACIE CLINIQUE, PHARMACOCINETIQUE ET EVALUATION DU MEDICAMENT

Madame Roselyne BOULIEU (PU – PH)
Madame Magali BOLON-LARGER (MCU - PH)
Madame Christelle MOUCHOUX (AHU)
Madame Céline PRUNET-SPANO (MCU)
Madame Catherine RIOUFOL (MCU)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DE PHARMACOLOGIE, PHYSIOLOGIE ET TOXICOLOGIE

TOXICOLOGIE

Monsieur Jérôme GUITTON (PU – PH)
Monsieur Bruno FOUILLET (MCU)
Madame Léa PAYEN (MCU - HDR)
Monsieur Sylvain GOUTELLE (AHU)

PHYSIOLOGIE

Monsieur Christian BARRES (Pr)
Monsieur Daniel BENZONI (Pr)
Monsieur Alain BATAILLARD (MCU - HDR)
Madame Kiao Ling LIU (MCU)
Monsieur Ming LO (MCU - HDR)

PHARMACOLOGIE

Monsieur Bernard RENAUD (Pr)
Monsieur Michel TOD (PU – PH)
Monsieur Jean-Marie VAUGEOIS (Pr)
Monsieur Luc ZIMMER (PU – PH)
Madame Bernadette ASTIER (MCU - HDR)
Monsieur Roger BESANCON (MCU)
Madame Evelyne CHANUT (MCU)
Monsieur Nicola KUCZEWSKI (MCU)
Madame Dominique MARCEL-CHATELAIN (MCU - HDR)
Monsieur Olivier CATALA (Pr PAST)
Monsieur Pascal THOLLOT (MCU PAST)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DES SCIENCES BIOMEDICALES A

IMMUNOLOGIE

Monsieur Jacques BIENVENU (PU – PH)
Madame Cécile BALTER-VEYSSEYRE (MCU - HDR)
Monsieur Paul ROUZAIRE (AHU)

HEMATOLOGIE ET CYTOLOGIE

Madame Christine TROUILLOT-VINCIGUERRA (PU - PH)
Madame Brigitte DURAND (MCU - PH)
Monsieur Olivier ROUALDES (AHU)

MICROBIOLOGIE et MYCOLOGIE FONDAMENTALE ET APPLIQUEE AUX BIOTECHNOLOGIES INDUSTRIELLES

Monsieur Patrick BOIRON (Pr)
Madame Ghislaine DESCOURS (AHU)
Monsieur Jean FRENEY (PU – PH)
Madame Florence MORFIN (PU – PH)
Monsieur Didier BLAHA (MCU)
Madame Anne DOLEANS JORDHEIM (MCU)
Madame Emilie FROBERT (AHU)
Madame Marie-Andrée MAZOYER (MCU - HDR)
Mme Véronica RODRIGUEZ-NAVA (MCU)

PARASITOLOGIE, MYCOLOGIE MEDICALE

Madame Anne-Françoise PETAVY (Pr)
Madame Nathalie ALLIOLI (MCU)
Madame Samira AZZOZ-MAACHE (MCU)
Monsieur Philippe LAWTON (MCU - HDR)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DES SCIENCES BIOMEDICALES B

BIOCHIMIE – BIOLOGIE MOLECULAIRE – BIOTECHNOLOGIE

Madame Pascale COHEN (Pr)
Monsieur Alain PUISIEUX (Pr)
Monsieur Karim CHIKH (MCU - PH)
Madame Carole FERRARO-PEYRET (MCU)
Monsieur Bruno MATHIAN (MCU – PH - HDR)
Madame Caroline MOYRET-LALLE (MCU – HDR)
Madame Angélique MULARONI (MCU)
Madame Stéphanie SENTIS (MCU)
Madame Marie VILLEDIEU (MCU)
Monsieur Olivier MEURETTE (MCU, chaire d'excellence)

BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Michel PELANDAKIS (MCU)

INSTITUT DE PHARMACIE INDUSTRIELLE DE LYON

Monsieur Philippe LAWTON (MCU - HDR)
Madame Angélique MULARONI (MCU)
Monsieur Patrice SEBERT (MCU – HDR)
Madame Valérie VOIRON (PAST)

Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche (ATER)

Mademoiselle Natalie CARTISER	85 ^{ème} section
Monsieur Waël ZEINYEH	86 ^{ème} section
Monsieur Antony ZOROPOGUI	87 ^{ème} section

Pr : Professeur

PU-PH : Professeur des Universités, Praticien Hospitalier

MCU : Maître de Conférences des Universités

MCU-PH : Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier

HDR : Habilitation à Diriger des Recherches

AHU : Assistant Hospitalier Universitaire

PAST : Personnel Associé Temps Partiel

Remerciements

A monsieur Luc ZIMMER,

Professeur de pharmacologie et praticien hospitalier (CERMEP, CNRS de Lyon).

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger et de présider ce jury. Je vous exprime ma profonde reconnaissance pour votre disponibilité et pour la rapidité de vos réponses malgré votre emploi du temps chargé.

A mademoiselle Mireille REBOUL,

Docteur en pharmacie.

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury. Je vous remercie également pour tous vos conseils et pour tout le temps que vous m'avez accordé lors de ces dernières années d'études.

A madame Céline AUJOGUES,

Docteur en pharmacie.

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury. Je tiens également à vous remercier d'avoir contribué à ma formation.

A mes parents,

Merci pour vos encouragements tout au long de mes études, merci pour votre amour et votre éducation qui m'ont permis d'en arriver là.

A toute ma famille,

Merci à chacun de vous pour ce que vous apportez à notre grande famille.

A mes amis,

Merci d'avoir partagé avec moi toutes ces belles années de vie étudiante.

A Clément,

Merci pour ta compréhension et ta patience.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	15
<u>PREMIERE PARTIE : GENERALITES SUR LA PATHOLOGIE</u>	17
<u>I. Définition</u>	18
<u>II. Impact sur la société</u>	18
2.1. <i>Altération de la qualité de vie</i>	19
2.1.1. Retentissement sur la vie familiale	20
2.1.2. Retentissement sur la vie scolaire et professionnelle	20
2.2. <i>Conséquences socio-économiques</i>	21
<u>III. Clinique</u>	21
3.1. <i>Migraine typique</i>	21
3.1.1. Migraine sans aura	21
3.1.1.1. Caractéristiques de la céphalée	22
3.1.1.2. Signes d'accompagnements	23
3.1.1.3. Prodromes	24
3.1.2. Migraine avec aura	24
3.1.2.1. Auras visuelles	25
3.1.2.2. Auras sensibles	25
3.1.2.3. Auras aphasiques	25
3.2. <i>Migraine atypique</i>	27
3.2.1. Auras atypiques	27
3.2.1.1. Auras visuelles ou sensorielles atypiques	27
3.2.1.2. Auras avec troubles cognitifs	27
3.2.1.3. Auras atypiques avec signes moteurs	28
3.2.2. Migraine basilaire	28
3.2.3. Migraine hémiplégique	29
3.2.4. Migraine rétinienne	30
3.2.5. Migraine cervicale	30
3.3. <i>Complications</i>	31
3.3.1. Migraine chronique	31
3.3.2. Etat de mal migraineux	31
3.3.3. Aura persistante sans infarctus	32
3.3.4. Infarctus migraineux	32
3.3.5. Epilepsie déclenchée par la migraine	32
3.4. <i>Cas particuliers</i>	32
3.4.1. Migraine chez l'enfant	32
3.4.2. Migraine chez la femme enceinte	34
<u>IV. Le diagnostic</u>	34
4.1. <i>Interrogatoire</i>	34
4.2. <i>Examens complémentaires</i>	35
4.3. <i>Diagnostic différentiel</i>	35
4.3.1. Céphalée de tension	35
4.3.2. Algie vasculaire de la face	36
4.3.3. Névralgie du trijumeau	37
<u>V. Physiopathologie</u>	37

VI. <u>Les facteurs déclenchant</u>	38
6.1. <i>Facteurs psychologiques</i>	38
6.2. <i>Rythme de vie</i>	39
6.3. <i>Facteurs alimentaires</i>	39
6.4. <i>Facteurs hormonaux</i>	40
6.4.1. Migraine et cycle menstruel	40
6.4.2. Migraine et contraception orale	41
6.4.3. Migraine et grossesse	41
6.4.4. Migraine et ménopause	41
6.5. <i>Facteurs environnementaux</i>	42
6.6. <i>Autres facteurs</i>	42
VII. <u>Les traitements de la crise</u>	42
7.1. <i>Traitements de crise non spécifiques</i>	43
7.1.1. Paracétamol	43
7.1.2. Aspirine	43
7.1.3. Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)	44
7.1.4. Antalgiques opiacés	44
7.2. <i>Traitements de crise spécifiques</i>	44
7.2.1. Alcaloïdes de l'ergot	45
7.2.2. Triptans	46
7.2.3. Gépants	48
7.3. <i>Médicaments adjuvants</i>	48
7.3.1. Caféine	48
7.3.2. Antiémétiques	49
7.3.3. Anxiolytiques et hypnotiques	49
VIII. <u>Les traitements de fond</u>	49
8.1. <i>Les bêtabloquants</i>	50
8.2. <i>Les dérivés de l'ergot de seigle</i>	50
8.2.1. Dihydroergotamine (DHE)	50
8.2.2. Méthysergide (Désernil®)	51
8.3. <i>Les antisérotinergiques</i>	51
8.3.1. Pizotifène (Sanmigran®)	51
8.3.2. Oxétrone (Nocertone®)	52
8.4. <i>Flunarizine (Sibélium®)</i>	52
8.5. <i>Les antiépileptiques</i>	52
8.5.1. Topiramate (Epitomax®)	52
8.5.2. Valproate de Sodium (Dépakine®)	53
8.6. <i>Amitriptyline (Laroxyl®)</i>	53
8.7. <i>Les anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS)</i>	54
8.8. <i>Les autres médicaments utilisés</i>	54
8.8.1. Indoramine (Vidora®)	54
8.8.2. Toxine botulique	54
IX. <u>Cas particuliers</u>	55
9.1. <i>Traitement de la migraine chez l'enfant</i>	55
9.1.1. Traitement de la crise	55
9.1.2. Traitement de fond	56

9.2.	<i>Traitement de la migraine chez la femme enceinte</i>	57
9.2.1.	Traitement de la crise	57
9.2.2.	Traitement de fond	58
X.	<u>Les traitements non médicamenteux</u>	59
10.1.	<i>Relaxation</i>	60
10.2.	<i>Biofeedback</i>	61
10.3.	<i>Thérapies cognitives et comportementales</i>	61
10.4.	<i>Homéopathie</i>	62
10.5.	<i>Phytothérapie ou aromathérapie</i>	62
10.6.	<i>Oligothérapie</i>	63
10.7.	<i>Acupuncture</i>	63
10.8.	<i>L'appareil médical Céfaly®</i>	63

DEUXIEME PARTIE : PRISE EN CHARGE DE LA CRISE DE MIGRAINE 65

I.	<u>Caractéristiques cliniques des crises</u>	67
1.1.	<i>Influence des facteurs physiologiques</i>	67
1.2.	<i>Durée des crises</i>	69
1.3.	<i>Fréquence des crises</i>	70
1.4.	<i>Intensité des crises</i>	72
II.	<u>Les facteurs déclenchants</u>	73
2.1.	<i>Les modifications du rythme de vie</i>	74
2.2.	<i>Les facteurs psychologiques</i>	74
2.3.	<i>Les facteurs alimentaires</i>	74
2.4.	<i>Les facteurs hormonaux</i>	75
2.5.	<i>Les autres facteurs</i>	75
III.	<u>Les médicaments utilisés</u>	75
3.1.	<i>En automédication</i>	75
3.2.	<i>Si le sujet a un traitement spécifique</i>	77
IV.	<u>Efficacité du traitement</u>	79
4.1.	<i>Etes-vous soulagés de manière significative 2 heures après la prise ?</i>	82
4.2.	<i>Votre traitement est-il bien toléré ?</i>	81
4.3.	<i>Utilisez-vous une seule prise médicamenteuse ?</i>	82
4.4.	<i>Reprenez-vous vos activités normalement 2 heures après la prise ?</i>	82
4.5.	<i>Conclusion</i>	82
V.	<u>Raisons pour lesquelles certains migraineux utilisent l'automédication lors d'une crise</u>	83
VI.	<u>Conseils à l'officine</u>	84
6.1.	<i>Règles hygiéno-diététiques</i>	84
6.1.1.	Le sommeil	85

6.1.2.	L'alimentation	85
6.1.3.	L'activité physique	85
6.1.4.	Le tabac	86
6.1.5.	Autres	86
6.2.	<i>Des gestes simples</i>	86
6.3.	<i>Conseils sur la prise des médicaments de crise</i>	87
6.3.1.	Crise de migraine et automédication	87
6.3.2.	Choix du traitement de crise	87
6.3.3.	Choix de la voie d'administration, recherche de la dose optimale	89
6.3.4.	Posologies maximales	89
6.3.5.	Plan de prise	90
6.3.6.	Moment de la prise	91
6.4.	<i>Stratégie thérapeutique</i>	91
6.4.1.	Tenir un agenda des crises	91
6.4.2.	Expliquer le traitement de fond à un sujet migraineux	92
6.4.3.	Savoir reconnaître les signes qui doivent orienter vers un médecin	94
CONCLUSION		95

INTRODUCTION

La migraine a été décrite pour la première fois par Hippocrate (400 ans avant Jésus-Christ). Son nom provient du terme « hemikrania » en grec « moitié du crâne » utilisé par Gallien, médecin grec, au II^{ème} siècle après Jésus-Christ ; le terme français de « migraine » est apparu au XVIII^{ème} siècle et prévaut depuis. Il faudra attendre la fin du XIX^{ème} siècle pour voir apparaître des ouvrages traitant spécifiquement de la migraine.

La migraine est une maladie que l'on retrouve fréquemment en officine, sans gravité mais souvent très handicapante. Les migraineux ont pourtant peu recours au système de soins et beaucoup traitent leurs crises par automédication. Le plus souvent mal informés et fatalistes, ils utilisent de façon très variable les médicaments de la crise. Dans cette thèse, nous nous focaliserons principalement sur la prise en charge des crises de migraine, car l'équipe officinale a une place importante à prendre à ce niveau. En effet, informer, donner des conseils adaptés, analyser les plaintes des patients et leur proposer une éducation thérapeutique sont des activités phares du métier de pharmacien. Certaines mesures préventives, pharmacologiques ou non, des règles hygiéno-diététiques, ou encore des informations sur les modalités de prise des antimigraineux peuvent réduire fréquence et sévérité des crises. Ces dispositions sont trop souvent mal connues des migraineux et des professionnels de santé alors qu'elles permettraient d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie des migraineux. Pour nous aider à mieux cibler les habitudes des sujets migraineux lors de leurs crises, une enquête a été réalisée auprès de patients migraineux afin d'optimiser leur suivi thérapeutique.

Dans un premier temps, nous ferons un rappel des données théoriques actuelles sur la maladie migraineuse : clinique, diagnostique, traitements. Ensuite nous montrerons comment les migraineux prennent en charge leur crise grâce à une petite enquête réalisée en officine ; avant de rappeler tous les conseils que peut donner le pharmacien à ses patients souffrant de crises de migraine.

PREMIERE PARTIE :
GENERALITES SUR LA PATHOLOGIE

I. Définition

La migraine est une maladie chronique se manifestant par des céphalées d'intensité variable survenant par crises entre lesquelles le patient est asymptomatique.

La fréquence des crises est très variable d'un individu à l'autre, pouvant aller de deux ou trois crises par semaine à une ou deux par an ; les crises diffèrent également chez un même migraineux au cours de son existence.

La crise de migraine est caractérisée par une douleur intense unilatérale et pulsatile, elle est la plupart du temps accompagnée de nausées et vomissements ainsi que de photophobie et phonophobie. La douleur migraineuse est le plus souvent localisée dans la région antérieure, frontotemporale mais elle commence et prédomine parfois dans la région occipitale ou la nuque.

La céphalée s'installe progressivement à n'importe quel moment de la journée, elle débute fréquemment la nuit ou au petit matin et réveille le patient par un mal de tête important. Si la crise commence dans la journée, la douleur atteint son paroxysme en 2 à 4 heures.

La crise de migraine peut durer de 4 à 72 heures sans traitement symptomatique; si elle est supérieure à 72 heures, on parle alors de mal migraineux.

La migraine est une pathologie bénigne mais elle peut devenir handicapante et altérer considérablement la qualité de vie des patients, perturber leurs relations sociales et avoir des répercussions sur les activités professionnelles.

II. Impact sur la société

La migraine, en raison de l'intensité potentielle des symptômes, du caractère imprévisible et de l'installation rapide des crises, est une maladie dont le retentissement sur la vie individuelle, sociale, familiale et professionnelle, et indirectement sur la collectivité, de par sa charge économique, est très important. [1]

2.1. *Altération de la qualité de vie*

Une crise de migraine est caractérisée par plusieurs symptômes déplaisants : la douleur d'intensité modérée à sévère ; les nausées et vomissements qui accompagnent souvent une crise, ainsi qu'une intolérance au bruit et/ou à la lumière. Ces crises sont à l'origine d'un handicap important, pouvant aller jusqu'à rendre toute activité impossible et obliger le sujet à s'allonger à l'abri de toute stimulation. Entre les crises généralement imprévisibles, le patient vit dans la crainte d'une nouvelle crise et du handicap qu'elle provoque. La peur de la crise est telle que les sujets limitent volontairement leurs activités et sorties, et cherchent à éviter tout facteur qui pourrait déclencher une crise.

Plusieurs échelles plus ou moins spécifiques à la migraine permettent d'évaluer l'altération de la qualité de vie due à la maladie ; parmi les plus courantes, on retrouve :

- Les échelles SF-36 et SF-12 (abrégée de la SF-36) sont non spécifiques à la migraine, elles apprécient la qualité de vie du sujet quelque soit la pathologie étudiée. Elles permettent de comparer le handicap ressenti entre différentes maladies.
- L'échelle MIDAS « *Migraine Disability Assessment Scale* », permet d'estimer l'impact de la migraine sur l'activité quotidienne. Elle évalue sur un trimestre le temps perdu à cause des crises de migraine dans les activités professionnelles, familiales ou sociales. Le score MIDAS est gradué de I (pas de handicap) à IV (handicap sévère).
- Le questionnaire MSQol « *Migraine Specific Quality of Life* » sert à mesurer les effets à long terme de la migraine et de ses traitements sur la qualité de vie dans les domaines physique, émotionnel et social.
- Plus récemment a été développé l'HIT-6 « *Headache Impact Test* » permettant d'appréhender globalement l'impact de la migraine. En effet cette échelle évalue simultanément la qualité de vie et l'incapacité, mais aussi le retentissement ponctuel des crises et l'impact émotionnel de la répétition des crises.

Ces échelles permettent de constater que la migraine provoque un impact négatif plus important sur les activités quotidiennes, sociales ou sur la santé mentale par rapport à d'autres

pathologies chroniques comme le diabète ou l'Angor. Plus de 85% des migraineux estiment que leur maladie représente un handicap, limitant le rendement professionnel, réduisant les activités de loisirs et retentissant sur leur vie familiale. [4]

2.1.1. Retentissement sur la vie familiale

L'enquête épidémiologique Framig 3 réalisée en France en 2004 sur la migraine montre que cette maladie a un impact important sur le sujet mais aussi sur son entourage. Les crises de migraine empêcheraient toute activité sociale ou familiale pendant 2 jours, en moyenne, sur les trois derniers mois. Par ailleurs, les activités domestiques seraient réduites d'au moins 50% pendant 3,8 jours, en moyenne, au cours du dernier semestre.

Ces résultats confirment le fait que les conséquences familiales et sociales induites par la migraine sont réelles. D'autres études ont montré que la migraine affecterait également la vie de couple et la vie sexuelle (mésentente plus importante, diminution de la fréquence et de la qualité des rapports sexuels chez les couples dont l'un au moins est migraineux). [5]

2.1.2. Retentissement sur la vie scolaire et professionnelle

Une étude française portant sur l'épidémiologie de la migraine chez l'enfant âgé de 5 à 12 ans et scolarisé à Paris comprenant 1810 enfants réalisée par l'hôpital Armand TROUSSEAU montre que la crise de migraine perturbe le jeu dans 84% des cas et le travail scolaire dans 54% des cas. D'autre part, la migraine a aussi un impact sur l'absentéisme scolaire ; les enfants migraineux manqueraient 7,8 jours d'école par an contre 3,8 jours pour les non-migraineux.

Chez les adultes, le nombre de jours de travail perdus du fait d'une crise de migraine varient entre 1,5 et 8 jours par an et par individu en fonction des études. Au total, on estime que la migraine est responsable de la perte de 15 millions de jours de travail chaque année. A cause de l'absentéisme plus élevé chez un migraineux et de la perte de productivité lors d'une crise ; ses opportunités et possibilités de promotion seraient réduites par rapport à un sujet non-migraineux. [1, 3]

2.2. *Conséquences socio-économiques*

A cause du handicap que la migraine provoque et compte tenu du fait qu'elle touche une importante proportion de la population active, cette pathologie représente une charge financière importante pour la société. Pour estimer l'impact socio-économique de la migraine, il faut additionner les coûts directs (consultations, hospitalisations, médicaments), et les coûts indirects (baisse de productivité, indemnités journalières en cas d'arrêt de travail).

En France, d'après une étude comportant une analyse économique, le coût total annuel du fait de la migraine reviendrait à 405€ par patient ; dont 66€ de coût médical direct et 338€ de coût lié à l'absentéisme au travail. [2]

III. Clinique

Il existe plusieurs types de migraines dont les plus fréquentes sont la migraine sans aura (ou migraine commune) et la migraine avec aura. Différents types de migraine peuvent coexister chez un même patient. Les critères de diagnostic de la migraine ont été définis en 1988 par L'*International Headache Society (IHS)* et révisés en 2004. Ils permettent de poser un diagnostic spécifique et fiable de la migraine.

3.1. *Migraine typique*

3.1.1. Migraine sans aura

La migraine sans aura est la plus fréquente des migraines, on la retrouve dans 80 à 90% des cas. Pour poser le diagnostic de migraine sans aura, il est nécessaire d'avoir 5 crises selon les critères de l'IHS. Ces critères qui définissent la migraine commune sont indiqués dans le *tableau 1*. [6, 7]

<p>A. Au moins 5 crises répondant aux critères B à D.</p> <p>B. Crises de céphalées durant de 4 à 72 heures (sans traitement)</p> <p>C. Céphalées ayant au moins deux des caractéristiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unilatérale ; - Pulsatile ; - Modérée ou sévère ; - Aggravation par les activités physiques de routine, telles que montée ou descente d'escaliers. <p>D. Durant les céphalées au moins l'un des caractères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nausée et/ou vomissement ; - Photophobie et phonophobie. <p>E. L'examen doit être normal entre les crises. En cas de doute, un désordre organique doit être éliminé par les investigations complémentaires appropriées.</p>

Tableau 1 : Critères IHS de la migraine sans aura (code 1.1). [12]

3.1.1.1. Caractéristiques de la céphalée

La céphalée peut débuter à tout moment de la journée, elle commence le plus souvent la nuit ou au petit matin et atteint son intensité maximum en 2 à 4 heures ; elle se résout spontanément, en l'absence de traitement, en 4 à 72 heures. La céphalée ne s'installe jamais de manière brutale mais de manière progressive.

La douleur est typiquement unilatérale mais elle peut irradier et être diffuse ; l'hémisphère concerné peut changer selon les crises. La douleur siège le plus souvent dans la région antérieure, frontotemporale, mais elle débute et prédomine parfois dans la région occipitale ou la nuque.

La céphalée migraineuse est le plus souvent pulsatile, elle est décrite par le patient comme un cœur qui bat dans la tête ou des coups de marteau. Cependant ce caractère pulsatile n'apparaît parfois qu'à l'effort ou lorsque la crise atteint son paroxysme. Dans certaines crises de migraine, la céphalée est continue et est alors décrite comme une sensation de serrement ou d'écrasement.

L'intensité de la douleur varie d'un sujet à l'autre, mais aussi chez un même sujet d'une crise à l'autre. Près des trois quarts des patients présentent une douleur sévère ou très sévère, cotée à 7 ou 8 sur une échelle de 0 à 10.

L'exacerbation de la douleur par les mouvements, les efforts même minimales, est un des critères de l'IHS. En revanche, le repos, l'immobilité, l'occlusion des yeux diminuent l'intensité de la douleur. Dans environ un tiers des crises, le patient doit arrêter son activité et s'aliter. [1, 6, 8]

3.1.1.2. Signes d'accompagnements

Les nausées accompagnent la céphalée dans près de 90% des crises ; les vomissements interviennent plus rarement et leur fréquence diminue après quelques années d'évolution de la maladie. Néanmoins les signes d'accompagnement digestifs gênent l'absorption des médicaments et contribuent à la sévérité de la crise car ils altèrent la qualité de vie.

Le migraineux est souvent gêné par la lumière, le bruit et les odeurs ; sa douleur est accentuée par la lumière, même dans des conditions d'éclairage habituelles ou par le bruit, y compris à des niveaux sonores ordinaires. Spontanément, les patients se retirent si possible dans une pièce calme et semi-obscur. Ces signes sensoriels sont inconstants et sont également moins marqués avec l'évolution de la maladie.

De nombreux autres signes cliniques peuvent être associés à la crise de migraine : pâleur du visage, hypotension orthostatique, vertiges, vision floue, asthénie intense, larmoiement ou écoulement nasal, somnolence, irritabilité, état dépressif transitoire, difficulté de concentration. [1, 6, 8]

3.1.1.3. Prodromes

La crise peut être annoncée par la présence de symptômes prémonitoires : asthénie, somnolence, bâillements, irritabilité, tendance dépressive ou au contraire sentiment d'euphorie, sensation de faim pour un aliment précis, intolérance à une odeur ou à un parfum. Ces symptômes se présentent dans les 24 heures qui précèdent la crise pour environ 15% des patients.

3.1.2. Migraine avec aura

L'aura est constituée par l'ensemble des signes neurologiques totalement réversibles qui précèdent ou accompagnent la crise de migraine. Une aura survient dans 10 à 20% des crises de migraine. Dans la très grande majorité des cas, ces signes se caractérisent par des critères typiques tels qu'ils ont été définis par l'IHS (*tableau 2*). Ces signes se caractérisent par des troubles visuels bilatéraux, des paresthésies ou engourdissements unilatéraux, une aphasie ou des difficultés de langage inclassables.

A. Au moins deux crises répondent 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 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.

Tableau 2 : Critères IHS de la migraine avec aura (code 1.2). [12]

L'aura se développe graduellement dans le temps et dans l'espace en 4 à 20 minutes, c'est la « marche migraineuse », élément essentiel du diagnostic, qui permet de distinguer l'aura migraineuse d'autres troubles neurologiques. La durée de l'aura est généralement inférieure à 60 minutes, mais plusieurs types d'aura peuvent se succéder ; leur durée respective s'additionnant.

La céphalée s'installe lors de la disparition des signes de l'aura. Parfois un intervalle libre inférieur à une heure entre aura et céphalée existe. Plus rarement, l'aura s'installe en même temps que la céphalée, voire après le début de celle-ci. Dans certains cas, la céphalée est absente, on parle alors d'aura isolée. [1, 6, 7, 8]

3.1.2.1. Auras visuelles

Les auras visuelles sont les plus fréquentes, elles représentent 90% des auras migraineuses. De plus, 99% des auras comportent des signes visuels ; ainsi les auras sensitives ou aphasiques sont dans la majorité des cas, associées à des troubles visuels.

Les deux manifestations visuelles les plus fréquentes sont le scotome scintillant et les phosphènes.

Le scotome scintillant est typique de la migraine et se caractérise par une zone aveugle dans le champ visuel, bordé d'un arc scintillant dessinant une ligne hachurée. Il est au début tout petit et près du point de fixation central, puis se développe progressivement vers la périphérie du champ visuel pour envahir en 10 à 30 minutes la totalité de l'hémichamp visuel (*figure 1*). Ces symptômes persistent les yeux fermés et touchent de façon identique la vision des deux yeux. A la fin de l'aura, le scotome disparaît progressivement en sens inverse de sa formation.

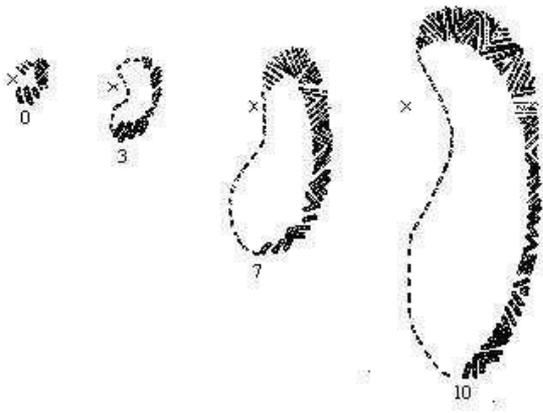


Figure 1 : Evolution temporelle du scotome visuel migraineux (dessin original de Lashley). [9]

X : point de fixation

Les chiffres représentent le temps en minute

Les phosphènes sont des tâches lumineuses scintillantes noires et blanches ou plus rarement colorées, décrites comme des zigzags, des étoiles ou des flashes répétés, se transformant parfois en scotome. Ces phénomènes lumineux ont le plus souvent une topographie latérale homonyme, mais affectent parfois l'ensemble du champ visuel ou se déplacent d'un champ visuel à l'autre.

3.1.2.2. Auras sensitives

L'aura sensitive consiste en des paresthésies, à type de fourmillements ou d'engourdissements débutant à la main, parfois à un doigt puis successivement aux autres, s'étendant à l'avant-bras puis gagnant l'hémiface homolatérale, prédominant sur le contour des lèvres, la joue et la langue. La progression est lente et l'extension maximale se fait en une dizaine de minutes.

3.1.2.3. Auras aphasiques

Les troubles du langage sont dans la majorité des cas associés aux troubles visuels et sensitifs. Ils sont caractérisés par des difficultés d'élocution (dysarthrie), des difficultés à choisir ses mots et à les combiner pour construire des phrases (aphasie) ou encore par des troubles de la lecture ou de la compréhension.

3.2. *Migraine atypique*

Les migraines atypiques sont beaucoup plus rares que les migraines précédemment décrites et exigent donc une grande vigilance. Ces formes de migraine nécessitent des examens complémentaires pour confirmer le diagnostic.

3.2.1. Auras atypiques

3.2.1.1. Auras visuelles ou sensorielles atypiques

Elles sont de différentes formes : les objets ou les sujets peuvent être vus déformés ou leur taille modifiée (micropsie ou macropsie) ; ils peuvent être entourés d'un liseré lumineux, animés de mouvements, multipliés ou encore il peut y avoir une persévération visuelle de l'objet qui a disparu du champ de vision ou une vision en mosaïque ; le champ visuel peut être inversé (le plafond à la place du plancher) ; la vision en couleur peut disparaître...

Dans les auras sensorielles atypiques, il peut aussi y avoir des troubles de la perception du schéma corporel, tout ou une partie du corps apparaît rétréci, allongé, déformé ; le patient peut avoir l'impression d'un dédoublement de son corps ou même d'être en dehors de son corps.

Un certain nombre de ces hallucinations visuelles complexes sont retrouvées dans le conte « Alice au pays des merveilles » dont l'auteur Lewis Carroll aurait été lui-même migraineux.

3.2.1.2. Auras avec troubles cognitifs

Un syndrome confusionnel aigu peut survenir au cours d'une crise de migraine, notamment chez l'enfant, se manifestant par une désorientation temporo-spatiale, des troubles du comportement avec agitation agressive ou perplexité.

L'accès dure de 2 à 24 heures et se termine habituellement par une phase de sommeil profond.

3.2.1.3. Auras atypiques avec signes moteurs

Un déficit moteur unilatéral à type d'hémiplégie, voire d'hémi-parésie, est une forme rare d'aura migraineuse. Il s'associe le plus souvent à des auras visuelles, sensitives ou aphasiques typiques.

3.2.2. Migraine basilaire

A. Au moins deux crises remplissent les critères B à D

B. L'aura consiste en au moins deux des symptômes totalement réversibles suivants, mais sans déficit moteur :

- Dysarthrie
- Vertige
- Bourdonnements d'oreille
- Hypoacousie
- Diplopie
- Symptômes visuels dans simultanément les deux champs temporaux et nasaux des deux yeux
- Ataxie
- Baisse du niveau de conscience
- Paresthésies bilatérales simultanées

C. Au moins un des caractères suivants est présent :

- Au moins un des symptômes de l'aura se développe progressivement en 5 minutes ou plus et/ou les différents symptômes de l'aura surviennent successivement en 5 minutes ou plus
- La durée de chaque symptôme est supérieure ou égale à 5 minutes et inférieure ou égale à 60 minutes

D. La céphalée remplissant les critères B à D de Migraine sans aura (code 1.1) commence durant l'aura ou suit dans les 60 minutes le début de l'aura.

E. Pas d'autre cause n'est identifiée

Tableau 3 : Critères IHS de migraine de type basilaire (code 1.2.6). [12]

Il s'agit d'une migraine qui se voit essentiellement chez l'adulte jeune. La migraine basilaire postérieure se caractérise par la survenue de symptômes dus à une perturbation du fonctionnement du tronc basilaire (partie du système nerveux central situé en dessous du cerveau), notamment la survenue de vertiges.

Les céphalées sont précédées d'une aura qui évoque une atteinte du territoire vascularisé par les vaisseaux de chaque côté des vertèbres et du cou.

Les symptômes visuels ou sensitifs de la migraine basilaire sont bilatéraux : paresthésies des quatre membres, perturbations des deux héli-champs visuels ; ce qui la différencie de l'aura typique. D'autres symptômes peuvent intervenir tels que des vertiges, une ataxie, une baisse du niveau de conscience, des acouphènes, une diplopie... [1, 10]

3.2.3. Migraine hémiplégique

Il s'agit d'une variété rare de migraine. On différencie la migraine hémiplégique familiale (MHF) de la migraine hémiplégique sporadique (MHS) par la présence dans la MHF d'antécédents familiaux ; dans la MHS, on ne retrouve aucun apparenté atteint. La MHF est l'unique variété de migraine pour laquelle un mode de transmission monogénique, autosomique dominant, a été clairement établi. La prévalence de la migraine hémiplégique est de 1 sur 10 000, avec une fréquence égale des cas sporadiques et familiaux.

La migraine hémiplégique est caractérisée par un déficit moteur au cours de l'aura, associé à au moins un autre symptôme typique d'aura migraineuse, les plus fréquents étant les troubles sensitifs, visuels et du langage. Le déficit moteur est d'intensité variable, allant de la simple lourdeur à l'hémiplégie flasque ; s'installant progressivement. La durée moyenne de l'aura est d'une heure à six heures, mais peut varier de dix minutes à deux ou trois jours.

Environ 40% des patients présentent au moins un épisode atypique plus sévère que leurs crises habituelles. L'aura est alors prolongée (jusqu'à plusieurs semaines) et est associée à une confusion, une hyperthermie (jusqu'à 41°C), des signes méningés, ainsi que des troubles de la conscience allant de l'obnubilation au coma profond. Ces symptômes nécessitent la réalisation systématique d'exams complémentaires pour rechercher et éliminer toute autre cause.

Les symptômes régressent le plus souvent spontanément en quelques jours ou quelques semaines, sans séquelles cliniques ni radiologiques.

Une céphalée remplissant les critères de migraine sans aura commence durant l'aura ou suivant l'aura dans les 60 minutes et dure de quelques heures à quelques jours. [15]

3.2.4. Migraine rétinienne

- | |
|---|
| <p>A. Au moins deux crises remplissant les critères B et C</p> <p>B. Phénomènes visuels monoculaires totalement réversibles positifs et/ou négatifs (scintillements, scotome ou cécité) confirmés par l'examen au cours d'une crise ou dessinés par le patient (après avoir donné des instructions précises)</p> <p>C. Une céphalée remplissant les critères B à D de <i>Migraine sans aura</i> (code 1.1) commence durant les symptômes visuels ou les suit dans un intervalle de temps de 60 minutes.</p> <p>D. Examen ophtalmologique normal entre les crises</p> <p>E. Symptômes non attribués à une autre affection.</p> |
|---|

Tableau 4 : Critères diagnostiques IHS de migraine rétinienne (code 1.4)

La migraine rétinienne provoque un trouble visuel monoculaire, évoluant par crises répétées, comportant des scintillements, un scotome ou une cécité, associé à une céphalée migraineuse.

Il s'agit d'une forme extrêmement rare, dont le caractère monoculaire ne peut être authentifié que si le patient a pensé à fermer un œil puis l'autre lors d'une crise ou si il a pu être examiné au cours de l'une d'elle.

3.2.5. Migraine cervicale

Elle fait suite à un traumatisme. Par compression de l'artère vertébrale, de violentes céphalées apparaissent au niveau de la nuque et de la région occipitale.

3.3. *Complications*

Les complications de la migraine selon l'IHS sont les suivantes :

- La migraine chronique (code 1.5.1)
- L'état de mal migraineux (code 1.5.2)
- L'aura persistante sans infarctus (code 1.5.3)
- L'infarctus migraineux (code 1.5.4)
- La crise d'épilepsie déclenchée par la migraine (code 1.5.5)

3.3.1. Migraine chronique

La notion de migraine chronique apparaît dans la classification de l'IHS en 2006 ; elle se caractérise par des céphalées présentes plus de quinze jours par mois, pendant au moins trois mois, répondant aux critères de la migraine sans aura ou aux traitements spécifiques de la migraine.

La migraine chronique est à différencier de la migraine avec abus médicamenteux, autre variété beaucoup plus fréquente de migraine, se transformant en céphalée quotidienne ou quasi quotidienne. [11]

3.3.2. Etat de mal migraineux

Le mal migraineux se caractérise par la survenue de céphalées continues ; la crise dure plus de 72 heures ou plusieurs crises se succèdent laissant un intervalle entre deux crises de moins de quatre heures. A part la durée, tous les critères de la crise de migraine sans aura sont présents.

La céphalée peut durer une semaine ou plus ; le plus souvent elle survient suite à un abus d'antalgiques ou d'antimigraineux de crise, mais elle peut aussi survenir de façon totalement imprévisible. En cas d'abus médicamenteux, l'état de mal est considéré comme une céphalée de rebond prolongée. [1, 6]

3.3.3. Aura persistante sans infarctus

Dans la migraine avec aura persistante sans infarctus, le ou les signes visuels ou neurologiques persistent plus de sept jours, sans signes radiologiques d'infarctus. Hormis la durée de l'aura, celle-ci est typique dans ses signes cliniques : scotome scintillant, phosphènes d'installation progressive parfois accompagnés d'aura sensitive et aphasique ; elle survient chez un sujet possédant des antécédents de migraine avec aura typique.

Les auras persistantes sont difficiles à diagnostiquer et nécessitent des examens complémentaires pour éliminer toute autre affection. [1, 6]

3.3.4. Infarctus migraineux

On parle d'infarctus migraineux, lorsque chez un patient ayant une migraine avec aura, les symptômes de l'aura ne sont plus réversibles et s'accompagnent d'un infarctus cérébral dans une zone correspondant aux symptômes. L'infarctus cérébral est confirmé par la pratique d'un scanner ou d'une IRM. [1, 6]

3.3.5. Epilepsie déclenchée par la migraine

On utilise le terme de migralepsie pour désigner des crises d'épilepsie survenant entre l'aura migraineuse et la céphalée de la migraine. Dans cette affection, une crise d'épilepsie typique survient durant l'aura ou dans un intervalle de temps d'une heure après l'aura migraineuse. [1, 6]

3.4. *Cas particuliers*

3.4.1. Migraine chez l'enfant

La migraine est la céphalée primaire la plus souvent retrouvée chez l'enfant. La prévalence de cette pathologie se situe entre 5 et 10% chez l'enfant avec un sex ratio de 1 avant la puberté.

Les critères de diagnostic de la migraine chez l'enfant sont spécifiques (tableau 5) ; ils diffèrent de ceux de l'adulte par quelques points :

- Le seuil de la durée des crises est plus court, il est fixé à 1 heure chez l'enfant contre 4 chez l'adulte.
- La céphalée est le plus souvent frontale et/ou bilatérale, contrairement à l'unilatéralité observée chez l'adulte.

A. Au moins 5 crises répondent aux critères B à D.

B. Crise d'une durée de 1 heure à 48 heures.

C. La céphalée présente au moins deux des caractéristiques suivantes :

- Localisation bilatérale ;
- Pulsatile ;
- Intensité modérée à sévère ;
- Aggravation par l'activité physique

D. Durant la céphalée, au moins une des caractéristiques suivantes est présente :

- Nausée ou vomissement
- Photophobie ou phonophobie

E. Exclusion par l'anamnèse, l'examen clinique et neurologique, éventuellement par des examens complémentaires, d'une maladie organique pouvant être la cause de céphalées.

Tableau 5 : Critères diagnostiques de migraine sans aura de l'IHS (actualisation 2004).

La migraine est une céphalée sévère évoluant par crises stéréotypées avec souvent des signes digestifs marqués, un caractère pulsatile et une pâleur importante avec des cernes oculaires. Comme chez l'adulte, on retrouve fréquemment une phono et photophobie.

L'intensité douloureuse est élevée, les enfants arrêtent souvent leur activité, pleurent dans la moitié des cas. Dans la majorité des migraines de l'enfant, le sommeil est réparateur.

La migraine n'est pas une maladie psychologique même si on retrouve souvent des facteurs déclenchants de nature psychologique (pression scolaire, contrariétés) et qu'on note une baisse de la fréquence des crises en vacances. [3, 13]

3.4.2. Migraine chez la femme enceinte

Chez la grande majorité des femmes (55 à 90%), la migraine s'atténue pendant la grossesse, surtout chez les femmes souffrant de crises cataméniales ; cette amélioration s'observe surtout lors des deuxième et troisième trimestres de grossesse. Cependant pour 3 à 7% des migraineuses, la migraine reste inchangée ou s'aggrave durant la grossesse.

Une première crise de migraine, le plus souvent avec aura peut survenir durant la grossesse.

L'élévation du taux d'œstrogène au cours de la grossesse expliquerait l'amélioration de la migraine. [1, 6]

IV. Le diagnostic

4.1. Interrogatoire

L'interrogatoire est indispensable au diagnostic de migraine car le patient est le plus souvent vu à distance d'une crise alors qu'il est asymptomatique. Il est alors recommandé d'utiliser les critères diagnostiques établis par l'IHS. Ce diagnostic clinique repose sur le trépied suivant :

- Une évolution par crises récurrentes, séparées par des intervalles libres de toute douleur ;
- Des caractéristiques sémiologiques propres ;
- Un examen clinique normal.

Les critères diagnostiques de l'IHS sont simples à utiliser, ils permettent un diagnostic purement clinique dans la plus grande majorité des cas. Il est recommandé de les utiliser de façon systématique dans la pratique quotidienne.

Aucun examen clinique biologique, aucune donnée de neuro-imagerie, aucun test électrophysiologique ne permet de confirmer le diagnostic clinique.

La classification de l'IHS a une bonne spécificité (supérieure à 90%), mais sa sensibilité est relativement faible. En effet, la proportion de sujets diagnostiqués par un neurologue comme migraineux qui ne sont pas identifiés par les critères de l'IHS peut dépasser 40%. Ainsi, pour ne pas priver certains patients d'une prise en charge adaptée, l'IHS propose une catégorie de *migraine probable* (code IHS 1.6) pour les sujets remplissant tous les critères de la migraine sauf un. [14]

4.2. Examens complémentaires

La migraine avec ou sans aura typique est facile à reconnaître et à diagnostiquer ; elle ne nécessite pas d'examens complémentaires.

Les examens complémentaires (scanner, IRM, électroencéphalogramme) sont utiles lorsqu'il existe un doute sur le diagnostic, ils permettent d'éliminer des céphalées secondaires ressemblant à des crises de migraine, et parfois à calmer l'angoisse d'un patient.

D'autre part, lors d'une première crise de migraine sévère ou atypique, le diagnostic peut se révéler difficile à poser. En effet, les éléments cliniques, l'évolution favorable sont des éléments importants du diagnostic, mais dans certains cas, les examens complémentaires (ponction lombaire, scanner) sont nécessaires pour éliminer formellement d'autres causes de céphalées aiguës, en particulier une hémorragie méningée ou une méningite.

4.3. Diagnostic différentiel

4.3.1. Céphalée de tension

Les céphalées de tension sont la cause de céphalées la plus fréquente dans la population générale. Les céphalées, dites de tension, ont des caractéristiques différentes de celles de la migraine.

Dans les céphalées de tension, la tête semble comme serrée dans un étau ; la douleur est, dans la majorité des cas, bilatérale, d'intensité moyenne, avec peu ou pas de signes digestifs. Elle peut être épisodique ou chronique, et s'accompagner d'une tension des muscles de la nuque.

Ces céphalées surviennent généralement chez un sujet en état de tension psychique excessive liée au surmenage ou au stress.

	Migraine	Céphalée de Tension
Durée	Crise de 4 à 72 heures	De 30 minutes à 7 jours
Caractéristiques de la douleur (au moins 2 critères)	Unilatérale Pulsatile D'intensité modérée à sévère (empêche l'activité normale) Aggravée par le mouvement	Bilatérale Constrictive D'intensité légère à modérée (permet l'activité normale) Non aggravée par le mouvement
Symptômes associés (au moins 1)	Nausées et/ou vomissements Nette intolérance à la lumière et au bruit	Pas de nausées ni de vomissements Légère intolérance à la lumière et au bruit
Condition nécessaire	Examen neurologique normal	Examen neurologique normal

Tableau 6 : Diagnostic différentiel entre migraine et céphalée de tension

La coexistence chez une même personne de migraines et de céphalées de tension est possible. [17]

4.3.2. Algie vasculaire de la face

Contrairement à la migraine, l'algie vasculaire de la face ou Céphalée de Horton touche préférentiellement les hommes (6 hommes pour 1 femme) d'une trentaine d'années ; par ailleurs, il n'existe pas de caractère familial dans cette pathologie.

Les crises de céphalées sont intenses et d'emblée très violentes, elles atteignent leur paroxysme en quelques minutes puis disparaissent complètement en 30 à 180 minutes sans traitement. Elles sont strictement unilatérales, de topographie orbitaire, supra-orbitaire et/ou temporale. La plupart du temps la céphalée est associée à un ou plusieurs des symptômes suivants : injection conjonctivale, larmoiement, obstruction nasale ou rhinorée, sudation du front et de la face, œdème de la paupière. [12]

4.3.3. Névralgie du trijumeau

Elle est plus fréquente chez les femmes, surtout celles âgées de plus de 50 ans ; et sa fréquence augmente avec l'âge.

Elle est caractérisée par des épisodes de douleurs paroxystiques à type de brûlures ou de décharges électriques durant quelques secondes. La douleur est très intense et unilatérale, elle touche une partie du visage correspondant à l'un des territoires sensitifs du nerf trijumeau (zone ophtalmique, maxillaire ou mandibulaire). Il existe une « zone gâchette » ou « trigger zone » connue du patient qui déclenche la crise par des stimulations faibles (effleurement, mastication, sourire) alors qu'une stimulation plus forte ne déclenche pas de crise. [1]

V. Physiopathologie

Les mécanismes de la migraine sont complexes et encore incomplètement élucidés mais ces dernières années, des avancées significatives ont été réalisées. Les crises migraineuses relèveraient de l'intrication de phénomènes vasculaires et neuronaux.

Sous l'effet de facteurs déclenchant (lumière, stress, fatigue...), les afférences du nerf trijumeau innervant les vaisseaux sanguins des méninges, stimulées par la sérotonine, libèrent divers neurotransmetteurs. Ces neuropeptides pro-inflammatoires et algogènes provoquent une vasodilatation artérielle et une inflammation à l'origine de la douleur.

Au cours de la crise migraineuse, des neurotransmetteurs entrent en jeu ; parmi eux, la sérotonine aurait un rôle important. Dans un premier temps, lors de la phase prodromique, il y aurait une libération massive de la sérotonine plaquettaire qui provoquerait la vasoconstriction des vaisseaux méningés ; cette phase est non douloureuse. Dans un second temps, la

dégradation rapide de la sérotonine conduirait à une vasodilatation artérielle, partiellement responsable de la douleur.

Pour 10 à 20% des crises de migraine, on observe une « aura » ; c'est un trouble neurologique indolore, lentement progressif et totalement réversible. Cette phase de l'aura serait due à un dysfonctionnement du cortex cérébral au cours duquel les neurones de certaines zones se dépolarisent puis leur activité électrique disparaît alors qu'une réduction du débit sanguin local de 20 à 30% se produit.

Depuis quelques années, on étudie aussi la génétique ; des études ont prouvé l'existence d'une variété héréditaire de migraine, la migraine hémiplésique familiale (MHF). C'est la seule variété de migraine qui se transmet sur un mode autosomique dominant. Les 3 gènes connus impliqués dans la MHF codent pour des transporteurs ioniques, leurs mutations sont responsables d'une hyperexcitabilité cérébrale. Des études pour approfondir les connaissances sur cette variété de migraine sont en cours. [51, 52]

VI. Les facteurs déclenchant

Les facteurs déclenchant ne sont pas la cause de la migraine mais ce sont des éléments susceptibles de provoquer une crise de migraine. En évitant ces facteurs, on peut diminuer l'intensité et la fréquence des crises.

La plupart des sujets migraineux décrivent plusieurs facteurs à l'origine de leurs crises ; il est rare que les crises soient déclenchées par un facteur unique. Les facteurs déclenchant sont nombreux et variables selon les patients et d'une crise à l'autre chez un même patient, mais la crise peut aussi survenir sans aucune raison particulière, de façon imprévisible. Par ailleurs, un facteur donné peut ne pas déclencher systématiquement une crise.

6.1. Facteurs psychologiques

Le stress, l'anxiété, les contrariétés sont les facteurs déclencheurs de crise les plus fréquemment retrouvés chez les migraineux. En effet, le stress de la vie quotidienne, les obligations familiales, professionnelles ou scolaires sont autant d'éléments qui empêchent le

sujet de vivre à son propre rythme et qui le mettent en permanence sous contrainte provoquant ainsi des crises de migraine. Les situations de conflits, les agressions verbales, les soucis répétés sont aussi cités comme des facteurs pouvant déclencher des crises.

Les facteurs émotionnels positifs tels qu'un événement heureux, une joie intense peuvent aussi, chez certaines personnes, provoquer une crise de migraine.

6.2. Rythme de vie

Les migraineux sont très sensibles à toutes les variations pouvant modifier leur rythme de vie.

Ainsi les fluctuations du temps de sommeil (grasse matinée ou soirée prolongée) ; les changements de rythme de vie comme les week-ends ou les départs en vacances, un surcroît ou relâchement d'activité professionnelle ainsi qu'une activité physique peu habituelle sont des facteurs déclencheurs communs d'une crise de migraine.

Les sujets migraineux doivent essayer d'adopter, dans la mesure du possible, une certaine routine dans leur quotidien ; d'avoir un sommeil régulier, de se coucher tous les jours à peu près à la même heure et d'avoir un nombre d'heure de sommeil similaire chaque nuit.

6.3. Facteurs alimentaires

Les variations du comportement alimentaire dans un sens ou dans l'autre (excès ou repas sauté) sont beaucoup plus importantes dans la survenue de la crise que la consommation d'un aliment spécifique. Des études ont montré que le jeûne ou l'hypoglycémie peuvent chez certains sujets déclencher de façon quasi systématique une crise de migraine. Chez ces patients, des repas équilibrés et répartis régulièrement dans la journée permettraient d'éviter bon nombre de crises.

Les aliments à risque les plus cités en France sont le chocolat, les graisses cuites, les œufs ainsi que la charcuterie. Les aliments capables de déclencher une crise de migraine chez un patient sont strictement individuels ; le sujet doit donc repérer le ou les aliments mis en cause et les éviter pour diminuer la fréquence des crises.

Les boissons alcoolisées sont aussi fréquemment retrouvées dans les facteurs déclenchant ; certains migraineux vont jusqu'à s'interdire toute goutte d'alcool car ce n'est pas la quantité qui est en cause mais le fait que l'alcool favorise la libération d'histamine.

Un excès de café ou à l'inverse, une diminution de la consommation de café chez les grands consommateurs sont des facteurs reconnus comme déclencheurs de crise chez certains migraineux.

6.4. Facteurs hormonaux

Il existe des liens étroits entre les hormones féminines et la migraine. En effet, certaines périodes de la vie d'une femme ont une influence positive ou négative sur le déclenchement des crises de migraine, voire sur leur intensité. [1,4]

6.4.1. Migraine et cycle menstruel

10 à 20% des migraineuses voient débuter leur maladie au moment de la puberté. Avant ces modifications hormonales, la migraine touche autant les garçons que les filles ; mais après la puberté, le sex-ratio atteint 2 à 4 femmes pour 1 homme. Cette prépondérance féminine est retrouvée uniquement pour la migraine sans aura ; la prépondérance féminine étant déjà retrouvée dans l'enfance pour la migraine avec aura.

24 à 56% de migraineuses souffrent de migraines menstruelles associées à d'autres crises durant leur cycle ; la migraine menstruelle pure concerne seulement 7% des migraineuses. Les crises menstruelles, aussi appelées crises cataméniales, surviennent dans une période qui va de 2 jours avant le début des règles aux 3 premiers jours de celles-ci. La migraine menstruelle est dite « pure » lorsqu'elle survient au moins lors de deux cycles sur trois et à aucun autre moment du cycle ; elle est appelée « migraine associée aux règles » lorsqu'elle survient au moins deux cycles sur trois et qu'il existe des crises durant le reste du cycle.

Plusieurs études montrent que c'est la chute des œstrogènes lors des règles qui serait le facteur déclenchant des crises menstruelles.

6.4.2. Migraine et contraception orale

La prise de contraceptifs oraux peut aggraver, améliorer ou ne pas modifier une maladie migraineuse. Les crises de migraine peuvent débuter suite à la mise en place de la contraception orale, dans ce cas, l'arrêt de la pilule ne permet pas dans tous les cas de diminuer la fréquence des crises.

L'influence exacte de la composition hormonale de la pilule est mal connue, il faudra rechercher au cas par cas la meilleure solution concernant la contraception afin de ne pas augmenter la fréquence ou la sévérité des crises chez une migraineuse. Cependant on privilégiera les pilules faiblement dosées en œstrogènes chez les migraineuses afin de diminuer le risque vasculaire cérébral ; en effet, migraine (en particulier migraine avec aura) et pilule sont des risques d'accident vasculaire ischémique cérébral.

6.4.3. Migraine et grossesse

L'incidence des crises de migraine varie lors de la grossesse du fait des variations hormonales. Pour 55 à 90% des migraineuses, on observe une diminution de la fréquence des crises voire une rémission complète durant la grossesse ; cette amélioration serait plus nette au cours des deuxième et troisième trimestres et pour les migraines sans aura. Pour 3 à 7% des migraineuses, la fréquence reste inchangée ou s'aggrave durant les grossesses, surtout chez les femmes souffrant de migraines avec aura.

Après l'accouchement, la fréquence des crises redevient la même qu'avant la conception.

6.4.4. Migraine et ménopause

Classiquement la prévalence de la migraine diminue avec l'âge chez l'homme comme chez la femme. Mais chez la majorité des patientes, la migraine s'aggrave durant la période de périménopause (phase de fluctuation hormonale intense) et s'améliore après la ménopause.

Les effets du traitement hormonal substitutif (THS) sur la migraine sont très variables, le nombre de crises suite à la mise en place du THS peut être augmenté, diminué ou

inchangé ; il sera alors nécessaire d'adapter le traitement pour trouver celui qui sera le mieux adapté à la patiente. La migraine n'est pas une contre-indication du THS, qui ne représente pas un facteur de risque vasculaire cérébral.

6.5. Facteurs environnementaux

Les facteurs climatiques tels que les variations de pression atmosphérique, l'altitude, les vents violents, une luminosité intense ou clignotante, les grandes chaleurs ou le froid sont des facteurs susceptibles de déclencher des crises. Ces facteurs se révèlent extrêmement handicapant pour le sujet car il est difficile de les éviter.

Certains facteurs sensoriels sont également répertoriés comme déclencheurs de crises de migraine. En effet certains patients se plaignent de migraines provoquées par des odeurs fortes : parfum, peinture, fumée de cigarettes, produits d'entretien.

6.6. Autres facteurs

D'autres facteurs sont possibles ; ainsi un traumatisme crânien, même minime (par exemple suite à une « tête » d'un footballeur), un effort violent, l'activité sexuelle, ou encore les abus médicamenteux peuvent déclencher une crise de migraine. [1, 4, 16]

VII. Les traitements de la crise

[1, 4, 6, 7, 8, 21, 26]

La migraine est une pathologie caractérisée par des crises récurrentes entre lesquelles le patient est asymptomatique, le traitement des crises intervient donc en premier lieu dans la prise en charge de la migraine. Nous avons décrit précédemment la diversité des crises entre individus, le traitement optimal pourra donc varier d'un sujet à l'autre. Grâce à un traitement bien ajusté, la fréquence et la sévérité des crises diminueront fortement mais elles ne disparaîtront jamais complètement.

Le traitement de la crise fait appel aux antalgiques ou anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), mais aussi à des vasoconstricteurs (dérivés de l'ergot de seigle, triptans) s'opposant à la vasodilatation des vaisseaux méningés, responsable de la douleur migraineuse.

7.1. Traitements de crise non spécifiques

7.1.1. Paracétamol

Chez l'adulte, le paracétamol a été évalué dans deux essais cliniques (Dexter et coll. 1985 ; Boureau et al. 1994), soit en association avec le métoclopramide (1000 mg de paracétamol + 10 mg de métoclopramide), soit avec la codéine (400 mg de paracétamol + 25 mg de codéine). Ces associations se sont montrées supérieures au placebo.

Les preuves de l'efficacité du paracétamol dans le traitement de la crise migraineuse sont faibles, ce qui contraste avec sa très large utilisation, essentiellement en automédication. Cette molécule est largement utilisée par le public car elle est considérée par la majeure partie des patients comme inoffensive ; mais le paracétamol comporte un risque d'hépatotoxicité, rapporté pour des prises supérieures à 10 g/j, ou lors d'un usage répété de posologies plus faibles. Cette surconsommation d'antalgique peut entraîner chez le patient des céphalées chroniques quotidiennes.

7.1.2. Aspirine

Plusieurs études contrôlées contre placebo ont démontré l'efficacité de l'aspirine à des doses de 650 mg à 1000 mg et de l'association aspirine (900 mg) - métoclopramide (10 mg) dans le traitement de la crise migraineuse. Cette association aspirine-métoclopramide a une efficacité supérieure à l'aspirine seule sur les signes digestifs d'accompagnement mais pas sur la céphalée.

En France, est commercialisée la spécialité Migpriv[®] sachets, contenant 900 mg d'aspirine et 10 mg de métoclopramide par unité de prise. Le Migpriv[®] a l'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans l'indication de la crise migraineuse. La posologie maximale est de 3 sachets par jour.

7.1.3. Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

Il s'agit de l'ibuprofène, le kétoprofène, le naproxène, le diclofénac, le flurbiprofène...

L'efficacité des AINS a été démontrée à plusieurs reprises dans différentes études. Il ne semble pas exister d'efficacité croisée entre les différents AINS ; il est recommandé en cas d'inefficacité d'un AINS, d'en essayer un autre. En France, seuls le kétoprofène et l'ibuprofène ont obtenu une AMM dans l'indication migraine ; les autres AINS sont néanmoins utilisés.

Les AINS et l'aspirine ont les mêmes effets indésirables (troubles digestifs et syndrome hémorragique) et sont contre-indiqués chez la femme enceinte à partir du 6^{ème} mois, en cas d'ulcère digestif, d'allergie aux AINS ou d'association aux anticoagulants. Ils sont également contre-indiqués chez les femmes portant un stérilet, car ils en réduisent l'efficacité contraceptive, hormis ceux qui contiennent un progestatif.

7.1.4. Antalgiques opiacés

Il s'agit principalement de la codéine, du tramadol et du dextropoxyphène (molécule retirée du marché le 1^{er} mars 2011) ; aucune étude n'a montré leur utilité dans le traitement de la crise de migraine.

Leurs effets indésirables sont fréquents, à type de somnolence, sensations vertigineuses, nausées et vomissements, qui peuvent être particulièrement marqués chez les migraineux ; de plus ils sont souvent incriminés dans la survenue de céphalées chroniques quotidiennes par abus médicamenteux et peuvent entraîner une pharmacodépendance. Leur utilisation doit donc être évitée au maximum.

7.2. *Traitements de crise spécifiques*

Les crises migraineuses modérées à violentes incomplètement soulagées par les antalgiques non spécifiques doivent être traitées par des antimigraineux spécifiques. Ces derniers sont délivrés uniquement sur ordonnance, ce qui oblige le patient à consulter un médecin pour ses migraines.

7.2.1. Alcaloïdes de l'ergot

Les alcaloïdes de l'ergot de seigle sont des agonistes sérotoninergiques agissant sur les récepteurs 5HT1B et D impliqués dans la migraine. Ils provoquent une vasoconstriction systémique prolongée ; leur action sur les artères cérébrales expliquerait leur activité anti-migraineuse. Mais leur action n'est pas aussi spécifique que celle des triptans car les dérivés de l'ergot de seigle agissent également comme antagoniste dopaminergique (effet émétisant) et antagoniste alpha-adrénergique.

Les alcaloïdes de l'ergot doivent être administrés précocement au début de la crise pour une efficacité maximale.

Les effets indésirables sont les troubles digestifs (nausées et vomissements) très inconfortables et limitant l'utilisation des ergotés, un état de somnolence, des fourmillements aux extrémités et des crampes. L'administration prolongée ou abusive de dérivés ergotés peut conduire à un ergotisme, c'est-à-dire une vasoconstriction sévère pouvant aboutir à une ischémie des extrémités et à une gangrène.

De nombreuses associations médicamenteuses avec les dérivés ergotés sont contre-indiquées liées au risque d'ergotisme. C'est le cas avec les macrolides (tous sauf la spiramycine) et les triptans. Certains traitements de fond, comme le méthysergide et les bêtabloquants, peuvent aussi potentialiser l'effet vasoconstricteur du tartrate d'ergotamine et nécessitent des précautions d'emploi. Les alcaloïdes de l'ergot sont contre-indiqués en cas d'insuffisance coronarienne, d'artériopathie des membres inférieurs, d'hypertension artérielle mal contrôlée, de syndrome de Raynaud, d'insuffisance hépatique et rénale et durant la grossesse et l'allaitement.

Tartrate d'ergotamine

Commercialisé sous le nom de Gynergène caféiné[®], le tartrate d'ergotamine est administré par voie orale. La caféine associée à l'ergotamine dans le Gynergène caféiné[®] améliorerait sa biodisponibilité mais elle peut être à l'origine d'une excitation psychomotrice.

La posologie recommandée en début de crise est de 1 à 2mg ; les posologies maximales sont de 6mg/jour et de 10mg/semaine.

Dihydroergotamine (DHE)

Commercialisée sous le nom de Diergo-Spray[®] pour la voie pernasale et Dihydroergotamine injectable[®] pour la voie parentérale (SC, IM, IV) ; la DHE par voie orale n'est pas utilisée en traitement de crise car sa biodisponibilité per os est faible.

Les doses conseillées sont de 1mg (1 ampoule) par voie injectable avec un maximum de 2mg/24h et de 2mg par voie nasale (une pulvérisation dans chaque narine) en ne dépassant pas 4mg/jour et 24mg/semaine.

En plus des effets indésirables des dérivés ergotés, le Diergo-spray[®], de par sa voie d'administration, expose à des risques d'intolérance locale à type de sensation de nez bouché, d'écoulement nasal ou de perturbation du goût. [8, 19, 20]

7.2.2. Triptans

Ils constituent la référence du traitement de la crise de migraine. Les triptans sont des agonistes sérotoninergiques ; ils agissent sur les récepteurs 5-HT_{1B} dont l'activation entraîne la vasoconstriction des vaisseaux sanguins méningés s'opposant à leur dilatation lors de la crise. Ils activent également les récepteurs 5-HT_{1D}, inhibant la libération des neuropeptides inflammatoires et algogènes.

Les triptans doivent être administrés le plus précocement au moment de la crise et non lors de l'aura car ils risqueraient de potentialiser la vasoconstriction caractéristique de cette phase.

Les effets indésirables des triptans sont généralement mineurs et transitoires (fatigue, somnolence, vertiges, nausées, fourmillements). Ces molécules peuvent également provoquer des troubles circulatoires se traduisant par un « effet triptan », sensation de striction ou de pesanteur de la tête, du cou dans le thorax, des bouffées de chaleur et une élévation de la

tension artérielle. Ces signes traduisant une activité vasoconstrictrice sont bénins et transitoires mais il est essentiel d'en informer le patient.

De par leur action vasoconstrictrice, les triptans sont contre-indiqués en cas d'antécédents d'infarctus du myocarde, d'angor d'effort ou de repos, de syndrome de Raynaud, d'hypertension artérielle non contrôlée et d'antécédents d'infarctus cérébral. Ils sont contre-indiqués en association avec les dérivés ergotés. Par ailleurs, l'association d'un triptan et d'un médicament inhibiteur de la recapture de la sérotonine nécessite des précautions d'emploi car elle peut provoquer un syndrome sérotoninergique (délire, hyperthermie, rigidité musculaire).

Principes actifs	Spécialités	posologie
Almotriptan	Almogran [®] comprimé 12,5 mg	12,5 mg/prise max 25 mg/24 heures
Elétriptan	Relpax [®] comprimé 20 ou 40 mg	20 à 40 mg/prise max 80 mg/24 heures
Frovatriptan	Tigreat [®] , Isimig [®] comprimé 2,5 mg	2,5 à 5 mg/prise max 5 mg/24 heures
Naratriptan	Naramig [®] comprimé 2,5 mg	2,5 mg/prise max 5 mg/24 heures
Rizatriptan	Maxalt [®] comprimé 5 ou 10 mg	5 à 10 mg/prise Max 20 mg/24 heures
	MaxaltLyo [®] comprimé 10 mg	
Sumatriptan	Imigrane [®] comprimé 50 mg	50 à 100 mg/prise max 200 mg/24 heures
	Imigrane [®] voie injectable 6 mg/0,1 mL	inj SC : 6 mg/prise max 12 mg/24 heures
	Imigrane [®] voie pernasale 10 mg/0,1 mL ou 20 mg/0,1 mL.	Pulvérisation nasale : 10 à 20 mg/prise dans une narine max 40 mg/24 heures
Zolmitriptan	Zomig [®] , Zomigoro [®] comprimé 2.5 mg	2,5 mg/prise max 5 mg/24 heures

Tableau 7 : Triptans ayant l'AMM dans le traitement de la crise de migraine.

7.2.3. Gépants

Une molécule encore en phase d'étude, le telcagépant, apparaît prometteuse contre la migraine. Elle appartient à une nouvelle classe d'antimigraineux, les antagonistes des récepteurs CGRP (Calcitonin-Gené Related Peptid), impliqués dans la transmission de la douleur au niveau du cerveau ; son mécanisme d'action n'est encore pas totalement élucidé.

Les gépants seraient dépourvus d'effet vasoconstricteur, contrairement aux triptans, ce qui permettrait de les utiliser chez les migraineux présentant une pathologie cardiovasculaire ou chez les patients insuffisamment répondeurs aux triptans. Une étude clinique est en cours aux Etats-Unis chez des patients coronariens migraineux pour montrer que le telcagépant peut être utilisé en toute sécurité chez les patients à risque cardiovasculaire élevé. [22]

7.3. *Médicaments adjuvants*

7.3.1. Caféine

Elle augmenterait et accélérerait l'absorption digestive du tartrate d'ergotamine, mais elle aurait aussi probablement une action antimigraineuse propre. De nombreux médicaments de crise en contiennent : Actron[®], Céphyl[®], Gynergène caféiné[®], Migralgine[®], Lamaline[®], Prontalgine[®]. Cependant, l'association de la caféine au paracétamol ou à l'aspirine n'a pas fait la preuve d'une potentialisation d'effet et ne peut donc être recommandée ; d'autant qu'il n'est pas exclu que la caféine induise un abus médicamenteux, voire un comportement addictif.

En effet, prise quotidiennement, à des doses supérieures à 15 g par mois, la caféine expose à des céphalées de sevrage dans les 24 heures suivant la dernière absorption. C'est l'explication qui est proposée pour expliquer certaines migraines du week-end chez des sujets qui ont l'habitude de boire beaucoup de café la semaine et qui diminuent brutalement leur consommation le week-end.

7.3.2. Antiémétiques

Le métoclopramide, la dompéridone, la métopimazine peuvent réduire les nausées et vomissements qui accompagnent, dans la majeure partie des cas, les crises de migraine. Le métoclopramide pris lors d'une crise permet aussi d'améliorer l'absorption digestive de l'aspirine, du paracétamol et du tartrate d'ergotamine et donc d'accroître leur efficacité, mais il n'a pas d'action propre sur la céphalée.

7.3.3. Anxiolytiques et hypnotiques

Ils sont utiles pour diminuer l'anxiété souvent associée aux crises, mais aussi pour favoriser le sommeil qui peut être réparateur.

VIII. Les traitements de fond

Le traitement de fond de la migraine est prescrit pour diminuer la fréquence et la sévérité des crises. Il est préventif et doit être pris quotidiennement. Ce traitement prophylactique peut aussi être utilisé chez des patients dont les crises altèrent considérablement leur qualité de vie ; ou pour prévenir l'abus médicamenteux.

En plus des méthodes pharmacologiques, le patient peut associer des moyens non médicamenteux (développés dans la partie X) afin de potentialiser la réussite du traitement de fond.

Les médicaments seront essayés successivement en monothérapie, l'efficacité d'une association n'a pas été prouvée et les effets indésirables s'additionnent. Un traitement de fond est jugé efficace lorsqu'il réduit la fréquence des crises d'au moins 50% ; l'effet recherché peut être lent à se manifester, on jugera l'efficacité du traitement au bout de 1 à 3 mois.

Les classes pharmaceutiques contenant des molécules qui ont été prouvées efficaces dans la prévention de la migraine sont les suivantes : bêtabloquants, antisérotoninergiques, antagonistes calciques, antiépileptiques, antidépresseurs et anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).

8.1. Les bêtabloquants

Plusieurs bêtabloquants ont fait preuve de leur efficacité dans la migraine (propranolol, métoprolol, timolol, aténolol, nadolol) mais seuls le propranolol et le métoprolol bénéficient d'une AMM dans le traitement de fond de la migraine. La seule propriété pharmacologique commune à toutes ces molécules est l'absence d'activité sympathomimétique intrinsèque ; contrairement aux bêtabloquants possédant cette activité, inefficaces dans la migraine.

On retrouve les doses utilisées dans les autres indications mais l'efficacité antimigraineuse peut être obtenue à des doses moindres, sans modification du rythme cardiaque ni de la pression artérielle. L'adaptation posologique se fait de façon empirique, en fonction de la réponse du patient et des effets indésirables éventuels. Il n'existe pas d'efficacité croisée entre les bêtabloquants.

Ils sont considérés comme un traitement de première intention en raison de leur bonne tolérance ; dans cette indication, l'effet indésirable le plus courant est l'asthénie (surtout en début de traitement). Plus rarement, on peut observer des troubles du sommeil, un syndrome dépressif ou une impuissance.

Les contre-indications des bêtabloquants sont l'asthme, l'insuffisance cardiaque décompensée, une bradycardie importante, le diabète, le syndrome de Raynaud et un bloc auriculo-ventriculaire (BAV) de haut degré ; elles sont liées aux propriétés vasoconstrictrices des bêtabloquants.

8.2. Les dérivés de l'ergot de seigle

8.2.1. Dihydroergotamine (DHE)

La DHE par voie orale est largement utilisée en France, c'est le plus ancien des traitements de fond. Ses propriétés pharmacologiques sont qualitativement les mêmes que celles de l'ergotamine (vasoconstriction des artères cérébrales) mais elles sont moins puissantes.

La DHE est très bien tolérée, ses effets indésirables mineurs sont d'ordre digestif (nausées, vomissements). Contrairement au tartrate d'ergotamine, la DHE ne provoque pas d'ergotisme sauf quand elle est associée avec certains macrolides (érythromycine, roxithromycine, josamycine) ou les triptans ; ces associations sont donc contre-indiquées.

8.2.2. Méthysergide (Désernil®)

Le méthysergide est un antisérotoninergique de la famille des ergots de seigle. C'est un antimigraineux efficace mais il reste peu prescrit de par la gravité de ses effets indésirables, il est réservé aux migraines sévères ou résistantes aux autres traitements de fond.

Mis à part les effets indésirables mineurs de type nausées, troubles du transit, sensations vertigineuses ou insomnie ; le méthysergide peut provoquer dans de rares cas et suite à un traitement prolongé une fibrose rétropéritonéale, valvulaire cardiaque ou pleurale. Afin d'éviter ces exceptionnelles complications, une fenêtre thérapeutique d'au moins 1 mois entre 2 cures de 6 mois doit être respectée. La possibilité de survenue de ces effets secondaires graves nécessite une surveillance médicale régulière sur un traitement au long terme ; on réalisera régulièrement une spirométrie et une créatinémie pour surveiller respectivement les fonctions pulmonaire et rénale.

Les contre-indications sont nombreuses (HTA, insuffisance coronarienne, artériopathie oblitérante, syndrome de Raynaud, insuffisance hépatique ou rénale sévère, ulcère gastrique, traitement par un triptan), ce qui en limite son utilisation.

8.3. *Les antisérotoninergiques*

8.3.1. Pizotifène (Sanmigran®)

Le pizotifène est un dérivé tricyclique possédant des propriétés antisérotoninergiques et antihistaminiques. Il est également faiblement anticholinergique.

Ses effets indésirables les plus fréquents sont la somnolence et surtout la prise de poids, liée à son effet orexigène.

Les contre-indications sont liées à la faible activité anticholinergique du pizotifène ; parmi elles, on retrouve le glaucome par fermeture de l'angle et l'adénome prostatique évolué.

8.3.2. Oxétrone (Nocertone®)

Cette molécule a des propriétés pharmacologiques multiples : antisérotoninergique, antihistaminique, antalgique et antiémétique, elle possède également un effet neuroleptique mineur.

L'effet indésirable le plus souvent rencontré avec l'oxétrone est la somnolence ; on la retrouve surtout en début de traitement et peut être limitée par une prise unique vespérale. C'est donc une molécule à utiliser avec prudence chez les conducteurs ou les utilisateurs de machine et les associations avec l'alcool ou les médicaments déprimeurs du système nerveux central doivent être évitées. Exceptionnellement, des diarrhées parfois sévères ont été décrites, cédant à l'arrêt du traitement.

8.4. *Flunarizine (Sibélium®)*

La flunarizine est un inhibiteur calcique qui possède également des effets sur les systèmes dopaminergiques, sérotoninergiques et histaminergiques. C'est un traitement de fond de deuxième intention, utilisé lorsque les autres traitements sont inefficaces ou mal tolérés.

Les principaux effets indésirables de la flunarizine sont une prise de poids et une somnolence. En cas de traitement prolongé, un syndrome de dépression et/ou un syndrome extrapyramidal peuvent apparaître ; pour éviter ces troubles, il est conseillé de ne pas dépasser 6 mois de traitement chez l'adulte ou 3 mois chez l'enfant (supérieur à 10 ans).

8.5. *Les antiépileptiques*

8.5.1. Topiramate (Epitomax®)

Le topiramate est un antiépileptique qui a démontré son efficacité en traitement de fond de la migraine. Il possède une AMM pour cette indication.

La dose de 100mg/24 heures administrée en 2 prises paraît avoir la meilleure balance efficacité/tolérance, cependant certains patients observent une efficacité dès 50mg/24 heures. On atteindra la posologie de 100mg/jour par paliers de 25 mg par semaine pour limiter l'apparition des effets secondaires.

Les effets indésirables les plus fréquents sont les paresthésies des extrémités et la perte de poids. Il peut également apparaître des effets indésirables centraux à type de somnolence, troubles du langage, troubles cognitifs ou encore des troubles du sommeil.

8.5.2. Valproate de Sodium (Dépakine®)

L'efficacité anti-migraineuse de cet antiépileptique a été démontrée dans plusieurs études, il permettrait de réduire de moitié les crises de migraine. Le valproate de sodium est utilisé en 2^{ème} intention.

Ce traitement bénéficie d'une bonne tolérance, les effets indésirables les plus fréquents sont les nausées et les sensations vertigineuses transitoires ; l'hépatotoxicité est exceptionnelle.

Le valproate de sodium est prescrit hors AMM dans l'indication de traitement de fond de la migraine.

8.6. *Amitriptyline (Laroxyl®)*

L'amitriptyline est un antidépresseur tricyclique ; il n'a pas été trouvé de corrélation entre l'effet antidépresseur et l'effet antimigraineux.

Malgré des doses inférieures à celles utilisées dans la dépression, on retrouve les mêmes contre-indications (glaucome par fermeture de l'angle, obstacle uréthro-prostatique, association aux IMAO) et les mêmes effets indésirables dont les plus fréquents sont la somnolence, la sécheresse buccale et la prise de poids.

L'amitriptyline est souvent prescrite chez les patients souffrant à la fois de migraines et de céphalées de tension, et lors des sevrages en cas de céphalée chronique quotidienne avec abus de traitement de crise.

8.7. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

Le plus efficace semble être le naproxène à la dose de 550 mg/24 heures. D'autre part, l'aspirine serait particulièrement utile dans les migraines avec auras fréquentes et prolongées. Les AINS n'ont pas d'AMM en France dans le traitement de fond de la migraine.

Leurs nombreux effets indésirables dont les principaux sont digestifs (gastralgies, ulcère, gastrite, hémorragie digestive), limitent leur utilisation au long cours.

Les AINS sont contre-indiqués chez la femme enceinte à partir du 6^{ème} mois et chez les femmes porteuses de stérilet dont ils diminueraient l'efficacité contraceptive.

8.8. Les autres médicaments utilisés

8.8.1. Indoramine (Vidora[®])

L'indoramine est essentiellement antagoniste alpha-1 ; elle a aussi des propriétés antihistaminiques, antidopaminergiques et antisérotoninergiques. Cette molécule est indiquée dans le traitement de fond des migraines communes et ophtalmiques en 2^{ème} intention.

L'indoramine provoque peu d'effets secondaires exceptés des risques de somnolence, de congestion nasale, d'hyposialie et de troubles éjaculatoires.

8.8.2. Toxine botulique

La toxine botulique est une toxine bactérienne surtout utilisée pour atténuer les rides ; elle peut également induire un relâchement des muscles tendus de la tête et du cou. Elle constituerait une alternative intéressante dans le traitement de fond de migraine mais est encore à l'étude. La toxine botulique est utilisée hors AMM en France.

IX. Cas particuliers

9.1. Traitement de la migraine chez l'enfant

9.1.1. Traitement de la crise

Pour essayer de stopper la crise de migraine, l'enfant doit apprendre à différencier un petit mal de tête d'une crise ; ainsi on pourra lui administrer un médicament adéquat le plus rapidement possible. Le traitement antimigraineux de l'enfant doit être disponible à l'école pour pouvoir agir rapidement en cas de crise.

Les recommandations de l'HAS préconisent l'utilisation des molécules suivantes dans le traitement de la crise de migraine chez l'enfant et l'adolescent :

En première intention :

- l'ibuprofène chez l'enfant de plus de 6 mois ;

Puis :

- le diclofénac chez l'enfant dont le poids est supérieur à 16 kg,
- le naproxène chez l'enfant de plus de 6 ans et dont le poids est supérieur à 25 kg,
- l'aspirine en monothérapie ou en association au métopropramide,
- le paracétamol en monothérapie ou en association au métopropramide,
- le tartrate d'ergotamine chez l'enfant de plus de 10 ans.

Dans le traitement de la crise de migraine modérée à sévère, chez l'adolescent de 12 à 17 ans, le sumatriptan spray nasal est efficace.

Les médicaments contenant des morphiniques (codéine, tramadol) sont à proscrire chez l'enfant à cause de leur fréquente inefficacité et des risques d'abus potentiels existant dans le cadre d'une prescription chronique.

La voie rectale ou nasale sera préférentiellement utilisée en cas de vomissements ou de nausées intenses. [7, 13, 23]

Molécule	Voie	Posologie/prise	Posologie maximale/24 heures
Ibuprofène sirop	orale	10 mg/kg	30 mg/kg
Acide acétylsalicylique	orale	10 à 15 mg/kg	25 à 50 mg/kg
Diclofénac	rectale	1 mg/kg	3 mg/kg
Paracétamol	Orale	15 mg/kg	60 mg/kg
	rectale	15 mg/kg	60 mg/kg
Sumatriptan	nasale	1 pulvérisation/narine	2 pulvérisations/narine

Tableau 8 : Traitements de la crise de migraine chez l'enfant

9.1.2. Traitement de fond

Le traitement de fond chez l'enfant n'est envisagé qu'en cas de crises fréquentes (plus de 2 crises par semaine) et invalidantes (incapacité d'aller à l'école, de participer à des activités familiales ou sportives).

En première intention on privilégiera les méthodes non pharmacologiques que sont la relaxation, l'hypnose... (techniques développées dans le paragraphe X). Les traitements médicamenteux ne sont utilisés qu'après échec de ces méthodes. L'HAS, dans son rapport sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et l'enfant recommande l'utilisation des molécules suivantes :

- La flunarizine chez l'enfant de plus de 10 ans, 5 mg/jour ;
- La dihydroergotamine, 5 à 10 mg/jour ;
- Le pizotifène chez l'enfant de plus de 12 ans, 1 mg/jour ;
- Le propranolol, 2 à 4 mg/kg/jour ;
- Le métoprolol, 25 à 50 mg/jour ;
- L'oxétrone, 15 à 30 mg/jour ;
- L'amitriptyline, 3 à 10 mg/jour.

Il est recommandé d'utiliser ces molécules à faibles doses afin de limiter les effets secondaires qui peuvent se révéler particulièrement gênants, surtout à l'adolescence (prise de poids, somnolence), notamment avec l'amitriptyline, la flunarizine et le pizotifène. [7, 13, 23]

9.2. *Traitement de la migraine chez la femme enceinte*

Si le traitement de la migraine est plus rarement indiqué pendant la grossesse grâce à sa fréquente amélioration, il se complique des problèmes que pose toute prescription médicamenteuse durant cette période.

9.2.1. Traitement de la crise

Si les crises sont peu sévères, les mesures non pharmacologiques, qui seront développées dans la partie X, sont à privilégier.

Pour les crises sévères ou non soulagées par les moyens non médicamenteux, il sera nécessaire d'utiliser un médicament de crise ; les recommandations provenant du Vidal® sont résumées dans le *tableau 9*.

molécule	grossesse	allaitement
Paracétamol	Possible	Possible
Aspirine et AINS	Possible ponctuellement jusqu'au 6 ^{ème} mois, contre-indiqué après le 6 ^{ème} mois.	Déconseillés
Codéine	A éviter	Contre-indiquée
Dérivés ergotés	Contre-indiqués	Contre-indiqués
Triptans	Peu de données, à éviter	Suspendre l'allaitement pendant les 24 heures suivant la prise.

Tableau 9 : Recommandations d'utilisation des traitements antimigraineux de crise durant la grossesse et l'allaitement (adapté à partir des recommandations du Vidal®).

Le paracétamol est le seul traitement de crise qui peut être utilisé quelque soit le terme de la grossesse ou durant l'allaitement ; on le conseillera en première intention.

L'aspirine et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) peuvent être utilisés de façon ponctuelle et avec précaution jusqu'à la 24^{ème} semaine d'aménorrhée, on essayera tant que possible de les éviter. A partir du 6^{ème} mois de grossesse (24 semaine d'aménorrhée), l'utilisation ponctuelle ou chronique de tous les AINS (y compris l'aspirine : 500mg/jour et les inhibiteurs de cox-2) est formellement contre-indiquée à cause des risques d'atteintes rénale et cardio-pulmonaire parfois fatales chez le fœtus et le nouveau-né.

Si les antalgiques de palier 1 sont inefficaces, on pourra avoir recours aux antalgiques de palier 2 (codéine, tramadol...) pendant toute la grossesse. On les utilisera de façon ponctuelle pour éviter la dépendance à la fois de la mère et de l'enfant.

Aucun effet tératogène n'a été rapporté avec les triptans à ce jour mais ils doivent être évités car il n'y a pas d'études suffisantes chez la femme enceinte.

9.2.2. Traitement de fond

La plus souvent la migraine s'améliore durant la grossesse, ce qui permet l'arrêt du traitement de fond de la migraine.

Si les mesures non médicamenteuses sont inefficaces, on peut utiliser, dans un premier temps, un bêtabloquant (propranolol ou métoprolol). Ces deux molécules peuvent être utilisées quelque soit le stade de la grossesse ; cependant, si le bêtabloquant est poursuivi jusqu'à l'accouchement, il faudra en informer l'équipe médicale pour lui permettre d'adapter la surveillance du nouveau-né (fréquence cardiaque, glycémie). Si la patiente envisage d'allaiter, on préférera le propranolol, compatible avec l'allaitement.

L'amitriptyline peut être utilisée s'il existe une dépression associée à la migraine mais elle doit être diminuée ou si possible arrêter en fin de grossesse à cause de ses effets atropiniques.

A cause de l'absence de données chez la femme enceinte pour les autres traitements de fond de la migraine (pizotifène, oxétrone, indoramine, flunarizine) ; la balance bénéfice-risque du traitement sera réévaluée et la poursuite de celui-ci sera étudiée au cas par cas. Si le traitement est poursuivi jusqu'à l'accouchement, il faudra en prévenir l'équipe médicale prenant en charge le nouveau-né.

L'utilisation du méthysergide (dérivé de l'ergot de seigle) est contre-indiquée lors de la grossesse à cause de ses effets vasoconstricteurs. En raison des risques de malformation et de tératogénicité, le valproate de sodium et le topiramate sont également contre-indiqués durant la grossesse. [24, 25]

molécule	grossesse	allaitement
Bétabloquants	Possibles	Déconseillés
Amitriptyline	Risque tératogène faible. Baisser les doses en fin de grossesse	Déconseillé
Pizotifène Oxétrone Flunarizine	Peu ou pas de données Déconseillés	Déconseillés
Méthysergide	Contre-indiqué	Contre-indiqué
Valproate de Sodium Topiramate	Tératogénicité possible Contre-indiqué	Déconseillés

Tableau 10 : Recommandations d'utilisation des traitements antimigraineux de fond durant la grossesse et l'allaitement (adapté à partir des recommandations du Vidal®).

X. Les traitements non-médicamenteux

Outre les traitements médicamenteux, les méthodes non-pharmacologiques peuvent se révéler utiles pour accompagner un traitement ou apaiser un migraineux. Ces méthodes permettent surtout de limiter le stress, responsable de nombreuses crises mais elles ne traitent pas la migraine en elle-même. Les méthodes para médicamenteuses n'ont pas fait l'objet d'études scientifiques, mis à part pour l'acupuncture, donc leur efficacité ne peut être

réellement comparée aux traitements médicamenteux ; leur usage dépend de la conviction du patient, en effet, l'effet placebo est important dans la douleur migraineuse. [52]

Les méthodes thérapeutiques non-médicamenteuses sont une alternative mais elles ne doivent pas être considérées comme un traitement de premier choix.

10.1. Relaxation

Il existe plusieurs techniques de relaxation, aucune n'est supérieure à une autre, il faut trouver la méthode qui convient le mieux au migraineux. Les méthodes de relaxation et de détente sont bénéfiques car elles permettent au patient de relâcher la pression vis-à-vis du stress quotidien et procurent un sentiment de maîtrise sur les symptômes de la migraine. Ces techniques permettent d'obtenir un relâchement du tonus musculaire et une diminution de l'anxiété.

Les techniques de relaxation les plus souvent utilisées sont la méthode de Jacobson, et le training autogène.

La méthode de Jacobson a pour objectif de réduire volontairement le tonus musculaire au repos ; elle apprend à reconnaître les tensions musculaires lors d'un événement stressant ou d'un état émotionnel particulier et à les relâcher. Grâce à cette technique, le patient acquiert un meilleur contrôle de soi-même et de ses sensations musculaires ; ainsi, lors d'une crise, il sera capable de se détendre et pourra limiter la douleur, l'intensité ou la durée de la crise. Il faut compter au moins un an avant de maîtriser complètement la relaxation de Jacobson.

Par la méthode de training autogène (ou méthode de Schultz), le patient apprend à se relaxer en évoquant des sensations de pesanteur et de chaleur dans différentes parties de son corps. La technique consiste à répéter en soi-même des formules comme « je suis tout à fait calme » ou « mon bras droit est tout lourd » et à se concentrer sur les sensations ressenties. C'est une méthode qui nécessite au moins 6 mois de formation avant de pouvoir la pratiquer seul ; elle permet entre autre de diminuer le stress et de contrôler la douleur en quelques minutes.

D'autres méthodes de relaxation sont utilisées comme le contrôle de la respiration, l'hypnose ou la méditation. L'utilisation de ces différentes techniques dépend des habitudes du thérapeute et du patient.

Chez l'enfant ces méthodes non médicamenteuses sont recommandées par l'HAS en première intention ; une étude récente réalisée à l'hôpital Armand Trousseau à Paris montre qu'après plusieurs séances d'hypnose ou de relaxation, on observe une diminution de la fréquence et de l'intensité des crises de migraine chez l'enfant. L'hypnose et la relaxation apparaissent donc comme des méthodes efficaces dans le traitement de fond de la migraine chez l'enfant. [30, 31, 35]

10.2. Biofeedback

C'est une méthode au cours de laquelle on enregistre les variations de paramètres physiologiques tels que la température corporelle, la tension musculaire, la tension artérielle lors d'une séance de relaxation. Cette technique permet aux migraineux de visualiser les modifications qui interviennent entre un état de stress et un état de relaxation ; et ainsi de mieux contrôler ces changements pour éviter que le stress ne s'installe et provoque une crise de migraine. [32]

10.3. Thérapies cognitives et comportementales

Chez les personnes souffrant de migraines, la thérapie cognitivo-comportementale a pour objectif, de reconnaître les pensées et les comportements précédant la crise et d'apprendre, à l'aide d'un thérapeute, à les manipuler consciemment afin d'éviter que la crise ne se déclenche. En effet, une réaction négative du migraineux face à une crise pourrait aggraver ou maintenir la douleur et augmenter le handicap lié à celle-ci.

Au cours des différentes séances, les patients travaillent sur :

- L'identification des circonstances déclenchant les crises à l'aide de l'agenda des crises
- La gestion du stress
- Le retour aux activités sociales et apprendre à limiter les interdictions que les migraineux se posent de peur de faire une crise.

- Reconnaître une crise de migraine réelle pour adapter la prise en charge médicamenteuse et ainsi éviter les abus d'antalgiques.

Cette méthode de gestion de la douleur peut être menée individuellement ou en groupe. Les groupes permettent, en plus de la thérapie, de lutter contre la solitude et le sentiment d'impuissance face aux crises ; ils offrent aussi de nombreuses possibilités d'imitation de modèles et permettent aux patients de se renforcer mutuellement de façon positive. En complément des séances de groupe, il est important de ne pas négliger les entrevues individuelles.

L'implication du patient dans cette thérapie est importante, il doit se sentir pleinement concerné et ne doit pas venir aux séances par obligation ; le soutien du sujet par son époux(se), sa famille, ses amis, ainsi que son entourage pendant les séances et après celles-ci participe également à l'efficacité de cette méthode. [33, 34]

10.4. Homéopathie

L'homéopathie repose sur une thérapie adaptée à chaque individu, il est donc préférable de consulter un homéopathe afin qu'il détermine le médicament le plus approprié selon les signes de la crise de migraine décrits par le patient. Voici quelques exemples de traitements selon la migraine :

- Douleurs pulsatiles aggravées par le bruit et la lumière : *Belladonna* 9 CH.
- Migraines pendant les règles : *Actaea racemosa* 7 CH.
- Migraine localisée à droite : *Sanguinaria* 5 CH
- Migraine localisée à gauche : *Spigelia* 5 CH

[37]

10.5. Phytothérapie ou aromathérapie

Certaines plantes peuvent être utilisées sous forme de tisane, de gélules ou encore d'huiles essentielles pour leurs propriétés calmantes, relaxantes ou anti-inflammatoires. Voici quelques exemples de plantes utilisées contre la migraine :

- La lavande vraie ou officinale ; *Lavandula angustifolia*.
- La menthe poivrée ; *Mentha piperita*.(infusion ou huile essentielle sur les tempes)
- La ravensare aromatique ; *Ravensara aromatica*. (huile essentielle sur la zone douloureuse : tempes, nuque, front)
- La grande camomille ; *Chrysanthemum parthenium*. (en tisane au moment de la crise ou en traitement de fond)

Ces médecines n'étant pas exemptes de contre-indications ou de précautions d'emploi, il est nécessaire de demander l'avis d'un professionnel de santé avant de les utiliser. [46, 47]

10.6. Oligothérapie

Le cobalt (Co) est traditionnellement utilisé comme modificateur de terrain au cours des états migraineux. Lors d'une crise, le patient peut associer à son traitement médicamenteux des ampoules ou comprimés de cobalt pour atténuer la crise. Le cobalt serait également antispasmodique. Cet oligo-élément est réservé à l'adulte et doit être évité lors d'une grossesse ou pendant l'allaitement. [36]

10.7. Acupuncture

Plusieurs études scientifiques montrent que l'acupuncture serait aussi efficace que les traitements pharmacologiques habituels, et provoquerait moins d'effets indésirables ; cette médecine est également utile en complément des thérapies médicamenteuses. Cependant cette technique est chronophage puisqu'il est recommandé de faire 2 séances par semaine pendant au moins 10 semaines. [48, 49]

10.8. L'appareil médical Céfaly®

Céfaly® est un appareil médical de neurostimulation crânienne externe lancé sur le marché en 2008 par une équipe belge. Cet appareil produit des impulsions électriques précises sur la branche du nerf trijumeau pour bloquer la douleur et prévenir les crises de migraine. Utilisé en traitement prophylactique, l'appareil Céfaly® permettrait d'augmenter le seuil de déclenchement des migraines et ainsi diminuerait la fréquence des crises. Il peut aussi être utilisé lors d'une crise, dès les premiers symptômes, afin de limiter l'apparition de la douleur.

Le patient place une électrode autocollante sur le front et enfile le Céfaly® comme une paire de lunettes qui vient se fixer sur l'électrode, la séance dure 20 minutes.

Cet appareil médical utilise la technique de NeuroStimulation Electrique Transcutanée (TENS) ; c'est une méthode non médicamenteuse consistant à émettre des impulsions électriques au niveau des nerfs ou des muscles grâce à des électrodes placées sur la peau. On utilise cette technique pour soulager les douleurs neuropathiques ou musculaires. [38]

DEUXIEME PARTIE :

PRISE EN CHARGE DE LA CRISE DE MIGRAINE

La migraine est une pathologie courante mais elle est sous-diagnostiquée ; ainsi 40% des sujets atteints de cette maladie ne se savent pas migraineux. Par ailleurs, 50% des migraineux ont recours à l'automédication lors d'une crise en piochant directement dans leur armoire à pharmacie ou en se procurant des médicaments sans ordonnance dans les pharmacies. Dans cette pathologie, nombreuses sont les personnes qui ne voient que leur pharmacien ; l'équipe officinale a donc un rôle important à jouer dans la prise en charge de la migraine, par l'écoute, les conseils et l'orientation des migraineux vers les médecins généralistes ou spécialisés.

Une enquête a été menée auprès de 49 migraineux de la région lyonnaise ; elle nous a permis, grâce à un questionnaire simple et rapide rempli par le patient, de réunir des données sur les caractéristiques cliniques des crises et sur les habitudes de ces patients face à leurs crises de migraine. Les questionnaires soumis aux sujets se trouvent en *annexes 1 et 2*. Le nombre de patients inclus dans l'enquête étant faible, les résultats obtenus sont uniquement indicatifs mais ne sont pas statistiquement significatifs d'une population.

L'objectif de cette enquête est de comparer les migraineux utilisant l'automédication lors d'une crise de migraine et ceux bénéficiant d'antimigraineux spécifiques. Les résultats obtenus nous permettent d'identifier les caractéristiques des migraines de nos deux groupes de migraineux ainsi que leurs habitudes, dans le but de mieux cibler les sujets migraineux à l'officine et d'optimiser leur suivi thérapeutique.

Nous nous intéresserons dans un premier temps aux caractéristiques cliniques des crises, puis aux différents médicaments utilisés ainsi qu'à leur efficacité. Enfin nous verrons quelques conseils à donner aux migraineux afin d'améliorer leur prise en charge et leur qualité de vie.

Le questionnaire de notre enquête présentait en premier lieu les quatre questions ci-dessous (*figure 2*) établies par la société française d'étude des migraines et céphalées d'après l'IHS. Ceci nous a permis de sélectionner uniquement les sujets souffrant de migraine stricte ; c'est-à-dire ceux répondant « oui » à toutes ces questions. Sur les 49 personnes qui ont répondu au questionnaire, 3 ne souffraient pas de migraine stricte ; les résultats suivants ne tiennent donc pas compte de leurs réponses.

<p>1. Vos maux de têtes prennent-ils la forme de crises qui durent de 4 heures à 3 jours ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> > à 3 jours</p> <p>2. Vous avez présenté au moins 5 crises dans votre vie ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>3. Votre mal de tête possède au moins deux des caractères suivants ?</p> <ul style="list-style-type: none">- Il est souvent localisé d'un seul côté de la tête- Il est pulsatile- Il est aggravé par l'activité physique- Il est fort au point de gêner votre activité quotidienne <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>4. Votre mal de tête est accompagné d'au moins un des signes suivants</p> <ul style="list-style-type: none">- Nausées et/ou vomissements- Aggravation par le bruit et/ou la lumière <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
--

Figure 2 : Questionnaire établi par la société française d'étude des migraines et céphalées d'après International Headache Society.

I. Caractéristiques cliniques des crises

1.1. Influence des facteurs physiologiques

La migraine est une affection très répandue, sa prévalence varie avec l'âge et le sexe.

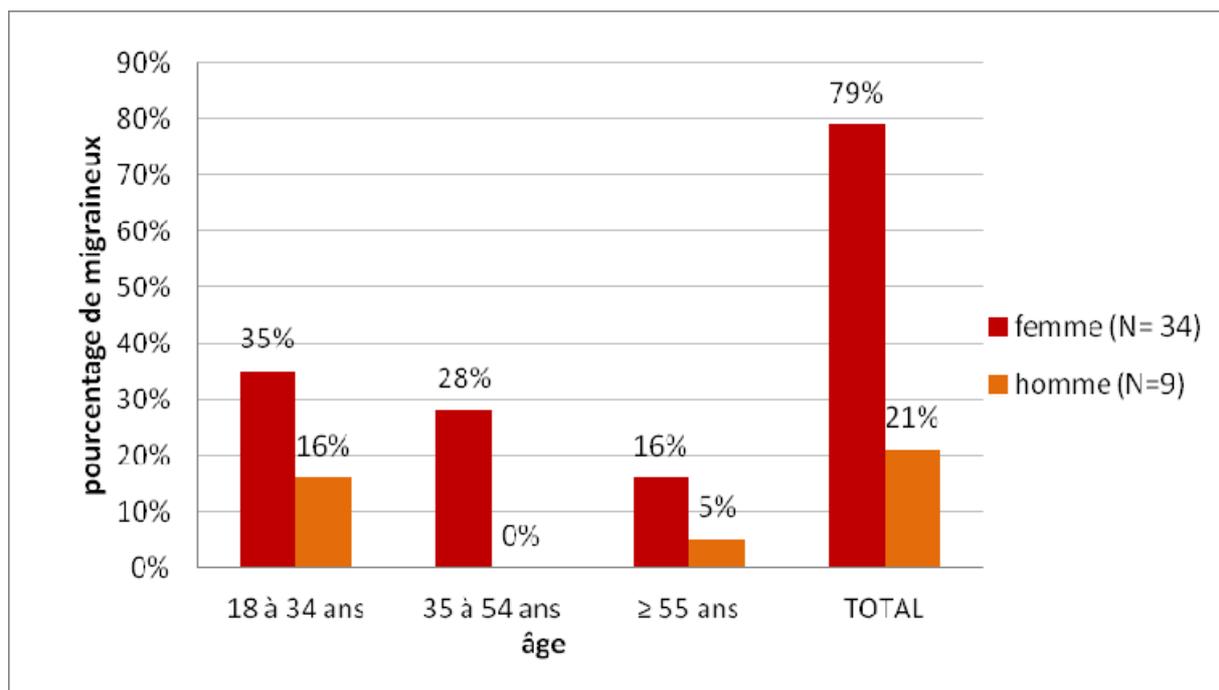


Figure 3 : Pourcentage de migraineux en fonction de leur âge et de leur sexe.

	homme	femme
De 18 à 40 ans	7	21
> à 40 ans	2	13

Figure 4 : Nombre de migraineux en fonction de leur âge.

En France, en utilisant les critères diagnostiques de l’IHS établis en 2003, la prévalence de la migraine stricte, est d’environ 12% chez l’adulte. Chez l’enfant, la prévalence de la migraine avant l’âge de 18 ans se situe entre 5 et 10%. La prévalence atteint un maximum entre 30 et 40 ans puis l’on observe une décroissance entre les deux sexes.

Avant l’âge de 12 ans, la migraine touche autant les filles que les garçons; puis au moment de la puberté, la prévalence augmente rapidement chez les filles, jusqu’à obtenir chez les adultes un sex-ratio de 3 femmes pour 1 homme. Après la ménopause, la prépondérance féminine diminue.

Dans notre enquête, 3 personnes n’ont pas donné leur âge ; elles n’entrent pas dans les statistiques de cette question. Sur notre échantillon, on retrouve l’importante prépondérance féminine avec une proportion supérieure aux chiffres nationaux ; on a quasiment 4 fois plus de femmes concernées par la migraine que d’hommes (79% de femmes pour 21% d’hommes).

Les figures ci-dessus nous permettent aussi de noter la forte proportion de migraineux chez les jeunes adultes, on a 28 sujets compris entre 18 et 40 ans contre 15 âgés de plus de 40 ans ; ainsi que la diminution du nombre de sujets atteints après 55 ans. Notre échantillon ne contient aucun homme d'un âge compris entre 35 et 54 ans, nous ne pouvons donc analyser cette donnée. (Figures 3 et 4)

Ces variations de prévalence en fonction de l'âge et du sexe suggèrent qu'il existe un lien entre la vie hormonale féminine et la migraine. Outre les facteurs cités dans ce paragraphe, nous avons vu précédemment que souvent les crises diminuaient fortement, voire disparaissaient, lors d'une grossesse ; et que de nombreuses migraineuses établissent un lien entre leurs crises et leurs règles. Tous ces critères confirmeraient l'influence des événements hormonaux dans le déclenchement des crises mais le mécanisme reste inconnu. [4, 44]

1.2. Durée des crises

Non traitée, la crise migraineuse peut durer de 4 à 72 heures.

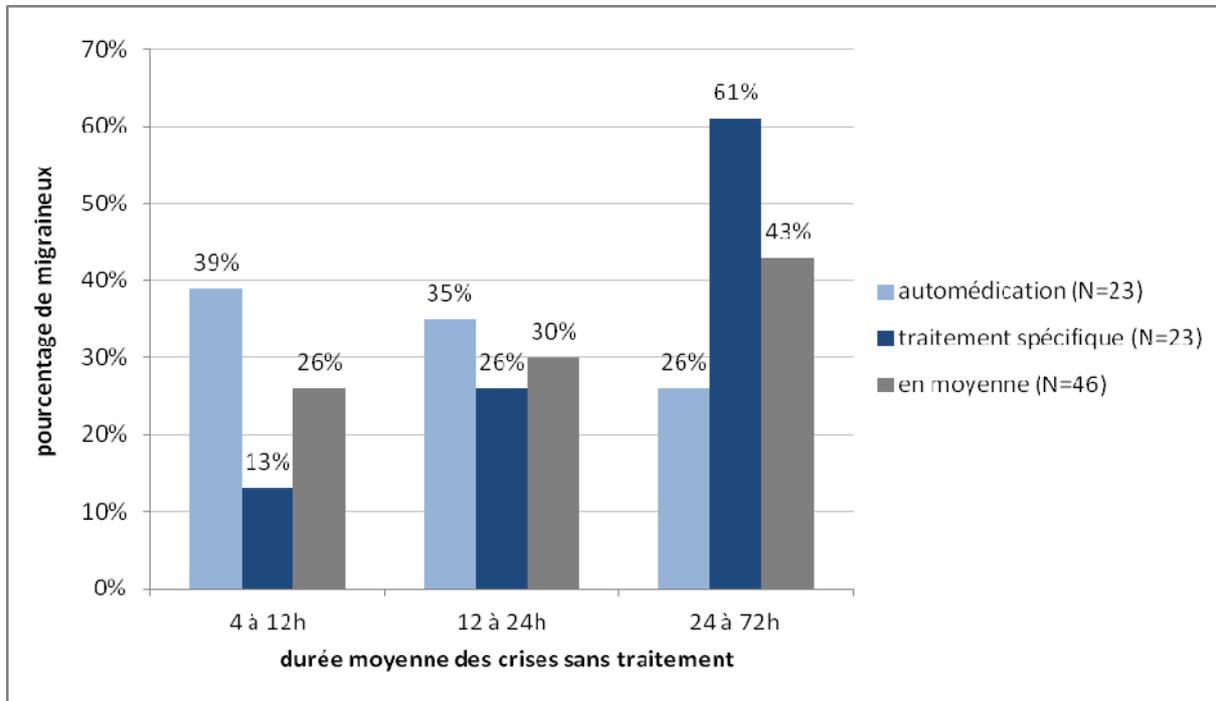


Figure 5 : Pourcentage de migraineux en fonction de la durée moyenne des crises et du traitement de crise utilisé.

Dans notre enquête, nous avons sélectionné uniquement les sujets souffrant de migraine stricte, donc ils ont tous des crises qui durent en moyenne de 4 heures à 3 jours sans traitement.

Chez les sujets traités par automédication, on remarque que le pourcentage de migraineux diminue quand la durée moyenne des crises augmente ; ainsi 39% des sujets sous automédication ont des crises inférieures à 12 heures. Cependant, dans notre enquête, on a encore 26% des sujets sous automédication qui subissent des crises de plus de 24 heures donc avec un impact important sur la qualité de vie. Pour identifier ces personnes, l'équipe officinale doit poser un minimum de questions aux sujets se présentant à la pharmacie pour « un mal de tête » afin de leur donner un conseil adapté et de les orienter vers un médecin si nécessaire.

La proportion de migraineux bénéficiant d'un traitement spécifique en fonction de la durée des crises évolue en sens inverse de celle des sujets sous automédication ; on remarque que plus les crises sont longues, plus la proportion de migraineux ayant un antimigraineux spécifique est forte. Les patients auraient donc tendance à attendre un réel handicap avant de consulter un médecin pour leurs crises de migraine.

1.3. *Fréquence des crises*

La fréquence des crises est extrêmement variable d'un migraineux à l'autre.

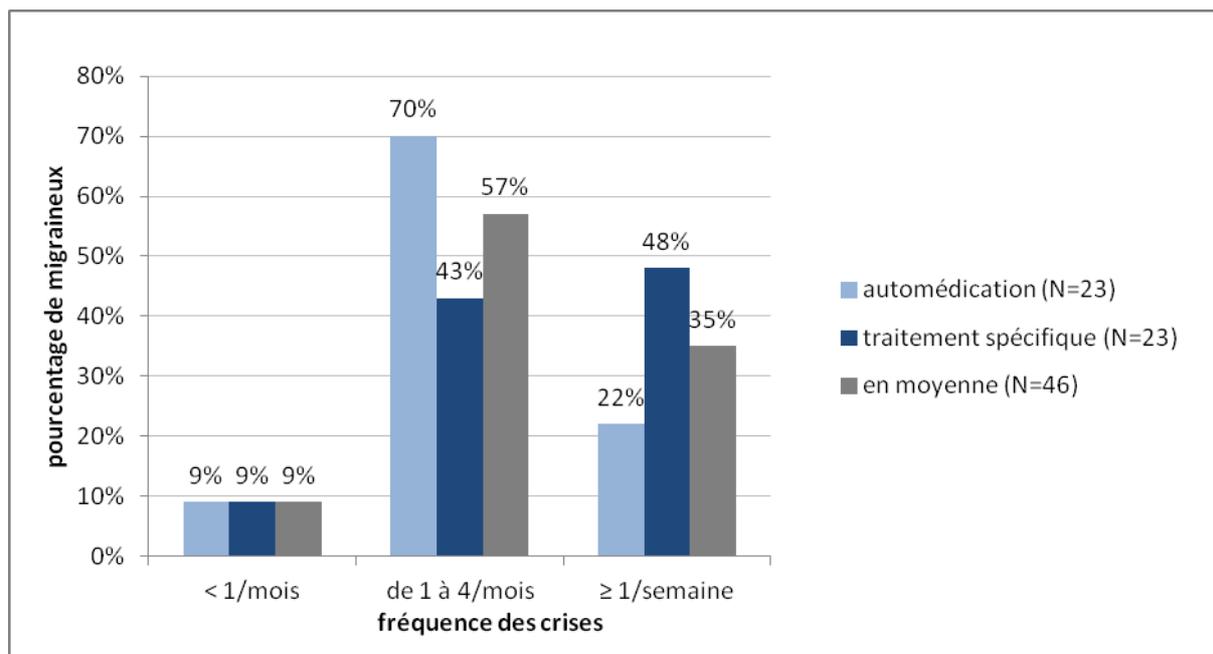


Figure 6 : Pourcentage de migraineux en fonction de la fréquence des crises et du traitement de crise utilisé.

Dans la majorité des cas, la fréquence des crises se situe entre 1 et 4 par mois ; on retrouve cette majorité dans notre échantillon puisque 57% des sujets disent avoir 1 à 4 crises par mois.

Les migraineux qui ont un traitement spécifique sont des personnes qui souffrent fréquemment de migraine, 91% de cette population a plus d'une crise par mois et la moitié d'entre eux se plaint d'avoir plus d'une crise par semaine. Pour les sujets qui souffrent de crises fréquentes, il est primordial de leur rappeler les posologies maximales de leur traitement de crise afin d'éviter un abus médicamenteux qui pourrait provoquer des céphalées chroniques quotidiennes.

Dans notre enquête, on remarque que 70% des patients traités par automédication ont de 1 à 4 crises par mois et 22% de cette même population a plus d'une crise par semaine. Il est important de détecter ces patients à l'officine pour les orienter vers leur médecin afin de les traiter par des antimigraineux spécifiques, jugés plus efficaces que l'automédication.

1.4. Intensité des crises

La douleur est une notion subjective mais nous avons demandé à nos sujets d'évaluer l'intensité de leurs crises sur une échelle de 1 à 10. Leurs réponses sont synthétisées dans le graphique ci-dessous (figure 7).

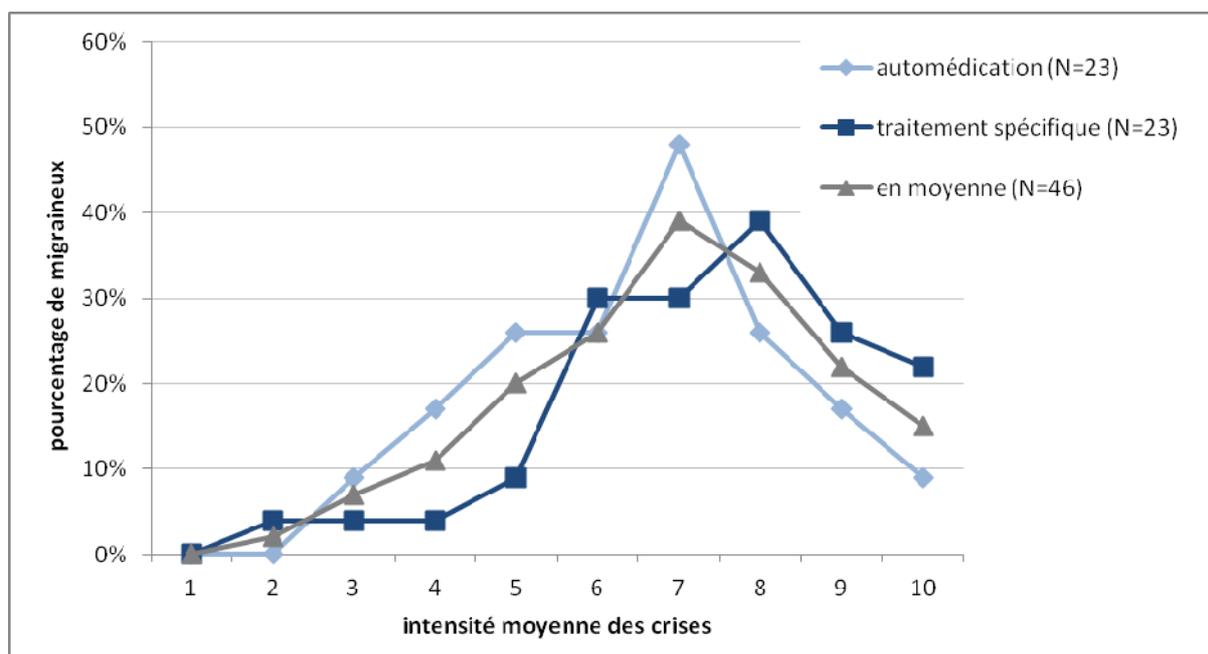


Figure 7 : Pourcentage de migraineux en fonction de l'intensité moyenne des crises et du traitement de crise utilisé. (Plusieurs réponses possibles)

L'intensité de la douleur est variable d'un migraineux à l'autre, mais aussi chez un même patient, d'une crise à l'autre. Dans la littérature, près des trois quarts des patients décrivent leurs céphalées comme forte ou très forte, cotée à 7 ou 8 en moyenne sur une échelle de 1 à 10 ; les résultats de l'étude FRAMIG 3 vont dans le même sens, 66,3% des sujets strictement migraineux jugent que l'intensité de leurs crises est modérée et/ou 42,5% les jugent d'intensité sévère. [1, 5]

Sur la totalité des migraineux que nous avons interrogé, 72% ont évalué des crises d'intensité 7 et/ou 8, ce qui correspond aux chiffres retrouvés dans les études à plus grande échelle. Seulement 40% des sujets interrogés ont évalué des crises d'intensité inférieure à 5, sachant que la moitié d'entre eux ont aussi signalé des crises d'intensité supérieure.

Les résultats obtenus dans notre enquête nous permettent également de comparer l'intensité des crises entre les migraineux sous automédication et ceux ayant un traitement spécifique. On remarque que pour les sujets sous automédication, le pic de population est obtenu pour une intensité de 7, et que pour toutes les crises d'intensité inférieure à cette valeur, les sujets sous automédication sont plus nombreux ; en revanche pour les crises d'intensité supérieure à 7, on a une majorité de sujets avec un traitement spécifique. Ce graphique nous montre donc, que plus l'intensité des crises est importante, plus les migraineux bénéficiant d'un traitement spécifique sont nombreux.

II. Les facteurs déclenchant

Les facteurs déclenchant des crises varient d'un migraineux à l'autre, il est rare d'en identifier un seul ; le plus souvent l'imbrication de plusieurs facteurs est nécessaire au déclenchement des crises. L'utilisation d'un agenda des crises facilite l'identification de ces facteurs et permet de les définir précisément mais il arrive aussi que des crises se déclenchent de façon imprévisible.

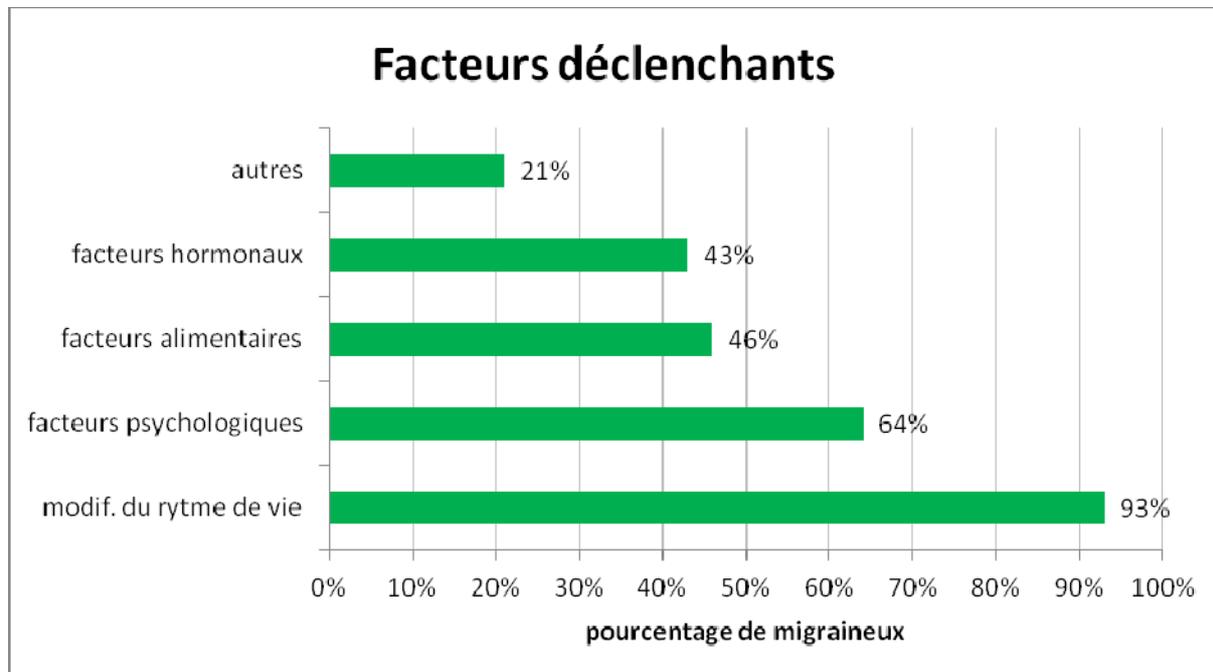


Figure 8: Pourcentage de migraineux en fonction des facteurs déclenchant des crises de migraine. (Plusieurs réponses possibles)

Dans notre enquête, 95% des migraineux questionnés savent qu'il existe des facteurs déclenchant des crises et sont capables de les identifier ; les 2 sujets qui ne les ont pas déterminé n'entrent pas dans ces résultats. Ces facteurs ont été répartis en 5 groupes comme le montre la figure ci-dessus. (*figure 8*)

2.1. *Les modifications du rythme de vie*

Dans notre enquête, 93% des migraineux interrogés citent les modifications du rythme de vie comme facteur déclenchant de leur crise ; c'est la fatigue que est la plus largement retrouvée mais 23% des migraineux notent que les excès de sommeil sont également impliqués.

Ainsi certains migraineux redoutent les vacances, voyages, déménagements, ou encore un changement de travail car ils bousculent leur rythme de vie et ces modifications provoquent des crises.

2.2. *Les facteurs psychologiques*

Les facteurs psychologiques sont également largement impliqués dans le déclenchement des crises de migraine ; dans notre enquête ils sont cités par 64% des migraineux. En tête de ce groupe, on retrouve le stress, l'anxiété et les contrariétés, quelle que soit leur origine : familiale, professionnelle ou scolaire. Les vives émotions ou les chocs psychologiques peuvent aussi intervenir.

Quand ces états de stress intense ou d'anxiété se prolongent, ils peuvent être responsables d'une aggravation de la pathologie, en augmentant la fréquence et/ou l'intensité des crises et donc la consommation d'antimigraineux de crise.

2.3. *Les facteurs alimentaires*

46% des migraineux interrogés les signalent comme facteurs déclenchant ; c'est l'alcool qui revient le plus souvent, il est cité par 36% de nos sujets mais certains aliments et l'hypoglycémie sont également impliqués.

Ce n'est pas uniquement une quantité importante d'alcool qui est mise en cause car chez certains patients, un ou deux verres peuvent également déclencher une crise. Le vin blanc serait plus largement incriminé (Pradalier, 1996).

Dans notre enquête, 16% des sujets identifient les aliments comme facteur déclenchant ; les plus fréquemment cités sont les graisses, le chocolat et le fromage.

2.4. *Les facteurs hormonaux*

Sur les 35 migraineuses interrogées, 15 mentionnent un rapport entre le déclenchement de leurs crises et leurs périodes menstruelles, soit 43%. Cette proportion correspond aux chiffres retrouvés dans des études à plus grande échelle (Henry, 2002). Les contraceptifs hormonaux, ou le traitement hormonal substitutif peuvent également intervenir.

De plus, on a vu dans la première partie que les épisodes de la vie hormonale féminine (puberté, grossesse, ménopause...) améliorent ou aggravent la maladie migraineuse.

2.5. *Les autres facteurs*

Parmi ces autres facteurs, les migraineux interrogés citent dans la majorité des cas les facteurs environnementaux comme la météo (soleil, vent, chaleur), le bruit, l'altitude, ou encore les odeurs fortes (essence, herbe coupée...).

III. Les médicaments utilisés

3.1. *En automédication*

Les traitements utilisés en automédication sont non-spécifiques de la crise de migraine, ils peuvent être obtenus sans ordonnance à l'officine et sont donc délivrés, bien souvent, avec moins de rigueur de la part de l'équipe officinale que les traitements obtenus sur ordonnance.

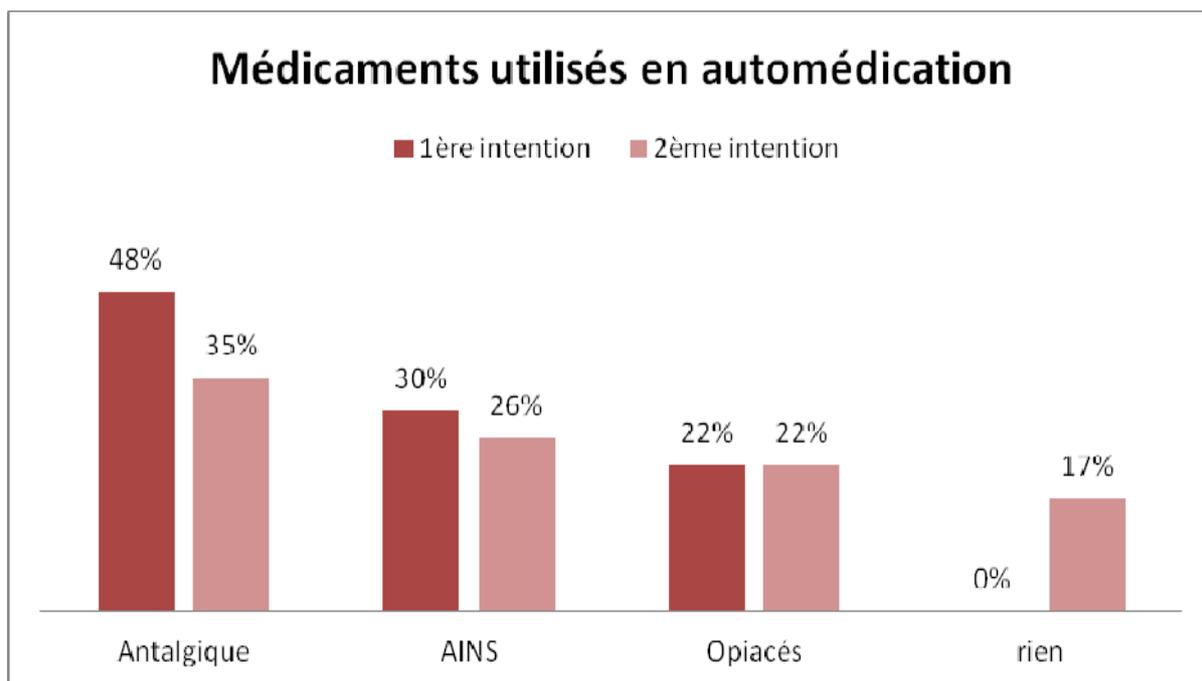


Figure 9 : Pourcentage de migraineux en fonction du médicament utilisé en première et en deuxième intention.

Les résultats de notre enquête montrent qu'environ la moitié des migraineux sous automédication (48%) utilisent un analgique, le paracétamol, en première intention lors d'une crise de migraine. Cette molécule est largement utilisée en automédication car elle est considérée par la majorité des individus comme inoffensive ; cependant elle est hépatotoxique à forte dose et en utilisation régulière. Le paracétamol est le traitement de crise le plus utilisé que ce soit en première ou en deuxième intention, il peut suffire à calmer une crise mineure ou débutante, mais nécessite souvent une seconde prise. Sur les 11 patients qui ont utilisés le paracétamol en première intention, 6 reprennent le même analgique si la première prise s'est révélée être inefficace, 3 changent de famille de médicaments et 2 ne reprennent aucun médicament alors que leur crise continue.

L'efficacité des AINS dans la crise migraineuse a été prouvée à plusieurs reprises dans différentes études contrôlées. Dans notre enquête, sur les 7 sujets qui prennent un AINS en première intention, 5 sont soulagés en moins de deux heures. Parmi les sujets qui ont répondu au questionnaire sur l'automédication, près d'un tiers (30%) utilisent un AINS en première intention et 26% en utilise un en second recours. Il ne semble pas exister d'efficacité croisée au sein de cette classe, il est donc nécessaire d'inciter les migraineux à en essayer plusieurs sur différentes crises avant de passer à une autre classe. De par leur efficacité, les AINS

représentent la deuxième classe de médicaments les plus utilisés en automédication pour calmer une crise de migraine mais il faut rester vigilant quant aux nombreux effets indésirables et contre-indications de cette famille médicamenteuse.

Les dérivés opiacés, majoritairement représentés par la codéine seule ou en association avec le paracétamol, restent couramment utilisés ; dans notre enquête 22% des sujets interrogés les utilisent en première intention et sur les 5 personnes qui s'automédiquent par cette classe de médicaments, 4 reprennent le même médicament si la première prise s'est révélée être inefficace. Les effets indésirables sont fréquents, comme les somnolences ou les sensations vertigineuses et ils aggravent parfois les nausées et vomissements des migraineux. L'HAS recommande d'éviter les opioïdes, seuls ou en association, car ils peuvent aboutir à un abus médicamenteux voire un comportement addictif. Par conséquent, l'équipe officinale doit donc éviter de les conseiller en première ligne.

3.2. *Si le sujet a un traitement spécifique*

On ne peut délivrer des antimigraineux spécifiques que sur ordonnance, ce qui oblige le patient à consulter un médecin. Cependant, le pharmacien d'officine se doit de donner les règles d'utilisation des médicaments prescrits et les conseils associés afin de garantir la sécurité des patients.

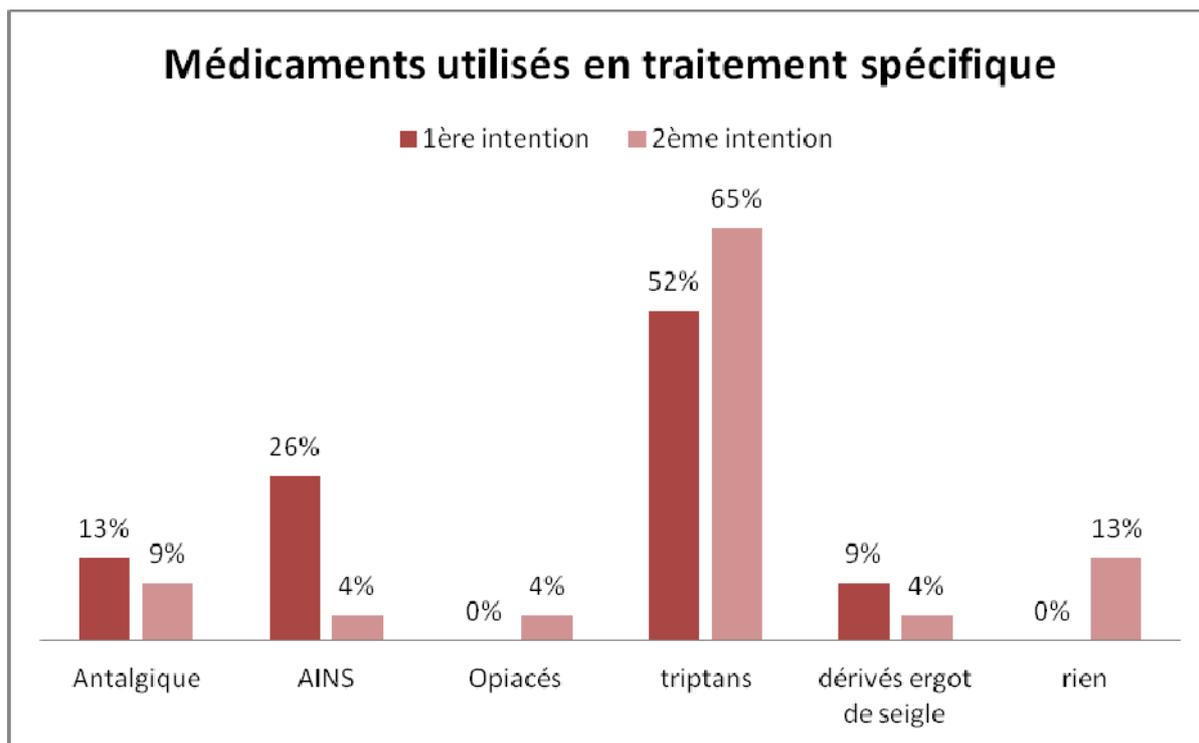


Figure 10 : Pourcentage de migraineux en fonction du médicament utilisé en première et en deuxième intention.

Pour les sujets possédant un traitement spécifique de leurs crises de migraine ; les triptans représentent indiscutablement la classe pharmacologique la plus utilisée que ce soit en première ou en deuxième intention. Dans notre enquête, plus de 50 % des migraineux prennent un triptan en première intention lors d'une crise et 65% des sujets l'utilise en deuxième recours. C'est la seule classe qui est plus consommée en deuxième intention qu'en première ; ceci est dû à la coprescription d'un AINS et d'un triptan recommandé par l'HAS (méthode détaillée dans le paragraphe 6.3.2).

Les dérivés ergotés, sont peu utilisés que ce soit en première ou en deuxième intention à cause de leurs nombreuses contre-indications ; en effet ils sont contre-indiqués en cas d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, d'insuffisance coronarienne, d'HTA mal contrôlée, de syndrome de Raynaud ou encore d'insuffisance hépatique ou rénale. De plus, les dérivés ergotés étant métabolisés par le CYP3A4, les interactions médicamenteuses sont multiples ; ainsi ils ne doivent pas être associés aux antifongiques azolés, aux macrolides, aux triptans ou encore au jus de pamplemousse car ces associations exposeraient le patient à un risque d'ergotisme. Pour finir, leur utilisation est limitée car la tolérance digestive est mauvaise pour 1 migraineux sur 4, ils provoquent des nausées et vomissements qui

s'additionnent aux effets de la crise. Les dérivés ergotés sont utilisés en cas de contre-indication, d'intolérance ou d'inefficacité des triptans. [29]

Les antalgiques sont 3,5 à 4 fois moins utilisés lorsque les sujets ont un traitement spécifique par rapport aux sujets qui s'automédiquent. L'utilisation des AINS reste comparable dans les deux groupes de population en première intention mais ils sont 6 fois moins utilisés en deuxième intention par les sujets bénéficiant d'un traitement spécifique car en cas d'inefficacité de leur première prise, ils disposent de médicaments spécifiques des crises tels que les triptans ou les dérivés ergotés.

IV. Efficacité du traitement

L'HAS recommande de poser les quatre questions suivantes à un patient migraineux afin de juger de l'efficacité de son traitement de crise.

Etes-vous soulagés de manière significative 2 heures après la prise ?

Votre traitement est-il bien toléré ?

Utilisez-vous une seule prise médicamenteuse ?

Reprenez-vous vos activités normalement 2 heures après la prise ?

Nous avons posé ces questions aux sujets de notre enquête, leurs réponses sont synthétisées dans l'histogramme ci-dessous (*figure 11*) :

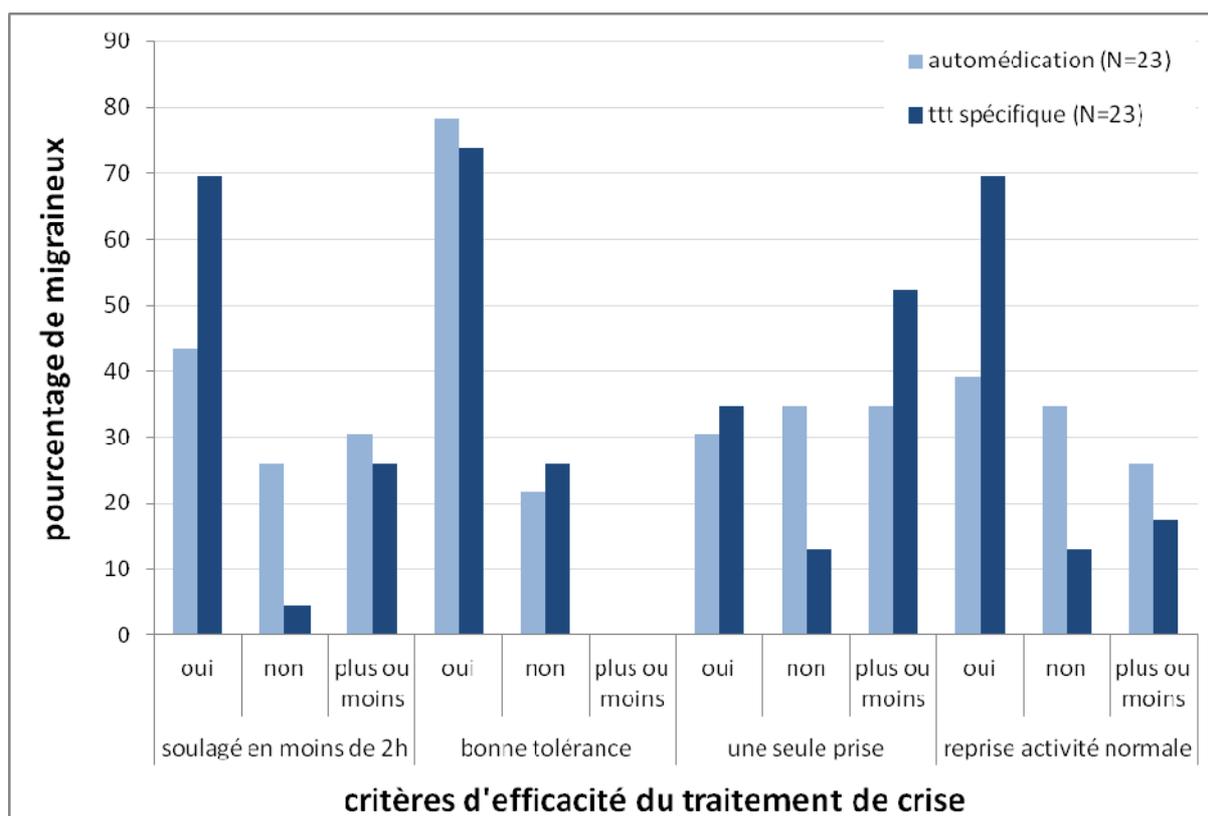


Figure 11 : Pourcentage de migraineux sous automédication ou avec un traitement spécifique en fonction des critères d'efficacité de l'HAS.

4.1. *Etes-vous soulagés de manière significative 2 heures après la prise ?*

	Oui	Non	Plus ou moins
automédication	43%	26%	30%
Traitement spécifique	70%	4%	26%

La figure 11 reprend les résultats de ce tableau.

Les résultats nous montrent que plus de 2/3 des sujets traités par un traitement spécifique sont soulagés 2 heures après la prise médicamenteuse. Par ailleurs, 6 fois plus de patients sous automédication ont répondu « non » à cette question.

Sur la totalité de l'échantillon, 13 personnes, soit 28% ont noté que la durée au bout de laquelle ils étaient soulagés dépendait du moment de prise du médicament et de l'intensité de la crise. Ces sujets sont comptabilisés dans le critère « plus ou moins ».

4.2. *Votre traitement est-il bien toléré ?*

	Oui	Non	Plus ou moins
automédication	78%	22%	0.0%
Traitement spécifique	74%	26%	0.0%

La figure 11 reprend les résultats de ce tableau

La majorité des sujets interrogés ne souffrent pas d'effets indésirables que ce soit pour les migraineux sous automédication ou ceux avec un traitement spécifique. En effet pour, respectivement, 78% et 74% des sujets, la tolérance de leur médicament est bonne.

Cependant, au total, 11 migraineux sur les 43 interrogés souffrent parfois d'effets indésirables suite à la prise de leur traitement. Certains sujets se plaignent de fatigue ou de nausées, mais ce sont aussi des symptômes de la crise de migraine donc il est difficile de dire si ces effets sont dûs au traitement ou à la crise en elle-même. D'autres se plaignent de gastralgies et/ou de dyspepsies suite à la prise d'un AINS, il ne faut alors pas hésiter à leur rappeler de prendre leur anti-inflammatoire au cours d'un repas (si la crise se déclare à ce moment) ou leur conseiller un protecteur gastrique.

Deux des patientes ayant répondu « non » à cette question, se plaignent d'avoir une sensation d'oppression thoracique, la bouche sèche ainsi que des palpitations ou des vertiges et des fourmillements suite à la prise de Zomig®. Les symptômes décrits font penser au « syndrome des triptans » ; notons que l'apparition de ce syndrome n'est pas un motif de changement de molécule tant que le traitement utilisé est efficace, et que les effets indésirables produits restent discrets et tolérés.

4.3. *Utilisez-vous une seule prise médicamenteuse ?*

	Oui	Non	Plus ou moins
automédication	30%	35%	35%
Traitement spécifique	35%	13%	52%

La figure 11 reprend les résultats de ce tableau

Les résultats obtenus à cette question montrent que sur la totalité de notre échantillon, environ 1/3 des migraineux prend une prise unique pour soulager leur crise ; les résultats sont semblables que ce soit pour les patients sous automédication ou ceux ayant un traitement spécifique. En revanche on note que 2.7 fois plus de sujets sous automédication renouvellent au moins une fois leur prise médicamenteuse.

Pour les sujets ayant répondu « plus ou moins » à cette question ; sur les 12 migraineux possédant un traitement spécifique, 6 suivaient la règle de coprescription d'un AINS et d'un triptan. Pour les 6 autres sujets et les 8 sous automédication ; le nombre de prises n'est pas similaire à chaque fois, il dépend de l'intensité de la crise et du moment où la première prise a été faite.

4.4. *Reprenez-vous vos activités normalement 2 heures après la prise ?*

	Oui	Non	Plus ou moins
automédication	39%	35%	26%
Traitement spécifique	70%	13%	17%

La *figure 11* reprend les résultats de ce tableau

La majorité des sujets ayant des antimigraineux de crise spécifiques (70%) peut reprendre ses activités 2 heures après la prise, alors qu'ils ne représentent que 39% dans le groupe des migraineux sous automédication.

La part des sujets sous automédication qui ne sont pas soulagés 2 heures après leur prise médicamenteuse est 2.7 fois plus importante que celle des sujets avec un traitement spécifique.

4.5. *Conclusion*

Si le sujet répond « oui » aux quatre questions, son traitement de crise est efficace, il n'a pas besoin d'être modifié ; en revanche, si il répond « non » à une ou plusieurs questions, son traitement est considéré comme insuffisamment efficace et il doit être changé. A l'officine, il est utile de connaître ces questions afin de pouvoir rediriger nos patients vers un médecin si le traitement utilisé s'avère inefficace.

Dans notre enquête ; parmi les sujets sous-automédication, seulement 2 ont répondu « oui » aux quatre questions, pour les 21 autres leur traitement est jugé inefficace, il faut les sensibiliser sur le fait qu'il existe des antimigraineux plus efficaces que les antalgiques ou les AINS et les inciter à en parler à leur médecin. Sur les 23 sujets ayant un traitement spécifique 7 ont répondu « oui » aux quatre questions, soit environ 30% ; on remarque tout de même que 4 sujets ont répondu « oui » à toutes les questions sauf la suivante : « Utilisez-vous une seule prise médicamenteuse ? », or l'HAS recommande, sur 3 crises successives, d'utiliser en première intention un AINS et si le sujet n'est pas soulagé 2 heures après cette première prise, il utilise le triptan. Notons que si le sujet utilise le triptan pour 2 crises sur 3, il pourra prendre le triptan en première intention lors d'une prochaine crise ; ce point peut être utile à rappeler aux migraineux bénéficiant d'une coprescription d'un AINS et d'un triptan.

La stratégie thérapeutique à suivre est détaillée dans le paragraphe 6.3.2, choix du traitement de crise.

V. Raisons pour lesquelles certains migraineux utilisent l'automédication lors d'une crise

Près d'un migraineux sur deux se traite par automédication ; dans notre enquête, les réponses des 21 sujets sous automédication ayant répondu à la question « Avez-vous déjà consulté un médecin pour vos migraines ? Si non, pourquoi ? » sont résumées dans la *figure 12*.

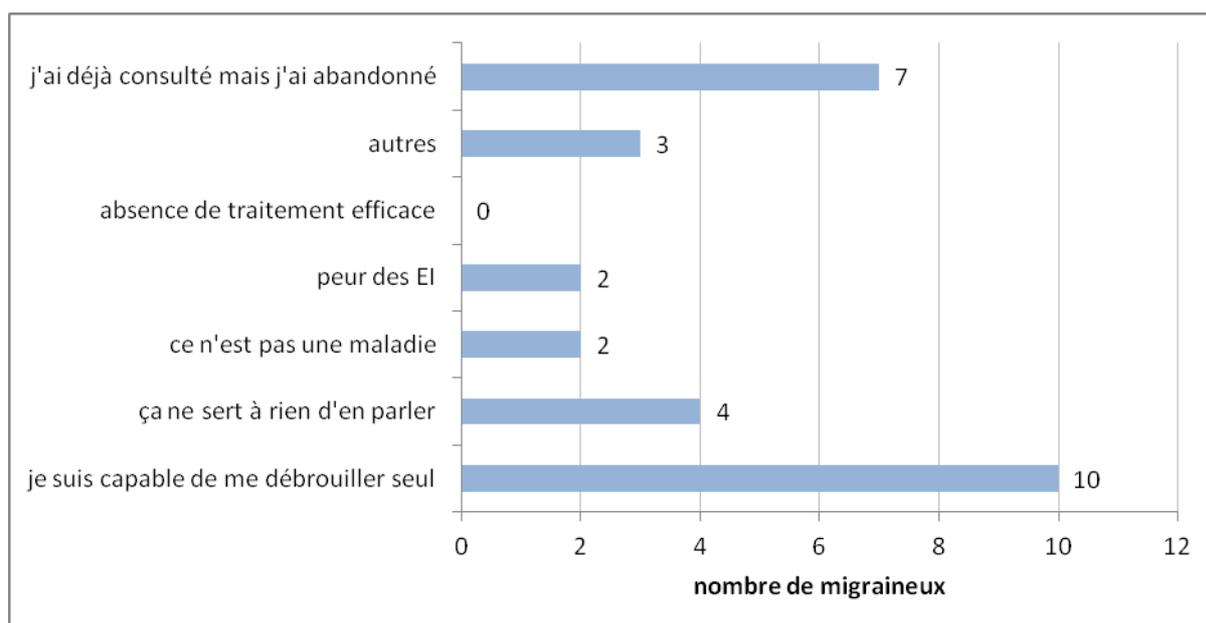


Figure 12 : Nombre de migraineux en fonction des raisons pour lesquelles ils utilisent l'automédication lors d'une crise. (Plusieurs réponses possibles).

La migraine est une maladie sous-diagnostiquée, les études françaises montrent que 30 à 45% des migraineux n'en ont jamais parlé à leur médecin et ignorent donc leur statut de migraineux ainsi que les possibilités de prise en charge existantes.

Près de 50% des sujets interrogés pensent qu'ils sont capables de se débrouiller seul, mais parmi eux, seulement 20% ont répondu « oui » aux quatre questions concernant l'efficacité de leur traitement.

Dans notre enquête, 7 migraineux, soit 1/3 des sujets a déjà consulté un médecin pour ses crises mais le traitement prescrit s'est révélé inefficace donc ils l'ont abandonné et sont revenus à l'automédication. Il ne faut pas hésiter à rappeler à ces individus que trouver le bon anti-migraineux est un travail long et fastidieux, il faut les encourager à persévérer. [45]

VI. Conseils à l'officine

6.1. Règles hygiéno-diététiques

En respectant quelques règles d'hygiène de vie, le migraineux peut noter une diminution de la fréquence, de l'intensité ou de la durée de ses crises. Le pharmacien doit

donc les faire connaître à ses patients et les rappeler régulièrement pour compléter les conseils accompagnant les médicaments.

6.1.1. Le sommeil

Le sujet migraineux doit avoir un sommeil régulier et suffisant. Le manque de sommeil, ou à l'inverse les nuits trop longues peuvent déclencher des crises ; le migraineux doit donc, dans la mesure du possible, éviter les soirées prolongées, les grandes grasses matinées du week-end et les décalages horaires trop importants. Autrement dit, il doit avoir des heures de sommeil relativement régulières pour minimiser les crises.

On peut aussi rappeler à notre patient qu'il est conseillé de dormir dans une chambre peu chauffée (entre 18 et 20°C) et aérée quotidiennement pour avoir un sommeil de meilleure qualité.

6.1.2. L'alimentation

Les migraineux doivent adopter un rythme dans leur alimentation, ils doivent manger à des heures fixes, éviter de sauter des repas et avoir une alimentation équilibrée. En effet, nous avons vu que l'alimentation représente un des facteurs déclenchant de crise le plus souvent cité.

6.1.3. L'activité physique

Bien qu'on recommande le repos et l'arrêt de toute activité lors d'une crise ou dès les premiers symptômes annonciateurs d'une crise ; il est conseillé au migraineux de pratiquer une activité physique régulière. Les sports d'endurance tels que la natation, le cyclisme ou la course devront être privilégiés tandis que les sports violents ou avec risque de choc devront être évités.

Un état de déshydratation peut déclencher une crise chez un migraineux, on lui rappellera de boire régulièrement lors de son activité sportive.

6.1.4. Le tabac

Le tabac n'est pas en lui-même un facteur déclenchant mais il représente un risque vasculaire et potentialise donc le risque d'infarctus cérébral. Pour éviter l'association de plusieurs facteurs de risque, on essaiera de lutter contre le tabagisme chez la migraineuse.

6.1.5. Autres

Le sujet migraineux devra, tant que possible, éviter les atmosphères mal aérées, bruyantes ou enfumées.

6.2. *Des gestes simples*

Certains gestes simples peuvent aider à soulager le patient lorsque la douleur est intense ou en attendant que les médicaments de crise fassent effet.

La méthode sans doute la plus efficace et que le migraineux applique instinctivement lors d'une crise est de s'allonger dans une pièce sombre, calme et relativement fraîche ; mais elle n'est pas adaptée à toutes les situations. Chez certains sujets, boire du café fort ou manger un morceau de sucre s'avère efficace pour calmer la douleur. Chez d'autres, masser délicatement les régions douloureuses comme les tempes ou le front se révèle être plus utile. Le migraineux peut aussi appliquer sur le front ou dans la nuque une lingette chaude ou froide, selon ce qui le soulage le plus.

L'efficacité de ces gestes varie d'un sujet à l'autre, le migraineux doit les essayer et adapter à ses crises la méthode qu'il juge la plus efficace. Cependant, ces gestes ne procurent la plupart du temps qu'un soulagement relatif et temporaire et ne dispensent qu'exceptionnellement du traitement de crise.

6.3. *Conseils sur la prise des médicaments de crise*

6.3.1. Crise de migraine et automédication

Les migraineux pratiquant l'automédication sont nombreux ; le pharmacien est alors le seul professionnel de santé à intervenir dans la prise en charge de la migraine de ces patients. Le rôle de l'équipe officinale est donc primordial pour écouter le patient, l'interroger sur sa consommation médicamenteuse et le conseiller ; c'est elle aussi qui pourra déceler une surconsommation d'antalgiques et qui devra orienter le patient vers un médecin.

Pris trop fréquemment, la plupart des traitements de crise peuvent provoquer une accoutumance ; pour calmer sa douleur, le patient est tenté d'augmenter les doses et peut ainsi transformer ses crises de migraine épisodiques en céphalées chroniques quotidiennes (CCQ).

Dans la classification de l'IHS, la céphalée par abus médicamenteux est définie par la prise de traitements de crise au moins 10 jours par mois (15 jours pour les antalgiques non opiacés), pendant une durée d'au moins 3 mois. Avant de débiter un traitement prophylactique pour diminuer la fréquence et l'intensité des crises, le patient devra réaliser un sevrage médicamenteux en milieu hospitalier ou en ambulatoire. [39]

6.3.2. Choix du traitement de crise

Etant donné les nombreux traitements de crise et la grande variabilité individuelle de réponse à ces antimigraineux, le traitement devra être individualisé aussi bien en ce qui concerne le choix des médicaments, leur voie d'administration ainsi que leur posologie. La mise au point du traitement le mieux adapté et le plus efficace est généralement longue. Pour obtenir l'adhésion du patient et éviter qu'il ne se décourage en cas d'échec, il est indispensable de lui expliquer la démarche thérapeutique.

Pour les patients qui utilisent l'automédication en cas de crises, l'HAS recommande lors de la première consultation, d'interroger le patient sur son traitement habituel et sur son efficacité en posant les questions suivantes :

Etes-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 médicament vous permet-elle une reprise normale et rapide de vos activités sociales, familiales, professionnelles ?

Comme nous l'avons vu précédemment dans le paragraphe IV, si le patient répond « oui » aux quatre questions, le traitement est jugé efficace, donc l'HAS recommande de ne pas modifier le traitement habituel du patient. En revanche si le patient répond « non » à au moins une des quatre questions, il est recommandé de prescrire sur la même ordonnance un AINS et un triptan. Le patient commence par prendre l'AINS et utilise le triptan si le premier médicament n'a pas soulagé la crise dans les deux heures. Cette prise en charge doit être suivie sur trois crises distinctes ; si le triptan est nécessaire dans deux des trois crises, le migraineux devra utiliser d'emblée le triptan lors des prochaines crises. En revanche si l'AINS est efficace pour deux crises sur les trois, le migraineux devra garder l'AINS en traitement de première intention et utiliser le triptan en cas de non-réponse.

Il existe une autre stratégie thérapeutique dans laquelle, on adapte le choix du médicament à la sévérité de la crise et au handicap qu'elle provoque. C'est-à-dire que le patient utiliserait d'emblée un triptan s'il juge sa crise intense et/ou avec un retentissement fonctionnel important. Cependant, il n'y a pas de consensus professionnel concernant cette stratégie, donc l'HAS préconise la coprescription d'un AINS et d'un triptan.

Pour les patients traités par le tartrate d'ergotamine, il est recommandé de ne pas modifier leur traitement tant que celui-ci est efficace, qu'il n'existe pas de contre-indication et que la dose n'est pas augmentée petit à petit.

Il n'y a pas d'effet de classe pour les triptans ; un migraineux non répondeur à un triptan doit en essayer un autre avant de changer de classe pharmacologique. De plus, avant de juger de l'inefficacité d'un triptan, on recommande de le tester sur au moins trois crises (sauf mauvaise tolérance) car un patient non répondeur à un triptan lors de la première crise peut ensuite être répondeur.

En pratique, il faut tenir compte des contre-indications, des effets indésirables, des interactions médicamenteuses et des éventuelles pathologies associées du patient pour établir son traitement de crise. Le médecin devra également prendre en compte les traitements déjà essayés. [7, 40]

6.3.3. Choix de la voie d'administration, recherche de la dose optimale

Le choix de la voie d'administration est important afin d'avoir la meilleure efficacité possible sans mettre de côté les préférences du migraineux pour obtenir son entière adhésion au traitement. Le plus souvent, les patients optent pour la voie orale mais dans certains cas, les traitements *per os* sont inefficaces en raison de la diminution de leur absorption digestive durant la crise. L'administration par voie rectale ou par solution nasale représente alors une alternative intéressante pour les patients souffrant de nausées et/ou vomissements importants. Par ailleurs les formes orodispersibles, d'utilisation simple et fonctionnelle, permettent d'éviter de recourir à de l'eau qui provoquerait chez certaines personnes des vomissements. La voie injectable (sous-cutanée) est utilisée dans le traitement de la crise de migraine sévère lorsque les autres traitements n'ont pas été efficaces au cours des crises précédentes.

Etant donné la grande variabilité inter et intra-individuelle des crises de migraines et de leurs traitements, la recherche de la dose optimale se fait de façon empirique pour chaque patient. On arrive au bon dosage par tâtonnement, au fil des crises successives, en évaluant le rapport bénéfice/risque à chaque augmentation de posologie.

6.3.4. Posologies maximales

Il est important de faire la correspondance entre le dosage (en mg) et le nombre d'unité et de noter la posologie sur la boîte pour limiter les abus.

Les doses à ne pas dépasser sont les suivantes :

- Triptans : pas plus de 3 fois par semaine ;
- Tartrate d'ergotamine : maximum 6mg/jour et 10mg/semaine
- Dihydroergotamine : maximum 4mg/jour (soit 4 pulvérisations) et 24mg/semaine

Il est indispensable de rappeler aux migraineux de ne pas dépasser les posologies maximales, même si les symptômes persistent car les abus d'antalgiques et/ou d'antimigraineux peuvent empirer les céphalées et migraines et provoquer des CCQ. Ainsi, le paracétamol arrive en tête de la liste des abus médicamenteux induisant des CCQ car c'est le médicament le plus utilisé.

6.3.5. Plan de prise

Il est conseillé de demander l'avis à son pharmacien ou sous médecin avant toute association médicamenteuse ou de prévenir tout professionnel de santé du traitement en cours car les antimigraineux interagissent avec de nombreux médicaments.

Triptans

Si le sujet n'observe aucune amélioration après la 1^{ère} prise d'un triptan, une 2^{ème} prise sera également inefficace. En revanche s'il a été soulagé lors de la 1^{ère} prise mais que la céphalée migraineuse réapparaît, le patient peut prendre un nouveau comprimé en respectant un intervalle d'au moins 2 heures entre les deux prises (4 heures avec le naratriptan).

En cas de changement de classe pharmacologique, il est conseillé d'attendre 24 heures entre l'arrêt d'un dérivé ergoté et la prise d'un triptan ; et 6 heures entre l'arrêt d'un triptan et la prise d'un dérivé ergoté.

Dérivés ergotés

Pour la dihydroergotamine (Diergo-spray[®]), le sujet s'administre 1 pulvérisation dans chaque narine lors d'une crise. Ce dosage peut être répété après 15 à 30 minutes si la crise n'est pas passée.

Concernant le tartrate d'ergotamine, le patient peut prendre 1 à 2 comprimés en cas de crise et répéter cette prise 1 fois après 30 minutes si la céphalée est encore présente.

6.3.6. Moment de la prise

Quelque soit la classe pharmacologique utilisée, le médicament est à prendre le plus tôt possible après le début de la céphalée car la résorption digestive des molécules diminue pendant une crise de migraine. Plusieurs essais sur les triptans, ont montré qu'ils étaient plus efficaces s'ils étaient pris précocement ; de plus, une prise tardive augmente le risque de récurrences et d'intolérance et prolonge le handicap. Notons tout de même qu'il est difficile de faire la distinction au début d'une céphalée pour les migraineux souffrant de céphalées de tension ; afin d'éviter un abus médicamenteux, il est essentiel que ces patients attendent d'être certains d'avoir une crise de migraine.

Pour les crises avec aura, seuls les antalgiques et les AINS peuvent être pris dès la phase de l'aura. Il est recommandé d'attendre le début de la céphalée pour prendre les triptans et les dérivés ergotés qui sont des vasoconstricteurs et sont inactifs sur l'aura.

Le tartrate d'ergotamine peut être à l'origine de troubles digestifs bénins tels des nausées ou des vomissements qui s'ajoutent à ceux de la crise, on conseille alors au patient d'associer à son traitement de crise un antiémétisant afin de diminuer son inconfort digestif.

Pour tous les migraineux, il est recommandé de comptabiliser le nombre total de prise de traitement de crise par mois afin de repérer une utilisation abusive, fréquente chez les migraineux et susceptible d'entraîner des céphalées chroniques par abus médicamenteux. [7, 41]

6.4. *Stratégie thérapeutique*

6.4.1. Tenir un agenda des crises

Les crises de migraine varient beaucoup d'un individu à l'autre, l'HAS conseille aux migraineux et aux parents des enfants migraineux de tenir un agenda des crises afin d'adapter la prise en charge à chaque patient.

Dans cet agenda, le migraineux décrira les caractéristiques de chaque crise ainsi que toutes les informations relatives à celle-ci qui lui semble pertinentes ; ainsi il notera :

- La date de survenue, la durée et l'intensité de la douleur
- Les facteurs déclenchant (aliment, climat, sommeil, situation psychologique particulière...)
- Les symptômes associés (nausées, vomissements, intolérance au bruit et/ou à la lumière...)
- Récurrence (réapparition de la douleur dans les 24 heures après un soulagement initial)
- Liaison éventuelle au cycle hormonal (noter le premier jour des règles pour les migraineuses)
- Traitement administré qu'il soit sur prescription ou en automédication (nom du médicament, dosage, posologie)

Il est également utile de noter les petits symptômes même anodins, qui précèdent la crise de migraine afin de reconnaître, par la suite, ces signes précurseurs.

La bonne tenue de ce journal aidera le migraineux à faire les changements nécessaires et possibles afin d'éviter au maximum les crises de migraines. Ce journal des crises permettra aussi d'optimiser la prise en charge de la migraine et d'évaluer le handicap lié aux crises ; il guidera le médecin dans son choix thérapeutique et il aidera le pharmacien à donner des conseils individualisés à chaque patient. Par ailleurs, il sera utile aux professionnels de santé pour juger de l'efficacité du traitement de crise ou de fond et pour leur permettre de suivre l'évolution de la pathologie de leur patient et ainsi adapter les traitements et les conseils. [7, 19,

Un exemple d'agenda des crises est présent en *annexe 3*.

6.4.2. Expliquer le traitement de fond à un sujet migraineux

Le traitement de fond sert à diminuer la fréquence et la sévérité des crises mais il ne les supprime pas définitivement ; de par la diminution du nombre de crise, il permet également d'améliorer la qualité de vie des migraineux. Cependant, il est important d'associer le patient à la démarche thérapeutique car contrairement aux antimigraineux de crise, le traitement de fond est à prendre quotidiennement. Le migraineux doit également savoir que l'effet recherché n'apparaît pas immédiatement, il faut attendre trois mois pour juger de

l'efficacité du traitement de fond ; il est important de signaler ce point au patient afin qu'il ne se décourage pas trop vite. La tenue de l'agenda des crises permettra de mieux apprécier l'efficacité du traitement prophylactique.

Savoir quand le conseiller

Le traitement de fond est proposé quand le handicap généré par l'intensité, la fréquence et les troubles digestifs des crises devient trop important et a un impact considérable sur la qualité de vie personnelle et socioprofessionnelle du patient. Il est également possible de mettre en place un traitement de fond chez les sujets souffrant de migraine plus espacées mais sévères, longues et répondant mal aux traitements de crise.

Le traitement de fond est également recommandé dès que le patient consomme, depuis trois mois, six à huit prises d'antimigraineux de crise par mois, même si le sujet juge son traitement efficace, en raison du risque d'évolution vers une céphalée chronique quotidienne avec abus médicamenteux. [7]

Savoir expliquer la stratégie thérapeutique

Le traitement prophylactique doit être débuté par une monothérapie, à faible dose ; la posologie sera augmentée progressivement en fonction de la tolérance jusqu'à atteindre une dose optimale.

L'évaluation de l'efficacité se fait au bout de 3 mois de traitement ; l'agenda des crises tenu par le patient permettra de voir si la consommation d'antimigraineux de crise est décroissante, mais aussi si l'intensité et la durée des crises a diminué. Le traitement de fond est jugé efficace lorsqu'il réduit la fréquence des crises d'au moins 50%.

Si le traitement choisi est inefficace, on peut augmenter la posologie en gardant un rapport bénéfice/risque suffisant ou changer de molécule. L'association de deux traitements de fond à plus faibles posologies peut être envisagée dans le but de réduire les effets indésirables respectifs de chaque molécule, après les avoir testées séparément. En cas d'échecs répétitifs, il faut évaluer l'observance ou se méfier d'un passage en abus médicamenteux.

Si le traitement est efficace, il sera poursuivi pendant 6 mois à 1 an. Durant cette période, la situation clinique est réévaluée tous les 3 à 4 mois et le traitement est adapté aux modifications de la migraine. Au bout des 6 mois à 1 an, on diminuera progressivement la posologie pour arrêter le traitement. Le même traitement pourra être recommencé si la fréquence des crises augmente de nouveau ; dans la majorité des cas, il sera efficace mais pour les migraineux les plus sévères il pourra se révéler inefficace alors qu'il l'avait été précédemment. [6, 7]

6.4.3. Savoir reconnaître les signes qui doivent orienter vers un médecin.

Il est nécessaire de consulter son médecin lorsque les maux de tête ne sont plus soulagés avec le traitement que l'on prend habituellement, ou lorsqu'on ne peut reprendre une activité normale deux heures après la prise médicamenteuse. Il est également conseillé de consulter son médecin si l'on utilise des traitements contre les crises de maux de tête plus de 5 à 6 fois par mois. Le médecin généraliste pourra établir le diagnostic de migraine et proposer un traitement si celle-ci est commune et répond à tous les critères de l'IHS ; il pourra aussi aider le migraineux à lister les facteurs déclenchant de ses crises et commencer avec lui une démarche d'éducation thérapeutique. Si le généraliste est face à des difficultés de diagnostic ou de traitement, il proposera à son patient de consulter un spécialiste.

Devant des migraines avec aura ou avec des signes d'accompagnement neurologique, des cas atypiques ou lorsque l'examen clinique est anormal, il devient nécessaire de consulter un spécialiste. Il est également recommandé de consulter un neurologue lorsque le traitement prescrit par le généraliste ne calme plus les douleurs ou que les crises se rapprochent et que le migraineux augmente sa consommation de médicaments.

Si la céphalée apparaît de manière brutale (céphalée dite en coup de tonnerre) ou si une céphalée récente, se différenciant des céphalées habituelles, s'installe, il est alors recommandé de consulter les urgences. Un migraineux peut également se rendre aux urgences s'il est en pleine crise de migraine jugée sévère et qu'il n'arrive pas à se soulager avec son traitement habituel.

CONCLUSION

La migraine est une pathologie qui touche 12% de la population soit près de 7 millions de personnes en France ; depuis ces dernières années beaucoup de progrès ont été fait dans la compréhension de la physiopathologie, la découverte de gènes impliqués dans la migraine hémiplegique familiale ou encore la mise sur le marché d'une nouvelle classe d'antimigraineux de crise, les triptans.

Mais malgré toutes ces avancées thérapeutiques, la migraine reste une maladie sous-diagnostiquée. En effet 30 à 45% des migraineux n'ont jamais consulté donc ignorent leur statut de migraineux ainsi que les différentes possibilités de prise en charge ; et un migraineux sur deux a recours à l'automédication lors d'une crise.

Il est du ressort du pharmacien d'informer les patients sur cette pathologie, de les encourager à trouver le traitement le mieux adapté à leurs crises et de donner les conseils appropriés à chaque sujet. Les résultats de notre enquête nous montrent que chez beaucoup de migraineux bénéficiant d'antimigraineux spécifiques ou sous automédication, le traitement utilisé n'est pas efficace ; le rôle du pharmacien est aussi de réaliser un suivi de chaque patient afin d'identifier les patients non soulagés par leur traitement ou ceux abusant des antimigraineux afin de les orienter vers un médecin. L'officine étant un lieu privilégié de premiers recours lors de crises migraineuses, elle joue un rôle primordial dans l'amélioration de la prise en charge de la migraine.

Le Président de la thèse,

Nom :

ZIMMER

Signature :

Professeur Luc ZIMMER
Faculté de Pharmacie-Université Lyon 1
Hospices Civils de Lyon

Vu et permis d'imprimer, Lyon, le 13.01.2012

Vu, la Directrice de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques, Faculté de Pharmacie

Pour le Président de l'Université Claude Bernard Lyon 1,

Professeure C. VINCIGUERRA

ANNEXES

Annexe 1 : questionnaire pour les migraineux sous automédication

Test : êtes-vous migraineux ?

5. Vos maux de têtes prennent-ils la forme de crises qui durent de 4 heures à 3 jours ?
 Oui non > à 3 jours
6. Vous avez présenté au moins 5 crises dans votre vie ?
 Oui Non
7. Votre mal de tête possède au moins deux des caractères suivants ?
- Il est souvent localisé d'un seul côté de la tête
- Il est pulsatile
- Il est aggravé par l'activité physique
- Il est fort au point de gêner votre activité quotidienne

 Oui Non
8. Votre mal de tête est accompagné d'au moins un des signes suivants
- Nausées et/ou vomissements
- Aggravation par le bruit et/ou la lumière

 Oui Non

(Questionnaire établi par la société française d'étude des migraines et céphalées d'après International headache Society)

Vous n'avez pas de traitement spécifique des crises de migraine

Sexe : Femme Homme

Age

Avez-vous un traitement en cours ? de quelle pathologie s'agit-il ? notez le nom de vos médicaments

Quels sont les facteurs déclenchant ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> l'hypoglycémie |
| <input type="checkbox"/> Contrariétés | <input type="checkbox"/> période prémenstruelle |
| <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> certains médicaments |
| <input type="checkbox"/> Excès de sommeil | <input type="checkbox"/> certains aliments |
| <input type="checkbox"/> Alcool | |
| <input type="checkbox"/> Autre..... | |

Quelle est la fréquence des crises ? (nombre de crise/mois) Depuis combien de temps souffrez vous de ces crises ?

- ≥ 1 par semaine De 1 à 4 par mois $<$ une par mois

Quelle est la durée moyenne des crises ?

- De 4 à 12 heures De 12 à 24 heures De 24 à 72 heures

Quelle est l'intensité de la crise sur une échelle de 1 à 10

Au bout de combien de temps prenez vous un antalgique ?

Quel est le nom du médicament que vous prenez en première intention ?

Quel est le dosage de ce médicament ? combien de comprimés prenez-vous ?

Votre traitement est-il efficace ?

- Votre traitement vous soulage-t-il en moins de 2 heures ?
 Oui Non Plus ou moins
- Votre traitement est-il bien toléré ? (absence d'effets indésirables)
 Oui Non Plus ou moins
- Votre traitement agit-il en une seule prise ?
 Oui Non Plus ou moins
- Votre traitement vous permet-il de reprendre votre vie normale ?
 Oui Non Plus ou moins

Au bout de combien de temps reprenez-vous un médicament si la crise n'est pas passée ?

Quel est le nom du médicament que vous prenez ?

Quel est le dosage de ce médicament ? combien de comprimés prenez-vous ?

Avez-vous déjà consulté un médecin pour vos migraines ? Si non, pourquoi ? (vous pouvez cocher plusieurs réponses)

- Je suis capable de me débrouiller seul
- Ça ne sert à rien d'en parler
- Pour vous, la migraine n'est pas une maladie
- Il n'existe pas de traitement efficace ?
- J'ai peur des effets indésirables des traitements

Annexe 2 : questionnaire pour les migraineux avec un traitement spécifique

Test : êtes-vous migraineux ?

9. Vos maux de têtes prennent-ils la forme de crises qui durent de 4 heures à 3 jours ?

Oui non > à 3 jours

10. Vous avez présenté au moins 5 crises dans votre vie ?

Oui Non

11. Votre mal de tête possède au moins deux des caractères suivants ?

- Il est souvent localisé d'un seul côté de la tête
- Il est pulsatile
- Il est aggravé par l'activité physique
- Il est fort au point de gêner votre activité quotidienne

Oui Non

12. Votre mal de tête est accompagné d'au moins un des signes suivants

- Nausées et/ou vomissements
- Aggravation par le bruit et/ou la lumière

Oui Non

(Questionnaire établi par la société française d'étude des migraines et céphalées d'après International headache Society)

Vous avez un traitement spécifique des crises de migraine

Sexe : Femme Homme

Age

Avez-vous un traitement en cours ? de quelle pathologie s'agit-il ? notez le nom de vos médicaments

Quels sont les facteurs déclenchant ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> l'hypoglycémie |
| <input type="checkbox"/> Contrariétés | <input type="checkbox"/> période prémenstruelle |
| <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> certains médicaments |
| <input type="checkbox"/> Excès de sommeil | <input type="checkbox"/> certains aliments |
| <input type="checkbox"/> Alcool | |
| <input type="checkbox"/> Autre..... | |

Quelle est la fréquence des crises ? (nombre de crise/mois) Depuis combien de temps souffrez vous de ces crises ?

≥ 1 par semaine De 1 à 4 par mois $<$ une par mois

Quelle est la durée moyenne des crises ?

De 4 à 12 heures De 12 à 24 heures De 24 à 72 heures

Quelle est l'intensité de la crise sur une échelle de 1 à 10 ?

Quel est le nom du médicament que vous prenez en première intention ? Depuis combien de temps êtes vous traité par ce médicament ?

Quel est le dosage de ce médicament ? combien de comprimés prenez-vous ?

A quel moment de la crise prenez vous votre médicament ?

Votre traitement est-il efficace ?

- Votre traitement vous soulage-t-il en moins de 2 heures ?

Oui Non Plus ou moins

- Votre traitement est-il bien toléré ? (absence d'effets indésirables)

Oui Non Plus ou moins

- Votre traitement agit-il en une seule prise ?

Oui Non Plus ou moins

- Votre traitement vous permet-il de reprendre votre vie normale ?

Oui Non Plus ou moins

Au bout de combien de temps reprenez-vous un médicament si la crise n'est pas passée ?

Quel est le nom du médicament que vous prenez ?

Quel est le dosage de ce médicament ? combien de comprimés prenez-vous ?

Combien de comprimés prenez-vous par mois ?

Annexe 3 : exemple d'agenda des crises de migraine

Mois :

Jour	Profil de crise				Traitement		
	Durée de la crise (en heures)	Intensité +/++/+++	Symptômes associés (N, V, IB, IL)	Facteurs déclenchant	Nom du médicament	Nombre de comprimé (s)	Réurrence (Oui/Non)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							

N= nausées ; V= vomissements ; IB= intolérance au bruit ; IL=, intolérance à la lumière

BIBLIOGRAPHIE

1. Bousser MG, Ducros A, Massiou H. Migraine et céphalées. Rueil-Malmaison : Doin ; 2005.
2. Géraud G., Lantéri-Minet M., Lucas C. Radat F., Valade D. Qualité de vie et impact de la migraine. Paris : John Libbey Eurotext ; 2007.
3. Centre de la migraine de l'enfant. www.migraine-enfant.org, consulté le 21 juillet 2011.
4. Géraud G., Fabre N., Guide pratique des migraines et céphalées. Paris : Masson ; 2001.
5. Lantéri-Minet M., Valade D., Géraud G., Chautard MH., Lucas C. Migraine and probable migraine – results of FRAMIG 3, a French nationwide survey carried out according to the 2004 IHS classification. *Cephalalgia*, 2005; 25: 1146-58.
6. Géraud G., Fabre N., Lantéri-Minet M., Valade D. Les céphalées en 30 leçons. Issy-les-Moulineaux : Masson ; 2009.
7. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), Service des recommandations et références professionnelles et Service d'évaluation économique. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant : aspects cliniques et économiques. *Recommandations*, 2002.
8. Lévy-Chavagnat D. Les migraines de l'adulte et leur traitement. *Actual pharm.* 2011 ; 502 : 11-27.
9. Ollat H. Physiopathologie de la migraine. *Neuropsychiatrie: tendances et débats.* 2004 ; 24 : 31-9.
10. Kuhn WF., Kuhn SC., Daylida L. Basilar migraine. *Eur J Emerg Med* 1997; 4: 33-8.
11. Valade D. Chronic migraine. *Douleur et analgésie.* 2010, 23 (3) : 151-8.
12. Headache classification subcommittee of the International Headache Society. The international classification of headache disorders, 2nd edition. *Cephalalgia*, 2004, 24 (1).
13. Annequin D., Dumas C., Tourniaire B., Massiou H. Migraine et céphalée chronique de l'enfant. *Rev Neurol.* 2000 ; 156 (4) : 4S68-74.
14. El Hasnaoui A., Gaudin AF., et al. La migraine en France 10 ans après. *Etude GRIM 2000.* Montrouge : John Libbey Eurotext, 2004.

15. Ducros A. Familial and sporadic hemiplegic migraine. Rev Neurol. 2008; 164(3): 216-24.
16. Violon A. La prévention de la migraine: mythe ou réalité. Association migraine et douleur. 2001 Jan 27 ; Bruxelles.
17. Raybaud H. Les migraines et céphalées. www.esculape.com, consulté le 17 octobre 2011.
18. Pradalier A. Migraine. Journées francophones de pathologie digestive 28^{ème} édition. 2004 Avril 3-7, Paris.
19. Richard D, Dejean. La migraine, une inflammation neurogénique. Le moniteur hospitalier. 2011 ; 232 : 19-30.
20. Galan G, Bontemps F. Antimigraineux, 14 cas pratiques. Le moniteur des pharmacies. 2009 ; cahier II du n°2785.
21. Vidal, édition 2011.
22. Faure S. La fin du monopole des triptans dans la migraine ? Actual pharm. 2009 ; 48 (486) : 7-8.
23. Annequin D, Tourniaire B. Centre de la migraine de l'enfant. Comment comprendre et traiter la migraine de l'enfant. www.migraine-enfant.org, consulté le 21 octobre 2011.
24. Traitement de la migraine chez la femme enceinte. Centre de Renseignements sur les Agents Tératogènes. www.esculape.com/gynécologie/grossesse_migraine_crat.html. consulté le 24 octobre 2011.
25. Massiou H. Migraine et grossesse. La lettre du gynécologue. 2005 ; 304 : 17-19.
26. Les antimigraineux. ispb.univ-lyon1.fr/ms/volume2/24-antimigraineux.pdf. consulté le 25 octobre 2011.
27. Collège des enseignants de neurologie. Migraine. www.cen-neurologie.fr, consulté le 27 octobre 2011.
28. Annequin D, Tourniaire B, Gatbois E. Centre de la migraine de l'enfant. www.pediadol.org, consulté le 2 novembre 2011.
29. Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y. Migraines de l'adulte : reconnaître, traiter, accompagner. Med. 2007, 3 (8) : 364-8.

30. Annequin D, Tourniaire B. La migraine de l'enfant : actualités. In : 11^{ème} Journée UNESCO. La douleur de l'enfant, quelles réponses ? 2004 Fév 6. Paris.
31. Cazivasilio D, Robert J. Méthode de Jacobson. www.docteurcliv.com, consulté le 8 novembre 2011.
32. Andrasik F. Biofeedback in headache: an overview of approaches and evidence. *Clev Clin J Med*. 2010; 77(3): S72-6.
33. Laroche F. Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, Hôpital Saint-Antoine à Paris. Approche comportementale et cognitive de la douleur chronique. www.anmtph.fr, consulté le 8 novembre 2011.
34. Richardson IH. Description d'un programme comportemental. Un centre de traitement de la douleur. *Douleur et Analgésie*. 1999 ; 4 : 289-97.
35. Faculté de médecine Pierre et Marie Curie. Méthodes de relaxation. www.chups.jussieu.fr, consulté le 9 novembre 2011.
36. Moreddu F. Le conseil associé à une ordonnance. Tome 1, 2^{ème} édition. Rueil-Malmaison : Wolters Kluwer ; 2007.
37. Moreddu F. Le conseil associé à une demande spontanée. Tome 2, 2^{ème} édition. Rueil-Malmaison : Wolters Kluwer ; 2007.
38. STX-Med. Migraine et Céfaly. www.cefaly.com, consulté le 14 novembre 2011.
39. Anonyme. Migraine : 42% des patients auraient recours à l'automédication. *Le moniteur des pharmacies*. 2004 ; 2529.
40. Lantéri-Minet M. Controverses en migraines et céphalées ; séquence AINS-triptans, quelles évolutions possibles ? *Neurologies*. 2007 ; 10 (94) : 7-12.
41. INSERM. La migraine : connaissances descriptives, traitements et prévention. Paris : Inserm ; 1998, 280p.
42. Henry P, Auray JP, Gaudin AF, Dartigues JF, Duru G, Lantéri-Minet M *et al.* Prevalence and clinical characteristics of migraine in France. *Neurology*. 2002 ; 59 : 232-7.
43. Lantéri-Minet M, Nachit-Ouinekh F, Mihout B, Slama A, El Hasnaoui A. La migraine en pharmacie d'officine: une étude multi-centrique française. *Rev Neurol*. 2004 ; 160 (4) : 441-6.

44. Géraud G, Massiou H, Pradalier A. Migraine : une maladie qui se soigne. Fondation pour la recherche médicale. www.frm.org, consulté le 30 novembre 2011.
45. Géraud G, Ducros A, Pradalier A, Valade D. les migraines, tempêtes sous un crâne. Recherche et Santé. 2004 ; 99 :8-19.
46. Zhiri A, Baudoux D, Breda ML. Huiles essentielles chémotypées. Nouvelle édition. Luxembourg : Inspir Development ; 2009.
47. Passeportsanté.net. Produits de santé naturels. www.passeportsante.net/fr/Solutions/PlantesSupplements/Index.aspx, consulté le 21 décembre 2011.
48. Linde K, Allais G, Brinkaus B, Manheimer E, Vickers A, White A. Acupuncture for migraine prophylaxis. Cochrane Database Syst Rev. 2009; 21(1): CD001218.
49. Zheng H, Chen M, Wu X, Li X, Liang FR. Manage migraine with acupuncture protocols in randomized controlled trials. Am J Chin Med. 2010; 38(4): 639-50.
50. Ducros A. Migraine hémiplegique familial et sporadique. Encyclopédie Orphanet. 2008.
51. Caducee.net. La migraine. [www.caducee.net/Dossier Specialises/neurologie/migraine](http://www.caducee.net/Dossier_Specialises/neurologie/migraine), consulté le 10 janvier 2012.
52. Lemoine P. Le mystère du placebo. Odile Jacob ; 1996.

CHASTEL Florence
Prise en charge de la crise de migraine à l'officine

Th. D. Pharm., Lyon 1, 2012, 108p.

RESUME

La migraine est une pathologie fréquente, sa prévalence est de 12% dans la population générale. Elle se présente sous différentes formes répondant à des critères diagnostiques établis par la Société Internationale des Céphalées (IHS). C'est une affection qui peut altérer considérablement la qualité de vie des migraineux par ses crises successives ; mais malgré le handicap provoqué par celles-ci, nombreux sont les sujets qui se traitent par automédication ou ont un traitement spécifique qui ne leur convient pas.

L'objectif de cette thèse est de montrer que la majorité des migraineux n'a pas de traitement efficace contre leurs crises de migraine. Dans un premier temps, nous ferons un rappel des connaissances actuelles sur la migraine (clinique, physiopathologie, traitements...) ; dans une deuxième partie, nous verrons comment les migraineux prennent en charge leurs crises grâce à l'enquête réalisée dans une officine de Lyon ; puis nous nous arrêterons sur les conseils que peut donner l'équipe officinale aux sujets migraineux afin d'améliorer leur prise en charge.

MOTS CLES

Migraine
Automédication
Traitement spécifique
Conseils à l'officine

JURY

M. ZIMMER Luc, Professeur
Mme REBOUL Mireille, Docteur en Pharmacie
Mme. AUJOGUES Céline, Docteur en Pharmacie

DATE DE SOUTENANCE

Lundi 6 février 2012

ADRESSE DE L'AUTEUR

29, rue de l'hôtel-Dieu des Marais – 60300 Senlis