

Traitement actuel de la migraine



Pr M. AIT- KACI - AHMED
Chef du Service de Neurologie
E.H.S Ali Aït Idir (Alger)

Alger, 04 Juin 2009

Importance du sujet

1. Sur le plan médical

- 12 à 15 % de la population générale
- premier motif de consultation en neurologie et très fréquent en médecine générale

2. Sur le plan socio-psychologique

- maladie parfois très invalidante
- gênant la vie socio-professionnelle et familiale

3. Sur le économique

- premier motif de dépenses en médicaments (France)
- premier poste de dépenses en arrêts de travail (USA)

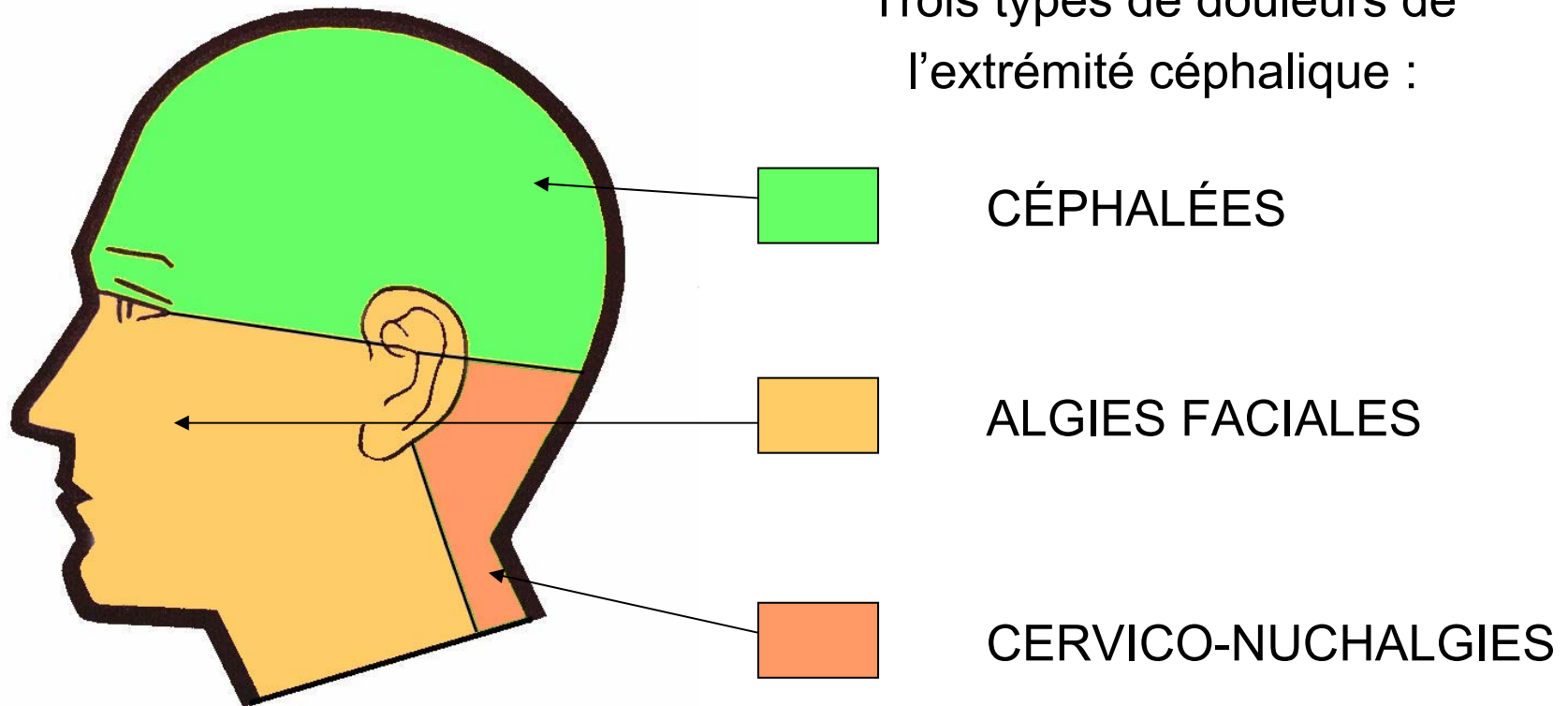
4. Disponibilité d'un traitement

- spécifique
- efficace

ATTENTION !!!

TOUTES LES CEPHALEES NE SONT PAS DES MIGRAINES

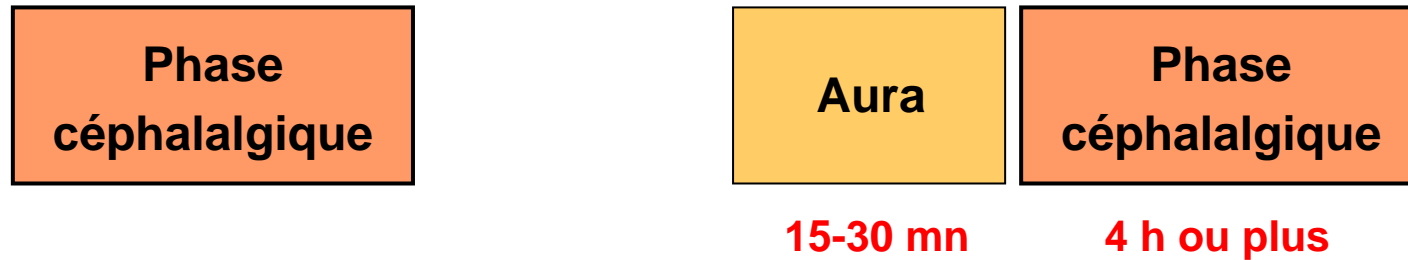
Trois types de douleurs de l'extrémité céphalique :



CÉPHALÉES

- PRIMAIRES : migraine, céphalées psychogènes
- SECONDAIRES : causes multiples (HTA, tumeur)

Migraine avec ou sans aura



1. La migraine sans aura (M.S.A)

- constitue 60 à 90 % des cas [2/3]
- phase céphalalgique d'emblée
- mais signes accompagnateurs habituels :
troubles digestifs, troubles de l'humeur, vertiges

2. La migraine avec aura (M.A)

- constitue 10 à 40 % des cas [1/3]
- les prodromes visuels sont les plus fréquents (90 % des cas)
- parfois des prodromes sensitifs :
paresthésies d'une extrémité ou de l'hémiface
- l'aphasie est très rare

La migraine sans aura (M.S.A)

A. Au moins cinq crises répondant aux critères B à D

B. Crises de céphalées durant de 4 à 72 heures (sans traitement)

C. Céphalée ayant au moins deux des caractéristiques suivantes :

1. unilatérale
2. pulsatile
3. modérée ou sévère
4. aggravation par les activités physiques de routine, telles que montée ou descente des escaliers

D. Durant la céphalée, il existe au moins un des symptômes suivants :

1. nausée et/ou vomissement
2. photophobie et phonophobie

E. Au moins un des caractères suivants est présent :

1. l'histoire, l'examen physique et neurologique ne suggèrent pas une affection codée dans les groupes 5 à 11 (céphalées symptomatiques)
2. ou bien celles-ci ont été écartées par les investigations complémentaires
3. ou bien celles-ci existent mais les crises migraineuses ne sont pas survenues pour la première fois en relation temporelle étroite avec ces affections

La migraine avec aura (M.A)

A. Au moins deux crises répondant aux critères B à D

B. L'aura consiste en au moins un des symptômes suivants :

Symptômes visuels (migraine ophtalmique)

Symptômes sensitifs totalement réversibles : fourmillements, engourdissement

Troubles du langage totalement réversibles

C. L'aura présente au moins deux des caractères suivants :

Symptômes visuels homonymes et/ou symptômes sensitifs unilatéraux

Au moins un des symptômes de l'aura se développe progressivement 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. Ce critère décrit la céphalée accompagnant l'aura :

Aura typique avec céphalée migraineuse : une céphalée remplissant les critères B à D de migraine sans aura commence durant l'aura ou suit l'aura dans les 60 minutes

Aura typique avec céphalée non migraineuse : une céphalée qui ne remplit les critères B à D de migraine sans aura commence durant l'aura ou suit l'aura dans les 60 minutes

Aura typique sans céphalée : une céphalée ne commence pas durant l'aura ou ne suit pas l'aura dans les 60 minutes

Diagnostic pratique de la migraine



Accès à durée limitée (4 à 72 heures) séparés par des intervalles libres de toute douleur.

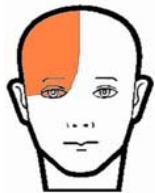


Intensité variable : supportable à violente.

Aggravation par les mouvements de la tête et du corps.



Caractère pulsatile (inconstant).



La topographie hémicrânienne, qui donne son nom à la maladie (hémicrânie, chkika) n'est retrouvée que dans 60 % des cas.



Les troubles associés sont évocateurs et parfois au premier plan : nausées et vomissements dans la MSA, troubles visuels dans la M.A, troubles de l'humeur (abattement) dans certains cas.

Physiopathologie

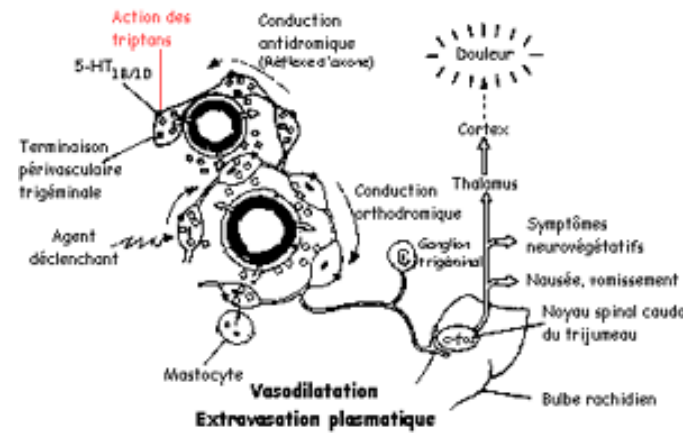
L'excitabilité neuronale

Dépression extensive de Leao

Le complexe trigémino-vasculaire

Inflammation neurogène

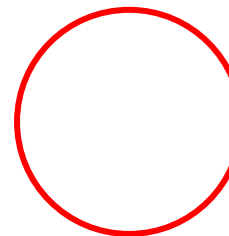
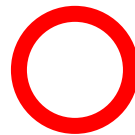
L'orage vasculaire



XXXXXX

SEROTONINE

Libération de substances algogènes



Terminaisons nerveuses sensibles

Vasoconstriction

Vasodilatation

Bases φπ du traitement

1. Hyperexcitabilité neuronale

- anticalciques

2. Peptides algogènes

- antalgiques, A.I.N.S

3. Inflammation

- aspirine, A.I.N.S

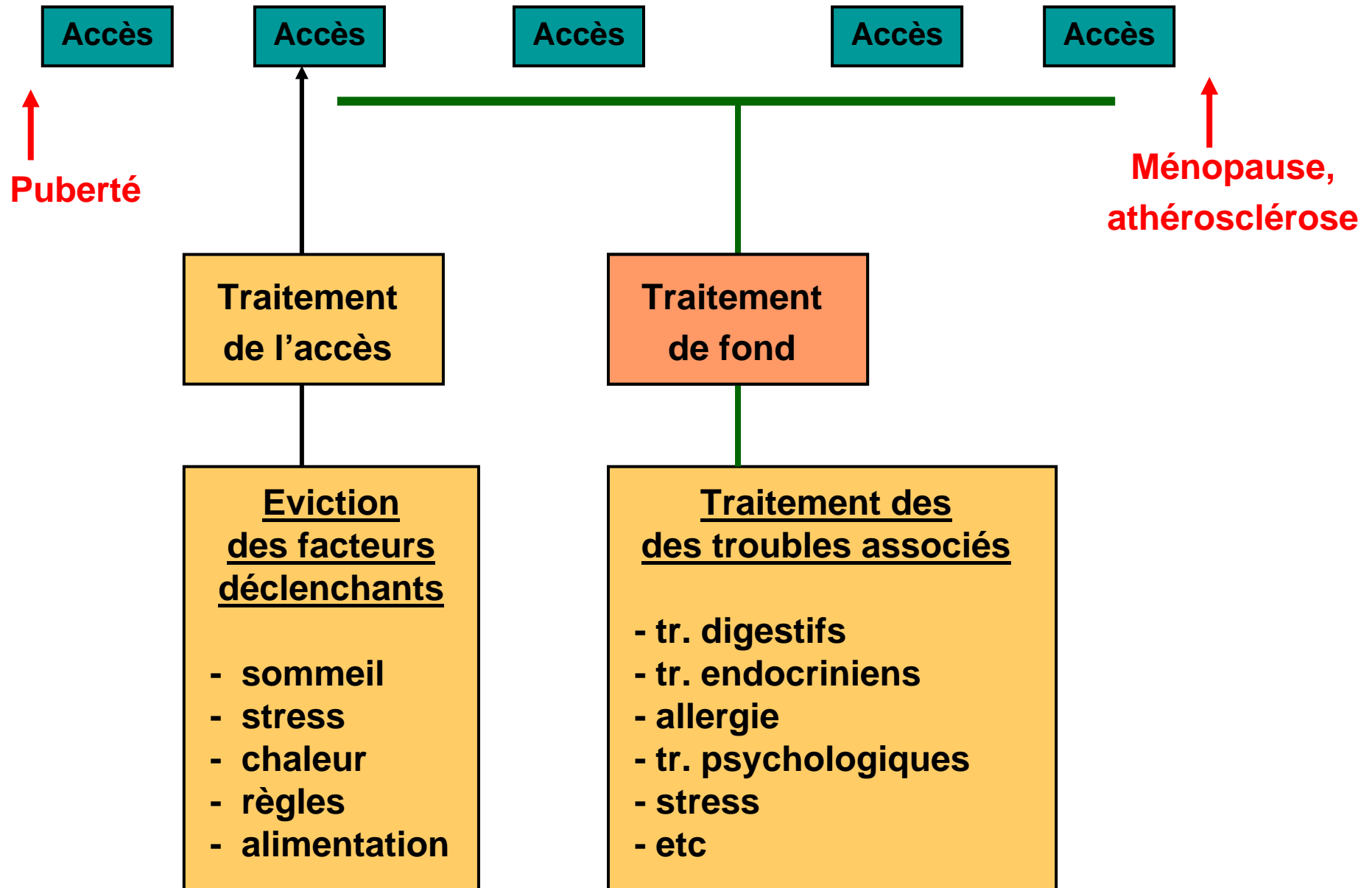
4. Vasodilatation

- vasoconstricteurs : ergotés, triptans

5. Sérotonine

- récepteurs sérotonine : antisérotonines, amitriptyline
- récepteurs sérotonine : triptans

Conduite du traitement



Conduite du traitement

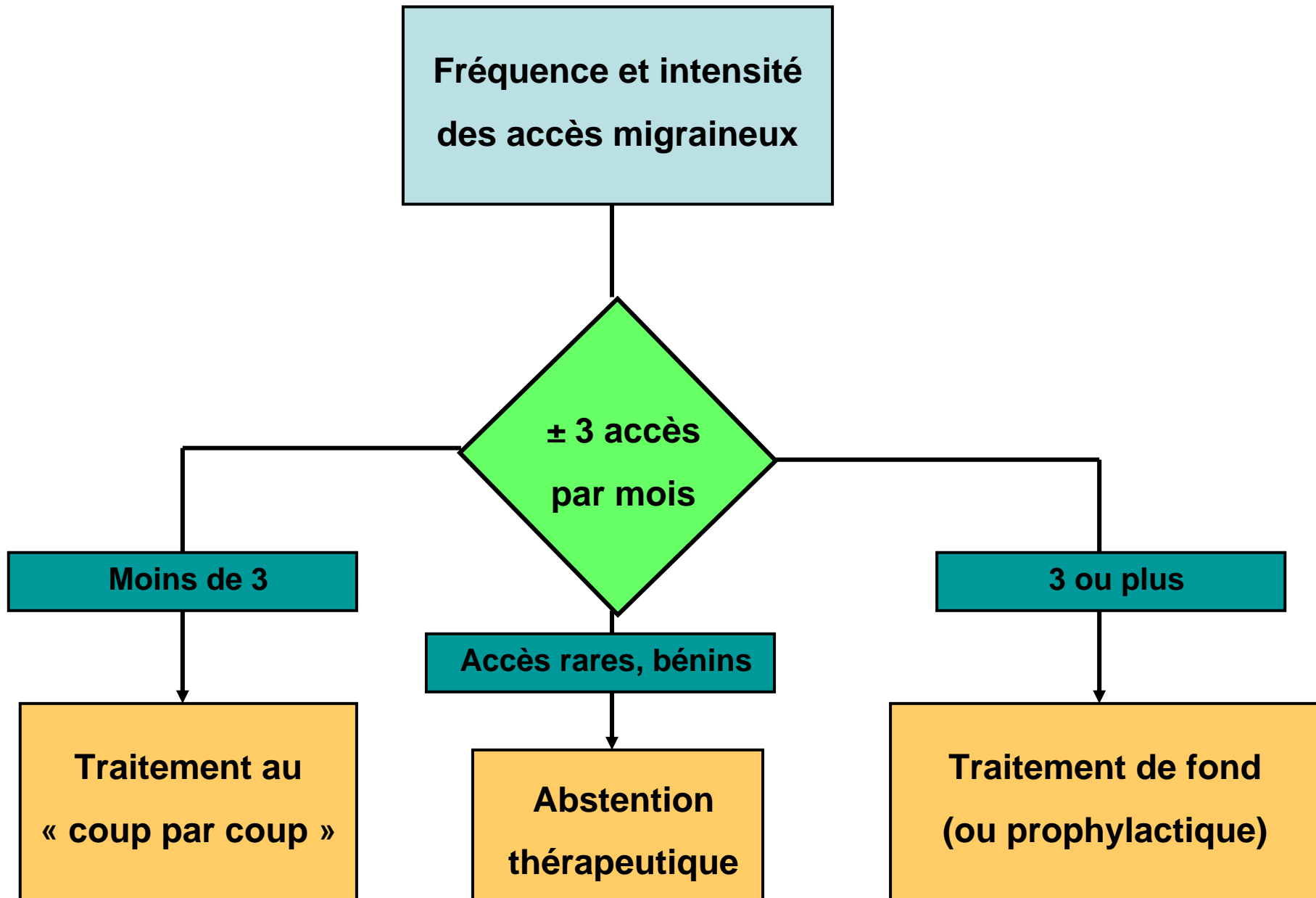
1. Si les accès migraineux sont rares et bénins (3 par mois ou moins) :

- traitement au « coup par coup »
- de la crise uniquement (si le patient le souhaite)
- éliminer les facteurs favorisants éventuels

2. Si les accès migraineux sont fréquents et sévères (plus de 3 ou 4 par mois) :

- instauration du traitement de fond ou traitement prophylactique
- sur une durée de plusieurs mois
- traitement d'un trouble associé éventuel

Conduite du traitement



Traitement de la crise

Dans tous les cas

- petits moyens : café, applications de froid ou de révulsifs
- repos, isolement, sommeil

1. Premier palier : antalgique périphérique

- aspirine ou paracétamol
- avec ou sans métoclopramide ou codéine

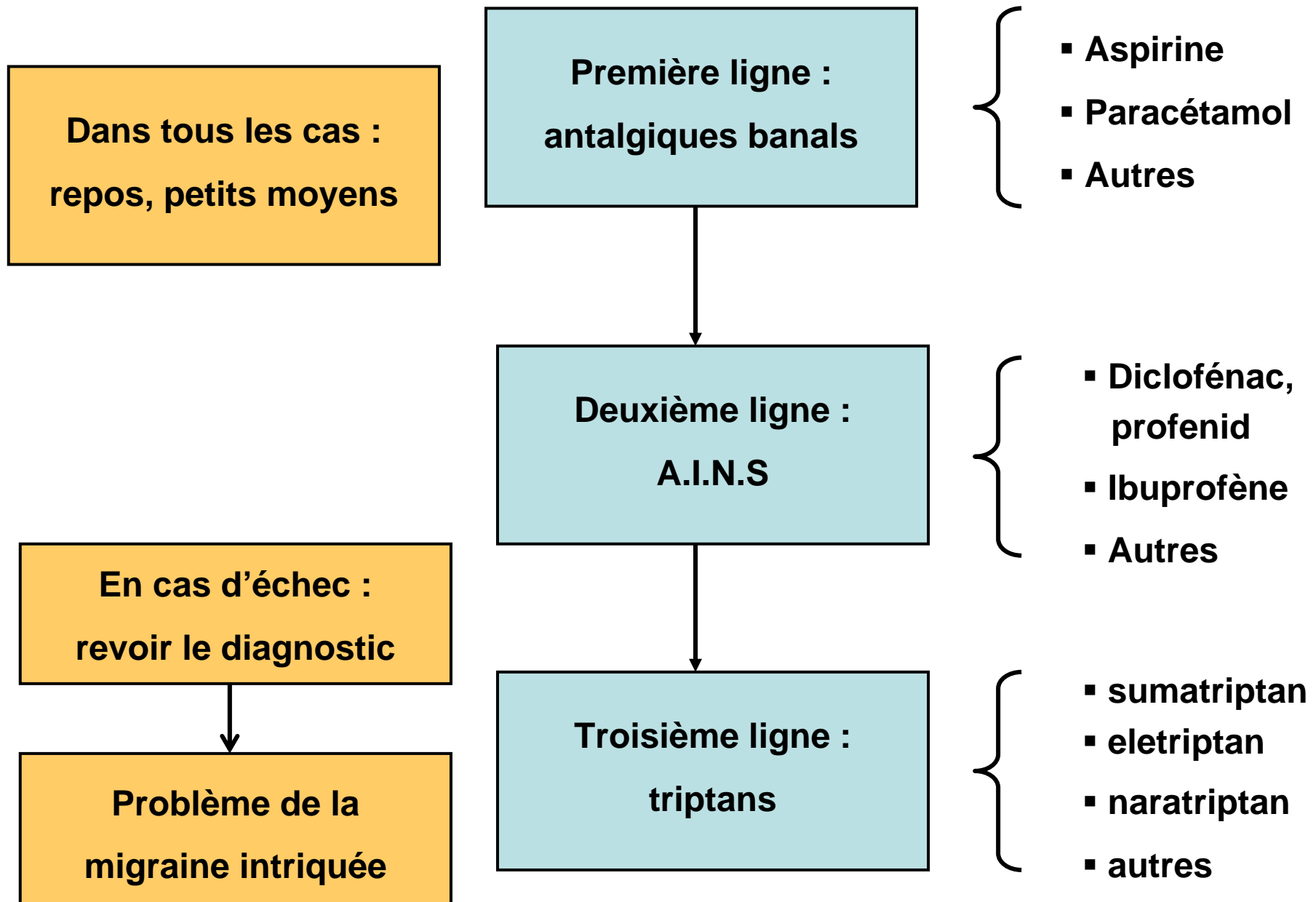
2. Second palier : A.I.N.S sous une forme à action rapide

- diclofénac : suppositoire ou injection
- naproxène (APRANAX 550) per os
- profénid, biprofenid
- ibuprofène

3. Troisième palier : utiliser un triptan

- formes orales (RELPAX, NARAMIG, IMIGRANE, CALMIG)
- forme S.C ou spray nasal (IMIGRANE)

Traitement de la crise



Les triptans

Almotriptan	TIGREA	Almirall
Eletriptan	RELPAX	Pfizer
Frovatriptan	FROVA	Vanguard Medica
Naratriptan	NARAMIG	GSK
Rizatriptan	MAXALT	MSD
Sumatriptan	IMIGRANE	GSK
Zolmitriptan	ZOMIG	Astra-Zeneca

Comprimés normaux ou sublinguaux
Spray nasal
Injections sous-cutanées

Utilisation des triptans

1. **Les triptans sont des agonistes** des récepteurs 5-HT_{1B} et D de la sérotonine agissant à la fois sur les mécanismes vasculaires et neuronaux de la migraine.
2. **Le choix d'un triptan** se fonde sur :
 - . sa rapidité d'action : réponse à 1 et 2 heures
 - . son efficacité sur les symptômes (céphalée et troubles associés)
 - . la modicité des effets secondaires
 - . le faible taux de rechute dans les 24 heures
3. **Les effets secondaires** sont relativement peu marqués :
 - . asthénie, vertiges, nausées
 - . troubles du rythme cardiaque
 - . sensation d'oppression thoracique (sans ischémie myocardique prouvée)
 - . contre-indications : ischémie myocardique, grossesse
4. **En dernière analyse**, c'est le patient qui indique au médecin le médicament qui lui convient le mieux après en avoir éventuellement essayé plusieurs (phénomène d'idiosyncrasie).

Traitement prophylactique : les moyens

1. Dihydroergotamine (D.H.E , SEGLOR, IKARAN, TAMIK, etc)
2. Antihistaminiques et antisérotonines (pizotifène = SANMIGRAN, NOCERTONE, MIGRISTENE, PERIACTINE, DESERNIL)
3. Antidépresseurs : amitryptiline (LAROXYL)
4. Bêtabloquants : propranolol (AVLOCARDYL) , métoprolol (LOPRESSOR)
5. Antiagrégants plaquettaires : aspirine + dipyridamole (ASASANTINE)
6. Anticalciques : flunarizine (SIBELIUM), vérapamil (ISOPTINE)
7. Antiépileptiques : acide valproïque (DEPAKINE, EPITOMAX)
8. Alpha Σ mimétiques : clonidine (CATAPRESSAN)
9. Adjuvants : magnésium, riboflavine (B2)
10. Moyens non médicamenteux : acupuncture, relaxation, etc.

Traitement prophylactique : en pratique



1. Dihydroergotamine : gouttes buvables (XXX x 3fois, comprimés)

D.H.E , SEGLOR, TAMIK

2. Antihistaminiques et antisérotonines

pizotifène (SANMIGRAN) : 2 à 3 comprimés par jour

3. Antidépresseurs

amitryptiline (LAROXYL) : 15 à 25 gouttes tous les soirs

4. Bêtabloquants

propranolol (AVLOCARDYL)

métoprolol (LOPRESSOR 200) : ½ ou 1 comprimé tous les matins

Cures de plusieurs mois... Associations possibles

Conclusions

1. La migraine est une « maladie » fréquente, en règle facile à diagnostiquer et à traiter.
2. Le diagnostic est purement clinique (anamnèse), l'imagerie cérébrale non indispensable.
3. Elle ne doit pas être confondue avec les autres types de céphalées et de douleurs céphaliques.
4. Le traitement est facile à mettre en œuvre.
5. Mais il ne faut surtout pas confondre les médicaments de la crise et ceux du traitement de fond.
6. A ces réserves près, le traitement est souvent efficace et peut transformer la vie du patient.