+++ title = “Migraine” prefix = “la” description = “Dernières recommandations pour la prise en charge de la migraine. Traitement de la crise, AINS, triptans et indications au traitement de fond betabloquant” longHtml = true synonyms = [“Migraine avec ou sans aura”, “aura migraineuse”] auteurs = [“Jean-Baptiste FRON”] date = “2021-11-12T13:03:13+01:00” publishdate = “2022-02-17” lastmod = “2023-04-20” specialites = [“neurologie”] annees = “2021” sources = [“SFEMC”, “CNGOF”] tags = [“cephalees”, “coeliaque”, “contraception”, “depistage”] anglais = [“Migraine”] icd10 = “G43.9” flowchart = true image = true imageSrc = “Illustration de la migraine par stories / Freepik” sctid = “37796009” todo = “titration Propranolol, questionnaire ID Migraine, recouper THM, EHF” +++

{{%article-summary%}}

* Triade migraineuse: évolution chronique par crises récurrentes avec intervalle libre + crises migraineuses stéréotypées + examen clinique normal
* Contre-indication à l’association: migraine + pilule + tabac. Impacte le choix de la [contraception]({{< relref “contraception.md” >}})
* Suivi à chaque consultation de l’[Agenda migraineux](https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/08/agenda_cephalees_chu2015.pdf)
* Traitement de la crise migraineuse
  + Réévalué après 3 crises ({{< modal-btn modal-mtoq >}}score M-TOQ{{< /modal-btn >}})
  + Prescrire AINS et triptan selon traitements déjà essayés et préférences du patient, à avoir sur soi
  + Crise légère: AINS, triptan si persistance à H1
  + Crise modérée à sévère: triptan et AINS si persistance à H1
  + Aura: AINS d’emblée et attendre le début de la céphalée pour prendre le triptan. Contre-indication aux estrogènes
  + Jamais d’opiacés ; nausées/vomissements: métoclopramide
* Traitement de fond
  + Indications: crises ou traitement de crise ≥ 8 j/mois depuis ≥ 3 mois ou {{< modal-btn modal-hit6 >}}score HIT-6{{< /modal-btn >}} ≥ 60 ou intensité impose un arrêt total des activités pour ≥ 50% des épisodes ou crises invalidantes malgré un traitement de crise optimal
  + < 15 j/mois (dite épisodique): propranolol ou métoprolol ≥ 3 mois. Si échec ou contre-indication: amitriptyline, candésartan ou topiramate
* Suivi neurologique si aura atypique ou sévère, migraine résistante/réfractaire (échec de 3 traitements de fond, en centre spécialisé)  
  ou migraine sévère: ≥ 8 jours/mois, {{< modal-btn modal-hit6 >}}score HIT-6{{< /modal-btn >}} ≥ 60 ou intensité impose un arrêt total des activités pour ≥ 50% des épisodes

{{%/article-summary%}} {{%collapse “Définitions” %}}

Migraine

Définition de la migraine: Pathologie neurovasculaire fréquente liée à des altérations subtiles neuronales et vasculaires. Facteur de risque vasculaire indépendant.  
Origine génétique et environnementale avec altération très importante de la **qualité de vie**.

Dite **migraine épisodique** avec < 15 jours/mois, **chronique** au-delà depuis > 3 mois.

**Migraine sévère:** crises fréquentes (≥ 8 jours/mois) OU {{< modal-btn modal-hit6 >}}score HIT-6{{< /modal-btn >}} ≥ 60 OU intensité impose un arrêt total des activités pour ≥ 50% des épisodes.

**Migraine résistante:** échec de 3 traitements de fond bien conduits. Dite **réfractaire** quand aucun ne fonctionne.

30-45% des migraineux Français n’ont jamais consulté, ignorent leur diagnostic et les traitements existants.  
90% devraient être soulagés en soins primaires, 1% suivis en centre spécialisé.

Migraine avec aura

*ex migraine accompagnée*.  
Aura présente chez 15-30% des migraineux, elle augmente le risque vasculaire (AVC ischémique x 2).

4 types d’aura: visuelles (+90%), sensitives (30%), aphasique ou motrice (classée migraine hémiplégique).

Migraine cataméniale

Survenue exclusive de migraine sans aura pendant les règles.  
Critères diagnostiques: survenue sur au moins 2 cycles sur 3, débutant entre le 2e jour précédant et le 3e jour suivant les règles (naturellement ou sous pilule).

50% des migraineuses rapportent des crises cataméniales mais moins de 10% ont une réelle << migraine cataméniale >>.

Les migraines cataméniales ont la particularité d’être très intenses avec moindre réponse au traitement de crise.

Céphalées par abus médicamenteux

Critères diagnostiques ICHD-3 8.2.

Consommation de triptans ≥ 10 j/mois ou AINS ≥ 15 j/mois.

### Diagnostic différentiel des migraines

Autres causes de céphalées:

* Céphalées par abus médicamenteux  
  Céphalées ≥ 15 j/mois, lors de prise d’antalgiques > 10 j/mois > 3 mois. Souvent associée.
* Céphalée de tension  
  Durée en heures ou jours, diffuse, non pulsatile, non aggravée à l’effort, moins intense, sans signes digestifs associés, parfois phono OU photophobie. Souvent associée chez le migraineux.
* Névralgie d’Arnold
* Sinusite aiguë
* Troubles de la vision binoculaire ([orthoptie]({{< relref “bilan-orthoptique.md” >}}))  
  Fatigue visuelle, céphalées, difficultés de concentration ou de lecture…
* [Algie vasculaire de la face]({{< relref “algie-vasculaire-face.md” >}})  
  Crises pluriquotidiennes, 15-180 min, stricte unilatéralité fixe, arrachement, décharges, intensité très sévère.
* [Névralgie du nerf trijumeau]({{< relref “nevralgie-trigeminale-classique.md” >}})  
  Très brèves (qq secondes à 2 minutes), strictement unilatérale V2/V3, neuropathique, gâchette, pas de phonophotophobie ou troubles digestifs.
* Tumeur du 3e ventricule

Diagnostic différentiel des migraines avec aura:

* [AIT]({{< relref “accident-vasculaire-cerebral.md” >}})  
  Déficit de début brutal et symptômes d’emblée maximaux, souvent associés (moteur et sensitif), ± amaurose fugace ou hémianopsie, souvent > 40 ans.
* Épilepsie partielle occipitale  
  Installation en quelques secondes, début en vision périphérique, formes circulaires colorées de qq secondes à minutes, début enfance/adolescence.

### Abréviations

EI

effet indésirable

Hx

délai de x heures

ICHD-3

{{%lang%}}International Classification of Headache Disorders{{%/lang%}}

MSA

migraine sans aura

SFEMC

Société française d’études des migraines et céphalées {.dl-inline}

### Épidémiologie des migraines

* **Prévalence:** 14% des adultes en Europe (18-50 ans ++), 75% de femmes  
  France: 21,3% des adultes remplissent les critères de la migraine ICHD-3.
* 2e maladie la plus importante responsable d’*années vécues avec une incapacité* (AVI, *OMS 2016*)
* 50% ont au moins 2 crises par mois; 40% ont durée +24h; 50% ont intensité sévère à très sévère

{{% /collapse %}} {{%collapse “Critères diagnostiques ICHD-3” %}}

En cas de doute, une cause organique doit être éliminée par des examens complémentaires {.alert .alert-warning}

Ensemble des critères internationaux de diagnostic de la migraine chez l’adulte.

Le profil migraineux peut évoluer avec le temps.  
Examen clinique normal en dehors des crises.

### Critères diagnostiques de la migraine sans aura (MSA)

Critères A à E remplis:

1. ≥ 5 crises répondant aux critères B à D
2. Céphalées paroxystiques durant de 4 à 72 heures (2-72 chez le mineur)
3. Céphalées avec ≥ 2 caractères suivants:  
   Unilatérale, pulsatile, intensité modérée/sévère, aggravée par ou entraînant l’évitement de l’activité physique de routine (marche, escaliers…).
4. Céphalées associées à ≥ 1 caractère suivant:
   * Nausées/vomissements
   * Photophobie et phonophobie
5. N’est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l’ICHD-3 {.liste-lettres}

L’**osmophobie** (dégoût des odeurs) est très spécifique de la crise migraineuse.  
La douleur typique est frontale, orbitale, temporale et occipitale. Fréquemment cervicale et attribuée à tort à une névralgie d’Arnold.

**Autres symptômes non douloureux:** allodynie, fatigue, bâillements, difficultés de concentration, changements d’humeur, raideur nucale, pâleur et [vertiges](/tags/vertige/).

**Signes autonomes possibles:** rougeur conjonctivale, larmoiement, congestion nasale, rhinorrhée, œdème de paupière, myosis ou ptosis (différencier d’une [algie vasculaire de la face]({{< relref “algie-vasculaire-face.md” >}})).  
Ces symptômes peuvent précéder la crise de 2 jours et persister 2 jours après sa résolution.

Si l’un des critères A, B, C ou D n’est pas rempli en totalité = **migraine sans aura probable**.

#### Migraine sans aura chez l’enfant ou l’adolescent

Chez le moins de 18 ans, la crise migraineuse peut avoir certaines particularités:

* Céphalées bilatérales  
  Devient unilatérale chez le jeune adulte.
* Frontotemporale le plus souvent  
  Prudence devant des douleurs occipitales.

### Critères de la migraine avec aura

1. ≥ 2 crises répondant aux critères B et C
2. ≥ 1 symptôme d’aura **entièrement réversible**:
   * **Visuel**
   * Sensitif
   * Parole et/ou langage
   * Moteur
   * Tronc cérébral
   * Rétinien
3. ≥ 3 caractères parmi:
   * ≥ 1 symptôme d’aura se développe **progressivement** sur ≥ 5 minutes
   * ≥ 2 symptômes d’aura surviennent successivement
   * Chaque symptôme d’aura dure **5-60 minutes**
   * ≥ 1 symptôme d’aura est unilatéral
   * ≥ 1 symptôme d’aura est positif
   * L’aura est accompagnée, ou suivie dans les 60 minutes, d’une céphalée
4. N’est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l’ICHD-3 {.liste-lettres}

Si les critères A, B et C sont présents: **migraine avec aura typique**. L’aura peut survenir durant la céphalée.

4 types d’aura: visuelles (> 90% des auras), sensitives, aphasique, motrice (classée migraine hémiplégique).

L’atteinte ophtalmique est **bilatérale**, positive (flashs lumineux, zig-zags) ou négative (scotome). Atypique si unilatérale (migraine rétinienne).  
Les atteintes sensitives sont unilatérales, positives (fourmillements, picotements et aiguilles) ou négatives (engourdissement), débutant à la main avec déplacement vers le bras et le visage.

L’aura peut être suivie: d’une céphalée typique de migraine sans aura, de céphalée sans caractéristiques ou simplement isolée (aura sans céphalées).

**Symptômes atypiques d’aura:** dysarthrie, vertiges, acouphènes, déficit moteur (migraine hémiplégique), migraine rétinienne.

{{% /collapse %}} {{%collapse “Clinique” %}}

### Interrogatoire

* Antécédents  
  Familiaux, [coronaropathie]({{< relref “syndrome-coronarien-chronique.md” >}}), [AVC]({{< relref “accident-vasculaire-cerebral.md” >}}), [phénomène de Raynaud]({{< relref “phenomene-raynaud.md” >}}), autres douleurs …
* Alcool, tabac
* Risques de chronicisation
  + Rechercher un syndrome anxieux/dépressif ({{< modal-btn modal-had >}}échelle HAD{{< /modal-btn >}})
  + Abus médicamenteux ++
  + Terrain cardiovasculaire et respiratoire (asthme, hypertension artérielle)
  + Troubles du sommeil (ronflement, insomnie)
  + Autres douleurs
  + [Obésité]({{< relref “obesite-adulte.md” >}})
* Histoire des céphalées
  + Âge de début
  + Localisation, type, durée, intensité, périodicité, jours mensuels
  + Prodromes (début possible des heures voire 2 jours avant)  
    Fatigue, difficultés de concentration, raideur nucale, phonophotophobie, nausées, vision floue, bâillements, pâleur.
  + Signes associés pendant la crise
  + Signes post-critiques  
    Fatigue, humeur exaltée ou dépressive.
  + Aura
  + Facteurs déclenchants identifiés  
    Menstruations, alcool. Souvent confondus avec les prodromes (osmophobie, phonophotophobie).
* Critères diagnostiques ICHD-3 de la migraine (voir chapitre dédié)
* Antimigraineux
  + Traitements déjà essayés, crise/fond, efficacité, observance, tolérance, doses, durées, raison de l’arrêt
  + Traitement actuel de crise/fond: {{< modal-btn modal-mtoq >}}score M-TOQ{{< /modal-btn >}}
* Traitements non médicamenteux
* Évaluer le handicap migraineux
  + **Agenda migraineux** (date, durée, intensité, facteur déclenchant, traitements essayés, [modèle](https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/08/agenda_cephalees_chu2015.pdf))  
    Reconsulter lorsque traitement pris ≥ 2 jours/semaine depuis ≥ 3 mois.
  + Qualité de vie: {{< modal-btn modal-hit6 >}}échelle HIT-6{{< /modal-btn >}}  
    Reprendre à chaque consultation l’impact sur la vie quotidienne.
* Femme: désir de grossesse, [contraception]({{< relref “contraception.md” >}}), [ménopause]({{< relref “menopause.md” >}})

### Examen clinique

* Pression artérielle (aura ++), fréquence cardiaque **à chaque consultation**
* Poids, taille, IMC
* Examen neurologique

{{% /collapse %}} {{%collapse “Examens complémentaires” %}}

Devant une céphalée aiguë sévère, s’installant en < 1 minute et durant > 1 heure et jugée intense, réaliser une imagerie cérébrale en urgence {.alert .alert-warning}

### IRM cérébrale

Indications à l’IRM cérébrale en cas de migraines:

* Apparition après 50 ans
* Aura atypique  
  Début brutal, prolongé > 1 heure, latéralité fixe, absence de symptômes visuels.
* Migraine chronique (≥ 15 j/mois) depuis < 1 an
* Examen clinique anormal
* En urgence
  + Céphalée d’apparition brutale (en “coup de tonnerre”, s’installant en < 1 min)
  + Céphalée de caractères inhabituels chez un migraineux (délai à apprécier en fonction du contexte)
  + Céphalée avec fièvre inexpliquée
  + Signes neurologiques aigus
  + Contexte d’intoxication (CO)
  + Immunodépression
  + Si scanner sans injection normal: IRM cérébrale avec angioIRM artérielle et veineuse

### Bilan orthoptique

Proposer si [signes évocateurs]({{< relref “bilan-orthoptique.md” >}}): diplopie, vision floue, fatigue, troubles de concentration, difficultés d’adaptation aux lunettes…  
Recherche une part non migraineuse associée.

### Sérologie cœliaque

Selon *ESsCD 2019*: IgA anti-transglutaminase et IgA totales devant migraine ou céphalées (voir *[maladie cœliaque]({{< relref “maladie-coeliaque.md” >}})*)

{{% /collapse %}} {{%collapse “Traitement de la crise migraineuse et mesures générales” %}}

Avis neurologique si aura atypique ou sévère, migraine sévère, migraine résistante/réfractaire (en centre spécialisé) {.alert .alert-warning}

**Objectifs:** Absence de douleurs à H2 du traitement de crise (ou réduction satisfaisante) avec maintien pendant 24 heures sans effets indésirables (ou minimes).  
Les symptômes associés (digestifs, phonophotophobie) et la capacité à reprendre les activités doit aussi être évaluée. En cas d’aura, celle-ci devrait être atténuée.  
Ces objectifs doivent être expliqués au patient.

**Moyens:** Rassurer, {{< modal-btn modal-mtoq >}}traitement de crise optimisé{{< /modal-btn >}}, hygiène de vie, gestion des risques de chronicisation (consommation d’antalgiques, dépression), traitement de fond si indiqué.  
Ne pas culpabiliser l’abus médicamenteux en migraine chronique (effet délétère).

### Hygiène de vie

* [Arrêt du tabac obligatoire]({{< relref “arret-tabac.md” >}})  
  {{%class%}}L’association migraine - tabac décuple le risque d’AVC.{{%/class%}}
* Éviter les facteurs déclenchants identifiés  
  Habituels: facteur alimentaire, alcool, manque de sommeil/grasse matinée, stress, jeûne, chaleur, changements de climat.
* Activité physique d’endurance régulière
* Hydratation adaptée
* Évolution du handicap migraineux (voir *Clinique*)
* Nausées invalidantes ou vomissements: anti-émétiques recommandés
* Stress, anxiété, retentissement  
  Relaxation, biofeedback, TCC, thérapie de pleine conscience.

Aura = contre-indication aux contraceptions estroprogestatives {.alert .alert-warning}

### Traitement de la crise migraineuse

{{%info%}}

### Exemple de prescription du traitement de crise antimigraineux

Prendre dès le début des symptômes (avoir sur soi et prise dans l’heure):

* Crise légère: ibuprofène 400 mg. Prendre le triptan si persistance des douleurs 1 heure après
* Crise modérée à sévère: élétriptan 20 mg. Prendre l’ibuprofène 1 heure après si persistance des douleurs

Consigner les prises dans l’*agenda migraineux*. {{< modal-btn modal-mtoq >}}Reconsulter après 3 crises{{< /modal-btn >}}

{{%/info%}}

Prescrire anti-inflammatoires AINS et triptan selon les traitements déjà essayés et préférences du patient:

* Crise légère: AINS, triptan si persistance à H1
* Crise modérée à sévère: triptan et AINS si persistance à H1
* Aura: AINS d’emblée et attendre le début de la céphalée pour prendre le triptan
  + Contre-indication aux estrogènes
  + Pas de traitement médicamenteux spécifique contre l’aura
* AINS et triptan mal tolérés: essayer aspirine voire paracétamol + métoclopramide

#### Traitements antimigraineux disponibles

##### Traitements non spécifiques

Max 14 j/mois et 8 j/mois si associés (caféine ou métoclopramide).

* Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)
  + Ibuprofène, kétoprofène, naproxène ou diclofénac, flurbiprofène
  + Essai suppositoire si mal toléré (kétoprofène, naproxène, diclofénac)
* Nausées et vomissements  
  Métoclopramide 10 mg voire dompéridone 10 mg sont efficaces.

Ne pas utiliser les opiacés: aggravent les nausées, risque de céphalées par abus médicamenteux et mésusage {.alert .alert-info}

##### Triptans

Max 2 prises/24h avec intervalle minimal de 2 heures entre les prises.

* Comprimé: **élétriptan** 20/40 mg (meilleur sur 24h) > **rizatriptan** 5/10 mg (2e) > sumatriptan 50 mg (3e avec 100 mg), almotriptan 12,5 mg, frovatriptan 2,5 mg, naratriptan 2,5 mg, zolmitriptan 2,5 mg
* Orodispersible: **rizatriptan**, zolmitriptan
* Nasal: sumatriptan 10 mg/0,1 mL
* Sous-cutané: sumatriptan 6 mg/inj

Les triptans:

* Contre-indications: [phénomène de Raynaud]({{< relref “phenomene-raynaud.md” >}}), [cardiopathie ischémique]({{< relref “syndrome-coronarien-chronique.md” >}}) et {{< modal-btn modal-rcv >}}risque cardiovasculaire élevé{{< /modal-btn >}}, hypersensibilité au produit
* Absence de réponse (ou effets secondaires): augmenter la dose (réduire), changer de voie d’administration, changer de triptan
* En cas de récidive des céphalées après 48h: coupler triptan + AINS
* Reconsulter si triptan pris > 8 jours/mois
* ≥ 3 essais du triptan lors de crises différentes avant de conclure à une inefficacité de la molécule (sauf mauvaise tolérance)

#### Réévaluation du traitement de la crise migraineuse

Réévaluation de la prise en charge par le traitement de crise à chaque consultation avec le {{< modal-btn modal-mtoq >}}score M-TOQ{{< /modal-btn >}} (concerne AINS, triptan, paracétamol…)

#### Absence de réponse aux traitements antimigraineux

On parle de résistance après échec sur ≥ 3 crises de ≥ 2 traitements essayés en posologies/voies optimales des AINS et des triptans. Demander une avis neurologique.

#### Pour en savoir plus: traitement non pharmacologique de crise

Efficacité prouvée: Neuromodulation électrique. Sur prescription spécialisée uniquement.

### Pour en savoir plus: autres traitements non spécifiques de la migraine

* Paracétamol 1g
* Paracétamol + caféine 500/50 (efficacité comparable sumatriptan)  
  Ex: Algodol, Céfaline hauth, Claradol caféine, Prontad, Actron (+ aspirine).
* Paracétamol + métoclopramide (efficacité comparable sumatriptan)
* AINS
  + Ibuprofène, kétoprofène, naproxène ou diclofénac, flurbiprofène
  + Essai suppositoire si mal toléré (kétoprofène, naproxène, diclofénac)
* Aspirine 1g (± métoclopramide Migpriv)
* Nausées et vomissements  
  Métoclopramide 10 mg voire dompéridone 10 mg sont efficaces.

{{% /collapse %}} {{%collapse “Traitement de fond de la migraine” %}}

{{%info%}}

### Indications à un traitement de fond anti-migraineux

* Utilisation du traitement de crise ≥ 8 j/mois depuis ≥ 3 mois
* Migraine sévère
  + Crises fréquentes (≥ 8 j/mois)
  + OU {{< modal-btn modal-hit6 >}}score HIT-6{{< /modal-btn >}} ≥ 60
  + OU intensité impose un arrêt total des activités pour ≥ 50% des crises
* Crises migraineuses invalidantes malgré un traitement de crise optimal

*Ducros A et al 2021 Table 6* {{%/info%}}

**Objectif:** réduire le nombre de jours de céphalées au moins de moitié si *migraineux épisodique* (< 15 j/m) ou au moins 30% si *migraineux chronique* (≥ 15 j/m). Réévaluation au 3e mois.  
Bénéfices recherchés: réduire la consommation d’antalgiques, l’intensité et la durée des crises (et de l’aura) et améliorer la qualité de vie. Les objectifs doivent être expliqués au patient, ainsi que l’importance de l’**observance**.

Prise en charge par une traitement de fond même si le traitement de crise est efficace (prévient la surconsommation).  
Il ne supprime pas les crises mais réduit leur fréquence et leur intensité. [**Agenda migraineux**](https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/08/agenda_cephalees_chu2015.pdf) afin d’évaluer son efficacité.

Autres thérapies avec efficacité prouvée: relaxation, rétro-contrôle (biofeedback) et les thérapies cognitives et comportementales (TCC) de gestion du stress.

**NB.** Ne pas recommander homéopathie ou manipulations cervicales dans la prévention de la migraine.

### Traitement de fond de la migraine en première intention

{{%info%}}

Prise en charge par traitement de fond au moins 3 mois avant de conclure à une inefficacité:

* Migraine épisodique {{%class%}}(< 15 j/mois){{%/class%}}
  + [Propranolol](https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=65135519&typedoc=R) 20-240 mg/j en 2 prises ou LP matin.  
    Débuter à 40 mg x 2-3/j avec paliers de 40 mg/semaine (*Prescrire*). Pas d’arrêt brutal. Effets indésirables: asthénie, mauvaise tolérance à l’effort; Contre-indications des BB.
  + [Métoprolol](https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=62837759&typedoc=R) LP 50-200 mg le matin
  + Alternatives aux bêtabloquants: amitriptyline, candésartan ou topiramate
* Migraine chronique {{%class%}}(≥ 15 j/mois){{%/class%}}
  + Topiramate 50-200 mg en 1-2 prises  
    Prescription réservée au neurologue/pédiatre chez la fille et femme en âge de procréer (*ANSM 2022*)

{{%/info%}}

* **Débuter:** en monothérapie, **titration** (tenir compte de la tolérance pour atteindre la posologie optimale)
* Évaluation de l’efficacité: suffisante si réduit le **nombre de crises de ≥ 50%**
  + Efficace: poursuivre le traitement 6 mois à 1 an, puis décroissance progressive
  + Efficacité insuffisante: augmentation de posologie si bien toléré
  + Mauvaise tolérance: essayer une autre molécule de 1re intention pendant ≥ 3 mois ou avis neurologique

Traitement identique en cas de *céphalées par abus médicamenteux* associées, en retirant les antalgiques en excès et en informant sur leur responsabilité dans l’entretien des douleurs.

### Inefficacité du traitement de fond

Migraine épisodique après 2 échecs: évaluer l’observance, rechercher un abus médicamenteux, maximiser les doses, substituer par un autre traitement de fond.  
Si douleurs < 8 j/mois: essayer d’autres traitements. Sinon, adresser au **centre expert des céphalées**.  
**Migraine résistante:** échec de 3 traitements de fond bien conduits.

Migraine chronique après échec du topiramate + 1 autre, adresser en centre expert.

### Arrêt d’un traitement de fond

Après 6-12 mois de traitement, il est possible de tenter d’arrêter le traitement progressivement, par décroissance progressive.  
Le même traitement peut être repris si les migraines récidivent.

### Pour en savoir plus: autres traitements de fond de la migraine

Les nouveaux anti-CGRP ne peuvent être prescrits que par les neurologues et ne sont pas remboursés.  
Autres traitements de fond (dose min-max en mg) et niveau de recommandation *SFEMC*:

{{< table title=“Niveaux de recommandations par la SFEMC 2021 des différents traitements de fond de la migraine” class=“table-wrap” >}} | Migraine | Recommandation élevée | Modérée | Faible | |———————–|———————–|———|——–| | Épisodique (< 15 j/m) | Amitriptyline 10-100 dîner, candésartan 8-32 en 1 ou 2/j, valproate 250-2000 soir ou 2/j | Aténolol 50-200 matin, nébivolol 5-10 matin, timolol 10-60 en 2 prises, flunarizine 5-10 matin, lisinopril 5-40, oxétorone, pizotifène | Lévétiracétam, venlafaxine | | Chronique (≥ 15 j/m) | | Amitriptyline 10-100, valproate | Propranolol, aténolol, candésartan, flunarizine, lévétiracétam | {{< /table >}}

Autres traitements de fond antimigraineux pouvant être proposés en migraine épisodique (< 15 j/mois):

* Acupuncture, électroacupuncture
* Coenzyme Q10 300 mg/j (sans ordonnance)
* Mélatonine libération immédiate 3 mg
* TENS supra-orbitaire
* ~~Vitamine B2 400 mg/j~~ (non disponible en France)

{{% /collapse %}} {{%collapse “Suivi et critères de contrôle d’une migraine” %}}

Trois éléments de suivi: Agenda migraineux, {{< modal-btn modal-hit6 >}}qualité de vie HIT-6{{< /modal-btn >}} et {{< modal-btn modal-had >}}retentissement HAD{{< /modal-btn >}}.

* Traitement de la crise pris dans l’heure est efficace sur tous les critères (ou {{< modal-btn modal-mtoq >}}score M-TOQ{{< /modal-btn >}}):
  1. Soulagement significatif de la céphalée à H2
  2. Nécessité d’une seule administration d’antimigraineux pour ce soulagement
  3. Traitement efficace ≥ 2 fois/3
* En cas de traitement de fond, ≥ 1 critère rempli durant le 3e mois de traitement:
  + Réduit les crises de migraine épisodique de 50%
  + Réduit les crises de migraine chronique de 30%
* Tous les traitements remplissent tous les critères:
  1. Utilisés en respectant les contre-indications
  2. Traitement utilisé de façon optimale (dose, moment, voie d’administration) pendant ≥ 3 mois consécutifs
  3. Traitement bien toléré

*Donnet A. 2021*

{{% /collapse %}} {{%collapse “Migraine cataméniale, grossesse, contraception ou THM” %}}

### Migraine cataméniale

Céphalées survenant exclusivement J1 ± 2 des règles sur ≥ 2 cycles/3.  
Dite *migraine liée aux menstruations* si des crises surviennent également en dehors des J-2 à J+3.  
Le traitement des crises est identique.

En cas de traitement de crise inefficace:

* [Contraception œstroprogestative]({{< relref “contraception.md” >}}) en continu ou période libre raccourcie (contre-indiquée si aura)
* [Contraception progestative]({{< relref “contraception.md” >}}) pure
* Naproxène quelques jours (surtout si dysménorrhées)

### Migraine et contraception orale

Contre-indications formelles à la contraception œstroprogestative: migraine avec aura, de novo ou aggravation sous œstroprogestatifs (*CNGOF 2018*) {.alert .alert-warning}

2 questions: Cette contraception risque-t-elle d’aggraver la migraine et expose-t-elle à un risque vasculaire particulier ?

La contraception œstroprogestative augmente la prévalence migraineuse mais avec une très grande variabilité inter-individuelle.  
Augmentation du risque vasculaire chez les **migraineuses avec aura** de moins de 35 ans (sur-risque majeur si association tabac et contraception œstroprogestative).

Contre-indication à la triade : migraine + pilule + tabac.

### Migraine et grossesse

Informer:

* Les migraines ne perturbent pas le déroulement de la grossesse ou l’allaitement  
  Augmentation du risque d’hypertension gravidique, de prééclampsie et de petit poids de naissance.
* Une rémission partielle voire totale est souvent observée (avec aura peut s’aggraver)  
  Le traitement reste possible pendant la grossesse et ne limite pas l’allaitement.
* Ne pas débuter de traitement prophylactique
* Traitement de la crise: paracétamol si légère, sumatriptan si plus forte  
  Voire zolmitriptan ou rizatriptan.
* Médicaments contre-indiqués  
  CGRP, dérivés ergot de seigle, (di)-valproate de sodium, aspirine et AINS à partir du 5e mois (évités déjà avant)
* Rappeler le risque de l’auto-médication (ibuprofène, préparations de parapharmacie)

#### Traitement de fond de la migraine pendant la grossesse

Si crises invalidantes persistantes:

* Traitements non pharmacologiques: activité physique, acupuncture, TENs
* [Propranolol](http://le-crat.fr/articleSearchSaisie.php?recherche=propranolol) ou métoprolol en 1re intention
* Amitriptyline en 2e intention

Utiliser les doses minimales efficaces et arrêter les traitements avant l’accouchement.  
Toute utilisation de traitement de fond doit être rapportée à la pharmacovigilance.

### Migraine et traitement hormonal de la ménopause

* Association significative entre utilisation de THM et la persistance des crises migraineuses
* L’estradiol transdermique induit moins de crises que la prise orale
* La prise continue induit moins de crises que la prise discontinue
* Vérifier les [contre-indications au THM]({{< relref “menopause.md” >}})

Privilégier un traitement transdermique en continu à la plus faible dose possible avec réévaluation régulière {.alert .alert-info}

{{% /collapse %}} {{%collapse “Conduite à tenir devant des céphalées migraineuses” “show” %}}

{{< mermaid title=“Arbre décisionnel pour la prise en charge de la migraine. Dr JB Fron d’après SFEMC 2021” >}} graph TB cephalees[Céphalées récidivantes] –> ichd3(Critères ICHD3) style cephalees stroke:#4150f5, stroke-width:1px ichd3 == “Migraine sans aura (MSA)” ==> generales(“Mesures générales—- Agenda migraineux- Retentissement HIT-6, HAD- Arrêt du tabac- Facteur déclenchants identifiés”) generales –> crise(“Traitement de la crise—- Légère: AINS ± triptan H1- Modérée à sévèretriptan ± AINS H1”) crise – Réévaluation –> reevaluation(“Après 3 crises:M-TOQ etadaptation du traitement”) –> crise reevaluation –> chronique(“Crise ou traitement de crise≥ 8 j/moisou score HIT-6 ≥ 60ou arrêt total des activités ≥ 50%ou crises invalidantesmalgré traitement optimal ?”) – Oui –> fond(“Traitement de fond—Essayer ≥ 3 mois:propranolol ou métoprololpour réduire le nb de joursde céphalées ≥ 50%”) –> neuro(“Suivi neuro si migrainerésistante/réfractaireou sévère”) chronique – Non –> pasFond(Pas de traitementde fond) ichd3 – Migraine avec aura –> aura(“- Contre-indicationaux estrogènes- Mesures générales idem- Crise: AINS dès auraet triptan dès céphalée- Traitement de fond idem- IRM si aura atypique- Suivi neuro si aura atypique/sévèreou migraine sévère”) ichd3 – Diagnostic différentiel –> differentiel(“- Abus médicamenteux- Céphalées de tension- Névralgie Arnold- Sinusite aiguë- Orthoptie- Algies vasculaires- Névralgie du trijumeau- Autres”) {{< /mermaid >}}

**AINS** = ibuprofène, kétoprofène, naproxène voire diclofénac, flurbiprofène ; **triptans** + efficaces = élétriptan, rizatriptan ; **H1** = persistance après 1 heure

{{% /collapse %}} {{%sources%}}

* [ANSM. Médicaments contenant du topiramate (Epitomax et génériques) : modification des conditions de prescription et de délivrance. 06/10/2022.](https://ansm.sante.fr/informations-de-securite/medicaments-contenant-du-topiramate-epitomax-et-generiques-modification-des-conditions-de-prescription-et-de-delivrance)
* [Demarquay G et al. Revised guidelines of the French Headache Society for the diagnosis and management of migraine in adults. Part 1: Diagnosis and assessment. Revue Neurologique. 2021.](https://doi.org/10.1016/j.neurol.2021.07.001) ([VF](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666479822002208))
* [Ducros A et al. Revised guidelines of the French Headache Society for the diagnosis and management of migraine in adults. Part 2: Pharmacological treatment. Revue Neurologique. 2021.](https://doi.org/10.1016/j.neurol.2021.07.006) ([VF](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666479822002191))
* [Demarquay G et al. Revised guidelines of the French headache society for the diagnosis and management of migraine in adults. Part 3: Non-pharmacological treatment. Revue Neurologique. 2021.](https://doi.org/10.1016/j.neurol.2021.07.009)
* [Lucas C. Migraine with aura. Revue Neurologique. 2021.](https://doi.org/10.1016/j.neurol.2021.07.010)
* [Donnet A et al. Severe migraine and its control: A proposal for definitions and consequences for care. Revue neurologique. 2021.](https://doi.org/10.1016/j.neurol.2020.11.012)
* {{< references/esc-cvd >}}
* Prescrire Redaction. Migraine : prévention des crises chez un adulte. Premiers Choix Prescrire. Mai 2021.
* [Collège des Enseignants de Neurologie (CEN). Migraine, névralgie du trijumeau et algies de la face. 2019.](https://www.cen-neurologie.fr/fr/deuxieme-cycle/migraine-nevralgie-du-trijumeau-algies-face)
* [Lanteri-Minet M et al. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l’adulte et chez l’enfant. Revue Neurologique. 2013. (PDF)](https://www.sf-neuro.org/files/files/Recommandations%20sur%20la%20prise%20en%20charge%20diagnostique%20et%20th%C3%A9rapeutique%20de%20la%20migraine%20chez%20l%2527adulte%20et%20chez%20l%2527enfant%20(1).pdf)
* [Anaes. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l’adulte et chez l’enfant : aspects cliniques et économiques. Recommandations de bonne pratique. Octobre 2002.](https://www.has-sante.fr/jcms/c_272212/fr/prise-en-charge-diagnostique-et-therapeutique-de-la-migraine-chez-l-adulte-et-chez-l-enfant-aspects-cliniques-et-economiques)
* [ICHD-3 version française 2019 (PDF)](https://ichd-3.org/wp-content/uploads/2019/06/ICHD3-traduction-fran%C3%A7aise-VF-%C3%A0-publier.pdf)

### Bibliographie en attente

* [Ducros A et al. Recommandations pour le diagnostic et la prise en charge de la migraine chez l’adulte : situations spécifiques chez les femmes migraineuses. La Presse Médicale Formation. 2022.](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666479822002154)
* [Fournier-Charrière E, Tournaire B, Pediadol. Douleur de l’enfant - L’essentiel. Pédiadol. 2019. (PDF)](https://pediadol.org/wp-content/uploads/2019/02/guide_essentiel_interactif.pdf) (p.29)

{{%/sources%}} {{% modal title=“Score HAD” id=“modal-had”%}}

{{< scores/had >}}

{{% /modal %}} {{% modal title=“Score HIT-6” id=“modal-hit6”%}}

{{< scores/hit6 >}}

{{% /modal %}} {{% modal title=“Score M-TOQ-5” id=“modal-mtoq”%}}

{{< scores/m-toq >}}

{{% /modal %}} {{% modal title=“Risque cardiovasculaire selon ESC 2021” id=“modal-rcv”%}}

{{< clinique/risque-cardiovasculaire >}}

{{% /modal %}}