

La migraine

Dr A. Bahmani
Service de neurologie CHU Oran

plan

- Introduction
- Epidémiologie
- Physiopathologie
- Clinique
 - Migraine sans aura (MSA)
 - Migraine avec aura (MA)
- Autres types de migraine
- Complications de la migraine
- Facteurs déclenchant
- Traitement

Introduction

- Céphalée primaire (sans lésion sous-jacente).
- Deux variétés principales:
 - Migraine sans aura (migraine commune).
 - Migraine avec aura (migraine accompagnée).
- Diagnostic: interrogatoire + examen neurologique normal.
- Prévalence: 10 et 15 % population générale.
- Une des affections neurologiques les plus fréquentes.
- Traitements efficaces pour soulager les crises.

Epidémiologie

- Prévalence globale: 12 %
 Homme : 6 % Femme : 18 %
- Varie avec l'âge:
 - Avant 12 ans: 3 à 10 % ; sexe ratio: 1.
 - Puberté: sexe ration: 2.
 - Vers 40 ans: 3.3
 - Après la ménopause: 2.2
- Prévalence : MSA (6-10%) MA (3-6%)
- Variation ? race, catégorie socioprofessionnelle, niveau d'éducation (controversée).

Epidémiologie

Histoire naturelle

- Début:
avant 40 ans (90 %).
Enfance
Commence plutôt chez les garçons (souvent MA).
- L'intensité, la fréquence et la durée des crises sont variables.

Qualité de vie

- plus de 85 % des migraineux estiment que leur maladie représente un handicap et 35 % le jugent sévère.
- Un alitement est systématiquement nécessaire chez 30 à 50 % des patients.

Epidémiologie

Comorbidités

(association entre la migraine et d'autres pathologies)

- HTA ; coronaropathies
- Foramen ovale perméable
- Infarctus cérébral (surtout chez la femme)
- Epilepsie
- Pathologies psychiatriques: dépression et anxiété

Physiopathologie

la migraine est une maladie neurovasculaire soustendue par une susceptibilité génétique complexe.

Mécanisme des crises

- *Aura*: dépression corticale envahissante

Dépolarisation modification débit sanguin cérébral

- *Céphalée* : inflammation neurogène trijiminovasculaire

Maladie migraineuse

- Théorie anatomique: un générateur dans le tronc cérébral
- Théorie neurophysiologique: état d'hyperexcitabilité cérébral.

Susceptibilité génétique

Clinique

Migraine sans aura (MSA)

- La plus fréquente
- La crise est souvent précédée de prodromes durant quelques heures à 24 heures : troubles de l'humeur, irritabilité, asthénie, somnolence, bâillement, tendance dépressive ou au contraire euphorique, sensation de faim ou constipation
- La céphalée atteint son maximum en quelques heures.

Critères de diagnostic de la migraine sans aura selon l'International Headache Society (IHS)

1.1 Migraine avec aura

- A. Au moins cinq crises répondant aux critères B-D
- B. Crises de céphalées durant 4 à 72 heures (sans traitement)
- C. Céphalées ayant au moins deux des caractéristiques suivantes :
 - unilatérale
 - pulsatile
 - modérée ou sévère
 - aggravée par les efforts physiques de routine (monter les escaliers)
- D. Durant la céphalée, au moins l'un des caractères suivants:
 - nausées et/ou vomissements
 - photophobie et phonophobie
- E. Au moins un des caractères suivants :
 - l'histoire, l'examen physique et neurologique ne suggèrent pas de désordre organique (céphalées symptomatiques des groupes IHS 5 à 11)
 - ou bien celui-ci est écarté par la neuro-imagerie ou tout autre procédé de laboratoire
 - ou bien un désordre organique existe mais les crises migraineuses ne sont pas apparues pour la première fois en liaison temporelle avec celui-ci

Migraine avec aura

- Plus rare que la MSA
- Certains patients ont les deux types de crises.
- L'aura est un trouble neurologique focal et transitoire qui dure en moyenne de 10 à 30 minutes (de 5 minutes à 1 heure selon les critères de l'IHS) et précède le plus souvent la céphalée.
- La céphalée s'installe le plus souvent lors de la disparition des troubles neurologiques ou après un intervalle libre qui ne dépasse pas 1 heure.
- Les symptômes de l'aura s'installent et progressent lentement, dans le temps et dans l'espace, sur quelques minutes à quelques dizaines de minutes : c'est la marche migraineuse, qui est un des éléments clés du diagnostic.

Migraine avec aura

- Les auras visuelles sont les plus fréquentes.
- la MA visuelle isolée (migraine ophtalmique).
- Le scotome scintillant et les phosphènes.

Critères de diagnostic de la migraine avec aura typique selon l'International Headache Society

1.2.1 Aura typique avec céphalée migraineuse

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

B. L'aura comprend au moins un des symptômes suivants mais pas de déficit moteur :

1. symptômes visuels entièrement réversibles incluant des phénomènes positifs (par exemple, lumières, taches ou lignes scintillantes) et/ou négatifs (perte de vision)

2. symptômes sensitifs entièrement réversibles incluant des phénomènes positifs (fourmillements) et/ou négatifs (engourdissement)

3. troubles du langage de nature dysphasique entièrement réversibles

C. Au moins deux des caractéristiques suivantes :

1. symptômes visuels homonymes et/ou symptômes sensitifs unilatéraux

2. au moins un symptôme de l'aura se développe progressivement en 5 minutes ou plus et/ou les différents symptômes de l'aura surviennent successivement en au moins 5 minutes

3. chaque symptôme dure entre 5 et 60 minutes

D. Céphalée satisfaisant les critères B-D de la migraine sans aura (1.1) et débutant pendant l'aura ou dans les 60 minutes suivant l'aura

E. Non attribué à une autre affection (identique à critère E de la migraine sans aura 1.1)

Autres types de migraine

- Migraine hémiplégique familiale et sporadique
- Migraine de type basilaire: les symptômes neurologiques transitoires indiquent un dysfonctionnement du tronc cérébral, du cervelet ou des deux lobes occipitaux
- Syndromes périodiques de l'enfance, précurseurs ou associés à la migraine
- Migraine rétinienne

Complications de la migraine

- Migraine chronique
- Etat de mal migraineux
- Aura persistante sans céphalée
- Infarctus migraineux

Facteurs déclenchant

- **Facteurs psychologiques:** contrariété, anxiété, émotion, choc psychologique
- **Facteurs hormonaux:** règles, contraceptifs oraux
- **Modification du mode de vie:** déménagement, changement de travail, vacances, week-end , voyage surmenage
- **Facteurs sensoriels:** lumière, bruit, odeur, vibration...
- **Aliments:** alcool, chocolat, graisses, cuites, fromages, agrumes
- **Facteurs climatiques:** vent, orage, chaleur humide, froid
- **Habitudes alimentaires:** jeûne, hypoglycémie, repas sautés ou irréguliers
- **Autres facteurs:** traumatisme crânien, manque ou excès de sommeil (« grasse matinée »), altitude

Migraine et examens complémentaires

- L'imagerie cérébrale (scanner ou IRM) n'est indiquée qu'en cas d'atypie sémiologique, de signes neurologiques ou généraux associés, ou d'anomalies à l'examen.
- Des études IRM dans un but de recherche ont mis en évidence, sur les séquences pondérées en T2, des hypersignaux de la substance blanche qui sont plus fréquents chez les migraineux que chez les non migraineux, dans la MA que dans la MSA, et dont la signification reste méconnue.

Traitement

- Etroite collaboration entre médecin et patient
- Expliquer la maladie.
- Rechercher les principaux facteurs déclenchant.
- La liste de tous les traitements et de leurs effets positifs ou négatifs
- Traitement de crise et traitement de fond.
- La tenue d'un calendrier de la migraine.
- Conduite automobile.

Traitement de la crise

- Quelques gestes simples peuvent aider à soulager la céphalée : application de froid ou de chaleur sur le crâne, pression sur la tempe, repos à l'abri du bruit et de la lumière, prise de café ou de thé.
- Quatre groupes de substances ont une efficacité démontrée dans la céphalée migraineuse : les antalgiques (simples, opiacés et l'aspirine), les AINS, les dérivés de l'ergot de seigle et les triptans.
- Le médicament doit être pris le plus tôt possible, lorsque la céphalée est encore modérée

Antalgiques

Aspirine

Paracétamol

Dextropropoxyphène

Codéine (contenue dans de nombreuses préparations)

Anti-inflammatoires

Ibuprofène (Nureflex[®], Advil[®])

Kétoprofène (Profénid[®], Biprofénid[®])

Naproxène (Naprosyne[®], Apranax[®])

Flurbiprofène (Cébutid[®]100)

Acide méfénamique (Ponstyl[®])

Diclofénac (Voltarène[®])

Fénoprofène (Nalgésic[®])

Indométacine (Indocid[®])

Dérivés de l'ergotamine

Tartrate d'ergotamine (Gynergène[®] caféiné cp)

Dihydroergotamine (Dihydroergotamine[®] injectable s.c. ou i.v., Diergospray[®])

Triptans

Almotriptan, Almogran[®] cp 12,5 mg

Naratriptan, Naramig[®] cp 2,5 mg

Élétriptan, Relpax[®] cp 40 mg

Sumatriptan, Imigrane[®], cp 50 mg, spray nasal 20 et 10 mg, injection s.c.

Zolmitriptan, Zomig[®], cp 2,5 mg;

Zomigoro[®], cp orodispersible

Traitement de fond

- Diminuer la fréquence des crises.
- Le choix du traitement de fond doit prendre en compte les contre-indications, les pathologies associées du patient et les effets secondaires possibles.
- Eviter les associations médicamenteuses.
- En cas de succès, le traitement est maintenu de 6 à 12 mois.

Traitement de fond

Propranolol* (Avlocardyl[®]) 40-240 mg

Métoprolol* (Lopressor[®]) 100-200 mg

Timolol (Timacor[®]) 10-20 mg

Aténolol (Ténormine[®]) 100 mg

Nadolol (Corgard[®]) 80-240 mg

Oxétorone* (Nocertone[®]) 60-120 mg le soir

Amitriptyline (Laroxyl[®], Élavil[®]) 20-50 mg le soir

Pizotifène* (Sanmigran[®]) 1,5-3 mg le soir

Topiramate* (Eptomax[®]) 100 mg par jour en deux prises

Valproate de sodium (Dépakine[®] Chrono) 0,5-1 g le soir, une seule prise possible

Gabapentine (Neurontin[®]) 1 200-2 400 mg par jour

Indoramine* (Vidora[®]) 50 mg par jour

Flunarizine* (Sibélium[®]) 5-10 mg le soir, arrêt au bout de 6 mois

Méthysergide* (Désemil-Sandoz[®]) :

2-6 mg par jour avec arrêt de 1 mois tous les 6 mois

Dihydroergotamine* (Séglor[®]) 10 mg par jour en deux prises