

Nouvelles recommandations sur la migraine : AINS en première ligne

Dr Isabelle Catala | 12 avril 2013

Nouvelles recommandations SFEMC sur la migraine : AINS en première ligne

AINS, triptans, IRM... la Société Française d'Etudes des Migraines et Céphalées propose une actualisation des recommandations 2002 sur la migraine. 12 avril 2013

Montpellier, France — A l'occasion des [Journées de Neurologie de Langue Française 2013](#), le **Dr Anne Donnet** (Clermont Ferrand) a présenté pour la première fois l'actualisation 2013 des recommandations de la [Société Française d'Etudes des Migraines et Céphalées](#) (SFEMC) sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine ^[1]. Les dernières recommandations **ANAES** dataient de 2002 et la **Haute Autorité de Santé** (HAS) avait demandé à la SFEMC de travailler sur ce sujet. « En 2012, la HAS a récusé la majorité des membres du groupe de travail au motif de leurs liens d'intérêt. Nous avons donc choisi de présenter ce travail au nom propre de notre groupe de travail de la SFEMC », explique le Dr Donnet.

Le diagnostic de migraine repose sur une évaluation clinique

Les critères de diagnostic de migraine retenus sont ceux de l'**International Headache Society** (2004). Le diagnostic repose sur l'association d'un trépied clinique :

- Une évolution par crises récurrentes séparées par des intervalles libres de toute douleur ;
- Des caractéristiques sémiologiques propres (unilatérale, pulsatile, aggravée par l'effort, associées à des nausées ou une phono-photophobie) qui permettent de distinguer les crises avec et sans aura (visuelle, sensitive ou aphasique) ;
- Un examen clinique normal.

Scanner et IRM : à réserver à des situations particulières

La SFEMC recommande d'adresser dans une structure d'urgence pour examens complémentaires tout patient migraineux ou non qui présente une céphalée d'apparition brutale s'installant en moins d'une minute.

Dans tous les autres le scanner ou l'IRM cérébrale ne sont indiqués qu'en cas de crises apparues après l'âge de 50 ans, d'auras atypiques, d'anomalies à l'examen clinique ou de céphalées inhabituelles.

Evaluer le handicap et utiliser l'échelle HAD

« Pour optimiser la prise en charge, il est essentiel d'évaluer le handicap lié à la maladie en tenant un agenda des crises, en appréciant le retentissement fonctionnel et l'altération de productivité par l'échelle HIT-6.

Par ailleurs, l'utilisation de l'échelle HAD permet d'évaluer la composante émotionnelle de la migraine », explique le Dr Donnet.

Les traitements de crise de la migraine : AINS et triptans

Seules deux familles médicamenteuses ont été retenues pour le traitement de la crise : les AINS (naproxène, ibuprofène, kétoprofène, diclofénac) et les triptans. Actuellement en France, 7 triptans ont reçu l'AMM.

Pour la SFEMC, « il existe des différences minimales d'efficacité et de tolérance entre les triptans mais en pratique il existe une grande variabilité interindividuelle : un patient non répondeur à une molécule peut répondre à un autre médicament. Avant de conclure à l'inefficacité d'un triptan, il est recommandé de le tester sur 3 crises ».

Par ailleurs, « il est recommandé d'éviter les opioïdes seuls ou en association car ils peuvent induire un abus médicamenteux, voire un comportement addictif et ils peuvent majorer les nausées » précise le Dr Donnet.

Stratégie thérapeutique de la crise : AINS en première intention

La SFEMC conseille d'utiliser un AINS en première intention et de réserver le triptan en traitement de secours si le patient n'est pas soulagé une à deux heures après la prise d'AINS. Cette séquence thérapeutique doit être évaluée après 3 crises. Si l'AINS est efficace au moins 2 fois sur 3, le traitement est inchangé. Dans tous les autres cas, le triptan est prescrit en première intention dans la première heure qui suit le début de la crise.

Si la prise de triptan est inefficace (plus d'un échec sur trois prises) ou s'il est mal toléré, une autre molécule doit être testée en prise précoce sur 3 crises consécutives.

Enfin, si cette stratégie est inefficace, l'AINS et le triptan seront prescrits de façon simultanée.

4 questions pour juger de l'efficacité du traitement de crise

Quatre questions permettent d'évaluer l'efficacité d'un traitement de crise :

1. Etes-vous suffisamment soulagé 1 à 2 heures après la prise de ce traitement ?
2. Utilisez-vous une seule prise de ce traitement dans la journée ?
3. Ce traitement est-il efficace au moins deux fois sur trois ?

4. Ce traitement est-il bien toléré ?

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.

Les traitements de fond de la migraine : bêtabloquants et antiépileptique

Pour la SFEMC, « il est recommandé de mettre en place un traitement de fond - associé à une éducation thérapeutique - en fonction de la fréquence des crises mais aussi du handicap familial social et professionnel généré par les crises et dès lors que le patient consomme depuis 3 mois le ou les traitements de crise plus de 2 jours chaque semaine et cela même en cas d'efficacité afin de limiter l'abus médicamenteux ».

- « Les seuls traitements qui ont fait la preuve de leur efficacité restent : le divalproate de sodium, le valproate de sodium, le métoprolol, le propranolol et le topiramate.

- L'amitriptyline, l'aténolol, le candésartan, la flunarizine, le méthylsergide, le nadolol, le naproxène sodique, le nebivolol, l'océtorone, le pizotifène, le tomoptol et la venlafaxine sont dotées d'une efficacité qui n'est que probable.

- Enfin, l'efficacité de la dihydroergotamine, de l'indoramine et de la gabapentine est douteuse », ajoute le Dr Donnet.

Stratégie thérapeutique en traitement de fond : bêtabloquants sauf contre-indications

Considérant le niveau de preuve d'efficacité, la balance bénéfice-risque et l'existence d'un AMM, la SFEMC estime qu'en l'absence de contre-indication, le propranolol et le métoprolol doivent être proposés en première intention comme traitement de fond.

En cas de contre-indication, d'intolérance ou d'inefficacité des bêtabloquants, le choix de la molécule repose sur le terrain, les comorbidités, la sévérité de la migraine et l'existence d'une AMM.

Le Dr Anne Donnet déclare avoir eu des activités donnant lieu à une rémunération personnelle occasionnelle ou permanente avec Almirall, Allergan, Astellas, Pfizer, Orkyn, MSD, Lilly, Zambon.

Références

1. Donnet A. Recommandations sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine.

Citer cet article: Nouvelles recommandations sur la migraine : AINS en première ligne. *Medscape*. 12 avr 2013.