Céphalées et migraines

Aurélie Mariscal, Didier Denardou, Jacques Buxeraud

► To cite this version:

Aurélie Mariscal, Didier Denardou, Jacques Buxeraud. Céphalées et migraines. *Actualités Pharmaceutiques*, 2019, 58, pp.20 - 22. 10.1016/j.actpha.2019.01.025 . hal-03486057

HAL Id: hal-03486057

<https://hal.science/hal-03486057>

Submitted on 20 Dec 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial| 4.0 International License

Dochead conseil

Sous-dochead douleur

Céphalées et migraines

Aurélie Mariscal^a

Préparatrice en pharmacie

Didier Denardou^b

Préparateur en pharmacie, directeur du CFA de la pharmacie de Limoges

Jacques Buxeraud^{c,*}

Professeur émérite des Universités

^a Pharmacie Sainte-Anne, 640 chemin de Rabasson, 83130 La Garde, France

^b Espace Galien, 40-42 rue du Mas-Loubier, 87100 Limoges, France

^c Faculté de pharmacie, 2 rue du Docteur-Marcland, 87025 Limoges, France

** Auteur correspondant.*

Adresse e-mail : jacques.buxeraud@unilim.fr (J. Buxeraud).

Résumé

Les recommandations du préparateur au comptoir de l'officine, tout comme celles du pharmacien, sont d'une importance capitale dans la prise en charge des patients qui se plaignent de céphalées et de crises de migraine. Il est nécessaire de bien connaître la différence entre ces manifestations douloureuses pour apporter un conseil efficace et sécurisé.

© 2019

Mots clés – antimigraineux ; céphalée ; migraine ; traitement de fond ; traitement de la crise

Summary à venir

© 2019

Keywords à venir

Le caractère invalidant des céphalées et de la migraine rend indispensable une prise en charge appropriée. S'il est nécessaire que les patients consultent un médecin qui posera un diagnostic précis, ceux qui viennent à l'officine doivent pouvoir trouver auprès de l'équipe officinale un conseil adapté (**encadré 1**). Au-delà du soulagement, celui-ci doit être axé sur la maîtrise de l'automédication. En effet, une surconsommation médicamenteuse antalgique a souvent pour conséquence le basculement dans un état de dépendance.

Encadré 1. Quatre questions à poser au comptoir

- Depuis combien de temps avez-vous mal à la tête (douleur récente ou présente depuis longtemps) ?
- Comment a-t-elle débuté (brutalement ou progressivement) ?
- Comment évolue-t-elle (par crise ou progressivement) ?
- Avez-vous déjà eu ce type de douleur par le passé (antécédents) ?

Ces quatre questions permettent de définir s'il est possible de conseiller le patient ou s'il est nécessaire de l'orienter vers le médecin en cas de signes d'alerte (*red flags*).

T1 Céphalées ou migraine ?

TEG1 Les céphalées, plus couramment appelées "maux de tête", sont caractérisées par une douleur plus ou moins intense ressentie au niveau du crâne.

TEG1 La céphalée primaire correspond à un mal de tête sans cause connue, fréquent et banal, entraînant une douleur qui doit être prise en charge.

TEG1 La céphalée secondaire, due à un facteur médical (par exemple une affection), nécessite une consultation rapide pour traiter son origine. De nombreuses raisons médicales peuvent expliquer la survenue de céphalées : migraine, sinusite, poussée importante d'hypertension artérielle (HTA), algie vasculaire de la face, traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral (AVC), maladie de Horton (artérite temporale touchant le sujet âgé), médicament (iatrogénie), tumeur cérébrale, problème dentaire, ophtalmologique, etc. Le traitement devra être adapté à la cause, après que le médecin a réalisé des examens médicaux, neurologiques, biologiques, radiologiques, etc.

TEG1 La migraine est souvent méconnue et mal comprise. Son diagnostic reste avant tout clinique et nécessite rarement des examens complémentaires. Il s'agit d'une maladie neurovasculaire complexe dont l'évolution est la conséquence de multiples facteurs endogènes, psychologiques et environnementaux [1,2].

T1 La migraine, des critères précis

TEG1 Pour être déclaré migraineux, un patient doit avoir présenté au moins cinq crises répondant à des critères précis. Les migraines sont des céphalées durant de quatre à soixante-douze heures en l'absence de traitement et présentant au moins deux des caractéristiques suivantes :

- unilatéralité (douleur ressentie dans la moitié de la tête¹) ;
- pulsatilité (sensation de battement circulatoire au niveau du crâne) ;
- aggravation lors des efforts physiques.

Par ailleurs, au moins un des symptômes suivants est classiquement retrouvé : nausées et/ou vomissements, photophobie (sensibilité accrue, voire intolérance à la lumière) et phonophobie (intolérance aux bruits).

TEG1 La durée des crises est de deux à six heures chez la moitié des migraineux, mais certains souffrent durant vingt-quatre à quarante-huit heures.

T1 Deux grands types de migraines

TEG1 Il existe deux grands types de migraines qui correspondent cliniquement à une crise de céphalée aiguë et récurrente.

TEG1 La migraine sans aura, appelée autrefois migraine commune, est de loin la plus fréquente (75 à 80 % des cas).

TEG1 La migraine avec aura se caractérise par la survenue de signes neurologiques qui annoncent la crise et durent entre dix minutes et une heure. Ces signes sont le plus souvent visuels : vue un peu brouillée, rétrécissement du champ visuel, perception de points brillants et colorés, de zigzags, de cercles plus ou moins réguliers. Divers autres troubles peuvent être ressentis : fourmillements, engourdissements, troubles du langage, faiblesse ou lourdeur d'un membre.

Les personnes qui souffrent d'aura migraineuse ressentent le besoin de s'étendre dans le noir et au calme.

T1 Les facteurs déclenchants

TEG1 Les facteurs psychologiques sont les plus fréquents : stress ou, au contraire, relâchement de la tension (migraine du week-end).

TEG1 Certains aliments riches en tyramine sont considérés à risque : fromages fermentés, conserves de poissons, levure de bière, gibiers faisandés et charcuteries. Les aliments très froids (glaces) et le chocolat, qui renferme de la phényléthylamine, peuvent aussi favoriser des crises de migraine.

TEG1 Le jeûne, tout comme un repas trop riche, peut être un facteur favorisant.

TEG1 Les facteurs hormonaux jouent un rôle important chez la femme : 70 % des patientes migraineuses signalent une aggravation de leurs crises pendant la période des règles (quelques jours, voire une semaine avant). Quant à la "migraine cataméniale", elle survient uniquement pendant les règles chez des femmes qui, habituellement, ne sont pas sujettes à ce type de crise.

TEG1 Certaines pilules contraceptives seraient impliquées, en général les plus fortement dosées. De façon assez étonnante, des patientes se disent au contraire soulagées par leur prise.

TEG1 Un manque ou un excès inhabituel de sommeil sont également incriminés.

TEG1 Le bruit ou la fatigue visuelle ainsi que les facteurs climatiques (chaleur, froid, vent violent) sont classiquement mis en cause.

T1 Comment traiter la migraine

TEG1 Deux catégories de médicaments sont utilisées selon qu'il s'agit de traiter les crises ou de les prévenir (**tableaux 1 et 2**) [3].

TEG1 Les médicaments de la crise sont requis lorsque les accès de migraine gagnent en intensité ou ne sont pas soulagés par les antalgiques communs (paracétamol, aspirine, anti-inflammatoire non stéroïdien [AINS]). Le médecin peut alors prescrire un traitement spécifique (triptan, alcaloïde de l'ergot de seigle). Les antalgiques associés à un opiacé (codéine, tramadol) sont déconseillés en raison d'un risque d'abus.

Tableau 1. Le traitement de la crise migraineuse.

	Classe thérapeutique	DCI	Spécialités et formes pharmaceutiques
Médicaments non spécifiques	Antalgique périphérique + stimulant de la motricité intestinale	Acide acétylsalicylique + métoprolol	Migpriv® poudre pour sol buv en sachet
	Anti-inflammatoires non stéroïdiens	Ibuprofène	Advil® et Advilmed® cp enr ; Advilcaps® caps molle ; Ibupradoll® cp pell et caps molle ; Nureflex® cp enr ; Nurofen® cp enr ; Nurofenflash® cp pell ; Spedifen® cp pell ; Spifen® cp pell
		Kétoprofène	Profemigr® cp séc
Médicaments spécifiques	Triptans	Almotriptan	Almogran® cp pell
		Élétriptan	Relpax® cp pell
		Frovatriptan	Isimig®, Tigreat® cp pell
		Naratriptan	Naramig® cp pell

	Rizatriptan	Maxalt® cp ; Maxaltlyo® cp orod
	Sumatriptan	Imigrane® cp, sol pour pulv nasale et sol inj
	Zolmitriptan	Zomig® cp pell ; Zomigoro® cp orod
Alcaloïdes de l'ergot de seigle	Dihydroergotamine ³	Diergospray® sol pour pulv nasale
Alcaloïdes de l'ergot de seigle + caféine	Ergotamine + caféine ⁴	Gynergène Caféine® cp

D'après le dictionnaire Vidal 2019. Seuls les médicaments princeps sont cités.

DCI : dénomination commune internationale.

Sur 3 colonnes (ou 2 colonnes + marge)

Tableau 2. Le traitement de fond de la migraine.

Classe thérapeutique	DCI	Spécialités et formes pharmaceutiques
Antiépileptiques	Topiramate	Epitomax® cp pell, cp gél
Antisérotoninergiques	Flunarizine	Sibelium® cp séc
	Oxétorone	Nocertone® cp pell séc
	Pizotifène	Sanmigran® cp enr
Bêtabloquants	Métoprolol	Lopressor® cp séc LP
	Métoprolol	Seloken® LP cp LP
	Propranolol	Propranolol® cp pell, cp séc, gél LP

DCI : dénomination commune internationale. D'après le dictionnaire Vidal 2019.

Seuls les médicaments princeps sont cités (il existe de nombreux génériques).

Sur 3 colonnes (ou 2 colonnes + marge)

Le traitement de la crise de migraine est d'autant plus efficace qu'il intervient précocement :

- les antalgiques usuels et notamment le paracétamol² constituent des médicaments de première intention qui peuvent être associés au métoclopramide pour combattre les nausées et vomissements ;
- les AINS peuvent soulager mais ne doivent pas être utilisés de façon abusive sous peine d'effets indésirables d'ordre digestif (ulcères gastroduodénaux) ;

- le recours aux dérivés de l'ergot de seigle^{3,4} [4] ou aux triptans est justifié en cas de crises rebelles. Vasoconstricteurs puissants, les triptans ne doivent pas être pris au moment de l'aura sous peine d'accentuer ce phénomène correspondant lui-même à une vasoconstriction. En effet, la phase douloureuse de la migraine correspond à une vasodilatation des artères du crâne, ce qui justifie l'utilisation de vasoconstricteurs (**tableau 1**).

TEG1 Le traitement de fond peut être envisagé chez un patient qui souffre de plus de deux ou trois crises par mois. Il doit être pris quotidiennement et au long cours. Les bêtabloquants, le pizotifène et la flunarizine ont une efficacité équivalente. En l'absence de contre-indication, les bêtabloquants constituent le traitement de première intention. Chez les malades non glaucomateux et sans obstacle urétr prostatique, le pizotifène arrive en deuxième position. Enfin, l'oxétorone constitue une alternative (**tableau 2**).

Les points à retenir

- Les céphalées se caractérisent par une douleur plus ou moins intense au niveau du crâne, traitée par antalgiques ou par un médicament adapté quand son origine est médicale.
- La maladie migraineuse est définie par la répétition de crises entrecoupées d'intervalles de temps au cours desquels le patient ne présente aucun symptôme.
- Deux grands types de migraine existent : avec ou sans aura.
- La migraine peut s'accompagner de nausées, de vomissements, mais aussi d'une difficulté à supporter le bruit ou la lumière.
- Deux types de traitements, de crise et de fond, peuvent être prescrits à un patient migraineux.

Sur 2 colonnes à droite après la puce de fin

Notes

¹ Le mot "migraine" vient de "hémicrânie".

² Très souvent, le patient utilise le paracétamol en automédication pour traiter sa crise de migraine. Dans ce cas, le respect de la dose maximale est important (3 g/jour chez l'adulte et de 60 mg/kg/jour chez l'enfant).

³ Le rapport bénéfice-risque pour le traitement de la crise migraineuse reste favorable. Cette spécialité n'est pas destinée au traitement prophylactique de la migraine. Son usage journalier chronique ou son emploi au-delà des doses recommandées peuvent entraîner un vasospasme avec céphalées de rebond.

⁴ L'ergotamine est indiquée dans le traitement de la crise de migraine, à la posologie maximale de 6 cp/jour en trois prises, dans la limite de 10 cp/semaine. Il s'agit d'un médicament de deuxième intention.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

[1] Passeport santé. La migraine.

www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=migraine_pm

[2] Assurance maladie. Migraine : les symptômes, les facteurs déclenchants, l'évolution.

www.ameli.fr/assure/sante/themes/migraine/symptomes-facteurs-declenchants-evolution

[3] Comment soulager la migraine ? Vidal Eureka Santé.

<https://eurekasante.vidal.fr/maladies/douleurs-fievres/maux-tete-migraine.html?pb=traitements-migraine>

[4] Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps). Commission nationale de pharmacovigilance. Compte rendu de la réunion du mardi 22 novembre 2011.

Illustration

Buxer_illus1

La migraine concerne en France 12 % des adultes et 5 à 10 % des enfants, soit 11 millions de personnes, les femmes étant deux à trois fois plus touchées que les hommes.

© Myimagine/stock.adobe.com

Sur 2 colonnes (ou une colonne + marge) en haut en deuxième page