La Fondation pour l'éducation médicale continue
Apprentissage basé sur la pratique pour les médecins de famille

Céphalées chez l'adulte

Vol. 30 (13), novembre 2022

INTRODUCTION

Les céphalées sont un des motifs les plus fréquents qui amènent les patients à consulter leur prestataire de soins primaires. Le diagnostic est souvent difficile à établir car les différents sous-types de céphalées partagent des symptômes et des caractéristiques en commun, et il arrive que les patients remplissent des critères correspondant à plusieurs diagnostics de céphalées. Cela peut rendre difficile la reconnaissance des céphalées secondaires et la prise en charge adéquate des symptômes.

OBJECTIFS

Ce module permettra aux cliniciens :

- d'appliquer les meilleures données probantes pour évaluer et prendre en charge les migraines épisodiques et chroniques en utilisant des stratégies non pharmacologiques centrées sur les patients, ainsi que des traitements pharmacologiques ponctuels/interruptifs et prophylactiques;
- de reconnaître et de prendre en charge les céphalées dues à une surmédication;
- d'évaluer et d'examiner les céphalées d'apparition récente, y compris les tableaux cliniques dus à des céphalées secondaires et notamment la reconnaissance des signes d'alarme.

HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1 : Sophie, âgée de 27 ans

Sophie est une patiente qui vous consulte depuis les cinq dernières années. Elle se présente à votre cabinet communautaire à cause de céphalées récurrentes depuis deux à trois ans. Initialement, ses céphalées survenaient une fois tous les quelques mois, mais elles sont devenues plus fréquentes et surviennent maintenant tous les mois, ce qui l'a motivée à vous consulter aujourd'hui. Elle prend habituellement de l'ibuprofène pour les soulager. Elle ne rapporte pas d'auras, d'éclairs ou de changements visuels précédant ses maux de tête. Pendant un épisode de céphalée, elle doit s'allonger dans une pièce sombre et fraîche avec les rideaux tirés. D'après l'anamnèse, les céphalées touchent son côté droit, elles sont pulsatiles et provoquent une sensibilité à la lumière. Elle présente de légères nausées, mais sans vomissements. Les céphalées surviennent généralement pendant deux à trois jours consécutifs autour de la période de ses menstruations et chaque épisode dure cinq à six heures avant de s'atténuer progressivement. Les menstruations de Sophie sont régulières (tous les 28 à 32 jours). Elle ne prend aucun autre médicament ni pilule contraceptive.

Quels autres renseignements seraient utiles?

Deuxième partie

Les céphalées de Sophie ne la réveillent pas la nuit, mais elles ont augmenté en fréquence et en intensité, sans toutefois changer de nature. Du fait de leur intensité accrue, les céphalées sont devenues plus incapacitantes au point où Sophie a dû s'absenter de son travail d'enseignante au primaire et prendre des congés de maladie plus souvent tous les mois. Elle ne prend actuellement aucun médicament autre que de l'ibuprofène à l'occasion au début de ses céphalées; elle ne consomme aucune autre substance et ne fume pas. Elle utilise actuellement des préservatifs comme méthode contraceptive avec son partenaire de longue date. Elle ne pense pas qu'il y ait d'autres facteurs déclencheurs que ses menstruations, mais elle n'y a pas porté une attention particulière. Sophie ne rapporte aucun symptôme neurologique focal. Elle n'a pas d'antécédents familiaux de migraines. Ce changement n'a pas été précédé d'un événement déclencheur ou de facteurs de stress notables.

La tension artérielle de Sophie est de 117/82. Les résultats de son examen du fond de l'œil sont normaux. Ses examens de la tête et du cou sont normaux. Les résultats de son examen neurologique (y compris le test des nerfs crâniens, les tests moteurs/sensoriels, le dépistage de signes de lésions cérébelleuses et les tests de la démarche) sont normaux. Les résultats aux questionnaires abrégés sur le dépistage de la dépression et de l'anxiété sont négatifs.

Renseignements généraux	Commentaires des histoires de cas	Collaborateurs et déclarations	Références bibliographiques	Annexes
3	14	18	19	22

Quelle serait votre approche avec Sophie?

Troisième partie – trois mois plus tard

Sophie se présente avec le journal des céphalées qui lui a été remis lors de la dernière consultation. Le journal indique que ses céphalées apparaissent généralement 1 à 3 jours avant le premier jour de son cycle menstruel. Les céphalées affectent toujours le côté droit, et s'accompagnent d'une photosensibilité et de légères nausées. Elle ne décèle aucun autre déclencheur manifeste. Elle ne rapporte pas d'insomnie. Elle évalue l'intensité de ses céphalées à 6 ou 7 sur 10. Elle ne présente pas de symptômes avant-coureurs. Elle prend du frovatriptan (à 2,5 mg par voie orale) quatre fois par mois (comme il lui a été prescrit à son dernier rendez-vous), ce qui lui procure un soulagement moyen, mais les céphalées continuent de limiter son fonctionnement. Elle aimerait discuter des moyens de prévenir ses céphalées.

Que répondriez-vous à Sophie?

Que recommanderiez-vous à Sophie si elle avait des questions sur les méthodes contraceptives?

Quelle serait votre démarche si Sophie présentait une céphalée migraineuse aiguë et sévère ne répondant pas à son traitement interruptif habituel?

Cas numéro 2 : Nora, âgée de 45 ans

Nora est une nouvelle patiente qui a pu avoir un rendez-vous le jour même à votre cabinet de soins primaires à cause d'une terrible « migraine ». Ce matin, au réveil, elle avait une migraine habituelle touchant la région temporale gauche. Elle décrit cette céphalée comme un mal de tête exerçant une pression et des pulsations, qui « martèle » le cerveau, et qui a commencé à se dissiper après trois à quatre heures. Elle rapporte aussi des nausées, des vomissements et une photophobie. Elle ne rapporte pas d'aura. Les céphalées sont habituellement soulagées avec le zolmitriptan, mais celui-ci n'a pas été efficace ce matin.

Pendant l'adolescence, on lui a diagnostiqué des migraines généralement récurrentes deux fois par mois. Ces céphalées étaient traitables avec le zolmitriptan et l'acétaminophène pris dès l'apparition du mal de tête. Nora prend du propranolol (20 mg 3 fois par jour) pour la prévention des migraines; il lui avait été prescrit par son médecin de soins primaires précédent il y a quatre ans.

Nora est également préoccupée par l'augmentation de la fréquence de ses céphalées. Il y a environ six mois, ses céphalées ont commencé à se manifester plusieurs fois par semaine (cinq jours sur sept), ce qui l'a incitée à prendre plus souvent son médicament interruptif. On lui a confié un nouveau poste administratif au moment où ses céphalées se sont intensifiées. Elle aime ce nouvel emploi, mais les heures de travail sont plus longues et elle passe plus de temps devant un écran. Elle a aussi plus de mal à trouver le sommeil. Elle prend maintenant le zolmitriptan presque tous les jours, en plus de 1 à 2 comprimés (400 mg) par jour d'acétaminophène ou d'ibuprofène.

Elle a des antécédents de cancer du sein (il y a 3 ans), traité par radiothérapie, qui n'a présenté aucun signe de récidive. Elle prend aussi de la venlafaxine XL (150 mg) une fois par jour pour l'anxiété qu'on lui a diagnostiquée. Elle n'a pas d'antécédents familiaux de céphalées migraineuses ni d'antécédents d'hypertension. Elle ne fume pas et ne boit pas d'alcool.

Quels autres renseignements seraient utiles?

Deuxième partie

Hormis l'augmentation de leur fréquence, les céphalées de Nora n'ont pas varié sur le plan de la gravité et de la zone affectée. Elles ne la réveillent pas la nuit. Elle ne rapporte pas d'observations de nature neurologique, de changements visuels, de diplopie ou de déficits moteurs ou sensoriels. Sa démarche est normale et elle ne présente aucun trouble de l'équilibre. Elle n'a pas présenté de fièvre, de frissons ou de perte de poids. Elle n'a pas subi de traumatisme ou de chute.

Les résultats de son examen neurologique sont normaux. Ses champs visuels sont intacts. Les résultats de son examen du fond de l'œil sont normaux. L'évaluation des nerfs crâniens ne révèle rien de particulier dans l'ensemble. Elle ne présente pas de sensibilité au niveau des sinus, de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM) ou de la région de l'artère temporale. Les examens moteurs et sensoriels sont normaux, et elle peut effectuer une marche en tandem. Elle ne présente pas d'ataxie du tronc. Sa tension artérielle est de 125/65.

Compte tenu de ses antécédents de cancer du sein et de la fréquence accrue de ses céphalées, un examen de tomodensitométrie (TDM) avec agent de contraste a été demandé. Les résultats sont normaux et ne font état d'aucun signe de maladie métastatique.

Quelle serait votre approche avec Nora?

Cas numéro 3 : Brigitte, âgée de 53 ans

Brigitte se présente à votre centre de soins d'urgence en raison d'une douleur temporale bilatérale apparue il y a une semaine. Elle indique que sa céphalée est constante au fil de la journée et qu'elle a la tête lourde. Elle vit actuellement avec son mari et sa belle-sœur. Elle vient de s'installer dans votre localité mais n'a pas encore trouvé de clinicien de soins primaires.

De quels autres renseignements auriez-vous besoin?

Deuxième partie

Brigitte a déjà eu des céphalées occasionnelles liées au stress dans le passé, mais jamais rien de tel. Cette céphalée se manifeste occasionnellement par une douleur fulgurante dans les deux tempes, dont elle estime la gravité à 10 sur une échelle de 10. Sa céphalée est bilatérale, mais elle est pire du côté gauche, et provoque une douleur dans la région temporale, l'oreille et la mâchoire. Elle ajoute que sa mâchoire supérieure lui fait mal des deux côtés, surtout lorsqu'elle mâche des aliments. La semaine dernière, elle a ressenti une douleur dans la partie postérieure du cou et une sensibilité du cuir chevelu au moment de se brosser les cheveux.

Brigitte ne rapporte pas d'autres déficits ou symptômes neurologiques – éclairs ou changements visuels, photophobie, nausées, vomissements, symptômes des voies respiratoires supérieures ou fièvre. Elle n'a pas subi de traumatisme ou de chute. Elle fait état d'une fatigue croissante depuis les deux ou trois dernières semaines. Elle se plaint de douleurs à l'épaule droite et à la hanche gauche (sensibles depuis des mois), mais elle ne présente pas de raideur matinale notable.

Au nombre de ses antécédents médicaux figurent le trouble bipolaire, l'anxiété, la fibromyalgie, le syndrome du côlon irritable, l'ostéoporose et la dyslipidémie. Elle prend les médicaments suivants : quétiapine (300 mg par voie orale au coucher), rosuvastatine (10 mg par jour par voie orale), duloxétine (60 mg par jour par voie orale), oméprazole (20 mg par jour par voie orale) et dénosumab (60 mg par voie sous-cutanée tous les 6 mois).

Durant l'examen, elle ressent une douleur à la palpation de la tempe gauche et une douleur au niveau de l'apophyse mastoïde gauche. Son acuité visuelle et ses champs visuels sont normaux. L'évaluation des nerfs crâniens est sans particularité. Elle ressent une douleur à la palpation de la partie supérieure de la colonne cervicale et une légère restriction du mouvement latéral gauche du cou à cause de la douleur. Elle ne présente pas de sensibilité au niveau des sinus, mais confirme la présence d'une douleur au niveau de l'ATM gauche et de la région temporale gauche. Ses pouls bilatéraux de l'artère temporale sont normaux. Son tonus musculaire, sa puissance, sa coordination et sa démarche sont normaux à l'examen moteur. Le signe de Romberg est négatif, et elle arrive à effectuer une marche en tandem. Elle ne présente pas d'ataxie du tronc ou de dysmétrie d'origine cérébelleuse. Sa tension artérielle est de 130/85.

Quelles mesures prendriez-vous ensuite?

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

ÉPIDÉMIOLOGIE

1. Les céphalées sont l'un des motifs les plus fréquents de consultation en soins primaires au Canada et sont à l'origine d'environ 20 % de toutes les absences au travail[1].
   a) La prévalence à vie des céphalées primaires est de 66 % : entre 14 et 16 % pour la migraine; entre 46 et 78 % pour les céphalées de tension; entre 0,1 et 0,3 % pour les algies vasculaires de la face[1].
   b) Les migraines sont sous-diagnostiquées et sous-traitées. On estime qu'au moins 2,6 millions de femmes adultes et 1 million d'hommes adultes souffrent de migraine au Canada[1].
   c) Les migraines ont une incidence considérable sur le plan de l'incapacité, de l'employabilité et des relations[2].

CLASSIFICATION

2. Plus de 200 types de céphalées sont énumérés dans la 3e édition de la Classification internationale des céphalées de l'International Headache Society (ICHD-3). Chacun de ces types est organisé en trois groupes :
   - Les céphalées primaires – p. ex., migraine, céphalée de tension et algies vasculaires de la face.
   - Les céphalées secondaires, associées à une autre cause ou affection sous-jacente – p. ex., les céphalées dues à une surmédication, l'artérite temporale, les pathologies du système nerveux central.
   - Les neuropathies crâniennes douloureuses, les autres douleurs faciales et les autres céphalées[3,4].

   Remarque : Compte tenu de l'importance et de la fréquence de ces affections en soins primaires, le présent module traitera de la migraine comme un type

représentatif des céphalées primaires, ainsi que des céphalées dues à une surmédication et de l'artérite temporale comme des types représentatifs des céphalées secondaires. Il ne sera pas question dans ce module des céphalées appartenant à la catégorie des neuropathies crâniennes douloureuses.

Les outils du Centre for Effective Practice Core Neck et Headache Navigator sont utiles pour faciliter le diagnostic et la prise en charge. Ils sont accessibles au https://cep.health/clinical-products/core-neck-tool-and-headache-navigator/	

ÉVALUATION ET DIAGNOSTIC

L'annexe 1 présente un algorithme décrivant les étapes de l'évaluation d'une céphalée.

3. L'évaluation des céphalées repose sur l'établissement des antécédents de céphalées (tableau 1), l'examen physique (Renseignements généraux, point 4) et la prise en compte du point de vue du patient[1]. La reconnaissance des signes d'alarme évoquant des céphalées secondaires (tableau 2; annexe 1) permettra de déterminer s'il est nécessaire d'orienter le patient vers un spécialiste ou de procéder à des examens plus poussés.

4. L'examen physique comprend[3,5] :
   - Mesure de la tension artérielle.
   - Examen neurologique :
     - Évaluation générale de l'état mental.
     - Évaluation des nerfs crâniens, y compris l'examen du fond de l'œil pour détecter un œdème papillaire.
     - Évaluation des quatre membres pour déceler une faiblesse unilatérale, une asymétrie des réflexes et des changements sensoriels, et pour évaluer la coordination des membres supérieurs et inférieurs.
     - Évaluation de la démarche, y compris l'épreuve de marche talons-orteils (démarche en tandem).
   - Examen neurologique spécialisé s'il est indiqué d'après les autres symptômes ou signes neurologiques de l'examen de dépistage (p. ex., évaluation des nerfs crâniens de la partie inférieure du cerveau chez un patient présentant une dysarthrie).
   - Examen du cou.
   - Examen otorhinolaryngologue (ORL) si le patient rapporte des plaintes concomitantes.
   - Examen de l'ATM si le patient rapporte des plaintes concomitantes à la mâchoire.
   - Palpation des artères temporales si une artérite temporale est soupçonnée.

5. L'imagerie par résonance magnétique (IRM, si disponible) est plus sensible pour la détection des lésions de la fosse cérébrale postérieure ou de l'hypophyse et pour les néoplasmes, bien que la tomodensitométrie (TDM) soit parfois utilisée pour écarter une lésion expansive lorsque l'IRM ne peut

Tableau 1. Composantes de l'anamnèse des céphalées[3]

Facteur	Description
Durée	• Mode d'installation de la céphalée : en coup de tonnerre, précédée d'un traumatisme crânien ou cervical, d'une grossesse ou d'infections. • Crises précédentes : évolution des symptômes. • Durée des crises : limitée ou continue. • Nombre de jours par mois avec céphalées. Pensez à poser la question suivante : « Pendant combien de jours n'avez-vous aucune céphalée? ».
Caractéristiques de la douleur	• Localisation : p. ex., homolatérale, bilatérale, toute douleur au cou associée. • Intensité et type. • Symptômes associés aux céphalées : p. ex., nausées, vomissements, photophobie, phonophobie, injection conjonctivale, rhinorrhée, ptose palpébrale.
Cause	• Lien entre les crises de céphalées et les facteurs déclenchants : p. ex., stress, posture, toux, activité physique, effort intense, mouvement du cou, douleur à la mâchoire, substances ou sevrage de substances, surmédication. • Lien avec les menstruations, le cas échéant. • Autres symptômes généraux tels que la fièvre, la perte de poids, l'éruption cutanée, la claudication de la mâchoire. • Changements visuels, plaintes neurologiques ou musculosquelettiques (pseudo-polyarthrite rhyzomélique). • Antécédents familiaux (migraine, glaucome).
Répercussions	• Intensité des céphalées et effet sur le fonctionnement.

Tableau 2. Signes d'alarme indiquant la nécessité d'un examen ou d'une prise en charge plus urgents[4,6,7]

Symptômes/observations	Cause(s) possible(s)
Migraine, diplopie, perte de la vision périphérique, déficits neurologiques focaux, crises d'épilepsie, facteurs de risque de thrombose, œdème papillaire. Peut être d'apparition soudaine.	Thrombose du sinus veineux cérébral.
Fièvre, altération de l'état mental, convulsions, déficits neurologiques focaux, antécédents de voyage, piqûres d'insectes, méningisme (méningite).	Encéphalite, méningite.
Augmentation soudaine et grave de la tension artérielle, douleur diffuse, pulsatile, aggravée par l'activité physique.	Céphalée hypertensive.
Vomissements d'apparition soudaine, déficits neurologiques focaux, altération de l'état mental.	Hémorragie intracérébrale
Céphalée en coup de tonnerre, vomissements, syncope, obnubilation mentale, méningisme. Première apparition d'une céphalée d'effort.	Hémorragie sous-arachnoïdienne.
Somnolence, altération de l'état mental, hémiparésie, perte des pulsations des veines rétiniennes, œdème papillaire, antécédents de traumatisme.	Hématome sous-dural.
Épisodes récurrents de douleur intense, transfixiante ou pongitive de courte durée, d'un côté du bas du visage.	Névralgie du trijumeau.
Céphalée diffuse, étourdissements, nausées/vomissements, faiblesse et confusion dans le contexte d'une exposition au monoxyde de carbone.	Intoxication au monoxyde de carbone.
Halos unilatéraux, frontaux ou orbitaires, apparaissant autour des sources de lumière, baisse de l'acuité visuelle, injection conjonctivale, vomissements.	Glaucome aigu à angle fermé.
Crises convulsives, vomissements, précipités par une manœuvre de Valsalva, altération de l'état mental (éventuelle), œdème papillaire, déficits neurologiques focaux, aggravés au réveil ou qui réveillent le patient de son sommeil.	Tumeur ou masse.
Céphalées temporales d'apparition récente après l'âge de 50 ans, sensibilité au cuir chevelu, claudication de la mâchoire, changements visuels, antécédents de pseudo-polyarthrite rhyzomélique.	Artérite temporale (Renseignements généraux, point 21).

être effectuée.

a) Ajouter un agent de contraste (pour la TDM et l'IRM) en cas d'anomalie dans les résultats de l'examen neurologique, d'antécédents de cancer, d'infection par le VIH ou d'immunodépression, ou si les céphalées se déclenchent à l'effort ou sont aggravées par une manœuvre de Valsalva.
b) L'angiographie par TDM (de la crosse de l'aorte jusqu'au vertex) est l'examen le mieux adapté en cas de céphalées en coup de tonnerre pour écarter une hémorragie sous-arachnoïdienne, une dissection artérielle, une thrombose veineuse et d'autres causes possibles des céphalées en coup de tonnerre[8-10].

6. Un journal des céphalées est un outil précieux qui permet d'éliminer les erreurs de mémoire et de déterminer la fréquence, la gravité, les caractéristiques et les déclencheurs des céphalées (Renseignements généraux, point 23). Différents types de journaux des céphalées sont accessibles en ligne (tableau 3)[3].
   a) La tenue d'un calendrier des céphalées peut également être utile pour compléter le journal des céphalées. Alors que le journal des céphalées permet de noter les caractéristiques descriptives des maux de tête, un calendrier permet de consigner la date des épisodes et les événements connexes (p. ex., les menstruations, la prise de médicaments)[3].
   b) Les applications mobiles peuvent être plus utiles aux patients qui veulent consigner, surveiller et analyser leurs migraines. Il existe deux applications gratuites : le « Canadian Migraine Tracker » (mis au point par la Canadian Headache Society) et le « Migraine Buddy » (recommandé par le site Healthline aux États-Unis). Reportez-vous au tableau 3.

Céphalées primaires

7. Le diagnostic de céphalées primaires (annexe 1) peut être établi à partir des renseignements recueillis pendant l'anamnèse et les examens physiques (y compris neurologiques). Les examens de neuro-imagerie (p. ex., TDM ou IRM du cerveau), les radiographies des sinus et de la colonne cervicale, de même que les électroencéphalogrammes, ne sont pas recommandés pour les évaluations systématiques des céphalées[1].

Tableau 3. Journaux et applications de suivi des céphalées offerts en ligne

Migraine Canada https://migrainecanada.org/diaries/	
	Institute of Health Economics https://www.ihe.ca/advanced-search/ambassador-headache-diary
Migraine Buddy https://migrainebuddy.com/fr/ Également téléchargeables à partir de la boutique d'applications d'Apple et de Google Play.	

Migraine

8. La migraine est le type de céphalée le plus fréquent chez les patients qui consultent un médecin à cause de maux de tête[1]. Une étude rétrospective de 2019 (n = 2 829 sujets âgés de 18 ans ou plus) a permis de constater que des antécédents familiaux de migraine plus marqués (c'est-à-dire que l'un des parents ou les deux avaient reçu un diagnostic de migraine) sont associés à une apparition du problème à un plus jeune âge (p < 0,001), à une fréquence et à un nombre de jours d'utilisation de médicaments plus élevés (p = 0,006) et à la présence d'un sous-type de migraine avec aura (p = 0,03)[11].

9. L'acronyme anglais POUND est un outil de diagnostic de la migraine fondé sur des données probantes :
   - **P**ulsatile (nature pulsatile des céphalées).
   - **O**ne (1) : durée d'une journée (entre 4 et 72 heures en l'absence de traitement ou en cas d'échec du traitement).
   - **U**nilateral (siège unilatéral).
   - **N**ausées ou vomissements.
   - **D**isabling (intensité incapacitante).

   En soins primaires, la probabilité de migraine est de 92 % si un patient présente au moins quatre des critères ci-dessus. Cette probabilité tombe à 64 % en présence de 3 critères[12]. Le tableau 4 présente d'autres critères diagnostiques de la migraine avec aura.

10. L'outil de dépistage de la migraine « ID Migraine » (annexe 1) est un questionnaire plus simple à trois questions portant sur la présence de nausées, de photophobie et d'au moins une céphalée incapacitante au cours des trois derniers mois[13].
    a) Cet outil de dépistage a d'abord été validé dans le cadre d'une étude sur les soins primaires (n = 451 adultes) comparativement au critère de référence qu'est l'évaluation neurologique. Les patients ont été recrutés s'ils avaient eu au moins deux céphalées au cours des trois derniers mois, dont au moins une limitait le fonctionnement. Si deux de ces trois caractéristiques (nausées, photophobie, au moins une céphalée invalidante au cours des trois derniers mois) étaient présentes, la sensibilité de l'outil était de 0,81 (IC à 95 % : 0,77-0,85) et sa spécificité de 0,75 (IC à 95 % : 0,64-0,84). Parmi cette population de patients en soins primaires relativement sélectionnée (329 personnes ont fini par recevoir un diagnostic de migraine), l'outil de dépistage en trois questions a montré une valeur prédictive positive de 93,3 (IC à 95 % : 89,9-95,8) et une bonne fiabilité de test-retest[13].
    b) Une revue systématique/méta-analyse subséquente (13 études, n = 5 866) a donné des résultats similaires : sensibilité groupée de 0,84 (IC à 95 % : 0,75-0,90) et spécificité groupée de 0,76 (IC à 95 % : 0,69-0,83)[14].

11. L'aura visuelle est le symptôme le plus fréquent, se manifestant chez plus de 90 % des patients par une distorsion en zigzag avec des scintillations (symptômes positifs) ou un scotome qui s'élargit progressivement. Viennent ensuite les symptômes sensoriels tels que les picotements (symptômes positifs) ou l'engourdissement. Les symptômes relatifs à l'aura peuvent être multiples et se succéder. Les symptômes moteurs peuvent durer jusqu'à 72 heures[4].

Tableau 4. Critères diagnostiques de la migraine avec aura[4]

Symptômes visuels, sensoriels ou au système nerveux, homolatéraux, récurrents et entièrement réversibles, d'une durée de 5 à 60 minutes, suivis de symptômes migraineux (Renseignements généraux, point 9) et :
Symptômes d'aura touchant au moins un des aspects suivants : • Visuel. • Sensoriel. • Parole ou langage. • Moteur. • Tronc cérébral. • Rétine.
Autres caractéristiques d'aura touchant au moins 3 des aspects suivants : • Au moins 1 symptôme d'aura qui se propage progressivement sur ≥ 5 minutes. • Au moins 2 symptômes d'aura apparaissant de manière successive. • Au moins 1 symptôme d'aura est homolatéral. • Au moins 1 symptôme d'aura est positif.

Remarque : Certains patients présentent exclusivement une aura sans céphalées. Dans ces cas, en particulier chez les personnes de plus de 40 ans présentant des symptômes négatifs (c'est-à-dire une hémianopsie, une perte sensorielle ou motrice), une pathologie du système nerveux central doit être écartée[4].

12. Le diagnostic de migraine menstruelle peut être établi lorsque, dans au moins deux cycles sur trois, les crises de migraine (avec ou sans aura) surviennent entre deux jours avant et trois jours après le début des menstruations. On estime que ce trouble touche environ 60 % des femmes atteintes de migraine[4], et on suppose qu'il est lié à une baisse du taux d'œstrogène juste avant les menstruations, bien que les mécanismes précis ne soient pas bien connus. La migraine menstruelle peut être plus intense, plus longue ou plus réfractaire au traitement que les migraines qui surviennent à d'autres périodes du mois[15-17].

13. La migraine chronique est définie comme une céphalée survenant 15 jours ou plus par mois pendant plus de 3 mois lorsque plus de la moitié des épisodes sont associés à des caractéristiques migraineuses[4]. Elle est souvent compliquée par :
    - une dépression ou de l'anxiété;
    - des douleurs lombaires ou cervicales;
    - une surmédication (Renseignements généraux, points 18-20)[3,18].

14. Il est souvent difficile de distinguer la migraine chronique de la céphalée de tension.
    a) Les symptômes de la migraine tels que les nausées ou la photophobie/phonophobie peuvent être moins évidents lorsque la céphalée devient chronique.
    b) En outre, les personnes migraineuses qui pratiquent la surmédication constatent souvent une atténuation des symptômes caractéristiques de la migraine et reçoivent à tort un diagnostic de céphalée de tension[19].

15. Les algies vasculaires de la face se distinguent plus facilement de la migraine car elles se caractérisent par une douleur intense, localisée et de courte durée (de 15 minutes à 3 heures). Elles tendent à être périorbitaires et s'accompagnent d'un ou de tous les symptômes typiques suivants : agitation, œil rouge larmoyant homolatéral, myosis et ptose, congestion nasale ou rhinorrhée. Elles suivent un rythme circadien (p. ex., une crise à 15 heures puis une autre à 2 heures du matin) et saisonnier (p. ex., à l'automne ou au printemps). Les algies vasculaires de la face sont plus fréquentes chez les hommes[3].

Migraine réfractaire

16. Bien que les traitements de la migraine aient connu des progrès considérables au cours de la dernière décennie, certains patients continuent d'avoir des migraines malgré l'instauration d'un traitement optimal. On considère que ces patients souffrent de migraine réfractaire. Le terme migraine réfractaire est employé pour décrire « une céphalée persistante difficile à traiter ou qui ne répond pas à un traitement de référence ou énergique ». Le terme désigne à la fois la migraine aiguë et la migraine chronique qui ne répondent pas au traitement[20].

17. Il n'existe pas de définition universellement acceptée de la migraine réfractaire, mais d'après une conférence consensuelle organisée en 2020, l'European Headache Federation (EHF) décrit la migraine réfractaire de la façon suivante (tous les critères doivent être remplis) :
    - Diagnostic de migraine avec ou sans aura, ou de migraine chronique.
    - Céphalée incapacitante* durant au moins 8 jours par mois pendant au moins 6 mois.
    - Échec des traitements prophylactiques de la

migraine à raison de la dose et de la durée adéquates, ou contre-indication de ces traitements (annexe 3)[21].

* L'European Headache Federation définit les céphalées incapacitantes comme des maux de tête qui entravent lourdement les activités quotidiennes malgré la prise d'analgésiques dès le début de la crise et l'inefficacité d'au moins deux triptans différents[22].

Céphalées secondaires

Céphalées dues à une surmédication

18. La prise fréquente et régulière de médicaments pour traiter les épisodes de céphalées aiguës peut accroître la fréquence des céphalées au point d'entraîner des céphalées chroniques. C'est ce que l'on appelle les céphalées dues à une surmédication[23].
    a) Chez la plupart des patients (80 %) souffrant de céphalées dues à une surmédication, la migraine en est le trouble primaire sous-jacent[24].
    b) Cette affection est le plus souvent attribuable à la prise de triptans, d'opioïdes, d'analgésiques simples et d'analgésiques combinés. Les opioïdes doivent être évités dans le cadre de la prise en charge des migraines[23].
    c) Parmi les facteurs de risque de céphalées dues à une surmédication, citons d'autres types de douleurs concomitantes, des symptômes migraineux plus sévères, la prise de sédatifs, l'utilisation croissante de médicaments ponctuels contre les céphalées, les affections psychiatriques concomitantes (en particulier l'anxiété et la dépression) et l'appartenance au sexe féminin[23].

19. Une céphalée due à une surmédication est soupçonnée si[1,3,4,25] :
    - les crises de céphalées sont récurrentes : elles surviennent au moins 15 jours par mois chez un patient présentant des céphalées sous-jacentes;
    - la surmédication est régulière depuis plus de 3 mois et concerne au moins un médicament pouvant être pris pour le traitement ponctuel ou symptomatique des céphalées;
    - des médicaments sur ordonnance sont utilisés pendant au moins 10 jours par mois, ou de l'acétaminophène ou un AINS est pris pendant au moins 15 jours par mois.

    Remarque : Une céphalée due à une surmédication plus grave résulte de la surutilisation des triptans et des opiacés comparativement aux AINS et aux analgésiques simples[3,26].

20. Les affections suivantes doivent être recherchées lorsqu'une céphalée due à une surmédication est soupçonnée :
    - Affections psychiatriques concomitantes : dépression et anxiété.
    - Dépendance psychologique et physique à des médicaments.
    - Utilisation de stratégies d'adaptation inadaptées[1].

Artérite temporale

Encadré 1. Portée

Il n'entre pas dans la portée de ce module de décrire en détail l'évaluation de l'artérite temporale. Pour une discussion plus détaillée sur le sujet, reportez-vous au module du Programme d'apprentissage basé sur la pratique (PABP) intitulé « Pseudo-polyarthrite rhyzomélique » (novembre 2016) accessible au https://members.fmpe.org/.

21. L'artérite temporale doit être soupçonnée chez les patients de plus de 50 ans présentant des céphalées d'apparition récente (deux tiers des patients) et d'autres symptômes d'artérite temporale : perte visuelle unilatérale (environ 20 % des patients au début de l'épisode), sensibilité au cuir chevelu, claudication de la mâchoire et symptômes généraux tels que fatigue, sueurs nocturnes et perte de poids[5,27,28].
    a) L'anamnèse peut révéler un âge avancé, une pseudo-polyarthrite rhyzomélique et l'appartenance au sexe féminin[29].
    b) Les résultats de l'examen physique peuvent inclure une sensibilité le long de l'os temporal ou au cuir chevelu, une atténuation/perte du pouls de l'artère temporale ou un épaississement de l'artère à la palpation, un œdème papillaire et une diminution de la force des muscles proximaux (en cas de pseudo-polyarthrite rhyzomélique)[29].

PRISE EN CHARGE

22. L'incapacité liée à la céphalée doit être évaluée et quantifiée de manière à pouvoir prendre des décisions éclairées concernant la prise en charge de la douleur. L'outil MIDAS destiné à l'évaluation de l'incapacité liée à la migraine est un questionnaire validé à sept questions, à remplir par le patient[13,30]. Il permet de mesurer l'incidence des migraines sur la vie d'un patient (notamment le niveau de douleur et d'incapacité) et de déterminer le traitement optimal. Le questionnaire HURT (Headache Under-Response to Treatment), un outil à huit questions à remplir par le patient, est conçu en vue d'évaluer et d'améliorer les résultats[31]. Le tableau 5 indique comment consulter ces outils.

Traitements non pharmacologiques

23. Les déclencheurs courants des céphalées primaires

sont la déshydratation, le fait de sauter des repas ou de les prendre sans régularité, les troubles du sommeil (sommeil irrégulier ou trop court), le stress, le manque d'activité physique, les changements météorologiques, les changements hormonaux et les déclencheurs alimentaires[5,32-38]. Recommandez aux patients d'essayer de modifier les comportements ou autres facteurs déclencheurs connus susceptibles d'aggraver leurs céphalées[5]. La tenue d'un journal des céphalées peut faciliter la reconnaissance de ces facteurs (tableau 3).

a) L'acronyme anglais SEEDS (sleep, exercise, eating, headache diary, stress) ou français JAASS (journal des céphalées, alimentation, activité physique, stress, sommeil) est un bon moyen d'orienter les conseils relatifs aux déclencheurs et aux comportements[39].
b) Le tableau 6 présente les données probantes à l'appui de certains traitements non pharmacologiques.

Traitement pharmacologique

Migraine

*Traitement ponctuel/interruptif (*annexe 2*)*

24. Les patients prennent souvent de l'acétaminophène ou des AINS en première intention contre les céphalées. Si les AINS sont inefficaces, des médicaments tels que les triptans, les dérivés de l'ergot ou les antiémétiques peuvent être essayés[1].

25. Tous les triptans sont appuyés par des données probantes solides montrant leur efficacité; le sumatriptan est celui qui a été le plus étudié. Peu d'études de comparaison directe ont été effectuées[12]. D'après les résultats d'une revue systématique/méta-analyse effectuée en 2015 (133 études comparatives randomisées) sur sept triptans (almotriptan, élétriptan, frovatriptan, naratriptan, rizatriptan, sumatriptan et zolmitriptan) :
    - Les triptans à raison d'une dose habituelle ont été plus efficaces quant au soulagement des migraines (soulagement de la douleur en 2 heures chez 42 à 76 % des patients) comparativement aux dérivés de l'ergot (38 %), aux AINS (y compris l'AAS) et à l'acétaminophène (46 à 52 %)[47]. Les triptans ont procuré un soulagement complet de la douleur en 2 heures chez 18 à 50 % des patients[46].
    - Les triptans à raison d'une dose habituelle, en monothérapie, ont été légèrement moins efficaces que les traitements d'association (triptan associé à un AINS ou à l'acétaminophène)[47].

    Chez les personnes souffrant de douleurs modérées à sévères, les NNT globaux pour l'absence de douleur à 2 heures se situent entre environ 8 et 10 pour les AAS/AINS, ils sont de 12 pour l'acétaminophène et d'environ 5 à 6 pour les triptans par voie orale lorsqu'ils sont pris aux doses recommandées (annexe 3)[48].

26. Les triptans sont équivalents quant à leur efficacité et à leur innocuité et partagent un mode d'action commun, mais ils diffèrent quant à leurs voies d'administration, à leur coût et à leur pharmacocinétique[12]. Le choix d'un agent dépend de facteurs propres à chaque patient comme le coût et la commodité (tableau 7).

27. Il est important d'informer les patients sur l'utilisation des triptans.
    a) Les triptans doivent être utilisés moins de 10 fois par mois pour prévenir les céphalées dues à une surmédication[26,49]. Les patients doivent être surveillés pour que ce type de céphalée soit détecté (Renseignements généraux, points 18-20).
    b) Si un patient doit généralement reprendre une dose

Tableau 5. Prise en charge des céphalées : Outils cliniques

MIDAS https://headaches.org/wp-content/uploads/2018/02/MIDAS.pdf	
	Questionnaire HURT https://link.springer.com/article/10.1007/s11916-012-0263-1/figures/1

Tableau 6. Options non pharmacologiques

Options	Indications/données probantes
Acupuncture	D'après une revue Cochrane effectuée en 2017, l'acupuncture a réduit d'au moins 50 % la fréquence des migraines épisodiques comparativement aux soins habituels : nombre nécessaire à traiter (NNT) de 4 [preuves de qualité modérée][41].
Thérapies basées sur la pleine conscience	Une méta-analyse de 2018 (10 études comparatives randomisées, 1 essai clinique comparatif, n = 315) a révélé que la méditation de pleine conscience avait pour effet de réduire l'intensité de la douleur ainsi que la fréquence des migraines et des céphalées de tension comparativement aux groupes témoins. Toutefois, les auteurs ont conclu que des échantillons de plus grande taille et des études mieux conçues sont nécessaires pour établir de manière probante le rôle de la méditation de pleine conscience dans le traitement des céphalées[42].
Activité physique	D'après les résultats d'une revue cartographique générale (18 revues systématiques, 95 études originales, n=9 188)[43] : • L'exercice aérobique a eu un effet clinique faible à modéré sur l'intensité de la douleur et la prise de médicaments chez les patients souffrant de migraine [preuves de qualité faible à très faible]. • L'entraînement en force musculaire a eu un effet clinique modéré sur les céphalées de tension [preuves de qualité très faible].
Hydratation	S'il n'a pas été montré que l'hydratation seule atténue la douleur, la déshydratation peut quant à elle aggraver les céphalées primaires ou secondaires[45], et la réhydratation est essentielle en cas de nausées et de vomissements liés à une céphalée[29].
Neuromodulation et thérapies bio-comportementales	L'efficacité de la stimulation magnétique transcrânienne et sus-orbitaire dans le traitement ponctuel ou préventif n'est étayée que par des données probantes très limitées (petites études en mode ouvert). De même, les données probantes en faveur des méthodes de rétroaction biologique, de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et de la thérapie de relaxation sont limitées[46]. Il est préférable de réserver ces options aux patients qui refusent le traitement, ou à ceux qui sont intolérants ou ne réagissent pas à un traitement reposant sur de meilleures données probantes.

de médicament en l'espace de 24 heures, il est plus efficace de prendre la dose maximale une fois que de prendre une dose inférieure deux fois[26,49].

c) Les résultats optimaux sont obtenus lorsque les triptans sont pris au début d'une crise[26,49].

d) En ce qui concerne la migraine avec aura, les meilleurs résultats sont observés lorsque le triptan est pris aux premiers stades de la douleur plutôt qu'à l'apparition de l'aura, même si le recours à un triptan en cas d'aura classique semble sans danger[12].

28. La réponse (ou l'absence de réponse) à un triptan n'est pas prédictive de la réponse à un autre agent de cette classe. Si le patient ne répond pas à un triptan donné, essayer une dose plus élevée, un autre triptan ou une autre préparation[26,49].

29. Pour la migraine aiguë, un traitement d'association peut être envisagé[26,49]. Une mise à jour de 2016[50] d'une revue Cochrane (13 études comparatives randomisées, n ≈ 9 300)[51] a montré que l'association du sumatriptan au naproxène était supérieure au placebo et à la monothérapie par l'un de ces agents. Comparativement au placebo, les résultats du principal paramètre d'évaluation incluant l'absence de douleur et le soulagement des céphalées à 2 heures ont fait état d'un NNT d'environ 3 lorsque la douleur initiale était légère, et d'un NNT d'environ 5 lorsque la douleur initiale était modérée ou sévère [preuves de qualité élevée].

a) Trois études (n = 3 869) ont permis de comparer le traitement d'association (sumatriptan et naproxène) et la monothérapie pour la douleur modérée à sévère. Le traitement d'association s'est avéré significativement supérieur à la monothérapie pour le soulagement des céphalées à 2 heures :
   - Bienfait relatif de l'association par rapport au sumatriptan en monothérapie : NNT d'environ 10.
   - Bienfait relatif de l'association par rapport au naproxène en monothérapie : NNT de 5,5 [preuves de qualité modérée].

b) Le traitement d'association peut inclure un triptan (pendant 9 jours/mois au maximum) avec un AINS (pendant 14 jours/mois au maximum) ou un antiémétique[49].

c) D'après une méta-analyse (8 études comparatives randomisées, n = 905), l'association d'un stéroïde tel que la dexaméthasone (à une dose comprise entre 10 et 24 mg par voie intraveineuse ou intramusculaire) et d'un traitement interruptif standard de la migraine réduit de 30 % le risque

Tableau 7. Triptans : méthode de sélection[17]

Facteurs/besoins du patient	Options
Soulagement le plus rapide	10-15 minutes pour toute préparation administrée par voie s.c. ou nasale.
Meilleure efficacité à 2 heures	Probablement le sumatriptan par voie s.c. : le pourcentage le plus élevé de la dose quotidienne maximale pour la première dose (NNT de 2 à 2 heures comparativement à 3 avec le sumatriptan par voie orale/nasale). Efficacité la plus faible à 2 heures : naratriptan ou frovatriptan en raison d'un délai d'action plus long.
La meilleure tolérabilité	Naratriptan ou frovatriptan : long délai d'action et pourcentage le plus faible de la dose quotidienne maximale car la première dose entraîne moins d'effets indésirables, mais il se peut également que l'efficacité de la première dose soit moindre.
Vomissements	Toute préparation par voie s.c., nasale ou rectale (suppositoires), ou ajout d'un antiémétique (p. ex., métoclopramide).
Crises de longue durée/ migraine menstruelle	Naratriptan ou frovatriptan (longue demi-vie).
Confidentialité	Tout comprimé à dissolution orale car il peut être pris sans eau.
Coût	Coût inférieur des préparations orales d'almotriptan, de sumatriptan, de zolmitriptan, de rizatriptan. Coût supérieur des préparations s.c. et nasales.

s.-c. : sous-cutanée

de récidive de la migraine dans les 72 premières heures. Les études au cours desquelles une dose ≥ 15 mg a été utilisée ont montré un effet plus marqué du traitement. Deux des études (n = 78) ont été menées auprès de patients traités par des stéroïdes par voie orale (intervalle allant de 8 mg de dexaméthasone une fois à 40 mg de prednisone pendant 2 jours), ce qui a permis de comparer des sous-groupes et des sujets ayant reçu un traitement par voie parentérale. Pour ce qui était des résultats du principal paramètre d'évaluation incluant le soulagement des migraines modérées ou sévères, aucune différence significative n'a été notée entre l'administration orale et l'administration parentérale de stéroïdes[52].

30. Si la migraine aiguë ne répond pas au traitement de référence, envisager d'orienter le patient vers un établissement de soins actifs où il pourra recevoir des médicaments par voie intraveineuse ou intramusculaire (l'annexe 2 présente les options thérapeutiques)[53,54].

*Traitement prophylactique (*annexe 3*)*

31. Le traitement prophylactique des migraines est à envisager si le patient présente l'une des caractéristiques suivantes :
    - Il subit 6 jours de céphalées par mois ou 3 jours de céphalées par mois et ses médicaments sont inefficaces.
    - Il présente un risque de céphalées dues à une surmédication.
    - Ses migraines sont suffisamment graves pour diminuer sa qualité de vie.
    - Ses crises migraineuses ne répondent pas adéquatement au traitement ponctuel/interruptif.
    - Il présente des contre-indications au traitement ponctuel/interruptif.
    - Il subit des crises récurrentes avec aura prolongée[1,49].

32. Parmi les éléments à prendre en compte avant de prescrire des traitements prophylactiques, notons :
    - Expliquer au patient qu'il doit prendre son traitement quotidiennement, en respectant la fréquence et la posologie prescrites.
    - S'assurer que les attentes du patient sont réalistes :
        - Il est probable que les céphalées ne disparaîtront pas.
        - La réussite du traitement signifie une réduction de la fréquence des céphalées de 50 %.
        - Un bienfait considérable ne sera observé que 4 à 12 semaines après l'instauration du traitement.
    - Évaluer l'efficacité du traitement à l'aide d'un journal des céphalées (Renseignements généraux, point 6; tableau 3).
    - Selon le médicament utilisé, commencer par une faible dose et l'augmenter progressivement pour réduire au minimum les effets secondaires. Augmenter la dose jusqu'à ce que :
        - le médicament soit efficace;
        - des effets secondaires limitant la dose apparaissent;

- la dose cible soit atteinte.
- S'assurer que le traitement est suivi pendant une période d'essai suffisante (au moins 12 semaines)[1].

33. Bien que les données probantes à ce sujet soient moins solides, le magnésium, la riboflavine ou la coenzyme Q10 peuvent être des options acceptables à envisager pour la prophylaxie initiale compte tenu de leur innocuité relative, de leur coût moindre et de leur profil d'effets secondaires.
    a) Une revue systématique de 2017 (5 études comparatives randomisées, n = 253 sujets âgés de 18 à 65 ans) a montré une réduction statistiquement significative du nombre de migraines (de 22 à 43 %) avec le magnésium oral par rapport au placebo [preuves de faible qualité][55].
    b) Une méta-analyse de 2021 sur la coenzyme Q10 (6 études comparatives randomisées, n = 371) a montré une réduction de la fréquence et de la durée des crises de céphalées comparativement au placebo : réduction moyenne de –1,52 épisode par mois (IC à 95 % : –2,40 à –0,65) et réduction moyenne de –0,19 heure de la durée d'une céphalée pendant une crise par mois (IC à 95 % : –0,27 à –0,11), respectivement. Au cours des études, les doses étaient comprises entre 100 et 800 mg; la dose de 400 mg était la plus utilisée[56].
    c) Une revue systématique de 2017 sur la riboflavine en monothérapie (5 petites études menées chez des adultes, n = 23-100, dont une seule était contrôlée par placebo et à double insu) a fait état d'une réduction du nombre de migraines mensuelles et de la gravité des céphalées [preuves de faible qualité][57].

34. Les injections de toxine onabotulique A (Botox) peuvent être bénéfiques pour la prévention de la migraine chronique chez les patients présentant plus de 15 jours de migraine par mois. Le délai précédant l'apparition d'un bienfait thérapeutique est généralement de 6 à 9 mois, et le taux de réussite est d'environ 50 %. Le « Botox » n'est pas recommandé pour la prophylaxie des migraines épisodiques ou des céphalées de tension[2,3,17,58,59].

35. La migraine menstruelle peut répondre à un triptan à longue durée d'action (p. ex., naratriptan ou frovatriptan 2 f.p.j.) dans le cadre d'un traitement entamé 2 jours avant le début des menstruations, d'une durée totale de 7 jours [preuves de très faible qualité][15,16].
    - Chez les femmes souffrant de migraines menstruelles sans aura, le recours à des contraceptifs oraux combinés (COC) monophasiques à faible dose (20 mcg d'éthinylœstradiol), suivant un calendrier prolongé (12 semaines de traitement et une semaine d'arrêt) ou continu (12 mois), permet de réduire la fréquence des migraines en limitant les fluctuations hormonales. Pour les femmes aux prises avec des migraines durant la période d'arrêt des COC, on peut envisager d'utiliser une très faible dose (10 mcg) de COC pendant cet intervalle afin de limiter au maximum la baisse des concentrations d'œstrogène [preuves de très faible qualité][15,16,60].

36. Une classe plus récente de médicaments injectables – les anticorps monoclonaux se fixant au peptide lié au gène de la calcitonine (CGRP) – s'est révélée efficace et tolérée dans la prophylaxie des migraines épisodiques et chroniques.
    a) Une étude systématique/méta-analyse menée en 2020, portant sur 11 études comparatives randomisées de qualité élevée (n = 4 402, nombre moyen de jours de migraine par mois compris entre 6 et 9 initialement), a fait état d'une réduction du nombre de jours de migraine par mois : différence moyenne pondérée de –1,44 (IC à 95 % : –1,68 à –1,19). Le suivi était de 12 à 24 semaines. Un nombre significativement plus élevé de participants aux études ont obtenu une réduction de 50 % du nombre mensuel de migraines : risque relatif (RR) de 1,51 (IC à 95 % : 1,37-1,66). La douleur au point d'injection a été le seul effet indésirable observé plus souvent dans le groupe traité par des anticorps monoclonaux se fixant au CGRP que dans le groupe placebo. Ces médicaments présentent l'avantage éventuel d'une seule injection mensuelle, mais ils sont significativement plus coûteux que les autres traitements (annexe 3)[61].
    b) Les traitements suivants sont recommandés par les lignes directrices de l'EHF de 2022 pour les patients intolérants à au moins deux traitements prophylactiques de référence ou chez lesquels ces traitements ont échoué :
        - Pour la prophylaxie des migraines épisodiques : érénumab, frémanézumab et galcanézumab [preuves de qualité élevée pour tous les agents et toutes les doses].
        - Pour la prophylaxie des migraines chroniques :
            - érénumab à 70 mg [preuves de qualité élevée] ou à 140 mg [preuves de qualité modérée];
            - frémanézumab à 225 mg [preuves de qualité modérée] ou à 675 mg [preuves de qualité élevée];
            - galcanézumab à 120 mg ou à 240 mg [preuves de qualité élevée][62].
    c) Aucune étude n'a comparé directement des anticorps monoclonaux se fixant au CGRP et

d'autres options prophylactiques. Toutefois, une revue systématique/méta-analyse indirecte visant à comparer des anticorps monoclonaux se fixant au CGRP et le topiramate laisse entrevoir une efficacité équivalente (NNT de 6 et 7, respectivement, quant à la réduction de 50 % de la fréquence des migraines), mais un risque inférieur d'effets secondaires des anticorps monoclonaux se fixant au CGRP (NNH de 130 et 12, respectivement)[63]. L'annexe 3 présente des renseignements plus détaillés sur la posologie.

Conseils en matière de contraception

37. L'utilisation des COC chez les femmes souffrant de migraine avec aura (quel que soit le type; voir le tableau 4) prête à controverse, mais la plupart des organismes – y compris la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) et l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) – recommandent que ces femmes évitent de prendre des COC à cause du risque accru d'accident vasculaire cérébral (AVC)[60,64,65]. Dans l'ensemble, les études réalisées sont de faible envergure et observationnelles (comportant un risque élevé de partialité), et n'ont pas permis de nuancer le risque en fonction de la dose d'œstrogène. Aucune étude n'a eu pour objet d'estimer le risque associé aux préparations à faible dose (10-30 mcg).
    a) Une revue systématique de 2018 a inclus 15 études : 11 étaient des études cas-témoins; une seule a spécifiquement évalué le risque d'AVC chez les personnes atteintes de migraine avec aura. Cette étude (n = 1 884 femmes ayant reçu un diagnostic d'AVC) a fait état d'un rapport de cotes (RC) de 6,1 (IC à 95 % : 3,1-12,1) chez les femmes souffrant de migraine avec aura comparativement à un RC de 1,77 (IC à 95 % : 1,09-2,88) chez les femmes atteintes de migraine sans aura. Toutes les participantes avaient pris des COC dans les 90 jours précédant le diagnostic de l'AVC[66].
    b) Dans une déclaration consensuelle, l'EHF et l'European Society of Contraception and Reproductive Health (ESC) ont estimé que le risque absolu d'AVC lié aux COC était de 36,9/100 000 chez les femmes atteintes de migraine avec aura, de 25,4/100 000 chez les femmes atteintes de migraine sans aura et de 6,3/100 000 chez les femmes exemptes de migraine[67].

    Remarque : L'EHF/ESC, la SOGC et l'ACOG considèrent les COC contenant moins de 35 mcg d'éthinylœstradiol comme une option acceptable pour les femmes atteintes de migraine sans aura; toutefois, ce traitement doit faire l'objet d'un suivi pour vérifier l'aggravation des céphalées ou l'apparition d'auras, ce qui exigerait l'arrêt des COC.

38. Les dispositifs intra-utérins (DIU), y compris ceux à libération de lévonorgestrel, les contraceptifs oraux à base de progestérone seulement et les contraceptifs injectables sont des méthodes contraceptives sûres et acceptables pour les femmes atteintes de migraine avec ou sans aura[68,69].

Migraine réfractaire

39. Plusieurs raisons peuvent expliquer l'échec des traitements classiques de la migraine. Il est nécessaire de passer en revue de manière systématique les facteurs associés à la migraine réfractaire, et notamment[20] :
    a) de remettre en question le diagnostic : une céphalée primaire peut faire l'objet d'un diagnostic erroné; le diagnostic d'une céphalée secondaire peut passer inaperçu, ou on peut avoir affaire à plus d'un type de céphalée[20];
    b) de réévaluer la présence d'une céphalée due à une surmédication (Renseignements généraux, points 18-20);
    c) de passer en revue les facteurs aggravants et les troubles concomitants qui ont pu être ignorés : par exemple, les déclencheurs alimentaires ou comportementaux, l'utilisation d'autres médicaments pouvant provoquer des maux de tête (p. ex., les nitrates), les troubles psychiatriques concomitants et les troubles du sommeil (p. ex., l'apnée du sommeil, l'insomnie)[5,20];
    d) d'insister sur l'importance des facteurs comportementaux. « Plutôt que de dresser une longue liste de choses à éviter, il faut inciter les patients à adopter de bonnes habitudes[20] »;
    e) d'optimiser le traitement ponctuel/interruptif (annexe 2) et le traitement préventif (annexe 3). Envisager des anticorps monoclonaux se fixant au CGRP s'ils sont couverts par le régime d'assurance-médicaments du patient (Renseignements généraux, point 36). Il est particulièrement important de faire le point sur le traitement préventif des migraines réfractaires, car les patients signalent souvent que les traitements préventifs échouent à de multiples reprises alors qu'en réalité, les médicaments en question n'ont pas été utilisés de manière adéquate. Aborder la question des effets secondaires (qui, pour la plupart, disparaissent d'eux-mêmes avec le temps) et des attentes réalistes en matière de réussite du traitement[20];
    f) d'envisager des thérapies biocomportementales, p. ex. : thérapie cognitivo-comportementale (TCC), rétroaction biologique, thérapies de relaxation (tableau 6)[20];

Tableau 8. Prise en charge des céphalées dues à une surmédication[5,23,48,70]

Stratégie	Description
1re étape Informer le patient.	Discuter avec le patient de ce qui suit : • La surmédication aiguë peut accroître la fréquence des céphalées. • Lorsque la surconsommation de médicaments est arrêtée, les céphalées peuvent s'aggraver et des symptômes de sevrage peuvent apparaître. • La fréquence des céphalées à long terme diminue après l'arrêt de la surmédication chez la plupart des patients. • Les médicaments prophylactiques peuvent devenir plus efficaces. • L'information seule ne convient pas aux patients qui surutilisent des opioïdes ou des sédatifs (benzodiazépines), qui ont déjà présenté des rechutes de céphalées dues à une surmédication ou qui n'ont pas mis fin à la surmédication après avoir reçu de l'information [preuves de faible qualité].
2e étape Envisager des médicaments prophylactiques.	Envisager des *médicaments prophylactiques, à instaurer avant ou pendant le sevrage médicamenteux.* Au nombre des agents dont l'efficacité est étayée par les meilleures données probantes dans le traitement de la migraine chronique, notons : • La toxine onabotulique A [preuves de qualité modérée], administrée par des cliniciens familiarisés avec son utilisation dans le traitement des céphalées. • Les anticorps monoclonaux se fixant au CGRP [preuves de qualité modérée à élevée]. • Le topiramate [preuves de faible qualité]. Voir l'annexe 3 pour connaître la posologie.
3e étape Commencer le sevrage des médicaments surutilisés.	Les données probantes concernant la meilleure façon de procéder au sevrage des médicaments sont de qualité faible ou très faible. En vous reportant aux lignes directrices TOP (Towards Optimized Practice) et SIGN, vous pouvez envisager : • Le sevrage subit dans le cas des céphalées dues à une surmédication au moyen d'analgésiques simples ou de triptans, même si le sevrage progressif est envisageable. • Le sevrage progressif dans le cas des céphalées dues à une surmédication, au moyen d'opioïdes et d'analgésiques contenant des opioïdes. • Un sevrage en milieu hospitalier dans le cas des patients présentant des troubles concomitants particuliers, faisant une utilisation excessive d'opioïdes ou de médicaments multiples, ou ayant déjà tenté sans succès de se sevrer.
4e étape Traiter les symptômes de sevrage.	Plusieurs médicaments peuvent être utilisés pour traiter les symptômes de sevrage : • Antiémétiques – p. ex., métoclopramide (10 mg par voie i.m. ou orale, 3 fois par jour) ou l'équivalent : chlorpromazine, prochlorpérazine, dompéridone. • Analgésiques (maximum de 3 jours au cours de la première semaine) – p. ex., acétaminophène (1 000 mg par voie orale ou rectale), naproxène (500 mg par voie orale). Éviter de recourir à un médicament de secours faisant partie de la même classe que celui qui a fait l'objet d'une utilisation excessive.
5e étape Traiter les céphalées résiduelles.	Prendre le médicament contre les céphalées aux plus deux jours par semaine, et éviter d'utiliser la classe de médicaments ayant fait l'objet d'une utilisation excessive. Choisir le médicament en fonction des antécédents médicaux du patient, des caractéristiques de ses céphalées et des résultats obtenus avec les traitements antérieurs.
6e étape Soutenir le patient.	La majorité des rechutes surviennent au cours de la première année suivant le sevrage. Des études font état de taux de rechute de 0 à 41 % après 6 mois[23]. • Il est important d'effectuer un suivi régulier pour surveiller la prise de médicaments. • Un traitement continu par la toxine onabotulique A, une psychothérapie de courte durée et un entraînement axé sur la pleine conscience peuvent contribuer à prévenir les rechutes.

g) d'envisager la neuromodulation, non effractive ou effractive[20]. La stimulation électrique des nerfs périphériques (en particulier la stimulation du nerf occipital) a déjà été pratiquée, mais elle est étayée par des données probantes limitées (tableau 6)[5].

Remarque : Parmi les options susmentionnées, plusieurs supposent une consultation chez un spécialiste tel qu'un psychiatre, un spécialiste de la douleur ou un neurochirurgien[20].

40. Le traitement parentéral de premier choix d'une migraine réfractaire aiguë à l'urgence (ou dans un milieu de soins similaire) consiste à associer le

métoclopramide ou la prochlorpérazine (avec ou sans administration préalable de diphénhydramine) et le kétorolac. Si le patient n'a pas pris un autre triptan dans les 24 heures précédentes, le sumatriptan par voie sous-cutanée (6 mg) peut également être envisagé. Une hydratation adéquate et un environnement calme sont préconisés[5]. En cabinet, les autres médicaments pouvant être administrés par une autre voie que la voie orale (si le patient se plaint de symptômes gastro-intestinaux) sont le diclofénac, l'indométhacine ou le naproxène (offerts en suppositoire), ainsi que le zolmitriptan ou le sumatriptan (offerts en vaporisateur nasal)[54].

Céphalées dues à une surmédication

41. La plupart des patients atteints de céphalées dues à une surmédication voient leur état s'améliorer après l'arrêt du médicament surutilisé, le caractère épisodique des céphalées se maintenant pendant de longues périodes. Il existe toutefois très peu de résultats d'études à double insu contrôlées par placebo ou un remède fictif qui permettent de déterminer le traitement précis de ce trouble[23]. La prise en charge repose généralement sur une approche en plusieurs étapes qui comprend la sensibilisation du patient en matière de surmédication, le sevrage du médicament surutilisé, le traitement des symptômes de sevrage ou le traitement de secours, et l'instauration d'un traitement préventif (tableau 8)[5,25].

Artérite temporale

Encadré 2. Portée

Il n'entre pas dans la portée de ce module de décrire en détail la prise en charge de l'artérite temporale. Pour une discussion plus détaillée sur le sujet, reportez-vous au module du Programme d'apprentissage basé sur la pratique (PABP) intitulé « Pseudo-polyarthrite rhyzomélique » (novembre 2016).

42. Si une artérite temporale est soupçonnée, une évaluation urgente (dans un délai de quelques heures à quelques jours) exigerait le dosage de la protéine C-réactive et la mesure de la vitesse de sédimentation, ainsi qu'une biopsie ou un examen d'imagerie de l'artère temporale (si elle est indiquée). Cette démarche nécessitera probablement une consultation urgente et une corticothérapie à action générale (prednisone 50-60 mg) dans un court délai pour prévenir la cécité[5,29]. Il est important d'effectuer la biopsie dans les deux semaines suivant le début de la corticothérapie à cause des risques de résultats faussement négatifs.

POINTS CLÉS

- Les céphalées primaires courantes peuvent être diagnostiquées SANS avoir recours aux examens d'imagerie, en appliquant des critères diagnostiques et en écartant les signes d'alarme évoquant une céphalée secondaire.
- L'efficacité des triptans est appuyé par des données probantes solides dans le traitement de la migraine aiguë.
- Tous les patients aux prises avec des migraines ont avantage à ce que les facteurs déclencheurs soient reconnus et pris en charge. Il convient d'envisager un traitement médicamenteux prophylactique si la fréquence des migraines est supérieure à quatre ou six fois par mois, et si leur gravité et leur incidence sur la qualité de vie sont notables.
- Envisager la toxine onabotulique A ou des anticorps monoclonaux se fixant au CGRP chez les patients souffrant de migraines chroniques qui ne répondent pas au traitement prophylactique habituel.
- Pour prévenir les céphalées dues à une surmédication, conseiller aux patients de ne pas utiliser de traitement interruptif sur ordonnance pendant plus de 10 jours par mois ou de médicament en vente libre pendant plus de 15 jours par mois.
- La prise en charge des céphalées dues à une surmédication consiste à sensibiliser les patients, à arrêter les analgésiques, à envisager un traitement prophylactique pendant le sevrage et à limiter l'utilisation régulière d'analgésiques afin de prévenir les rechutes.

COMMENTAIRES DES HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1 : Sophie, âgée de 27 ans

Quels autres renseignements seraient utiles?

Pour aborder avec Sophie la question de ses céphalées, il faudrait d'abord bien cerner les caractéristiques habituelles de ses céphalées, évaluer tout changement par rapport à ces caractéristiques et écarter tout signe d'alarme qui pourrait évoquer une cause plus grave (Renseignements généraux, point 3; tableaux 1, 2; annexe 1). Il conviendrait de vous concentrer sur la chronologie des céphalées précédentes et actuelles (mode d'installation, type de crises, durée, nombre de journées par mois sans céphalées). Quelles sont les caractéristiques de la douleur qu'elle éprouve actuellement et en quoi diffèrent-elles des tableaux cliniques antérieurs? Qu'est-ce qui précipite ses céphalées actuelles et antérieures?

Quelques éléments clés à garder à l'esprit pendant la discussion :

- Un événement déclencheur tel qu'un traumatisme, une infection, la prise d'un nouveau médicament ou des facteurs comportementaux, aurait-il pu contribuer à ce changement?
- Y aurait-il d'autres causes possibles des céphalées comme des facteurs psychosociaux, des changements dans les habitudes de sommeil ou des facteurs environnementaux?
- Ressent-elle des symptômes neurologiques, et ceux-ci la réveillent-ils la nuit? (Reportez-vous au tableau 2 pour connaître les signes d'alarme en cas de réveil pendant la nuit).
- Les caractéristiques de ses céphalées (intensité, durée, symptômes associés) ont-elles changé avec le temps?
- Quelle est l'incidence de ces céphalées sur son fonctionnement, et dans quelle mesure la situation a-t-elle changé récemment?
- Comment prend-elle actuellement en charge ses céphalées, autrement dit, quels médicaments prend-elle, à quelle dose et à quelle fréquence – p. ex., utilise-t-elle plus d'ibuprofène plus fréquemment?
- A-t-elle des antécédents familiaux de migraine?

Un examen physique comprendrait la mesure de la tension artérielle et de l'indice de masse corporelle (IMC); un examen neurologique (nerfs crâniens, examen du fond de l'œil, fonction motrice/sensorielle, coordination/démarche); une évaluation de la tête et du cou; ainsi qu'un bref dépistage de la dépression et de l'anxiété (Renseignements généraux, point 4).

Deuxième partie

Quelle serait votre approche avec Sophie?

Les symptômes dont se plaint Sophie, à savoir les nausées et la photophobie, associés à au moins une migraine invalidante au cours du dernier mois, remplissent les critères de l'outil de dépistage de la migraine « ID Migraine » (Renseignements généraux, point 10; annexe 1) ainsi que quatre des critères POUND de la migraine (Renseignements généraux, point 9). Aucun signe d'alarme n'évoque la nécessité d'un examen d'imagerie (tableau 2; Renseignements généraux, point 5).

Vous pourriez aborder le sujet du suivi de ses céphalées et lui expliquer comment tenir un journal des céphalées ou télécharger une application telle que « Migraine Buddy » (Renseignements généraux, point 6; tableau 3). Vous pourriez lui indiquer comment éviter les facteurs déclencheurs des céphalées dont elle a connaissance (Renseignements généraux, point 23). Il serait également utile de passer en revue les stratégies comportementales pouvant être bénéfiques comme l'activité physique, la pleine conscience et l'hydratation (tableau 6).

Si Sophie décide d'opter pour un traitement pharmacologique, elle pourrait commencer un traitement ponctuel/interruptif tel qu'un triptan (Renseignements généraux, points 25-27; tableau 7; annexe 2). Vous pourriez évoquer les avantages du magnésium et, éventuellement, de la coenzyme Q10 et de la riboflavine à des fins prophylactiques compte tenu de leur innocuité et de leur tolérabilité relatives (Renseignements généraux, point 33, annexe 3).

Troisième partie – trois mois plus tard

Que répondriez-vous à Sophie?

Vous pourriez revenir sur le sujet que vous avez abordé précédemment avec Sophie, à savoir les changements comportementaux susceptibles de prévenir les céphalées (tableau 6) ainsi que sur l'utilisation du traitement ponctuel/interruptif recommandé (quelle dose utilise-t-elle et à quelle fréquence?). Vous pourriez également vérifier si elle a fait l'essai des traitements prophylactiques à base de vitamines dont vous lui aviez parlé (Renseignements généraux, point 33; annexe 3). Il serait important de déterminer les objectifs de Sophie en matière de prise en charge de la douleur liée aux céphalées et de savoir si elle dispose d'une assurance médicaments.

Sophie pourrait bénéficier de l'essai d'un bêtabloquant – par exemple, le propranolol à raison d'une posologie initiale de 20 mg par voie orale 2 f.p.j. ou le topiramate à raison d'une dose initiale de 25 mg. Vous pourriez discuter des effets secondaires possibles (annexe 3). La dose du médicament peut être augmentée au fil des semaines suivantes. Si Sophie présentait des symptômes de dépression ou si elle faisait de l'insomnie, elle pourrait aussi commencer à prendre de l'amitriptyline ou de la nortriptyline comme prophylaxie de première intention des migraines, avec la possibilité d'augmenter la dose de la manière prescrite (annexe 3).

Que recommanderiez-vous à Sophie si elle avait des questions sur les méthodes contraceptives?

Étant donné que Sophie ne présente pas de migraine avec aura et d'autres facteurs de risque d'AVC, vous pourriez lui proposer des COC, un DIU (y compris le DIU à base de lévonorgestrel) ou un contraceptif oral ou injectable à base de progestérone seulement, selon ses préférences. Si elle choisit un COC, vous pourriez lui prescrire une préparation à faible teneur en œstrogène. La migraine avec aura est généralement considérée comme une contre-indication à l'utilisation des COC, mais les avis sont partagés et les lignes directrices divergent sur ce point (Renseignements généraux, points 37-38).

Quelle serait votre démarche si Sophie présentait une migraine aiguë et sévère ne répondant pas à son traitement interruptif habituel?

Il serait important de vérifier que la céphalée de Sophie est de même nature que sa précédente migraine et qu'elle ne présente pas d'autres symptômes d'alarme. Si c'est le cas, vous pourriez lui suggérer de se présenter aux urgences ou dans une clinique de soins d'urgence pour recevoir un traitement (Renseignements généraux, point 40). Parmi les options de prise en charge de la migraine aiguë réfractaire en cabinet, citons les médicaments dont l'administration permet de contourner le tractus gastro-intestinal, comme les AINS en suppositoires et les triptans en vaporisateur nasal (Renseignements généraux, point 40; annexe 2).

Lorsque les céphalées aiguës de Sophie s'atténueront, il serait important de revoir son utilisation de médicaments prophylactiques pour s'assurer qu'elle les utilise de la manière prescrite. L'administration d'anticorps monoclonaux se fixant au CGRP serait à envisager si Sophie ne répond pas aux options prophylactiques habituelles et si ces agents sont couverts par son régime d'assurance (Renseignements généraux, point 36). Il serait important de penser à revoir le diagnostic dans le cas de migraines réfractaires et de vérifier si les céphalées sont dues à une surmédication (Renseignements généraux, point 39).

Cas numéro 2 : Nora, âgée de 45 ans

Quels autres renseignements seraient utiles?

En plus de l'historique complet des céphalées (moment de leur apparition, caractéristiques de la douleur, causes et incidence sur le fonctionnement), des médicaments déjà utilisés et de l'examen de santé mentale, il serait utile de s'enquérir de tout signe d'alarme évocateur de céphalées secondaires (tableaux 1, 2; annexe 1). Il conviendrait d'effectuer des examens minutieux des systèmes neurologique, moteur et sensoriel, ainsi qu'un examen de la tête et du cou (Renseignements généraux, point 4). Vous pourriez envisager d'envoyer Nora passer un examen d'imagerie compte tenu de ses antécédents de cancer du sein et de l'augmentation de la fréquence de ses céphalées. En raison de ses antécédents de cancer, il faudrait prévoir l'utilisation d'un produit de contraste dans l'ordonnance de la tomodensitométrie (TDM) ou de l'IRM (Renseignements généraux, point 5).

Deuxième partie

Quelle serait votre approche avec Nora?

L'augmentation de la fréquence des céphalées de Nora est due, du moins en partie, à une surmédication compte tenu de son utilisation d'analgésiques (Renseignements généraux, points 18-20). Il faudrait envisager de sensibiliser Nora aux céphalées dues à une surmédication, et discuter avec elle des moyens de les prévenir (Renseignements généraux, point 41). L'arrêt subit de ses triptans et de ses analgésiques simples serait indiqué. Il pourrait être utile de commencer un autre médicament prophylactique (p. ex., le topiramate) avant l'arrêt de ses médicaments (tableau 8). Vous pourriez informer Nora au sujet des méthodes d'autoprise en charge et des techniques non pharmacologiques (p. ex., l'activité physique, les thérapies axées sur la pleine conscience) pour la prise en charge des migraines et des céphalées dues au sevrage (tableau 6).

Cas numéro 3 : Brigitte, âgée de 53 ans

De quels autres renseignements auriez-vous besoin?

Il serait important de s'enquérir des principaux aspects de ses antécédents de céphalées et de la différence entre celles-ci et celles dont elle a éventuellement souffert auparavant (tableau 1). Il serait essentiel d'inclure un examen complet des symptômes d'alarme (tableau 2) :

- Caractéristiques de sa douleur : nature, siège, intensité.
- Autres symptômes neurologiques associés.
- Toute raideur matinale ou tout symptôme musculosquelettique.
- Changements visuels.
- Fièvre, fatigue, autre maladie intercurrente.
- Antécédents de traumatisme ou de chute.
- Antécédents de céphalées.
- Médicaments qu'elle prend actuellement et toute modification récente de sa pharmacothérapie.
- Son état de santé mentale actuel, pour comprendre si le stress peut être un facteur dans le tableau clinique de ses céphalées.
- Répercussions de ses céphalées sur son fonctionnement actuel. Ses céphalées sont-elles limitatives sur le plan fonctionnel?

L'examen physique comprendrait des examens neurologiques, moteur/sensoriel et ORL, ainsi qu'une mesure de ses pouls au niveau de l'artère temporale et de l'articulation temporo-mandibulaire (Renseignements généraux, point 4).

Deuxième partie

Quelles mesures prendriez-vous ensuite?

Le tableau clinique de Brigitte est très évocateur d'une artérite temporale (Renseignements généraux, point 21). Si c'est possible, il serait important de faire le point avec un rhumatologue ou un consultant de garde dans votre région. Il serait également important de s'assurer

de pouvoir commander rapidement des analyses de laboratoire, notamment un dosage de la CRP et la vitesse de sédimentation. Suivant la facilité d'accès à des spécialistes, vous pourriez envisager de prescrire des stéroïdes à forte dose.

Les étapes suivantes consisteraient en une orientation urgente vers un rhumatologue ou un interniste en vue d'un examen d'imagerie de l'artère temporale, ou en une biopsie de l'artère temporale (Renseignements généraux, point 42). Pour de plus amples renseignements sur l'artérite temporale, voir le module du Programme d'apprentissage basé sur la pratique (PABP) intitulé « Pseudo-polyarthrite rhyzomélique » (novembre 2016) accessible au http://www.members.fmpe.org.

Nous apprécions toujours vos commentaires. Si vous souhaitez fournir des commentaires sur ce module, le lien suivant vous mènera à un questionnaire électronique : **http://members.fmpe.org/modulefeedback**.

Auteure :
Barbora Pek, M.D., CCMF (méd. urg.)
Médecin de famille, urgentologue
Professeure adjointe clinicienne, département de médecine familiale
Université McMaster
Hamilton, Ontario

Réviseurs :
Esma Dilli, M.D., FRCPC
Neurologue
Vancouver, C.-B.

Edward (Ted) Findlay, D.O., CCMF, FCMF
Médecin de famille – Prise en charge de la douleur
Calgary, Alberta

Rédactrice médicale en chef :
Elizabeth Shaw, M.D., CCMF, FCMF
Médecin de famille
Hamilton, Ontario

Rédactrice médicale/coordonnatrice, Développement des modules :
Lynda Cranston, B.A. avec spécialisation
Orangeville, Ontario

Réviseure :
Laura Van Alphen, M.A., B. Éd.
Hamilton, Ontario

L'équipe de rédaction du module de la Fondation aimerait remercier Susanna Fung (Markham, Ontario), Carolyn Nowry (Calgary, Alberta) et Matthew Schurter (Port Perry, Ontario) qui ont participé à la table ronde initiale de ce module. De plus, la Fondation remercie les groupes-pilotes PGBP facilités par Julia Chronopoulos (Edmonton, Alberta), Ravneet Comstock (Moncton, Nouveau-Brunswick) et Naomi Hwang (Victoria, Colombie-Britannique), qui ont testé ce module de formation et proposé des améliorations.

Divulgation des conflits d'intérêts :

Barbora Pek, Ted Findlay, Elizabeth Shaw et Lynda Cranston n'en ont déclaré aucun.

Esma Dilli fait partie du conseil consultatif d'Eli Lilly et de Novartis Lundbeck.

Même si le plus grand soin a été apporté à la préparation des informations contenues dans ce module, le Programme ne peut en garantir la pertinence dans des cas cliniques particuliers ou chez certains patients. Les médecins et les autres professionnels de la santé doivent utiliser leur propre jugement clinique, fondé sur les circonstances particulières de chaque cas, pour décider de la prise en charge et du traitement de leur patient.

Quiconque utilise ces renseignements, le fait à ses risques, et ne peut tenir pour responsable la Fondation pour l'éducation médicale continue ni les programmes d'apprentissage basé sur la pratique d'aucun incident ou dommage qui pourrait découler de cet usage.

Les ressources sur le Web citées dans ce module étaient toujours actives en novembre 2022.

Vous pouvez accéder en ligne à ce module et à ses annexes. Rendez-vous au : https://members.fmpe.org/.

Ce programme est le résultat d'une collaboration entre :

La Fondation pour l'éducation médicale continue

McMaster University

NIVEAUX DE PREUVES

Niveau de preuves	Type de preuves incluses
Élevé Les conclusions de l'étude ont peu de chances d'être grandement modifiées par l'information révélée lors de futures études.	• Revues systématiques/méta-analyses qui incluent une grande variété d'études bien conçues (peu de limitations/de risque de biais, directement applicable à la population ciblée; l'évaluation du sommaire a un intervalle de confiance restreint). • Études comparatives d'envergure, randomisées, multicentriques, et bien conçues.
Modéré Les conclusions de l'étude pourraient changer en fonction des résultats de futures études.	• Revues systématiques/méta-analyses d'études comportant plus de limitations/de risques de biais (études comparatives randomisées moins bien conçues, cohortes, études de cas-témoins; large intervalle de confiance de l'estimation sommaire). • Études comparatives randomisées bien conçues, de taille modérée ou unique. • Études comparatives bien conçues et cohérentes, mais non randomisées. • Études d'envergure de cohortes.
Faible Les conclusions de l'étude pourraient probablement changer en fonction des résultats de futures études.	• Petites études comparatives randomisées avec risque élevé de biais. • Études comparatives ou de cohortes comportant des limites/risques de biais importants, dont les variations des résultats entre les études sont significatives, ou ne sont pas directement applicables à la population ciblée.
Très faible Les données probantes provenant d'études de taille appropriée dans les populations représentatives manquent ou sont insuffisantes.	• Rapports de cas individuel ou de séries de cas. • Une ou plusieurs études comportant des limites/risques de biais significatifs.

En plus de la classification ci-dessus, lorsque l'ensemble des données probantes appuyant une question précise est limité, nous pouvons citer l'opinion d'experts à titre de niveau de preuves le plus élevé.

Sources :

1) Qualité des données probantes selon le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs : https://canadiantaskforce.ca/methods/grade/.

2) Définitions des grades selon l'US Preventive Services Task Force. Mai 2008. https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/grade-definitions.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Becker WJ, Findlay T, Moga C, Scott NA, Harstall C, Taenzer P. Guideline for primary care management of headache in adults. *Can Fam Physician.* 2015;61:670-9. PMID 26273080
2. Ford B, Dore M, Harris E. Outpatient primary care management headaches: guidelines from the VA/DoD. *American Family Physician.* 2021;104.
3. Steiner TJ, Jensen R, Katsarava Z, et al. Aids to management of headache disorders in primary care (2nd edition) : on behalf of the European Headache Federation and Lifting The Burden: the Global Campaign against Headache. *J Headache Pain.* 2019;20:57. PMID 31113373
4. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia.* 2018;38:1-211. PMID 29368949
5. Toward Optimized Practice (TOP) Headache Working Group. *Primary care management of headache in adults: clinical practice guideline: 2nd edition.* 2016. http://www.topalbertadoctors.org/cpgs/10065.
6. Zhu K, Born DW, Dilli E. Secondary headache: current update. *Headache.* 2020;60:2654-64. PMID 33078413
7. Silberstein S, Kimmel S. Approach to the patient with headache. *Merck Manual: Professional Version.* 2021. https://www.merckmanuals.com/en-ca/professional/neurologic-disorders/headache/approach-to-the-patient-with-headache.
8. Evans RW, Burch RC, Frishberg BM, et al. Neuroimaging for migraine: The American Headache Society systematic review and evidence-based guideline. *Headache.* 2020;60:318-36. PMID 31891197
9. Jang YE, Cho EY, Choi HY, Kim SM, Park HY. Diagnostic neuroimaging in headache patients: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Investig.* 2019;16:407-17. PMID 31247699
10. Micieli A, Kingston W. An approach to identifying headache patients that require neuroimaging. *Front Public Health.* 2019;7:52. PMID 30931292
11. Pelzer N, Louter MA, van Zwet EW, et al. Linking migraine frequency with family history of migraine. *Cephalalgia.* 2019;39:229-36. PMID 29911421
12. Mayans L, Walling A. Acute migraine headache: treatment strategies. *American Family Physician.* 2018;97. PMID 29671521

13. Lipton RB, Stewart WF, Sawyer J, Edmeads JG. Clinical utility of an instrument assessing migraine disability: the Migraine Disability Assessment (MIDAS) questionnaire. *Headache.* 2001;41:854-61. PMID 11703471

14. Cousins G, Hijazze S, Van de Laar FA, Fahey T. Diagnostic accuracy of the ID Migraine: a systematic review and meta-analysis. *Headache.* 2011;51:1140-8. PMID 21649653

15. Nierenburg HDC, Ailani J, Malloy M, Siavoshi S, Hu NN, Yusuf N. Systematic review of preventive and acute treatment of menstrual migraine. *Headache.* 2015;55:1052-71. PMID 26264117

16. Burch R. Epidemiology and treatment of menstrual migraine and migraine during pregnancy and lactation: a narrative review. *Headache.* 2020;60:200-16. PMID 31579938

17. Regier L, Jensen B, Downey S, A. C. Migraine: acute therapy. *RxFiles.* 2021.

18. Karimi L, Wijeratne T, Crewther SG, Evans AE, Ebaid D, Khalil H. The migraine-anxiety comorbidity among migraineurs: a systematic review. *Front Neurol.* 2020;11:613372. PMID 33536997

19. Turner DP, Smitherman TA, Black AK, et al. Are migraine and tension-type headache diagnostic types or points on a severity continuum? An exploration of the latent taxometric structure of headache. *Pain.* 2015;156:1200-7. PMID 25775357

20. D'Antona L, Matharu M. Identifying and managing refractory migraine: barriers and opportunities? *J Headache Pain.* 2019;20:89. PMID 31443629

21. Sacco S, Braschinsky M, Ducros A, et al. European headache federation consensus on the definition of resistant and refractory migraine : developed with the endorsement of the European Migraine & Headache Alliance (EMHA). *J Headache Pain.* 2020;21:76. PMID 32546227

22. Sacco S, Bendtsen L, Ashina M, et al. European headache federation guideline on the use of monoclonal antibodies acting on the calcitonin gene related peptide or its receptor for migraine prevention. *J Headache Pain.* 2019;20:6. PMID 30651064

23. Diener HC, Antonaci F, Braschinsky M, et al. European Academy of Neurology guideline on the management of medication-overuse headache. *Eur J Neurol.* 2020;27:1102-16. PMID 32430926

24. Find NL, Terlizzi R, Munksgaard SB, et al. Medication overuse headache in Europe and Latin America: general demographic and clinical characteristics, referral pathways and national distribution of painkillers in a descriptive, multinational, multicenter study. *J Headache Pain.* 2015;17:20. PMID 26957090

25. Fischer MA, Jan A. Medication-overuse headache. *StatPearls - NCBI Bookshelf.* 2021. PMID

26. Sinclair AJ, Sturrock A, Davies B, Matharu M. Headache management: pharmacological approaches. *Pract Neurol.* 2015;15:411-23. PMID 26141299

27. Dasgupta B, Borg FA, Hassan N, et al. BSR and BHPR guidelines for the management of polymyalgia rheumatica. *Rheumatology (Oxford).* 2010;49:186-90. PMID 19910443

28. van Hecke O. Polymyalgia rheumatica -- diagnosis and management. *Aust Fam Physician.* 2011;40:303-6. PMID 21597550

29. Baraness L, Baker AM. *Acute headache*. In: Bookshelf S-N, ed: StatPearls Publishing; 2021.

30. Stewart WF, Lipton RB, Dowson AJ, Sawyer J. Development and testing of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) Questionnaire to assess headache-related disability. *Neurology.* 2001;56:S20-8. PMID 11294956

31. Buse DC, Sollars CM, Steiner TJ, Jensen RH, Al Jumah MA, Lipton RB. Why HURT? A review of clinical instruments for headache management. *Curr Pain Headache Rep.* 2012;16:237-54. PMID 22487847

32. AlAmri A, AlMuaigel M, AlSheikh M, Zeeshan M, Suwayyid W, AlShamrani F. Postprandial fasting related headache during Ramadan in Saudi Arabia: a cross-sectional study. *Cephalalgia.* 2021;41:1201-7. PMID 34134543

33. Kristoffersen ES, Borte S, Hagen K, Zwart JA, Winsvold BS. Migraine, obesity and body fat distribution - a population-based study. *J Headache Pain.* 2020;21:97. PMID 32762643

34. Lin YK, Lin GY, Lee JT, et al. Associations between sleep quality and migraine frequency: a cross-sectional case-control study. *Medicine (Baltimore).* 2016;95:e3554. PMID 27124064

35. Oliveira AB, Mercante JPP, Peres MFP, et al. Physical inactivity and headache disorders: cross-sectional analysis in the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *Cephalalgia.* 2021;41:1467-85. PMID 34407642

36. Reddy N, Desai MN, Schoenbrunner A, Schneeberger S, Janis JE. The complex relationship between estrogen and migraines: a scoping review. *Syst Rev.* 2021;10:72. PMID 33691790

37. Schramm SH, Moebus S, Lehmann N, et al. The association between stress and headache: a longitudinal population-based study. *Cephalalgia.* 2015;35:853-63. PMID 25480807

38. Yilmaz M, Gurger M, Atescelik M, Yildiz M, Gurbuz S. Meteorologic parameters and migraine headache: ED study. *Am J Emerg Med.* 2015;33:409-13. PMID 25601162

39. Robblee J, Starling AJ. SEEDS for success: lifestyle management in migraine. *Cleve Clin J Med.* 2019;86:741-9. PMID 31710587

40. Linde K, Allais G, Brinkhaus B, et al. Acupuncture for the prevention of episodic migraine. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016:CD001218. PMID 27351677

41. Arnold MJ, Mcintyre J. Cochrane for clinicians. *American Family Physician.* 2017;96.

42. Gu Q, Hou JC, Fang XM. Mindfulness meditation for primary headache pain: a meta-analysis. *Chin Med J (Engl).* 2018;131:829-38. PMID 29578127

43. Herranz-Gómez A, García-Pascual I, Montero-Iniesta P, Touche RL, Paris-Alemany A. Effectiveness of exercise and manual therapy as treatment for patients with migraine, tension-type headache or cervicogenic headache: an umbrella and mapping review with meta-meta-analysis. *Applied Sciences.* 2021;11.

44. Varangot-Reille C, Suso-Marti L, Romero-Palau M, Suarez-Pastor P, Cuenca-Martinez F. Effects of different therapeutic exercise modalities on migraine or tension-type headache: a systematic review and meta-analysis with a replicability analysis. *J Pain.* 2021. PMID 34929374

45. Arca KN, Halker Singh RB. Dehydration and headache. *Current Pain and Headache Reports.* 2021;25. PMID 34268642

46. American Headache S. The American Headache Society position statement on integrating new migraine treatments into clinical practice. *Headache.* 2019;59:1-18. PMID 30536394

47. Cameron C, Kelly S, Hsieh SC, et al. Triptans in the acute treatment of migraine: a systematic review and network meta-analysis. *Headache.* 2015;55 Suppl 4:221-35. PMID 26178694

48. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). SIGN 155. *Pharmacological management of migraine.* 2018. https://www.sign.ac.uk/media/2001/sign-155-migraine-2022-v10.pdf.

49. Crawley A, D. B, Jin M. Migraine: Overview. *RxFiles.* 2021.

50. Law S, Derry S, Moore RA. Sumatriptan plus naproxen for the treatment of acute migraine attacks in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;4:CD008541. PMID 27096438

51. Law S, Derry S, Moore RA. Sumatriptan plus naproxen for acute migraine attacks in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013:CD008541. PMID 24142431

52. Huang Y, Cai X, Song X, et al. Steroids for preventing recurrence of acute severe migraine headaches: a meta-analysis. *Eur J Neurol.* 2013;20:1184-90. PMID 23577697

53. Hsiao-Yean Chiu T-HY, Yin-Cheng Huang, and Pin-Yuan Chen. Effects of intravenous and oral magnesium on reducing migraine: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Pain Physician.* 2016;19:E97-E112. PMID 26752497

54. Orr SL, Aube M, Becker WJ, et al. Canadian Headache Society systematic review and recommendations on the treatment of migraine pain in emergency settings. *Cephalalgia.* 2015;35:271-84. PMID 24875925

55. von Luckner A, Riederer F. Magnesium in migraine prophylaxis-is there an evidence-based rationale? A systematic review. *Headache.* 2018;58:199-209. PMID 29131326

56. Sazali S, Badrin S, Norhayati MN, Idris NS. Coenzyme Q10 supplementation for prophylaxis in adult patients with migraine—a meta-analysis. *BMJ Open.* 2021;11:e039358. PMID 33402403

57. Thompson DF, Saluja HS. Prophylaxis of migraine headaches with riboflavin: a systematic review. *J Clin Pharm Ther.* 2017;42:394-403. PMID 28485121

58. Santoro A, Copetti M, Miscio AM, Leone MA, Fontana A. Chronic migraine long-term regular treatment with onabotulinumtoxinA: a retrospective real-life observational study up to 4 years of therapy. *Neurol Sci.* 2020;41:1809-20. PMID 32052306

59. Frampton JE, Silberstein S. OnabotulinumtoxinA: a review in the prevention of chronic migraine. *Drugs.* 2018;78:589-600. PMID 29532439

60. Black A, Guilbert E, Costescu D, et al. No. 329-Canadian Contraception Consensus part 4 of 4 chapter 9: combined hormonal contraception. *J Obstet Gynaecol Can.* 2017;39:229-68 e5. PMID 28413042

61. Deng H, Li GG, Nie H, et al. Efficacy and safety of calcitonin-gene-related peptide binding monoclonal antibodies for the preventive treatment of episodic migraine - an updated systematic review and meta-analysis. *BMC Neurol.* 2020;20:57. PMID 32061264

62. Sacco S, Amin FM, Ashina M, et al. European Headache Federation guideline on the use of monoclonal antibodies targeting the calcitonin gene related peptide pathway for migraine prevention - 2022 update. *J Headache Pain.* 2022;23:67. PMID 35690723

63. Overeem LH, Raffaelli B, Mecklenburg J, Kelderman T, Neeb L, Reuter U. Indirect comparison of topiramate and monoclonal antibodies against CGRP or its receptor for the prophylaxis of episodic migraine: a systematic review with meta-analysis. *CNS Drugs.* 2021;35:805-20. PMID 34272688

64. ACOG Practice Bulletin No. 206: Use of hormonal contraception in women with coexisting medical conditions. *Obstet Gynecol.* 2019;133:e128-e50. PMID 30681544

65. Pavlovic JM, Sheikh H. *Migraine and contraceptives*. https://americanheadachesociety.org/news/migraine-contraceptives/.

66. Sheikh HU, Pavlovic J, Loder E, Burch R. Risk of stroke associated with use of estrogen containing contraceptives in women with migraine: a systematic review. *Headache.* 2018;58:5-21. PMID 29139115

67. Sacco S, Merki-Feld GS, KL AE, et al. Hormonal contraceptives and risk of ischemic stroke in women with migraine: a consensus statement from the European Headache Federation (EHF) and the European Society of Contraception and Reproductive Health (ESC). *J Headache Pain.* 2017;18:108. PMID 29086160

68. Black A, Guilbert E, Costescu D, et al. Canadian Contraception Consensus (part 3 of 4): chapter 8 - progestin-only contraception. *J Obstet Gynaecol Can.* 2016;38:279-300. PMID 27106200

69. Black A, Guilbert E, Costescu D, et al. Canadian Contraception Consensus (part 3 of 4): chapter 7--intrauterine contraception. *J Obstet Gynaecol Can.* 2016;38:182-222. PMID 27032746

70. Tassorelli C, Jensen R, Allena M, et al. A consensus protocol for the management of medication-overuse headache: evaluation in a multicentric, multinational study. *Cephalalgia.* 2014;34:645-55. PMID 24558185

ANNEXE 1. Évaluation d'une céphalée chez l'adulte

Le patient consulte à cause d'une céphalée. → Effectuer l'anamnèse et l'examen physique.

Y a-t-il un signe d'alarme?

- Céphalée en coup de tonnerre – maux de tête intenses soudains ou d'installation brutale.
- Céphalées associées à des symptômes d'aura, nouveaux ou atypiques, ou survenant pour la première fois avec l'utilisation de contraceptifs oraux.
- Nouvelles céphalées dans les 3 mois suivant un traumatisme crânien.
- Céphalées évolutives, s'aggravant sur plusieurs semaines ou sur une plus longue période.
- Céphalées aggravées par certaines postures ou manœuvres qui font augmenter la pression intracrânienne, p. ex., une manœuvre de Valsalva, la toux, l'activité physique, l'activité sexuelle, la position allongée.
- Céphalées associées à des symptômes neurologiques focaux, à un œdème papillaire et à des troubles de la mémoire ou de la personnalité.
- Céphalées associées à des symptômes généralisés, p. ex., perte de poids, sueurs nocturnes, fièvre.
- Nouvelles céphalées si le patient a plus de 50 ans, s'il est atteint d'un cancer ou d'une immunodéficience, ou en cas de grossesse/période post-partum.
- Œil rouge, pupille dilatée ou non réactive, diminution de la vision.
- Douleur pulsatile unilatérale, troubles visuels, claudication de la mâchoire, sensibilité au niveau de l'artère temporale, myalgies proximales.
- Nouvelles céphalées, changement de la vision chez un patient ayant des antécédents familiaux de glaucome.

Oui → Orienter le patient pour qu'il passe des examens/consultations.

Non

Une migraine est-elle soupçonnée?
Utiliser l'outil de dépistage « ID Migraine » :

Migraine sans aura (migraine avec aura si une aura est présente) si ≥ 2 des facteurs suivants sont présents :

- Nausées pendant la crise de migraine.
- Sensibilité à la lumière pendant la crise.
- Certaines crises entravent les activités.

Oui → **Vérifier s'il s'agit de céphalées dues à une surmédication.**

Possibilité si le patient prend :

- Une association d'analgésiques, d'opioïdes ou de triptans pendant ≥ 10 jours par mois.
- De l'acétaminophène ou des AINS ≥ 15 jours par mois.

Non

La céphalée de tension est-elle soupçonnée?

La céphalée ne répond pas aux critères diagnostiques de la migraine (susmentionnés), n'est pas associée à des nausées et présente ≥ 2 des caractéristiques suivantes :

- Céphalées bilatérales.
- Douleur non pulsatile.
- Intensité légère à modérée.
- Céphalées non aggravées par l'activité.

Oui → (Vérifier s'il s'agit de céphalées dues à une surmédication.)

Non

Une algie vasculaire de la face est-elle soupçonnée?

Le patient doit répondre à tous les critères suivants :

- Brièveté : moins de 3 heures.
- Sévérité.
- Schéma circadien avec possibilité de plusieurs crises quotidiennes.
- Homolatéralité.
- Injection conjonctivale homolatérale ou larmoiement ou agitation pendant les crises (une ptose ou un myosis homolatéral peuvent être notés à l'examen).

Non → Revenir sur l'historique et l'examen physique, et envisager un autre diagnostic (p. ex., syndromes de céphalées rares).

Sources : 1) Ford B, Dore M, Harris E. Outpatient primary care management headaches: guidelines from the VA/DoD. *American Family Physician.* 2021;104; **2)** Becker WJ, Findlay T, Moga C, Scott NA, Harstall C, Taenzer P. Guideline for primary care management of headache in adults. *Can Fam Physician.* 2015;61:670-9. PMID 26273080; **3)** Toward Optimized Practice (TOP) Headache Working Group. *Primary care management of headache in adults: clinical practice guideline: 2nd edition*. 2016. https://actt.albertadoctors.org/CPGs/Pages/Headache.aspx; **4)** Mayans L, Walling A. Acute migraine headache: treatment strategies. *American Family Physician.* 2018;97; **5)** Centre for Effective Practice. *Core neck tool and headache navigator*. 2016; **6)** Steiner TJ, Jensen R, Katsarava Z, et al. Aids to management of headache disorders in primary care (2nd edition): on behalf of the European Headache Federation and Lifting the Burden: the global campaign against headache. *J Headache Pain.* 2019;20:57. PMID 31113373

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org
novembre 2022

ANNEXE 2. Traitement ponctuel/interruptif des céphalées

Classe	Dénomination commune (nom commercial)	Dose			Effets secondaires	Coût pour 6 doses (à moins d'indication contraire)
		Intervalle posologique initial	Fréquence possible	Max. /24 heures		
AINS	Ibuprofène (Advil/Motrin)	400-800 mg par voie orale	4 h-6 h	3,2 g	Troubles digestifs, syndrome hémorragique, réaction d'hypersensibilité, somnolence, acouphènes, atteinte rénale aiguë, hypertension, œdème.	3 $
	AAS (Aspirin)	650-1 300 mg par voie orale	4 h	4 g		3 $
	Naproxène sodique (Anaprox, Aleve)	Faible dose : 220 ou 275 mg par voie orale 375 mg par voie orale 500 mg par voie orale ou rectale (dose d'attaque possible de 1 000 mg)	4 h-6 h 6 h-8 h 8 h-12 h	1,5 g		7 $
	Kétorolac	30 mg par voie i.v. 60 mg par voie i.m.	6 h 8 h	120 mg 120 mg	Mêmes effets que ci-dessus, en plus de dyspepsie et étourdissements.	94 $ /30 jours
Acétaminophène	Acétaminophène (Tylenol)	500-1 000 mg par voie orale	4 h	4 g	Troubles digestifs.	3 $
Triptans	Sumatriptan (Imitrex)	50 mg-100 mg par voie orale	2 h	200 mg	Nausées, bouffées congestives au visage, picotements, paresthésie, étourdissements, fatigue, somnolence, gêne ou oppression thoracique ± palpitations, syndrome sérotoninergique, vasospasme coronarien, dysgueusie (≤ 25 %) avec le vaporisateur nasal.	27 $ – 28 $
		5 mg ou 20 mg dans 1 narine	2 h	40 mg		117 $ – 120 $
		6 mg par voie s.c.*	1 h	12 mg		250 $
	Rizatriptan (Maxalt)	5 mg-10 mg par voie orale	2 h	20 mg		34 $
	Almotriptan (Axert)	6,25 mg-12,5 mg par voie orale	2 h	25 mg		25 $ – 57 $
	Zolmitriptan (Zomig)	1,25 mg-2,5 mg par voie orale	2 h	10 mg		22 $ – 33 $
		2,5 mg-5 mg dans 1 narine	2 h	10 mg		207 $
	Élétriptan (Relpax)	20 mg-40 mg par voie orale	2 h	80 mg		80 $
	Frovatriptan (Frova)	2,5 mg par voie orale	2 h	5 mg		97 $
	Naratriptan (Amerge)	1 mg ou 2,5 mg par voie orale	4 h	5 mg		51 $ – 92 $
Dérivé de l'ergot	Dihydroergotamine (Migranal)	0,5 mg-1 mg par voie s.c./i.m./i.v.	1 h	3 mg (6 mg/semaine)	Nausées, picotements, paresthésie, somnolence, étourdissements, gêne thoracique, diarrhée, crampes musculaires, syndrome sérotoninergique, phénomène de Raynaud. Irritation locale (30 %-52 %); rhinite (26 %)	51 $ – 92 $
		1 vaporisation (0,5 mg) dans chaque narine	15 min	4 vaporisations		65 $/4 vaporisations

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

ANNEXE 2. Traitement ponctuel/interruptif des céphalées (suite)

Classe	Dénomination commune (nom commercial)	Dose	Effets secondaires	Coût pour 6 doses (à moins d'indication contraire)
Antiémétiques	Métoclopramide (Maxeran)	5 mg-10 mg par voie orale ou 10 mg-20 mg par voie s.c./i.v. une fois (3 f.p.j. au maximum)	Somnolence/fatigue, diarrhée, hyperprolactinémie, akathisie, effets secondaires extrapyramidaux, dyskinésie tardive.	18 $-30 $/ 30 jours
	Dompéridone (Motilium)	10 mg par voie orale 3 f.p.j. ou 20 mg par voie rectale 3 ou 4 f.p.j.	Sécheresse buccale, crampes abdominales, diarrhée, hyperprolactinémie, allongement de l'intervalle QT (> 30 mg/ jour).	12 $-21 $/ 30 jours
	Prochlorpérazine (Stemetil)	5 mg-10 mg par voie orale, 25 mg par voie rectale, ou 5 mg-10 mg par voie i.v. toutes les 8 h	Effets anticholinergiques, akathisie, effets secondaires extrapyramidaux.	29 $-41 $/ 30 jours
	Diphénhydra-mine (Benadryl)	50 mg par voie orale ou 25 mg par voie i.v. toutes les 4-6 h	Sédation, symptômes anticholinergiques, stimulation paradoxale.	13 $/ 1 boîte (60 com-primés)
Stéroïde	Dexaméthasone	4 mg-8 mg par voie orale ou 10 mg par voie i.v. une fois	Faiblesse musculaire proximale, hyperglycémie, rétention liquidienne, insomnie, psychose, anxiété, douleurs gastriques, complications dans la guérison des plaies.	30 $-90 $/ 30 jours

* Si aucun autre triptan n'a été utilisé dans les 24 heures précédentes.
f.p.j. : fois par jour; i.m. : intramusculaire; i.v. : intraveineuse; s.c. : sous-cutanée.

Sources :
1) Toward Optimized Practice (TOP) Headache Working Group. *Primary care management of headache in adults: clinical practice guideline: 2nd edition*. 2016. https://actt.albertadoctors.org/CPGs/Pages/Headache.aspx;
2) Regier L, Jensen B, Downey S, A. C. Migraine: acute therapy. *RxFiles.* 2021;
3) Sinclair AJ, Sturrock A, Davies B, Matharu M. Headache management: pharmacological approaches. *Pract Neurol.* 2015;15:411-23. PMID 2614129

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org
novembre 2022

ANNEXE 3. Traitement prophylactique de la migraine

Dénomination commune	Médicament (nom commercial)	Posologie (initiale et maximale)	Effets secondaires	Coût/mois
Données probantes de qualité au moins modérée à l'appui de l'efficacité et recommandation				
Antidépresseurs tricycliques	Amitriptyline (Elavil)	10-100 mg par jour par voie orale	Sécheresse buccale, constipation, étourdissements, somnolence, fatigue, hypotension orthostatique, gain pondéral.	13 $ – 26 $
	Nortriptyline (Aventyl)	10-150 mg par voie orale au coucher.	Somnolence, sécheresse buccale, gain pondéral. Moins d'effet anticholinergique que l'amitriptyline.	40 $ – 143 $
Bêtabloquants	Propranolol (Inderal)	40-240 mg par jour par voie orale	Fatigue, bradycardie, hypotension, refroidissement des extrémités, dépression, impuissance, troubles du sommeil, bronchospasme, nausées. À éviter en cas d'asthme ou si une grossesse est prévue.	18 $ – 50 $
	Métoprolol (Lopresor)	50-200 mg par jour par voie orale		15 $ – 21 $
	Timolol (Blocadren)	10-30 mg par jour par voie orale		32 $ – 43 $
	Nadolol (Corgard)	20-160 mg par jour par voie orale		23 $ – 55 $
Inhibiteurs calciques	Flunarizine (Sibelium)	5-10 mg par jour par voie orale	Fatigue, gain pondéral, effets secondaires de type parkinsonien. À utiliser avec prudence chez les personnes présentant un risque ou des antécédents de dépression.	61 $
Anticonvulsivant	Topiramate (Topamax)	25-100 mg par jour par voie orale (max. de 200 mg) – commencer par une faible dose et l'augmenter lentement	IVRS, nausées, anorexie, calculs rénaux, paresthésie, glaucome aigu, effets sur le SNC (étourdissements, tremblements, sédation, troubles cognitifs, dépression), perte de poids et acidose métabolique. À éviter si une grossesse est prévue.	37 $
Anticorps monoclonaux se fixant au peptide lié au gène de la calcitonine (CGRP)	Érénumab (Aimovig)	70-140 mg par voie s.c. par mois	Réactions au point d'injection, constipation (complications graves, 3 %), hypertension. À éviter en cas de maladie vasculaire active [opinion d'experts]. Moins fréquents : bouffées de chaleur, chute de cheveux, « cerveau embrumé », douleurs articulaires, nausées, fatigue. En troisième ou en quatrième intention, après l'échec d'autres médicaments prophylactiques.	600 $
	Frémanezumab (Ajovy)	225 mg par voie s.c. toutes les 4 semaines **ou** 675 mg toutes les 12 semaines		630 $
	Galcanézumab (Emgality)	Dose d'attaque initiale de 240 mg par voie s.c., suivie de doses de 120 mg administrées une fois par mois		700 $
Toxine botulinique À envisager si la fréquence des migraines est > 15/mois.	Toxine onabotulique A (Botox)	Administration de 100-200 unités tous les 3 mois par injection, par des cliniciens expérimentés dans son utilisation pour le traitement des céphalées	Douleur liée à l'injection, ptose palpébrale, parésie faciale, myalgies; son effet « s'épuise » des jours à des semaines avant l'injection suivante prévue, parallèlement à un accroissement des céphalées.	195 $ – 242 $
Vitamines et minéraux	Magnésium	300-600 mg par jour par voie orale	Diarrhée (plus fréquente avec les sels d'oxyde et d'hydroxyde). Moins fréquents : étourdissements, évanouissements, bouffées congestives. Aux doses toxiques (5 000 mg/jour) : paralysie musculaire, difficultés respiratoires, arrêt cardiaque. À utiliser avec prudence en cas d'insuffisance rénale.	12 $
	Coenzyme Q10	100 mg – 800 mg par jour par voie orale (400 mg est la dose la plus fréquente administrée lors des études)	Peu d'effets secondaires	25 $

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

ANNEXE 3. Traitement prophylactique de la migraine (suite)

Dénomination commune	Médicament (nom commercial)	Posologie (initiale et maximale)	Effets secondaires	Coût/mois
Efficacité étayée par des preuves de faible qualité, ou effets secondaires/coût significatifs, mais peut être envisagé comme prophylaxie				
ARA	Candésartan	4 mg-16 mg par jour par voie orale	Hypotension, hyperkaliémie, atteinte rénale aiguë, IVRS, étourdissements. À éviter si une grossesse est prévue.	17 $
IRSN	Venlafaxine (Effexor)	37,5-150 mg par jour par voie orale	Hausse de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque, tremblements, agitation, insomnie, sueurs, nausées, diminution de l'appétit, fatigue, effets anticholinergiques.	13 $-16 $
	Duloxétine (Cymbalta)	30-120 mg par jour par voie orale		27 $-58 $
IC	Vérapamil (Isoptin)	120-360 mg par jour par voie orale	Bradycardie, hypotension, constipation, nausées, œdème, céphalées	25 $-38 $
Anticonvulsivants	Acide valproïque (Epival)	500 mg-1 500 mg par jour par voie orale	Nausées, vomissements, anorexie, douleurs abdominales, tremblements, gain pondéral, alopécie, hausse des enzymes hépatiques, dyscrasies sanguines, diplopie. À éviter si une grossesse est prévue.	21 $ - 65 $
	Gabapentine (Neurontin)	600 mg-2 400 mg par jour par voie orale	Étourdissements, somnolence, fatigue, ataxie, gain pondéral, tremblements.	20 $ – 33 $
5-HT2	Pizotifène (Sandomigran)	0,5 mg-6 mg par voie orale au coucher	Gain pondéral, augmentation de l'appétit, fatigue, faibles effets anticholinergiques.	23 $-47 $
Vitamine	Riboflavine	400 mg par jour par voie orale (son délai d'action peut être de plusieurs mois)	Coloration jaune de l'urine, diarrhée.	15 $

REMARQUE : Le niveau de recommandation dépend de la qualité des données étayant le choix du médicament, de ses effets indésirables et de son coût.

ARA : antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II; IC : inhibiteurs calciques; IRSN : inhibiteurs du recaptage de la sérotonine et de la norépinéphrine; IVRS : infection des voies respiratoires supérieures; s.c. : sous-cutanée; SNC : système nerveux central

Sources :

1) Toward Optimized Practice (TOP) Headache Working Group. *Primary care management of headache in adults: clinical practice guideline: 2nd edition*. 2016. http://www.topalbertadoctors.org/cpgs/10065;
2) Regier L, Jensen B, Downey S, Crawley A. Migraine: acute & prophylaxis therapy. *RxFiles.* 2022;
3) Sinclair AJ, Sturrock A, Davies B, Matharu M. Headache management: pharmacological approaches. *Pract Neurol.* 2015;15:411-23. PMID 26141299;
4) The Primary Care Management of Headache Working Group. *VA/DoD clinical practice guideline for the primary care management of headache*: Department of Veteran Affairs, Department of Defence. 2020;
5) Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). SIGN 155. *Pharmacological management of migraine*. 2018. https://www.sign.ac.uk/media/2001/sign-155-migraine-2022-v10.pdf;
6) Sazali S, Badrin S, Norhayati MN, Idris NS. Coenzyme Q10 supplementation for prophylaxis in adult patients with migraine—a meta-analysis. *BMJ Open.* 2021;11:e039358. PMID 3340240

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org