

Recommandations 2021 pour le diagnostic et la prise en charge de la migraine chez l'adulte : traitement des crises

Anne Donnet¹, Genevieve Demarquay², Anne Ducros³

Disponible sur internet le :
20 octobre 2022

1. Centre d'évaluation et de traitement de la douleur, FHU INOVRAIN, hôpital de La Timone, Marseille, France
2. Neurological hospital, Lyon, neuroscience research center (CRNL), INSERM U1028, CNRS UMR5292, Lyon, France
3. Department of neurology, Gui-de-Chauliac hospital, CHU Montpellier, university of Montpellier, 34000 Montpellier, France

Correspondance :

Genevieve Demarquay, Neurological hospital, Lyon, neuroscience research center (CRNL), INSERM U1028, CNRS UMR5292, Lyon, France.
genevieve.demarquay@chu-lyon.fr

■ Résumé

Les traitements de la crise de migraine ont pour objectif de faire disparaître la céphalée le plus rapidement possible. Ces traitements doivent être pris le plus précocement avec une posologie adéquate et une voie d'administration adaptée en cas de troubles digestifs. Il est recommandé de prescrire un AINS en cas de crise d'intensité légère, un triptan en cas de crise sévère avec la possibilité de les associer en cas de crise résistante à un triptan seul et/ou si récurrence. En cas de migraine avec aura, il est recommandé de prendre un AINS au début de l'aura et un triptan au début de la céphalée. La prescription de métoclopramide par voie orale ou parentérale est proposée pour traiter les crises accompagnées de nausées ou de vomissements invalidants. Les antalgiques de paliers 2 et 3 ainsi que les associations médicamenteuses sont à éviter en raison des risques de mésusage, d'abus et de surconsommation de médicaments.

■ Summary

2021 Revised guidelines of the French Headache Society for the diagnosis and management of migraine in adults – Crisis treatment

The goals of acute migraine treatment are to obtain freedom of pain two hours after medication intake (significant pain relief is also acceptable) with 24 hours sustained response and without (or with minimal) adverse event. These treatments must be taken as soon as possible with an adequate dosage and an adapted administration route in case of digestive disorders. It is recommended to prescribe an NSAID in case of a mild attack, a triptan in case of a severe

attack, with the possibility of combining these two treatments in case of an attack that is resistant to a triptan alone and/or in case of recurrence. In case of migraine with aura, it is recommended to take an NSAID at the beginning of the aura and a triptan at the beginning of the headache. Oral or parenteral metoclopramide are suggested for attacks accompanied by disabling nausea or vomiting. Opioids as well as drug combinations should be avoided because of the risk of misuse, abuse and overuse of drugs.

Introduction

La migraine est la deuxième maladie neurologique la plus fréquente après les céphalées de tension, mais de nombreux patients atteints restent non diagnostiqués et insuffisamment traités. La Société française d'étude des migraines et céphalées (SFEMC) a actualisé les recommandations afin de fournir aux professionnels de santé des conseils pratiques et actualisés pour optimiser le diagnostic et le traitement de la migraine, dans le but d'améliorer la qualité de vie des patients [1-3].

L'objectif de cet article est de présenter les recommandations de la SFEMC sur les traitements médicamenteux des crises de migraine (figure 1).

Quels sont les objectifs du traitement de la crise de migraine ?

L'objectif du traitement de la crise de migraine est d'obtenir l'absence de douleur deux heures après la prise du médicament (un soulagement significatif de la douleur est acceptable) avec une réponse prolongée pendant 24 heures et sans (ou avec un minimum) d'effets indésirables. Le soulagement des symptômes associés (photophobie, phonophobie, nausées et vomissements) et la capacité à reprendre les activités doivent également être évalués.

Dans les crises de migraine avec aura, les objectifs du traitement de crise sont les mêmes que dans les crises de migraine sans aura concernant la phase céphalalgique, mais il n'existe actuellement aucun traitement pharmacologique efficace permettant de réduire la durée de l'aura (encadré 1).

Quels sont les traitements de crise dont l'efficacité a été démontrée ?

Analgésiques

Le paracétamol est efficace pour réduire la douleur migraineuse uniquement en cas de crise d'intensité légère à modérée avec des symptômes associés peu invalidants [4,5]. L'association de paracétamol et de caféine avec ou sans aspirine [6,7] ainsi que l'association de paracétamol et de métoclopramide [8] sont aussi efficaces que le sumatriptan 50 mg pour soulager les crises de migraines. L'acide acétylsalicylique (aspirine) avec ou sans métoclopramide, ainsi que plusieurs anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont des traitements efficaces de la crise de migraine [9-14]. En raison du risque potentiel de céphalées dues

à une surconsommation de médicaments, l'utilisation régulière de paracétamol, d'aspirine et d'AINS ne devrait pas dépasser 14 jours par mois [15,16]. Les médicaments combinés incluant de la caféine augmentent le risque de chronicisation de la migraine et leur utilisation ne doit pas dépasser 8 jours par mois [17]. Les opioïdes ne sont pas recommandés pour traiter les crises de migraine car ils exacerbent les nausées, augmentent le risque de céphalées par surconsommation de médicaments et comportent un risque de mésusage et d'abus (niveau de preuve élevé) [15,16] (figure 2).

Triptans

Quels triptans ?

Les triptans sont des agonistes des récepteurs 5-HT_{1B}/5-HT_{1D}. Les triptans inhibent la libération de neuropeptides vasoactifs et pro-

ENCADRÉ 1

Prise en charge de la migraine avec aura

1. Traitement de la crise de migraine

- Demandez au patient de prendre un AINS au début de l'aura et un triptan à l'apparition de la céphalée, même si les symptômes de l'aura sont encore présents.
- Les triptans ne sont probablement pas efficaces lorsqu'ils sont administrés pendant l'aura et avant l'apparition de la céphalée.
- Aucun traitement pharmacologique n'a prouvé son efficacité pour arrêter l'aura.

2. Traitement prophylactique

- En ce qui concerne l'initiation d'un traitement prophylactique, suivez les recommandations générales pour la migraine (Rt15 et Rt16), en considérant que les auras peuvent être invalidantes même en l'absence de céphalées gênantes.
- Prescrire les traitements prophylactiques recommandés pour la migraine en général. Chez certains patients présentant des migraines avec aura, la lamotrigine peut être utilisée et doit être prescrite par un neurologue.

3. Prévention des accidents vasculaires cérébraux

- La migraine avec aura est associée à un risque accru d'accident vasculaire cérébral ischémique.
- Éduquez les patients afin de prévenir les conséquences cardiovasculaires en encourageant l'arrêt du tabac, en prescrivant une contraception progestative ou non hormonale, en évaluant régulièrement la pression artérielle et en favorisant la pratique régulière d'un exercice physique.

RECOMMANDATIONS SUR LE TRAITEMENT DE LA CRISE DE MIGRAINE		FORCE DE LA RECOMMANDATION
Rt1	Expliquer les objectifs du traitement de crise, à savoir le soulagement complet des céphalées deux heures (ou à défaut un soulagement significatif de la douleur) après la prise du médicament, avec une réponse soutenue pendant 24 heures et sans effets indésirables.	Fort
Rt2	Expliquer aux patients souffrant de migraine avec aura qu'il n'existe actuellement aucun traitement pharmacologique dont l'efficacité a été prouvée pour stopper l'aura.	Fort
Rt3	Expliquer que les traitements de crise doivent être pris précocement (dans l'heure qui suit l'apparition de la crise), avec une posologie adéquate et une voie d'administration adaptée à l'importance des symptômes digestifs.	Fort
Rt4	Expliquer que l'utilisation des traitements de crise doit être limitée dans la mesure du possible à un maximum de 8 jours par mois, car la surconsommation de médicaments entraîne un risque de céphalées par abus de médicaments.	Fort
Rt5	Encourager les patients à utiliser un calendrier des migraines (fréquence et intensité des céphalées et traitements de crise), qui sera revu à chaque visite.	Fort
Rt6	Prescrire un traitement de crise avec un AINS et un triptan, tous deux choisis en fonction des traitements précédents et de la préférence du patient.	Fort
Rt7	Proposer une éducation sur la stratégie de traitement de la migraine de crise : a. Lorsque la céphalée est légère, prendre un AINS, et ajouter un triptan en cas de réponse insuffisante après une heure. b. Lorsque la céphalée est modérée ou sévère, prendre un triptan, et ajouter un AINS en cas de réponse insuffisante au bout d'une heure. c. Dans la migraine avec aura, prendre un AINS au début de l'aura et un triptan au début de la céphalée.	Fort
Rt8	Éviter de prescrire des opiacés pour traiter la migraine en raison des risques de mésusage, d'abus et de surconsommation de médicaments.	Fort
Rt9	Prescrire paracétamol et métoclopramide chez les patients présentant une contre-indication ou une intolérance aux AINS, à l'aspirine et aux triptans.	Modéré
Rt10	Prescrire du métoclopramide pour traiter les crises accompagnées de nausées ou de vomissements graves.	Fort
Rt11	Expliquer que l'efficacité et la tolérance du traitement de crise sont évaluées après trois crises, et prévoir une visite de suivi.	Fort
CONCERNANT L'ÉVALUATION ET L'OPTIMISATION DU TRAITEMENT DE CRISE, NOUS RECOMMANDONS DE		FORCE DE LA RECOMMANDATION
Rt12	Utiliser le questionnaire d'optimisation du traitement de la migraine (M-TOQ) à chaque visite et optimisez le traitement de crise chez tout patient répondant "non" à un ou plusieurs items.	Fort
Rt13	Choisir une ou plusieurs stratégies pour optimiser l'efficacité et/ou la tolérance du traitement de crise et éduquer le patient. a. Traiter le plus tôt possible dès le début de la crise. b. Augmenter la dose d'AINS et/ou de triptan, le cas échéant. c. Associer simultanément un triptan et un AINS lorsque les crises sont résistantes à un triptan seul et/ou en cas de récurrences intenses ? d. Proposer une formulation non orale (suppositoire AINS ; sumatriptan en spray nasal ou sous-cutané) et/ou ajouter du métoclopramide en cas de symptômes digestifs invalidants. e. Changer l'AINS pour un autre AINS, et/ou le triptan pour un autre triptan. f. Associer un triptan, un AINS et du métoclopramide pour les crises très invalidantes.	Fort
Rt14	Diagnostiquer la résistance aux a. AINS seulement après l'inefficacité complète d'au moins deux AINS, utilisés avec une posologie et une voie d'administration adéquates, chacun ayant été testé sur au moins trois crises distinctes. b. triptans uniquement après l'inefficacité complète d'au moins deux triptans, utilisés avec une dose et une voie d'administration adéquates, chacun ayant été testé sur au moins trois crises distinctes.	Fort

FIGURE 1

Résumé des recommandations

inflammatoires (dont le calcitonin gene related peptide, CGRP). Sept triptans sont disponibles en France (figure 3). Les triptans sont très efficaces pour soulager la céphalée migraineuse (niveau de preuve élevé), sont supérieurs à l'ergot de seigle, et supérieurs ou d'efficacité similaire aux AINS et au paracétamol (niveau de preuve moyen) [18-20]. Il existe peu de différence d'efficacité entre les différents types de triptans oraux, mais une étude de 2013 a montré que l'élétriptan était le triptan le plus efficace pour soulager la douleur à deux et 24 heures, que le rizatriptan était le deuxième triptan le plus efficace à deux heures mais pas

à 24 heures, et que le sumatriptan oral 100 mg était le troisième traitement le plus efficace à deux heures et conservait son efficacité à 24 heures [19]. Le sumatriptan sous-cutané 6 mg présente la plus grande efficacité en terme de soulagement complet de la douleur à 2 heures, procure un soulagement plus rapide de la douleur que les autres voies mais présente des niveaux plus élevés d'effets indésirables (niveau de preuve élevé) [21]. En raison de facteurs pharmacocinétiques et génétiques, un patient ne répondant pas à un triptan peut répondre à d'autres, et un patient ne tolérant pas un triptan peut en tolérer d'autres [22].

ANALGÉSIFIQUES	NIVEAU DE PREUVE POUR L'EFFICACITÉ	FORCE DE LA RECOMMANDATION PAR LA SFC	DOSE VOIE D'ADMINISTRATION	PRINCIPAUX EFFETS SECONDAIRES	CONTRE-INDICATIONS PRINCIPALES*
ACIDE ACÉTYLSALICYLATE, ASPIRINE	Haut	Forte	1000 mg (comprimé, poudre)	<p><u>Acétylsalicylate :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Trouble digestif Hémorragie Allergie Syndrome de Reye 	<p><u>Acétylsalicylate :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Ulcère gastroduodénal actif Risque hémorragique asthme Insuffisance hépatique, cardiaque ou rénale grave Hypersensibilité Grossesse.
ACÉTYLSALICYLATE + MÉTOCLOPRAMIDE (MA)	Haut	Forte	900 mg + 10 mg (poudre) Maximum 3/jour	<p><u>Métoclopramide :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Syndrome dyskinétique Agitation Trouble psychiatrique Trouble endocrinien 	<p><u>Métoclopramide :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Hémorragie gastro-intestinale Perforation digestive Antécédents de dyskinésie Syndrome extrapyramidal Enfants
PARACÉTAMOL	Élevée (en cas de crise légère à modérée)	<p>Élevée dans les céphalées peu intenses</p> <p>Modérée dans les crises modérées</p> <p>Non recommandée dans les attaques sévères</p>	500, 1000 mg (comprimé) Maximum 4g/jour	<p><u>Paracétamol :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Toxicité hépatique et hématologique 	Insuffisance hépatique sévère
PARACÉTAMOL + CAFÉINE	Haut	Faible	500 mg + 50 mg (comprimé) Maximum 6 comprimés/jour	<p><u>Caféine :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Palpitations Insomnie 	
AINS	NIVEAU DE PREUVE	FORCE DE LA RECOMMANDATION	DOSE, VOIE D'ADMINISTRATION	PRINCIPAUX EFFETS SECONDAIRES	CONTRE-INDICATIONS PRINCIPALES*
DICLOFENAC	Haut	Forte	25, 50, 100 mg (comprimé) Maximum 150 mg/jour	<ul style="list-style-type: none"> Syndrome hémorragique Trouble digestif Dyspepsie Nausées Diarrhée Constipation Vertiges Asthénie 	<ul style="list-style-type: none"> Ulcère gastroduodénal actif Hypersensibilité aux AINS Risque hémorragique (cérébral, digestif autre) Insuffisance hépatique ou rénale sévère Grossesse (après le 5e mois)
FLURBIPROFÈNE	Haut	Forte	8,75 mg (comprimé) Maximum 5 comprimés/jour		
IBUPROFÈNE (MA)	Haut	Forte	200, 400 mg (comprimé) Maximum 1200 mg/jour		
INDOMÉTHACINE	Moyen	Moderée	25, 75 mg (comprimé) 100 mg (suppositoire) Maximum 300 mg/jour		
KÉTOPROFÈNE (MA)	Haut	Forte	100, 150 mg (comprimé) 100 mg (suppositoire) Maximum 200 mg/jour		
NAPROXEN	Haut	Forte	550, 1000 mg (comprimé) Maximum 1100 mg/jour		

FIGURE 2

Traitements non spécifiques de la migraine aiguë

(AMM : autorisation de mise sur le marché spécifique en France pour le traitement aigu de la migraine)

(SFC : pour Société française des céphalées)

*Les contre-indications et les effets secondaires ne sont pas exhaustifs, mais listés par ordre de fréquence d'apparition. Les interactions ne sont pas indiquées. se référer au Vidal

TRIPTANS	NIVEAU DE PREUVE POUR L'EFFICACITÉ	FORCE DE LA RECOMMANDATION PAR LA SFC	DOSE (VOIE D'ADMINISTRATION)	PRINCIPAUX EFFETS SECONDAIRES	CONTRE-INDICATIONS PRINCIPALES*
ALMOTRIPTAN (MA)	Haut	Forte	12,5 mg (comprimé) Maximum 25 mg/jour	Paresthésies des extrémités Nausées Sensation de froid Vertiges Asthénie « Syndrome thoracique [®] (sensation de constriction dans la poitrine et le cou) Bouffées de chaleur Somnolence Rares cas de spasmes coronariens, d'hypertension sévère Risque rare de syndrome sérotoninergique	Maladie coronarienne Syndrome de Wolff-Parkinson-White Infarctus du myocarde Maladie artérielle périphérique Raynaud AIT et AVC Hypertension non contrôlée Insuffisance hépatique ou rénale grave Traitement concomitant avec un IMAO Allergie croisée avec les sulfamides (sauf pour le rizatriptan et le zolmitriptan)
ELETRIPTAN (MA)	Haut	Forte	20 ou 40 mg (comprimé) Maximum 80 mg/jour		
FROVATRIPTAN (MA)	Haut	Forte	2,5 mg (comprimé) Maximum 5 mg/jour		
NARATRIPTAN (MA)	Haut	Forte	2,5 mg (comprimé) Maximum 5 mg/jour		
RIZATRIPTAN (MA)	Haut	Forte	5, 10 mg (comprimés), 10 mg (comprimé orodispersible) Maximum 20 mg/jour		
SUMATRIPTAN (MA)	Haut	Forte	50 mg (comprimés) Maximum 300 mg/jour 10/20 mg (spray nasal) Maximum 40 mg/jour 6 mg (injection sous-cutanée) Maximum 12 mg/jour		
ZOLMITRIPTAN (MA)	Haut	Forte	2,5 mg (comprimé / comprimé orodispersible) Maximum 10 mg/jour Spray nasal 5 mg (non disponible en France)		
GEPANTS	NIVEAU DE PREUVE	FORCE DE LA RECOMMANDATION	DOSE, VOIE D'ADMINISTRATION	PRINCIPAUX EFFETS SECONDAIRES	CONTRE-INDICATIONS PRINCIPALES*
RIMEGEPANT (non disponible en France en 2021)	Haut	Forte	75 mg (comprimé) Maximum 75 mg/jour	Nausées Réaction allergique sévère rare	Antécédents de réaction d'hypersensibilité au rimegepant
UBROGEPANT (non disponible en France en 2021)	Haut	Forte	50 mg, 100 mg (comprimés) Maximum 200 mg/jour	Nausées, somnolence Réaction allergique sévère rare	Antécédents de réaction d'hypersensibilité à l'ubrogéant
DITANS	NIVEAU DE PREUVE	FORCE DE LA RECOMMANDATION	DOSE, VOIE D'ADMINISTRATION	PRINCIPAUX EFFETS SECONDAIRES	CONTRE-INDICATIONS PRINCIPALES*
LASMIDITAN (non disponible en France en 2021)	Haut	Modérée	50 mg, 100 mg (comprimés) Maximum 200 mg/jour Il ne faut pas prendre plus d'une dose en 24 heures (FDA).	Fréquent (> 2 %) : vertiges, fatigue, paresthésie, sédation, nausées et/ou vomissements, faiblesse musculaire. Altération significative de la conduite Dépression du système nerveux central (étourdissements, sédation) Rare (1%) : hallucinations, euphorie Risque de mauvais usage ou d'abus	Doit être utilisé avec prudence en cas d'association avec l'alcool, le cannabis ou d'autres déprimeurs du SNC. PAS de conduite dans les 8 heures suivant la prise (FDA)

FIGURE 3

Traitements spécifiques de la migraine aiguë

(AMM : autorisation de mise sur le marché française spécifique pour le traitement aigu de la migraine) (SFC : pour Société française des céphalées)

*Les contre-indications et les effets secondaires ne sont pas exhaustifs, mais listés par ordre de fréquence d'apparition. Les interactions ne sont pas indiquées. se référer au Vidal

Précaution d'emploi

Risque vasculaire

Les triptans sont contre-indiqués chez les patients présentant un risque cardiovasculaire accru. Les données issues d'études post-commercialisation et de la pratique réelle montrent toutefois que les triptans sont sûrs et n'induisent pas d'événements cardiovasculaires indésirables lorsque les contre-indications sont respectées.

Surconsommation de médicaments

En raison du risque potentiel de céphalées par surconsommation de médicaments, l'utilisation de triptans, comme les autres médicaments de crise, ne devrait pas dépasser 8 jours par mois

[15]. Il faut toutefois rappeler que les céphalées liées à une surconsommation médicamenteuse sont souvent associées à une prise d'opiacés et d'association d'antalgiques. La surconsommation de médicaments est souvent parallèle à une fréquence élevée des céphalées et peut être soit une conséquence (migraine chronique), soit un facteur favorisant la chronification de la migraine (céphalées par abus médicamenteux), soit les deux. En conséquence, la migraine chronique peut désormais être diagnostiquée, qu'il y ait ou non surconsommation de médicaments [23]. Le rôle de la surconsommation de médicaments chez les patients souffrant de migraine chronique ne doit pas être surestimé car il peut entraîner une souffrance, une stigmatisation des patients comme responsables de leur propre

trouble, et un détournement vers d'autres traitements moins efficaces et plus à risque d'accoutumance, comme les paliers 2.

Que faire en cas de réponse insuffisante ? De récurrence ?

Environ 30 à 40 % des personnes souffrant de migraine ont une efficacité et/ou une tolérance insuffisante aux triptans [24-26]. Une étude systématique récente suggère qu'une proportion de patients dont l'efficacité et/ou la tolérance à un triptan sont insuffisantes pourraient bénéficier d'une posologie plus élevée du même triptan (sumatriptan 50 mg à 100 mg, élétriptan 40 mg à 80 mg), du passage à une formulation différente (spray nasal, SC, comprimé orodispersible), d'un changement de triptan, de la prise du triptan plus précocement au début de la crise et/ou de l'association d'un triptan et d'un AINS (niveau de preuve moyen) [22]. Il n'y a actuellement aucune donnée disponible sur la proportion de patients qui pourraient bénéficier d'un troisième triptan après l'échec d'une réponse aux deux premiers triptans. Les femmes traitées par triptans présentent un risque plus élevé de récurrence des céphalées et d'effets indésirables que les hommes, malgré des taux d'efficacité similaires [27]. D'autres facteurs augmentent le risque d'une inefficacité et/ou d'une tolérance insuffisante des triptans, notamment les crises avec aura [28], une sévérité initiale des céphalées, une photophobie, une phonophobie, des nausées et une co-morbidité dépressive [22]. Chez les patients souffrant de crises de migraine de longue durée, les céphalées et autres symptômes peuvent réapparaître dans les 48 heures suivant la prise d'un triptan initialement efficace. Ces récurrences peuvent être traitées en reprenant le triptan, mais cette solution s'accompagne d'un risque de nouvelle récurrence. Chez les patients présentant des récurrences fréquentes et/ou invalidantes, un traitement simultané au début des crises associant un triptan et un AINS a une efficacité prouvée [29].

Ergots

L'ergotamine (associée à la caféine) est un ancien traitement de la crise de migraine qui est utilisé très occasionnellement. Les ergots sont associés à un risque accru d'effets indésirables graves (niveau de preuve élevé) [30] et sont contre-indiqués chez les patients présentant un risque cardiovasculaire. La dihydroergotamine (DHE) est la mieux tolérée de cette classe, mais elle a plus d'effets indésirables que les AINS et les triptans.

Anti-émétiques

Le métoclopramide oral et intraveineux et la dompéridone orale sont efficaces dans le traitement des nausées associées aux

crises de migraine, et peuvent améliorer l'absorption d'autres traitements oraux de la crise de migraine (niveau de preuve élevé) [8,14,31,32].

Gépants

Les gépants sont des antagonistes oraux du récepteur du peptide lié au gène de la calcitonine (CGRP). L'ubrogéant et le rimegéant par voie orale sont efficaces pour soulager la céphalée migraineuse [33-35]. Il existe un manque de preuves concernant l'efficacité des gépants par rapport aux autres traitements antimigraineux et chez les patients dont l'efficacité et/ou la tolérance aux triptans sont insuffisantes [36]. Les gépants semblent causer moins d'effets secondaires que les triptans, mais pourraient potentiellement présenter un risque cardiovasculaire, bien qu'aucune preuve soutenant ou réfutant ce risque ne soient disponibles à ce jour [37]. Étant donné que certains gépants oraux sont actuellement étudiés dans le traitement prophylactique de la migraine, les gépants pourraient potentiellement être associés à un risque réduit de céphalée par surconsommation de médicaments par rapport aux autres médicaments de crises de migraine, bien que des preuves suffisantes pour soutenir ou réfuter cette hypothèse ne soient pas actuellement disponibles. À ce jour, les gépants n'ont pas d'autorisation de mise sur le marché en France.

Ditans

Le lasmiditan est un agoniste hautement sélectif des récepteurs 5-HT_{1F} sans propriété vasoconstrictive, efficace pour soulager la douleur migraineuse [38-40]. Il existe un manque de preuves concernant l'efficacité du lasmiditan par rapport aux autres traitements antimigraineux et chez les patients dont l'efficacité et/ou la tolérance aux triptans sont insuffisantes. Le lasmiditan ne provoque pas de constriction des artères coronaires, que ce soit *in vitro* ou *in vivo*, et ne semble donc pas présenter le même risque cardiovasculaire que les triptans [37]. Les effets indésirables du lasmiditan sont représentés par des sensations vertigineuses et une somnolence. À ce jour, le lasmiditan n'a pas d'autorisation de mise sur le marché en France.

Déclaration de liens d'intérêts : A DO a reçu des honoraires pour une activité de consultant ou conférencier de AbbVie/Allergan, Amgen, Eli Lilly, Lundbeck, Novartis, Pfizer et TEVA.

GD a reçu des honoraires pour une activité de consultant ou conférencier de AbbVie/Allergan, Amgen, Eli Lilly, Lundbeck, Novartis, Pfizer et TEVA.

ADU a reçu des honoraires pour une activité de consultant ou conférencier de AbbVie/Allergan, Amgen, Eli Lilly, Lundbeck, Novartis, Pfizer.

Références

- [1] Demarquay G, Moisset X, Lantéri-Minet M, de Gaalon S, Donnet A, Giraud P, et al. Revised guidelines of the French Headache Society for the diagnosis and management of migraine in adults. Part 1: Diagnosis and assessment. *Rev Neurol (Paris)* 2021;177:725-33. doi: [10.1016/j.neurol.2021.07.001](https://doi.org/10.1016/j.neurol.2021.07.001).
- [2] Ducros A, de Gaalon S, Roos C, Donnet A, Giraud P, Guégan-Massardier E, et al. Revised guidelines of the French headache society for the diagnosis and management of migraine in adults. Part 2: Pharmacological treatment *Rev Neurol (Paris)* 2021;177:734-52. doi: [10.1016/j.neurol.2021.07.006](https://doi.org/10.1016/j.neurol.2021.07.006).
- [3] Demarquay G, Mawet J, Guégan-Massardier E, de Gaalon S, Donnet A, Giraud P, et al. Revised guidelines of the French headache society for the diagnosis and management of migraine in adults. Part 3: Non-pharmacological treatment *Rev Neurol (Paris)* 2021;177:753-9. doi: [10.1016/j.neurol.2021.07.009](https://doi.org/10.1016/j.neurol.2021.07.009).
- [4] Lipton RB, Baggish JS, Stewart WF, Codispoti JR, Fu M. Efficacy and safety of acetaminophen in the treatment of migraine: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled, population-based study. *Arch Intern Med* 2000;160:3486-92. doi: [10.1001/archinte.160.22.3486](https://doi.org/10.1001/archinte.160.22.3486).
- [5] Prior MJ, Codispoti JR, Fu M. A randomized, placebo-controlled trial of acetaminophen for treatment of migraine headache. *Headache* 2010;50:819-33. doi: [10.1111/j.1526-4610.2010.01638.x](https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2010.01638.x).
- [6] Pini LA, Guerzoni S, Cainazzo M, Ciccarese M, Prudenzano MP, Livrea P. Comparison of tolerability and efficacy of a combination of paracetamol + caffeine and sumatriptan in the treatment of migraine attack: a randomized, double-blind, double-dummy, cross-over study. *J Headache Pain* 2012;13:669-75. doi: [10.1007/s10194-012-0484-z](https://doi.org/10.1007/s10194-012-0484-z).
- [7] Goldstein J, Silberstein SD, Saper JR, Elkind AH, Smith TR, Gallagher RM, et al. Acetaminophen, aspirin, and caffeine versus sumatriptan succinate in the early treatment of migraine: results from the ASSET trial. *Headache* 2005;45:973-82. doi: [10.1111/j.1526-4610.2005.05177.x](https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2005.05177.x).
- [8] Derry S, Moore RA. Paracetamol (acetaminophen) with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2013. doi: [10.1002/14651858.CD008040.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD008040.pub3). CD008040.
- [9] Dib M, Massiou H, Weber M, Henry P, Garcia-Acosta S, Bousser MG, et al. Efficacy of oral ketoprofen in acute migraine: a double-blind randomized clinical trial. *Neurology* 2002;58:1660-5. doi: [10.1212/wnl.58.11.1660](https://doi.org/10.1212/wnl.58.11.1660).
- [10] Suthisang CC, Poolsup N, Suksomboon N, Lertpipopmetha V, Tepwitukgid B. Meta-analysis of the efficacy and safety of naproxen sodium in the acute treatment of migraine. *Headache* 2010;50:808-18. doi: [10.1111/j.1526-4610.2010.01635.x](https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2010.01635.x).
- [11] Derry S, Rabbie R, Moore RA. Diclofenac with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2013. doi: [10.1002/14651858.CD008783.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD008783.pub3). CD008783.
- [12] Suthisang C, Poolsup N, Kittikulsuth W, Pudchakan P, Wiwatpanich P. Efficacy of low-dose ibuprofen in acute migraine treatment: systematic review and meta-analysis. *Ann Pharmacother* 2007;41:1782-91. doi: [10.1345/aph.1K121](https://doi.org/10.1345/aph.1K121).
- [13] Anthony M, Lance JW. Indomethacin in migraine. *Med J Aust* 1968;1:56-7.
- [14] Kirthi V, Derry S, Moore RA. Aspirin with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2013. doi: [10.1002/14651858.CD008041.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD008041.pub3). CD008041.
- [15] Diener H-C, Dodick D, Evers S, Holle D, Jensen RH, Lipton RB, et al. Pathophysiology, prevention, and treatment of medication overuse headache. *Lancet Neurol* 2019;18:891-902. doi: [10.1016/S1474-4422\(19\)30146-2](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(19)30146-2).
- [16] Krymchantowski AV, Jevoux CC, Krymchantowski AG, Vivas RS, Silva-Néto R. Medication overuse headache: an overview of clinical aspects, mechanisms, and treatments. *Expert Rev Neurother* 2020;20:591-600. doi: [10.1080/14737175.2020.1770084](https://doi.org/10.1080/14737175.2020.1770084).
- [17] Nowaczewska M, Wiciński M, Kaźmierczak W. The ambiguous role of caffeine in migraine headache: from trigger to treatment. *Nutrients* 2020;12. doi: [10.3390/nu12082259](https://doi.org/10.3390/nu12082259).
- [18] Cameron C, Kelly S, Hsieh S-C, Murphy M, Chen L, Kotb A, et al. Triptans in the acute treatment of migraine: a systematic review and network meta-analysis. *Headache* 2015;55(Suppl 4):221-35. doi: [10.1111/head.12601](https://doi.org/10.1111/head.12601).
- [19] Thorlund K, Mills EJ, Wu P, Ramos E, Chatterjee A, Druyts E, et al. Comparative efficacy of triptans for the abortive treatment of migraine: a multiple treatment comparison meta-analysis. *Cephalalgia Int J Headache* 2014;34:258-67. doi: [10.1177/0333102413508661](https://doi.org/10.1177/0333102413508661).
- [20] Ferrari MD, Roon KI, Lipton RB, Goadsby PJ. Oral triptans (serotonin 5-HT_{1B/1D} agonists) in acute migraine treatment: a meta-analysis of 53 trials. *Lancet Lond Engl* 2001;358:1668-75. doi: [10.1016/S0140-6736\(01\)06711-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)06711-3).
- [21] Derry CJ, Derry S, Moore RA. Sumatriptan (all routes of administration) for acute migraine attacks in adults - overview of Cochrane reviews. *Cochrane Database Syst Rev* 2014. doi: [10.1002/14651858.CD009108.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD009108.pub2). CD009108.
- [22] Leroux E, Buchanan A, Lombard L, Loo LS, Bridge D, Rousseau B, et al. Evaluation of patients with insufficient efficacy and/or tolerability to triptans for the acute treatment of migraine: a systematic literature review. *Adv Ther* 2020;37:4765-96. doi: [10.1007/s12325-020-01494-9](https://doi.org/10.1007/s12325-020-01494-9).
- [23] Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia Int J Headache* 2018;38:1-211. doi: [10.1177/0333102417738202](https://doi.org/10.1177/0333102417738202).
- [24] Viana M, Genazzani AA, Terrazzino S, Nappi G, Goadsby PJ. Triptan nonresponders: do they exist and who are they? *Cephalalgia Int J Headache* 2013;33:891-6. doi: [10.1177/0333102413480756](https://doi.org/10.1177/0333102413480756).
- [25] Ferrari MD, Goadsby PJ, Roon KI, Lipton RB. Triptans (serotonin, 5-HT_{1B/1D} agonists) in migraine: detailed results and methods of a meta-analysis of 53 trials. *Cephalalgia Int J Headache* 2002;22:633-58. doi: [10.1046/j.1468-2982.2002.00404.x](https://doi.org/10.1046/j.1468-2982.2002.00404.x).
- [26] Lipton RB, Buse DC, Serrano D, Holland S, Reed ML. Examination of unmet treatment needs among persons with episodic migraine: results of the American Migraine Prevalence and Prevention (AMPP) Study. *Headache* 2013;53:1300-11. doi: [10.1111/head.12154](https://doi.org/10.1111/head.12154).
- [27] van Casteren DS, Kurth T, Danser AHJ, Terwindt GM, MaassenVanDenBrink A. Sex differences in response to triptans: a systematic review and meta-analysis. *Neurology* 2021;96:162-70. doi: [10.1212/WNL.00000000000011216](https://doi.org/10.1212/WNL.00000000000011216).
- [28] Hansen JM, Charles A. Differences in treatment response between migraine with aura and migraine without aura: lessons from clinical practice and RCTs. *J Headache Pain* 2019;20:96. doi: [10.1186/s10194-019-1046-4](https://doi.org/10.1186/s10194-019-1046-4).
- [29] Law S, Derry S, Moore RA. Sumatriptan plus naproxen for the treatment of acute migraine attacks in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;4. doi: [10.1002/14651858.CD008541.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD008541.pub3). CD008541.
- [30] Steiner TJ, Jensen R, Katsarava Z, Linde M, MacGregor EA, Osipova V, 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. doi: [10.1186/s10194-018-0899-2](https://doi.org/10.1186/s10194-018-0899-2).
- [31] Eken C. Critical reappraisal of intravenous metoclopramide in migraine attack: a systematic review and meta-analysis. *Am J Emerg Med* 2015;33:331-7. doi: [10.1016/j.ajem.2014.11.013](https://doi.org/10.1016/j.ajem.2014.11.013).
- [32] Golikhatir I, Cheraghmakani H, Bozorgi F, Jahanian F, Sazgar M, Montazer SH. The

- efficacy and safety of prochlorperazine in patients with acute migraine: a systematic review and meta-analysis. *Headache* 2019;59:682-700. doi: [10.1111/head.13527](https://doi.org/10.1111/head.13527).
- [33] Voss T, Lipton RB, Dodick DW, Dupre N, Ge JY, Bachman R, et al. A phase IIb randomized, double-blind, placebo-controlled trial of ubrogepant for the acute treatment of migraine. *Cephalalgia Int J Headache* 2016;36:887-98. doi: [10.1177/0333102416653233](https://doi.org/10.1177/0333102416653233).
- [34] Lipton RB, Dodick DW, Ailani J, Lu K, Finnegan M, Szegedi A, et al. Effect of Ubrogapant vs Placebo on Pain and the Most Bothersome Associated Symptom in the Acute Treatment of Migraine: The ACHIEVE II Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2019;322:1887-98. doi: [10.1001/jama.2019.16711](https://doi.org/10.1001/jama.2019.16711).
- [35] Croop R, Goadsby PJ, Stock DA, Conway CM, Forshaw M, Stock EG, et al. Efficacy, safety, and tolerability of rimegepant orally disintegrating tablet for the acute treatment of migraine: a randomised, phase 3, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet Lond Engl* 2019;394:737-45. doi: [10.1016/S0140-6736\(19\)31606-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31606-X).
- [36] Tfelt-Hansen P, Loder E. The Emperor's new gepants: are the effects of the new oral CGRP antagonists clinically meaningful? *Headache* 2019;59:113-7. doi: [10.1111/head.13444](https://doi.org/10.1111/head.13444).
- [37] van Hoogstraten WS, MaassenVanDenBrink A. The need for new acutely acting antimigraine drugs: moving safely outside acute medication overuse. *J Headache Pain* 2019;20:54. doi: [10.1186/s10194-019-1007-y](https://doi.org/10.1186/s10194-019-1007-y).
- [38] Kuca B, Silberstein SD, Wietecha L, Berg PH, Dozier G, Lipton RB, et al. Lasmiditan is an effective acute treatment for migraine: A phase 3 randomized study. *Neurology* 2018;91:e2222-32. doi: [10.1212/WNL.0000000000006641](https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000006641).
- [39] Goadsby PJ, Wietecha LA, Dennehy EB, Kuca B, Case MG, Aurora SK, et al. Phase 3 randomized, placebo-controlled, double-blind study of lasmiditan for acute treatment of migraine. *Brain J Neurol* 2019;142:1894-904. doi: [10.1093/brain/awz134](https://doi.org/10.1093/brain/awz134).
- [40] Knievel K, Buchanan AS, Lombard L, Baygani S, Raskin J, Krege JH, et al. Lasmiditan for the acute treatment of migraine: Subgroup analyses by prior response to triptans. *Cephalalgia Int J Headache* 2020;40:19-27. doi: [10.1177/0333102419889350](https://doi.org/10.1177/0333102419889350).