

Recommandations pour la prise en charge de la migraine chez l'adulte : diagnostic et évaluation

Geneviève Demarquay¹, Anne Donnet², Anne Ducros³

Disponible sur internet le :
20 octobre 2022

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

Correspondance :

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

■ Résumé

La Société française d'étude des migraines et des céphalées (SFEMC) a actualisé les recommandations pour la prise en charge de la migraine. La première partie de ces recommandations est axée sur le diagnostic et l'évaluation de la migraine : diagnostic précis du type de migraine, recherche des facteurs de risque de migraine chronique et des comorbidités, évaluation du handicap lié à la migraine, évaluation de l'efficacité et la tolérance des traitements actuels de la migraine, proposition d'une stratégie de traitement et plan de suivi. Les outils permettant de mieux évaluer le diagnostic et le retentissement de migraine sont l'agenda migraine, les 6 questions du test d'impact des maux de tête (HIT-6) et l'échelle HAD.

■ Summary

Revised guidelines for the diagnosis and management of migraine in adults

The French Headache Society has updated guidelines for the management of migraine. This article is focused on the diagnosis and assessment of migraine. The management of migraine aims to precisely diagnose the type of migraine, check for risk factors for chronic migraine and comorbidities, assess migraine-related disability and severity, evaluate the efficacy and tolerability of current migraine treatments, and propose a treatment strategy and a follow-up plan.

- **ANTÉCÉDENTS CÉPHALALGIQUES**
 - **Première consultation : diagnostic du type de migraine**
 - âge au moment de l'apparition
 - localisation, type et intensité de la douleur
 - signes et symptômes associés avant (phase prodromique), pendant et entre les crises
 - présence de symptômes d'aura
 - durée des crises
 - facteurs favorisants de migraine (vrais ou supposés)
 - **Suivi : vérifier l'absence d'un nouveau type de céphalée.**
 - **Fréquence des crises (calendrier) :** nombre de jours de migraine et de jours de maux de tête mensuels.
 - **Facteurs de risque de migraine chronique, comorbidités, facteurs thymiques (échelle HAD)**
 - **Impact et incapacité de la migraine : échelle HIT-6, évaluation du comportement d'évitement des déclencheurs.**
 - **Médicaments contre la migraine**
 - **traitement antérieur :**
 - médicaments utilisés en phase aiguë et préventive,
 - efficacité, observance, tolérance, dose, durée d'administration, raisons de l'arrêt.
 - **traitement actuel (revoir le calendrier de la migraine)**
 - traitement des crises : efficacité (voir encadré 3), nombre de jours avec prise, tolérance, dose, moment et voie d'administration, respect des contre-indications.
 - médicaments prophylactiques : efficacité, observance, tolérance, dose, respect des contre-indications
 - traitement non médicamenteux : type, efficacité
- **ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX**
 - **autres maladies douloureuses céphaliques ou non céphaliques**
 - **autres pathologies et traitements**
 - **femmes : désir de grossesse, grossesse, allaitement, contraception, ménopause**
- **EXAMEN PHYSIQUE**
 - **Tension artérielle, fréquence cardiaque, poids et taille (IMC), examen neurologique.**

FIGURE 1

Informations à recueillir chez un patient souffrant de migraine

Introduction : pourquoi s'intéresser à la migraine ?

La migraine est une pathologie très fréquente avec une prévalence de 14,4 % [1]. En France, une personne sur cinq (21,3 %) âgée de plus de 18 ans présente une migraine répondant aux critères diagnostiques de la classification internationale des céphalées (ICHD-3) [2,3]. La migraine représente la deuxième cause d'incapacité chronique en nombre d'années de vie après la lombalgie, et même la première cause chez les personnes âgées de moins de 50 ans [1]. Les patients migraineux présentent une altération de la qualité de vie, aussi bien pendant qu'entre les crises, avec des répercussions négatives sur les performances professionnelles, les tâches ménagères, les loisirs et les relations familiales [4,5]. La migraine entraîne des coûts considérables, directs et indirects, en raison de l'absentéisme et de la réduction de la productivité au travail. Le fardeau de la migraine culmine chez les patients atteints de migraine chronique [6]. La migraine représente, par ailleurs, un facteur de risque vasculaire indépendant [7], et les patients souffrant de migraine avec aura ont un risque deux fois plus élevé d'accident

vasculaire cérébral ischémique [8]. Bien que ses mécanismes exacts soient incomplètement compris, la migraine est considérée comme une affection neurovasculaire due à l'interaction de facteurs génétiques complexes avec de multiples facteurs environnementaux. 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 [9-11].

La prise en charge consiste à diagnostiquer précisément la migraine, à rechercher les facteurs de risque de migraine chronique et les comorbidités, à évaluer le handicap et la gravité liés à la migraine, à évaluer l'efficacité et la tolérance des traitements actuels de la migraine, et à proposer une stratégie de traitement et un plan de suivi (figure 1).

Diagnostiquer les crises de migraine

Les critères diagnostiques de la classification internationale des céphalées ont été traduits en français et sont disponibles sur le site de la SFEMC et de l'IHS (*International Headache Society*).

ENCADRÉ 1

Critères diagnostiques ICHD-3 pour la migraine sans aura [2]

- A. Au moins cinq crises répondant aux critères B-D.
- B. Crises de céphalée durant 4 à 72 heures (non traitées ou avec traitement inefficace).
- C. Le mal de tête présente au moins deux des quatre caractéristiques suivantes :
 - a. localisation unilatérale,
 - b. type pulsatile,
 - c. intensité douloureuse modérée à sévère,
 - d. aggravée par ou entraînant l'évitement d'une activité physique de routine (par exemple, marcher ou monter des escaliers).
- D. Pendant le mal de tête, au moins un des éléments suivants :
 - a. nausées et/ou vomissements,
 - b. photophobie et phonophobie.
- E. N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3.

Migraine sans aura

Douleur migraineuse

Localisation et durée de la céphalée

La douleur est souvent localisée au niveau frontal, orbitaire, temporal et occipital [12] et dure de 4 à 72 heures en l'absence de traitement (*encadré 1*).

Localisation plus rare (avec risque d'erreur diagnostique)

La douleur peut être localisée au niveau cervical et/ou la face [13,14] et risque d'être diagnostiquée à tort comme une névralgie occipitale (névralgie d'Arnold) ou une sinusite.

Symptômes associés à la douleur

Classiques

La céphalée est typiquement associée à une hypersensibilité à la lumière (photophobie) et au bruit (phonophobie) et/ou à des symptômes digestifs (nausées/vomissements) (*encadré 1*). L'hypersensibilité aux odeurs (osmophobie) n'est pas incluse dans les critères de l'ICHD-3, mais elle est considérée comme un symptôme hautement spécifique de la migraine [15].

Autres

D'autres symptômes peuvent être associés comme l'allodynie cutanée, la fatigue, les bâillements, les difficultés de concentration, les changements d'humeur, la raideur de la nuque, la pâleur et les vertiges.

Symptômes dysautonomiques

Les crises peuvent être associées à une injection conjonctivale, un larmoiement, une congestion nasale, une rhinorrhée, un œdème des paupières, un myosis et/ou un ptosis [16,17]. En présence de symptômes dysautonomiques, les crises de

ENCADRÉ 2

Critères diagnostiques ICHD-3 pour la migraine avec aura [2]

- A. Au moins deux crises répondant aux critères B et C.
- B. Au moins un symptôme entièrement réversible d'aura :
 - a. visuel,
 - b. sensitif,
 - c. parole et/ou langage,
 - d. moteur,
 - e. tronc cérébral,
 - f. rétinien.
- C. Au moins trois des six caractéristiques suivantes :
 - a. au moins un symptôme d'aura se développe progressivement sur ≥ 5 minutes,
 - b. deux ou plusieurs symptômes d'aura surviennent successivement,
 - c. chaque symptôme d'aura dure de 5 à 60 minutes,
 - d. au moins un symptôme d'aura est unilatéral,
 - e. au moins un symptôme d'aura est positif,
 - f. l'aura est accompagnée, ou suivie dans les 60 minutes, de maux de tête.
- D. N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3.

migraine doivent être distinguées des crises d'algie vasculaire de la face (AVF).

Prodromes/post-dromes

Les symptômes cités ci-dessus sont présents pendant la crise mais peuvent débuter jusqu'à deux jours avant la céphalée : « phase prodromique », et durer jusqu'à deux jours après la résolution de la douleur : « phase postdromique ». Ils peuvent même persister chez certains patients entre les crises de migraine.

Diagnostic différentiel

Une anamnèse minutieuse permet de distinguer la migraine des autres céphalées primaires, notamment des céphalées de tension, des algies vasculaires de la face, et de la névralgie du trijumeau (*tableau 1*). Les caractéristiques cliniques permettant de poser le diagnostic sont la durée des crises sans traitement, les symptômes associés et le comportement pendant les crises.

Migraine avec aura

La migraine avec aura est diagnostiquée lorsque les patients ont eu au moins deux crises de migraine avec aura, quel que soit le nombre de crises de migraine sans aura [2]. Environ un tiers des patients migraineux souffrent de migraine avec aura [18].

L'aura typique

Elle comprend des symptômes visuels (> 90 %), sensitifs (30 %), et plus rarement, des troubles de la parole et du langage (*encadré 2*). Chaque symptôme individuel dure généralement moins d'une heure. À l'inverse des accidents ischémiques

TABLEAU I

Caractéristiques distinctives des principales céphalées primaires et de la névralgie du trijumeau.

	Migraine	Céphalée de type tension	Algie vasculaire de la face	Névralgie du trijumeau
Durée de la crise	4-72 heures	Plusieurs heures à plusieurs jours	15-180 minutes	De quelques secondes à deux minutes
Unilatéralité	Généralement unilatéral	Généralement bilatéral	Strictement unilatéral	Strictement unilatéral
Localisation de la douleur	Habituellement frontotemporale, parfois occipitale ou diffuse	Diffuse ou bitemporal ou occipital	Orbital et/ou temporal	V2/V3>>V1
Type de douleur	Généralement pulsatile	Habituellement : presser, type de pression, serrement, serrer	Broisement, arrachement de l'œil	Douleur névralgique
Douleur lors d'activités physiques courantes (marche, montée des escaliers)	Souvent aggravé par les activités de routine Cherche le calme	Non aggravé par l'activité physique de routine	Non aggravé par les activités de routine Agitation	Non aggravé par les activités de routine Aggravé par le fait de parler, de boire ou de mâcher (zone trigger)
Intensité de la douleur	Modérée à sévère	Légère à modérée	Sévère à très sévère	Sévère à très sévère
Symptômes digestifs	Généralement, nausées et/ou vomissements	Habituellement aucun	Nausées et/ou vomissements rares	Aucun
Symptômes sensoriels	Habituellement : phonophobie et photophobie Osmophobie fréquente	Souvent aucune Possible photophobie ou phonophobie (pas les deux) Pas d'osmophobie	Possibles phonophobie – photophobie	Aucun
Caractéristiques dysautonomiques *	Possible	Aucun	Oui	Rare
Autres caractéristiques possibles	Sensibilité crânienne et cervicale Allodynie cutanée	Sensibilité crânienne et cervicale	Sensibilité crânienne et cervicale Périodicité circadienne des attaques	Déclenchement par des stimulations habituellement indolores dans les zones trigger qui sont principalement signalées dans la région péri-orale et nasale

* Larmolement, injection conjonctivale, œdème des paupières, transpiration frontale et faciale, plénitude nasale, rhinorrhée, ptosis, myosis.

transitoires dont les symptômes se déclenchent brutalement et de manière simultanée, les symptômes de l'aura se propagent progressivement sur ≥ 5 minutes, et se succèdent les uns après les autres. Les symptômes visuels comprennent des manifestations positives (lumières clignotantes, lignes en zigzag), et/ou négatives (taches aveugles, hémianopsie latérale homonyme). Les symptômes sensitifs comprennent souvent des symptômes négatifs (hypoesthésie) ou positifs (picotements, fourmillements) unilatéraux qui commencent au niveau de la main et affectent progressivement le bras et le visage.

Plus rarement

Les auras comprennent des symptômes dits du tronc cérébral (comme une dysarthrie, des vertiges, des acouphènes) et/ou un déficit moteur (migraine hémiparétique) [2].

Céphalée

L'aura migraineuse est souvent suivie ou accompagnée d'une céphalée qui peut présenter des caractéristiques migraineuses

ou non. Dans une minorité de cas, l'aura survient sans aucune céphalée (migraine avec aura sans céphalée) ; il est donc possible de poser un diagnostic de migraine avec aura sans céphalée.

Distinguer la migraine épisodique de la migraine chronique

Les patients ayant moins de 15 jours de céphalées par mois ont une migraine épisodique. La migraine chronique est définie par 15 jours de céphalées ou plus par mois, pendant plus de trois mois, et qui, au moins huit jours par mois, répondent aux critères ICHD-3 de la migraine avec ou sans aura (*encadré 3*). Environ 3 % des personnes souffrant de migraine épisodique développent une migraine chronique en un an [19], par un processus appelé « transformation », « chronification » ou « progression » [5]. La migraine chronique a un impact majeur sur le fonctionnement physique, mental et socioéconomique, et

ENCADRÉ 3

Critères diagnostiques ICHD-3 pour la migraine chronique [2]

- A. Céphalée (migraine ou tensive) au moins 15 jours/mois pendant plus de 3 mois, et répondant aux critères B et C.
- B. Survenant chez un patient qui a eu au moins cinq crises répondant :
 - a. aux critères B-D de la catégorie 1.1 migraine sans aura,
 - b. et/ou aux critères B et C de la catégorie 1.2 migraine avec aura.
- C. Sur ≥ 8 jours/mois pendant > 3 mois, remplissant l'un des critères suivants :
 - a. critères C et D pour 1.1 migraine sans aura,
 - b. critères B et C pour 1.2 migraine avec aura,
 - c. le patient croit qu'il s'agit d'une migraine au moment de son apparition et qu'elle est soulagée par un triptan ou un dérivé de l'ergot de seigle.
- D. N'est pas mieux pris en compte par un autre diagnostic ICHD-3.

est associée à une moins bonne qualité de vie que la migraine épisodique [6].

Recherche de facteurs de risque de migraine chronique et de comorbidités

Les comorbidités de la migraine

Les comorbidités de la migraine (c'est-à-dire les troubles qui sont plus fréquents chez les migraineux que chez les témoins) comprennent : l'anxiété, la dépression, les troubles du sommeil, l'asthme et d'autres affections respiratoires, les douleurs chroniques autres que les céphalées, les troubles cardiovasculaires et d'autres pathologies moins fréquentes (figure 2). Chacune de ces comorbidités est associée à un risque accru de passage de la migraine épisodique à la migraine chronique, et le risque est encore plus élevé en cas de comorbidités multiples [20,21]

FACTEURS DE RISQUE DE TRANSFORMATION		NIVEAUX DE PREUVE [5]	INTERVENTION PRÉVENTIVE OU CURATIVE POTENTIELLE
Données sociodémographiques	Sexe féminin	Faible	Non modifiable
	Faible statut socio-économique de la famille	Faible	
Facteurs liés au mode de vie	Consommation de caféine	Faible	Éducation Retrait/réduction de l'utilisation
	Obésité	Moyen	Éducation, alimentation saine et exercice physique
Habitudes	Événements majeurs de la vie, y compris les antécédents d'abus	Faible	Prévention des abus physiques, émotionnels et sexuels Techniques de régulation du stress
Grands événements en direct	Fréquence des jours de maux de tête	Élevé	Traitement prophylactique de la migraine
	Nausées persistantes/fréquentes avec migraine	Moyen	Traitement prophylactique de la migraine
	Allodynie cutanée	Moyen	Traitement prophylactique de la migraine
Caractéristiques des maux de tête	Dépression	Élevé	Échelle HAD systématique, traitement et/ou orientation vers d'autres services.
	Asthme et autres affections respiratoires	Moyen	Dépistage et traitement
	Douleur non céphalique (lombalgie/cou, artralgies)	Moyen	Activité physique Éducation sur les risques de surconsommation de médicaments Éviter les opiacés.
	Blessure à la tête et au cou	Faible	Éducation Port du casque le cas échéant
	Ronflement	Moyen	Techniques de gestion du sommeil Éviter benzodiazépines et hypnotiques Traitements spécifiques
	Insomnie	Moyen	Techniques de gestion du sommeil Éviter benzodiazépines et hypnotiques Traitements spécifiques
	Hypertension	Inconnu	Dépistage systématique de l'HTA.
	Maladies cardiovasculaires	Inconnu	Dépistage systématique de l'HTA.
Traitement aigu	Surconsommation de médicaments de crise	Élevé	Éducation Éviter des opiacés
	Traitement aigu inadéquat	Moyen	Optimisation du traitement de crise

FIGURE 2

Facteurs de risque de la migraine chronique [5,25]. HTA : hypertension artérielle

ENCADRÉ 4

Critères diagnostiques ICHD-3 pour les céphalées par abus médicamenteux [2]

- A. Céphalée survenant sur ≥ 15 jours/mois chez un patient ayant une céphalée préexistante.
- B. Surconsommation régulière pendant > 3 mois d'un ou plusieurs médicaments utilisés comme traitement de crise et/ou traitement symptomatique des céphalées :
 - a. analgésiques non opioïdes (AINS, acide acétylsalicylique, paracétamol) sur ≥ 15 jours/mois,
 - b. triptans, ergotamine, opioïdes et analgésiques combinés sur ≥ 10 jours/mois.
- C. N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3.

Facteurs de risque modifiables

Parmi les facteurs de risque modifiables de la progression de la migraine, la fréquence initiale des crises de migraine, la présence d'une dépression et la surconsommation de médicaments sont les facteurs les plus significatifs, à chercher systématiquement lors de chaque consultation.

Les outils

Il s'agit de :

- l'agenda des crises, qui permet d'évaluer le nombre de jours de céphalées mensuels et l'utilisation de médicaments de crise ;
- l'échelle HAD, qui évalue les comorbidités psychiatriques. Un score élevé sur l'échelle HAD peut correspondre aux conséquences émotionnelles des crises de migraine ou à un trouble psychiatrique ou une combinaison des deux.

Dépister la surconsommation de médicaments et les céphalées liées à un abus médicamenteux**Définition**

Les céphalées liées à une surconsommation de médicaments correspondent des céphalées chroniques (> 15 jours par mois) secondaires à une consommation régulière et fréquente de médicaments de crise pendant plus de trois mois (*encadré 4*). Les opiacés et les association d'antalgiques induisent les risques les plus élevés de céphalées chronique par abus médicamenteux (niveau de preuve élevé) [22].

Différencier migraine chronique et céphalées liées à une surconsommation

La surconsommation de médicaments est souvent parallèle à la fréquence élevée des céphalées et peut être soit une conséquence, soit un facteur favorisant la chronification de la migraine, soit les deux [23]. En conséquence, la migraine chronique peut désormais être diagnostiquée, qu'il y ait ou non

ENCADRÉ 5

Critères diagnostiques français de la migraine sévère [31]

- A. Fréquence des maux de tête : au moins 8 jours de migraine par mois.
- B. Fréquence des maux de tête < 8 jours de migraine par mois mais associés à au moins un des critères suivants :
 - 1. score HIT-6 ≥ 60 ,
 - 2. nécessitant une interruption complète de l'activité pour ≥ 50 % des maux de tête.

surconsommation de médicaments [2]. 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 [24].

Évaluer le handicap causé par les migraines : penser au HIT-6

Le handicap dépend de la fréquence et de l'intensité des céphalées et des stratégies d'adaptation du patient et doit être évalué à chaque visite au moyen de l'échelle HIT-6. Les patients souffrant de 8 jours de céphalées par mois ou plus ont une réduction de leur qualité de vie similaire à celle des patients souffrant de migraine chronique [25]. La migraine sévère est diagnostiquée selon les critères français chez tout patient ayant 8 jours de migraine mensuelle ou plus et chez tout patient ayant un score HIT-6 de 60 ou plus et/ou ayant des crises nettement invalidantes [26] (*encadré 5*).

Discuter des facteurs de déclenchement et de leur évitement : souvent surestimés

Les facteurs favorisant des crises de migraine sont des facteurs qui, seuls ou en association, provoquent des crises chez les personnes migraineuses [27]. Le rôle de ces facteurs est souvent surestimé, et même parfois considéré à tort comme un facteur causal. En effet, des stimuli tels que les lumières vives, les bruits, les odeurs ou le chocolat sont souvent incriminés, alors que la photophobie, la phonophobie, l'osmophobie et une sensation de faim sont des symptômes caractéristiques de la phase prodromique de la migraine et donc déjà le signe que la crise de migraine sont en train de débiter. Certains facteurs favorisant de la migraine existent, comme les menstruations et l'alcool. Bien que des modifications du mode de vie doivent être encouragées chez les patients souffrant d'un manque de sommeil, d'une mauvaise condition physique ou d'une alimentation mal équilibrée, il convient de préciser que les améliorations du

ENCADRÉ 6

Critères diagnostiques de la migraine résistante [34]

- A. Diagnostic de migraine sans aura et/ou migraine avec aura ou migraine chronique selon les critères ICHD3.
- B. Céphalées invalidantes pendant au moins 8 jours par mois pendant au moins 3 mois.
- C. Échec et/ou contre-indication à 3 classes de médicaments dont l'efficacité dans la prévention de la migraine a été démontrée, administrés à une dose appropriée pendant une durée appropriée.

mode de vie ne guériront pas la migraine. De plus, les comportements d'évitement des facteurs favorisants réels ou supposés peuvent avoir une incidence négative sur la qualité de vie [28].

Rechercher une migraine résistante ou réfractaire

Pour mieux caractériser les patients souffrant de migraine sévère, la Fédération européenne des céphalées (*European Headache Federation* = EHF) a récemment proposé des critères pour caractériser la migraine résistante et réfractaire [29].

La migraine résistante est diagnostiquée après l'échec d'au moins 3 classes de médicaments prophylactiques contre la migraine et la migraine réfractaire, après l'échec de tous les moyens de prévention disponibles (*encadrés 6 et 7*). L'échec des médicaments comprend le manque d'efficacité ou le manque de tolérance. Les médicaments prophylactiques sont divisés en classes pharmacologiques.

Réaliser un examen physique

L'examen physique doit inclure une évaluation systématique de la pression artérielle. L'examen est typiquement normal chez les

ENCADRÉ 7

Critères diagnostiques de la migraine réfractaire [34]

- A. Diagnostic de migraine sans aura et/ou migraine avec aura ou migraine chronique selon les critères ICHD3
- B. Maux de tête invalidants pendant au moins 8 jours par mois pendant au moins 6 mois.
- C. Échec et/ou contre-indication à toutes les classes de médicaments dont l'efficacité dans la prévention de la migraine a été démontrée, administrés à une dose appropriée pendant une durée appropriée.

ENCADRÉ 8

Questionnaire *Migraine Treatment Optimization Questionnaire* (M-TOQ)

- Après avoir pris votre traitement de crise, êtes-vous capable de reprendre vos activités normales (comme le travail, les loisirs, les activités familiales ou sociales) ?
- Pouvez-vous compter sur votre traitement de crise pour vous soulager dans les 2 heures sur la majorité de vos crises ?
- Une seule dose de traitement est-elle habituellement suffisante pour vous soulager et être tranquille pendant 24 heures ?
- Êtes-vous suffisamment à l'aise avec votre traitement pour planifier vos activités quotidiennes ?
- Votre traitement est-il bien toléré ?

patients migraineux entre les crises. Pendant les crises, l'examen peut montrer une pâleur, une hypo- ou une hypertension, une raideur ou une sensibilité du cou, une allodynie cutanée et, parfois, des symptômes dysautonomiques crâniens. L'allodynie cutanée et les douleurs cervicales peuvent persister entre les crises [30].

Discuter des examens complémentaires

En cas de drapeaux rouges dans les antécédents médicaux ou lors de l'examen physique, il convient d'effectuer une neuro-imagerie et/ou d'autres tests pour confirmer ou exclure une cause de céphalées secondaires et/ou d'aura [31]. La neuro-imagerie ne joue aucun rôle dans le diagnostic positif de la migraine et dans la distinction entre la migraine et les autres céphalées primaires.

Évaluer l'efficacité et la tolérance du traitement de la crise

À chaque visite, il est recommandé de revoir le traitement de crise, à savoir le type de médicament, le nombre de jours de prise (calendrier des maux de tête), la tolérance, la posologie, le moment et la voie d'administration, ainsi que le respect des contre-indications. L'efficacité et la tolérance peuvent être évaluées à l'aide du questionnaire (M-TOQ) (*encadré 8*) [32].

Recommandations SFEMC pour le diagnostic et évaluation de la migraine

Elles sont résumées sur la *figure 3*.

Financement : les auteurs n'ont reçu aucun soutien financier pour la recherche, la rédaction et/ou la publication de cet article.

	RECOMMANDATIONS SFEMC POUR LE DIAGNOSTIC ET ÉVALUATION DE LA MIGRAINE	FORCE DE LA RECOMMANDATION
Rd1	Utiliser les critères ICHD-3 pour diagnostiquer la migraine et la distinguer des céphalées de tension, de l'algie vasculaire de la face et de la névralgie du trijumeau.	Fort
Rd2	Réaliser une IRM cérébrale et/ou d'autres examens complémentaires/ en cas de suspicion d'un autre trouble provoquant des céphalées secondaires et/ou des symptômes semblables à ceux de l'aura, notamment en cas de <ol style="list-style-type: none"> crises de migraine apparaissant après l'âge de 50 ans, aura atypique en raison de son apparition aiguë, de sa durée > 60 minutes, ou de l'absence de symptômes visuels, migraine chronique depuis moins d'un an, examen clinique anormal. 	Fort
Rd3	Effectuer ou référer pour une neuro-imagerie en urgence et/ou d'autres tests appropriés tout patient présentant des céphalées avec <ol style="list-style-type: none"> début soudain des céphalées (coup de tonnerre), début récent ou aggravation récente (< 7 jours), fièvre associée (sans autre cause générale évidente), signes neurologiques associés symptômes évocateurs d'une intoxication (en particulier le CO) contexte d'immunosuppression. 	Fort
Rd4	Encourager l'utilisation d'un calendrier des maux de tête chez tout patient souffrant de migraine.	Fort
Rd5	Évaluer les comorbidités, et conséquences émotionnelles avec l'échelle HAD.	Fort
Rd6	Évaluer le handicap lié aux maux de tête à l'aide de l'échelle HIT-6.	Fort
Rd7	Évaluer la pression artérielle à chaque visite.	Fort
Rd8	Évaluer l'efficacité et la tolérance des médicaments contre la migraine aiguë à chaque visite à l'aide du questionnaire M-TOQ (encadré 8).	Fort
Rd9	Rassurer de manière appropriée, convenir d'objectifs réalistes et proposer une stratégie thérapeutique individualisée combinant <ol style="list-style-type: none"> un traitement de crise optimisé, amélioration du mode de vie (hydratation, sommeil, repas et exercice réguliers) gestion des facteurs de risque modifiables de la chronification de la migraine, notamment la dépression et la surconsommation de médicaments, prophylaxie pour les patients éligibles 	Fort
Rd10	Orienter les patients <ol style="list-style-type: none"> en cas d'aura hémiplégique ou rétinienne, consulter un neurologue. en cas de migraine sévère (critères français) consulter un neurologue ou un médecin certifié par le "Diplôme Inter-Universitaire Migraine et Céphalées" national. en cas de migraine résistante ou réfractaire (EHF), consulter un neurologue certifié par le "Diplôme Inter-Universitaire Migraine et Céphalées" ou un centre tertiaire de céphalées. 	Fort

FIGURE 3

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

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

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

Références

- [1] GBD 2016 Headache Collaborators. Global, regional, and national burden of migraine and tension-type headache, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol* 2018;17:954–76. doi: 10.1016/S1474-4422(18)30322-3.
- [2] 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.
- [3] Lantéri-Minet M, Valade D, Géraud G, Chautard MH, Lucas C. Migraine and probable migraine – results of FRAMIG 3, a French nationwide survey carried out according to the 2004 IHS classification. *Cephalalgia Int J Headache* 2005;25:1146–58. doi: 10.1111/j.1468-2982.2005.00977.x.
- [4] Leonardi M, Raggi A. A narrative review on the burden of migraine: when the burden is the impact on people's life. *J Headache Pain* 2019;20:41. doi: 10.1186/s10194-019-0993-0.
- [5] Buse DC, Fanning KM, Reed ML, Murray S, Dumas PK, Adams AM, et al. Life with migraine: effects on relationships, career, and finances from the Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes (CaMEO) study. *Headache* 2019;59:1286–99. doi: 10.1111/head.13613.
- [6] May A, Schulte LH. Chronic migraine: risk factors, mechanisms and treatment. *Nat Rev Neurol* 2016;12:455–64. doi: 10.1038/nrneurol.2016.93.
- [7] Mahmoud AN, Mentias A, Elgendy AY, Qazi A, Barakat AF, Saad M, et al. Migraine and the risk of cardiovascular and cerebrovascular events: a meta-analysis of 16 cohort studies including 1,152,407 subjects. *BMJ Open* 2018;8:e020498. doi: 10.1136/bmjopen-2017-020498.
- [8] Kurth T, Rist PM, Ridker PM, Kotler G, Bubes V, Buring JE. Association of migraine with

- aura and other risk factors with incident cardiovascular disease in women. *JAMA* 2020;323:2281-9. doi: [10.1001/jama.2020.7172](https://doi.org/10.1001/jama.2020.7172).
- [9] Demarquay G, Moisset X, Lanteri-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).
- [10] 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).
- [11] 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).
- [12] Kelman L. Migraine pain location: a tertiary care study of 1,283 migraineurs. *Headache* 2005;45:1038-47. doi: [10.1111/j.1526-4610.2005.05185.x](https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2005.05185.x).
- [13] Viana M, Sances G, Terrazzino S, Sprenger T, Nappi G, Tassorelli C. When cervical pain is actually migraine: an observational study in 207 patients. *Cephalalgia Int J Headache* 2018;38:383-8. doi: [10.1177/0333102416683917](https://doi.org/10.1177/0333102416683917).
- [14] Lambru G, Elias L-A, Yakkaphan P, Renton T. Migraine presenting as isolated facial pain: a prospective clinical analysis of 58 cases. *Cephalalgia Int J Headache* 2020;40:1250-4. doi: [10.1177/0333102420933277](https://doi.org/10.1177/0333102420933277).
- [15] Terrin A, Mainardi F, Lisotto C, Mampreso E, Fuccaro M, Maggioni F, et al. A prospective study on osmophobia in migraine versus tension-type headache in a large series of attacks. *Cephalalgia Int J Headache* 2020;40:337-46. doi: [10.1177/0333102419877661](https://doi.org/10.1177/0333102419877661).
- [16] Barbanti P, Aurilia C, Dall'Armi V, Egeo G, Fofi L, Bonassi S. The phenotype of migraine with unilateral cranial autonomic symptoms documents increased peripheral and central trigeminal sensitization. A case series of 757 patients. *Cephalalgia Int J Headache* 2016;36:1334-40. doi: [10.1177/0333102416630579](https://doi.org/10.1177/0333102416630579).
- [17] Danno D, Wolf J, Ishizaki K, Kikui S, Yoshikawa H, Takeshima T. Cranial autonomic symptoms of migraine in Japan: prospective study of 373 migraine patients at a tertiary headache center. *Headache* 2020. doi: [10.1111/head.13888](https://doi.org/10.1111/head.13888).
- [18] Russell MB, Rasmussen BK, Thorvaldsen P, Olesen J. Prevalence and sex ratio of the subtypes of migraine. *Int J Epidemiol* 1995;24:612-8. doi: [10.1093/ije/24.3.612](https://doi.org/10.1093/ije/24.3.612).
- [19] Scher AI, Stewart WF, Ricci JA, Lipton RB. Factors associated with the onset and remission of chronic daily headache in a population-based study. *Pain* 2003;106:81-9. doi: [10.1016/s0304-3959\(03\)00293-8](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(03)00293-8).
- [20] Lipton RB, Fanning KM, Buse DC, Martin VT, Hohaia LB, Adams AM, et al. Migraine progression in subgroups of migraine based on comorbidities: results of the CaMEO Study. *Neurology* 2019;93:e2224-36. doi: [10.1212/WNL.0000000000008589](https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000008589).
- [21] Xu J, Kong F, Buse DC. Predictors of episodic migraine transformation to chronic migraine: a systematic review and meta-analysis of observational cohort studies. *Cephalalgia Int J Headache* 2020;40:503-16. doi: [10.1177/0333102419883355](https://doi.org/10.1177/0333102419883355).
- [22] 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).
- [23] 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).
- [24] Scher AI, Rizzoli PB, Loder EW. Medication overuse headache: an entrenched idea in need of scrutiny. *Neurology* 2017;89:1296-304. doi: [10.1212/WNL.0000000000004371](https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000004371).
- [25] Chalmer MA, Hansen TF, Lebedeva ER, Dodick DW, Lipton RB, Olesen J. Proposed new diagnostic criteria for chronic migraine. *Cephalalgia Int J Headache* 2020;40:399-406. doi: [10.1177/0333102419877171](https://doi.org/10.1177/0333102419877171).
- [26] Donnet A, Ducros A, Radat F, Allaf B, Chouette I, Lanteri-Minet M. Severe migraine and its control: a proposal for definitions and consequences for care. *Rev Neurol (Paris)* 2021. doi: [10.1016/j.neurol.2020.11.012](https://doi.org/10.1016/j.neurol.2020.11.012).
- [27] Martin PR. Triggers of primary headaches: issues and pathways forward. *Headache* 2020;60:2495-507. doi: [10.1111/head.13901](https://doi.org/10.1111/head.13901).
- [28] Caroli A, Klan T, Gaul C, Kubik SU, Martin PR, Witthöft M. Types of triggers in migraine - factor structure of the Headache Triggers Sensitivity and Avoidance Questionnaire and development of a new Short Form (HTSAQ-SF). *Headache* 2020;60:1920-9. doi: [10.1111/head.13896](https://doi.org/10.1111/head.13896).
- [29] Sacco S, Braschinsky M, Ducros A, Lampl C, Little P, van den Brink AM, 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. doi: [10.1186/s10194-020-01130-5](https://doi.org/10.1186/s10194-020-01130-5).
- [30] Hvedstrup J, Kolding LT, Younis S, Ashina M, Schytz HW. Ictal neck pain investigated in the interictal state - a search for the origin of pain. *Cephalalgia Int J Headache* 2020;40:614-24. doi: [10.1177/0333102419896369](https://doi.org/10.1177/0333102419896369).
- [31] Moisset X, Mawet J, Guegan-Massardier E, Bozzolo E, Gilard V, Tollard E, et al. French guidelines for the emergency management of headaches. *Rev Neurol (Paris)* 2016;172:350-60. doi: [10.1016/j.neurol.2016.06.005](https://doi.org/10.1016/j.neurol.2016.06.005).
- [32] Lipton RB, Kolodner K, Bigal ME, Valade D, Láinez MJA, Pascual J, et al. Validity and reliability of the migraine-treatment optimization questionnaire. *Cephalalgia Int J Headache* 2009;29:751-9. doi: [10.1111/j.1468-2982.2008.01786.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-2982.2008.01786.x).