

## Le grand âge : la migraine aux oubliettes ?

### *Migraine in older adults.*

*Hugger SS, Do TP, Ashina H, Goicochea MT, Jenkins B, Sacco S, Lee MJ, Brennan KC, Amin FM, Steiner TJ, Ashina M. Migraine in older adults. Lancet Neurol. 2023*

L'équipe du Pr Messoud Ashina a récemment publié dans la revue Lancet Neurology, une revue de la littérature focalisée sur la migraine du sujet âgé. Cette population correspond classiquement aux patients à partir de l'âge de 60 ans. Cet article synthétise les données épidémiologiques, physiopathologiques et cliniques de la migraine chez les patients de 60 ans et plus. En l'absence de recommandations thérapeutiques consensuelles spécifiquement pour cette population, les auteurs proposent une stratégie thérapeutique par palier.

La présentation clinique de la migraine dans cette population est habituellement moins stéréotypée que chez l'adulte jeune. Les céphalées peuvent être volontiers bilatérales, et plus fréquemment associées à des symptômes autonomiques tels qu'une tachycardie ou une rougeur du visage. L'intensité des céphalées a tendance à se réduire dans cette population, tandis que leur fréquence augmente. La proportion de patients exprimant des auras lors des crises de migraine est plus élevée et les patients exprimant des auras sans céphalée sont plus fréquents dans cette population. La prévalence de la migraine est évaluée à 7 % entre l'âge de 60 et 69 ans et 4 % après cet âge. Un certain nombre de modifications physiologiques dans cette population âgée (vasculaires, neuronales, hormonales) pourraient expliquer cette évolution de la maladie migraineuse.

La prise en charge de la crise de migraine peut reposer sur les mêmes molécules que tout au long de la vie, c'est-à-dire les antalgiques simples, les anti-inflammatoires, les triptans, les anti-émétiques, et, lorsqu'elles sont disponibles, les nouvelles classes thérapeutiques : les gépants et les ditans. En tenant compte des comorbidités plus fréquemment retrouvées dans cette population et en l'absence de recommandations spécifiques pour le grand âge, les auteurs proposent une approche par étape, pour définir le traitement de crise adéquat. Ils recommandent un anti-inflammatoire non stéroïdien en première intention, avec toutefois une prudence si la fréquence des crises est élevée. Chez les patients sous traitement antiagrégant plaquettaire, le risque de complications digestives, rénales et cardio-vasculaires limite leur usage. Dans ce cas, ou en cas d'intolérance, le paracétamol doit être considéré en substitution. Les triptans peuvent être utilisés en deuxième intention, après échec sur au moins 3 crises consécutives. Ces traitements ne sont pas recommandés en cas de tension artérielle insuffisamment contrôlée, en cas d'antécédent d'accident cérébro-vasculaire ou de maladie coronarienne, ou s'il existe des facteurs de risque cardio-vasculaires. Les nouvelles classes thérapeutiques, qui n'ont pas d'effet vasoconstricteur (lasmiditan, ubrogepant et rimegepant) ne requièrent pas les mêmes précautions d'emploi et sont des traitements prometteurs pour cette classe d'âge. Ils sont principalement limités par leur coût et leur manque de disponibilité.

La prescription d'un traitement de fond doit tenir compte des modifications physiologiques liées à l'âge. Leur introduction doit être progressive. Les bêtabloquants ou le candesartan doivent être utilisés en première intention dans cette population. Les auteurs considèrent que les antiépileptiques et les antidépresseurs doivent être choisis en deuxième intention, en raison notamment des risques de troubles cognitifs et de chute. La Toxine botulique de type A dans le cadre de la migraine chronique, ou les traitements ciblant le CGRP ou son récepteur, sont des traitements de troisième intention. La tolérabilité de ces traitements ne semble pas moins bonne chez les patients de 60 ans et plus. En revanche, les études cliniques n'ont pas pu évaluer la tolérabilité des traitements ciblant le CGRP chez les patients ayant présenté un accident cérébrovasculaire ou cardiovasculaire.

Les auteurs précisent que les études thérapeutiques excluent généralement les patients âgés. Pourtant, ces patients avec une maladie active représentent une population substantielle.