



RECOMMANDATIONS

Prise en charge de la migraine chez l'adulte

édito

La Société Française d'Études des Migraines et Céphalées (SFEMC) a publié en 2021 de nouvelles recommandations de prise en charge de la migraine de l'adulte.

Elles sont disponibles dans leur intégralité sur : www.sfemc.fr (Recommandations - Aura Migraine - SFEMC)

Il nous a semblé important de diffuser l'essentiel de ces recommandations aux médecins généralistes sous forme d'un livret facilement consultable.

Depuis 2021 il y a eu de nombreuses modifications dans la prise en charge de la migraine (disparition d'anciens traitements de fond, apparition de nouveaux traitements, restrictions de prescriptions de certains traitements de fond, etc...). Ces modifications ont été ajoutées dans ce livret.

Très bonne lecture!!

**Dr. Christian
LUCAS** Past Président de la SFEMC



SFEMC



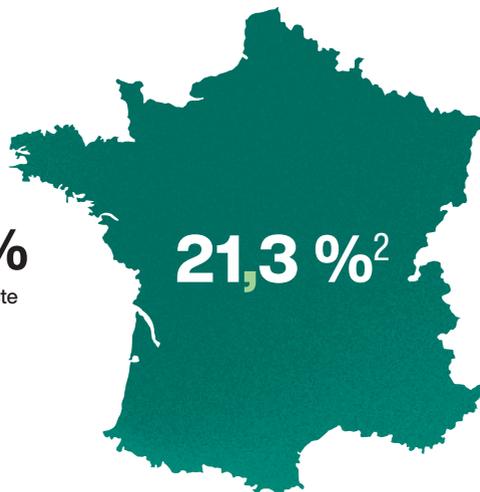
Sommaire

- p.04 Épidémiologie de la migraine
- p.05 Diagnostic de la migraine: sans aura, avec aura, chronique
- p.06 Définition de la surconsommation en antalgiques
- p.10 Échelle HAD: co-morbidité anxio-dépressive
- p.12 Score HIT-6: score d'impact de la maladie migraineuse
- p.14 Migraines sévère, résistante, réfractaire
- p.15 Facteurs déclenchants de crise
- p.15 Stratégie de prise en charge
- p.18 Les traitements de crise
- p.22 Les traitements de fond
- p.33 Les traitements non pharmacologiques
- p.34 Notes

La migraine : une maladie fréquente

Prévalence de la migraine chez l'adulte

11,2 %
Migraine stricte



21,3 %²

10,1 %
Migraine probable

La migraine est la maladie neurologique la plus fréquente



14 %¹

1. DOI: 10.1186/s10194-022-01402-2

2. Lanteri-Minet M, Valade D, Geraud G, Chautard MH, Lucas C. Cephalalgia 2005; 25:1146-58

Diagnostic de la migraine



1.

Distinguer migraine épisodique et migraine chronique selon les critères ICHD-3

2.

Faire un examen clinique :
Mesure systématique de la pression artérielle

3.

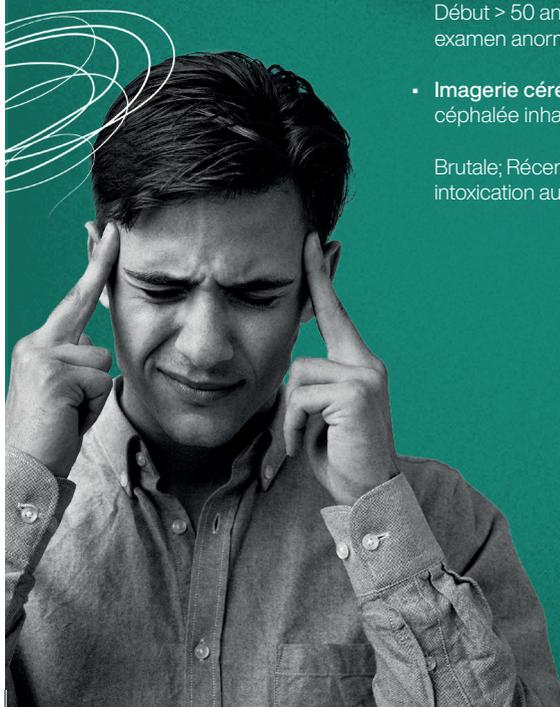
Discuter des examens complémentaires :
normalement aucun !!!

- **IRM cérébrale (et autres examens)** seulement si suspicion d'une potentielle affection causant une céphalée et/ou des auras secondaires

Début > 50 ans, aura atypique, migraine chronique depuis < 1 an, examen anormal

- **Imagerie cérébrale en urgence (et autres examens)** si céphalée inhabituelle

Brutale; Récente < 7], fièvre, signes neurologiques, suspicion intoxication au CO, contexte d'immunodépression



**Il n'existe aucun examen spécifique,
tel qu'une analyse sanguine ou une
radiographie, qui puisse être utilisé afin
de diagnostiquer la migraine.**

C'est un diagnostic clinique



Migraine de l'adulte : Critères de l'IHS



(International Headache Society - IHCD-3)

Migraine sans aura (selon l'IHCD-3)

- A. Au moins cinq crises répondant aux critères **B à D**
- B. Crises de **céphalées** durant de **4 à 72 heures** (sans traitement)
- C. **Céphalées** ayant au moins **deux** des 4 caractéristiques suivantes :
 - Unilatérale
 - Pulsatile
 - Modérée ou sévère
 - Aggravation par les activités physiques de routine, telle que la montée ou la descente d'escaliers
- D. Durant les céphalées au moins l'un des 2 caractères suivants :
 - **Nausée** (25% des patients) et/ou vomissement (10% des patients)
 - **Photophobie et phonophobie** (accentuation de la douleur au bruit et à la lumière)
- E. L'examen clinique doit être normal entre les crises. **En cas de doute, une céphalée secondaire doit être recherchée** par les investigations complémentaires appropriées

- Si les cinq critères A, B, C, D, E sont présents, il s'agit d'une migraine sans aura au sens strict du terme
- Si l'un des critères A, B, C ou D n'est pas rempli en totalité, il s'agit d'une migraine sans aura probable

Migraine avec aura

Le diagnostic de la migraine avec aura repose sur au moins 2 crises qui :

- Présentent au moins un symptôme d'aura **totale**ment réversible. Parmi les symptômes d'aura figurent des symptômes visuels, sensoriels, moteurs, rétinéens ou touchant l'élocution et/ou le langage ou le tronc cérébral ;
- Présentent au moins trois des six caractéristiques suivantes :
 1. Au moins un symptôme de l'aura se développe progressivement sur **au moins 5 minutes** (« marche » migraineuse)
 2. Au moins **deux symptômes se succèdent**,
 3. Chaque symptôme de l'aura dure **entre 5 et 60 minutes**,
 4. Au moins un symptôme de l'aura est **unilatéral**,
 5. Au moins un symptôme de l'aura est **positif**,
 6. **Les céphalées accompagnent l'aura ou lui succèdent dans les 60 minutes suivantes ;**
- Ne correspondent pas mieux à un autre diagnostic de l'IHCD-3.

Migraine chronique : critères diagnostiques

Nombre de migraine épisodique : moins de 15 jours de céphalées par mois

- Céphalée présente **au moins 15 jours par mois** depuis **au moins 3 mois**.
- Céphalée survenant chez un patient ayant présenté au préalable au moins **5 crises de migraine sans aura et/ou 2 crises de migraine avec aura**.
- Au moins **8 jours par mois** la céphalée répond aux critères C et D de la migraine sans aura, et/ou aux critères B et C de la migraine **avec aura** et/ou répond à un traitement par **triptan ou ergotamine**
- Céphalée **non attribuable** à une autre cause

Critères ICHD-3 de la céphalée par surconsommation médicamenteuse chez le migraineux

- Céphalée **≥15 jours/mois** chez un patient ayant un antécédent de migraine
- Surconsommation régulière **depuis >3 mois** d'un ou plusieurs traitements qui peuvent être pour soulager la céphalée
 1. Antalgiques non-opiacés (AINS, aspirine, paracétamol) **≥ 15 jours/mois**
 2. Triptans, ergotamine, opiacés et antalgiques combinés **≥ 10 jours/mois**



Dépister une SURCONSOMMATION médicamenteuse

Ne plus surestimer le rôle de la surconsommation médicamenteuse dans la genèse d'une migraine chronique car risques :

- Augmentation de la souffrance des patients
- Culpabilisation et stigmatisation des patients
- Détourner d'autres thérapeutiques efficaces

NB: la migraine chronique est une forme clinique de la migraine, affection neurologique d'origine génétique, et existe même sans surconsommation en antalgiques.



Échelle HAD :

Rechercher une co-morbidité anxio-dépressive

Auto-questionnaire

14
questions

7 questions
pour l'anxiété

7 questions
pour la dépression

Score

0-7 Normal

8-10 Borderline,
Douteux

11-21 **Anormal**



Un score élevé peut résulter

- Du retentissement émotionnel d'une migraine invalidante
- D'un trouble psychiatrique
- De la combinaison des deux

scale

Date :

Questionnaire HAD

Pour remplir ce questionnaire : Entourez la bonne réponse à chaque question, puis faites le total comme il est indiqué en bas de page

Score A :

Score D :

Score total :

À remplir par
le médecin

Additionnez les réponses :
1, 3, 5, 7, 9, 11, 13

Additionnez les réponses :
2, 4, 6, 8, 10, 12, 14

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :

- La plupart du temps 0 3
- Souvent 0 2
- De temps en temps 0 1
- Jamais 0 0

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

- Oui, tout autant 0 3
- Pas autant 0 2
- Un peu seulement 0 1
- Presque plus 0 0

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

- Oui, très nettement 0 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 0 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 0 1
- Pas du tout 0 0

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses :

- Autant que par le passé 0 3
- Plus autant qu'avant 0 2
- Vraiment moins qu'avant 0 1
- Plus du tout 0 0

5. Je me fais du souci :

- Très souvent 0 3
- Assez souvent 0 2
- Occasionnellement 0 1
- Très occasionnellement 0 0

6. Je suis de bonne humeur :

- Jamais 0 3
- Rarement 0 2
- Assez souvent 0 1
- La plupart du temps 0 0

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive 0 3
- Oui, en général 0 2
- Rarement 0 1
- Jamais 0 0

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

- Presque toujours 0 3
- Très souvent 0 2
- Parfois 0 1
- Jamais 0 0

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :

- Jamais 0 3
- Parfois 0 2
- Assez souvent 0 1
- Très souvent 0 0

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

- Plus du tout 0 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 0 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 0 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :

- Oui, c'est tout à fait le cas 0 3
- Un peu 0 2
- Pas tellement 0 1
- Pas du tout 0 0

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :

- Autant qu'avant 0 3
- Un peu moins qu'avant 0 2
- Bien moins qu'avant 0 1
- Presque jamais 0 0

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- Vraiment très souvent 0 3
- Assez souvent 0 2
- Pas très souvent 0 1
- Jamais 0 0

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :

- Souvent 0 3
- Parfois 0 2
- Rarement 0 1
- Très rarement 0 0

Évaluer l'impact des céphalées

Agenda des crises & échelle HIT-6

Agenda des crises :

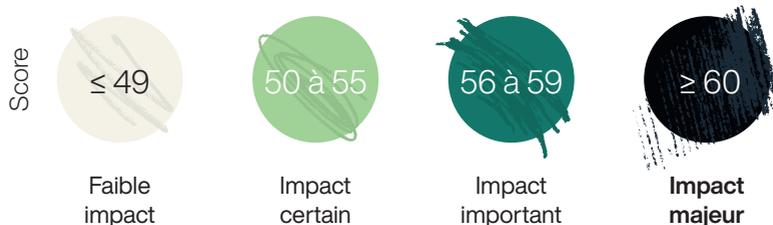


Échelle HIT-6

Évaluation de l'impact fonctionnel induit par la migraine

- 6 questions sur l'impact de la crise et l'impact global
- 5 items de réponse : jamais, rarement, de temps en temps, très souvent et tout le temps cotés respectivement 6, 8, 10, 11 et 13.
- Somme des 6 réponses = score HIT-6 de 36 à 78

Quatre grades de sévérité



Variation numérique du score : suivi du patient

Date :

Questionnaire HIT sur l'impact des céphalées

HIT : Headache Impact Test. Cette échelle mesure l'impact (impact réel à partir de 50 points) des céphalées sur la vie professionnelle, familiale et sociale du patient; elle favorise le dialogue et permet de suivre de l'évolution. Plus le score est élevé, plus l'impact des maux de tête sur sa vie est important.

	Jamais	Rarement	De temps en temps	Très souvent	Tout le temps
1. Lorsque vous avez des maux de tête, la douleur est-elle intense ?	<input type="radio"/>				
2. Votre capacité à effectuer vos activités quotidiennes habituelles, y compris les tâches ménagères, le travail, les études ou les activités avec les autres, est-elle limitée à cause de vos maux de tête ?	<input type="radio"/>				
3. Lorsque vous avez des maux de tête, souhaiteriez-vous avoir la possibilité de vous allonger ?	<input type="radio"/>				
4. Au cours de ces 4 dernières semaines, vous êtes vous senti(e) trop fatigué(e) pour travailler ou effectuer vos activités quotidiennes à cause de vos maux de tête ?	<input type="radio"/>				
5. Au cours de ces 4 dernières semaines, avez-vous éprouvé un sentiment de « ras-le-bol » ou d'agacement à cause de vos maux de tête ?	<input type="radio"/>				
6. Au cours de ces 4 dernières semaines, votre capacité à vous concentrer sur votre travail ou vos activités quotidiennes a-t-elle été limitée à cause de vos maux de tête ?	<input type="radio"/>				
Total					
Pour calculer le score total, additionnez les points obtenus pour chaque colonne	6 pts par réponse	8 pts par réponse	10 pts par réponse	11 pts par réponse	13 pts par réponse

Score total = un total inférieur à 55 est le témoin d'un impact léger ou modéré alors qu'un score supérieur à 55 est le signe d'un impact important à majeur.

Dépister une migraine :

Une migraine sévère, une migraine résistante & une migraine réfractaire

Donnet et al Rev Neurol 2021

Sacco et al Journal Headache Pain 2020



Migraine "sévère"

Critère A ou B depuis ≥ 3 mois

Critère A ≥ 8 JM / mois

Critère B < 8 JM / mois et au moins un des ces deux critères :

- HIT-6 ≥ 60
- Arrêt total des activités $\geq 50\%$ des crises



Migraine "résistante"

Critère A : Diagnostic de migraine sans aura et/ou migraine avec aura ou migraine chronique+ selon les critères ICHD3.

Critère B : Céphalée invalidante** ≥ 8 jours/mois ≥ 3 mois

Critère C : Échec à au moins 3 classes*** de traitement prophylactique



Migraine "réfractaire"

Critère A : Diagnostic de migraine sans aura et/ou migraine avec aura ou migraine chronique+ selon les critères ICHD3.

Critère B : Céphalée invalidante** ≥ 8 jours/mois ≥ 6 mois

Critère C : Échec à toutes les classes*** de traitement prophylactique

*sans ou avec abus médicamenteux

**sans référence à une échelle PRO

***classes considérées : AD / AE / b- / Ca2+- / CGRP- / ACE-RAII- / toxine botulinique (MC)

Les facteurs déclenchants des crises et leur évitement

Martin PR. Headache 2020;60:2495-2507; Caroli A. Headache 2020;60:1920-1929

- **Déclencheurs** : facteurs qui isolément ou en combinaison provoquent les crises chez un patient migraineux: toutes les variations (stress ou levée de stress, excès ou dette de sommeil, repas gras ou hypoglycémie, variations hormonales...)
- Rôle souvent surestimé et même interprété parfois comme causal
- **Confusion entre déclencheurs et prodromes (signes avant-coureurs de la crise: bâillements, asthénie, raideur cervicale, sensation de faim impérieuse...)**
- Vrais déclencheurs souvent évidents (alcool, période cataméniale)
- Règles hygiéno-diététiques :
 1. Pour les patients ayant une hygiène de vie défavorable
 - 2.Éviction des facteurs déclencheurs: ne vont jamais guérir la migraine
- **Des comportements d'évitement inutiles de déclencheurs réels ou supposés peuvent diminuer la qualité de vie et même contribuer à augmenter la sensibilité aux déclencheurs et ainsi aggraver la migraine**

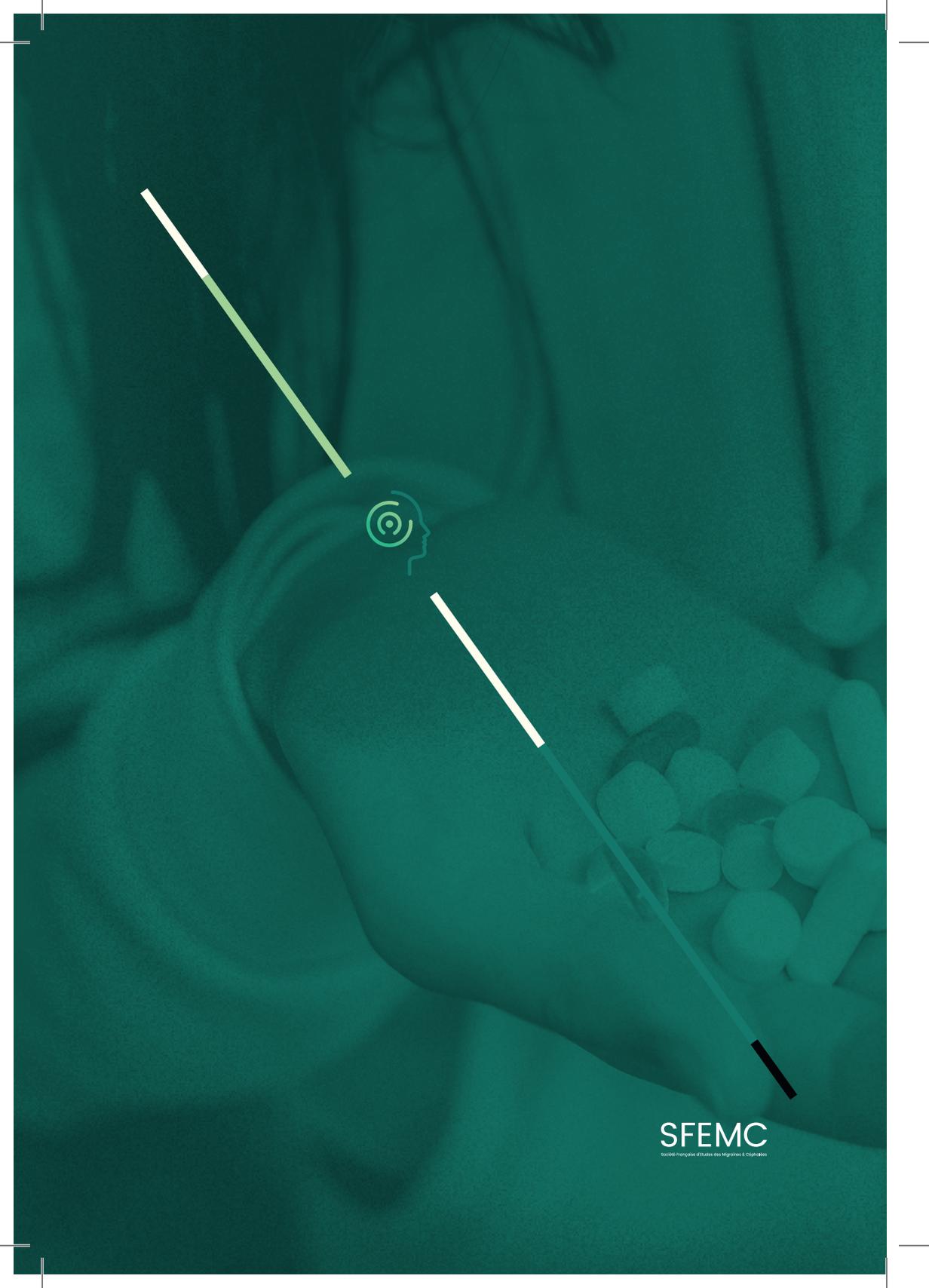
Proposer une stratégie de prise en charge

Rassurer, se mettre d'accord sur des objectifs réalistes et proposer une stratégie thérapeutique individualisée combinant :

- Un traitement de crise optimisé,
- Des améliorations de l'hygiène de vie (hydratation, sommeil, repas et exercice physique réguliers),
- Une prise en charge des facteurs de risque modifiable de chronicisation de la migraine notamment la dépression et la surconsommation de traitements de crise
- Un traitement de fond pour les patients éligibles.

Adresser les patients

- Avec une aura du tronc cérébral, hémiplégique ou rétinienne à un neurologue ou un médecin titulaire du 'DIU Migraine et Céphalées'
- Avec une migraine sévère, une migraine résistante ou réfractaire (critères français) à un neurologue ou un médecin titulaire du 'DIU Migraine et Céphalées' ou un centre céphalée tertiaire.

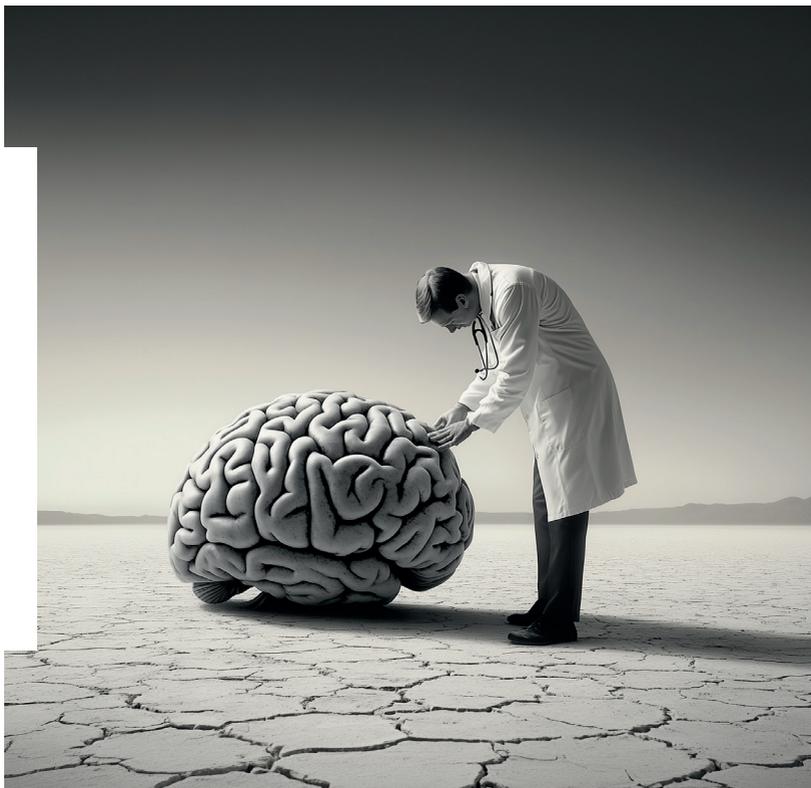


SFEMC
Société française d'Etudes des Médicaments & Cosmétiques

Optimiser le traitement de crise

Choisir une ou plusieurs stratégies pour améliorer l'efficacité et/ou la tolérance du traitement de crise, et éduquer le patient

- Traiter dès que possible
- Combiner un triptan et un AINS en prise simultanée si les crises sont résistantes à un triptan seul et/ou lorsque les récurrences (réapparition de la céphalée migraineuse qui a été totalement ou partiellement soulagée entre 2 et 48h00 après le soulagement initial) sont problématiques.
- Pas d'effet classe pour les triptans.
- Combiner un AINS, un triptan et du métoclopramide pour des crises très sévères.
- Evoquer un gépant pour les patients en échec des triptans et AINS ou ayant une contre-indication



Traitement de crise

Antalgiques :

- Paracétamol : Efficace sur crise légère à modérée avec peu de symptômes associés
- Aspirine : Seul ou en association fixe avec le métoclopramide

ANTALGIQUES	Qualité de la preuve d'efficacité	Force de la recommandation par la SFEMC	Posologie
Ac Acetylsalicylique, aspirine	Élevée	Forte	1000 mg max 3000 mg/j
Ac Acetylsalicylique, métoclopramide (AMM)	Élevée	Forte	900 mg + 10 mg max 3/day
Paracétamol	Élevée (pour les crises faibles ou modérées)	Faible	500, 1000 mg max 4g/j
Paracétamol + caféine	Élevée	Faible	500 mg + 50 mg max 6 cp/j

AINS

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

AINS +++	Qualité de la preuve d'efficacité	Force de la recommandation par la SFEMC	Posologie
Diclofenac	Élevée	Forte	25, 50, 100 mg max 150 mg/j
Flurbiprofène	Élevée	Forte	8.75 mg max 5 cp/j
Ibuprofène (AMM)	Élevée	Forte	200, 400 mg max 1200 mg/j
Ketoprofène (AMM)	Élevée	Forte	100, 150 mg, 100 mg (suppo) max. 200 mg/day
Naproxène	Élevée	Forte	550, 1000 mg, max 1100 mg/j
Indométacine	Moyen	Modéré	25, 75 mg, 100 mg (suppo) max 300 mg/j

TRIPTANS

Les triptans sont des traitements spécifiques de la crise migraineuse à plus haut niveau de preuves médico-scientifiques

TRIPTANS+++	Qualité de la preuve d'efficacité	Force de la recommandation par la SFEMC	Posologie
Almotriptan (AMM)	Élevée	Forte	12,5 mg max 25 mg/j
Eletriptan (AMM)	Élevée	Forte	20, 40 mg max 80 mg/j
Frovatriptan (AMM)	Élevée	Forte	2,5 mg max 5 mg/j
Naratriptan (AMM)	Élevée	Forte	2,5 mg max 5 mg/j
Rizatriptan (AMM)	Élevée	Forte	5, 10 mg max 20 mg/j
Sumatriptan (AMM)	Élevée	Forte	50 mg max 300 mg/j 10/20 mg (spray) max 40 mg/j 6 mg (SC) max 12 mg/day
Zolmitriptan (AMM)	Élevée	Forte	2,5 mg max 5 mg/j

GEPANTS

Depuis les recommandations publiées en 2021 le rimegepant 75 mg est désormais disponible (depuis le 09/10/2023) en traitement de crise



Traitement précoce

(≤ 1 heure après début de la céphalée)

1.

Si crise légère :

Débuter par AINS

Ajout triptan une heure après si pas de soulagement

2.

Si crise modérée à sévère :

Débuter par triptan

Ajout AINS une heure après si pas de soulagement

3.

Si crise de migraine avec aura:

AINS au début de l'aura, + triptan au début de la céphalée si elle survient

4.

Test sur 3 crises avant évaluation

5.

Triptan + AINS d'emblée si crise avec récurrence systématique et/ou crise sévère (exemples: crise à début nocturne ou crise cataméniale).

Les 2 molécules peuvent être prises via 2 comprimés distincts ou via une combinaison fixe



Évaluation du traitement de crise grâce au questionnaire M-TOC

1. 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) ?

→

2. Pouvez vous compter sur votre traitement de crise pour vous soulager dans les 2 heures sur la majorité de vos crises ?

→

3. Une seule dose de traitement est elle habituellement suffisante pour vous soulager et être tranquille pendant 24 heures ?

→

4. Votre traitement est-il bien toléré ?

→

5. Etes vous suffisamment à l'aise avec votre traitement pour planifier vos activités quotidiennes ?

→

En se basant sur la préférence du patient, le calendrier des céphalées, les critères de migraine sévère et de migraine chronique, et les scores aux échelles HIT-6 et HAD.



Initiation d'un traitement de fond

Déterminer l'indication d'un traitement de fond

En se basant sur la préférence du patient, le calendrier des céphalées, les critères de migraine sévère et de migraine chronique, et les scores aux échelles HIT-6 et HAD.

Débuter un traitement de fond lorsque le patient

- Utilise un traitement de crise ≥ 8 jours/mois depuis >3 mois
- À une migraine sévère selon les critères français
- À une migraine chronique selon les critères ICHD-3
- À un score HIT-6 à 60 ou plus
- À des crises invalidantes malgré l'optimisation du traitement de crise

Éducation du patient sous traitement de fond

Expliquer les objectifs du traitement préventif

- Réduction du nombre de jours de migraine mensuels de 50% en cas de migraine épisodique et 30% en cas de migraine chronique
- Efficacité jugée lors du 3^{ème} mois de traitement (semaines 8-12).
- La prophylaxie vise également à réduire la consommation de traitements de crise, l'intensité et la durée des crises, et à améliorer la QDV.
- L'échec peut être dû à une inefficacité et/ou une intolérance.
- Débuter un traitement de fond oral en monothérapie et à faible dose, en tenant compte des effets indésirables possibles.
- Expliquer que l'observance du traitement de fond est cruciale.
- Si possible, prescrire une prise quotidienne unique pour améliorer l'observance.

En traitement de fond de première intention dans la migraine **épisode**

Prescrire du propranolol ou du métoprolol en première intention à tout patient chez qui un bêtabloquant est approprié, en raison du niveau élevé de preuves d'efficacité.

Lorsque un bêtabloquant n'est pas approprié, prescrire en première intention de **l'amitriptyline ou du candésartan ou du topiramate** selon les préférences du patient et les comorbidités.



En traitement de fond de première intention dans la migraine **chronique**

Prescrire du **propranolol** en première intention à tout patient chez qui ce traitement est approprié, en raison du niveau élevé des preuves d'efficacité.

Le topiramate a un haut niveau de preuves dans la migraine chronique mais ne peut plus être prescrit par le MG (chez la femme en activité génitale) sans consultation neurologique au préalable avec accord de soins annuels signé

Chez les patients en migraine chronique avec **surconsommation en antalgiques**, prescrire un traitement de fond de première intention.



Le topiramate est CI dans la grossesse. **Plus de possibilité depuis mai 2023 de prescrire pour les MG le topiramate sans consultation neurologique au préalable avec accord annuel de soins chez les femmes en activité génitale.**

Augmentation du risque d'autisme x 3 si poursuite du traitement pendant la grossesse.

Traitements de fond oraux recommandés dans la migraine épisodique

TRAITEMENT	Qualité de la preuve d'efficacité	Force de la recommandation par la SFEMC
Amitriptyline (AMM)	Élevée	Forte
Propranolol (AMM)	Élevée	Forte
Métoprolol (AMM)	Élevée	Forte
Ketoprofène (AMM)	Élevée	Forte
Candésartan (pas d'AMM)	Élevée	Forte
Topiramate (AMM)	Élevée	Forte, jamais chez la femme en âge de procréer 
Valproate	Élevée	

Nébivolol	Intermédiaire	Moyenne
Aténolol	Élevée	Moyenne
Timolol	Élevée	Moyenne
Lisinopril	Faible	Moyenne
Oxétorone (AMM)	Faible	Moyenne
Pizotifène (AMM)	Intermédiaire	Moyenne
Lamotrigine	Faible dans la migraine avec aura	Faible dans la migraine avec aura NON recommandée dans la migraine sans aura 
Lévétiracetam	Intermédiaire	Faible
Venlafaxine	Faible	Faible

Traitements de fond oraux recommandés dans la migraine chronique

TRAITEMENT	Qualité de la preuve d'efficacité	Force de la recommandation par la SFEMC
------------	-----------------------------------	---

Topiramate	Elevée	Forte
<p>Le topiramate est CI dans la grossesse. Plus de possibilité depuis mai 2023 de prescrire pour les MG le topiramate sans consultation neurologique au préalable avec accord annuel de soins chez les femmes en activité génitale.</p> <p>Augmentation du risque d'autisme x3 si poursuite du traitement pendant la grossesse.</p> <p>Si le topiramate n'est pas approprié (femme en activité génitale) privilégier les traitements de la case suivante :</p>		

Amitriptyline	Faible	Moyenne
Valproate	Intermédiaire	Moyenne Jamais chez la femme en âge de procréer
Propranolol	Faible	Faible
Aténolol	Faible	Faible
Candésartan	Faible	Faible
Lévétiracetam	Faible	Faible

Traitements de fond injectables recommandés dans la migraine

Après échec d'au moins deux traitements de fond oraux

Traitement	Niveau de preuve d'efficacité	Force de la recommandation par la SFEMC
Toxine botulinique de type A <i>(à réaliser par médecin formé)</i>	Élevée dans la MC <i>Pas efficace dans la ME</i>	Forte
Anticorps anti-CGRP ou anti-récepteur du CGRP : <i>Prescriptions réservées aux neurologues</i>		
Erenumab <i>(voie SC mensuelle)</i>	Élevée dans la ME Élevée dans la MC	Forte dans la ME Forte dans la MC
Eptinezumab <i>(voie IV trimestrielle. Produit de la réserve hospitalière)</i>	Élevée dans la ME Élevée dans la MC	Forte dans la ME Forte dans la MC
Fremanezumab <i>(voie SC mensuelle)</i>	Élevée dans la ME Élevée dans la MC	Forte dans la ME Forte dans la MC
Galcanezumab <i>(voie SC mensuelle)</i>	Élevée dans la ME Élevée dans la MC	Forte dans la ME Forte dans la MC

MC : migraine chronique ME : migraine épisodique

L'évaluation et l'adaptation du traitement de fond, la SFEMC recommande

- ✓ Évaluer l'efficacité, la tolérance, l'observance et le retentissement de la migraine par l'interrogatoire, le calendrier et les échelles HIT-6 et HAD à chaque consultation.
- ✓ Évaluer l'efficacité lors du 3^{ème} mois de traitement.
- ✓ En cas d'efficacité et de bonne tolérance, poursuivre la prophylaxie 6 à 12 mois puis diminuer doucement avant de considérer l'arrêt.
- ✓ Recommencer le même traitement si la fréquence des crises augmente lors de la diminution ou après l'arrêt.

En cas d'efficacité et/ou de tolérance insuffisante, choisir une ou plusieurs stratégies pour optimiser le traitement de fond et éduquer le patient :

- ① Vérifier l'observance.
- ② Dépister une surconsommation médicamenteuse, notamment d'antalgiques pris pour d'autres douleurs
- ③ En cas d'efficacité insuffisante et de bonne tolérance, augmenter la prophylaxie à la dose maximale recommandée avec une tolérance acceptable.
- ④ Changer de prophylaxie.

Stratégie thérapeutique dans le traitement préventif de la migraine

Recommandations de la Société Française d'Étude des Migraines et des Céphalées - SFEMC

Migraine épisodique

1^{ère} ligne

Beta bloquants
Propranolol, metoprolol

Amitriptyline,
candesartan ou topiramate

Choix selon les préférences du patient et les comorbidités

2^{ème} ligne

Autre traitement recommandé dans ME

Choix selon les préférences du patient et les comorbidités

Si échec à 2 traitements

< 8 JMM

Autre traitement recommandé dans ME

≥ 8 JMM

Anti-CGRP
(erenumab, fremanezumab,
galcanezumab, eptinezumab)

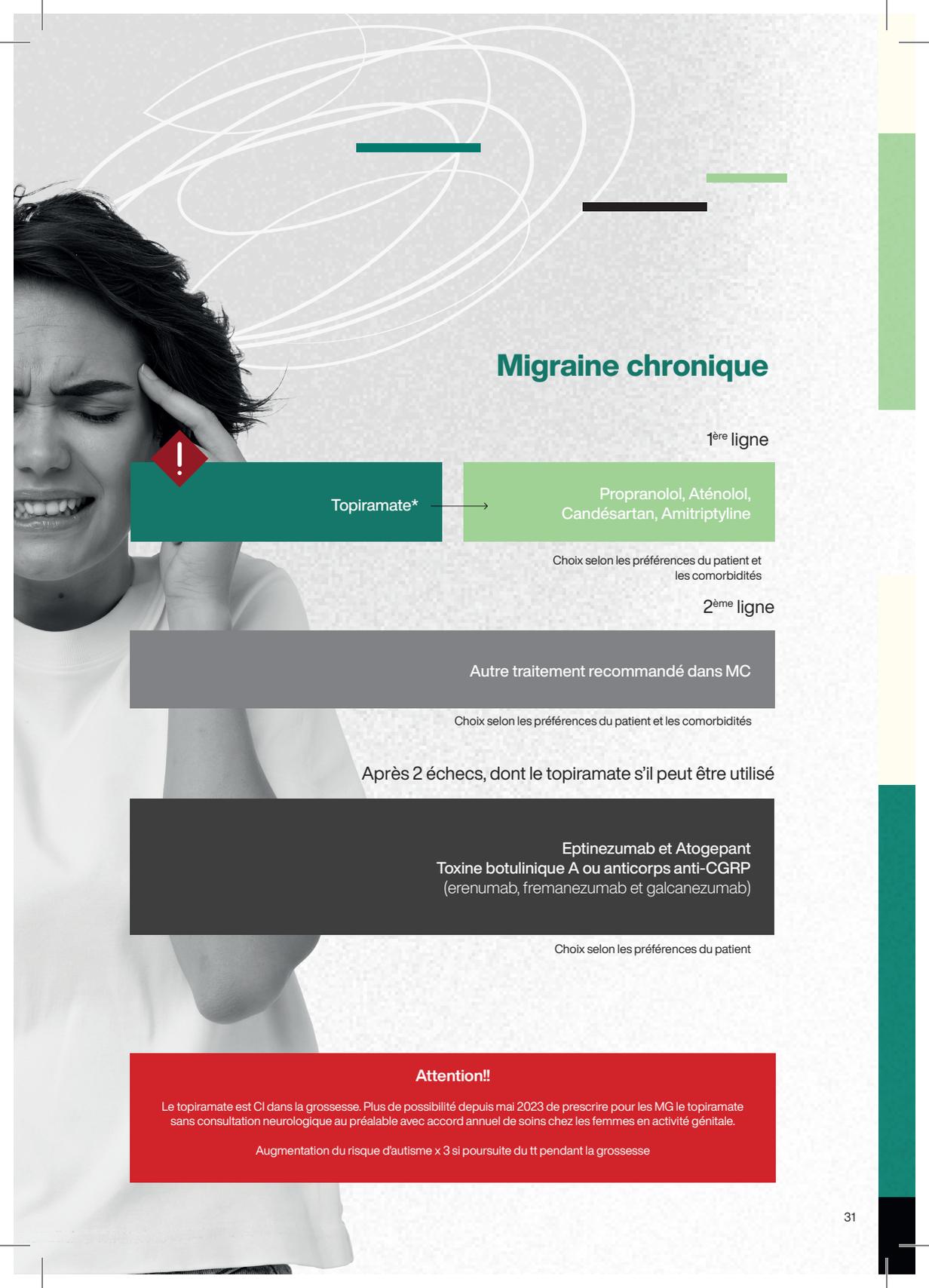
Gepants (atogepant et rimegepant)

Choix selon les préférences du patient

*JMM : jours mensuels de migraine / * CI : contre indication / * EI : effet indésirable

* ME : migraine épisodique / * MC: Migraine chronique

Schéma adapté de Ducros A, 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 Jul 30:S0035-3787(21)00617-2.



Migraine chronique

1^{ère} ligne

Topiramate*

Propranolol, Aténolol,
Candésartan, Amitriptyline

Choix selon les préférences du patient et
les comorbidités

2^{ème} ligne

Autre traitement recommandé dans MC

Choix selon les préférences du patient et les comorbidités

Après 2 échecs, dont le topiramate s'il peut être utilisé

Eptinezumab et Atogepant
Toxine botulinique A ou anticorps anti-CGRP
(erenumab, fremanezumab et galcanezumab)

Choix selon les préférences du patient

Attention!!

Le topiramate est CI dans la grossesse. Plus de possibilité depuis mai 2023 de prescrire pour les MG le topiramate sans consultation neurologique au préalable avec accord annuel de soins chez les femmes en activité génitale.

Augmentation du risque d'autisme x 3 si poursuite du tt pendant la grossesse

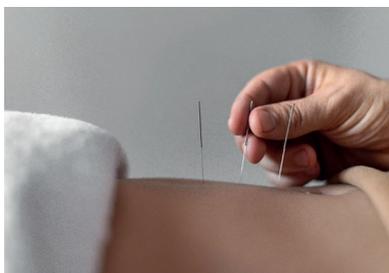


Traitements non pharmacologiques



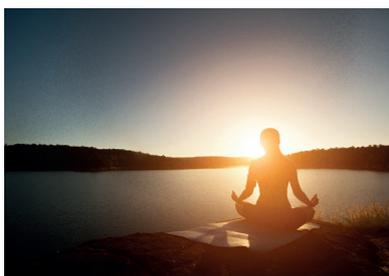
Activité physique aérobie (sport) régulière

Effet protecteur



Acupuncture

Bon niveau de preuves



Relaxation, biofeedback, TCC

Utile et bon niveau de preuves chez les patients avec co-morbidité anxieuse ou anxio-dépressive



Neuro-modulation transcutanée

Niveau de preuves faible

Notes :

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page.

Références :

Revised guidelines of the French Headache Society for the diagnosis and management of migraine in adults. Part 1: Diagnosis and assessment G. Demarquay, X. Moisset, M. Lanteri-Minet, S. de Gaalon, A. Donnet, P. Giraud, E. Guegan-Massardier, C. Lucas, J. Mawet, C. Roos, D. Valade, A. Ducros. Rev Neurol 2021;177(7):725-733

Revised guidelines of the French headache society for the diagnosis and management of migraine in adults. Part 2: Pharmacological treatment A. Ducros, S. de Gaalon, C. Roos, A. Donnet, P. Giraud, E. Guegan-Massardier, M. Lanteri-Minet, C. Lucas, J. Mawet, X. Moisset, D. Valadej, G. Demarquay. Rev Neurol 2021;177(7):734-752

Revised guidelines of the French headache society for the diagnosis and management of migraine in adults. Part 3: Non-pharmacological treatment. G. Demarquay, J. Mawet, E. Guegan-Massardier, S. de Gaalon, A. Donnet, P. Giraud M. Lanteri-Minet, C. Lucas, X. Moisset, C. Roos, D. Valade, A. Ducros. Rev Neurol 2021 ;177(7):753-759.

Medication overuse headache: Updating of the French recommendations regarding the treatment strategies. Corand V; working group; Moisset X, Radat F, Lucas C. Rev Neurol. 2021;177(7):760-764

Révision des recommandations 2021

Une publication sur les révisions des recommandations exposées dans ce livret a été soumise à la Revue Neurologique fin juillet 2024. Nous vous invitons à vous connecter régulièrement sur le site semc.fr où nous ferons apparaître la nouvelle version après acceptation de la publication.



Document réalisé avec le soutien institutionnel
des laboratoires Pfizer

S F E M C



sfemc.fr