

MIGRAINE CHRONIQUE

Algorithme à l'intention des pharmaciens

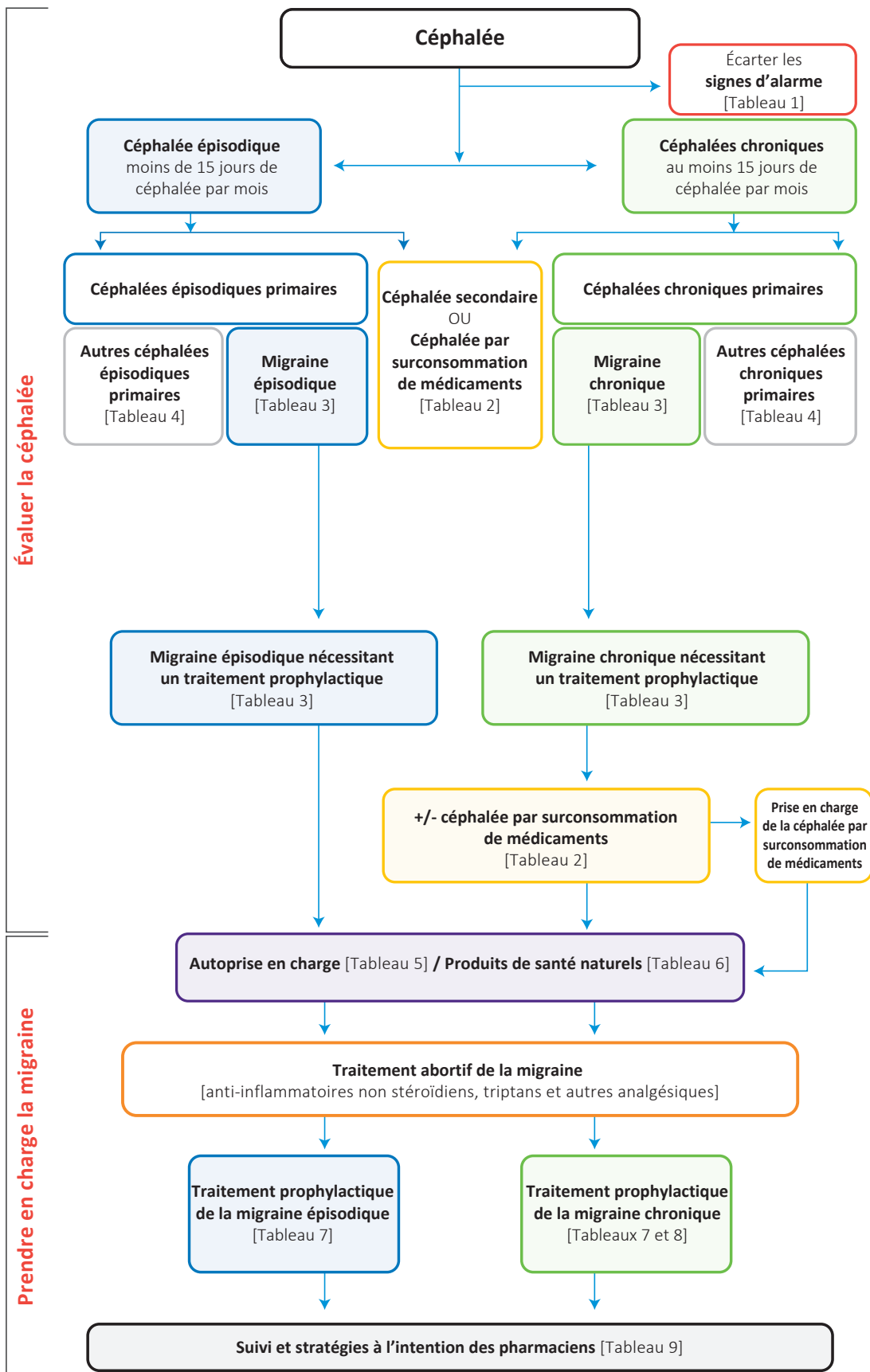


TABLEAU 1 – Signes d’alarme

Signes d’alarme et renseignements ¹⁻⁴
Signes ou symptômes systémiques : Fièvre, perte de poids, éruption cutanée, céphalée accompagnée de fièvre et d’une raideur au cou. Facteurs de risque secondaires : VIH, cancer, immunosuppression, maladie de Lyme
Signes ou symptômes Neurologiques : Altération de l’état de conscience, troubles de la vision, trouble de l’élocution, hémiparésie
Installation : « Le pire mal de tête »; brutale, intensité maximale atteinte en quelques secondes ou minutes (p. ex., céphalée en coup de tonnerre)
Âge : Céphalée d’apparition récente après 50 ans et (ou) signes ou symptômes de glaucome à angle fermé aigu, d’artérite temporale ou céphalée récente chez le patient âgé avec des changements cognitifs subaigus.
Antécédents de céphalée : Apparition récente (première céphalée à vie) ou changements de nature, de l’emplacement ou de la fréquence des céphalées existantes.
Posture, position : Changements à l’effort ou aggravation avec l’exécution de la manœuvre de Valsalva.
Œdème papillaire : Fluctuations visuelles passagères, maux de tête, vomissements ou combinaison de ces symptômes.

TABLE 2 – Céphalée secondaire et céphalée par surconsommation de médicaments**Indicateurs possibles d’une céphalée secondaire⁵**

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Signes focaux inexpliqués • Céphalées atypiques (ne correspondent pas à une migraine ou à une céphalée de tension) • Facteurs précipitants inhabituels • Symptômes d’aura inhabituels | <ul style="list-style-type: none"> • Apparition après l’âge de 50 ans • Aggravation par des mouvements du cou; anomalies observées à l’examen du cou (céphalée cervicogénique possible) • Symptômes au niveau de la mâchoire; anomalies observées à l’examen de la mâchoire (trouble de l’articulation temporo-mandibulaire possible) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Céphalée par surconsommation de médicaments^{1, 5-9}

Envisager la céphalée par surconsommation de médicaments chez les patients atteints de céphalées chroniques quotidiennes (c.-à-d. au moins 15 jours de céphalée par mois) qui utilisent :

- des analgésiques simples (p. ex., acétaminophène, AINS) au moins 15 jours par mois depuis plus de 3 mois; ou
- des opioïdes, des dérivés de l’ergot de seigle, des triptans ou des analgésiques comprenant un opioïde ou un barbiturique au moins 10 jours par mois† depuis plus de 3 mois.

Remarque : L’utilisation en tout de plusieurs médicaments différents sans surconsommation d’un seul médicament pendant au moins 15 jours par mois* dans le cas des analgésiques simples ou au moins 10 jours par mois† dans le cas d’un dérivé de l’ergot, d’un triptan, d’opioïde ou d’une association d’analgésiques est considérée comme une surconsommation de médicaments.

Table 3 – Critères diagnostiques de la migraine – épisodique et chronique⁸**Critères diagnostiques de la migraine**

1. Crises céphalalgiques d’une durée de 4 à 72 heures (non traitées ou traitées sans succès)

ET

2. présence d’au moins 2 des caractéristiques suivantes :

- douleur unilatérale
- douleur pulsatile
- douleur modérée ou forte
- douleur aggravée par l’activité physique habituelle
- entrave à l’activité physique habituelle

ET

3. présence d’au moins 1 des signes suivants

- nausées ou vomissements
- photophobie et phonophobie

+



Migraine épisodique nécessitant un traitement prophylactique
Moins de 15 jours de céphalée par mois^{1, 5}

- Céphalée d’intensité modérée à grave et prise de médicaments abortifs pendant plus de 3 jours par mois sans effet, **OU**
- Céphalée pendant plus de 8 jours par mois et risque possible de céphalée par surconsommation de médicaments, **OU**
- Crises de migraine récurrentes causant une incapacité considérable malgré la prise d’un traitement abortif optimal

Migraine chronique nécessitant un traitement prophylactique
Au moins 15 jours de céphalée par mois⁸

- Une céphalée survenant au moins 15 jours par mois :
- Pendant plus de 3 mois, **ET**
 - Où les céphalées sont des migraines au moins 8 jours par mois.

TABLEAU 4 – Autres céphalées primaires

Épisodique	Caractéristiques	
Céphalée vasculaire de Horton*	Céphalée grave ou très grave, unilatérale, qui dure de 15 minutes à 3 heures avec certaines des caractéristiques associées au système nerveux autonome (comme le larmoiement, la congestion nasale, l'œdème de la paupière, la transpiration au niveau du front et du visage, etc.) du même côté que la céphalée, ou de la nervosité et de l'agitation.	
Céphalée de tension épisodique	Céphalée légère à modérée, bilatérale qui dure de 30 minutes à 7 jours, non pulsatile (sensation de pression ou de serrement), n'est pas aggravée par l'activité physique habituelle; pas de nausées, mais présence possible de photophobie ou de phonophobie.	
Chronique	Caractéristiques	Duration
Céphalée de tension chronique	Céphalée légère à modérée, bilatérale qui dure de quelques heures à quelques jours, non pulsatile (sensation de pression ou de serrement), n'est pas aggravée par l'activité physique habituelle; nausées légères et présence possible de photophobie ou de phonophobie.	Céphalée qui survient au moins 15 jours par mois pendant plus de 3 mois
Hémicrânie continue*	Céphalée continue, douleur strictement unilatérale avec caractéristiques associées au système nerveux autonome (comme le larmoiement, la congestion nasale, l'œdème de la paupière, la transpiration au niveau du front et du visage, etc.) du même côté que la céphalée et réponse marquée à l'indométhacine.	Céphalée continue quotidienne depuis plus de 3 mois
Céphalée quotidienne persistante de novo	Céphalée continue (semblable à une céphalée de tension ou à une céphalée migraineuse), souvenir clair d'un moment d'apparition précis.	

D'après Bigal ME, et al. 2007(10), Becker WJ 2017(9), International Headache Society 2018(8).

* La céphalée vasculaire de Horton et l'hémicrânie continue font partie des céphalées trigémino-autonomiques (CTA).

TABLEAU 5 – Stratégies d'autoprise en charge de la migraine^{1, 5, 7, 9, 11}

Utiliser un journal des maux pour suivre la fréquence et l'intensité des maux de têtes, les facteurs déclenchants et la prise de médicaments.









Déclencheurs	Stratégies			
<ul style="list-style-type: none"> Des repas retardés, sautés ou insuffisants La déshydratation La consommation excessive ou le sevrage de caféine L'alcool 	 <p>Manger au moins 3 fois par jour Prendre un petit-déjeuner Éviter de pas ser plus de 4 heures sans manger pendant la journée</p>	 <p>Boire de l'eau</p>	 <p>Limiter la consommation de café à une tasse (ou l'équivalent) par jour</p>	 <p>Limiter la consommation d'alcool</p>
<ul style="list-style-type: none"> Le manque d'exercice régulier L'activité physique intense L'obésité 	 <p>Maintenir un IMC sain</p>	 <p>Faire de l'exercice de 3 à 5 fois par semaine</p>		
<ul style="list-style-type: none"> Le manque de sommeil ou le sommeil irrégulier Un mode de vie stressant 	 <p>Dormir au moins de 7 à 8 heures par nuit Maintenir de bonnes habitudes de sommeil</p>	 <p>Utiliser des stratégies de gestion du stress, des thérapies de relaxation, de rythme, de rétroaction, cognitivo-comportementales</p>		

TABLEAU 6 – Produits de santé naturels pour le traitement prophylactique de la migraine* ^{1, 7, 12-15}

Produit	Dose
Herbe aux teigneux, pétasite hybride (extrait [†] de Petasites hybridus)	75 à 150 mg/jour en une prise ou fractionnés en deux prises
Coenzyme Q10	100 mg 3 f.p.j.
Riboflavine (vitamine B2)	400 mg/jour en une ou deux prises
Citrate de magnésium [‡]	300 mg de magnésium élémentaire 2 f.p.j.
Vitamine D	2 000 UI une fois par jour

* D'après des données probantes sur le traitement prophylactique de la migraine épisodique.
[†] Utiliser des produits sans alcaloïde de type pyrrolizidine qui entraînent une hépatotoxicité.
[‡] Utilisation continue controversée pendant la grossesse. Utilisé pour le traitement aigu des toxémies et des céphalées.

TABLEAU 7 – Doses d'entretien - Traitements prophylactiques de la migraine épisodique et de la migraine chronique sur ordonnance ^{1, 6, 7, 9, 12, 13, 16-19}

Migraine épisodique	Dose d'entretien
Bêta-bloquants	
Aténolol	100-150 mg/jour
Métoprolol	100-200 mg/jour (en 2 prises; forme à LP une fois par jour)
Nadolol	80-160 mg/jour
Propranolol*	40-120 mg 2 f.p.j. (ou 80-160 mg en comprimé forme à LP 1 f.p.j.)
Timolol	10 mg 2 f.p.j. ou 20 mg 1 f.p.j.
Inhibiteurs calciques	
Flunarizine	10 mg au coucher
Vérapamil	240 mg/jour (en 3 prises; forme à LP en 2 prises)
Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine	
Candésartan [†]	16 mg/jour
Antiépileptiques	
Divalproex sodium[†]	750-1 500 mg/jour (en 2 prises)
Gabapentine [†]	1 200-1 500 mg/jour (en 3 prises), jusqu'à un maximum de 1 800 mg/jour
Topiramate[†]	100-200 mg/jour (en 2 prises)
Antidépresseurs	
Amitriptyline[‡]	20-40 mg au coucher; jusqu'à un maximum de 100-150 mg/jour
Nortriptyline	20-40 mg au coucher; jusqu'à un maximum de 150 mg/jour
Venlafaxine	150 mg/jour; jusqu'à un maximum de 225 mg/jour
Bloqueur du récepteur du peptide lié au gène de la calcitonine (CGRP)	
Érénumab[†]	70-140 mg par voie sous-cutanée, une fois par mois
Prophylaxie de migraine chronique	
OnabotulinumtoxinA[†]	155-195 unités Allergan administrées par voie IM toutes les 12 semaines
Érénumab[†]	70-140 mg par voie sous-cutanée, une fois par mois
Topiramate[†]	100-200 mg/jour (en 2 prises)

Remarque : Les médicaments mis en caractères **gras** ont une efficacité établie et (ou) sont indiqués.

* Pendant la grossesse ou l'allaitement, il faut privilégier le propranolol.

[†] Ne pas utiliser pendant la grossesse. Divalproex sodique : risque d'anomalies du tube neural si utilisé pendant la grossesse.

Gabapentine : peut nuire au fœtus. Topiramate : risque de fissures labiopalatines si utilisé pendant le 1er trimestre.

[‡] L'amitriptyline peut être utilisée pendant la grossesse ou l'allaitement si le propranolol est contre-indiqué ou inefficace.

LP = libération prolongée.

TABLEAU 8 – Traitements prophylactiques de la migraine chronique sur ordonnance* 1, 6, 7, 12, 13, 16-19

Médicament / dose	Éléments à considérer
<p>OnabotulinumtoxinA, injection de 50, de 100 et de 200 unités Allergan† 155-195 unités Allergan† administrées par voie IM dans de nombreux points d'injection dans la tête et le cou conformément au protocole d'injection, le traitement peut être répété toutes les 12 semaines au besoin.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Indiqué, avec données probantes à l'appui, dans le traitement prophylactique de la migraine chronique. • Efficace, avec données probantes à l'appui, dans le traitement de la céphalée par surconsommation de médicaments. • <i>Effets indésirables</i> : douleur aux points d'injection, douleur au cou, faiblesse musculaire, ptose du sourcil, ptosis (rare), dysphagie (rare) • Ne pas administrer en cas de dysphagie préexistante, de difficultés respiratoires ou de faiblesse musculaire, de myasthénie grave (ou d'un autre trouble neuromusculaire) et de grossesse. • Administration par un médecin qualifié : https://www.mychronicmigraine.ca/fr/default.aspx
<p>Érénumab à 70 mg/mL par injection 70 mg/mois, jusqu'à 140 mg/mois, par injection sous-cutanée</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Efficace, avec données probantes à l'appui, dans le traitement prophylactique de la migraine chronique. Indiqué pour la prévention de la migraine chez l'adulte qui souffre de migraines au moins 4 jours par mois. • <i>Effets indésirables</i> : réactions au point d'injection, nausées, infection des voies respiratoires supérieures, constipation, spasmes musculaires. • Éviter pendant la grossesse. • Administration possible par le patient.
<p>Topiramate en comprimé dosé à 25, 100 et 200 mg et en capsule à saupoudrer dosée à 15 et 25 mg Commencer par 25 mg/jour; augmenter lentement pour atteindre 100 mg/jour, fractionnés en deux prises (on peut utiliser jusqu'à un maximum de 200 mg/jour fractionnés en deux prises, mais le risque d'effets indésirables est plus élevé).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Efficace, avec données probantes à l'appui, dans le traitement de la migraine chronique et de la céphalée par surconsommation de médicaments. Indiqué pour la prophylaxie de la migraine chez les adultes. • <i>Effets indésirables</i> : effets sur le SNC (p. ex., étourdissements, tremblements, sédation, déficit cognitif, difficulté à trouver ses mots), effets GI (nausées, anorexie), perte de poids, paresthésie, calculs rénaux, fissures labiopalatines pour le fœtus (si le médicament est utilisé pendant le 1^{er} trimestre de la grossesse). • Interactions médicamenteuses (p. ex., carbamazépine, phénytoïne, déprimeurs du SNC, inhibiteurs de l'enzyme CYP2C19, contraceptifs oraux, divalproex). • Éviter en présence de calculs rénaux, d'insuffisance rénale, de glaucome à angle fermé et de grossesse. Faire preuve de prudence en cas de dépression ou de problèmes cognitifs.

SNC = système nerveux central; GI = gastro-intestinal.

* Le recours aux médicaments utilisés dans le traitement prophylactique de la migraine épisodique (comme les bêta-bloquants, les antidépresseurs, etc.) peut être envisagé dans le traitement prophylactique de la migraine chronique, sans donnée probante spécifique à l'appui, et en présence d'affections concomitantes comme l'hypertension ou l'anxiété.

† L'expression « unité Allergan » réfère à une mesure précise de l'activité liée à la toxine, unique à la préparation par Allergan de l'onabotulinumtoxinA.

TABLEAU 9 – Stratégies à l'intention des pharmaciens

Conseil clinique	Exemple de questions à poser
1. Reconnaître les facteurs déclenchants et recommander des stratégies d'autoprise en charge, si possible	Est-ce que des stratégies d'autoprise en charge, comme des changements des habitudes de vie ou de l'alimentation, sont mises en œuvre pour soulager les céphalées?
2. Reconnaître le risque ou la présence de céphalée par surconsommation de médicaments.	Est-ce que le patient est à risque de céphalée par surconsommation de médicaments? Est-ce que les conséquences possibles d'une céphalée par surconsommation de médicaments ont été abordées?
3. Vérifier si le traitement abortif est approprié.	Est-ce que le traitement abortif est efficace? S'agit-il d'analgésiques simples utilisés au moins 15 jours par mois? S'agit-il d'opioïdes, de dérivés de l'ergot de seigle, de triptans ou d'analgésiques comprenant un opioïde ou un barbiturique pris au moins 10 jours par mois?
4. Déterminer quels patients ont besoin d'un traitement prophylactique.	Combien de jours par mois le patient souffre-t-il de maux de tête? Parmi ces maux de tête, combien ont les caractéristiques de la migraine? Est-ce que les maux de tête sont incommodants et nuisent considérablement à la qualité de vie?
5. Faire commencer la tenue d'un journal par le patient et recommander des produits de santé naturels avant la consultation avec le médecin. [Des modèles de journal des maux de tête sont accessibles en ligne, par exemple, www.migrainecanada.org].	Le patient envisagerait-il de faire un suivi des maux de tête et des facteurs déclenchants dans un journal des maux de tête avant son prochain rendez-vous chez le médecin pour aider à accélérer l'instauration du traitement?
6. Passer en revue les options de traitement prophylactique avec le patient en tenant compte des affections concomitantes. 7. Évaluer la pertinence et l'observance des traitements prophylactiques et assurer un suivi.	Le traitement prophylactique actuel de la migraine chronique est-il efficace? Est-il bien toléré?

* Envisager la mise sur pied d'une approche thérapeutique pour la revue des médicaments, par exemple pour les analgésiques.

Références

1. Towards Optimized Practice (TOP) Headache Working Group. Septembre 2016. Primary Care Management of Headache in Adults: Clinical Practice Guideline: 2e édition. Edmonton, Alberta : Toward Optimized Practice. Accessible à l'adresse : <http://totalbertadoctors.org/cpgs/10065>.
2. Davies MB. How do I diagnose headache? *J R Coll Physicians Edinb.* 2006;36:336-42.
3. Holle D, Obermann M. The role of neuroimaging in the diagnosis of headache disorders. *Ther Adv Neurol Disord.* 2013;6(6):369-74.
4. Martin VT. Simplifying the Diagnosis of Migraine Headache. *Advanced Studies in Medicine.* 2004;4(4):200-9.
5. Becker WJ, Findlay T, Moga C, Scott NA, Harstall C, Taenzer P. Guideline for primary care management of headache in adults. *Can Fam Physician.* 2015;61(8):670-9.
6. Towards Optimized Practice (TOP) Headache Working Group. Septembre 2016. Primary Care Management of Headache in Adults: Clinical Practice Guideline, Quick Reference: 2e édition. Edmonton, Alberta : Toward Optimized Practice. Accessible à l'adresse : <http://totalbertadoctors.org/cpgs/10065>.
7. Pringsheim T, Davenport W, Mackie G, Worthington I, Aube M, Christie SN, et al. Canadian Headache Society guideline for migraine prophylaxis. *Can J Neurol Sci.* 2012;39(2 Suppl 2):S1-59.
8. International Headache Society. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3e édition. *Cephalalgia.* 2018;38(1):1-211.
9. Becker WJ. The Diagnosis and Management of Chronic Migraine in Primary Care. *Headache.* 2017;57(9):1471-81.
10. Bigal ME, Lipton RB. The differential diagnosis of chronic daily headaches: an algorithm-based approach. *J Headache Pain.* 2007;8(5):263-72.
11. World Health Organization and European Headache Federation. Aids for Management of Common Headache Disorders in Primary Care. *J Headache Pain.* 2007;8:S1-S47.
12. RxTx. Association des pharmaciens du Canada. [Consulté le 13 décembre 2018]. Accessible à l'adresse : www.e-therapeutics.ca.
13. RxFiles. [Consulté le 13 décembre 2018]. Accessible à l'adresse : www.rxfiles.ca.
14. Natural Medicines Comprehensive Database. [Consulté le 29 janvier 2019]. Accessible à l'adresse : <https://naturalmedicines.therapeuticresearch.com/>.
15. Buettner C, Nir R-R, Bertisch SM, Bernstein C, Schain A, Mittleman MA, et al. Simvastatin and vitamin D for migraine prevention: A randomized, controlled trial. *Ann Neurol.* 2015;78(6):970-81.
16. Tepper S, Ashina M, Reuter U, Brandes JL, Doležil D, Silberstein S, et al. Safety and efficacy of erenumab for preventive treatment of chronic migraine: a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 2 trial. *Lancet Neurol.* 2017;16(6):425-34.
17. Novartis. Monographie de produit d'Aimovig (érenumab injectable). 30 juillet 2018.
18. Allergan. Monographie de produit de Botox (onabotulinumtoxinA injectable Ph. Eur.). 16 octobre 2018.
19. Janssen. Monographie de produit de Topamax (comprimés de topiramate, capsules de topiramate à saupoudrer). 13 novembre 2018.