

La migraine

Qu'est-ce que c'est ?

La **migraine** est une maladie qui se caractérise par des **accès répétitifs** de **maux de tête** souvent intenses et pulsatiles, la plupart du temps accompagnés d'autres symptômes comme des nausées et vomissements, une hypersensibilité à la lumière et au bruit.

Cette maladie est très **fréquente** (près de 12 % de la population française), avec une incidence toutefois 3 à 4 fois plus élevée chez la **femme** que chez l'homme.

La prévalence de la maladie migraineuse est maximale entre 30 et 40 ans, on estime que 5 à 10 % des enfants sont migraineux. Elle diminue avec l'âge, peut s'améliorer parfois après la ménopause

Il existe une prédisposition familiale sur laquelle viennent se rajouter des facteurs extérieurs : comme le **stress**, l'**anxiété**, le **manque de sommeil**, des variations **météorologiques**, des facteurs hormonaux tels que les **règles**, la prise de la **pilule**, des facteurs **alimentaires** (chocolat, fromage, alcool...)

La migraine est parfois une maladie handicapante avec un retentissement important sur le travail et la vie de tous les jours.

Comment se manifeste-t-elle ?

La migraine peut être commune (sans aura) ou accompagnée de troubles neurologiques transitoires (avec aura) :

La migraine commune (sans aura) : La douleur souvent pulsatile s'installe progressivement. La céphalée est en général à prédominance temporale et d'un côté. Elle peut varier de siège d'un accès à l'autre ou rester au même endroit. L'intensité de la douleur est variable mais habituellement forte et augmentée par les efforts physiques. La douleur dure de 4 à 72 heures. Ces crises de migraine reviennent à intervalles variables souvent irréguliers.

La migraine accompagnée (avec aura) : Parfois la crise est précédée de symptômes annonciateurs caractéristiques : l'**aura**. Ces signes disparaissent complètement en moins d'une heure, pour céder la place aux maux de tête. Deux types principaux :

1) La migraine avec aura visuelle (migraine ophtalmique) : la crise commence par des troubles visuels : apparition d'un scotome ("trou" dans le champ visuel, souvent scintillant), parfois perte de la moitié du champ visuel (hémianopsie). Ils sont rarement isolés, mais sont suivis habituellement de la douleur migraineuse.

2) Les autres types de migraine accompagnée : les signes visuels peuvent être accompagnés ou remplacés par des troubles neurologiques transitoires précédant la céphalée : paresthésies (fourmillements), troubles du langage (aphasie : perte de la parole, troubles de la prononciation, manque du mot),

Comment la diagnostique-t-on ?

Selon la société internationale des céphalées, **on parle de migraine** (par opposition aux maux de tête classique ou céphalées de tension par exemple) lorsque :

A. Au moins **5 crises** de migraine se sont déjà produites qui satisfont aux critères **B, C et D**

B. La **durée** de la crise ou attaque était comprise entre **4 et 72 heures**

C. Le "mal de tête" (migraine) a **au moins deux de ces caractéristiques** :

- localisation **unilatérale** (d'un côté de la tête)
- la douleur est **pulsatile** ("ça frappe dans la tête")
- intensité **moyenne à sévère** (empêche ou rend difficile les tâches quotidiennes), handicapant pour le migraineux
- aggravation de la migraine par les **efforts de la vie quotidienne**, par exemple monter un escalier, se pencher.

D. Au moins **un symptôme** associé : nausée et/ou vomissements ; grande sensibilité au bruit et à la lumière

Le diagnostic de la migraine est essentiellement clinique et ne nécessite souvent pas d'examen complémentaire

Quelle est la prise en charge ?

Dans la migraine, il existe deux types de médicaments. Les premiers sont destinés à soulager immédiatement les maux de tête (traitements de crise). Les autres doivent être pris au long cours pour espacer les crises (traitements de fond).

Les traitements de crise :

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens comme le **kétoprofène**, l'**ibuprofène**, le **diclofénac**, ou le **naproxène** sont en général assez efficaces.

En cas d'échec, on a recours à un triptan (**sumatriptan**, **naratriptan**, **zolmitriptan**, **eletriptan**, **rizatriptan** et **almotriptan**), médicaments qui sont à l'origine d'un soulagement chez 70 à 80 % des patients en une heure. Ils doivent, pour être efficaces, être administrés le plus rapidement possible. Ils existent par voie orale, en spray nasal

Les traitements contenant de la codéine, les dérivés opiacés ne sont pas adaptés au traitement de la crise de migraine

Tout migraineux doit être informé du risque de majoration de la fréquence des migraines en cas de consommation trop régulière de traitement de crise

Il est bien sur conseillé d'éviter les auto-médications par des traitements parfois en vente libre en pharmacie, en particulier tous ceux contenant de la codéine et de la caféine.

Les traitements de fond sont multiples :

L'objectif est de diminuer la fréquence des crises migraineuses. Ce type de traitement doit être pris au moins six mois et interrompu ensuite progressivement. Ce n'est pas un traitement à vie. Le traitement de fond doit être discutée avec le patient migraineux dès que la fréquence des crises devient importante et invalidante.

Selon la fréquence et l'intensité des crises, le médecin pourra proposer

- L'administration d'un bêta-bloquant tel le **propranolol** ou le **métoprolol**,...
- Un médicament de la classe des anti-sérotonines, **pizotifène**, **oxétorone**
- Certains antidépresseurs comme l'**amitriptyline**
- Certains anti-épileptiques, comme le **topiramate**.
- Un alpha-bloquant (**indoramine**);
- Un inhibiteur calcique comme la **flunarizine**
- Un traitement hormonal pourra aussi être envisagé si les crises surviennent préférentiellement en période de règles.
- Dans tous les cas, une vie plus calme, la relaxation et la suppression de certains aliments (chocolat, vin blanc...) peut avoir un effet bénéfique chez certains malades. En effet, la migraine est souvent influencée par le mode de vie.

FAQ :

1) La grossesse améliore-t-elle les migraines

OUI..., Dans la grande majorité des cas (70 à 90% des cas), la grossesse diminue le nombre, l'intensité des crises de migraine. Elle disparaît même complètement dans 20% de cas. Cela est surtout vrai après le 1^{er} trimestre, en revanche certaines femmes peuvent voir apparaître au cours de la grossesse des migraines avec aura. Attention, la majorité des traitements habituels de la migraine sont contre-indiqués pendant la grossesse.

2) La migraine est-elle une maladie héréditaire ?

OUI et NON..., La migraine est une maladie qui survient dans un contexte familial. On connaît depuis longtemps les gènes responsables d'une forme particulière et rare de migraine, la migraine hémiplegique familiale. Mais en 2010 une étude a montré l'existence d'une variation génétique associée à un risque accru de migraine courante. Il y a donc probablement des facteurs de susceptibilité génétique encore à préciser.

3) Y-a-t-il une différence entre migraine et mal de tête ?

Il ne faut pas confondre la migraine avec le mal de tête classique (céphalée de tension).. La migraine correspond à des critères diagnostiques très précis. Elle peut être très intense et perturber de façon très importante la vie des patients qui en sont atteints. Certaines crises sont si douloureuses que des personnes vivent dans la crainte de leur future attaque de migraine. C'est un des troubles du système nerveux les plus fréquents dans la population générale. Toute fois un migraineux peut également avoir des céphalées d'une autre origine.

4) La migraine est-elle une maladie psychologique ?

NON..., même si certains facteurs déclenchants sont d'origine psychologique (stress, contrariétés,...), il ne faut pas considérer la migraine comme une maladie psychologique. La migraine est une maladie complexe : la douleur migraineuse fait intervenir les méninges, leurs artères et le nerf trijumeau par l'intermédiaire de neuropeptides. L'aura migraineuse est liée à un phénomène « électrique » de non fonctionnement transitoire des neurones : la dépression corticale envahissante.

Il y a plus de migraineux anxieux et dépressifs mais sans doute parce qu'il existerait un facteur commun (génétique, biologique, anatomique ?) qui rendrait les patients plus sensibles à la migraine et par ailleurs plus sensibles à l'anxiété et la dépression.

5) Quels événements peuvent déclencher une crise de migraine ?

De nombreux facteurs peuvent déclencher des crises de migraine et souvent c'est l'association de deux ou plusieurs facteurs qui est en cause. Les principaux facteurs déclenchants des migraines sont les facteurs psychologiques, le stress, les facteurs hormonaux, les changements climatiques, la consommation de certains aliments (chocolat,

aliments gras et frits, en sauce, fromage, œufs, alcool.), le sport,
Les modifications de rythme de vie, de rythme du sommeil (l'excès autant que le manque) sont également des facteurs déclenchants de crise de migraine; ceci explique les migraines du "week end", du lundi ...

6) Qui consulter ?

Consultez en priorité votre médecin traitant. En cas de difficulté à adapter votre traitement, il vous adressera à un neurologue. Préparez votre consultation en analysant précisément quelques crises (coté, type de douleur, autres symptômes associés, facteurs déclenchants, efficacité des traitements...) et surtout en notant toutes vos crises (même les petites) sur un calendrier.

7)Quelle est la place des traitements non médicamenteux ?

Il n'y a pas de preuve scientifique de l'efficacité de l'acupuncture, ostéopathie et homéopathie.

Les techniques de relaxation, hypnose, gestion du stress sont volontiers conseillées, elles ont en particulier une place majeure dans le traitement de fond des migraines de l'enfant.