



A g e n c e **N** a t i o n a l e
d' **A** c c r é d i t a t i o n e t
d' **É** v a l u a t i o n e n **S** a n t é

Recommandations pour la pratique clinique

**Prise en charge diagnostique et thérapeutique
de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant :
aspects cliniques et économiques**

Synthèse des recommandations

Octobre 2002

Service des recommandations et références professionnelles

Service évaluation économique

Synthèse des recommandations

La migraine est une maladie bénigne mais handicapante qui peut altérer la qualité de vie des patients, perturber les relations affectives et retentir sur les activités professionnelles.

L'*International Headache Society* (IHS) a classé les différents types de migraine (*encadré 1*) et a établi les critères diagnostiques de la migraine sans aura, forme la plus fréquente des crises migraineuses (*encadré 2*).

Encadré 1. Les différents types de migraine selon la classification de l'IHS.

Code 1.1 Migraine sans aura
Code 1.2 Migraine avec aura
Code 1.2.1 Migraine avec aura typique
Code 1.2.2 à 1.2.6 Migraine avec auras atypiques
Code 1.3 à code 1.6 Formes rares de migraine
Code 1.7 Migraine sans aura probable, remplissant l'ensemble des critères diagnostiques à l'exception d'un seul

Encadré 2. Critères de la migraine sans aura* (adaptés d'après les critères IHS).

<p>A. Au moins cinq crises répondant aux critères B à D.</p> <p>B. Crises de céphalées durant de 4 à 72 heures (sans traitement).</p> <p>C. Céphalées ayant au moins deux des caractéristiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">- unilatérale ;- pulsatile ;- modérée ou sévère ;- aggravation par les activités physiques de routine, telles que montée ou descente d'escaliers. <p>D. Durant les céphalées au moins l'un des caractères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">- nausée et/ou vomissement ;- photophobie et phonophobie. <p>E. L'examen clinique doit être normal entre les crises. En cas de doute, un désordre organique doit être éliminé par les investigations complémentaires appropriées.</p>
--

* Le terme de migraine sans aura a remplacé celui de migraine commune.

Si les cinq critères A, B, C, D, E sont présents, il s'agit d'une migraine sans aura au sens strict du terme (code 1.1 de la classification IHS).

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 (code 1.7 de la classification IHS).

La migraine doit être distinguée de la céphalée de tension, céphalée plus diffuse, non pulsatile, non aggravée par l'effort, moins intense, sans signes digestifs, parfois accompagnée de phonophobie ou de photophobie. Migraine et céphalées de tension sont souvent associées ou intriquées chez les mêmes patients.

Aucun examen complémentaire ne doit être prescrit pour établir le diagnostic de migraine, sauf s'il persiste un doute à la fin de l'interrogatoire et de l'examen clinique.

La migraine est une maladie sous-diagnostiquée : dans les études françaises, 30 à 45 % des migraineux n'ont jamais consulté pour leurs migraines, ignorent leur statut de migraineux et les possibilités de prise en charge existantes. Cet état conduit à une automédication importante de la part de ces patients au moment de leurs crises.

L'étude des comportements thérapeutiques des patients migraineux montre une surconsommation d'antalgiques non spécifiques, avec souvent de nombreuses prises médicamenteuses lors de la même crise et l'absence de soulagement significatif 2 heures après la prise dans 1 cas sur 2. Par ailleurs, elle révèle une sous-utilisation des traitements spécifiques dont la prise d'emblée pourrait se justifier chez des patients ayant des crises sévères, une maladie migraineuse handicapante ou non soulagés par des traitements non spécifiques.

Afin d'optimiser la prise en charge, la tenue d'un agenda des crises peut être conseillée aux patients. Celui-ci doit préciser la date de survenue, la durée et l'intensité de la douleur, les facteurs déclenchants et les médicaments utilisés à chaque crise migraineuse (sur prescription ou non).

Les opioïdes (codéine, dextropropoxyphène, tramadol, morphine et autres opioïdes forts), seuls ou en association, sont à éviter car ils peuvent aboutir à un abus médicamenteux voire à un comportement addictif.

L'instauration d'un traitement de fond doit s'associer à une démarche d'éducation du patient à qui il faut expliquer que le traitement de fond ne supprime pas les crises, mais réduit leur fréquence et leur intensité.

La migraine de l'enfant se distingue de celle de l'adulte par :

- des crises plus courtes (2 à 48 heures chez l'enfant de moins de 15 ans pour l'IHS) ;
- une localisation bilatérale plus fréquente ;
- des troubles digestifs souvent au premier plan ;
- une pâleur inaugurale fréquente.

La tenue d'un agenda des crises peut aider l'enfant et sa famille à mieux prendre en charge la maladie migraineuse.

La place des examens complémentaires est la même chez l'enfant que chez l'adulte. Toutefois, les indications de la neuro-imagerie doivent être élargies du fait des difficultés de diagnostic étiologique des céphalées chez l'enfant.

Chez l'enfant, le traitement médicamenteux de fond ne sera institué qu'après échec des traitements non pharmacologiques.