



# medix

romandie

*“ Pour une médecine coordonnée et pertinente ”*

Cercle de Qualité

24 mai 2022

**Cercle Qualité**

# Migraine

Expert: Dr Franz Josef Holzer  
Animateurs: Tim Wullemin et Sascha Pfaender

## Vignette numéro 1

- Patiente de 22 ans, en bonne santé, BMI 27 vient pour céphalée
- AA: depuis 3 jours céphalée rapidement progressive (en qq minutes) avec nucaigie, 8/10 pulsatile, nausée et 2 vomissements, photophonophobie, pas de prodrômes.
- Contraception par Cerazette (désogestrel) depuis 6 mois
- Fumeuse 3 UPA, alcool occasionnel, 0 drogue
- Etudiante en 3 année de droit
- Au status 36.4° TAH 110/70 70/min examen neurologique normal

## Que faire?

1. Imagerie par IRM en urgence
2. Phlébo-ct en urgence
3. Ct natif et év. injection en urgence
4. Pas d'examen car migraine probable : paspertin (metoclopramide) per os puis paracetamol 30 min après
5. Pas d'examen car migraine probable: paspertin (metoclopramide) iv puis paracetamol per os 30 min après
6. Pas d'examen car migraine probable: triptan per os
7. Transfert à l'hôpital pour avis neurologique
8. Prise de sang: FSC, d-dimères, CRP, glycémie, Na, K, créatinine

## Quel diagnostic différentiel ?

- Céphalée primaire versus secondaire?
- Premier épisode d'une céphalée *inhabituelle* → jamais primaire jusqu'à preuve du contraire
- Modalité de l'imagerie en fonction du DD et de la sensibilité de chaque modalité :
- CT natif et HSA, timing! ( $\leq 6h$ ,  $\leq 12h$ ,  $\geq 12h$ )
- PL et timing
- CT injecté, CT injecté avec angio, avec ou sans TSAO
- phlebo-IRM, IRM avec TOF non injectée

## Imagerie selon suspicion clinique

Suspicion clinique	Imagerie
Hémorragie sous-arachnoïdienne	angio-CT natif et injecté (ou angio-IRM)
Dissection carotido-vertébrale	angio-CT natif et injecté incluant les vaisseaux cervicaux (ou angio-IRM)
Thrombose sino-veineuse cérébrale	CT natif et injecté avec CT veineux ou IRM
Méningite et/ou encéphalite Patient immunodéprimé	CT natif et injecté avant la PL IRM si possible (ou différée selon l'appréciation clinique)
Atteinte ORL compliquée: sinusite	CT (1 <sup>er</sup> choix pour explorer des céphalées associées à une sinusite chronique)
Femme enceinte ou post-partum	Selon clinique et avis du spécialiste (IRM)
Néoplasie (primaire ou secondaire)	IRM/CT natif et injecté selon disponibilité
Abcès cérébral	IRM/CT natif et injecté selon disponibilité
Céphalées inhabituelles avec risque hémorragique (alcoolisme, anticoagulation)	CT natif
Hypo- ou hypertension intracrânienne	Selon avis spécialiste (IRM, signes indirects)
Encéphalopathie hypertensive sans signes neurologiques focaux	Pas d'imagerie sauf si suspicion d'une autre pathologie (p.ex. PRES - <i>Posterior Encephalopathy Reversible Syndrom</i> )

**Tableau 6:** Indications principales à l'imagerie cérébrale en cas de céphalées.<sup>6</sup>

## Transfert au SU selon DD (et disponibilité de l'imagerie)

- HSA, thrombose veineuse sinusienne, méningite → SU
- Imagerie normale, mais suffisamment sensible pour exclure céphalées secondaires?
- Critères ICHD: <https://ichd-3.org/>



## 1.1 Migraine sans aura

### **Termes utilisés précédemment :**

<https://ichd-3.org/>

Migraine commune ; hemicrania simplex.

### **Description :**

Céphalée récurrente se manifestant par des crises durant de 4 à 72 heures. Les caractéristiques typiques de la céphalée sont la topographie unilatérale, le type pulsatile, l'intensité modérée ou sévère, l'aggravation par l'activité physique de routine et l'association à des symptômes comme la nausée et/ou la photophobie et la phonophobie.

### **Critères diagnostiques :**

- A. Au moins cinq crises<sup>1</sup> répondant aux critères B-D
- B. Crises de céphalée durant 4 à 72 heures (sans traitement ou avec un traitement inefficace)<sup>2,3</sup>
- C. Céphalée ayant au moins deux des quatre caractéristiques suivantes :
  - 1. topographie unilatérale
  - 2. type pulsatile
  - 3. intensité douloureuse modérée ou sévère
  - 4. aggravée par ou entraînant l'évitement de l'activité physique de routine (*par ex.*, marche ou montée des escaliers)
- D. Durant la céphalée, au moins l'un des symptômes suivants :
  - 1. nausées et/ou vomissements
  - 2. photophobie et phonophobie
- E. N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3



## Migraine : critères diagnostiques A-E

- A: 5 épisodes
- E: pas mieux expliqué
- Migraine et contraception hormonale:
  - migraine sans aura: pas d'œstrogènes, progestatifs acceptables
  - migraine avec aura: ni œstrogènes, ni progestatifs

- **Oral contraceptives** – The most frequent risk factor for CVT in younger female patients is the use of oral contraceptives [24,25]. Furthermore, the risk for CVT in females using oral contraceptives is increased in the presence of a prothrombotic defect and obesity [25,26]. (See "Combined estrogen-progestin contraception: Side effects and health concerns", section on 'Venous thromboembolism'.)

*Uptodate, mai 2022*

## AVC et migraine

(uptodate consulté le 15.05.2022)

Tout type de migraine (9 études) :	RR 1.73 (95% CI 1.31-2.29)
Migraine avec aura:	RR 2.16 (95% CI 1.53-3.03)
Migraine sans aura :	RR 1.23 (95% CI 0.90-1.69, ps)

### Sous-groupes:

Femmes:	RR 2.08 (95% CI 1.13-3.84)
Hommes:	RR 1.37 (95% CI 0.89-2.11, ps)
< 45 ans	RR 2.65 (95% CI 1.41-4.97)
Fumeur avec aura	RR 9.00 (95% CI 4.2-19.3)
Femmes, aura, contraception horm.	RR 7.00 (95% CI 1.5-32.7)



## Et si c'était une migraine, quel traitement?

- > 72 heures → état de mal migraineux
- Traitement per os → tenir compte de la gastroparésie, prokinétique (dompéridone) et non pas anti-nauséeux central (métoclopramide, bien qu'aussi un peu prokinétique)
- 1er palier: ASS ou paracétamol, +/- caféine (pas d'expérience personnelle)
- 2ème palier: triptans, p.o, s.c, linéal, intranasal
- Traitements i.v., en principe réservés pour les services d'urgence:  
Perfalgan, Aspegic, Mg, Solumédrol, Acide valproïque...

<b>Imigran® (sumatriptan), génériques</b>	<b>Naramig® (naratriptan)</b>	<b>Zomig® (zolmitriptan)</b>	<b>Maxalt® (rizatriptan)</b>	<b>Relpax® (életriptan)</b>	<b>Almogran® (almotriptan)</b>
Comprimés 50 mg	Comprimés 2,5 mg	Comprimés 2,5 mg	Comprimés 5 mg, 10 mg	Comprimés 40 mg, 80 mg	Comprimés 12,5 mg
Imigran T 50 mg		Comprimés oro 2,5 mg	Comprimés linguaux 5 mg, 10 mg		
Spray nasal 10, 20 mg		Spray nasal 2,5 mg, 5 mg			Menamig® (forvatriptan) Comprimés, 2,5 mg
Suppositoire 25 mg					
Injection (Pen) 6 mg					

*Tableau 1: Triptans en Suisse*

VSAO Journal ASMAC, février 2012

## Erreurs fréquentes à éviter

- Banaliser un signe neurologique focal transitoire, par exemple une amaurose fugace (c'est un AIT de la rétine jusqu'à la preuve du contraire).
- Un déficit neurologique intermittent peut être une claudication (l'équivalent d'un angor instable, donc une urgence).
- Faire une imagerie en oubliant l'amont de la vascularisation du cerveau (TSAO: tronc supra-aortique), l'AIT aura une IRM cérébrale normale, alors que la sténose de la carotide interne peut être sub-occlusive.
- Penser qu'il faut un traumatisme ou une manipulation pour une dissection des artères du cou.
- Conclure à l'inefficacité d'un traitement qui est resté dans l'estomac, non absorbé.
- Passer trop rapidement aux opiacés.

## Vignette numéro 2

- Patient de 35 ans informaticien, HTA traitée amlodipine, obèse BMI à 32, migraine de longue date (eu consultation neurologue il y a 2 ans). Autotraitement par eletriptan à la demande. Il aimerait d'ailleurs arrêter les triptans car il craint un problème artériel
- Depuis 6 mois céphalée 2x/semaine avec absentéisme professionnel
- Il vous demande un traitement de fond car il est épuisé
- Que faites-vous?

## Que faire?

1. Changement pour triptan intra-nasal, car il n'aura pas d'effet secondaire vasculaire
2. Intensification antalgique avec Paracetamol et Ibuprofen et Tramadol en réserve
3. Propranolol ou Verapamil
4. Topiramate
5. Switch amlodipine pour candesartan
6. Amitriptyline
7. MAPA, polygraphie nocturne, examen visuel
8. Acuponcture
9. Adresser au neurologue pour discuter anticorps anti-CGRP

**Limitations to use** — Triptans have proven to be safe and effective for most patients with migraine [76]. A systematic review of observational studies found no association between triptan use and the risk of cardiovascular events, though only four relevant studies were identified [77]. Similarly, in a cohort study of 63,575 patients with migraine, 13,664 of whom were treated with a triptan, there was no association between triptan prescription and stroke, other cardiovascular events, or death [78]. However, in this cohort, triptans were prescribed to those at less risk of these events.

*Uptodate, mai 2022*



## Journal des céphalées

- Objectiver les épisodes
- Détecter des facteurs favorisants
- Quantifier l'utilisation des antalgiques
- Evaluer l'efficacité des ttt de fond
- Obligatoire pour la demande d'un ttt par anti-CGRP

Bêtabloquants					
Propranolol	Inderal	A	20–160 mg	Oui	1 <sup>re</sup> intention
Metoprolol	Belok Zok	B	25–200 mg	Oui	1 <sup>re</sup> intention
Aténolol	Tenormin	B	30–60 mg		
Timolol	–	A			
Bisoprolol		B	5–10 mg		2 <sup>e</sup> intention
Antagonistes du calcium					
Flunarizine	Sibelium	A	5–10 mg	Oui	1 <sup>re</sup> intention
Vérapamil	Isoptin	B	120–240 (–480) mg	Oui	
Cyclandélate	Cyclandélate	D	4×400 mg	Oui	
Cinnarizine	Stugeron	D	3×25 à 2×75 mg		
Antiépileptiques					
Topiramate	Topamax	A	50–100 (–400) mg	Oui	1 <sup>re</sup> intention
Acide valproïque	Dapakine, Orfiril	A	600–1200 (–1500) mg	Oui	1 <sup>re</sup> intention
Gabapentine	Neurontin	B		Oui	1 <sup>re</sup> intention
Lamotrigine	Lamictal	C	2×200 mg		
Antagonistes de l'ergotamine (autres)					
Dihydroergot	DHE	B	2–3×2,5 mg		
Pizotifène	Mosegor, Sandomigran	D	1–3 mg	Oui	
Déséril	Methysergid	A		a. H.	
Lisuride	Dopergin, Cuvalit	D			

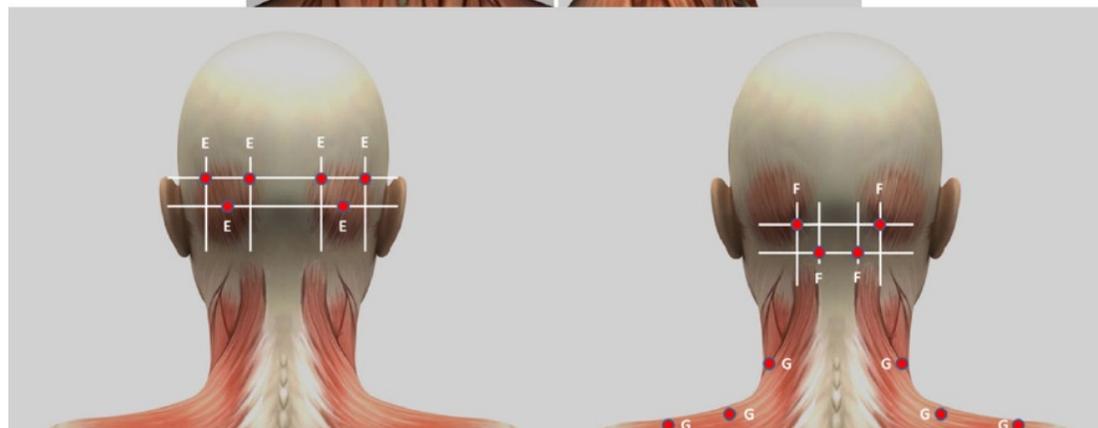
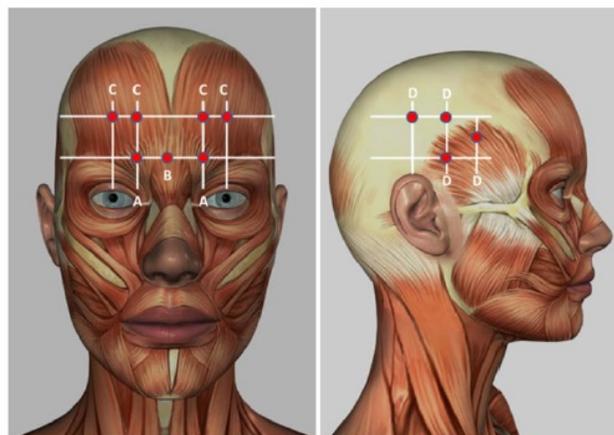
Antidépresseurs					
Amitriptyline	Tryptizol, Saroten	A	10–75 mg le soir	Oui	2 <sup>e</sup> intention
Nortriptyline	Nortrilen		10–200 mg	Oui	
Trimipramine	Surmontil		10–50 gouttes	Oui	
Doxépine	Sinquan	C		Oui	
Imipramine	Tofranil	C		Oui	
Clomipramine	Anafranil	D		Oui	
Fluoxétine	Prozac	B	20–60 mg		
Mirtazapine	Remeron	C			
Venlafaxine	Efexor	C	75–225 mg le matin		
Sertraline	Zoloft	C			
Analgésiques					
Acide acétylsalicylique	Aspirine	B	300 mg		2 <sup>e</sup> intention
Naproxène	Proxen, Apranax	B	2×250–2×500 mg		2 <sup>e</sup> intention
Kétoprofène	Orudis	B			
Ibuprofène	Brufen	C			
Compléments alimentaires					
Vitamine B2		B	2×200 mg	Oui	
Magnésium	Magnesiocard	B		Oui	2 <sup>e</sup> intention
Coenzyme Q10	Sanomit	B		Oui	
Toxine botulique	Botox, Dysport	C	100–150 U.		2 <sup>e</sup> intention

Dépression	Antidépresseurs (ATC, ISRS, IRSNa)
Anxiété, panique	Antidépresseurs (ISRS), év. benzodiazépines
Apathie	Venlafaxine (Efexor®), modafinil (Modasomil®)
Epilepsie	Antiépileptiques
Anorexie	Acide valproïque (Valproat®), flunarizine (Sibeliu®), ATC
Adiposité	Topiramate (Topamax®), fluoxétine (Fluoxetine®), autres ISRS, venlafaxine (Efexor®)
Diarrhée, colon irritable	Vérapamil (Isoptin®), cynorhodon (Litozin®)?
Constipation	Magnésium, év. Topiramate, cynorhodon?
Hypertension	Bêtabloquants, antagonistes du calcium (inhibiteurs de l'ECA, candesartan [Blopress®, Atacand®])
Hypotension	Ergotamine (dihydroergot®), midodrine (Gutron®)
Troubles du sommeil	ATC (sédatifs), mirtazapine (Remeron®), flunarizine
Vertiges, maux de voyage	Cinnarizine (Stugeron®)
Autres types de maux de tête	Algies vasculaires de la face: vérapamil; névralgie du trijumeau: carbamazépine (Tegretol®); névralgie postherpétique: prégabaline (Lyrica®)

ATC: Antidépresseurs tricycliques; ISRS: Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine; IRSNa: Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-noradrénaline; ECA: Inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine D'après: Dr méd. Reto Agosti, 20<sup>e</sup> Conférence zurichoise sur la douleur

VSAO Journal  
ASMAC, février  
2012

# Toxine botulinique





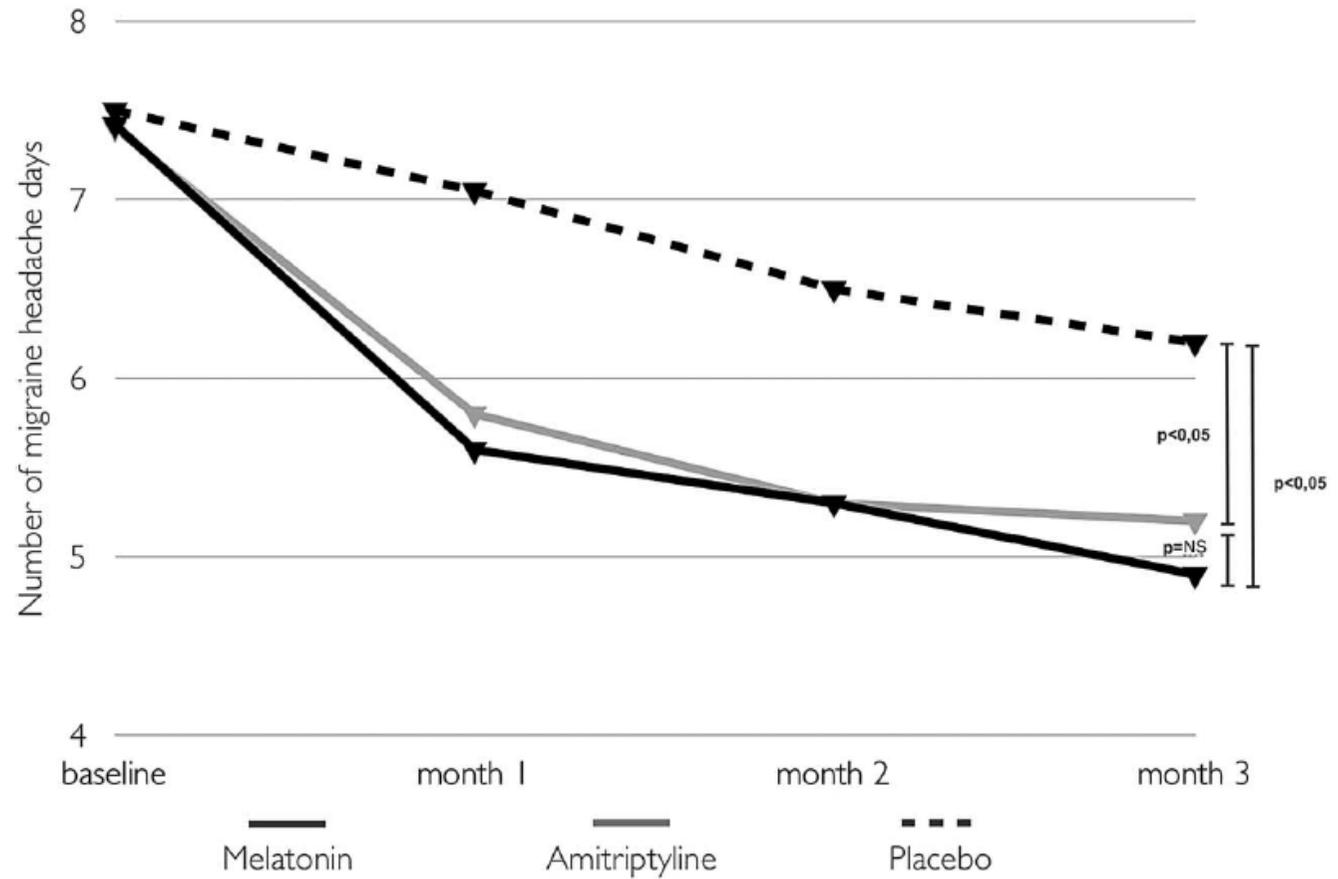
OPEN ACCESS

RESEARCH PAPER

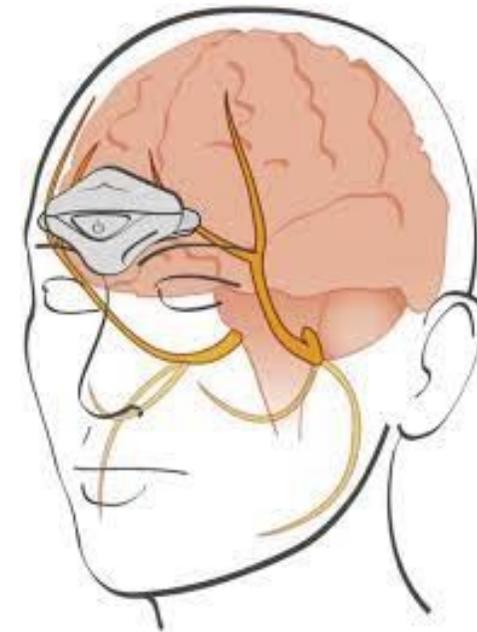
## Randomised clinical trial comparing melatonin 3 mg, amitriptyline 25 mg and placebo for migraine prevention

Andre Leite Gonçalves,<sup>1,2</sup> Adriana Martini Ferreira,<sup>1</sup> Reinaldo Teixeira Ribeiro,<sup>2,3</sup> Elioza Zukerman,<sup>1</sup> José Cipolla-Neto,<sup>4</sup> Mario Fernando Prieto Peres<sup>1</sup>

## Traitement de la migraine: Prévention



## TENS (Cefaly)



## Anti-CGRP (4 molécules admises en Suisse)

- NNT comparé entre les autres ttt de fond
- Indication
- Critères de remboursement
- Prix

**Anti-CGRP Medications**

There are now 6 FDA-approved anti-CGRP medications for use in the U.S.  
Here's a quick glance of what they are:

 <b>aimovig</b> <sup>®</sup> (erenumab-aooe) injection 700 mg/140 mg/140 mg	- Preventive treatment - Injection administration	 <b>Nurtec</b> <sup>®</sup> (rimegepant) orally disintegrating tablets 75 mg	- Preventive treatment - Oral administration
 <b>AJOVY</b> <sup>®</sup> (fremanezumab-vfrm) injection 225 mg/1.5 mL	- Preventive treatment - Injection administration	 <b>UBROVELTY</b> <sup>®</sup> (ubrogepant) tablets 150 mg	- Preventive treatment - Oral administration
 <b>Emgality</b> <sup>®</sup> (galcanezumab-gnlm) 120 mg injection/300 mg injection	- Preventive treatment - Injection administration	 <b>vyepiti</b> <sup>™</sup> (eptinezumab-jjmr) 100 mg/mL Injection for IV	- Preventive treatment - IV administration

This document is for informational purposes only.  
Please seek your doctor for professional advice before any migraine treatment

## NNTs

**Table 2** Comparison between CGRP monoclonal antibodies, transcutaneous supraorbital nerve stimulation and current available oral treatments in the prevention of episodic migraine

Drug	LY2951742 [33]	ALD403 [32]	TEV48125 [35]	AMG334 [34]	tSNS [42]	Valproate [37]	Topiramate [37]	Propranolol [37]	Amitriptyline [37]
NNT	4	4.7	3.2	5.9	3.8	4	3	4	4
NNH	20	20	∞	NA	∞	7-14	2-17	NA	NA
Relative risk for AE	1.07	1.09	1	NA	1	1.2	1.8	2.1	1.9
NNT for discontinuation due to AE	∞	∞	∞	NA	∞	NA	16	16	19

tSNS: transcutaneous supraorbital nerve stimulation; NNT: number needed to treat; NNH: number needed to harm; AE: adverse event; NA: non applicable; ∞: NNH, same percentage of patients experienced any adverse event in both placebo and drug treated patients; NNTs for discontinuation due to adverse events, no patient treated with the drug discontinued because of adverse event

New players in the preventive treatment of Migraine; Mitsikostas and Rapoport BMC Medicine (2015) 13:279

**Première prescription ou reprise de la thérapie – données médicales** (destinées exclusivement au médecin-conseil):

Le (la) patient (e) souffre de migraine depuis  $\geq 1$  an

Il s'agit d'une migraine chronique ou épisodique avec les manifestations suivantes:

Migraine chronique (au moins 15 jours de migraine par mois d'au moins 4h/jour en l'absence de traitement)

Migraine épisodique (au moins 8 jours de migraine par mois d'au moins 4h/jour en l'absence de traitement) et un ou plusieurs des symptômes suivants:

Aura       Douleur de forte intensité associée à de fortes nausées/vomissements

Douleur de forte intensité associée à une photophobie ou une phonophobie

La situation initiale d'au moins 15 ou 8 jours de migraine par mois, et la durée de la migraine d'au moins 4h/jour en l'absence de traitement sont documentées de manière continue pendant au moins 3 mois. Le journal de la migraine est disponible sur demande.

Les traitements préalables suivants (au moins 2) ont été effectués, mais ont été interrompus ou n'ont pas pu être poursuivis suite à une réponse insuffisante ou à des effets secondaires démontrés, ou bien il existe une contre indication pour les trois catégories de principes actifs. Veuillez cocher la case correspondante:

	Réponse insuffisante* (au moins 2)	Contre-indication (tous les 3)	intolérance (au moins 2)
<input type="checkbox"/> Béta-bloquant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Antagoniste calcique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Anticonvulsivant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Une réponse insuffisante est considérée comme démontrée si le nombre de jours de migraine n'est pas réduit d'au moins 50 % par rapport au début du traitement après trois mois de traitement.

## TTT non médicamenteux de la migraine

### Efficace

- Sport
- Hygiène de vie, sommeil, alimentation
- Eviter fact. favorisants
- Techniques de relaxation
- Thérapie cognitivo-comportementale
- Acupuncture (sham vs vrai =?)
- Cefaly (TENS)

### Inefficace

- Homéopathie
- Piercing
- Fermeture FOP

## Quel bilan en cas d'aggravation des céphalées? Quand référer à un neurologue ?

- Mêmes règles de base. Bilan si céphalées inhabituelles : caractère, intensité, topographie, fréquence.
- Dès que vous avez besoin d'aide
- Pour confirmer le diagnostic → ICHD-3 (466 pages de céphalées, primaires et secondaires...)
- Pour le traitement anti-CGRP (prescription par neurologue uniquement)
- ...

Avez-vous des questions ?

Merci !

# Contacts:

Pierre Nicollier

[pierre.nicollier@medix-romandie.ch](mailto:pierre.nicollier@medix-romandie.ch)

Jean-Michel Gaspoz

[jean-michel.gaspoz@medix-romandie.ch](mailto:jean-michel.gaspoz@medix-romandie.ch)

**med/x**  
romandie