



Vers une prise en charge optimale de la maladie migraineuse

Et autres si le temps le permet....

Dr Vandenheede Michel

Société Scientifique de Médecine Générale Asbl
Rue de Suisse 8 à 1060 Bruxelles | +32 2 533 09 80 | www.ssmg.be

Conflits d'intérêt Dr Vandenneede

- Activités donnant lieu à une rémunération personnelle occasionnelle comme consultant :
Abbvie, Lilly, Lundbeck, Teva, Novartis
- Frais d'orateur :
Abbvie, Lilly, Teva, Novartis, Pfizer
- Prise en charge de déplacements :
Abbvie, Teva, Novartis, Janssen Cilag, Pfizer, Lilly

Menu

*

Mise en bouche

Diagnostic de la migraine

*

Entrée

Impact de la migraine/pourquoi la traiter?

*

Plat

Traitement de la migraine (hygiène de vie, traitement de crise, traitement de fond)

*

Menu

*

Dessert

Optimalisation de tout cela

*

Pousse-café

Céphalées de tension

Névralgie du trijumeau

Critères diagnostiques de la migraine sans aura

A	Au moins cinq crises répondant aux critères B-D
B	Crises de céphalées durant 4 à 72 heures (si non traitées ou inefficacement traitées)
C	Céphalées ayant au moins deux des quatre caractéristiques suivantes : 1. topographie unilatérale 2. type pulsatile 3. intensité modérée ou sévère 4. aggravée par ou entraînant l'évitement des activités physiques de routine (marcher, monter les escaliers)
D	Durant la céphalée, au moins l'un des suivants : 1. nausée et/ou vomissements 2. photophobie et phonophobie
E	N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3

Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018;38(1):1-211.

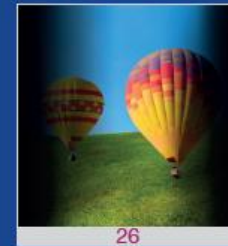
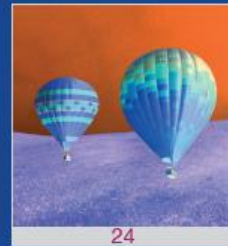
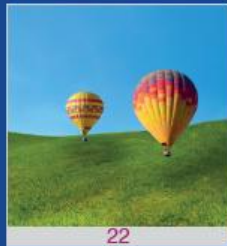
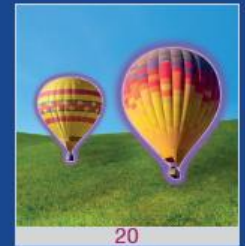
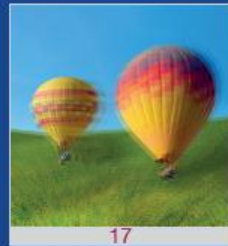
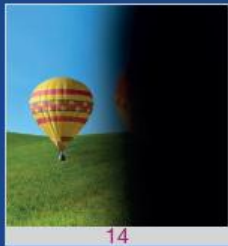
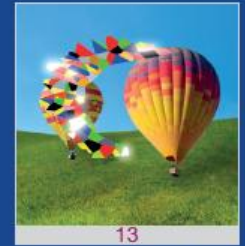
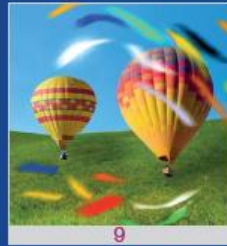
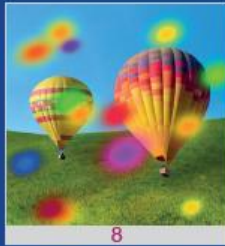
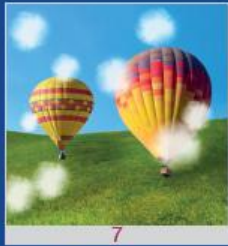
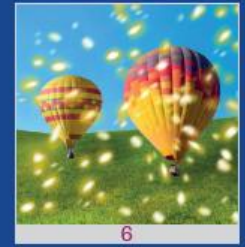
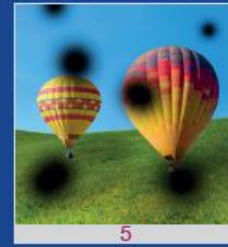
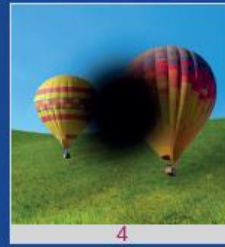
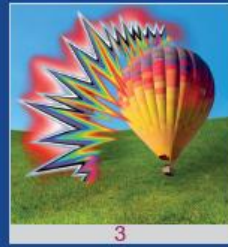
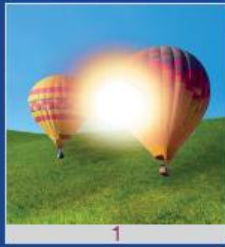
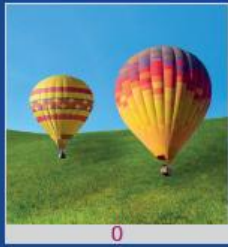
Critères diagnostiques de la migraine avec aura

A	Au moins deux crises répondant aux critères B et C
B	Aura comprenant des troubles visuels, sensitifs et/ou de la parole ou du langage, tous entièrement réversibles, mais pas de symptôme moteur, basilaire ou rétinien
C	Au moins trois des six caractéristiques suivantes : 1. au moins un symptôme de l'aura se développe progressivement en ≥ 5 minutes 2. deux ou plusieurs symptômes de l'aura surviennent successivement 3. chaque symptôme de l'aura dure 5 à 60 minutes 4. au moins un symptôme de l'aura est unilatéral 5. au moins un symptôme est positif 6. l'aura est accompagnée, ou suivie dans les 60 minutes, par une céphalée
D	N'est pas mieux expliqué par un autre diagnostic de l'ICHD-3 et un accident ischémique transitoire a été exclu

Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018;38(1):1-211.

Visual aura table

Images by Michele Viana and NorHead - Norwegian Center for Headache Research



Note that some visual disturbances have been represented in all visual field for an explanatory reason, although typically they involve just a part of it.

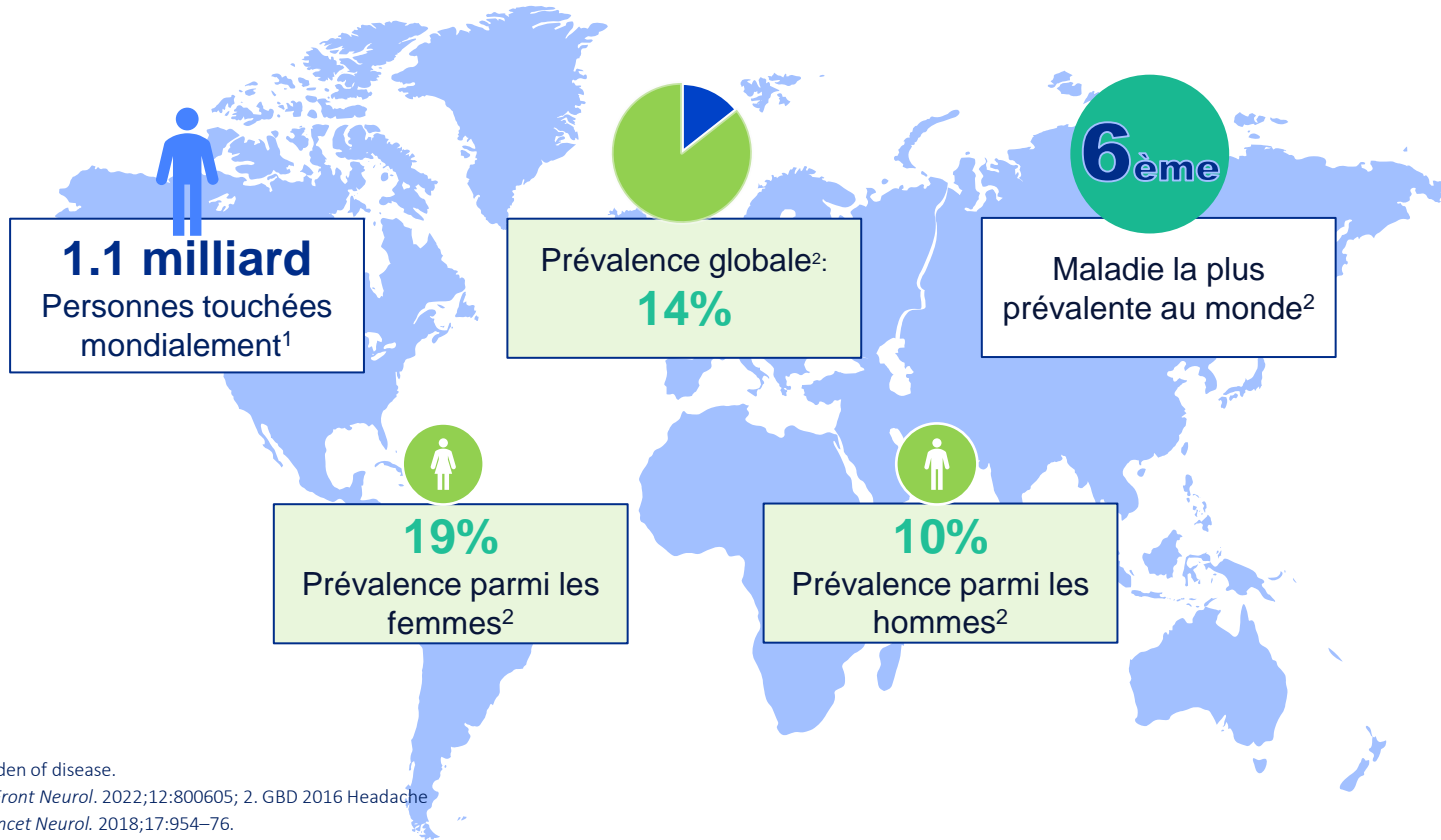
Critères diagnostiques de la migraine chronique

- A. Céphalées (de type migraine ou céphalées de tension) \geq 15 jours/mois depuis $>$ 3 mois, et remplissant les critères B et C
- B. Survenant chez un patient qui a au moins présenté 5 épisodes remplissant les critères B-D de la migraine sans aura 1.1 et/ou les critères B et C de la migraine avec aura 1.2
- C. Sur \geq 8 jours/mois depuis $>$ 3 mois les céphalées remplissent n'importe quel critère ci-dessous:
 - 1. Critères C et D pour la migraine sans aura 1.1
 - 2. Critères B et C pour la migraine avec aura 1.2
 - 3. Perçues par le patient comme une migraine dès le départ et soulagées par un triptan ou un dérivé de l'ergotamine
- D. N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3

Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018;38(1):1-211.

Prévalence de la migraine

La migraine a une prévalence élevée, touchant plus d'un milliard d'individus mondialement^{1,2}

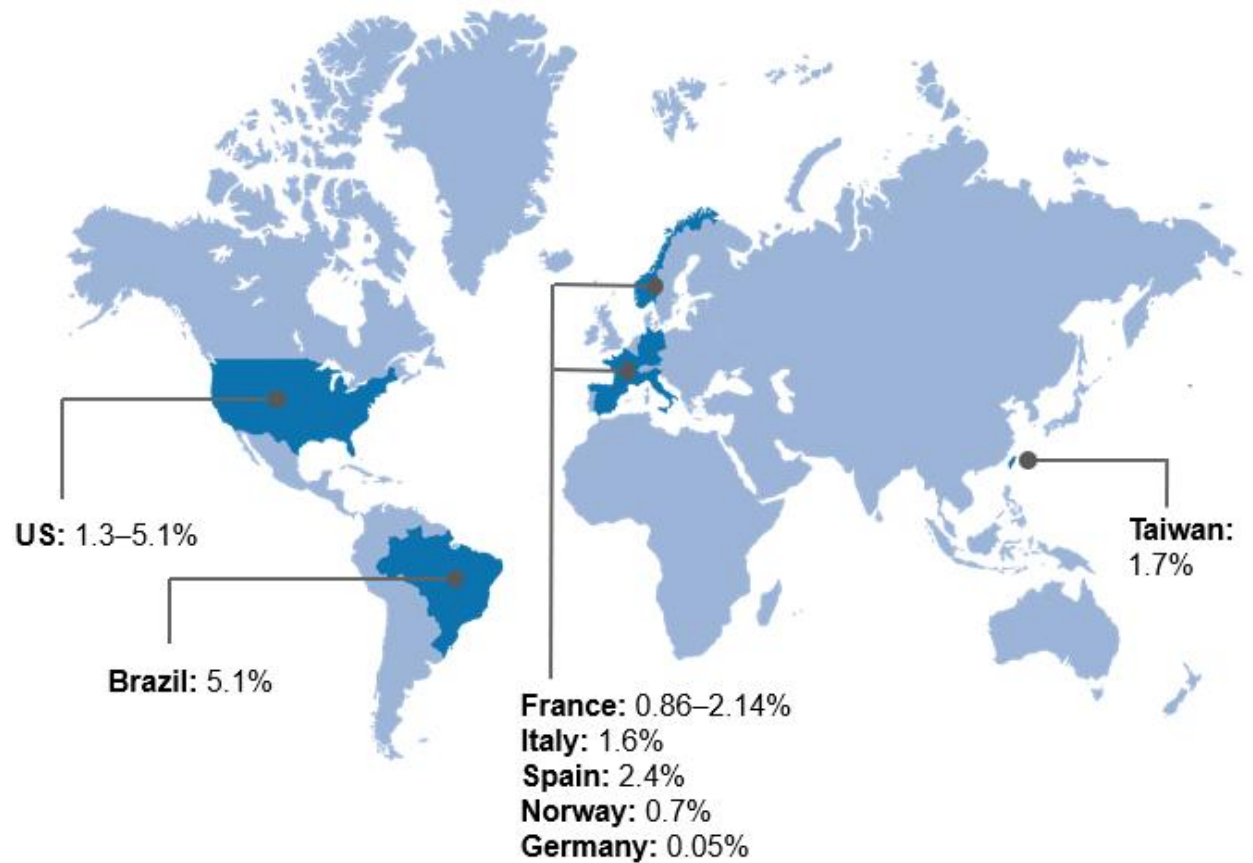


GBD = global burden of disease.

1. Amiri P, et al. *Front Neurol.* 2022;12:800605; 2. GBD 2016 Headache Collaborators. *Lancet Neurol.* 2018;17:954–76.

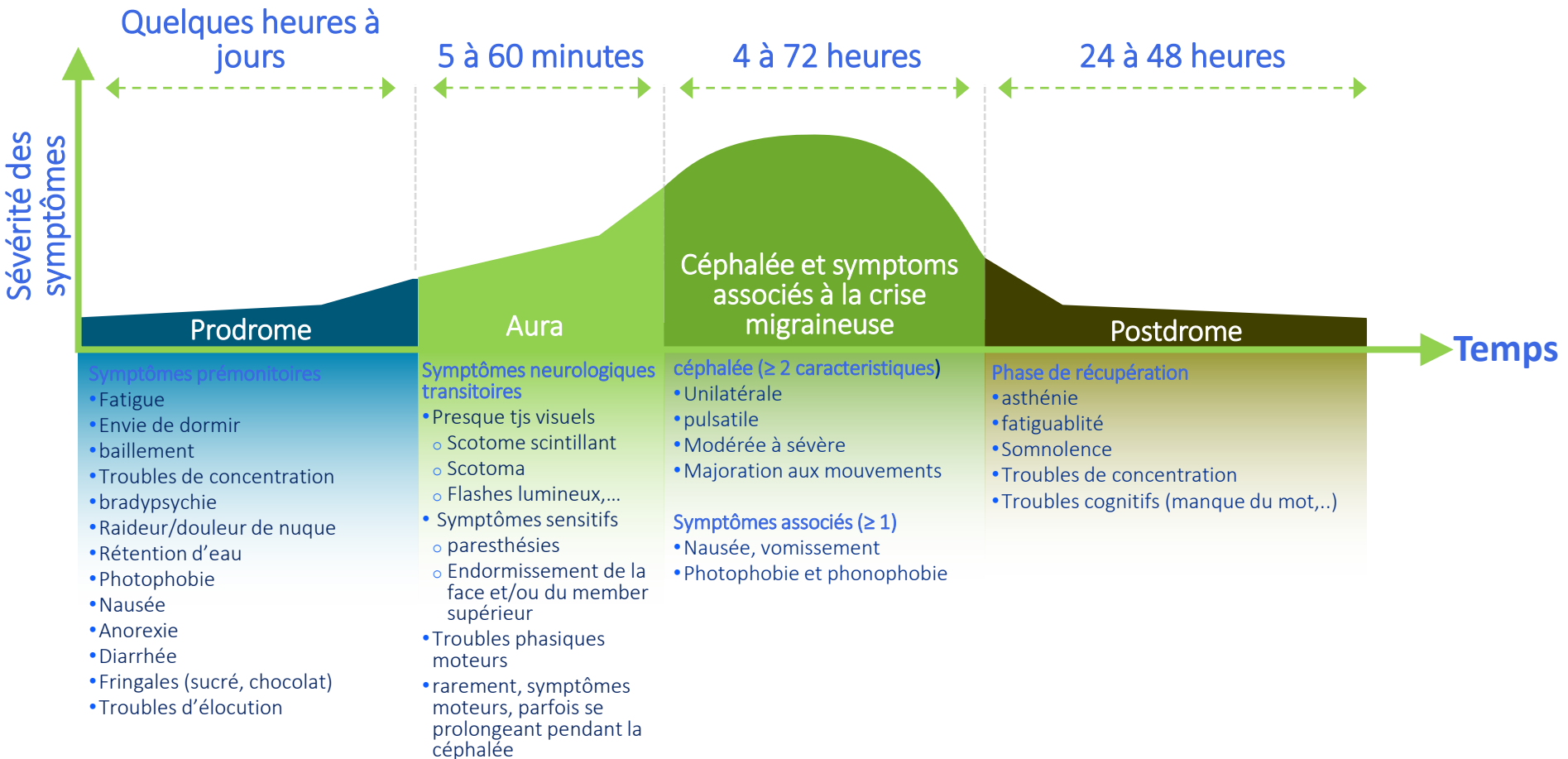
Prévalence de la migraine chronique

- Prévalence globale de la migraine chronique (12 études) varie de **0 à 5,1%**
- **2,5 à 6,5 fois supérieure** chez la femme que chez l'homme



Natoli JL, et al. *Cephalalgia*. 2010;30:599–609.

La migraine est bien plus qu'un mal de tête



Que représentent ces chiffres?



25

Age moyen de début de la migraine¹



35

Age moyen du diagnostic de la migraine²

> 10 ans entre le début des symptômes et un diagnostic correct

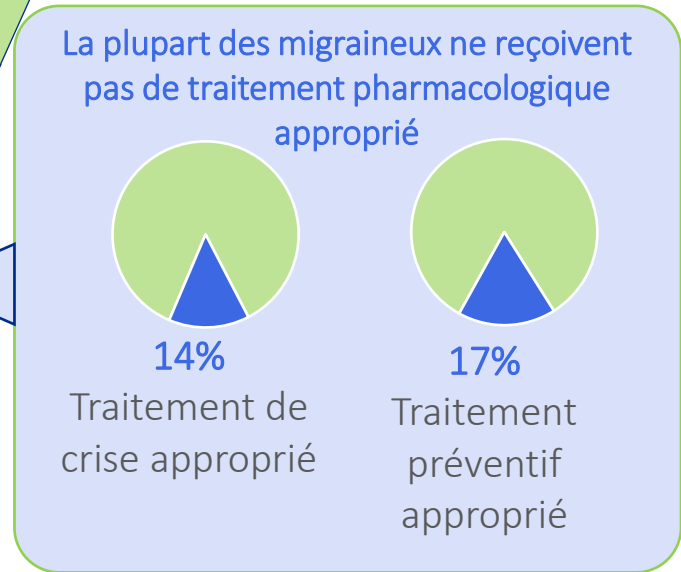
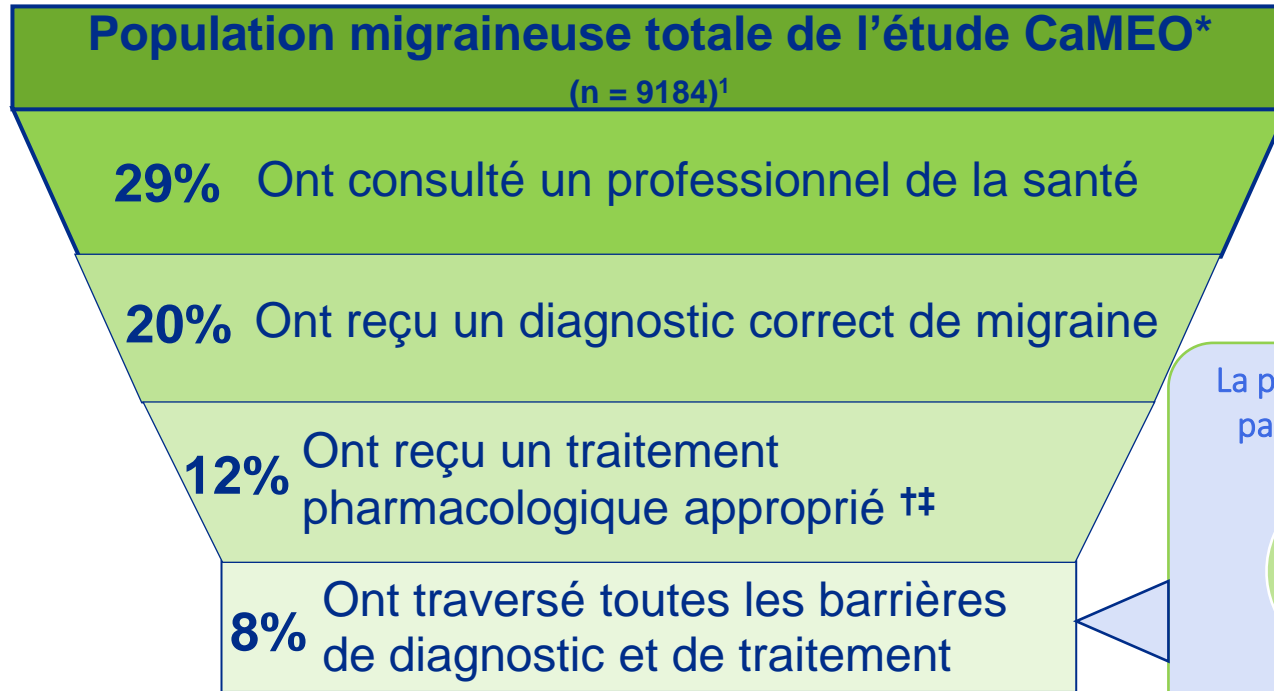


46

Age moyen des patients inclus dans les études sur les nouveaux traitements de fond de la migraine³

1. Steward WF et al. Cephalalgia 2008;28:1170-8; 2. Bentivegna E et al. Neurol Ther 2023;12:337-42; 3. Ashina M et al. Presented at EAN 2024; EPV-312

La migraine est sous-diagnostiquée et sous-traitée

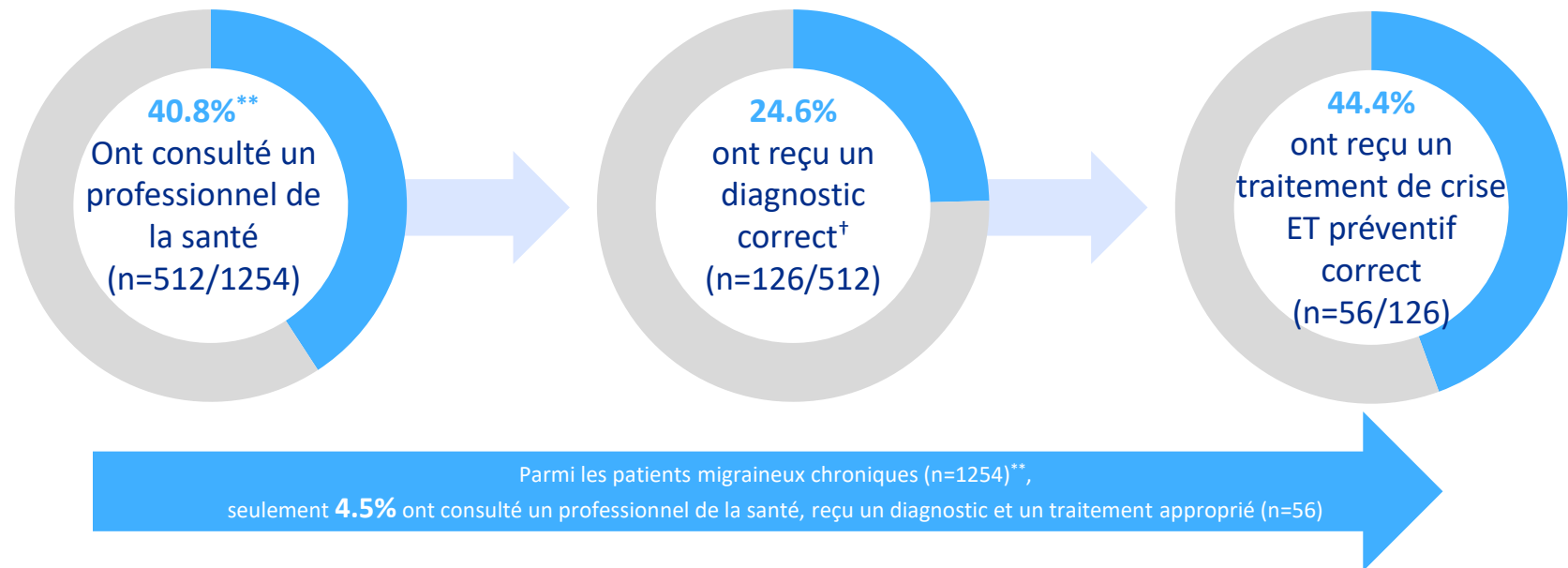


- ***The Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes (CaMEO) Study was a longitudinal Internet-based survey designed to characterize the course of migraine over 1 year in a broad cohort of respondents which included individuals with episodic or chronic migraine.** The Objective was to assess rates of and factors associated with traversing fundamental barriers to good medical outcomes and pharmacologic care in individuals with episodic migraine (EM) and chronic migraine (CM), including socioeconomic status and race; ¹Minimally appropriate acute pharmacologic treatment was defined as any prescription non-steroidal anti-inflammatory drug, triptan, ergotamine derivative, or isometheptene; [‡]Appropriate preventive treatments included guideline-approved, data-supported traditional oral preventive medications, including a range of antiseizure medications, antidepressants, blood pressure medication, or toxin injection. Other preventive treatments and non-prescription preventive treatments were considered minimally appropriate.

- Buse DC et al. *Headache* 2021;61:628–41.

La migraine chronique est sous-diagnostiquée et sous-traitée

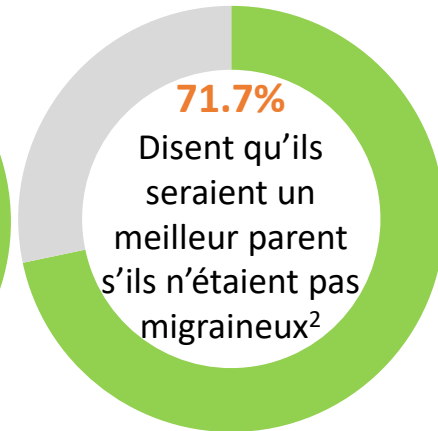
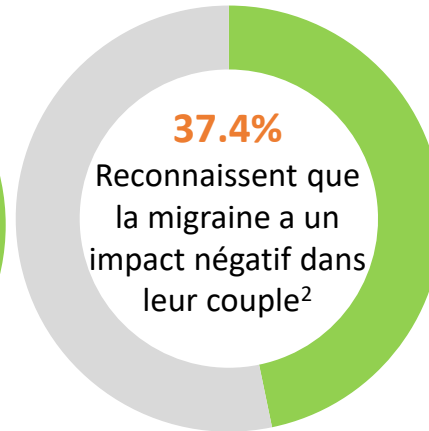
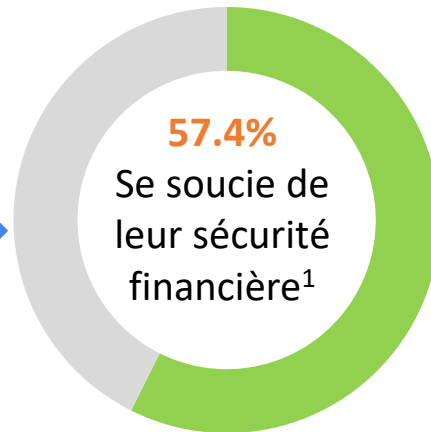
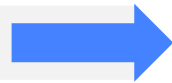
Figure adapted from
Dodick DW, *et al.* 2016.



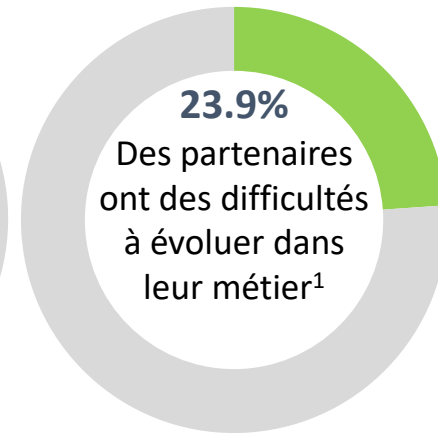
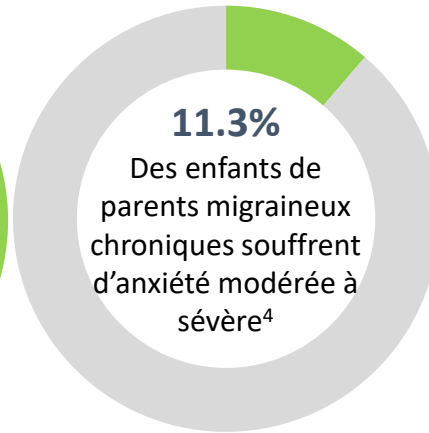
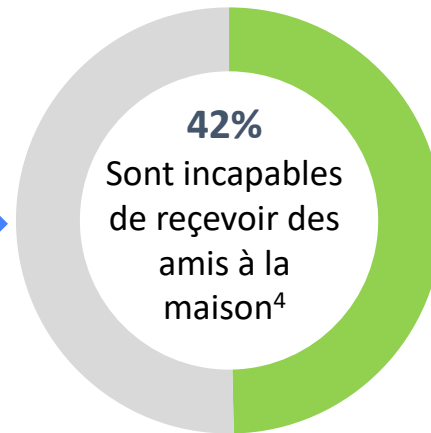
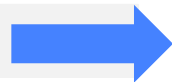
Il y a un besoin important d'un meilleur diagnostic et d'une meilleure prise en charge de la migraine, et encore plus de la migraine chronique

Migraine chronique – Impact

Impact sur le patient



Impact sur la famille



Based on the CaMEO epidemiological study of 13,064 respondents who met modified ICHD-3 criteria for migraine, with 1120 who met the criteria for CM

CM, Chronic Migraine; ICHD-3, International Classification of Headache Disorders 3rd Edition.

1. Buse DC, et al. *Headache*. 2019;0:1–14; 2. Buse DC, et al. *Mayo Clin Proc*. 2016;91:596–611; 3. Payne KA, et al. *Cephalalgia*. 31;1116–1130; 4. Buse DC, et al. *Headache*. 2018;58:512–524.

Bien que la migraine soit une maladie fréquente et qu'elle puisse avoir un impact énorme chez les patients, les familles et la société, elle reste sous diagnostiquée et insuffisamment traitée.

Une étude observationnelle en Belgique a mis en évidence le sous diagnostic de la migraine, la faible utilisation des traitements de fond et des triptans, et une prévalence élevée de surconsommation médicamenteuse chez les patients pratiquant l'automédication en cas de céphalées fréquentes.

- **44%** (n/N=528/1205) des patients avec céphalées régulières se présentant dans une pharmacie pour auto medication n'ont **pas de diagnostic médical de leur céphalées**. 46% d'entre eux (n/N=225/528) remplissent les critères ID-M.¹
- Seulement **12%** (n/N = 49/426) des patients avec un diagnostic médical de migraine **utilisent un traitement préventif**, et **25%** (n/N = 106/426) utilisent des **triptans**.¹
- **24%** des patients avec céphalées régulières (n/N = 292/1206) ont une **surconsommation médicamenteuse**.¹

Mehuys E, Paemeleire K, Van Hees T, et al. Self-medication of regular headache: a community pharmacy-based survey. Eur J Neurol. 2012;19(8):1093-1099.

Questionnaire ID-M migraine

Questionnaire ID-Migraine™

L'ID-Migraine™ est un questionnaire simple et court (question fermée – réponse positive ou négative uniquement), pour orienter vers le diagnostic de la migraine.

Question 1:

Au cours des trois derniers mois, vos activités ont-elles été limitées par des céphalées pendant un jour ou plus ?

Oui

Non

Question 2:

Souffrez-vous de nausées ou de vomissements lors de vos céphalées ?

Oui

Non

Question 3:

La lumière vous dérange-t-elle lorsque vous souffrez de céphalées ?

Oui

Non

Si vous répondez oui aux 3 questions: votre probabilité de souffrir de migraine est de 93%.

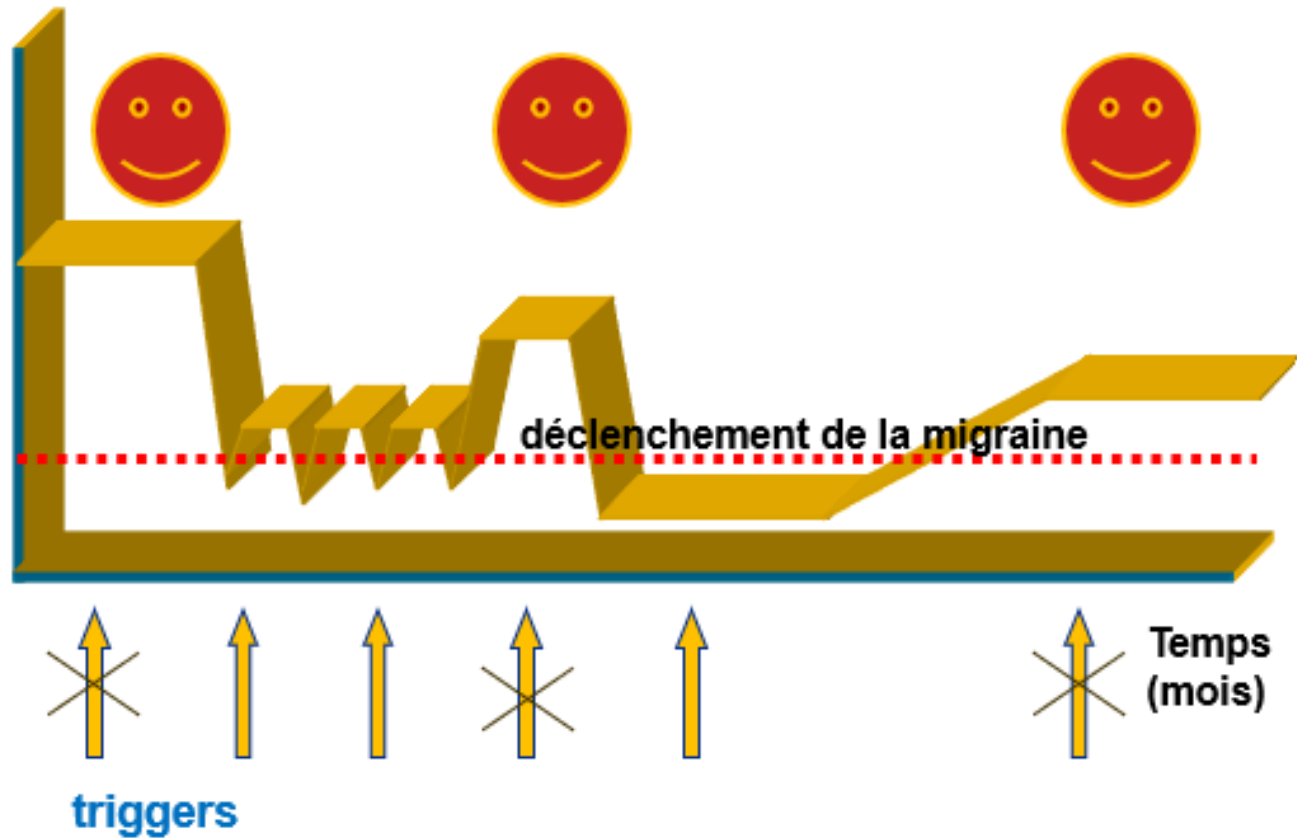
Education du patient

- Explication de la migraine, qui est une maladie qui ne peut pas être guérie mais qu'on peut soigner
- Donner des objectifs réalistes aux patients
- Discuter des options de traitements aigus et préventifs (efficacité, durée, effets secondaires éventuels,..)
- Informer du risque de surconsommation des antalgiques
- Hygiène de vie et triggers (repas réguliers, heures de sommeil régulières, hydratation, activités physiques,..)
- Organiser le suivi (agendas migraine, prochains rendez-vous)



Quand seuil migraineux et triggers se rencontrent

Seuil de sensibilité du patient



Facteur hormonal, facteur alimentaire, stress, grasse matinée, manque de sommeil, mauvaise hydratation, ...

Migraine – traitement aigu

éteindre le feu !

- Principes généraux:
 - ✓ + le traitement est précoce, + il est efficace
 - ✓ AINS et antalgiques non narcotiques efficaces ssi à doses élevées (600-1200 mg ibuprofène, 100-200 mg aceclofenac, ...)
 - ✓ triptans (agonistes 5HT-1b/d) + efficaces
 - Stratégie de traitement à la fois ‘stratifiée’ (le choix du traitement dépend de la sévérité de la crise) et ‘hiérarchisée durant la crise’ (médicaments d’efficacité croissante durant la crise).
 - ✓ pas plus de 2 X / sem (céph par surconsommation médicamenteuse)
 - ✓ traitement + efficace si associé à repos ou sieste même de courte durée
 - ✓ AINS + efficaces si associés à caféine et/ou anti-émétique

Migraine – traitement aigu

**Disparition complète
de la douleur de 2 à
24 heures**



18% à 33%* des patients¹

**Besoin d'un
traitement de secours**



20–34%[†] des patients¹

**Céphalées par
surconsommation
médicamenteuse**



Causées par la plupart des
antalgiques classiques et des
antimigraineux^{2,3}

**Contraindications
CV et GI**

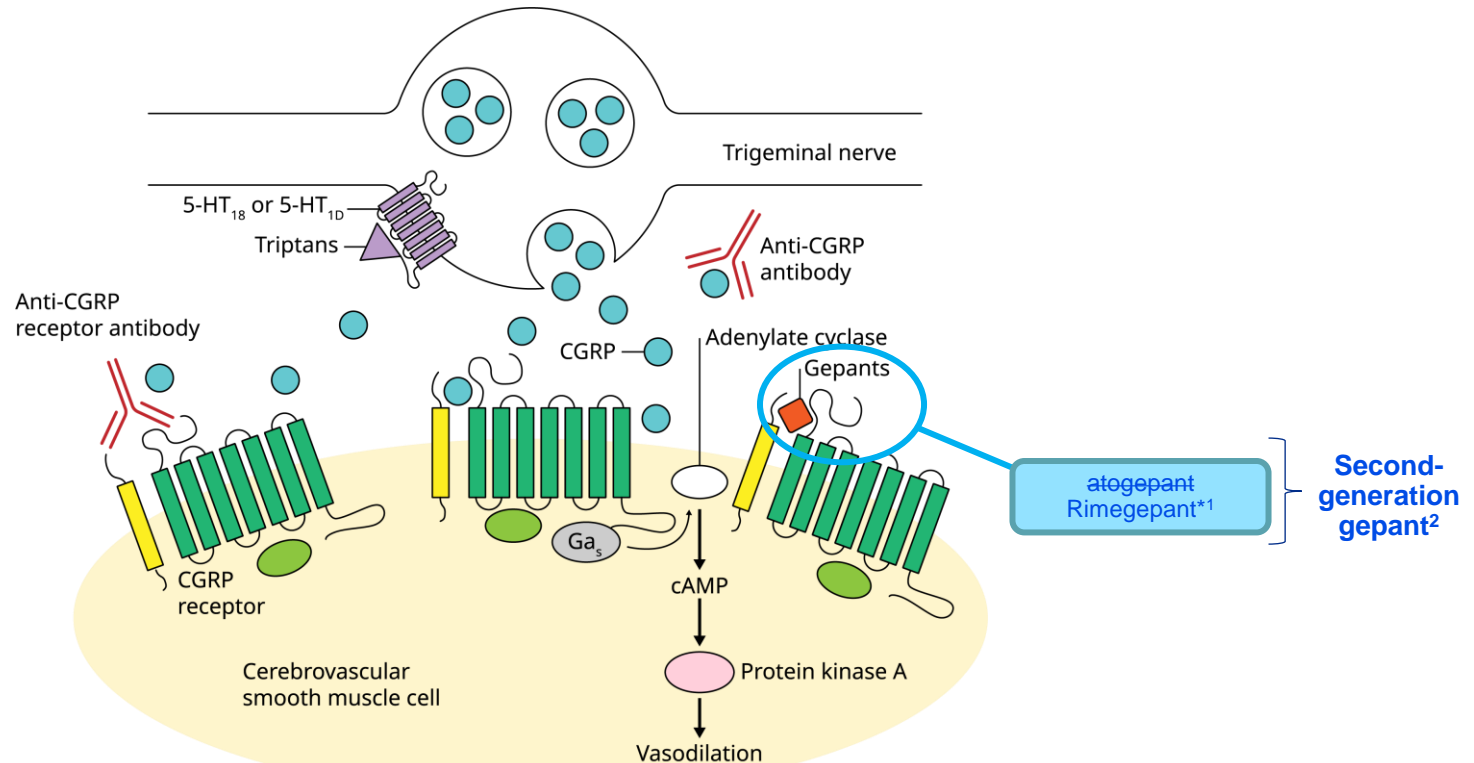


Certains traitements sont
contre-indiqués chez les
patients avec maladie CV ou
à risque de saignement GI⁴

• *Data concerning triptans (20 different treatments considered) included 42 studies and a total of 27,755 participants¹, [†]The evidence network for freedom from pain at 24 hours included 88 studies comparing triptans vs placebo for migraine treatment, total of 48,363 participants.¹

• 1. Cameron C, et al. *Headache* 2015;55:221–235; 2. Schwedt T, et al. *J Headache Pain* 2018;19:38; 3. Rosen N, Duarte R. *Pract Neurol (Fort Wash PA)* May 2021. Available at: <https://practicalneurology.com/articles/2021-may/medication-overuse-headache-2> (Last accessed Feb 2023); 4. Eigenbrodt A, et al. *Nat Rev Neurol* 2021;17(8): 501–514.

Les gépants sont actuellement utilisés pour bloquer/empêcher l'action du CGRP en traitement de crise



 Gepants

Adapted from Edvinsson L, et al. *Nat Rev Neurol* 2018.¹

Diminue la vasodilatation des vaisseaux sanguins cérébraux³

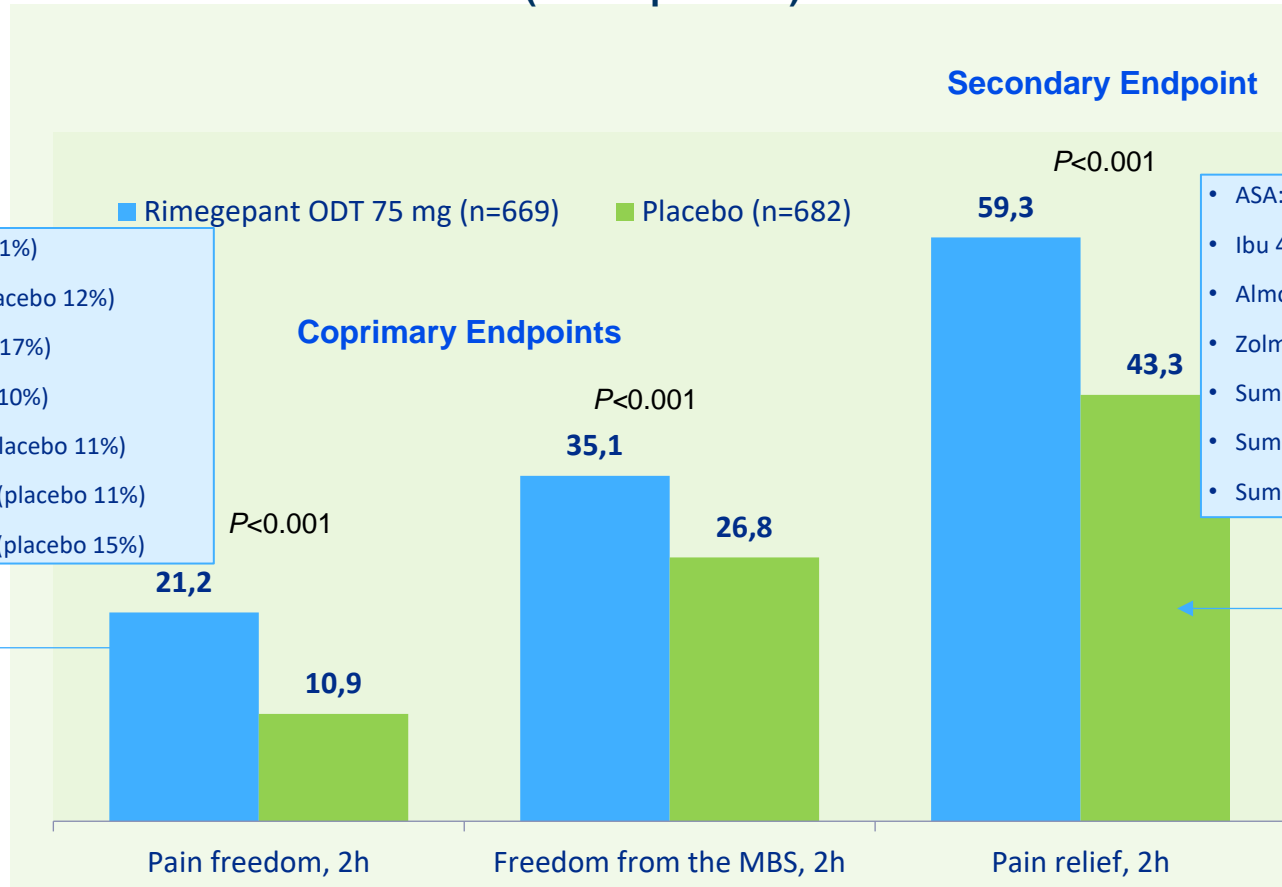
Bloque l'inflammation neurogénique³

Inhibe la transmission de la douleur³

5-HT, 5-hydroxytryptamine; cAMP, cyclic adenosine monophosphate; CGRP, calcitonin gene-related peptide; G_s, the alpha-subunit of the G_s protein; mAb, monoclonal antibody.
 1. Edvinsson L, et al. *Nat Rev Neurol* 2018;14:338–350; 2. Rissardo JP, Caprara AL. *Brain Sciences*. 2022;12(12):1612; 3. Durham P. *N Engl J Med* 2004;350:1073–107. 5

Migraine – traitement aigu

2 heures après une dose et pas de traitement de secours^a
(% des patients)



- ASA: 24% (placebo 11%)
- Ibu 400 mg: 26% (placebo 12%)
- Almo: 35% (placebo 17%)
- Zolmi: 30% (placebo 10%)
- Suma 50 mg: 28% (placebo 11%)
- Suma 100 mg: 32% (placebo 11%)
- Suma 6 mg SC: 59% (placebo 15%)

- ASA: 52% (placebo 32%)
- Ibu 400 mg: 57% (placebo 25%)
- Almo: 63% (placebo 35%)
- Zolmi: 60% (placebo 29%)
- Suma 50 mg: 57% (placebo 32%)
- Suma 100 mg: 61% (placebo 32%)
- Suma 6 mg SC: 79% (placebo 31%)

Les résultats d'études différentes ne peuvent être comparés

Migraine – traitement aigu

- Arsenal actuel
 - AINS
 - Suppositoires en préparation (AINS, caféine)
 - Triptans par voie orale (sumatriptan, zolmitriptan, naratriptan) (*almotriptan, eletriptan, rizatriptan: ne sont pas génériques et donc pas remboursés*)
 - Triptans en SC (sumatriptan 6 mg)
 - Gépants (rimegepant) – non remboursés
 - Ditans - lasmiditan (mais 8 heures sans conduite)

Migraine – traitement préventif

La décision d'initier un traitement de fond sera basée sur¹

La fréquence
des crises
(> 4/mois)

Antalgiques
inefficaces ou
mal tolérés

Surconsommation
d'antalgiques

Invalidité
> 2j/mois liée à
la migraine

Contre-
indications aux
antalgiques

MOH, medication overuse headache.

1. Eigenbrodt A, et al. *Nat Rev Neurol* 2021;17: 501–514; 2. Diener H, et al. *Eur J Neurol* 2020;27:1102–1116; 3. Diener H, et al. *Cephalalgia* 2020;40:1026–1044.

Migraine – traitement préventif

Objectifs d'un traitement de fond ¹⁻³

Réduire la
fréquence des
crises

Améliorer la
réponses aux
antalgiques

Diminuer la
consommation
d'antalgiques

Diminuer
l'invalidité liée
à la migraine

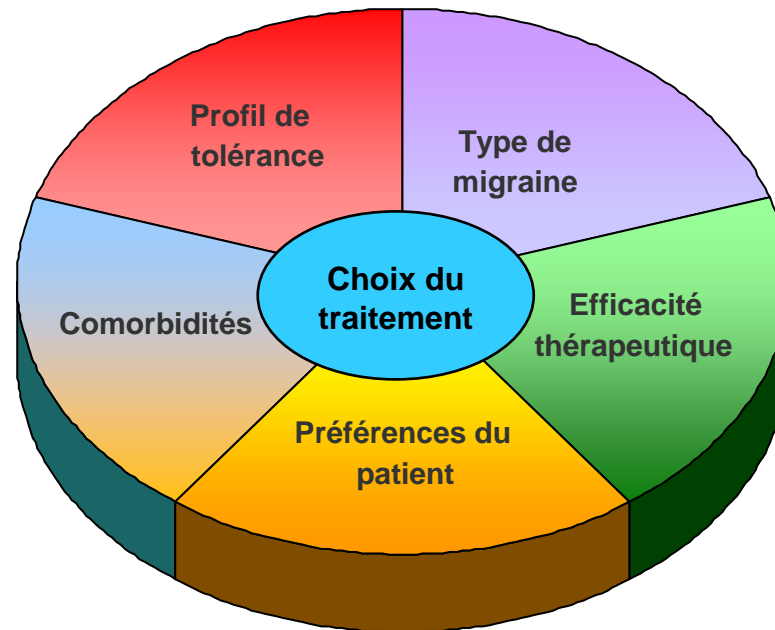
Diminuer
l'intensité des
crises

MOH, medication overuse headache.

1. Eigenbrodt A, et al. *Nat Rev Neurol* 2021;17: 501–514; 2. Diener H, et al. *Eur J Neurol* 2020;27:1102–1116; 3. Diener H, et al. *Cephalgia* 2020;40:1026–1044.

Migraine – traitement préventif

Facteurs influençant le choix d'un traitement préventif



Migraine – traitement préventif

Principes généraux à l'initiation d'un traitement préventif



Débuter le traitement choisi à faible dose si nécessaire



Donner à chaque traitement une période d'essai correcte (une réponse maximale peut prendre 2 à 6 mois selon les traitements)



S'assurer que les traitements utilisés ne sont pas contre-indiqués (selon comorbidités, traitements en cours)



Evaluer le traitement après un certain délai



Prendre en compte les comorbidités et choisir un traitement pouvant éventuellement agir sur ces dernières (HTA, dépression, ..)



Prévenir des risques éventuels en cas de grossesse



IMPLIQUER le patient dans le choix pour optimiser la compliance



Donner des objectifs réalistes

Migraine – traitement préventif

Riboflavine 400 mg le matin (prépa magistrale) – Amigran° 200 mg 2 comp matin

bêtabloquants: Indéral 80 ou 160 mg ou plutôt Sélozok/métoprolol 50 à 100 mg le matin (CI asthme, hypoT, BC,..)

Candesartan 16 mg,

Antiépileptiques

- Dépakine 750 à 1000 mg le soir (dosage sérique de 70 à 90 mg/l) => effet orexigène
- Topamax jusqu'à un premier palier de 25 mg deux fois par jour en majorant progressivement de 12,5 mg par semaine => si nécessaire ensuite majorer de la même manière jusqu'à 50 mg 2x/j
=> effet anorexigène, prévenir du risque de syndrome dépressif et de troubles cognitifs

Migraine – traitement préventif

Amitriptyline 10 à 25 mg (parfois 50 mg) le soir en une seule prise (surtout si dépression associée ou abus d'antalgiques); Venlafaxine 75 à 150 mg le matin,

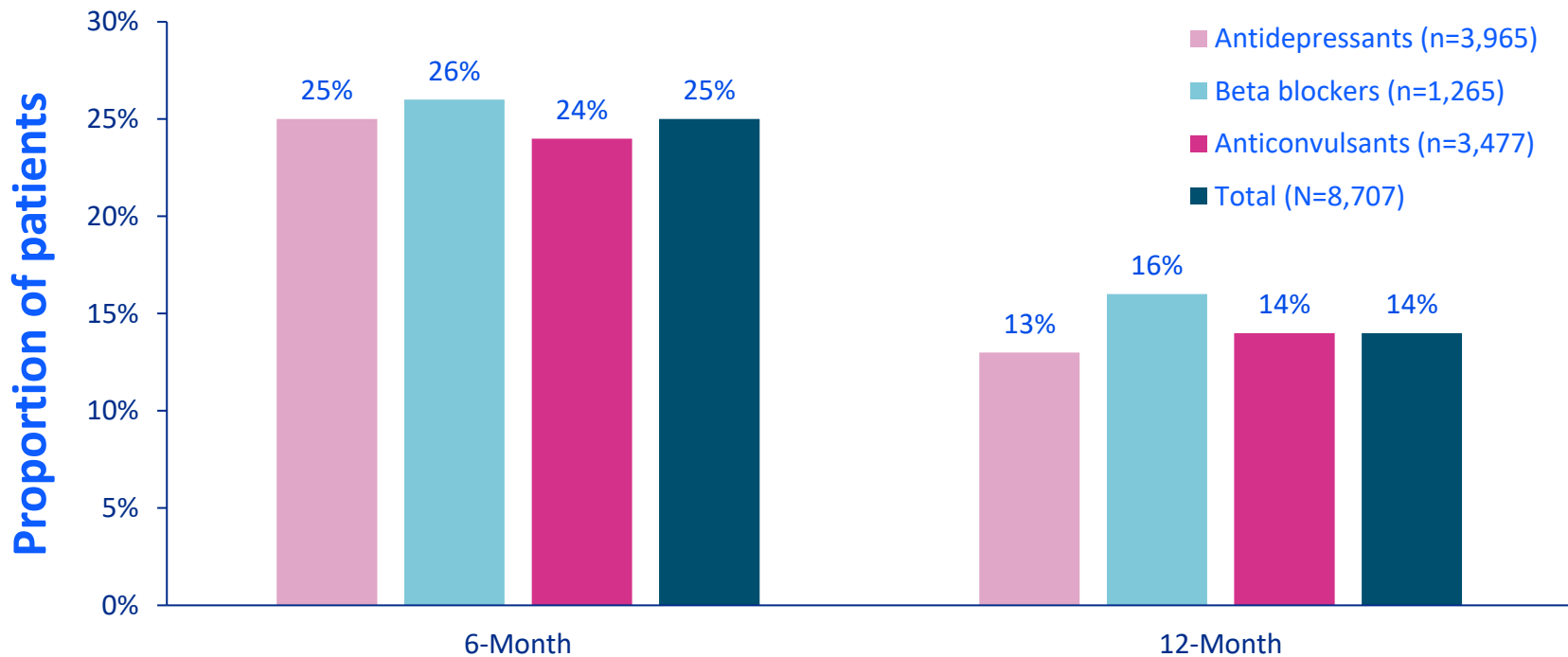
CEFALY / QALM: stimulation transcutanée de la première branche du trijumeau – 20 min par jour : 46% de patients répondeurs (diminution minimum de 50% de la fréquence des crises)

Sibélium-Flunarizine 5-10 mg le soir: pédiatrie; prise de poids – dépression – syndrome parkinsonien: vient d'être retiré du marché

Migraine – traitement préventif

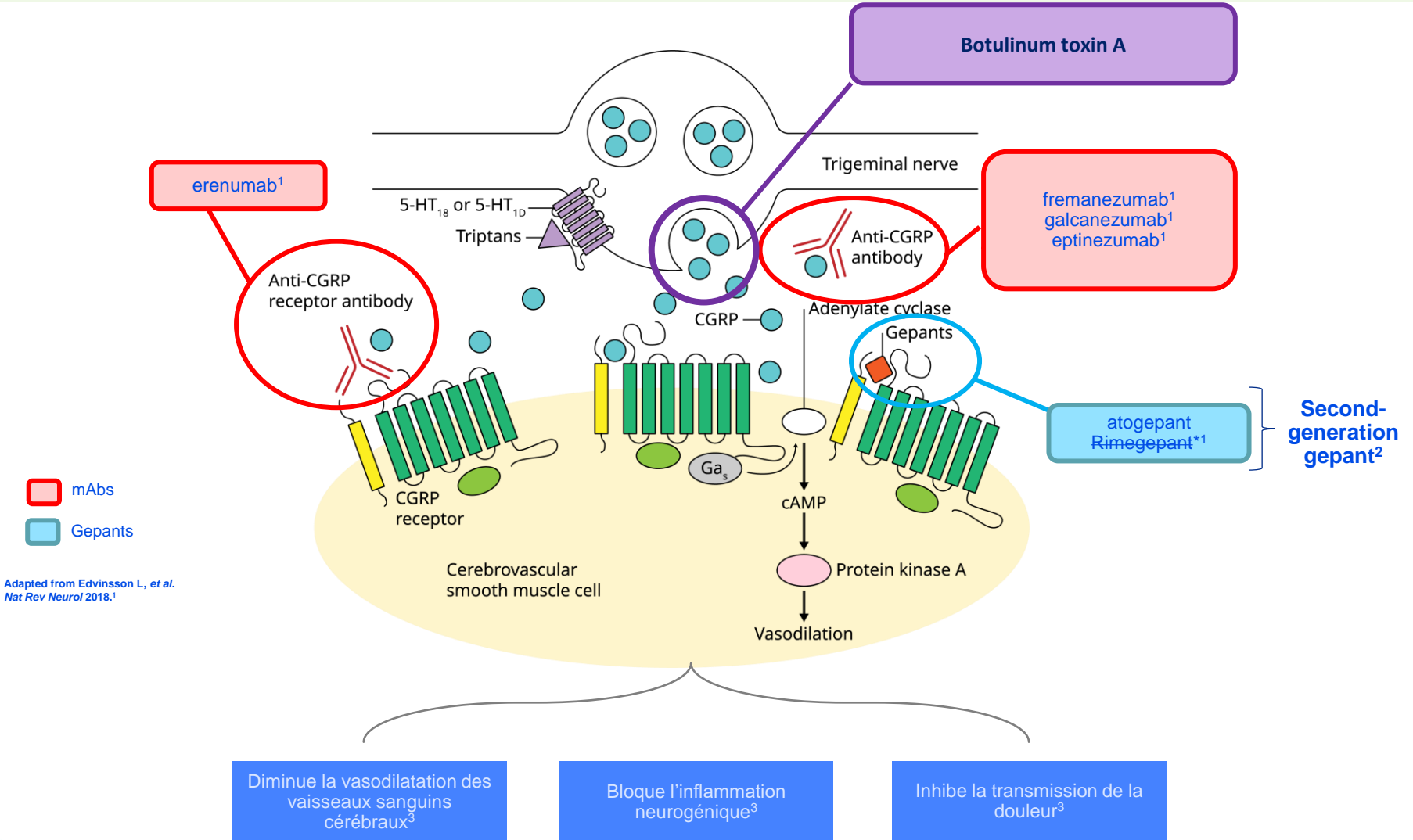
Une faible proportion de patients prend de manière régulière leur traitement préventif initial par voie orale

La persistance de prise d'un traitement préventif initial par voie orale est faible à 6 mois et l'est encore plus à 12 mois.



Cette persistance continue à diminuer avec le second ou le troisième traitement préventif par voie orale, indépendamment du type de traitement.

Les anticorps anti CGRP ou anti récepteur au CGRP, les gépants et la toxine botulique sont actuellement utilisés pour bloquer/empêcher l'action du CGRP.



5-HT, 5-hydroxytryptamine; cAMP, cyclic adenosine monophosphate; CGRP, calcitonin gene-related peptide; G_s, the alpha-subunit of the G_s protein; mAb, monoclonal antibody.
 1. Edvinsson L, et al. *Nat Rev Neurol* 2018;14:338–350; 2. Rissardo JP, Caprara AL. *Brain Sciences*. 2022;12(12):1612; 3. Durham P. *N Engl J Med* 2004;350:1073–107. 5

Migraine – traitement préventif

Migraine épisodique

Anticorps anti CGRP (fremanezumab, galcanezumab, eptinezumab) et anti récepteurs au CGRP (erenumab) et antagoniste des récepteurs au CGRP (atogepant):

Toute molécule confondue, efficacité relativement comparable avec de -3,7 à -4,3 jours de migraine par mois en moins (placebo -2,2- à -3,2; p de 0,018 à <0,001)

Répondeurs à 50 % de 47,7 à 60,8% (placebo de 26,6 à 37,4%; p<0,001)

3 en injections SC (tous les mois – fremanezumab et galcanezumab - ou toutes les 4 semaines - erenumab)

1 en perfusion IV toutes les 12 semaines (eptinezumab)

1 comprimé tous les soirs (atogepant)

Migraine – traitement préventif

Migraine épisodique

Anticorps anti CGRP (fremanezumab, galcanezumab, eptinezumab) et anti récepteurs au CGRP (erenumab) et antagoniste des récepteurs au CGRP (atogepant):

Remboursés en Belgique à partir de 8 jours de migraine/mois n'ayant pas répondu à au moins 3 traitements de fond dont:

- Au moins un beta bloquant
- Au moins le topamax
- Au moins un autre (candesartan, amitriptyline, acide valproïque, flunarizine, venlafaxine, onabotulinum toxin A)

Période d'essai de 3 mois, prolongation accordée si répondeurs à 50% au moins sur le nombre de jours de migraine (agendas obligatoires)

Migraine – traitement préventif

Migraine épisodique

Anticorps anti CGRP (fremanezumab, galcanezumab, eptinezumab) et anti récepteurs au CGRP (erenumab) et antagoniste des récepteurs au CGRP (atogepant):

Prolongation des injectables SC pour 18 mois avec 15 injections (drug holiday de 3 mois) – nouvelle demande de prolongation si aggravation pendant la pause à > 8 jours/mois

Eptinezumab IV prolongé pour 18 mois (72 semaines) avec 5 perfusions (drug holiday 12 semaines) - nouvelle prolongation si aggravation pendant la pause à > 8 jours/mois

Atogepant prolongé pour 52 semaines et 12 boîtes de 28 comp (drug holiday d'1 mois) – nouvelle prolongation si aggravation pendant la pause à > 8 jours/mois

Migraine – traitement préventif

Migraine chronique

Anticorps anti CGRP (fremanezumab, galcanezumab, eptinezumab) et anti récepteurs au CGRP (erenumab) et antagoniste des récepteurs au CGRP (atogepant) et la botulinum toxin A:

Toute molécule confondue, efficacité relativement comparable avec de -4,8 à -8,2 jours de migraine par mois en moins (placebo -2,7- à -6,2; $p < 0,001$)

Répondeurs à 50 % de 27,6 à 57,6% (placebo de 15,4 à 39,3%; $p < 0,001$)

3 en injections SC (tous les mois – fremanezumab et galcanezumab - ou toutes les 4 semaines - erenumab)

1 en perfusion IV toutes les 12 semaines (eptinezumab)

1 comprimé tous les soirs (atogepant)

Injections en 39 points de 195 U botox selon protocole PREEMPT

Migraine – traitement préventif

Migraine chronique

Anticorps anti CGRP (fremanezumab, galcanezumab, eptinezumab) et anti récepteurs au CGRP (erenumab) et antagoniste des récepteurs au CGRP (atogepant):

Comme pour migraine épisodique

Botulinum toxin A:

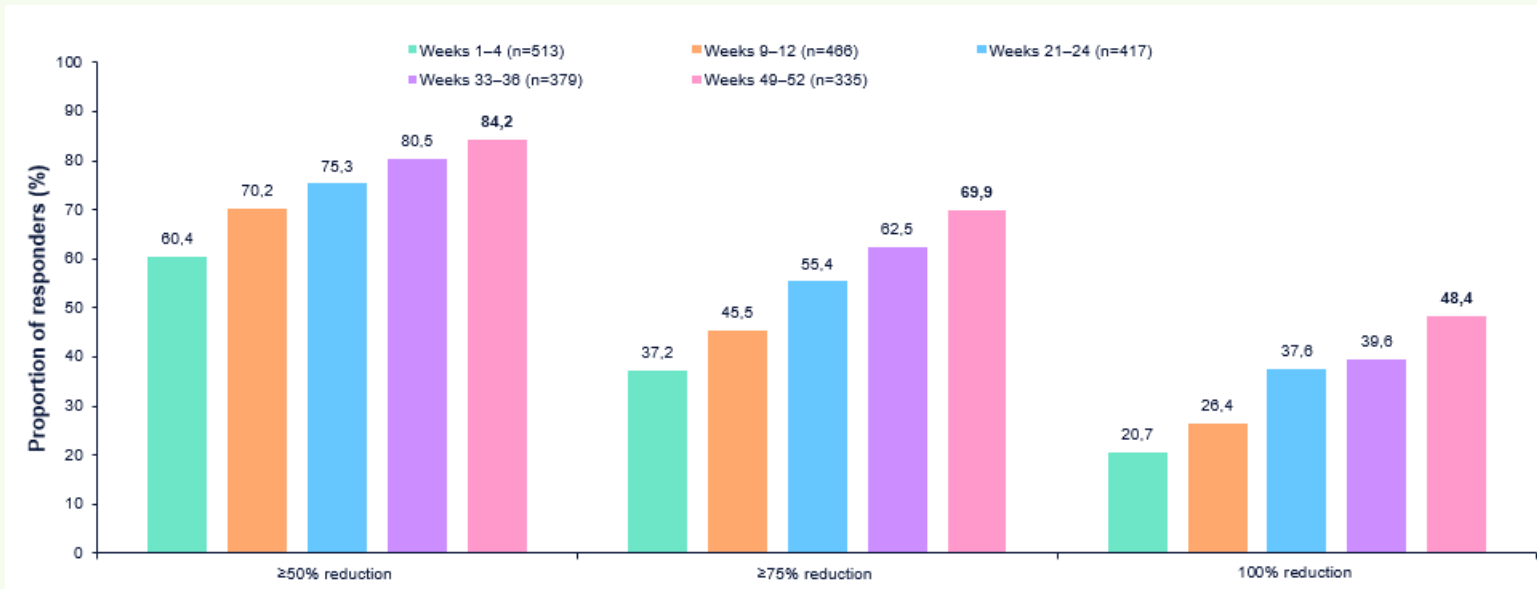
Remboursée dans la migraine chronique en cas de non réponse à au moins deux traitements préventifs

2 séances d'injection espacées de 3 mois et évaluation à 6 mois, prolongation accordée si répondeur à > 50% pour une durée d'un an (4 cycles d'injection; mais pause si migraine épisodique au moins 3 mois consécutifs)

Migraine – traitement préventif

Répondeurs tardifs et long terme

La proportion de répondeurs à $\geq 50\%$, $\geq 75\%$ et 100% augmentent tout du long sur une durée de 52 semaines atogepant 60 mg^1



***Efficacy endpoints for long-term efficacy evaluation were not classified as primary, secondary or additional endpoints.¹**

Clinical efficacy outcomes were only collected from the AQUIPTA[®] arm by electronic diary data.¹

In an open-label extension with observed data, there is potential for enrichment of the long-term data as those who remain in the study generally fare better than those who discontinue.¹ Results are not multiplicity controlled and conclusions cannot be drawn.¹ **Efficacy measurements were not collected in the standard care group.¹ †Data shown is from the atogepant 60 mg mITT population.¹

mITT, modified intention-to-treat.

1. Ashina M, *et al. Headache*. 2023;63(1):79–88; 2. AQUIPTA[®] (atogepant) Summary of Product Characteristics, Latest version

Migraine – traitement préventif

Répondeurs tardifs et long terme

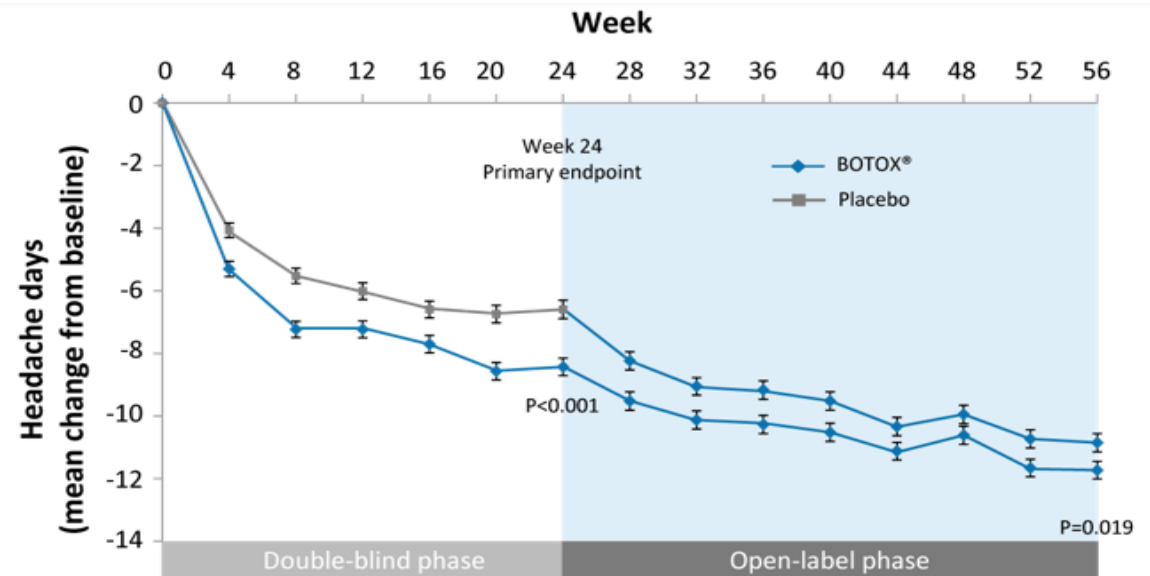
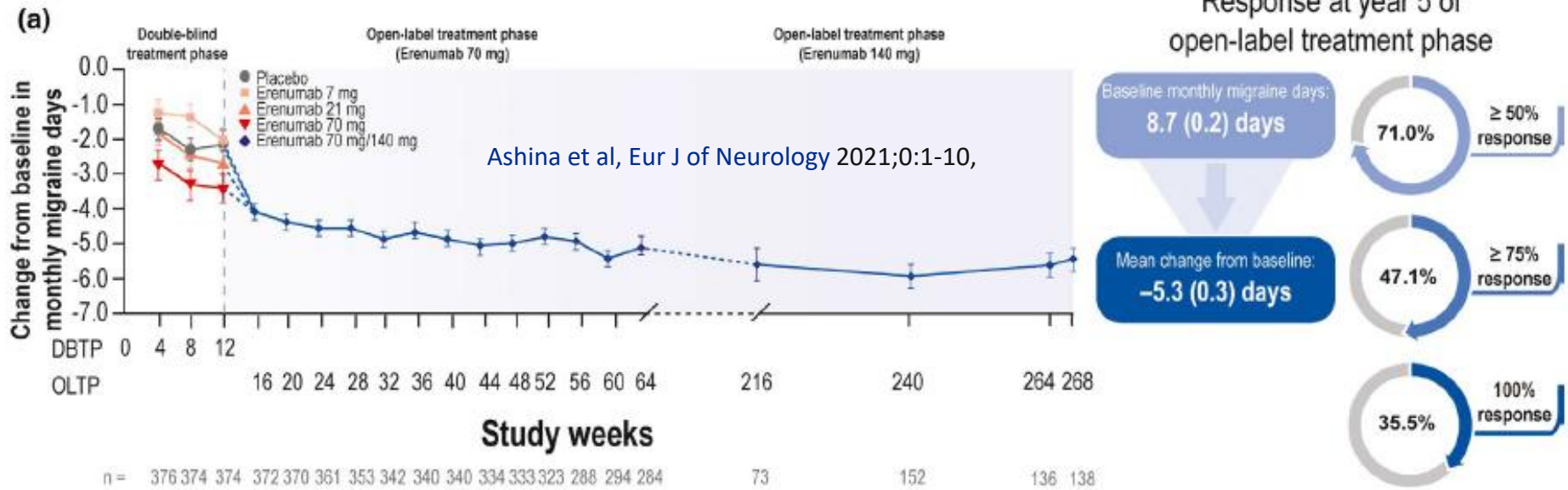


Figure adapted from Aurora SK, et al. Headache 2011

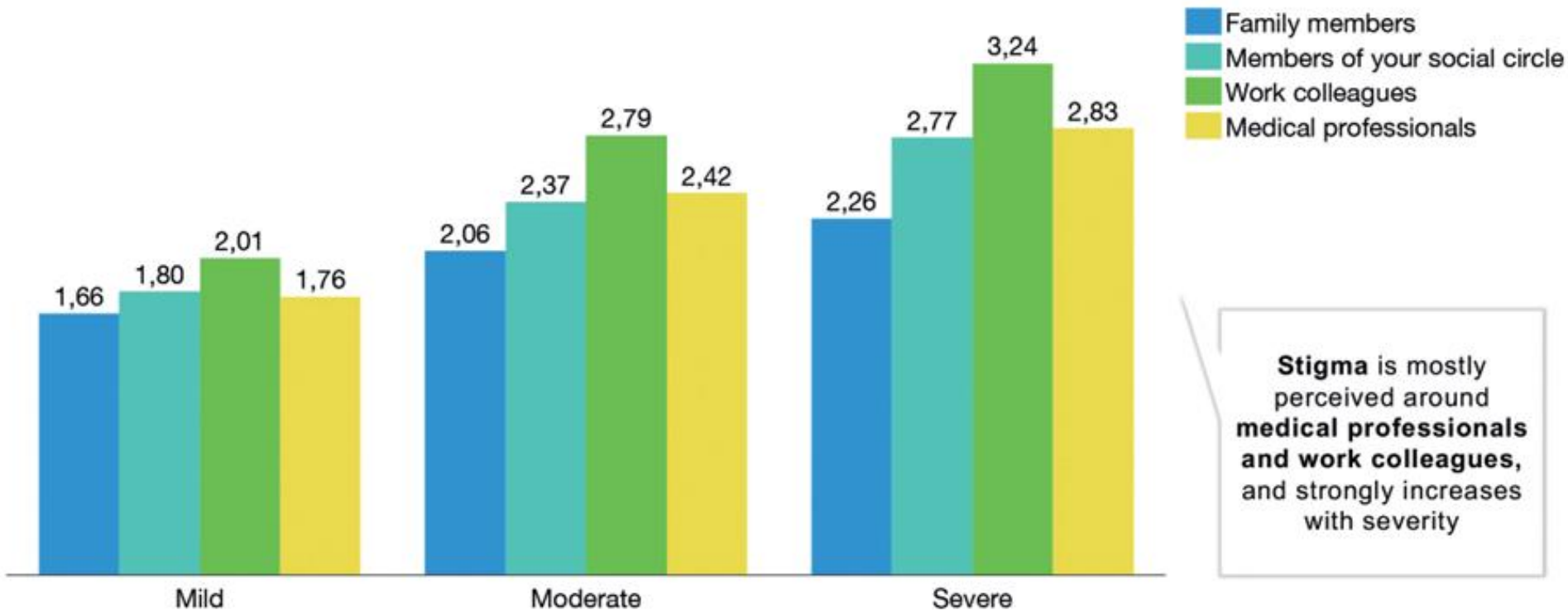
Migraine – traitement préventif

Comment faire mieux?

European Migraine and Headache Alliance (Migraine stigma survey)

La stigmatisation est le plus souvent ressentie dans l'environnement professionnel mais également parmi les professionnels de la santé (médecins)

How strongly do you feel stigma with the following people in your life?



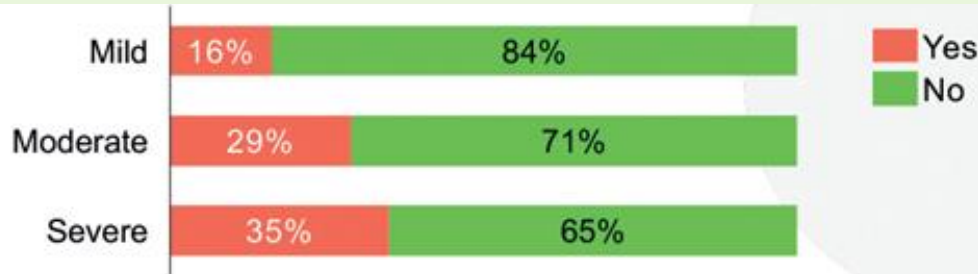
Migraine – traitement préventif

Comment faire mieux?

European Migraine and Headache Alliance (Migraine stigma survey)

Stigmatisation liée au corps médical

Avez-vous déjà reporté ou annulé un rendez-vous médical parce que vous vous sentiez mal à l'aise à propos de votre migraine?



Quand la sévérité augmente, la réticence du patient à consulter un médecin augmente également, due à un sentiment d'embarras par rapport à sa maladie

Avez-vous l'impression que le médecin comprend ce que c'est que de vivre avec votre migraine?



Quand la sévérité augmente, le sentiment de ne pas être compris par le corps médical augmente également

Migraine – traitement préventif

Comment faire mieux?

Débuter plus tôt un traitement injectable de la migraine peut amener une meilleure réponse

Etude de cohorte rétrospective, en vie réelle, chez des patients recevant un traitement injectable avant et après les changements de critères de remboursement

Avant les changements de critères

146 patients ont reçu le traitement injectable pendant 3 mois après échecs ou contre-indications à **toutes** les classes de traitements préventifs de première ligne

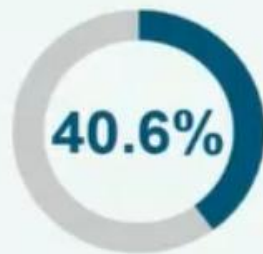
Après les changements de critères

63 patients ont reçu le traitement injectable pendant 3 mois après échec d'**un** traitement préventif

Mean change in MMD from baseline to Month 3



≥50% reduction in MMD from baseline to Month 3



Mean change in MMD from baseline to Month 3



≥50% reduction in MMD from baseline to Month 3



Hong JB et al. J Headache Pain 2023;24:144.

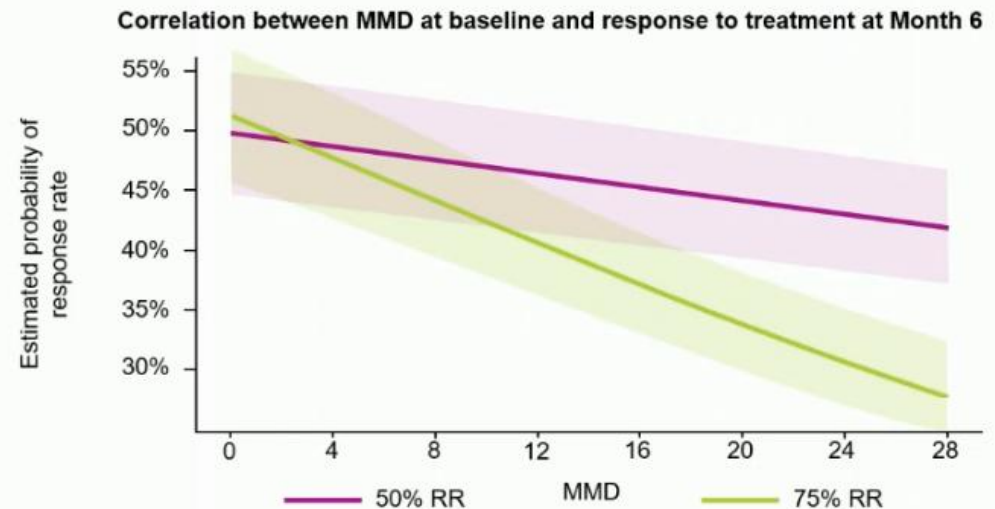
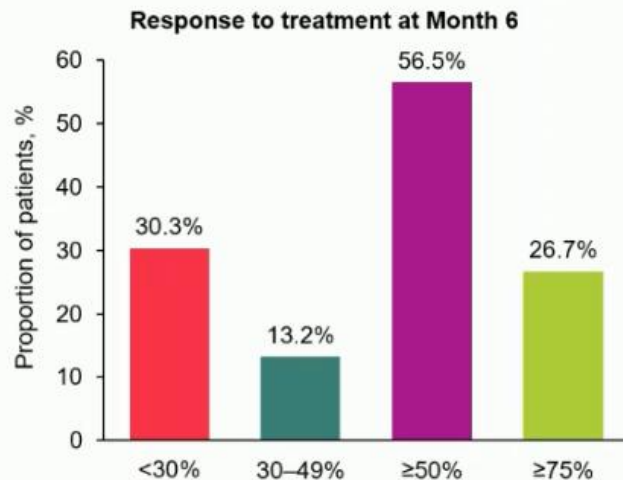
Migraine – traitement préventif

Comment faire mieux?

Une étude en vie réelle a démontré qu'un nombre moyen de jours de migraine par mois plus élevé était associée à une moins bonne réponse au traitement de fond

Etude européenne, prospective, en vie réelle, de patients recevant un traitement injectable en prophylaxie migraineuse

 N=5,818 with HFEM or CM  6 months  Multicentre



Caronna et al. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2024;0:1-11

Take home messages

Diagnostiquer correctement

Eduquer le patient

Stigmatisation des migraineux

Traitement de crise optimal

Informer du risque de surconsommation d'antalgiques

Traitement de fond tôt (être agressif !!)

Suivi régulier (calendriers)

Critères diagnostiques de la céphalée de tension épisodique peu fréquente

- A. Au moins 10 épisodes de céphalées survenant $< 1x/mois$ en moyenne (< 12 jours/an) et remplissant les critères B à D
- B. Durée de 30 minutes à 7 jours
- C. Au moins deux des caractéristiques suivantes:
 - 1. Bilatérale
 - 2. Comme une pression ou un étai (non pulsatile)
 - 3. Intensité légère à modérée
 - 4. Non aggravée par les activités physiques régulières (escaliers, marche,..)
- D. Les deux suivants:
 - 1. Pas de nausées ou de vomissements
 - 2. Pas plus d'un des deux (photophobie ou phonophobie)
- E. N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3

Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018;38(1):1-211.

Critères diagnostiques de la céphalée de tension épisodique fréquente

- A. Au moins 10 épisodes de céphalées survenant de 1 à 14 j/mois en moyenne depuis > 3 mois (≥ 12 et < 180 jours/an) et remplissant les critères B à D
- B. Durée de 30 minutes à 7 jours
- C. Au moins deux des caractéristiques suivantes:
 - 1. Bilatérale
 - 2. Comme une pression ou un étai (non pulsatile)
 - 3. Intensité légère à modérée
 - 4. Non aggravée par les activités physiques régulières (escaliers, marche,..)
- D. Les deux suivants:
 - 1. Pas de nausées ou de vomissements
 - 2. Pas plus d'un des deux (photophobie ou phonophobie)
- E. N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3

Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018;38(1):1-211.

Critères diagnostiques de la céphalée de tension chronique

- A. Céphalées survenant ≥ 15 j/mois en moyenne depuis > 3 mois (≥ 180 jours/an) et remplissant les critères B à D
- B. Durant des heures ou des jours, ou sans rémission
- C. Au moins deux des caractéristiques suivantes:
 - 1. Bilatérale
 - 2. Comme une pression ou un étai (non pulsatile)
 - 3. Intensité légère à modérée
 - 4. Non aggravée par les activités physiques régulières (escaliers, marche,..)
- D. Les deux suivants:
 - 1. Pas plus d'un des signes suivants dont photophobie, phonophobie et nausées légères
 - 2. Aucun des deux signes suivants: nausées modérées ou sévères et vomissements
- E. N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3

Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018;38(1):1-211.

La céphalée de tension

- Traitements aigus:
 - + le traitement est précoce, + il est efficace
 - AINS et paracétamol sont recommandés
 - Éviter les morphiniques
 - pas plus de 2 X / sem (céph par surconsommation médicamenteuse)
 - Techniques de relaxation et de gestion du stress
 - Activité physique légère

La céphalée de tension

- Traitements préventifs (selon fréquence et invalidité):
 - Amitriptyline reste le premier choix (10 à 50 mg rarement plus)
 - Mirtazapine 15 à 30 mg/j; voire venlafaxine
 - Topiramate 50 à 100 mg/j
 - Tizanidine
- Thérapie cognitive comportementale
- Kinésithérapie: relaxation avec biofeedback

Critères diagnostiques de la névralgie du trijumeau

- A. Paroxysmes récurrents de douleur faciale unilatérale dans le territoire d'une ou de plusieurs branches du trijumeau, sans irradiation au-delà, et remplissant les critères B et C
- B. La douleur a toutes les caractéristiques suivantes:
 1. Durée d'une fraction de seconde à deux minutes
 2. Intensité sévère
 3. Qualité de la douleur: électrique, fulgurante, en coup de couteau ou vive
- C. Déclenchée par des stimuli anodins au sein du territoire trigéminal affecté
- D. N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3

Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018;38(1):1-211.

Classification de la névralgie du trijumeau

Névralgie du trijumeau **classique** (conflit vasculo-nerveux avec modification de l'aspect du nerf trijumeau):

- purement paroxystique
- paroxstique avec douleur continue

Névralgie du trijumeau **secondaire**

- SEP
- lésion tumorale
- autre

Névralgie du trijumeau **idiopathique** (conflit possible mais pas de modification de l'aspect du nerf trijumeau):

- purement paroxystique
- paroxystique avec douleur continue

Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018;38(1):1-211.

Névralgie du trijumeau - traitement

Névralgie idiopathique

Carbamazépine-oxcarbazépine
Lamotrigine
Gabapentine-prégabaline
Baclofène
Toxine botulique

Neurolyse
Gammaknife
thermocoagulation (Rxfréquence)
Compression au ballonnet
Décompression MV (Janetta)

Névralgie classique

Carbamazépine-oxcarbazépine
Lamotrigine
Gabapentine-prégabaline

Décompression MV (Janetta)

Baclofène
Toxine botulique
Phénytoïne

Neurolyse
Gammaknife
thermocoagulation (Rxfréquence)
Compression au ballonnet

Névralgie secondaire

Traiter la cause
Si les symptômes persistent:

Carbamazépine-oxcarbazépine
Lamotrigine
Gabapentine-prégabaline
Baclofène
Toxine botulique

Neurolyse
Gammaknife
thermocoagulation (Rxfréquence)
Compression au ballonnet
Décompression MV (Janetta)



Société Scientifique de Médecine Générale Asbl
Rue de Suisse 8 à 1060 Bruxelles | +32 2 533 09 80 | www.ssmg.be