



TRAITEMENT DE CRISE DE LA MIGRAINE



ÉVALUATION

ÉVALUATION DU PATIENT

- Comorbidités
- Contre-indications
- Vasculaire, rénal, hépatique, grossesse
- Essais antérieurs
- Préférences du patient

ÉVALUATION DES CRISES

- 1 sorte ou plusieurs?
- Début bien identifié?
- Aura, prodrome?
- Crises sévères? Durée?
- Nausées, vomissements?
- Impact fonctionnel?

ÉVALUATION DE LA FRÉQUENCE MENSUELLE

Indication de prévention?

- <4 : pas de prévention
- 4-8 : prévention si sévère
- 8+ : prévention indiquée
- 15+ : prévention essentielle
- (migraine chronique)

UTILISATION DU CALENDRIER DE MIGRAINE DU PATIENT

CHOIX DES OPTIONS (voir tableau)

1^e étape
Monothérapie

AINS

ou

Triptan

ou

Gépant*

Si réponse insuffisante, essayer différentes options

2^e étape
Combinaisons
et/ou
parentéraux

AINS

+/-

Triptan

+/-

Gépant*

Anti-émétique si nécessaire

3^e étape
Stratification

Crise simple



Tx monothérapie

Crise sévère

Combinaisons et/ou
parentéraux

Échec de tx

Tx de secours
Visite urgence

ENSEIGNEMENT AU PATIENT

- Quel traitement, ou combinaison?
- Quand le prendre?
- Comment évaluer la réponse?

ÉVALUATION DE LA RÉPONSE

- Efficace <2h
- Bien toléré
- Retour à la fonction
- Sans récurrence
- Taux de succès >3/5

PRÉVENTION DE LA CÉPHALÉE MÉDICAMENTEUSE

> 10j/mois (triptans, opioïdes, AINS, combinaisons)

> 15j/mois (acétaminophène SEUL)

=

- Informer, ne pas blâmer
- Optimiser la prévention
- Sevrage parfois nécessaire

*À la date de publication, l'ubrogépant et le rimégépant ne sont pas couverts par la RAMQ ni par certains régimes privés. L'INESS et l'IHS classent les gépants en deuxième ligne, principalement en raison de leur coût. Ces médicaments ont des avantages spécifiques (bonne tolérabilité, pas de céphalée médicamenteuse, pas de vasoconstriction) et peuvent être prescrits en première ligne.

Si les crises sont difficiles à contrôler ou atypiques : optimiser la prévention et référer en neurologie.

ÉVITER OPIOIDES, BARBITURIQUES, CANNABINOÏDES

1. Puledda F, Sacco S, Diener HC, Ashina M, Al-Khazali HM, Ashina S, et al. International Headache Society global practice recommendations for the acute pharmacological treatment of migraine. Cephalalgia. 2024;44(8):3331024241252666.

2. Worthington I, Pringsheim T, Gawel MJ, Gladstone J, Cooper P, Dilli E, et al. Canadian Headache Society Guideline: acute drug therapy for migraine headache. Can J Neurol Sci. 2013;40(5 Suppl 3):S1-s80.

OPTIONS DE TRAITEMENT DE CRISE

OPTIONS	DOSE SUGGÉRÉE ORAL (PO) ; INTRANASAL (IN) ; INTRAMUSCULAIRE (IM) ; SOUS- CUTANÉ (SC) ; INTRARECTAL (PR) ; COMPRIMÉ À DISSOLUTION ORALE (ODT)	POSOLOGIE	DOSE MAXIMALE SUR 24 H
ANALGÉSQUES			
Acétaminophène	1000 mg (PO)	q4-6h	4000 mg
ANTI-INFLAMMATOIRES			
Acide acétylsalicylique	1000 mg (PO) ; 650 mg (PR)	q4-6h	4000 mg
Diclofénac	50 mg (PO) ; 50 mg (PR)	q8h	150 mg
Diclofénac potassique	50 mg (poudre orale)	BID PRN	100 mg
Ibuprofène	600 mg (PO)	q6h	2400 mg
Indométhacine	100 mg (PR)	q8h	200 mg
Kétorolac	30 mg (IM)	q4-6h	120 mg
Naproxen Naproxen sodium	500 mg (PO) ; 500 mg (PR) ; 550 mg (PO)	q12h	1000 mg 1100 mg
TRIPTANS			
Almotriptan	12.5 mg (PO)	Répéter après 2h	25 mg
Élétriptan	40 mg (PO)	Répéter après 2h	80 mg*
Frovatriptan	2.5 mg (PO)	Répéter après 2h	5 mg
Naratriptan	2.5 mg (PO)	Répéter après 4h	5 mg
Rizatriptan	10 mg (PO, ODT)	Répéter après 2h	20 mg/jour
Sumatriptan	100 mg (PO) ; 20 mg (IN) ; 6 mg (SC)	Répéter (PO/IN après 2h ; SC après 1h)	200 mg (PO) ; 40 mg (IN), 12 mg (SC)
Zolmitriptan	2.5 mg (PO) ; 5 mg (IN)	Répéter après 2h	10 mg
COMBINAISON			
Sumatriptan + naproxène sodique	500 mg / 85 mg (PO)	Répéter après 2h	2 co
GÉPANTS			
Rimégépant	75 mg (PO)	Dose unique	75 mg
Ubrogépant	100 mg (PO)	Répéter après 2h	200 mg
ANTI-ÉMÉTIQUES			
Dimenhhydrinate	100 mg (PO) ; 100 mg (PR)	q4-6h	400 mg
Metoclopramide	10 mg (PO)	q6-8h	30 mg
Prochlorpérazine	10 mg (PO) ; 10 mg (PR)	q6-8h	40 mg
Odansétron	8 mg (PO)	q8h	24 mg

Perles cliniques

- > Toute crise devrait être traitée dès son début. La plupart des patients retardent la prise de leur traitement de crise.
- > Toujours réévaluer les plans de grossesse et conseiller en conséquence.
- > AINS et triptans peuvent être combinés. Les données probantes sont limitées pour combiner triptans et gépants, mais les experts le font.
- > Pour crises très rapides ou avec vomissements, il faut envisager la voie intranasale ou sous-cutanée.
- > Le pharmacien peut contribuer au suivi des essais de traitement.
- > L'allergie au SULFA n'est PAS une contre-indication aux triptans.
- > Le risque de syndrome sérotonergique relié à l'association d'un triptan avec un ISRS n'est pas significatif.

1. Puledda F, Sacco S, Diener HC, Ashina M, Al-Khazali HM, Ashina S, et al. International Headache Society global practice recommendations for the acute pharmacological treatment of migraine. Cephalalgia. 2024;44(8):3331024241252666.
2. Evans RW, Tepper SJ, Shapiro RE, Sun-Edelstein C, Tietjen GE. The FDA alert on serotonin syndrome with use of triptans combined with selective serotonin reuptake inhibitors or selective serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors: American Headache Society position paper. Headache. 2010;50(6):1089-99.
3. Strom BL, Schinnar R, Apter AJ, Margolis DJ, Lautenbach E, Hennessy S, et al. Absence of cross-reactivity between sulfonamide antibiotics and sulfonamide nonantibiotics. N Engl J Med. 2003;349(17):1628-35.

*La monographie canadienne indique une dose maximale de 40 mg par jour, mais il est de l'opinion des experts qu'une dose de 80 mg par jour (en deux prises) pourrait être prescrite dans certaines situations.

Certaines de ces molécules peuvent être utilisées à des doses inférieures dans un [contexte pédiatrique](#), d'intolérance ou de contre-indication relative (par exemple vasculaire).

La réalisation de cet aide-mémoire a reçu un soutien financier d'Abbvie sous la forme d'une subvention à visée éducative sans restriction.

Médecins francophones du Canada est un organisme agréé par le Collège des médecins du Québec.

Retrouvez toutes
nos formations sur
medecinsfrancophones.ca

