

Le traitement de la migraine aiguë à l'urgence

Saurabh Gupta MD CCFP Richard Oosthuizen MD CCFP Simon Pulfrey MD CCFP(EM)

Description du cas

Érica, une étudiante en médecine de 24 ans en bonne santé, se présente à l'urgence durant votre quart de nuit avec un intense mal de tête qui dure depuis 6 heures. Elle a eu des maux de tête semblables à chaque session universitaire environ, qui l'ont empêchée de faire ses tâches cliniques pendant 1 ou 2 journées si elle n'était pas traitée. Après une anamnèse rigoureuse et un examen physique, vous diagnostiquez qu'elle souffre de migraine.

Quel est le meilleur traitement pour elle à l'urgence?

Les cas de migraine se présentent souvent à l'urgence. Les migraines se caractérisent par un mal de tête récurrent, unilatéral et pulsatile associé à la photophobie et à la nausée. Le diagnostic se pose cliniquement à l'aide d'outils comme le moyen mnémotechnique POUND (pulsatile, durée de 1 jour [one-day duration], unilatérale, nausée ou vomissements et déshabilitante)¹. Même si notre compréhension de la pathophysiologie de la migraine continue d'évoluer, on a émis l'hypothèse que la douleur de la migraine résulte d'une propagation cyclique d'une dysfonction nerveuse et d'un vasospasme dans le cerveau². Les prétendues thérapies pour le traitement de la migraine à l'urgence sont multiples et d'efficacité variable. Certaines stratégies thérapeutiques pourraient même accroître la récurrence des visites à l'urgence³. Le présent article vise à proposer des stratégies efficaces et fondées sur des données probantes pour le traitement de la migraine aiguë à l'urgence.

Discussion

Anti-inflammatoires non stéroïdiens. Il a été démontré dans des études randomisées contre placebo que de nombreux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) étaient efficaces pour la migraine aiguë⁴⁻⁹. Étant donné sa forme posologique parentérale, le kétorolac est une option raisonnable à l'urgence. La dose recommandée de kétorolac est de 60 mg par voie intramusculaire ou de 30 mg intramusculaire ou intraveineuse (IV) aux 6 heures (dose maximale quotidienne de 120 mg)¹⁰. Les bienfaits additionnels des AINS combinés à d'autres thérapies demeurent incertains, mais il est raisonnable de prescrire des AINS seuls, étant donné leur efficacité constante lorsqu'ils ont fait l'objet d'études en tant que monothérapie.

Acétaminophène. Les patients prennent souvent de l'acétaminophène avant de se présenter à l'urgence. Dans une méta-analyse par Cochrane, on estimait que le

ratio interventions/bénéfices était de 12 pour l'acétaminophène dans les cas de migraine aiguë¹¹. Étant donné son faible coût, sa large disponibilité et son profil sécuritaire sur le plan des effets secondaires, l'acétaminophène est un médicament de première intention utile pour la migraine aiguë. Aucune étude n'a été entreprise pour évaluer si l'ajout de l'acétaminophène à la thérapie abortive standard de la migraine offre des bienfaits additionnels considérables.

L'acétaminophène seul à l'urgence n'est une option raisonnable que pour les patients qui n'en ont pas pris dans les 4 heures précédentes et n'ont qu'une migraine très mineure.

Triptans. La thérapie abortive à l'aide d'agonistes sélectifs des récepteurs de la sérotonine 1B ou 1D (triptans) pour la migraine est maintenant une stratégie bien acceptée pour la migraine aiguë en clinique externe¹². Divers médicaments ont été développés qui peuvent être administrés par voie orale, nasale ou sous-cutanée. Des données probantes font valoir que l'administration sous-cutanée est la plus rapide et la plus efficace, quoiqu'il ne soit pas établi qu'un triptan soit supérieur à un autre¹³. Parmi les effets secondaires courants, on peut mentionner les réactions au site d'injection, l'étourdissement et la paresthésie. Les triptans sont contre-indiqués en cas de maladies cardiovasculaires, de grossesse, de migraines basilaires, d'angine de poitrine inversée et d'ACV ischémique et en combinaison avec l'utilisation d'ergotamines durant les dernières 24 heures¹⁴. Des études ont également fait valoir que les triptans sont moins efficaces chez les patients ayant des migraines prolongées et sévères¹⁴. Étant donné leur profil d'effets secondaires, leur absence d'efficacité dans les cas de migraines graves et leurs contre-indications relatives, le recours aux triptans à l'urgence est d'utilité limitée.

Ergotamines. On utilisait d'habitude la dihydroergotamine (DHE) comme thérapie abortive dans les cas de migraine, parce qu'elle agit sur les récepteurs de la sérotonine 1B et 1D, comme le font les triptans. Certaines données probantes indiquent que la DHE combinée à un antiémétique est aussi efficace que la mépéridine, le valproate ou le kétorolac pour soulager la migraine et prévenir la récurrence¹⁵. Par ailleurs, les études comparant



Cet article donne droit à des crédits Mainpro-M1. Pour obtenir des crédits, allez à www.cfp.ca et cliquez sur le lien vers Mainpro.

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the January 2014 issue on page 47.

l'efficacité d'une monothérapie à la DHE et celle d'une thérapie antiémétique sont de petite taille et favorisent des thérapies sans DHE¹⁶⁻¹⁸. Les contre-indications de l'utilisation des DHE sont semblables à celles pour le recours aux triptans. Étant donné le profil d'effets secondaires potentiels et l'absence de supériorité par rapport aux modes de traitement habituels, le recours à l'ergotamine n'est pas une stratégie à privilégier pour les patients à l'urgence.

Solutés intraveineux. La déshydratation est un déclencheur connu de la migraine^{19,20}. De la nausée et des vomissements persistants exacerbent davantage la migraine. Même s'il existe relativement peu de données probantes en faveur de l'administration IV d'un soluté, une hydratation adéquate pourrait améliorer la sensation de malaise du patient et prévenir certains des effets cardiovasculaires indésirables observés avec de nombreuses thérapies pour la migraine^{19,20}.

Médicaments antiémétiques. La métoclopramide, la chlorpromazine et la prochlorpérazine par voie parentérale ont toutes été éprouvées comme étant efficaces dans des études randomisées en tant que monothérapies pour la migraine aiguë²¹⁻²³. Si la métoclopramide a fait l'objet de plus d'études, certaines données probantes indiquent que la chlorpromazine et la prochlorpérazine pourraient être plus efficaces pour réduire la douleur et la nausée^{23,24}.

Les réactions indésirables les plus courantes sont la sédation et l'hypotension orthostatique. L'acathisie véritable et cliniquement pertinente et les réactions dystoniques aiguës ont été difficiles à interpréter dans les ouvrages scientifiques mais semblent rares²⁵. L'acathisie était plus communément associée avec la prochlorpérazine qu'avec la métoclopramide, et la diphenhydramine adjuvante a réduit le risque relatif d'acathisie induite par la prochlorpérazine de 61 %²⁶.

Les antiémétiques sont efficaces et sont recommandés pour le traitement de la migraine aiguë à l'urgence. Pour réduire le risque d'acathisie, on devrait administrer de la diphenhydramine.

Butyrophénones (halopéridol et dropéridol). Des études randomisées contrôlées ont démonté l'efficacité d'une monothérapie à l'halopéridol et au dropéridol par rapport au placebo pour la migraine aiguë²⁷⁻²⁹. Toutefois, ces médicaments ont été associés à des effets secondaires fréquents (sommolence, acathisie, anxiété) et leur monographie comporte un encadré avertissant d'une prolongation possible du QT. Par conséquent, ces médicaments sont généralement réservés à une thérapie de secours dans les cas de migraine réfractaire.

Opioides. Par rapport aux AINS, aux DHE et aux antiémétiques, les opioides sont moins efficaces pour la

migraine^{30,31}. Malheureusement, la plupart des ouvrages spécialisés à propos de l'utilisation des opioides ont été publiés lorsque la mépéridine était couramment utilisée.

L'utilisation des opioides pour le contrôle de la migraine a aussi été associée à des taux de récurrence plus élevés, à une incapacité fonctionnelle accrue et à une probabilité de récurrence plus grande de visite à l'urgence³².

Même si ces données ne peuvent pas démontrer de liens de cause à effet, elles indiquent que les opioides ne sont pas une stratégie de première intention efficace pour les patients souffrant de migraine sévère³. Par contre, il y a des circonstances où l'utilisation des opioides à l'urgence comme traitement de deuxième intention pour des patients en particulier ayant une migraine aiguë est entièrement appropriée et où il serait cruel d'agir autrement.

Dexaméthasone. Le rôle de la dexaméthasone dans le traitement des processus inflammatoires de la migraine aiguë a fait l'objet d'études³³. La dexaméthasone parentérale auxiliaire (10 à 25 mg par voie intraveineuse ou intramusculaire) n'a pas réduit les scores de douleur aiguë à l'urgence, mais a effectivement diminué la probabilité d'une récurrence de la migraine dans les 72 heures subséquentes, lorsqu'elle a été ajoutée à la thérapie abortive standard³³. Le nombre nécessaire à traiter avec la dexaméthasone était de 9 et le profil des effets secondaires était le même que celui du placebo. On n'a pas examiné l'administration de la dexaméthasone par voie orale.

Séquence et combinaison des thérapies. Les soins par étape durant un épisode sont un plan thérapeutique selon lequel des médicaments sont ajoutés en fonction de la réaction du patient. Les *soins stratifiés en fonction de la sévérité* sont un plan thérapeutique dans lequel tous les médicaments anticipés sont administrés dès le départ. Les patients ont de meilleurs résultats avec des soins stratifiés³⁴.

Jusqu'à ce qu'il y ait d'autres données probantes pour guider nos combinaisons de médicaments, il est recommandé de traiter le patient avec plusieurs médicaments qui ont été indépendamment éprouvés comme étant efficaces et ce, dès l'arrivée du patient à l'urgence, plutôt que de procéder par étape (**Encadré 1**).

Encadré 1. Prescriptions suggérées pour migraine sévère

Bol IV de 1 l de solution saline normale
10 mg de prochlorpérazine IV
25 mg de diphenhydramine IV
30 mg de kétorolac IV
10 mg de dexaméthasone IV

IV—voie intraveineuse.

Conclusion du cas

L'intense migraine d'Érica a été traitée au moyen de prochlorperazine, de diphenhydramine et de kéto-rolac par voie parentérale après un bol intraveineux de solution saline normale. On lui a aussi administré une dose de dexaméthasone parentérale. Au moment de son congé, on lui a remis une brochure sur les migraines (elles sont largement disponibles en ligne), une demande de consultation auprès d'un médecin de famille et une ordonnance de triptans à utiliser dès les premiers signes des prochaines migraines. Lorsque vous la voyez à nouveau, elle est à suivre un stage en médecine d'urgence pendant sa résidence. 

D^r Gupta et **Oosthuizen** sont résidents en médecine d'urgence à la University of British Columbia à Vancouver, en Colombie-Britannique. **D^r Pulfrey** est professeur clinicien agrégé au Département de médecine d'urgence de la University of British Columbia.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Références

- Wilson JF. In the clinic. Migraine. *Ann Intern Med* 2007;147(9):ITC11-1-ITC11-16. Erratum dans: *Ann Intern Med* 2008;148(5):408.
- Pietrobon D, Moskowitz MA. Pathophysiology of migraine. *Annu Rev Physiol* 2013;75:365-91. Cyberpub. du 26 novembre 2012.
- Buse DC, Pearlman SH, Reed ML, Serrano D, Ng-Mak DS, Lipton RB. Opioid use and dependence among persons with migraine: results of the AMPP study. *Headache* 2012;52(1):18-36.
- Kirthi V, Derry S, Moore RA. Aspirin with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(4):CD008041.
- Rabbie R, Derry S, Moore RA. Ibuprofen with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(4):CD008039.
- Andersson PG, Hinge HH, Johansen O, Andersen CU, Lademann A, Gotzsche PC. Double-blind study of naproxen vs placebo in the treatment of acute migraine attacks. *Cephalalgia* 1989;9(1):29-32.
- Nestvold K, Kloster R, Partinen M, Sulkava R. Treatment of acute migraine attack: naproxen and placebo compared. *Cephalalgia* 1985;5(2):115-9.
- Derry S, Rabbie R, Moore RA. Diclofenac with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(4):CD008783.
- Vécséi L, Gallacchi G, Sági I, Semjén J, Tajti J, Szok D et collab. Diclofenac epolamine is effective in the treatment of acute migraine attacks. A randomized, crossover, double blind, placebo-controlled, clinical study. *Cephalalgia* 2007;27(1):29-34.
- Jakubowski M, Levy D, Goor-Aryeh I, Collins B, Bajwa Z, Burstein R. Terminating migraine with allodynia and ongoing central sensitization using parenteral administration of COX1/COX2 inhibitors. *Headache* 2005;45(7):850-61.
- Derry S, Moore RA. Paracetamol (acetaminophen) with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(4):CD008040.
- McCrory DC, Gray RN. Oral sumatriptan for acute migraine. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(3):CD002915.
- Tfelt-Hansen P. Efficacy and adverse events of subcutaneous, oral, and intranasal sumatriptan used for migraine treatment: a systematic review based on number needed to treat. *Cephalalgia* 1998;18(8):532-8.
- Jamieson DG. The safety of triptans in the treatment of patients with migraine. *Am J Med* 2002;112(2):135-40.
- Colman I, Brown MD, Innes GD, Grafstein E, Roberts TE, Rowe BH. Parenteral dihydroergotamine for acute migraine headache: a systematic review of the literature. *Ann Emerg Med* 2005;45(4):393-401.
- Winner P, Ricalde O, Le Force B, Saper J, Margul B. A double-blind study of subcutaneous dihydroergotamine vs subcutaneous sumatriptan in the treatment of acute migraine. *Arch Neurol* 1996;53(2):180-4.
- González-Espinosa LE, Gómez-Viera N, Olivera-Leal I, Reyes-Lorente R. Treatment of acute attack of migraine with sumatriptan [article en espagnol]. *Rev Neurol* 1997;25(147):1672-5.
- Bell R, Montoya D, Shuaib A, Lee MA. A comparative trial of three agents in the treatment of acute migraine headache. *Ann Emerg Med* 1990;19(10):1079-82.
- Bhatia MS, Gupta R, Srivastava S. Migraine associated with water deprivation and progressive myopia. *Cephalalgia* 2006;26(6):758-60.
- Blau JN. Water deprivation: a new migraine precipitant. *Headache* 2005;45(6):757-9.

- Colman I, Brown MD, Innes GD, Grafstein E, Roberts TE, Rowe BH. Parenteral metoclopramide for acute migraine: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2004;329(7479):1369-73. Cyberpub. du 18 novembre 2004.
- Bigal ME, Bordini CA, Speciali JG. Intravenous chlorpromazine in the emergency department treatment of migraines: a randomized controlled trial. *J Emerg Med* 2002;23(2):141-8.
- Coppola M, Yealy DM, Leibold RA. Randomized, placebo-controlled evaluation of prochlorperazine versus metoclopramide for emergency department treatment of migraine headache. *Ann Emerg Med* 1995;26(5):541-6.
- Kelly AM, Walcynski T, Gunn B. The relative efficacy of phenothiazines for the treatment of acute migraine: a meta-analysis. *Headache* 2009;49(9):1324-32. Cyberpub. du 2 juin 2009.
- Drotts DL, Vinson DR. Prochlorperazine induces akathisia in emergency patients. *Ann Emerg Med* 1999;34(4 Pt 1):469-75.
- Vinson DR, Drotts DL. Diphenhydramine for the prevention of akathisia induced by prochlorperazine: a randomized, controlled trial. *Ann Emerg Med* 2001;37(2):125-31.
- Miner JR, Fish SJ, Smith SW, Biros MH. Droperidol vs. prochlorperazine for benign headaches in the emergency department. *Acad Emerg Med* 2001;8(9):873-9.
- Weaver CS, Jones JB, Chisholm CD, Foley MJ, Giles BK, Somerville GG et collab. Droperidol vs prochlorperazine for the treatment of acute headache. *J Emerg Med* 2004;26(2):145-50.
- Honkaniemi J, Liimatainen S, Rainesalo S, Sulavuori S. Haloperidol in the acute treatment of migraine: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Headache* 2006;46(5):781-7.
- Rozen TD. Acute therapy for migraine headaches. *Semin Neurol* 2006;26(2):181-7.
- Lane PL, McLellan BA, Baggoley CJ. Comparative efficacy of chlorpromazine and meperidine with dimenhydrinate in migraine headache. *Ann Emerg Med* 1989;18(4):360-5.
- Colman I, Rothney A, Wright SC, Zilkalns B, Rowe BH. Use of narcotic analgesics in the emergency department treatment of migraine headache. *Neurology* 2004;62(10):1695-700.
- Colman I, Friedman BW, Brown MD, Innes GD, Grafstein E, Roberts TE, et al. Parenteral dexamethasone for acute severe migraine headache: meta-analysis of randomised controlled trials for preventing recurrence. *BMJ* 2008;336:1359-61. Cyberpub. du 9 juin 2008.
- Lipton RB, Stewart WF, Stone AM, Láinez MJ, Sawyer JP; Disability in Strategies of Care Study group. Stratified care vs step care strategies for migraine: the Disability in Strategies of Care (DISC) study: a randomized trial. *JAMA* 2000;284(20):2599-605.

POINTS SAILLANTS

- Les cas de migraine aiguë se présentent fréquemment à l'urgence.
- Les opioïdes sont, au mieux, un traitement de deuxième intention pour traiter la migraine aiguë à l'urgence.
- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les antiémétiques, la diphenhydramine, la dexaméthasone et les solutés intraveineux ont tous été éprouvés comme ayant des bienfaits dans le traitement de la migraine aiguë à l'urgence. Leur effet est plus efficace quand ils sont tous administrés dès le départ au lieu de l'être par étape tout au long du séjour à l'urgence.

Cas d'urgence est une série trimestrielle publiée dans *Le Médecin de famille canadien* et coordonnée par les membres du Comité du programme de médecine d'urgence du Collège des médecins de famille du Canada. Cette série explore les situations que vivent couramment les médecins de famille qui exercent la médecine d'urgence dans le cadre de leur pratique en soins primaires. Veuillez faire parvenir vos suggestions d'articles futurs à D^r Simon Pulfrey, coordonnateur de Cas d'urgence à spulfrey@gmail.com.