

## > Objectifs d'apprentissage

À la fin de cette leçon, le pharmacien devrait être en mesure de répondre aux objectifs suivants :

1. Reconnaître les symptômes de la migraine et être capable de les définir.
2. Évaluer le degré d'incapacité associé aux symptômes particuliers d'un patient migraineux.
3. Reconnaître les signaux d'alerte qui commandent une attention médicale immédiate.
4. Décrire la physiopathologie de la migraine et énumérer les facteurs de déclenchement.
5. Recommander un traitement pharmacologique ou non pharmacologique approprié et personnalisé pour la prévention et le traitement des migraines.



www.novopharm.com

## LE RÔLE DU PHARMACIEN DANS L'IDENTIFICATION ET LE TRAITEMENT DE LA MIGRAINE

Par Tom Smiley, BScPhm, Pharm D

## > Instructions

1. Après avoir lu cette leçon attentivement, étudiez chaque question, puis choisissez une seule réponse correcte. Encerchez la lettre correspondante sur la carte-réponse ci-jointe.
2. Remplissez la carte-réponse et postez-la, ou télécopiez-la au (416) 764-3937.
3. Une note sera accordée à votre carte-réponse et vous serez informé(e) de vos résultats par une lettre des Éditions Rogers.
4. La note minimale pour recevoir les crédits est de 70 % (ou 14 réponses correctes sur 20). Si vous réussissez, vos crédits seront enregistrés auprès de l'Ordre provincial pertinent. (Remarque : dans certaines provinces, il incombe aux pharmaciens eux-mêmes de notifier l'Ordre).

## > Mention

L'auteur, les réviseurs et Pharmacy Practice ont statué qu'il n'existe aucun conflit d'intérêts réel ou apparent avec la compagnie commanditaire.



Le Canadian Council on Continuing Education in Pharmacy a accordé 1 unité de FC à cette leçon.

N° de dossier : 289-0705

### INTRODUCTION

**S**ELON L'ORGANISATION MONDIALE DE LA santé, les migraines intenses sont l'une des affections chroniques les plus invalidantes qui soient. En fait, d'après une étude publiée par l'OMS et d'autres groupes de recherche — la *Charge mondiale de morbidité* —, les migraines intenses viennent au premier rang des affections les plus invalidantes, ex æquo avec d'autres états incapacitants comme la tétraplégie. Selon l'Enquête nationale de 1998/1999 sur la santé de la population menée par Statistique Canada, 7,9 % des Canadiens de plus de 12 ans ont un diagnostic de migraine<sup>1</sup>. Les femmes sont trois fois plus nombreuses que les hommes à souffrir de cette affection invalidante<sup>1</sup>. Plusieurs aspects du mode de vie peuvent contribuer à augmenter le risque de crises, de même que l'utilisation excessive de médicaments. Le traitement de cette affection doit donc inclure un volet consacré à l'éducation des patients, afin de leur apprendre comment maîtriser les crises ou les prévenir. La pierre angulaire du traitement de la migraine devrait être l'élaboration d'un plan d'action qui comprend les objectifs du patient ainsi que des évaluations d'usage<sup>2</sup>. Le pharmacien occupe une position idéale pour venir en aide aux patients; il peut par exemple les adresser au médecin si un diagnostic est nécessaire, ou encore établir avec eux et leur médecin un plan de traitement approprié pour une maîtrise optimale des symptômes.

### DÉFINITION DE LA MIGRAINE

**IL PEUT ARRIVER QUE LE PATIENT CONFONDE** mal de tête intense et crise migraineuse (ou vice

versa) et que, partant, il tarde à se faire traiter ou s'y prenne mal. Il est donc important de connaître la différence entre la migraine et les autres types de céphalées, afin que le patient soit adressé au bon spécialiste et qu'il reçoive un traitement approprié. Malheureusement, les symptômes de la migraine varient grandement non seulement d'une personne à l'autre, mais également chez un même patient, aussi le diagnostic peut-il être difficile à poser<sup>3</sup>. C'est pourquoi tout patient qui souffre de maux de tête chroniques récurrents qui perturbent sa qualité de vie doit être adressé à un médecin, afin que soit posé un diagnostic approprié. La même mesure s'applique dans le cas des patients chez qui la fréquence ou l'intensité des maux de tête augmentent.

La migraine a été décrite comme étant « un type de céphalée idiopathique récurrente se manifestant sous forme de crises qui durent généralement de 4 à 72 heures. La migraine est généralement caractérisée par une douleur pulsatile unilatérale modérée ou intense, aggravée par les activités physiques et s'accompagnant de nausées, de photophobie et de phonophobie ».

Les migraines peuvent être accompagnées ou non d'aura, phénomène qui se produit chez environ 30 % des migraineux et qui, le plus souvent, se manifeste 10 à 60 minutes avant la céphalée comme telle<sup>4</sup>. La plupart du temps, l'aura prend la forme de troubles visuels comme le scotome (zone floue ou tache noire perçue par le patient dans le champ visuel) ou la photopsie (éclairs lumineux uniformes), mais de nombreux autres types de manifestations visuelles ont été signalés.

La migraine peut être classée comme étant d'intensité légère, modérée ou intense<sup>3</sup>.

- Lorsque la crise est légère, le patient peut poursuivre ses activités habituelles sans trop de difficulté.
- Lorsqu'elle est modérée, le patient parvient encore à effectuer ses activités habituelles, mais il a plus de mal à le faire.
- Lorsque la crise est intense, le patient est incapable de poursuivre ses activités habituelles ; toute action devient alors très pénible et le patient ne l'accomplit qu'avec une efficacité partielle.
- Dans les cas extrêmes, le patient est incapable de faire quoi que ce soit pendant plus de 72 heures.

### Symptômes de la migraine

Le **tableau I** présente les critères de diagnostic de la migraine avec ou sans aura, tels que définis dans les lignes directrices de la Canadian Headache Society<sup>3</sup>.

Le questionnaire MIDAS (MIgraine Disability Assessment Program), présenté dans le **tableau II**, peut être utile pour évaluer l'intensité des migraines. On peut se le procurer en ligne en 10 langues différentes en se rendant au [www.midas-migraine.net/edu/question/default.asp](http://www.midas-migraine.net/edu/question/default.asp).

Composé de 6 questions dont chaque réponse est cotée, le questionnaire HIT 6<sup>MC</sup>— disponible en 25 langues et en français au <http://www.headachetest.com/HIT6/PDFS/French Canadian.pdf>—, est un autre outil qui peut être utilisé pour mesurer l'influence des maux de tête sur l'aptitude à fonctionner au travail, à l'école, à la maison ou lors d'activités sociales.

### Symptômes d'alarme

Il est très important que les migraines ne soient pas confondues avec une douleur de cause sous-jacente plus sérieuse. Certains symptômes sont un signal qui indique que le patient doit être immédiatement adressé à un spécialiste, par exemple<sup>3,5</sup>:

- La céphalée est la première ou la pire qu'ait connue le patient au cours de sa vie. Cela est particulièrement important si l'installation a été rapide.
- La fréquence, l'intensité ou les caractéristiques cliniques de la crise ont changé.
- Une nouveau début de crises chez les patients d'âge moyen âgés ou plus vieux, ou une modification importante du schéma jusque là fixe des migraines.
- L'apparition d'une nouvelle céphalée ou d'une céphalée progressive qui dure plusieurs jours.

**Tableau I** Critères de diagnostic de la migraine<sup>3</sup>.

1. **Présence d'au moins 5 crises répondant aux critères 2 à 4.**
2. **Durée d'une crise non traitée ou ne répondant pas complètement au traitement : 2 à 72 heures.**
3. **La crise présente au moins deux des caractéristiques suivantes :**
  - **Douleur unilatérale :** La migraine peut être bilatérale dans 30 % à 40 % des cas ; parfois la douleur commence à se faire sentir d'un côté, puis gagne l'autre plus tard.
  - **Douleur pulsatile :** Plus de 50 % des patients disent ressentir une douleur non pulsatile durant certaines crises et 30 % des patients qui souffrent de céphalées par tension nerveuse signalent à l'occasion souffrir de douleurs pulsatiles.
  - Douleur modérée ou intense empêchant l'accomplissement des activités quotidiennes.
  - Douleur aggravée par la montée ou la descente d'un escalier ou par toute autre activité physique habituelle du même genre.
4. **Au moins un des symptômes suivant devrait être présent durant la crise :**
  - Nausées ou vomissements : Il faut faire la distinction entre les nausées et l'anorexie (courante en cas de céphalées dues à l'anxiété ou à la tension nerveuse).
  - Photophobie (aversion contre la lumière), phonophobie (aversion contre les sons ou le bruit) et olfactophobie (aversion contre les odeurs).
5. **Rien dans les antécédents du patient n'indique que ses céphalées pourraient être causées par une maladie sous-jacente.**

**Tableau II** Questionnaire MIDAS pour l'évaluation des migraines des trois derniers mois.

1. Pendant combien de journées au cours des trois derniers mois vos céphalées vous ont-elles empêché de vous rendre à votre travail ou à l'école ?	___ jours	
2. Pendant combien de journées au cours des trois derniers mois votre rendement professionnel ou scolaire a-t-il été réduit de moitié ou davantage par vos céphalées ? (Ne pas inclure les journées d'absentéisme professionnel ou scolaire visées par la question 1.)	___ jours	
3. Pendant combien de journées au cours des trois derniers mois vos céphalées vous ont-elles empêché d'accomplir vos tâches domestiques ?	___ jours	
4. Pendant combien de journées au cours des trois derniers mois votre activité domestique a-t-elle été réduite de moitié ou davantage par vos céphalées ? (Ne pas inclure les journées de non-activité domestique visées par la question 3.)	___ jours	
5. Pendant combien de journées au cours des trois derniers mois avez-vous dû renoncer à des activités familiales, sociales ou récréatives à cause de vos céphalées ?	___ jours	
<b>TOTAL</b>	<b>___ jours</b>	
A*. Pendant combien de journées au cours des trois derniers mois avez-vous souffert de céphalées ? (Si un épisode a duré plus d'une journée, comptez chaque journée.)	___ jours	
B*. Sur une échelle de 0 à 10, quel score moyen de gravité attribueriez-vous à ces céphalées ? (0 équivaut à l'absence de douleur et 10 à la douleur la plus intense.)	___ jours	
Après avoir répondu au questionnaire, additionnez le nombre de jours indiqués en réponse aux questions 1 à 5 (sans tenir compte de A et de B).		
<b>Grade</b>		
I	Score 0 - 5	Incapacité très légère ou nulle
II	Score 6 - 10	Incapacité légère
III	Score 11 - 20	Incapacité modérée
IV	Score ≥ 21	Incapacité importante
* Les questions A et B ont été ajoutées afin d'avoir une idée globale du nombre de jours pendant lesquels vos migraines vous affectent et à quel degré elles vous affectent.		

- Le fait que la céphalée soit déclenchée par la toux, les éternuements ou l'action de se pencher.
- La présence de symptômes généraux, comme la myalgie, la fièvre, des malaises, une perte de poids, une sensibilité du

cuir chevelu ou une claudication de la mâchoire.

- La présence de symptômes neurologiques en foyer, de confusion, de convulsions ou de tout autre phénomène qui modifie le niveau de conscience.

- Le fait que la crise débute la nuit ou le matin au réveil (possibilité de tumeur cérébrale). Comme la migraine peut tout de même apparaître le matin, il convient d'adresser le patient à un médecin, mais il ne faut pas l'alarmer inutilement.

### PHYSIOPATHOLOGIE DE LA MIGRAINE

ON IGNORE LA CAUSE EXACTE DE LA MIGRAINE, mais on croit que des facteurs héréditaires pourraient être en partie responsables de cette affection. Selon l'hypothèse vasculaire, la migraine serait causée par une réduction du débit sanguin cérébral due à une vasoconstriction des vaisseaux intracrâniens, suivie d'une vasodilatation compensatoire accompagnée d'un déplacement des structures intracrâniennes sensibles à la douleur<sup>4</sup>. Toutefois, de récentes études par imagerie cérébrale laissent croire que les symptômes sont associés à un dysfonctionnement épisodique des structures neurales qui contrôlent la circulation intracrânienne<sup>4</sup>. Le système trigémino-vasculaire contient des neurones qui innervent la circulation cérébrale. Or ces neurones libèrent des neuropeptides aux puissantes propriétés vasodilatatrices (par exemple le peptide dérivé du gène de la calcitonine, la substance P et la neurokinine A), substances qui sont probablement impliquées dans l'étiologie de la migraine. Il est du reste assez probable que la physiopathologie de la migraine procède également d'anomalies intéressant la sérotonine (5 hydroxy-triptamine ou 5 HT), théorie appuyée d'une part par le fait que, lors des crises, les taux de sérotonine chutent de près de 50 %, et d'autre part, par le fait que les médicaments qui stimulent les récepteurs 5 HT, ou qui augmentent les taux de 5 HT ont des effets thérapeutiques dans le traitement de la migraine<sup>4</sup>.

#### Facteurs de déclenchement

Les migraines sont souvent « déclenchées » par un ou plusieurs facteurs. Bien que plusieurs facteurs de déclenchement aient été identifiés, la sensibilité du cerveau envers ces facteurs varie d'un jour à l'autre. Il semble par ailleurs que les migraines soient davantage déclenchées par le fait d'effectuer certaines activités de manière irrégulière (s'alimenter, dormir, faire de l'activité physique par exemple) plutôt que par l'activité comme telle. Il vaut donc mieux s'employer à respecter une certaine régularité plutôt que d'établir une longue liste d'aliments et d'activités à éviter.

Les aliments qui contiennent des molécules utilisées pour la synthèse de neurotransmetteurs, comme la tyramine, la tyrosine ou la phénylalanine, agissent comme facteurs de déclenchement chez de nombreuses personnes<sup>6</sup>. D'autres facteurs de déclenchement sont présentés dans le **tableau III**.

### Tableau III

#### Facteurs pouvant déclencher une crise de migraine<sup>4,5,6</sup>

- Stress
- Émotion
- Lumière éblouissante
- Hypoglycémie
- Modification de la structure du sommeil
- Menstruations
- Exercice
- Changement de température
- Allergènes
- Alcool
- Monoxyde de carbone
- Consommation excessive de caféine ou sevrage
- Aliments contenant du GMS (p. ex., mets chinois, soupes en boîtes, assaisonnements), de la tyramine (p. ex., vin rouge, fromages affinés), des nitrites (p. ex., produits de salaison), de la phénéthylamine (p. ex., chocolat, fromage), de l'aspartame (p. ex., édulcorants artificiels, sodas diète)
- Médicaments
- Utilisation excessive ou sevrage (dérivés de l'ergot, triptans, analgésiques)
- Œstrogènes (p. ex., contraceptifs oraux)
- Cocaïne
- Nitroglycérine, antihypertenseurs (p. ex., nifédipine, méthildopa, inhibiteurs de l'ECA, bêta-bloquants), inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine, danazol, indométhacine

### TRAITEMENT NON PHARMACOLOGIQUE DE LA MIGRAINE

L'ÉDUCATION DES PATIENTS EST UN ÉLÉMENT très important du traitement de la migraine. En effet, ceux-ci se sentiraient davantage maîtres de la situation s'ils comprennent bien leur diagnostic et ce qu'ils peuvent raisonnablement attendre ou non du traitement. En outre, il peut être particulièrement avantageux d'encourager les patients à identifier les facteurs de déclenchement et à les éviter, de même qu'à s'investir activement dans leur propre traitement en suivant leur progrès (p. ex., à l'aide d'un journal des maux de tête dans lequel seront consignés leurs symptômes)<sup>7</sup>. Ce type de journal peut en effet les aider à identifier les facteurs de déclenchement, à évaluer l'efficacité des stratégies de traitement et à se rappeler du nombre de jours passés sans migraine. Le patient peut consigner ses symptômes dans un journal en ligne accessible au [www.myheadache.com](http://www.myheadache.com), ou encore il peut en télécharger une version imprimable en se rendant au [www.fmpe.org/fr/documents/handouts/handout\\_migraines.pdf](http://www.fmpe.org/fr/documents/handouts/handout_migraines.pdf).

Les conseils suivants peuvent être utiles en cas de crise migraineuse<sup>6</sup>.

- Exercer une pression sur la tête ou appliquer un sac de glace.
- Diminuer ses activités et se retirer dans un endroit sombre et tranquille, afin de réduire les stimuli sensoriels.
- Dormir peut soulager les symptômes de la migraine.

Les stratégies suivantes sont toutes plus ou moins éprouvées pour prévenir les crises (telles que définies dans les lignes directrices de la Canadian Headache Society pour le traitement non pharmacologique de la migraine dans la pratique clinique<sup>6</sup>).

- **Bioréaction :** Cette stratégie de traitement repose sur l'utilisation d'instruments pour détecter et amplifier certains processus physiologiques internes, qui sont ensuite traduits sous forme de signaux perceptibles par la vue ou l'ouïe. L'une des techniques les plus efficaces pour la prophylaxie de la migraine est le contrôle thermique, au cours duquel le patient apprend, de séance en séance, à élever la température de ses mains à l'aide d'un thermocouple digital. Une méta-analyse de 25 études contrôlées donne à penser que l'efficacité de la bioréaction (ou biofeedback) est comparable à celle de la pharmacoprophylaxie. La bioréaction est une technique qui exige beaucoup de temps et d'investissement de la part du patient. Les lignes directrices de la Canadian Headache Society suggèrent de tenir compte de la motivation du patient et de ses moyens financiers avant de lui proposer de suivre ce type de traitement.
- **Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) :** Ce traitement est destiné à soulager l'anxiété et le stress qui aggravent une migraine en cours. Afin de favoriser un mode de pensée plus adapté, les lignes directrices de la Canadian Headache Society recommandent que la thérapie se déroule soit sur une base individuelle, soit en groupe, ou encore qu'elle recoure à une méthode autodidacte.
- **Hypnose :** Selon les lignes directrices, l'utilité de l'hypnose se limiterait au traitement d'un petit groupe de patients particulièrement réceptifs et qui consentent à s'y soumettre volontiers. On croit qu'elle réduit les inputs sensoriels stressants ; elle

Tableau IV

Sommaire des médicaments utilisés pour le traitement des crises migraineuses aiguës<sup>3</sup>.

Agent	Dose	Risque possible	Commentaires
Acétaminophène	650-1300 mg q4h x 2 doses prn. Enfants: 10-20 mg/kg/dose q4h x 2 doses prn	Risque de dysfonction hépatique (et parfois rénale) en cas d'usage chronique de doses élevées ou de surdosage aigu. Augmentation possible du RIN avec l'administration de doses $\geq 2$ g/j5.	Efficace dans le traitement de la migraine chez les enfants. Considéré comme moins efficace que les AINS et l'AAS chez les adultes. Peut être utilisé seul ou en association avec de la caféine/codéine. Agent de choix durant la grossesse.
AINS (les preuves les plus solides concernent l'ibuprofène et le naproxen sodique) <sup>7</sup>	Ibuprofène: 400-800 mg q4h x 2 doses prn Enfants: 5-10 mg/kg/dose q6h x 2 doses prn	Risque de malaises GI, d'ulcère gastro-duodénal ou d'hémorragie. Risque accru d'hémorragie avec la warfarine.	Traitement de premier choix quel que soit le degré de la crise. À éviter durant le 3 <sup>e</sup> trimestre de la grossesse (relativement sûrs en doses intermittentes durant les 1 <sup>er</sup> et 2 <sup>e</sup> trimestres)
AAS	Posologie pour adultes: 650-1300 mg q4h x 2 doses prn Enfants: ( $\geq 12$ ans): 500-650 mg q4h x 2 doses prn	Utilisation proscrite chez les enfants < 18 ans en présence de fièvre ou de maladies virales (risque de syndrome de Reye). Risque de malaises GI, d'ulcère gastro-duodénal ou d'hémorragie. Risque accru d'hémorragie avec la warfarine.	Éviter l'emploi des comprimés enrobés, car le début d'action est plus lent. Peut être utilisé seul ou en association avec de la caféine/codéine.
Agonistes des récepteurs 5 HT <sub>1B/1D</sub> (triptans)	Voir le <b>tableau V</b> .	Contre-indiqués chez les patients exposés au risque de cardiopathie, de migraine basilaire ou hémiplegique, de syndrome vasculaire cérébral ou périphérique, ou encore d'hypertension non maîtrisée. Les inhibiteurs du CYP3A4 réduisent la clairance de l'almotriptan, et en particulier celle de l'élétriptan. (L'élétriptan ne doit pas être utilisé dans les 72 heures suivant l'administration d'un inhibiteur puissant du CYP3A4.)	Efficacité relativement éprouvée dans le cas des voies orale, sous-cutanée et intranasale.
Ergotamines (Dihydroergotamine [DHE] en vaporisation nasale, en injection, en comprimés oraux)	Dihydroergotamine intranasale: Amorcer la vaporisateur. Administrer 1 vaporisation dans chaque narine dès les premiers signes de céphalée. Si l'amélioration n'est pas satisfaisante au bout de 15 minutes, administrer une autre vaporisation dans chaque narine. Dose maximale: 4 vaporisations / crise; 8 vaporisations / jour.	Les effets indésirables comprennent les nausées, la rhinite (avec les vaporisations nasales), la dysgueusie, les vomissements, la diarrhée. Contre-indiqués en cas d'antécédents, de symptômes ou de signes d'ischémie cardiaque, de syndrome vasculaire cérébral ou périphérique, de valvulopathie ou d'arythmies cardiaques. Contre-indiqués en cas d'administration d'inhibiteurs puissants du CYP3A4 (p. ex., inhibiteurs de la protéase ou de la transcriptase inverse du VIH, macrolides, antifongiques de type azole). Contre-indiqués en cas d'administration d'agonistes de la 5 HT	Efficacité et innocuité relativement éprouvées dans le cas de la DHE intranasale en monothérapie. Preuves erratiques de l'efficacité de l'ergotamine ou de l'association ergotamine-caféine administrées par voie orale. Risques de nausées et de vomissements plus faibles qu'avec les préparations pour voies orale ou parentérale. Contre-indiqués durant la grossesse, en raison de propriétés oxytoxiques. Contre-indiqués durant l'allaitement.
Opioides (seule l'efficacité du butorphanol en vaporisation nasale dans le traitement de la migraine aiguë est étayée par des preuves satisfaisantes) <sup>7</sup>	Administration prn seulement. Butorphanol nasal: 1 vaporisation dans une narine. Une dose additionnelle de 1 mg peut être administrée si l'amélioration n'est pas satisfaisante au bout de 60 à 90 minutes. Au besoin, répéter cette séquence après 3-4 heures. On recommande de ne pas dépasser 16 mg/j au total.	Opioides (généraux) – Somnolence, étourdissements, nausées, vomissements, constipation, risque d'utilisation abusive, dépression respiratoire. Allongement de la demi-vie du butorphanol chez les insuffisants hépatiques. À employer avec prudence dans cette population. Espacer l'administration des doses initiales de 6 à 12 heures jusqu'à ce que la réponse soit caractérisée. Il peut être nécessaire d'ajuster la posologie en cas d'insuffisance rénale.	Bonne analgésie, mais seule l'efficacité du butorphanol en vaporisation nasale dans le traitement de la migraine aiguë est étayée par des preuves satisfaisantes. Les autres agents sont couramment employés, mais, dans l'attente d'autres données, il vaut mieux ne les utiliser que si aucun autre agent ne peut être employé <sup>7</sup> . Les opioides affectent la fonction cognitive et aucune donnée ne confirme qu'ils sont supérieurs aux autres agents plus spécifiques.

serait en l'occurrence plus efficace dans le cadre d'un traitement combiné comprenant une TCC.

- **Chiropratique, ostéopathie et acupuncture** ont toutes trois été utilisées dans la prise en charge de la migraine, mais il n'existe pas de données scientifiques ou de documentation adéquate qui en valident l'efficacité. Les patients qui souhaitent essayer à tout prix ce type de traitement non traditionnel doivent être adressés à leur médecin et prendre conscience que ces techniques n'offrent aucune garantie en matière de résultats.
- **Électrostimulation percutanée et acupuncture**: Il s'agit de deux techniques qui ont eu un certain succès dans quelques études de faible envergure, mais d'autres preuves d'efficacité seront nécessaires avant de pouvoir recommander ce traitement. Les patients très désireux de le suivre doivent savoir qu'il existe très peu de données pour appuyer l'efficacité de ce traitement.
- **Blocage des nerfs occipital et sus-orbitaire à l'aide d'un anesthésique local**: Des études non contrôlées rapportent que cette technique, renforcée parfois par l'utilisation de stéroïdes, est efficace pour soulager les migraines lorsque la douleur siège dans cette zone.

## TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE DE LA MIGRAINE

L'objectif du traitement des crises migraineuses vise à :

- prendre rapidement en charge toute crise, afin d'éviter les récurrences ;
- remettre le patient en état de fonctionner ;
- réduire l'utilisation de médicaments d'appoint ou de soulagement rapide.

Le patient doit être averti du fait que l'utilisation excessive d'analgésiques peut entraîner des céphalées médicamenteuses (céphalées de rebond) se soldant par des maux de tête chroniques quotidiens (voir la section sur les céphalées médicamenteuses plus loin)<sup>3</sup>.

### Traitement pharmacologique des crises aiguës

Il existe toute une gamme de choix de traitement pour la prise en charge des crises aiguës. Plusieurs stratégies différentes sont préconisées par les diverses lignes directrices sur le traitement pharmacologique initial de la migraine. Les trois stratégies suivantes peuvent être recommandées pour le traitement des crises aiguës<sup>8</sup>.

#### 1. Traitement progressif d'une crise à l'autre :

Le patient commence par essayer un anal-

Tableau V

Comparaison des divers triptans actuellement sur le marché (agonistes des récepteurs 5HT<sub>1B/1D</sub>)

Agent (forme posologique)	t <sub>max</sub> (h)	Demi-vie (h)	Taux de réponse après 2 h	Récurrences dans les 24 à 48 h	Dose/crise (mg)	Dose maximale en 24 h (mg)
Sumatriptan PO	1,2-2,3	2	50-69	25-41	25-100	200
Sumatriptan IN	1-1,5	2	62-78	10-40	20-40	40
Sumatriptan SC	0,2	2	63-82	10-40	6-12	12
Zolmitriptan PO	1,5	2,5-3	62-67	22-37	2,5-10	10
Zolmitriptan IN	3	2,5-3	69	N/A	5-10	10
Naratriptan PO	3-5	6	43-49	17-28	5-10	10
Rizatriptan PO	1,3	1,8	60-77	35-47	5-20	30
Almotriptan PO	1-3	3-4	55-65	18-30	6,25-25	25
Élétriptan PO	2	4	47-65	6-34	20-40	40

\* PO = per os ; IN = intranasal ; SC = sous-cutané ; N/A = Ne s'applique pas.

gésique ou une combinaison d'analgésiques. Si le résultat est insatisfaisant, il communique avec son médecin, qui verra à augmenter la dose lors de la prochaine crise. Ce scénario se répète jusqu'à ce que le traitement soit satisfaisant.

**2. Traitement progressif de la crise :** Le patient prend d'abord un agent non spécifique. Si ce traitement initial ne lui procure pas de soulagement satisfaisant après environ 2 heures, il prend alors un autre médicament, souvent plus spécifique (p. ex., un triptan).

**3. Traitement stratifié :** Le traitement initial est déterminé d'après les besoins du patient. Le questionnaire MIDAS peut par exemple être utilisé pour évaluer la gravité de la migraine, qui sera ensuite traitée en conséquence.

Récemment, ces trois stratégies de traitement des crises migraineuses aiguës ont été évaluées dans une étude clinique dont les patients ont été répartis aléatoirement dans trois groupes traités par chacune des 3 méthodes<sup>8</sup>. Au vu de la réponse des patients et de la durée de l'incapacité causée par la migraine, cette étude a conclu que les résultats cliniques obtenus avec le traitement stratifié (p. ex., administration d'un triptan pour le traitement d'une céphalée de grade III ou IV selon le questionnaire MIDAS) sont de loin supérieurs à ceux des traitements progressifs<sup>8</sup>. Cette étude a été menée auprès de 835 patients adultes, mais comme les stratégies de traitement ne comprenaient que l'administration d'AAS (800-1000 mg) et de métoclopramide (10 mg pour traiter les nausées et augmenter la motilité gastrique) ou de zolmitriptan (2,5 mg), ses résultats doivent être interprétés avec prudence. En dépit des résultats de cette étude, les lignes directrices cliniques de l'American College of Physicians-American Society of Internal Medicine et de l'American Academy of Family Physicians pour le traitement de la migraine considèrent que la meilleure approche pour le traitement initial de la

migraine aiguë « est une question qui n'est toujours pas résolue »<sup>7</sup>.

Du métoclopramide, de la dompéridone ou un autre agent procinétique peuvent être utilisés avec les analgésiques oraux afin d'augmenter la motilité gastrique et l'absorption en cas de stase gastrique durant la crise, et de réduire par la même occasion les nausées et les vomissements<sup>9</sup>.

#### *Quel triptan utiliser et quelle forme posologique administrer ?*

Comparés aux autres agents, les médicaments appartenant à la classe des triptans (sumatriptan, zolmitriptan, naratriptan, rizatriptan, almotriptan, élétriptan) sont efficaces et bien tolérés dans le traitement des crises migraineuses aiguës. Ils constituent un traitement initial approprié pour la prise en charge stratifiée des patients souffrant de crises modérées ou graves qui ne présentent pas de contre-indications. Le **tableau V** fait la comparaison des divers triptans actuellement sur le marché.

Outre les formes posologiques mentionnées dans le **tableau V**, le rizatriptan et le zolmitriptan sont tous deux offerts en cachets ultra-fondants, formulation lyophilisée qui se dissout en quelques secondes sur la langue et s'avale avec la salive<sup>9</sup>. Le début d'action des triptans est cependant plus lent sous cette forme que sous forme de comprimés oraux<sup>9</sup>. Les cachets ultra-fondants ont été mis au point pour le bénéfice des patients qui ont de la difficulté à avaler les comprimés ou les solutions orales, ou encore qui ont des nausées et des vomissements lors des crises. Cette forme posologique peut en outre se révéler utile si on ne dispose pas de préparations liquides. Il arrive souvent que la crise migraineuse s'accompagne de stase gastrique, ce qui ralentit parfois l'absorption des médicaments. Du métoclopramide, de la dompéridone ou un autre agent procinétique peuvent alors être utilisés avec les analgésiques oraux, afin d'augmenter la motilité gastrique et l'absorption et de réduire par la même occasion les nausées et les vomissements<sup>9</sup>.

La voie orale est généralement celle que préfèrent les patients. Toutefois, ceux dont les

crises s'accompagnent de nausées et de vomissements doivent utiliser la voie intranasale ou sous-cutanée, ou encore s'en remettre aux cachets ultra-fondants. D'après les données pharmacocinétiques, ce serait par voie parentérale que les triptans agissent le plus rapidement (encore que seul le sumatriptan soit offert sous cette forme posologique), mais cette assertion reste à vérifier par des études cliniques. Généralement légers et temporaires, les effets indésirables sont cependant plus courants avec la voie sous-cutanée et comprennent diverses sensations telles que picotements, sensation de chaleur, de lourdeur ou de pression au niveau du torse, du cou, de la gorge, des mâchoires et des bras, étourdissements, bouffées vasomotrices et sensation déplaisante au point d'injection<sup>9</sup>.

#### *Prévention des crises migraineuses*

L'administration d'un traitement prophylactique antimigraineux peut être envisagé si<sup>5</sup> :

- le patient souffre de deux ou trois crises ou plus par mois et qu'en particulier, le résultat des traitements ponctuels est infraoptimal ;
- le patient souffre de crises graves qui l'empêchent de fonctionner normalement ;
- le patient est psychologiquement incapable de composer avec les crises ;
- les traitements ponctuels ont échoué, sont contre-indiqués ou produisent de sérieux effets secondaires.

Le **tableau VI** donne un sommaire des agents couramment utilisés pour la prévention des crises migraineuses.

#### *Céphalées médicamenteuses*

Tout syndrome de céphalalgie peut être aggravé par l'utilisation excessive d'analgésiques, y compris la migraine<sup>4</sup>. Les céphalées d'origine médicamenteuse sont associées à une utilisation accrue des analgésiques, à l'installation d'une tolérance aux effets analgésiques des médicaments ainsi qu'à une augmentation de l'intensité et de la fréquence des crises<sup>4</sup>.

**Tableau VI** Sommaire des agents utilisés pour la prévention des crises migraineuses.

Agent	Dose	Risque possible	Commentaires
Bêtabloquants <sup>7</sup>	Agents les plus étudiés. Propranolol : 40-120 mg bid. Métoprolol : 50-100 mg bid. Timolol : 20-30 mg od.	Risque de fatigue, de bradycardie, de dépression, de nausées, d'étourdissements et d'insomnie. Contre-indiqués en présence de bronchospasme, de rhinite allergique durant la saison pollinique, de bradycardie sinusale due à un bloc de degré supérieur à 1, de choc cardiogène, d'insuffisance cardiaque, à moins qu'elle ne soit secondaire à une tachycardie traitée par un médicament.	Le propranolol et le timolol se sont constamment avérés efficaces dans les études cliniques <sup>7</sup> . Il semble que les bêtabloquants dotés d'une activité sympathomimétique intrinsèque (acébutolol, alprénolol, oxprénolol, pindolol) soient inefficaces dans la prévention de la migraine.
Antidépresseurs <sup>10</sup>	Amitriptyline (agent le plus étudié) : 30-150 mg od.	La prudence est de rigueur en raison des symptômes anticholinergiques (p. ex., constipation, rétention urinaire, glaucome à angle fermé, xérostomie), du risque de somnolence et de gain pondéral. Prudence aussi en présence de maladie cardiovasculaire.	Absence de données probantes concernant la nortriptyline, la protriptyline, la doxépine, la clomipramine et l'imipramine. Données probantes limitées témoignant d'une efficacité modeste de la fluoxétine à la dose de 20 mg aux 2 jours jusqu'à 40 mg par jour. Absence de données probantes pour les autres IRS ou IMAO.
Bloqueurs des canaux calciques <sup>3,7</sup>	Flunarizine : 5-10 mg od. Vérapamil : 240-320 mg od.	Risque de fatigue, de gain pondéral et de dépression (flunarizine). Risque de bradycardie, d'hypotension et de constipation (vérapamil).	Efficacité éprouvée de la flunarizine. Données peu probantes dans le cas du vérapamil, qui n'aurait que des effets modestes. Absence de données probantes dans le cas du diltiazem.
Anticonvulsivants <sup>10,11</sup>	Divalproex sodique : 500-1500 mg/j en doses fractionnées. Valproate de sodium : 800-1500 mg/j en doses fractionnées.	Contre-indiqués chez les patients souffrant d'hépatopathie ou de dysfonction hépatique importante. Le divalproex sodique est contre-indiqué chez les patients souffrant d'un trouble du cycle de l'urée.	La carbamazépine et le vigabatrin ont été prouvés inefficaces. Augmentation du risque d'effets tératogènes (p. ex., anomalies du tube neural), en particulier durant le premier trimestre.
Pizotifène <sup>12</sup>	Adultes seulement (> 12 ans) : Commencer par 0,5 mg au coucher, puis augmenter graduellement la posologie à 0,5 mg tid. Intervalle posologique : 1-6 mg/j. Allouer une période d'essai de 4 semaines pour déterminer l'efficacité.	Contre-indiqué chez les patients sous IMAO ou qui souffrent d'une obstruction pyloroduodénale ou d'ulcère pylorique sténosant. La prudence est de rigueur en présence de glaucome à angle fermé ou de rétention urinaire.	Réévaluer périodiquement (après plusieurs mois) la nécessité de poursuivre le traitement en interrompant temporairement. Réduire la posologie graduellement sur un intervalle de 2 semaines avant d'interrompre le traitement, afin d'éviter le risque de céphalées de rebond.
Grande camomille <sup>5</sup>	Adultes : 1-2 comprimés par jour de 125 mg de feuilles de grande camomille standardisées séchées en poudre contenant au moins 0,2 % de parthénolide. Enfants : Aucune donnée n'est disponible pour les enfants < 2 ans.	Risque d'ulcération de la bouche, de symptômes GI, de dermatite de contact. Possibilité de syndrome comprenant céphalées, anxiété, insomnie, raideurs musculaires ou articulaires en cas de brusque interruption du traitement chez les patients qui prennent de la grande camomille depuis longtemps. À éviter durant la grossesse en raison du risque de stimulation utérine pouvant augmenter le risque d'avortement.	À éviter si l'emploi antérieur d'une plante de la famille des astéracées (p. ex., camomille, ambroisie, chrysanthème, tournesol, tanaisie, achillée) a causé une dermatite de contact. La grande camomille s'est révélée efficace dans la plupart des études de petite envergure, mais à l'heure actuelle, on s'entend pour dire que l'efficacité de cet agent dans la prophylaxie de la migraine n'a pas été établie au-delà de tout doute raisonnable.
Magnésium <sup>5</sup>	Adultes : Administrer l'équivalent de 600 mg de magnésium élémentaire par jour. Il n'existe pas de recommandations concernant la posologie chez les enfants.	Diarrhée, malaises GI. Absence d'interaction médicamenteuse importante.	On croit que la carence en magnésium pourrait jouer un rôle chez jusqu'à 50 % des patients. Il semble que le sel le mieux absorbé soit le citrate.
Riboflavine <sup>5</sup>	Adultes : 400 mg/j. Il n'existe pas de recommandations concernant la posologie chez les enfants.	Entraîne un jaunissement inoffensif de l'urine. Absence d'interaction médicamenteuse importante.	Une étude menée auprès de 55 patients semble indiquer que la riboflavine est efficace pour prévenir les migraines, mais davantage d'études seront nécessaires pour le confirmer.

Fréquemment responsable de l'échec des traitements courants (p. ex., à l'aide des triptans, des AINS ou de l'acétaminophène), l'abus d'analgésiques peut entraîner des céphalées quotidiennes chroniques.

Il peut donc être nécessaire, pour que le traitement soit efficace, de procéder à une détoxification chez les personnes qui ont des antécédents d'abus d'analgésiques. Mais c'est là chose difficile, car les céphalées s'aggravent souvent durant le sevrage, et il peut s'écouler plusieurs semaines avant qu'elles présentent de nouveau les mêmes caractéristiques qu'au départ. En outre, le sevrage peut être accompagné de certains symptômes (p. ex., anxiété, tremblements, insomnie ou diarrhée), auquel cas il faut procéder plus graduellement. Si cela s'avère approprié, on peut administrer un antidépresseur tricyclique (p. ex., amitriptyline) durant cette période, type de médicament qu'on utilisera à titre prophylactique et dont les effets centraux seront utiles pour calmer la douleur<sup>4</sup>. Mieux vaut cependant encourager les patients à ne pas utiliser d'analgésiques plus de deux fois par semaine, afin d'éviter le plus possible ce type de problème.

## RÔLE DU PHARMACIEN DANS LE TRAITEMENT DE LA MIGRAINE

LORSQU'ILS CHERCHENT UN TRAITEMENT contre la migraine, les patients se tournent bien souvent vers le pharmacien en premier lieu, ou à tout le moins glanent-ils du côté des produits en vente libre. Le personnel de la pharmacie devrait donc prendre l'habitude d'adresser au pharmacien les personnes qui cherchent un médicament contre la douleur, afin que tous deux puissent s'entretenir sur les antécédents du patient en matière de céphalées, ce qui inclut le type, l'emplacement, l'intensité, la fréquence et la durée de la douleur, de même que ses caractéristiques. Si la douleur n'est ni intermittente ni de type céphalée de tension, il convient d'adresser le patient à un médecin qui se chargera du diagnostic<sup>5</sup>. Il en va de même si la douleur est chronique ou progressive, ou encore si le schéma des céphalées change de manière importante<sup>5</sup>.

Si un diagnostic de migraine a déjà été posé, le pharmacien peut alors contribuer au traitement en prenant les mesures suivantes.

- Enseigner au patient comment maîtriser ses crises aiguës et l'informer sur le rôle des traitements prophylactiques. Lui expliquer le risque de céphalées d'origine médicamenteuse et les principes de prévention.
- Réévaluer périodiquement le traitement dans tous les cas, et effectuer un suivi après le début de la médication, afin d'aider le patient à en évaluer l'efficacité.

Aider le patient à déterminer la gravité de ses crises à l'aide du questionnaire MIDAS ou d'un autre instrument du genre.

- Montrer au patient comment tenir un journal des maux de tête, dans lequel il consignera la fréquence, l'intensité ainsi que la durée des crises, de même que la réponse à chaque type de traitements et les effets secondaires des médicaments. En effet, la tenue d'un tel journal facilitera la recommandation d'un traitement ultérieur par le pharmacien ou le médecin.
- Voir à ce que le patient comprenne bien les avantages prévus du traitement et sache combien il peut s'écouler de temps avant que ce dernier ne fasse pleinement effet. S'assurer que le patient connaisse les effets secondaires potentiels, qu'il sache lesquels surveiller en particulier et soit au courant des mesures à prendre le cas échéant.

### RÉFÉRENCES

1. Martin S. Prevalence of migraine headache in Canada. *CMAJ* 2001; 164(10):1481.
2. Schroeder BM. AAFP/ACP-ASIM release guidelines on the management and prevention of migraines. *Am Fam Physician* 2003;67(6):1392,1395-1392,1397.
3. Pryse-Phillips WE, Dodick DW, Edmeads JG, Gawel MJ, Nelson RF, Purdy RA et coll. Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. Canadian Headache Society. *CMAJ* 1997;156(9):1273-87.
4. Allredge BK. Headache. In: Koda-Kimble M, Young L, Dradjan WA, et coll., editors. *Applied Therapeutics: The Clinical Use of Drugs*. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2005:52.1-52.27.
5. Worthington I. Headache. In: Repchinsky C, editor. *Patient Self-Care*. Ottawa: Canadian Pharmacists Association, 2002:67-78.
6. Pryse-Phillips WE, Dodick DW, Edmeads JG, Gawel MJ, Nelson RF, Purdy RA et coll. Guidelines

for the nonpharmacologic management of migraine in clinical practice. Canadian Headache Society. *CMAJ* 1998;159(1):47-54.

7. Snow V, Weiss K, Wall EM, Mottur-Pilson C. Pharmacologic management of acute attacks of migraine and prevention of migraine headache. *Ann Intern Med* 2002;137(10):840-9.

8. Lipton RB, Stewart WF, Stone AM, Lainez MJ, Sawyer JP. 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.

9. Worthington I. Delivery systems for acute migraine medications. *Can Fam Physician* 2001; 47:322-9.

10. Sansert. *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques 2005*.

11. Monographie d'Epival. *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques 2005*.

12. Sandomigran. *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques 2005*.

### QUESTIONS

#### CAS n° 1

Marie, une universitaire de 22 ans, tentait de repérer les comprimés d'ibuprofène au moment où vous l'avez abordée. En discutant avec elle, vous apprenez que ses céphalées sont habituellement plus intenses en période d'examens, mais que de ces temps-ci, elles semblent s'aggraver. Auparavant, Marie prenait un comprimé de 400 mg et le tour était joué, mais à présent, cette dose ne fait plus autant effet. Marie vous dit ressentir une douleur pulsatile du côté droit de la tête.

#### 1. Lequel des énoncés suivant est VRAI ?

- Environ 2% de tous les Canadiens de plus de 12 ans ont un diagnostic de migraine.
- La migraine affecte environ trois fois plus de femmes que d'hommes.
- Tout pharmacien peut poser un diagnostic confirmé de migraine.
- Les symptômes de la migraine sont généralement les mêmes d'une personne à l'autre.

#### 2. Laquelle des caractéristiques suivantes donne le moins à penser que les symptômes dont souffre Marie sont de nature migraineuse ?

- La douleur est pulsatile.
- La douleur est unilatérale.
- Sans traitement, la douleur dure environ 30 à 60 minutes.
- La douleur s'accompagne de nausées et de vomissements.

#### 3. En supposant que Marie ait un diagnostic de migraine, lequel des facteurs suivants est le moins susceptible d'avoir déclenché sa céphalée actuelle ?

- Le stress causé par ses examens.
- Les copieux mets chinois qu'elle a mangés la veille.
- Une course à pied de 20 minutes destinée à soulager le stress dû à ses examens.
- Tous ces facteurs ont pu déclencher sa céphalée actuelle.

#### 4. Quel pourcentage de migraineux ont des auras ?

- 10%
- 30%
- 50%
- 70%

#### 5. Que sont les scotomes ?

- Des éclairs lumineux brillants dans le champ visuel.
- Diverses couleurs bigarrant le champ visuel.
- Des objets qui semblent flotter dans le champ visuel.
- Une zone floue ou une tache noire dans le champ visuel.

#### 6. À quel degré d'invalidité correspond la crise migraineuse de Marie si elle a obtenu un résultat de B dans le questionnaire MIDAS ?

- Léger ou nul
- Léger

- Modéré
- Élevé

#### 7. Parmi les étiologies suivantes, laquelle est à peu près assurément associée à une augmentation du risque de migraine ?

- La libération de neuropeptides vasoactifs.
- L'augmentation des taux de 5 hydroxytryptamine.
- La réduction des taux de 5 hydroxytryptamine.
- a et c.

#### 8. Si Marie est par ailleurs en bonne santé, quelle est la dose maximale d'ibuprofène recommandée pour le traitement de ses migraines aiguës ?

- 400 mg
- 600 mg
- 800 mg
- 1000 mg

#### CAS n° 2

Carla est une mère de 28 ans qui vit avec un enfant de 6 mois et qui a récemment reçu un diagnostic de migraine. Elle s'est toujours auto-médicamentée, mais vous avouez que ses migraines sont désormais plus fréquentes (environ 3 épisodes par mois) et que cela l'empêche de vaquer à ses occupations et de prendre soin de son bébé. Son médecin lui a recommandé un triptan pour traiter les crises aiguës.

**9. Laquelle des suggestions suivantes est LE MOINS susceptible d'aider Carla lorsqu'elle a une crise aiguë ?**

- a) Se reposer dans une pièce obscure et paisible.
- b) Dormir.
- c) Faire une promenade en marchant d'un pas rapide.
- d) Appliquer une compresse froide sur sa tête.

**10. Comment s'appelle la stratégie qui consiste à traiter la crise avec un premier agent d'abord, puis, après évaluation de l'efficacité, avec un autre agent quelques mois plus tard, si besoin est ?**

- a) Traitement progressif d'une crise à l'autre.
- b) Traitement progressif de la crise.
- c) Traitement stratifié.
- d) a ou c.

**11. Quelle dose d'AAS serait la plus appropriée pour traiter une crise aiguë si Carla désire utiliser ce médicament avant d'essayer les triptans ?**

- a) 325 mg qid pendant 2 jours.
- b) 1300 mg q4h x 2 doses.
- c) 650 mg q4h pendant 2 jours.
- d) L'AAS n'est pas approprié pour le traitement de la migraine.

**12. À supposer que Carla prenne du kétoconazole, lequel des triptans suivants risque le plus de causer une interaction médicamenteuse ?**

- a) L'élétriptan.
- b) Le zolmitriptan.
- c) Le sumatriptan.
- d) Le rizatriptan.

**13. Le médecin de Carla lui a recommandé du rizatriptan en caplets ultra-fondants. Lequel des énoncés suivants est FAUX ?**

- a) Les cachets ultra-fondants sont utiles, car ils peuvent être employés même en l'absence d'eau courante.
- b) Les cachets ultra-fondants sont utiles, car ils peuvent être employés chez les patients qui ont de la difficulté à avaler de l'eau ou des comprimés.
- c) Les cachets ultra-fondants sont utiles, car ils sont absorbés plus rapidement que les comprimés.
- d) Les cachets ultra-fondants sont utiles, car ils sont moins susceptibles de causer des nausées et des vomissements.

**14. Laquelle des formes posologiques suivantes possède le plus petit  $t_{max}$  ?**

- a) L'élétriptan en comprimés.
- b) Le zolmitriptan en vaporisation nasale.
- c) Le sumatriptan pour administration sous-cutanée.
- d) L'almotriptan en comprimés.

**15. Comme elle souffre toujours de 2 ou 3 migraines graves par mois, Carla — et son médecin — vous demandent conseil en matière de traitement préventif. Lequel des énoncés suivants est FAUX ?**

- a) La carbamazépine ne serait pas un bon choix si Carla désire avoir un autre enfant.
- b) Réputé efficace, le propranolol est l'un des agents les plus étudiés.
- c) Le diltiazem est un bloqueur des canaux calciques efficace pour la prévention des migraines.
- d) Le méthysergide ne serait pas un bon choix si Carla reçoit un inhibiteur de la transcriptase inverse du VIH.

**16. Pour lequel des antidépresseurs suivants existe-t-il des preuves satisfaisantes de l'efficacité à titre d'agent prophylactique contre la migraine ?**

- a) Paroxétine.
- b) Doxépine.

- c) Imipramine.
- d) Aucun des agents ci-dessus n'a fait l'objet d'études approfondies pour la prévention de la migraine.

**17. Quelle dose de magnésium recommanderiez-vous à Carla si elle désire essayer cet agent ?**

- a) 300 mg une fois par jour.
- b) 600 mg une fois par jour.
- c) 1200 mg une fois par jour.
- d) 1800 mg une fois par jour.

**18. Lequel des agents suivants n'est pas susceptible de causer de céphalées d'origine médicamenteuse à long terme ?**

- a) L'acétaminophène.
- b) Les triptans.
- c) Les AINS.
- d) Aucun d'entre eux.

**19. Avec laquelle des préparations d'ergotamine suivantes risque-t-on le moins d'avoir des nausées et des vomissements ?**

- a) Dihydroergotamine en vaporisation nasale.
- b) Ergotamine en comprimés oraux.
- c) Dihydroergotamine parentérale.
- d) Toutes ces formes posologiques peuvent causer des nausées et des vomissements.

**20. Carla vous demande conseil sur la grande camomille. Lequel des énoncés suivants est FAUX ?**

- a) Carla ne devrait pas prendre de grande camomille durant la grossesse.
- b) La prise de grande camomille ne doit pas être interrompue brusquement.
- c) Carla ne devrait pas prendre de grande camomille si elle est allergique à l'ambroisie.
- d) Selon les études cliniques, la grande camomille est bel et bien efficace pour prévenir les migraines.

**Comité de rédaction****Le rôle du pharmacien dans l'identification et le traitement de la migraine****À PROPOS DE L'AUTEUR**

Associé à la pharmacie Dell à Brantford en Ontario, M. Tom Smiley est un pharmacien consultant actif en milieu communautaire, qui a écrit plusieurs documents de formation continue à l'intention des pharmaciens et conçu plusieurs outils didactiques à l'intention des patients. Parmi ces publications, mentionnons une présentation intitulée Mise à jour sur les choix de traitement de la migraine, destinée aux pharmaciens, et plusieurs outils didactiques sur le thème de la douleur, à l'intention des professionnels de la santé et du grand public. Monsieur Smiley continue à écrire et à préparer des ateliers traitant de concepts généraux sur diverses maladies et leur traitement pharmaceutique.

**RÉVISEURS**

Toutes les leçons sont révisées par des pharmaciens pour assurer la précision, l'intégralité et la pertinence du contenu conformément à l'exercice actuel de la pharmacie.

**COORDONNATRICE DE LA FC**

Heather Howie, Toronto (Ontario)

Pour connaître les barèmes de la FC, communiquez avec Mayra Ramos au (416) 764-3879, par télécopie au (416) 764-3937 ou par courriel à mayra.ramos@rci.rogers.com. Pour toute autre demande d'information à propos du Centre de FC sur l'observance thérapeutique,

veuillez vous adresser directement à Karen Welds au (416) 764-3922 ou karen.welds@pharmacygroup.rogers.com.

Cette leçon de FC est publiée par Rogers Media Healthcare/Santé, 1 Mount Pleasant Rd., Toronto (Ont.) M4Y 2Y5. Tél. (416) 764-3916 Tél. (416) 764-3931. Son contenu, en totalité ou en partie, ne peut être reproduit sans autorisation écrite de l'éditeur.





<b>CANADA</b>	<b>POSTES</b>	<b>CANADA</b>
<b>POST</b>		<b>CANADA</b>
Postage paid if mailed in Canada	Port payé si posté au Canada	
Business Reply Mail	Correspondance- réponse d'affaires	
7187514		<b>01</b>



1000062557-M4Y3G3-BR01

PHARMACY CONTINUING EDUCATION  
ROGERS MEDIA, HEALTHCARE & FINANCIAL SERVICES  
P O BOX 22002 STN BRM B  
TORONTO ON M7Y 4A2



LE RÔLE DU PHARMACIEN DANS L'IDENTIFICATION  
ET LE TRAITEMENT DE LA MIGRAINE

1 UFC

1 UNITÉ DE FC AU QUÉBEC

N° de dossier CCCEP : 289-0705

NOVEMBRE / DÉCEMBRE 2005

Non valable pour unités de FC après le 31 juillet 2008

- |            |             |             |             |
|------------|-------------|-------------|-------------|
| 1. a b c d | 6. a b c d  | 11. a b c d | 16. a b c d |
| 2. a b c d | 7. a b c d  | 12. a b c d | 17. a b c d |
| 3. a b c d | 8. a b c d  | 13. a b c d | 18. a b c d |
| 4. a b c d | 9. a b c d  | 14. a b c d | 19. a b c d |
| 5. a b c d | 10. a b c d | 15. a b c d | 20. a b c d |

Nom	Prénom	Adresse électronique	
Prov. octroyant le permis d'exercer / N° du permis		Prov. octroyant le permis d'exercer / N° du permis	
Nom de la pharmacie		Téléphone au travail	
Adresse <input type="checkbox"/> Domicile) <input type="checkbox"/> Bureau)	Ville	Province	Code postal

**Cadre d'exercice professionnel**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pharmacie (chaîne)       | <input type="checkbox"/> Propriétaire            |
| <input type="checkbox"/> Pharmacie (indépendante) | <input type="checkbox"/> Employé à temps plein   |
| <input type="checkbox"/> Magasin                  | <input type="checkbox"/> Employé à temps partiel |
| <input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____   | Diplôme obtenu en l'an _____                     |

**Commentaires sur cette leçon de formation continue**

- La notion de la migraine est-elle mieux comprise ?  Oui  Non
- L'information contenue dans cette leçon était-elle pertinente pour votre pratique ?  Oui  Non
- Croyez-vous que cette information pourra être intégrée à votre pratique ?  Oui  Non
- Comment jugez-vous l'information contenue dans cette leçon ?  
 Trop élémentaire  Appropriée  Trop difficile
- Cette leçon répondait-elle aux objectifs d'apprentissage établis ?  Oui  Non
- Quel thème aimeriez-vous que nous abordions dans un autre numéro ? \_\_\_\_\_

Offert par:  **novopharm**<sup>®</sup>

**Veillez compter de 6 à 8 semaines pour l'obtention des résultats.  
Télécopiez : Mayra Ramos au (416) 764-3937**

Pharmacy Practice et Novopharm reconnaissent l'importance d'utiliser de manière responsable les informations fournies dans leur programme de formation continue. Si vous ne désirez pas recevoir ces informations, ou si ne souhaitez pas que Novopharm vous envoie des renseignements sur ses produits et programmes, veuillez nous en faire part en cochant la case ci-dessous, et Pharmacy Practice respectera votre désir.

Je ne désire pas recevoir d'informations de la part de Novopharm.