

# Crise de migraine chez un adulte

L'essentiel sur les soins de premier choix

## POINTS-CLÉS

- Une crise de migraine associe un mal de tête souvent unilatéral et pulsatile, avec souvent des nausées, des vomissements, une photophobie ou une phonophobie, sans fièvre. Une crise de migraine dure en général entre 4 heures et 72 heures.
- Des mesures non médicamenteuses suffisent parfois pour soulager un adulte qui a une crise de migraine. Un médicament est souvent utile pour hâter le soulagement.
- Le médicament de premier choix d'une crise de migraine chez un adulte est le *paracétamol* ou, quand celui-ci est sans effet, l'*ibuprofène* ou le *naproxène*. En cas d'efficacité régulièrement insuffisante de ces antalgiques non spécifiques, le *sumatriptan* est le médicament de choix.

La migraine est une affection caractérisée par des crises récurrentes\* de maux de tête (alias céphalées), qui durent plusieurs heures voire plusieurs jours (1).

Les crises de migraine concernent entre 12 % et 15 % des adultes, plus fréquemment des femmes (1,2).

Les crises de migraine apparaissent en général dans l'enfance ou l'adolescence, avec un pic de fréquence à l'âge adulte qui tend à diminuer au fur et à mesure du vieillissement. Une recrudescence survient parfois chez des femmes aux alentours de la ménopause (1).

+ "Migraine : prévention des crises" Premiers Choix Prescrire, actualisation mai 2016

## Reconnaître



**Maux de tête pulsatiles, nausées-vomissements, phonophobie et photophobie.** Les maux de tête d'une crise de migraine sont le plus souvent unilatéraux et pulsatiles, souvent accompagnés de nausées, vomissements, photophobie\* ou phonophobie\*.

Ces symptômes gênent ou empêchent les activités quotidiennes. En général, une crise de migraine dure entre 4 heures et 72 heures. Entre les crises, les patients ne souffrent d'aucun symptôme en lien avec la migraine (1,3,4).

Chez environ 20 % des patients migraineux, les maux de tête sont précédés de symptômes neurologiques transitoires, le plus souvent sensoriels (par exemple visuels ou auditifs), qui se développent

graduellement en 5 à 20 minutes et durent le plus souvent moins d'une heure. On parle alors de migraine avec aura (alias migraine accompagnée). Dans certains cas, les maux de tête précèdent l'aura ou lui sont simultanés (3,5).

Chez plus de 70 % des patients, d'autres symptômes, très divers (par exemple, variations de l'humeur ou de l'appétit) surviennent jusqu'à 48 heures avant le début de la crise de migraine (2).

L'historique des douleurs, recherché lors de l'entretien avec le patient, et l'examen physique suffisent le plus souvent pour confirmer le caractère migraineux des crises. Aucun examen paraclinique n'a d'intérêt démontré pour confirmer une crise de migraine (2,3).  
+ Lire "Signes d'alerte"



**Ne pas confondre avec d'autres causes de maux de tête.**

L'entretien avec un patient qui a des maux de tête vise à distinguer une crise de migraine d'autres causes de maux de tête, dont : céphalées de tension, algies vasculaires de la face, céphalées posttraumatiques, névralgies du trijumeau, névralgies postzostériennes, affections dentaires ou troubles de l'articulation temporomandibulaire, syndromes de sevrage (2,5).

Des douleurs inhabituelles ou des troubles neurologiques graves associés, dont paralysie faciale, troubles moteurs d'un membre, troubles du langage, font évoquer une autre cause de mal de tête qu'une crise de migraine. En cas d'atypie ou d'examen neurologique anormal, des examens complémentaires sont justifiés à la recherche notamment d'une affection intracrânienne (3,6).

+ Lire "Signes d'alerte"

## Facteurs de survenue



**Des mécanismes déclencheurs mal élucidés.** Les mécanismes déclencheurs d'une crise de migraine sont mal élucidés. La migraine est en général attribuée à des perturbations vasculaires dans un territoire cérébral. Une composante héréditaire semble probable (2,3).

Chez les femmes, les fluctuations du taux des estrogènes dans le sang au cours du cycle contribuent au déclenchement de crises de migraine (7).

De nombreuses substances non médicamenteuses exposent à des maux de tête d'allure migraineuse : tabac, café, alcool, diverses drogues, substances chimiques d'usage professionnel ou domestique (8).



**Des médicaments parfois en cause.** De nombreux médicaments sont à l'origine de maux de tête et exposent à des crises de migraine, notamment les dérivés nitrés, le *sildénafil* et les contraceptifs hormonaux (4,8).

Chez certains patients migraineux, un usage continu de médicaments antalgiques est parfois la cause de maux de tête auto-entretenus, qui s'ajoutent à la migraine initiale (4).

+ Lire "Recours inadapté aux antalgiques : risque de céphalées chroniques et de syndromes de sevrage"

## Évolution



**Une gêne dont l'importance dépend de la fréquence et de la sévérité des crises.** La fréquence des crises de migraine est variable selon les patients, le plus souvent comprise entre 1 et 4 crises par mois. La fréquence des crises, leur durée ou leur intensité créent parfois un handicap social (1,3).

Les crises de migraine n'exposent pas en elles-mêmes à des complications mettant en jeu le pronostic neurologique ou vital (1).

## Traitements de premier choix

Le traitement d'une crise de migraine vise à soulager aussi vite que possible les douleurs et les symptômes associés, notamment les nausées et vomissements (3,5).

## Un traitement antalgique à adapter au cas par cas

Il n'y a pas d'élément clinique pour prédire l'efficacité d'un traitement antalgique chez un patient donné. Le traitement est à choisir en tenant compte de la fréquence des crises, de leur intensité, des

effets indésirables des médicaments, de leur efficacité lors des crises antérieures, de l'effet placebo, et du risque de dépendance aux antalgiques (3). L'efficacité des médicaments antalgiques est plus importante quand ils sont pris dès le début de la crise de migraine, avant son installation complète (3).



**Des mesures non médicamenteuses utiles.** Des mesures non médicamenteuses contribuent à soulager des patients lors d'une crise de migraine et suffisent parfois : repos dans un environnement sombre et silencieux, à une température fraîche ; application de glace sur la tête ; sommeil de quelques heures (3).



**Paracétamol : premier choix, le médicament le moins risqué.** Lors d'une crise de migraine chez un adulte, le *paracétamol* est le médicament de premier choix pour soulager la douleur. **Il soulage environ la moitié des patients** et expose à moins d'effets indésirables et à moins d'interactions médicamenteuses que d'autres médicaments antalgiques tels que les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), les opioïdes ou les triptans (9 à 12).

À posologie adaptée, les effets indésirables du *paracétamol* sont rares : surtout des réactions d'hypersensibilité. Le principal risque auquel expose le *paracétamol* est lié aux surdoses, à l'origine d'atteintes hépatiques graves et parfois d'atteintes rénales aiguës (12).

La toxicité hépatique du *paracétamol* est augmentée chez certains patients, notamment en cas d'affection hépatique, de consommation importante d'alcool, ou de prise de médicaments qui accélèrent le métabolisme du *paracétamol* tels que des anti-épileptiques ou le *millepertuis*. Chez ces patients adultes, il est prudent d'utiliser une dose maximale quotidienne de *paracétamol* modérée, inférieure à 4 000 mg (12).

+ Section 5-1-2 du supplément Interactions médicamenteuses

Le *paracétamol* est à prendre par voie orale toutes les 4 à 6 heures : 500 mg à 1 000 mg par prise chez les adultes, sans dépasser 4 000 mg par jour dans le cas général ; 10 mg/kg à 15 mg/kg par prise chez les adultes de moins de 50 kg, avec une posologie maximale de 60 mg/kg par jour (13).

Quand la voie orale n'est pas utilisable, le *paracétamol* par voie rectale est une option, à la même posologie que par voie orale (13).

+ Fiche Infos-Patients "Bien utiliser le paracétamol"



**Ibuprofène ou naproxène en cas d'échec du paracétamol.** Chez un adulte qui a des crises de migraine, quand le *paracétamol* est insuffisamment efficace pour soulager la douleur ou qu'il n'est pas adapté, l'*ibuprofène* ou le *naproxène*, des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), sont des médicaments de premier choix compte tenu de leur efficacité dé-

montrée dans cette situation et de leurs effets indésirables peu fréquents en dose ponctuelle (9,14,15).

Les AINS exposent à des réactions d'hypersensibilité parfois graves, dès les premières prises chez certains patients. En traitement court et à doses faibles ou modérées, les AINS exposent notamment à des inconforts digestifs, et parfois à des nausées ou des diarrhées sans gravité. À doses plus importantes, ou en usage prolongé, ou chez des patients à risque, les AINS exposent à des ulcères et des hémorragies du tube digestif, des insuffisances rénales et des troubles cardiovasculaires. Les AINS exposent aussi à de nombreuses interactions notamment avec les anticoagulants (12).

+ Section 5-1-3 du supplément Interactions médicamenteuses

Chez les adultes, **l'ibuprofène par voie orale est à prendre à la dose de 200 mg à 400 mg par prise, environ toutes les 6 à 8 heures sans dépasser 1 200 mg par jour**, en adaptant la posologie en fonction de l'intensité des symptômes. Au-delà de 1 200 mg par jour, la balance bénéfices-risques de l'ibuprofène est défavorable en raison d'un risque cardiovasculaire accru (15,16).

La dose quotidienne usuelle de *naproxène* est comprise entre 500 mg et 1 000 mg. La répartition des prises tout au long de la journée varie selon le type de douleur (17).

Quand la voie orale n'est pas utilisable, un AINS tel que le *kétoprofène* en suppositoire est une alternative, faute de forme adaptée d'*ibuprofène* et de *naproxène*. Ce traitement expose aux effets indésirables des AINS par voie orale auxquels s'ajoutent les risques liés à la voie d'administration (17,18).

+ Fiche Infos-Patients "Vous prenez de l'ibuprofène (adulte)"

+ Fiche Infos-Patients "Anti-inflammatoire chez un adulte : choisir l'ibuprofène ou le naproxène"

 **Gare à la prise concomitante de plusieurs spécialités contenant du paracétamol ou de l'ibuprofène.** De nombreuses spécialités aux noms commerciaux différents, dont certaines utilisées aussi en automédication, contiennent du *paracétamol*. La prise concomitante de plusieurs d'entre elles augmente les risques de surdose de *paracétamol*. Soignants et patients ont à vérifier le contenu des spécialités en se référant à l'aide de la dénomination commune internationale (DCI) (16,19).

Le problème est le même avec l'*ibuprofène* (16).



**Sumatriptan : premier choix parmi les triptans.** Les triptans sont des agonistes sérotoninergiques vasoconstricteurs. Ils ont une efficacité antalgique démontrée en cas de crise de migraine. Ils sont à proposer aux patients souffrant régulièrement de crises intenses et peu ou pas soulagés par les antalgiques non spécifiques (4,7).

Le *sumatriptan*, à la dose initiale de 50 mg par voie orale, est le triptan de premier choix. Il a une action rapide, maximale au bout de 2 heures, pour soulager les patients adultes lors d'une crise de

## SIGNES D'ALERTE en cas de crise de migraine



Lors de l'apparition d'un mal de tête chez un adulte, les principaux signes d'alerte évocateurs d'une cause autre qu'une crise de migraine sont : intensité de la douleur jamais connue jusque-là ; aggravation de l'intensité douloureuse d'une crise à l'autre ; fièvre sans cause évidente ; signes associés s'expliquant mal ou évoquant une autre affection (tels que paralysie faciale, troubles moteurs d'un membre, troubles du langage) ; vomissements précédant le mal de tête ; mal de tête gênant le sommeil ; mal de tête durable et intense malgré les médicaments antalgiques (8).

La liste des causes graves de maux de tête est longue, notamment : méningites, artérites temporales, tumeurs, accidents vasculaires cérébraux, glaucomes aigus, hématomes sous-duraux, hypertensions intracrâniennes, intoxications aiguës au monoxyde de carbone (8).

migraine. Chez un quart à un tiers des patients soulagés par une première prise de *sumatriptan*, une récurrence\* des maux de tête survient dans les 24 à 48 heures. Une deuxième prise de *sumatriptan* est alors souvent efficace, mais **il est inutile de renouveler la prise de *sumatriptan* au cours de la même crise de migraine quand la première prise n'a pas été efficace** (4,20à24).

Quand la voie orale n'est pas utilisable, notamment en raison de vomissements, le *sumatriptan* en solution pour pulvérisation nasale est utile lors d'une crise de migraine (25).

**Quand le *sumatriptan* par voie orale ou nasale n'a pas été efficace au cours des crises précédentes, le *sumatriptan* par voie sous-cutanée est un recours lors d'une nouvelle crise** (5,21).

Les triptans exposent à des effets indésirables parfois graves avec surtout des : douleurs, fourmillements, chaleurs, lourdeurs, pressions et oppressions qui peuvent toucher n'importe quelle partie du corps ; augmentations transitoires de la pression artérielle ; troubles du rythme cardiaque. Ils exposent aussi à des symptômes liés à une vasoconstriction : spasmes des artères coronaires, infarctus du myocarde, phénomènes de Raynaud, colites ischémiques, accidents vasculaires cérébraux (4).

+ Section 12-2-4-2 du supplément Interactions médicamenteuses

Du fait de leurs propriétés sérotoninergiques et vasoconstrictrices, les triptans exposent à de nombreuses interactions médicamenteuses. Les principales conséquences cliniques de ces interactions sont : d'une part, des syndromes sérotoninergiques, notamment **avec le tramadol**, les inhibiteurs de la monoamine oxydase (MAO), des antidépresseurs ; d'autre part, des signes de vasoconstriction artérielle dont des **hypertensions artérielles** parfois majeures, notamment avec les dérivés de l'ergot de seigle ou d'autres vasoconstricteurs (4).

*Autism 20/11*



**Recours inadapté aux antalgiques : risque de céphalées chroniques et de syndromes de sevrage.** Il importe d'informer un patient migraineux que l'utilisation régulière voire quotidienne de médicaments antalgiques, notamment à visée préventive, contribue à provoquer ou entretenir les crises de migraine, avec un risque de chronicité (alias état de mal migraineux) (3).

Chez des patients qui ont des crises de migraine, en cas de prises excessives de médicaments antalgiques, leur arrêt brutal expose, dans les jours qui suivent, à un syndrome de sevrage qui conduit à prendre à nouveau des antalgiques. Ce syndrome se manifeste par une forte augmentation des maux de tête, parfois associée à des nausées, vomissements, hypersudation, insomnie (3).

Autres traitements



**Naratriptan parfois utile.** En traitement des crises de migraine, le *naratriptan*, un autre triptan, par voie orale à la dose de 2,5 mg a une action moins rapide que le *sumatriptan*, mais il expose à moins de récurrences de ces crises. Le *naratriptan* est utile quand un patient préfère réduire le risque de récurrence plutôt que de privilégier l'action plus rapide du *sumatriptan* (22).



**Intérêt limité du métoclopramide en cas de nausées et de vomissements.**

Le *métoclopramide*, un neuroleptique, est parfois proposé contre les nausées et les vomissements associés à des crises de migraine chez les adultes. Toutefois, sa balance bénéfices-risques est incertaine et sa place est à limiter autant que possible car il expose aux effets indésirables des neuroleptiques, parfois graves, notamment troubles extrapyramidaux, arythmies et morts subites cardiaques. Son utilisation justifie notamment une gestion prudente des interactions médicamenteuses (3,26,27).

L'association du *métoclopramide* avec un autre neuroleptique expose à une addition d'effets indésirables. Les médicaments qui diminuent la vidange gastrique tels que les opioïdes et les atropiniques réduisent l'activité du *métoclopramide* sur la motricité digestive (27,28).

+ Section 19-1-3 du supplément Interactions médicamenteuses

Et si elle était enceinte ?



**Mesures non médicamenteuses ou paracétamol avant tout.** Chez la plupart des femmes migraineuses, les migraines sont moins fréquentes au cours de la grossesse, surtout au cours du troisième trimestre (7).

La prise d'un médicament par une femme enceinte expose celle-ci, ainsi que l'enfant à naître, aux effets indésirables de ce médicament, variables selon le stade de la grossesse (29).

Le traitement d'une crise de migraine chez une femme enceinte repose d'abord sur des mesures non médicamenteuses (7).

+ Lire "Des mesures non médicamenteuses utiles"

Le *paracétamol* est le médicament de premier choix en cas de douleur ou de fièvre pendant toute la durée de la grossesse (29).

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont à écarter, même en traitement bref, chez les femmes qui pourraient être enceintes ou le devenir. En début de grossesse, les AINS semblent exposer à des fausses couches et des malformations, notamment cardiaques chez l'enfant à naître. En deuxième partie de grossesse, ils exposent l'enfant à naître à une fermeture prématurée du canal artériel, à une hypertension artérielle pulmonaire avec détresse cardiorespiratoire et à une insuffisance rénale. En outre, la prise d'AINS près de la naissance expose la mère à un risque hémorragique accru (12).

+ Fiche Infos-Patients "Pas d'anti-inflammatoire pendant la grossesse"

Chez les femmes enceintes, les triptans sont à écarter car leurs effets indésirables sur la grossesse sont mal cernés (7).

Pour le soulagement des nausées-vomissements éventuellement associés à une crise de migraine chez une femme enceinte, quand un médicament est jugé souhaitable, le premier choix est la *doxylamine*, un antihistaminique H1 efficace contre les nausées et les vomissements et pour lequel le recul d'utilisation est important chez les femmes enceintes, sans risque connu pour l'enfant à naître (30).

+ Fiche Infos-Patients "Crise de migraine pendant la grossesse"

*Doxylamine*

Allaitement maternel



**Paracétamol ou ibuprofène : médicaments de premier choix.**

Chez une femme qui a une crise de migraine et qui allaite, le *paracétamol* est le premier choix, l'*ibuprofène* étant une alternative : le passage dans le lait de ces médicaments est faible, la rareté de leurs effets indésirables chez les nourrissons allaités est établie et les données issues de leur large utilisation après la naissance sont rassurantes (31).

+ Fiche Infos-Patients "Soulager les crises de migraine"

©Prescrire

## GLOSSAIRE

Les termes expliqués de façon concise dans ce glossaire sont signalés dans le texte par un astérisque (\*)

**phonophobie** : sensibilité excessive au bruit, ressentie comme pénible ou douloureux.

**photophobie** : sensibilité excessive à la lumière, ressentie comme pénible ou douloureuse.

**réurrence** : répétition d'un symptôme ou d'un syndrome à distance d'une première manifestation, sans cause nouvelle.

## Recherche documentaire et méthode d'élaboration

Cette synthèse a été élaborée à partir des données publiées dans *Prescrire* jusqu'au n° 403 (mai 2017) et dans son supplément Interactions médicamenteuses 2017, confrontées aux données publiées dans deux sources documentaires complémentaires : l'ouvrage de pharmacologie clinique Martindale The complete drug reference (site [www.medicinescomplete.com](http://www.medicinescomplete.com)) et l'ouvrage de médecine interne UpToDate (site [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)), consultés pour la dernière fois le 3 mai 2017. La validité des données citées dans cette synthèse est vérifiée grâce à la veille documentaire permanente mise en place par *Prescrire*. Les procédures d'élaboration de cette synthèse ont suivi les méthodes habituelles de *Prescrire* : notamment vérification de la sélection des données et de leur analyse, contrôles de qualité multiples.

- 1- Prescrire Rédaction "Prévention médicamenteuse des crises de migraine. A décider au cas par cas" *Rev Prescrire* 2006 ; **26** (271) : 276-281 + (272) : Il de couv.
- 2- FM Cutrer et coll. "Pathophysiology, clinical manifestations, and diagnosis of migraine in adults" UpToDate 2017.
- 3- Prescrire Rédaction "Traitements des crises de migraine" *Rev Prescrire* 1995 ; **15** (150) : 281-284 + (152) : 480.
- 4- Prescrire Rédaction "12-2. Patients migraineux" suppl. Interactions médicamenteuses 2017.
- 5- Prescrire Rédaction "sumatriptan injectable S.C. (Imigran®)" *Rev Prescrire* 1995 ; **15** (149) : 166-173.
- 6- Prescrire Rédaction "Accident vasculaire cérébral : les signes cliniques initiaux. Évaluer méthodiquement les signes recueillis en urgence" *Rev Prescrire* 2011 ; **31** (328) : 123-127.
- 7- Prescrire Rédaction "Patientes enceintes migraineuses" *Rev Prescrire* 2014 ; **34** (367) : 356-365.
- 8- Prescrire Rédaction "Maux de tête" *Rev Prescrire* 2008 ; **28** (301) : 840-841.
- 9- Prescrire Rédaction "kétoprofène (Bi-Protérid®). Nouvelle indication dans la crise de migraine : sans consistance" *Rev Prescrire* 2004 ; **24** (254) : 645-647.
- 10- Prescrire Rédaction "Crise de migraine : le paracétamol avant tout" *Rev Prescrire* 2011 ; **31** (335) : 687-688 + (338) : 882.
- 11- "Choice of analgesics" Martindale, The Pharmaceutical Press 2017.
- 12- Prescrire Rédaction "5-1. Patients traités par un antalgique non spécifique" suppl. Interactions médicamenteuses 2017.
- 13- "Paracetamol" Martindale, The Pharmaceutical Press 2017.
- 14- Prescrire Rédaction "Ibuprofène (Nureflex® ou autre). Crises de migraine : pas 400 mg d'emblée !" *Rev Prescrire* 2007 ; **27** (280) : 95.
- 15- Prescrire Rédaction "AINS et troubles cardiovasculaires graves : surtout les coxibs et le diclofénac" *Rev Prescrire* 2015 ; **35** (384) : 748-750.
- 16- Prescrire Rédaction "Mal aux dents chez les adultes et grands enfants" *Rev Prescrire* 2008 ; **28** (299) : 680-681.
- 17- "Naproxen" Martindale, The Pharmaceutical Press 2017.
- 18- Prescrire Rédaction "Coliques néphrétiques chez les adultes" *Rev Prescrire* 2009 ; **29** (307) : 355-360.
- 19- Prescrire Rédaction "Paracétamol : gare aux surdoses involontaires" *Rev Prescrire* 2010 ; **30** (325) : 827.
- 20- Prescrire Rédaction "almotriptan (Almogran®). Me too : cinquième triptan pour les crises migraineuses sans progrès" *Rev Prescrire* 2003 ; **23** (245) : 815 (version numérique complète : 4 pages).
- 21- Prescrire Rédaction "Les copies du mois. Sumatriptan : gare aux effets indésirables" *Rev Prescrire* 2009 ; **29** (307) : 346-347.
- 22- Prescrire Rédaction "natriptan (Naramig®). Une action lente, mais peu de récurrences" *Rev Prescrire* 1999 ; **19** (193) : 168-171.
- 23- "Sumatriptan" Martindale, The Pharmaceutical Press 2017.
- 24- Prescrire Rédaction "sumatriptan en comprimés (Imigran®)" *Rev Prescrire* 1996 ; **16** (162) : 345-348.
- 25- Prescrire Rédaction "Compléments de gamme : sumatriptan (Imigran® 50 mg comprimés, Imigran® solution pour pulvérisation nasale 10 mg et 20 mg)" *Rev Prescrire* 1999 ; **19** (201) : 825-826.



## Traitements à écarter en cas de crise de migraine chez un adulte

**Aspirine.** L'aspirine expose plus souvent à des effets indésirables que l'*ibuprofène*, sans gain d'efficacité antalgique (7).

**Coxibs, acéclofénac et diclofénac, piroxicam.** Les coxibs (*célécoxib*, *étoricoxib* et *parécoxib*), l'*acéclofénac*, le *diclofénac* et le *piroxicam* sont des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) dont la balance bénéfices-risques est défavorable. Ils ne sont pas plus efficaces que les autres AINS et exposent à un surcroît d'effets indésirables graves, notamment cardiaques (15,32).

**Opioides.** En traitement d'une crise de migraine, les opioïdes, y compris ceux dits faibles comme la *codéine* et le *tramadol*, sont à éviter en raison de l'aggravation des nausées et de la dépendance auxquelles ils exposent, en particulier quand les crises sont fréquentes (3).

**Caféine.** L'ajout de *caféine* à faible dose à un traitement antalgique n'accroît pas l'effet antalgique. L'ajout de *caféine* à forte dose a peut-être un effet antalgique minime dans certaines douleurs, mais expose à de nombreux effets indésirables, notamment : troubles du sommeil, manifestations d'anxiété, nausées et vomissements, diarrhées, agitation, tremblements, anxiétés avec hyperventilation, tachycardies, hypokaliémies. La *caféine* est parfois à l'origine d'une dépendance (12,33à35).

**Élétriptan et frovatriptan.** Comparé au *sumatriptan*, le *frovatriptan* est moins efficace et ses effets indésirables sont plus fréquents (36).

L'*élétriptan*, métabolisé par l'isoenzyme CYP 3A4 du cytochrome P450, est à éviter en raison du risque d'interactions médicamenteuses plus élevé qu'avec les autres triptans (4).

**Ergotamine et dihydroergotamine.** L'*ergotamine* et la *dihydroergotamine*, des dérivés de l'ergot de seigle, sont à éviter car elles exposent à des effets indésirables disproportionnés par rapport à leur efficacité modeste dans la migraine. Leurs effets indésirables sont notamment des : manifestations liées à une vasoconstriction périphérique (paresthésies, cyanoses, douleurs des extrémités, douleurs thoraciques) ; troubles digestifs ; céphalées auto-entretenues en cas d'usage fréquent ; convulsions ; rares fibroses rétropéritonéales, pleuropulmonaires, péricardiques et atteintes valvulaires cardiaques, lors d'une utilisation au long cours (4,37).

**Dompéridone.** La *dompéridone* est un neuroleptique dont l'efficacité clinique contre les nausées et les vomissements est mal établie. Elle expose aux effets indésirables des neuroleptiques, avec notamment des troubles cardiaques parfois graves, dont des morts subites et des allongements de l'intervalle QT de l'électrocardiogramme (26,38à40).

26- Prescrire Rédaction "Métoclopramide, dompéridone : morts subites, arythmies ventriculaires" *Rev Prescrire* 2016 ; **36** (391) : 351-354.

27- Prescrire Rédaction "19-1. Patients psychotiques" suppl. Interactions médicamenteuses 2017.

28- Prescrire Rédaction "6-1-5. Patients sous modificateur de la motricité" suppl. Interactions médicamenteuses 2017.

29- Prescrire Rédaction "Femmes enceintes et médicaments utilisés dans les douleurs" *Rev Prescrire* 2013 ; **33** (358) : 602-607.

30- Prescrire Rédaction "Femmes enceintes et médicaments oraux des nausées-vomissements modérés" *Rev Prescrire* 2013 ; **33** (358) : 594-600.