

Les symptômes de la migraine

Migraine sans aura

Hémicrânie : douleur d'un seul côté de la tête. La douleur est pulsatile et augmente à l'effort.

Photophobie : le malade ne supporte pas la lumière.

Phonophobie : le malade ne supporte pas le bruit.

Osmophobie : le malade ne supporte pas certaines odeurs.

Troubles digestifs : nausées, aversion pour toute boisson et toute nourriture, vomissements.

Durée : de quelques heures à quelques jours.

Migraine avec aura

Troubles de la vision : phosphènes (taches, éclairs ou zigzags brillants), flou d'une partie du champ visuel, scotome scintillant (flou visuel central entouré d'une ligne scintillante en zigzag).

Troubles sensitifs : sensations d'engourdissement dans les doigts, l'avant-bras, le visage.

Troubles du langage : rares, ils commencent quand l'engourdissement atteint le visage.

Ensuite, symptômes identiques à ceux d'une migraine sans aura.

la communauté scientifique internationale. D'après ces critères, il existe plusieurs types de crises de migraines. La plus fréquente est la migraine sans aura, ou migraine commune. Elle est caractérisée par une douleur qui siège en général d'un seul côté de la tête, souvent toujours le même bien que, de temps en temps, elle survienne du côté opposé, où elle est alors moins intense.

La douleur peut aussi être bilatérale, diffuse, ou seulement ressentie au front, aux tempes, à la nuque, ou même à la face. Son intensité est variable : souvent intense, obligeant à interrompre toute activité, elle est aggravée par les efforts. Elle est souvent pulsatile, battant au rythme du cœur. Elle s'accompagne fréquemment de nausées et de vomissements, ce qui n'indique pas que la migraine ait une origine alimentaire, ou qu'il s'agisse d'une « crise de foie » (terme spécifiquement français qui correspond en fait à une « crise de migraine »). Ces troubles digestifs sont fréquents et contribuent à la détresse du malade. Ce dernier ne supporte pas le bruit (il souffre de phonophobie), ni la lumière (photophobie), ni les odeurs (osmophobie) ; il n'aspire qu'au repos, au calme et à l'obscurité.

Le patient ressent parfois une grande faiblesse, des troubles de l'humeur ; il est pâle ; les artères de ses tempes font saillie ; on constate plus rarement un larmolement, une obstruction ou un écoulement nasal. La crise dure de quelques heures à quelques jours, et s'achève souvent par un vomissement ou surtout par un sommeil réparateur ; dans certains cas, le patient reste épuisé durant encore 24 à 48 heures.

Les crises de migraine peuvent être annoncées par des symptômes nommés prodromes, que chaque patient apprend à reconnaître : fatigue, bâillements, troubles de l'appétit, irritabilité, tendance dépressive ou au contraire euphorie. La migraine peut aussi survenir sans prévenir, en pleine nuit ou au petit matin. Chez l'enfant, la douleur est plutôt frontale et bilatérale, et les signes digestifs sont fréquents. La crise est généralement plus courte que chez l'adulte.

Les migraines avec aura

La deuxième variété de migraine est la migraine avec aura, ou migraine accompagnée, ou encore migraine ophthalmique. Elle est moins fréquente que la migraine sans aura, et un même individu peut avoir alternativement les deux types de crises. L'« aura » est un ensemble de troubles neurologiques qui précèdent ou accompagnent les maux de tête ; elle dure en moyenne une trentaine de minutes.

Les auras les plus fréquentes sont visuelles : la vision devient floue, le malade perçoit des formes brillantes ou colorées (nommées phosphènes) ; ou une tache noire entourée d'un bord brillant, en dents de scie, dont le diamètre s'élargit progressivement, du centre vers la périphérie (c'est un scotome scintillant) ; ou une amputation partielle, voire totale, de son champ de vision. Les deux yeux sont concernés : même quand un patient croit voir mal de l'œil droit, c'est en fait la partie droite du champ visuel des deux yeux qui est anormale. Les auras visuelles prennent parfois des allures

fantastiques, notamment chez l'enfant : l'image est inversée, grossie ou rapetissée, éloignée, morcelée.

Plus rarement, les auras sont sensitives : le patient ressent des engourdissements, des fourmillements, qui touchent généralement un seul côté de l'organisme, et qui commencent souvent dans une main pour gagner l'avant-bras, puis le visage. On constate quelques rares troubles du langage et de la motricité (faiblesse d'un bras ou d'une moitié du corps). Ces troubles suivent généralement une aura visuelle.

L'aura migraineuse s'installe en moins de 30 minutes (entre 5 et 30 minutes). Les symptômes évoluent au fil des minutes, au rythme de la « marche migraineuse » ; ils disparaissent également progressivement (nous reviendrons sur ce phénomène lorsque nous aborderons les mécanismes physiopathologiques de la maladie).

Une aura laisse généralement la place à un mal de tête, souvent moins long et moins pénible que lors d'une migraine sans aura. Dans certains cas, les patients n'ont pas mal à la tête après une aura : c'est alors une aura isolée.

Il existe d'autres formes plus rares de crises de migraine. Les auras peuvent commencer très brusquement, durer très longtemps, comporter des symptômes inhabituels tels que des troubles de la conscience, avec parfois perte de connaissance. Dans la migraine hémiplégique familiale, l'aura s'accompagne d'une paralysie complète ou partielle d'un côté du corps (une hémiplégie). Dans la très rare migraine ophthalmoplégique, les céphalées de plusieurs jours sont suivies d'une paralysie d'un des nerfs des muscles de l'œil, ce qui entraîne un dédoublement de la vision.

Chez l'enfant, certains symptômes qui surviennent par crises, tels des douleurs abdominales récidivantes, des vomissements cycliques et des vertiges, ont été considérés comme des équivalents de la migraine, diagnostic qui ne doit être porté qu'après avoir éliminé les autres causes possibles de ces troubles. Exceptionnellement, les symptômes de l'aura persistent plus ou moins durablement après une crise de migraine avec aura, en raison d'un manque d'irrigation d'une zone du cerveau.

Certains migraineux voient parfois s'installer, au fil du temps, après une période de crises fréquentes, un mal de tête quotidien, qui ne ressemble plus que par intermittence à une migraine.

Cette situation, qui survient généralement quand le patient est anxieux ou dépressif, est entretenue par un abus de médicaments destinés à soulager les crises. Le patient en prend tous les jours, dès qu'il a mal à la tête, voire avant, pour éviter la crise.

Cette surconsommation entraîne une accoutumance, avec nécessité d'augmenter les doses de médicaments, qui deviennent de moins en moins efficaces. On assiste alors à une céphalée chronique quotidienne avec abus médicamenteux. Un sevrage, parfois très pénible, est indispensable pour sortir de ce cercle vicieux.

Lorsqu'un patient décrit des crises de migraine typiques et que son examen clinique est normal, il est inutile de prescrire des examens complémentaires. En revanche, dans les formes rares où les crises sont atypiques ou bien lorsque l'examen neurologique n'est pas parfaitement normal, le neurologue demande des examens complémentaires, tel un scanner cérébral ou une imagerie par résonance magnétique. Ces examens permettent la détection de malformations vasculaires cérébrales qui peuvent provoquer – exceptionnellement – des crises d'allure migraineuse.

Les facteurs déclenchants

Divers facteurs peuvent déclencher une crise migraineuse : des facteurs psychologiques (une contrariété ou une émotion forte), des aliments (le chocolat, l'alcool...), des modifications du rythme de vie (une grasse matinée, le dimanche), un repas qui n'a pas été pris, le bruit, la lumière, un effort physique, des odeurs, etc. Pourtant, ce n'est pas parce que les crises surviennent après une contrariété que la migraine est une maladie psychologique, et ce n'est pas parce le chocolat déclenche les crises que la migraine est une maladie digestive ! En moyenne, un migraineux a quatre variétés différentes de facteurs déclenchants. Inversement, une crise migraineuse peut tout aussi bien survenir de façon imprévisible, aggravant le handicap que constitue la migraine pour la vie familiale, sociale et professionnelle.

Outre les facteurs déclenchants mentionnés, la vie hormonale des femmes agit sur le cours de la maladie migraineuse. La prépondérance féminine de la migraine n'apparaît qu'après la puberté. Environ 30 pour cent (entre



2. PHOSPHÈNE dessiné par un patient : au cours d'une migraine avec aura, le patient, dont la vision devient floue, perçoit des formes brillantes dans son champ visuel.

20 et 45 pour cent selon les études) des patientes souffrent de migraines menstruelles, et 5 pour cent des migraineuses ont uniquement ce type de migraines associées aux règles. Durant une grossesse, les crises de migraine s'estompent, voire disparaissent, chez près de 70 pour cent des femmes, surtout quand les crises sont menstruelles. Enfin, contrairement à une idée reçue, la migraine ne disparaît pas toujours à la ménopause et elle a même tendance à s'aggraver temporairement.

La pilule contraceptive peut modifier l'évolution de la maladie migraineuse. En cas d'aggravation ou d'apparition des migraines, l'arrêt des contraceptifs n'améliore pas toujours immédiatement les crises, lesquelles persistent parfois durant un ou deux ans ; la maladie peut même s'installer définitivement. Plusieurs études récentes ont montré que les femmes migraineuses de moins de 45 ans qui fument et qui prennent des contraceptifs oraux ont notablement plus de risques d'avoir un accident vasculaire cérébral que les femmes non migraineuses (chez qui le risque, infime, est égal à 6 pour 100 000 par an).

Ainsi, les femmes migraineuses peuvent prendre des contraceptifs oraux, à condition de respecter quelques règles de prudence, telles que s'arrêter de fumer et choisir les contraceptifs les moins dosés en estrogènes. Toute aggravation des migraines sous contraceptifs nécessite de consulter un spécialiste. La consultation est souvent suivie d'un arrêt des estro-progestatifs, surtout s'il s'agit de crises avec aura.

Les mécanismes physiopathologiques

Si l'on sait diagnostiquer la migraine, si l'on en connaît bien les signes cliniques et si l'on sait souvent comment la juguler (et nous y reviendrons), on ignore encore sa cause exacte. Un point est établi : le cerveau migraineux subit des troubles de la régulation de la douleur et du tonus des vaisseaux.

On admet généralement que la céphalée migraineuse résulte d'une dilatation des artères tant à l'intérieur du crâne que sous la peau du front. Cette vasodilatation entraîne la libération de nombreuses substances, parmi lesquelles des peptides algogènes (c'est-à-dire qui déclenchent la douleur), des agents de l'inflammation et des neuromédiateurs dont la sérotonine, qui intervient dans la transmission de la douleur. Elle stimule les fibres nerveuses de la paroi des vaisseaux qui transmettent les messages douloureux. Toutefois, la sérotonine a aussi une action vasoconstrictrice, quand elle agit sur certains récepteurs localisés sur la paroi des vaisseaux (elle s'oppose alors à la vasodilatation et entraîne une diminution du diamètre des vaisseaux).

Selon le modèle de Michaël Moskowitz, à Boston, la vasodilatation pourrait résulter d'une hyperexcitation du nerf trijumeau (qui véhicule la sensibilité et la douleur sur le crâne et sur la face). En effet, chez l'animal, la stimulation de ce nerf entraîne une inflammation de la dure-mère (l'enveloppe du cerveau), qui se manifeste précisément par une vasodilatation et par la