

# Migraine et troubles digestifs

André PRADALIER (1), Jean-François DEVARS DU MAYNE (1, 2)

(1) Service de Médecine Interne, Centre Migraine et Céphalées, Hôpital Louis Mourier, Colombes ; (2) Unité d'Hépatogastroentérologie, Hôpital Américain de Paris, Neuilly.

## TABLE DES MATIÈRES

### MIGRAINE ET GASTROENTÉROLOGIE PHYSIOPATHOLOGIE DE LA MIGRAINE TROUBLES DIGESTIFS ET MIGRAINE PATHOLOGIE DIGESTIVE ET MIGRAINE

- Les facteurs alimentaires
- Troubles fonctionnels digestifs
- Autres

### CONCLUSION

## CONTENTS

### Migraine and digestive disorders

André PRADALIER, Jean-François DEVARS DU MAYNE

(Gastroenterol Clin Biol 2005;29:156-161)

### MIGRAINE AND GASTROENTEROLOGY PATHOPHYSIOLOGY OF MIGRAINE DIGESTIVE SYMPTOMS AND MIGRAINE DIGESTIVE DISORDERS AND MIGRAINE

- Role of alimentation
- Functional digestive disorders
- Miscellaneous

### CONCLUSION

La migraine est actuellement définie par les critères diagnostiques de l'International Headache Society (IHS) établis pour la première fois en 1988 et retouchés en 2004 [1].

Ainsi, la classification internationale reconnaît plusieurs types de migraine dans le cadre de cette affection dont deux (la migraine sans aura, la migraine avec aura) représentent à eux seuls 98-99 % des migraineux. La migraine sans aura se définit par la survenue de crises de céphalée idiopathiques, récurrentes, durant de 4 à 72 heures. Les caractéristiques typiques des céphalées sont la localisation unilatérale, le caractère pulsatile, l'intensité modérée ou sévère, l'aggravation par l'activité physique ordinaire et l'association avec nausées ou vomissements, photo et phonophobie. Comme on le voit, les signes digestifs font partie des critères diagnostiques (tableau I) puisque, durant la céphalée, au moins l'un des caractères suivants doit être présent :

- nausées et/ou vomissements,
- ou photophobie et phonophobie, qu'il s'agisse de migraine sans aura ou avec aura.

Cette dernière (tableau II) se caractérise par l'aura : symptômes neurologiques localisables au cortex cérébral ou au tronc cérébral se développant graduellement en 5 à 20 minutes et durant habituellement moins de 60 minutes. La céphalée, les nausées et/ou la photophobie suivent habituellement les symptômes de l'aura neurologique.

En tenant compte des critères sus-indiqués, la prévalence de la migraine en France, établie sur les critères IHS est de 8 % (tous les critères présents) à 17 % (absence d'un critère) [2].

## Migraine et gastroentérologie

La discussion d'une éventuelle relation entre cette affection et l'appareil digestif est ancienne et repose sur diverses constatations avant tout cliniques :

— aversion alimentaire, nausées, intolérance gastrique apparaissant souvent dès le début de la crise et se prolongeant pendant la phase céphalalgique de la crise jusqu'aux vomissements ; vomissements bilieux répétés, entrecoupés de hoquets dans les formes sévères, parfois accompagnés de douleurs abdominales et de diarrhée

— allégation fréquente de troubles dyspeptiques chez les migraineux en dehors des crises ou au début de celles-ci.

— Description par les malades du rôle favorisant des excès alimentaires, des écarts de régime, et de certains aliments ou boissons.

Chez l'adulte, ces divers éléments ont depuis longtemps fait parler de « migraine digestive ». D'anciens auteurs décrivaient la « crise de foie » comme équivalent de cette « migraine digestive ». Quant au terme de « migraine de l'abdomen », il est

**Tableau I.** – Migraine sans aura (commune) 1.1, IHS.

*Migraine without aura.*

<p>Au moins 5 crises répondant aux critères suivants : Durée des crises douloureuses comprises entre 4 et 72 heures (non traitées ou sans succès) Céphalées possédant au moins 2 des caractéristiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Unilatérales</li> <li>Pulsatiles</li> <li>Intensité modérée ou sévère (gênant ou empêchant les activités habituelles)</li> <li>Aggravées par la montée des escaliers, ou une activité de routine comparable</li> </ul> <p>Présence au cours des céphalées d'au moins l'un des symptômes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nausées et/ou vomissements</li> <li>Photophobie et phonophobie</li> </ul>
--

**Tableau II.** – Migraine avec aura 1.2, IHS.*Migraine with aura.*

<p>Au moins 2 crises présentant au moins 3 des 4 caractéristiques suivantes :</p> <p>Présence d'un ou plusieurs symptômes totalement réversibles d'aura témoignant d'un dysfonctionnement focal du cortex et/ou du tronc cérébral</p> <p>Au moins un symptôme d'aura s'installant progressivement sur plus de 4 minutes, ou 2 symptômes ou plus s'installant successivement</p> <p>Aucun symptôme d'aura dépassant 60 min, s'il existe plus d'un symptôme d'aura la durée acceptable est augmentée en proportion</p> <p>Céphalées suivant l'aura avec un intervalle libre de moins de 60 min (mais pouvant également débuter avant ou en même temps que l'aura)</p>
<p>Avec dans les deux cas, au moins l'un des critères suivants :</p> <p>Histoire de la maladie, examen clinique et neurologique ne suggérant pas une autre pathologie.</p> <p>Histoire de la maladie et/ou examen clinique et/ou neurologique suggérant une telle pathologie, éliminée cependant par les examens complémentaires appropriés.</p> <p>Présence d'une telle pathologie, mais sans relation temporelle étroite avec l'installation des crises migraineuses</p>

parfois utilisé pour désigner le syndrome de l'intestin irritable (SII) et ses symptômes douloureux.

Le terme ancien de « migraine digestive » provient sans doute de ce que J. Caroli [3] désignait comme étant la triade évocatrice de la phase précitérique de l'hépatite virale aiguë : rhumatisme-migraine-urticaire ; triade ensuite rebaptisée par l'auteur : céphalées-urticaire-arthralgies, dénomination désormais classique.

La même équipe, à partir d'études non publiées, pensait que la cholérèse mesurée par drains de Kehr était élevée chez les migraineux. D'où la pratique de tubages duodénaux avec injection intraveineuse ou instillation locale d'un cholérétique pour obtenir un « déblocage biliaire » et une amélioration de la « dyskinésie biliaire » du migraineux. Une cholécystectomie fut même alors proposée comme traitement préventif des récidives de cette affection.

Le cortège « nausées-céphalées » a évoqué pour des auteurs plus récents le diagnostic d'allergie digestive, auteurs qui ont alors parlé « d'équivalents digestifs de la migraine » bien que l'origine allergique de la migraine n'ait jamais été prouvée [4].

En fait, dans l'état actuel de nos connaissances, les phénomènes digestifs qui existent bien lors des crises sont non la cause mais la conséquence de la migraine.

Chez l'enfant, le tableau clinique est parfois moins évident, la céphalée étant souvent au second plan. Les crises sont plus courtes, 2 à 48 heures chez l'enfant de moins de 15 ans, la localisation de la céphalée est plus fréquemment bilatérale, les troubles digestifs, nausées, vomissements, douleurs abdominales sont souvent au premier plan, une pâleur inaugurale est fréquente.

Les signes digestifs pouvant occuper le premier plan ont conduit à la description antérieurement de divers syndromes type syndrome périodique de l'enfance, migraine abdominale, vomissements cycliques, qui correspondent vraisemblablement le

plus souvent à des équivalents migraineux d'autant qu'ils surviennent chez un enfant de famille migraineuse. À partir de la puberté, les signes cliniques se rapprocheront de ceux de l'adulte [5]. Ainsi, la « migraine abdominale » [1] associée à des épisodes récurrents de douleur abdominale, de localisation péri-ombilicale, d'intensité modérée à sévère, associée à des troubles vasomoteurs (pâleur), des nausées et des vomissements survenant par crises de 1 à 72 heures, après bien sûr élimination de toute autre étiologie. Classiquement ces enfants développeront une migraine « habituelle » quelques années plus tard.

La prévalence des troubles digestifs lors des crises a été appréciée dans une étude épidémiologique récente réalisée avec P. Henry et al. [2]. Sur un échantillon de 10 585 sujets âgés de 15 ans et plus, nous avons retrouvé 416 migraineux (tous les critères IHS) et 464 « troubles migraineux » (tous les critères IHS – 1). Les nausées dans ces groupes ont été retrouvées très fréquemment (63 %), par contre les vomissements n'étaient présents que dans 8 % des crises. Les douleurs abdominales et diarrhées n'ont malheureusement pas fait l'objet de questions précises du questionnaire. Les signes digestifs sont plus fréquemment rencontrés en cas de crise sévère ( $P < 0,001$ ).

Dans cette même étude GRIM 2, appréciant par ailleurs la consommation de soins des migraineux dans les 6 mois sur les 880 migraineux susmentionnés, 203 ont consulté un généraliste, 71 un ophtalmologiste, 35 un gynécologue, 21 un ORL, et seulement 7 un gastro-centérologue. Mais 23 ont vu un homéopathe, 11 un acupuncteur ! [6].

Dans l'étude de Saddinger et al. [7], 45 % des migraineux vus en médecine libérale avaient eu au moins un examen complémentaire au cours des 6 derniers mois : 37 % de ces examens étaient des radiographies du crâne, de la colonne cervicale ou des sinus, 17 % étaient un bilan biologique, 18 % un examen ophtalmologique, 10 % un scanner, 8 % un bilan digestif.

Dans l'étude GRIM 1 [8], comme dans GRIM 2 [2], les examens étaient du même ordre : ainsi, 0,49 % des migraineux avaient eu dans les 6 mois un examen radiographique de la vésicule et 0,2 % une échographie hépato-biliaire.

## Physiopathologie de la migraine

Au cours de ces 15 dernières années, l'apparition d'une classification internationale des céphalées et de la migraine, donc l'étude de groupes homogènes de malades, a permis le développement des essais thérapeutiques contrôlés, les travaux sur la physiopathologie de cette affection notamment ceux sur l'étude des débits sanguins cérébraux, la description du système trigémino-vasculaire, celle des récepteurs à la sérotonine, ainsi que les études génétiques. L'utilisation de l'IRM fonctionnelle et de la Tomographie par Emission de Positons (TEP) ont également conduit à établir la théorie neurovasculaire actuellement reconnue [9].

Cette théorie permet d'intégrer les 3 phases classiques de la crise que sont :

– la phase prodromale (symptômes survenant de quelques heures à deux jours avant la crise marqués par : fatigue, nausées, bâillement, ou au contraire excitation, sentiment de bien-être) interprétée classiquement comme les signes d'un dérèglement hypothalamique à l'origine des modifications neuronales ;

– la phase de l'aura (présente cliniquement dans la migraine avec aura anciennement appelée migraine accompagnée) qui se caractérise par l'existence de symptômes neurologiques localisables au cortex cérébral ou au tronc cérébral, notamment le scotome scintillant se développant graduellement en 5 à 20 minutes et durant habituellement moins de 60 minutes,

### ABRÉVIATIONS :

IHS	: International Headache Society
GRIM	: Groupe de Recherche et d'Investigation de la Migraine
5 HT	: 5 hydroxytryptamine ou sérotonine
5 HT1 B	: Récepteur à la 5 hydroxytryptamine de type 1B
5 HT1 D	: Récepteur à la 5 hydroxytryptamine de type 1D
DNE	: Depression Neuronale Envahissante
CBF	: Flux sanguin cérébral
TFD	: Troubles Fonctionnels Digestifs
DCI	: Dyspepsie Chronique Idiopathique
SII	: Syndrome de l'Intestin Irritable
CGRP	: Calcitonin Gene Related Peptide
TEP	: Tomographie par émission de positons

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9243533>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9243533>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)