

Les nouvelles lignes directrices canadiennes modifient les recommandations pour le traitement de la migraine

Énoncé de position de Migraine Canada

1er janvier 2025

Appel à l'action de Migraine Canada: Nous demandons aux assureurs de soins de santé, aux organismes gouvernementaux et aux décideurs politiques de veiller à ce que les personnes vivant avec une migraine chronique ou épisodique à haute fréquence puissent accéder aux médicaments ciblant le CGRP comme options de traitement de première intention, sans avoir besoin d'un échec préalable avec des traitements préventifs plus anciens. Les personnes souffrant de migraine chronique devraient également avoir accès à la toxine botulique A comme traitement de première intention. Cela permettra une meilleure prise en charge de la migraine, améliorera la qualité de vie des patients et réduira les coûts sociétaux plus larges associés à cette maladie débilante.

Migraine Canada est d'avis que les médicaments ciblant le CGRP et la toxine botulique A sont des options de traitements efficaces, bien tolérés et essentiels pour de nombreux patients souffrant de migraine. Il est temps de mettre à jour les politiques existantes d'accès aux traitements. Les compagnies d'assurance, les payeurs publics et les décideurs devraient harmoniser leurs décisions de couverture avec l'évolution des données cliniques présentées dans les lignes directrices mises à jour de la Société canadienne des céphalées et comme le recommandent plusieurs autres importantes sociétés de céphalées. Le document ci-dessous explique pourquoi Migraine Canada a adopté cette position.

D'après les études de recherche et l'expérience clinique dans le traitement des personnes atteintes de migraine, il est maintenant bien établi que les nouveaux traitements préventifs ciblant le système de peptides liés au gène de la calcitonine (CGRP) fonctionnent aussi bien que les anciens médicaments oraux traditionnels de prévention de la migraine et ont tendance à avoir moins d'effets secondaires. Bien que les anciens médicaments préventifs puissent fonctionner pour certaines personnes, de nombreux patients les arrêtent parce qu'ils ne fonctionnent pas bien ou en raison d'effets secondaires. Une vaste étude américaine a révélé qu'après six mois, seulement environ 27% des patients qui ont commencé à prendre un médicament plus ancien le prenaient encore, et après 12 mois, seulement 20% le prenaient.¹

Les nouveaux médicaments préventifs liés au CGRP actuellement disponibles au Canada comprennent les anticorps monoclonaux CGRP (CGRP mAbs) tels que l'érénumab, le frémanézumab, le galcanézumab et l'eptinézumab, ainsi que les gépants (atogépant). Les anciens médicaments préventifs oraux comprennent le propranolol, le topiramate, l'amitriptyline et d'autres.

Néanmoins, il est courant que les compagnies d'assurance et les payeurs publics exigent que les patients atteints de migraine échouent avec la prise d'un ou plusieurs des anciens médicaments préventifs traditionnels avant de pouvoir accéder à la couverture pour les médicaments liés au CGRP ou à la toxine botulique A.

Bien que les médicaments plus anciens soient moins chers, ils ne sont pas toujours le meilleur premier choix. Pour les personnes qui souffrent de crises de migraine fréquentes et invalidantes se traduisant par des absences au travail et du temps manqué en famille, le coût des nouveaux médicaments en première intention peut être justifié. C'est probablement vrai pour les patients souffrant de migraine chronique (MC), un trouble caractérisé par 15 jours ou plus de maux de tête par mois avec au moins 8 jours de migraine, pouvant causer une invalidité importante et réduire considérablement la qualité de vie. La Société canadienne des céphalées a récemment publié une mise à jour sur les lignes directrices pour la prévention de la migraine au Canada ce qui devrait améliorer le traitement de la migraine.² Après un examen approfondi et rigoureux de la littérature par des experts en gestion de la migraine, les lignes directrices ont conclu que, compte tenu du degré élevé d'incapacité vécu par les personnes atteintes de MC et de l'efficacité et du profil d'effets secondaires favorables de la toxine botulique A et des médicaments liés au CGRP, ils devraient « être considérés comme traitement de première intention parmi les autres traitements pour la migraine chronique et la migraine épisodique à haute fréquence avec incapacité modérée ».

L'American Headache Society est d'accord.³ Elle a déclaré ceci dans son énoncé de position de 2024: « Les thérapies ciblant le CGRP devraient être considérées comme une approche de première intention pour la prévention de la migraine avec les traitements de première intention précédents, sans qu'il soit nécessaire d'échouer préalablement à d'autres classes de traitements préventifs de la migraine. » C'est une autre façon de dire que, selon le patient, il peut être raisonnable de prescrire d'abord un médicament lié au CGRP, éliminant ainsi la nécessité d'essayer et d'échouer d'abord avec les anciens médicaments préventifs oraux

Il est intéressant de noter que les Européens sont arrivés à cette conclusion plus tôt que les Américains: ils ont dit à peu près la même chose dans les lignes directrices de 2022 de la European Headache Federation.⁴

Bien que la MC représente l'extrémité la plus grave du spectre de la migraine, bon nombre des personnes atteintes de migraine ayant de 8 à 14 jours de migraine par mois (fréquence élevée) devraient également être considérées pour l'utilisation de première intention des médicaments liés au CGRP pour la prévention des crises de migraine. Des articles récents ont mis en évidence que le fardeau de l'incapacité vécu par les patients migraineux est déterminé par le nombre de jours de migraine mensuels et que de nombreux patients atteints de migraine épisodique qui ont 8 jours de migraine ou plus par mois présentent un degré d'incapacité élevé comparable à celui des patients souffrant de migraine chronique.^{5,6,7,8}

Les données probantes des centres canadiens de maux de tête suggèrent que les coûts directs et indirects (jours de travail manqués, etc.) étaient presque équivalents pour les patients souffrant de migraine à haute fréquence par rapport aux coûts liés à la MC.⁹ Par conséquent, la Société canadienne des céphalées a recommandé que les médicaments liés au CGRP soient également de première intention parmi les autres traitements pour les patients atteints de migraine épisodique à haute fréquence et présentant une invalidité modérée.²

Les lignes directrices pour la prévention de la migraine de la Société canadienne des céphalées sont fondées sur les meilleures données probantes et l'expérience pratique disponibles et sont harmonisées avec les lignes directrices internationales sur le même sujet. Nous encourageons fortement les payeurs à suivre les lignes directrices publiées dans leur processus d'approbation. Les personnes souffrant de migraine ne méritent rien de moins.

Références

1. Hepp Z et coll. Adherence to oral migraine-preventive medications among patients with chronic migraine (Observance des médicaments oraux de prévention de la migraine chez les patients atteints de migraine chronique). *Cephalalgia* 2015; 35:478-88.
2. Medrea I, Cooper P, Langman M. et al. Updated Canadian Headache Society Migraine Prevention Guideline with Systematic Review and Meta-analysis (Mise à jour des lignes directrices sur la prévention de la migraine de la Société canadienne des céphalées avec examen systématique et méta-analyse). *The Canadian Journal of Neurological Sciences*, <https://doi.org/10.1017/cjn.2024.285>.
3. Charles A. C. et coll. Calcitonin gene-related peptide-targeting therapies are a first-line option for the prevention of migraine: An American Headache Society position statement update (Les thérapies ciblant les peptides liés au gène de la calcitonine sont une option de première intention pour la prévention de la migraine: une mise à jour de l'énoncé de position de l'American Headache Society). *Headache* 2024; 64: 333-341.
4. Sacco S. et coll. European Headache Federation guideline on the use of monoclonal antibodies targeting the calcitonin gene related peptide pathway for migraine prevention – 2022 update (Lignes directrices de la European Headache Federation sur l'utilisation d'anticorps monoclonaux ciblant la voie peptidique liée au gène de la calcitonine pour la prévention de la migraine – mise à jour 2022). *J Headache Pain*. 2022; 23(1): 67.
5. Chalmer MA, et coll. Proposed new diagnostic criteria for chronic migraine (Nouveaux critères diagnostiques proposés pour la migraine chronique). *Cephalalgia*. 2020 Apr;40(4):399-406.
6. Ishii R, et coll. Chronic versus episodic migraine: The 15-day threshold does not adequately reflect substantial differences in disability across the full spectrum of headache frequency (Migraine chronique par rapport à la migraine épisodique: Le seuil de 15 jours ne reflète pas adéquatement les différences substantielles d'incapacité dans l'ensemble du spectre de la fréquence des céphalées). *Headache*. 2021 Jul;61(7):992-1003.
7. Torres-Ferrús M, et coll. When does chronic migraine strike? A clinical comparison of migraine according to the headache days suffered per month (Quand la migraine chronique frappe-t-elle? Une comparaison clinique de la migraine selon le nombre de jours de maux de tête subis par mois). *Cephalalgia*. 2017 Feb;37(2):104-113.
8. Lipton RB, Reed ML, Fanning KM. Exploring the boundaries between episodic and chronic migraine: results from the cameo study (Explorer les frontières entre la migraine épisodique et la migraine chronique: résultats de l'étude cameo). *Headache*. 2020;60(S1 suppl). 1–156. doi: 10.1111/head.13854.
9. Amoozegar F et coll. The Burden of Illness of Migraine in Canada: New Insights on Humanistic and Economic Cost (Le fardeau de la migraine au Canada: nouvelles perspectives sur les coûts humains et économiques). *Can J Neurol Sci*. 2022; 49: 249–262.