

# Migraines Inhabituelles

LOUIS E. ROY

**RÉSUMÉ:** Dix cas de migraine accompagnée et trois cas de migraine avec caractères particuliers ont été relevés à la revue de 123 dossiers où figuraient un diagnostic de migraine, entre les années 1974 et 1978. Les données cliniques pertinentes et le traitement de ces migraines inhabituelles ont été révisés et discutés à la lumière de la littérature récente sur le sujet; les 3 cas "particuliers" associent migraine avec hyperlipidémie, avec maladie de Raynaud et avec méningiome.

**SUMMARY:** From 123 hospital charts with a diagnosis of migraine, seen between the years 1974 and 1978, ten cases have been selected of complicated migraine and three cases of migraine with special features. A review, and a discussion of the clinical characteristics, and of the treatment of these unusual migraines has been made. The three cases with special features include migraine in association with hyperlipidemia, with Raynaud's disease and with meningioma.

## INTRODUCTION

La migraine est peut-être la maladie neurologique la plus fréquente qui se puisse trouver; règle générale, on admet que 5 à 10% de la population souffre de migraine, d'aucuns avancent des chiffres pouvant même aller jusqu'à 20 à 29% (Waters et O'Connor, 1975). La migraine est généralement considérée comme une maladie bénigne et la plupart des auteurs pensent qu'environ la moitié des migraineux ne consulte jamais un médecin; de toute façon, consultation ou pas, la très grande majorité a un syndrome bénin. Il existe cependant une catégorie de migraines qui, pourrait-on dire, s'écartent des sentiers battus, de migraines plus rares, migraines qui pourraient être qualifiées d'inhabituelles.

Dans ce cadre des migraines inhabituelles, on doit faire entrer les migraines accompagnées, qu'en anglais on appelle "compliquées", ainsi que des migraines qu'il est difficile d'inclure dans un cadre nosologique précis, mais qui présentent des caractères cliniques particuliers.

En premier lieu nous reviserons les caractéristiques des cas de migraines accompagnées que nous avons vus à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont au cours des 5 dernières années et en second lieu, nous présenterons de façon plus détaillée l'histoire de cas qui s'écartent des sentiers battus.

## MATÉRIEL ET MÉTHODES

Tous les dossiers d'hospitalisation dans lesquels un diagnostic de migraine ou de céphalée vasculaire avait été porté ont été révisés, et ce, pour les années 1974 à 1978 inclusivement. 123 dossiers avaient comme diagnostic principal ou comme diagnostic secondaire l'un ou l'autre des deux diagnostics choisis. De ce nombre, 13 ont été

retenus car on y retrouvait un diagnostic de migraine accompagnée (10 cas) ou encore il s'agissait de migraine avec caractères particuliers (3 cas).

Parmi les 10 cas de migraine accompagnée, on retrouve à 7 reprises chacune des manifestations "hémiplégiques" et "ophtalmoplégiques"; on rencontre 2 fois des convulsions dans le cadre d'un épisode de migraine. Plusieurs patients ont eu plus d'un type de symptomatologie neurologique déficitaire et cela a pu se produire soit concomitamment (v.g. hémiplégie et hémianopsie), soit successivement (v.g. hémiplégie puis parésie III). Parmi les 3 cas présentant un problème particulier, un a des migraines en relation avec une hyperlipidémie; on note par ailleurs un cas de maladie de Raynaud avec migraine vertébro-basilaire et un cas de migraines classiques depuis l'enfance, migraines associées à un méningiome à l'âge adulte.

## MIGRAINES ACCOMPAGNÉES

Les migraines accompagnées constituent moins de 5% du total des cas de migraines. On subdivise les migraines accompagnées en trois grands groupes: les migraines "hémiplégiques", les migraines "ophtalmoplégiques" et les migraines vertébro-basilaires, auxquelles catégories il faut ajouter les manifestations convulsives.

### *Migraines "Hémiplégiques"*

Les migraines hémiplégiques seront tantôt familiales (Whitty, 1953), tantôt sporadiques; règle générale les migraines hémiplégiques familiales auront une symptomatologie stéréotypée chez le même individu et au sein d'une même famille; la variété familiale sera moins susceptible de laisser des séquelles neurologiques permanentes alors que

De le Centre Hospitalier Maisonneuve-Rosemont et l'Université de Montréal.

Reprint requests to Dr. Louis E. Roy, 903 - 1851 Sherbrooke St. est, Montreal, Quebec, Canada H2K 4L5.

ceci pourra se voir plus fréquemment dans les cas sporadiques.

Si la migraine hémiplégiq ue débute dans l'enfance son pronostic sera moins bon, il arrivera souvent dans de tels cas que l'hémiplégiq ue sera alternante (Hosking et coll, 1978) et il ne sera pas rare de voir des séquelles sur le plan moteur et sur le plan mental après plusieurs années d'évolution (Verret et Steele, 1971). Même les cas adultes ne seraient pas exempts de séquelles puisque des études tomodynamométriques (EMI-SCAN) de patients avec migraine ont montré des anomalies dans 34-50% des cas (Hungerford, du Boulay et coll, 1976; Mathew, Meyer et coll, 1976) sous forme de zones de ramollissement, de ventricules agrandis et d'atrophie corticale. Les migraines hémiplégiq ues ont été décrites en association avec diverses conditions comme la dégénérescence maculaire et rétinienne (Gilbert, Rappaport et coll, 1974) ou un syndrome cérébelleux (Ohta et coll, 1967). Quelques familles ont été décrites qui associaient migraines hémiplégiq ues et tégéngiectasie hémorragiq ue héréditaire (Zifkin, Andermann et coll, 1978); on a rapporté chez une autre famille l'association migraine hémiplégiq ue plus nystagmus et tremblement (Zifkin, Andermann et coll, 1978).

#### *Migraines Ophthalmoplégiques*

Quant aux complications ophthalmoplégiques de la migraine, elles sont en général groupées sous deux grandes têtes de chapitres: les amputations du champ visuel et les anomalies des pupilles ou des mouvements extraoculaires (Pearce, 1968).

Les altérations du champ visuel pourront prendre la forme d'une amputation plus ou moins importante du champ visuel lui-même ou encore se manifester sous forme d'une amaurose plus ou moins prolongée; souvent les amputations du champ visuel ou les amauroses se produiront concomitamment à des déficits moteurs et/ou sensitifs — de fait, il n'est pas rare de rencontrer des patients avec migraine hémiplégiq ue ayant comme seule ou principale séquelle permanente, une hémianopsie.

Les anomalies des pupilles et/ou des mouvements extraoculaires donneront

lieu à de l'anisocorie, de la ptose palpébrale ou encore une paralysie complète ou partielle des muscles sous la dépendance des nerfs crâniens III, IV et VI (Andersson, 1974); souvent avec des épisodes répétés d'"ophtalmoplégie" la récupération devient moins complète d'un épisode à l'autre et parfois le déficit devient permanent.

Cinq des sept patients avec hémiplégiq ue avaient concomitamment des manifestations "ophtalmoplégiques" — deux patients avaient des manifestations oculaires isolées; pour un il s'agissait d'épisodes d'amaurose et pour l'autre d'une parésie du III crânien s'aggravant d'un épisode migraineux à l'autre.

#### *Migraine "Vertébro-basilaire"*

La migraine vertébro-basilaire pour sa part a été décrite pour la première fois par Bickerstaff en 1961; depuis lors, plusieurs cas ont été rapportés (Swanson, 1978) qui insistaient sur tel ou tel aspect de la symptomatologie — certains patients n'arborant qu'un seul symptôme, d'autres une combinaison de symptômes soit lors d'une même attaque soit lors d'attaques successives; c'est ainsi que des cas ont été rapportés avec ataxie, obscurcissement de la vision, vertiges, tinnitus, diplopie, quadriparésie, perte de conscience, état confusionnel.

Parfois, et principalement chez les enfants, les manifestations neurologiques déficitaires pourront survenir isolément pendant plusieurs mois et parfois même plusieurs années avant que ne se produisent des céphalées pulsatiles qui éclaireront le diagnostic. Souvent une histoire familiale de migraine contribuera à orienter correctement le diagnostic bien avant que les céphalées ne surviennent.

Dans ce contexte, il faut mentionner en particulier les cas d'état confusionnel aigu transitoire (Ehyai et Fenichel, 1978; Gascon et Barlow, 1970) et les cas de perte d'équilibre paroxystique survenant chez les enfants (Watson et Steele, 1974).

#### *Migraines Convulsives*

Deux patients ont présenté une convulsion dans le cadre d'un épisode de migraine; la première patiente est une fillette de 13 ans sans antécédents

particuliers sauf un problème de mal des transports; le matin de l'admission alors qu'elle prenait son petit déjeuner elle développe une céphalée hémicranienne gauche avec nausées, puis quelques minutes plus tard les proches notent un comportement inadéquat, bizarre, puis elle présente une contraction tonique à l'hémicorps droit bientôt suivie de perte de conscience et de mouvements tonico-cloniques à l'hémicorps droit pendant 1-2 minutes; au réveil, la patiente demeure somnolente avec céphalée hémicranienne gauche, nausée et vomissement. Il y a notion de migraine chez la mère. L'examen d'admission est normal tant sur le plan physique que neurologique. Le bilan paraclinique comprenant RX crâne, carto cérébrale et tomodynamométrie cérébrale est peu révélateur. L'E.E.G. d'admission et celui du lendemain montrent une souffrance cérébrale hémisphérique gauche, maximum à la région centro-temporale sans évidence d'activité irritative; un contrôle d'E.E.G. une semaine après l'admission montre une dysfonction lente légère en temporal gauche et un dernier contrôle 6 mois plus tard est normal. Au cours de l'année qui a suivi l'épisode aigu initial, la patiente a présenté 3 épisodes de céphalée pulsatile sans autre symptomatologie. Il n'y a jamais eu de récurrence de crise convulsive ou de perte de conscience.

La seconde patiente qui a convulsé est âgée de 56 ans; elle présente des migraines classiques depuis l'âge de 15 ans à raison d'un épisode à tous les deux mois; toujours les épisodes sont précédés de scotomes scintillants dans l'hémichamp visuel droit, avec céphalées pulsatives subséquentes à la région hémicranienne gauche. A l'âge de 52 ans, un épisode migraineux s'accompagne d'aphasie de Broca pendant 36 heures. Un an plus tard, un aura migraineux de scotomes scintillants dans l'hémichamp visuel droit est suivi immédiatement de perte de conscience et au cours de celle-ci des témoins observent des contractions cloniques de l'hémiface et de l'hémicorps à gauche; la patiente a de l'écume à la bouche et elle présente une incontinence urinaire; au réveil, la patiente rapporte une céphalée pulsatile hémicranienne gauche.

L'E.E.G. et la cartographie cérébrale

sont normaux. L'angiographie cérébrale montre une athéromatose cérébrale diffuse.

L'hyperglycémie provoquée est positive et on met en évidence une hyperlipidémie type IV. Cet épisode de convulsion fut un épisode unique sans récurrence au cours des 3 années subséquentes.

L'inter-relation qui existe entre migraine et épilepsie (Camfield et coll, 1978) a fait l'objet d'un long débat qui dure déjà depuis plusieurs années; nous avons fait part de 2 cas où migraine et convulsion nous ont semblé intimement liés sans qu'il nous soit possible de conclure de façon définitive sur l'influence étiologique de l'une par rapport à l'autre. Des cas de dysrythmie cérébrale focale se présentant comme une céphalée ont été rapportés (Ravindran, 1978; Swaiman et Frank, 1978); à l'inverse il est bien connu que des anomalies électro-encéphalographiques latéralisées sont souvent rencontrées chez les migraineux en crise, anomalies qui la plupart du temps s'estomperont une fois la crise terminée.

Des deux cas que nous avons rapportés, celui de la jeune fille de 13 ans nous apparaît le plus troublant et nous rend le plus perplexe quant à cette association entre migraine et épilepsie; la convulsion de la femme de 56 ans est survenue dans le cadre d'une céphalée migraineuse, mais la convulsion a été latéralisée du même côté que la céphalée et on peut toujours invoquer chez elle une étiologie ischémique, compte tenu de la présence sous-jacente d'une athéromatose cérébrale diffuse, d'un diabète et d'une hyperlipidémie.

#### Traitement

Traiter les migraines a toujours été un défi de taille, une voie semée de frustrations; ce qui est vrai pour les migraines communes et les migraines classiques l'est encore plus pour les migraines accompagnées.

En face de migraines accompagnées, le choix thérapeutique se pose entre rien faire ou employer un traitement prophylactique. Pour certains patients avec épisodes de migraines accompagnées très rares i.e. une fois ou deux

par année ou moins, surtout s'il s'agit de migraine hémiplegique familiale chez l'adulte, aucun traitement particulier ne doit être envisagé.

Lorsque, par contre, les épisodes de céphalées et de manifestations neurologiques déficitaires sont fréquents, c'est-à-dire plus de un à deux épisodes par mois, l'emploi d'une médication prophylactique devient alors indiqué. Le fait même que le choix soit vaste est un indice certain qu'aucune des médications disponibles n'est idéale; d'autre part, tous les patients ne répondent pas de la même façon et parfois une médication qui avait donné initialement de bons résultats s'avère moins efficace avec le temps ou encore une médication qui donnait des résultats encourageants doit éventuellement être abandonnée à cause d'effets secondaires.

Pour notre part, nous avons tendance à donner d'abord Pizotyline, 0,5 mg, TID pendant 3-4 semaines; s'il n'y a pas d'amélioration du tableau clinique nous utilisons ensuite Propranolol, 80-160 mg die également pendant 3-4 semaines; subséquemment, notre choix se porte si nécessaire sur Méthysergide et Amitriptyline.

— Plusieurs autres médications ont été préconisées dans la littérature pour le traitement prophylactique des migraines, parmi lesquelles il faut mentionner Cyproheptadine (Bille et coll, 1977), les inhibiteurs de la monoamine oxydase, Clonidine (Mondrup, Moller, 1977), Papavérine, les anticonvulsivants (diphenyl-hydantoin, phénobarbital), Bromocriptine (Hockaday et coll, 1976).

— Les deux médications qui font actuellement l'objet du plus grand nombre d'études et de rapports dans la littérature sont Pizotyline et Propranolol (Ludvigsson, 1974; Borgesen, Nielsen et coll, 1974; Osterman, 1977; La lettre médicale, 1979).

— Il faut mentionner également les études exhaustives entreprises par Kalendovsky, Austin (1975) et plusieurs autres (Couch et Hassanein, 1977; Deshmukh et Meyer, 1977) sur l'aggrégabilité plaquettaire et les facteurs de coagulation chez les patients migraineux, en particulier ceux qui souffrent de migraines accompagnées;

ces études ont démontré une augmentation de l'aggrégabilité des plaquettes et des anomalies dans les facteurs plasmatiques de coagulation; suite à ces études, les auteurs ont suggéré que l'emploi de médications antiplaquettaires et parfois même l'anticoagulothérapie pourraient s'avérer indiqués chez certains patients.

Sur les 10 patients, dont les dossiers ont été revus et qui présentaient une migraine accompagnée, il en est 3 qui aujourd'hui prennent une médication prophylactique; un prend methysergide, un autre propranolol et le troisième pizotyline et amitriptyline; un patient prend Fiorinal® au besoin et les 6 autres ne prennent aucune médication.

#### MIGRAINES "PARTICULIÈRES"

Quant aux 3 cas de migraines présentant un aspect particulier, on y retrouve 1 cas associé à une hyperlipidémie, 1 cas associé à une maladie de Raynaud et 1 cas associé à un méningiome.

#### Migraine et Hyperlipidémie

Le premier patient est un homme de 49 ans connu porteur d'une hyperlipidémie type IV depuis 1971 — depuis une quinzaine d'années le patient présente de façon récidivante des épisodes au cours desquels il ressent d'abord une brûlure au niveau des yeux, un tinnitus au niveau de l'oreille gauche et une vision embrouillée au niveau des 2 yeux; par la suite le patient notera une dysesthésie de même qu'une légère parésie au niveau de l'hémicorps gauche; également lors des épisodes le patient devient légèrement confus et somnolent, il est ataxique et parfois il notera une parésie au niveau de l'hémiface droite de même que des troubles du langage. Les manifestations neurologiques peuvent durer 28-48 heures et font place à une céphalée pulsatile intense d'une durée minimum de plusieurs heures. Le patient avait présenté des épisodes semblables à l'âge de 18-20 ans. On relève une histoire de migraines du côté maternel. Son examen neurologique se situe dans les limites de la normale.

Le patient rapporte que les malaises peuvent se produire une fois par deux mois mais qu'en d'autres occasions les

TABLEAU 1

PATIENT	SEXE	AGE	MIGRAINES INHABITUELLES				
			HEMIPLE- GIQUES	OPHTALMO- PLEGIQUES	VERTEBRO- BASILAIRES	CONVUL- SIVES	
J.T.	F	28	+	+			ANOVLANTS
S.C.	F	13				+	
M.-P.L.	F	27	+				
Y.R.	M	25	+	+			
H.D.	F	28	+				ANOVLANTS
N.O.	F	25	+	+			
T.C.	F	49	+	+			HYPERLIPIDEMIE DIABETE
G.D.	F	56	+	+		+	ATHEROMATOSE HYPERLIPIDEMIE DIABETE
C.L.	M	53		+			
R.L.	F	27		+			ANOVLANTS
M.L.	M	49			+		HYPERLIPIDEMIE TYPE IV
L.L.	F	41			+		MALADIE DE RAYNAUD
G.D.	M	35				+	MENINGIOME

malaises peuvent survenir 1-2 fois/semaine. Selon le patient, l'ingestion d'alcool ou la prise d'un repas "lourd" peuvent être de nature à déclencher chez lui les symptômes en question. Le bilan lipidique initial montrait un cholestérol à 284 mg% et des triglycérides à 1457 mg%.

Au début, le patient avait été traité par diète appropriée; avec la réduction et la normalisation du taux de triglycérides à 107 mg%, il y eu disparition des migraines et des manifestations d'ordre neurologique; plus tard, le patient a négligé sa diète, ses triglycérides sont remontés à 722 mg% et il y eu récurrence des signes neurologiques déficitaires. En 1975, on a procédé chez lui à une artériographie brachiale droite qui s'est avérée normale; à la même époque, le patient a reçu, en plus de sa diète, Aspirine 5 grains BID et Nitro 1/200 prn lors des crises puis il a été placé sous Sulfinpyrazone 200 mg QID.

Au début de 1976, il y eu accentuation de la symptomatologie avec en particulier une sensation de faiblesse aux membres inférieurs ( $G > D$ ), une impression d'insensibilité au niveau du

périnée et des troubles sphinctériens sous forme de pollakiurie et de nycturie; une myélographie s'est avérée normale. Entretemps le patient avait reçu Papavérine sans grand succès. A la fin de 1976, à Sulfinpyrazone 200 mg QID on a ajouté l'anticoagulothérapie et on a recommandé au patient de suivre fidèlement sa diète. Jusqu'à maintenant, soit depuis 3 ans, le patient a continué cette thérapie; les triglycérides se maintiennent en bas de 400 mg% et le patient demeure asymptomatique sur le plan neurologique.

Pour ce patient avec hyperlipidémie type IV et migraine accompagnée il a semblé possible au début de contrôler la symptomatologie avec diète seule cependant ce contrôle ne s'est pas maintenu — plusieurs des récurrences de symptômes neurologiques coïncidant avec des écarts de diète et une élévation correspondante du niveau de triglycérides, généralement à des niveaux supérieurs à 600 mg%. Finalement il n'y eu moyen de contrôler les symptômes neurologiques, y compris les migraines, qu'en associant diète, sulfinpyrazone et anticoagulants.

Cette association entre hyperlipidémie et migraine et en particulier migraine accompagnée a fait l'objet de quelques articles dans la littérature — ainsi Leviton et Camenga (1969) rapportaient le cas d'un patient avec hyperlipoprotéinémie type IV chez qui des migraines incapacitantes n'ont été contrôlées qu'au moment où il y eu normalisation du taux de lipides dans le sang. En 1971, Serratrice et coll. ont décrit un patient chez qui s'associaient hyperlipoprotéinémie type V, migraine et épilepsie. Finalement, en 1976 Harcos et coll. ont décrit un patient de 39 ans qui présentait depuis l'enfance des douleurs abdominales après un repas gras et qui à l'âge de 31 ans a commencé à présenter des céphalées pulsatiles s'associant à des vertiges, des parésies et paresthésies des membres ainsi qu'à des pertes de conscience occasionnelles; ce patient a été trouvé porteur d'une hyperlipoprotéinémie type V; le contrôle de l'hyperlipidémie a amené une disparition de la symptomatologie tant abdominale que neurologique.

Sur le plan physiopathologique, les auteurs spéculent tous sur le rôle



favorisant qu'aurait l'hyperlipidémie en augmentant la viscosité sérique et en accentuant la capacité d'aggrégation des éléments figurés du sang.

#### *Migraine et Maladie de Raynaud*

Le second patient est une femme de 41 ans porteuse d'une maladie de Raynaud très symptomatique pour laquelle elle eut une sympathectomie lombaire bilatérale en 1974 puis une sympathectomie cervicodorsale gauche en 1975 puis droite en 1976. Il est à souligner qu'avant la première intervention en 1974 la patiente avait eu une angiographie des membres inférieurs à deux reprises et à chaque fois l'examen s'était avéré normal.

A la fin de 1976, la patiente a consulté pour insuffisance coronarienne répétitive; un E.C.G. d'effort était positif, une coronarographie faite à ce moment-là fut normale. Outre les éléments mentionnés plus haut, on relève chez cette patiente un problème de rhinite allergique. Il y a une histoire familiale de problèmes circulatoires vasomoteurs périphériques; un frère de la patiente fait des migraines. Sur le plan neurologique la patiente rapporte que, depuis l'âge de 7 ans, elle présente des épisodes débutant par des scotomes scintillants O.U. pendant 2 à 3 minutes après quoi, elle présente de la dysarthrie, des nausées, des vomissements, des paresthésies aux 2 membres supérieurs ainsi qu'à la région péribuccale et à la langue, le tout s'accompagnant de vision embrouillée et étant suivi de céphalée occipitonnale intense — les épisodes durent en général environ une heure mais certains ont persisté pendant 10 à 12 heures — de tels épisodes surviennent en moyenne 1 fois par 2 mois. L'examen neurologique est normal. Le bilan paraclinique s'est avéré négatif.

Comme traitement, la patiente a d'abord reçu Fiorinal simple, ce qui a contribué à rendre les crises plus courtes et moins intenses, mais cet effet bénéfique ne s'est pas maintenu; par la suite elle a reçu Papavérine 100mg TID à laquelle a été associé Propranolol 20 mg QID. Avec cette médication les céphalées et leurs manifestations neurologiques associées ont continué après une accalmie initiale; le Propranolol a été augmenté

à 40 mg QID, la Papavérine a été cessée — après un an de ce traitement, il y avait encore environ 2 crises par mois en moyenne. Puis, en septembre 1978, la prophylaxie anti-migraineuse a été changée de Propranolol à Pizotyline 0.5 mg TID — au cours des 3 premiers mois de ce traitement il y eut 2 épisodes de symptômes neurologiques transitoires d'une durée de 20 minutes sans céphalée associée; Pizotyline a été diminué à 0.5 mg BID à cause d'un problème de somnolence; au cours des 9 derniers mois la patiente a été exempte de céphalée et de symptomatologie d'ordre neurologique.

Cette patiente présente donc des manifestations vasculaires ischémiques touchant à la fois les membres, les coronaires et le système vertébro-basilaire, le tout sur la base d'une "hyperfonction" sympathique et sans aucune évidence d'occlusion vasculaire à l'angiographie. En 1974, Leon-Sotomayor a rapporté 12 cas qu'il a étiquetés "migraine cardiaque" — les cas rapportés présentaient des douleurs thoraciques constrictives parfois accompagnées de céphalées migraineuses le tout en relation avec l'anxiété; chez ces patients l'auteur a mis en évidence une hypoglycémie fonctionnelle lors de l'H.G.P. de 6 heures avec survenue de douleurs thoraciques et de migraine en même temps que l'hypoglycémie; la coronarographie a été normale chez les 6 patients qui ont eu cet examen; l'injection d'Histalog reproduit les 2 douleurs; l'administration de  $\beta$ . bloqueurs contrôle l'ensemble de la symptomatologie. L'auteur spécule donc sur la possibilité qu'une "suractivité" sympathique soit responsable de la combinaison particulière de symptômes qu'il a observée chez ses patients.

#### *Migraine et Méningiome*

Le troisième patient est un homme de 35 ans qui présentait des migraines classiques à localisation hémicranienne gauche depuis l'âge de 13 ans et chez qui on retrouvait une histoire familiale de migraines. Vers l'âge de 33 ans, les migraines sont devenues plus fréquentes tout en conservant leur localisation hémicranienne gauche.

A l'âge de 35 ans, le patient est éveillé une nuit par une migraine qui

débuta mais très tôt il pousse un cri, perd conscience et présente une crise convulsive généralisée d'une durée de 3 à 4 minutes. Au réveil de la perte de conscience, le patient est confus, désorienté, il présente une importante aphasie de Wernicke, une hémiparésie droite, une diminution de perception des modalités sensitives à l'hémicorps droit, une hémianopsie homonyme droite ainsi qu'une "ignorance" de sa main droite. Le tableau neurologique s'est amendé graduellement en 5 jours.

Le bilan paraclinique a montré une lésion expansive bien circonscrite à la région pariétale gauche. Le 15<sup>e</sup> jour d'hospitalisation, le patient a été opéré pour ablation totale d'un méningiome de la convexité à la région pariétale gauche. Depuis cette intervention, soit depuis bientôt neuf ans, le patient n'a plus jamais fait de céphalée migraineuse; migraines qui rappelons-le évoluaient depuis l'âge de 13 ans. Aucun cas semblable n'a pu être retrouvé dans la revue de la littérature que nous avons faite.

Au chapitre des migraines inhabituelles que nous avons pu retrouver dans la littérature mentionnons un cas de migraines accompagnées survenant exclusivement lors de l'allaitement (Dooling et Sweeney, 1974), des cas de migraines accompagnées survenant seulement lors de traumatismes crâniens encourus lors d'activités sportives (Matthews, 1972); et également des cas de migraines survenant après opération pour remplacement valvulaire (Caplan, Weiner et coll, 1976) ou après endartérectomie carotidienne (Messert et Black, 1978).

#### CONCLUSIONS

Les migraines inhabituelles, qu'il s'agisse de migraines accompagnées ou de "cas spéciaux", ne forment pas une entité nosologique unique; les migraines accompagnées font clairement partie du syndrome migraineux et constituent ce qui pourrait être considéré comme une des extrémités de l'éventail des manifestations cliniques de la migraine, ce sont pourrait-on dire, des migraines qui "exagèrent"; par ailleurs, les "cas spéciaux" sont à considérer chacun en particulier puisque l'élément étiologique sous-jacent pourra varier. Il n'existe pas de règle thérapeutique

unique pour les migraines inhabituelles. Dans le cas des migraines accompagnées, l'alternative est entre ne rien faire ou administrer une médication de type prophylactique; dans les autres cas, l'attitude thérapeutique sera fonction de l'élément ou du facteur étiologique sous-jacent qui pourra être présent.

## REFERENCES

- ANDERSSON, P.G. (1974). Ophthalmoplegic migraine. *Headache* 14: 91-95.
- BICKERSTAFF, E.R. (1961). Basilar artery migraine. *Lancet* 1: 15-17.
- BILLE, B., LUDVIGSSON, J. et SANDER, G. (1977). Prophylaxis of migraine in children. *Headache* 17: 61-63.
- BORGESSEN, S.E., NIELSEN, J.L. et MOLLER, C.E. (1974). Prophylactic treatment of migraine with propranolol. *Acta Neurol. Scandinav.* 50: 651-656.
- CAMFIELD, P.R., METRAKOS, K. et ANDERMANN, F. (1978). Basilar migraine seizures and severe epileptiform EEG abnormalities. *Neurology* 28: 584-588.
- CAPLAN, L.R., NEINER, H., WEITRAUB, R.M. et AUSTEN, W.G. (1976). Migrainous neurologic dysfunction in patients with prosthetic cardiac valves. *Headache* 16: 218-221.
- COUCH, J.R. et HASSANEIN, R.S. (1977). Platelet aggregability in migraine. *Neurology* 27: 843-848.
- DESHMUKK, S.V. et MEYER, J.S. (1977). Cyclic changes in platelet dynamics and the pathogenesis and prophylaxis of migraine. *Headache* 17: 101-108.
- DOOLING, E.C. et SWEENEY, V.P. (1974). Migrainous hemiplegia during breast-feeding. *Amer. J. Obstetr. Gynec.* 118: 568-570.
- EHYAI, A. et FENICHEL, G.M. (1978). The natural history of acute confusional migraine. *Arch. Neurol.* 35: 368-369.
- FINELLI, P.F. (1978). Confusional state and basilar artery migraine. *Neurology* 28: 1201.
- FRIEDMAN, E. (1973). Recurrent syndrome in children. *Hemicrania*, Vol 5, no. 3: 2-6.
- GASCON, G. et BARLOW, C. (1970). Juvenile migraine presenting as an acute confusional state. *Pediatrics* 45: 628-635.
- GILBERT, G.J., PARRAPORT, A. et TRUMP, R. (1974). Retinal degeneration in hemiplegic migraine. *Headache* 14: 77-80.
- HARCOS, P., MARKUS, A., PETER, A. et PUCSOK, J. (1976). Intermittent cerebral symptoms in type V hyperlipoproteinemia. *Eur. Neurol.* 14: 241-249.
- HOCKADAY, J.M. et coll. (1976). Bromocriptine in migraine. *Headache* 16: 109-114.
- HOSKING, G.P. et coll. (1978). Alternating hemiplegia: Complicated migraine of infancy. *Arch. Dis. Child.* 53: 656-659.
- HUNGERFORD, G.D., DUBOULAY, G.H. et ZILKHA, K.L. (1976). Computerized axial tomography in patients with severe migraine. *J. Neurol., Neurosurg. and Psych.* 39: 990-994.
- KALENDOVSKY, Z. et AUSTIN, J.H. (1975). "Complicated migraine" Its association with increased platelet aggregability and abnormal plasma coagulation factors. *Headache* 15: 18-35.
- KELENDOVSKY, Z., AUSTIN, J.H. et STEELE, P. (1975). Increased platelet aggregability in young patients with stroke. *Arch. Neurol.* 32: 13-20.
- La lettre médicale, vol 3, no. 12, 21 sept. 1979. 45-46. (New Rochelle N.Y.).
- LEON-SOTOMAYOR, L.A. (1974). Cardiac migraine report of 12 cases. *Angiology* 25: 161-171.
- LEVITON, A. et CAMENGA, D. (1969). Migraine associated with hyperpre  $\beta$  lipoproteinemia (type IV). *Neurology* 19: 963-966.
- LUDVIGSSON, J. (1974). Propranolol used in prophylaxis of migraine in children. *Acta neurol. Scandinav.* 50: 109-115.
- MATHEW, N.T., MEYER, J.S. et coll. (1976). CT-Scan in migraine. *Headache* 16: 82.
- Headache 16: 272-279.
- MATTHEWS, W.B. (1972). Footballer's migraine. *But. Med. J.* 2: 326-327.
- MESSERT, B. et BLACK, J.A. (1978). Cluster headache, hemicrania and other head pains: Morbidity of carotid endarterectomy. *Stroke* 9: 559-562.
- MONDRUP, K. et MOLLER, C.E. (1978). Prophylactic treatment of migraine with clonidine. *Acta Neurol. Scandinav* 56: 405-412.
- OHTA, M. et coll. (1967). Familial occurrence of migraine with a hemiplegic syndrome and cerebellar manifestations. *Neurology* 17: 813-817.
- OSTERMAN, P.O. (1977). A comparison between placebo, pizotifen and divascan in migraine prophylaxis. *Acta Neurol. Scandinav.* 56: 17-28.
- PEARCE, J. (1968). The ophthalmological complications of migraine. *J. Neurol. Sci.* 6: 73-81.
- RAVINDRAN, M. (1978). Focal cerebral dysrhythmia presenting as headache: Report of a case clin. *Electroenceph.* 9: 29-31.
- SERRATRICE, G., BILLE, J., ROUX, H. et coll (1971). Sur un cas associant migraine, épilepsie et hyperlipidémie type V. *Rev. Neurol.* 125: 302-305.
- STRENSRUD, P. et SJAASTAD, O. (1976). Clonidine; Double-Blind study after long-term treatment with the drug in migraine. *Acta Neurol. Scandinav.* 53: 233-236.
- STRENSRID, P. et SJAASTAD, O. (1976). Short-term clinical trial of propranolol in racemic form (inderal), d-propranolol and placebo in migraine. *Acta Neurol. Scandinav.* 53: 229-232.
- SWAIMAN, K.F. et FRANK, Y. (1978). Seizure headaches in children. *Develop. Med. Child. Neurol.* 20: 580-585.
- SWANSON, J.W. et VICK, N.A. (1978). Basilar artery migraine. *Neurology* 28: 782-786.
- VERRET, S. et STEELE, J.C. (1971). Alternating hemiplegia in childhood: A report of eight patients with complicated migraine beginning in infancy. *Pediatrics* 47: 675-689.
- VIJAYAN, N. (1977). Papaverine prophylaxis of complicated migraine. *Headache* 17: 159-162.
- VIJAYAN, N. et DREYFUS, P.M. (1975). Post-traumatic dysautonomic cephalalgia. *Arch. Neurol.* 32: 649-652.
- VINKEN, P.J. et BRUYN, G.W. dans: *Handbook of clinical neurology*, vol 5. Headaches and cranial neuralgias chap 6. Complicated migraine. Amsterdam 1968.
- WATERS, W.E. et O'CONNOR, P.J. (1975). Prevalence of migraine. *J. Neurol., Neurosurg. and Psychiatr.* 38: 613-616.
- WATSON, P. et STEELE, J.C. (1974). Paroxysmal dysequilibrium in the migraine syndrome of childhood. *Arch. Otolaryngol* 99: 177-179.
- WHITTY, C.W.M. (1953). Familial hemiplegic migraine. *J. Neurol., Neurosurg. Psychiatr.* 16: 172-173.
- WOLFF'S Headache and other head pain, Oxford University Press, N.Y. 3rd ed. 1972, 313-319.
- ZIFKIN, B., ANDERMANN, E., KIRKHAM, T., ANDERMANN, F. (1978). A dominant syndrome of hemiplegic migraine, nystagmus and tremor. *Can. J. Neurol. Sci.* 5: 357.
- ZIFKIN, B., ANDERMANN, F., WATTERS, G.V., ANDERMANN, E. et SESHIA, S. (1978). A syndrome of hemiplegic migraine associated with hereditary haemorrhagic telangiectasia in two unrelated families. *Can. J. Neurol. Sci.* 5: 351.