



Antagonistes oraux du peptide lié au gène de la calcitonine : un terme péniblement long pour le traitement aigu des migraines

QUESTION CLINIQUE

Quels sont les risques et les bienfaits de l'ubrogépanant pour le traitement aigu des migraines épisodiques?

CONCLUSION

L'ubrogépanant est un antagoniste oral du peptide lié au gène de la calcitonine (CGRP) approuvé pour le traitement aigu des migraines épisodiques. Après 2 heures, il est plus efficace que le placebo pour ce qui est de l'absence de douleur (21 % par rapport à 13 %) ou du soulagement de celle-ci (61 % par rapport à 49 %). L'ubrogépanant est bien toléré. Il y a une incertitude au sujet de son innocuité chez les personnes atteintes de comorbidités.

DONNÉES PROBANTES

- Les résultats sont statistiquement significatifs, sauf indication contraire.
- 11 revues systématiques¹⁻¹¹ des deux ou trois mêmes essais contrôlés randomisés (ECR) financés par l'industrie¹²⁻¹⁴. Des participants souffrant de 2 à 8 migraines par mois (avec ou sans aura) ont reçu de l'ubrogépanant ou un placebo pour une migraine aiguë modérée à grave.

- Focalisation sur une revue systématique¹ de l'ensemble des trois ECR (25-100 mg) avec des résultats utilisables sur l'ubrogépanant (3 326 participants, ~ 24 % sous prophylaxie [non CGRP])^{12,13} :
 - Absence de douleur après deux heures : 21 % par rapport à 13 % (placebo).
 - Aucune différence entre les doses de 25, 50 et 100 mg.
 - Soulagement après deux heures (de la douleur modérée à grave à la douleur légère ou à l'absence de douleur) : 61 % par rapport à 49 % placebo).
 - Absence du symptôme le plus gênant après deux heures : 37 % par rapport à 28 % (placebo).
 - Fonctionnement normal après deux heures : 42 % par rapport à 32 % (placebo).
 - Soulagement soutenu de la douleur : 37 % par rapport à 22 % (placebo).
- Limites : Essais portant sur une dose unique, financés par l'industrie.
- D'autres revues systématiques ont fait les mêmes constatations²⁻¹¹.
- Aucune différence sur le plan des événements indésirables^{1,3-7}. Une revue systématique³ a constaté plus d'événements indésirables otorhinolaryngologiques, mais aucun nombre absolu n'a été rapporté.
- Un ECR ouvert d'une durée d'un an a évalué l'innocuité de l'ubrogépanant par rapport aux soins habituels (1 230 participants, 31 968 doses)¹⁵.
 - Abandon à cause d'événements indésirables : 2 à 3 % avec l'ubrogépanant, soit une proportion semblable à celle des soins habituels. Aucune comparaison statistique.

CONTEXTE

- L'ubrogépanant (Ubrelyv^{MD}) est le seul antagoniste du CGRP approuvé au Canada pour le traitement de la migraine aiguë¹⁶. Coût : ~ 15 \$/dose¹⁷.
- Il n'y a aucune comparaison directe disponible, mais les triptans semblent plus efficaces (~ 30-40 % pour ce qui est de l'absence de douleur après deux heures par rapport à 21 % [ubrogépanant])^{1,3,4,11,18}.
 - La réponse à l'ubrogépanant est indépendante de celle aux triptans^{19,20}.
- Selon un ECR, l'ubrogépanant est probablement efficace pour la prévention des céphalées lorsqu'il est pris durant le prodrome (aucune céphalée modérée à grave après 24 heures : 46 % par rapport à 29 % [placebo])²¹.
- Il y a une incertitude au sujet de l'efficacité contre les migraines chroniques^{12,13}, de son rôle avec la prise concomitante d'antagonistes prophylactiques du CGRP^{22,23}, de l'innocuité à long terme^{24,25}, et de l'innocuité chez les personnes atteintes de maladies cardiovasculaires^{26,27}.

RÉFÉRENCES

1. Yang Y, Chen M, Sun Y, et al. CNS Drugs. 2020 May;34(5):463-471.
2. Huang T, Xu Y, Chen Y, et al. Brain Behav. 2022 Apr;12(4):e2542.
3. VanderPluym JH, Halker Singh RB, et al. JAMA. 2021 Jun 15;25(23):2357-2369.
4. Ha DK, Kim MJ, Han N, et al. Clin Drug Investig. 2021 Feb;41(2):119-132.
5. Puledra F, Younis S, Huessler EM, et al. Cephalalgia. 2023 Mar;43(3):3331024231151419.

AUTEURS

Nicolas Dugré, Pharm. D., M. Sc., BCACP, **Émélie Braschi**, M.D., Ph. D.

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

6. Polavieja P, Belger M, Venkata SK, et al. J Headache Pain. 2022 Jul 6;23(1):76.
 7. Zhang Z, Shu Y, Diao Y, et al. Medicine (Baltimore). 2021 Feb 26;100(8):e24741.
 8. Singh A, Gupta D, Singh A. Neurol India. 2021 Mar-Apr;69(Supplement):S43-S50.
 9. Johnston K, Popoff E, Deighton A, et al. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res. 2022 Jan;22(1):155-166.
 10. Pak K, Kim J, Lee G, et al. Eur Neurol. 2022;85(3):195-201.
 11. Yang CP, Liang CS, Chang CM, et al. JAMA Netw Open. 2021 Oct 1;4(10):e2128544.
 12. Dodick DW, Lipton RB, Ailani A, et al. N Engl J Med. 2019;381:2230-2241.
 13. Lipton RB, Dodick DW, Ailani J, et al. JAMA. 2019 Nov 19;322(19):1887-1898.
 14. Voss T, Lipton RB, Dodick DW, et al. Cephalalgia. 2016 Aug;36(9):887-898.
 15. Ailani J, Lipton RB, Hutchinson S, et al. Headache. 2020 Jan;60(1):141-152.
 16. Corporation AbbVie. Monographie de produit : Ubrelvy. Novembre 2022. https://www.abbvie.ca/content/dam/abbvie-dotcom/ca/fr/documents/products/UBRELVY_PM_FR.pdf. Consulté le 21 septembre 2023.
 17. PharmaClik. McKesson Canada. 2024. <https://pharmaclik-login.mckesson.ca/>. Consulté le 22 février 2024.
 18. Ferrari MD, Goadsby PJ, Roon KI, et al. Cephalalgia. 2002 Oct;22(8):633-658.
 19. Blumenfeld AM, Goadsby PJ, Dodick DW, et al. Headache. 2021 Mar;61(3):422-429.
 20. Lipton RB, Singh RBH, Revicki DA, et al. J Headache Pain. 2022 Apr 25;23(1):50.
 21. Dodick DW, Goadsby PJ, Schwedt TJ, et al. Lancet. 2023;402:2307-2316.
 22. Blumenfeld AM, Boinpally R, De Abreu Ferreira R, et al. Headache. 2023 Mar;63(3):322-332.
 23. Jakate A, Blumenfeld AM, Boinpally R, et al. Headache. 2021 Apr; 61(4):642-652.
 24. Chiang CC, Arca KN, Dunn RB, et al. Headache. 2021 Apr;61(4):620-627.
 25. Battini V, Carnovale C, Clementi E, et al. Expert Opin Drug Saf. 2023 Jun 12:1-8.
 26. Robblee J, Harvey LK. Curr Pain Headache Rep. 2022 Aug;26(8):647-655.
 27. Hutchinson S, Silberstein SD, Blumenfeld AM, et al. Cephalalgia. 2021 Aug;41(9):979-990.
-

OUTILS POUR LA PRATIQUE RENDU POSSIBLE PAR



EN PARTENARIAT AVEC



Les articles Outils pour la pratique sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Ils sont coordonnés par les Drs **G. Michael Allan** et **Adrienne Lindblad** et rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse toolsforpractice@cfpc.ca. La bibliothèque d'Outils pour la pratique en français de CMFCApprendre est en cours de construction. Elle sera disponible à l'été 2024.

Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.