

REPUBLICQUE DU MALI

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE

===== [] =====

Un Peuple - Un But - Une Foi



Année Universitaire 2004-2005

Thèse N° /___/ M

**Etude préliminaire de la qualité de vie
chez les patients porteurs de céphalées
recensés dans le district de Bamako.**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le _____ 2005
Devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odontostomatologie de l'Université de Bamako

Par Mr SANGARE MODIBO
Pour obtenir le grade de
Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

Jury:

Président : Professeur Abdoulaye Ag Rhaly
Membre : Docteur Cheick Oumar Guinto
Membre : Docteur Saharé FONGORO
Codirecteur : Docteur Seydou Doumbia
Directeur de thèse : Professeur Moussa Traoré

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ADMINISTRATION

DOYEN: **MOUSSA TRAORE** – PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR: **MASSA SANOGO** – MAÎTRE DE CONFERENCES

2^{ème} ASSESSEUR: **GANGALY DIALLO** – MAÎTRE DE CONFERENCE AGREGÉ

SECRETAIRE PRINCIPAL: **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** – MAÎTRE DE CONFERENCE AGREGÉ

AGENT COMPTABLE: MADAME COULIBALY Fatoumata TALL- CONTROLEUR DES FINANCES

PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Mohamed TOURE	Pédiatrie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie-Traumatologie Chef de D.E.R.
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie – Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme SY Aïda SOW	Gynéco-Obstétrique
-----------------	--------------------

Mr Salif DIAKITE

Gynéco-Obstétrique

MAÎTRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE

Gynéco-Obstétrique

Mr Sadio YENA

Chirurgie Générale

Mr Filifing SISSOKO

Chirurgie Générale

Mr Issa DIARRA

Gynéco-Obstétrique

ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. DIOMBANA

Stomatologie

Mr Sékou SIDIBE

Orthopédie - Traumatologie

Mr Abdoulaye DIALLO

Anesthésie - Réanimation

Mr Tiéman COULIBALY

Orthopédie - Traumatologie

Mme TRAORE J. THOMAS

Ophtalmologue

Mr Nouhoum ONGOÏBA

Anatomie & Chirurgie Générale

Mr Zanafon OUATTARA

Urologie

Mr Zimogo Zié SANOGO

Chirurgie Générale

Mr Adama SANGARE

Orthopédie - Traumatologie

Mr Youssouf COULIBALY

Anesthésie - Réanimation

Mr Samba Karim TIMBO

O.R.L.

Mme TOGOLA Fanta KONIPO

O.R.L.

Mr Sanoussi BAMANI

Ophtalmologie

Mr Doulaye SACKO

Ophtalmologie

Mr Ibrahim ALWATA

Orthopédie - Traumatologie

Mr Lamine TRAORE

Ophtalmologie

Mr Mady MAKALOU

Orthopédie/ Traumatologie

Mr Aly TEMBELY

Urologie

Mr Niani MOUNKORO

Gynécologie/ Obstétrique

Mme Djénéba DOUMBIA

Anesthésie / Réanimation

Mr Tiémoko D. COULIBALY

Odontologie

Mr Souleymane TOGORA

Odontologie

Mr Mohamed KEITA

ORL

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO

Chimie Générale & Minérale

Mr Bréhima KOUMARE

Bactériologie - Virologie

Mr Siné BAYO

Anatomie-Pathologie-Histoembryologie

Mr Yéya T. TOURE

Biologie

Mr Amadou DIALLO

Biologie

Mr Moussa HARAMA

Chimie Organique

Mr Ogobara DOUMBO

Parasitologie-Mycologie

2. MAÎTRES DE CONFÉRENCES AGREGES

Mr Yénimégué Albert DEMBELE

Chimie Organique

Mr Anatole TOUNKARA

Immunologie-**Chef de D.E.R.**

Mr Amadou TOURE

Histoembryologie

Mr Flabou BOUGOUDOGO

Bactériologie – Virologie

Mr Amagana DOLO

Parasitologie

3. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdrahamane S. MAÏGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie – Biologie Animale
Mr Abdrahamane TOUNKARA	Biochimie
Mr Ibrahim I. MAÏGA	Bactériologie – Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie/ Virologie
Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie pathologie

5. ASSISTANTS

Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie
Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Guimogo DOLO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Djbril SANGARE	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie/ Parasitologie
Mr Boubacar TRAORE	Immunologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAÏGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie- Chef de D.E.R.
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne

Mr Siaka SIDIBE
Mr Mamadou DEMBELE

Radiologie
Médecine Interne

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mamadou DEMBELE
Mr Mamady KANE
Mr Tatiana KEITA
Mr Diankiné KAYENTAO†
Mme TRAORE Mariam SYLLA
Mr Adama D. KEITA
Mme SIDIBE Assa TRAORE
Mme Habibatou DIAWARA

Médecine Interne
Radiologie
Pédiatrie
Pneumo-Phtisiologie
Pédiatrie
Radiologie
Endocrinologie
Dermatologie

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Bou DIAKITE
Mr Bougouzié SANOGO
Mr Saharé FONGORO
Mr Bakoroba COULIBALY
Mr Kassoum SANOGO
Mr Seydou DIAKITE
Mr Mahamadou B. CISSE
Mr Arouna TOGORA
Mme Diarra Assétou SOUCKO
Mr Boubacar TOGO
Mr Mahamadou B. TOURE
Mr Idrissa A. CISSE
Mr Mamadou B. DIARRA
Mr Anselme KONATE
Mr Moussa T. DIARRA
Mr Souleymane DIALLO
Mr Daouda MINTA
Mr Soungalo DAO

Psychiatrie
Gastro-entérologie
Néphrologie
Psychiatrie
Cardiologie
Cardiologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Médecine interne
Pédiatrie
Radiologie
Dermatologie
Cardiologie
Hépto-gastro-entérologie
Hépto-gastro-entérologie

Maladies infectieuses
Maladies infectieuses

5. ASSISTANT

Mr Cheick Oumar GUINTO

Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEUR

Mr Boubacar Sidiki CISSE
Mr Gaoussou KANOUTE

Toxicologie
Chimie Analytique

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Arouna KEITA
Mr Ousmane DOUMBIA

Matières médicales
Pharmacie Chimique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Boukassoum Haidara
Mr Eliman MARIKO
Mr Drissa DIALLO

Législation
Pharmacologie-**Chef de DER**
Matières Médicales

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Benoît KOUMARE
Mr Alou KEITA

Chimie analytique
Galénique

Mr Ababacar I. MAÏGA
Mr Yaya KANE

Toxicologie
Galénique

5. ASSISTANTS

Mme Rokia SANOGO
Mr Saibou MAIGA
Mr Ousmane KOITA

Pharmacognosie
Législation
Parasitologie Moléculaire

D.E.R. SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA

Santé-Publique-**Chef de D.E.R**

2. MAÎTRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa A. MAÏGA

Santé Publique

3. MAÎTRE DE CONFERENCES

Mr Sanoussi KONATE

Santé Publique

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE
Mr Adama DIAWARA
Mr Hamadoun SANGHO
Mr Massambou SACKO
Mr Moussa A. DICKO

Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique

5. ASSISTANTS

Mr Samba DIOP
Mr Seydou DOUMBIA

Anthropologie Médicale
Epidémiologie

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA
Mr Boubou DIARRA
Mr Salikou SANOGO
Mr Bocary Y. SACKO
Mr Boubacar KANTE
Mr Souleymane GUINDO
Mme DEMBELE Sira DIARRA
Mr Modibo DIARRA
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA
Mr Mahamadou TRAORE
Mr Souleymane COULIBALY
Mr Yaya COULIBALY

Botanique
Bactériologie
Physique
Biochimie
Galénique
Gestion
Mathématiques
Nutrition
Hygiène du Milieu
Génétique
Psychologie Médicale
Législation

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA
Pr. Babacar FAYE
Pr. Eric PICHARD
Pr. Mounirou CISS

Bromatologie
Pharmacodynamie
Pathologie Infectieuse
Hydrologie

DEDICACES

A **ALLAH** (qu'IL soit loué) et au **prophète Mohamed** (Paix et Bénédiction sur lui)

Louange à DIEU qui m'a créé être humain et qui a fait de moi un musulman de la communauté du sceau des prophètes (SAW).

« Louange à DIEU dont la création révèle l'existence. La contingence de la création manifeste son éternité, la ressemblance des créatures prouve qu'il n'a pas de semblable.

Les sens ne sauraient le percevoir et les voiles le cacher, vu la disparité entre l'auteur et l'objet, le limitateur et le limité, le seigneur et le serviteur.

Unique sans conception numérique, créateur, mais hors de toute notion de mouvement et de fatigue, il entend sans organe de l'ouïe, voit sans appareil visuel, témoigne sans contact. Il est éloigné sans relâchement de distance, apparent sans visibilité, intrinsèque sans délimitation.

IL se distingue des objets en les subjuguant et en les dominant ; les créatures se distinguent de LUI par leur soumission et leur dépendance.

Toute description de DIEU le limite ; toute limitation le dénombre, et tout dénombrement abolit son éternité.

Dire « comment est-il? » C'est essayer de le décrire ; se demander « où réside-t-il? » c'est le circonscrire.

Il connaît sans être connu. Il est tout puissant et invulnérable.»

Verset 1 à 7. Les attributs de DIEU dans la voie de l'éloquence.

Prière sur Mohamed (SAW) dont la prophétie a été une miséricorde pour toute l'humanité. Le prophète (SAW) nous a appris l'amour du prochain, le pardon et la patience. Je suis convaincu que sans l'aide divine ce travail n'allait pas pu être achevé. Je pense avoir accompli loyalement mon contrat d'interne dans le seul espoir d'avoir l'agrément divin. Si, j'aurai failli à ce devoir, je demande pardon à DIEU.

*Seigneur, il suffit à ma fierté que vous soyez mon Dieu et à ma gloire que je vous sois soumis. Vous êtes tel que je le veux : faites de moi ce que vous voulez.

*Le sort est inconstant : un jour il te sourit et un autre il te boude, ne te grise pas dans les jours fastes, ne perd pas patience dans les jours sombres.

*Quand le sort favorise un être il lui prête les qualités des autres, et quand il lui tourne le dos il le dépouille de ses propres qualités.

Seigneur DIEU, donne à moi et à l'humanité entière la bonne conduite enseignée par le coran et la sunna du prophète Mohamed (SAW).

AMINE

*Hadith du Prophète (SAW)

Je dédie ce travail :

➤ À ma mère **Mme Sangaré Mamou Tounkara** :

Voici le fruit de vos longues années de sacrifice. Vous vous êtes battue nuit et jour pour notre réussite dans cette vie. Vous êtes la personne la plus chère pour moi. Je prie DIEU pour qu'il nous donne longue et heureuse vie. Maman le bout du tunnel est très proche. Inchallah, je te rendrai heureuse sous peu. C'est une promesse qu'il faut prendre comme de l'argent comptant.

➤ A mon père **Bakary Sangaré** :

C'est avec une grande déception que je m'adresse à vous. J'aurais souhaité vous dispenser depuis longtemps. Mais Hélas, la vie réserve toujours des surprises parfois désagréables. Vous ne me devez absolument rien. C'est moi qui vous suis redevable. Merci Papa pour l'éducation reçue de vous. Vous m'avez enseigné des vertus qui font ma fierté.

➤ A mes frères et sœurs :

Je vous remercie pour vos soutiens de tous les jours. Ce travail est le vôtre.

➤ À ma femme **Bintou Marico** et à mes enfants (**Fatoumata, Salimata** et **Ibrahim**) :

Chère épouse, je n'ai pas de mots pour te remercier. Ton soutien indéfectible a été fondamental pour mener à bien ce travail de thèse.

Chers enfants, Papa a choisi une profession difficile et contraignante lui réduisant énormément le temps de vous réjouir. Excusez moi

➤ A tous ceux qui de loin ou de près, physiquement et matériellement, m'ont aidé dans ce travail.

➤ A toutes les communautés mauritanienne (Dr Mohamed Lamine Alamabott, Youba, Hanoun, Dr Sidy Ahmed, Aliya, Dr Boushab...) djiboutienne (Yacine Mohamed, Sharmarkek, Moustapha, Fozia, Niema et sa petite sœur), et ivoirienne (Dr Daouda Diaby, Souleymane Diaby, Dr Cissé, Dr Fofana, Lamine et ses collègues).

REMERCIEMENTS

➤ **A toute ma famille**

Pour le soutien surtout moral qu'elle m'a apporté pendant cette période de travail de thèse.

➤ **A mes aînés:**

Dr Boubacar Thierno Bagayogo, Dr Chouaibou Diarra, Dr Youssouf Aly Dembélé, Dr Issa Kané, Dr Demba dit N'diaye, Dr Boubacar Fofana, Abatina et vos autres collègues.

Vous m'avez guidé les pas dans cette faculté. Merci pour vos conseils. Je remercie particulièrement Dr Guida Landouré. Vous avez été un modèle pour moi. Vous avez guidé mes premiers pas dans le domaine difficile de la neurologie. Vous m'avez également aidé à me décider pour prendre ma thèse dans le service du Pr. Traoré. Je vous avoue que vous m'avez fait du bien. J'ai appris énormément de choses et j'ai eu plein de bénéfices que je ne peux pas tout citer. Merci pour votre soutien.

➤ **A mes collègues :**

Dr Maoulid, Dr Mohamed, Dr Issa, Dr Houssein nous avons passé de très bon moment ensemble. Vous m'avez servi d'exemple.

Dr Thomas Coulibaly, Dr Rachid bada, Dr Sissoko Lala Sidibé, Gouled, Said, Moulaye Ely, Hamdy, Thomas Diallo, Issiaka Kone, merci et bon courage.

Younous, Dr Sogoba, Oumar Dao, Almamy, Madjouma, Abdoulaye N Doumbia, Dr Sidiki Sangaré, Alassane Doumbia, Youssouf Sidibé.

Mohamed Doumbia : je vous remercie pour l'aide dont vous m'avez apportée pour ce travail.

➤ **A mes cadets :**

Cheick Oumar Koné, Hamidou Sangaré, Cheick B Doumbia, et les frères du makam du Point G.

Faites correctement vos stages. Pratiquez la médecine sans aucune cupidité. Efforcez vous d'agir toujours à cause de Dieu.

Le prophète (SAW) a dit :

- Tout ce dont vous vous contentez, vous suffira.
- La grande richesse consiste à se détourner totalement des biens des autres.

➤ **A tout le personnel du service de Neurologie :**

Merci pour le bon accueil et le respect dont vous avez fait preuve envers moi.

➤ **A tout le personnel du laboratoire d'épidémiologie :**

Dr Danaya Koné, Dr Boubacar Guindo, Dr Sibiri Samaké, Dr Cheick Coulibaly, Dr Mahamadou B Touré, Dr Moussa Keita, Dr Maba Traoré...

Je vous remercie indéfiniment pour votre aide. Vous nous avez appris les notions de base de l'informatique. Votre contribution pour ce travail a été déterminante.

Cher Danaya, je n'ai pas de mot pour te remercier. Je prie DIEU qu'il me donne l'occasion de te rendre service. Ta serviabilité envers moi a forcé mon estime pour toi.

➤ **A Mr Gouled Houssein Gouled :**

Merci de ta générosité à mon égard. Tu as mis volontiers ton ordinateur portable à ma disposition nuit et jour. Tu as en plus payé des articles pour moi. Merci également du soin que tu portes au quotidien à mes enfants.

➤ **Particulièrement à Dr Hammadoun Aly Sangho :**

Cher maître, ce travail est le votre. Merci de m'avoir proposé votre ordinateur portable pour ce travail. Merci de m'avoir fait confiance en me laissant la clé de votre bureau pendant l'enquête. Je vous demande pardon pour les incompréhensions passagères. J'espère que vous avez compris que nos idées dépendent en grande partie de nos conditions socioéconomiques. Merci infiniment.

➤ **Dr Samba Diop :**

Je garde encore en mémoire notre rencontre à la police nationale en mars 2003 quand vous m'avez prêté cinquante mille francs CFA pour l'acquisition de mon passeport alors que nous nous étions présenté à peine il y avait deux ou trois heures de temps. Vous m'avez simplement dit que le doyen était un ami et surtout une personne très chère pour vous. Merci une fois de plus pour votre apport pendant le séminaire de formation des enquêteurs. Qu'ALLAH vous porte secours spontanément dans toutes vos difficultés comme vous l'avez fait pour moi.

HOMMAGES
AUX
MEMBRES DU JURY

A notre Maître et président du jury
Professeur Abdoulaye Ag RHALY
Professeur titulaire de médecine interne
Ancien directeur général de l'INRSP
Ancien secrétaire général de l'OCCGE
Secrétaire permanent du comité national d'éthique pour la santé et les sciences de la vie.

Cher maître, c'est un réel plaisir pour moi de vous avoir comme président de mon jury à l'instar des autres internes de la FMPOS. Je garderai pendant très longtemps l'accueil sympathique dont vous m'avez réservé. Vos qualités humaines (humilité, modestie et douceur) forcent l'admiration de tous. Votre qualité d'homme de science explique votre grande sollicitude. Vous êtes en toute évidence un très bon exemple pour les autres professeurs et pour la nouvelle génération.

Le prophète (SAW) a dit : Celui qui est réputé par sa sagesse s'entoure de respect.

A notre Maître et directeur de thèse
Professeur Moussa Traoré
Doyen de la FMPOS
Chef du service de Neurologie du CHU du Point G
Spécialiste en Neurologie et en Neurophysiologie

Merci indéfiniment pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger cette thèse. J'ai découvert en vous un homme de bien. Votre rigueur et votre simplicité m'ont beaucoup séduit.

Je remercie DIEU d'avoir fait votre connaissance. Je vous remercie pour les trois mois de stage en 2003 à l'hôpital Erasme. Merci pour m'avoir aidé dans l'évacuation sur la pitié Salpêtrière de Mr Makadji en février 2005.

Le prophète (SAW) a dit :

- Si le temps se dégrade les vertus se dévalorisent et deviennent nuisibles. Les vices trouvent acquéreur et deviennent rentables. Alors le riche (le doué d'intelligence) aura plus à redouter que l'infortuné.
- Les hommes méchants ne voient que les défauts des hommes justes et méconnaissent leurs qualités comme les mouches qui ne hantent la plaie sale dans le corps sain.
- Celui qui affectionne par intérêt se lasse de vous une fois satisfait.

En résumé Mr le doyen ceux qui ne vous ont pas collaboré, ne connaissent pas votre vraie valeur. Je dois vous quitter, ce serait avec beaucoup de peines et je souhaite de tout mon cœur que Dieu me donne au moins une occasion pour vous prouver toute ma reconnaissance.

Dieu ne choisit pas au hasard les leaders d'hommes. Qu'ALLAH vous bénisse.

**A notre Maître et juge
Docteur Seydou Doumbia
Médecin épidémiologiste
Titulaire d'un PhD en Epidémiologie
Assistant de santé publique à la FMPOS
Chef de l'unité d'épidémiologie et du système d'information
géographique au Malaria research and training center, de la FMPOS.**

Cher maître, permettez moi de vous adresser mes remerciements sincères. Votre disponibilité et votre humilité me serviront d'exemple. J'ai été très sensible à l'effort dont vous avez consenti pour ma modeste personne malgré votre emploi du temps très chargé. Merci pour votre apport pour ce travail. Qu'ALLAH vous assiste dans votre vie familiale et professionnelle.

**A notre Maître et Co-directeur
Docteur Cheick Oumar Guinto
Médecin neurologue
Praticien hospitalier
Assistant de neurologie et Chargé de cours de Neurologie à la
FMPOS.**

Cher maître, je garde de vous l'image d'un homme simple et respectueux. Pendant tout mon séjour dans le service de neurologie, j'ai été émerveillé par votre façon de travailler. Vous êtes sans doute un bon encadreur rigoureux et très méthodique. J'ai énormément appris avec vous. Votre efficacité diagnostique et thérapeutique fait que tous vos malades parlent du bien de vous. C'est une privation pour moi de vous quitter. Je m'inspirerai beaucoup de vous dans les jours à venir Inchallah. Qu'ALLAH vous donne ce qui tient à cœur dans ce monde ici-bas et le paradis dans l'au-delà. Le prophète (SAW) a dit : Parlez et on vous connaîtra car votre personnalité est révélée par vos discours.

**A notre Maître et Juge : Dr Saharé FONGORO
Spécialiste en Néphrologie,
Assistant chef de clinique au service de Néphrologie et d'unité
d'hémodialyse du CHU du Point G,
Chargé de cours de Néphrologie à la FMPOS.**

Cher maître, vous êtes un exemple pour votre assiduité au travail. Vous avez l'estime de tous à cause de votre richesse scientifique, votre constante disponibilité, votre amour du travail bien fait. Votre intégrité morale embarrasse même les plus grands corrupteurs. A travers vous, j'ai compris que le serment d'Hippocrate peut être mis en pratique.

Liste des sigles et abréviations

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Dollars US: Dollars United State (dollar American)

IHS: International Headache Society

USA: United State of America

MA: Migraine avec Aura

MSA: Migraine sans Aura

NMDA: N methyl-D-Aspartate

5-HT: 5-Hydroxytryptamine

CGRP: Calcitonine gene-related peptide

MHF: Migraine Hemiplegique Familiale

DHE: Dihydroergotamine

AINS: Anti-inflammatoires non stéroïdiens

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

ADN : Acide désoxyribonucléique

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

EEG : Electroencephalographie

PEV : Potentiels Evoques Visuels

SPECT: Single Photo Emission Computed Tomography

PET: Positron Emission Tomography

SC: Sous-cutanée

IV : Intraveineuse

SF-36: Short Form-3

SF-20: Short Form-20

QVM : Qualité de Vie et Migraine

AIT : Accident Ischémique Transitoire

MAV : Malformation Arterio-veineuse

GRIM : Groupe de Recherche Interdisciplinaire sur la Migraine

MSQOL: Migraine Specific Quality Of Life

MIDAS: Migraine Disability Assessment

SSPS: Statistical Package for Social Sciences.

DNSI: Division Nationale de Statistique et de l'Informatique

Sommaire

	Page
I. Introduction.....	18
II. Objectifs.....	21
III. Généralités	23
Première partie	
1. Définition de la migraine.....	25
2. Rappel anatomique sur les céphalées.....	25
3. Epidémiologie de la migraine.....	25
4. Classification de la migraine.....	29
5. Physiopathologie de la migraine.....	29
6. Génétique de la migraine.....	31
7. Description clinique.....	32
7.1. Migraine sans aura.....	32
7.2. Migraine avec aura.....	32
7.3. Autres types de migraine.....	34
8. Diagnostic.....	38
8.1. Diagnostic formel.....	38
8.2. Diagnostic différentiel.....	40
9. Examens complémentaires.....	40
10. Traitement.....	41
10.1. Traitement de la crise migraineuse.....	41
10.2. Traitement de fond de la migraine.....	43
10.3. Cas particuliers.....	45
Deuxième partie	
1. Structures des échelles de qualité de vie.....	50
2. Types d'échelles de qualité de vie.....	51
IV. Méthodologie.....	62
V. Résultats.....	70
VI. Commentaires et discussion.....	94
VII. Conclusion et recommandations.....	102
VIII. Références bibliographiques.....	108
IX. Annexes.....	111



INTRODUCTION

La migraine est une variété de céphalée le plus souvent familiale, caractérisée par la survenue d'accès répétés de céphalée pulsatile, en règle générale unilatérale, d'intensité variable (modérée à sévère), s'accompagnant d'un malaise général avec nausées parfois vomissements, séparés par des intervalles libres pendant lesquels le patient se sent en parfaite santé [1,2].

L'intérêt accordé à la migraine n'est pas récent. Hippocrate parlait déjà de la migraine plusieurs siècles avant Jésus-Christ. La distinction entre la migraine et les autres catégories de maux de tête a été proposée par Galien vers l'an 600 [3]. Actuellement, la classification la plus usitée a été établie en 1988 par l'International Headache Society. Celle qui propose une définition de la migraine sur base des critères précis qui sont les suivants :

- durée de la douleur (4 à 72 heures)
- caractéristiques (deux d'entre elles au moins doivent être retenues) : pulsatile, unilatérale, gênant les activités de la vie quotidienne, aggravée par l'effort physique
- phénomènes d'accompagnement (deux d'entre eux doivent être retenus) : nausées, vomissements, photophobie, phono phobie [3].

La migraine évolue de façon chronique. De ce fait, elle entraîne un retentissement sur l'activité professionnelle et sur la qualité de la vie du patient. Elle entraîne des conséquences néfastes sur la productivité et la vie sociale. [4]

Le concept de qualité de vie liée à la santé est apparu dans les pays industrialisés au cours des quinze dernières années [4]. La définition de l'OMS de qualité de vie citée par A.GAUTIER est celle que nous avons adoptée dans le cadre de cette étude. Elle est la suivante :

« La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeur dans lesquels il vit, et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large, influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement » [5].

Cette définition prend en compte des incapacités physiques et psychiques, elle met en relief les attentes des patients et leur degré de réalisation, le contexte culturel et les systèmes de valeur qui encadrent la vie sociale et culturelle du patient.

Il apparaît clairement que le champ de la qualité de vie est vaste, intégrant harmonieusement l'état physique, l'état psychosocial et culturel.

Il s'agit d'une façon évidente d'un champ complexe dont l'exploration fait appel à des outils d'évaluation d'une complexité variable.

Il convient de préciser ici que ces outils ont été intégralement développés dans les pays industrialisés se referant essentiellement sinon exclusivement à des populations du Nord. [4]

La migraine dans ces pays occupe une place prépondérante et constitue un véritable problème de santé publique.

Aux Etats Unis ; d'après l'étude « American Migraine Study »; vingt trois millions de personnes souffrent de migraine. Les coûts annuels de la perte de productivité par la migraine sont chiffrés entre 1,2 milliards et 17,2 milliards de dollars US [4].

En France, la migraine représente environ 1% de la consommation médicale totale [6]. Ce sont dix huit millions de journées d'arrêt de travail perdues par an [7].

Au Royaume Uni, la migraine est responsable de vingt cinq millions de journées d'arrêt de travail perdues par an [4].

A cet absentéisme des migraineux (évalué dans différents pays entre 1,5 et 4,2 jours/ an /salarié), il faudrait rajouter la baisse de l'efficience au travail : 78 % des migraineux déclarent avoir une baisse de rendement pendant la crise [7].

L'impact socioéconomique de la migraine ne fait guère de doute.

A notre connaissance, aucune étude sur la qualité de vie des patients porteurs de migraine n'a été encore rapportée en Afrique et singulièrement au Mali.

Il nous a paru intéressant de ce point de vue d'explorer les retentissements sur le plan physique, psychologique et social d'une telle affection sur des patients reconnus comme migraineux et résidant dans un pays en voie de développement comme le Mali.

II

OBJECTIFS

II.1. Objectif général :

Le but de notre étude était d'évaluer l'impact de la migraine sur la qualité de vie des patients recensés dans le district de Bamako et porteurs de la maladie migraineuse à l'aide d'un questionnaire auto administré MSQOL/ MIDAS.

II.2. Objectifs spécifiques :

- Evaluer l'impact de la migraine dans l'absentéisme scolaire des enfants et adolescents ;

- Evaluer l'impact de la migraine sur la vie familiale et professionnelle des adultes en terme de nombre de journées de travail perdues;

- Evaluer le retentissement de la migraine sur les activités physiques, sur la vie sociale et relationnelle, et sur la dimension psychoaffective des malades migraineux recensés;

- Comparer le retentissement des céphalées sur la qualité de vie des patients migraineux et des patients porteurs de la céphalée de tension.



GENERALITES

1ere PARTIE : **LA MIGRAINE**

1- Définition :

La migraine est une variété particulière de céphalée le plus souvent familiale, caractérisée par la survenue d'accès répétés de céphalée pulsatile, en règle générale unilatérale, d'intensité variable, s'accompagnant d'un malaise général avec nausées et parfois vomissements, séparés par des intervalles libres pendant lesquels le patient se sent en parfaite santé. [1, 2]

2- Rappel Anatomique :

Toutes les structures cérébrales ne sont pas sensibles à la douleur. Paradoxalement, bien que toutes les douleurs soient ressenties dans le cerveau, le parenchyme cérébral lui-même n'est pas sensible à la douleur. L'arachnoïde, l'épendyme et la dure-mère (à l'exception des régions proches des vaisseaux) ne sont pas non plus sensibles. Cependant, les nerfs crâniens V, VII, IX et X, le polygone de WILLIS et ses prolongations immédiates, les artères méningées, les gros vaisseaux du cerveau et de la dure-mère et les structures à l'extérieur du crâne (y compris le cuir chevelu et les muscles cervicaux, les nerfs cutanés et la peau, la muqueuse des sinus de la face, les dents, les nerfs cervicaux et leurs racines, et les artères carotides et leurs branches) sont sensibles à la douleur. [4]

3- Epidémiologie :

Les études épidémiologiques utilisant la classification de l'International Headache Society (IHS 1988), ont donné des résultats concordants dans tous les pays où elles ont été réalisées.

Ainsi la prévalence est de 16% au Danemark et au Canada; de 13% aux USA; de 12% en France et de 8% au Japon.

Elle est de 4 à 6% chez l'homme et de 13 à 25% chez la femme. Chez l'enfant, elle est de 5 à 10% similaire dans les deux sexes. Elle augmente fortement chez la jeune fille à la période pubertaire pour atteindre un pic de 25% autour de la quarantaine, alors que chez l'homme les variations liées à l'âge sont nettement plus atténuées. Le rapport de prévalence femme sur homme est de 2 à l'âge de 20 ans, plafonne à 3,3 à l'âge de 40 ans, puis se maintient à 2,5 au delà de la ménopause. La prévalence de la migraine sans aura (MSA) est de 6 à 10%, celle de la migraine avec aura (MA) est de 3 à 6%, avec un sex-ratio respectivement de cinq femmes pour un homme et de trois femmes pour deux hommes. Chez l'enfant, la prévalence de la MSA et celle de la MA sont respectivement de 7,8 et de 2,8%. [8]

La migraine débute le plus souvent entre 10 et 40 ans (90% des cas), parfois plutôt dans l'enfance et rarement après 40 ans. La fréquence des accès est variable d'un sujet à l'autre et chez un même patient au cours de son existence, avec des périodes parfois plus riches en crises ou au contraire des périodes prolongées sans crises. Plus de la moitié des femmes migraineuses ont une recrudescence des crises pendant la période prémenstruelle et certaines patientes souffrent exclusivement pendant cette période (migraine cataméniale). Inversement, il existe généralement une nette diminution du nombre des crises migraineuses pendant la grossesse et après la ménopause. Un antécédent familial de migraine est retrouvé dans 70% des cas. [9]

Une variation de la prévalence en fonction de la race a été retrouvée, elle serait plus élevée dans la population blanche que dans la population noire ou asiatique [6].

L'intensité, la fréquence et la durée des crises sont très variables d'un patient à un autre et chez le même patient au cours du temps.

75% des migraineux rapportent des crises sévères ou très sévères, 50% ont au moins deux crises par mois et 55 à 67% ont des crises qui durent entre 4 et 24 heures. Chez l'enfant, les crises sont souvent plus courtes et moins fréquentes.

Le handicap fonctionnel lié aux crises est également variable d'un patient à un autre, avec un alitement nécessaire chez 30 à 40% d'entre eux. Il faut signaler enfin que 30 à 70% des patients ne consultent pas pour leur migraine. [6]

L'association entre la migraine et certaines pathologies a été soulignée par plusieurs études. Ainsi, une association significative avec certains troubles psychiatriques a été observée, en particulier avec l'état hypomaniaque, l'anxiété, la dépression et les phobies ; en revanche ce lien n'a pas été retrouvée avec l'alcoolisme, la toxicomanie et le suicide. La migraine semble multiplier par trois le risque de survenue de la dépression, de même la présence d'une dépression semble multiplier par trois le risque de survenue de la migraine. [7]

Il existerait peut être également un lien de causalité entre abus d'antalgiques et troubles dépressifs avec, d'une part, une corrélation entre le nombre de prises d'antalgiques et le score aux échelles d'anxiété-dépression et d'autre part, la présence d'une chronologie de survenue préférentielle des troubles : Dépression- transformation de la migraine. [10]

Des modifications qualitatives et quantitatives du sommeil pourraient rendre compte de la survenue des crises pendant la nuit ou tôt le matin. La relation entre la migraine et le risque d'infarctus cérébral a été longtemps discutée. La migraine n'apparaît pas comme un facteur de risque d'infarctus cérébral chez la jeune femme de moins de 45 ans. Ce risque est multiplié par trois pour la MSA et par six pour la MA.

Il est encore accru en cas de tabagisme associé ou de prise de contraceptifs oraux. Cependant, le risque absolu demeure très faible en raison de la grande rareté de l'infarctus cérébral chez la jeune femme : 6/100.000 pour les non migraineuses contre 19/100.000 pour les migraineuses [7]. Il existe de nombreux facteurs susceptibles de déclencher des accès migraineux chez un sujet prédisposé. [8]

Tableau I : Facteurs déclenchant une crise de migraine

Facteurs psychologiques	Facteurs hormonaux
<ul style="list-style-type: none">• Contrariété• Anxiété• Emotion• Choc psychologique	<ul style="list-style-type: none">• Règles• Contraceptifs oraux• Bruits• Odeurs
Modifications du mode de vie	Facteurs sensoriels
<ul style="list-style-type: none">• Déménagement• Changement du mode de travail• Vacances• Voyage par avion• Surmenage...	<ul style="list-style-type: none">• Lumières• Bruits• Odeurs• Vibrations...
Aliments	Facteurs climatiques
<ul style="list-style-type: none">• Alcool• Chocolat• Graisses cuites• Agrumes et fromages	<ul style="list-style-type: none">• Vent chaud• Orage• Chaleur• Humidité...
Habitudes alimentaires	Autres facteurs
<ul style="list-style-type: none">• Jeûne• Hypoglycémie• Repas sautés ou irréguliers	<ul style="list-style-type: none">• Traumatisme crânien• Rythmes de sommeil (week-end)• Stimuli sensoriels• Altitude

4. Classification : [2]

Cette classification est de l'IHS :

4.1. Migraine sans aura

4.2. Migraine avec aura :

- Migraine classique avec aura ;
- Migraine avec aura prolongée ;
- Migraine faciale hémiplégique ;
- Migraine basilaire ;
- Aura migraineuse sans céphalée ;
- Migraine avec aura d'installation aiguë.

4.3. Migraine ophtalmoplégique

4.4. Migraine rétinienne

4.5. Syndromes périodiques de l'enfant pouvant être les précurseurs de la migraine ou associés à cette dernière :

- Vertige paroxystique bénin de l'enfant ;
- Hémiplégie alternante de l'enfant.

4.6. Complications de la migraine :

- Etat de mal migraineux ;
- Infarctus migraineux.

4.7. Maladie migraineuse ne répondant pas aux critères de l'IHS

5. Physiopathologie :

La physiopathologie de l'accès migraineux n'est pas clairement établie. Les symptômes de l'aura migraineuse sont associés à une diminution régionale du débit sanguin cérébral (oligémie) initialement postérieure,

puis gagnant le reste du cortex d'arrière en avant à la vitesse de deux millimètres par minute (marche migraineuse).

Ce phénomène serait consécutif à une dépression corticale propagée au cours de laquelle se produit une activation des récepteurs N méthyl-D-Aspartate (NMDA) par glutamate.

La céphalée semble liée à une vasodilatation et à une augmentation de la perméabilité capillaire au niveau de la circulation extra cérébrale (artères méningées, rameaux extra crâniens de la carotide externe). Cela impliquerait un dysfonctionnement du système trigémino-vasculaire (l'innervation des parois vasculaires est assurée par des fibres nerveuses issues du trijumeau). La transmission synaptique de ce système est modulée par la noradrénaline et la 5-hydroxytryptamine (5-HT). Les artères cérébrales possèdent surtout les récepteurs de type 5-HT₁. Au cours d'une crise migraineuse, le taux plasmatique est abaissé. [9]

L'activation de ce système peut entraîner une augmentation du débit sanguin cérébral et favoriser la libération de substances vasoactives : substance P, calcitonine gene-related peptide (CGRP). Les substances inhibant ces effets (modifications du débit sanguin cérébral, libération des peptides) représentent des traitements potentiels de la migraine. [8]

Les modifications hémodynamiques intra et extra cérébrales qui accompagnent la crise de migraine pourraient être dues à l'activation de certains noyaux du tronc cérébral, en particulier le locus coeruleus, point de départ de fibres noradrénergiques et le noyau du raphé médian qui contient surtout des neurones sérotoninergiques.[9]

L'implication de la sérotonine dans la physiopathologie de la migraine remonte assez loin. La sérotonine par voie intra veineuse est capable de soulager la crise migraineuse. Or, son utilisation en clinique a des effets désagréables. C'est en tenant compte de cette observation que l'on a développé des agonistes spécifiques de la sérotonine, dont le premier a été le *sumatriptan* mis sur le marché en 1991. De nombreux produits utilisés pour le traitement aigu ou prophylactique de la migraine sont liés au métabolisme de la sérotonine. [4]

Parmi les différentes familles de récepteurs à la sérotonine chez l'homme, les 5-HT₁, 5-HT₂ et 5-HT₃ ont un rapport avec la migraine. La famille de récepteurs inhibiteurs 5-HT₁ est subdivisée en 5-HT_{1A}, 5-HT_{1B}, 5-HT_{1D}, et 5-HT_{1F}. La plupart des traitements spécifiques de la migraine aiguë sont à base d'agoniste 5-HT_{1B}/5-HT_{1D}. [4]

Les récepteurs excitateurs 5-HT₂ sont importants dans la mesure où de nombreux traitements préventifs dont on dispose (*le méthyl-sergide, le propranolol*, par exemple) sont des antagonistes 5-HT₂.

La famille des 5-HT₃ a elle aussi de l'intérêt en pharmacothérapie antimigraineuse. En effet, les nausées et les vomissements associés à la migraine pourraient être dus en partie à la stimulation des récepteurs 5-HT₃ que l'on retrouve principalement au niveau des centres de nausées et du vomissement à la partie inférieure du tronc cérébral.

Les antagonistes 5-HT₃ tels que *le métoclopramide* sont utiles pour le traitement des nausées associées à la migraine. [4]

6. La génétique de la migraine :

Environ 70 % des migraineux ont des antécédents familiaux de migraine. L'influence génétique est surtout frappante dans la migraine avec aura. Des avancées récentes en génétique de la migraine indiquent que la migraine hémiplésique familiale (MHF), forme rare de la maladie, est liée au chromosome 19P et à au moins un autre locus. Plusieurs mutations ponctuelles d'un gène du chromosome 19P codant pour la sous unité α_1 d'un canal calcique ont été reliées à des familles affectées par la MHF.

Certaines héréditaires ataxies cérébelleuses paroxystiques sont également liées à cette même région du chromosome 19, suggérant qu'un canal calcique pourrait jouer un rôle dans ces maladies.

Il s'agit en l'occurrence d'un canal calcique P/Q, et l'on espère pouvoir disposer dans l'avenir d'inhibiteurs calciques P/Q ayant une action spécifique contre ce type de migraines et les maladies apparentées. [4]

7. La description clinique :

7.1. La crise migraineuse sans aura :

- Mode d'installation :

Débute souvent au petit matin et s'installe rapidement mais non brutalement ; peut être précédée de 24 heures par des prodromes : modifications de l'humeur, troubles de l'appétit ou du sommeil, asthénie, somnolence.

- Siège :

Typiquement unilatérale (hémicrânie), sus-orbitaire, temporale, occipitale, ou diffuse, parfois bilatérale; touchant alternativement un coté ou l'autre d'une crise à l'autre (hémicrânie alternante).

- Type:

Typiquement pulsatile, augmentant lors de l'effort physique, incitant le patient à s'aliter ou le gênant tout au moins dans ses activités quotidiennes.

- Signes d'accompagnement :

Nausées et vomissements; intolérance au bruit (phono phobie) et à la lumière (photophobie); asthénie allant parfois jusqu'à la prostration; parfois rougeur ou pâleur de la face.

- Durée:

Variable de 4 à 72 heures; généralement de l'ordre d'une journée; enfin de crise, la douleur disparaît assez vite et le patient récupère rapidement, souvent avec une note d'euphorie libératoire.

7.2. La crise migraineuse avec aura :

La céphalée est précédée par des manifestations neurologiques focalisées et transitoires (aura migraineuse):

- Intéressant le plus souvent la vision, la sensibilité ou le langage;

- Se développant progressivement en quelques minutes (marche migraineuse);
- Durant en règle moins d'une heure, et régressant sans séquelle.

La crise céphalalgique peut suivre l'aura migraineuse directement, soit après un intervalle libre inférieur à une heure.

Le type d'aura le plus fréquent est l'aura ophtalmique :

- Elle se manifeste le plus souvent par un scotome scintillant : point lumineux qui s'étend graduellement à un hémichamp visuel sous forme d'une ligne polygonale en zigzag, réalisant un aspect d'étoile ou de falsifications, et qui laisse en s'effaçant un scotome;
- L'aura ophtalmique peut aussi se manifester par des phosphènes qui sont des hallucinations visuelles plus complexes.

L'aura sensitive consiste surtout en des paresthésies qui s'étendent progressivement sur une partie plus ou moins grande d'un hémicorps, avec souvent une topographie chiéro-orale (face + main).

L'aura migraineuse peut aussi se manifester par des troubles transitoires du langage (manque de mot, avec compréhension, lecture et écriture normales).

NB : Une même crise migraineuse peut associer successivement plusieurs types d'aura.

L'aura peut changer de côté et se modifier d'un accès à un autre. Le diagnostic devient difficile si l'aura migraineuse est atypique et /ou n'est pas suivie de céphalée. [9]

7.3. Autres types de migraine :

7.3 .1. Migraine ophtalmoplégique :

La céphalée hémicranienne précède l'ophtalmoplégie.

Lors des crises successives, l'ophtalmoplégie peut changer de côté mais reste toujours homolatérale à l'hémicrânie. L'atteinte du III (intrinsèque et extrinsèque) est la plus fréquente, cependant une atteinte du IV ou du VI est possible. La paralysie oculomotrice peut durer plusieurs jours ou semaines ; il persiste parfois un déficit résiduel.

La migraine ophtalmoplégique est rarement familiale. Elle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Elle débute souvent avant l'âge de 10 ans. La migraine ophtalmoplégique n'est pas acceptée comme telle par tous les auteurs. [1]

7.3.2. Migraine rétinienne (ophtalmique) :

Les troubles visuels (scotome, cécité transitoire) sont strictement monoculaires et sont suivis par une céphalée non constante. [2]

7.3.3. Migraine hémiplégique familiale :

La migraine hémiplégique familiale, variante rare de la maladie, est une migraine avec aura où il existe une hémiplégie ou une hémiparésie. Au moins un parent du premier degré a une migraine avec au moins une crise hémiparétique. La transmission est autosomale sur le chromosome 19. La tare génétique est une mutation d'une sous unité d'un canal calcique P/Q spécifique du cerveau.

Les crises se produisent soit du même côté que les épisodes précédents soit du côté opposé. Typiquement, la face, le bras et la jambe sont atteints de parésie selon une progression qui s'étend lentement. Elle peut être associée à une altération de la conscience, variant d'une simple confusion au coma.

Lorsque l'hémisphère dominant est indiqué, une aphasie peut exister également. Les épisodes peuvent être déclenchés par un traumatisme crânien léger et peuvent se produire sans association à une céphalée. La céphalée se produit du même côté que la parésie dans un tiers des cas. L'hémiparésie peut durer de moins d'une heure à plusieurs jours ou plusieurs semaines.

Généralement, le malade se rétablit complètement. *Le vérapamil et l'acide valproïque* peuvent être administrés à titre préventif. [4]

7.3.4. Migraine basilaire :

La migraine avec aura qui a son origine dans le tronc cérébral ou les deux lobes occipitaux est appelée migraine basilaire. L'aura de la migraine basilaire dure généralement de 5 à 60 minutes, mais elle peut durer jusqu'à 3 jours.

Les symptômes visuels, y compris une vision floue, une teichopsie (lueurs colorées scintillantes accompagnées de zones de cécité dans le champ visuel), un scotome scintillant, vision grise ou perte totale de la vision, peuvent débuter dans un champ visuel pour s'étendre ensuite et devenir bilatéraux. Il peut y avoir une diplopie jusque dans 16% des cas. Un vertige (pouvant être accompagné d'acouphènes), une dysarthrie, une démarche ataxique et des paresthésies (généralement bilatérales, mais alternant parfois d'un côté à l'autre avec une hémidistribution) peuvent être présents, soit seuls soit en diverses combinaisons. Dans 50% des cas, une faiblesse motrice bilatérale survient.

Il se produit souvent un trouble de la conscience avec obnubilation, amnésie, syncope et rarement coma prolongé.

Une céphalée pulsatile sévère est présente dans 96% des cas, en général de localisation occipitale bilatérale.

La migraine basilaire est une affection inhabituelle. Elle débute typiquement avant l'âge de 30 ans (mais parfois la première crise survient après l'âge de 50 ans). Le sex-ratio est de 1 homme pour 3 femmes. La fréquence de la migraine basilaire diminue au delà de la deuxième et de la troisième décennie. [4]

7.3.5. Migraine cataméniale :

Il s'agit de crise de migraine sans aura apparaissant régulièrement au premier jour des menstruations (plus ou moins deux jours) et en aucun autre temps. Elle est due à la chute du taux d'oestrogènes et peut être prévenue par un traitement hormonal. Elle est relativement rare. A partir de la définition de MAC GREGOR, 7% des migraineuses ne souffrent que de migraine menstruelle.

Les règles sont le facteur déclencheur chez environ 60% des migraineuses. La migraine peut être associée à des céphalées de tension. [4]

7.3.6. Auras migraineuses sans céphalée :

Ce sont surtout des auras visuelles. Elles sont plus fréquentes chez l'homme. Elles peuvent précéder ou alterner avec des crises migraineuses typiques. Leur fréquence augmente avec l'âge. [2]

7.3.7. Migraine confusionnelle :

La migraine confusionnelle est une migraine avec une céphalée qui peut être minime, associée à un état confusionnel pouvant durer de 10 minutes à 2 jours.

Le sujet peut être agité et avoir des troubles de la mémoire ou faire preuve d'inattention, de distraction, et de difficulté à s'exprimer et à agir de façon cohérente. Le diagnostic repose sur l'exclusion. [2]

7.3.8. Migraine dite du joueur de football :

Un léger traumatisme crânien aigu peut déclencher une migraine chez les enfants et les adolescents. Une étude réalisée chez des enfants âgés en moyenne de 7,4 ans qui avaient subi un traumatisme crânien léger, d'antécédent de mal de transports, de migraine, ainsi que de migraines chez les parents, a révélé une forte probabilité de vomissements à la suite d'un traumatisme crânien léger. [4]

7.3.9. Migraine abdominale :

Les critères proposés pour la migraine abdominale (vomissements cycliques) comprennent des antécédents familiaux de migraine, des antécédents de migraine avec ou sans aura, des crises récurrentes identiques de douleurs abdominales, une absence de symptômes abdominaux dans l'intervalle des crises, une installation des crises dans la petite enfance ou chez l'adulte jeune (avant l'âge de 40 ans), touchant surtout la femme,

des épisodes d'une durée d'une heure à plusieurs heures et des douleurs siégeant surtout dans la partie supérieure de l'abdomen. Les douleurs peuvent être associées à des nausées, une pâleur ou une rougeur du visage. La prévalence est à son maximum entre les âges de cinq à neuf ans. Comme pour toutes les formes de migraine, il s'agit de faire un diagnostic d'exclusion.

S'il y a une altération de la conscience, on doit envisager une épilepsie.

Les médicaments utilisés pour le traitement symptomatique ou préventif de la migraine peuvent être utiles. [4]

7.3.10. Syndrome MELAS :

Le trouble rare, composé d'encéphalopathie mitochondriale, d'acidose lactique et d'épisodes simulant un accident vasculaire cérébral, peut se présenter comme une migraine épisodique au début de l'évolution de la maladie. Les éléments suivants doivent être présents : épisodes simulant un AVC avant l'âge de 40 ans, encéphalopathie avec comitialité, démence ou les deux, et arguments en faveur d'une myopathie mitochondriale avec acidose lactique, fibres rouges déchiquetées ou les deux. Au moins deux de ces éléments doivent exister:

- Développement normal dans la première enfance,
- Céphalées récurrentes,
- Vomissements récurrents.

L'intolérance à l'effort dans la plupart des cas, est retrouvée associée à une faiblesse des membres, une petite taille, une surdité, une proteinorachie élevée. [4]

7.3.11. Vertige paroxystique bénin de l'enfance :

Le vertige paroxystique bénin de l'enfance débute généralement entre l'âge de 2 et 5ans, mais peut s'observer avant l'âge de 1an ou jusqu'à 12ans. Les épisodes stéréo typiques sans provocation de vrai vertige avec une sensation de mouvement décrite par les enfants capable d'expression verbale ne durent généralement que quelques secondes ou

quelques minutes, mais peuvent persister pendant les heures. L'enfant devient pâle, incapable de se tenir debout, et veut rester absolument immobile. Il ne se plaint pas de céphalée et ne présente pas d'altération de la conscience, mais le vertige peut être suivi de nausées ou autres troubles intestinaux. Les épisodes sont si brefs qu'un traitement n'est pas nécessaire.

Quand l'enfant sera plus âgé, les vertiges pourront être associées à une céphalée migraineuse ou devenir moins sévères et disparaître. [4]

7.3.12. Migraine avec aura auditive olfactive ou gustative :

7.3.13. Migraine avec aura consistant ou des troubles psychiques :

7.3.14. Migraine avec aura brusque ou aura prolongée :

7.3.15. Les complications de la migraine :

a. L'état de mal migraineux :

IL consiste en une crise de migraine persistant ou se répétant quotidiennement au delà de 72 heures malgré le traitement, l'intrication avec des céphalées de tension dans le cadre d'un syndrome anxio-dépressif et l'usage abusif du tartrate d'ergotamine ou d'antalgiques sont fréquemment en cause. [9]

b. L'infarctus migraineux :

C'est une complication exceptionnelle de la migraine, pour pouvoir établir le lien entre un infarctus cérébral et une migraine, il faut :

- que le patient ait un passé confirmé de migraine avec aura;
- que les signes déficitaires correspondent à ceux de l'aura habituelle;
- et qu'un bilan complet ait éliminé toute autre cause d'infarctus cérébral. [11]

8. Le diagnostic :

8.1. Le diagnostic formel :

Le diagnostic basé essentiellement sur l'interrogatoire et la normalité de l'examen clinique, est généralement facile. [3]

Migraine sans aura :

Quatre critères sont nécessaires au diagnostic de migraine :

A- La douleur doit durer de 4 à 72 heures.

B- La douleur doit avoir au moins deux des caractéristiques suivantes :

Unilatérale; pulsatile; entravant les activités quotidiennes; aggravée par l'effort physique.

C- Durant la crise, il doit exister au moins un des caractères suivants :

Nausées ou vomissements; photophobie ou phonophobie.

D- Existence d'au moins cinq attaques remplissant les conditions **A** et

C. [9]

Migraine avec aura:

A- Un minimum de deux crises répondant à B ci-dessous

B- Au moins trois des quatre caractéristiques suivantes:

1- Un ou plusieurs symptômes de l'aura entièrement réversibles indiquant la présence d'un dysfonctionnement focal du cortex cérébral ou d'un dysfonctionnement du tronc cérébral ;

2- Au moins un des symptômes d'aura évoluant progressivement sur plus de quatre minutes ou au moins deux symptômes survenant l'un après l'autre ;

3- Aucun symptôme d'aura ne dure plus de 60 minutes. En présence de plus d'un symptôme d'aura, la durée acceptée est augmentée en proportion ;

4- La céphalée fait suite à l'aura en laissant subsister un intervalle libre ou un laps de temps inférieur à 60 minutes (ou bien elle peut débiter avant ou en même temps que l'aura). [4]

NB : Chez l'enfant de moins de 15 ans, les attaques peuvent durer entre 2 et 48 heures. Si le patient s'endort et se réveille alors que les signes ont disparu, la fin de l'accès est déterminée par l'heure de l'éveil. [2]

8.2. Le diagnostic différentiel :

Dans les formes typiques, les crises migraineuses ne posent pas de problème diagnostique. On peut discuter:

8.2.1. Les céphalées psychogènes :

Elles sont généralement faciles à distinguer de la migraine en raison de leur caractère continu pendant de longues périodes sans intervalle libre ; cependant, un même patient peut souffrir à la fois de migraine et de céphalées psychogènes. [9]

8.2.2. Une malformation artério-veineuse intra crânienne :

Elle peut donner lieu à une symptomatologie identique à celle de la migraine ; on doit l'évoquer systématiquement lorsque les céphalées et/ou l'aura concernent toujours le même côté. [9]

8.2.3. L'algie vasculaire de la face :

Elle diffère de la migraine principalement du fait :

- De sa prédominance masculine;
- De la durée plus brève des crises;
- De la localisation orbitaire de la douleur;
- Et des signes végétatifs associés.

NB : Toute céphalée paroxystique inhabituelle par son intensité ou sa durée doit faire rechercher une poussée hypertensive ou une hémorragie méningée, même chez un migraineux connu. [9]

8.2.4. L'AIT et les crises d'épilepsie partielle :

Ils sont discutés devant les symptômes neurologiques transitoires de l'aura migraineuse. [9]

9- Examens complémentaires :

Le scanner et l'IRM cérébraux n'ont aucun intérêt chez la grande majorité des migraineux.

Ils ne sont indiqués que lorsque la migraine est atypique ou compliquée. L'EEG ainsi que les potentiels évoqués visuels (PEV) n'ont aucune indication chez les patients présentant des céphalées en général et des migraines en particulier. Les anomalies de l'EEG et des PEV retrouvées chez les migraineux sont dénuées de spécificité.

Les études de la circulation intracrânienne par doppler transcrânien montrent des modifications artérielles non constantes et variables d'une étude à une autre.

Les nouvelles techniques telles que la Single Photo Emission Computed Tomography (SPECT), la Positron Emission Tomography (PET), la Spectroscopie, utilisées uniquement dans la recherche, permettent d'étudier le DSC lors des crises, la consommation de glucose, le métabolisme énergétique, la localisation des neuromédiateurs du *propranolol* ou du *métoprolol* est également possible. [7]

10- Le traitement antimigraineux:

10.1. Le traitement de la crise migraineuse :

10.1.1. Modalités d'administration :

- Prise médicamenteuse dès le début de la crise, voire lors des prodromes, pour une efficacité optimale.
- Eventuellement en association au *métoclopramide* (PRIMPERAN®) qui favorise l'absorption digestive du médicament et diminue les sensations nauséuses qui accompagnent les céphalées.
- Voie d'administration (orale, nasale, sous-cutanée) en fonction des signes digestifs associés.
- Prise exclusivement lors des crises : une consommation régulière entre les crises entraîne une accoutumance conduisant à une augmentation des doses, à une dépendance physique avec des céphalées de sevrage entre les prises médicamenteuses et à une véritable toxicomanie médicamenteuse. [9]

9. 1. 2. Choix du médicament :

Le choix du médicament et la voie d'administration sont fonction de la sévérité de la crise migraineuse :

Stratification en fonction de la sévérité de la migraine options. [4]

Légère :

- Simples analgésiques
- AINS
- Isométheptène

(On peut y associer le *métoclopramide* pour réduire les nausées et stimuler la résorption)

Modérée:

- AINS
- Isométheptène
- Ergotamine – orale, nasale
- Sumatriptan – oral, nasal
- Zolmitriptan – oral, nasal
- Naratriptan – oral
- Rizatriptan – oral, maxalt
- DHE – nasale

(On peut ajouter de la métoclopramide aux agents oraux).

Sévère:

- Ergotamine – rectale
- +
- Antiémétique – rectal
- Sumatriptan – sous cutané, nasal, oral
- Zolmitriptan – oral
- Naratriptan –oral
- Rizatriptan – oral, maxalt
- DHE intramusculaire, nasale

Extrêmement sévère:

- Kétorolac – intramusculaire (60 mg)
- DHE – intraveineuse
- +
- Métopropramide
- Antagonistes de la dopamine
- Opioïdes

10.1. 3. Mesures non médicamenteuses:

Le repos, l'obscurité, le calme et le sommeil sont généralement bénéfiques. Les applications de chaud et/ou de froid ou la pression au niveau de la tête et du cou peuvent aussi être efficaces. [10]

Les traitements des médecines alternatives (l'acupuncture, le yoga, l'hypnose, l'aromathérapie, la chiropratique, la méditation, la phytothérapie, la relaxation progressive ...) sont souvent utiles. [4]

10.2. Le traitement de fond de la migraine :

10. 2. 1. Le but du traitement de fond :

Le traitement de fond a pour objet de diminuer la fréquence et la sévérité des crises migraineuses, d'augmenter la sensibilité des accès aigus aux traitements visant à juguler la crise et d'améliorer la qualité de vie. [4]

11. 2. 2. L'indication du traitement de fond :

Les indications de la pharmacothérapie prophylactique sont bien définies :

- Minimum de deux crises par mois entraînant une invalidité de trois jours ou plus,
- Contre-indications ou inefficacité des traitements symptomatiques,
- Recours aux traitements de crise plus de deux fois par semaine,
- Circonstances particulières : migraine hémiplegique, ou les rares céphalées produisant des perturbations profondes ou amenant un risque de lésion neurologique permanente. [4]

10. 2. 3. Le choix du traitement de fond :

Le choix du traitement de fond est fonction dans l'ordre de :

- Sa tolérance (effets secondaires, nombre de prises qui détermineront l'observance du patient),
- Son efficacité évaluée en terme du nombre de résultats positifs dans les études en double insu contre placebo et produit de référence.

L'efficacité d'un traitement de fond doit se juger sur un « carnet de migraine » comprenant la description de l'horaire, de l'intensité, des facteurs présumés déclenchants etc., car la seule mémoire du patient est en général insuffisante, et la douleur s'oublie vite.

Selon ces critères, selon les contre-indications éventuelles de chaque méthode, selon l'habitude qu'en a le médecin, et enfin selon les modes, on peut utiliser successivement :

- *Les bêta bloquants* (AVLOCARDYL®, SELOKEN®, LOPRESSOR®, TENORMINE®, ...) qui sont bien tolérés souvent, et sont parmi les seuls anti-migraineux à ne pas entraîner de prise de poids;
- un inhibiteur calcique (SEBELIUM®) en se méfiant des états dépressifs, de la prise de poids et des syndromes extrapyramidaux secondaires qu'il peut induire;
- les anti-sérotonine (SANMIGRAN®, NOCERTONE®, DESERNIL®) ;
- un alpha bloquant (VIDORA®);
- l'amitryptiline déjà citée, voire de petites doses quotidiennes d'aspirine, en passant par la relaxation, l'acupuncture ou la diététique etc. [11]

NB : Les règles d'or en matière de traitement de fond bien supporté sont : de ne pas les associer entre eux ; de ne pas en changer avant 3 mois (et si possible davantage pour les bêta bloquants par exemple) ; de suivre son efficacité sur un calendrier des crises. [2]

10.2.4. La durée du traitement de fond :

La durée du traitement de fond, s'il est efficace, est variable mais il serait tout à fait, abusif d'envisager un traitement à vie. Après plusieurs mois

voire un ou deux ans de répit acceptable, on peut tout à fait envisager sa réduction progressive puis son arrêt, quitte à en utiliser un autre quelques années plus tard. [2]

10. 3. Les cas particuliers :

10. 3. 1. Migraine et pilule :

Chez les patientes souffrant de migraine commune, la pilule oestroprogestative n'est pas défendue à priori. Parfois la pilule peut même avoir un effet bénéfique sur la fréquence ou l'intensité des crises. Par contre la recrudescence des crises sous pilule et l'existence de crises de migraine accompagnée contre indiquent l'usage des oestroprogestatifs surtout lorsque la patiente est tabagique. [9]

10. 3. 2. Migraine cataméniale:

- L'oestradiol administré par voie cutanée permet d'éviter la baisse brutale de la stimulation oestrogénique qui participe au déclenchement des crises.
- Ce traitement est réservé aux patientes dont les crises surviennent exclusivement lors des règles et dont le cycle est régulier.
- Il consiste à appliquer quotidiennement une mesure d'oestradiol® sur la peau pendant 7 jours en débutant 48 heures avant les règles.

10.3.3. Traitement de l'état de mal migraineux :

- Essayer *le Sumatriptan* en 1^{ère} intention (6mg sc.) en respectant les contre indications (s'assurer en particulier de l'absence de prise de dérivés de l'ergot de seigle depuis au moins 24 heures).

- En CAS d'échec:

- Hospitalisation;
- Repos au lit à l'obscurité et au calme;
- Soutien psychologique ;
- Arrêt des médicaments antimigraineux prescrits;
- Hydratation par voie parentérale ;
- *Métoclopramide* (PRIMPERAN®) : 1 à 3 ampoules IV/jour
- *Anutryptiline* (LAROXYL®), en l'absence de contre indication, en perfusion IV lente à dose progressivement croissante : 1 ampoule à 50 mg/jour initialement, puis 3 ampoules/jour au maximum ;
- Autre possibilité : *la dépakine* en IV (500 mg toutes les 8 heures). [9]

2e PARTIE:

LA QUALITE DE VIE

Walker et Calman proposent la définition suivante de la qualité de vie:

- « concept concernant des caractéristiques et incapacités physiques et psychiques qui influent sur la capacité d'un individu à fonctionner et à en retirer une satisfaction » [12].

- « la distance qui sépare les espoirs des patients et leurs réalisations : plus cette distance est petite, plus la qualité de vie est grande » [11].

La qualité de vie est un concept large qui englobe l'évaluation de la personne sur tous les aspects de son expérience. Elle comprend des dimensions importantes de la vie, très éloignées des problèmes médicaux comme l'accomplissement et la réalisation spirituelle. Il faut donc s'intéresser aux aspects de la qualité de vie qui peuvent être affectés par le résultat thérapeutique. [13]

Bergner a identifié cinq (5) dimensions de l'état de santé:

1. les caractéristiques génétiques et héréditaires ;
2. une dimension biochimique, physiologique et anatomique qui comprend l'altération de ces systèmes, la maladie, les signes et les symptômes ;
3. l'état fonctionnel qui comprend la performance pour les activités usuelles de la vie, telles que le soin de soi, l'activité physique et le travail ;
4. la condition mentale qui comprend les sentiments positifs et négatifs ;
5. la santé potentielle qui comprend la longévité et le pronostic.

La qualité de vie liée à la santé englobe certaines dimensions de l'état de santé qui sont directement ressenties par la personne, notamment le fonctionnement physique, la santé mentale, les fonctions cognitives, le rôle social et fonctionnel, l'énergie, les perceptions générales de la santé, les symptômes, la sexualité et le sommeil. [13]

Tableau II : Critères de santé liés à la qualité de vie

Dimension	Description
Fonctionnement physique	Activités de la vie quotidienne, activités fatigantes
Santé mentale	Anxiété, dépression, bien-être, contrôle comportemental et émotionnel
Fonctionnement social	Quantité et qualité des contacts sociaux
Rôle fonctionnel	Aptitude à exécuter un travail ou les activités habituelles
Fonctionnement cognitif	Attention, mémoire, concentration
Energie	Energie et fatigue
Perceptions générales de la santé	Autoévaluation globale de la santé
Douleur	Sévérité et fréquence de la douleur
Symptômes	Nausées, céphalées, vertiges, etc.
Fonctionnement sexuel	Performance et satisfaction
Sommeil	Quantité et qualité du sommeil

I. Structure des mesures et modes d'administration :

La mesure de la qualité de vie liée à la santé fait confiance à une somme d'indicateurs de différentes dimensions. Certaines mesures consistent en un item unique de santé globale comme la question : « Diriez-vous que votre santé est excellente, très bonne, bonne, acceptable ou mauvaise ? » La plupart des instruments comportent cependant une série de questions ou d'items qui sont additionnés afin de donner un score pour chaque dimension spécifique.

Les questionnaires peuvent être des auto questionnaires ou des questionnaires faisant appel à des enquêteurs entraînés. Les enquêtes représentent un travail intensif, mais ils assurent la compliance et réduisent les mauvaises interprétations. Les enquêtes peuvent être faites par une personne ou par téléphone. On demande parfois à un répondant suppléant d'estimer le résultat désiré par le malade, comme dans le cas d'un patient qui rapporte la santé d'un enfant. [13]

II. Types de mesures de la qualité de vie :

Il existe deux approches de base pour évaluer la qualité de vie : générique et spécifique de la maladie. Les formats de mesure peuvent être de simples index, des profils de santé ou des mesures fonctionnelles. [13]

1. Les instruments génériques :

Ils sont destinés à être utilisés dans différents traitements, maladies, situations et groupes de malades. Leur principal avantage est de pouvoir être utilisés quelle que soit la population et de permettre de comparer l'impact relatif de diverses interventions sur la santé.

Ils peuvent cependant ne pas répondre aux modifications des conditions spécifiques et être généraux pour guider la prise de décision clinique [13]

2. Les instruments spécifiques :

Les mesures spécifiques d'une maladie s'intéressent aux dimensions de la santé en fonction d'une maladie particulière, de la population, des symptômes ou des problèmes qui pourraient répondre plus à une modification qu'à un instrument générique. [13]

2.1. Le questionnaire d'évaluation de la santé :

Elaboré par Freis en 1982, il a été largement utilisé dans les études sur l'arthrose. Il comprend des questions sur la force de préhension de la main et sur la douleur. [13]

2.2. Les indices uniques :

Ils tentent de réduire certains concepts à une échelle unidimensionnelle. Ils sont brefs, mais ils sont moins fiables que les échelles comportant plusieurs items. Ils apportent généralement des informations limitées.

L'exemple type est le score d'état de performance de Karnofsky :

Il a été élaboré en 1948. Il est généralement utilisé dans les essais sur le cancer. Il associe des données sur la capacité de travailler, d'effectuer des activités normales sans assistance et de s'occuper de ses besoins personnels. [13]

Tableau III: score de Karnofsky

Classification de l'OMS	Index de Karnofsky (%)
0: Activité normale non limitée	100 Activité normale sans symptômes
	90 Activité normale, faibles symptômes
1 : Symptômes, peut se prendre en charge seul à la maison	80 Activité normale seulement avec des efforts
	70 Seulement activité diminuée possible
2 : Incapacité de travail, dans la journée < 50% du temps au lit	60 Parfois une aide extérieure est nécessaire
	50 Souvent une aide extérieure est nécessaire
3 : Dans la journée > 50% du temps au lit ; nécessite des soins	40 Essentiellement au lit
	30 Nécessite des soins par un personnel formé
4 : En permanence alité et complètement dépendant	20 Gravement malade, traitement de support nécessaire
	10 Moribond

2.3. Les profils de santé :

2.3.1.Le profil d'impact de la maladie :

Il a été mis au point en 1981 par Bergner. Il évalue une dimension physique (comprenant le déplacement, la mobilité, les soins corporels et le mouvement), une dimension psychosociale (comprenant l'insertion sociale, l'état de vigilance, la communication et l'état émotionnel) et d'autres domaines comprenant l'alimentation, le travail, la tenue du domicile, le sommeil, le repos et les loisirs.[13]

2.3.2.Le profil de santé de DUKE :

Les baromètres santé utilisent, depuis 1996, le profil de santé de DUKE pour l'évaluation de la qualité de vie.

Cet instrument comporte 17 questions combinées entre elles pour former différentes échelles correspondant aux dimensions suivantes : physique, mentale, santé sociale, santé perçue, anxiété, douleur, estime de soi et dépression.

Les scores obtenus après l'association des questions sont normalisés de 0, le score de santé le plus bas, à 100. Excepté pour les scores d'anxiété, de dépression, d'incapacité et de douleur qui sont évalués en sens inverse : les scores optimaux prenant la valeur 0. Un score global nommé « santé générale », peut être également calculé en additionnant les dimensions physique, mentale et sociale.

Tableau IV : Questions du profil de santé de DUKE et leurs dimensions correspondantes

Questions	Oui* (%)	Dimensions
1. Je me trouve bien comme je suis		Mentale, estime de soi
2. Je ne suis pas quelqu'un de facile à vivre		Sociale, estime de soi, anxiété
3. Au fond, je suis bien portant		Santé perçue
4. Je me décourage trop facilement		Mentale, estime de soi, dépression
5. J'ai du mal à me concentrer		Mentale, anxiété, dépression
6. Je suis content de ma vie de famille		Sociale, estime de soi
7. Je suis à l'aise avec les autres		Sociale, anxiété, estime de soi
8. Vous auriez du mal à monter un étage		Physique
9. Vous auriez du mal à courir une centaine de mètres		Physique
10**. Vous avez eu des problèmes de sommeil		Physique, anxiété, dépression
11. Vous avez eu des douleurs quelque part		Physique, douleur
12. Vous avez eu l'impression d'être fatigué(e)		Physique, anxiété, dépression
13. Vous avez été triste ou déprimé(e)		Mentale, dépression
14. Vous avez été tendu(e) ou nerveux (se)		Mentale, anxiété
15a. Vous vous êtes retrouvé(e) avec des gens de votre famille qui n'habitent pas chez vous ou avec des copains en dehors de l'école (12-17 ans)		Sociale
15b. Vous avez rencontré des parents ou des amis au cours de conversation ou de visites (18 ans et plus)		Sociale
16. Vous avez eu des activités de groupe ou de loisirs		Sociale
17. Vous avez dû rester chez vous ou faire un séjour en clinique pour raison de santé		Incapacité
<p>* Correspond à : « à peu près ou tout à fait votre cas » pour les questions 1 à 7 et « un peu ou beaucoup » pour les questions 8 à 16.</p> <p>** A partir de cette question et pour les suivantes, la période concerne les « huit derniers jours ».</p>		

2.3.3. L'échelle générale de qualité de vie (SF-36) :

Ce questionnaire a été mis au point en 1992 par Ware. La medical outcome study short form ou SF-36 a été validée en français. C'est une échelle à auto remplissage qui comprend huit sous échelles de qualité de vie liées à la santé :

- activité physique ;
- santé psychique ;
- limitations liées à des problèmes émotionnels ;
- relations sociales ;
- limitations liées à des pathologies physiques ;
- douleur physique ;
- perception générale de l'état de santé ;
- vitalité.

On cote chaque sous échelle entre zéro (le plus mauvais score) et 100 (le meilleur score) et il n'y a pas de score global. [9]

Tableau V : Dimensions de qualité de vie explorées par l'échelle SF-36 et contenu des items constitutifs de chaque dimension

Dimensions	Nombre d'items	Contenu des items
Activité physique	10	Efforts physiques importants (courir, faire du sport...) Ou modérés (déplacer une table, activités ménagères...), porter les courses, monter les escaliers, marcher, prendre un bain, s'habiller...
Impact des problèmes physiques	4	Influence de l'état physique sur le travail et autre activité (difficultés, réduction du temps passé ou du nombre d'activités...)
Douleurs physiques	2	Intensité des douleurs Influence des douleurs sur le travail et les activités domestiques
Etat de santé	5	Appréciation du patient sur son état de santé (absolu, relatif par rapport à d'autres personnes, modification de l'état de santé)
Vitalité	4	Dynamisme, énergie, fatigue
Vie sociale	2	Influence de l'état de santé, physique ou émotionnel, sur la vie sociale (importance et durée de la gêne)
Impact des problèmes émotionnels	3	Influence de l'état émotionnel sur le travail et les activités habituelles (difficultés, réduction du temps passé ou des réalisations...)
Santé	5	Nervosité, calme, tristesse, bonheur, découragement...

2.3.4.L'échelle de qualité de vie (QVM ou SF-20) :

Au début des années 1990, le petit nombre de travaux effectués sur la migraine avaient démontré que la qualité de vie des patients migraineux, mesurée à l'aide d'une échelle générale (SF36), était autant perturbée que celle de patients atteints de pathologies invalidantes comme une arthrite, des troubles gastro-intestinaux ou le diabète, et même plus altérée pour certains aspects (relations sociales, douleurs et santé mentale). Ces résultats ont suggéré que le retentissement de la migraine sur la qualité de vie était important et méritait des études spécifiques [3].

Le principe de base de la construction du questionnaire :

La mesure de la qualité de vie repose essentiellement sur le point de vue du malade et représente une approche fondamentalement subjective. CALMAN définit la qualité de vie comme la distance qui sépare les espoirs des patients et leurs réalisations : plus cette distance est petite, plus la qualité de vie est grande .L'utilisation d'auto questionnaire de qualité de vie est une approche adaptée à la prise en compte de cette subjectivité.

L'objectif visé était de construire un outil d'utilisation simple et capable de mesurer les modifications sous traitement du retentissement de la migraine sur les trois grands axes de la qualité de vie [3] :

- le fonctionnement physique,
- la vie sociale et relationnelle,
- la vie intérieure ou dimension psychique.

Le questionnaire :

Le questionnaire « Qualité de Vie et Migraine» comporte 20 items, issus d'un « pool » de 60 questions utilisées dans le cadre d'une enquête épidémiologique réalisée en France.

Le choix initial des 60 questions a été fait au sein d'un groupe d'experts neurologues spécialistes de la migraine.

La sélection des 20 items du questionnaire QVM à partir de l'enquête épidémiologique a été établie par des auteurs d'une part en fonction du contenu des questions de façon à satisfaire à la structure multidimensionnelle désirée (axes physique, psychologique et social) et d'autre part en fonction de la fréquence et de l'intensité des plaintes rapportées par les patients migraineux dans l'étude du GRIM.

Cette deuxième condition visait à ne garder que les items de la qualité de vie les plus perturbés par la migraine dès lors que l'objectif fixé était le développement d'un outil spécifique.

La répartition des 20 items a été établie à priori avec 8 items pour l'axe physique, 6 items pour l'axe psychologique et 4 items pour l'axe social. Deux questions ont été ajoutées pour explorer la gêne représentée par le traitement de la migraine.

Pour chacun des 20 items, il était proposé au patient 5 modalités ordonnées de réponses évaluant le retentissement de la migraine sur la qualité de vie durant les trois derniers mois. Ces modalités sont les suivantes :

- 1= pas du tout
- 2 = Un peu,
- 3 = Modérément,
- 4 = Beaucoup,
- 5 = énormément

Structuration du questionnaire :

Veillez lire attentivement les instructions ci- dessous :

Dans les pages qui suivent vous trouverez des propos tenus par des personnes souffrant de migraines .Choisissez la réponse qui convient le mieux :

- en dehors des moments de migraine
- que vous aviez ou non un traitement

Choisissez la réponse qui se rapproche le plus de vous actuellement, et vous cochez la case correspondante.

Attention ne cochez qu'une seule case par série de réponse
Durant les trois derniers mois, à quel point votre vie a-t-elle été perturbée :

1. parce que vos crises de migraine ont été douloureuses ?
2. parce que vos crises de migraine ont duré longtemps ?
3. parce que vos crises de migraine ont été fréquentes ?
4. Parce que vous avez eu d'autres troubles dus à la migraine (gêne à la lumière ou au bruit, nausées, vomissements...)?
5. parce que vous avez dû consulter un médecin pour votre migraine ?
 6. parce que vous avez dû éviter certaines choses ou activités à cause de votre migraine (exemple : boire de l'alcool, fumer ou aller dans les lieux enfumés, manger certains aliments, se coucher ou se lever tard, voyager, faire du sport...)?
7. par le traitement de votre migraine ?
8. par la crainte d'avoir une crise de migraine ?
9. par le sentiment d'être différent des autres à cause de votre migraine ?
10. par le sentiment d'être mal compris à cause de votre migraine ?
11. par un sentiment de tristesse dû à votre migraine ?
12. par une irritabilité due à votre migraine ?
12. par une perte d'énergie, une fatigue dues à votre migraine ?

Durant les trois derniers mois, à quel point votre migraine a-t-elle perturbé :

14. votre travail ?
15. vos activités quotidiennes ?
16. vos relations avec votre famille, votre entourage, vos amis ?
17. votre activité sexuelle ?
18. votre sommeil ?
19. votre alimentation ?
20. vos loisirs ?

LE SCORE :

- 1= énormément (le pire),
- 2= beaucoup,
- 3=modérément,
- 4= un peu,
- 5= pas du tout (le meilleur).

Contrairement à la SF36 on peut calculer les sous scores de chaque catégorie mais aussi un score global variant de 20 à 100 :

20 étant la plus mauvaise qualité de vie et 100 correspondant à la meilleure qualité de vie.

2.3.5. L'échelle MSQOL :

C'est une échelle anglaise traduite et validée en français. Elle est constituée de 20 items avec quatre modalités de réponse pour chaque item. La sommation des sous scores donne un score total qui varie de 20 : la plus mauvaise qualité de vie à 80 : la meilleure qualité de vie. [14]

NB : Il faut s'il vous plaît voir les annexes pour la structuration du questionnaire.

2.3.6. L'échelle MIDAS (migraine disability assessment) :

Elle permet d'évaluer l'incapacité liée aux céphalées (voir les annexes pour la structuration du questionnaire).

NB : Toutes les échelles de qualité de vie spécifiques de la migraine ne pourront pas être décrites dans ce chapitre.

2.3.7. L'association des échelles de qualité de vie :

Les auteurs utilisent de plus en plus la combinaison de différents outils d'évaluation de la qualité de vie.

Nous avons choisi l'auto questionnaire MSQOL/MIDAS pour la simplicité et la clarté des 20 items du MSQOL. Cette échelle nous a semblé complète pour évaluer le retentissement de la migraine sur les différentes dimensions de la vie du sujet porteur de la maladie migraineuse. Pour une étude en milieu non médicalisé où tous les sujets ne reçoivent pas forcément un traitement pour leur migraine, l'absence d'items concernant le traitement pouvait être un facteur pouvant influencer notre étude.

Le MSQOL est une échelle plus courte que la SF-36 qui a 36 items et chaque item a un contenu dont l'importance varie d'un item à un autre. Elle a 20 items comme la SF-20 mais elle offre quatre modalités de réponse par item contre cinq modalités de réponse pour celle-ci.

Le MIDAS permet de cerner les aspects du retentissement de la migraine sur la productivité et sur la vie sociale des patients migraineux que le MSQOL ne les a pas pris en compte.

Notre choix nous semblait être compatible avec les objectifs de notre étude.

IV

METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude :

Notre étude a été réalisée dans le district de Bamako qui couvre une superficie de 267 km². Il compte 66 quartiers répartis entre 6 communes avec une population estimée à 1.016.296 habitants (DNSI 1998).

2. Population d'étude :

Notre étude a porté sur les sujets reconnus comme présentant une céphalée dont les caractéristiques étaient compatibles avec une migraine ou une céphalée de tension. Ses sujets étaient des résidents du district de Bamako et leur âge était compris entre 10 - 35 ans.

2.1. Critères d'inclusion :

Étaient inclus dans notre étude, tous les sujets de sexe masculin ou féminin, ayant été reconnus comme présentant une céphalée répondant aux caractéristiques de la migraine ou de la céphalée de tension selon les critères IHS (1988) ou de la céphalée médicamenteuse, pouvant remplir l'auto questionnaire c'est-à-dire savoir lire et écrire.

2.2. Critères d'exclusion :

Étaient exclus de notre étude, tous les sujets présentant des céphalées symptomatiques d'une étiologie infectieuse ou traumatique entre autre. Toutes les céphalées dont les caractéristiques étaient incompatibles avec celles de la migraine, de la céphalée de tension ou de la céphalée médicamenteuse.

Les analphabètes aussi ne faisaient pas partir de notre étude.

3. Type et période d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale qui s'est déroulée du 16 au 25 mars 2004. L'enquête dans les communes V et VI a été achevée immédiatement du 26 au 28 du même mois. Cette période correspondait à la période des examens de deuxième trimestre pour les élèves de la sixième année fondamentale, ceux du second cycle et du secondaire.

4. Echantillonnage de l'étude de la prévalence des céphalées :

L'étude de la prévalence des céphalées dans le district de Bamako nous a servi d'étude de base.

Il avait été procédé à un échantillonnage par grappes. Pour une prévalence attendue de 5,3 %, le nombre minimum de sujets nécessaires à cette étude de base a été de 7582 cas. L'unité statistique était le sujet de sexe masculin ou féminin de 6 ans au moins et 35 ans au plus. La population d'étude a été stratifiée en grappes : 96 grappes ont été déterminées. La taille d'une grappe était de 79 unités statistiques.

La répartition des grappes à travers les 6 communes du district était la suivante : 18 en commune I, 12 en commune II, 10 en commune III, 17 en commune IV, 18 en commune V, 21 en commune VI.

La première grappe était située à Banconi en commune I et la 96ème grappe était située à Banankabougou en commune VI.

5. Déroulement de l'enquête :

Dix (10) enquêteurs ont été recrutés pour participer à l'étude. Ces critères de recrutement étaient les suivants : leur motivation, leur niveau de formation, leur intérêt pour la question objet de l'étude. Neuf étaient des étudiants du second cycle. La supervision était assurée par un médecin généraliste enquêteur. Tous les enquêteurs ont été formés à l'occasion d'un séminaire animé par une équipe multidisciplinaire comportant trois épidémiologistes, un anthropologue et un neurologue.

Les enquêteurs ont été repartis dans les communes selon les modalités suivantes : deux enquêteurs pour la commune II et la commune III, deux enquêteurs pour chacune des autres communes.

Il s'agissait d'une enquête porte à porte. La 1^{ère} concession a été déterminée au hasard. Elle devrait être située immédiatement à droite après la rue perpendiculaire à celle empruntée par les enquêteurs. Les concessions voisines étaient visitées de proche en proche. Au bout de chaque rue, les enquêteurs tournaient à droite et visitaient la maison située immédiatement à droite. Toutes les personnes présentes au moment du passage des enquêteurs ont été consultées dès lors qu'elles en faisaient la demande.

NB :

- L'auto questionnaire MSQOL/MIDAS a fait l'objet d'un pré-test dans le but de vérifier si cet outil d'évaluation était adapté aux populations concernées, de déceler les éventuelles limites de son utilisation afin de procéder aux ajustements nécessaires.

- L'aspect éthique de l'enquête : une demande d'autorisation d'enquête a été adressée aux autorités municipales de chaque commune. Les chefs de quartier ont été informés par la même occasion. Chaque personne susceptible d'être enquêtée était informée l'intérêt de l'étude. Elle avait le libre choix d'adhérer à cette enquête. Les personnes souffrant de céphalées très intenses recevaient des antalgiques et/ou des AINS. Celles présentant des troubles du comportement devaient passer gratuitement un scanner cérébral.

6. Supports de l'étude :

Outre les caractéristiques socio démographiques, la fiche d'enquête comportait les éléments permettant l'identification de la migraine, de la céphalée de tension selon les critères de l'IHS (1988), et de la céphalée médicamenteuse (céphalée de rebond par abus d'antalgiques).

➤ **Critères diagnostiques de la migraine sans aura selon l'IHS (1988) :**

Au moins cinq crises répondant aux critères **B** et **D**.

A- Crises de céphalées durant de quatre à soixante-douze heures (sans traitement).

B- Céphalées ayant au moins deux des caractéristiques suivantes :

Unilatéralité, pulsatilité, intensité modérée ou sévère ;

C- Aggravation par les activités physiques de routine, telles que montée ou descente des escaliers.

D- Durant les céphalées, au moins l'un des caractères suivants :

Nausées et/ou vomissements, photophobie et phono phobie.

➤ **Critères diagnostiques de la céphalée dite de tension :**

A- Au moins 10 épisodes de céphalées remplissant les critères B a D.

B- Céphalée durant de 30 minutes à 7 jours.

C- La douleur comporte au moins 2 des caractéristiques suivantes :

1. à type de pression ou de serrement (non pulsatile)

2. légère ou modérée (peut gêner les activités mais non les empêcher)

3. localisation bilatérale

4. pas d'aggravation lors des activités physiques de routine

D- Les deux caractères suivants :

1. pas de nausée ou de vomissement (anorexie peut être présente)

2. la photophobie et la phono phobie sont absentes ou l'une d'elles est présente.

➤ **Caractéristiques cliniques de la céphalée médicamenteuse :**

La céphalée médicamenteuse est encore appelée céphalée de rebond par abus d'analgésiques ou céphalée par surconsommation d'antalgiques.

Un certain nombre de Caractéristiques cliniques permettent de reconnaître une céphalée médicamenteuse chez les sujets présentant

une céphalalgie primaire.

Ces caractéristiques sont les suivantes:

1. céphalées réfractaires survenant tous les jours ou presque.
2. Les céphalées se produisent chez un sujet qui présente une céphalalgie primaire et fait un usage très fréquent de produits procurant un soulagement immédiat, souvent en quantités excessives.
3. L'intensité, le type et la localisation de la céphalée varient de temps en temps.
4. Le moindre effort physique ou intellectuel amène un mal de tête, c'est-à-dire le seuil des céphalées semble très peu élevé.
5. Les céphalées sont accompagnées d'asthénie, de nausées et autres troubles gastro-intestinaux, d'agitation, d'anxiété, d'irritabilité, de troubles de mémoire, de troubles de la concentration et de dépression.
6. Les céphalées sont rythmées par l'absorption des médicaments.
7. L'effet des analgésiques semble s'épuiser avec le temps, ce qui incite à augmenter les doses.
8. Le sevrage brutal des analgésiques est suivi par un état de manque.
9. L'arrêt des médicaments est suivi par une amélioration spontanée des maux de tête.
10. L'association de traitements prophylactiques s'avère relativement inefficace tant que les malades consomment de grandes quantités excessives de médicaments destinés à produire un soulagement immédiat.

7. Variables mesurées :

Le questionnaire MSQOL a été utilisé pour évaluer la qualité de la vie. Il comportait 20 items. Pour chaque item: le score pouvait être coté 1, 2, 3, 4.

1 correspondait au plus mauvais score;

2 -//- au score passable;

3 -//- au bon score ;

4 -//- au meilleur score.

Le score global varie entre 20(la plus mauvaise qualité de vie) et 80(la meilleure qualité de vie).

❖ Pour la mesure de la qualité de vie, les quatre modalités de réponse pour chaque item ont reçu respectivement dans l'ordre descendant les scores 1, 2, 3,4 .Exemple : Pour la question : je fais attention de ne pas trop me fatiguer

Oui, je fais très attention =1(le plus mauvais score)

Oui, je fais assez attention =2

Non, je ne fais pas vraiment attention =3

Non, je ne fais pas du tout attention =4 (le meilleur score).

Une sommation de score pour les 20 items donne un score global allant de 20 à 80.La qualité de vie est dite bonne si ce score était inférieur ou égal à 40, passable e s'il était compris entre 40 et 50, mauvaise entre 50 à 60, et très mauvaise entre 60 et 80.

Pour l'évaluation du retentissement de la migraine sur les trois axes de la qualité de vie, les 20 items ont été divisés entre ceux-ci comme suite :

1^{er} axe : le fonctionnement physique (Q1, Q3, Q9, Q11, Q12, Q14, Q16, Q17) ;

2^é axe : la vie sociale et relationnelle (Q2, Q5, Q13, Q20) ;

3^é axe : la vie intérieure ou dimension psychique (Q4, Q6, Q7, Q8, Q10, Q15, Q18, Q19).

De la même façon que ci dessus, plus le score total est bas par rapport au score maximal possible, plus la qualité de vie est mauvaise.

Pour les axes 1 et 3, un score inférieur ou égal à 16 signifiait d'une mauvaise qualité de vie ou encore une perturbation sur cet axe.

Pour l'axe 2, un score d'au plus 8 signifiait une mauvaise qualité de vie pour celui ci.

❖ Pour l'appréciation de la sévérité des céphalées :

- une céphalée n'empêchant pas les activités quotidiennes du sujet était estimée légère,
- une céphalée entravant les activités quotidiennes du sujet était estimée modérée,
- la céphalée était handicapante si elle obligeait le sujet à garder le lit.

❖ Le MIDAS a été utilisé pour évaluer l'impact des céphalées sur la famille et sur la société en terme de jours manqués pour les études et/ou dans le travail.

8. Le recueil des données :

Les résultats de l'enquête de prévalence des céphalées ont rendu disponible des données sur les caractéristiques sociodémographiques (le nom, le prénom, l'âge, le sexe, la profession, le niveau d'éducation) et sur les variables caractéristiques.

Un total de 139 personnes estimées potentiellement capable d'utiliser le questionnaire a été retenu parmi les 7582.

9. Saisie et analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées sur SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 11.0.

V

RESULTATS

1. Caractéristiques sociodémographiques

1.1. Tableau VI: Caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques		Nombre	Pourcentage
Sexe	Masculin	74	53,2
	Féminin	65	46,8
Age	10 à 18 ans	30	22
	19 à 25 ans	76	55
	Plus de 25 ans	32	23
Profession	Elèves	67	48,2
	Etudiants	40	28,8
	Fonctionnaires	4	3
	Autres	28	20
Niveau d'éducation	Primaire	20	14,4
	Secondaire	71	51,1
	Supérieur	48	34,5
Effectif total (N=139)		139	100

Les sujets enquêtés étaient du sexe masculin dans 53,2% des cas. La plupart d'entre eux étaient âgés de 19 à 25 ans soit 55 % des cas. Les élèves ont été les plus nombreux avec 48.2% des cas contre 3% pour les fonctionnaires. Le niveau d'éducation secondaire a été le plus rencontré avec 51,1%. Le total pour l'âge fait 138(une personne n'ayant pas répondu à cette question).

2. Caractéristiques cliniques

2.1. Tableau VII = Type et degré de sévérité des céphalées

		Fréquence	Pourcentage
Type de céphalées	Migraine	34	24,5
	Céphalées de tension	39	28
	Céphalée Médicamenteuse	66	47,5
Degré de sévérité	Légère	27	19,4
	Modérée	71	51,1
	Handicapante	41	29,5
Effectif total (N=139)		139	100

La migraine a été retrouvée dans 24,5% des cas. Plus de la moitié des céphalées (51,1%) étaient d'intensité modérée et environ 1/3 (29,5%) d'entre elles étaient handicapantes.

2.2. Tableau VIII: Nombre de journées où les céphalées ont duré plus de 24 heures selon le type de céphalées

Type de céphalées	Fréquence	Nombre de journées		
		1 à 6	7 à 14	15 à 21
Migraine	34	44,12%	29,41%	26,47%
Céphalée de tension	39	28,20%	23,08%	48,72%
Céphalée Médicamenteuse	66	34%	19,03%	46,97%
Effectif total (N=139)	139			

Le nombre de journées de crises de céphalées prolongées ne variait pas significativement quelque soit le type de céphalée ($\text{Chi}^2=2,11$; $p=0,35$). La durée des crises apparaît relativement courte pour la migraine comparée aux autres types de céphalées.

2.2. Tableau IX : Intensité des céphalées estimée sur l'échelle (0 à 10)

Echelle de 0 à 10	Fréquence	Pourcentage
0-5	52	48
6-10	57	52

Cinquante deux pour cent des patients (52%) ont estimé que leur céphalée était intense.

2.4. Tableau X : L'estimation de l'intensité des céphalées sur une échelle de 0 à 10 selon le type de céphalées

Type de céphalées	Fréquence	Estimation de l'intensité des céphalées	
		0 à 5	6 à 10
Migraine	34	44,12%	38,23%
Céphalée de tension	39	38,46%	48,72%
Céphalée Médicamenteuse	66	33,33%	37,88%
Effectif total (N=139)	139		

Le test du Chi²= 1,14 ; p=0,56

L'estimation de l'intensité des céphalées ne variait pas significativement quelque soit le type de céphalées (p= 0,56).

2.5. Tableau XI : Répartition des céphalées selon la sévérité

Type de céphalées	Fréquence	Intensité des céphalées		
		Légère	Modérée	Handicapante
Migraine	34	14,70%	50%	35,29%
Céphalée de tension	39	15,38%	56,41%	28,20%
Céphalée médicamenteuse	66	24,24%	48,48%	27,27%
Effectif total (N=139)	139			

L'intensité des céphalées ne variait pas significativement en fonction du type de céphalée ($\chi^2 = 0,64$; $p = 0,73$). Quelque soit le type de céphalées, l'intensité était modérée chez environ la moitié des sujets enquêtés.

3. Distribution des types de céphalées selon les caractéristiques sociodémographiques

3.1. Tableau XII : Type de céphalées selon l'âge

Type de céphalées	Fréquence	Age		
		10 à 18 ans	19 à 25 ans	26 à 35 ans
Migraine	34	20,6%	55,88%	23,52%
Céphalée de tension	39	23,08%	58,97%	17,95%
Céphalée médicamenteuse	66	21,21%	51,51%	25,76%
Effectif total (N=139)	139			

Le pic des trois types de céphalées se situait entre 19-25 ans. (p=0,75)

3.2. Tableau XIII : Type de céphalées selon le sexe

Type de céphalées	Fréquence	Sexe	
		Masculin	Féminin
Migraine	34	44,12%	55,88%
Céphalée de tension	39	48,72%	51,28%
Céphalée médicamenteuse	66	60,61%	39,39%
Effectif total (N=139)	139		

La migraine et la céphalée de tension étaient plus fréquentes chez les sujets de sexe féminin ($\text{Chi}^2=2,90$; $p=0,24$) alors que la céphalée médicamenteuse était plus fréquente chez ceux de sexe masculin ($\text{Chi}^2=2,90$; $p=0,24$).

3.3. Tableau XIV : Type de céphalées selon la profession

Type de céphalées	Fréquence	Profession	
		Elèves et étudiants	Autres
Migraine	34	79,41%	20,59%
Céphalée de tension	39	74,36%	25,64%
Céphalée médicamenteuse	66	77,27%	22,73%
Effectif total (N=139)	139		

Les différents types de céphalées étaient beaucoup plus observées chez les élèves et des étudiants ($\text{Chi}^2=0,27$; $p=0.87$) soit environ 75 % des cas.

3.4. Tableau XV : Type de céphalées selon le niveau d'éducation

Type de céphalées	Fréquence	Niveau d'éducation		
		Primaire	Secondaire	Supérieur
Migraine	34	11,76%	58,82%	29,41%
Céphalée de tension	39	15,38%	48,72%	35,90%
Céphalée médicamenteuse	66	15,15%	48,48%	36,36%
Effectif total (N=139)	139			

La proportion des différents types de céphalées ne variait pas significativement selon le niveau d'éducation ($\text{Chi}^2=1,08$; $p=0,58$). Le niveau secondaire était le plus représenté quelque soit le type de céphalées. Il y'a une interférence entre l'âge et le niveau d'éducation du fait que la plupart des enquêtes étaient des scolaires.

4. Retentissement des céphalées sur la qualité de vie

4.1. Répartition des assertions du MSQOL suivant les trois dimensions de la qualité de vie

4.1.1. Tableau XVI : Retentissement des céphalées sur le fonctionnement physique

Assertions	Réponse	Fréquence	Pourcentage
Je me sens désarmé dès qu'une migraine commence	vrai	85	63
	faux	50	37
Je fais attention de ne pas trop me fatiguer	vrai	100	72,5
	faux	38	27,5
C'est important d'éviter les changements dans mon rythme de vie	vrai	102	75
	faux	34	25
J'essaie d'éviter une trop grande activité	vrai	91	68
	faux	43	32
J'appréhende les longs trajets	vrai	116	85
	faux	20	15
J'essaie d'éviter les endroits qui pourraient déclencher une migraine	vrai	93	69,4
	faux	41	30,6
J'essaie d'éviter de me surmener	vrai	104	77,6
	faux	30	22,4
Je me sens déprimé(e) à cause de mes migraines	vrai	101	74
	faux	35	26
Effectif total (N=139)		139	100

Dans 68 à 77,6% des cas, les patients avaient une conduite d'évitement. 72,5% d'entre eux évitaient la fatigue et le surmenage. Dans 74 et 85% des cas, la dépression était ressentie à cause de leur céphalée. Toutes les assertions n'ont pas été répondues par tous les sujets enquêtés.

4.1.2. Tableau XVII: Retentissement des céphalées sur la dimension psychoaffective

Assertions	Réponse	Fréquence	Pourcentage
Je m'inquiète que mes migraines puissent perturber la vie des autres	vrai	91	66
	faux	47	34
Je me fais du souci par ce que j'ai l'impression de négliger mes proches	vrai	84	61
	faux	54	39
J'accepte mal le temps perdu à cause de mes migraines	vrai	84	61
	faux	54	39
Cela m'ennuie de toujours compter sur les autres à cause de mes migraines	vrai	107	77,5
	faux	31	22,5
J'hésite à faire des projets à cause de mes migraines	vrai	65	48
	faux	71	52
je m'inquiète pour l'avenir à cause de mes migraines	vrai	99	73
	faux	37	27
Cela m'ennuie qu'on ne puisse pas compter sur moi	vrai	99	77
	faux	30	23
Je ne suis pas sûr(e) d'être capable de faire correctement les choses comme il faut	vrai	42	32
	faux	89	68
Effectif total (N=139)		139	100

Dans 61% des cas : les patients ressentait de la négligence du côté de leurs proches. Le temps perdu à cause des crises de céphalées était mal accepté. Quarante huit pour cent des patients hésitaient à construire des projets. Toutes les assertions n'ont pas été répondues par tous les sujets enquêtés.

4.1.3. Tableau XVIII : Retentissement des céphalées sur la vie sociale et relationnelle

Assertions	Réponse	Fréquence	Pourcentage
C'est important pour moi de rester dans un environnement familial	Vrai	108	78,3
	faux	30	21,7
Toute ma vie tourne autour des migraines	Vrai	48	35
	faux	89	65
Mes migraines créent un climat de tension dans mes relations avec les proches	Vrai	54	39,4
	faux	83	60,6
Il est important pour moi de m'en tenir à une vie bien réglée	Vrai	108	82
	faux	24	18
Effectif total (N=139)		139	100

Trente cinq à quatre vingt deux pour cent des patients avaient des difficultés relationnelles. Toutes les assertions n'ont pas été répondues par tous les sujets enquêtés.

4.2. Evaluation globale de la qualité de vie selon les caractéristiques sociodémographiques

4.2.1. Tableau XIX : La qualité de vie selon l'âge

Qualité de vie	Age		
	10 à 18 ans N=30	19 à 25 ans N=76	25 à 35 ans N=32
Très mauvaise	55,33%	44,74%	34,37%
Mauvaise	13,33%	30,26%	37,5%
Passable	23,33%	18,42%	18,75%
Bonne	10%	6,58%	9,37%

La qualité de vie était très mauvaise chez les sujets âgés de 19 à 25 ans, mais la différence observée n'est pas statistiquement significative ($\chi^2=3,11$; $P=0,21$).

4.2.2. Tableau XX : Qualité de vie selon le sexe

Qualité de vie	Sexe	
	Masculin N=74	Féminin N=65
Très mauvaise	44,59%	44,61%
Mauvaise	24,32%	32,31%
Passable	22,97%	15,38%
Bonne	8,11%	7,69%

La qualité de vie ne variait pas significativement dans les deux sexes ($\text{Chi}^2=0,00$; $P=0,1$). Cependant, les femmes avaient une mauvaise qualité de vie plus que les hommes.

4.2.3. Tableau XXI : Qualité de vie selon la profession

Qualité de vie	Profession	
	Elèves et étudiants N=107	Autres N=32
Très mauvaise	48,60%	32,14%
Mauvaise	27,10%	28,57%
Passable	16,82%	28,57%
Bonne	14,02%	10,71%

La qualité de vie apparaît plus mauvaise pour les élèves et les étudiants comparativement aux autres groupes, mais cette différence n'est pas statistiquement significative ($\text{Chi}^2=3,07$; $P=0,21$).

4.2.4. Tableau XXII: Qualité de vie selon le niveau d'éducation

Qualité de vie	Niveau d'éducation		
	Primaire	Secondaire	Supérieur
	N=20	N=71	N=48
Très mauvaise	40%	47,89%	41,67%
Mauvaise	25%	26,76%	31,25%
Passable	15%	21,13%	18,75%
Bonne	20%	4,22%	8,33%

L'altération de la qualité de vie (mauvaise ou très mauvaise qualité de vie) ne variait pas significativement en fonction du niveau d'éducation ($p=0.058$).

4.3. Evaluation de la qualité de vie dans chacune de ses trois dimensions

4.3.1. Caractéristiques sociodémographiques

4.3.1.1. Tableau XXIII : Evaluation de la qualité de vie selon l'âge

Axes de la qualité de vie	Age			
	10 à 18 ans N=30	19 à 25 ans N=76	26 à 35 ans N=32	
Fonctionnement physique	Mauvais	36,67%	56,58%	53,13%
	Passable	63,33%	43,42%	46,87%
Vie sociale et relationnelle	Mauvaise	56,67%	55,26%	62,50%
	Passable	43,33%	44,74%	37,50%
Dimension psychoaffective	Mauvaise	56,67%	55,26%	59,38%
	Passable	43,33%	44,74%	40,62%

La mauvaise qualité de vie ne variait pas significativement dans les tranches d'âge ($\text{Chi}^2=0,49$; $P=0,78$). Les sujets âgés de 10 à 18 ans auraient moins de conduite d'évitement (36,67% des cas).

4.3.1.2. Tableau XXIV : Evaluation de la qualité de vie selon le sexe

Axes de la qualité de vie		Sexe	
		Masculin N=74	Féminin N=65
Fonctionnement physique	Mauvais	45,95%	56,92%
	Passable	54,05%	43,08%
Vie sociale et relationnelle	Mauvaise	45,95%	50,77%
	Passable	54,05%	49,23%
Dimension psychoaffective	Mauvaise	40,54%	55,38%
	Passable	59,46%	44,62%

La mauvaise qualité de vie ne variait pas significativement dans les deux sexes ($\text{Chi}^2=1,67$; $P=0,20$). Mais 55,38 % à 56,92 % des sujets de sexe féminin auraient une perturbation de leur vie psychoaffective et une conduite d'évitement.

4.3.2. Caractéristiques cliniques

4.3.2.1. Tableau XXV: Evaluation de la qualité de vie selon la sévérité des céphalées

Axes de la qualité de vie		Intensité des céphalées		
		Légère N=27	Modérée N=71	Handicapante N=41
Fonctionnement physique	Mauvais	55,56%	61,97%	56,10%
	Passable	44,44%	38,03%	43,90%
Vie sociale et relationnelle	Mauvaise	51,85%	52,11%	53,66%
	Passable	48,15%	47,89%	46,34%
Dimension psychoaffective	Mauvaise	48,15%	59,15%	56,10%
	Passable	51,85%	40,85%	43,90%

La qualité de vie ne variait pas de façon significative quelque soit l'intensité des céphalées ($\text{Chi}^2= 0,53$; $P=0,765$).

Mais 61,97% des crises modérées de migraine étaient associées à une conduite d'évitement ; 53,66 à 56,10 % des crises sévères auraient entraîné une perturbation globale sur tous les axes de la qualité de vie des sujets concernés.

4.3.2.2. Tableau XXVI : Evaluation de la qualité de vie selon le type de céphalées

Axes de la qualité de vie		Type de céphalées		
		Migraine N=34	Céphalée de tension N=39	Céphalée médicamenteuse N=66
Fonctionnement physique	Mauvais	55,88%	38,46%	51,52%
	Passable	44,12%	61,54%	48,48%
Vie sociale et relationnelle	Mauvaise	64,71%	41,03%	57,57%
	Passable	35,29%	58,97%	42,43%
Dimension psychoaffective	Mauvaise	61,76%	33,33%	51,52%
	Passable	38,24%	66,67%	48,48%

La qualité de vie variait significativement selon le type de céphalées ($\text{Chi}^2=6,21$; $P=0,045$). Les sujets porteurs de céphalée de tension auraient moins de perturbation de la qualité de vie que les sujets migraineux et les sujets souffrant de céphalée médicamenteuse.

5. Retentissement des céphalées sur les travaux familiaux, professionnels et/ou scolaires

5.1. Tableau XXVII : Absentéisme scolaire ou professionnel selon le type de céphalées

Type de céphalées	Fréquence	Nombre de journées perdues		
		1 à 6	7 à 14	15 à 21
Migraine	34	82%	11%	7%
Céphalée de tension	39	79%	9%	12%
Céphalée Médicamenteuse	66	86%	4%	10%
Effectif total (N=139)	139			

Le nombre de journées perdues dans l'activité scolaire, domestique, ou familiale ne variait pas de façon significative quelque soit le type de céphalées ($\text{Chi}^2=0,88$; $p=0,64$).

Quatre vingt pour cent environ des patients porteurs de migraine et des patients porteurs de céphalée de tension se seraient absenter au travail une à six journées dans le dernier trimestre.

5.2. Tableau XXVIII : Absentéisme au travail lié aux céphalées selon la profession

Profession	Fréquence	Nombre de journées perdues		
		1 à 6	7 à 14	15 à 21
Elèves	67	78%	10%	12%
Etudiants	40	82%	6%	12%
Fonctionnaire	4	33,33%	33,33%	33,33%
Autres	28	92%	4%	4%
Effectif total (N=139)	139			

Le nombre de journées perdues dans l'activité scolaire, domestique, ou familiale variait de façon significative selon la profession ($\text{Chi}^2=24,83$; $P=0,2.10^{-5}$). Les élèves et les étudiants ont signalé plus d'absentéisme que les autres dans le dernier trimestre.

5.3. Tableau XXIX : Nombre de journées d'arrêt de travail à domicile dans les trois derniers mois selon le type de céphalées

Type de céphalées	Fréquence	Nombre de journées perdues		
		1 à 6	7 à 14	15 à 21
Migraine	34	67,65%	18,82%	13,58%
Céphalée de tension	39	69,23%	10,26%	30,51%
Céphalée médicamenteuse	66	60,61%	10,6%	28,79%
Effectif total (N=139)	139			

Le nombre de journées perdues dans l'activité domestique dans le dernier trimestre ne variait pas significativement quelque soit le type de céphalées ($\chi^2=0,96$; $P=0,62$).

67,65% des patients porteurs de migraine et 69,23% des patients porteurs de céphalée de tension avaient perdu une à six journées dans leur travail à domicile dans le dernier trimestre.

6. La compréhension des auto questionnaires

6.1. Tableau XXX : Niveau de remplissage des auto questionnaires

Auto questionnaire (N=139)	Remplissage	
	Complet	Incomplet
MSQOL	88%	12%
MIDAS	76%	24%

12 à 24% des autos questionnaires ont été incomplètement remplis. Cela explique le fait que l'effectif total ne faisait pas 139 pour toutes les questions ou assertions.

VI

COMMENTAIRES

ET

DISCUSSION

Notre étude a été réalisée à partir des données de l'enquête menée en mars 2004 dans le cadre de l'étude sur la prévalence des céphalées dans le district de Bamako. La qualité de vie avait été évaluée par un questionnaire auto administré MSQOL/MIDAS chez 139 patients porteurs de céphalées.

1. La méthodologie :

a. La taille de l'échantillon :

.La taille d'échantillon objet de notre étude semble être relativement petite, en comparaison à des études du même type réalisées en Europe. 833 sur 4204 sujets comme population générale pour l'étude du GRIM [11,14], 3748 sur une population générale de 20000 sujets pour l'étude Hemicrania [15], 1300 sur 9411 sujets pour l'étude Mig-access [15]. Et pour autant l'enquête sur la prévalence des céphalées dans le district de Bamako a porté sur 7582 sujets pour une prévalence attendue de 5,3% soit 401 cas au moins. La taille de notre échantillon ne représente que 35% environ de la taille minimale attendue. La prévalence de la migraine a été de 10,1% dans l'étude de base.

b. Les critères d'inclusion :

-L'âge:

La tranche d'âge de 10 à 35 ans est loin d'être exempte de critiques pour l'évaluation de la qualité de vie .L'acquisition du raisonnement critique intervient chez l'enfant vers l'âge de 13 ans. Cela n'est non plus une garantie de pouvoir bien remplir une échelle non spécifiquement conçue pour les enfants. Seulement dans 1% des cas, l'âge était inférieur ou égal à 13 ans .En fait, l'étude sur les céphalées dans le district de Bamako avait comme objectifs spécifiques entre autres d'estimer la prévalence de la migraine selon le groupe d'âge avec un intérêt particulier pour la migraine de l'enfant.

Les études déjà faites ont porté sur des sujets de 38 à 53 ans pour l'étude Hemicrania, de 18 à 60 ans pour l'étude GRIM [11] et de 18 à 65 ans pour les enquêtes Framig [6].

-Les aspects cliniques :

Le nombre de crises de migraine et l'ancienneté des céphalées n'ont pas été pris en compte. L'étude du GRIM [11] a été faite sur des migraineux ayant 1 à 6 crises par mois avec ou sans aura et ayant un passé de migraine datant d'au moins 6 mois.

c. Les critères d'exclusion :

Les céphalées secondaires ont été exclues du moins pour les causes traumatiques ou infectieuses tandis que les céphalées liées à une surconsommation d'antalgiques ont été retenues.

Les maladies graves ou chroniques pouvant interférer sur la qualité de vie dans le cadre de la co-morbidité n'ont pas attiré notre attention. Il a été de même pour certains facteurs interférant sur la qualité de vie tels que la perte d'emploi, la perte d'un proche, le divorce...[11].

2. Les résultats :

2.1. Les caractéristiques sociodémographiques :

Le sexe masculin (hommes et enfants) a été majoritaire avec 53,2%. L'âge de la plupart des sujets enquêtés était compris entre 19 et 25 ans soit 54,7% de notre échantillon. Cette prédominance masculine serait le résultat du faible taux de scolarisation des filles dans notre pays.

Les élèves et étudiants ont été les plus nombreux avec une proportion de 77%. Le niveau d'éducation secondaire a été retrouvé dans 51,1%. Ce qui suggère une certaine confiance dans le remplissage de la fiche d'auto questionnaire.

Dans notre échantillon, il avait 34 migraineux et 39 céphalalgiques de tension. Le sex-ratio de la migraine a été en faveur des femmes (1 homme pour 1,26 femmes).

L'étude du GRIM a trouvé un sex-ratio très en faveur des femmes

(1 homme pour 10 femmes) contre 1 homme pour 3,8 femmes retrouvé dans les autres enquêtes épidémiologiques [11].

Le rapport femmes/hommes du point de vue fréquence est de 2 à l'âge de 20 ans, plafonne à 3,3 à 40 ans, puis se maintient à 2,5 au delà de la ménopause [3].

Près de 4/5 des élèves et des étudiants étaient des migraineux.

La céphalée récurrente la plus commune des enfants et des adolescents est la céphalée de tension épisodique. Les céphalées primaires (surtout la migraine et la céphalée de tension) sont plus fréquentes dans les circonstances particulières telles que l'insuffisance de sommeil, le stress, l'anxiété ou la dépression, les problèmes scolaires ou familiaux, la consommation fréquente de la caféine [4].

L'enquête a été faite en mi-mars au moment des examens du deuxième trimestre pour les seconds cycles et les lycées. L'approche des examens est susceptible de créer certaines de ces circonstances suscitées

d'où le nombre élevé de scolaires dans notre étude. 51,1% d'entre eux étaient du niveau d'éducation secondaire.

2.2. Variables caractéristiques:

La moitié des migraineux avait des crises d'intensité modérée. Sur l'échelle de 0 à 10 ; 38,23% des migraineux ont estimé leurs céphalées sévères. Alors que les céphalalgiques de tension ont surestimé leur douleur (48,72% ont estimé leurs céphalées sévères tandis que les céphalées de tension n'ont représenté que 28,20% des céphalées handicapantes).

35,29% des migraineux étaient contraints à s'aliter pendant les crises.

Le handicap fonctionnel lié aux crises migraineuses était variable d'un patient à un autre, avec un alitement nécessaire chez 30 à 40% d'entre eux [6].

26,47 à 44,12% des migraineux avaient des crises qui duraient plus de 24 heures. Un pourcentage semblable (26 à 46%) avait été obtenu dans l'étude du GRIM [11].

2.3. Le retentissement de la migraine sur de la qualité de vie :

2.3.1. Le fonctionnement physique :

Les patients porteurs de migraine avaient une conduite d'évitement dans 55,88% des cas. Les sujets de sexe féminin étaient plus concernés que ceux du sexe masculin. Trois sujets sur cinq porteurs de migraine âgés de 10 à 18 ans n'avaient pas une conduite d'évitement car les crises migraineuses sont moins fréquentes et plus courtes chez les enfants. [9]

2.3.2. La vie sociale et relationnelle :

Les patients porteurs de migraine avaient plus de difficultés relationnelles que les patients porteurs d'une céphalée de tension. Environ trois sujets porteurs de migraine sur cinq (64,71%) avaient un sentiment de culpabilité sans corrélation avec le degré de sévérité de la céphalée migraineuse. La plupart des sujets migraineux semblent ne pas être compris par son entourage. [16]

2.3.3. La dimension psychoaffective :

Les sujets porteurs de migraine avaient une perturbation de leur dimension psychoaffective dans 38,24% des cas. Mais les femmes auraient une plus mauvaise qualité de vie que les hommes sur le versant dimension psychoaffective.

Cette composante psychique de la qualité de vie était plus affectée chez les porteurs de migraine que chez les sujets porteurs de céphalée de tension. Les sujets porteurs de migraine peuvent avoir constamment la hantise de la survenue d'une nouvelle crise), même pendant les périodes inter critiques.

Une étude avait trouvé une réduction significative de la qualité des migraineux par rapport aux sujets de contrôle (céphalalgiques non migraineux) aussi bien sur la composante psychique que sur la composante physique [17].

Chez trois sujets sur quatre (74%) porteurs de céphalée migraineuse, la dépression était ressentie à cause de la migraine.

La migraine aurait une co-morbidité évidente avec certains troubles psychiatriques comme évoquée ci-dessous.

Une association significative de la migraine avec certains troubles psychiatriques a été observée, en particulier avec l'état hypomaniaque, l'anxiété, la dépression et les phobies. La migraine semble multiplier par 3 le risque de survenue de la dépression, de même la présence d'une dépression semble multiplier par 3 le risque de survenue de la migraine [8].

L'étude du GRIM a trouvé que les migraineux avaient une moindre qualité de vie, en dehors des périodes de crises à cause probablement du fait que les migraineux ont une co-morbidité supérieure notamment en ce qui concerne l'anxiété et la dépression [17].

L'association entre la migraine et la dépression a été rapportée par d'autres auteurs :

Une étude a montré une forte association entre la migraine et la dépression, chacune exerçant une influence significative et indépendante sur la qualité de vie [17].

L'altération de la qualité de vie serait proportionnelle au degré de sévérité de la dépression [18].

Les études réalisées en population générale ont démontré que pour un migraineux (répondant aux critères de l'IHS), le risque d'être dépressif est 3 à 4 fois plus élevé que chez le non- migraineux. L'association à un trouble anxieux est également plus élevée chez les migraineux que chez les non migraineux :

- 3 à 5 fois pour le trouble de panique ;
- 2 à 2,5 fois pour les troubles phobiques ;
- 5 à 5,5 fois pour l'anxiété généralisée. [19]

2.4. Le retentissement des céphalées sur la famille et sur la société :

82% des sujets porteurs de migraine et 79% des sujets porteurs de céphalée de tension avaient perdu 1 à 6 journées dans les activités familiales et sociales dans le dernier trimestre. 79,41% des migraineux étaient des élèves et des étudiants. La crise migraineuse sans aura dure 4 à 72 heures. Pour un même patient, les crises migraineuses peuvent être tantôt fréquentes et tantôt espacées.

Les crises migraineuses étaient handicapantes ou sévères dans 35,29% des cas.

Nous avons remarqué que les crises migraineuses étaient parfois très prolongées (durée de la crise supérieure à 24 heures) chez 44,12% des sujets porteurs de migraine. Qu'elles étaient assez prolongées chez 26,47% des sujets migraineux. Cela s'expliquerait par l'absence ou l'inefficacité du traitement ou par la co-morbidité avec les céphalées de tension qui durent habituellement de 30 minutes à 7 jours. La prise précoce du médicament adapté permet de raccourcir la durée de la crise migraineuse et/ou d'amoindrir son intensité.

La migraine est certes handicapante du fait de l'intensité de la douleur et/ou de l'importance des signes associés (vomissements, la photophobie, la phono phobie).

Le handicap engendré par la céphalée de tension serait lié à une co-morbidité ou à la transformation de celles-ci par l'abus de médicament. La co-morbidité de la migraine et de la céphalée de tension a été retrouvée dans 5,6% des cas [20]. Une observation a montré que les céphalées à type de tension peuvent survenir chez le sujet migraineux surtout en phase inter critique. Les crises sont dans ce cas plus fréquentes et plus sévères.

Elles peuvent être dechainées par les facteurs déclenchant la migraine et peuvent s'accompagner de nausées, de photophobie et de phonophobie [4].

2.5. La faisabilité des auto questionnaires :

Respectivement 12% et 24% de l'auto questionnaire MSQOL et MIDAS ont été incomplètement remplis. Cela peut s'expliquer par l'oubli des malades mais surtout par l'incompréhension des questions.

L'étude du GRIM [11] a trouvé 1 à 2% de non réponses par item.

Certains sujets de notre étude avaient trouvé que les auto questionnaires étaient difficiles à remplir (selon les enquêteurs) alors que 96% des patients de l'étude du GRIM [11] ont jugé les questions « tout à fait adaptées » ou « assez bien adaptées » à leur cas personnel.

Les résultats de notre étude en ce qui concerne le remplissage complet de 88% de MSQOL et 76% de MIDAS nous semblent être satisfaisants.

VII

CONCLUSION

ET

RECOMMANDATIONS

Nous nous étions proposés d'évaluer la qualité de vie des migraineux à l'aide de la combinaison de deux échelles de qualité de vie MSQOL et MIDAS. L'étude a porté sur 139 céphalalgiques dont 34 migraineux, 39 porteurs de céphalées de tension, et 66 porteurs de céphalée médicamenteuse. L'analyse des informations fournies par les 139 fiches d'enquête permet de retenir les conclusions suivantes :

- une prédominance féminine de la maladie migraineuse avec un sex-ratio de 1 homme pour 1,26 femmes ;
- le handicap fonctionnel lié aux crises migraineuses était variable d'un malade à un autre, avec un alitement qui a été observé chez 35,25% des patients migraineux ;
- les crises migraineuses duraient plus de 24 heures dans 26,47 à 44,12% des cas ;
- 55,88 % des patients porteurs de migraine estimaient avoir une conduite d'évitement ;
- environ trois patients sur cinq (64,71%) porteurs de migraine estimaient avoir des difficultés relationnelles ou un sentiment de culpabilité ;
- la dimension psychoaffective de la qualité de vie était affectée chez 38,28 % des patients porteurs de migraine ;
- dans 74% des cas, la dépression était ressentie à cause de la migraine;
- les patients porteurs de migraine avaient une mauvaise qualité de vie par rapport aux patients porteurs de céphalée de tension dans toutes les dimensions de la qualité de vie : le fonctionnement physique (55,88% contre 38,46%), la vie socio relationnelle (64,71% contre 41,03%), la vie psychoaffective (61,76% contre 33,33%) ;
- l'absentéisme scolaire d'une à six journées dans le dernier trimestre a été évoqué chez 78% des élèves et chez 82% des étudiants ;
- dans 4 cas sur 5 (79,41%), les sujets porteurs de migraine étaient des scolaires ;

- les patients porteurs de migraine avaient une gêne dans leurs travaux à domicile pendant une à six journées dans le dernier trimestre dans 67.65% des cas.

Nous faisons les recommandations suivantes :

- **Aux autorités sanitaires internationales**

De promouvoir la recherche sur la migraine dans les pays en voie de développement pour une meilleure compréhension de cette maladie, afin d'harmoniser une stratégie de lutte commune ;

- **Aux autorités politiques**

D'adopter une politique gouvernementale favorisant la disponibilité et l'accessibilité des nouveaux médicaments antimigraineux (les triptans) pour tous.

- **Aux autorités sanitaires nationales**

De s'investir pleinement pour la promotion de la lutte contre la migraine par la formation des professionnels de santé (stages, séminaires...), par la sensibilisation de la population (causeries-débats sur les medias publics et privés, journées nationales de lutte contre la migraine, campagne d'affichage...) ;

- **Aux professionnels de la médecine de travail**

De mettre en place une équipe de dépistage systématique de la migraine dans la fonction publique et privée à travers la consultation annuelle obligatoire et les consultations spontanées des salariés ;

- **Aux médecins généralistes**

Renforcer leurs connaissances sur la migraine afin d'améliorer l'identification des cas de migraine et d'offrir aux malades une prise

en charge adéquate (choix éclairé du médicament, orientation rapide vers les structures spécialisées);

- **Aux enseignants de la neurologie**

De prévoir et d'insister sur l'enseignement des céphalées en général et de la migraine en particulier dans le cadre de la formation des futurs médecins ;

- **Aux prescripteurs**

D'être rigoureux et judicieux dans la prescription médicamenteuse pour les crises de migraine afin de prévenir la survenue de céphalée médicamenteuse.

D'envisager la prescription des médicaments préventifs (traitement de fond) surtout chez les enfants et les adolescents ayant des crises fréquentes de migraine (au moins deux crises par mois entraînant une invalidité de trois jours ou plus) qui ne répondent pas aux traitements symptomatiques (traitement de la crise) ou qui inhibent fortement les activités scolaires ou familiales.

- **Aux étudiants en médecine**

De suivre avec beaucoup d'intérêt les cours de neurologie et de faire des stages dans le service de neurologie ;

- **Aux médecins du service de neurologie**

De standardiser l'administration des échelles de qualité aux migraineux ;

- **Aux patients migraineux**

De consulter les médecins pour leur migraine ;

De suivre rigoureusement les consignes du prescripteur concernant le traitement prophylactique ou symptomatique ;

De soigner leur mode de vie (habitudes alimentaires, rythme de travail, gestion de stress, loisirs...) ;

De s'organiser en association en vue d'une bonne médiatisation et une meilleure connaissance de leur maladie par tous.

- **Aux parents, amis, époux, et employeurs des migraineux**

De faire un effort pour les comprendre, les rassurer par une compassion sincère, et les aider à retrouver une meilleure qualité de vie.

- De consulter les médecins pour leur migraine ;

De suivre rigoureusement les consignes du prescripteur concernant le traitement prophylactique ou symptomatique.

VIII

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

1. JEAN DE RECONDO. Sémiologie du système nerveux. Du symptôme au diagnostic. Edition Médecine sciences Flammarion, p 137-138.
2. LYON-CAEN OLIVIER. Cas cliniques en Neurologie. Edition Médecine sciences Flammarion, p 1-6, p 50, p99.
3. PERKIN D.G. Neurologie manuel et atlas. Edition De Boeck. Université 2002, p31-37.
4. RANDOLPH W. E., NINAN T. M. Manuel des céphalées. Edition Maloine 2003, p24-62.
5. A.GAUTIER, A.-C. GOUBERT. Qualité de vie, santé mentale et environnement. Baromètre santé premiers résultats 2000.
6. POSNER B.J. Céphalées et autres algies faciales. Traité de Médecine Interne Cecil. Edition Médecine sciences Flammarion. Chapitre 405-2, p2031-2032.
7. MICHEL P., AURAY J P., CHICOYE A., et al. Et le GRIM. Prise en charge des migraineux en France : coût et recours aux soins. J. Economie Med 1993. 11 : p 71-80.
8. EL AMRANI M, MASSIOU H. Migraine : aspects cliniques et traitements. Encycl.Méd.Chir. Neurologie. 17-023-A-50, p 1-6.
9. PERROT S., DANZIGER N., ALAMOWITCH S. Migraine. Neurologie Med-Line. 2001-2002.Editions ESTEM, Editions MED-LINE, p115-124.
10. F. RADAT. Etats dépressifs chez les migraineux. Lettre du neurologue. Quinzième congrès de l'ANLLF (Association des Neurologues Libéraux de Langue Française). Janvier 2002. p3.
11. RICHARD A., HENRY P., CHAZOT G., MASSIOU H., TISON S., MARCONNET R., CHICOYE A., H d'ALLENS. Qualité de vie et Migraine. Validation du questionnaire QVM en consultation hospitalière et en médecine générale. Thérapie 1993 ; 48 : p 89-96.
12. VALADE D. Migraine et qualité de vie. Pathol.Biol.2000 ; Editions scientifiques et médicales. 48 : p 669-671.
13. ALBERT W. Wu. Traité de médecine interne. Evaluation du résultat. Médecines Sciences Flammarion. P122-126.
14. HENRY P., DURU G., CHAZOT G., DARTIGUES J E., et le GRIM. La Migraine en France. Etude épidémiologique, impact socio-économique et Qualité de vie. John Libbey Eurotext, Paris, 1993, p 138.

15. MICHEL P., PARIENTE P., DURU G., et al. Mig-Access : a population-based, nation wide, comparative survey of access to care in migraine in France. *Cephalalgia*.1996. 16: p 50-55
16. BAUDESSON G. Migraine et Qualité de vie. Stratégie soignante. *Soins* n°690. Novembre 2004. p 48-49.
17. LYNDA C, DOWARD, BSc, STEPHEN P. McKENNA, PhD, DAVID M, MEADS, BA. Effectiveness of Needs-Based Quality of Life Instruments. Galen Research, Maschester, UK. Volume 7. Supplement I. 2004. © ISPOR 1098-3015/04/\$15.00/S35 S35-S38.
18. GERBAUD L, NAVEZ ML, COURATIER P, LEJEUNE ML, VERNAY D, AUFAUVRE D, PREUX PM, METZ O, DAZORD A, LAURENT B, CLAVELOU P. Validation of the combined SF-36/MSQOL test of evaluation of quality of life in migraine patients in France. *Rev Neurol (Paris)*. 2002 Jul; 158(6-7): p719-27.
19. DENDOUNE F. Etudes cliniques. Impact de la migraine sur la qualité de vie. *Tome 122-38*, p 2682. 25/11/2000.
20. J PASSCHIER, JC MOURIK, SP McKENNA, M VAN DEN BERG & RAM ERDMANN. Evaluation of the Dutch version of the migraine quality of life instrument (MSQOL) and its application in headache coping. © Blackwell Science Ltd *Cephalalgia*, 2001, 21, p823-829.
21. F.CLOUET, G. EXCLER-CAVAILHER, B. CHRISTOPHE, F. MASSON, D. FASQUEL. Evaluation de la qualité de vie de diabétiques de type 2 par L'échelle internationale SF-36. Données épidémiologiques. *Diabètes Metab (Paris)*. 2001, 27, p711-717.
22. S. POIRAUDEAU, M. DOUGADOS, H. AIT-HADAD, J.PION-GRAFF, X.AYRAL, V.LISTRAT, J.-P.COURPIED, B.AMOR. Evaluation d'une échelle de qualité de vie (AIMS2) en Rhumatologie. © Expansion Scientifique Française, 1993. *Rev. Rhum. [Ed. Fr.]*, 1993, 60 (9), p561-567.

IX

ANNEXES

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : Sangaré

Prénom : Modibo

Titre : Etude préliminaire de qualité de vie chez les patients migraineux recensés dans le district de Bamako

Année : 2005

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'odontostomatologie (FMPOS).

Secteur d'intérêt : santé publique, neurologie.

Résumé :

Notre étude a porté sur 139 sujets dans la tranche d'âge de 10 à 35 ans, porteurs de céphalées dont 34 migraineux, 39 porteurs de céphalée de tension et 66 porteurs de céphalée médicamenteuse.

Tous les malades ont rempli une échelle de qualité de vie (MSQOL/MIDAS) en auto administration.

Nous avons obtenu les résultats suivants :

Un sex-ratio de 1 homme pour 1,26 femmes, le handicap fonctionnel lié aux crises migraineuses était variable d'un malade à un autre, avec un alitement qui a été observé chez 35.25% des patients migraineux ;

Les crises migraineuses duraient plus de 24 heures dans 26.47 à 44.12% des cas ;

55.88 % des patients porteurs de migraine estimaient avoir une conduite d'évitement ;

Environ trois patients sur cinq (64.71%) porteurs de migraine estimaient avoir des difficultés relationnelles ou un sentiment de culpabilité ;

La dimension psychoaffective de la qualité de vie était affectée chez 38.28 % des patients porteurs de migraine ;

Dans 74% des cas, la dépression était ressentie à cause de la migraine;

Les patients porteurs de migraine avaient une mauvaise qualité de vie par rapport aux patients porteurs de céphalée de tension dans les toutes les dimensions de la qualité de vie : le fonctionnement physique (55,88% contre 38,46%), la vie socio relationnelle (64,71% contre 41,03%), la vie psychoaffective (61,76% contre 33,33%) .

Mots clés : qualité de vie, migraine, céphalée de tension, conduite d'évitement, auto questionnaire, difficultés relationnelles.

FICHE D'ENQUETE

Attention ne cochez qu'une seule case par série de réponse

Q1. Je fais attention de ne pas trop me fatiguer

- Oui, je fais très attention
- Oui, je fais assez attention
- Non, je ne fais pas vraiment attention
- Non, je ne fais pas du tout attention

Q2. C'est très important pour moi de rester dans un environnement familial

- Oui, c'est très important
- Oui, c'est assez important
- Non, ce n'est pas très important
- Non, ce n'est pas du tout important

Q3. Je me sens désarmé dès qu'une migraine commence

- Oui, c'est très vrai
- Oui, c'est assez vrai
- Oui, c'est un peu vrai
- Non, ce n'est pas vrai du tout

Q4. Je m'inquiète que mes migraines puissent perturber la vie des autres

- Oui, Je m'inquiète beaucoup
- Oui, je m'inquiète assez
- Oui, je m'inquiète un peu
- Non, je ne m'inquiète pas du tout

Q5. Toute ma vie tourne autour des migraines

- Oui, c'est très vrai
- Oui, c'est assez vrai
- Oui, c'est un peu vrai
- Non, ce n'est pas vrai du tout

Q6. Je me fais du souci par ce que j'ai l'impression de négliger mes proches

- Oui, je me fais beaucoup de souci
- Oui, je me fais pas mal de souci
- Oui, je me fais un peu de souci
- Non, je ne me fais pas du tout de souci

Q7. J'accepte mal le temps perdu à cause de mes migraines

- Oui, c'est très vrai
- Oui, c'est assez vrai
- Oui, c'est un peu vrai
- Non, ce n'est pas vrai du tout

Q8. Cela m'ennuie de toujours compter sur les autres à cause de mes migraines

- Oui, cela m'ennuie beaucoup
- Oui, cela m'ennuie assez
- Oui, cela m'ennuie un peu
- Non, cela ne m'ennuie pas du tout

- Q9. C'est important d'éviter des changements dans mon rythme de vie
- Oui, c'est très important
 - Oui, c'est assez important
 - Non, ce n'est pas très important
 - Non, ce n'est pas du tout important
- Q10. J'hésite à faire des projets à cause de mes migraines
- Oui, j'hésite beaucoup
 - Oui, j'hésite un peu
 - Non, je ne hésite pas vraiment
 - Non, je n'hésite pas du tout
- Q11. J'essaie d'éviter une trop grande activité
- Oui, j'essaie vraiment
 - Oui, j'essaie un peu
 - Non, je n'essaie pas vraiment
 - Non, je n'essaie pas du tout
- Q12. J'apprehende les longs trajets
- Oui, j'apprehende beaucoup
 - Oui, j'apprehende assez
 - Non, j'apprehende un peu
 - Non, je n'apprehende pas du tout
- Q13. Mes migraines créent un climat de tension dans mes relations avec mes proches
- Oui, c'est très vrai
 - Oui, c'est assez vrai
 - Oui, c'est un peu vrai
 - Non, ce n'est pas vrai du tout
- Q14. J'essaie d'éviter les endroits qui pourraient déclencher une migraine (trop de lumière, bruit, fumée...)
- Oui, j'y fais très attention
 - Oui, j'y fais assez attention
 - Non, je n'y fais pas vraiment attention
 - Non, je n'y fais pas du tout attention
- Q15. Je m'inquiète pour l'avenir à cause de mes migraines
- Oui, Je m'inquiète beaucoup
 - Oui, je m'inquiète assez
 - Oui' je m'inquiète un peu
 - Non' je ne m'inquiète pas du tout
- Q16. J'essaie d'éviter de me surmener
- Oui, j'y fais très attention
 - Oui, j'y fais assez attention
 - Non, je n'y fais pas vraiment attention
 - Non, je n'y fais pas du tout attention
- Q17. Je me sens déprimé (e) à cause de mes migraines
- Oui, je me sens très déprimé (e)
 - Oui, je me sens assez déprimé(e)
 - Non, je me sens un peu déprimé (e)
 - Non, je ne me sens pas du tout déprimé (e)

Q18. Cela m'ennuie qu'on ne puisse pas compter sur moi

- Oui, cela m'ennuie beaucoup
- Oui, cela m'ennuie assez
- Oui, cela m'ennuie un peu
- Non, cela ne m'ennuie pas du tout

Q19. Je ne suis pas sûr(e) d'être capable de faire les choses comme il faut

- Oui, c'est très vrai
- Oui, c'est assez vrai
- Oui, c'est un peu vrai
- Non, ce n'est pas vrai du tout

Q20. Il est important pour moi de m'en tenir à une vie bien réglée

- Oui, c'est très important
- Oui, c'est assez important
- Non, ce n'est pas très important
- Non, ce n'est pas du tout important

Q21. Au cours des derniers mois, combien de jours avez-vous dû vous arrêter de travailler ou d'étudier à cause de vos céphalées ?

...../.../.../

Q22. Au cours des derniers mois, combien de jours avez-vous dû réduire de 50% vos activités (productivité au cours du travail, études) à cause de vos céphalées (ne pas comptabiliser les jours où vous avez dû vous arrêter et qui concernent la 1^{ère} question) ?

...../.../.../.../

Q23. Au cours des derniers mois, combien de jours n'avez-vous pas pu effectuer votre travail à domicile à cause de vos céphalées ?

...../.../.../

Q24. Au cours des derniers mois, combien de jours avez-vous dû réduire de 50% ou plus votre travail à domicile à cause de céphalées (ne pas comptabiliser les jours où vous n'avez pas du tout effectué ces activités du et qui concernent la 1^{ère} question

3) ?...../.../.../.../

Q25. Au cours des derniers mois, combien de jours avez-vous perdu dans vos activités familiales, sociales ou de loisirs à cause de vos céphalées ?

...../.../.../

1. Combien de jours avez-vous eu mal à la tête au cours des trois derniers mois (si la céphalée a duré plus de 24 heures, compter chaque jour)

...../.../.../

2. Sur une échelle de 0-10, en moyenne à combien estimez-vous l'intensité de vos céphalées (ou 0 représente l'absence de douleur et 10 une douleur aussi forte que possible)

...../.../...../

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque./.