

Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche Scientifique



Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple- Un But- Une Foi



Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Année universitaire 2021-2022

THEME

Thèse N° :.....

**EVALUATION DU FARDEAU DES CEPHALEES DANS LE
DISTRICT SANITAIRE DE TOMBOUCTOU**

Présenté et Soutenu publiquement le 06 / 07/2022 devant le jury de la Faculté de
Médecine et d'Odontostomatologie

Par :

M. Mahamane Drahamane TOURE

Pour l'obtention du Grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Pr. Cheick Oumar Guinto

Membre : Dr. Seybou Hassane Diallo

Co-Directeur : Dr. Mahamadou Saliou

Directeur : Pr. Youssoufa Maïga

EVALUATION DU FARDEAU DES CEPHALEES DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE TOMBOUCTOU

Je cherche protection auprès d'Allah contre satan le maudit

Louange à Allah, nous demandons son aide et son pardon. Nous cherchons refuge auprès d'Allah contre le mal de nos âmes et nos mauvaises œuvres.

Celui qu'Allah guide, personne ne peut l'égarer, et celui qu'Allah a égaré, personne ne peut le guider.

Il n'y a pas d'autres divinités dignes d'être adorée à l'exception d'Allah, l'unique, n'ayant point d'associer.

Et je témoigne que Mohammed est son esclave et son messager

DEDICACE

A mon Père et à ma mère : Drahamane Bouba-ïdjé Touré et Mariam Mahamane Sidi

Aucun mot, aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, ma considération, ma reconnaissance et l'amour éternel pour les sacrifices que vous avez consentis pour mon instruction et mon bien être. Je ne pourrais jamais exprimer l'amour que j'ai pour vous, ni la gratitude et la reconnaissance envers les innombrables et immenses sacrifices que vous avez déployés pour mon éducation. Vous m'avez toujours guidé pour atteindre mes objectifs. Votre soutien, votre amour, votre générosité exemplaire et votre présence constante ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Qu'ALLAH le Tout Puissant vous accorde le plus haut degré du paradis Firdaws. Je vous rends hommage par ce modeste travail en guise de ma reconnaissance éternelle et de mon amour infini. Vous êtes et resterez à jamais dans mon cœur.

Remerciements :

A mes tontons et tantes : Halima Bouba-ïdjé Touré, Mahamane Bouba-ïdjé Touré, Amadou Bouba-ïdjé Touré, Salama Bouba-ïdjé Touré, Assalihi Bouba-ïdjé Touré, Yéhiya Mahamane Sidi

Je commencerai par implorer le Tout puissant pour qu'il vous accorde une belle part dans ce monde et une belle dans l'autre et qu'il vous préserve contre le châtement du feu. Et je finis par vous remercier pour votre soutien (financier, conseil), pour vos bénédictions à mon égard, et pour votre aide inestimable apportée pour la réalisation de ce travail. Puisse Allah vous préservez

A mes frères et sœur : Alkaya, Bouba-ïdjé, Ibrahim et Fadimata Drahamane Touré

Pour tout le respect et l'amour que j'éprouve pour vous. Merci pour votre présence et soutien. J'implore ALLAH qu'il vous protège, qu'il vous apporte santé et bonheur et le succès dans tous vos projets. Qu'ALLAH Augmente cet amour fraternel et Renforce nos liens.

A mes cousins et cousines :

Merci pour votre soutien qui n'a jamais fait défaut, pour tous ces moments de bonheur passés à vos côtés.

A la mémoire de tous les proches défunts

*En témoignage de ma vive reconnaissance et de mon plus profond respect.
Qu'ALLAH vous fasse miséricorde*

Merci à tous ceux que j'ai côtoyé (Directeur Technique de Centre, relais sanitaire, Population...). Qui ont rendu mon séjour à Tombouctou et de ma période d'enquête très agréable.

A mes enseignants

Dr SALIOU Mahamadou, Dr TIMBO Mamane, Dr Hadiaratou DOUMBIA, Dr HAIDARA Ibrahim, Dr DIALLO Seybou Hassane, Dr Salimata DIALLO, Dr Awa COULIBALY, Dr Mariam DAOU

Recevez ici mes sincères remerciements pour la formation de qualité que j'ai reçue de vous.

Au Pr Youssoufa MAÏGA

Plus qu'un chef vous avez été aussi un conseiller, un éducateur. Merci de m'avoir fait confiance en m'accordant cette thèse. Merci pour l'enseignement réussi, votre maîtrise de la neurologie, votre pédagogie, votre volonté de transmettre, votre grand esprit de compréhension et votre souci du travail bien fait vous conduisent chaque jour vers l'excellence. Recevez ici ma profonde gratitude

A mes aînés thésards du service de Neurologie : Habib Sacko, Salimata Dembélé, Sékou Boïguilé, Aliou Oumar Maïga, Mahmoud Ahamadou, Abibatou Dembélé, Cheick Oumar Coulibaly, Mahamadou Sanogo.

Vous m'avez été d'une grande aide dans mon apprentissage. Merci pour vos conseils avisés qui n'ont jamais faits défauts.

A mes amis et collègues thésards du service de Médecine Interne et de Neurologie : Hamidou Djibo, Moussa Diarra, Aboudramane Bengaly, Cheick Oumar Diallo, Cheick Oumar Bagayogo, Bilaly Kané, Ismael Coulibaly, Adam Maïga, Fatoumata Dembélé.

A vous de qui par votre sympathie, vos conseils et votre esprit de solidarité m'avaient aidé à surmonter les moments difficiles et à marquer moments heureux à l'encre indélébile. Par vos actes vous m'avez témoigné tout l'amour que vous portez à mon égard. Merci

Aux majors Jocias Diarra, Mme BAKAYOKO Doussou et Fatoumata DIARRA, Ibrahim Konaté, Fatoumata Traoré

Merci pour tous, votre compréhension, soutien, gentillesse et encouragements ne m'ont pas manqué.

HOMMAGE AUX MEMBRES DE JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur GUINTO Cheick Oumar

- **Professeur titulaire de Neurologie à la FMOS ;**
- **Vice-président de la ligue malienne contre l'épilepsie**
- **Président de la Société Malienne de Neurologie ;**
- **Membre de la société Africaine de neurologie ;**
- **Membre fondateur de la Société Malienne de Neurosciences ;**
- **Membre du Consortium H3Africa ;**
- **Ex responsable de l'enseignement de la neurologie à la FMOS ;**
- **Ex coordinateur du DES de Neurologie ;**
- **Ancien Chef de service de Neurologie au CHU du Point G**

Cher maître,

Nous sommes très touchés par l'intérêt que vous avez porté à ce sujet mais également par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre simplicité, votre sérénité, votre esprit communicatif et votre culture font de vous un Maître incontesté, admiré de tous.

Avec vous la médecine affirme son sens réel faisant intervenir un savoir-faire et une dextérité. Soyez rassuré, cher maître, de notre profond attachement et de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Dr Diallo Seybou Hassane

- **Maitre-assistant de neurologie à la FMOS ;**
- **DIU de Céphalées-Migraines ;**
- **DIU de neurophysiologie clinique ;**
- **Membre de la société malienne de neurologie ;**
- **Membre du consortium H3Africa.**

Cher maître,

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme encadreur et membre de ce jury. Durant tout ce temps passé à vos côtés ; votre disponibilité, votre courtoisie, votre simplicité, votre pédagogie ainsi que votre dynamisme nous ont beaucoup marqués et font de vous un exemple.

C'est un réel plaisir pour nous d'être un de vos disciples. Trouver ici, Cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR

Dr SALIOU Mahamadou

- **Médecin Interniste ;**
- **DIU de VIH ;**
- **DIU de rhumatisme et maladie systémique ;**
- **Membre du bureau de la société de Médecine Interne du Mali (SOMIMA) ;**
- **Chargé de recherche ;**
- **Chef de service de la médecine interne du CHU Gabriel Touré.**

Cher maître,

Nous vous remercions d'avoir bien voulu co-diriger ce travail.

Nous sommes heureux et reconnaissants de vous avoir eu comme encadreur, votre amour pour le travail, votre assiduité, votre sens élevé de l'éthique et du travail bien fait, force l'admiration.

Trouvez en ces quelques mots cher maître l'expression de nos sentiments de respect et d'admiration les plus sincères.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Maïga Youssoufa

- **Neurologue, Neurobiologiste ;**
- **Professeur Titulaire de Neurologie du CAMES (FMOS/USTT) ;**
- **Titulaire d'un Doctorat d'université (PhD) en Neurosciences et Médecine de la Douleur de l'université de Nantes ;**
- **Titulaire d'un Doctorat d'université (PhD) en Neurologie et en Neurosciences de l'université des sciences des techniques et des technologies (USTTB) de Bamako ;**
- **Formateur de l'European Epilepsy Academy ;**
- **Titulaire d'un diplôme de pédagogie et de communication Médicale ;**
- **Membre de la commission Africaine de la Ligue Internationale contre l'épilepsie ;**
- **Secrétaire Général de la Société Malienne de Neurologie ;**
- **Secrétaire Général de la Ligue Malienne Contre l'Épilepsie ;**
- **Coordinateur du DES de neurologie ;**
- **Chef de Service de Neurologie du CHU Gabriel Touré de Bamako.**

Cher Maître,

Vous nous avez fait un très grand honneur en nous confiant ce travail. Votre rigueur scientifique, votre raisonnement scientifique, vos qualités humaines et votre souci du travail bien fait, font de vous un espoir certain de la Neurologie au Mali et votre sens de responsabilisation et de justice justifient votre grandissime crédit au sein de notre faculté et au-delà.

C'est un immense plaisir de vous manifester ici, solennellement notre profonde gratitude et notre sincère admiration. Que l'éternel soit votre guide.

SIGLES ET ABREVIATIONS

- AINS** : Anti Inflammatoire Non Stéroïdiens
AIT : Accident Ischémique Transitoire
AV : Atrio-Ventriculaire
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
AVF : Algie Vasculaire de la Face
BAV : Bloc Atrio-Ventriculaire
CTA : Céphalées Trigémino-Autonomiques
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CGRP : Calcitonin Genereated Peptide
CRP : Protéine C Réactive
DRS : Direction Régionale de la Santé
DIU : Diplôme interuniversitaire
DSC : Débit Sanguin Cérébral
FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
GT : Gabriel Touré
GBD : Global Burden Disease
HEREC : Headache Research Center
HTA : Hypertension Artérielle
IC : Insuffisance Cardiaque
ICHD : International Classification of Headache Disorders
IHS : International Headache Society
Ir : Intra-rectale
IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
IV : Intraveineuse
LCS : Liquide Céphalo Spinal
M : Mois
N : Nombre

**EVALUATION DU FARDEAU DES CEPHALEES DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE
TOMBOUCTOU**

NO : Monoxyde d'Azote

NOS : Monoxyde d'Azote Synthétase

ODK : Open Data Kit

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PL : Ponction lombaire

PO : Per Os

Sn : Spray nasal

SC : Sous-Cutanée

SI : Sublingual

SPSS : Statistical Pacckage for the Social Sciences

STV : Système Trigémino-Vasculaire

SUNCT : Short lasting Unilateral Neuralgiform pain with Conjunctival injection
and Tearing

SMIG : Salaire Minimum Interprofessionnelle Garanti

TDM : Tomodensitométrie

TSA : Trans -Supra Aortique

TTH : Tension –type Headache

USTTB : Université des Sciences des Techniques et Technologie de
Bamako

USA : United States of America

VIP : Vaso-active Intestinal Peptide

YLD : Years Lost Due to Disability

% : Pourcentage

***** : Autre

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Stimulation électrique de la dure-mère en cours d'intervention chirurgicale à crâne ouvert et sous anesthésie locale..... 26

Figure 2: Algorithme de prise en charge des céphalées..... 72

Figure 3: Carte sanitaire de Tombouctou..... 76

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I:Classification internationale des céphalées (ICHD-3b).	30
Tableau II:Critères diagnostics de la migraine sans aura, migraine commune IHS [5].	33
Tableau III:Critères diagnostics de la migraine avec aura (migraine-accompagnée) IHS [5]	34
Tableau IV: Principaux aliments susceptibles d'induire des céphalées [60]	56
Tableau V:Les agonistes sérotoninergues 5-HT1 ou triptans	65
Tableau VI: quelques médicaments du traitement de fond de la migraine.	67
Tableau VII: Répartition des céphalalgiques en fonction des données sociodémographiques	84
Tableau VIII: Répartition de la population d'étude en fonction de la présence des céphalées	86
Tableau IX: Répartition des céphalalgiques en fonction de la céphalée primaire présentées au cours des 12 derniers mois	87
Tableau X: Répartition des céphalalgiques par jours/mois/an	87
Tableau XI: Répartition des céphalalgiques en fonction de la présence des types de céphalée au cours des 12 derniers mois	88
Tableau XII: Répartition des céphalalgiques tous du même type par jours/mois/an	88
Tableau XIII: Répartition des céphalalgiques plus d'un type par jours/mois/an	89
Tableau XIV: Répartition des céphalalgiques plus d'un type en fonction de la durée des céphalées	89
Tableau XV:Répartition des céphalalgiques plus d'un type en fonction des caractéristiques des leurs céphalées	90

Tableau XVI: Répartition des céphalalgiques en fonction des céphalées survenues à la veille de l'enquête.....	91
Tableau XVII: Répartition des céphalalgiques en fonction de l'intensité des céphalées à la veille de l'enquête.....	91
Tableau XVIII: Répartition des céphalalgiques en fonction de l'impact des céphalées sur les activités quotidiennes pour les céphalées survenues à la veille de l'enquête	91
Tableau XIX: Répartition des céphalalgiques en fonction de la prise de médicament à la veille de l'enquête	92
Tableau XX: Répartition des céphalalgiques en fonction du médicament utilisé à la veille de l'enquête.....	92
Tableau XXI: Répartition des céphalalgiques en fonction de l'utilisation de médicament traditionnel pour traiter les céphalées.....	92
Tableau XXII: Répartition des céphalalgiques en fonction des conseils donnés par un professionnel de la santé pour leurs céphalées au cours des 12 derniers mois.....	93
Tableau XXIII: Répartition des céphalalgiques en fonction du type de professionnel de la santé vu au cours des 12 derniers mois	93
Tableau XXIV: Répartition des céphalalgiques en fonction des médicaments utilisés pour traiter les céphalées au cours du dernier mois..	93
Tableau XXV: Répartition des céphalalgiques en fonction des examens complémentaires réalisés à cause des céphalées au cours des 12 derniers mois	94
Tableau XXVI: Répartition des céphalalgiques en fonction du montant qu'ils sont prêts à payer par mois pour traiter les céphalées	94
Tableau XXVII: Répartition des céphalalgiques en fonction de l'impact des céphalées sur la vie quotidienne de la population	95
Tableau XXVIII: Répartition des céphalalgique en fonction de l'impact des céphalées sur la qualité de vie de la population.....	96

EVALUATION DU FARDEAU DES CEPHALEES DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE
TOMBOUCTOU

Tableau XXIX: Facteurs associés à la migraine 98
Tableau XXX: Facteurs associés à la céphalée de tension 99

SOMMAIRE

INTRODUCTION	17
OBJECTIFS	19
1 GENERALITES	20
1.1 Définition.....	20
1.2 Épidémiologie des céphalées	20
1.3 Rappel anatomique	24
1.4 Physiopathologie des céphalées	25
1.5 Description clinique des types des céphalées	30
1.6 Critères diagnostiques [25] :	40
1.7 Forme clinique	42
1.8 Traitement des céphalées.....	63
2 METHODOLOGIE	74
2.1 Définition des termes techniques.....	74
2.2 Type d'étude et période d'étude.....	74
2.3 Lieu d'étude	75
2.4 Taille de l'échantillon	77
2.5 Outil collecte des données.....	78
2.6 . Procédure collecte des données.....	78
2.7 Formation des investigateurs.....	79
2.8 Enquête test.....	80
2.9 Paramètres mesurés.....	80
2.10 Analyse des données	81
2.11 Considérations éthiques	81
3 Résultats	84
3.1 Caractéristiques sociodémographiques.....	84

EVALUATION DU FARDEAU DES CEPHALEES DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE TOMBOUCTOU

3.2	Prévalence des céphalées et sous type	86
3.3	Caractéristiques cliniques des céphalées les plus gênantes plus d'un type.....	89
3.4	Itinéraire thérapeutique	92
3.5	Fardeau des céphalées	94
3.6	HALT-30	95
3.7	Qualité de vie de la population	96
3.8	Associations entre facteurs sociodémographiques et céphalées	98
4	<i>Commentaires et discussions</i>	100
4.1	Aspect sociodémographique :	100
4.2	Prévalence des céphalées et sous type.....	102
4.3	Fardeau des céphalées	104
4.4	Itinéraires thérapeutiques	104
4.5	Traitement suivi par les céphalalgiques.....	105
	RECOMMANDATION	107
	ANNEXES	112

INTRODUCTION :

À l'échelle mondiale, la prévalence des céphalées chez l'adulte (un épisode de céphalée au moins au cours de l'année écoulée) est d'environ 50%. Dans ce groupe il s'agira d'un épisode de crise migraineuse dans 30% des cas.

Aussi, malgré les variations régionales, les céphalées constituent à l'échelle planétaire un problème majeur de santé publique qui touche des personnes de tous âges, de toutes races, de tous niveaux de revenus et de toutes zones géographiques.

En outre, il est connu que les céphalées font partie des symptômes les plus fréquemment observées en consultation médicale et plus de 90 % des individus signalent des antécédents de céphalées dans leur vie [1].

En effet, il ressort de l'étude sur l'épidémiologie des affections dans le monde (GBD 2016), que la céphalée de tension et la migraine occupent respectivement la deuxième et la troisième place des affections les plus répandues dans le monde juste derrière les pathologies buccodentaires[2].

En dépit de cette situation jusqu'à une période récente, peu d'études avaient porté spécifiquement sur la prévalence des céphalées en Afrique subsaharienne. La plupart des études portaient sur des sous-groupes spécifiques (population hospitalière, ouvriers, étudiants etc.) [3]. Ces études rapportaient des taux de prévalence très disparates.

Ce gap d'information en Afrique a motivé récemment des études dans le cadre de la campagne mondiale de lutte contre les céphalées, avec une méthodologie rigoureuse utilisant les critères de l'International Headache Society (IHS). Ces études ont permis d'obtenir une stabilité des taux de prévalence retrouvés dans les différentes études [4].

Ainsi, la première étude à grande échelle en Afrique subsaharienne fut réalisée en Zambie et a permis de noter une prévalence annuelle des céphalées de 61,6%, celle de la migraine à 22,9%, et celle des céphalées de type tension (TTH) à

22,8% [5]. La deuxième étude dans le cadre de cette campagne fut réalisée en Ethiopie et retrouva une prévalence de 20, 6% pour la céphalée de tension et 17,7% pour la migraine [6].

A la lumière de ces travaux, les céphalées apparaissent donc en Afrique et dans le reste monde comme un problème majeur de santé publique avec des conséquences négatives sur la qualité de vie et un coût socioéconomique considérable [7,8].

Au Mali, nous avons réalisé des études en population chez les scolaires et avons trouvé une prévalence globale des céphalées à 20% et celle de la migraine à 17,3% dans une école de 4631 élèves en 2017 et à 21% dans une école de 1138 élèves participants en 2019 [9].

Ce travail nous a permis aussi de montrer de manière très claire l'impact négatif des céphalées sur la qualité de vie de la population étudiée et surtout le recours à la médecine traditionnelle des patients céphalalgiques [10]. En Afrique en général et au Mali en particulier des lacunes persistent par rapport à nos connaissances sur cette pathologie fréquentes et handicapantes.

Il est donc important de combler ce gap à travers une étude qui aura pour objectif d'estimer la prévalence et le poids attribué aux céphalées dans la population générale car les données existantes portent sur les populations spécifiques (élèves, étudiants, données hospitalières), peu représentatives de la population générale.

Dans ce contexte, une étude épidémiologique en population de grande envergure devenait une nécessité absolue d'où notre travail qui avait pour objectif d'étudier le fardeau des céphalées dans le district sanitaire de Tombouctou.

Questions de recherche :

Existerait-il une prévalence élevée de la céphalée dans le district sanitaire de Tombouctou par rapport à celle observée dans les études antérieures et quel est son impact socio-économique ?

OBJECTIFS

Objectif principal

Déterminer le fardeau des céphalées dans le district sanitaire de Tombouctou

Objectifs secondaires

1. Evaluer les prévalences de la migraine, de la céphalée de tension
2. Identifier les facteurs associés aux céphalées
3. Décrire le parcours thérapeutique des patients céphalalgiques dans le district sanitaire de Tombouctou,
4. Déterminer le cout économique des céphalées dans le district sanitaire de Tombouctou

1 GENERALITES

Toutes les structures exocrâniennes peuvent être à l'origine de douleurs nociceptives dont les voies afférentes sont les nerfs trijumeau et glossopharyngien. Les structures intracrâniennes sont relativement insensibles, à l'exception de la dure-mère et des artères de la base, des sinus veineux, des méningées et des nerfs crâniens sensitifs. La stimulation des structures sensibles intracrâniennes situées au-dessus de la tente du cervelet provoque une douleur projetée en surface sur la moitié antérieure du crâne. La voie afférente de cette douleur est le nerf trijumeau. La stimulation des structures sensibles de la fosse postérieure provoque une douleur projetée sur la région occipitale. Les voies afférentes sont le glossopharyngien et le pneumogastrique [11].

1.1 Définition

La céphalée se définit comme étant une douleur d'intensité et de durée variables, à type de pulsation, d'échauffement, de serrement, de pesanteur ou autres, localisée et/ou se projetant au niveau d'une, de plusieurs parties ou toute la boîte crânienne [12].

1.2 Épidémiologie des céphalées

Les études épidémiologiques sur les céphalées ont été initialement et majoritairement descriptives permettant d'estimer la prévalence et à un moindre degré l'incidence. Cette approche descriptive a également permis d'obtenir d'importantes données sur l'impact des céphalées tant sur le plan individuel que sociétal.

Enfin, plus récemment, l'approche épidémiologique analytique a été appliquée aux céphalées pour essayer d'appréhender leurs facteurs déterminants en étudiant si le risque de développer des céphalées est différent selon que le sujet est ou n'est pas exposé à certains facteurs d'intérêt considérés alors comme des facteurs de risque [11]

1.2.1 Prévalence et incidence des céphalées primaires

La prévalence ponctuelle et globale des céphalées est de 47 % faisant qu'à un moment donné près d'un sujet sur deux souffre d'une céphalée dans la population générale. Ce niveau de prévalence explique que la céphalée est un des motifs les plus fréquents de consultation médicale. Cette prévalence est en fait très variable selon le type de céphalée primaire considérée et la suite de ce chapitre précise les données épidémiologiques descriptives de quatre entités nosographiques :

- Migraine ;
- Céphalée de tension ;
- Céphalée chronique quotidienne ;
- Algie vasculaire de la face.

1.2.2 Prévalence et incidence de la migraine

La migraine est la céphalée primaire pour laquelle le plus de données épidémiologiques descriptives sont disponibles. Globalement, toutes les études réalisées dans les pays occidentaux industrialisés ont permis d'estimer la prévalence sur une année entre 10 et 12 % chez l'adulte. En France, ce taux a été retrouvé dans plusieurs études sachant qu'il concerne la migraine « stricte » (c'est-à-dire celle qui répond à tous les critères diagnostiques de la classification internationale des céphalées), car si la migraine « probable » (c'est-à-dire celle qui répond à tous ces critères sauf un) est également considérée, la prévalence globale de la migraine peut dépasser les 20 %. Cette prévalence apparaît relativement stable dans le temps mais cette affirmation ne peut porter que sur les vingt dernières années dans la mesure où les premières données épidémiologiques robustes ne remontent qu'à une vingtaine d'années suite à la publication de la première édition de la classification internationale des céphalées.

EVALUATION DU FARDEAU DES CEPHALEES DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE TOMBOUCTOU

Cette prévalence est par contre variable en fonction de l'origine géographique et de la race de la population étudiée. Ainsi, il existe un gradient de prévalence faisant que les sujets de race caucasienne sont les plus migraineux, alors que les sujets de race asiatique sont les moins migraineux, les sujets de race noire se situant en position intermédiaire (ces différences de prévalence pouvant résulter de facteurs culturels et/ou de facteurs génétiques).

Cette prévalence est également très variable si sont considérées les deux caractéristiques sociodémographiques importantes que sont le sexe et l'âge. Ainsi, il existe une très nette prédominance féminine de cette affection faisant qu'à l'âge adulte le ratio selon le sexe, qui est le rapport du nombre de migraineux entre hommes et femmes, varie de 1 : 2 à 1 : 3. Cette prédominance féminine n'apparaît qu'après la puberté suggérant l'influence des hormones stéroïdes sexuelles féminines sur l'expression clinique de la prédisposition migraineuse mais elle persiste après la ménopause. La variabilité de la prévalence migraineuse se traduit également par son augmentation dans la première partie de la vie qui est suivie d'un déclin faisant que le maximum de prévalence concerne les sujets entre 30 et 50 ans. Le pic de prévalence affecte donc une population de sujets actifs, ce qui explique l'important impact sociétal de la migraine.

En dépit de la grande quantité de données accumulées, l'approche épidémiologique de la migraine n'a pas répondu encore à toutes les questions.

Ainsi, l'incidence de la migraine reste assez imprécise, une seule étude prospective réalisée au Danemark ayant permis une estimation de son taux à

8,1 pour 1 000 habitants par an. La rareté de ces données d'incidence est expliquée par la difficulté de mettre en place des études longitudinales, cette difficulté expliquant également le peu de données disponibles sur l'histoire naturelle de la migraine.

De même, peu d'études ont considéré spécifiquement la migraine avec aura et ces dernières mettent globalement en évidence une prévalence variant entre 1,3 et 3,4 % chez l'homme et entre 3,8 et 9 % chez la femme, sachant que les études utilisant des questionnaires permettent difficilement de différencier l'aura visuelle de la photophobie qui est un signe associé de la céphalée migraineuse quelle que soit sa forme [11].

1.2.3 Prévalence et incidence de la céphalée de tension :

Si la forme à expression épisodique peu fréquente (moins de 12 j/an) est exclue, la prévalence sur une année chez l'adulte de la céphalée de tension varie de 24 à 43 % dans sa forme à expression clinique épisodique fréquente (entre 12 et 180 j/an) et de 1 à 5,6 % dans sa forme clinique à expression chronique (plus de 180 j/an). Cette céphalée primaire affecte également les enfants et les adolescents chez lesquels la prévalence a pu être estimée à près de 10 %. Cette prévalence augmente avec l'âge et son pic est atteint entre 20 et 30 ans. Contrairement à la migraine, son ratio selon le sexe (4 : 5) ne montre pratiquement pas de prédominance féminine. L'incidence de la céphalée de tension dans son expression clinique épisodique fréquente a été estimée à 14,2 pour 1 000 habitants par an [11].

1.2.4 Prévalence et incidence de la céphalée chronique quotidienne :

La céphalée chronique quotidienne n'est pas individualisée en tant qu'entité nosologique dans la classification internationale des céphalées, mais elle est unanimement définie par la présence d'au moins 15 jours de céphalée par mois depuis au moins 3 mois. Problème majeur en pratique clinique elle a récemment bénéficié de l'approche épidémiologique descriptive. Ainsi, de nombreuses études ont permis d'estimer sa prévalence entre 3 et 4 %. La France est un des pays où ce taux a été mis en évidence dans une étude qui a par ailleurs montré que les deux tiers des sujets présentant une céphalée chronique quotidienne décrivaient une sémiologie migraineuse mettant en exergue le fait que les sujets

souffrant de céphalée chronique quotidienne constituent un groupe hétérogène comprenant des sujets souffrant d'une céphalée plutôt d'origine migraineuse et d'autres souffrant d'une céphalée plutôt de nature tensives. Cette même étude a montré que les sujets en céphalée chronique migraineuse avec une sémiologie migraineuse avaient une consommation médicamenteuse 6 fois supérieure aux sujets souffrant de migraine épisodique faisant ressortir le possible abus médicamenteux qui est fréquemment associé à la céphalée chronique quotidienne. Ces dernières années, l'épidémiologie de la céphalée chronique quotidienne a particulièrement concerné la migraine chronique dont la prévalence a été estimée entre 1,4 et 2,2 %. Par ailleurs, l'incidence annuelle de l'apparition d'une céphalée chronique quotidienne chez les migraineux a été estimé à 2,5 % [11].

1.2.5 Prévalence et incidence de l'algie vasculaire de la face :

Les données épidémiologiques descriptives concernant l'algie vasculaire sont beaucoup moins nombreuses que pour les autres céphalées primaires comme la migraine ou la céphalée de tension. Les études donnent des résultats très variables allant de 0,06 à 0,3 %. De même son incidence, encore moins étudiée, varie selon les études de 2,5 à 9,8 pour 100 000 habitants par an. Ces chiffres de prévalence et d'incidence confirment le caractère beaucoup moins fréquent de l'algie vasculaire de la face par rapport aux autres céphalées primaires, mais ils ne permettent pas de confirmer le statut de maladie orpheline dont dispose actuellement l'algie vasculaire de la face et qui repose théoriquement sur une prévalence inférieure à 0,2 %. Si la prévalence et l'incidence exactes de cette affection restent imprécises, sa très grande prédominance masculine et son début le plus fréquent entre 20 et 30 ans sont par contre bien établis [11].

1.3 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 [13].

L'ICHD-3 est publiée en tant que premier numéro de Cephalalgia en 2018, exactement 30 ans après la première édition de l'International Classification of Headache Disorders, l'ICHD-I comme nous l'appelons maintenant. Cette première version était basée principalement sur des avis d'experts, mais s'est néanmoins avérée largement valable. L'ICHD-II, publiée en 2004, comportait un certain nombre de changements motivés d'une part, par de nouveaux éléments de preuve et d'autre part, par les avis révisés des experts. Les nouvelles preuves scientifiques ont joué un rôle relativement plus important dans les changements opérés dans la version bêta de l'ICHD-3, et toutes les nouvelles modifications incluses dans l'ICHD-3 sont basées sur de telles preuves. Ainsi, la Classification des Céphalées est dorénavant et pour toutes les éditions futures, entièrement dirigée par la recherche.

1.4 Physiopathologie des céphalées

Les bases de nos connaissances sur l'anatomie fonctionnelle des céphalées reposent sur les travaux de Penfield, Ray et Wolff en 1940, réalisés sur des patients en cours d'intervention chirurgicale à crâne ouvert et sous anesthésie locale. On a pu déterminer les structures algogènes intracrâniennes ainsi que les zones de projection de la douleur :

EVALUATION DU FARDEAU DES CEPHALEES DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE TOMBOUCTOU

Une stimulation électrique des vaisseaux de la dure-mère, artères et veines, provoque une douleur ipsilatérale, sévère de la région frontotemporale, alors que la même stimulation de la dure-mère à distance des vaisseaux ou une stimulation du parenchyme cérébral sont totalement indolores.

Plus récemment on a montré que la distension par ballonnets gonflables des segments proximaux des grosses artères, carotide, vertébrale et tronc basilaire provoquait une douleur projetée dans le territoire ophtalmique du nerf trijumeau.

Étant donné que les vaisseaux intracrâniens sont la seule source de la douleur intracrânienne et en particulier de la douleur projetée, la connaissance de l'innervation de ces vaisseaux est un prérequis indispensable à la compréhension des mécanismes des céphalées.

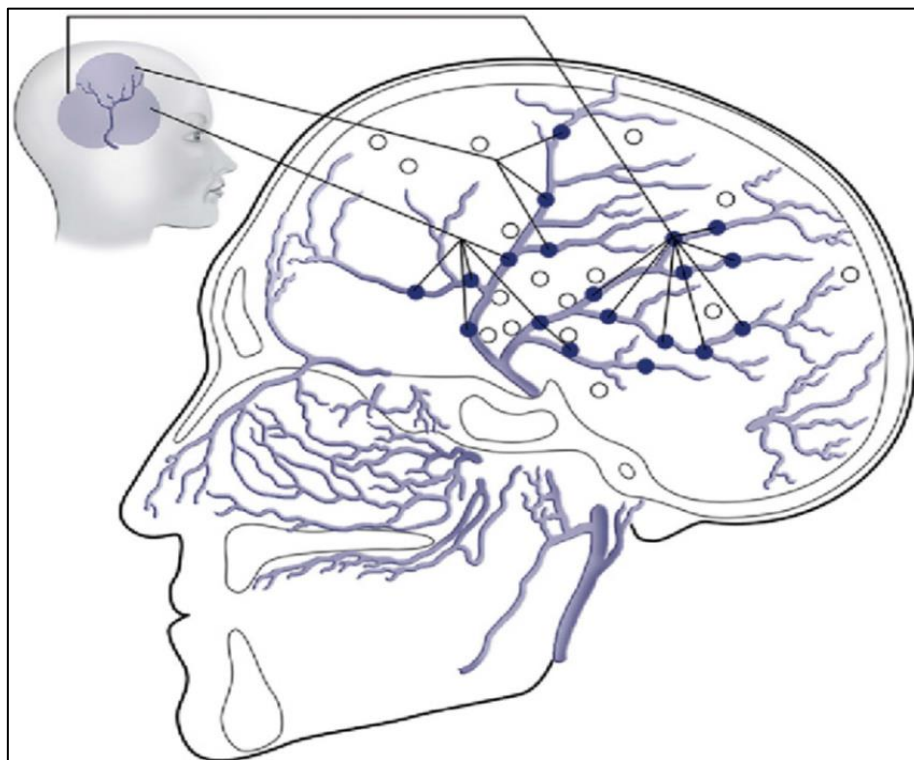


Figure 1: Stimulation électrique de la dure-mère en cours d'intervention chirurgicale à crâne ouvert et sous anesthésie locale

La stimulation électrique de la partie proximale des artères durales et corticales déclenche une douleur projetée sur la région frontotemporale ipsilatérale (ronds bleus), alors que la même stimulation sur la dure-mère voisine est indolore (ronds vides).

1.4.1 Innervation des vaisseaux intracrâniens :

Les vaisseaux intracrâniens sont innervés par des fibres nerveuses afférentes sensibles issues du système trigéminovasculaire et par des fibres efférentes sympathiques et parasympathiques qui contrôlent la vasomotricité et la sécrétion glandulaire. De plus, ils reçoivent des fibres provenant du cerveau lui-même, constituant donc une innervation intrinsèque.

1.4.2 Système trigéminovasculaire (STV)

Les gros vaisseaux de la base du cerveau, les vaisseaux méningés de la pie-mère et de la dure-mère, les sinus veineux sont entourés d'un plexus de fibres nerveuses issues du ganglion de Gasser, principalement de sa première branche de division, et pour la fosse postérieure, issues des ganglions des deux premières racines postérieures cervicales.

La distribution majoritairement unilatérale de ces fibres nerveuses peut expliquer l'unilatéralité de la céphalée migraineuse et de la plupart des autres céphalées primaires (hémicrânie).

Ces fibres nociceptives sont de trois types :

- **Fibres C** non myélinisées, de petit calibre → composante lente de la douleur ;
- **Fibres A** delta de conduction plus rapide → composante initiale plus aiguë de la douleur ;
- **Certaines fibres C**, appelées « nocicepteurs silencieux », ne s'activent que pour des stimulations nociceptives de haute intensité.

Ces neurones afférents primaires transmettent l'information nociceptive aux neurones secondaires (*second order neuron*) situés dans la partie caudale du noyau du trijumeau et dans les cornes dorsales des deux premiers segments cervicaux. Cet ensemble constituant un continuum fonctionnel est désigné par le terme « complexe trigéminocervical ».

L'activation de ce système par stimulation électrique du ganglion trijumeau provoque chez le rat la libération de neuropeptides CGRP (*calcitonin generelated peptide*), substance P, neurokinine A, responsable d'une inflammation neurogène stérile avec vasodilatation des vaisseaux méningés, extravasation des protéines plasmatiques, dégranulation des mastocytes, activation des plaquettes dans les capillaires.

1.4.3 Fibres efférentes parasympathiques :

1.4.3.1 Les fibres extrinsèques parasympathiques empruntent deux voies :

Certaines proviennent du ganglion otique et suivent le trajet de l'artère carotide interne pour se distribuer aux vaisseaux de la base du cerveau ;

D'autres proviennent du ganglion sphéno-palatinal et du nerf facial (*via* le grand nerf pétreux superficiel).

Ces fibres cholinergiques, qui contiennent également du VIP (*vasoactive intestinal peptide*), ont une relation anatomique étroite avec les fibres sympathiques, ce qui laisse présager qu'un type de fibres peut moduler les effets de l'autre.

La stimulation électrique de l'innervation parasympathique a un profond effet vasodilatateur sur les vaisseaux et les artérioles de la base, mais ces réactions vasomotrices ne s'accompagnent pas d'augmentation parallèle du métabolisme cérébral. La consommation locale de glucose reste basse. On parle de

vasodilatation neurogène. La section de ces mêmes voies n'altère pas le DSC, ni ne modifie les capacités d'autorégulation.

La vasodilatation induite par la stimulation du ganglion sphéno-palatinal n'est pas atténuée par les agents anticholinergiques comme l'atropine et la scopolamine. Elle ne serait donc pas due à l'acétylcholine elle-même mais plutôt à d'autres agents cosécrétés avec l'acétylcholine. Du fait de la Comédiation acétylcholine-VIP, le VIP peut être le neuromédiateur de la vasodilatation neurogène. D'une part, l'action vasodilatatrice de l'acétylcholine passe par le monoxyde d'azote (NO). La vasodilatation est en effet annulée par les inhibiteurs de la NO synthétase (NOS). Une colocalisation de récepteurs muscariniques et de récepteurs de la NOS a été mise en évidence au niveau des couches II et III du cortex frontal. D'autre part, des fibres nerveuses non cholinergiques provenant du ganglion sphéno-palatinal et innervant les cellules endothéliales des vaisseaux de la base contiennent de la NOS ; une certaine proportion d'entre elles (30 % environ) contiennent à la fois de la NOS et du VIP. Ces éléments suggèrent que, dans certaines circonstances, l'acétylcholine, le NO et le VIP peuvent être sécrétés en même temps dans un territoire cérébral. La vasodilatation neurogène passe par le VIP et le NO plutôt que par l'acétylcholine.

1.4.3.2 Innervation intrinsèque

On a démontré l'existence de systèmes neuronaux intrinsèques noradrénergiques (*locus coeruleus*), sérotoninergiques (raphé médian), cholinergiques (noyau fastigial du cervelet et noyau basal de Meynert) et dopaminergiques, se projetant sur les vaisseaux cérébraux et pouvant jouer un rôle important dans la régulation du DSC, indépendamment de la régulation métabolique ; ainsi la stimulation du noyau fastigial (cholinergique) augmente le débit sanguin cérébral, la stimulation du noyau dorsal du raphé (sérotoninergique) le diminue, sans changement significatif de la consommation de glucose (découplage débit-métabolisme).

Après sympathectomie cervicale bilatérale, des vésicules adrénérergiques persistent dans certaines fibres périvasculaires, ce qui démontre l'existence d'une innervation adrénérergique centrale. Cette innervation centrale des artérioles intra parenchymateuses semble être localisée principalement au niveau des branches de division vasculaire, une situation stratégique pour le contrôle du débit sanguin local.

Le locus coeruleus est la source exclusive des terminaisons nerveuses noradrénérergiques périvasculaires corticales. Sa stimulation chez le chat ou le singe provoque une diminution du débit sanguin cérébral qui est maximale au niveau du cortex occipital.

1.4.3.3 L'innervation sérotoninergique

En provenance des noyaux du raphé intéresse l'ensemble des vaisseaux pénétrants intra parenchymateux, jusqu'aux artérioles, capillaires et veinules, quelle que soit leur taille.

Ce contrôle du tonus de la microcirculation cérébrale par des neurones situés dans le tronc cérébral constitue une base anatomique essentielle pour la compréhension des mécanismes physiopathologiques de la crise migraineuse et des autres céphalées primaires.

1.5 Description clinique des types des céphalées

Tableau I: Classification internationale des céphalées (ICHD-3b).

Classification internationale des céphalées (ICHD-3b)
Céphalées primaires
1. Migraine
2. Céphalée de tension
3. Céphalées trigemino-dysautonomique
4. Autres céphalées primaires

Céphalées secondaires : céphalées à (un ou une)

5. Céphalée attribuée à un traumatisme crânien ou cervical
6. Céphalée attribuée à une pathologie vasculaire, crânienne ou cervicale
7. Céphalée attribuée à une anomalie intracrânienne non vasculaire
8. Céphalée attribuée à une substance ou à son sevrage
9. Céphalée attribuée à une infection
10. Céphalée attribuée à un trouble de l'homéostasie
11. Céphalées ou douleurs faciales attribuées à une pathologie crânienne, du cou, des yeux, des oreilles, du nez, des sinus, des dents, de la bouche ou d'une autre structure faciale ou crânienne
12. Céphalées attribuées à un trouble psychiatrique

Névralgies crâniennes, douleurs faciales centrales et primaires, et autres céphalées

13. Névralgies crâniennes et douleurs faciales de cause centrale
14. Autres céphalée, névralgie crânienne et douleur faciale centrale ou primaire

Divers types de migraine existent avec parfois des traitements spécifiques.

Différents types de migraine peuvent coexister chez un même patient.

1.5.1 Migraine

1.5.1.1 Migraine sans aura

Il s'agit de la présentation la plus commune dont la résolution se fait progressivement jusqu'à disparition des symptômes. Des symptômes

prémonitoires peuvent précéder la crise à proprement parler. La céphalée s'installe de façon rapidement progressive pour atteindre un maximum pouvant persister plusieurs heures.

Les signes prémonitoires peuvent précéder la migraine de quelques heures à environ deux jours. Leur prévalence est variable selon les études, allant de 12 à 88% [14,15].

Les signes les plus fréquemment rencontrés sont une irritabilité, une humeur dépressive, une sensation de faim, des bâillements, une excitation ou une asthénie. De façon moins fréquente, on peut observer une difficulté de concentration, une raideur cervicale, des mictions fréquentes, une apathie, une soif importante, une difficulté à trouver les mots ou à articuler ou une fatigue musculaire générale.

La migraine cataméniale, entité nosologique distincte, débute deux jours avant le début des règles et se prolonge pendant toute leur durée. Ce diagnostic n'est retenu que si au moins 90% des crises surviennent dans ces circonstances.

Le plus souvent, à la phase initiale, la céphalée ne peut être localisée, alors ressentie comme une sensation de gêne et ne présente pas de caractère pulsatile.

Ensuite, elle s'intensifie progressivement en 30 minutes à quelques heures et devient localisée à une hémicrânie chez deux tiers des patients. Les symptômes associés apparaissent le plus souvent secondairement.

Parmi les critères diagnostics de la migraine [16], la durée de la crise est un critère majeur. Celle-ci doit se situer entre 4 heures à 3 jours ; en deçà ou au-delà, il s'agit d'une migraine atypique qui doit évoquer d'autres causes. Au-delà, il s'agit d'un état de mal migraineux.

Tableau II: Critères diagnostics de la migraine sans aura, migraine commune IHS [5].

A Au moins cinq crises répondant aux critères B à D
B Crises de céphalée durant 4 à 72 heures sans traitement
C Céphalée ayant au moins deux des caractéristiques suivantes :
1. unilatérale
2. pulsatile
3. modérée ou sévère
4. aggravation par les activités physiques de routine, telles que monter ou descendre des escaliers
D Durant les céphalées, au moins l'un des caractères suivants :
1. nausée et/ou vomissements
2. photophobie et phonophobie
L'histoire, l'examen physique et neurologique ne suggèrent pas une céphalée symptomatique.

Les céphalées débutent le plus souvent au réveil et en fin de journée. Un sommeil prolongé peut provoquer les crises. Classiquement, les céphalées sont pulsatiles mais elles sont parfois à type de broiement ou d'éclatement. L'activité physique, la toux ou une rotation rapide de la tête peuvent aggraver les symptômes.

La localisation en hémicrânie est la plus fréquente mais elle peut être généralisée, le maximum de la douleur étant le plus souvent fronto-temporal ou périorbitaire, du moins à la phase initiale de la crise.

Chez les patients avec des crises fréquentes, des douleurs à type de piquêre, de coup de couteau ou de pic à glace peuvent survenir momentanément. La fréquence des crises est variable (une crise annuelle à deux crises quotidienne). Les signes accompagnateurs sont aussi variés : Nausées, vomissements, sensation de vertige ou d'évanouissements, douleurs abdominales chez l'enfant. Il existe habituellement une corrélation entre l'intensité de la céphalée et la présence des signes accompagnateurs [17]. Ensuite, les symptômes s'amendent progressivement, parfois à la suite d'une sieste ou d'un vomissement.

1.5.1.2 Migraine avec aura

1.5.1.2.1 Migraine avec aura typique

Le plus souvent, l'aura dure moins d'une heure et précède la céphalée, mais parfois la céphalée précède l'aura. Elle est toujours réversible (tableau III).

Tableau III: Critères diagnostiques de la migraine avec aura (migraine-accompagnée) IHS [5]

A Au moins trois des quatre caractéristiques suivantes :
1- un ou plusieurs symptômes de l'aura, totalement réversibles et indiquant une perturbation corticale focale ou une perturbation du tronc cérébral
2- le symptôme de l'aura se développe progressivement sur plus 4 min et, en cas de deux ou plusieurs symptômes, ils surviennent successivement
3- la durée de chacun des symptômes de l'aura n'excède pas 60 min. S'il y a plusieurs symptômes, la durée acceptée est augmentée en conséquence
4- la céphalée fait suite à l'aura après un intervalle libre de moins de 60 min mais peut parfois commencer avant l'aura ou lui est contemporaine.

Il existe différents types d'aura. Les auras visuelles, les plus fréquentes, se manifestent par des scintillations visuelles. Des scotomes centraux peuvent être perçus. La localisation dans tout le champ visuel est habituelle mais parfois seul

un hémichamp peut être touché. Les auras sensorielles, deuxième en fréquence, comportent des paresthésies chiro-orales (mains-bouches). L'atteinte de la langue est très caractéristique. On peut aussi observer des paresthésies hémicorporelles s'étendant le long de l'homonculus sensitif. Les troubles du langage, troisième en fréquence, sont le plus souvent un manque du mot (aphasie). Parfois, l'atteinte est bilatérale. Plus rarement, on observe des troubles de la coordination, parfois associés aux troubles moteurs, une hémiparésie, une désorientation temporo-spatiale, une crise d'angoisse... En pratique, tout symptôme neurologique central peut être observé.

1.5.1.2.2 Migraines avec aura atypique

Elles sont rares et imposent souvent un bilan complet avec imagerie cérébrale en particulier, qui est normale.

L'aura peut-être atypique par sa sémiologie (illusions et hallucinations visuelles ou sensitives, déficit moteur). Elle peut être prolongée, c'est-à-dire d'une durée supérieure à une heure et inférieure à une semaine.

L'aura migraineuse sans céphalée n'est pas exceptionnelle ; elle est plus fréquente chez des sujets âgés ou lorsque la migraine s'installe tardivement après 45 ans. Elle pose le problème du diagnostic différentiel avec une épilepsie partielle ou un accident ischémique transitoire et impose de pratiquer un bilan étiologique.

La migraine avec aura aiguë est définie par une aura de survenue rapide durant moins de quatre minutes. La céphalée doit être typique et il faut éliminer un accident ischémique transitoire ou une autre lésion intracrânienne par une imagerie cérébrale.

1.5.1.2.3 Formes particulières de migraines

1.5.1.2.3.1 Migraine hémiplégique familiale

Cette entité nosologique rare implique que l'aura doit comporter une hémiparésie et qu'au moins un des parents au premier degré ait des crises identiques [18]. Cette affection autosomique est dominante débute dans l'enfance, l'adolescence ou chez l'adulte jeune.

L'hémiparésie ou l'hémiplégie peuvent être isolées, mais elles sont plus souvent associées à des troubles visuels, sensitifs ou aphasiques. La céphalée peut précéder l'installation des signes neurologiques, de même que ceux-ci peuvent persister bien après la disparition de la céphalée. La durée des crises est variable, les troubles pouvant persister jusqu'à une à deux semaines. La récupération est toujours complète. La neuro-imagerie est normale. En revanche, l'EEG réalisé en cours de crise montre un foyer d'ondes lentes pouvant déborder le territoire symptomatique. Le liquide céphalo-rachidien peut révéler une hyperleucocytose isolée trompeuse. Une mutation d'une gène localisée sur le chromosome 19, codante pour un canal calcique, est mise en cause chez 60% des familles [19,20] et sur le chromosome 1 chez 20% des familles [21]

1.5.1.2.3.2 Migraine basilaire

L'aura de la migraine basilaire comporte des symptômes en relation avec le tronc cérébral ou les lobes occipitaux : troubles visuels bilatéraux à la fois dans les deux champs visuels temporaux et nasaux, dysarthrie, vertiges, acouphènes, hypoacousie, diplopie, ataxie, paresthésies ou parésies bilatérales, troubles de la conscience. La forme classique débute par des troubles visuels. Ces symptômes persistent de quelques minutes à une heure, s'effaçant rapidement pour laisser place à une céphalée pulsatile sévère, habituellement occipitale, accompagnée de vomissements. Un état confusionnel prolongé peut être rencontré. Les formes incomplètes, associant à des degrés variés vertiges, troubles de l'équilibre, signes visuels ou sensitifs bilatéraux ou à bascule, peuvent être trompeuses.

1.5.1.2.3.3 Migraine ophtalmoplégique

Exceptionnelle, elle débute souvent dans l'enfance, elle comporte des accès toujours du même côté, débutant par une douleur pulsatile oculaire ou orbitofrontale, souvent accompagnée de nausées et de vomissements. La douleur précède la paralysie oculomotrice de plusieurs heures, plus rarement de plusieurs jours. Lors des premiers accès, la régression sans séquelles est la règle en une à quatre semaines. Lors des crises répétées, la régression peut être plus lente, s'étalant sur plusieurs mois, parfois incomplète. C'est un diagnostic d'élimination et l'IRM doit rechercher un processus occupant l'espace, notamment para-sellaire.

✓ Migraine rétinienne

Extrêmement rare, elle se caractérise par un scotome ou un trouble visuel monoculaire. Le symptôme doit durer moins de 60 minutes, et être suivi d'une céphalée caractéristique avec un intervalle libre de moins d'une heure. Le diagnostic ne doit être retenu qu'après avoir éliminé les autres causes de cécité monoculaire transitoire, en particulier une embolie, par les investigations appropriées.

1.5.1.2.3.4 Migraine confusionnelle

Un syndrome confusionnel aigu peut survenir au cours d'une crise de migraine, il dure de deux à vingt-quatre heures et comporte une désorientation temporo-spatiale, des troubles du comportement avec agitation, agressivité et perplexité. Cette forme est rencontrée volontiers chez des patients présentant une migraine basilaire ou une migraine hémiplégique. Des antécédents familiaux de migraine permettent d'évoquer le diagnostic. Des cas d'ictus amnésique accompagnés ou suivis par une céphalée migraineuse ont été rapportés.

1.5.1.2.3.5 Migraine post-traumatique

Il n'est pas rare, chez un migraineux, qu'un traumatisme crânien déclenche une crise migraineuse. Beaucoup plus rare est la migraine post-traumatique. Il s'agit, chez un sujet auparavant non migraineux, de l'apparition de crises de migraine moins de 14 jours, soit après le traumatisme crânien lui-même, soit après la sortie du coma post-traumatique. Son incidence est estimée entre 1 et 4% des patients hospitalisés pour traumatisme crânien. La migraine post-traumatique ne diffère en rien de la migraine non traumatique.

1.5.1.2.3.6 Migraines symptomatiques

Des crises migraineuses peuvent s'observer au cours de certaines pathologies organiques : lupus, thrombocytémie, CADASIL, syndrome des antiphospholipides ou MELAS. La dissection d'une artère cervicale peut se manifester par une céphalée répondant aux critères de la migraine.

1.5.1.3 Complications de la migraine

1.5.1.3.1 Etat de mal migraineux

Il s'agit de crises migraineuses où la phase céphalalgique dépasse soixante-douze heures malgré le traitement. Des périodes de rémissions inférieures à quatre heures peuvent survenir (en dehors du sommeil). L'état de mal migraineux est régulièrement associé à une intoxication médicamenteuse.

1.5.1.3.2 Infarctus migraineux

Ils sont exceptionnels et doivent être différenciés d'un accident ischémique cérébral, qui peut déclencher un accès de migraine chez un sujet migraineux.

Ils ont été récemment individualisés grâce à la clinique, aux examens complémentaires et aux constatations anatomiques.

Il peut s'agir : d'une atteinte rétinienne (ischémique dans le territoire de l'artère centrale de la rétine) ; d'une atteinte cérébrale, par infarctus le plus souvent postérieur (hémianopsie latérale homonyme ou quadranopsie séquellaire).

Certains arguments permettent de rattacher l'infarctus à la migraine : apparition du déficit lors d'un accès de migraine, avec un ou plusieurs symptômes de l'aura qui ne régressent pas dans les 7 jours et/ou existence d'un infarctus ischémique confirmé par la neuro-imagerie dans la zone concernée. Il faut systématiquement éliminer les autres causes d'infarctus avant de retenir ce diagnostic.

Evolution et pronostic

La maladie migraineuse est une affection bénigne dont les complications sont rares. La gravité fonctionnelle est liée à la fréquence des crises avec le retentissement psychosocial en rapport. Il peut s'agir d'une petite gêne occasionnelle, mais aussi d'une véritable souffrance permanente chez environ 20% des migraineux. Il semble que les crises de migraine s'atténuent ou disparaissent avec le temps. Il existe des périodes favorables mais aussi des périodes d'aggravation, parfois à l'occasion de changements de rythme de vie, de modification hormonale, de tension psychologique.

1.5.1.3.3 Céphalée de tension

L'IHS définit ces céphalées comme souvent bilatérales, à type de pression, d'intensité légère ou modérée, non accentuées par l'activité physique, et rarement accompagnées de symptômes tels que nausées, photophobie, phonophobie [12].

La douleur est souvent diffuse, en « casque ». Parfois elle est localisée (par ordre de fréquence, occipitales pouvant descendre dans la nuque, pariétales, temporales et frontales) mais est alors bilatérale dans 90% des cas [22] .

Une douleur du vertex ou la jonction entre le nez et l'os frontal en « pince- nez » est également évocatrice. La douleur est plus souvent unilatérale dans les formes chroniques que dans les formes épisodiques. Les caractéristiques de la douleur sont très variées mais le plus souvent à type de serrement ou de pesanteur, et elle est pulsatile dans 15% des cas [23].

Des sensations de tête vide, de gêne, de brûlure sont aussi décrites. Elle est le plus souvent modérée mais peut parfois être intense, empêchant rarement la poursuite des activités habituelles. Elle ne s'aggrave pas à l'activité physique routinière. Elle peut être déclenchée par les mêmes facteurs que la migraine, avec une plus grande prépondérance des facteurs psychologiques. Seules les céphalées de tension chroniques peuvent avoir un retentissement sur la vie quotidienne. En général, la céphalée est présente dès le réveil et s'accroît en fin de journée. Des épisodes d'accalmie de plusieurs mois ou années sont souvent constatés. La prévalence de ces céphalées diminue le plus souvent avec l'âge. Une contracture avec douleur à la pression des masses musculaires cervicales, scapulaires et masseteriens est fréquemment trouvée. L'examen clinique est par ailleurs normal. Aucun examen n'est nécessaire sauf en cas de doute diagnostique [24].

1.6 Critères diagnostiques [25] :

1.6.1 Céphalée de tension épisodique peu fréquente.

A. Au moins 10 épisodes de céphalée survenant <1 jour/mois en moyenne (<12 jours/an) et répondant aux critères B-D

B. Durée de 30 minutes à 7 jours

C. Au moins deux des quatre caractéristiques suivantes :

1. localisation bilatérale
2. à type de pression ou de serrement (non pulsatile)
3. intensité légère ou modérée
4. absence d'aggravation par les activités physiques de routine comme marcher ou monter des escaliers

D. Présence des deux caractéristiques suivantes :

1. ni nausée, ni vomissement
2. pas plus d'un de ces deux signes associés : photophobie ou phonophobie

E. N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3.

1.6.2 Céphalée de tension épisodique fréquente

A. Au moins 10 épisodes de céphalée survenant 1 à 14 jour(s)/mois en moyenne pendant >3 mois (entre ≥ 12 et < 180 jours/an) et répondant aux critères B-D

B. Durée de 30 minutes à 7 jours

C. Au moins deux des quatre caractéristiques suivantes :

1. localisation bilatérale
2. à type de pression ou de serrement (non pulsatile)
3. intensité légère ou modérée
4. absence d'aggravation par les activités physiques de routine comme marcher ou monter des escaliers

D. Présence des deux caractéristiques suivantes :

1. ni nausée, ni vomissement
2. pas plus d'un de ces deux signes associés : photophobie ou phonophobie

E. N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3

1.6.3 Céphalée de tension chronique

A. Céphalée survenant au moins 15 jours/mois en moyenne depuis >3 mois (au moins 180 jours/an), et répondant aux critères B-D

B. Durant des heures, des jours ou non rémittente

C. Au moins deux des quatre caractéristiques suivantes :

1. localisation bilatérale
2. à type de pression ou de serrement (non pulsatile)
3. intensité légère ou modérée
4. absence d'aggravation par les activités physiques de routine comme marcher ou monter des escaliers

D. Présence des deux éléments suivants :

1. pas plus d'un de ces signes associés : photophobie, phonophobie ou nausée légère

2. ni nausées ni vomissements modérés ou sévères

E. N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3

1.7 Forme clinique

✓ *Forme épisodique*

La douleur, modérée dans son intensité, est habituellement bilatérale ; elle n'est pas pulsatile, mais à type de pression, de serrement ; elle n'est pas exagérée par des activités physiques usuelles, telles que la montée des escaliers ; elle ne contraint pas le patient à interrompre totalement l'activité en cours, même si elle peut réduire les activités quotidiennes ; elle ne s'accompagne pas de vomissements. Cependant, il n'est pas rare que migraine et céphalée de tension coexistent, et cette association n'est probablement pas expliquée seulement par la fréquence respective élevée des deux types de céphalée.

✓ *Forme chronique*

La céphalée de tension évolue souvent vers une céphalée chronique, quotidienne ou quasi quotidienne. Cette évolution est favorisée par l'utilisation excessive d'antalgiques ou la prescription inappropriée de médicaments spécifiques de l'accès migraineux [24].

1.7.1 Céphalée Trigémino-autonomiques

Les céphalées trigémino-autonomiques (CTA) constituent un groupe de céphalées primaires caractérisé par l'association d'une douleur unilatérale siégeant dans le territoire du trijumeau et de signes autonomiques ipsilatéraux marqués, en rapport avec une activation du réflexe trigémino-autonomique. Ce cadre nosologique, proposé par Goadsby et Lipton en 1997 constitue le chapitre 3 de la classification de l'International Headache Society (IHS). Il inclut l'algie vasculaire de la face (AVF), l'hémicrânie paroxystique(HP), Short-lasting Unilatéral Neuralgiform headache attacks Conjunctival injection and Tearing (SUNCT) et l'hemicrania continua [26].

1.7.2 Algies vasculaires de la face

Douleur strictement unilatérale. Dans la majorité des cas, son siège maximal se situe dans la région oculaire ou péri oculaire et moins souvent au niveau de la tempe. Elle peut être localisée ou irradiée vers le front, la tempe, la pommette, la joue ou la gencive supérieure, moins souvent vers la gencive inférieure, le palais, la mâchoire inférieure, l'oreille, le cou, l'hémicrâne dans sa totalité, la nuque, voire l'épaule homo latérale. La douleur reste toujours unilatérale durant la période de crise. Dans 90% des cas, elle reste du même côté d'une crise à une autre.

La douleur est à type de serrement, de transpercement, d'écrasement, voire de brûlure. Elle est rarement pulsatile ou lancinante. Elle est d'emblée très violente, sans prodromes dans la grande majorité des cas. Elle atteint son paroxysme en quelques minutes. Elle reste ensuite à son maximum pendant une durée variable, avec parfois de minimes variations d'intensité, pour ensuite diminuer puis disparaître totalement en quelques minutes. La crise dure 15 à 180 minutes (moyenne en 90 minutes). Cette durée est relativement fixe chez un même patient. Les crises surviennent entre 1 à 8 fois par jour, avec des horaires d'apparition volontiers nocturnes et une symptomatologie fixe. Entre les crises, le patient ne se plaint de rien en dehors d'une exceptionnelle sensation d'endolorissement dans la tempe ou la région oculaire.

1.7.2.1 Symptômes associés

Ils sont presque toujours présents et homolatéraux à la douleur. Ils sont très importants à observer car ce sont des arguments très en faveur d'une algie vasculaire de la face. Il s'agit le plus souvent d'un syndrome de Claude BERNARD-HORNER incomplet, avec larmoiement, rougeur conjonctivale, myosis, ptôsis et hypersudation, ou d'une congestion avec obstruction nasale et/ou inversement un catarrhe. Plus rarement, ce sont des nausées avec ou sans vomissements, une saillie anormale de l'artère temporale superficielle et de ses

branches avec ou sans hyper-pulsatilité et hypersensibilité au toucher, et dont la pression peut apporter chez certains patients une nette diminution de la douleur, une photophobie et exceptionnellement une phonophobie, une rougeur hémifaciale, un œdème périorbitaire, une hyperesthésie douloureuse de la face une épistaxis ou une diarrhée.

Le comportement du patient est typique. Il ne tient pas en place, se cachant l'œil douloureux avec une main et est incapable de faire quoi que ce soit.

L'examen clinique s'attachera à rechercher les signes associés si le patient est vu en période de crise. En dehors des crises, l'examen est normal, parfois d'un syndrome de Claude BERNARD-HORNER incomplet ou un ptôsis. Toute anomalie doit remettre en cause le diagnostic et /ou faire rechercher une algie vasculaire de la face symptomatique.

1.7.2.2 Formes cliniques

Les crises d'algies vasculaires de la face apparaissent soit de façon épisodique, soit de façon chronique.

1.7.2.2.1 Algie vasculaire de la face épisodique

Les algies vasculaires de la face surviennent par épisodes dans 90% cas. Elles durent le plus souvent entre 3 et 16 semaines et sont séparées par des intervalles libres de quelques mois à 20 ans. Les patients ont environ une à deux crises par an, plus fréquemment en automne et au printemps. Les durées des épisodes et des rémissions sont relativement fixes chez un même patient. Il existe à l'intérieur d'un épisode une phase crescendo tant du point de vue de l'intensité de la douleur que de sa fréquence, puis une phase de plateau et enfin une phase decrescendo.

1.7.2.2 Algie vasculaire chronique

Dans 10% des cas, les crises surviennent quotidiennement pendant plusieurs mois ou années, sans périodes de rémissions. Cette forme est terriblement invalidante, avec retentissement socio-familial et professionnel majeurs. Le risque suicidaire est réel. L'algie vasculaire de la face peut être d'emblée chronique ou faire suite à une forme épisodique. Elle peut aussi redevenir épisodique.

1.7.2.3 Evolution et pronostic

Quelle que soit sa forme, l'algie vasculaire de la face est une maladie qui dure de nombreuses années voire toute la vie. Les formes épisodiques ont tendance à s'aggraver avec le temps tandis que les formes chroniques s'améliorent, avec évolution dans 50% des cas vers une forme épisodique ou mixte [27].

1.7.3 Céphalées chroniques quotidiennes

La céphalée chronique quotidienne est une plainte fréquente des patients pris en charge dans les consultations spécialisées. SILBERSTEIN et AL [28] la subdivisent en trois sous-groupes : les céphalées de tension chronique, la céphalée persistante d'apparition récente et la migraine transformée.

Cliniquement la céphalée chronique quotidienne est le plus souvent présente dès le matin au réveil. Elle est bilatérale dans 50% des cas, unilatérale dans 36% des cas et alors souvent fixe, et uni ou bilatérale dans 14% des cas [19]. Des symptômes associés (nausées, vomissements, photophobie, phono phobie) peuvent être présents. L'activité physique, le stress, et les règles accentuent fréquemment la céphalée chronique quotidienne. Des paroxysmes de céphalées très sévères durant plusieurs jours peuvent être observés.

Les céphalées liées à un abus médicamenteux ne se voient que chez les patients atteints de céphalées essentiellement bénignes. Chez ces patients, la prise trop fréquente de médicaments lors de la crise, qu'elle qu'en soit la nature, peut

conduire à une accoutumance responsable d'une céphalée chronique quotidienne. Cet abus d'antalgiques est loin d'être exceptionnel et il est régulièrement sous-estimé car le patient ne le mentionne pas.

Selon l'IHS [25], l'abus d'ergotamine correspond à des prises supérieures à 1mg/j per os. Pour les autres antalgiques, l'abus est défini par une dose supérieure ou égale à 50g d'aspirine par mois (ou d'un autre analgésique mineur équivalent), et/ou d'une dose supérieure ou égale à 100 comprimés par mois d'antalgiques narcotiques. La caféine et la codéine jouent un rôle aggravant dans le phénomène d'accoutumance. Des céphalées chroniques quotidiennes liées à un abus de triptans ont aussi été rapportées (sumatriptan, zolmitriptan, naratriptan). En pratique, le risque est important si le patient prend plus deux à trois fois par semaine des traitements de crise, de quelque nature qu'ils soient. Il faut intervenir à ce moment en expliquant au malade qu'une céphalée liée à l'abus des traitements de crise risque de s'établir et de persister, et en prescrivant un traitement de fond adapté.

La céphalée chronique quotidienne par abus médicamenteux est secondaire à une accoutumance qui entraîne une augmentation des prises médicamenteuses.

Puis, si le patient veut interrompre ses prises, une céphalée de rebond survient, qui l'amène alors à reprendre son traitement. Ainsi s'installe un cercle vicieux qui ne peut être rompu que par le sevrage.

1.7.4 Céphalées inhabituelles

1.7.4.1 Céphalées idiopathiques en coup de poignard

Ce sont des douleurs spontanées extrêmement brèves et aiguës « en coup de poignard ». Elles sont uniques ou en salves, touchant le territoire sensitif du nerf ophtalmique (orbite, tempe, front, région pariétale antérieure). Elles surviennent fréquemment chez des patients céphalalgiques, en particulier migraineux. Un traitement est rarement indiqué ; on peut alors utiliser l'indométacine ou le propranolol [18].

1.7.4.2 Céphalées induites par le froid

Elles sont liées soit à une exposition externe au froid, soit à l'ingestion d'aliments ou de boissons glacées. Leur fréquence est de 30% dans la population générale, 37% chez l'ensemble des céphalalgiques et 90% chez les migraineux. Les céphalées surviennent 25 à 60 secondes après l'exposition au froid. Elles sont bilatérales, à prédominance frontale ou occipitale. Elles durent pendant toute l'exposition et persistent généralement entre 1 à 5 minutes après l'arrêt de l'exposition. Le seul traitement est l'évitement du facteur déclenchant.

1.7.4.3 Céphalées d'effort

Elles regroupent les céphalées liées à la toux, à l'exercice physique et aux rapports sexuels. Le diagnostic des céphalées d'effort idiopathiques ne peut être retenu qu'après avoir éliminé une cause lésionnelle par les investigations adéquates.

1.7.4.4 Céphalées de la toux

Leur prévalence moyenne se situe entre 0,6 et 1% [12,29]. Elles sont fréquentes chez l'homme et touchent surtout le sujet de plus de 40 ans. Le principal diagnostic différentiel à éliminer est une lésion de la fosse postérieure. La douleur est bilatérale dans 90% des cas. Elle est isolée, souvent brutale, d'intensité modérée à sévère et décrite comme profonde, irradiant de façon

bilatérale dans les régions frontales et temporales. Elles durent en moyenne de 1 à 2 minutes. Le meilleur traitement est l'évitement de la toux. L'évolution est spontanément régressive au bout d'une durée de 6 à 12 mois.

1.7.4.5 Céphalées liées à l'exercice physique

Les céphalées sont déclenchées spécifiquement par l'effort physique. Elles sont intenses et diffuses, souvent pulsatiles, et durent de 5 à 24 heures. En plus de la céphalée, des nausées et une photophobie peuvent s'observer. Elles sont majorées en haute altitude. Le propranolol ou l'indométacine peuvent prévenir ces crises. Des crises de céphalées d'effort sont quasi constantes dans les tumeurs du 3^{ème} ventricule et peuvent s'observer dans toutes les pathologies intracrâniennes, mais aussi en cas de phéochromocytome.

1.7.4.6 Céphalées liées à une activité sexuelles bénignes

Les céphalées sexuelles bénignes apparaissent de façon progressive, soit brutalement au moment de l'orgasme. La classification de l'IHS en décrit trois types : le type « sourd » avec des douleurs d'apparition progressive, diffuses au niveau de la tête et du cou, s'intensifiant au fur et à mesure que l'excitation sexuelle augmente. Elles sont probablement liées à une contraction excessive des muscles de la tête et du cou ; le type « explosif », avec douleur soudaine et sévère, survenant au moment de l'orgasme ; le type « postural », très fréquent, avec douleur se développant après le coït et ressemblant aux céphalées idiopathiques par hypotension du liquide céphalorachidien.

Les céphalées sont bilatérales surtout au début. Elles n'apparaissent pas ou cessent en cas d'interruption de l'activité sexuelle avant l'orgasme. Le principal diagnostic différentiel est l'anévrisme, d'autant que sa rupture peut survenir lors du coït. Le propranolol peut prévenir les céphalées si elles sont trop gênantes.

Les méthodes de relaxation peuvent être efficaces sur le type « sourd ».

1.7.4.7 Céphalées par compression

Elles sont secondaires à une stimulation continue des nerfs cutanés superficiels au niveau des tempes, comme la pression d'un chapeau trop serré, d'un bandeau autour de la tête, ou de lunettes de natation. La douleur est localisée à l'endroit de la pression. Elle n'apparaît jamais en l'absence de l'élément déclenchant.

1.7.4.8 Céphalées par hypotension intracrânienne bénigne idiopathique

Ces céphalées sont strictement posturales. Elles apparaissent en position assise ou debout et peuvent subsister en position allongée mais avec une intensité moindre. Des douleurs cervicales, des vertiges, une diplopie horizontale, une photophobie, une diminution de l'acuité auditive ou visuelle, une dysgueusie, des douleurs ou de paresthésies des membres supérieurs peuvent être associées. L'analyse du liquide céphalorachidien montre souvent une hyperprotéinorachie avec pleiocytose. La pression du liquide céphalorachidien est toujours basse, inférieure à 6 cm d'eau. L'imagerie cérébrale montre régulièrement une prise de contraste pachyméningée caractéristique mais non spécifique, une collection sous-durale (hydrome ou hématome) et une descente du contenu de la fosse cérébrale postérieure.

On en rapproche les céphalées post-ponction lombaire, qui sont également liées à une hypotension du liquide céphalorachidien. Elles surviennent exclusivement en position assise ou debout et disparaissent en quelques secondes ou minutes en position couchée. Elles sont liées essentiellement aux caractéristiques de l'aiguille de ponction, à savoir son diamètre, et son caractère traumatique ou non.

1.7.4.9 Céphalées avec mydriase épisodique unilatérale

La mydriase épisodique unilatérale est caractérisée par des épisodes de dilatation pupillaire unilatérale se produisant en l'absence de toute pathologie organique oculaire ou cérébrale. Elle survient chez l'adulte jeune et s'associe presque toujours à une céphalée homo latérale. La mydriase dure de quelques minutes à

quelques semaines, 3 à 4 fois par semaine. La mydriase est isolée, sans autre signe d'atteinte du 2^{ème} nerf crânien, ce qui exclut un anévrisme de la communicante postérieure. Le type de la douleur est proche de celui de la migraine. En cas d'épisodes fréquents avec céphalées invalidantes, les bêtabloquants peuvent être efficaces.

1.7.5 Céphalées post-traumatiques

1.7.5.1 Céphalées post-traumatiques aiguës

Localisées au niveau de l'impact traumatique, les douleurs ne traduisent souvent que la contusion des parties molles. A l'opposé, l'existence de céphalées diffuses et intenses, dans un contexte d'obnubilation, témoigne souvent d'une hémorragie méningée avec ou sans contusion cérébrale, d'un hématome intracérébral ou extra-dural. La possibilité d'un hématome sous-dural doit être systématiquement envisagée devant l'apparition récente d'une céphalée quelques semaines ou mois après un traumatisme, d'autant plus qu'elle survient chez un sujet âgé ou alcoolique, et ce quelle que soit la violence du traumatisme, qui peut passer inaperçu. Les céphalées ont une prédominance matinale et s'accompagnent de nausées ou de vomissements. Elles sont globalement similaires à celles observées dans les processus expansifs intracrâniens.

1.7.5.2 Céphalées post-traumatiques chroniques

Le syndrome subjectif des traumatismes crâniens, ou syndrome post-commotionnel, comporte un ensemble de signes qui constituent l'élément le plus constant. Elles peuvent être diffuses, en hémicrâniées ou localisées au point d'impact. Elles surviennent ou s'exacerbent à l'effort physique ou intellectuel ou lors de stimuli auditifs ou visuels trop intenses. L'association d'autres signes du syndrome post-commotionnel (insomnie, trouble de la mémoire, sensation pseudo vertigineuse, trouble de l'humeur) et la négativité de l'examen clinique permettent de porter le diagnostic.

1.7.6 Céphalées d'origine vasculaire

1.7.6.1 Accident vasculaire ischémique et hémorragique

Les céphalées surviennent dans plus de 50% des hématomes et dans 20% des accidents ischémiques cérébraux, y compris transitoires [30,31]

L'emplacement de la céphalée ne prédit pas la localisation lésionnelle. En cas d'ischémie cérébrale, l'intensité des céphalées est très discrète à modérée ; elle peut précéder l'attaque et persister une à deux semaines. En cas d'hématome intracérébral, la céphalée est nettement plus fréquente. Elle est généralement violente et diffuse et s'accompagne de vomissements.

La céphalée est un symptôme important et précoce des hématomes épидурaux.

1.7.6.2 Rupture de malformations vasculaires et hémorragie méningée

En cas d'anévrismes et d'hémorragie méningée, la céphalée est quasi constante, de survenue brutale, ictale « comme un coup de tonnerre dans un ciel serein » et d'emblée maximale. Le paroxysme initial diminue en une à deux heures. La douleur est latéralisée du côté de l'anévrisme et précède la rupture anévrismale dans environ un tiers des cas. Elle irradie ensuite rapidement dans tout le crâne, puis après 4 à 24 heures s'accompagne d'une raideur de la nuque avec photophobie, voire d'une douleur dorsale ou radiculaire liée à la diffusion du sang dans le canal rachidien. La durée de la céphalée après la rupture anévrismale varie de 2 à 152 jours en fonction du niveau de l'hémorragie.

Dans près de 50% des cas, une céphalée en rapport avec une fissuration ou une expansion de l'anévrisme précède la rupture anévrismale de quelques jours à quelques mois. Dans deux tiers des cas, ces céphalées prémonitoires sont accompagnées de signes plus ou moins associés : nausées, vomissements, raideur ou douleur de la nuque, troubles visuels et troubles moteurs ou sensitifs. La douleur est le plus souvent variable en intensité et en localisation, souvent

similaire mais moins intense que la céphalée de l'hémorragie méningée. Elle persiste le plus souvent un ou deux jours, voire jusqu'à la rupture anévrysmale.

La céphalée est subaiguë en cas de saignement d'une malformation artérioveineuse (inférieure à douze heures).

1.7.6.3 Artérite

Dans la maladie de HORTON, la céphalée est présente dans plus de 90% des cas. Elle est le plus souvent localisée au niveau temporal, de façon uni ou bilatérale, voire sur le front, mais peut être diffuse ou occipitale. Les céphalées sont permanentes ou intermittentes. Elles sont d'intensité légère à sévère, décrites comme une brûlure superficielle avec une composante lancinante, voire parfois sourdes. Certains patients ressentent plus une sensibilité cutanée au toucher, voire au simple effleurement cutané. Etant donné l'importance fonctionnelle de ce diagnostic, il sera systématiquement évoqué devant des céphalées survenant chez un sujet âgé de plus de 55ans dans un contexte d'asthénie, de fièvre et d'amaigrissement rapide. Le risque évolutif majeur est celui d'une cécité brutale par névrite optique ischémique ou thrombose de l'artère centrale de la rétine.

Des céphalées peuvent être observées dans le lupus érythémateux disséminé ou l'angéite primaire du système nerveux central, dans laquelle une céphalée d'apparition soudaine ou en marches d'escalier, pulsatile, sévère, localisée ou généralisée est souvent inaugurale.

Les examens complémentaires pour une confirmation du diagnostic sont la biopsie de l'artère temporale (montre des cellules géantes) et la NFS-VS (montre une anémie inflammatoire, hyperleucytose).

1.7.6.4 Douleur d'origine artérielle vertébrale ou carotidienne

Les douleurs observées dans la dissection artérielle cervicale semblent être en rapport avec la dilatation ou la distension des artères qui stimulent les récepteurs nociceptifs intra muraux. La douleur est presque toujours brutale, de localisation variable, incluant diversement la tête, la face ou le cou. Les cervicalgies et les douleurs faciales sont unilatérales, homolatérales à la dissection. La céphalée est bilatérale dans un tiers des cas [30]. Elle est plus souvent localisée que diffuse, prédominant aux niveaux fronto-orbital, temporal et dans la partie supérieure de la région latérocervicale. La douleur cervicale irradie souvent vers le maxillaire inférieur homo latéral, les yeux ou les oreilles [30]. Dans les dissections vertébrales la douleur se situe plus fréquemment au niveau occipital et/ou de la partie postérieure du cou. La sévérité de la céphalée est très variable, d'à peine perceptible jusqu'à atroce, pouvant alors en imposer pour une hémorragie méningée. La douleur peut persister d'une heure à trente jours. La douleur est quasiment toujours résolutive.

Dans les deux jours suivant une endartériectomie, des céphalées transitoires discrètes à modérées surviennent dans environ deux tiers des cas [32]. Rarement, elles persistent plusieurs mois. Elles sont bilatérales ou homolatérales au geste chirurgical. La localisation frontale est la plus fréquente. Elles sont à type de constriction ou de pesanteur.

1.7.6.5 Thrombose veineuse cérébrale

La céphalée est la plus fréquente (75% des cas) et souvent le premier des symptômes cardinaux observés dans la thrombose veineuse cérébrale [16]. On la retrouve plus fréquemment dans les thromboses du sinus sagittal supérieur. Le plus souvent diffuse, elle peut être unilatérale, localisée à n'importe quel endroit de la tête, voire limitée au cou. Elle est d'intensité très variable, allant d'une discrète sensation de lourdeur à un « coup de tonnerre » intracrânien. Le mode

d'apparition est aussi très variable le plus souvent subaigu (2 à 30 jours), mais parfois brutal, aigu ou chronique, durant plusieurs semaines.

Généralement, la céphalée est persistante mais elle peut être intermittente et paroxystique. Son association à un des autres signes de la thrombose veineuse cérébrale doit faire évoquer le diagnostic.

1.7.6.6 Hypertension artérielle

Une céphalée de physiopathologie incertaine est fréquente dans l'hypertension artérielle sévère. Elle apparaît pour des valeurs de la tension diastolique supérieures à 130 mmHg. Elle est fréquemment diffuse, présente au réveil et persistante quelques heures durant. Des paroxysmes nocturnes peuvent réveiller le patient. L'intensité est progressivement croissante. Les signes sont des nausées, des vomissements, des troubles visuels, des crises convulsives, des troubles de la conscience. Une durée brève est en faveur d'un phéochromocytome.

1.7.7 Céphalées liées à une pathologie non vasculaire

1.7.7.1 Méningites

Généralement, des céphalées aiguës sévères qui s'accompagnent d'une raideur cervicale et de fièvre évoquent une méningite.

La ponction lombaire est obligatoire. La douleur est souvent nettement augmentée par les mouvements oculaires. Les méningites peuvent être facilement confondues avec des migraines lorsqu'il existe des signes cardinaux de céphalées pulsatiles, photophobie, nausées, vomissements.

1.7.7.2 Tumeur, hydrocéphalie et abcès cérébral

La douleur crânienne est généralement banale, douleur profonde intermittente, sourde ou modérée dont l'intensité a tendance à s'accroître au fil du temps, parfois majorée par l'effort ou les changements de position et qui peut s'accompagner de nausées, vomissements (en jet soulageant le patient). Ces

symptômes sont plus évocateurs de migraine que de tumeur, d'hydrocéphalie ou d'abcès. Mais dans le cas des abcès s'associent certaines fois une montée thermique. Dans les trois cas les céphalées perturbent le sommeil chez environ 10% des patients. Des vomissements précédant les céphalées de plusieurs semaines sont caractéristiques de lésion au niveau de la fosse postérieure.

D'autres symptômes comme les vertiges, la diplopie, la photophobie, la phonophobie, un déficit neurologique focale, peuvent aussi s'associer.

1.7.8 Céphalées iatrogènes

1.7.8.1 Les céphalées toxiques

1.7.8.1.1 L'intoxication au monoxyde de carbone

Ce sont des céphalées aiguës ou subaiguës souvent associées à des nausées et des vomissements, pouvant simuler une pathologie méningée. La classe d'âge la plus exposée est celle des sujets âgés. Cette intoxication est accidentelle, saisonnière (automne et hiver), et collective. Chez les patients vivant au domicile, les vieilles installations sont souvent en cause : chauffe-eau à gaz sans conduite d'évacuation, chaudières, conduites de cheminée. Parfois, on retrouvera l'utilisation inadéquate de divers appareils ménagers, voire une atmosphère confinée.

Le diagnostic sera fondé sur le dépistage du monoxyde de carbone dans l'air ambiant et expiré, et confirmé par le dosage de la carboxyhémoglobine veineuse [33].

1.7.8.1.2 L'intoxication à l'alcool

Si les céphalées aiguës en rapport avec une intoxication alcoolique sont bien connues, certains sujets sont susceptibles de réagir même après une faible ingestion de boisson alcoolique, en raison de la présence plus ou moins importante dans ces produits, de substances telles la tyramine (produite naturellement lors du processus de fermentation ou de vieillissement de

EVALUATION DU FARDEAU DES CEPHALEES DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE TOMBOUCTOU

l'alcool), ou de sulfites (ajoutés pour favoriser la fermentation) : c'est notamment le cas du vin rouge, du champagne ou d'alcools bruns comme le cognac .

1.7.8.2 Les céphalées alimentaires

La liste des aliments susceptibles de provoquer des crises de céphalées est longue. Le facteur déclencheur de la crise (quelques minutes à quelques heures après la consommation) est souvent difficile à identifier, rendant importante la tenue d'un « journal des céphalées » et la lecture attentive des étiquettes alimentaires. Il est intéressant de souligner le paradoxe de la caféine, souvent utile pour interrompre la crise (beaucoup de médicaments anti-migraineux en contiennent), mais qui peut, chez certains patients, et surtout lorsqu'elle est consommée en grande quantité, déclencher des paroxysmes céphalalgiques, tout comme son sevrage brutal (tableau IV).

Tableau IV: Principaux aliments susceptibles d'induire des céphalées [60]

Facteurs responsables	Propriété	Aliments
Nitrites	Favorisent la conservation des viandes	Viandes en conserve, saucisses, poissons fumés
Glutamate mono Sodique	Rehausseur de saveur	Cuisine chinoise, produits surgelés ou conserves
Amines		
Tyramine	Substances vasoactives naturelles produite	Vin rouge, bière, fromage vieillis (brie, roquefort), viandes vieilles ou faisandés,

EVALUATION DU FARDEAU DES CEPHALEES DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE TOMBOUCTOU

	naturellement par la fermentation	saucisses, fruits et légumes trop mûrs, levures
Octapamine		Fruits citrins (citron, pamplemousse, clémentine), jambon, homard
Phényléthylamine		Chocolat, desserts et boissons contenant du cacao
Aspartame	Succédané du sucre	Boissons gazeuses, aliments diététiques, friandises
Caféine (excès ou sevrage brutal)		Café, thé, colas, certains analgésiques
Sulfites	Souvent rajoutés pour favoriser la fermentation	Cognac, Scotch, crevette
Autres	Stimulation du nerf trijumeau	Crème glacée, boissons très froides, aliments gras
	Libération de sérotonine	Tomates, épinards, avocats, fruits secs

1.7.9 Céphalées liées à des troubles de l'hémostasie (métaboliques)

1.7.9.1 L'hypercapnie et l'hypoxie

Elles sont fréquentes chez l'insuffisant respiratoire ou le bronchiteux chronique. Elles engendrent une augmentation du débit sanguin cérébral, responsable d'une hypertension intracrânienne pouvant se traduire par des céphalées diffuses, à prédominance matinale, se calmant au lever, et accentuées par les broncho-dilatateurs et les antibiotiques souvent prescrits chez les patients [34].

1.7.9.2 L'hypoglycémie

Elle se constitue rapidement chez les diabétiques insulino-dépendants (administration d'insuline à action rapide ou correction brutale d'une céto-acidose diabétique), peut inverser le gradient osmotique, entraînant un phénomène d'hypertension intracrânienne et d'œdème cérébral responsable de céphalées, de troubles du comportement, d'altération de la conscience.

Des céphalées liées à l'hypoglycémie peuvent également se constituer, de manière plus insidieuse, en cas d'anorexie ou lors d'un jeûne prolongé [35].

1.7.9.3 L'hyponatrémie

Par un mécanisme comparable, peut engendrer des céphalées aiguës ou chroniques : c'est notamment le cas des personnes soumises à un régime désodé pour des problèmes cardiaques ou circulatoires, de sujets prenant des drogues natriurétiques (diurétiques, digitaliques), ou lors de troubles digestifs (diarrhées, vomissements), avec un diagnostic facile à établir sur un ionogramme sanguin[17].

1.7.9.4 L'hyperthyroïdie, l'hypothyroïdie, l'hypercalcémie et hypocalcémie

Elles sont d'autres perturbations métaboliques potentiellement responsables de céphalées [36,37].

1.7.10 Les céphalées liées à des facteurs ORL et ophtalmologiques

1.7.10.1 Sinusite aiguë

Les céphalées se traduisent par des douleurs localisées au niveau du sinus atteint avec irradiation de celles-ci vers la boîte crânienne ; c'est ainsi qu'une douleur du sinus sphénoïdal se situe vers la moitié supérieure du visage ou rétro orbitaire avec irradiation occipitale.

La douleur du sinus frontal est située au-dessus des sourcils. La douleur du sinus ethmoïdal est localisée entre les yeux ou rétro-orbitaire. La douleur est associée le plus souvent à une fièvre, une rhinorrhée, un jetage postérieur purulent, une obstruction nasale et une douleur à la pression sinusienne dont la localisation dépend des sinus atteints.

Le diagnostic est confirmé par la radiographie des sinus montrant une opacité au niveau du sinus concerné.

1.7.10.2 Le glaucome aigu à angle fermé

Le glaucome peut se présenter par des douleurs accompagnées de nausées et vomissements. Il s'agit des céphalées dont le point de départ est oculaire et sévère. Les symptômes associés le plus souvent sont un œdème cornéen, une cécité transitoire, une vision floue.

Le diagnostic est confirmé en mesurant la tension oculaire pendant une crise aiguë, ou par gonioscopie qui montre l'angle fermé de la chambre antérieure à l'aide d'une lentille de contact réfléchissante spéciale.

1.7.10.3 Céphalées cervicogéniques

Les anomalies congénitales ou acquises de la jonction crâniovertébrale, la polyarthrite rhumatoïde, la spondylarthrite ankylosante au niveau cervical, la dissection ou le traumatisme des artères carotides et vertébrales et l'endartériectomie carotidienne peuvent entraîner des céphalées. L'arthrose cervicale banale ne provoque pas de céphalées.

Les caractères cliniques de ces céphalées sont l'unilatéralité de la douleur, les douleurs cervicales associées, leur déclenchement par certains mouvements du cou, par le maintien d'une posture cervicale ou par la pression de la région occipitale ou cervicale haute homo latérale. Leur soulagement par un bloc anesthésique.

1.7.11 Céphalées liées à des affections psychiatriques

✓ Céphalées psychogènes

Elles sont à type de paresthésies, d'étau, bandeau serré autour de la tête, localisées au niveau du vertex ou de la nuque et peuvent évoluer depuis des mois voire des années ; présentes tous les jours, s'étalant du matin au soir (insupportables car permanentes) mais bien tolérées, n'empêchant pas le sommeil.

Elles peuvent accompagner tous les tableaux psychiatriques :

- Syndrome dépressif,
- États anxieux : souvent palpitations, insomnies, lipothymies, état hypochondriaque, hystérie.

1.7.12 Névralgie du trijumeau

1.7.12.1 Névralgie essentielle du trijumeau

Par définition « essentielle du trijumeau » désigne une entité nosologique consistant en un tableau douloureux paroxystique intermittent, intéressant le plus souvent la femme de plus de 50 ans, dans lequel aucune cause ne peut être mise

en évidence par les moyens diagnostiques habituels. La névralgie révélatrice d'une pathologie sous-jacente est dite symptomatique.

Le diagnostic de névralgie essentielle est clinique et repose sur les arguments suivants :

- La patiente se plaint en général de douleurs fulgurantes à types de décharges électriques très intenses entraînant l'arrêt des activités (avec tic douloureux : la patiente grimace, survenant en salves de quelques secondes à deux minutes, séparées par des intervalles libres ou aucune douleur n'est présente). Ces accès surviennent souvent plusieurs fois par jours pendant plusieurs jours à quelques semaines, et il existe entre les accès des intervalles libres pouvant durer jusqu'à plusieurs années.

- La douleur est généralement limitée à une branche du V; (l'atteinte du VI est rare) surtout au début ; l'atteinte de plusieurs branches peut survenir au cours de l'évolution, qui se fait fréquemment vers l'aggravation au cours des années (crises plus fréquentes, intervalles libres plus brefs).

La douleur est déclenchée par effleurement d'une zone cutanée (souvent découverte au rasage chez l'homme ou lors de soins du visage chez la femme), dite « zone gâchette » (trigger zone). La parole, la mastication peuvent aussi provoquer un accès chez certains patients.

L'absence d'anomalie neurologique est capitale pour le diagnostic (toute anomalie devrait conduire à évoquer le diagnostic de névralgie symptomatique) ; notamment, il n'existe :

- Ni abolition du réflexe cornéen ;
- Ni déficit sensitif objectif ;
- Ni anomalie au niveau d'autres paires crâniennes (VII et VIII)

Aucun examen complémentaire n'est indispensable en cas de névralgie du trijumeau typique. En revanche, toute atypie devra faire réaliser rapidement une IRM cérébrale afin de rechercher une lésion causale.

L'origine de la névralgie essentielle n'est pas entièrement éclaircie. Un conflit vasculo-nerveux (boucle artérielle compressive) pourrait être à l'origine des symptômes ; l'angio-IRM permet en effet de mettre en évidence un tel conflit chez un certain nombre de patients.

1.7.12.2 Névralgie symptomatique

Dans sa forme typique elle s'oppose point par point à la précédente :

- les accès douloureux sont généralement séparés par des épisodes d'accalmies où persiste un fond douloureux permanent ; il n'existe donc pas de vrai intervalle libre ;
- Plusieurs territoires du trijumeau sont touchés simultanément d'emblée ;
- Il peut exister une abolition du réflexe cornéen, un déficit sensitif ; - l'atteinte d'autres paires crâniennes est possible.

Les causes de névralgie symptomatique du trijumeau sont très variées :

- Causes tumorales :
 - schwannome vestibulaire (neurinome du VII) ;
 - Méningiomes de l'angle ponto-cérébelleux ou du sinus caverneux
 - Méningite carcinomateuse ;
 - Tumeur du cerveau ;
- Causes vasculaires :
 - Accident ischémique ;
 - Anévrismes du tronc basilaire ;
- Causes traumatiques :
 - Fracture de la base du crâne ;
- - causes infectieuses :
 - Zona du ganglion de GASSER ;
- Causes inflammatoires :
 - Sclérose en plaques

1.8 Traitement des céphalées

1.8.1 Traitement des céphalées primaires

But du traitement : la réduction de la fréquence des crises ; ils peuvent également apporter d'autres bénéfices tel que la diminution de la sévérité des crises, meilleure réponse aux traitements de crise, moindre sensibilité aux facteurs déclenchant.

Moyens du traitement :

- **Moyens non médicamenteux**
- **Moyens médicamenteux**
- **Moyens chirurgicaux**

1.8.1.1 Traitements de la crise migraineuse

Gestes simples :

Le repos dans une pièce calme, à l'abri du bruit et de la lumière, et l'alitement apportent un soulagement.

Le sommeil, s'il peut être obtenu, est bien souvent réparateur, en particulier chez l'enfant.

Chaque migraineux utilise divers procédés pour tenter de faire avorter la crise à son début :

- Bol de café noir ;
- Compresses glacées ou bouillantes ;
- Friction du front avec de la menthe ;
- Prise alimentaire...

Toutes ces méthodes peuvent ne pas être immédiatement applicables et de toute façon, elles n'apportent au mieux qu'un soulagement partiel et temporaire.

Le traitement reste le plus souvent médicamenteux.

Molécules disponibles :

Quatre groupes de substances ont une efficacité démontrée dans la crise migraineuse :

Les traitements non spécifiques : antalgiques et anti-inflammatoires non Stéroïdiens ;

Les traitements dits spécifiques, car exclusivement utilisés dans la migraine : dérivés de l'ergot de seigle et triptans.

D'autres substances (caféine, antiémétiques, psychotropes) sont utilisées Comme adjuvants.

Le traitement d'une crise aiguë de migraine est d'autant plus efficace qu'il est pris précocement et que la dose initiale est adéquate [11].

Le traitement de 1 ère ligne comprend un procinétique (dompéridone 10 mg 3x/jour ou métoclopramide 10 mg 3x/jour ; gastroparésie souvent associée), suivi d'un ou 2 antalgiques (paracétamol +/- AINS).

Les triptans (agonistes 5-HT_{1B/1D}) sont les seuls médicaments spécifiques de la migraine (vasoconstricteurs) et sont prescrits **en 2 ème ligne** si les traitements classiques ont échoué ou chez les migraineux présentant des crises intenses s'installant rapidement, à la dose minimale efficace. Ils peuvent être associés aux AINS. Le médecin choisit le triptan en fonction de l'expérience du patient et de ses préférences galéniques. Chez les patients présentant un fort taux de récurrence de crises, on choisira un triptan à longue demi-vie. Une fraction de migraineux est résistante aux triptans. [13]

Contre-indications aux triptans : cardiopathie ischémique, antécédents d'AVC ischémique/ AIT, HTA mal équilibrée. Ils ne doivent pas être utilisés lors d'une aura migraineuse sans céphalées [13].

Effets secondaires des triptans : sensation de chaleur, oppression ou paresthésie (prédominant au niveau du cou et de la poitrine), sédation, difficultés de concentration, possible réaction d'allergie croisée aux sulfamides [11].

Tableau V:Les agonistes sérotoninergues 5-HT1 ou triptans

Agonistes sérotoninergiques 5-HT1 ou triptans				
Principe actif	Spécialité	Dosage initial	Dos max/24h	Remarques
Sumatriptan	Imigran® ou générique	25-100 mg po*	200 mg	Jusqu'à 4 cp/jour ; différentes formes galéniques à disposition
		6 mg sc*	12 mg	
		10-20 mg sn*	40 mg	
		25 mg ir*	50 mg	
Eleptriptan	Relpax®	40-80 mg po	160 mg	Efficace ; bon équilibre entre effets + et effets -
Rizatriptan	Maxalt®	5-10 mg po ou sl	30 mg	Le plus rapide (15 min). Constance d'effets ; Pas d'allergie croisée aux sulfamides ; Forme orodispersible
Frovatriptan	Menamig®	2.5 mg po	5 mg	Temps d'action très lent (4 heures)
Naratriptan	Naramig®	2.5 mg po	5 mg	
Zolmitriptan	Zomig® ou générique	2.5-5 mg po, sl	10 mg	Jusqu'à 4 cp/jour ; pas d'allergie croisée aux sulfamides ; Forme orodispersible
		2.5 mg sn	10 mg	
Almotriptan	Almogran®	12.5 mg po	25 mg	Peu d'effets secondaires
*po = per os *sc = sous-cutané *sn = spray nasal *ir = intra-rectal *sl = sublingual minimum 2-4 heures entre les doses selon les molécules				

Traitement de fond (ou prophylactique) des migraines :

Indiqué si :

Migraines fréquentes et handicapantes (au niveau familial, social ou professionnel)

Échec des traitements de crise

Risque d'abus médicamenteux sur la base d'un calendrier des céphalées, le traitement de fond est poursuivi pendant 6-12 mois si l'évaluation à 3-8 semaines est positive. Après un sevrage progressif et une pause de 3-6 mois, un traitement de fond à long terme est réintroduit en cas de récurrence (éventuellement avec une autre molécule). Il est recommandé d'expliquer au patient que le but est surtout d'obtenir une amélioration des symptômes dans la vie quotidienne, en réduisant la fréquence, la sévérité et la durée des crises et en augmentant la réponse au traitement antalgique de crise. En cas de migraines liées au cycle menstruel, des traitements « préventifs » intermittents, à débiter 1-2 jours avant le début présumé des migraines et à poursuivre durant les règles, peuvent être proposés avec un triptan de longue durée d'action

Tableau VI: quelques médicaments du traitement de fond de la migraine.

Principe actif	Spécialité	Posologie	Contre-indications	Effets indésirables
1. Bêtabloquants (1^{er} choix)				
Métoprolol	générique	50-200 mg/j	Asthme, BAV* II et III, IC*	Asthénie, hypotension artérielle, cauchemars, troubles sexuels
Propranolol	générique	40-160 mg/j, en 2-3 prises	Asthme, BAV* II et III, IC* décompensée/sévère	
2. Antiépileptiques				
Topiramate	Topamax®	25-200 mg/j (augmenter de 25 mg/sem)	Grossesse Allaitement	Myopie aiguë, colique néphrétique, paresthésies, perte de poids, effets indésirables centraux
Valproate	Depakine® Orfiril®	500 mg- 1g/j	Grossesse, Allaitement, Hépatite	Somnolence, Prise de poids, perte capillaire, hépatite
3. Antidépresseurs tricycliques (surtout en cas de céphalées mixtes)				
Amitriptyline	Saroten®	20-100 mg/j (le soir)	Glaucome à angle fermé, adénome, trouble de la conduction AV*	Somnolence, prise de poids, xérostomie, constipation, hypotension
4. Anti-hypertenseurs				
Candésartan	Atacand®	16 mg/j	Grossesse et allaitement, insuffisance hépatique	Hypotension artérielle
Durant la grossesse : magnésium ou métoprolol				
*BAV : bloc atrio-ventriculaire *IC : insuffisance cardiaque *AV : atrio-ventriculaire				

1.8.1.2 Traitement des céphalées de tension

Le traitement des céphalées de tension repose sur des antalgiques simples (paracétamol, AINS), à ne pas consommer plus de 2-3 jours par semaine (car risque de céphalées médicamenteuses).

Pour un traitement de fond, l'amitriptyline est le premier choix. Le traitement sera débuté à faible dose (10-12.5 mg 1x/j le soir) et augmenté progressivement toutes les 2 semaines jusqu'à obtention d'un effet thérapeutique (dès 4-6 semaines de traitement), avec un maximum de 100-125 mg 1x/j. On recherchera la dose minimum efficace en raison des effets secondaires des tricycliques, notamment cardiaques. Les autres antidépresseurs (duloxétine, venlafaxine) ne devraient pas être prescrits dans cette indication s'il n'y a pas d'état dépressif concomitant.

1.8.1.3 Céphalée trigémino-autonomique :

✓ Traitement des céphalées en grappe

Traiter la crise en administrant de l'oxygène à 100%, 10-15 l/min au masque pendant 15 minutes et/ou un triptan par voie sous-cutanée ou en spray nasal (p.ex. sumatriptan 6mg sc, à répéter au besoin, mais au plus tôt 6 heures après la 1ère dose ; dosage max 12 mg/24heures).

Le traitement préventif doit être initié précocement.

Le vérapamil est le 1er choix (60-120 mg 3x/j ; apparition de l'efficacité après 2-3 semaines. Les corticoïdes peuvent être prescrits transitoirement avant l'obtention de l'effet du vérapamil (1 mg/kg de prednisone pendant 5 jours puis dosage dégressif).

1.8.1.4 Hémicrânie paroxystique

▪ Traitement

L'indométacine (Indocid®) à la dose de 150 mg/j, en 3 ou 4 prises (demi-vie courte) fait disparaître la céphalée en quelques heures ou quelques jours. Il est prudent de commencer par 25 mg, 3 fois par jour et d'augmenter à 50 mg, 3 fois par jour au bout d'une semaine s'il n'y a pas eu de réponse.

Le vérapamil, l'acétazolamide, le piroxicam (AINS) et l'aspirine peuvent être efficaces. Le bloc anesthésique du nerf d'Arnold peut être essayé.

SUNCT (Short lasting UnilateralNeuralgiform pain with Conjunctival injection and Tearing).

▪ **Traitement**

La plupart des médicaments actifs dans l'AVF, la névralgie du trijumeau et d'autres syndromes douloureux ont été essayés sans succès dans le SUNCT. Le Vérapamil peut l'aggraver. Les antalgiques périphériques, les dérivés ergotés, le sumatriptan, les corticoïdes, le méthysergide, le propranolol, le lithium, l'amitriptyline, la carbamazépine, la lignocaïne, l'infiltration du nerf occipital sont inefficaces. Parmi tous les médicaments essayés, la lamotrigine (Lamictal®) est le plus efficace. D'autres options thérapeutiques sont la gabapentine, le topiramate, la lidocaïne IV et la phénytoïne IV.

1.8.1.5 Autres céphalées primaires

Cet ensemble hétérogène de céphalées comprend :

- Les céphalées primaires en coup de poignard ;
- Les céphalées primaires de la toux ;
- Les céphalées primaires de l'effort ;
- Les céphalées primaires associées à l'activité sexuelle ;
- Les céphalées hypniques ;
- Les céphalées en coup de tonnerre primaire ;
- L'hemicrania *continua* ;
- Les céphalées chroniques quotidiennes *de novo*.

1.8.1.5.1 Céphalées primaires de la toux

Les céphalées primaires de la toux répondent à l'indométacine de manière prophylactique à des doses entre 25 et 150 mg/j. Le mécanisme d'action est inconnu. Une réponse positive à ce médicament a également été rapportée dans quelques cas symptomatiques.

1.8.1.5.1.2 Céphalées primaires de l'effort

Cette céphalée étant habituellement spontanément résolutive au bout d'un certain temps, il faut pendant cette période limiter l'exercice physique ou respecter une période d'échauffement. Divers médicaments préventifs sont proposés : bêtabloquants, indométacine (25 à 150 mg/j). Avant l'exercice physique, des médicaments tels qu'antalgique, AINS, ergotamine ou triptan peuvent également être pris

✓ Céphalées primaires associées à l'activité sexuelle

Des techniques non médicamenteuses (relaxation, biofeedback). Si nécessaire, il est parfois proposé un traitement de fond par bêtabloquants (propranolol) ou inhibiteur calcique (diltiazem). La prise d'ergotamine ou d'indométacine 30 minutes avant l'activité sexuelle pourrait être aussi efficace.

1.8.1.5.1.3 Céphalée hypnique

Sur le plan thérapeutique, il est proposé le lithium (300 à 600 mg au coucher), l'indométacine, la caféine, la flunarizine.

1.8.1.5.1.4 Hemicrania continua

La réponse à l'indométacine permet de faire la différence. En effet, la plupart des patients répondent en quelques heures avec des doses de 75 à 150 mg/j. Il faut ensuite essayer de trouver la dose la plus faible possible [19].

1.8.1.5.1.5 Céphalée chronique quotidienne de novo

Une forme d'évolution spontanément régressive, durant plusieurs mois et disparaissant sans traitement ;

Une forme réfractaire résistant à tout traitement.

Sur le plan thérapeutique, les traitements de fond de la migraine, l'amitriptyline, la gabapentine ou le topiramate s'avèrent inefficaces. L'affection guérit la plupart du temps sans traitement.

1.8.2 Traitement des céphalées secondaires :

Il est symptomatique d'une cause locale (neurologique, ORL, ophtalmologique) ou générale. Les causes possibles sont multiples et parfois très graves (hémorragie sous-arachnoïdienne, méningite), nécessitant une prise en charge urgente avec des examens complémentaires systématiques.

Le bilan initial doit permettre de rechercher une céphalée secondaire, il doit également préciser le cadre diagnostique en cas des céphalées.

En effet, le traitement des céphalées secondaires doit être étiologique, associé à une prise en charge symptomatique de la douleur [21].

1.8.3 La prise en charge symptomatique

Un traitement symptomatique par antalgique non spécifique peut être administré (paracétamol 1 g, néfopam [Acupan] 20 mg) associé à un traitement antiémétique. Un traitement IV est à préférer en cas de nausées et/ou de vomissements associés.

Il est préférable en l'absence de certitude diagnostique d'éviter l'aspirine et les AINS susceptibles d'aggraver une hémorragie et les sédatifs susceptibles de masquer l'émergence de troubles de la conscience [21].

1.8.4 Le traitement étiologique

Il dépend de la cause identifiée par les examens complémentaires :

une embolisation ou exérèse chirurgicale d'un anévrisme rompu, antibiothérapie d'une méningite bactérienne, corticothérapie dans les artérites temporales, héparinothérapie dans les thromboses veineuses cérébrales, dérivation ventriculaire lors d'une hydrocéphalie aiguë [21].

EVALUATION DU FARDEAU DES CEPHALES DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE TOMBOUCTOU

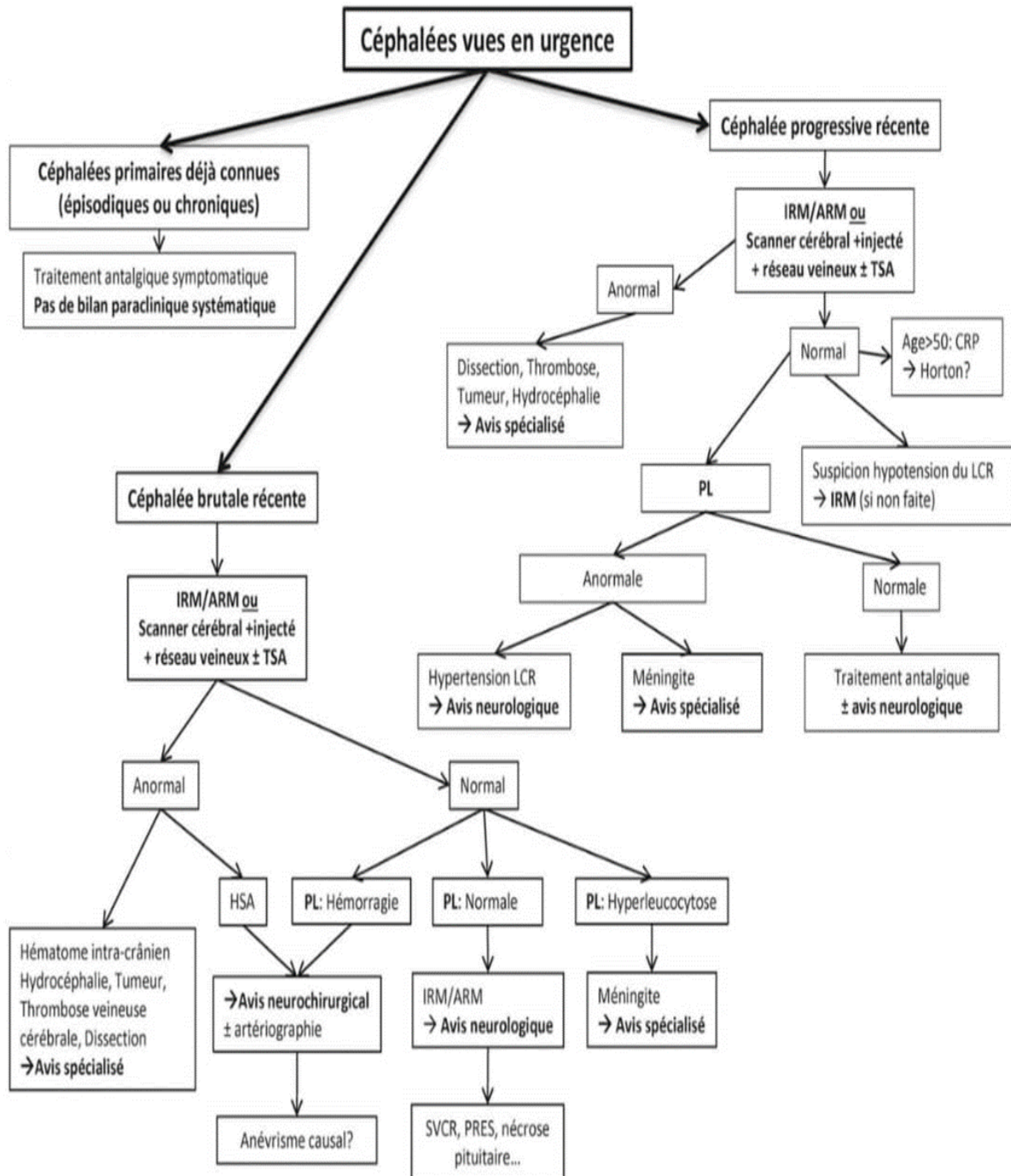


Figure 2: Algorithme de prise en charge des céphalées

Conditions hospitalisation ou faire appel aux spécialistes :

Hospitalisation :

- Céphalées secondaires dont la pathologie sous-jacente nécessite une investigation urgente et/ou une surveillance rapprochée
- Persistance de céphalées de toute origine malgré un traitement médicamenteux adéquat

Neurologue :

- Présence de « *red flags* »
- Céphalées inhabituelles (durée, intensité, réponse aux traitements)
- Céphalées secondaires à une atteinte neurologique sous-jacente
- Pour l'indication et les modalités d'un sevrage médicamenteux

Neurochirurgien :

- Notion de traumatisme crânio-cérébral
- Recherche d'un hématome intracrânien ou autre pathologie expansive

Consultation multidisciplinaire de la douleur :

- En cas d'association avec d'autres douleurs chroniques et échec des traitements proposés : limiter la polymédication, les errances médicales, renforcer l'alliance thérapeutique, impliquer le patient dans la prise en charge proposée.

Ophtalmologue :

- Suspicion de glaucome

ORL :

- Suspicion de sinusite/autre pathologie maxillo-faciale [21]

2 METHODOLOGIE

2.1 Définition des termes techniques

Migraine : Toutes céphalées répondant aux critères de diagnostic de la migraine sans aura selon l'ICHD-3.

Céphalées de tension : Toutes céphalées répondant aux critères de diagnostic de la céphalée de tension selon l'ICHD-3.

Céphalées chroniques quotidiennes : Toutes céphalées survenant tous les jours ou supérieure ou égale à 15 jours mois.

Céphalées par abus médicamenteux : Toutes céphalées répondant aux critères de diagnostic de l'ICHD-3 de Céphalée par abus médicamenteux.

Autres céphalées : Toutes Céphalées non classée ailleurs et Céphalée non spécifiée.

2.2 Type d'étude et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale à l'échelle du district sanitaire de Tombouctou, menée auprès de la population adulte âgée de 18 à 65 ans. Elle comportait une enquête individuelle au moyen d'un questionnaire électronique structuré. L'étude a suivi les méthodes établies utilisées dans les études précédentes de la Campagne mondiale de lutte contre les céphalées[5–7].

L'étude s'est déroulée en deux phases : une phase pilote pour tester sur le terrain le questionnaire et l'étude principale pour collecter les données sur le terrain.

Elle a duré 3 mois allant de Janvier à Mars 2021

2.3 Lieu d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le district sanitaire de Tombouctou

Contexte sanitaire du district sanitaire de Tombouctou

Le district de Tombouctou est situé au chef-lieu de la région de Tombouctou et son étendue correspond au cercle administratif de Tombouctou. Le cercle de Tombouctou est composé de 6 communes et 204 villages/fractions.

Le district sanitaire de Tombouctou a une population estimée à 189 096 habitants en 2022 sur une superficie de 341 488 km² soit une densité de la population d'environ 1 habitant/km².

Il a 20 aires de santé (Aglal, Bellafarandi, Ber, Bérégoungou, Bori, Bourem Inaly, Er interdjeft, Hodoubomo Koïna, Issafaye, Kabara, Sankoré, Teherdjé, Tintelout, Toya, Zorho, M'babou, Gourou, Arnassaye, Darsalam, Tindjambane) avec 16 CS Com fonctionnels et 1 CS Réf situé au chef-lieu de la région sanitaire à côté de l'hôpital régional de Tombouctou

EVALUATION DU FARDEAU DES CEPHALEES DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE TOMBOUCTOU

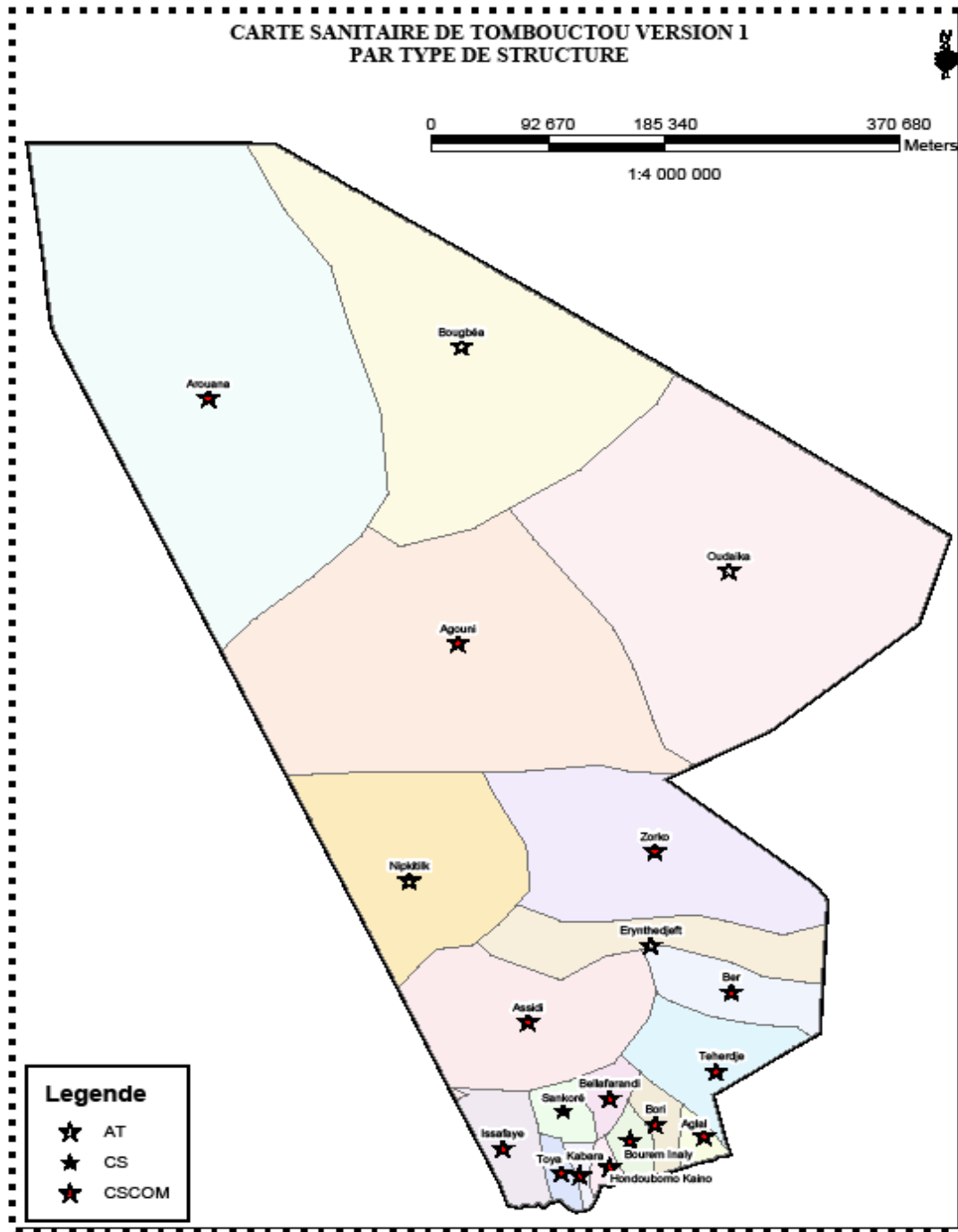


Figure 3: Carte sanitaire de Tombouctou

2.4 Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été calculée à l'aide de l'équation suivante :

Taille de l'échantillon $n = [DEFF * Np (1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p * (1-p))]$. En effet, il a été montré dans une étude antérieure que la prévalence de la migraine était de 21% au Mali[9].

Les limites de confiance ont été définies à 2% et un intervalle de confiance à 95%. Nous avons intégré les possibilités de non-réponse à 10%. Avec ces paramètres, l'estimation finale de la taille de l'échantillon était 210 participants dans le district sanitaire de Tombouctou.

2.4.1 Procédure de l'échantillonnage

Une stratégie d'échantillonnage en plusieurs étapes a été utilisée pour sélectionner les participants à l'étude. La méthode d'échantillonnage était celle de 7 Familles non contiguës par village ou quartier.

Dans un premier temps, une liste numérotée de tous les quartiers ou villages du district de Tombouctou a été établie selon leur ordre d'apparition sur la carte sanitaire du district sanitaire. Sur cette liste, 30 quartiers ou villages ont été sélectionnés de façon aléatoire en divisant le nombre de quartiers par 30 pour avoir le pas de sondage. Un nombre aléatoire a été choisi entre ce nombre aléatoire et le pas de sondage qui était le premier quartier choisi sur la liste. Les autres 29 villages ou quartiers ont été sélectionnés en ajoutant chaque fois le pas de sondage

Dans la deuxième étape, les familles ont été sélectionnées par quartier ou villages. Le nombre moyen de personnes par famille au Mali est estimé à 6.

Pour avoir l'échantillon requis, il nous a fallu visiter 210 familles pour sélectionner les 210 participants dans le district sanitaire de Tombouctou. Dans chaque quartier/village sélectionné, le nombre de ménage à visiter était de 7 (210 divisé par 30). Pour le choix des familles, nous avons divisé le quartier ou

Village en 7 blocs et une famille a été sélectionnée au hasard dans chacun des blocs.

2.4.2 Critères d'inclusion et de non inclusion

Notre étude a concerné les adultes âgés de 18 à 65 ans.

2.4.2.1 Critères d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude :

- Toute personne âgée de 18-65 ans au moment de notre étude ;
- Résident dans l'un des villages ou quartiers du district sanitaire de Tombouctou ;
- Consentent à participer volontairement à notre étude.

2.4.2.2 Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus dans notre étude :

- Défaut de compliance du participant à l'étude, malgré les informations données
- Participants incapables de comprendre le questionnaire,
- Les personnes absentes au moment de notre deuxième passage.

2.5 Outil collecte des données

La collecte des données a été faite avec l'aide d'un questionnaire électronique élaboré sur la plateforme Open data Kit (ODK).

2.6 Procédure collecte des données

Dans chaque village ou quartier nous avons échantillonné au hasard les habitants âgés de 18 à 65 ans. Ont été échantillonnés au hasard dans le cadre d'une enquête de 7 Familles par quartier ou village. Nous avons choisi au hasard un bloc ou une zone délimitée d'un quartier ou village, sélectionné systématiquement des logements non contigus.

Les visites dans les familles n'étaient pas annoncées au préalable (« cold calling

»). Dans chaque famille sélectionnée, nous avons déterminé d'abord le nombre de personnes qui y vivent (une famille est définie comme un groupe de personnes vivant ensemble et partageant la même cuisine donc le même repas). Un seul participant a été sélectionné dans chaque famille.

Nous nous sommes adressés poliment auprès du chef de famille conformément aux us et coutumes du Mali. Nous avons demandé au chef de famille d'énumérer tous les membres adultes âgés de 18 à 65 ans de sa famille. Sur cette liste, une personne (le participant sélectionné) a été choisie de manière aléatoire par la méthode de la loterie. Ce participant sélectionné a été inclus dans l'échantillon s'il était présent au moment de la visite. On lui posait des questions tests. Si la réponse à la question est concluante (c'est-à-dire qu'il y a un mal de tête signalé au cours de la dernière année), l'entretien sera complété (toutes les autres questions de l'enquête seront administrées immédiatement). Si la réponse à la question test n'est pas concluante (c'est-à-dire qu'aucun mal de tête n'a été signalé au cours de la dernière année), seules les questions relatives à la qualité de vie étaient posées.

Si le participant sélectionné n'était pas présent, nous observions un autre moment pour revenir dans la même famille.

Lorsque nous étions refusés dans une famille sélectionnée, cette dernière était remplacée par une autre selon l'algorithme d'échantillonnage. L'enquête s'est poursuivie jusqu'à l'obtention du nombre d'échantillon requis dans le quartier ou village sélectionné. L'étude se déroulait sur 3 mois.

2.7 Formation des investigateurs

Avant le déploiement de l'équipe sur le terrain, les investigateurs ont été formés sur une période d'un mois à l'utilisation de la plateforme et à la bonne administration du questionnaire. Ces formations avaient pour but de mettre en évidence les éventuelles insuffisances du questionnaire avant le début de l'étude.

2.8 Enquête test

L'étude pilote a testé le projet de questionnaire sur le terrain pour en faciliter l'utilisation, la compréhension afin d'éviter toute ambiguïté. Elle a fourni en même temps une estimation de la proportion de non-participations attendue.

Après ce processus, le questionnaire a été finalisé. À ce besoin, deux quartiers (un quartier urbain et un quartier rural) étaient tirés au sort.

Nous avons examiné des adultes (âgés de 18 à 65 ans), en utilisant une méthode d'échantillonnage par convenance. Les données étaient collectées à l'aide du questionnaire structuré HARDSHIP [38].

Le questionnaire a été structuré de la façon suivante : informations sociodémographiques, diagnostic des céphalées primaires selon ICHD, des informations sur le fardeau des céphalées, les connaissances attitudes et pratiques par rapport aux céphalées, parcours thérapeutiques des céphalalgiques.

2.9 Paramètres mesurés

- a. les proportions effectives de refus versus participation ;
- b. estimations (avec intervalles de confiance) des prévalences de :
 - migraine ;
 - céphalée de tension ;
 - céphalées sur ≥ 15 jours / mois avec abus de médicaments ;
 - Autres céphalées
- c. les associations entre chacun de ces troubles avec le sexe, l'âge, le statut socio-économique et d'autres variables pertinentes ;
- d. des estimations de la charge attribuable à chaque groupe de céphalées
- e. les principaux messages de l'étude ;

2.9. Gestion des données

Toutes les données ont été saisies à l'aide de la plate-forme électronique de saisie, et à la fin de chaque journée, nous évaluons leur exactitude, leur exhaustivité, leurs incohérences, leurs erreurs, les omissions.

Une fois les informations collectées, les données complètes ont été téléchargées et envoyées sur la plateforme de sauvegarde à la fin de chaque journée et en fonction de la disponibilité du réseau de connexion internet.

A la fin de l'enquête les données ont été exportées sur format Excel.

2.10 Analyse des données

Les données ont été analysées à l'aide de SPSS 26 et Excel 2016. Les fréquences et les pourcentages ont été calculés pour toutes les variables qualitatives pertinentes. Pour les variables quantitatives, la moyenne et son écart-type ont été calculés si la distribution était anormale.

En analyse uni-variée, les données ont été représentées par l'odd-ratio, l'IC à 95%, et p-Value ; nous avons considéré $p < 0,005$ comme significatif.

2.11 Considérations éthiques

Ce protocole a été soumis au Comité éthique de l'Université des sciences des techniques et des technologies de Bamako (USTTB).

Le participant à cette enquête n'a reçu aucune compensation pour cette étude, mais ont bénéficié des conseils cliniques de l'équipe de l'étude s'ils souffraient de céphalées ou d'autres maladies. Tous les participants ont été informés de la nature et du but de l'étude et un consentement oral leur a été demandé avant leur participation à l'étude. Les participants ont eu le droit et sans risque de refuser de participer à l'étude. Tous les entretiens se sont déroulés en privé et les informations recueillies resteront confidentielles. Toutes les données seront conservées conformément à la législation sur la protection des données.

Processus de consentement : vue la nature du protocole et le type de questionnaire, une partie explication de l'étude et question par oui ou non pour la participation a été pose aux participants.

2.11.1 Rôles et responsabilités

Le service de Neurologie du CHU Gabriel Touré, le chercheur principal qui est le principal responsable de l'étude. Le principal investigateur (Pr Youssoufa MAIGA) est responsable de l'obtention de l'approbation du comité éthique de l'Université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako.

Il est chargé de veiller au respect des procédures, des coutumes locales et des bonnes pratiques durant l'étude.

Le comité de pilotage est composé du chercheur principal (Youssoufa Maïga), des investigateurs. Seul le comité de pilotage avait le pouvoir de modifier le protocole et / ou des instruments d'enquête en cas de besoin. En raison de la pandémie de COVID19, nous avons été dotés de gèles hydro alcoolisés et de masques pour notre protection personnelle et aussi celle des personnes visitées dans les ménages.

2.11.2 Processus du consentement éclairé

Les personnes ont donné leur consentement oral avant de se soumettre à l'enquête.

2.11.3 Confidentialité des données

Toutes les données resteront confidentielles conformément à la législation locale. Les dossiers seront verrouillés et toutes les entrées d'ordinateur et les programmes de mise en réseau ont été effectués avec des numéros codés uniquement.

2.11.4 Confidentialité des résultats

Les résultats de cette étude seront présentés lors de réunions nationales et internationales. Ils seront également publiés dans des revues scientifiques à

partager avec la communauté scientifique. Les résultats seront communiqués au ministère de la Santé du Mali via la direction du CHU Gabriel Touré.

L'utilisation des données pour des besoins académiques sera autorisée (l'enseignement et les présentations lors de réunions locales).

Toute publication dans une revue médicale nationale ou internationale sera approuvée lors de la réunion finale du Comité pilotage. L'étude sera publiée dans son ensemble dans un ou plusieurs documents et une ou plusieurs présentations.

Avant la soumission, les manuscrits destinés à la publication feront l'objet d'un accord entre le chercheur principal, les investigateurs et la direction du CHU Gabriel Touré.

2.11.5 Conflit d'intérêt

Nous avons déclaré ne pas avoir de conflit d'intérêts en ce qui concerne la mise en œuvre et l'utilisation des résultats de cette étude.

3 Résultats

Au cours de cette étude nous avons enquêté une population de 210 participants qui avaient tous présenté des céphalées au cours de leur vie dont 165 cas céphalalgiques et 45 cas non céphalalgiques, 2 cas de refus soit 0,94 % dans 30 villages du district sanitaire de Tombouctou.

Nous nous proposons d'exposer les résultats obtenus

3.1 Caractéristiques sociodémographiques

Tableau VII: Répartition de la population d'étude en fonction des données sociodémographiques

Données sociodémographiques	Effectifs	Pourcentage %
Sexe		
Masculin	104	49,52
Féminin	106	50,48
Âge		
[18-30]	108	51,43
[31- 45]	54	25,71
[46-65]	48	22,86
Ethnie		
Bambara	5	2,38
Tamashek	109	51,90
Sonrhaï	73	34,76
Peulh	18	8,57
Autres*	5	2,38
Total	210	100

Les sexes féminin et masculin représentaient respectivement 50,48% et 49,52% ;
 La tranche d'âge [18-30] était la plus représentée avec un pourcentage à 51,43% ;
 L'ethnie Tamashek était la plus représentée à 48,10% suivit par l'ethnie Sonrhaï qui était à 34,76 % ;

**EVALUATION DU FARDEAU DES CEPHALEES DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE
TOMBOUCTOU**

Données sociodémographiques	Effectifs	Pourcentage%
Etat civil		
Mariés	141	67,14
Célibataires	53	25,24
Veufs	13	6,19
Divorcés	3	1,43
Niveau de scolarisation		
Non scolarisé	107	50,95
Primaire	47	22,38
Secondaire	50	23,81
Universitaire	6	2,86
Emploi		
Ménagère	56	26,67
Employé de commerce	41	19,52
Agriculteur	23	10,95
Elève-Etudiant	26	12,38
Salarié**	15	7,14
Maçon	10	4,76
Eleveur	7	3,33
Tailleur	5	2,38
Autres***	27	12,86
Smig ****		
≤ au Smig	157	74,76
> au Smig	53	25,24

EVALUATION DU FARDEAU DES CEPHALEES DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE TOMBOUCTOU

*=Arabe, Malinké, Maure, Haoussantié, Saroulé

**=Enseignant, Travailleur dans les instituts publics

***=Animatrice, Chargeur de camion, Conducteur du BAC, Peintre, Rappeur, Electricien, Elève coranique, Maitre coranique, Jardinier, Menuisier, Militaire, Pêcheur, Plombier, Pousseur de charrette, Puisatiers.

****=Salaire minimum interprofessionnel garanti qui au Mali est de 50000

FCFA

67,14 % des enquêtés étaient mariés ;

50,95 % n'ont pas été scolarisés ;

Les ménagères étaient les plus représentées à 26,67 % suivit par les employés de commerce qui étaient à 19,52% ;

74,76% de nos enquêtés avaient un revenu mensuel inférieur au Smig.

3.2 Prévalence des céphalées et sous type

Tableau VIII: Répartition de la population d'étude en fonction de la présence des céphalées

Présence des céphalées	Oui (%)	Non (%)
Céphalées au cours de la vie	210(100)	0(0)
Céphalées au cours des 12 derniers mois	165(78,57)	45(21,43)

La prévalence des céphalées au cours de la vie était de 100%

La prévalence des céphalées au cours des 12 derniers mois étaient de 78,57 % dans notre population d'étude.

Tableau IX: Répartition des céphalalgiques en fonction de la céphalée primaire présentées au cours des 12 derniers mois

Céphalées primaires	Effectifs	Pourcentage%
Migraine	20	12,12
Migraine probable	24	14,55
Céphalée de tension	17	10,30
Céphalée de tension probable	11	6,67
Céphalée chronique quotidienne	6	3,64
Non caractérisé	87	52,72
Total	165	100

La prévalence des migraines et migraines probables était respectivement à 12,12% et 14,55%.

La prévalence des céphalées de tension et céphalées de tension probable était respectivement à 10,30% et 6,67%.

Celle des céphalées chroniques quotidiennes était à 3,64%.

Tableau X: Répartition des céphalalgiques par jours/mois/an

Fréquence de survenue	Effectifs	Pourcentage%
Tous les jours	13	7,88
1-7 jours/mois	46	27,88
8-14 jours/mois	19	11,52
≥ 15 jours/mois	3	1,82
1-5 jours/an	62	37,58
6-11 jours/an	22	13,33
Total	165	100

EVALUATION DU FARDEAU DES CEPHALEES DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE TOMBOUCTOU

Parmi les céphalalgiques, la fréquence de survenue des céphalées allant de 1-5 jours/an était la plus représentée à 37,58% suivit de celle de 1-7 jours/an qui représentait 27,88%.

Tableau XI: Répartition des céphalalgiques en fonction de la présence des types de céphalée au cours des 12 derniers mois

Type de céphalée	Effectif	Pourcentage%
Tous du même type	93	56,36
Plus d'un type	72	43,64
Total	165	100

56,36% de notre population d'étude avaient des céphalées du même type au cours des 12 derniers mois.

Tableau XII: Répartition des céphalalgiques tous du même type par jours/mois/an

Céphalée tous du même type	Effectif	Pourcentage%
Tous les jours	6	6,45
1-7 jours/mois	22	23,66
8-14 jours/mois	9	9,68
≥ 15 jours/mois	2	2,15
1-5 jours/an	40	43,01
6-11 jours/an	14	15,05
Total	93	100

43,01 % des céphalalgiques tous du même type avaient une fréquence de survenue des céphalées allant de 1-5 jours/an.

3.3 aractéristiques cliniques des céphalées les plus gênantes plus d'un type

Tableau XIII: Répartition des céphalalgiques plus d'un type par jours/mois/an

Céphalée plus d'un type	Effectif	Pourcentage%
Tous les jours	7	9,72
1-7 jours/mois	24	33,33
8-14 jours/mois	10	13,89
≥ 15 jours/mois	1	1,39
1-5 jours/an	22	30,56
6-11 jours/an	8	11,11
Total	72	100

33,33 % des céphalalgiques plus d'un type avaient une fréquence de survenue des céphalées allant de 1-5 jours/mois.

Tableau XIV: Répartition des céphalalgiques plus d'un type en fonction de la durée des céphalées

Durée	Effectif	Pourcentage%
1-30 min	13	18,06
31-59 min	2	2,78
1-5 heures	25	34,72
6-10 heures	6	8,33
11-23 heures	2	2,78
1-7 jours	24	33,33
Total	72	100

Parmi les céphalalgiques plus d'un type, ceux ayant une durée allant de 1-5 heures étaient les plus représentés à 34,72% suivis par ceux ayant une durée allant de 1-7 jours qui étaient représentés à 33,33%.

Tableau XV: Répartition des céphalalgiques plus d'un type en fonction des caractéristiques des leurs céphalées

Caractéristiques des céphalées plus d'un type	Effectif	Pourcentage%
Type		
Palpitantes	47	65,28
Pressantes, serrantes ou contractantes	25	34,72
Siège		
Un seul côté	59	81,94
Tous les deux côtés	13	18,06
Facteur aggravant (Activité physique)		
Oui	38	52,78
Non	34	47,22
Capacité à faire les activités quotidiennes		
Peut tout faire comme d'habitude	21	29,17
Ne peut faire certaines choses	29	40,28
Ne peut rien faire	22	30,56
Signes d'accompagnement		
	Oui (%)	Non (%)
Nausées/Vomissements	25 (34,72)	47(65,28)
Photophobie	38(80,85)	9(19,15)
Phonophobie	57(79,17)	15(20,83)

Les céphalalgiques présentaient dans 65,28 % des cas des céphalées palpitanes.

La topographie unilatérale était la plus représenté à 81,94%.

Les activités physiques comme la marche ou monter les escaliers aggravait les céphalées dans 52,78% des cas.

Dans 40,28% des cas les céphalalgiques pouvaient faire certaines activités quotidiennes.

Les céphalées étaient accompagnées dans 79,17 % des cas d'une phono-phobie et dans 80,85% cas d'une photophobie ; il avait des nausées et/ou vomissement dans 34,72 % des cas.

Tableau XVI: Répartition des céphalalgiques en fonction des céphalées survenues à la veille de l'enquête

Céphalées à la veille de l'enquête	Effectif	Pourcentage%
Oui	47	28,48
Non	118	71,52
Total	165	100

La veille de l'enquête 28,48 % des enquêtés ont présentés des céphalées parmi les céphalalgiques.

Tableau XVII: Répartition des céphalalgiques en fonction de l'intensité des céphalées à la veille de l'enquête

Intensité	Effectif	Pourcentage%
Un peu mal	29	61,70
Très mal	18	38,30
Total	47	100

Les céphalées rapportées à la veille de l'enquête avaient une intensité légère dans 38,30 % des cas.

Tableau XVIII: Répartition des céphalalgiques en fonction de l'impact des céphalées sur les activités quotidiennes pour les céphalées survenues à la veille de l'enquête

Impact	Effectif	Pourcentage%
Pourrait tout faire comme d'habitude	21	44,68
Pourrait faire la plupart des choses plus de la moitié de la journée	6	12,77
Pourrait faire certaines choses mais moins de la moitié de la journée	3	6,38
Ne pouvait rien faire	17	36,17
Total	47	100

A veille de l'enquête 36,17% des céphalalgiques ne pouvaient rien faire du tout

3.4 Itinéraire thérapeutique

Tableau XIX: Répartition des céphalalgiques en fonction de la prise de médicament à la veille de l'enquête

Prise médicamenteuse	Effectif	Pourcentage%
Oui	27	57,45
Non	20	42,55
Total	47	100

57,45 % des enquêtés ont eu recours à une prise médicamenteuse à la veille de l'enquête.

Tableau XX: Répartition des céphalalgiques en fonction du médicament utilisé à la veille de l'enquête

Médicaments	Effectif	Pourcentage%
Paracétamol	25	92,60
AINS	1	3,70
Nivaquine	1	3,70
Total	27	100

92,60% de ceux qui ont eu recours à une prise médicamenteuse à la veille ont le paracétamol.

Tableau XXI: Répartition des céphalalgiques en fonction de l'utilisation de médicament traditionnel pour traiter les céphalées

Utilisation de médicament traditionnel	Effectif	Pourcentage%
Oui	16	9,70
Non	149	90,30
Total	165	100

9,70% de notre population d'étude utilisaient les médicaments traditionnels pour traiter les céphalées.

Tableau XXII: Répartition des céphalalgiques en fonction des conseils donnés par un professionnel de la santé pour leurs céphalées au cours des 12 derniers mois

Conseillés	Effectif	Pourcentage%
Oui	55	33,33
Non	110	66,67
Total	165	100

33,33% des céphalalgiques ont reçu des conseils de la part d'un professionnel de la santé pour leurs céphalées.

Tableau XXIII: Répartition des céphalalgiques en fonction du type de professionnel de la santé vu au cours des 12 derniers mois

Professionnel de la santé	Effectif	Pourcentage%
Médecin généraliste	30	54,54
Infirmier	23	41,82
Autres*****	2	3,64
Total	55	100

54,56% des professionnels de santé qui ont donné des conseils étaient des médecins généralistes.

*****=Physiothérapeute, aux urgences à l'hôpital

Tableau XXIV: Répartition des céphalalgiques en fonction des médicaments utilisés pour traiter les céphalées au cours du dernier mois

Médicaments	Effectif	Pourcentage%
Rien du tout	76	46,06
Paracétamol	80	48,48
Aspirine	1	0,61
Autres AINS	5	3,03
Autres*****	3	1,82
Total	165	100

Autres*****=Nifédipine, Bendrofluméthiazide+Reserpine, Acétaminophène+Caféine

EVALUATION DU FARDEAU DES CEPHALEES DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE TOMBOUCTOU

Le paracétamol a été le médicament le plus utilisé au cours du mois précédant notre enquête avec un pourcentage d'utilisation à 48,48%.

Tableau XXV: Répartition des céphalalgiques en fonction des examens complémentaires réalisés à cause des céphalées au cours des 12 derniers mois

Examens complémentaires	Effectif	Pourcentage%
Test sanguin	14	8,48
Autres radiographies de la tête	2	1,21
EEG	1	0,61
Aucun	148	89,70
Total	165	100

Dans notre population d'étude 89,70% des enquêtés n'ont pas réalisés d'examens complémentaires pour leurs céphalées.

3.5 Fardeau des céphalées

Tableau XXVI: Répartition des céphalalgiques en fonction du montant qu'ils sont prêts à payer par mois pour traiter les céphalées

Montant	Effectif	Pourcentage%
[0-1995]	101	61,21
[2000-3995]	18	10,91
[4000-7995]	10	6,06
[8000-50000]	21	12,73
[50005-100000]	12	7,27
[>100000]	3	1,82
Total	165	100

Dans notre travail 61,21% des céphalalgiques étaient prêts à payer une somme convenue entre 0 et 1995 FCFA par mois pour traiter leurs céphalées.

3.6 HALT-30

Tableau XXVII: Répartition des céphalalgiques en fonction de l'impact des céphalées sur la vie quotidienne de la population

Nombre de jour perdus	Effectif	Pourcentage%
Pas pu travailler		
Aucun jour	134	81,21
1 à 3 jours	23	13,94
4 à 9 jours	6	3,64
≥ 10 jours	2	1,21
Pas pu faire la moitié du travail habituel		
Aucun jour	147	89,09
1 à 3 jours	13	7,88
4 à 9 jours	4	2,42
≥ 10 jours	1	0,61
Pas pu faire les tâches ménagères		
Aucun jour	135	81,82
1 à 3 jours	21	12,73
4 à 9 jours	7	4,24
≥ 10 jours	2	1,21
Pas pu faire la moitié des tâches ménagères		
Aucun jour	150	90,91
1 à 3 jours	10	6,06
4 à 9 jours	3	1,82
≥ 10 jours	2	1,21
Pas pu faire ses loisirs, activités familiales et sociales		
Aucun jour	145	87,88
1 à 3 jours	15	9,09
4 à 9 jours	3	1,82
≥ 10 jours	2	1,21
Total	1 65	100

Dans notre étude, 13,94% des céphalalgiques avaient perdu 1-3 jour de travail au cours du mois dernier.

7,88% des céphalalgiques avaient perdu 1-3 jour pour faire la moitié du travail habituel et les 9,09% avaient perdu 1-3 jours pour la réalisation des activités de loisirs et les activités familiales et sociales.

3.7 Qualité de vie de la population

Tableau XXVIII: Répartition des céphalalgique en fonction de l'impact des céphalées sur la qualité de vie de la population

Qualité de vie	Effectif	Pourcentage%
Evaluation de la qualité de vie		
Très mauvais	1	0,48
Mauvais	11	5,24
Ni mauvais ni bon	87	41,43
Bon	106	50,48
Très bon	5	2,38
Satisfaction de l'état de santé		
Très insatisfait	0	0
Insatisfait	24	11,43
Ni satisfait ni insatisfait	33	15,71
Satisfait	143	68,10
Très satisfait	10	4,76
Capacité physique		
Très insatisfait	0	0
Insatisfait	23	10,95
Ni satisfait ni insatisfait	39	18,57
Satisfait	141	67,14
Très satisfait	7	3,33
Bien-être		
Très insatisfait	0	0
Insatisfait	5	2,38
Ni satisfait ni insatisfait	35	16,67
Satisfait	158	75,24
Très satisfait	12	5,71
Qualité relationnelle		
Très insatisfait	0	0
Insatisfait	4	1,90
Ni satisfait ni insatisfait	16	7,62
Satisfait	181	86,19
Très satisfait	9	4,29

**EVALUATION DU FARDEAU DES CEPHALEES DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE
TOMBOUCTOU**

Qualité de vie	Effectif	Pourcentage%
Vie environnementale		
Très insatisfait	0	0
Insatisfait	11	5,24
Ni insatisfait ni satisfait	60	29,57
Satisfait	129	61,43
Très satisfait	10	4,76
Energie pour la vie quotidienne		
Pas du tout	3	1,43
Un peu	14	6,67
Modérément	70	33,33
La plupart du temps	118	56,19
Complètement	5	2,38
Situation financière		
Pas du tout	18	8,57
Un peu	97	46,19
Modérément	76	36,19
La plupart du temps	18	8,57
Complètement	1	0,48
Total	210	100

Dans notre étude, 5,24% des participants estimaient avoir une mauvaise qualité de vie,

11,43% étaient insatisfaits de leur état de santé,

10,95% étaient insatisfait de leur capacité physique,

Les participants étaient insatisfaits dans 2,38% de leur bien-être, dans 1,90% des cas de leur qualité relationnelle et dans 5,24% des cas de leur vie environnementale.

6,67% estimaient avoir un peu d'énergie pour les activités de la vie quotidienne et

46,19% estimaient n'avoir que peu d'argent dans leur situation financière.

3.8 Associations entre facteurs sociodémographiques et céphalées

Tableau XXIX: Facteurs associés à la migraine

Migraine/Facteurs	OR	IC à 95%	p-Value
Sexe			
Féminin	1,289	[0,640-2,595]	0,500
Masculin	-	-	-
Age			
[18-30]	1,450	[0,619-3,395]	0,500
[31-45]	1,827	[0,799-4,178]	0,250
[46-65]	-	-	-
Etat civil			
Célibataire	0,134	[0,055-0,330]	0,001
Marié	-	-	-
Education			
Scolarisé	0,526	[0,258-1,073]	0,100
Non scolarisé	-	-	-
Revenu par moi			
≤ Smig	7,500	[3,185-17,658]	0,001
>Smig	-	-	-

Les participants célibataires étaient 86,6 % moins susceptible de faire la migraine que les participants mariés.

Les participants ayant un revenu mensuel ≤ Smig étaient 7,5 fois plus susceptible de faire la migraine que ceux ayant un revenu mensuel > Smig.

Tableau XXX: Facteurs associés à la céphalée de tension

Facteurs/ Céphalée de tension	OR	IC à 95%	p-Value
Sexe			
Féminin	2,469	[1,039-5,869]	0,05
Masculin	-	-	-
Age			
[18-30]	4,380	[1,536-12,492]	0,005
[31-45]	1,000	[0,278-3,602]	0,001
[46-65]	-	-	-
Etat civil			
Célibataire	0,138	[0,045-0,422]	0,001
Marié	-	-	-
Education			
Scolarisé	0,840	[0,370-1,906]	0,750
Non scolarisé	-	-	-
Revenu par moi			
≤ Smig	6,816	[2,216-20,966]	0,001
> Smig	-	-	-

Les participants célibataires étaient 86,2 % moins susceptibles de faire la céphalée de tension que les participants mariés.

Les participants ayant un revenu mensuel ≤ Smig étaient 6,8 fois plus susceptible de faire la céphalée de tension que ceux ayant un revenu mensuel > Smig.

Les participants âgés de [18-30] étaient 4,3 plus susceptible de faire la céphalée de tension.

4 Commentaires et discussions

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive à visée analytique, réalisée dans le district sanitaire de Tombouctou, dont la collecte des données a duré trois mois allant du 13/01/2021 au 17/04/2021.

La population était composée des sujets dont l'âge varie de 18 à 65 ans. Au cours de cette étude portant sur 210 participants dans 210 ménages, 165 sujets ont présenté des céphalées le mois précédant le début de l'enquête soit une prévalence de 78,57%.

Difficultés rencontrées au cours de l'étude

- L'accès difficile voire impossible à certains sites d'enquête à cause de l'insécurité et des cours d'eau.
- La réticence de certains participants pensant que c'était une étude basée sur la covid-19, qu'on aurait masqué par les céphalées.
- L'impossibilité de caractériser les autres types de céphalées liées aux limites du questionnaire.

4.1 Aspect sociodémographique :

4.1.1 Sexe :

Dans notre étude, le sexe féminin était la plus représentée à 50,48% parmi les céphalalgiques avec un sex-ratio à 0,98. C'est qui est en conformité avec les données de la population générale malienne où le pourcentage des femmes était de 50,4% et avec les études menées précédemment à savoir celles de M. Zebenigus et al. en éthiopie en 2016 [8], E. Mbewe et al. en Zambie en 2015 [7] qui avaient retrouvés respectivement 55.7% avec un sexe ratio de 0,79 [8], 58.5% avec un sex ratio de 0,70 [7] mais supérieure aux données de SAO AK au Mali en 2016 [39] qui avait trouvé une plus forte représentation du sexe féminin soit 67,4% avec un sexe ratio à 0,48 [39].

4.1.2 Âge :

Dans notre étude, la tranche d'âge allant des 18 à 30 ans était la plus représentée avec 51,43%, soit plus de la moitié de la population enquêtée avec un moyen d'âge à $33,89 \pm 14,23$. Ce résultat est similaire à celui de Sidibé AS Maroc [40] chez qui la tranche d'âge la plus représentée était de 18 à 30 ans soit plus de la moitié des participants avec une moyenne d'âge de $38,5 \pm 13,5$.

Cette présence des céphalées dans la population des adultes jeunes pourrait être lié à plusieurs facteurs (stress, insomnie...) et peut refléter l'impact négatif des céphalées sur la vie socio-économique de la population

4.1.3 Catégorie socio-professionnelle :

Dans notre étude les ménagères étaient les plus représentés à 26,67% suivi des employés de commerce, ce qui est superposable aux résultats de Sidibé AS en 2017 au Maroc[40] et M. Zebenigus et al. En Ethiopie[8] 34,8%

Cette prédominance des ménagères pourrait-être expliquée par l'organisation socio-culturelle de notre site d'enquête où les ménagères (Femmes foyer) passent plus de temps dans le foyer pour la pérennité de ce dernier.

Quant au niveau socio-économique 74,76% des participants de notre étude avaient un niveau de revenu mensuel \leq au SMIG. 25,24 % de la population d'étude avait un niveau socio-économique élevé (revenu mensuel $>$ au SMIG). Nous n'avons pas pu comparer nos données sur le revenu mensuel avec ceux des autres pays à cause de l'absence d'un référentiel du seuil de définition des différents statuts pris en compte (sachant que dans notre pays le seuil du smig était de 50000 Fcfa).

4.1.4 Niveau d'instruction et statut marital

Dans notre étude, 50,95% des participants n'avaient pas été scolarisé suivi par ceux qui avaient un niveau d'instruction secondaire soit 23,81%, ce qui est supérieur aux résultats de l'étude menée par M. Zebenigus et al. en Ethiopie[8] où les analphabètes représentaient plus de 1/3 de la population d'étude.

Ceci pourrait être expliqué par le niveau et les conditions de vie de la population qui est bas obligeant les jeunes à faire certaines tâches précocement, à cela est associée la centralisation des universités dans la capitale.

Quant à l'état matrimonial, 67,14% des participants étaient mariés suivi des célibataires soit 25,24% ce résultat est semblable à celui de R. Nikiforow et al. en Finlande[12] un taux des mariés à 50.58% et des célibataires à 30.93%.

Cette situation pourrait probablement être expliquée par les croyances religieuses ainsi que les habitudes socio-culturelles qui visent à protéger les mœurs sociétales incitant ainsi les jeunes à se marier plus tôt.

4.2 Prévalence des céphalées et sous type

4.2.1 Prévalence des céphalées de l'année précédant l'enquête :

La prévalence des céphalées au cours de l'année précédant notre étude est de 78,7%. Un résultat qui est similaire avec les études menées par Allena et al. en Italie en 2015[41] et Manandhar et al. au Népal [42] en 2015 qui avaient retrouvés respectivement 83,4% et 85,4% . .

Notre résultat est supérieur à celui rapporté par Adoukonou et al. en 2009 au Bénin [43] qui avait trouvé 24.8%. Cette supériorité pourrait être expliquée par le fait que notre étude porte sur la population du district sanitaire de Tombouctou (urbaine et rurale) contrairement à celle du Benin qui concernait les travailleurs de la ville de Cotonou.

4.2.2 Prévalence des migraines

Dans notre étude, la prévalence des migraines était de 26,67%. Nos résultats sont supérieurs à ceux de Lipton et al. en Amérique en 2002[44], de Zebenigus et al. en 2016 en Ethiopie[8], de El-Sherbiny et al. en Égypte dans le gouvernorat de Fayoun[45] et de Koné M dans le district de Bamako en milieu scolaire au Mali en 2019[9] qui rapportaient respectivement une prévalence de 13%, de 19%, de 17.3% et 21%.

Cette prévalence concorde avec celle rapportée par la littérature près de 20% de la population cela pourrait s'expliquer par l'existence des critères de diagnostic bien établis selon ICHD-3

4.2.3 Prévalence des céphalées de tension

Dans notre étude, la prévalence des céphalées de tension était de 16,97 %

Nos résultats sont similaires à ceux de M.Zebenigus et al. en Ethiopie[8] et E.Mbewe et al. en Zambie[7] qui sont toutes deux, des études effectuées en Afrique et qui ont trouvé respectivement 20,7% et 22,8%.

Par contre les résultats obtenus en Europe et aux USA sont supérieurs aux nôtres. Il s'agit des résultats obtenus en Russie par I Ayzenberg et al[46]. en Italie par Allena et al.[41] et aux USA par Schwartz BS et al[47] qui ont trouvé respectivement 30,9%, 28,6% et 38.3%.

A travers ces résultats, nous constatons une plus grande prévalence des céphalées dans certains pays d'Europe et aux USA. Ceci pourrait s'expliquer par les différences fondamentales existant tant sur le plan social que professionnel mais tout en tenant compte de la différence de taille existant entre nos échantillons (Russie n=2725, Italie n= 3500) mais aussi des critères de diagnostic distinctif entre céphalées de tension épisodiques et céphalées de tension chroniques qui n'ont pas été utilisés dans notre étude.

4.3 Fardeau des céphalées

Les céphalées constituent un véritable problème socio-économique dans le district sanitaire de Tombouctou tant sur le niveau personnel, familial que populationnel. Et par conséquent ont un impact considérablement néfaste sur le temps de travail, le temps pour les activités familiales, ainsi que l'état de santé de nos enquêtés comme nous pouvons le constater à travers nos données.

Malgré que la majorité de nos enquêtés soit 74,76% avait un revenu mensuel \leq au Smig, 12,73% étaient prêt à payer une somme comprise entre 8000 à 50000 voire plus avec une médiane de 1000 FCFA[0F-1000000F], tant cet impact est néfaste.

Les céphalées ont fait perdre à 13,94% de nos enquêtés 1 à 3 jours de leur temps de travail le mois passé et à 9,09% de nos enquêtés 1 à 3 jours de leurs activités familiales, sociales. Quant à l'état de santé, nous constatons que plus de 11,43 % des participants sont insatisfaits de leur état de santé mais 50,48% estiment avoir une bonne qualité de vie et 5,24% jugent leur qualité de vie mauvaise.

Dans notre étude, malgré ces chiffres qui témoignent de cet impact néfaste attribuable aux céphalées, les enquêtés jugent avoir une bonne qualité de vie. Ceci pourrait-être attribué aux croyances culturo-religieuses, au niveau de vie modeste et aux conditions de vie difficiles de nos enquêtés qui les amènent à faire leurs activités malgré la douleur.

4.4 Itinéraires thérapeutiques

La majorité des céphalalgiques soit 66,67% n'avaient pas demandé conseil à un agent de santé.

Les 33,33% avaient consulté un agent de santé et 9,70% avaient eu recours à la médecine traditionnelle.

Nous constatons un faible de taux d'enquêtés ayant recours à la médecine traditionnelle.

4.5 Traitement suivi par les céphalalgiques

Le paracétamol était le médicament le plus utilisé au cours du mois précédant notre enquête, soit 48,48%.

Cette importante utilisation du paracétamol serait due à son moindre coût, à sa bonne tolérance et à sa disponibilité sur le marché.

Par contre au cours de cette étude, nous avons trouvé que 46,06 % des céphalalgiques n'avaient pas eu recours à une prise médicamenteuse au cours du mois précédant l'enquête. Ceci pourrait-être expliqué par le fait que 44,68% des céphalalgiques pouvaient faire leurs activités comme d'habitude malgré les céphalées.

CONCLUSION :

Au terme de cette étude épidémiologique portant sur l'évaluation du fardeau des céphalées dans le district sanitaire de Tombouctou, nous ne pouvons que constater la presque omniprésence des céphalées.

Elles ont un effet délétère sur la vie socio-économique quel que soit l'âge, le sexe, le niveau de scolarisation, la profession et le revenu mensuel des concernés et par conséquent entravent la qualité de vie de ces derniers.

RECOMMANDATION

Au terme de cette étude, nous formulons les recommandations suivantes

Aux autorités gouvernementales

- Améliorer l'accès aux centres de santé en munissant la population de moyen de transports adéquats (Pirogues, Tricycliques...)
- Elargir la formation des acteurs sanitaires en l'occurrence les relais sanitaires dans la prise en charge des céphalées
- Eduquer la population sur les céphalées pour leur permettre de reconnaître les signes des céphalées graves donc de savoir quand consulter en urgence
- Sensibiliser la population sur les dangers de l'automédication en l'occurrence sur l'utilisation abusive et anarchique du paracétamol
- Faciliter l'accès aux médicaments utilisés pour la prévention des céphalées
- Améliorer la formation des agents de santé (Infirmiers, médecins généralistes, Neurologue) sur la prise en charge des céphalées.

A la population

- Consulter un professionnel de santé pour une meilleure prise en charge des céphalées
- Apporter un soutien psychologique et financier aux céphalalgiques

Aux agents de santé

- Sensibiliser la population à consulter pour une meilleure prise en charge de leurs céphalées
- Fluidifier l'échange de connaissance sur les céphalées entre agents de santé
- S'intéresser particulièrement aux cours et conférences concernant les céphalées, dispensés à la FMOS et ailleurs

REFERENCES

1. Abu-Arafeh I, Razak S, Sivaraman B, Graham C. Prevalence of headache and migraine in children and adolescents: a systematic review of population-based studies. *Dev Med Child Neurol.* 2010;52:1088-97.
2. G.B.D. Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet.* 2017;2018;392(10159):1789–1858.
3. Dent W, Spiss H, Helbok R, Matuja W, Scheunemann S, Schmutzhard E. Prevalence of migraine in a rural area in South Tanzania: a door-to-door survey. *Cephalalgia.* 2004;24:960-6.
4. Cowan RP. CAM in the real world: you may practice evidence-based medicine, but your patients don't. *Headache.* 2014;54(6):1097-102.
5. Stovner LJ, Al Jumah M, Birbeck GL, Gururaj G, Jensen R, Katsarava Z, et al. The methodology of population surveys of headache prevalence, burden and cost: principles and recommendations from the global campaign against headache. *J Headache Pain.* 2014;15(5).
6. Woldeamanuel YW, Cowan RP. Migraine affects 1 in 10 people worldwide featuring recent rise: A systematic review and meta-analysis of community-based studies involving 6 million participants. *J Neurol Sci.* 2017;372:307-15.
7. Mbewe E, Zairenthiama P, Yeh HH, Paul R, Birbeck GL, Steiner TJ. The epidemiology of primary headache disorders in Zambia: a population-based door-to-door survey. *J Headache Pain.* 2015;16(30).
8. Zebenigus M, Tekle-Haimanot R, Worku DK, Thomas H, Steiner TJ. The prevalence of primary headache disorders in Ethiopia. *J Headache Pain.* 2016;17(110).
9. Seybou Hassane D, Cissoko Y. MIGRAINE ET QUALITE DE VIE EN MILIEU SCOLAIRE DANS LE DISTRICT DE BAMAKO AU MALI. *Mali Méd.* 26 sept 2019;3:33-9.
10. Maiga Y, Soumaïla B, Cissoko N 'Drainy, L S, M D, SH D, et al. Epidemiology of migraine among students in Mali. *eNeurologicalSci.* 2017;7:32-6.

**EVALUATION DU FARDEAU DES CEPHALEES DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE
TOMBOUCTOU**

11. Géraud G, Fabre N, Lantéri-Minet M, Valade D. Les céphalées : 30 leçons. Paris: Elsevier Masson SAS; 2009. 16–24 p.
12. Nikiforow R, Hokkanen E. An epidemiological study of headache in an urban and a rural population in northern Finland. *Headache J Head Face Pain*. 1978;18(3):137-45.
13. Szczepanik E. Idiopathic headache in children. *Med wieku rozwoj* 2000 April-june. Vol. 4. p. 185-95.
14. Annequin D, Dumas C, Tourniaire B, Massirou H. Migraine et céphalée chronique de l'enfant. *Rev Neurol Paris*. 2000;156(4):68-74.
15. Joutel A, Bousser MG, B V. A gene for familial hemiplegic migraine maps to chromosome 19. *Nat Genet*. 1993;5:40-5.
16. Ophoff RA, Eijk R, LA S. Genetic heterogeneity of familial hemiplegic migraine. *Genomics*. 1994;22:21-6.
17. Green MW, Selman TE. Review article: The medical management of trigeminal neuralgia. *Headache*. 1991;31:588-92.
18. Hampson NB, Hampson LA. Characteristic of headache associated with acute carbon monoxide poisoning. *Headache*. 2002;42:220-3.
19. SILBERSTEIN SD. Advances in understanding the physiopathology of headache. *Neurology*. 1992;42(2):6-10.
20. Jensen R, Paiva T. Episodic Tension-Type Headache. In: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, éditeurs. *The Headaches*. New York: Raven Press; 1993. p. 497-502.
21. Langemark M, Loldrup D, Bech P, Olesen J. Clomipramine and mianserin in the treatment of chronic tension headache. A double blind, controlled study. *Headache*. 1990;30:118-21.
22. Ameri A, Bousser MG. Cerebral venous thrombosis. *Neurol Clin*. 1992;10:87-11.
23. Gelentano DD, Stewart WF, Linet MS. The relationship of headache symptoms with severity and duration of attacks. *J Clin Epidemiol*. 1990;
24. Traoré PRM. Brochure cours de neurologie 3ème année médecine FMPOS. 2002. p. 17-8, 4-7-8.
25. Headache Classif Comm Int Headache Soc IHS Int Classif Headache Disord. 3rd edition (beta version. 2013;33(9):629-808.

EVALUATION DU FARDEAU DES CEPHALEES DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE
TOMBOUCTOU

26. BousseR MG, Massiou H. Céphalées, migraine et hormones ovariennes. *Lett Neurol.* 1998;28-30.
27. Ekbom K, Krabbe A, M G. Cluster headache attacks treated for up to three months with subcutaneous sumatriptan (6mg). Sumatriptan cluster headache long-term study group. *Cephalalgia.* 1995;
28. Tehindrazanarivelo AD, Lutz G, Petitjean C, Bousser MG. Headache following carotid endarterectomy: a prospective study. *Cephalalgia.* 1992;12:380-2.
29. Levy IM. An epidemiological study of headache in an urban population in Zimbabwe. *Headache.* 1983;23 :2-7.
30. Poser CM. The types of headache that affect the elderly. *Geriatrics.* 1976;103-6.
31. Vincent JP, Chatap G, Giraud K, Vincent J, Vincent J. Céphalées du sujet âgé. *Presse Médicale.* 2004;10;33(12 Pt 1):808-818.
32. S-GJ J, L M. Blood magnesium levels in migraine. *Cephalalgia.* 1991;11:97-9.
33. Goadsby PJ, Edvinsson L, Ekman R. Release of vasoactive peptides in the extracerebral circulation of humans and the cat during activation of the trigeminovascular system. *Ann Neurol.* 1988;23(193).
34. Moreau T, Manceau E, Giroud-Baleyrier F, Dumas R, Giroud M. Headache in hypothyroidism. Prevalence and outcome under thyroid hormone therapy. *Cephalalgia.* 1998;18:687-9.
35. Barker FG, Janetta PJ, DJ B. The long term outcome of microvascular decompression for trigeminal neuralgia. *N Engl J Med.* 1996;31:588-92.
36. Taha JM, T JM Jr. Comparison of surgical treatments for trigeminal neuralgia: reevaluation of radiofrequency rhizotomy. *Neurosurgery.* 1996;38:865-7.
37. Direction nationale de la statistique et l'informatique : Recensement général de la population et de l'habitat 1998 During spontaneous migrainous aura. *Ann neurol.* Vol. 43. 1998. p. 25-31.
38. Steiner TJ, Antonaci F, Jensen R, Lainez MJ, Lanteri-Minet M, Valade D. European Headache Federation; Global Campaign against Headache. Recommendations for headache service organisation and delivery in Europe. *J Headache Pain.* 2011;12(4):419-26.

39. Sao AK. Situation des céphalées dans le service de neurologie en consultation externe du CHU Gabriel Touré, notre expérience sur cinq ans 2010-2015. Vol. 237) :97. Bamako: Medical Thesis; 2016.
40. Sidibe A. Prévalence des céphalées au Maroc [Thèse. Marrakech: Cadi Ayyad; 2017.
41. Allena M, Steiner TJ, Sances G, Carugno B, Balsamo F, Nappi G. Impact of headache disorders in Italy and the public-health and policy implications: a population-based study within the Eurolight Project. *J Headache Pain.* 2015;16(1):1-9.
42. Manandhar K, Risal A, Steiner TJ, Holen A, Koju R, Linde M. Estimation de la prévalence et du fardeau des principaux troubles du cerveau au Népal: méthodologie d'une étude nationale basée sur la population. *J Maux Tête Douleur.* 2014;15(52).
43. Adoukonou T, Adoukonou D, Adjien K, Gnonlonfoun D, Avode D, Preux P. Prévalence de la migraine dans une population de travailleurs à Cotonou au Bénin. *Afr J Neurol Sci.* 2009;28(1).
44. Lipton RB, Scher AI, Kolodner K, Liberman J, Steiner TJ, Stewart WF. Migraine in the United States: epidemiology and patterns of health care use. *Neurology.* 2002;58(6):885-94.
45. El-Sherbiny NA, Masoud M, Shalaby NM, Shehata HS. Prevalence of primary headache disorders in Fayoum Governorate. *Egypt J Headache Pain.* 2015;16(1):1-8.
46. Ayzenberg I, Katsarava Z, Sborowski A, Chernysh M, Osipova V, Tabeeva G, et al. The prevalence of primary headache disorders in Russia: a countrywide survey. *Cephalalgia Int J Headache.* avr 2012;32(5):373-81.
47. Schwartz BS, Stewart WF, Simon D, Lipton RB. Epidemiology of tension-type headache. *JAMA.* 4 févr 1998;279(5):381-3.

EVALUATION DU FARDEAU DES CEPHALEES DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE TOMBOUCTOU

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

Partie administrative		
1	Identifiant unique	
<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> <p>entrez: Commune Peri urbaine</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> <p>entrez: Commune Rurale</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> <p>entrez 1-4 pour identifier le district de santé (à partir de la liste principale des DS)</p>
<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> <p>entrez 1-4 pour identifier l'aire de santé (à partir de la liste principale des aires de santé)</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> <p>entrez 01-99 pour identifier le ménage (consécutivement, comme sélectionné)</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> <p>entrez 01-15 pour identifier l'occupant du ménage (à partir de la liste à la page suivante)</p>
2	Date d'achèvement	____/____/____
3	Identité de l'enquêteur: Langues parlées	Signature de l'enquêteur (à la fin):

Identification du participant					
<p>Informez le chef de ménage et obtenez son consentement avant de continuer. Les informations suivantes (questions 4 et 5) doivent être obtenues auprès du chef de ménage.</p>					
4	Adresse du ménage et nom du chef de ménage				
5	Liste numérotée des occupants du	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Prénom</td> <td style="width: 33%;">Âge (y)</td> <td style="width: 33%;">M/F</td> </tr> </table>	Prénom	Âge (y)	M/F
Prénom	Âge (y)	M/F			

EVALUATION DU FARDEAU DES CEPHALEES DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE TOMBOUCTOU

	<p>ménage âgés de 18 à 65 ans</p> <p>(Entrez le prénom, l'âge et le sexe de chaque occupant dans l'ordre indiqué)</p> <p>(L'âge peut être estimé si la date de naissance est inconnue ; n'indiquez pas les personnes âgées de moins de 18 ans ou de plus de 65 ans)</p> <p>(Sélectionnez un occupant au hasard en utilisant le tirage au sort: la personne sélectionnée sera le participant et devra être identifiée par un numéro à la question 6 et dans les deux dernières cases de la question 1)</p>	1.			
		2.			
		3.			
		4.			
		5.			
		6.			
		7.			
		8.			
		9.			
		10.			
		11.			
		12.			
		13.			
		14.			
		15.			
6	<p>Sélection du participant (de la liste par tirage au sort) (entrez le numéro 01-15)</p>	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>			
<p>Données sociodémographiques du participant</p> <p>Les informations suivantes sur le participant sélectionné (questions 7 à 13) peuvent être obtenues auprès du chef de ménage ou du participant sélectionné, le cas échéant.</p>					
7	<p>Âge (l'âge peut être estimé si la date de naissance est inconnue)</p>	<p>_____ années</p>			
8	<p>Le sexe (cochez une case)</p>	<p>masculin <input style="width: 40px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/></p>	<p>féminin <input style="width: 40px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/></p>		
9	<p>Ethnie (cochez une case et précisez si nécessaire)</p>	<input style="width: 40px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> Bambara	<input style="width: 40px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> peulh	<input style="width: 40px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> Sarakolé	
			<input style="width: 40px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> songhaï	<input style="width: 40px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> senoufo	

EVALUATION DU FARDEAU DES CEPHALEES DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE TOMBOUCTOU

		<input type="checkbox"/> Malinké	<input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> Bobo	<input type="checkbox"/> Minianka
		(précisez) _____			
10	Religion (cochez une case, et précisez si nécessaire)	<input type="checkbox"/> Musulman	<input type="checkbox"/> Chrétien	<input type="checkbox"/> Animiste	<input type="checkbox"/> Aucun
		<input type="checkbox"/> autre (précisez) _____			
11	État (cochez une case)	<input type="checkbox"/> célibataire	<input type="checkbox"/> Marié	<input type="checkbox"/> veuf	<input type="checkbox"/> divorcé
	civil				
12	Niveau (cochez une case)	<input type="checkbox"/> aucun	<input type="checkbox"/> Primaire	<input type="checkbox"/> secondaire	<input type="checkbox"/> université
	d'éducation				
13	Nombre (compter à partir du primaire [SIL], et entrez le nombre)	d'années d'études	_____ années		
14	Type d'emploi (cochez une case, et précisez si nécessaire) (si chômeur ou retraité depuis moins de 6 mois, indiquez le dernier emploi)	<input type="checkbox"/> ménagère (pas d'autre emploi)	<input type="checkbox"/> étudiant	<input type="checkbox"/> emploi à temps plein (salariné)	<input type="checkbox"/> travail à la tâche
		<input type="checkbox"/> agriculteur	<input type="checkbox"/> actuellement à la recherche d'un emploi – n'a jamais travaillé	<input type="checkbox"/> au chômage (depuis plus de 6 mois)	<input type="checkbox"/> inapte; arrêt longue maladie
			<input type="checkbox"/> retraité (informel)	<input type="checkbox"/> retraité	

EVALUATION DU FARDEAU DES CEPHALEES DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE TOMBOUCTOU

		<input type="checkbox"/> (précisez) autre
15	Revenu par mois (de toutes les sources) (cochez une case)	<input type="checkbox"/> 0-10,000 CFA <input type="checkbox"/> 10,000-20,000 CFA <input type="checkbox"/> 20,000-50,000 CFA <input type="checkbox"/> plus de 50,000 CFA

Toutes les autres questions doivent être posées au participant sélectionné.

Si le participant sélectionné est présent, demandez à lui parler maintenant et continuez ci-dessous. Sinon, prenez rendez-vous pour revenir.

Rendez-vous pris pour: ____/____/____

Informez le participant et obtenez son consentement si cela n'a pas déjà été fait.

Questions de dépistage

Ce sont des questions clés. Des fausses réponses négatives perdront le participant de l'enquête.

Script d'introduction :

« Ces questions concernent les céphalées. Quelques personnes n'ont jamais les céphalées, mais la plupart des gens les ont de temps en temps. Certaines personnes les ont très souvent. »

16	Avez-vous déjà eu les céphalées ? (cochez une case) Si non, passez au script d'introduction pour la question 62. Si oui, passez à la question 17.	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
17	Avez-vous eu les céphalées au cours des douze (12) derniers mois ? (développez la question si nécessaire, et cochez une case) Si non, passez au script d'introduction pour la question 62. Si oui, passez à la question 18.	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

EVALUATION DU FARDEAU DES CEPHALEES DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE TOMBOUCTOU

<p>18</p>	<p>À quelle fréquence avez-vous des céphalées ?</p> <p>(Cette question est une question très importante : une réponse incorrecte peut conduire à un diagnostic erroné.)</p> <p>Développez la question si nécessaire, et cochez la case ou entrez le nombre de jours par mois ou par an.)</p> <p>Si la réponse est tous les jours ou ≥ 15 jours/mois, passez aux questions 19 à 22. Sinon, passez directement au script d'introduction pour la question 23.</p>	<p align="center"> <input type="checkbox"/> tous les jours </p> <p align="center"> <input type="text"/> <input type="text"/> jours/mois jours/an </p>
<p>Questions sur les céphalées chroniques quotidiennes</p> <p>Script d'introduction :</p> <p>« Vous avez dit que vous aviez des céphalées tous les jours / [indiquez le numéro si ≥ 15] jours par mois. S'il vous plaît, pensez à ces céphalées. »</p>		
<p>19</p>	<p>Combien de temps durent généralement ces céphalées ?</p> <p>(cochez la case ou entrez le nombre d'heures ou de minutes)</p>	<p align="center"> <input type="checkbox"/> </p> <p align="center"> toute la journée <input type="text"/> <input type="text"/> heures Minutes </p>
<p>20</p>	<p>Que faites-vous le plus souvent lorsque vous avez ces céphalées ?</p> <p>(développez cette question si nécessaire pour identifier l'action habituelle, et cochez une case)</p> <p>On entend par médicament tout agent ayant une activité pharmacologique : les plantes médicinales ou les « traitements traditionnels » ayant une activité pharmacologique identifiable doivent être classés dans la catégorie des médicaments.</p> <p>Si la réponse est de prendre un médicament, passez à la question 21. Sinon, passez directement au script d'introduction pour la question 23.</p>	<p align="center"> <input type="checkbox"/> </p> <p align="center"> prendre des médicaments </p> <p align="center"> <input type="checkbox"/> </p> <p align="center"> utiliser des traitements traditionnels (sans activité pharmacologique identifiable) </p> <p align="center"> <input type="checkbox"/> </p> <p align="center"> repos </p> <p align="center"> <input type="checkbox"/> </p> <p align="center"> rien (continuer comme d'habitude) </p>
<p>21</p>	<p>En moyenne, à quelle fréquence prenez-vous des médicaments pour traiter ces céphalées ?</p> <p>(Cette question est une question très importante : une réponse incorrecte peut conduire à un diagnostic erroné.)</p> <p>Développez la question si nécessaire pour obtenir une estimation de l'utilisation totale de médicaments pour les céphalées, et cochez la case ou entrez le nombre de jours par semaine ou par mois.)</p>	<p align="center"> <input type="checkbox"/> tous les jours </p> <p align="center"> <input type="text"/> <input type="text"/> jours/semaine jours/mois </p>

EVALUATION DU FARDEAU DES CEPHALEES DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE TOMBOUCTOU

<p>22</p>	<p>Que prenez-vous habituellement pour traiter ces céphalées?</p>	<p>Énumérez tous les médicaments ici</p>
<p>Les céphalées les plus gênantes</p> <p>Script d'introduction :</p> <p>« Une personne peut avoir plus d'un type des céphalées. Cela ne signifie pas simplement que certaines céphalées sont plus douloureuses que d'autres. Cela signifie que, chez certaines personnes, les céphalées différentes les affectent de différentes manières, de sorte qu'ils reconnaissent qu'ils ne sont pas du même type de maux de tête. »</p>		
<p>23</p>	<p>S'il vous plaît pensez à vos céphalées. Pensez-vous qu'elles sont tous du même type ou plus d'un type ? (cochez une case)</p> <p>Si la réponse est « du même type », allez directement à la question 24. Sinon, continuez avec le script d'introduction ci-dessous.</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <input data-bbox="1008 887 1104 981" type="checkbox"/> tous du même type </div> <div style="text-align: center;"> <input data-bbox="1292 887 1388 981" type="checkbox"/> plus d'un type </div> </div>
<p>Questions de diagnostic</p> <p>Script d'introduction aux prochaines questions :</p> <p>(utilisez seulement si la réponse à la question 23 était plus d'un type)</p> <p>« A partir de maintenant, je veux que vous vous concentriez sur le type des céphalées qui vous dérange le plus (c'est-à-dire qui interfère le plus avec votre vie). »</p>		
<p>24</p>	<p>À quelle fréquence avez-vous ce type de céphalée ? (cochez la case ou entrez le nombre de jours par mois ou par année)</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <input data-bbox="951 1438 1046 1532" type="checkbox"/> tous les jours </div> <div style="text-align: center;"> <input data-bbox="1145 1518 1241 1532" type="text"/> jours/mois </div> <div style="text-align: center;"> <input data-bbox="1356 1518 1452 1532" type="text"/> jours/an </div> </div>
<p>25</p>	<p>Sans traitement, combien de temps dure ce type de céphalée ? (expliquez que, même lorsque ces céphalées sont généralement traitées, la réponse requise concerne les céphalées non traitées, et entrez le nombre de minutes, heures ou jours)</p>	<p align="center"> <input data-bbox="1027 1653 1107 1666" type="text"/> minutes, <input data-bbox="1222 1653 1302 1666" type="text"/> heures ou <input data-bbox="1123 1742 1203 1756" type="text"/> jours </p>
<p>26</p>	<p>Sans traitement, à quel point ce type de céphalée est-il généralement grave ? (expliquez que, même lorsque ces céphalées sont généralement traitées, la réponse requise concerne les céphalées non traitées, et cochez une case)</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <input data-bbox="979 1823 1075 1917" type="checkbox"/> pas mal </div> <div style="text-align: center;"> <input data-bbox="1181 1823 1276 1917" type="checkbox"/> un peu mal </div> <div style="text-align: center;"> <input data-bbox="1353 1823 1449 1917" type="checkbox"/> très mal </div> </div>

EVALUATION DU FARDEAU DES CEPHALEES DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE TOMBOUCTOU

35	<p>Avez-vous eu les céphalées, mal à la tête hier ? (cochez une case)</p> <p>Si la réponse est non, passez directement au script d'introduction pour la question 41.</p>	<p align="center">non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p>
36	<p>Était-ce le même type de céphalée que celui que vous venez de décrire ? (expliquez si nécessaire que cela signifie le mal de tête décrit aux questions 24 à 34, et cochez une case)</p>	<p align="center">non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p>
37	<p>Pensez maintenant au céphalée que vous avez eu hier. Combien de temps cela a-t-elle duré ? (cochez la case, ou entrez le nombre d'heures)</p>	<p align="center"><input type="checkbox"/> ou ____ heures</p> <p>toute la journée</p>
38	<p>A quel point cette céphalée vous a-t-elle fait mal hier ? (cochez une case)</p>	<p align="center"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pas mal un peu mal très mal </p>
39	<p>Comment cette céphalée que vous avez eu hier a-t-elle affecté votre capacité à faire des activités quotidiennes (tout ce que vous auriez normalement fait) ? (cochez une case)</p>	<p align="center"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pourrait tout faire comme d'habitude pourrait faire la plupart des choses - plus de la moitié de la normale pourrait faire certaines choses, mais moins de la moitié de la normale ne pouvait rien faire du tout </p>
40	<p>Quel traitement avez-vous pris pour la céphalée que vous avez eu hier? (développez la question si nécessaire pour identifier tous les traitements [médicamenteux et/ou traitements traditionnels] utilisés pour traiter les maux de tête, et non d'autres maladies, et cochez la case ou indiquez tous les traitements)</p>	<p align="center"><input type="checkbox"/></p> <p align="center">rien</p> <p>Énumérez tous les traitements ici:</p>

Questions sur l'utilisation des soins de santé

Script d'introduction :

« J'aimerais savoir si vous avez consulté quelqu'un afin d'obtenir un traitement pour vos céphalées. »

EVALUATION DU FARDEAU DES CEPHALEES DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE TOMBOUCTOU

<p>41</p>	<p>Beaucoup de personnes souffrant de maux de tête se soignent elles-mêmes, mais d'autres ont besoin de conseils de professionnels.</p> <p>Avez-vous vu quelqu'un à propos de vos céphalées au cours des douze (12) derniers mois ?</p> <p>(cochez une case)</p> <p>Si la réponse est non, allez directement à la question 43.</p>	<p align="center">non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p>																																										
<p>42</p>	<p>Avez-vous eu des conseils de professionnels sur vos maux de tête au cours des douze (12) derniers mois ?</p> <p>De qui et combien de fois ?</p> <p>Veillez cocher toutes les cases qui s'appliquent, et spécifier si nécessaire.</p> <p>Pour chaque case cochée, entrez le nombre de fois au cours de la dernière année.</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th align="center" colspan="2">Nombre de fois</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Infirmière</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center">_____</td> </tr> <tr> <td>Physiothérapeute (physiothérapeute, ostéopathe, chiropraticien)</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center">_____</td> </tr> <tr> <td>Médecin généraliste</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center">_____</td> </tr> <tr> <td>Neurologue</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center">_____</td> </tr> <tr> <td>Oto-rhino-laryngologiste (nez, gorge, oreilles)</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center">_____</td> </tr> <tr> <td>Ophtalmologiste</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center">_____</td> </tr> <tr> <td>Psychologue</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center">_____</td> </tr> <tr> <td>Psychiatre</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center">_____</td> </tr> <tr> <td>Aux urgences de l'hôpital</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center">_____</td> </tr> <tr> <td>Homéopathe ou guérisseur traditionnel</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center">_____</td> </tr> <tr> <td>Guide spirituel</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center">_____</td> </tr> <tr> <td>Autre (veuillez préciser) :</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center">_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center">_____</td> </tr> </tbody> </table>		Nombre de fois		Infirmière	<input type="checkbox"/>	_____	Physiothérapeute (physiothérapeute, ostéopathe, chiropraticien)	<input type="checkbox"/>	_____	Médecin généraliste	<input type="checkbox"/>	_____	Neurologue	<input type="checkbox"/>	_____	Oto-rhino-laryngologiste (nez, gorge, oreilles)	<input type="checkbox"/>	_____	Ophtalmologiste	<input type="checkbox"/>	_____	Psychologue	<input type="checkbox"/>	_____	Psychiatre	<input type="checkbox"/>	_____	Aux urgences de l'hôpital	<input type="checkbox"/>	_____	Homéopathe ou guérisseur traditionnel	<input type="checkbox"/>	_____	Guide spirituel	<input type="checkbox"/>	_____	Autre (veuillez préciser) :	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
	Nombre de fois																																											
Infirmière	<input type="checkbox"/>	_____																																										
Physiothérapeute (physiothérapeute, ostéopathe, chiropraticien)	<input type="checkbox"/>	_____																																										
Médecin généraliste	<input type="checkbox"/>	_____																																										
Neurologue	<input type="checkbox"/>	_____																																										
Oto-rhino-laryngologiste (nez, gorge, oreilles)	<input type="checkbox"/>	_____																																										
Ophtalmologiste	<input type="checkbox"/>	_____																																										
Psychologue	<input type="checkbox"/>	_____																																										
Psychiatre	<input type="checkbox"/>	_____																																										
Aux urgences de l'hôpital	<input type="checkbox"/>	_____																																										
Homéopathe ou guérisseur traditionnel	<input type="checkbox"/>	_____																																										
Guide spirituel	<input type="checkbox"/>	_____																																										
Autre (veuillez préciser) :	<input type="checkbox"/>	_____																																										
_____	<input type="checkbox"/>	_____																																										

EVALUATION DU FARDEAU DES CEPHALEES DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE TOMBOUCTOU

<p>43</p>	<p>Médicaments pour traiter les maux de tête</p> <p>Ces questions portent sur les médicaments pour soulager les maux de tête et non sur des mesures prises régulièrement pour les prévenir.</p> <p>De nombreux médicaments peuvent être utilisés avec succès pour traiter les maux de tête.</p> <p>Certains ne sont possible à acquérir que sur ordonnance, alors que d'autres peuvent être achetés en vente libre.</p> <p>S'il vous plaît regardez ces listes. Lequel de ceux-ci avez-vous utilisé le mois dernier ?</p> <p>Veuillez cocher la case si vous n'avez rien pris du tout au cours du dernier mois; sinon, entrez pour chaque médicament le nombre de jours d'utilisation au cours du dernier mois.</p>	<p align="right">Rien du tout <input type="checkbox"/></p> <p align="right">Nombre de jours</p> <p>Paracétamol _____</p> <p>Aspirine _____</p> <p>Autres AINS _____</p> <p>Combinaisons de AINS + paracétamol _____</p> <p>Combinaisons de codéine et d'autres analgésiques _____</p> <p>Tramadol _____</p> <p>Autres opioïdes _____</p> <p>Dihydroergotamine _____</p> <p>Triptan (suma- ou autre) _____</p> <p>Dompéridone _____</p> <p>Métoclopramide _____</p> <p>Autres anti-émétiques _____</p>
<p>44</p>	<p>Avez-vous utilisé d'autres médicaments pour traiter vos maux de tête au cours du dernier mois ?</p> <p>Veuillez cocher la case si vous n'avez rien ; sinon, entrez le nom de chaque autre médicament pour le mal de tête, pas pour d'autres maladies, et, pour chacun d'eux, le nombre de jours d'utilisation du médicament au cours du dernier mois.</p>	<p align="right">Rien <input type="checkbox"/></p> <p>Nom(s) du (des) médicament(s) : Nombre de jours</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>45</p>	<p>Avez-vous utilisé des plantes médicinales pour traiter votre mal de tête le mois dernier ?</p> <p>Veuillez cocher la case si vous n'avez rien ; sinon, entrez le nom de chaque phytothérapie pour le mal de tête, pas pour d'autres maladies, et, pour chacun, le nombre de jours d'utilisation au cours du dernier mois.</p>	<p align="right">Rien <input type="checkbox"/></p> <p>Nom(s) du (des) traitement(s) à base de plantes : Nombre de jours</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

EVALUATION DU FARDEAU DES CEPHALEES DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE TOMBOUCTOU

<p>46</p>	<p>Les médicaments pour prévenir les maux de tête sont généralement pris quotidiennement. En prenez-vous un actuellement ?</p> <p>Veillez cocher la case si vous n'avez rien pris du tout au cours du dernier mois ; sinon, entrez le nom et indiquez, pour chacun, combien de temps, en semaines ou en mois, vous le prenez</p> <p>(n'oubliez pas de spécifier des semaines ou des mois).</p> <p>En cas de doute, écrivez les noms des médicaments sur autres.</p>	<p align="center">Rien du tout <input type="checkbox"/></p> <p align="right">Combien de temps ?</p> <p>Bêta-bloquants _____ semaines/mois</p> <p>Valproate ou divalproex _____ semaines/mois</p> <p>Amitriptyline _____ semaines/mois</p> <p>Flunarizine _____ semaines/mois</p> <p>Autre (précisez) _____ semaines/mois</p> <p>_____ semaines/mois</p> <p>Autre (précisez) _____ semaines/mois</p> <p>_____ semaines/mois</p>
<p>47</p>	<p>La plupart des personnes souffrant de maux de tête ne nécessitent aucun examen, mais ces examens sont parfois effectués.</p> <p>À cause de vos maux de tête, avez-vous passé l'un de ces examens complémentaires au cours des douze (12) derniers mois ?</p> <p>(veuillez cocher <u>toutes</u> les réponses qui s'appliquent)</p>	<p>Imagerie cérébrale (Scanner ou IRM) <input type="checkbox"/></p> <p>EEG <input type="checkbox"/></p> <p>Radiographie du cou <input type="checkbox"/></p> <p>Radiographie des sinus paranasaux <input type="checkbox"/></p> <p>Autres radiographies de la tête <input type="checkbox"/></p> <p>Tests de la vue (pour les lunettes) <input type="checkbox"/></p> <p>Tests sanguins <input type="checkbox"/></p>
<p>48</p>	<p>Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous été hospitalisé à cause de vos maux de tête ?</p> <p>(cochez une case et, si oui, indiquez le nombre total de jours d'hospitalisation)</p>	<p align="center">non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p> <p align="center">nombre total de jours _____</p>

EVALUATION DU FARDEAU DES CEPHALEES DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE TOMBOUCTOU

Questions sur fardeau

Script d'introduction :

« Je vais poser des questions sur l'importance de vos céphalées dans votre vie.

« Tout d'abord, je veux que vous imaginiez qu'il existe un traitement que vous pouvez acheter. Si vous le prenez, vos céphalées ne vous dérangeront plus. Je vais vous demander combien vous seriez prêt à payer **chaque mois** pour ce traitement. »

<p>49</p>	<p>Paieriez-vous 700 CFA par mois ? (cochez une case) Si la réponse est non, passez à la question 50; si la réponse est oui, passez à la question 53.</p>	<p>non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p>
<p>50</p>	<p>Paieriez-vous 350 CFA par mois ? (cochez une case) Si la réponse est non, passez à la question 51; si la réponse est oui, acceptez un montant compris entre 350 et 700 et passez au texte d'introduction ci-dessous.</p>	<p>non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p> <p>montant convenu: CFA _____</p>
<p>51</p>	<p>Paieriez-vous 200 CFA par mois ? (cochez une case) Si la réponse est non, passez à la question 52; si la réponse est oui, acceptez un montant compris entre 200 et 350 et passez au texte d'introduction ci-dessous.</p>	<p>non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p> <p>montant convenu: CFA _____</p>
<p>52</p>	<p>Paieriez-vous n'importe quel montant ? (cochez une case) Si la réponse est non, passez au texte d'introduction ci-dessous; si la réponse est oui, acceptez un montant compris entre 0 et 200 CFA et passez au texte d'introduction ci-dessous.</p>	<p>non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p> <p>montant convenu: CFA _____</p>
<p>53</p>	<p>Paieriez-vous 1,000 CFA par mois ? (cochez une case) Si la réponse est oui, passez à la question 54; si la réponse est non, acceptez un montant compris entre 700 et 1,000 et passez au texte d'introduction ci-dessous.</p>	<p>non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p> <p>montant convenu: CFA _____</p>
<p>54</p>	<p>Paieriez-vous 2,000 CFA par mois ? (cochez une case) Si la réponse est oui, passez à la question 55; si la réponse est non, acceptez un montant compris entre 1,000 et 2,000 et passez au texte d'introduction ci-dessous.</p>	<p>non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p> <p>montant convenu: CFA _____</p>

EVALUATION DU FARDEAU DES CEPHALEES DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE TOMBOUCTOU

<p>55</p>	<p>Paieriez-vous 4,000 CFA par mois ? (cochez une case)</p> <p>Si la réponse est oui, passez à la question 56; si la réponse est non, acceptez un montant compris entre 2,000 et 4,000 et passez au texte d'introduction ci-dessous.</p>	<p>non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p> <p>montant convenu: CFA _____</p>
<p>56</p>	<p>Paieriez-vous XAF 50,000 par mois ? (cochez une case)</p> <p>Si la réponse est non, acceptez un montant compris entre 4,000 et 8,000, et continuez ci-dessous; si la réponse est oui, acceptez un montant compris de 8,000 CFA et plus, et continuez ci-dessous.</p>	<p>non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p> <p>montant convenu: CFA _____</p>
<p>Indice HALT-30</p> <p>Script d'introduction :</p> <p>« Les cinq prochaines questions portent sur le temps que vous perdez à cause de vos céphalées. Pensez maintenant au mois dernier (4 dernières semaines). »</p>		
<p>57</p>	<p>Au cours du dernier mois, pendant combien de jours n'avez-vous pas pu aller travailler à cause de vos céphalées ? (entrez le nombre de jours entre 0 et 30)</p>	<p>_____ jours</p>
<p>58</p>	<p>Au cours du dernier mois, pendant combien de jours avez-vous pu faire moins de la moitié de votre travail habituel à cause de vos céphalées ? (Expliquez que les jours comptés à la question 57 ne devraient pas être inclus ici.) (entrez le nombre de jours entre 0 et 30)</p>	<p>_____ jours</p>
<p>59</p>	<p>Au cours du dernier mois, pendant combien de jours n'avez-vous pas pu faire de travaux ménagers à cause de vos céphalées ? (entrez le nombre de jours entre 0 et 30)</p>	<p>_____ jours</p>
<p>60</p>	<p>Au cours du dernier mois, pendant combien de jours avez-vous pu faire moins de la moitié de vos tâches ménagères à cause de vos céphalées ? (Expliquez que les jours comptés à la question 59 ne doivent pas être inclus ici.) (entrez le nombre de jours entre 0 et 30)</p>	<p>_____ jours</p>
<p>61</p>	<p>Au cours du dernier mois, pendant combien de jours avez-vous raté des activités familiales, sociales ou de loisirs à cause de vos céphalées ? (entrez le nombre de jours entre 0 et 30)</p>	<p>_____ jours</p>

EVALUATION DU FARDEAU DES CEPHALEES DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE TOMBOUCTOU

Qualité de vie (WHOQoL-8)

Script d'introduction :

« Les prochaines questions s'adressent à **tout le monde**, que vous ayez les céphalées ou non. Ils nous aident à comparer les personnes qui ont les céphalées et celles qui n'en ont pas.

« Les questions vous demandent ce que vous pensez de votre vie et de votre santé. Pensez à votre vie au cours **des 4 dernières semaines** et gardez à l'esprit vos espoirs, vos plaisirs et vos préoccupations.

« Chaque question a cinq réponses possibles. Choisissez **celle qui vous semble le mieux**. Si vous n'êtes pas sûr d'une question, la première réponse à laquelle vous pensez est souvent la meilleure. »

Encerchez le numéro correspondant à la réponse donnée à chaque question.

		Très mauvais	Mauvais	Ni mauvais ni bon	Bon	Très bon
62	Comment évalueriez-vous votre qualité de vie?	1	2	3	4	5
		Très insatisfait	Insatisfait	Ni satisfait ni insatisfait	Satisfait	Très satisfait
63	Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de votre santé?	1	2	3	4	5
64	Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de votre capacité à effectuer vos activités quotidiennes?	1	2	3	4	5
65	Etes-vous satisfait de vous-même?	1	2	3	4	5
66	Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de vos relations personnelles?	1	2	3	4	5
67	Dans quelle mesure êtes-vous satisfait des conditions de votre lieu de vie?	1	2	3	4	5

**EVALUATION DU FARDEAU DES CEPHALEES DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE
TOMBOUCTOU**

		Pas du tout	Un peu	Modérément	La plupart du temps	Complète-ment
68	Avez-vous assez d'énergie pour la vie quotidienne?	1	2	3	4	5
69	Avez-vous assez d'argent pour subvenir à vos besoins?	1	2	3	4	5

Script de terminaison :

« Cela termine l'entretien. Merci beaucoup pour votre aide. »

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : TOURE

Prénom : Mahamane Drahamane

Titre : Evaluation du fardeau des céphalées dans le district sanitaire de
Tombouctou

Année : 2022

Ville de soutenance : Bamako

Pays : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie et
d'odonto-stomatologie

Secteur d'intérêt : Neurologie

Résumé : : Nous avons effectué une enquête dans le district sanitaire de
Tombouctou de Janvier à Mars 2021 dans le but d'établir une étude
épidémiologique et clinique des céphalées dans cette contrée.

Il s'agissait d'une étude transversale analytique et incluant 210 individus âgés de
18-65 ans

Au terme de cette étude le sexe féminin était prédominant avec 50,48%, avec un
sex ratio à 0,98

Les céphalées à un an avant notre enquête étaient de 78,57% et à un jour avant
notre enquête était de 28,48%.

La prévalence de la migraine était à 26,67, la migraine était la plus représentée
suivi par des céphalées de tension qui étaient à 16,97. Les céphalées chroniques
quotidiennes étaient les moins rencontrées avec une prévalence estimée à 3,64%.

Pour le traitement, le paracétamol était le médicament le plus utilisé à 48,48%
au cours du mois dernier, suivi par les AINS (Aspirine et autres AINS) avec
3,64% et 9,70 % avaient eu recours à la médecine traditionnelle. Dans notre

EVALUATION DU FARDEAU DES CEPHALEES DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE TOMBOUCTOU

étude 66,67% n'avaient pas demandé conseils à un agent de santé au cours des 12 derniers mois précédant.

Quant au fardeau, il reposait sur le temps de production moyen perdu au cours d'un mois précédant l'enquête de 1 à 3 jours de travail avec 13,94%, de moitié de travail habituel (7,88%), de tâches ménagères (12,73%), d'activités sociales et familiales (9,09%) et aussi sur le coût économique avec un montant convenu de 0 à 1995 soit 61,21%.

Mots-clés : Epidémiologie ; clinique ; céphalée ; fardeau ; migraine ; céphalée de tension ; Tombouctou

Material safety Data Sheet

Name : TOURE

First name : Mahamane Drahamane

Title : Assessment of the burden of headaches in the health district of Tombouctou

Year :2022

Defense city : Bamako

Country : Mali

Place of deposit : Library of the faculty of Medecine, Pharmacy and Odonstomatology

Area of interest : Neurology

Summary : We carried out a survey in the Timbuktu health district from January to March 2021 with the aim of establishing an epidemiological and clinical study of headaches in this region.

This was an analytical cross-sectional study and included 210 individuals aged 18-65.

At the end of this study, the female sex was predominant with 50.48%, with a sex ratio of 0.98

Headaches one year before our survey were 78.57% and one day before our survey was 28.48%.

The prevalence of migraine was 26.67, migraine was the most represented followed by tension headaches which were 16.97. Chronic daily headaches were the least encountered with an estimated prevalence of 3.64%.

EVALUATION DU FARDEAU DES CEPHALEES DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE TOMBOUCTOU

For treatment, paracetamol was the most used drug at 48.48% in the last month, followed by NSAIDs (Aspirin and other NSAIDs) with 3.64% and 9.70% had used traditional medicine. In our study, 66.67% had not sought advice from a health worker in the last 12 months preceding.

As for the burden, it was based on the average production time lost during a month preceding the survey of 1 to 3 working days with 13.94%, half of usual work (7.88%), of tasks household (12.73%), social and family activities (9.09%) and also on the economic cost with an agreed amount from 0 to 1995 or 61.21%.

Keywords: Epidemiology; clinic; headache; burden; headache; tension headache; Timbuktu

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 humaine dès la conception.

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

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs
enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

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

Je le jure!