

**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE**

=====□=====

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi



UNIVERSITE DE BAMAKO

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie



Année Universitaire 2014-2015

Thèse N° /__ / M

MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DE LA MIGRAINE
DANS LES CENTRES DE SANTE COMMUNAUTAIRE
(CSCOM) DE BAMAKO AU MALI. ENQUÊTE PRATIQUE

THÈSE

**Présentée et soutenue publiquement le
2015**

**Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
De l'Université de
Bamako**

**Par Mr GOÏTA SEKOUBA
Pour obtenir le grade de
Docteur en Médecine (Diplôme
d'Etat)**

Jury:

Président : Professeur GUINTO Cheick O.
Membres : Professeur KANIKOMO Drissa
Codirecteur : Docteur DIALLO SEYBOU H
Directeur : Professeur MAIGA YOUSOUFA

DEDICACES

Je dédie ce travail

A Dieu le Tout puissant, le miséricordieux, le clément pour le souffle de vie qu'il renouvelle en nous. Tout ce que nous faisons doit concourir à la gloire de Dieu.

A mon père Elisé GOITA

Tu n'as ménagé aucun sacrifice pour mon éducation et celle de mes frères et sœurs. Tu nous as enseigné la culture du travail bien fait et de servir toujours même sans reconnaissance en retour.

Trouve ici par ce présent travail ma pleine reconnaissance pour tous les sacrifices consentis.

A ma mère Fatoumata DIALLO

Femme de vertu en parfaite communion avec notre papa, ton dévouement et ton amour pour mes frères, mes sœurs et moi sont sans pareil.

Par la grâce du Tout puissant tes efforts ne sont pas restés vains. Trouve ici l'exaucement de tes prières de tous les jours.

Puisse le Tout Puissant t'accorde une meilleure santé et longue vie à côté de tes enfants et petit enfants.

A feu Docteur Dramane S GOITA : Médecin spécialiste en anesthésie réanimation au CHU du Point G

Merci et encore merci pour tout. Que Dieu te donne de vivre éternellement dans son paradis.

REMERCIEMENTS

Remerciements

A toute ma famille

Pour tout l'entretien dont j'ai fait l'objet depuis mon enfance jusqu'à maintenant. Je sais ce dévouement agréable à Dieu et je le prie de me donner de faire de même aux enfants qu'il m'aura confiés.

Au Professeur Agrégé Youssoufa MAÏGA : Chef de Service de Neurologie au CHU GT,

Merci de m'avoir fait confiance en m'accordant cette thèse. Merci pour votre disponibilité qui n'a jamais failli. Encore merci pour l'amour du travail bien fait que vous m'avez enseigné à travers toutes les interventions. Vous constituez déjà pour moi et sans aucun doute pour les autres jeunes de la profession une excellente référence.

Dr Seybou Hassan DIALLO

Merci pour votre disponibilité constante et vos encouragements aux tournants difficiles de l'élaboration de cette thèse.

Le personnel enseignant de la FMOS

A tout le personnel enseignant pour tous les efforts consentis dans l'amélioration de la qualité de la formation.

A mes oncles le Général Beguélè SIORO et Emmanuel GOÏTA

Merci pour votre soutien tout au long de ma formation universitaire.

A Dr SANGHO Fanta SANGHO

Merci pour votre assistance et vos précieux conseils.

A tous mes amis :

Dr Amara KONATE, Dr Oumou KEÏTA, Diarra abdoulaye DOUMBIA, Issa KONE, Mamady CAMARA, Dr Saharou DOUCOURE, Dr Fatouma HAIDARA, Dr Idrissa TRAORE, Dr Boubacar CAMARA Dr Aly DIAKITE,

A mes collègues : Dr Hassan Diallo, Dr Boubacar KEITA, Dr Aly CISSE, Dr Lassana SAMAKE, Dr KONE Mouiekié, Dr Hamma DIALL, Dr Ibrahima L TRAORE, Dr GUINDO, SAMSON

A tout le service de neurologie du CHU Gabriel TOURE

Dr Salimata Diallo, Mme BAGAYOKO Doussou, Dr KONE, Dr Awa COULIBALY et aux infirmiers et infirmières

Pour l'encadrement et l'esprit de travail en équipe que j'ai fortement apprécié.

A toutes les communautés Malienne, Nigérienne, Ivoirienne, Burkinabais, Sénégalaise, Mauritanienne, Camerounaise, Djiboutienne...) : nous savons que l'union Africaine n'est pas une utopie : la preuve, elle est devant vous, un Bénino-Nigérian naturalisé Nigérien qui s'épanouit aujourd'hui dans la peau d'un Malien (ici je suis vraiment chez moi).

A notre maitre et président du jury

Professeur Cheick Oumar GUINTO

- Chef de service de neurologie au CHU du Point G
- Maître de conférences en neurologie

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur et un immense plaisir en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples préoccupations.

Vous nous avez marqués dès notre arrivée à la faculté par vos qualités pédagogiques à transmettre vos connaissances, votre humeur constamment joviale, et votre disponibilité. Votre simplicité et votre grande humilité sont des qualités qui font de vous un maître envié de tous.

Nous vous prions de trouver ici cher maître, le témoignage de notre profonde gratitude et de nos sincères remerciements.

Pr KANIKOMO DRISSA

- Chef de service de neurologie du C.H.U. Gabriel Toure.
- Certificat d'étude spéciale en neurochirurgie à Dakar.
- Certificat de neuro anatomie.
- Certificat de neurophysiologie.
- Maitrise en physiologie générale.
- Maitre de conférence en neurochirurgie à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako.
- Médecin légiste, expert près des cours et tribunaux.

Cher maitre, merci d'avoir siégé dans ce jury. A travers cette collaboration inter service vous avez fait preuve de courage en nous apprenant que cette collaboration est le socle d'une bonne prise en charge des patients.

Votre disponibilité et votre courage nous ont permis d'apprendre auprès de vous.

Votre qualité humaine et d'enseignement vous confèrent le statut d'homme de science.

Merci pour votre soutien. Recevez mes remerciements les plus sincères.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DOCTEUR DIALLO SEYDOU
HASSANE

- Praticien hospitalier dans le service de neurologie du C.H.U. Gabriel Toure.
- Titulaire d'un D.E.S. de neurologie de l'université Félix Houphoete Boigny.
- Titulaire d'un diplôme de formation médicale spécialisée de neurologie université Paris XII.
- Titulaire d'un DIU de céphalée et migraine d'université de Paris VII.

Cher Maitre,

Nous sommes très reconnaissants pour le grand honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail.

Votre amour pour le travail bien fait, votre disponibilité parfaites et vos immenses qualités humaines nous ont particulièrement séduits.

Veillez trouver cher maitre, dans cette thèse notre respectueuse sympathie et notre haute considération.

A notre maître et directeur de thèse,

Professeur agrégé Youssoufa Maiga

- Chef de Service de Neurologie au CHU GT,
- Maître de Conférence agrégé en neurologie,
- Neurobiologiste,
- Formateur de l'académie Européenne de l'Epilepsie (EUREPA),
- Membre de la Société Africaine de Neurosciences (PAANS),
- Secrétaire général de la Ligue Malienne Contre l'Epilepsie (LMCE),
- Membre de l'académie des 1000 de la Ligue Internationale de lutte contre l'épilepsie,
- Membre de la société Française de neurologie.

Cher maître, c'est un grand honneur que vous nous avez fait à nous acceptant dans votre service et de nous confier 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.

En peu de temps vous nous avez appris à travailler avec méthode et efficacité.

Ce travail est le fruit du suivi sans relâche dont vous faites preuve à notre égard.

Veillez trouver ici l'assurance de notre profonde gratitude et de notre profond respect.

Liste des sigles et abréviations

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Dollars US: Dollars United State (dollar American)

IHS: International Headache Society

USA: United State of America

MA: Migraine avec Aura

MSA: Migraine sans Aura

NMDA: N methyl-D-Aspartate

5-HT: 5-Hydroxytryptamine

CGRP: Calcitonine gene-related peptide

MHF: Migraine Hemiplegique Familiale

DHE: Dihydroergotamine

AINS: Anti-inflammatoires non stéroïdiens

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

ADN : Acide désoxyribonucléique

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

EEG : Eléctroencephalographie

PEV : Potentiels Evoques Visuels

SPECT: Single Photo Emission Computed Tomography

PET: Positron Emission Tomography

SC: Sous-cutanée

IV : Intraveineuse

SF-36: Short Form-3

SF-20: Short Form-20

QVM : Qualité de Vie et Migraine

AIT : Accident Ischémique Transitoire

MAV : Malformation Arterio-veineuse

GRIM : Groupe de Recherche Interdisciplinaire sur la Migraine

MSQOL: Migraine Specific Quality Of Life

MIDAS: Migraine Disability Assessment

SSPS: Statistical Package for Social Sciences.

DNSI: Division Nationale de Statistique et de l'Informatique

DCE : Dépression Corticale Envahissante

SOMMAIRE

I - INTRODUCTION	1
II – OBJECTIFS	3
III – GENERALITES	5
IV – METHOLOGIE	42
RESULTATS	46
VI - COMMENTAIRES ET DISCUSSION	57
VI I – CONCLUSION RECOMMANDATIONS	60
VIII – REFERENCES	64
IX – ANNEXES	70

INTRODUCTION

I. Introduction :

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

L'intérêt accordé à la migraine n'est pas récent. Hippocrate parlait déjà de la migraine plusieurs siècles avant Jésus-Christ. La distinction entre la migraine et les autres catégories de maux de tête a été proposée par Galien vers l'an 600 [3]. Actuellement, la classification la plus utilisée a été établie en 1988 par l'International Headache Society (IHS) révisée en 2014. Elle propose une définition de la migraine basée sur des critères précis qui sont les suivants :

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

En 1989, le groupe de recherche interdisciplinaire sur la migraine (GRIM) a mené la première étude réalisée à l'échelle de la population générale en France sur l'épidémiologie et l'impact socio-économique de la migraine. Cette vaste étude descriptive, communautaire ; a montré une prévalence de 12,1% faisant de la migraine une pathologie touchant plus de cinq millions de personnes en France [4]. En Allemagne, Sa prévalence est nettement plus élevée et est estimée à 27,5% [5].

Sur le continent Américain, une étude menée par l'American Migraine Study a trouvé une prévalence de l'ordre 12,2% [6].

En Afrique, (Nigeria, Zimbabwe) les études de prévalence de la migraine sont rares et font état respectivement de 7,2% à 12,% [7].

Au Bénin une prévalence de 8,9% était retrouvée dans une étude en population [8] tandis qu'au Togo voisin la prévalence de la migraine dans la population scolaire est de 39,77% [9]. Au Mali la prévalence de la migraine est estimée environ à 10,1% [10]. La migraine dans ces pays occupe une place prépondérante et constitue un véritable

problème de santé publique. En effet, l'impact de la crise de migraine résulte de l'association d'un mal être (aspect émotionnel) et d'une réduction et voire une impossibilité (aspect fonctionnel) à vaquer à ses occupations. Quant au retentissement de la migraine sur la vie de l'entourage et de l'ensemble de la société tant sur le plan social qu'économique, est habituellement estimé en additionnant le cout direct lié aux dépenses de soins (consultations, hospitalisation...etc.) et le cout indirect estimé à partir du nombre de journées de travail perdues du fait de la migraine dans les enquêtes de population [11].

Au Mali, aucune étude portant sur les connaissances, attitudes et pratiques des médecins sur la migraine n'a été encore rapportée au niveau des CSCOM, d'où l'intérêt de notre étude.

OBJECTIFS

II. Objectifs

Objectif Général :

-Evaluer les connaissances, attitudes et pratiques des médecins prescripteurs de premier niveau (CSCOM) dans la prise en charge de la migraine.

Objectifs Spécifiques :

1. Evaluer les connaissances des médecins prescripteurs des CSCOM de Bamako sur la migraine.
2. Analyser les attitudes des médecins prescripteurs face à la migraine.
3. Etudier les pratiques des médecins prescripteurs dans la prise en charge de la migraine.

GÉNÉRALITÉS

III. Généralités :

La migraine, ou les migraines ? La migraine maladie ou symptôme ? Affection bénigne ou maladie cérébrale progressive ? Sommes-nous tous des migraineux ? La migraine a ceci de fascinant que près de 2500 ans après sa description par Hippocrate [5] et alors qu'il s'agit d'une des affections les plus fréquentes qui frappe le genre humain, il n'existe toujours pas de réponses univoques à ces questions. En effet, bien que de progrès considérables aient été effectués dans la connaissance de la migraine au cours des vingt dernières années, celle-ci conserve encore une grande partie de son mystère [11].

1. Définition :

En l'absence d'un critère physiopathologique ou étiologique suffisamment précis, la définition de la migraine est essentiellement clinique [12].

La migraine est une maladie caractérisée par des accès répétés de céphalées pulsatiles, en règle unilatérales d'intensités variables (modérée à sévère) s'accompagnant d'un malaise général avec nausées parfois vomissement séparés par des intervalles libres pendant lesquels le patient se sent en parfaite santé [1,2].

En plus de ces éléments composants de la crise de migraine, la photophobie et la phonophobie sont souvent retrouvées chez les sujets migraineux et faisant d'ailleurs partie des critères diagnostiques de la migraine retenus par la société internationale des céphalées (IHS 2004) [11].

2. Rappel anatomique :

Toutes les structures cérébrales ne sont pas sensibles à la douleur. Paradoxalement, bien que toutes les douleurs soient ressenties dans le cerveau, le parenchyme cérébral lui-même n'est pas sensible à la douleur. L'arachnoïde, l'épendyme et la dure-mère (à l'exception des régions proches des vaisseaux) ne sont pas non plus sensibles. Cependant, les nerfs crâniens V, VII, IX et X, le polygone de WILLIS et ses prolongations immédiates, les artères méningées, les gros vaisseaux du cerveau et de la dure-mère et les structures à l'extérieur du crâne (y compris le cuir chevelu et les muscles cervicaux, les nerfs cutanés et la peau, la muqueuse des sinus de la face, les dents, les nerfs cervicaux et leurs racines, et les artères carotides et leurs branches) sont sensibles à la douleur [13].

3. Epidémiologie et ampleur du problème :

3-1 Incidence de la migraine :

L'incidence de la migraine est difficile à étudier et n'a d'ailleurs pas grand intérêt dans une affection aussi variable dans l'âge de début et dans la fréquence de ses manifestations.

D'après l'étude de Breslau [6], l'incidence annuelle de la migraine chez les sujets préalablement non migraineux âgés de 21 à 30 ans est de 6 pour mille chez l'homme et de 24 pour mille chez la femme.

D'autres études ont trouvé des chiffres 3 à 4 fois moindres mais avec des méthodologies différentes.

3-2 Prévalence de la migraine :

Les études de prévalence parues depuis 1990 montrent que la prévalence de la migraine se situe chez l'adulte autour de 12%, mais même avec les critères de l'IHS, ce chiffre varie selon les études de 0,6 à 25%.

Cette large fourchette est liée essentiellement aux caractères démographiques (âge, sexe, race) et la localisation géographique de l'étude alors que l'influence des niveaux d'instruction et de revenu est controversée.

Ainsi, chez l'enfant la prévalence de la migraine avant l'âge de 18 ans va de 5 à 10% soit environ la moitié de celle de l'adulte. Après 45 ans, la prévalence diminue, et entre 64 et 75 ans, elle est comprise entre 6,5 et 11,1%.

Enfin, lorsque les influences des critères diagnostiques, de l'âge, et du sexe sont éliminées, la localisation géographique constitue la principale source de variation de la prévalence de la migraine. Sur le plan racial, la migraine est plus fréquente chez les caucasiens que chez les asiatiques ou les noirs, et est plus fréquente en Europe et en Amérique du nord qu'en Afrique ou en Asie [11].

4. Physiopathologie de la migraine :

Les travaux cliniques et expérimentaux, consacrés à la pathogénie de la migraine pendant les deux dernières décennies ont permis de mieux comprendre les événements corticaux associés à l'aura migraineuse ainsi que les mécanismes de la céphalée.

Malgré ces progrès, il reste beaucoup à découvrir quant aux événements responsables de l'aura, de la céphalée et des rares complications telles qu'un accident vasculaire [11].

Néanmoins, toutes les études signalent le caractère familial de la migraine [12].

Ainsi, deux grandes théories ont été avancées :

➤ **La première théorie :**

Il s'agit de celle proposée par Wolf [14] et qui a fait autorité jusqu'aux années 1980, elle associe la migraine à une dysrégulation vasculaire : l'aura résulte d'une ischémie transitoire, induite par une vasoconstriction, et la céphalée témoigne d'une vasodilatation « rebond » des vaisseaux intra et extra cérébraux qui active les nocicepteurs vasculaires.

Les effets vasoconstricteurs de l'ergotamine et des triptans sont compatibles avec cette hypothèse, mais ces produits ont aussi des puissants effets inhibiteurs sur la transmission dans le système trigémino-vasculaire (STV).

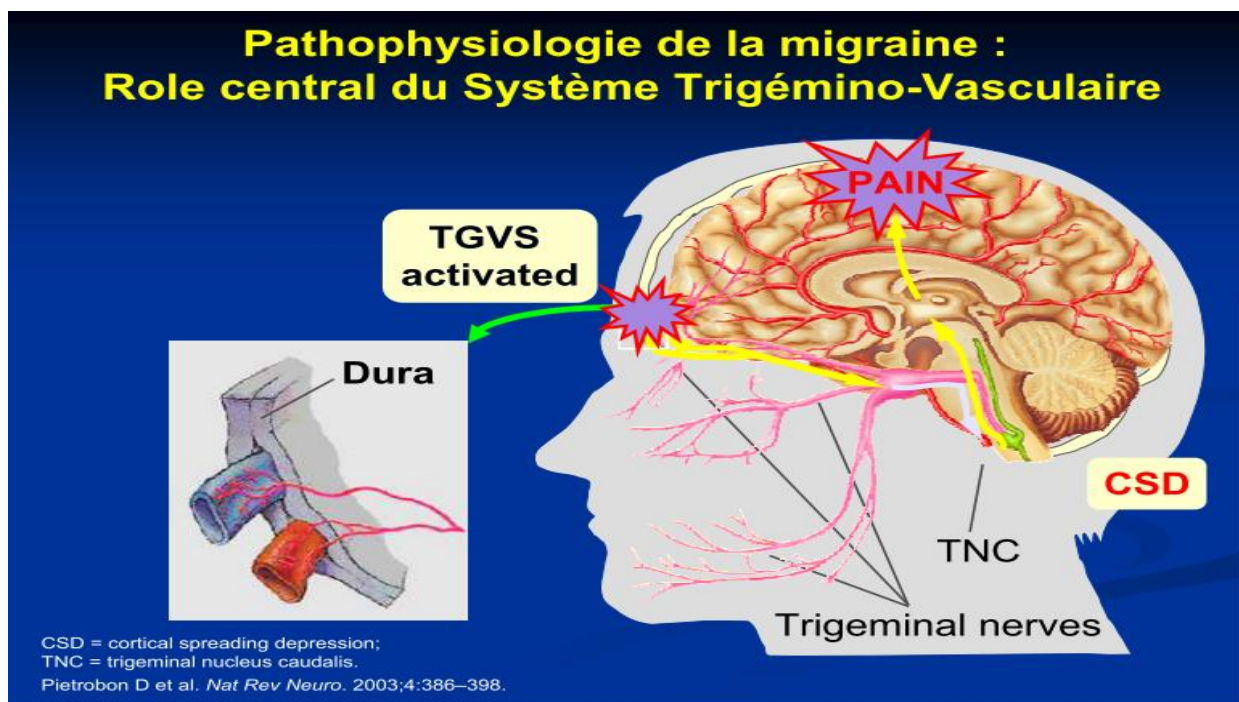


Figure 1 : Physiopathologie de la migraine : rôle central du système trigémino-vasculaire [15].

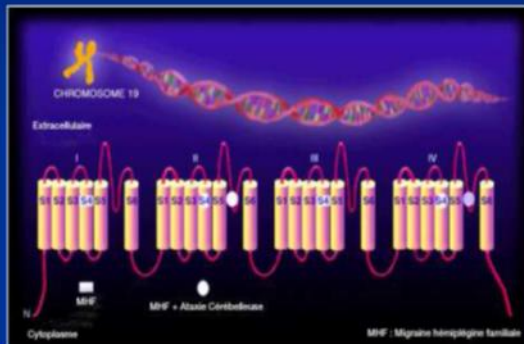
- **la seconde théorie** : évoque un dysfonctionnement neuronal qui est responsable de la migraine, et les événements vasculaires ne sont que secondaires [16].

Cependant, comprendre la physiopathologie de la migraine revient à mettre l'accent non seulement sur l'aura et la céphalée migraineuses mais aussi sur le déclenchement de la crise.

Ce dernier a mis en cause une hyperexcitabilité du cortex cérébral et un dysfonctionnement du tronc cérébral. Et l'hypothèse la plus cohérente actuellement pour rendre compte de l'hyperexcitabilité corticale est celle d'une libération excessive du glutamate qui peut s'appuyer sur des données génétiques [11].

Si on a identifié différents loci de susceptibilité pour la migraine sans aura, affection polygénique complexe [17], on connaît beaucoup mieux la génétique de la migraine hémiplésique familiale (MHF), que l'on peut considérer comme un extrême de la migraine avec aura. Des mutations ponctuelles de trois gènes y ont été décrites :

Migraine Hémiplégique Familiale



- MHF 1: mutation *CACNA1A*
- MHF 2: mutation *ATP1A2*
- MHF 3: mutation *SCN1A*

	GENE	PROTEINE	CONSEQUENCE
FHM-1	<i>CACNA1A</i>	Canal P/Q Ca ²⁺	↑ Ca ²⁺ pré synaptique
FHM-2	<i>ATP1A2</i>	Na ⁺ /K ⁺ -ATPase	↓ recapture K ⁺ et glutamate
FHM-3	<i>SCN1A</i>	Canal Na ⁺	Influx Na ⁺ persistant

Figure 2 : Migraine hémiplégique familiale [18].

- *CACNA1A*, situé sur le chromosome 19p13, qui code pour la sous-unité alpha-1 des canaux calciques neuronaux dépendants du voltage de type P/Q (ou Ca_v2-1),
- *ATP1A2*, situé sur le chromosome 1q23, qui code pour la sous-unité catalytique alpha 2 de la Na⁺/k⁺ ATP dépendante, on retrouve ce gène chez un patient sur cinq atteint de MHF (MHF2)
- *SCN1A* est localisé sur le chromosome 2q24 et code pour un canal sodique voltage dépendant neuronal, il ne semble pas être impliqué dans un grand nombre de famille (MHF3) [18].

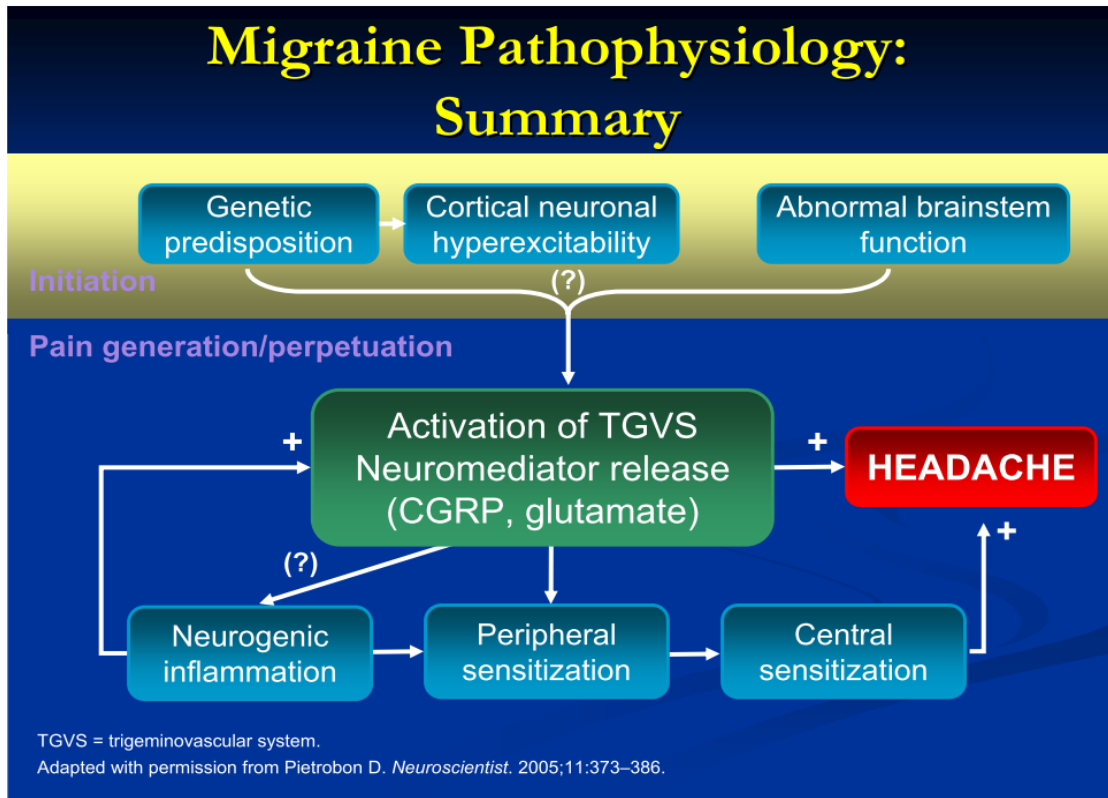


Figure 3 : migraine pathophysiology :summary [19]

Quant au dysfonctionnement du tronc cérébral, le fait que son activation concerne des structures impliquées dans le contrôle de la transmission nociceptive centrale et qu'elle précède l'activation du cortex a conduit à l'hypothèse d'un « centre générateur » des crises migraineuses situé dans le tronc cérébral.

Cependant l'activation du tronc cérébral est inconstante et il reste à expliquer comment elle pourrait induire l'activation du système trigéminovasculaire, responsable des céphalées [11].

Malgré sa faible fréquence (12-15% des migraineux), l'aura a fait l'objet de nombreuses études visant à élucider la physiopathologie de la migraine.

Selon la théorie vasculaire, elle résulte d'une vasoconstriction [14].

Et dès 1941 Lashley avait conclu, à partir de l'analyse de ses propres symptômes, que l'aura visuelle résulte d'un dysfonctionnement neuronal singulier et très atypique dans l'hypothèse d'un mécanisme ischémique : d'une part, il comporte successivement une brève activation (phosphènes) puis une inhibition (scotome) et d'autre part, il se propage dans le cortex visuel à une vitesse de 3-5 mm par minute [20].

Quant à la céphalée migraineuse, elle est associée à une double sensibilisation du STV.

La première sensibilisation concerne les terminaisons trigéminées péri vasculaires, elle est responsable du caractère pulsatile de la douleur ainsi que de son exacerbation lors de l'augmentation de la pression intracrânienne (toux, efforts.....etc.).

La seconde est centrale, et elle rend compte de l'hyperalgie (allodynie cutanée qui, accompagnant fréquemment la céphalée.

Enfin, les travaux en cours dans les domaines de la génétique, de l'imagerie moléculaire, de la pharmacologie laisse entrevoir à court et à moyen terme de grands progrès dans la compréhension et le traitement de la migraine et des céphalées en général [11].

5. Description Clinique :

Selon la dernière modification (2004) de la classification IHS après celle établie en 1988, on distingue les migraines sans aura (MSA) et avec aura (MA) mais il est important de préciser toujours le caractère typique de la migraine ce qui permet d'éliminer les formes atypiques.

5 -1 La Migraine typique : On distingue :

a) La Migraine sans aura :

L'interrogatoire, phase essentielle devant retrouver tous les critères de définition de la MSA afin d'en affirmer le caractère typique.

Critères de l'association internationale des céphalées (IHS 2004) pour la MSA [21]

A. Au moins cinq crises répondant aux critères B à D

B. Crises de céphalées durant de 4 à 72 heures (sans traitement)

C. céphalées ayant au moins deux des caractères suivant :

1. unilatérale

2. pulsatile

3. modérée ou sévère

4. aggravation par les activités physiques de routine, telle que montée ou descente des escaliers

D. durant la céphalée, il existe au moins un des symptômes suivants :

1. nausée et/ou vomissement

2. photophobie et phonophobie

E. Pas d'autres causes (clinique et/ou exploration).

Ainsi parler de la MSA revient à décrire les symptômes prémonitoires, la céphalée et ses signes d'accompagnement ainsi que les facteurs déclenchant ou aggravants.

➤ **Les symptômes prémonitoires :**

Une minorité de patients (de l'ordre de 15%) signale la présence de symptômes prémonitoires apparaissant 24 heures avant la crise de migraine. Ces symptômes sont composés entre autres de : asthénie, somnolence, bâillement, irritabilité, tendance dépressive ou au contraire sentiment d'euphorie, sensation de faim pour un aliment précis ou intolérance à une odeur ou un parfum (osmophobie).

La céphalée migraineuse : Elle s'installe progressivement et non brutalement. Elle débute à tout moment de la journée, souvent la nuit ou le petit matin, éveillant le patient par son intensité. Cette dernière varie d'un patient à un autre, mais aussi chez un même patient d'une crise à l'autre. Près de trois quart des patients décrivent leur céphalée comme forte ou très forte cotée à 7 à 8 en moyenne sur une échelle de 0 à 10. Et le plus souvent est pulsatile (rythmique).

La céphalée migraineuse est typiquement unilatérale, tantôt droite, tantôt gauche, mais elle peut être diffuse, soit d'emblée, soit secondairement. La douleur siège plus fréquemment dans la région antérieure, front temporale, mais elle débute et prédomine parfois dans la région occipitale ou la nuque. Enfin, l'exacerbation de la douleur par les mouvements, les efforts même minimes, est une des caractéristiques de la céphalée migraineuse [11].

La douleur de l'accès va de 4 à 72 heures, au-delà on parle d'état de mal migraineux. Sa terminaison souvent marquée par une période de sommeil, suivie d'une sensation de bien-être [22].

➤ **Signes d'accompagnement :**

Les nausées accompagnent la céphalée dans près de 90% des crises ; les vomissements surviennent plus rarement et leur fréquence diminue avec l'âge. La plus part des patients présentent une photophobie au cours de la crise, rendant désagréable voire intolérable toute source lumineuse, même dans les

conditions d'éclairage habituelles. La phonophobie rend insupportable le bruit même à des niveaux sonores habituels.

Beaucoup d'autres symptômes peuvent accompagner la douleur : pâleur du visage, impression d'instabilité, vision floue, asthénie intense, larmoiement et écoulement nasal, somnolence, état dépressif transitoire, difficultés de concentration. La crise peut se terminer avec le sommeil ou traverser la nuit et reprendre le lendemain au réveil. Un épisode diarrhéique ou un excès de polyurie peuvent marquer la fin de crise.

➤ **Facteurs déclenchant ou aggravant :**

Certains facteurs (aggravants) tels que le stress psychosocial, une consommation massive d'alcool, des facteurs environnementaux particuliers augmentent le nombre de crises chez certains migraineux. D'autres facteurs (déclenchant) augmentent à court terme (habituellement en moins de 48 heures) la probabilité d'une crise de migraine [11].

Tableau 1 : Facteurs déclenchant une crise de migraine 23]

Facteurs Psychologiques	Facteurs hormonaux
Contrariété	Règles
Anxiété	Contraceptifs oraux
Emotion	Facteurs sensoriels
Choc psychologique	Lumière
Modification du mode de vie	Bruits
Déménagement	Odeurs
Changement du mode de travail	Vibrations
Vacances	Facteurs climatiques
Voyage par avion	Vent chaud

Surmenage	Orage
	Chaleur

b) Migraine avec aura typique :

L'aura se manifeste par des symptômes neurologiques stéréotypés témoignant d'un dysfonctionnement du cortex ou du tronc cérébral, survenant par crises, précédant habituellement la céphalée et totalement réversibles. Une aura survient dans 10 à 20% des crises de migraine et, dans la très grande majorité des cas, elle possède des caractères typiques tels qu'ils ont été définis par l'IHS. Elle est liée à la DCE : (Décérébration Corticale Envahissante). La DCE est essentielle à la migraine avec aura. Elle reflète une dysfonction de l'unité neuro-vasculaire (vaisseau neurone astroglie). Elle constitue un stress majeur pour le cerveau et active le système trigéminovasculaire (STV).

Critères IHS de la migraine avec aura typique : [24]

A. Au moins deux crises répondant aux critères B et D

B. L'aura consisté en au moins un des symptômes suivants, à l'exclusion d'un déficit moteur

1. symptômes sensitifs totalement réversibles, comprenant des signes positifs (lumières, taches ou lignes scintillantes) et/ou symptômes sensitifs unilatéraux.
2. symptômes sensitifs totalement réversibles, comprenant des signes positifs (fourmillements) et/ou négatifs (engourdissement)
3. trouble du langage de type dysphasique totalement réversible.

C. L'aura présente au moins deux des caractères suivants :

1. symptômes visuels homonymes et/ou symptômes unilatéraux

2. au moins un des symptômes de l'aura se développe progressivement en 5 minutes ou plus et/ou différents symptômes de l'aura surviennent successivement en 5 minutes ou plus.

3. La durée de chaque symptôme est supérieure ou égale à 5 minutes et inférieure ou égale à 60 minutes.

D. Ce critère décrit accompagnant l'aura :

1.2.1. Aura typique avec céphalée migraineuse : une céphalée remplissant les critères B à D de migraine sans aura commencé durant l'aura ou suit l'aura dans les 60 minutes.

1.2.2. Aura typique avec céphalée non migraineuse : une céphalée qui ne remplit pas les critères B à D de migraine sans aura commencé durant l'aura ou suit l'aura dans les 60 minutes

1.2.3. Aura typique sans céphalée : une céphalée qui ne commence pas durant l'aura ou ne suit pas l'aura dans les 60 minutes.

E. Les symptômes ne sont pas attribués à une autre affection

Dans la majorité des cas, l'aura est visuelle et seulement visuelle [25].

Dans un faible pourcentage de crises de migraine avec aura (moins d'un quart), l'aura visuelle s'associe à des troubles sensitifs ou à des troubles du langage. L'aura typique ne comporte pas de signes moteurs. La céphalée qui suit l'aura peut-être typiquement migraineuse ou bien non migraineuse. Parfois l'aura typique n'est pas suivie de céphalée (aura typique sans céphalée) [24].

5 2. Les migraines atypiques :

Elles regroupent d'une part les auras atypiques et d'autre part les complications.

a) Auras atypiques :

➤ Auras visuelles ou sensibles atypiques :

Ces auras se caractérisent par des signes non décrits dans l'aura typique ou par des symptômes neurologiques plus complexes. Quelquefois leur complexité, particulièrement chez l'enfant, fait hésiter entre manifestations visuelles, somato-sensorielles ou autres.

La classification IHS ne les a pas individualisées. Sur le plan visuel, parfois le patient présente des oscillopsies, ou fluctuation dynamique de la taille des objets, comme vu à travers une caméra dont la mise au point change constamment. La vision en couleur peut également disparaître [26].

Et concernant les auras sensibles atypiques, le patient peut avoir l'impression d'un dédoublement de son corps ou même d'être en dehors de son corps.

Il peut s'agir aussi d'illusions auditives, olfactives surtout avec des odeurs déplaisantes ou gustatives [11].

➤ Auras atypiques avec signes moteurs :

Un déficit moteur est tout à fait inhabituel dans une crise de migraine.

Il peut s'agir de la très rare migraine hémiplégique familiale (MHF). Cette dernière est définie par la présence d'un déficit moteur au cours de l'aura, associé à au moins un autre symptôme (visuel, sensitif, aphasique), et par l'existence d'une migraine hémiplégique chez au moins un apparenté au premier ou second degré [27].

Les crises de MHF comportent un déficit moteur d'intensité variable (de la simple lourdeur d'un membre à l'hémiplégie flasque), associé à un ou plusieurs autres symptômes, qui s'installe progressivement et successivement, souvent dans l'ordre suivant : troubles visuels, troubles sensitifs, déficit moteur puis troubles du langage [28].

D'autres symptômes peuvent survenir : déséquilibre, diplopie, acouphènes, baisse de l'audition, *drop attack*, confusion ou perte de connaissance.

La prévalence de la migraine avec aura motrice est voisine de 1 à 2 pour 1000 dans la population générale.

NB : Pour reconnaître l'origine migraineuse, il faut absolument que le déficit moteur s'associe à au moins une aura ayant les caractères typiques décrits par l'IHS. Mais ici la durée de chaque symptôme peut être plus longue, jusqu'à 24 heures. Enfin, la céphalée accompagnant ces symptômes neurologiques doit avoir les caractères typiques de la migraine sans aura [11].

➤ **Migraine de type basilaire :**

Il s'agit d'une migraine (autrefois appelée migraine du tronc basilaire ou migraine basilaire) dont les symptômes de l'aura ont à l'évidence leur origine dans le tronc cérébral et/ou simultanément au niveau des deux hémisphères cérébraux, mais sans déficit moteur [29].

Les crises de type basilaire se voient essentiellement chez les adultes jeunes.

Beaucoup de patients qui présentent des crises de type basilaire ont aussi des crises avec aura typique. Les manifestations de la migraine de type basilaire ont les caractéristiques d'une aura : marche migraineuse sur 5 minutes, durée comprise entre 5 minutes et 1 heure, et céphalée migraineuse survenant soit pendant l'aura, soit dans un délai de moins d'une heure après elle. Mais les symptômes visuels et sensitifs de la migraine de type basilaire se différencient de l'aura typique par leur caractère bilatéral (paresthésies des 4 membres, perturbation des 2 héli-champs visuels) [11].

En plus, une céphalée sévère pulsatile est présente dans 90% des cas, en générale de localisation occipitale bilatérale [13].

➤ **Migraine rétinienne :**

La migraine rétinienne réalise un trouble visuel monoculaire, évoluant par crises répétées, comportant des scintillements, un scotome ou une cécité, associée à une céphalée migraineuse. Il s'agit d'une forme extrêmement rare, dont le caractère monoculaire ne peut être authentifié que si le sujet a pensé à fermer un œil puis l'autre en crise ou s'il a pu être examiné en crise [30].

Le symptôme doit durer moins de 60 minutes et être suivi d'une céphalée caractéristique avec un intervalle libre de moins d'une heure. Dans certains cas la céphalée peut précéder le symptôme visuel. Il a pu être observé en crise à l'examen du fond d'œil un spasme de l'artère centrale de la rétine ou de ses branches. Enfin, l'examen ophtalmologique est normal en dehors des crises et toutes les causes ophtalmologiques et neurologiques de cécité monoculaire doivent être exclues par les examens appropriés [11].

➤ **Migraine ophtalmoplégique :**

Il S'agit de crises récurrentes de céphalées ayant certaines caractéristiques migraineuses associées à une parésie d'un ou plusieurs nerfs oculomoteurs en l'absence de toute lésion intracrânienne [31].

Elle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme [1].

Dans la plus part des cas, les épisodes ophtalmoplégiques sont nombreux, survenant à intervalle de temps très variables. Les accès se produisent presque toujours du même côté, débutant par une douleur pulsatile oculaire ou orbito-frontale, souvent accompagnés de nausées et vomissement .Douleur et paralysie siègent du même côté. Le troisième nerf crânien est le plus fréquemment atteint, de façon isolée ou parfois associée à une atteinte du sixième ou du quatrième nerf crânien, réalisant rarement une ophtalmoplégie complète [11].

La céphalée hémi crânienne précède l'ophtalmoplégie. Lors des crises successives, l'ophtalmoplégie peut changer de côté mais reste toujours homolatérale [1].

NB : la migraine ophtalmoplégique n'est pas acceptée comme telle par tous les auteurs [1].

Et d'ailleurs, l'origine migraineuse de certaines ophtalmoplégies douloureuses s'avère tellement douteuse que la nouvelle classification (IHS 2004) a déplacé la migraine ophtalmoplégique du chapitre « migraine » à celui des « névralgies crâniennes et causes centrales de douleur de la face » [11].

b) Complications de la migraine :

L'IHS reconnaît comme complications de la migraine :

La migraine chronique

Etat de mal migraineux :

Aura persistante sans infarctus :

Epilepsie déclenchée par la migraine :

Ces quatre complications sont en même temps classées encore par l'IHS parmi le groupe des migraines atypiques.

➤ Migraine chronique :

Il s'agit d'un terme nouvellement introduit qui peut prêter à confusion puisque, la migraine étant une affection de toute la vie, on pourrait la considérer comme une affection chronique.

A l'inverse, son évolution par crises la différencie des céphalées quotidiennes qui caractérisent les céphalées de tension. Cette migraine chronique est définie

arbitrairement par une céphalée migraineuse se reproduisant 15 jours par mois pendant plus de 3 mois en l'absence d'abus médicamenteux [11].

Il s'agit presque toujours d'une migraine sans aura dont les crises deviennent de plus en plus fréquentes, s'associant souvent à un syndrome anxieux ou dépressif dont il est souvent difficile de préciser s'il est cause ou conséquence de la chronicisation [32].

Les critères de l'IHS exigent que la céphalée possède les critères typiques de la MSA [21].

Toutefois, alors que la chronicité se développe, la céphalée tend à perdre son évolution par crises. Les crises tendent à s'abâtardir, devenant moins fortes, plus prolongées ; la céphalée est plus diffuse, plus souvent bilatérale ou s'étendant vers la nuque, plus souvent à type de pression que pulsatile, avec peu ou pas de nausées et pratiquement pas de vomissements. Sur ce fond douloureux, surviennent par intervalles plus ou moins rapprochés des épisodes aigus, où la douleur redevient sévère, pulsatile, volontiers unilatérale, rappelant leur migraine à ces migraineux anciens [11].

➤ **Etat de mal migraineux :**

Cette crise possède tous les caractères de la crise habituelle de migraine sans aura hormis sa durée de plus de 72 heures. L'état de mal peut durer une semaine ou plus. Il peut être de survenue totalement imprévisible ou plus souvent survenir dans un climat d'abus d'antalgiques ou d'antimigraineux de crise, l'état de mal pouvant être alors considéré comme une céphalée de rebond prolongée [11].

Ainsi, l'intrication avec des céphalées de tension dans le cadre d'un syndrome anxio-dépressif et usage abusif du tartrate d'ergotamine ou d'antalgiques sont fréquemment en cause [33].

➤ **Aura persistante sans infarctus :**

Dans la migraine avec aura persistante, le ou les signes visuels ou neurologiques persistent plus de 7 jours, sans signes radiologiques d'infarctus. Les symptômes sont souvent bilatéraux et peuvent durer des mois sans traduction neuroradiologique [11].

Les caractéristiques en faveur de la nature migraineuse sont la perception d'un scotome scintillant ou de phosphènes typiques, l'installation progressive réalisant la marche migraineuse, le passage d'un type d'aura à un autre et le devenir bénin [34].

➤ **Epilepsie déclenchée par la migraine : *MIGRALEPSIE***

Migraine et épilepsie sont les prototypes d'affections cérébrales paroxystiques. Alors que des céphalées de type migraineux se rencontrent fréquemment après une crise d'épilepsie, quelquefois une crise d'épilepsie survient au cours ou au décours d'une aura migraineuse. Ce phénomène est parfois appelé *migrালেপসি*. Dans cette affection, une crise d'épilepsie est déclenchée par une migraine, exclusivement une migraine avec aura. Une crise d'épilepsie typique, répondant à tous les critères de définition, survient durant l'aura ou dans un intervalle de temps d'une heure après l'aura migraineuse [35].

Le bilan doit être celui d'une épilepsie à la recherche d'une cause lésionnelle. Les signes distinctifs entre aura visuelle migraineuse et épilepsie semblent contestables (aspects arrondi et coloré pour l'épilepsie, aigu et seulement brillant pour la migraine) [36].

5.3 Autres formes de migraine :

➤ **La migraine cataméniale (menstruelle) :**

Le pic d'incidence des crises migraineuses au cours du cycle se situe dans une période qui va de 2 jours avant les règles aux 3 premiers jours de celles-ci [37].

Dans la deuxième version de la classification de l'IHS, la migraine menstruelle est définie comme une crise de migraine sans aura survenant durant cette période (J moins 2 à J plus 3 des règles, étant entendu qu'il n'y a pas de jour 0) ; la migraine menstruelle est dite « pure » lorsqu'elle survient au moins lors de deux cycles sur trois et à aucun autre moment du cycle ; elle est appelée « migraine associée aux règles » lorsqu'elle survient lors d'au moins deux cycles sur trois et qu'il existe des crises durant le reste du cycle .Les crises migraineuses menstruelles sont généralement des crises sans aura, alors qu'il ne semble pas exister de lien entre crises avec aura et règles [37].

Elle est relativement rare. A partir de la définition de MAC GREGOR, 7% des migraineuses ne souffrent que de migraine menstruelle. Les règles sont le facteur déclencheur chez environ 60% des migraineuses [13].

➤ **Migraine confusionnelle :**

La migraine confusionnelle est une migraine avec une céphalée qui peut être minime, associée à un état confusionnel pouvant durer de 10 minutes à 2 jours. Le sujet peut être agité et avoir des troubles de la mémoire ou faire preuve d'inattention, de distraction, et de difficulté à s'exprimer et à agir de façon cohérente. Le diagnostic repose sur l'exclusion [2].

➤ **Migraine abdominale :**

Les critères proposés pour la migraine abdominale (vomissements cycliques) comprennent des antécédents familiaux de migraine, des antécédents de migraine avec ou sans aura, des crises récurrentes identiques de douleurs abdominales, une absence de symptômes abdominaux dans l'intervalle des crises, une installation des crises dans la petite enfance ou chez l'adulte jeune (avant l'âge de 40 ans), touchant surtout la femme, des épisodes d'une durée d'une heure à plusieurs heures et des douleurs siégeant surtout dans la partie supérieure de l'abdomen. Les douleurs peuvent être associées à des nausées, une pâleur ou rougeur du visage [13].

6. Diagnostic positif (formel) :

Le diagnostic basé essentiellement sur l'interrogatoire et la normalité de l'examen clinique, est généralement facile [38].

Tableau 2 : Critères de diagnostic de la migraine sans aura selon IHS:[11]

Céphalée ayant au moins 2 des caractères suivants :
<ol style="list-style-type: none">1. Unilatérale2. Pulsatile3. Modérée4. Aggravée par les activités physiques
Signes associés à céphalée
Au moins un des signes suivants :
<ol style="list-style-type: none">1. Nausées et/ou vomissements2. Photophobie et Phonophobie

L'interrogatoire va rechercher les critères diagnostiques de la MSA et de la MA définis par l'IHS.

Dans un deuxième temps, pour l'attribution du diagnostic de MSA ou MA chez un patient donné, la référence actuelle est la classification IHS 2004, qui distingue les migraines sans et avec aura et les définit par un nombre arbitraire de crises : au moins 5 pour la MSA et 2 pour la MA.

NB : La réalité est autre car si la majorité des migraineux n'a que des MSA, près de 80% de ceux qui ont des crises avec aura ont aussi des crises sans aura. Ce que l'IHS définit donc clairement, ce sont les crises avec ou sans aura, mais pas la migraine qui connaît en fait 3 sous-types principaux :

la MSA pure, la MA pure et ce que l'on pourrait appeler la « la migraine mixte » associant des crises avec aura et sans aura.

Ainsi, la deuxième édition (2004) de la classification de l'IHS est loin de faire l'unanimité, illustrée bien par la fragilité des définitions reposant sur un consensus d'experts et non sur une base biologique, physiopathologique ou génétique spécifique [11].

7. Diagnostic différentiel :

La migraine dans sa forme typique où l'on retrouve les caractères IHS, ne pose aucun problème de diagnostic et les examens complémentaires s'avèrent inutiles.

En revanche, toute atypie pose un problème de diagnostic différentiel [11].

D'où l'intérêt d'éliminer à la moindre suspicion certaines entités selon que le patient soit en consultation (pour une douleur modérée) ou en pleine crise.

7.1 En consultation : Les principaux diagnostics à éliminer sont :

- **Céphalée de tension épisodique :** elle n'a pas l'intensité, la pulsatilité, et n'entraîne pas les vomissements de la migraine.
- **Les céphalées trigéminodysautonomiques :** réalisent des crises beaucoup plus courtes localisées dans la région périorbitaire et s'accompagnent de signes dysautonomiques locaux.
- **Les névralgies :** se manifestent par des douleurs fulgurantes habituellement dans le territoire du nerf trijumeau.

7.2 Au cours d'une crise :

Il faut toujours éliminer :

- **Une hémorragie sous arachnoïdienne**
- **Une thrombose veineuse cérébrale**

- **Des étiologies plus rares :** un anévrisme non rompu, une hypotension du LCR, une méningite, une apoplexie pituitaire, une dissection artérielle qui doivent faire pratiquer des examens appropriés pour rechercher ces étiologies. (Scanner, IRM, PL).

NB: Il faut toujours garder à l'esprit qu'un migraineux peut présenter toute autre forme de céphalée ou que chez lui, toute affection cérébrale peut déclencher une crise de migraine. Lorsqu'un migraineux apprécie sa crise comme étant inhabituelle, il faut considérer que ce n'est effectivement pas une céphalée migraineuse et doit faire rechercher une autre cause de céphalée.

Aussi, la première crise de migraine pose des difficultés de diagnostic.

D'où l'intérêt de s'assurer du caractère progressif du début de la céphalée, de la rigoureuse normalité de l'examen neurologique et général, en particulier de l'absence de fièvre. La survenue ultérieure d'autres crises viendra confirmer le diagnostic [11].

7.3 Autres diagnostics à discuter :

- **L'AIT et les crises d'épilepsies partielles :**

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

- **Une malformation artério-veineuse :**

On doit l'évoquer systématiquement lorsque les céphalées et/ou l'aura concernent le même côté.

- **Les céphalées psychogènes :**

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

- **Algie vasculaire de la face :**

Elle diffère de la migraine principalement du fait

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

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

➤ **Syndrome MELAS**

Le trouble rare, composé d'encéphalopathie mitochondriale, d'acidose lactique et d'épisodes simulant un accident vasculaire cérébral, peut se présenter comme une migraine épisodique au début de l'évolution de la maladie [1].

8. Examens complémentaires :

Un minimum de bilan a été proposé : Clinique, NFS, VS, fond d'œil et au moindre doute scanner cérébral et ponction lombaire [39].

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

Ils ne sont indiqués que lorsque la migraine est atypique ou compliquée.

L'EEG ainsi que les potentiels évoqués visuels (PEV) n'ont aucune indication chez les patients présentant des céphalées en général et des migraines en particulier. Les anomalies de l'EEG et des PEV retrouvées chez les migraineux sont dénuées de spécificité [40].

NB : Dans la MHF, lors des crises sévères le LCR est anormal dans environ un tiers des cas. L'EEG est le plus souvent perturbé, avec des ondes lentes diffuses

prédominant à l'hémisphère controlatéral au déficit. La TDM et l'IRM cérébrales pratiquées durant ou juste au décours d'une crise de MHF sont le plus souvent normales, mais peuvent montrer un œdème hémisphérique controlatéral au déficit moteur lors d'une crise sévère avec coma et fièvre [35].

9. Traitement:

9.1 Traitement de la crise :

9.1-1 Moyens médicamenteux

➤ Quelques principes de méthodologie :

Quelques notions de méthodologies sont importantes à connaître pour comprendre comment évaluer l'efficacité de ces traitements.

La démonstration de l'efficacité d'un traitement antimigraineux repose nécessairement sur des études cliniques réalisées en double aveugle contre placebo, car la physiopathologie de la migraine reste mal connue, il n'existe pas de modèle anti-mal de la maladie, et le modèle expérimental de l'inflammation neurogène des méninges liée à l'activation du système trigéminovasculaire est très utile pour cibler l'efficacité de nouvelles molécules, mais n'est pas certain qu'il soit une représentation exacte de la céphalée migraineuse [41].

Les taux de succès dépendent du critère d'efficacité choisi. Le critère de jugement principal recommandé par l'IHS est la disparition de la crise 2 heures après la prise du traitement à l'essai [42].

Les critères secondaires d'efficacité sont :

L'évolution des symptômes d'accompagnement de la crise (nausées, vomissements, phono photophobies) la durée de la crise, la nécessité d'un

traitement de secours, le délai de retour à une activité normale, l'évaluation globale du traitement par le patient [11].

9.1-1-1 Choix du traitement :

Le choix se fera en fonction de l'efficacité antérieure, des contre-indications, de la tolérance et du coût du médicament [39].

9.1-1-2 Médicaments non spécifiques :

Ces traitements comportent :

- Paracétamol
 - Aspirine et AINS
 - Antalgiques opiacés
 - Noramidopyrine
- ✓ **Le paracétamol**, à la dose de 650 mg n'a été l'objet que d'un essai clinique contrôlé où il n'a pas été trouvé supérieur au placebo. Deux combinaisons : 1000mg de paracétamol plus 10 mg de metoclopramide et 400 mg de paracétamol plus 25 mg de codéine, se sont montrées supérieures au placebo.

Il y a donc peu de preuves de l'efficacité du paracétamol dans le traitement de la crise de migraine [11].

✓ Aspirine et AINS :

Trois études contrôlées contre placebo ont démontré l'efficacité de l'*aspirine* à des doses de 500 à 1000 mg, et trois études celle de l'association aspirine (900mg)- Métopropramide (10 mg) dans le traitement de la crise de migraine.

L'association aspirine-métoclopramide a une efficacité supérieure à l'aspirine seule sur les nausées et les vomissements, mais pas sur la céphalée [43].

Les AINS ont fait l'objet d'une vingtaine d'essais cliniques contrôlés comparant l'ibuprofène, le naproxène, le diclofénac, le piroprofène, l'acide

tolfénamique, et le kétoprofène à un placebo. Les plus récentes de ces essais ont confirmé l'efficacité des AINS testés dans la crise migraineuse, ainsi récemment le kétoprofène a obtenu une AMM dans cette indication en France. Il n'existe pas d'étude comparative permettant d'établir la supériorité d'un AINS par rapport à un autre, ni par rapport à l'aspirine. En revanche, l'expérience clinique est en faveur de l'absence d'efficacité croisée au sein de la classe, bien qu'il n'y ait pas d'étude spécifique permettant de confirmer cette notion. Il est néanmoins recommandé, en cas d'inefficacité d'un AINS d'en essayer un autre. Les effets indésirables sont essentiellement le risque digestif et hémorragique [11].

✓ **Les antalgiques opiacés :**

Aucune étude hormis pour le butorphanol, n'a démontré l'utilité de ces médicaments dans le traitement de la crise migraineuse.

Leurs effets indésirables sont fréquents et pouvant être particulièrement marqués chez les migraineux. De plus, ils ont été incriminés dans la survenue de céphalées chroniques avec abus médicamenteux. Ils ne doivent être utilisés qu'en dernier recours, avec des restrictions de fréquence de prise ne dépassant pas 8 par mois [43].

✓ **Noramidopyrine :**

Contenue dans plusieurs spécialités, en particulier l'Optalidon®, qui était la plus utilisée par les migraineux, elle expose au risque exceptionnel d'agranulocytose par un mécanisme immuno-allergique, et ne devrait plus être utilisée en traitement de crise [43].

9.1-1-3 Médicaments spécifiques de crise de migraine :

➤ **La dihydroergotamine (DHE) et le tartrate d'ergotamine :**

Possèdent des affinités pour les récepteurs sérotoninergiques de type 5-HT_{1D/1B}, noradrénergique et dopaminergiques. Ils ont un effet vasoconstricteur. Cependant le mécanisme d'action de l'effet antimigraineux de ces molécules n'est parfaitement connu ; il est vraisemblablement lié à leur effet vasoconstricteur, associé à une inhibition de l'inflammation neurogène et/ou à une inhibition de centrale des voies trigéminales.

Les posologies recommandées en début de crise, définies par l'usage et non lors d'essais cliniques, sont de 1 à 2 mg, la dose maximale étant de 6 mg par jour.

La dihydroergotamine a une faible biodisponibilité par voie orale, et elle n'est efficace en traitement de crise que par voie parentérale (SC, IM, IV) ou en spray nasal. Les doses conseillées sont de 1 mg (1 ampoule) par voie injectable, avec un maximum de 2 mg /24h, et de 2mg par voie nasale (1 pulvérisation dans chaque narine à renouveler un quart d'heure après [11].

Les principaux effets secondaires des triptans sont : [44]

NB : L'ergotisme, il s'agit d'un accident ischémique des extrémités dû à la substance active, annoncé par des douleurs, des fourmillements, et qui peut aboutir à une gangrène si des germes anaérobies se développent. Certains médicaments en interaction favorisent cet ergotisme, comme les macrolides (antibiotiques) ou certains bêtabloqueurs.

Troubles digestifs principalement des nausées.

Surdosage par usage abusif responsable du déclenchement de nouvelles migraines.

NB : Tous les dérivés ergotés sont contre-indiqués en cas d'insuffisance coronarienne, d'artériopathies des membres inférieurs, d'hypertension artérielle mal contrôlée, de syndrome de Raynaud, d'insuffisance hépatique et rénale, et durant la grossesse en raison d'un effet utéro tonique marqué. Aussi, il conseillé

d'attendre au moins 24 heures après l'utilisation d'un triptan avant l'administration d'un ergoté [11].

➤ **Les triptans (Agonistes 5-HT_{1D/1B} spécifiques) :**

C'est une nouvelle classe de médicament pour le traitement des crises migraineuses qui a été développée pendant les années 1980 [4].

Ils sont appelés ainsi car les DCI de la famille se terminent par « triptan » [44].

Le développement des triptans a marqué une avancée importante dans le traitement de la crise migraineuse. L'efficacité de ces molécules dans le traitement de la céphalée migraineuse a été démontrée contre placebo dans de très nombreux essais thérapeutiques. Au cours d'une méta-analyse [45], les triptans étudiés sont le sumatriptan (25, 50 et 100mg), le zolmitriptan (2,5 et 5mg), le naratriptan (2,5mg), le rizatriptan (5 et 10mg), l'élétriptan (20, 40, et 80mg) et l'almotriptan (12,5mg) ; les résultats concernant le frovatriptan reposent seulement sur les publications, la compagnie n'ayant pas fourni de données. Cependant, le sumatriptan à la dose de 100mg a été choisi comme la substance (et dose) de référence, étant utilisé par la plus part des pays européens en première intention, et bien que l'Amérique du nord et quelques pays comme la France utilisent la dose de 50mg.

● **Mécanisme d'action :**

Les triptans provoquent une vasoconstriction des vaisseaux sanguins crâniens extra cérébraux dilatés, une inhibition de l'inflammation neurogène méningée, et une inhibition centrale des influx des neurones trigéminaux de second ordre. Le rôle respectif de chacun de ces mécanismes d'action dans l'efficacité antimigraineuse des triptans reste encore controversé [11].

Les triptans doivent être utilisés en cas d'échec des autres médicaments de crise, à distance de toute prise de dérivés de l'ergot de seigle (arrêt depuis plus de 24h), et sont à débiter après l'aura migraineuse [39].

Les triptans ont été comparés à d'autres traitements de crise dans 9 essais contrôlés. Seules les deux études où le comparateur était le tartrate d'ergotamine associé à la caféine montrait une supériorité indiscutable du triptan. En revanche, dans les 7 études où un triptan a été comparé soit à AINS, soit à l'aspirine associé au metoclopramide, il n'existe pas de différences spectaculaires entre les deux traitements. Ces résultats vont à l'encontre de l'expérience clinique, qui est en faveur d'une nette supériorité des triptans par rapport au médicament non spécifique [44].

9.1-1-4 Médicaments adjuvants :

Ils sont de trois types.

➤ Antiémétiques :

Métoclopramide, dompéridone et métopimazine peuvent réduire les nausées et les vomissements qui accompagnent la céphalée.

Le metoclopramide normalise l'absorption retardée des médicaments pris par voie orale durant la crise de migraine.

➤ Caféine :

Elle a sans doute une efficacité antimigraineuse propre. En cas de consommation quotidienne (plus de 15g par mois), elle expose au risque de céphalée de sevrage dans les 24 heures suivant la dernière absorption.

➤ Anxiolytiques :

Ils sont utiles pour atténuer l'anxiété contemporaine de la crise et favoriser le sommeil, qui peut être réparateur [11].

9-1-2 Moyens non médicamenteux :

Le repos, l'obscurité, le calme et le sommeil sont généralement bénéfiques. Les applications de chaud et/ou de froid ou la pression au niveau de la tête et du cou peuvent aussi être efficaces [26].

9.2 Traitement de fond :

9-2-1 Moyens médicamenteux

➤ But du traitement de fond

Les traitements prophylactiques de la migraine ont pour objectif principal la réduction de la fréquence des crises ; ils peuvent également apporter d'autres bénéfices : diminution de la sévérité des crises, meilleure réponse aux traitements de crise, moindre sensibilité aux facteurs déclenchant [11].

➤ Indication du traitement de fond

Il est classique d'envisager un traitement de fond lorsque la fréquence des crises est d'au moins 3 par mois, mais en fait la décision se prend en accord avec le patient, en fonction du handicap lié à la migraine et de l'efficacité des traitements de crise.

Ainsi, certains patients dont les crises sont espacées, mais sévères, longues, répondant mal au traitement de crise, et dont la qualité de vie est nettement altérée, seront demandeurs d'un traitement de fond, alors que d'autres, qui ont des crises plus fréquentes mais bien contrôlées par des traitements de crise, ne souhaiteront pas en prendre. Le recours à un traitement de fond est indispensable chez les patients qui prennent des traitements de crise plus de 2 de jours par semaine, en raison du risque d'évolution vers une céphalée chronique quotidienne avec abus médicamenteux

➤ Médicaments de fond majeurs

Les médicaments de fond dits majeurs sont ceux dont l'efficacité a été démontrée dans au moins 2 essais thérapeutiques contrôlés méthodologiquement

acceptables, tout en sachant que les études pour certains traitements anciens ne correspondent pas aux exigences méthodologiques actuelles. Ce sont certains bêtabloquants, le pizotifène, le méthysergide, l'oxétorone, la flunarizine, l'amitriptyline, les AINS, le valproate de sodium et le topiramate. Les doses utilisées, les effets secondaires et les contre-indications sont résumés dans le tableau ci-après.

➤ **Choix du traitement**

Dans les accès contrôlés, les traitements de fond majeurs ont une efficacité supérieure d'en moyenne 30% par rapport au placebo, et aucun essai comparatif n'a permis de démontrer la supériorité d'un de ces médicaments par rapport à un autre. Plusieurs éléments entrent en jeu dans le choix du premier traitement à essayer. On considérera d'abord les preuves scientifiques de l'efficacité des substances, leurs effets secondaires et leurs contre-indications, l'existence d'une AMM dans cette indication. Ainsi, le choix initial porte logiquement sur des traitements de fond majeurs, mais certains d'entre eux, comme le méthysergide, la flunarizine, le valproate de sodium, les AINS ne sont pas utilisés en première intention, en raison de leurs effets secondaires potentiels et/ou pour les deux derniers de l'absence d'AMM dans la prophylaxie de la migraine. La majorité des femmes évitera les traitements qui font prendre du poids, les sujets sportifs peuvent être gênés par les bêtabloquants, un état dépressif peut apparaître ou s'aggraver sous Flunarizine, bêtabloquant et topiramate. Les pathologies associées et le type des crises migraineuses peuvent orienter la décision :

Un bêtabloquant est volontiers indiqué chez un migraineux hypertendu, l'amitriptyline chez un migraineux qui souffre de céphalées de tension ou de dépression.

Les migraines nocturnes ou du réveil sont une bonne indication de l'oxétorone, et les migraines avec auras fréquentes s'espacent souvent sous aspirine.

A noter, il est essentiel de veillez aux incompatibilités entre médicaments de fond et de crise.

Dans la plus part des cas cependant, il est impossible de prédire quel médicament aura le meilleur rapport efficacité/tolérance chez un patient donné, et il sera souvent nécessaire d'essayer plusieurs traitements avant de trouver le mieux adapté à chaque patient. Celui-ci doit être informé du délai d'action de ces médicaments et de l'efficacité qu'il peut attendre (bien de patients pensent qu'un traitement de fond fait disparaître les crises) ainsi que de leurs effets secondaires. En l'absence d'explications claires, le risque est de voir le patient abandonner son traitement trop tôt, ou même de renoncer à tout suivi s'il est rebuté par des effets indésirables dont il n'avait pas été prévenu.

➤ **Règles d'utilisation**

Il est préférable d'éviter les associations thérapeutiques. Néanmoins certaines d'entre elles, comme l'association d'un bêtabloquant avec l'amitriptyline, peuvent avoir un intérêt en seconde intention. Les doses des médicaments seront toujours augmentées très lentement afin d'éviter les effets secondaires, qui sont particulièrement fréquents et mal tolérés chez ces patients. En cas de bonne tolérance, il faut atteindre la dose efficace et poursuivre le traitement pendant 2 à 3 mois en demandant au patient de tenir un calendrier de ses crises. A la fin de cette période, en cas d'échec, un autre traitement est proposé. En cas de succès, il est habituel de poursuivre le médicament à dose efficace pendant environ 6 mois, puis de le diminuer lentement afin d'essayer de l'arrêter ou, au moins, de trouver la dose efficace minimale [46].

En pratique, chez les patients les plus sévères, c'est-à-dire ceux dont la fréquence des crises est élevée, qui ont une histoire d'abus médicamenteux et des antécédents d'échecs répétés de plusieurs médicaments de fond, il nous semble

de préférable, si un traitement de fond est efficace, de le poursuivre au moins pendant un an [11].

NB : En cas d'échecs répétés des médicaments de fond, il faut toujours rechercher un abus des médicaments de crise ou une mauvaise observance [47].

Les médicaments antimigraineux de fond majeurs sont : [11]

Propanolol, Métoprolol, Timolol, Aténolol, Nadolol, Pizotifène, Oxétorone, Méthysergide, Flunarizine, Amitriptyline, Naproxène, Valproate de sodium,

NB : Seulement sept parmi ces molécules ont l'AMM dans le traitement de fond de la migraine. Ce sont le Propanolol, le Métoprolol, le pizotifène, l'oxétorone, le méthysergide, la flunarizine, le topiramate.

Les AINS n'ont pas l'AMM en France dans la prophylaxie de la maladie migraineuse. Les mieux évalués sont le naproxène et l'acide tolfénamique (non commercialisé en France), à la dose de 300 mg/j. Le fénoprofène, l'acide ménéfamique, le flurbiprofène, le kétoprofène, l'indobufène semblent également efficaces [11].

➤ **Autres substances utilisées dans le traitement de fond**

D'autres substances peuvent être utilisées en traitement de fond, mais leur efficacité est moins bien étayée, soit qu'elles n'aient fait l'objet que d'un seul essai clinique, soit que la méthodologie des essais visant à démontrer leur efficacité soit critiquable [11].

On peut citer parmi ces substances :

Le Dihydroergotamine, l'aspirine, l'indoramine, inhibiteurs calcique (vérapamil), antidépresseurs IRRS (fluoxétine et fluvoxamine), Inhibiteurs de l'angiotensine (lisinopril).

Concernant l'aspirine, la dose efficace dans le traitement de fond de la migraine reste à déterminer, mais est habituellement située entre 300 et 500 mg/j.

L'aspirine paraît particulièrement utile dans le traitement prophylactique des migraines avec aura à crises fréquentes [48].

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

9-2-2 Moyens non médicamenteux pour le traitement de fond

Ces trente dernières années ont vu se développer diverses thérapies non pharmacologiques qui ont fait l'objet de nombreuses publications, mais rarement rigoureuses au plan méthodologique. On peut citer parmi elles :

- Relaxation, biofeedback, et gestion du stress (*thérapies cognitives et comportementales de gestion de stress*)
- Acupuncture
- Homéopathie
- Manipulations vertébrales

Ces moyens peuvent être considérés comme efficaces dans le traitement de fond de la migraine, en particulier chez l'enfant, où ces méthodes sont préférables, de première intention, aux traitements médicamenteux. Ils sont utiles chez les patients anxieux et ceux ayant une tendance comportementale à l'abus d'antalgiques [11].

9-2-3 Traitement des cas particuliers

➤ **Migraines cataméniales :**

Le traitement des migraines cataméniales fait d'abord appel aux traitements habituels de crise : antalgiques, AINS, triptans, dérivés ergotés. La

dihydroergotamine en spray nasal et la plus part des triptans ont fait la preuve de leur efficacité dans le traitement de la crise de migraine menstruelle.

Afin de prévenir la survenue des migraines cataméniales, il a été proposé d'utiliser durant la période périmenstruelle une prophylaxie de courte durée. Le naproxène de sodium à la dose de 550 mg 2 fois par jour a fait l'objet de plusieurs études contrôlées, qui concluent en faveur d'une certaine efficacité de ce traitement pour réduire la sévérité ou la fréquence de céphalées péri menstruelle [49].

NB : La chute des œstrogènes étant le facteur présumé des migraines cataméniales, il était logique de proposer une oestrogenothérapie péri menstruelle. Les meilleurs résultats ont été obtenus avec l'œstradiol en gel percutané, dont l'efficacité a été démontrée dans 3 études en double aveugle contre placebo [50] ; utilisé à la dose de 1,5 mg/j, il doit être commencé 48 heures avant la date prévue de survenue de la migraine et poursuivi pendant les 7 jours suivants, ce qui permet d'obtenir une oestradiolémie située entre 60 et 80 pg/L [50].

NB : Le traitement à base d'œstradiol ne s'adresse qu'aux migraines cataméniales vraies (crise survenir exclusivement dans les 48 h précédant les règles). Dans un certain nombre de cas le blocage du cycle est nécessaire [39].

➤ **Migraine chez la femme enceinte ou allaitante :**

Le paracétamol est le seul traitement de crise qui peut être utilisé sans restriction particulière durant la grossesse et l'allaitement.

Les AINS et l'aspirine sont autorisés de façon ponctuelle jusqu'au début du sixième mois, et formellement contre-indiqué à partir des 24 semaines d'aménorrhée, même en prise ponctuelle, en raison des risques d'atteintes rénale et cardio-pulmonaire parfois fatales chez le fœtus ou le nouveau-né [11]. Mais

compte tenu de la fréquente amélioration de la migraine durant la grossesse, le problème du traitement de fond se pose rarement [26, 45].

En cas de nécessité, on privilégiera avant tout les méthodes non médicamenteuses ; et au besoin on peut proposer dans un premier temps un bêtabloquant (Propranolol, Métoprolol) [11].

➤ **Etat de mal migraineux :**

Dans cette forme, l'intrication avec un abus de dérivés de l'ergot de seigle et/ou un syndrome anxio-dépressif est fréquente.

● **Mise en condition**

Hospitalisation en service de neurologie.

Repos au lit, en chambre seul, au calme, dans le noir.

Rassurer et calmer le patient.

Arrêt des antimigraineux utilisés, et notamment des dérivés de l'ergot de seigle.

● **Médicaments utilisées**

→ Les Agoniste sérotoninergique 5HT1/1D/1B/1F

Sumatriptan (Imigrane®) 1 ampoule en sous-cutané renouvelable 1 fois si échec (respecter un intervalle d'au moins une heure)

→ Si échec ou contre-indication

Amitriptyline (Laroxyl®) IV atteindre rapidement la dose efficace jusqu'à 150 mg/j

Métoclopramide (Primpéran®) 1 ampoule à 10 mg 3 fois par jour si vomissements

Au décours :

-discuter ou réévaluer le traitement de fond de la migraine ;

-éducation du patient sur l'utilisation des antimigraineux notamment des dérivés de l'ergot de seigle [39].

➤ **Ergotisme**

Secondaire à un surdosage en dérivés de l'ergot seigle dont le risque est l'ischémie aiguë des membres par vasoconstriction.

✓ **Traitement curatif :**

Hospitalisation en urgence

Arrêt de tous les dérivés de l'ergot de seigle

Contre-indication du sumatriptan

Réchauffement des membres en ischémie pour lutter contre le vasospasme périphérique.

→ Héparinothérapie

A doses efficaces afin d'obtenir un TCA entre 1,5 et 2,5 fois le témoin.

→ Vasodilatateurs

.Naftidrofuryl (Praxilène®) 400mg 2 fois/j IV.

.Ou parfois papavérine (Albatram®), nitroprussiate de sodium ou prazosine.

→ Corticothérapie

Pour certains, en intraveineux (par exemple Methylprednisolone *SOLUMEDROL*® 120 mg/j IVL jusqu'à disparition des symptômes).

Traitement préventif :

Il repose sur l'éducation du patient à qui l'on prescrit des dérivés de l'ergot de seigle. Il est indispensable que le patient :

- respecte les doses prescrites
 - Connaisse les effets secondaires et sache arrêter le traitement en cas d'apparition des premiers signes de surdosage (paresthésies, douleurs des extrémités)
- Ne fasse pas d'association médicamenteuse sans avis médical [39].

10. Evolution de la migraine :

La migraine peut persister pendant toute l'existence. Cependant il n'est pas rare qu'elle s'améliore ou même disparaisse pendant la deuxième moitié de la vie, notamment chez la femme après la ménopause [32].

MÉTHODOLOGIE

IV. Méthodologie :

1. Lieu et cadre d'étude :

Le District de Bamako est la capitale administrative et économique du Mali. Il est situé sur les rives du fleuve Niger en pleine zone soudanienne avec une superficie de 267 km². Il s'étend sur 22km d'Est en Ouest et 12km du nord au sud de part et d'autre du fleuve Niger.

Bamako jouit d'un climat tropical de type soudanais. Il existe des collines de part et d'autre du District. Sur l'une de ces collines se trouve la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

Le District de Bamako compte en tout 6 communes disposants 57 CSCOM fonctionnels.

La commune I compte 12 CSCOM avec une population estimée à 195081 habitants.

La commune II a 6 CSCOM avec une population évaluée à 126353 habitants.

La commune III a 8 CSCOM avec une population de 99753 habitants.

La commune IV possède 9 CSCOM avec une population de 186200 habitants.

La commune V a 11 CSCOM avec une population estimée à 187587 habitants,

la commune VI compte 11 CSCOM avec une population évaluée à 221342 habitants [51].

2. Type et période de l'étude :

Il s'agit d'une étude transversale et prospective dont la collecte des données s'est déroulée du 09 Mars 2015 au 09 Mai 2015 dans les CSCOM de Bamako.

3. Population d'étude :

Elle a concerné un échantillon de médecins exerçant dans les CSCOM du district de

Bamako.

3. Echantillonnage :

Ont été inclus de manière consécutive l'ensemble des médecins exerçant dans les 57 CSCOM fonctionnels de Bamako, présents au moment de l'enquête et dont les consentements éclairés ont été obtenus.

5. Critères d'inclusion :

Etaient inclus dans notre étude tous les médecins généralistes exerçant dans un CSCOM du district de Bamako sans distinction d'âge et de sexe.

6. Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus les médecins n'exerçant pas dans les CSCOM de Bamako, ou qui n'ont pas accepté de participer à l'étude.

7. Déroulement de l'enquête :

Le recrutement a été fait en fonction de la taille de l'échantillon (des CSCOM) à partir d'une fiche d'enquête individuelle anonyme qui était divisée en quatre parties :

- Une première partie : sur les aspects sociodémographiques et professionnelles du médecin,
- Une deuxième partie : sur les connaissances du médecin sur la migraine ,
- Une troisième partie : sur les attitudes du médecin face à la migraine,
- Une quatrième partie : sur les pratiques du médecin sur la migraine.

8. Problème d'étude :

Avant l'inclusion à l'étude, nous avons expliqué et montré aux médecins la lettre qui leur a été adressé par la FMOS (Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie) leur demandant une collaboration dans le cadre de notre étude.

Ceux qui ont accepté ont été informés sur les objectifs fixés par l'étude et le déroulement de l'enquête.

9. Saisie et Analyse des données :

Les données recueillies auprès des médecins à travers les fiches d'enquête, étaient saisies et analysées sur les programmes informatiques suivantes : SPSS version 22.0 pour Windows, Microsoft Office Word 2010, Microsoft Office Excel 2010.

10. Aspects éthique et moral :

L'enquête a été réalisée avec l'autorisation de la DRS (Direction Régionale de la santé) au niveau des CSCOM.

Ce sont les médecins exerçant dans les CSCOM du district de Bamako qui ont contribué à la collecte de ces données, sans eux cette étude n'aurait pas pu être possible nous les remercions pour leur franche collaboration.

RESULTATS

V. RESULTATS

A. SOCIO DEMOGRAPHIQUES

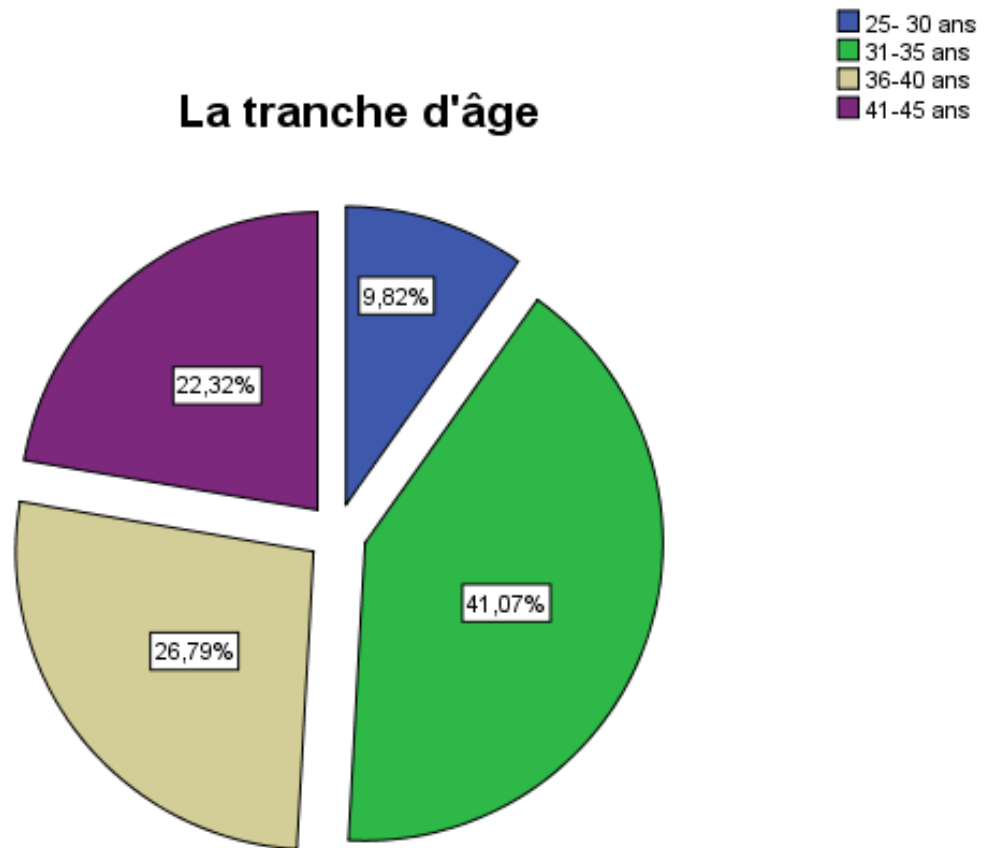


Figure I : Répartitions des médecins selon la tranche d'âge.

La tranche d'âge de 31-35 ans était la plus représentée soit 41,07%.

Le sexe

■ Masculin
■ Féminin

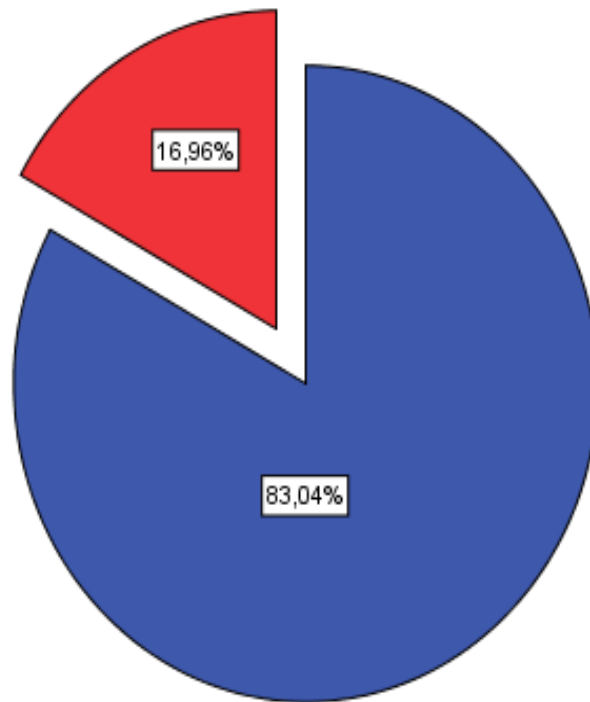


Figure II : Répartitions des médecins selon le sexe.

Le sexe masculin était prédominant soit 83,04%, avec un sexe ratio de 4/1.

Tableau I : Répartition des médecins selon la nature d'établissement d'exercice..

Etablissement	Fréquence	Pourcentage
Privé	2	1,8%
Public	53	47,3%
Privé et Public	57	50,9%
Total	112	100%

Environ 50,9% des médecins exerçaient en publique et libérale.

Tableau II : Répartition selon leur expérience professionnelle.

Expérience Professionnelle	Fréquence	Pourcentage
1-5Ans	51	45,5%
6-10Ans	34	30,4%
11-15Ans	14	12,5%
>15	13	11,6%
Total	112	100%

La majorité des médecins avait une expérience professionnelle de 1-5 ans soit 45,5%.

B- Connaissance de la migraine :

Tableau III : Répartition des médecins selon les acquis sur la migraine.

Connaissez-vous la migraine	Effectif	Pourcentage
Oui	112	100%
Non	0	0%
Total	112	100%

Tous les médecins prescripteurs interrogés affirmaient avoir des acquis sur la migraine.

Tableau IV : Répartition des médecins prescripteurs selon la connaissance de la définition de la migraine.

Définition	Effectif	Pourcentage
Non	24	21,4%
Oui	88	78,6%
Total	112	100%

Parmi les médecins interrogés 2/3 connaissaient la définition de la migraine.

Tableau V : Répartition des médecins selon le traitement de la migraine dans leur pratique

Traiter la migraine	Effectif	Pourcentage
Oui	112	100%
Non	0	0%
Total	112	100%

Tous les médecins interrogés affirmaient d'avoir l'habitude de prendre en charge les patients migraineux.

Tableau VI : Répartition des médecins selon le nombre de patients migraineux vu par semaine.

Nombre de patients	Effectif	Pourcentage
1-5	108	96,4%
6-10	4	3,6%
Total	112	100%

Environ 96% des prescripteurs affirmaient recevoir 1-5 cas de migraine par semaine.

Tableau VII : Répartition selon les caractéristiques de la crise migraineuse.

Céphalées	Effectif	Pourcentage
Siège		
Hémicrânie	103	92,0%
Diffuse	7	6,3%
NSP	2	1,8%
Evolution		
Crise	94	83,9%
Continue	14	12,5%
NSP	4	3,6%
Type		
Pulsatile	75	67,0%
Pesanteur	29	25,9%
Serrement	4	3,6%
Broiement	1	0,9%
NSP	3	2,7%
Intensité		
Faible	9	8,0%
Modérée	52	46,4%
Sévère	49	43,8%
Très sévère	2	1,8%
Durée		
1h	31	27,7%
2h	51	45,5%
72h	30	26,8%
Total	112	100%

NB : NSP= Ne sais pas.

La majorité des médecins caractérisait la douleur migraineuse comme une hémicrânie (92%), de type pulsatile (67%), qui évolue par crise (83,9%), avec une intensité modérée (46,4%) allant jusqu'à 2 heures (45,5%).

Tableau VIII: Répartition des médecins prescripteurs selon leur connaissance sur les différents types de la migraine.

Type de Migraine	Effectif	Pourcentage
Aura et sans aura		
Oui	30	26,8%
Non	82	73,2%
Total	112	100%

Seulement 26,8% des médecins interrogés connaissaient les différents types de migraine.

Tableau IX : Répartition des médecins prescripteurs selon leur connaissance sur les caractéristiques de l'aura migraineux.

Aura migraineux	Effectif	Pourcentage
Ne sais pas	78	69,6%
Troubles Sensoriels	6	5,4%
Troubles Visuels	16	14,3%
Troubles du langage	1	0,9%
Troubles (sensoriels + visuels)	5	4,5%
Troubles (sensoriels + langage)	0	0,0%
Troubles (visuels + langage)	0	0,0%
Troubles (visuels + sensoriels + langage)	6	5,4%
Total	112	100%

La majorité des médecins (69,6%) ne connaissaient pas les caractéristiques de l'aura migraineuse. L'aura visuel était le plus connu (14,3%).

Tableau X : Répartition des médecins selon leur connaissance sur les signes prémonitoires de la migraine.

Signes prémonitoires	Effectif	Pourcentage
Ne sais pas	86	76,8%
Troubles visuels	24	21,4%
Irritabilité	2	1,8%
Total	112	100%

La majorité des médecins ne connaissaient pas les signes annonciateurs de la crise migraineuse soit 76,8%. Les troubles visuels étaient cités par 21% des médecins.

Tableau XI : Répartition des médecins selon leur connaissance sur les facteurs déclenchant de la migraine.

Facteurs déclenchant	Effectif	Pourcentage
Ne sais pas	39	34,8%
Stress	70	62,5%
Troubles anxieux/dépressif	2	1,8%
Autre	1	0,9%
Total	112	100%

Autre* : troubles visuels

Le Stress était le facteur déclenchant le plus connu par les médecins avec 62,5%.

Tableau XII: Répartition des médecins selon l'existence des signes d'accompagnement de la migraine.

Existence des signes d'accompagnement	Effectif	Pourcentage
Oui	108	96,4%
Non	4	3,6%
Total	112	100%

Parmi les médecins interrogés 96,4% connaissaient l'existence des signes d'accompagnement de la migraine.

Tableau XIII: Répartition des médecins selon leur connaissance sur les signes d'accompagnement de la migraine.

Signes d'accompagnements	Effectif	Pourcentage
Ne sais pas	5	4,5%
Nausées/Vomissements	71	63,4%
Nausées/Vomis/photo/phonophobie	36	32,1%
Total	112	100%

Les nausées/vomissements étaient les signes d'accompagnements les plus connus par les médecins soit 63,4%.

Tableau XIV: Répartition des médecins selon leur connaissance sur les complications de la migraine.

Conséquences	Effectif	Pourcentage
AVC	4	3,6%
Etat de mal migraineux	3	2,7%
Ne sais pas	102	91,0%
Autres	3	2,7%
Total	112	100%

Autres : troubles cardiovasculaires, méningite, infarctus des vaisseaux des méninges.

Parmi les médecins interrogés 91,1% ne connaissaient pas les complications de la migraine. L'AVC était la complication la plus connue avec 3,6% suivi de l'état de mal migraineux qui représentait 2,7%.

Tableau XV: Répartition des médecins selon la pertinence de la réalisation systématique d'une imagerie cérébrale.

Imagerie cérébrale	Effectif	Pourcentage
Oui	3	2,7%
Non	109	97,3%
Total	112	100%

Parmi les médecins interrogés 97,3% affirmaient que l'imagerie cérébrale n'est pas systématique dans la prise en charge de la migraine.

Tableau XVI: Répartition des médecins selon l'examen paraclinique pour le diagnostic positif de la migraine.

Examen Paraclinique	Effectif	Pourcentage
Aucun examen	109	97,3%
TDM Cérébrale	1	0,9%
EEG	2	1,8%
Total	112	100%

Environ 97 % des médecins estimaient qu'aucun examen paraclinique n'est nécessaire.

Tableau XVII : Répartition des médecins selon leur conduite à tenir devant une crise migraineuse.

CAT	Effectif	Pourcentage
Hospitalisation	2	1,8%
Traitement à domicile	105	93,7%
Référer	5	4,5%
Total	112	100%

Pour le traitement de la crise 93% des médecins optaient pour un traitement en ambulatoire.

Tableau XVIII: Répartition des médecins selon la prescription de conseils hygiéno-diététiques.

Donner conseils	Effectif	Pourcentage
Oui	67	59,8%
Non	45	40,2%
Total	112	100%

Environ 59 % des prescripteurs affirmaient prescrire des conseils hygiéno-diététiques.

Tableau XIX: Répartition des médecins selon le choix du médicament dans le traitement de fond de la migraine.

Médicaments	Effectif	Pourcentage
Propranolol		
Non	99	88,4%
Oui	13	11,6%
Total	112	100%
Acetazolamide		
Non	108	96,4%
Oui	4	3,6%
Total	112	100%
Amitriptyline		
Non	102	91,1%
Oui	10	8,9%
Total	112	100%
Lamotrigine		
Non	109	97,3%
Oui	3	2,7%
Total	112	100%
Anticalcique(Nimodipine)		
Non	106	94,6%
Oui	6	5,4%
Total	112	100%
Benzodiazépines(Diazépam)		
Non	111	99,1%
Oui	1	0,9%
Total	112	100%
Antalgiques		
Non	13	11,6%
Oui	99	88,4%
Total	112	100%
Antibiotiques		
Non	112	100%
Oui	0	0%
Total	112	100%
Autres*		
AINS	62	55,4%
Non	49	45,6%
Total	112	100%

Le propranolol et l'amitriptyline n'étaient donnés comme traitement de fond de la migraine respectivement que par 11,6% et 8,6% des médecins.

Tableau XX : Répartition des médecins en fonction des informations reçues sur les triptans.

Existence des triptans	Effectif	Pourcentage
Oui	13	11,6%
Non	99	88,4%
Total	112	100%

Environ 88% des prescripteurs n'avaient aucune information sur les triptans.

Tableau XXI: Répartition des médecins selon leur participation à une formation spécifique sur la douleur.

Formation spécifique sur douleur	Effectif	Pourcentage
Aucune formation	111	99,1%
EPU	1	0,9%
Faculté de médecine	0	0%
DES	0	0%
DIU	0	0%
Service approprié	0	0%
Autres	0	0%
Total	112	100%

Parmi les médecins interrogés 99,1% n'avaient bénéficié d'aucune formation spécifique sur la douleur.

COMMENTAIRES
ET
DISCUSSION

VI. Commentaires et discussion :

Cette étude CAP des prescripteurs sur la migraine est la première et la seule réalisée à ce jour au Mali. Elle ébauche la documentation du réseau de prise en charge de la migraine dans les structures du niveau opérationnel du pays.

Compte tenu de la fréquence de cette pathologie dans notre pays une enquête de pratique s'imposait.

Le choix des CSCOM pour mener cette étude a été dicté par des considérations sociodémographiques et culturelles, car ces structures restent le premier niveau de contact des populations aux de soins de santé.

Sur le plan méthodologique, afin d'optimiser notre étude, nous avons interrogé l'ensemble des prescripteurs des CSCOM de Bamako. Cette approche nous a permis de faire l'état des lieux sur les connaissances des prescripteurs en matière de migraine.

La maîtrise de ces données est un préalable indispensable au développement d'une stratégie de lutte adaptée contre la migraine dans notre pays. Ainsi dans notre étude nous avons interrogé 112 médecins exerçants dans les CSCOM de Bamako.

1. Données socio démographiques :

A. Age et Sexe :

La tranche d'âge la plus représenté était celle de 31-35 ans soit 41,07%. Cette situation s'expliquerait par le fait que ces structures étaient généralement animées par les praticiens débutants. Dans notre échantillon, il y avait plus

d'hommes que de femmes, ceci est dû au fait que culturellement dans le pays en général et dans cette région en particulier, la population préfère inscrire les garçons à l'école, les filles étant souvent consignées aux activités ménagères.

B. Expérience professionnelle :

L'expérience professionnelle variait en moyenne de 1 à 5 ans. Ceci s'explique aussi par le jeune âge des praticiens.

2. Connaissances, Attitudes et Pratiques :

LA majorité des médecins affirmaient avoir des connaissances sur la migraine, cependant notre étude a montré des insuffisances dans les connaissances des praticiens.

En effet, la majorité des médecins (69,6%) ne connaissait pas les caractéristiques de l'aura migraineuse et 76,8 % ne connaissait pas les signes annonciateurs de la crise migraineuse.

En ce qui concerne les complications de la migraine, 91,1% ne connaissaient pas les complications de la migraine. L'AVC était la complication la plus connue avec 3,6% suivit de l'état de mal migraineux qui représentait 2,7%.

Sur le plan thérapeutique, le propranolol et l'amitriptyline étaient les deux molécules les plus prescrites comme traitement de fond de la migraine soit

respectivement 11,6% et 8,6% et environ 88% des prescripteurs n'avaient aucune information sur les triptans.

Ce faible taux est la preuve éloquente du déficit d'information des prescripteurs en matière de prise en charge de la migraine.

CONCLUSION

ET

RECOMMENDATION

VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

A.CONCLUSION :

A l'instar des autres pays africains, la migraine est une pathologie fréquente au Mali avec un impact socio-économique très élevé. Les progrès réalisés en matière de prise en charge de cette pathologie, tant sur le plan diagnostique que thérapeutique, nous permettent d'envisager une amélioration de la qualité de service dans le traitement de la migraine.

La connaissance de la pathologie par les praticiens du niveau opérationnel est indispensable à la prise en charge de cette maladie handicapante.

Cette prise en charge nécessite une collaboration étroite entre neurologue, médecins généralistes, spécialistes en santé publique, décideurs politiques afin de faire face aux problèmes induits par la migraine.

Notre étude a montré que renforcer la formation initiale et continue des médecins sur la migraine est un élément capital dans la réduction du handicap lié à cette pathologie.

B. Recommandations :

Au vu des résultats de notre étude et ceux publiés dans la littérature, il ressort que la migraine est une pathologie à ne pas du tout négliger. Elle est souvent handicapante pour l'individu migraineux et coûteuse pour la société, donc un véritable problème de santé publique nous incitant à formuler les recommandations suivantes :

✓ **Aux autorités politiques nationales :**

- De s'investir pour la disponibilité à moindre coût des médicaments antimigraineux en général et des triptans en particulier,
- D'œuvrer pour l'ouverture dans l'avenir d'un Master dans la prise en charge de la douleur en général et de la migraine en particulier, afin de rendre disponibles plus de personnels pour une meilleure prise en charge des patients migraineux.

✓ **Aux autorités sanitaires nationales :**

- Sensibiliser la population quant à l'inexistence de traitement curatif contre la migraine, leur permettant d'éviter les intoxications médicamenteuses et des méthodes indigènes pour la santé,
- Réguler l'accès des populations aux médicaments afin d'éviter des intoxications surtout au cours des maladies chroniques comme la migraine,
- De promouvoir la recherche sur les céphalées en général et sur la migraine en particulier dans notre pays, et cela par la mise en place de structures susceptibles d'appuyer et de coordonner les études neuro-épidémiologiques sur la migraine,
- D'élaborer un algorithme de diagnostic de la migraine répondant aux critères IHS en vigueur et sa mise à disposition à tous les niveaux de soins de santé afin de faciliter le diagnostic, la prise

en charge initiale des migraineux et leurs références pour un éventuel traitement de fond.

✓ **Aux médecins généralistes :**

- D'approfondir leurs connaissances sur les céphalées en particulier sur la migraine pour éviter les erreurs diagnostiques et les investigations souvent inutiles devant les cas de crises migraineuses typiques.
- Intégrer la migraine dans le système de référence entre médecins généralistes et médecins spécialistes.

✓ **Aux étudiants en médecine :**

De suivre avec beaucoup d'intérêt les cours de neurologie et de faire des stages dans les services de neurologie.

✓ **A la FMOS de Bamako**

1. En formation initiale :

- D'insister davantage sur l'enseignement des céphalées et notamment la migraine à laquelle les étudiants (futurs médecins généralistes) de nos jours seront plus confrontés.
- D'introduire la migraine dans le module de neurologie enseigné en quatrième année de Médecine en plus de la sémiologie des céphalées déjà enseignée en troisième année.

2. En formation continue

- De poursuivre la mise à niveau par des stages dans les services de neurologie afin de pouvoir établir une normalité ou non de l'examen neurologique devant les cas de crises de migraine.
- De s'intéresser beaucoup à la littérature médicale par la lecture des ouvrages et articles publiés afin de compléter et/ou d'actualiser leurs connaissances.

BIBLIOGRAPHIES

VIII. BIBLIOGRAPHIE :

- 1. JEAN DE RECONDO.** Sémiologie du système nerveux. Du symptôme au diagnostic. Edition Médecine sciences Flammarion ; 2004 p 137-138.
- 2. LYON-CAEN OLIVIER.** Cas cliniques en Neurologie. Paris : Flammarion Médecine sciences;1990. p 1-6, p 50, p99.
- 3. PERKIN D.G.** Neurologie manuel et atlas. Edition De Boeck. Université ; 2002, p31-37.
- 4. ABDELKADER ELHASNAOUI.** La migraine en France 10 ans après. LITEC; 2004 P3; p31; p55; p103
- 5. RAPOPORT A, EDMEADS J.** Migraine the evolution of our Knowledge. Arch neurol 2000; 57: 1221-3,
- 6. ANNEQUIN D, TOURNIAIRE B, DUMAS C.** Migraine, misunderstood Pathology in children. Arch Pediatr 2000; 7: 985-90.
- 7. GOBEL H; PETERSEN-BRAUM M; SOYKA D.** The epidemiology of headache in Germany; a national survey of a representative sample on the basis of the headache classification of the international headache society cephalalgia; 1994; (2) 97-106.
- 8. ADOUKONOU T, ADOUKONOU D, ADJEN K, GNONLONFOUN D, AVODE D, PREUX P.** Prévalence de la migraine dans une population de travailleurs à Cotonou au Benin. AJNS 2009 ; 28(1) : 16-23.
- 9. BELO M, ASSOGBA K, AWIDINA-AMA A, et al.** Céphalées et qualité de vie en milieu scolaire, à Lomé, TOGO. AJNS 2009 ; 28(2).
- 10. ABDEL RACHID:** étude épidémiologique et Clinique des céphalées.2005
- 11. JULIEN BOGOUSSLAVSKI, JEAN-MAR LEGER, JEAN-LOUIS MAS.** Migraine et céphalées. Wolters Kluwer health, 2009.
- 12. J.CAMBIER, MAURICE MASSON, HENRY.** Abrégés de Neurologie 10è édition Elsevier Masson; 2000.

- 13. RANDOLPH W.E, NINAN T.M.** Manuel des céphalées Edition Maloine 2003 ; p.24-62
- 14. Wolf H.G.** Headache and other head pain. 2nd édition. New York: Oxford University Press; 1963.
- 15. PIETROBON D et al.** Nat Rev Neuro. 2003,4 :386-398
- 16. CUTRER FM, SORENSEN AG, WEISSKOFF RM, OSTERGAARD L, SANCHEZ DEL RIO M, LEE J et al.** Perfusion-Weighted imaging defects during spontaneous migrainous aura. Ann Neurol 1998; 43: 25-31.
- 17. WESSMAN M, KALLELA M, KAUNISTO MA, MARTTILA P, SOBEL E, HARTIALA J et al.** A Susceptibility locus for migraine with aura, on chromosome 4q24. Am J Hum Genet 2002; 70: 652-62.
- 18. PIETROBON D.** Familial hemiplegie migraine. Neotherapeutics.2007 ;4 :274-84
- 20. LASHLEY KS,** Patterns of cerebral Integration indicated by the scotomas of migraine. Arch Neurol psychiatry ; 1941; 46: 331-339
- 21.** Classification committee of the international Headache society. The international classification of the headache disorders:2nd edition. Cephalalgia 2004; 24 (suppl 1); 1-160
- 22. F. LHERMITTE ET COLLABORATEURS. H.MAMO. P. VALLEY-RADOT, J. HAMBURGER,** Système nerveux et muscles. Pathologie médicale. Edition Médecine. Sciences Flammarion ; 1972 ; P.294-296
- 23. EL AMRANI M, MASSIOU H.** Migraine : aspects cliniques et traitements. Encycl.Méd.Chir. Neurologie. 17-023-A-50, p 1-6.
- 24.** Headache classification committee of the international Headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Cephalalgia 1988; 8; 1-96
- 25. RUSSEL MB, OLESEN J.** A nosographic analysis of the migraine aura in a general population. Brain 1996; 119: 355-361.

- 26. F. RADAT.** Etats dépressifs chez les migraineux. Quinzième congrès de l'ANLLF (Association des neurologues libéraux de langue française). Janvier 2002. p3
- 27.** Classification committee of the international Headache society. The international classification of the headache disorders:2nd edition. Cephalalgia 2004; 24 (suppl 1); 1-160
- 28. DUCROS A, DENIER C, JOUTEL A, VAHEDI K, TOURNIER LASSERVE E,BOUSSER MG.** Migraine hémiplegique familiale. In : Chir EM, ed. Neurologie. Paris : Editions scientifiques et médicales Elsevier SAS, 2003 : 10 p
- 29. KUHN WF, KUHN SC, DAYLIDA L.** Basilar migraine. Eur J Emerg Med 1997 ; 4 : 33-8.
- 30. CHRONICLE EP, MULLENERS WM.** Visual system dysfunction in migraine: a review of clinical and psychoclinical findings. Cephalalgia 1996; 16: 525-35.
- 31. LANCE JW, ZAGAMI AS.** Ophthalmoplegic migraine: a recurrent demyelinating neuropathy? Cephalalgia 2001; 21: 84-9.
- 32. BIGAL ME SHEFTELL FD, RAPOPORT AM, LIPTON RB, TEPPER SJ.** Chronic daily Headache in a tertiary care population correlation between the international Headache society diagnostic criteria and proposed revisions of criteria for chronic daily headache Cephalalgia 2002; 22: 432-8.
- 33. PERROT S. DANZIGER N, ALAMOWITCH S.** Migraine Neurologie. Med Line. 2001, 2002 Editions ESTEM, Editions MED LINE. P115-124
- 34. FISHER CM.** Late-life migraine accompaniments as a cause of unexplained transient ischemic attacks. Can J Neurol Sci 1980; 7: 9-17.
- 35. MARKS DA, EHRENBERG BL.** Migraine-related seizures in adults with epilepsy, with EEG correlation. Neurology 1993, 43:2476-83.
- 36. PANAYIOTOPOULOS CP.** Elementary visual hallucinations in migraine and epilepsy. J Neurol Neurosurg Psychiatr 1994; 57: 1371-4.

- 37. JOHANNES CB, LINET MS, STEWART WF, CELENTANO DD, LIPTON RB, SZKLO M.** Relationship of headache to phase of the menstrual cycle among young women: a daily diary study. *Neurology* 1995; 45:1517-23.
- 38. DIRK DELEU; MD, PHD, FAAN, FRCP, MUSHTAQ A. KHAN, MD, TARIQ. A. AL SHEHAB, BSC.** Prevalence and clinical characteristics of headache in a Rural community in Oman 2002; 42. 963.973 .Accepted for publication July 28, 2002.
- 39. LEON PERLEMUTER, GABRIEL PERLEMUTER.** Guide de thérapeutique 5^e édition. Elsevier Masson. S.A.S. 2008 P1248-1254
- 40. MICHEL P., AURAY JP. , CHICOYE A., et al.** Et le GRIM. Prise en charge des migraineux en France: coût et recours aux soins. *J. Economie Méd* 1993. 11: p71-80
- 41.** International Headache society Clinical Trials subcommittee. Guidelines for controlled trials in migraine. Second edition. *Cephalalgia* 2000; 20: 765-86.
- 42. MASSIOU H, TZOURIO C, EL AMRANI M, BOUSSER MG.** Verbal scales in the acute treatment of migraine: Semantic categories and clinical relevance. *Cephalalgia* 1997; 17: 37-9.
- 43. ANNEQUIN D, BOUREAU F, BOUSSER MG, MASSIOU H, SENARD JM.** Traitement de la migraine. La migraine : Connaissances descriptives, traitements et prévention. Paris : INSREM (Expertise Collective), 1998: 163-232.
- 44. ZHAO F, TSAY JY, CHENG XM, WONG WJ, LI SC, YAO SX, CHANG SM, SCHOENBERG BS.** Epidemiology of migraine: a survey in 21 provinces of the People's Republic of China, 1985. *Headache* 1988; 28(8):558–565.
- 45. FERRARI MD, ROON KI, LIPTON RB, GOADSBY PJ.** Oral triptans (serotonin 5-HT_{1B/1D}) in acute migraine treatment: a meta-analysis of 53 trials. *Lancet* 2001; 358: 1668-75.

- 46. WOBER C, WOBER BINGOL C, KOCH G, WESSELY P.** Long-term results of migraine prophylaxis with flunarizine and beta-blockers. *Cephalalgia*, 1991; 11:251-6.
- 47. STEINER TJ, CATARCI T, HERING R, WHITMARSH T, COUTURIER EGM.** If migraine prophylaxis does not work, think about compliance. *Cephalalgia* 1994; 14: 463-4.
- 48. LIMMROTH V, KATSARAVA Z, DIENER HC.** Acetylsalicylic acid in the treatment of headache. *Cephalalgia* 1999; 19(6): 545-51.
- 49. MYLECHARANE EJ, Tfelt-HANSEN P. NONSTEROIDAL** anti inflammatory and miscellaneous drugs in migraine prophylaxis. *In:* Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, eds. *The Headaches*. Second edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2000:489-98.
- 50. DE LIGNIERES B, VINCENS M, MAUVAIS-JARVIS P, MAS JL, TOUBOUL PJ, BOUSSER MG.** Prevention of menstrual migraine by percutaneous oestradiol. *Br Med J* 1986; 293: 1540.
- 51.** Direction nationale de la statistique et l'informatique : Recensement général de la population et de l'habitat 1998.

ANNEXES

Fiche Signalétique

Nom: GOÏTA

Prénom: Sekouba

Titre de la thèse:

MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DE LA MIGRAINE DANS LES CENTRES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE (CSCOM) DE BAMAKO AU MALI. ENQUÊTE PRATIQUE

Année Universitaire : 2014-2015

Ville de Soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS

Secteur d'intérêt : Santé publique, Neurologie,

Résumé :

Notre étude avait pour objectif d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des médecins prescripteurs de premier niveau (CSCOM) dans la prise en charge de la migraine.

Il s'agissait d'une étude transversale et prospective..

Au cours de cette étude 112 médecins des CSCOM du district de Bamako ont été interrogés.

La tranche d'âge de 31-35 ans était la plus représentée soit 41,07%.

Le sexe masculin était prédominant soit 83,04%, avec un sexe ratio de 4/1.

La majorité des médecins avait une expérience professionnelle de 1-5ans soit 45,05%.

Parmi les médecins interrogés 2/3 connaissaient la définition de la migraine.

La majorité des médecins (69,6%) ne connaissaient pas les caractéristiques de l'aura migraineuse. L'aura visuel était le plus connu (14,3%).

La majorité des médecins ne connaissaient pas les signes annonciateurs de la crise migraineuse soit 76,8%. Les troubles visuels étaient cités par 21% des médecins.

Le Stress est le facteur déclenchant le plus connu par les médecins avec 62,5%.

Les nausées/vomissements étaient les signes d'accompagnements les plus connus par les médecins soit 63,4%.

Parmi les médecins interrogés 91,1% ne connaissaient pas les complications de la migraine. AVC était la complication la plus connue avec 3,6% suivit de l'état de mal migraineux qui représentait 2,7%.

Le propranolol et l'amitriptyline n'étaient donnés comme traitement de fond de la migraine respectivement que par 11,6% et 8,6% des médecins.

Environ 88% des prescripteurs n'avaient aucune information sur les triptans.

Parmi les médecins interrogés 99,1% n'avaient d'aucune formation spécifique sur la douleur.

Mots clés : Migraine, Médecins généralistes, Connaissances, Attitudes, Pratiques, CSCOM, Mali.

FICHE D'ENQUÊTE

Titre :

Modalités de prise en charge de la migraine dans les centres de santé communautaire (CSCOM) de Bamako au Mali. Enquête pratique.

Partie réservée au prescripteur

1. Données socio démographiques :

Numéro du dossier:/.....

Commune:/.....

CSCOM:/.....

Age : /...../

Sexe : /...../

Grade :

/.....

Privé : /...../

Public : /...../

Expérience

professionnels:/.....

2. Connaissances sur les aspects cliniques :

* Connaissez-vous la migraine ?

Oui : /...../

Non : /...../

*Définissez la migraine ?

.....
.....
.....
.....

*Combien de migraineux/semaine ?

.....≤5

.....≥10

Autres à préciser

.....

* Avez-vous l'habitude de prendre en charge les patients migraineux ?

Oui:/...../

Non:/...../

*Si Oui, quels sont vos critères diagnostics de la migraine ?

Les caractéristiques des céphalées

-Siège :

.Unilatéral (en hémicrânie):/...../

.diffuse:/...../

-Evolution par :

.crise:/...../

.continue:/...../

-type

.Pulsatile:/...../

.Serrement:/...../

.pesanteur:/...../

.Broiement:/...../

-Intensité

.faible:/...../

.Sévère:/...../

.modérée:/...../

.Très sévère:/...../

-Durée : Combien de temps dure une crise migraineux classique ?

1h/...../

2h/...../

72h/...../

Autres à

préciser:/.....

*Quels sont les types de migraine ?

.....
.....
.....
.....

*Quand entendez-vous par aura migraineux ?

Sensoriel:/...../
langage:/...../

Visuelles:/...../

Troubles du

Autres à préciser :/.....

*Existe-t-il des signes prémonitoires (signes précédents la crise migraineuse)?

Oui:/...../

Non:/...../

Si oui citez le ou celles que vous connaissez ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

*Existe-t-il des facteurs déclenchant de la migraine ?

Oui:/...../

Non:/...../

Si oui lesquelles selon vous?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

*Existe-t-il des signes accompagnateurs de la migraine ?

Oui:/...../

Non:/...../

Si oui citez-en quelques-uns ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

*Quels peuvent être les complications d'une migraine selon vous ?

.....
.....
.....
.....

.....
.....

4. Pratiques sur la migraine :

*Mettez une croix devant le ou les médicaments que vous pouvez mettre dans le traitement de fond d'une migraine ?

- Propanolol (AvlocardylR):/...../
- L'Acétazolamide (DiamoxR) :/...../
- L'Amitriptyline (Laroxyl):/...../
- La Lamotrigine (LamictalR) :/...../
- Les Anticalciques (Nimodipine, Flunarizine et Verapamil):/...../
- Les Benzodiazépines (Diazépam):/...../
- Antalgique:/...../
- Les Antibiotiques:/...../
- Autres (à préciser si possible):/...../

*Avez-vous déjà entendu parler des triptans ?

Oui:/...../ Non:/...../

Si Oui pouvez-vous en citer quelques-uns ?

.....
.....
.....
.....
.....

5. Avez-vous eu une formation spécifique en matière de prise en charge de la douleur ?

-Faculté de médecine:/...../

-Spécialisation DES:/...../

-Dans le cadre d'une EPU(Etude Post Universitaire):/...../

-Dans le cadre d'une DIU:/...../

-Dans un service approprié (lequel si possible):/.....

-Autres:/.....

-Aucune formation:/...../

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 je n'exigerai jamais un
Salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage
Clandestin d'honoraires.

Admise 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 méprisée de mes confrères si j'y

Manque!

Je le jure