UNIVERSITÉ DU BURUNDI
GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI
Dépôt institutionnel officiel
https://repository.ub.edu.bi

Prise en charge de la migraine par le médecin généraliste : étude faite en mairie de Bujumbura

Ntakiyiruta, Innocent

2020-03
UB, Faculté de Médecine
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/430

Document téléchargé depuis le **Grenier du Savoir du Burundi** — https://repository.ub.edu.bi

UNIVERSITE DU BURUNDI

FACULTE DE MEDECINE

PRISE EN CHARGE DE LA MIGRAINE PAR LE MEDECIN GENERALISTE : Etude faite en Mairie de BUJUMBURA

Par :

Innocent NTAKIYIRUTA

Directeur de thèse :

Pr Patrice BARASUKANA

Thèse présentée et soutenue publiquement en vue de l'obtention du grade de **Docteur en Médecine**

Bujumbura, Mars 2020

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE (2018-2019)

I.BUREAU DECANAL

1. Pr Jean Baptiste NGOMIRAKIZA : Doyen
2. Pr Martin MANIRAKIZA : 1er Vice-Doyen
3. Dr Désiré NISUBIRE : 2ème Vice-Doyen

II. PROFESSEURS EMERITES

1. Pr Evariste NDABANEZE
2. Pr Gabriel NDAYISABA
3. Pr Richard KARAYUBA
4. Pr Léodégal BAZIRA

III. PROFESSEURS ORDINAIRES

1. Pr Théodore NIYONGABO : Pathologies infectieuses et parasitaires
2. Pr Léopold NZISABIRA : Neurologie
3. Pr Gaspard KAMAMFU : Pneumologie
4. Pr Aloys NIYONGABO : Biochimie Structurale et Métabolique
5. Pr Frédéric NSABIYUMVA : Pharmacologie Spéciale, Endocrinologie
6. Pr Rénovât NTAGIRABIRI : Gastro-Entérologie, Hépatologie
7. Pr Elysé BARANSAKA : Cardiologie
8. Pr Jean Baptiste NGOMIRAKIZA : Hépatologie, Nutrition, Physiologie et Sémiologie Digestive

IV. PROFESSEURS ASSOCIES

1. Pr Déogratias NIYUNGEKO : Pédiatrie
2. Pr Gordien NGENDAKURIYO : Oto-Rhino-Laryngologie
3. Pr Salvator HARERIMANA : Gynécologie-Obstétrique
4. Pr Serge BAHIMANGA : Pédiatrie
5. Pr Claudette NDAYIKUNDA : Hématologie F., Hématologie Clinique., Biochimie Pathologique
6. Pr Hélène BUKURU : Pédiatrie
7. Pr Joseph NYANDWI : Néphrologie, Sémiologie et Physiologie Néphrologie

8. Pr Sylvestre BAZIKAMWE : Gynécologie –Obstétrique et Soins Maternels et Infantiles
9. Pr J. Claude NIYONDIKO : Anatomie
10. Pr Eugène NDIRAHISHA : Endocrinologie, Physiologie et Sémiologie Cardiaque
11. Pr François NDIKUMWENAYO : Physiologie, Education à la Citoyenneté
12. Pr Patrice BARASUKANA : Neuroanatomie, Physiologie neurologique, Sémiologie neurologique
13. Pr Sébastien MANIRAKIZA : Imagerie Médicale
14. Pr Levi KANDEKE : Ophtalmologie
15. Pr Alexis SINZAKARAYE : Rhumatologie et Médecine Physique et de Réadaptation
16. Pr Martin MANIRAKIZA : Pathologies infectieuses et parasitaires, Endocrinologie
17. Pr Pontien NDABASHINZE : Pédiatrie
18. Pr Louis NGENDAHAYO : Anatomie pathologie
19. Pr Déogratias NTUKAMAZINA : Gynécologie-Obstétrique
20. Pr Stanislas HARAKANDI : Soins Palliatifs, Anesthésie-réanimation
21. Pr AMANI Moïbéni : Sémiologie Médicale et Physiologie
22. Pr Léonard BIVAHAGUMYE : Anatomie Tête et Cou, Sémiologie Chirurgicale.

V.CHARGES DE COURS

1. Dr Emmanuel GIKORO : Imagerie Médicale.
2. Dr Hermann NIMPAYE : Parasitologie, Entomologie Médicale
3. Dr Désiré NISUBIRE : Biologie Moléculaire, Cytologie et Génétique
4. Dr Gilbert NDAYIZEYE : Anatomie
5. Dr Alice NDAYISHIMIYE : Pédiatrie
6. Dr Chantal MUREKATETE : Radiologie
7. Dr Paul BANDEREMBAKO : Urologie
8. Dr Jean Claude MBONICURA : Pathologie chirurgicale
9. Dr Thierry SIBOMANA : Pneumologie

10. Dr Thoto Shabani MAREBO : Urologie
11. Dr Jean Bosco BIZIMANA : Neuro-anatomie, Neurochirurgie
12. Dr Daniel NDUWAYO : Neuro-physiologie
13. Dr Zacharie NDIZEYE : Méthodologie de la Recherche, Epidémiologie et Déontologie

VI. CHARGES D'ENSEIGNEMENT

1. Dr Jacques NDIKUBAGENZI : Hygiène et Epidémiologie
2. Dr Sandra NKURUNZIZA : Initiation à la Santé Publique
3. Dr Alexandre NIYONKURU : Médecine nucléaire (en formation)

VII. MAITRES ASSISTANTS

1. Mme Claire NDAYIKENGURUKIYE : Immunologie, Bactériologie, Virologie et Mycologie
2. Ph Ramadhan NYANDWI : Pharmacologie Générale
3. Dr Désiré HABONOMANA : Economie de la santé
4. Dr Jean Claude NKURUNZIZA : Administration des Services de Santé

VIII. ASSISTANTS

1. Dr Paulin BARAMBURIYE : Anatomie (en formation)
2. Dr Roméo IRANKUNDA : Physiologie (en formation)
3. Dr Eloi IRANGABIYE : Anatomie-Pathologie (en formation)
4. Dr Épipode NTAWUYAMARA : Anatomie-Pathologie (en formation)
5. Dr Evrard NIYONKURU : Anatomie-Pathologie (en formation)

IX. ENSEIGNANTS A TEMPS PARTIEL

1. Dr Elie MUPERA : Dermatologie
2. Dr Sylvère SAKUBU : Psychiatrie
3. Dr Gaspard MARERWA : Anatomie Pathologie Spéciale
4. Dr Thaddée BARANCIRA : Physique
5. Dr Léopold HAVYARIMANA : Chimie Générale et Organique
6. Dr Jean Bosco KAYOYA : Biostatistique
7. Dr Juvénal MUYUKU : Stomatologie

8. Mr Bonaventure NIYOYANDOYE : Psychologie Générale
9. Mr Eric NIYIKIZA : Mathématiques
10. Mr Ferdinand NCABWENGE : Anglais Médical
11. Dr Alexis BANUZA : Informatique
12. Mme Patricie BARAHINDUKA : Soins Infirmiers
13. Dr Emmanuel KAMO : Médecine du Travail
14. Dr Sylvain NIYONKURU : Sémiologie Chirurgicale I
15. Dr Canisius HAVYARIMANA : Sémiologie Chirurgicale II
16. Dr Didier KAMATARI : Anatomie

DEDICACES

A Dieu tout puissant,

A mes chers regrettés parents,

A mes chers frères et sœurs,

A mes oncles et tantes,

A mes cousins et cousines,

Je dédie cette thèse.

REMERCIEMENTS

A mon Directeur de thèse, le Professeur Patrice BARASUKANA,
Pour l'honneur que vous me faites en acceptant d'encadrer et de juger ce travail.
Je vous remercie de l'aide et du temps que vous m'avez accordés.
Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

Au Professeur Léopold NZISABIRA,
Je vous remercie pour le grand honneur que vous me faites en acceptant la présidence de ce jury.
Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Au Docteur Daniel NDUWAYO,
Pour l'honneur que vous me faites en jugeant cette thèse.
Soyez rassuré de ma gratitude.

SIGLES ET ABREVIATIONS

% : Pourcentage

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ATP1A2 : Gène codant pour la pompe K/Na ATP-ase, sur le chromosome 1

CACNA1A : Gène codant pour une chaine de calcium, sur le chromosome 19

CADASIL : Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarctus and Leukoencephalopathy

CGRP : Calcitonin Gene-related Released Peptide

DCE : Dépression Corticale envahissante

EEG : Electroencéphalogramme

HAS : Haute Autorité de Santé

HIT : Headache Impact Test

HTIC : Hypertension Intracrânienne

ICHD : International Classification of the Headache Disorders

IHS : International Headache Society

IRM : Imagerie par Résonnance Magnétique

MIDAS : Migraine Disability Assessment

PEC : Prise En Charge

TDM : Tomodensitométrie

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Critères de diagnostic de la migraine adaptés d'après l'IHS 7

Tableau II : Molécules efficaces 20

Tableau III : Répartition des médecins selon les tranches d'âge 25

Tableau IV: Répartition des médecins selon le nombre d'années d'exercice professionnel 26

Tableau V : Répartition des médecins selon le secteur d'activité 26

Tableau VI : Répartition des médecins selon leur perception face à la formation sur la migraine……28

Tableau VII : Répartition des médecins selon la prescription du scanner cérébral 32

Tableau VIII : Répartition des médecins selon les indications du scanner cérébral 32

Tableau IX: Répartition des médecins selon la prescription d'autres examens complémentaires. 33

Tableau X : Répartition des médecins selon les examens complémentaires prescrits 33

Tableau XI : Répartition des médecins selon le recours au médecin spécialiste…..... 34

Tableau XII: Répartition des médecins selon le médecin spécialiste de recours……34

Tableau XIII : Répartition des médecins selon les raisons motivant le recours au médecin spécialiste. 35

Tableau XIV : Répartition des médecins selon la proposition du carnet de suivi de la migraine……..35

Tableau XV: Répartition des médecins selon la recherche des comorbidités 37

Tableau XVI: Répartition des médecins selon la prescription du traitement de fond..... 39

Tableau XVII : Répartition des médecins instaurant un traitement de fond sur critère fréquence des crises selon le nombre mensuel des crises. 40

Tableau XVIII: Répartition des médecins selon les molécules utilisées en première intention pour le traitement de fond. 41

Tableau XIX: Répartition des médecins selon les molécules utilisées en deuxième intention pour le traitement de fond 42

Tableau XX: Répartition des médecins selon la perception par rapport l'efficacité du traitement de fond. 42

Tableau XXI: Répartition des médecins selon l'évaluation de l'efficacité du traitement de fond. 43

Tableau XXII: Répartition des médecins qui évaluent l'efficacité du traitement de fond selon le temps nécessaire pour l'évaluation après l'instauration de ce traitement 43

Tableau XXIII : Répartition des médecins qui instaurent le traitement de fond selon le temps d'arrêt de ce dernier dès l'obtention de son efficacité 44

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Répartition des médecins selon le sexe..... 25

Graphique 2 : Répartition des médecins selon la réception de formation continue……..27

Graphique 3 : Répartition des médecins selon l'outil de formation continue 28

Graphique 4 : Répartition des médecins selon le nombre moyen de patients migraineux reçus par mois……...29

Graphique 5 : Répartition des médecins selon l'âge moyen de diagnostic de la migraine..... 30

Graphique 6: Répartition des médecins selon les critcres retenus pour établir le diagnostic de migraine..... 31

Graphique 7 : Répartition des médecins selon l'évaluation du handicap. 36

Graphique 8 : Répartition des médecins selon le traitement de crise prescrit en 1ère intention 37

Graphique 9 : Répartition des médecins selon le traitement de crise prescrit en deuxième intention..... 38

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Répartition des médecins selon les critères d'instauration du traitement de fond. 39

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE (2018-2019) i

DEDICACES v

REMERCIEMENTS vi

SIGLES ET ABREVIATIONS vii

LISTE DES TABLEAUX viii

LISTE DES GRAPHIQUES x

LISTE DES FIGURES xi

TABLE DES MATIERES xii

0. INTRODUCTION 1

CHAPITRE I. GENERALITES 2

I.1. Epidémiologie 2

I.2. Physiopathologie 3

I.3. Classification, Clinique et diagnostic 4

I.3.1. Introduction 4

I.3.2. Classification 5

I.3.3. Clinique 7

I.3.3.1. Migraine sans aura 7

I.3.3.2. Migraine avec aura 8

I.3.3.2.1. Migraine avec aura typique 9

I.3.3.2.2. Migraine avec aura basilaire 9

I.3.3.2.3. Migraine hémiplégique 10

I.3.3.2.4. Migraine rétinienne 12

I.3.3.3. Migraine chronique 12

I.3.3.4. Complications de la migraine 13
I.3.3.4.1. Etat de mal migraineux 13
I.3.3.4.2. Aura persistante sans infarctus 13
I.3.3.4.3. Infarctus migraineux 13
I.3.3.4.4. Epilepsie déclenchée par la migraine 14
I.3.3.5. Migraine probable 14
I.3.3.5.1. Migraine probable sans aura 14
I.3.3.5.2. Migraine probable avec aura 14
I.3.3.6. Migraine ophtalmoplégique 15
I.3.3.7. Migraine confusionnelle 15
I.3.3.8. Migraine et vie hormonale de la femme 15
I.3.4. Diagnostic 16
I.3.4.1. Diagnostic positif 16
I.3.4.2. Diagnostic différentiel de la céphalée brusque récente 16
I.4. Facteurs favorisants 17
I.5. Examens complémentaires 18
I.6. Thérapeutique 19
I.6.1. Moyens médicaux 19
I.6.1.1. Traitement de la crise 19
I.6.1.2. Traitement de fond 20
I.6.2. Moyens non médicamenteux 21
I.6.3. Autres traitements 21
I.7. Evolution et pronostic 21

CHAPITRE II. PATIENTS ET METHODE 23
II.1. Patients 23
II.1.1. Population d'étude 23
II.1.2. Lieu d'étude 23
II.1.3. Critères d'éligibilité 23
II.2. Méthode 23
II.2.1. Type d'étude 23
II.2.2. Période d'étude 23
II.2.3. Recueil des données 23
II.2.4. Analyse et traitement des données 24
II.2.5. Présentation des références 24
II.2.6. Difficultés rencontrées 24
CHAPITRE III. RESULTATS 25
III.1. Sexe 25
III.2. Age 25
III.3. Expérience professionnelle 26
III.4. Secteur d'activité 26
III.5. Formation continue dans le domaine médical 27
III.6. Outil de formation continue 28
III.7. Formation sur la migraine 28
III.8. Nombre moyen de patients migraineux reçus par mois 29
III.9. Age moyen de diagnostic de la migraine 30
III.10. Critères de diagnostic de la migraine 31
III.11. Demande du scanner cérébral 32

III.12. Indications d'un scanner cérébral 32
III.13. Prescription d'autres examens complémentaires 33
III.14. Autres examens complémentaires prescrits. 33
III.15. Recours au médecin spécialiste 34
III.16. Médecin spécialiste de recours 34
III.17. Motif de recours au médecin spécialiste 35
III.18. Carnet de suivi 35
III.19. Evaluation du handicap 36
III.20. Comorbidités recherchées 37
III.22. Traitement de crise de deuxième intention 38
III.23. Instauration du traitement de fond 39
III.24. Critères d'instauration du traitement de fond 39
III.25. Fréquence de crises 40
III.26. Traitement de fond de première intention 41
III.27. Traitement de fond de deuxième intention 42
III.28. Efficacité du traitement de fond 42
III.29. Evaluation de l'efficacité du traitement de fond 43
III.30. Temps nécessaire pour l'évaluation après instauration du traitement de fond 43
III.31. Arrêt du traitement 44
CHAPITRE IV. DISCUSSION, COMMENTAIRE ET REVUE DE LA LITTERATURE 45
IV.1. Données sociodémographiques 45
IV.2. Caractéristiques des patients migraineux 45
IV.3. Prise en charge diagnostique de la migraine 45

IV.4. Réalisation d'examens complémentaires 46
IV.5. Médecins généralistes et recours à un confrère 47
IV.6. Evaluation du handicap et suivi du patient migraineux 47
IV.7. Prise en charge thérapeutique des patients migraineux 49
IV.7.1. Traitement de la crise migraineuse 49
IV.7.2. Critères d'instauration d'un traitement de fond 50
IV.7.3. Traitement de fond de la migraine 51
IV.7.4. Evaluation du traitement de fond 51
CHAPITRE V : CONCLUSION ET SUGGESTIONS 52
V.1. Conclusion 52
V.2. Suggestions 53
REFFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 54
ANNEXES 60
Résumé 66

0. INTRODUCTION

La migraine est un désordre neurologique marqué par des accès épisodiques de céphalées invalidantes. Ces crises sont souvent caractérisées par des épisodes de céphalées unilatérales, d'intensité modérée à sévère, pulsatiles, associées à des nausées, des vomissements, une photophobie, une phonophobie et une exacerbation par les activités physiques [1].

Sa prévalence est de 11,6% au niveau mondial et de 10,4% en Afrique [2].
La prédominance féminine a été mise en évidence. En effet, trois femmes sont touchées pour un homme [3].

La migraine est un désordre neurologique qui représente un problème très significatif de santé mondiale par sa fréquence et par son action très handicapante [4]. Une étude menée en 2013 a montré que la migraine est la sixième cause des années perdues à cause de l'invalidité dans le monde [5].

En plus, des études ont montré que la migraine est une cause fréquente d'absentéisme et de réduction de la productivité au travail [6].

Le médecin généraliste joue un rôle clé dans la gestion de la migraine. Pour cela, il reste nécessaire d'améliorer le diagnostic et le traitement de la migraine et, à notre connaissance, aucune étude n'a été jusqu'ici menée sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des patients migraineux en médecine générale au Burundi, d'où l'intérêt de notre étude « Prise en charge de la migraine par le médecin généraliste » avec comme:

- **Objectif général :** Contribuer à l'amélioration de la prise en charge de la migraine par le médecin généraliste.
- **Objectifs spécifiques :**
  - Evaluer les connaissances et attitudes du médecin généraliste face à la migraine.
  - Evaluer les pratiques du médecin généraliste face à la migraine.
  - Identifier les lacunes et les points forts dans la prise en charge de la migraine.

CHAPITRE I. GENERALITES

I.1. Epidémiologie

Plusieurs études épidémiologiques se rapportant à la migraine ont été déjà effectuées en Europe et aux Etats Unis, et très peu en Afrique. Dans ces études, il ressort que les taux de prévalence globale de la migraine se situent aux alentours de 12% [7,8], 6-8% des hommes et 15-18% des femmes [9,10].

Deux études réalisées à 10 ans d'intervalle en France et aux Etats Unis montrent une stabilité de la prévalence de la migraine [9].

Les études récentes montrent que la prévalence de la migraine dans la population générale est évaluée à 15% en France [11] et à plus de 17% pour les femmes et plus de 5% pour les hommes aux USA [12]. En revanche, la prévalence de la migraine en Chine est faible de l'ordre de 8% s'expliquant par une différence de technique méthodologique utilisée [13]. Dans une enquête épidémiologique aux Etats Unis, il est trouvé une prévalence nettement plus élevée chez les blancs (20,4%) que chez les américains d'origine africaine (15,2%), les américains d'origine asiatique ayant le taux le plus bas (9,2%). Il est impossible de dire s'il s'agit de différences culturelles et environnementales ou d'une vulnérabilité raciale d'ordre génétique [9].

Le taux de prévalence maximale est trouvé dans les professions intermédiaires (employés de bureau, instituteurs, professions paramédicales) alors que la prévalence la plus basse concerne le monde ouvrier et paysan [14].

En Afrique sub-saharienne l'épidémiologie de la migraine n'est pas bien documentée [15-16]. Au cours de ces deux dernières décennies, très peu d'études ont évalué le fardeau de la migraine en Afrique sub-saharienne en utilisant les critères de l'ICHD. Les résultats présentaient des contradictions [17,18]. Par exemple, Dent et coll. en Tanzanie ont rapporté une prévalence de la migraine de 5% dans la population rurale [17]. Pourtant, Adoukonou et ses collègues dans leur étude menée auprès des étudiants de Cotonou ont trouvé une prévalence de la migraine de 11,3% [19]. De même, Ofovwe et Ofili ont trouvé une prévalence de 13,5% chez les élèves de l'école secondaire au Nigeria [20].

En Ethiopie, une étude sur la prévalence de la migraine menée en 2007 auprès des travailleurs d'une usine textile à Addis-Abeba a trouvé une prévalence de 6,2% [18].

Toutes les études montrent une large prévalence féminine de la migraine, avec un ratio femmes/hommes de 3 à 3,8 ; la prévalence féminine restant plus élevée quel que soit l'âge. Les variations de prévalence en fonction de l'âge se font parallèlement dans les deux sexes, le maximum de prévalence se situant entre 30 et 50 ans puis décroissant progressivement [7,8]. La prépondérance féminine se précise à partir de 12ans [10,21].

Le tableau clinique de la crise migraineuse varie selon les individus [14].
La fréquence des crises est également variable d'un patient à l'autre et chez le même individu, bien que les femmes aient des crises plus fréquentes que les hommes [22].

La migraine est une maladie significativement invalidante. Elle limite l'activité quotidienne de plus de 50% des patients et empêche toute activité dans 25 à 30% des cas [14]. Selon les études, le nombre annuel moyen de jours d'absentéisme chez les migraineux varie entre 1,4 et 4 jours [23]. Mais même si certains patients ne s'absentent pas durant leurs crises, leur efficacité au travail est nettement diminuée [24]. Des problèmes sociaux extra- et intrafamiliaux sont également souvent recensés [23,25].

I.2. Physiopathologie

Historiquement, il existe 2 théories physiopathologiques de la migraine qui, selon les connaissances actuelles semblent coexister :
- théorie vasculaire : modification du calibre des artères lors de la crise : l'aura est déclenchée par une ischémie transitoire suite à une vasoconstriction et la céphalée résulte d'une vasodilatation « rebond » des vaisseaux intra et extra cérébraux qui active les nocicepteurs vasculaires. La pulsatilité de la céphalée et l'effet bénéfique de substances vasoconstrictrices sont également en faveur de cette hypothèse.
- théorie de dysfonctionnement neuronal « primaire » dont les modifications artérielles ne seraient que la conséquence. L'activité neuronale était évaluée par technique de tomodensitométrie par émission de positrons.

Ainsi peut-on distinguer 3 phases de déroulement de la pathologie migraineuse:

- ✓ le déclenchement de la crise par une sensibilité génétique à l'hyperexcitabilité du cortex cérébral et l'activation du tronc cérébral par augmentation du débit sanguin. Le tronc cérébral agirait comme un «

Centre générateur » du fait de l'implication de structures concernant la transmission nociceptive.

- ✓ l'aura migraineuse par processus de type « Dépression Corticale envahissante (DCE) ». Celui-ci résulte d'une stimulation physique ou chimique déclenchant une hyperactivité neuronale avec hyper perfusion locale brève. Il survient ensuite une inactivité neuronale durable avec diminution modérée du débit sanguin cortical. Puis, ce phénomène se propage à la surface du cortex, pouvant être arrêté par un sillon ou une scissure.

- ✓ la céphalée migraineuse par activation du système trigémino-vasculaire qui se produit lorsque les terminaisons périphériques des neurones nociceptifs déchargent, ce qui stimule les terminaisons centrales et provoque l'activation des neurones de second ordre dans le bulbe et la moelle cervicale. Il existe par ailleurs une double sensibilisation du système trigémino-vasculaire : sensibilisation des terminaisons péri vasculaires avec comme conséquence le caractère pulsatile de la douleur et l'exacerbation de la douleur lors de l'augmentation de la pression intracrânienne ; et sensibilisation centrale entrainant hyperalgésie et allodynie cutanées [26].

I.3. Classification, Clinique et diagnostic

I.3.1. Introduction

Il existe divers types de migraine et différents types de migraine peuvent coexister chez un même patient.

On distingue deux grands types de migraine [27] :

- la migraine sans aura : la forme la plus fréquente qui se manifeste par des crises de céphalées spontanément résolutives ;
- la migraine avec aura : la céphalée est précédée ou accompagnée de symptômes témoignant d'un dysfonctionnement du cortex ou du tronc. Ces symptômes ont des caractères cliniques propres à la migraine.

La céphalée accompagnant l'aura peut ou non avoir les traits de la migraine sans aura. Dans certains cas l'aura n'est pas suivie d'une céphalée.

Des symptômes prémonitoires (prodromes migraineux) peuvent précéder une attaque migraineuse de quelques heures à 1 ou 2 jours. Ils ont été classés sur une base clinique en symptômes excitateurs et inhibiteurs. Ces symptômes peuvent être pris par les migraineux pour un facteur déclenchant de leur crise [27].

➢ Symptômes excitateurs:

- irritabilité ;
- sentiment d'euphorie ;
- hyperactivité physique ;
- appétence pour un aliment ;
- intolérance à la lumière, aux bruits, à certaines odeurs ;
- hyperactivité intestinale et vésicale.

➢ Symptômes inhibiteurs :

- asthénie ;
- somnolence, bâillements ;
- tendance dépressive ;
- ralentissement intellectuel ;
- difficultés de concentration ;
- sensation de froid ;
- anorexie ;
- rétention d'eau ;
- constipation.

L'IHS a fixé à 5 le nombre de crises nécessaires pour porter avec certitude le diagnostic de migraine. Il est sans doute possible pour tout individu de présenter dans sa vie une crise de migraine spontanément ou en réaction à une affection cérébrale. Mais seule la répétition des crises dans le temps fait de lui un migraineux [27].

I.3.2. Classification

La migraine est actuellement considérée comme une maladie neurologique chronique avec épisodes aigus intermittents [28]. De par sa fréquence et l'absence de test diagnostique objectif, il a été nécessaire de mettre en place des critères de diagnostic cliniques pour une aide à la pratique ambulatoire.
Ainsi ont été définis les critères de l'International Headache Society IHS [29].

Ces critères présentent des caractéristiques permettant leur large utilisation : variabilité inter-observateurs acceptable, bonne spécificité mais une sensibilité peu satisfaisante avec des critères restrictifs [30].

Les différents types de migraine selon la classification de l'IHS [29]. :

1. Migraine
1.1. Migraine sans aura
1.2. Migraine avec aura
1.2.1. Migraine avec aura typique
1.2.1.1. Aura typique avec céphalée
1.2.1.2. Aura typique sans céphalée
1.2.2. Migraine avec aura basilaire
1.2.3. Migraine hémiplégique
1.2.3.1. Migraine hémiplégique familiale
1.2.3.1.1. Migraine hémiplégique familiale de type 1
1.2.3.1.2. Migraine hémiplégique familiale de type 2
1.2.3.1.3. Migraine hémiplégique familiale de type 3
1.2.3.1.4. Migraine hémiplégique familiale, autre locus
1.2.3.2. Migraine hémiplégique sporadique
1.2.4. Migraine rétinienne
1.3. Migraine chronique
1.4. Complications de la migraine
1.4.1. Etat de mal migraineux
1.4.2. Aura persistante sans infarctus
1.4.3. Infarctus migraineux
1.4.4. Epilepsie déclenchée par la migraine
1.5. Migraine probable
1.5.1. Migraine sans aura probable
1.5.2. Migraine avec aura probable

Tableau I : Critères de diagnostic de la migraine adaptés d'après l'IHS

Critères de la migraine sans aura	Critères de la migraine avec aura
A. au moins 5 crises répondant aux critères B à D ; B. crises de céphalées durant de 4 à 72 heures (sans traitement) ; C. céphalées ayant au moins 2 des caractéristiques suivantes : - unilatérale ; - pulsatile ; - modérée à sévère ; - aggravation par les activités physiques de routine, telles que montée ou descente d'escaliers ; D. durant les céphalées, au moins l'un des caractères suivants : - nausée et/ou vomissement ; - photophobie et phonophobie ; E. l'examen clinique doit être normal entre les crises. En cas de doute, un désordre organique doit être éliminé par les investigations complémentaires appropriées.	A. au moins 2 crises répondant au critère B ; B. au moins 3 des 4 caractéristiques suivantes : - un ou plusieurs symptômes de l'aura totalement réversibles ; - le symptôme de l'aura se développe progressivement sur plus de 4 minutes et si plusieurs symptômes sont associés, ils surviennent successivement ; - la durée de chaque symptôme n'excède pas 60 minutes ; - la céphalée fait suite à l'aura après un intervalle libre maximum de 60 minutes, mais parfois commence avant ou pendant l'aura ; C. l'examen clinique doit être normal entre les crises. En cas de doute, un désordre organique doit être éliminé par les investigations complémentaires appropriées.

I.3.3. Clinique

Nous allons détailler de façon précise les critères diagnostiques des différents types de migraine, selon les critères IHS 2013 [31].

I.3.3.1. Migraine sans aura

Il s'agit de la présentation la plus commune. Des symptômes prémonitoires peuvent précéder la crise proprement parlée. La céphalée s'installe de façon rapidement progressive, atteint un maximum pouvant persister plusieurs heures puis la résolution se fait de façon progressive jusqu'à disparition des symptômes. Les signes prémonitoires peuvent précéder la céphalée de quelques heures à environ 2 jours.

Leur prévalence est très variable selon les études, allant de 12 à 88% [32].
Les plus fréquemment rencontrés sont une irritabilité, une humeur dépressive, une sensation de faim, des battements, une excitation ou une asthénie. De façon moins fréquente on peut observer une difficulté de concentration, une raideur cervicale, des mictions fréquentes, une apathie, une soif importante, une difficulté de trouver ses mots ou à articuler ou une fatigue musculaire générale.

La migraine cataméniale, une entité nosologique distincte, débute 2 jours avant le début des règles et se prolonge pendant toute leur durée. Ce diagnostic n'est retenu que si au moins 90% des crises surviennent dans ces circonstances.

I.3.3.2. Migraine avec aura

Les auras migraineuses se manifestent par des symptômes neurologiques focaux réversibles qui se développent progressivement sur 5 à 30 minutes et durent moins de 60 minutes. Elles sont d'une grande diversité sémiologique. Beaucoup de migraineux ont plusieurs types d'auras apparaissant successivement au cours de la même crise ou au cours des crises successives. Les auras visuelles sont les plus fréquentes (99%), suivis par les auras sensitives (31%), aphasiques (18%) et motrices (6%) [33].

- Auras visuelles :
  - scotome scintillant ;
  - phosphènes ;
  - vision floue ;
  - illusions visuelles :
    - ✓ métamorphopsie ;
    - ✓ micro- ou macropsie ;
    - ✓ polyopsie ;
    - ✓ Palinopsie ;
  - hallucinations visuelles complexes.
- Auras sensitives :
  - paresthésies chéiro-orales ;
  - troubles de la perception du schéma corporel.
- Auras aphasiques :
  - manque du mot ;
  - paraphasies ;
  - troubles de la lecture, de la compréhension.

➢ Auras motrices :

- hémiparésie ;
- apraxie.

➢ Autres hallucinations sensorielles

Le caractère de la céphalée qui suit l'aura peut-être :

- typiquement migraineux (aura typique avec céphalée migraineuse) ;
- ou bien non migraineux (aura typique avec céphalée non migraineuse) ;
- parfois l'aura n'est pas suivie de céphalée.

I.3.3.2.1. Migraine avec aura typique

❖ Aura typique avec céphalée

Ses critères diagnostiques sont :

A. crises remplissant les critères d'une migraine avec aura typique;
B. aura accompagnée ou suivie dans les 60 minutes d'une céphalée avec ou sans les critères d'une migraine.

❖ Aura typique sans céphalée

Ses critères diagnostiques sont :

A. crises remplissant les critères d'une migraine avec aura typique;
B. aura ni accompagnée ni suivie dans les 60 minutes d'une céphalée de n'importe quelle sorte.

I.3.3.2.2. Migraine avec aura basilaire

Il s'agit d'une migraine avec des symptômes de l'aura prenant origine au niveau du tronc cérébral, mais pas de symptômes moteurs.

A. au moins deux crises remplissant les critères B à D ;
B. aura fait de symptômes visuels, sensitifs et/ou troubles de la parole/langage, chacun complètement réversible, mais pas de symptômes moteurs ou rétiniens ;
C. au moins deux des symptômes spinaux suivants :
    - dysarthrie ;
    - vertiges ;
    - acouphènes ;
    - hypoacousie ;

- diplopie ;
- ataxie ;
- altération de la conscience ;

D. au moins deux des quatre caractéristiques suivantes :

- au moins un symptôme de l'aura se développe progressivement en cinq minutes ou plus et/ou deux symptômes ou plus surviennent successivement ;
- la durée de chaque symptôme de l'aura est de cinq à soixante minutes ;
- au moins un des symptômes de l'aura est unilatéral ;
- l'aura est accompagnée ou est suivie dans les soixante minutes de céphalées ;

E. symptômes ne pouvant être attribués à une autre affection, et un accident ischémique transitoire ayant été éliminé.

I.3.3.2.3. Migraine hémiplégique

Il s'agit d'une migraine avec une aura incluant un déficit moteur.
Ses critères diagnostiques sont :
A. au moins deux crises remplissant les critères B et C ;
B. l'aura consiste en :

- un déficit moteur complètement réversible ;
- symptômes visuels, sensitifs et/ou troubles de la parole et du langage totalement réversibles ;

C. céphalée ayant au moins deux des quatre caractéristiques suivantes :

- au moins un symptôme de l'aura se développe progressivement en 5 minutes ou plus, et/ou 2 symptômes ou plus surviennent successivement ;
- chaque symptôme non moteur de l'aura dure 5 à 60 minutes, et chaque symptôme moteur dure moins de 72 heures ;
- au moins un des symptômes de l'aura est unilatéral ;
- l'aura est accompagnée ou suivie dans les 60 minutes de céphalées ;

D. symptômes ne pouvant être attribués à une autre affection, et un accident ischémique transitoire ou un traumatisme ayant été éliminé.

- **Migraine hémiplégique familiale**

Ses critères diagnostiques sont :
A. migraine remplissant les critères d'une migraine hémiplégique ;
B. au moins un parent au premier ou au second degré a eu des crises remplissant les critères d'une migraine hémiplégique.

- **Migraine hémiplégique familiale de type 1**

Ses critères diagnostiques sont :
A. migraine remplissant les critères d'une migraine hémiplégique familiale ;
B. une mutation génétique sur le gène CACNA1A ayant été démontrée comme facteur causal.

- **Migraine hémiplégique familiale de type 2**

Ses critères diagnostiques sont :
A. migraine remplissant les critères d'une migraine hémiplégique familiale ;
B. une mutation génétique sur le gène ATP1A2 a été démontrée comme facteur causal.

- **Migraine hémiplégique familiale de type 3**

Ses critères diagnostiques sont :
A. migraine remplissant les critères d'une migraine hémiplégique familiale ;
B. une mutation génétique sur le gène SCN1A a été démontrée comme facteur causal.

- **Migraine hémiplégique familiale, autre locus**

Ses critères diagnostiques sont :
A. migraine remplissant les critères d'une migraine hémiplégique familiale ;
B. les tests génétiques n'ont démontré aucune mutation sur les gènes CACNA1A, ATP1A2 et SCN1A.

- **Migraine hémiplégique sporadique**

Ses critères diagnostiques sont :
A. migraine remplissant les critères d'une migraine hémiplégique ;
B. aucun parent du premier ou du second degré ne remplit les critères d'une migraine hémiplégique.

I.3.3.2.4. Migraine rétinienne

Ses critères diagnostiques sont :

A. au moins deux crises remplissant les critères B et C ;
B. aura consistant en des symptômes visuels monoculaires totalement réversibles comprenant des signes positifs et/ou négatifs (scintillements, scotomes ou cécité) confirmés au cours d'une crise par :
   - un examen clinique du champ visuel ;
   - le dessin par le patient (après instruction) de son déficit monoculaire ;
C. au moins deux des trois caractéristiques suivantes :
   - l'aura se développe progressivement en 5 minutes ou plus ;
   - la durée des symptômes de l'aura est de 5 à 60 minutes ;
   - l'aura est accompagnée ou est suivie dans les 60 minutes de céphalée ;
D. symptômes ne pouvant être attribués à une autre affection, et d'autres causes de cécité monoculaire transitoire ayant été éliminé.

I.3.3.3. Migraine chronique

La plupart des cas de migraine chronique débute comme une migraine épisodique. Alors que la chronicité se développe, la céphalée tend à perdre son évolution par crises bien qu'il n'ait pas été démontré que ce soit toujours le cas [25].

Les critères diagnostiques IHS d'une migraine chronique sont :

A. céphalées (de tension ou migraineuses) survenant 15 jours ou plus par mois pendant 3 mois et remplissant les critères B et C ;
B. céphalées survenant chez un patient qui a déjà eu au moins 5 crises remplissant les critères B à D d'une migraine sans aura et/ou les critères B et C d'une migraine avec aura ;
C. céphalées survenant 8 jours ou plus par mois pendant 3 mois, remplissant une des conditions suivantes :
   - critères C et D d'une migraine sans aura ;
   - critères B et C d'une migraine avec aura ;
   - identifiées par le patient comme une migraine au début et soulagées par un triptan ou un dérivé de l'ergot de seigle ;
D. symptômes ne pouvant être attribués à une autre affection.

I.3.3.4. Complications de la migraine

I.3.3.4.1. Etat de mal migraineux

Les critères diagnostiques IHS d'un état de mal migraineux sont :
A. une crise migraineuse remplissant les critères B et C ;
B. survenant chez un patient ayant une migraine sans aura et/ou une migraine avec aura, la crise étant identique aux crises antérieures de migraine excepté pour la durée et la sévérité ;
C. la céphalée a les deux caractéristiques suivantes :
- ininterrompue pendant plus de 72 heures ;
- la douleur et/ou les symptômes associés sont invalidants ;

D. symptômes ne pouvant être attribués à une autre affection.

I.3.3.4.2. Aura persistante sans infarctus

Les auras persistantes sont rares mais bien documentées [32]. Les symptômes sont souvent bilatéraux et peuvent durer des mois sans traduction neuroradiologique [10].

Les critères diagnostiques IHS d'une aura persistante sans infarctus sont :
A. aura remplissant le critère B ;
B. chez le patient présentant les critères d'une migraine avec aura, survenue d'une aura semblable aux précédentes auras, excepté qu'un ou plusieurs symptômes de l'aura persistent pendant une semaine ou plus ;
C. pas de signes neuroradiologiques évidents d'infarctus ;
D. non attribuée à une autre affection.

I.3.3.4.3. Infarctus migraineux

Il s'agit de la survenue d'un ou de plusieurs symptômes d'une aura migraineuse associée à un infarctus cérébral dans un territoire approprié mise en évidence par la neuro-imagerie.

Les critères diagnostiques d'un infarctus migraineux sont :
A. une crise migraineuse remplissant les critères B et C ;
B. chez un patient présentant les critères d'une migraine avec aura (code 1.2), survenue d'une crise semblable aux précédentes crises, excepté qu'un ou plusieurs symptômes de l'aura persistent au-delà de 60 minutes ;
C. la neuro-imagerie met en évidence un infarctus dans le territoire concerné ;
D. non attribué à une autre affection.

La survenue d'un infarctus cérébral chez un migraineux peut être due :

- à un infarctus cérébral d'une autre cause coexistant avec une migraine ;
- à un infarctus cérébral d'une autre cause se présentant avec des symptômes ressemblant à une migraine avec aura (par ex. une dissection artérielle) ;
- à un infarctus cérébral survenant au cours du développement d'une aura migraineuse typique. Seule cette situation remplit les critères IHS d'un infarctus migraineux.

Une augmentation du risque d'infarctus a été démontrée par plusieurs études chez les femmes migraineuses de moins de 45ans [34].

I.3.3.4.4. Epilepsie déclenchée par la migraine

Il s'agit d'une crise d'épilepsie typique répondant à tous les critères de définition qui survient durant l'aura ou dans un intervalle de temps d'une heure après l'aura migraineuse. Ce phénomène est parfois appelé migralepsie [35].

Ses critères IHS sont :

A. une crise d'épilepsie répondant à tous les critères diagnostiques d'un type d'épilepsie, et le critère B ;
B. symptômes survenant à un patient ayant une migraine avec aura, durant l'aura ou dans l'intervalle d'une heure après l'aura migraineuse ;
C. non attribué à une autre affection.

I.3.3.5. Migraine probable

I.3.3.5.1. Migraine probable sans aura

Les critères diagnostiques IHS d'une migraine probable sans aura sont :

A. crises remplissant tous les critères A à D de la migraine sans aura (code 1.1) sauf un ;
B. crises ne répondant pas aux critères ICHD-3 d'un autre type de céphalées ;
C. symptômes ne pouvant être attribués à une autre affection.

I.3.3.5.2. Migraine probable avec aura

Les critères diagnostiques IHS d'une migraine probable avec aura sont :

A. crises remplissant tous les critères A à C de la migraine avec aura (code 1.2) ou d'un de ses sous-types sauf un ;
B. crises ne répondant pas aux critères ICHD-3 d'un autre type de céphalées ;

C. symptômes ne pouvant être attribués à une autre affection.

I.3.3.6. Migraine ophtalmoplégique

C'est un syndrome migraineux rare. La cause de ce syndrome reste incertaine.
Les critères diagnostiques IHS de cette migraine sont:

A. au moins deux crises remplissant le critère B ;
B. céphalée de type migraineux accompagnée ou suivie dans les 4 jours par l'atteinte d'un ou plus des 3ème, 4ème et/ou 6ème nerfs crâniens ;
C. une lésion organique parcellaire, de la fente orbitaire ou de la fosse postérieure a été éliminée par les investigations appropriées.

I.3.3.7. Migraine confusionnelle

Un syndrome confusionnel aigu peut survenir au cours d'une crise de migraine, en particulier chez l'enfant. Il y a une désorientation temporo-spatiale, des troubles du comportement avec agitation agressive, perplexité. L'accès dure de 2 à 24 heures et se termine par une phase de sommeil profond [33].

Cette forme, non spécifiquement reconnue par l'IHS, se rencontre volontiers chez les patients présentant une migraine basilaire ou une migraine hémiplégique. La notion d'antécédents familiaux de migraine est présente dans 75% des cas [33].

I.3.3.8. Migraine et vie hormonale de la femme

Des liens étroits existent entre la migraine et les hormones ovariennes. Cette maladie pose donc des problèmes particuliers lors de certaines étapes de la vie hormonale de la femme [35].

Les crises peuvent survenir à des moments particuliers du cycle menstruel. On définit alors deux types de migraine en fonction du moment de leur survenue [36,37] : la migraine menstruelle (24 à 56% des cas), caractérisée par des crises survenant à n'importe quel moment du cycle, mais dont la fréquence augmente au cours de la menstruation ; la migraine menstruelle pure ou migraine cataméniale (7,2% des cas), lorsque les crises surviennent régulièrement et exclusivement entre 2 jours avant et 3 jours après les règles. La migraine menstruelle est probablement liée à la chute brutale du taux d'œstrogène lors de la menstruation et à une prédisposition génétique mais le mécanisme précis n'est pas encore élucidé [37].

Environ 15 à 50% des femmes rapportent une aggravation de leur maladie lors de la prise de contraceptifs oraux et plus particulièrement durant la semaine d'arrêt de ces derniers [38].

L'amélioration de la migraine au cours de la grossesse a été démontrée dans toutes les études et concerne 60 à 70% des femmes, surtout au cours du 2ème et 3ème trimestre de la grossesse [40,41]. Mais les crises peuvent rester inchangées chez certaines patientes et peuvent même s'aggraver surtout durant le 1er trimestre de grossesse (4 à 8%) et la semaine précédant l'accouchement [40,42]. Dans 10% des cas la migraine débute pendant la grossesse (migraine avec aura) [36].

Cette modification du cours évolutif de la migraine lors de la grossesse est probablement liée à la présence d'un facteur intrinsèque sensible aux œstrogènes dans les neurones hypothalamiques [36,40]. Par ailleurs, la migraine ne présente aucun facteur de risque ni pour la mère ni pour le fœtus [40,41].

I.3.4. Diagnostic

I.3.4.1. Diagnostic positif

Le diagnostic de la migraine [3,27] est fait par la clinique à partir de l'interrogatoire et de l'examen du patient. Il repose sur le trépied clinique suivant :

- une évolution par crises récurrentes, séparées par des intervalles libres de toute douleur ;
- des caractéristiques sémiologiques propres ;
- un examen clinique normal.

Aucun examen biologique, aucune donnée de neuro imagerie et aucun test électro physiologique ne permet de confirmer le diagnostic clinique. Les examens complémentaires ne servent qu'à éliminer des céphalées secondaires qui pourraient ressembler à des crises de migraine [27].

I.3.4.2. Diagnostic différentiel de la céphalée brusque récente

Il est fait de [3,27]:

- hémorragie méningée ;
- hématome intracérébral ;
- dissection des artères cérébrales ;
- encéphalopathie hypertensive ;

- HTIC secondaire ou primitive ;
- encéphalopathie toxique ;
- méningite ;
- pseudo-migraine avec pléiocytose ;
- hématome sous dural ;
- thrombose veineuse cérébrale ;
- sinusite aigue ;
- glaucome aigu.

I.4. Facteurs favorisants

Les questionnaires et l'écoute des migraineux incriminent de nombreux facteurs comme favorisant la survenue ou la fréquence des crises [27]. Cinq questions se posent :

- Quels sont les facteurs favorisants mis en cause par le migraineux ?
- Ces facteurs sont-ils particuliers à la migraine ou signalés également en cas de céphalée non migraineuse ?
- La céphalée qu'ils favorisent est-elle une migraine ?
- L'action de ces facteurs est-elle reproductible ?
- Le contrôle de ces facteurs diminue-t-il la fréquence des crises ?

Les facteurs favorisants mis en cause par les migraineux sont [27]:

➢ Facteurs alimentaires et boissons:

- boissons alcoolisées ;
- aliments gras ;
- aliments en sauce ;
- œufs ;
- chocolat.

➢ Facteurs psychologiques:

- stress ;
- anxiété ;
- contrariété ;
- soucis ;
- grandes émotions ;
- état dépressif.

➢ Facteurs généraux:

- règles ;
- pilule ;
- migraine menstruelle vraie ;
- fatigue ;
- surmenage ;
- rythme de vie (pas assez dormi) ;
- odeurs fortes ;
- changement de rythme de vie (déménagement, départ en vacances) ;
- sauter des repas, repas irréguliers ;
- jeûne ;
- activité sexuelle ;
- travail prolongé sur écran ;
- lectures prolongées ;
- tabagisme important.

➢ Environnement climatique

- exacerbation saisonnière ;
- luminosité (soleil, ciel très clair, néon,….) ;
- vent violent ;
- pression atmosphérique ;
- froid ;
- chaleur ;
- changement de temps.

I.5. Examens complémentaires

Il n'existe aucune investigation complémentaire visant à confirmer le diagnostic. Il n'est donc pas recommandé de réaliser des investigations, sauf s'il persiste un doute à l'issue de l'interrogatoire et de l'examen clinique. Leur objectif est l'élimination d'affections structurales, biochimiques ou autres causes pouvant mimer des migraines [7]. La TDM, ou de préférence l'IRM sont les explorations de choix pour écarter une anomalie structurale.

Les situations cliniques justifiant une imagerie sont [7]:

- âge de début tardif (plus de 50ans) ;
- anomalies de l'examen neurologique ;
- céphalée différente des crises habituelles ;

- modifications du profil évolutif (crises devenant résistantes aux traitements, plus fréquentes ou dont la sémiologie se modifie).

I.6. Thérapeutique

I.6.1. Moyens médicaux

I.6.1.1. Traitement de la crise

Il a pour but de diminuer ou de supprimer les symptômes [27]. Le traitement doit être pris le plus tôt possible au début de la crise sauf les triptans, qui sont inefficaces au stade de l'aura neurologique et qui sont en revanche efficaces sur la céphalée à tout moment de la crise. La voie d'administration parentérale sera préférée en cas de nausées et de vomissements gênant l'absorption orale [27].

Les traitements médicamenteux de la crise migraineuse reposent sur des traitements non spécifiques (les antalgiques et les AINS) et sur des traitements spécifiques (les triptans et les dérivés de l'ergot de seigle) [27]:

➢ Traitements non spécifiques :
- Antalgiques : aspirine, aspirine$_+$ métoclopramide, paracétamol ;
- AINS : ibuprofène, naproxène, diclofénac, kétoprofène.

➢ Traitements spécifiques :
- Dérivés de l'ergot de seigle : dihydroergotamine par voie per-nasale, dihydroergotamine injectable, tartrate d'ergotamine per os ;
- Triptans : sumatriptan, zolmitriptan, naratriptan, élétriptan, almotriptan.

Certains AINS, l'aspirine et les triptans ont le plus haut niveau de preuve d'efficacité dans la crise migraineuse. Les triptans ont de plus une efficacité non seulement sur la céphalée, mais aussi sur les signes digestifs et la phono-photophobie associée.

Il faut informer le patient de prendre son traitement uniquement pendant la crise de céphalées migraineuses et d'éviter surtout d'y faire recours à titre préventif afin d'éviter deux ordres de complications : la céphalée chronique quotidienne avec abus médicamenteux et la toxicité directe du produit.

I.6.1.2. Traitement de fond

L'objectif du traitement de fond est de diminuer la fréquence des crises. Son instauration dépend de la fréquence, de l'intensité des crises mais aussi du handicap familial, social et professionnel occasionné. Selon l'ANAES [7], il est prescrit: « Dès que le patient consomme, depuis 3 mois, 6 à 8 prises de traitement de crise par mois et cela même en cas d'efficacité, afin d'éviter l'abus médicamenteux par une surutilisation d'antimigraineux de crise (non spécifiques et/ou spécifiques) ».

La monothérapie est de règle, en augmentant progressivement les doses jusqu'à obtenir une bonne efficacité. Il n'existe aucun intérêt à prescrire une association de médicaments.

Un traitement efficace est poursuivi environ 6 mois, puis la dose est progressivement réduite jusqu'à l'arrêt. La réapparition de céphalées contraint parfois à revenir aux doses initiales et dans de très rares cas à poursuivre le traitement pendant des années.

Tableau II : Molécules efficaces

Classe thérapeutique	DCI	Posologie
Béta-bloquants	Propanolol	40 à 240mg
	Métoprolol	100 à 200mg
Anti-sérotoninergique	Pizotifène	3cp/jr à doses progressives
	Oxétorone	60 à 180mg, 1 prise le soir
	Méthysergide	2 à 6mg (1-3cp) arrêt 1 mois tous les 6 mois
Antiépileptiques	Topiramate	50 à 200mg, 1 à 2 prises
Dérivés de l'ergot de seigle	Dihydroergotamine	10mg, 2 ou 3 prises
Anti-dépresseurs	Amitriptyline	10 à 50mg, 1 prise le soir
Inhibiteurs calciques	Flunarizine	10mg, 1cp le soir, pas plus de 6mois d'affilé

I.6.2. Moyens non médicamenteux

A côté des médicaments, de nombreux moyens peuvent être utilisés pour soulager la crise [42] :

- application du froid sur la tête avec un gant de toilette humide par exemple, quelques glaçons, des macarons à base de menthol ;
  Pour certains migraineux, c'est la chaleur qui soulagera localement la pression sur la tempe douloureuse ;
- certains ont remarqué l'action bénéfique d'une tasse de thé ou de café ;
- l'acupuncture a certains succès à son actif ;
- la relaxation.
- L'amélioration de l'hygiène de vie, du comportement alimentaire et l'identification des facteurs prédisposant et déclenchant modifiables, notamment à l'aide d'un agenda sont les premières mesures recommandées lors de la PEC du patient migraineux afin de réduire les crises migraineuses [43].

I.6.3. Autres traitements

En août 2010, une étude publiée dans The Lancet fait la preuve de l'efficacité d'un nouveau traitement de la migraine, le telcageptant [44]. Il s'agit d'un antagoniste des récepteurs du CGRP, neurotransmetteur du système trigémino-vasculaire. Cette molécule est aussi efficace que les triptans et a l'avantage de ne pas avoir les effets secondaires cardio-vasculaires de ceux-ci car ne provoque pas de vasoconstriction. Une nouvelle PEC est proposée par les auteurs : combiner le telcageptant à un triptan serait-il bénéfique aux migraineux ne répondant pas aux triptans seuls ?

La stimulation magnétique transcrânienne semble avoir toute sa place dans le traitement de la migraine. Une revue de la littérature concernant de nombreuses études portant sur l'utilisation a été publiée dans Headache en juillet 2010 : les auteurs ont démontré l'efficacité de cette technique dans le soulagement de la migraine mais aussi sa quasi innocuité.

I.7. Evolution et pronostic

La maladie migraineuse est une affection bénigne dont les complications sont rares. La gravité fonctionnelle est liée à la fréquence des crises avec le retentissement psychosocial en rapport [45].

Il peut s’agir d’un petit gène occasionnel, mais aussi d’une véritable souffrance permanente chez environ 20% des migraineux.

Il semble que les crises de migraine s’atténuent ou disparaissent avec le temps. Il existe des périodes favorables mais aussi des périodes d’aggravation, parfois à l’occasion des changements des rythmes de vie, de modifications hormonales, de tension psychologique [45].

CHAPITRE II. PATIENTS ET METHODE

II.1. Patients

II.1.1. Population d'étude

La population d'étude était constituée par des médecins généralistes exerçant en Mairie de BUJUMBURA.

II.1.2. Lieu d'étude

L'étude a été menée dans les structures sanitaires publiques et privées localisées en Mairie de BUJUMBURA.

II.1.3. Critères d'éligibilité

Critères d'inclusion :

- être médecin généraliste exerçant en Mairie de BUJUMBURA ;
- avoir accepté de participer à l'étude ;
- être en activité durant la période de collecte des données.

Critère d'exclusion: ne pas remettre la fiche d'enquête.

II.2. Méthode

II.2.1. Type d'étude

Notre travail est une étude transversale et descriptive portant sur l'ensemble des médecins généralistes répondant à nos critères d'éligibilité.

II.2.2. Période d'étude

Notre étude a été menée sur une période de 3 mois allant du 1er juillet au 30 septembre 2019.

II.2.3. Recueil des données

Dans notre étude, nous avons utilisé un questionnaire écrit et anonyme qui était remis à tous les médecins généralistes qui avaient accepté de participer à l'étude (voir en annexe). L'enquêteur allait les trouver au lieu habituel de travail.

Après avoir expliqué l'intérêt de notre travail, le médecin généraliste fixait en accord avec l'enquêteur un rendez-vous pour récupérer le questionnaire rempli.

II.2.4. Analyse et traitement des données

Le dépouillement des données a été fait manuellement. La saisie, le traitement et l'analyse des données ont été faits à l'aide des logiciels Microsoft Excel et Epi-info.

II.2.5. Présentation des références

Dans notre travail, les documents ayant servi de référence ont été classés selon le système VANCOUVER. Dans ce système, les références sont numérotées selon l'ordre d'apparition sans se soucier de l'alphabet. Lorsqu'une référence est citée plusieurs fois, elle garde la même numérotation.

II.2.6. Difficultés rencontrées

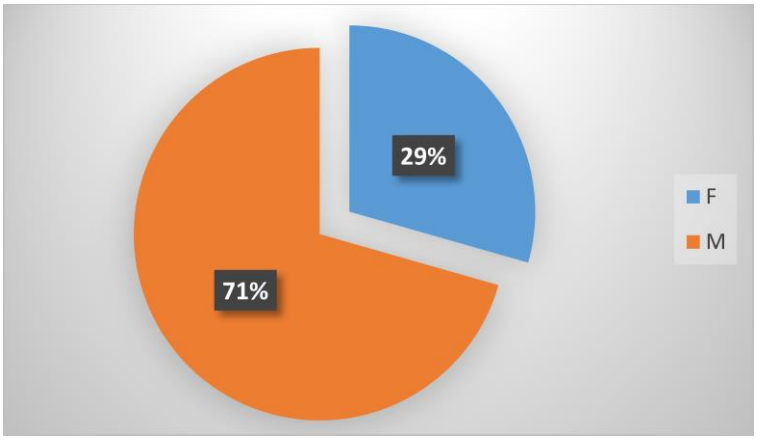
Cette étude s'est confrontée à la non disponibilité de certains médecins.

CHAPITRE III. RESULTATS

Au total, 102 médecins généralistes œuvrant en Mairie de BUJUMBURA ont consenti à notre étude et ont répondu à notre questionnaire.

III.1. Sexe

Graphique 1 : Répartition des médecins selon le sexe



Les médecins faisant objet de cette étude étaient constitués de 72 hommes et 30 femmes soit respectivement une proportion de 71% et 29 % avec un sex ratio de 2,4 en faveur des hommes.

III.2. Age

Tableau III : Répartition des médecins selon les tranches d'âge

Tranche d'âge	Nombre	Pourcentage(%)
20 - 29	10	9,80
30 - 39	84	82,35
40 - 49	8	7,84
TOTAL	102	100,00

Dans notre série, la tranche d'âge de 30 à 39 ans prédominait et représentait 82,35% avec un âge moyen de 34,3 ans; les extrêmes étant de 26 et 48 ans.

III.3. Expérience professionnelle

Tableau IV: Répartition des médecins selon le nombre d'années d'exercice professionnel

Tranche d'année	Nombre	Pourcentage (%)
0 – 4	72	70,59
5 – 9	24	3,53
10 –14	5	4,90
15 –19	1	0,98
TOTAL	102	100,00

Dans notre série, la majorité avait une expérience de travail de moins de 5 ans et représentait 70,59%.

III.4. Secteur d'activité

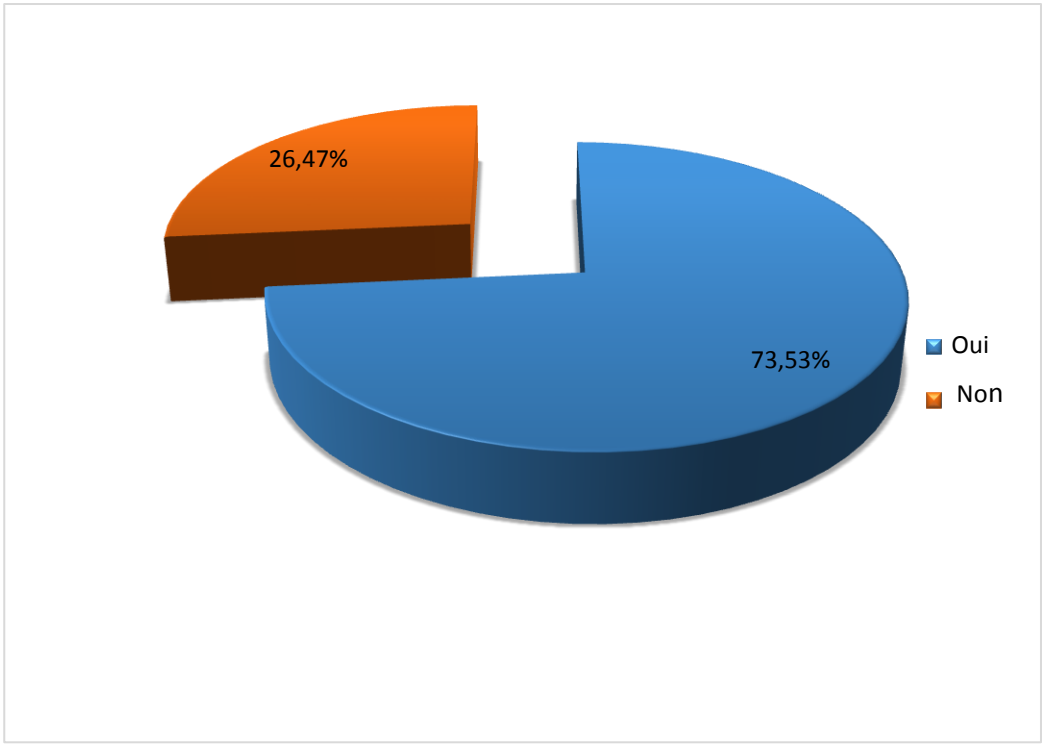
Tableau V : Répartition des médecins selon le secteur d'activité

Secteur	Nombre	Pourcentage (%)
Public	62	60,78
Privé	40	39,22
TOTAL	102	100,00

Dans notre série, 60,78% des médecins interrogés étaient du secteur public contre 39,22% du secteur privé.

III.5. Formation continue dans le domaine médical

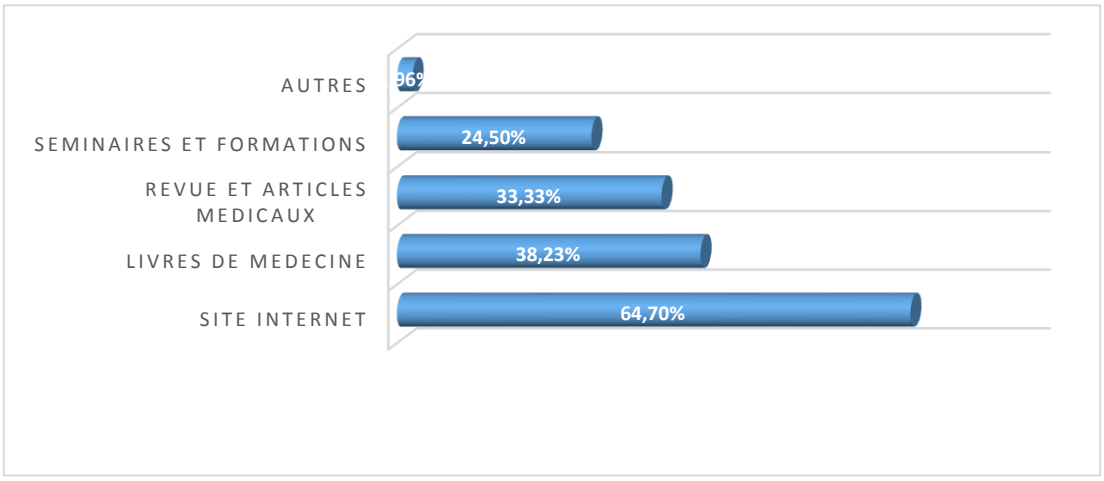
Graphique 2 : Répartition des médecins selon la participation dans des formations continues



Parmi les médecins enquêtés, 73,53% affirmaient bénéficier une formation continue dans le domaine médical.

III.6. Outil de formation continue

Graphique 3 : Répartition des médecins selon l'outil de formation continue



Dans notre série, 64, 70% des médecins interrogés affirmant recevoir une formation continue dans le domaine médical utilisaient le site internet comme outil de formation continue. Autres représentent les journaux.

III.7. Formation sur la migraine

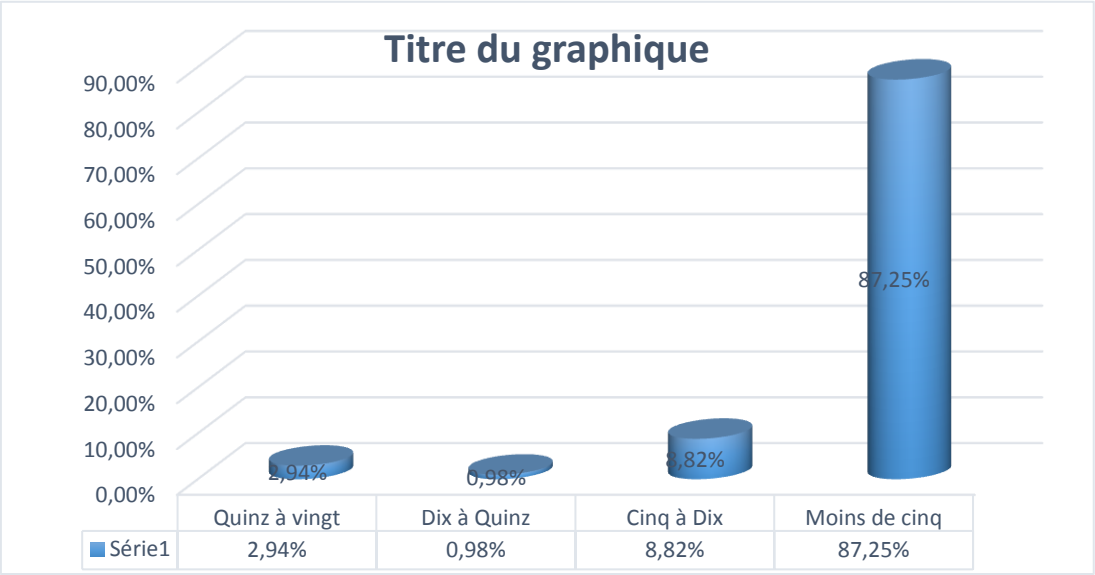
Tableau VI : Répartition des médecins selon leur perception face à la formation sur la migraine

Formation sur la migraine	Nombre	Pourcentage
Correcte	3	2,94
Insuffisante	32	31,37
moyenne	67	65,69
TOTAL	102	100,00

Dans notre étude, 65,69% des médecins disaient que leur connaissance sur la migraine est moyennement suffisante.

III.8. Nombre moyen de patients migraineux reçus par mois

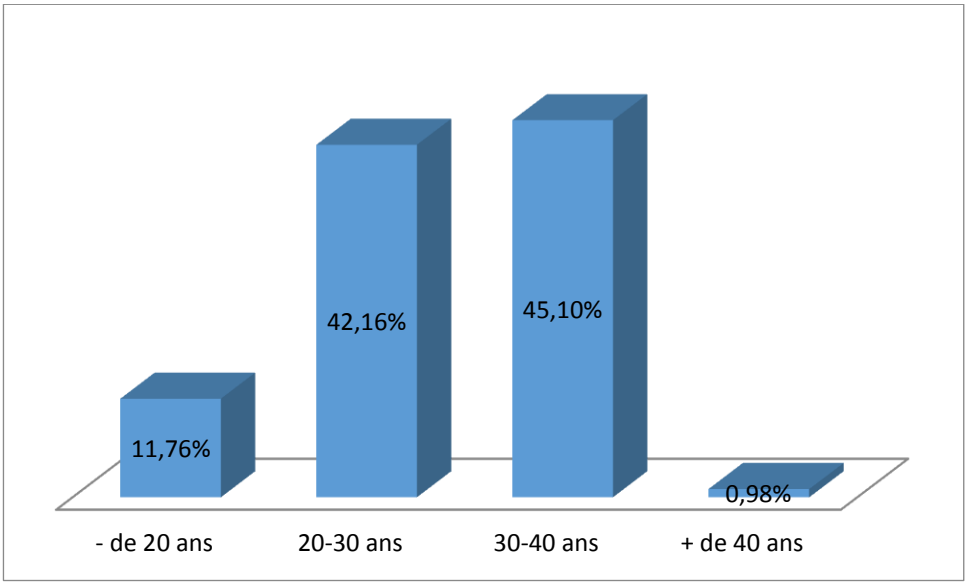
Graphique 4 : Répartition des médecins selon le nombre moyen de patients migraineux reçus par mois



Dans notre série, 87,25% des médecins recevaient en moyenne moins de 5 patients migraineux par mois en consultation.

III.9. Age moyen de diagnostic de la migraine

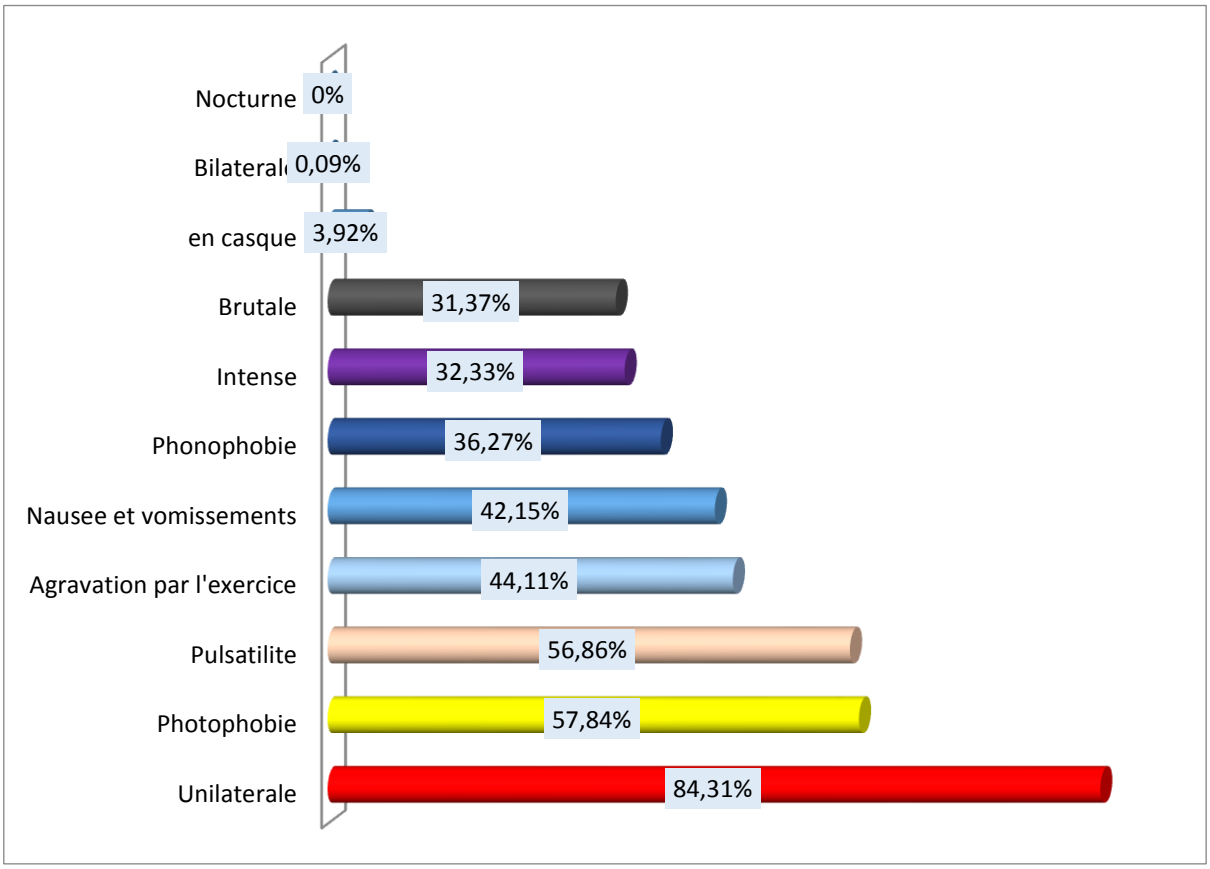
Graphique 5 : Répartition des médecins selon l'âge moyen de diagnostic de la migraine



Deux pics étaient observés : Les intervalles de 30 à 40 ans et 20 à 30 ans avec respectivement un taux de 45,10% et 42,16%.

III.10. Critères de diagnostic de la migraine

Graphique 6: Répartition des médecins selon les critères retenus pour établir le diagnostic de migraine



Dans notre série, la céphalée unilatérale était majoritairement citée comme un des critères de diagnostic de la migraine avec un taux de 84,31%.

III.11. Demande du scanner cérébral

Tableau VII : Répartition des médecins selon la prescription du scanner cérébral

Demande du scanner cérébral	Fréquence	Pourcentage (%)
Jamais	72	70,59
Rarement	29	28,43
Régulièrement	1	0,98
TOTAL	102	100,00

Dans notre étude, 70,59% des médecins ne prescrivaient jamais de scanner cérébral devant un patient migraineux, contre 29,41% qui le prescrivaient.

III.12. Indications d'un scanner cérébral

Tableau VIII : Répartition des médecins selon les indications du scanner cérébral

Indications du scanner cérébral	**Fréquence**	**Pourcentage (%)**
Migraine durant plus de 4h	11	36,66
Une aura atypique	11	36,66
Crise migraineuse inaugurale après 50 ans	9	30,00
Examen clinique anormal	6	20,00

La migraine durant plus de 4h et une aura atypique étaient citées chacune par 36,66% des médecins et, la crise inaugurale après 50 ans et l'examen clinique anormal étaient cités respectivement par 30,00% et 20,00% des médecins interrogés comme critères de demande d'un scanner cérébral.

III.13. Prescription d'autres examens complémentaires

Tableau IX: Répartition des médecins selon la prescription d'autres examens complémentaires

Prescription d'autres examens Complémentaires	Nombre	Pourcentage(%)
Oui	67	65,68
Non	35	34,32
Total	102	100,00

Dans notre étude, 65,68% des médecins prescrivaient d'autres examens complémentaires.

III.14. Autres examens complémentaires prescrits.

Tableau X : Répartition des médecins selon les examens complémentaires prescrits

Examen	Fréquence	Pourcentage (%)
Examen ophtalmologique	61	91,04
Radiographie des sinus	14	20,89
EEG	10	14,92
Autres	2	02,98

Dans notre étude, il ressort que l'examen ophtalmologique était majoritairement prescrit avec un taux de 91,04%.

III.15. Recours au médecin spécialiste

Tableau XI : Répartition des médecins selon le recours au médecin spécialiste

Recours au Médecin Spécialiste	Fréquence	Pourcentage (%)
Jamais	7	6,86
Rarement	43	42,16
Régulièrement	33	32,35
Systématiquement	19	18,63
TOTAL	102	100,00

Dans notre série, 32,35% des médecins interrogés faisaient régulièrement recours au médecin spécialiste alors que 42,16% le faisaient rarement.

III.16. Médecin spécialiste de recours

Tableau XII: Répartition des médecins selon le médecin spécialiste de recours

Médecin spécialiste	Nombre	Pourcentage (%)
Neurologue	90	91,57
Psychiatre	4	4,21
Ophtalmologue	17	17,80

En grande majorité (91,57%), le recours se faisait auprès du médecin neurologue.

III.17. Motif de recours au médecin spécialiste

Tableau XIII : Répartition des médecins selon les raisons motivant le recours au médecin spécialiste

Motif de recours	Fréquence	Pourcentage (%)
Echec du traitement	63	66,31
Forte intensité des crises	48	50,52
Sémiologie atypique	22	23,15
A la demande du patient	13	13,68

L'échec du traitement et la forte intensité des crises étaient les grands motifs de recours au médecin spécialiste respectivement dans 66,31% et 50,52% des cas.

III.18. Carnet de suivi

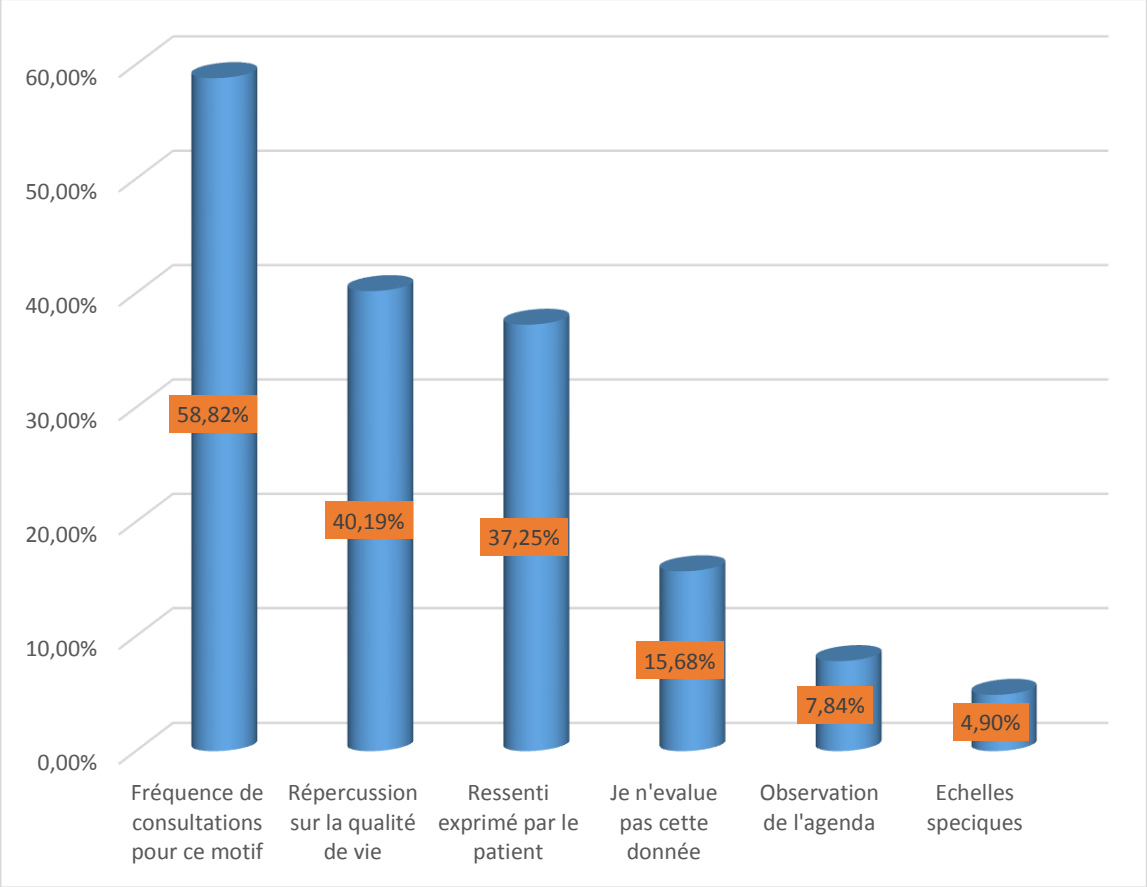
Tableau XIV : Répartition des médecins selon la proposition du carnet de suivi de la migraine.

Carnet de suivi de la migraine	Fréquence	Pourcentage (%)
Oui	13	12,75
Non	89	87,25
TOTAL	102	100,00

Dans notre étude, 87,25% de nos enquêtés ne proposaient pas de carnet de suivi de la migraine.

III.19. Evaluation du handicap

Graphique 7 : Répartition des médecins selon l'évaluation du handicap



La fréquence de consultation pour le même motif, la répercussion sur la qualité de vie et le ressenti exprimé par le patient étaient majoritairement cités comme critères d'évaluation du handicap avec respectivement 58,82%, 40,19% et 37,25% des médecins interrogés.

III.20. Comorbidités recherchées

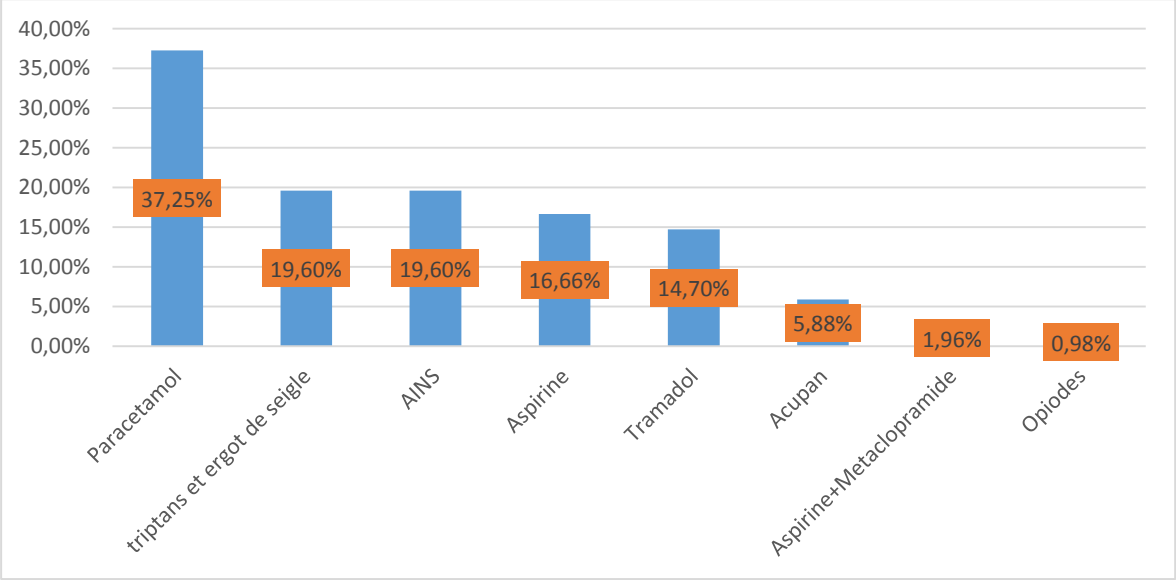
Tableau XV: Répartition des médecins selon la recherche des comorbidités

Comorbidités	Nombre	Pourcentage (%)
Cardiovasculaires	70	51,96
Psychiatriques	63	43,13
Autres (neurologiques, ophtalmologiques)	20	8,82

Les comorbidités cardiovasculaires et psychiatriques étaient majoritairement recherchées avec respectivement 51,96% et 43,13% des médecins interrogés.

21. Traitement de crise en première intention

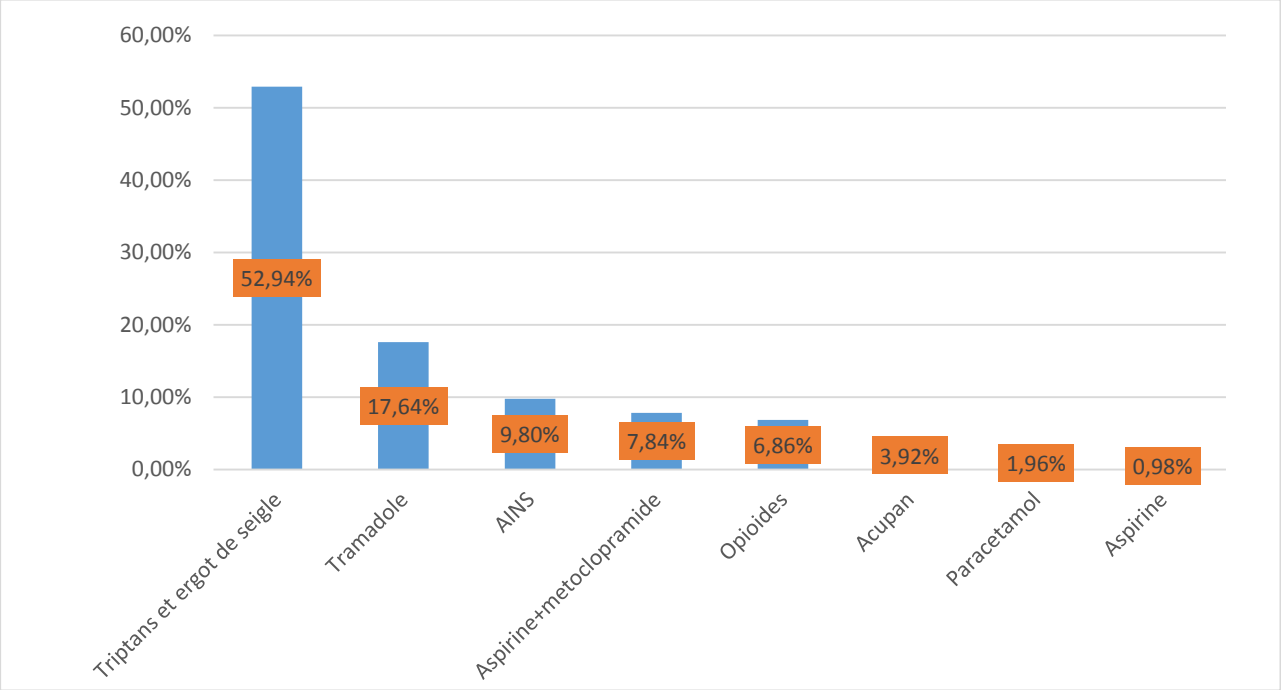
Graphique 8 : Répartition des médecins selon le traitement de crise prescrit en 1ere intention



Dans notre étude, le Paracétamol était majoritairement prescrit en traitement de crise de première intention avec un taux de 37,25%. En second lieu venaient les AINS et les triptans avec un taux de 19,60% pour chaque groupe.

III.22. Traitement de crise de deuxième intention

Graphique 9 : Répartition des médecins selon le traitement de crise prescrit en deuxième intention



Dans notre étude, les triptans et ergot de seigle étaient majoritairement prescrits avec un taux de 52,94% comme traitement de crise de deuxième intention.

III.23. Instauration du traitement de fond

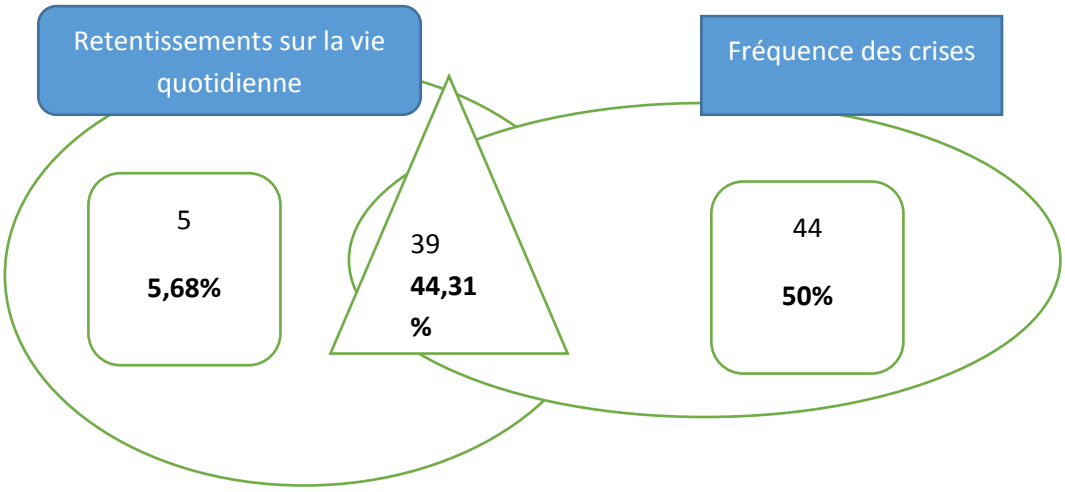
Tableau XVI: Répartition des médecins selon la prescription du traitement de fond

Prescription du traitement de fond	Nombre	Pourcentage (%)
Oui	88	86,27
Non	14	13,73
Total	102	100,00

Dans notre étude, 86,27% des médecins interrogés affirmaient prescrire un traitement de fond.

III.24. Critères d'instauration du traitement de fond

Figure 1: Répartition des médecins selon les critères d'instauration du traitement de fond



Dans notre étude, 50% des médecins qui instauraient un traitement de fond utilisaient la fréquence des crises comme critère d'instauration de ce traitement.

III.25. Fréquence de crises

Tableau XVII : Répartition des médecins instaurant un traitement de fond sur critère fréquence des crises selon le nombre mensuel des crises

Fréquence des crises	Effectif	Pourcentage (%)
1-2/mois	24	28,92
3-6/mois	53	63,86
6-8/mois	6	7,23
TOTAL	83	100,00

Dans notre étude, 63,86% des médecins qui instauraient un traitement de fond selon la fréquence des crises considéraient que 3 à 6 crises par mois nécessitaient ce traitement.

III.26. Traitement de fond de première intention

Tableau XVIII: Répartition des médecins selon les molécules utilisées en première intention pour le traitement de fond.

Molécules	Fréquence	Pourcentage (%)
Amitriptyline (laroxyl)	28	31,81
Propanolol (avlocardil)	25	28,40
Flunarizine (sibelium)	11	12,50
Dihydroergotamine (seglor)	8	9,09
Gabapentine (neurontin)	6	6,81
valproate de sodium (depakine)	4	4,54
Oxetorone (nocertone)	3	3,40
Pizotifene (sanmigran)	2	2,27

Il a été observé que 31,81% des médecins qui instauraient un traitement de fond utilisaient l'amitriptyline comme traitement de fond de première intention.

III.27. Traitement de fond de deuxième intention

Tableau XIX: Répartition des médecins selon les molécules utilisées en deuxième intention pour le traitement de fond

Molécules	Fréquence	Pourcentage (%)
Dihydroergotamine	20	31,25
Propanolol	11	17,18
Gabapentine	9	14,06
Pizotifene	9	14,06
Amitriptyline	4	6,25
Topiramate	2	3,12
Valproate de sodium	1	1,56
Flunarizine	1	1,56

Dans notre série, seuls 64 médecins généralistes sur les 88 instaurant un traitement de fond donnaient un traitement de fond de deuxième intention et dihydroergotamine était la molécule majoritairement prescrite avec un taux de 31,25%.

III.28. Efficacité du traitement de fond

Tableau XX: Répartition des médecins selon la perception par rapport l'efficacité du traitement de fond

Diminution de fréquence	Fréquence	Pourcentage (%)
25 pour cent	16	18,18
50 pour cent	40	45,46
75 pour cent	32	36,36
TOTAL	88	100,00

Dans notre étude, 45,46% des médecins qui instauraient un traitement de fond pensaient que ce dernier était efficace si la fréquence des crises diminuait de moitié.

III.29. Evaluation de l'efficacité du traitement de fond

Tableau XXI: Répartition des médecins selon l'évaluation de l'efficacité du traitement de fond

Evaluation de l'efficacité du traitement	Nombre	Pourcentage (%)
Oui	34	38,64
Non	54	61,36
TOTAL	88	100,00

Dans notre étude, 61,36% des médecins instaurant le traitement de fond n'évaluaient pas son efficacité.

III.30. Temps nécessaire pour l'évaluation après instauration du traitement de fond

Tableau XXII: Répartition des médecins qui évaluent l'efficacité du traitement de fond selon le temps nécessaire pour l'évaluation après l'instauration de ce traitement

Temps	Nombre	Pourcentage(%)
1mois	16	47,06
3mois	11	32,35
6mois	7	20,59
TOTAL	34	100,00

Dans notre série, pour 47,06% des médecins cette évaluation s'effectuait à 1 mois de l'instauration du traitement de fond.

III.31. Arrêt du traitement

Tableau XXIII : Répartition des médecins qui instaurent le traitement de fond selon le temps d'arrêt de ce dernier dès l'obtention de son efficacité

Temps d'arrêt	Nombre	Pourcentage (%)
3mois	35	39,77
6mois	28	31,82
Jamais	10	11,36
1 an	5	5,68
>1 an	10	11,36
TOTAL	88	100,00

Dans notre étude, 39,77% des médecins qui instauraient un traitement de fond l'arrêtaient au bout de 3 mois et 31,82% l'arrêtaient au bout de 6 mois après l'obtention de son efficacité.

CHAPITRE IV. DISCUSSION, COMMENTAIRE ET REVUE DE LA LITTERATURE

IV.1. Données sociodémographiques

Notre étude s'est déroulée dans les structures sanitaires publiques et privées localisées en mairie de BUJUMBURA. Le secteur public représentait la majorité avec 60,78% des médecins interrogés contre 39,22% pour le secteur privé.
La majorité des médecins enquêtés était constituée par des hommes (71%) avec un sex ratio de 2,4 et 70,59% des médecins enquêtés avaient une expérience de travail de moins de 5 ans.

IV.2. Caractéristiques des patients migraineux

L'âge de diagnostic de la migraine est entre 30 et 40 ans pour 45, 10% des médecins interrogés et entre 20 et 30 ans pour 42,16% des médecins interrogés. Nos résultats sont comparables à ceux trouvés dans l'étude FRAMIG III [46] qui a mis en évidence que pour la migraine stricte, la forte prévalence se situe entre 20 et 40 ans.

IV.3. Prise en charge diagnostique de la migraine

La majorité des praticiens interrogés a globalement bien reconnu les critères en faveur d'un diagnostic de migraine établis par l'IHS [47] notamment le caractère unilatéral (84,31%), pulsatile (56,86%) de la crise migraineuse, photophobie (57,84%), phonophobie (36,27%), des nausées et vomissements(42,15%) et l'aggravation par l'exercice (44,11%). Nos résultats sont comparables à ceux de Clémentine CORDIER [48] en France qui a trouvé en 2015 le caractère unilatéral à 83%, pulsatile à 78% de la crise migraineuse et l'association à une photophobie à 86%, à une phonophobie à 63,5% et à des nausées à 84,5%.

La plupart des études s'appuyant sur les critères diagnostiques de l'IHS font l'impasse sur une population plus importante se plaignant de céphalées dont les caractéristiques s'écartent de 2 critères ou plus de la définition de l'IHS, mais où

le diagnostic de migraine ne peut être exclu. Il s'agit possiblement de sujet ayant simultanément ou successivement des accès migraineux et d'autres types de céphalées tels que des céphalées de tension. Cette population pose le problème de la continuité possible entre crise migraineuse et céphalées d'allure tensive [49].

Nous aurions donc tendance à conclure que le fait d'avoir une définition avec des critères simples, permettant de poser des questions aux patients dans un ordre logique et structuré est un atout qui facilite leur connaissance et leur utilisation par les médecins généralistes. Et après accord professionnel, les recommandations de 2013 demandent de les utiliser de façon systématique dans la pratique quotidienne [50].

Les critères IHS sont donc un outil diagnostic précieux en médecine de 1er recours.

IV.4. Réalisation d'examens complémentaires

Nous remarquons que 28,43% des médecins généralistes de notre étude prescrivent rarement un scanner cérébral devant un patient migraineux contre 0,98% qui le prescrivent régulièrement. Nos résultats sont différents de ceux de Clémentine CORDIER [48] qui a trouvé que 42% des médecins généralistes prescrivent une imagerie médicale (scanner ou IRM cérébrale) devant un patient migraineux, selon une étude faite en 2015. Les dernières recommandations sont formelles vis-à-vis de la prescription d'examens complémentaires devant un patient migraineux : aucun examen n'a de place [50].

Nous nous posons la question de l'origine d'une telle différence entre les recommandations et la pratique. Une hypothèse pourrait être que ce recours à des examens complémentaires est lié à une crainte du médecin permettant ainsi d'éliminer tout autre diagnostic de céphalées secondaires potentiellement graves (tumeur cérébrale, hémorragie, etc…) ou à une certaine pression de la part des patients.

Pour appuyer cette hypothèse, nous observons que pour 65,68 % des médecins généralistes interrogés, le diagnostic de migraine est un diagnostic d'exclusion après qu'un examen ophtalmologique, biologique, un EEG ou qu'une imagerie soit réalisée (scanner cérébral, radiographie des sinus). Sur ce point, nos résultats sont discordants à ceux de Clémentine CORDIER [48] qui a trouvé que

le diagnostic de migraine est un diagnostic d'élimination pour plus de 53% des médecins interrogés.

En détaillant pour savoir à quels patients ces imageries sont réservées, nous nous rendons compte que les recommandations ne sont pas correctement suivies car les indications d'une imagerie médicale ne sont pas connues.
En effet, dans notre étude, une aura atypique, la crise inaugurale après 50 ans et l'examen neurologique anormal sont cités comme critères de prescription d'un scanner cérébral respectivement par seulement 36,66%, 30% et 20% des médecins interrogés.
Par contre, 36,66% des médecins interrogés prescrivent une imagerie lorsque la crise migraineuse dure plus de 4 heures, alors que ce critère fait partie des critères IHS de diagnostic de la migraine [47]. Nos résultats diffèrent de ceux de Clémentine CORDIER [48] qui a trouvé que la crise migraineuse de plus de 4h constitue un critère de prescription d'une imagerie médicale pour 16% des médecins interrogés.

IV.5. Médecins généralistes et recours à un confrère

Le médecin généraliste est majoritairement le premier contact pour la grande partie des patients céphalalgiques et en particulier des patients migraineux [51]. Nous observons que dans notre étude, 32,35% des médecins interrogés font régulièrement recours au médecin spécialiste alors que 42,16% le font rarement et, l'échec du traitement et la forte intensité des crises sont les grands motifs de recours au médecin spécialiste respectivement dans 66,31% et 50,52% des cas. Nos résultats ne sont pas similaires à ceux de Marie POPIER [54] qui a trouvé que la sémiologie atypique des crises et l'échec du traitement préventif constituent les arguments de recours pour respectivement 86,84% et 77,63% des médecins interrogés.
Nous constatons aussi que dans notre étude, 91,57% de ceux qui font recours au médecin spécialiste se réfèrent au médecin neurologue. Nos résultats sont similaires à ceux de Clémentine CORDIER [48] qui a trouvé que le recours se fait dans 92% des cas à un neurologue.

IV.6. Evaluation du handicap et suivi du patient migraineux

La migraine est un problème de santé publique majeur du fait de sa fréquence, de son impact sur la qualité de vie et du coût qu'elle entraîne en arrêt de travail et en consommation médicale. En effet, elle touche une population jeune et

professionnellement active, ce qui amène donc à un absentéisme et une perte de productivité [52].

Dans notre étude, l'agenda de crise n'est proposé que par 12,75% des médecins interrogés. Nos résultats sont discordants à ceux de Clémentine CORDIER [48] et Marie POPIER [54] qui ont trouvé que cet agenda de crise est mis en place respectivement par 36% et 47,37% des médecins interrogés.

Cet outil permet d'optimiser la prise en charge du patient migraineux en mettant en exergue la sévérité de la migraine, l'altération de la qualité de vie ainsi que l'orientation vers un choix thérapeutique adapté, des modalités de suivi et le dépistage d'abus médicamenteux.

L'étude FRAMIG III [53] a bien mis en évidence cette insuffisance de prise en charge des patients migraineux, et notamment l'importance de la relation médecin-patients migraineux.

Les échelles spécifiques sont utilisées par 4,90% des médecins de notre étude. En France, les études montrent que ces échelles ne sont pas utilisées en médecine générale [48,54]. Ces échelles semblent peu adaptées à la pratique quotidienne du médecin généraliste.

La littérature nous apprend qu'aux Etats-Unis, la majorité des neurologues n'utilise pas non plus ces échelles que ce soit l'échelle MIDAS ou HIT-6 [55]. Ceci permet de mettre en doute la faisabilité de ces tests en consultation et leur intérêt en dehors des études.

Nous nous posons devant ces résultats aussi la question de l'absence de formation des praticiens sur l'utilisation des agendas de crise, alors qu'il fait partie intégrante des recommandations [3].

Malgré tout, la majorité des médecins interrogés se base sur la fréquence de consultation pour le même motif, la répercussion sur la qualité de vie et le ressenti exprimé par le patient. Cette communication « non dirigée » reste importante dans l'évaluation globale du patient, comme souligné dans une étude française [56].

IV.7. Prise en charge thérapeutique des patients migraineux

La migraine est une maladie sous-diagnostiquée et les études nous montrent que si 40 % des patients migraineux n'ont jamais consulté pour ce motif, seulement 28% des patients diagnostiqués sont pris en charge [3].

Les hypothèses concernant ce manque de diagnostic et de prise en charge de la migraine pourraient être liées à une importante automédication des patients migraineux associée à une certaine tolérance face à la migraine, trop souvent considérée par les patients comme une fatalité.

Des travaux publiés en 2005 mettaient également en évidence que le handicap occasionné par la migraine devait être important, pour que le médecin en ait conscience et le prenne en charge [57].

IV.7.1. Traitement de la crise migraineuse

Selon les recommandations de la HAS [11], le traitement de la crise migraineuse repose sur le traitement non spécifique (AINS et antalgiques) et le traitement spécifique (triptans et ergot de seigle).

Selon le consensus formalisé africain [58], la prescription d'un AINS est recommandée en 1ère intention ; l'aspirine et le paracétamol sont des alternatives possibles. Eventuellement, l'association au métoclopramide peut être envisagée en cas de nausées importantes et en l'absence de contre-indications. Compte-tenu de leur faible disponibilité et de leur coût dans le contexte africain, le recours à un triptan est généralement recommandé comme une stratégie thérapeutique de 2ème intention.

Dans notre étude, le Paracétamol est majoritairement prescrit en traitement de crise de première intention avec un taux de 37,25%. En second lieu viennent les AINS et les triptans avec un taux de 19,60% pour chaque groupe. Clémentine CORDIER [48] en France a trouvé que les AINS viennent en première place et que le Paracétamol est utilisé par 46% des médecins en première intention.

Les opioïdes, acupan et tramadol sont peu prescrits en accord avec les recommandations de l'HAS et aux vues des dernières études [59]. Ces molécules sont à proscrire afin d'éviter tout comportement addictif et abus médicamenteux source des céphalées chroniques quotidiennes par abus médicamenteux. Comme nous le rappelle l'étude FRAMIG III [53], toute

migraine peut évoluer vers des céphalées chroniques quotidiennes et inciter le patient à un abus médicamenteux.

Nos résultats tendent à montrer que les médecins interrogés prescrivent plus le paracétamol comme traitement de crise de 1ère intention.

Les traitements spécifiques de la crise migraineuse sont utilisés par 52,94% des médecins interrogés en deuxième intention et Clémentine CORDIER [48] en France a trouvé que 83,5% des médecins utilisent ces traitements en deuxième intention.

Notre étude nous fait donc constater la sous-utilisation des traitements spécifiques par rapport aux recommandations quant à la stratégie thérapeutique de la crise migraineuse [11,58]. L'étude FRAMIG 2000-II confirme que les utilisateurs de triptans sont proportionnellement plus nombreux à estimer leur traitement plus rapide et plus efficace que lors de la prise d'un autre traitement de crise en 2ème intention [60].

IV.7.2. Critères d'instauration d'un traitement de fond

Globalement dans notre étude, la stratégie thérapeutique d'instauration d'un traitement de fond est bien suivie, à savoir que la grande majorité des médecins instaurent un traitement de fond en fonction de la fréquence des crises (94,31%) ainsi qu'en fonction du retentissement sur la vie quotidienne (49,99%). Nos résultats sont proches de ceux de Clémentine CORDIER [48] qui a trouvé la fréquence des crises et le retentissement sur la vie quotidienne respectivement dans 98,5% et 95% des cas, comme critères d'instauration d'un traitement de fond. De même, Marie POPIER [54] en France a trouvé la fréquence des crises dans 96,05% des cas et le retentissement sur la vie quotidienne dans 68,42% des cas. Plus de la moitié des praticiens estiment nécessaire l'introduction d'un traitement préventif lorsque la fréquence des crises se situe entre 3 à 6 par mois alors que les recommandations [7] soulignent l'intérêt de mettre en place ce type de traitement dès que le patient est entre 6 à 8 prises médicamenteuses par mois.

Précisons qu'une thérapie préventive est également justifiée lorsqu'il existe un usage excessif des traitements de crise avec un risque de céphalées chroniques quotidiennes ou qu'il existe des comorbidités (pathologies vasculaires par exemple), contre-indiquant l'utilisation des molécules de traitement de crise notamment spécifiques [61].

IV.7.3. Traitement de fond de la migraine

Concernant les molécules utilisées comme traitement de fond de 1ère intention, nous avons relevé une prépondérance de l'amitriptyline (31,81%) suivi par le propanolol (28,40%) alors que ce sont les bêtabloquants qui sont indiqués en première intention avec une efficacité démontrée [58]. Nos résultats diffèrent de ceux de Clémentine CORDIER [48] qui a trouvé la prépondérance du propanolol avec un taux de 83%.

Globalement dans notre étude, les médecins généralistes interrogés n'utilisent pas de traitement recommandé comme traitement de fond de 1ère intention.

Pour le traitement de fond de 2ème intention, dihydroergotamine est le traitement le plus utilisé par les médecins généralistes interrogés alors que son efficacité est décrite comme douteuse par les recommandations [3].

IV.7.4. Evaluation du traitement de fond

Selon les recommandations [11,58], l'évaluation du traitement de fond est réalisée 3 mois après son introduction et il est considéré comme efficace si la fréquence des crises a diminué de moitié. Une étude publiée en 2013, nous affirme que l'arrêt du traitement de fond doit se faire entre 8 à 12 mois après une diminution de 50% des crises [46].

Dans notre étude, seulement 38,64% des médecins instaurant un traitement de fond évaluent son efficacité et 47,06% de ces derniers font cette évaluation à un mois de son instauration.

Aussi, pour seulement 45,46% des praticiens questionnés, le traitement de fond était considéré comme efficace si la fréquence des crises avait diminué de moitié et l'arrêt du traitement de fond se fait après 3 mois et 6 mois respectivement pour 39,77% et 31,82% des médecins interrogés. Nos résultats diffèrent de ceux de Clémentine CORDIER [48] qui a trouvé que les recommandations sont suivies par la majorité des médecins enquêtés.

CHAPITRE V : CONCLUSION ET SUGGESTIONS

V.1. Conclusion

Nous avons cherché à travers ce travail, à connaître les pratiques diagnostiques et thérapeutiques des médecins généralistes œuvrant en Mairie de BUJUMBURA devant leurs patients migraineux et l'adéquation de ces pratiques aux recommandations en rapport avec la prise en charge de la migraine.

La majorité des médecins interrogés connait les principaux critères IHS permettant de poser le diagnostic de migraine comme le préconise les recommandations.

Par contre, les examens complémentaires tels que le scanner cérébral et l'examen ophtalmologique restent prescrits s'éloignant ainsi de ces recommandations.

Nous avons mis en évidence que seulement très peu de médecins interrogés instaurent un agenda de crise.

En ce qui concerne la prise en charge thérapeutique, les antalgiques et AINS restent le traitement de 1ère intention dans la crise migraineuse et l'utilisation des traitements spécifiques en cas d'inefficacité, en accord avec les recommandations en vigueur.

Concernant le traitement de fond, l'amitriptyline et le propanolol sont les plus utilisés en 1ère intention alors que c'est le propanolol qui est recommandé et dihydroergotamine est plus fréquemment prescrit en 2ème intention, malgré des recommandations jugeant son efficacité comme douteuse.

V.2. Suggestions

Au terme de cette étude, les suggestions suivantes sont proposées et s'adressent respectivement :

1. Au Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida :

- mettre en place un calendrier de formation continue et de recycler les médecins généralistes pour la prise en charge de pathologies les plus courantes dont la migraine ;
- élaborer un protocole national de prise en charge de la migraine.

2. Aux médecins :

- s'informer sur les critères IHS de diagnostic de la migraine, sur les avancées thérapeutiques et les recommandations en matière de sa prise en charge ;
- inclure un agenda de crise pour la prise en charge de tout patient migraineux.

REFFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Burton WN, Landy SH, Downs KE, Runken MC. The impact of migraine and the effect of migraine treatment on workplace productivity in the United States and suggestions for future research. *Mayo Clin Prod*. 2009 May; 84(5): 436-45.

2. Woldeamanuel YW, Cowan RP. Global migraine epidemiology : Systematic review and meta-analysis of 302 Journal of the Neurological Sciences Migraine affects 1 in 10 people worldwide featuring recent rise : A systematic review and meta-analysis of community-based studies involving 6 m. J Neurol Sci. 2018; 372:307–15.

3. Lantéri-Minet M, Valade D, Géraud G, Lucas C, Donnet A. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et l'enfant. Rev Neurol. Janv. 2013; 169(1):14-29

4. Murray CJ, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C et al. Disability adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010; a systematic analysis for the global burden of disease study 2010.*Lancet.* 2012 Dec; 380(9859): 2197-223.

5. World Health Organization (WHO). Headache disorders, April 2016.

6. Burton WN, Conti DJ, Chen CY, Schultz AB, Edington DW. The economic burden of lost productivity due to migraine headache: A specific worksite analysis. *J Occup Environ Med*. 2002 Jun; 44(6): 523-9.

7. Rasmussen BK, Stewart WF. Epidemiology of migraine, the headaches 2nd. J Olesen, PTfelt-Hansen and KMA Welch. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia. 2000

8. Lantéri-Minet M, Lucas C, Leroy L. A partir de Framig 99 : Données récentes sur la migraine. La lettre du Neurologue Oct 2000; 4 (suppl5) 233-7

9. Lipton RB, Stewart WF, Diamond S. Prevalence and burden of migraine in the United States: data from the American Migraine Study II. *Headache.* 2001 Jul; 41(7): 646-57

10. Henry P, Auray JP, Gaudin AF, Dartigues JF, Duru G, Lantéri-Minet M et al. Prevalence and clinical characteristics of migraine in France. *Neurology.* 2002 Jul; 59(2): 232-7

11. Recommendations for clinical practice. Review of diagnosis and treatment of migraine in the adult and child October 2002. Professional recommendations and references: economic evaluation service. Rev. Neurol. (Paris). 2003 juill; 159(6-7 Pt 2):S5-15.

12. Lipton RB, Bigal ME, Diamond M, Freitag F, Reed ML, Stewart WF. Migraine prevalence, disease burden, and the need for preventive therapy. Neurology. 2007 janv 30; 68(5):343-9.

13. Zhao F, Tsay JY, Cheng XM. Epidemiology of migraine: a survey in 21 provinces of the people's republic of China, 1985. *Headache. 1988* Sep; 28(8): 558-65

14. Lipton RB, Stewart WF. Prevalence and impact of migraine. *Neurol Clin*. 1997 Feb; 15(1): 1-13.

15. Mateen FJ, Dua T, Steiner T, Saxena S. Headache disorders in developing countries: Research over the past decade. *Cephalalgia.* 2008 Nov; 28(11):1107-14.

16. Dent W, Stelzhammer B, Meindl M, Matuja WB, Schmutzhard E, Winkler AS. Migraine attack frequency, duration, and pain intensity: Disease burden derived from a community-based survey in Northern Tanzania. *Headache.* 2011 Nov; 51(10):1483-92.

17. Dent W, Spiss H, Helbok R, Matuja W, Scheunemann S, Schmutzhard E. Prevalence of migraine in a rural area in South Tanzania: A door-to-door survey. *Cephalalgia.* 2004 Nov; 24(11): 960-6.

18. Takele GM, Tekle Haimanot R, Martelletti P. Prevalence and burden of primary headache in Akaki textile mill workers, Ethiopia. *J Headache Pain*. 2008 Apr; 9(2):119-28.

19. Adoukonou T, Houinato D, Kankouan J, Makoutode M, Paraiso M, Tehindrazanarivelo A.et al. Migraine among university students in Cotonou (Benin). *Headache.* 2009 Jun; 49(6): 887-93.

20. Ofovwe GE, Ofili AN. Prevalence and impact of headache and migraine among secondary school students in Nigeria. *Headache.* 2010 Nov; 50(10):1570-75.

21. Wahab KW, Ugheoke AJ. Migraine: prevalence and associated disability among Nigerian undergraduates. *Can J Neurol Sci*. 2009 Mar; 36(2): 216-21.

22. Clarke CE, MacMillan L, Sondhi S, Wells NE. Economic and social impact of migraine. QJM. 1996 Jan; 89(1): 7784.

23. Von Korff M, Stewart WF, Simon DJ, Lipton RB. Migraine and reduced work performance: a population-based diary study. *Neurology*. 1998 Jun; 50(6): 1741-5.

24. Jelsma J, Mielke J, Powell G, De Weerdt W, De Cock P. Disability in an urban black community in Zimbabwe. *Disabil Rehabil*. 2002 Nov; 24(16): 851-9.

25. Société Française pour l'Etude des Migraines et des Céphalées, Collège d'Enseignement de Neurologie. Encyclopédie neurologique. Paris 2004.

26. Bousser MG, Ducros A, Massiou H. Migraine et céphalées. DOIN. 2005.

27. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition. *Cephalalgia.* 2004; 24(2): 1-160

28. Scher AI, Stewart WF, Ricci JA, Lipton RB. Factors associated with the onset and remission of chronic daily headache in a population-based study. Pain. 2003 nov; 106(1-2):81-9.

29. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. Cephalalgia. 2004; 24 Suppl 1:9-160.

30. Ferrari MD, Roon KI, Lipton RB, Goadsby PJ. Oral triptans (serotonin 5-HT (1B/1D) agonists) in acute migraine treatment: a meta-analysis of 53 trials. Lancet. 2001 nov 17; 358(9294):1668-75.

31. Headache classification committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia.* 2013 Jul; 33(9):629-808.

32. Michel P, Pariente P, Duru G, Dreyfus JP, Chabriat H, Henry P. MIG ACCESS: a population based, nationwide, comparative survey of access to care in migraine in France. *Cephalalgia.* 1996 Feb; 16(1): 50-5.

33. Mac Gregor EA. Menstruation, sex hormones, and migraine. *Neurol Clin*. 1997 Feb; 15(1): 125-41.

34. Headache classification subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. *Cephalalgia.* 2004; 24(1): 9-160.

35. Macgregor EA. Menstrual migraine: a clinical review. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2007; 33(1): 3647.

36. Silberstein S, Merriam G. Sex hormones and headache 1999 (menstrual migraine). *Neurology.* 1999; 53(4 Suppl 1): S3-13.

37. Becker WJ. Use of oral contraceptives in patients with migraine. *Neurology*. 1999; 53(4 Suppl 1): S19-25.

38. Silberstein SD. Migraine and pregnancy. *Neurol Clin*. 1997 Feb; 15(1): 209-31.

39. Aube M. Migraine in pregnancy. *Neurology*. 1999; 53(4 Suppl 1): S26-8.

40. Koskas Sergent AS, Boureau F. Mieux vivre avec une douleur : la migraine. Editions scientifiques L&C, Paris 2008, p24

41. Schoenen J. Migraine: genetic, physiopathological, and therapeutic innovations. *Rev Med Liege*. 1997 Feb; 52(2): 83-8.

42. Edvinsson L, Linde M. New drugs in migraine treatement and prophylaxis: telcageptant and topiramate. *Lancet.* 2010 Aug; 376(9741):645-55.

43. Kaci Ahmed MA, Haddad M, Kouassi B, Ouhabi H, Serrie A. Consensus formalisé: recommandations de pratiques cliniques pour la prise en charge de la migraine du patient adulte africain. *Pan Afr Med J.* Mai 2016; 24: 81.

44. Hadjikhani N, Sanchez Del Rio M, Wu O. Mechanisms of migraine aura revealed by functional MRI in human visual cortex. *Proc Natl Acad Sci.* U.S.A. 2001 Apr; 98(8):4687-92.

45. Mitsikotas DD, Gatzonis S, Thomas A, Kalfakis N, Ilias A, Papageoergiou C. An epidemiological study of headaches among medical students in Athens. *Headache.* 1996 Oct; 36(9): 561-4.

46. Lantéri-Minet M, Valade D, Géraud G, Chautard MH, Lucas C. Migraine and Probable migraine—results of FRAMIG 3, a french nationwide survey carried out according to the 2004 IHS classification. Cephalalgia. 2005 dec; 25(2):1146-58.

47. The International Classification of Headache Disorders 3rd edition (beta version). Cephalalgia. 2013; 33(9): 629-808.

48. Picardie UDE, Verne J. Prise en charge des patients migraineux en 2015 par les médecins généralistes de Picardie. A partir d'une enquête auprès de 212 médecins généralistes. 2015; 1–66.

49. Michel P, Henry P, Letenneur L, Jogeix M, Corson A, Dartigues JF. Diagnostic screen for assessment of the IHS criteria for migraine by general practitionners. Cephalalgia. 1993; 13(suppl.12):54-9.

50. Boureau F, Fabre N, Tzourio C. Exploration de la migraine. In : la migraine, connaissances descriptives, traitements et préventions. Edition Inserm. 1998 ; 141-61

51. Lucas c, Lantéri-Minet M, Chautard MH. FRAMIG III. Prise en charge des patients migraineux: Importance de la première consultation. Douleurs. 2014 nov;5(suppl.1); 11-2.

52. Pradalier A, Auray JP, El Hasnaoui A, Alzahouri K, Dartigues JF, Duru G et al. Economic impact of migraine and other episodic headaches. Pharmacoeconomics. 2004; 26: 1305-18.

53. Lucas C, Lantéri-Minet M, Chaffaut C. Les relations médecins-migraineux. FRAMIG 2000-III. Douleurs. 2001; 2: 244-6.

54. Popier M. Prise en charge de la migraine de l'adulte en médecine générale: Evaluation des pratiques thérapeutiques en aigu et en chronique à l'échelle régionale. Faculté de médecine de Grenoble. 2012.

55. Purdy RA. Migraine: the doctor-patient link. Results of a needs assessment. Can J Neurol Sci. 2002 juin; 29(suppl.2) :S3-7.

56. Fabre N, Nachit-Ouinekh F, Becq JP, Chastan G, Sénard JM, El Hasnaoui A. Prise en charge de la migraine en médecine générale. Une étude multicentrique Française. Rev.Neurol. (Paris). 2005 oct; 161(10): 949-56.

57. De Diego EV, Lantéri-Minet M. Recognition and management of migraine in primary care: influence of functional impact measured by the headache impact test (HIT). Cephalalgia. 2005 mars; 25(3):184-90.

58. Ahmed MA1, Haddad M2, Kouassi B3, Ouhabi H4, Serie A5. Migraine in African adult patients. Formalized consensus: clinical practice recommendations for the management of the migraine in African adult patients. Pan African Medical Journal, 25 May2016, 24: 81.

59. Levin M. Opioids in headache. The Journal of Headache. 2013 oct 15.

60. Lucas C, Lantéri-Minet M, Chaffaut C. Comportements thérapeutiques des migraineux. FRAMIG 2000-II. Douleurs. 2001; 2: 240-6.

61. Planus C, Charpiat B, Calop N, Allenet B. Prescrire-avril 2006/tome 26 N°271;276-81.

ANNEXES

1. FICHE D'ENQUETE

1. Sexe : masculin ☐ féminin ☐

2. Age (Date de Naissance) :…….

3. Nombre d'années d'exercice :……..

4. Secteur d'activité : public ☐ privé ☐

5. Bénéficiez-vous d'une formation continue dans le domaine médical ?

Oui ☐ Non ☐

6. Si oui, précisez l'outil de formation continue :

-Livres de médecine ☐

-Revue et articles médicaux ☐

-Site internet ☐

-Séminaires et formations ☐

-Autres :……..

7. Pensez-vous avoir une formation suffisante sur la migraine ?

-Correcte ☐

-Moyennement suffisante ☐

-Insuffisante ☐

-Aucune idée ☐

8. Combien de patients migraineux recevez-vous en moyenne par semaine?

- de 5 ☐ 5-10 ☐ 10-15 ☐

15-20 ☐ 20-25 ☐ + de 25 ☐

9. Quel l'âge moyen de diagnostic de la migraine dans votre patientèle ?

- de 20 ans ☐ 20-30 ans ☐ 30-40 ans ☐ + de 40ans ☐

10. Quels critères, devant une céphalée, vous font poser le diagnostic de migraine?

Pulsatile ☐ brutale ☐ unilatérale ☐
Intense ☐ bilatérale ☐ en casque ☐
Accompagnée de nausées/vomissements ☐
Nocturne ☐
Présence d'une photophobie ☐
Présence d'une phonophobie ☐
Aggravation par l'exercice ☐

11. Prescrivez-vous un scanner cérébral devant un patient migraineux ?

Jamais ☐ rarement ☐
Régulièrement ☐ systématiquement ☐

12. Si oui, à qui ? (plusieurs réponses possibles)

Tous les patients migraineux ☐
Crise migraineuse inaugurale après 50 ans ☐
Une aura atypique (début brutal ou durant plus d'une heure ou survenant toujours du même côté) ☐
Examen clinique anormal ☐
Migraine durant plus de 4 heures ☐

13. Prescrivez-vous d'autres examens ? Oui ☐ Non ☐

14. Si oui, lequel(s) ? EEG ☐ examen ophtalmologique ☐ Radio des sinus ☐
Autres :……..

15. Prenez-vous recours au médecin spécialiste?

Jamais ☐ rarement ☐
Régulièrement ☐ systématiquement ☐

16. Si oui, auprès de qui ? (Plusieurs réponses possibles)

Neurologue ☐ Ophtalmologue ☐ psychiatre ☐
Autres :……..

17. Quels sont les motifs de recours à un spécialiste :
Forte intensité des crises ☐
Echec du traitement ☐
Sémiologie atypique ☐
A la demande du patient. ☐

18. Proposez-vous un carnet de suivi de la migraine?
Oui ☐ non ☐

19. Comment évaluez-vous le handicap engendré par la migraine? (plusieurs réponses possibles)
Ressenti exprimé par le patient ☐
Échelles spécifiques ☐
Fréquence des consultations pour ce motif ☐
Observation de l'agenda ☐
Répercussion sur la qualité de vie ☐
Je n'évalue pas cette donnée ☐

20. Quelles comorbidités recherchez-vous ?
Cardiovasculaires ☐
Psychiatriques ☐
Autres :……

21. Quel (s) traitement (s) de la crise migraineuse instaurez-vous-en

1ère intention ?
AINS ☐ aspirine ☐ tramadol ☐ paracétamol ☐
Aspirine + métoclopramide ☐ opioïdes ☐ acupan ☐
Triptans ☐

22. Quel (s) traitement (s) de la crise migraineuse instaurez-vous-en
2ème intention ?
AINS ☐ aspirine ☐ tramadol ☐ paracétamol ☐
Aspirine + métoclopramid ☐ opioïdes ☐ acupan ☐
triptans/ergot de seigle ☐
23. Instaurez- vous un traitement de fond de la migraine ?
Oui ☐ Non ☐

24. Si oui, quels sont vos critères pour instaurer un traitement de fond de la migraine?

◦ Fréquence des crises : oui ☐ non ☐

Si oui : 1 à 2/mois ☐ 3 à 6/mois ☐ 6 à 8/mois ☐

◦ Retentissement sur la vie quotidienne : oui ☐ non ☐

25. Quelle(s) molécule(s) utilisez-vous en 1ère intention en traitement de fond ?

Amitriptyline (laroxyl®) ☐ dihydroergotamine (seglor®) ☐

Flunarizine (sibelium®) ☐ gabapentine (neurontin®) ☐

oxétorone (nocertone®) ☐

Pizotifène (sanmigran®) ☐ propranolol (avlocardyl®) ☐

Topiramate (epitomax®) ☐ valproate de sodium (depakine®) ☐

26. Quelle(s) molécule(s) utilisez-vous en 2ème intention en traitement de fond ?

Amitriptyline ☐ dihydroergotamine ☐

flunarizine ☐ gabapentine ☐

oxétorone ☐

Pizotifène ☐ propranolol ☐

Topiramate ☐ valproate de sodium ☐

27. A partir de quelle diminution de la fréquence des crises le traitement est efficace selon vous ?

25% ☐ 50% ☐ 75% ☐

28. Réalisez-vous une évaluation de l'efficacité du traitement de fond ?

Oui ☐ non ☐

29. si oui, combien de temps après l'instauration de ce traitement de fond?

1 mois ☐ 3 mois ☐

6 mois ☐ 9 mois ☐

30. Le traitement de fond instauré étant efficace, vous l'arrêtez au bout de combien de temps ?

Jamais ☐ 3 mois ☐ 6 mois ☐

1 an ☐ > 1 an ☐

2. AGENDA DE CRISE DE LA MIGRAINE

Mois						
Jours	**Heure de début**	**Facteurs déclenchants**	**Médicaments**	**Intensité de la douleur**	**Gene dans les activités**	**Durée de la crise**
Lundi						
Mardi						
Mercredi						
Jeudi						
Vendredi						
Samedi						
Dimanche						
Lundi						
Mardi						
Mercredi						
Jeudi						
Vendredi						
Samedi						
Dimanche						
Lundi						
Mardi						
Mercredi						
Jeudi						
Vendredi						
Samedi						
Dimanche						
Lundi						
Mardi						
Mercredi						
Jeudi						
Vendredi						
Samedi						
Dimanche						

3. SERMENT DE GENEVE

« Au moment d'être admis au nombre des membres de la profession médicale, Je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je garderai à mes maîtres le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Mes collègues seront mes frères.

J'exercerai mon art avec conscience et dignité ;

Je maintiendrai dans toute la mesure de mes moyens, l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Je considérerai la santé de mon patient comme mon premier souci.

Je respecterai le secret de celui qui se sera confié à moi.

Je ne permettrai pas que les considérations de race, de religion, de nation, 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 sa conception.

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

Je fais ces promesses solennellement, librement et sur l'honneur ».

Résumé

But: Contribuer à l'amélioration de la prise en charge de la migraine par les médecins généralistes.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude transversale et descriptive portant sur les médecins généralistes exerçant en mairie de BUJUMBURA. Elle s'est déroulée sur une période de 3 mois : du 1er juillet au 30 septembre 2019.

Résultats : 102 médecins généralistes ont participé à notre étude. Le sexe masculin prédominait avec un sex ratio de 2,4 et 70,59% des enquêtés avaient une expérience de travail de moins de 5 ans. Notre travail a montré que les critères IHS sont globalement bien connus par la majorité des médecins généralistes. Malgré cela, 29,41% d'entre eux prescrivent un scanner cérébral. Le handicap engendré par la migraine est évalué par 12,75% des médecins interrogés grâce à la mise en place d'un agenda de crise. Nous constatons au niveau thérapeutique que l'utilisation du paracétamol (37,25%) et des AINS (19,60%) prédomine dans le traitement de crise en 1ère intention et que le traitement par l'amitriptyline (31,81%) et le propanolol (28,40%) reste celui le plus utilisé dans le traitement de fond de 1ère intention. Dihydroergotamine est le plus fréquemment prescrit en 2ème intention (31,25%).

Conclusion : La pratique des médecins généralistes concernant la prise en charge diagnostique des patients migraineux n'est pas en corrélation avec les recommandations en vigueur. Une difficulté dans la prise en charge thérapeutique notamment dans le traitement de fond est observée. Le handicap engendré par la migraine reste un point crucial dans la prise en charge de ces patients.

MOTS CLES : migraine, médecins généralistes