**REPUBLIQUE DU BENIN**

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

**UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI**

**FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE**

**UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MEDECINE**

**Année 2023** **N° : 2661**

# CEPHALEES PRIMAIRES : IMPACT SUR LA QUALITE DE VIE A LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE NEUROLOGIE AU CNHU-HKM EN 2023

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement pour obtenir le grade de

**DOCTEUR EN MEDECINE**

DIPLOME D'ETAT

**Par**

**Bizoski Melkior Tossédè KIKI**

**Né le 25 Octobre 1995 à Cotonou**

**Directeur de thèse**
Dr ADJIEN K. Constant
Professeur Titulaire de Neurologie

**Co-Directeur de thèse**
Dr HOUEZE Richard
Assistant en Neurologie
DANSOU Eugénie
Assistant en Médecine Interne

**Président du Jury**
Pr ADJIBABI Wassi

**Membre du jury**
Pr ADJIEN K. Constant
Pr ALIHONNOU Thierry

ANNEE 2022-2023

# LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

[1]

REPUBLIQUE DU BENIN

*****

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

********

N°1965 /2023/UAC/FSS/VD-Ecoles/VD-UFR Pharma/VD UFR Méd/SGE/OSRH/SA

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

LE DOYEN

## LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

**DOYEN : Professeur AVAKOUDJO Josué Dejinnin Georges**

**VICE-DOYEN U.F.R Médecine : Maître de Conférences Agrégé VODOUHE Ulrich Bidossèssi**

**VICE-DOYEN U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé GANFON Medessou Yowel Habib**

**VICE-DOYENNE /ECOLES : Professeur AZON KOUANOU Angèle**

Année : 2023-2024 (version octobre 2023)

[2]

## PROFESSEURS TITULAIRES

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Dr ADJIBABI Wassi | ORL-Chirurgie Cervico Faciale |
| 2. | Dr MEHINTO Delphin Kuassi | Chirurgie Viscérale |
| 3. | Dr LALEYE Anatole O. A | Histologie-Embryologie-Cytogénétique |
| 4. | Dr AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi | Biophysique, Médecine Nucléaire |
| 5. | Dr FIOGBE Michel Armand | Chirurgie Pédiatrique |
| 6. | Dr HANS-MOEVI Aristote | Orthopédie -Traumatologie |
| 7. | Dr KPADONOU Toussaint Godonou | Médecine Physique et de Réadaptation |
| 8. | Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette | Ophtalmologie |
| 9. | Dr ZOUMENOU Eugène | Anesthésie-Réanimation |
| 10. | Dr DENAKPO Justin Lewis | Gynécologie Obstétrique |
| 11. | Dr DOSSOU Francis Moïse | Chirurgie Générale |
| 12. | Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo | Dermatologie Vénérologie |
| 13. | Dr AFFOLABI Dissou | Bactériologie-Virologie |
| 14. | Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules | Pédiatrie et Génétique Médicale |
| 15. | Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix | Dermatologie- Vénérologie |
| 16. | Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin | Physiologie |
| 17. | Dr FIOSSI KPADONOU Emilie | Pédopsychiatrie |
| 18. | Dr TONATO BAGNAN Josiane Angéline A | Gynécologie-Obstétrique |
| 19. | Dr ADJIEN Kodjo Constant | Neurologie |
| 20. | Dr OGOUYEMI HOUNTO Aurore Bertille | Parasitologie |
| 21. | Dr SEHONOU Jean | Hépato-Gastro-Entérologie |
| 22. | Dr AGODOKPESSI Gildas | Pneumo-Phtisiologie |
| 23. | Dr ALAMOU Soulé | Ophtalmologie |
| 24. | Dr ALLABI Aurel Constant Eustache | Pharmacologie Clinique |
| 25. | Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges | Urologie-Andrologie |
| 26. | Dr AYELO Ahounmènou Paul | Médecine du Travail |
| 27. | Dr GNONLONFOUN Dieu donné | Neurologie |
| 28. | Dr HOUNKPATIN Benjamin I. Bodounrin | Gynécologie Obstétrique |
| 29. | Dr TSHABU AGUEMON Christiane | Gynécologie Obstétrique |
| 30. | Dr ZOMALHETO Zavier Cossi | Rhumatologie |
| 31. | Dr YEKPE AHOUANSOU Hermione Patricia Frida | Imagerie Médicale |
| 32. | Dr AGUEMON Badirou Din | Santé Publique |
| 33. | Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne | Médecine Physique et de Réadaptation |
| 34. | Dr AZON KOUANOU Angèle | Médecine Interne |

LE DOYEN

| | |
|---|---|
| 35. Dr GBESSI Dansou Gaspard | Chirurgie Générale |
| 36. Dr HINSON Vikkey Antoine | Médecine du Travail |
| 37. Dr HOUNKPE Pierre Claver | Anesthésie-Réanimation |
| 38. Dr LALYA Francis Honorat | Pédiatrie et Génétique Médicale |
| 39. Dr VIGAN Jacques | Néphrologie |
| 40. Dr CODJO Houétondji Léopold | Cardiologie |
| 41. Dr YEMOA Loconon Y. Achille | Chimie Analytique-Bromatologie |

## MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

| | |
|---|---|
| 1. Dr AVAKOUDJO François | ORL-Chirurgie Cervico Faciale |
| 2. Dr LAWSON AFOUDA Sonia | ORL-Chirurgie Cervico Faciale |
| 3. Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande | Parasitologie-Mycologie |
| 4. Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme | Médecine Interne |
| 5. Dr ALIHONOU Thierry | Neurochirurgie |
| 6. Dr BAGNAN TOSSA Léhila | Pédiatrie et Génétique Médicale |
| 7. Dr GANFON M. Yowel Habib | Pharmacognosie |
| 8. Dr KEREKOU Annelie Célestine | Endocrinologie |
| 9. Dr VODOUHE Ulrich B. | ORL-Chirurgie Cervico Faciale |
| 10. Dr WANVOEGBE Armand | Médecine Interne |
| 11. Dr ABOUBACAR Moufalilou | Gynécologie-Obstétrique |
| 12. Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukê | Ophtalmologie |
| 13. Dr ADJADOHOUN Sonia B.M. Gwladys | Radiologie, Radiodiagnostic et Imagerie médicale |
| 14. Dr AKODJENOU Joseph | Anesthésie Réanimation |
| 15. Dr AKPADJAN Gbèmawonmédè Fabrice | Dermatologie-Vénérologie |
| 16. Dr ALIHONOU Florence Nathalie Yacoba | Pédiatrie et Génétique Médicale |
| 17. Dr ANAGONOU LARY Lucrèce | Pédopsychiatrie |
| 18. Dr ATTOLOU Sètondji Roger Gilles | Chirurgie Générale |
| 19. Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon | Histologie-Embryologie-Cytogénétique |
| 20. Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait | Médecine Légale |
| 21. Dr BOGNON Gilles Modeste Alain | Pédiatrie et Génétique Médicale |
| 22. Dr CHIGBLO Sègla Pascal Eric | Chirurgie Orthopédique et Traumatologie |
| 23. Dr DEGBOE Kai Bérénice Esthelle | Dermatologie-Vénérologie |
| 24. Dr GNANGNON Freddy Houehanou Rodrigue | Cancérologie Chirurgicale |
| 25. Dr HODONOU Dètondji Fred Jean-Martin | Urologie-Andrologie |
| 26. Dr IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou | Chirurgie Général |
| 27. Dr KLIKPO Tchédié Etdéchié Elvire | Psychiatrie Adulte |

Université d'Abomey-Calavi LE DOYEN

.



| | |
|---|---|
| 28. Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi | Gastroentérologie et Hépathologie |
| 29. Dr LAWANI Ismaïl | Chirurgie Viscérale |
| 30. Dr MIKPONHOUE OLOU Rose Christelle | Médecine du Travail |
| 31. Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu | Gynécologie-Obstétrique |
| 32. Dr PADONOU Abiodun Adébola Djossè | Traumatologie-Orthopédie |
| 33. Dr PADONOU Caroline Sourou Clémence | Pédiatrie et Génétique Médicale |
| 34. Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo | Santé Publique |
| 35. Dr SEIDOU Falilatou | Anatomie et Cytologie Pathologique |
| 36. Dr SONOU Djidjoho Joël Arnaud | Cardiologie |
| 37. Dr TOGNIFODE Medesse Véronique | Gynécologie-Obstétrique |
| 38. Dr WACHINOU Ablo Prudence | Pneumo-Phtisiologie |
| 39. Dr YEVI Dodji Magloire Inès | Urologie Andrologie |
| 40. Dr ZOHOUN GUIDIGBI Lutécia Myria A. | Pédiatrie et Génétique Médicale |

## MAITRES ASSISTANTS




| | |
|---|---|
| 1. Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry | Neurochirurgie |
| 2. Dr AGBOTON Bruno Léopold | Néphrologie |
| 3. Dr ADJAGBA Mahouna Philippe Dotou | Cardiologie |
| 4. Dr AMOSSOU Labissi François | Traumatologie-Orthopédie |
| 5. Dr BADOU Agnès Oladun Sylvie | Sociologie et Anthropologie sociale |
| 6. Dr GNINKOUN Comlan Jules | Endocrinologie Métabolisme et Nutrition |
| 7. Dr LOKOSSOU Mègnissè S. Houévi Symphorose | Gynécologie-Obstétrique |
| 8. Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis | Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles |
| 9. Dr ADJOBIMEY Mênonli | Santé au Travail |
| 10. Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A. | Chirurgie Buccale |
| 11. Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban | Hématologie |
| 12. Dr AHOUNOU Ernest Stéphane | Anesthésie-Réanimation |
| 13. Dr AÏGBE Nestor | Ophtalmologie |
| 14. Dr DANGBEMEY Djima Patrice | Gynécologie-Odstrétique |
| 15. Dr DO SANTOS ZOUNON Alexis | OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale |
| 16. Dr HOUNKPONOU AMOUSSOU-GUENOU Eliane Kayivi Murielle | Cardiologie |
| 17. Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I. | Anatomie |
| 18. Dr MIZEHOUN Gbèdécon Carmelle | Nutrition |
| 19. Dr AGBOKPONTO Janvier Engelbert | Chimie Analytique |

OCTOBRE 2023

[5]

| | |
|---|---|
| 20. Dr ASSANHOU Assogba Gabin | Pharmacie Galénique |
| 21. Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard | Psychiatrie |
| 22. Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana | Hématologie Biologie |
| 23. Dr GOUKODADJA Oswald | Traumatologie Orthopédie |
| 24. Dr SOSSA Jean | Urologie |
| 25. Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles | Biophysique |
| 26. Dr VIGNON Koffi Rodolphe | Hépato-Gastroentérologie |

## ASSISTANTS

| | |
|---|---|
| 1. Dr LANKPEKO AFFOLABI Clémence M. | Pédiatrie et Génétique Médicale |
| 2. Dr YAKOUBOU YOBO Annatou | Pédiatrie et Génétique Médicale |
| 3. Dr AMONLES Yves D. | Psychiatrie |
| 4. Dr HOUESSOU ENIANLOKO TCHIAKPE Nicole Zinhoué | Pédiatrie |
| 5. Dr DADJO Kinski Aumar | Traumatologie Orthopédie |

## ASSISTANTS EN POSITION PROBATOIRE

| | |
|---|---|
| 1. Dr HOUEZE Richard Ghislain Constantin | Neurologie |
| 2. Dr CHABI Yossounon | Pharmacie hospitalière |
| 3. Dr DANSOU Eugénie | Médecine interne |
| 4. Dr DJOSSOU Hontongnon Julien | Rhumatologie |
| 5. Dr AYI MEGNANGLO Codjo Austher | Radiologie et Imagerie médicale |
| 6. Dr DAHOUE Togbédji Richard | Orthopédie Dento-Faciale |
| 7. Dr HOUNSOU Nounagnon René | Chirurgie générale |
| 8. Dr KOGUI DOURO Akim | Urologie-Andrologie |

## ASSISTANTS DE RECHERCHE DE RANG DOCTORAL

| | |
|---|---|
| 1. Dr TOHON Gbèdolo Honesty | Toxicologie et Analyse du risque |

Le Doyen,

LE DOYEN

**Professeur Josué Dejinnin Georges AVAKOUDJO**

OCTOBRE 2023

# ACTION DE GRACE

Ô Dieu, source de toute grâce et de toute miséricorde, je me tiens devant toi avec un cœur reconnaissant. Merci pour la guidance divine qui a éclairé mon chemin tout au long de cette entreprise académique. Tes bénédictions, manifestées à travers les opportunités, les rencontres et les moments d'inspiration ont été inestimables.

Je rends grâce pour la force que tu m'as accordée dans les moments de doute, pour la sagesse dévoilée au fil de la recherche, et pour les enseignements cachés au cœur de chaque défi. Que cette thèse soit une humble offrande, reflétant la gratitude profonde que j'éprouve envers ta bienveillance constante.

Dans ce moment de reconnaissance, je place ma foi en toi, implorant ta bénédiction continue dans ma vie et dans la diffusion de cette connaissance nouvellement acquise. Que tout honneur revienne à toi, ô guide et gardien de mes jours.

Amen.

# DEDICACES

**À ma merveilleuse maman HOUNSOU Brigitte**

Votre amour infini et votre sagesse ont été mes guides tout au long de ce parcours académique. Votre force, votre gentillesse et votre soutien incommensurable ont été les fondations de notre réussite. Cette thèse vous est dédiée, en reconnaissance éternelle de tout ce que vous avez fait pour moi.

**À mon cher papa KIKI Maxime**,

Votre amour inconditionnel et vos encouragements constants ont été la source de notre force et de notre détermination. Merci pour votre soutien indéfectible à chaque étape de ma vie et pour être la lumière qui a éclairé notre chemin vers la réussite. Cette thèse vous est dédiée, avec notre amour et notre gratitude.

**À mes chers frères**

Mes compagnons de rires, de défis et de souvenirs inoubliables. Votre soutien inconditionnel a été un pilier essentiel tout au long de cette aventure académique. Cette thèse est dédiée à notre lien indéfectible et à l'inspiration que vous avez apportée à ma vie.

**À mon oncle bien-aimé HOUNSOU Martin**,

Votre sagesse, votre mentorat et votre amour ont éclairé notre chemin vers la connaissance. Votre encouragement constant a été une boussole précieuse tout au long de cette quête académique. Cette thèse est dédiée en profonde gratitude pour tout ce que vous avez apporté dans ma vie.

**Au Professeur Titulaire de Pédiatrie SAGBO Gratien**

Votre dévouement à l'excellence académique, votre passion pour l'apprentissage et votre capacité à inspirer vont bien au-delà des mots. Merci d'avoir illuminé le chemin de la connaissance de votre sagesse et votre expertise. Cette thèse est le fruit de votre influence durable et de votre impact positif.

**À SOSSOU Winnie**,

Cette dédicace est une expression sincère de ma reconnaissance envers une femme exceptionnelle dont l'impact transcende les pages de cette thèse. Ta présence a été bien plus qu'un soutien ; elle a été une force motrice, une source d'inspiration constante qui a modelé chaque aspect de ce travail académique. Merci d'avoir partagé ce voyage académique avec moi, d'ajouter une dimension humaine à chaque analyse et de contribuer à la profondeur de cette exploration intellectuelle.

**À mes chers amis ENONZAN Cédric et ADJINDA Olafemi**

Mes compagnons de rires, confidents et soutien constant. Votre amitié précieuse a rendu cette aventure académique plus significative. Cette thèse est dédiée à notre amitié, source de joie, d'inspiration et de moments inoubliables.

# REMERCIEMENTS

**Au personnel de la clinique universitaire de neurologie du CNHU-HKM**

Nous souhaitons exprimer notre profonde gratitude envers les participants de cette étude de thèse. Votre participation active et votre précieuse contribution ont grandement enrichi cette recherche. Merci sincèrement d'avoir partagé votre temps et votre expertise, jouant un rôle crucial dans la réalisation de ce projet académique.

**A monsieur HONKPEHEDJI François**

En reconnaissance de votre présence constante et de votre soutien inébranlable, nous voulons exprimer notre profonde gratitude. Votre engagement indéfectible dans notre vie a été une source de réconfort et de force. Que ce simple message soit le reflet de notre reconnaissance infinie. Merci pour votre amour inconditionnel et pour être cette figure inspirante dans notre vie.

**A monsieur HOUNNOU Cyriaque et son épouse**

Nos remerciements chaleureux à un couple exceptionnel qui a ajouté une touche spéciale à cette aventure. Votre amitié, votre soutien mutuel et votre générosité ont enrichi chaque instant. Merci d'avoir partagé votre amour et votre bienveillance, créant des souvenirs précieux qui resteront gravés dans notre cœur.

**Au couple HONVO Germain et son épouse**

C'est avec une immense gratitude que nous souhaitons vous exprimer nos plus sincères remerciements. Votre alliance remarquable a été une source

d'inspiration, de chaleur et de soutien tout au long de cette entreprise. Merci d'avoir partagé votre amour et votre amitié, créant ainsi un chapitre significatif dans cette histoire.

**A Ulrich AKUESON**

À notre collègue et ami proche, nos plus sincères remerciements. Votre présence chaleureuse, votre soutien amical et votre collaboration professionnelle ont rendu cette aventure de recherche non seulement fructueuse, mais aussi agréable. Merci de partager ce voyage académique avec une amitié aussi précieuse.

**A tous les patients qui ont participé à l'étude**

Nous souhaitons exprimer notre profonde gratitude envers les participants de cette étude de thèse. Votre participation active et votre précieuse contribution ont grandement enrichi cette recherche. Merci sincèrement d'avoir partagé votre temps et votre expertise, jouant un rôle crucial dans la réalisation de cette thèse.

**A mes amis et compagnons de l'internat**

Chers Camarades/amis/frères et sœurs nous vous remercions infiniment pour votre présence ainsi que votre participation à notre formation. Ces 12 mois d'internat n'auraient pas été les mêmes en absence d'un d'entre vous (AGBIDINOUKOUN Atinsè, AKUESON Ulrich, BAKARY Samiath, DAOUDA Farida, DJIDO Marius, EGBO-GLELE Gilbéric, FASSINOU Rosa, ICHAOU Kéfilath, KAKPO Marcel, ASSOGBA-KPOSSOU Amael, KIKPADE Joiachim, KOTY Gloria, MAHINOU Espérancia, MPANDZOU Parfait, TOBADA Christelle, TOGNIDE Irmine, VEHOUNKPE Christelle et VIGNINOU Rhody).

**Aux différentes personnes** qui ont croisé notre route et dont les noms se sont échappés de notre mémoire et non de notre cœur, nous tenons à exprimer notre reconnaissance profonde. Votre impact, bien que non nommé, résonne dans les souvenirs et les leçons de cette aventure. Merci à ceux qui ont contribué silencieusement à notre chemin, laissant une empreinte précieuse.

# HOMMAGES

**A nos Maitres de la faculté des sciences de la santé**

En hommage à nos Maîtres émérites de la faculté des sciences de la santé, dont la sagesse, l'excellence académique et la vision ont façonné l'environnement d'apprentissage. Votre dévotion à notre éducation a été une source d'inspiration constante pour nous tous. Cet hommage reconnaissant vous est dédié en signe de respect et d'appréciation pour votre impact durable sur nos parcours académiques.

**A notre Maitre et Directeur de thèse Professeur ADJIEN K. Constant**

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude envers notre directeur de thèse, Pr ADJIEN K. Constant, pour son expertise, ses conseils éclairés et son engagement inébranlable tout au long de ce parcours. Votre guidance précieuse a été la clé de la réussite de ce travail, et nous sommes reconnaissant pour la chance d'avoir bénéficié de votre mentorat exceptionnel.

**A notre Maitre et Co-Directeur de thèse Dr HOUEZE Richard**

Nos sincères remerciements vont à notre codirecteur, Dr HOUEZE Richard, pour sa contribution significative à ce travail de thèse. Votre expertise, vos idées novatrices et votre dévouement ont grandement enrichi ce projet. Nous sommes reconnaissants de l'opportunité de bénéficier de votre collaboration précieuse et de votre guidance éclairée.

**A notre Maitre et Chef Service de la Neurologie Professeur HOUINATO Dismand**

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude envers le chef du service de neurologie, Pr HOUINATO Dismand, pour son soutien et son accès inestimable aux ressources nécessaires à la réalisation de notre thèse. Votre bienveillance et votre expertise ont été des atouts essentiels, et nous sommes reconnaissant de pouvoir compter sur votre appui tout au long de cette recherche.

**Au Président du jury**

En hommage au Président éminent du jury, dont l'expertise, le discernement et l'engagement ont guidé la soutenance de cette thèse. Votre présidence éclairée a enrichi ce moment crucial de notre parcours académique. Cet hommage reconnaissant vous est dédié en témoignage de notre respect profond pour votre rôle déterminant dans la validation de cette recherche.

**Aux Honorables Membres du jury**

En hommage aux membres éminents du jury, dont l'expertise, les critiques constructives et la rigueur ont enrichi l'évaluation de cette thèse. Votre engagement envers l'excellence académique a façonné ce processus d'examen avec une précision remarquable. Cet hommage est dédié en reconnaissance profonde de votre contribution essentielle à la validation de ce travail de recherche.

# LISTE DES ABREVATIONS

| | | |
|---|---|---|
| AVF | : | Algie vasculaire de la face |
| AVC | : | Accident vasculaire cérébrale |
| CDT | : | Céphalée de tension |
| CTC | : | Céphalée de tension chronique |
| CTE | : | Céphalée de tension épisodique |
| CUN | : | Clinique universitaire de neurologie |
| CNHU-HKM | : | Centre national hospitalier universitaire Hubert Koutoukou MAGA |
| EEG | : | Electroencéphalogramme |
| GABA | : | Gamma Amino Butyrique |
| HAD | : | Hospital Anxiety and Depression scale |
| HIT-6 | : | Headache impact test |
| HTA | : | Hypertension artérielle |
| IC | : | Intervalle de confiance |
| IHS | : | International headache society |
| LCR | : | Liquide céphalo rachidien |
| MA | : | Migraine avec aura |
| MSA | : | Migraine sans aura |
| MMSE | : | Mini-mental state examination |
| OR | : | Ordre ratio |

# LISTES DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau I : **Classification internationale des céphalées troisième édition (International Headache Society 2018).** ..... 11

Tableau II : **Opérationnalisation des variables relatives aux données sociodémographiques** ..... 36

Tableau III : **Opérationnalisation des variables relatives aux antécédents personnels médicaux et chirurgicaux** ..... 37

Tableau IV : **Opérationnalisation des variables relatives aux modes de vie** 38

Tableau V : **Opérationnalisation des variables relatives aux caractéristiques cliniques** ..... 39

Tableau VI**: Répartition des patients céphalalgiques selon l'âge et le sexe** .. 43

Tableau VII**: Répartition des patients céphalalgiques selon la zone de résidence et l'ethnie** ..... 44

Tableau VIII**: Répartition des patients céphalalgiques selon le niveau d'étude** ..... 45

Tableau IX**: Répartition des patients céphalalgiques selon la profession** .... 45

Tableau X**: Répartition des patients céphalalgiques selon la situation matrimoniale** ..... 46

Tableau XI : **Répartition des céphalalgiques selon le mode de vie** ..... 47

Tableau XII **: Répartition des patients céphalalgiques selon les antécédents personnels** ..... 48

**Tableau XIII : Répartition des patients céphalalgiques selon le type de céphalée** ..... 49

Tableau XIV : **Répartition des patients ayant des céphalées primaires selon le sexe** ..... 50

Tableau XV**: Répartition des patients ayant des céphalées primaires selon l'âge**..... 51

Tableau XVI : **Répartition des patients ayant des céphalées primaires selon la profession** ..... 52

Tableau XVII : **Répartition des patients céphalalgiques selon la situation matrimoniale**..... 52

Tableau XVIII : **Distribution des types de céphalées selon le mode de vie** ... 53

Tableau XIX **Répartition des patients ayant des céphalées primaires selon l'antécédent d'hypertension artérielle et de diabète**..... 54

Tableau XX: **Répartition des patients ayant des céphalées primaires selon le scoreHIT-6** ..... 56

Tableau XXI : **Répartition des patients céphalalgiques selon le score MMSE** ..... 57

Tableau XXII : **Répartition des patients ayant des troubles cognitifs selon le type de céphalées primaires** ..... 58

Tableau XXIII : **Répartition des patients céphalalgiques selon le score HAD (anxiété)**..... 59

Tableau XXIV : **Répartition des patients anxieux selon le type céphalées primaires** ..... 59

Tableau XXV : **Répartition des patients céphalalgiques selon le score HAD (dépression)**..... 60

Tableau XXVI : **Répartition des patients dépressifs selon les types de céphalées primaires**..... 60

Tableau XXVII : **Corrélation entre migraine, les caractéristiques sociodémographiques et cliniques** ..... 61

Tableau XXVIII : **Corrélation entre CDT, caractéristiques sociodémographiques et cliniques** ..... 62

Tableau XXIX : **Corrélation entre migraine, CDT et les caractéristiques sociodémographiques**..... 63
Tableau XXX : **Corrélation entre qualité de vie les caractéristiques socio démographiques et cliniques**..... 64
Tableau XXXI : **Corrélation entre la qualité de vie et les différents types de céphalées primaires**..... 65

Figure 1 : **Schéma du Système nerveux central** ..... 4
Figure 2 : **Schéma des lobes du cerveau et des os du crâne** ..... 5
Figure 3 : **Vue latérale gauche du Cervelet** ..... 7
Figure 4 : **Vue antérieure du Cervelet après l'ablation du tronc cérébral** .... 7
Figure 5 : **Cercle artériel du Cerveau (Polygone de Willis)**..... 9
Figure 6 : **Diagramme de flux** ..... 42
Figure 7 : **Répartition des patients céphalalgiques selon le score HIT-6** ..... 55

**PAR DELIBERATION, LA FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE A ARRETE QUE LES OPINIONS EMISES DANS CETTE THESE N'ENGAGENT QUE LEUR AUTEUR**

# SOMMAIRE

INTRODUCTION ..... 1

1. GENERALITES ..... 4

2. CADRE ET METHODE D'ETUDE ..... 29

3. RESULTATS ..... 42

4. DISCUSSION ..... 66

CONCLUSION ..... 78

SUGGESTIONS ..... 79

REFERENCES ..... 81

ANNEXES ..... A

# INTRODUCTION

Les céphalées, encore appelées maux de tête, représentent, l'un des motifs de consultations les plus fréquent chez le médecin généraliste et aussi le neurologue [1–4]. Le malade exprime son ressenti qui est le signe fonctionnel plus fréquent dans les céphalées à savoir la douleur qui n'est pas une entité mesurable en soi [1]. Une lésion tissulaire est le plus souvent à l'origine de la douleur des céphalées. Elle peut également faire suite à une lésion ou une activation anormale des voies sensitives du système nerveux central ou périphérique [5].

Aussi la perte d'heures de travail et la baisse de productivité entrainent un énorme coût financier pour la société. La plupart des céphalées sont idiopathiques et elles constituent un problème de santé publique du fait de l'association entre douleur et de l'impact négatif sur la qualité de vie et sur les finances des personnes céphalalgiques et sur la société [6]. Bien que les données épidémiologiques relatives aux céphalées soient partielles, elles sont dans leur ensemble extraordinairement répandu. La plupart des céphalées étudiées étaient principalement centrées sur la migraine malgré qu'elle ne soit pas la plus répandue des céphalées. C'est dans ce sens qu'on remarque que les céphalées comme les céphalées de tension qui sont les plus courantes et le sous-type plus incapacitant, principalement les céphalées chroniques quotidiennes, ont bénéficié de moins d'attention [6]. La prévalence totale des céphalées varie selon les études : de 35% à près de 100% [7]. En France la prévalence de la migraine est de 12,1%, celle des céphalées de tension se situe entre 30 et 80% [7]. Le sex-ratio correspond à 1 homme pour 3 femmes avec un pic de prévalence dans la tranche d'âge de 30 à 40 ans [8]. En Allemagne la prévalence

de la migraine serait de 27,5%, celle des céphalées de tension de 38,3% [9] : 54 millions d'individus présentaient des céphalées de façon persistante ou au moins occasionnelle. Aux USA la prévalence de la migraine était de 18,2% parmi les femmes et de 6,5% chez les hommes[10]. La plupart de ces céphalées ne sont ni la conséquence ni la complication d'une autre pathologie et concernent la migraine et la céphalée de tension [11]. Les études concernant la prévalence des céphalées dans la population générale en Afrique sont peu nombreuses. Les données recueillies au Zimbabwe à partir d'une étude sur la population urbaine avaient révélé un taux de prévalence de 20,2% : 17,6% pour les hommes et 27,0% pour les femmes [12]. La prévalence globale des céphalées au Nigeria était de 5,3% en milieu urbain et de 6,3% en milieu rural. Les céphalées de tension (8,5%) et la migraine (7,2%) constituaient les types cliniques les plus souvent retrouvés [13,14].

En dépit de la fréquence des céphalées, de leur impact social et économique, peu d'études à notre connaissance ont été menée sur les céphalées primaires au Bénin ce qui motiva la réalisation de ce travail, en mettant principalement l'accent sur l'impact des céphalées primaires sur la qualité de vie, des patients suivis au CNHU-HKM.

## OBJECTIF GENERAL

Evaluer l'impact des céphalées primaires sur la qualité de vie des patients à la CUN au CNHU-HKM de Cotonou en 2023.

## OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Déterminer la prévalence des céphalées primaires à la Clinique Universitaire de Neurologie du CNHU-HKM en 2023;
- Apprécier l'impact des céphalées sur la vie professionnelle, familiale et physique des patients céphalalgiques à la CUN du CNHU-HKM en 2023 ;

- Déterminer la prévalence des troubles anxieux et dépressif chez les patients céphalalgiques à la CUN du CNHU-HKM en 2023 ;
- Calculer la prévalence des troubles neurocognitifs chez les patients céphalalgiques à la CUN du CNHU-HKM en 2023 ;
- Déterminer les facteurs associés à l'impact des céphalées sur la qualité de vie à la CUN du CNHU-HKM en 2023.

# 1. GENERALITES

## 1.1 Anatomie Macroscopique de l'encéphale

Situé dans la cavité crânienne, l'encéphale est isolé des parois osseuses par les méninges. Il comprend quatre parties, le cerveau, le diencéphale, le tronc cérébral et le cervelet.

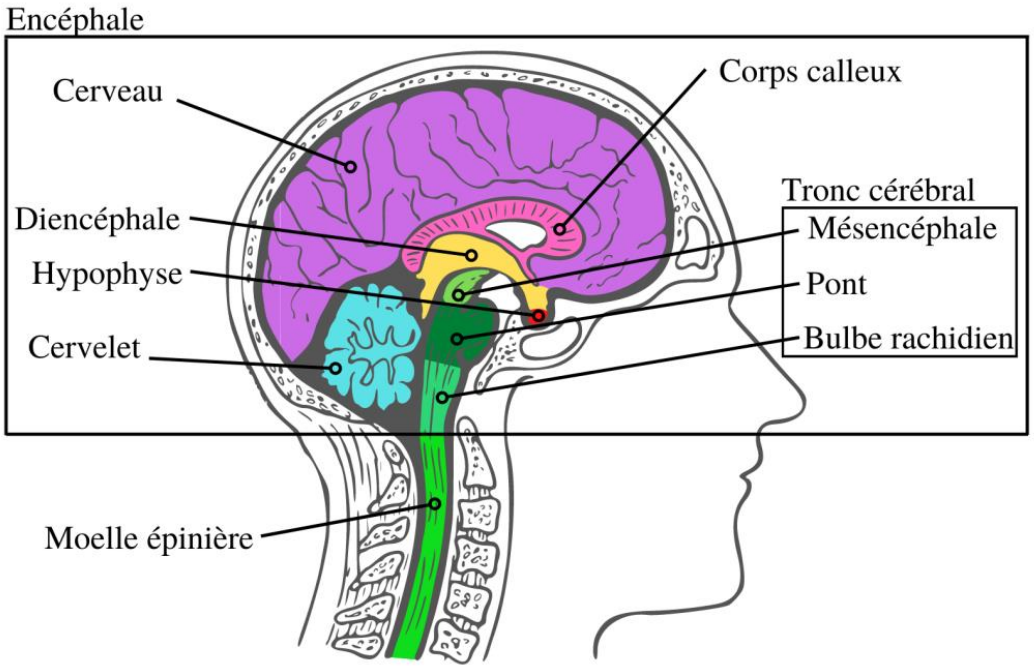



Figure 1 **: Schéma du Système nerveux central**

### 1.1.1 Le Cerveau

Le cerveau occupe la plus grande partie de l'encéphale. Il pèse environ 1.14 kg (entre 1,10kg et 1,685kg). Le cerveau est divisé en deux hémisphères gauche et droit par une membrane verticale nommée « la faux du cerveau ». Ces hémisphères sont reliés au niveau du corps calleux (voir figure 1), lequel permet aux hémisphères d'échanger de l'information. Chaque hémisphère est subdivisé

en 4 lobes : le lobe frontal, le lobe pariétal, le lobe temporal et le lobe occipital (Figure 2). Ces lobes portent le nom de l'os du crâne sous lequel ils se situent (par exemple, le lobe frontal est situé sous l'os frontal). Il existe une cinquième subdivision invisible de la surface, le lobe insulaire. Ce lobe est situé à l'intérieur du cerveau et est recouvert par les lobes pariétal, frontal et temporal.

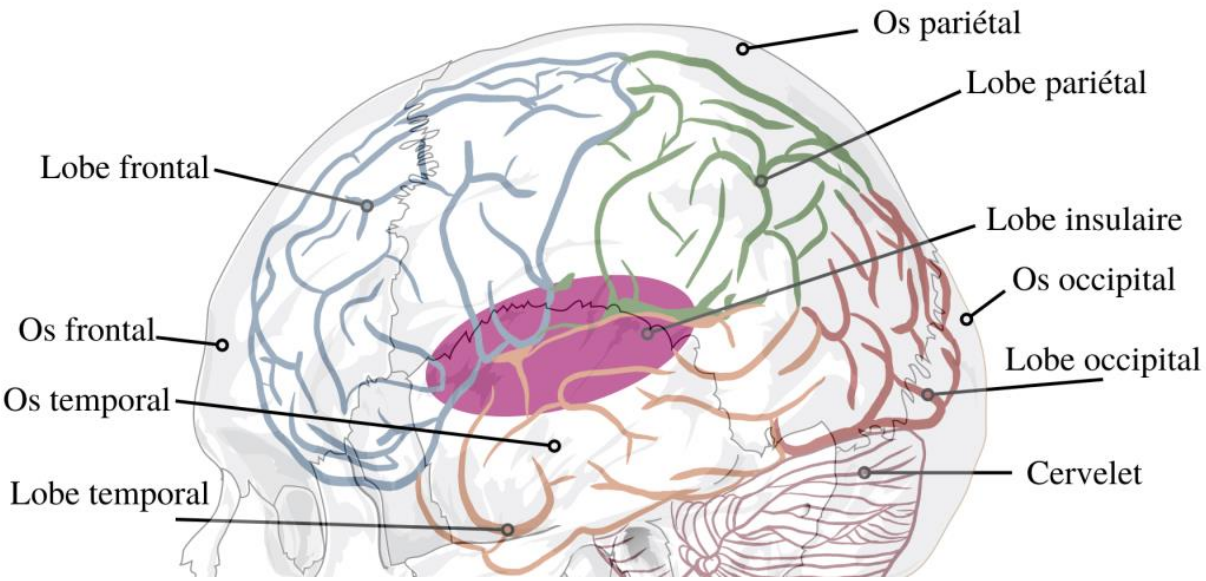



Figure 2 **: Schéma des lobes du cerveau et des os du crâne**

Le cerveau est impliqué dans un très grand nombre de fonctions, incluant le traitement d'informations sensorielles en provenance des récepteurs sensoriels (p. ex. les yeux, les oreilles, etc.) ainsi que la production de mouvements volontaires. Il est également le centre de la personnalité, de l'intelligence, de la conscience et des fonctions cognitives.

### 1.1.2 Le diencéphale

Le diencéphale prolonge en avant le mésencéphale et unit les hémisphères cérébraux.

Il est creusé d'une cavité aplatie et sagittale, le troisième ventricule.

Chaque paroi latérale est constituée de cinq régions:

- le thalamus, masse cellulaire constituant les quatre cinquièmes de cette paroi;
- l'épi thalamus, situé au-dessus du thalamus et constitué de l'habénula et de l'épiphyse;
- l'hypothalamus, localisé au-dessous du thalamus ; l'hypophyse le prolonge en bas;
- le sub thalamus, latéral à l'hypothalamus et inférieur au thalamus;
- le méta thalamus, appendice postérieur du thalamus, constitué des corps géniculés.

Le diencéphale représente un centre sécrétoire hormonal et un carrefour des voies végétatives.

### 1.1.3 Le cervelet

Le **cervelet**, magnifique structure en forme d'arbre (voir figure 3), se situe à l'arrière du tronc cérébral, sous le cerveau. Même si sa masse correspond à seulement 10 % de la masse de l'encéphale, il contient presque la moitié de tous les neurones de l'encéphale.

-Le cervelet mesure 8 à 10 cm transversalement, 5 à 6 cm d'avant en arrière, 5 cm verticalement. Son poids est d'environ 140 g.

-Les faces : le cervelet présente à décrire 3 faces.

1. **Face supérieure :** Elle répond à l'encéphale (cerveau) dont elle est séparée par la tente du cervelet.
2. **Face inférieure :** Elle présente dans sa partie médiane une dépression profonde, séparant les hémisphères, dans laquelle s'encastre le tronc cérébral, c'est la **vallécule du cervelet.** Ses parties latérales et postérieure répondent à l'os occipital.
3. **Face antérieure :** Elle est appliquée contre le tronc cérébral et forme le toit du 4ème ventricule. De ses parties latérales partent les trois pédoncules cérébelleux.

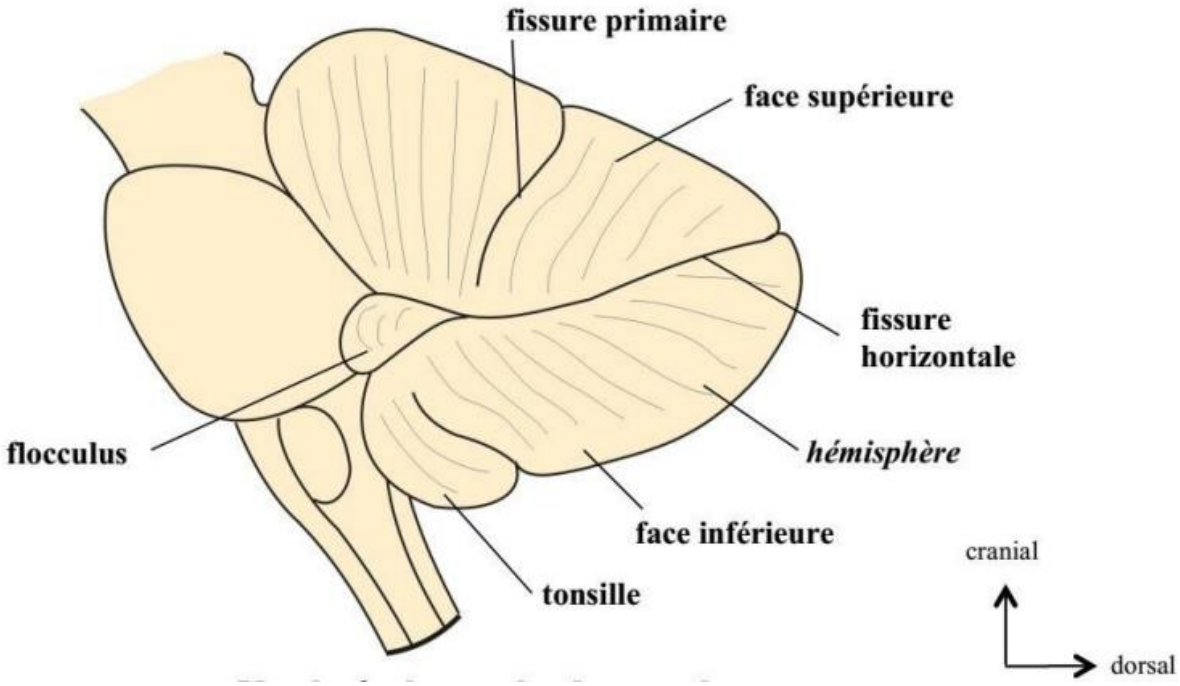



Figure 3 **: Vue latérale gauche du Cervelet**

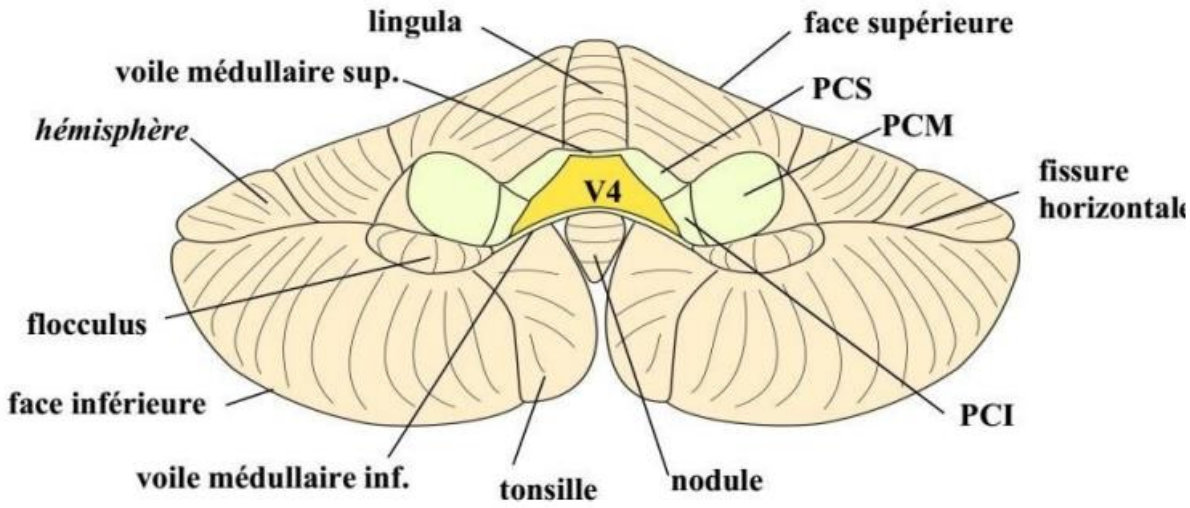



Figure 4 **: Vue antérieure du Cervelet après l'ablation du tronc cérébral**

### 1.1.4 Le tronc cérébral

Le tronc cérébral fait également partie de l'encéphale. Il est le prolongement de la moelle épinière (voir figure 1) et est subdivisé en trois régions :

a) Le bulbe rachidien, situé dans la partie inférieure du tronc et mesurant environ 3 cm, est le prolongement direct de la moelle épinière.

b) Le pont mesure 2.5 cm et est situé directement au-dessus du bulbe rachidien, juste devant le cervelet.

c) Le mésencéphale mesure également environ 2.5 cm, et est situé entre le pont et le diencéphale.

Le tronc cérébral sert de relais à de nombreux influx nerveux entre les différentes parties du SNC. C'est aussi dans cette région que plusieurs actions involontaires du corps humain sont régulées, comme la respiration et les battements du cœur.

### 1.1.5 Vascularisation du cerveau

#### 1.1.5.1 Les artères

Le bon fonctionnement du cerveau dépend d'un excellent approvisionnement en nutriments dont se charge une structure artérielle complexe qui véhicule le sang riche en oxygène et en glucose.

Le cerveau reçoit à sa base la carotide interne, branche de la carotide commune, qui donne l'artère cérébrale antérieure, l'artère cérébrale moyenne sylvienne, l'artère cérébrale postérieure qui assure l'irrigation respective du lobe frontal, du lobe pariétal, du lobe temporal et du lobe occipital.

A la partie postérieure du cerveau se dresse le tronc basilaire qui naît des artères vertébrales, branches des deux artères sus-clavières, et assure l'irrigation du tronc cérébral et du cervelet.

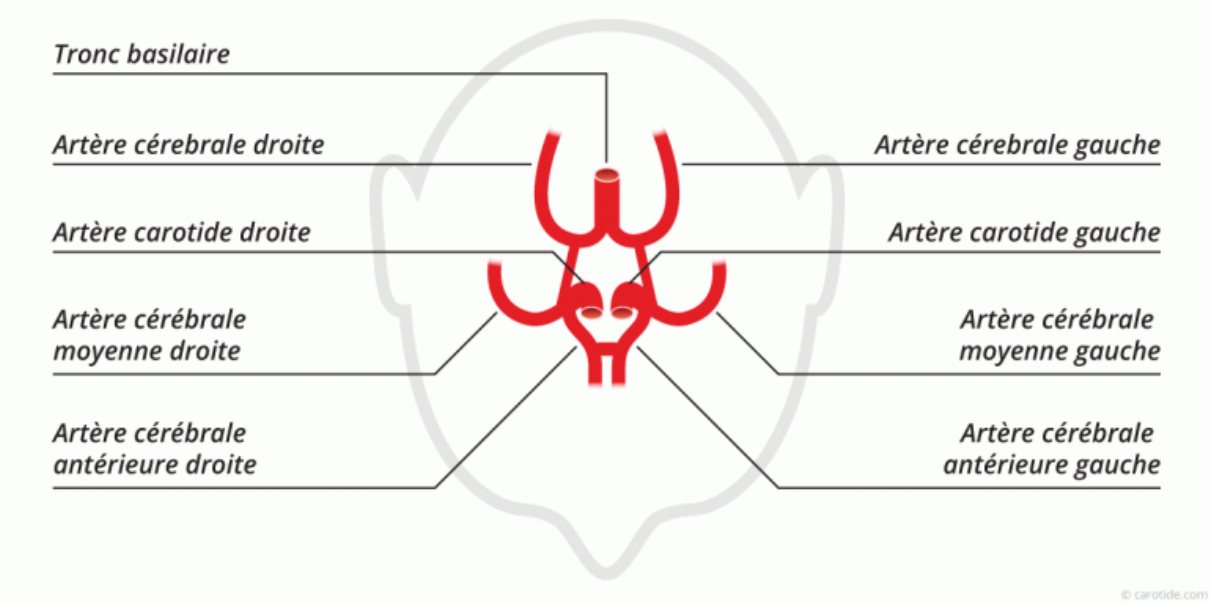



Figure 5 **: Cercle artériel du Cerveau (Polygone de Willis)**

### 1.1.5.2 Les veines

Les veines se drainent dans de gros troncs veineux constitués par des dédoublements de la dure-mère : sinus veineux de la dure-mère.

Ces sinus qui se drainent dans les deux confluents intra duraux de la base ont pour fonction principale d'évacuer vers le cœur le sang pauvre en nutriments.

Il s'agit :

- du confluent prenant en charge les sinus suivants : le sinus sagittal supérieur pour la protubérance et l'occipital interne le sinus longitudinal supérieur pour la faux du cerveau le sinus droit latéral pour la tente du cerveau,
- du confluent prenant en charge les sinus suivants : le sinus caverneux latéro sellaire le sinus pariétal les veines ophtalmiques.

Ces deux confluents se déversent dans le bulbe supérieur de la veine jugulaire interne située dans le foramen jugulaire.

## 1.2 Définition et physiopathologie des céphalées

### 1.2.1 Définition

La céphalée est une douleur d'intensité et de durée variables, à type de pulsation, d'échauffement, de serrement, de pesanteur ou autres, localisée et/ou se projetant au niveau d'une, de plusieurs parties ou toute la boite crânienne [20].

### 1.2.2 Facteurs éthiopathogéniques

Plusieurs mécanismes sont à la base de la survenue des céphalées notamment:

- la distension, la traction ou la dilatation des artères intra ou extra-crâniennes ;
- la traction ou la distension des grosses veines intracrâniennes ou de leur enveloppe durale ;
- la compression, la traction ou l'inflammation des nerfs crâniens ou spinaux ;
- un spasme ou une inflammation, ou un traumatisme des muscles du crâne ou des muscles cervicaux ;
- une irritation méningée ou une augmentation de la pression intra- crânienne ;
- Certains mécanismes comme une activation des structures du tronc cérébral [2,21].

## 1.3 Classification des céphalées

### 1.3.1 Classification de l'IHS

L'International Headache Society (IHS) a classé les différents types de céphalées et a établi les critères diagnostiques des dits céphalées. Le tableau I présente cette classification de l'IHS 3$^{ème}$ édition.

Tableau I : **Classification internationale des céphalées troisième édition *(International Headache Society 2018).***

| Type de céphalées | Classification |
|---|---|
| Céphalées de primaire | Migraine |
| | Céphalées dites de tension |
| | Céphalées trigémino-autonomiques |
| | Autres céphalées primaires |
| Céphalées secondaires | Céphalée attribuée à un traumatisme crânien et/ou cervical |
| | Céphalée attribuée à une affection vasculaire crânienne et/ou cervicale |
| | Céphalée attribuée à une affection intracrânienne non vasculaire |
| | Céphalée attribuée à une substance ou son sevrage |
| | Céphalée attribuée à une infection |
| | Céphalées attribuées à un trouble de l'homéostasie |
| | Céphalée ou douleur faciale attribuée à une affection du crâne, du cou, des yeux, des oreilles, du nez, des sinus, des dents, de la bouche ou d'autres structures faciales ou cervicales |
| | Céphalées attribuées à des troubles psychiatriques |
| | Neuropathies crâniennes douloureuses et autres douleurs faciales |
| | Autres céphalées |

## 1.4 Descriptions cliniques

### 1.4.1 Migraine

#### 1.4.1.1 Epidémiologie

En France la prévalence globale de la migraine est estimée à 12%, dont 4% avec aura, soit plus de 5 millions de Français [22]. Le sex-ratio est de 3,8 femmes pour 1 homme (6,1% des hommes, 17,6% des femmes) [22]. La plupart des migraineux présentent moins d'une crise par mois[23], 59% des patients présentent des symptômes moins de 8 jours par an, 25% entre 8 et 14 jours, 16% plus de 14 jours par an [24]. L'âge de début se situe le plus souvent entre 20 et 30 ans et la prévalence maximale se situe entre 30 et 39 ans [23]. Elle peut débuter tôt dans l'enfance mais rarement après 60 ans. Le risque de développer une migraine chez une personne dont un des parents du premier degré est migraineux est multiplié par 2.

#### 1.4.1.2 Physiopathologie

Le mécanisme réel de survenue des migraines reste encore non élucidé. De nombreuses théories se sont succédé dans l'histoire sur les mécanismes des crises de migraine. Dans la théorie vasculaire, l'aura serait liée directement à une vasoconstriction artérielle et la céphalée à une vasodilatation [21]. Dans la théorie neuronale, l'aura était liée à une dépression corticale envahissante ou spreading depression de Leao, mais les mécanismes de la céphalée n'étaient pas expliqués. De plus, les théories précédentes ne concernaient que les mécanismes de survenue des crises migraineuses et non pas les mécanismes de la migraine. La théorie actuelle intègre les données les plus récentes : la migraine est une maladie neurovasculaire [25] sous-tendue par une susceptibilité génétique complexe[26].

Les recherches sur le sujet ont permis de mettre en évidence d'autres substances intervenant dans la vasomotricité et dans les circuits de la douleur notamment : sérotonine [27], acides aminés neuroexcitateurs (glutamate et aspartate) [28], magnésium [29] et neuropeptides vasoactifs [30].

#### 1.4.1.3 Clinique

Plusieurs types de migraines existent et certains nécessitent parfois des traitements spécifiques.

**A. Migraine sans aura**

C'est la migraine la plus fréquente. Céphalée récurrente se manifestant par des crises durant de 4 à 72 heures. Les caractéristiques typiques de la céphalée sont la topographie unilatérale, le type pulsatile, l'intensité modérée ou sévère, l'aggravation par l'activité physique de routine et l'association à des symptômes comme la nausée et/ou la photophobie et la phonophobie. Les critères de l'IHS qui la définissent sont indiqués comme suit :

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

B. Crises de céphalée durant 4 à 72 heures (sans traitement ou avec un traitement inefficace)

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

1. topographie unilatérale
2. type pulsatile
3. intensité douloureuse modérée ou sévère
4. aggravée par ou entraînant l'évitement de l'activité physique de routine (par ex., marche ou montée des escaliers)

D. Durant la céphalée, au moins l'un des symptômes suivants :

1. nausées et/ou vomissements
2. photophobie et phonophobie

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

La survenue de la crise est souvent précédée de prodromes durant quelques heures voire 24h : troubles de l'humeur, irritabilité, asthénie, somnolence, bâillement, tendance dépressive ou au contraire euphorique, sensation de faim ou constipation. La céphalée peut débuter à n'importe quel moment de la journée et elle atteint son maximum en quelques heures [31]. Elle survient le plus souvent en dans la nuit ou au petit matin ; le patient se réveille alors avec une crise déjà intense et qui est souvent plus difficile à soulager que les crises à début diurne. Elle peut débuter d'un côté et rester unilatérale tout au long de la crise, ou bien changer de côté, ou encore devenir bilatérale en cours de crise. Certains patients ont des céphalées toujours du même côté, ce qui ne doit pas inquiéter si les crises sont par ailleurs typiques [21]. Le siège de la douleur est variable : souvent temporal, il peut être orbitaire, pariétal, occipital. Chez certains patients, la douleur concerne préférentiellement la face, les mâchoires ou les dents (migraine « faciale »). Une irradiation au cou et aux épaules peut s'observer. La céphalée est souvent pulsatile, parfois seulement lors des efforts. Elle peut aussi être continue, lancinante, à type de serrement ou d'écrasement. Dans la majorité des cas, elle est aggravée par l'activité physique minime comme la montée des escaliers ou les mouvements de la tête. Son intensité est variable. Elle est décrite comme forte ou très forte par plus de 75 % des patients. Les nausées accompagnent la céphalée dans près de 90 % des cas. Les vomissements sont moins fréquents, mais sont considérés comme très invalidants [32] . Ces signes digestifs font souvent parler à tort de « crise de foie » ou d'intoxication alimentaire. Enfin, le patient en crise est gêné par la lumière (photophobie), le bruit (phonophobie) et les odeurs (osmiophobie). D'autres signes sont parfois rapportés : pâleur ou rougeur du visage, saillie anormale des vaisseaux temporaux superficiels du côté de l'hémicrânie, obstruction nasale ou rhinorrhée, larmoiement uni- ou bilatéral, et parfois ptosis avec myosis (signe de Claude Bernard-Horner) du côté de la douleur. Enfin, divers symptômes peu

spécifiques accompagnent fréquemment la céphalée : somnolence, irritabilité, asthénie intense, état dépressif transitoire, manque de concentration, impression d'instabilité souvent décrite par le patient comme un vertige et vision floue. Une fièvre peut être observée chez l'enfant. La crise dure de quelques heures à quelques jours (de 4 à 72 heures selon les critères de l'IHS)[33]. Elle peut se terminer avec le sommeil, ce qui est fréquent chez l'enfant, ou persister au réveil[1,34]. Certaines crises peuvent exceptionnellement se prolonger au-delà de 72 heures. Le lendemain de la crise, certains patients se sentent en pleine forme, alors que d'autres ressentent une asthénie qui peut durer plusieurs jours. Chez la majorité des patients, les crises sont variables, qu'il s'agisse de l'intensité, du siège ou du type de la douleur, des signes associés, de la durée de la crise et de son horaire de survenue[35].

### B. Migraine avec aura

La MA est plus rare que la MSA et selon les critères de l'IHS, il suffit de deux crises pour qu'un patient soit classé comme atteint de MA [34]. L'aura est un trouble neurologique focal et transitoire qui dure en moyenne de 10 à 30 minutes (de 5 minutes à 1 heure selon les critères de l'IHS) et précède le plus souvent la céphalée. Dans la MA typique, l'aura comporte des troubles visuels, des troubles sensitifs et/ou des troubles du langage. La céphalée s'installe le plus souvent lors de la disparition des troubles neurologiques ou après un intervalle libre qui ne dépasse pas 1 heure. Plus rarement, la céphalée s'installe avant ou en même temps que l'aura. Les symptômes de l'aura s'installent et progressent lentement, dans le temps et dans l'espace, sur quelques minutes à quelques dizaines de minutes : c'est la marche migraineuse, qui est un des éléments clés du diagnostic. Rarement, l'aura s'installe brutalement en quelques secondes ou rapidement en moins de 5 minutes.

### a. Migraine avec aura typique

Il existe différents types d'aura. Les scintillations visuelles sont les manifestations des auras visuelles qui sont les plus fréquentes. Des scotomes centraux peuvent être perçus. La localisation dans tout le champ visuel est habituelle mais parfois seul un hémi-champ peut être touché. Après les auras visuelles on retrouve les auras sensorielles qui sont également fréquents dans lesquelles, on retrouve des paresthésies cheiro-orales (mains-bouches). L'atteinte de la langue est très caractéristique. On peut aussi observer des paresthésies hémi-corporelles s'étendant le long de l'homonculus sensitif. Les troubles du langage, troisième en fréquence, sont le plus souvent un manque du mot (aphasie). Parfois, l'atteinte est bilatérale. On observe des symptômes rares tels que des troubles de la coordination, parfois associés aux troubles moteurs, une héminégligence, une désorientation temporo-spatiale, une crise d'angoisse….[34].

### b. Migraines avec aura atypique

Elles sont rares et imposent souvent un bilan complet avec imagerie cérébrale en particulier, qui est normale. Elle peut être prolongée, c'est-à-dire d'une durée supérieure à une heure et inférieure à une semaine[34].

L'aura migraineuse sans céphalée n'est pas rare ; elle est plus fréquente chez des sujets âgés ou lorsque la migraine s'installe tardivement après 45 ans. Elle pose le problème du diagnostic différentiel avec une épilepsie partielle ou un accident ischémique transitoire et impose de pratiquer un bilan étiologique. La migraine avec aura aiguë est définie par une aura de survenue rapide durant moins de quatre minutes. La céphalée doit être typique et il faut éliminer un accident ischémique transitoire ou une lésion autre intracrânienne par une imagerie cérébrale[34].

### 1.4.2 Formes particulières

#### 1.4.2.1 Migraine hémiplégique familiale

Cette entité nosologique rare implique que l'aura doit comporter une hémiparésie et qu'au moins un des parents au premier degré ait des crises identiques [34]. Cette affection autosomique et dominante débute dans l'enfance, l'adolescence ou chez l'adulte jeune. L'hémiparésie ou l'hémiplégie peuvent être isolées, mais elles sont plus souvent associées à des troubles visuels, sensitifs ou aphasiques. La céphalée peut précéder l'installation des signes neurologiques, de même que ceux-ci peuvent persister bien après la disparition de la céphalée. La durée des crises est variable, les troubles pouvant persister jusqu'à une à deux semaines. La récupération est toujours complète. La neuro-imagerie est normale. En revanche, l'EEG réalisé en cours de crise montre un foyer d'ondes lentes pouvant déborder le territoire symptomatique. Le liquide céphalo-rachidien peut révéler une hyperleucocytose isolée trompeuse. Une mutation d'une gène localisée sur le chromosome 19, codant pour un canal calcique, est mise en cause chez 60% des familles [36,37] et sur le chromosome 1 chez 20% des familles[38].

#### 1.4.2.2 Migraine basilaire

L'aura de la migraine basilaire comporte des symptômes en relation avec un dysfonctionnement du tronc cérébral, du cervelet ou des lobes occipitaux[34]. La forme la plus connue débute par des troubles visuels qui durent de quelques minutes à une heure, puis disparaissant rapidement elle laisse place à une céphalée pulsatile sévère, généralement occipitale, associé à des vomissements[34]. Il existe des formes dites incomplètes, qui lient vertiges, troubles de l'équilibre, signes visuels ou sensitifs bilatéraux ou à bascule, à des degrés variés.

### 1.4.2.3 Migraine ophtalmoplégique

C'est une migraine particulière qui survient souvent dans l'enfance et apparait toujours du même côté avec une douleur pulsatile oculaire ou orbito-frontale, souvent associée à de nausées et de vomissements. Ensuite survient une paralysie oculomotrice de plusieurs heures, plus rarement de plusieurs jours. Lors des premiers accès, la régression sans séquelles est la règle en une à quatre semaines. Lors des crises répétées, la régression peut être plus lente, s'étalant sur plusieurs mois, parfois incomplète [34].

### 1.4.2.4 Migraine rétinienne

Dans cette variété rare et débattue de migraine, le trouble visuel est purement monoculaire. Ces crises ne réalisent qu'exceptionnellement l'aspect du scotome scintillant[39].

Il s'agit plutôt d'un déficit visuel en quadrant ou altitudinal, ou d'une cécité monoculaire transitoire, assez souvent accompagné de phosphènes brillants. D'après la classification de l'IHS, le diagnostic ne peut être retenu que si le trouble visuel monoculaire est suivi d'une céphalée migraineuse typique. Par ailleurs, il est nécessaire d'éliminer les autres causes de cécité monoculaire transitoire par des examens complémentaires appropriés [34].

### 1.4.2.5 Migraine confusionnelle

Un syndrome confusionnel aigu peut survenir au cours d'une crise de migraine, il dure de deux à vingt-quatre heures et comporte une désorientation temporo-spatiale, des troubles du comportement avec agitation agressive et perplexité. Cette forme est rencontrée volontiers chez des patients présentant une migraine basilaire ou une migraine hémiplégique. Des antécédents familiaux de migraine permettent d'évoquer le diagnostic. Des cas d'ictus amnésique accompagnés ou suivis par une céphalée migraineuse ont été rapportés[34].

#### 1.4.2.6 Migraine post-traumatique

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

#### 1.4.2.7 Migraines symptomatiques

Des crises migraineuses peuvent s'observer au cours de certaines pathologies organiques : lupus, thrombocytémie, CADASIL (artériopathie cérébrale autosomique dominante avec infarctus sous-corticaux et leucoencéphalopathie), syndrome des antis phospholipides ou MELAS (encéphalopathie mitochondriale, acidose lactique et épisodes déficitaires neurologiques). La dissection d'une artère cervicale peut se manifester par une céphalée répondant aux critères de la migraine.

### 1.4.3 Complications de la migraine

#### 1.4.3.1 Etat de mal migraineux

Il s'agit d'une crise de MSA caractérisée à la fois par une intensité sévère et par une durée sans rémission de plus de 72 heures survenant chez un patient atteint jusque-là de MSA typique. Comme signes associés on retrouve des vomissements répétés et une déshydratation. Cette complication peut être aggravée par un abus médicamenteux qu'il faut rechercher à l'interrogatoire [34].

#### 1.4.3.2 Infarctus migraineux

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

Ils ont été récemment individualisés grâce à la clinique, aux examens complémentaires et aux constatations anatomiques[40].

Il peut s'agir soit d'une atteinte rétinienne, soit par une atteinte cérébrale.

Certains arguments permettent de rattacher l'infarctus à la migraine : apparition du déficit lors d'un accès de migraine, avec un ou plusieurs symptômes de l'aura qui ne régressent pas dans les 7 jours et/ou existence d'un infarctus ischémique confirmé par la neuro-imagerie dans la zone concernée. Il faut systématiquement éliminer les autres causes d'infarctus avant de retenir ce diagnostic[40].

### 1.4.4 Evolution et pronostic

Les complications sont rares. La fréquence des crises et le retentissement sur la qualité de vie permet d'apprécier la gravité fonctionnelle. Il peut s'agir d'une petite gêne occasionnelle, mais aussi d'une véritable souffrance permanente chez environ20% des migraineux. Il semble que les crises de migraine s'atténuent ou disparaissent avec le temps. Il existe des périodes favorables mais aussi des périodes d'aggravation, parfois à l'occasion de changements de rythme de vie, de modification hormonale, de tension psychologique.

### 1.4.5 Qualité de vie

Si le retentissement fonctionnel de la migraine est variable d'un patient à l'autre, plus de 85 % des migraineux estiment que leur maladie représente un handicap et 35 % le jugent sévère. Un alitement est systématiquement nécessaire chez 30 à 50 % des patients[41]. Les migraineux ont des scores significativement plus bas que les sujets non migraineux sur toutes les échelles de qualité de vie, quelques soient le type d'évalutaion [42]. La migraine est responsable d'un handicap physique comparable à celui de l'asthme, mais avec un handicap social et émotionnel plus important[42]. L'importance de ce retentissement est significativement associée à la fréquence des crises et à l'intensité des douleurs [43]. Trois quarts des migraineux ont déclaré réduire leurs activités pour éviter certains facteurs déclenchant des crises. Ce retentissement existe quel que soit l'âge [44]. Ainsi, les enfants migraineux

manquent plus souvent l'école que les enfants non migraineux, que ce soit pour des crises de migraine ou pour d'autres pathologies. Dans une étude récente, les enfants migraineux obtenaient de moins bons scores que des enfants non migraineux sur des tests évaluant le fonctionnement social et scolaire. La migraine a des conséquences économiques importantes pour les patients, les familles, les employeurs et le système de santé [45] . Aux États-Unis, l'estimation des coûts directs médicaux se monte à 1 milliard de dollars par an et celle des coûts indirects par baisse de la productivité ou arrêt de travail à 13 milliards de dollars par an[46,47]. Une modélisation économique des conséquences de la migraine a trouvé qu'une entreprise employant 10 000 personnes pouvait s'attendre à perdre la productivité de 46 personnes-an, c'est-à-dire environ 11 048 journées de travail par an à cause de la migraine[48,49]. Le coût direct de la migraine en France est estimé à 1 044 millions d'euros par an , soit environ 1 % de la consommation médicale totale[46,50].

### 1.4.6 Prise en charge

Elle repose essentiellement sur les antimigraineux, antalgiques et les anti-inflammatoires.

## 1.5 Céphalées de tension

Egalement appelées « céphalées psychogène », « céphalées de stress » ou « céphalées essentielles », les céphalées de tension (CDT) doivent être reconnues comme une entité nosologique à part entière. D'ailleurs l'IHS a établi des critères de diagnostic définissant ainsi trois types de céphalées de tension : épisodiques et chroniques. La prévalence des céphalées de tension se situe entre 30 et 80%. Les céphalées épisodiques (un jour par mois au moins) sont beaucoup plus fréquentes que les céphalées de tension chroniques. Les céphalées de tension sont plus fréquentes chez les femmes. La coexistence entre céphalée de tension et migraine chez un même individu est fréquente.

### 1.5.1 Epidémiologie

Une étude danoise réalisée en population générale a montré que, chez les sujets ayant présenté des céphalées de tension durant l'année précédente, la prévalence des CTE rares (≤ 1 jour par mois) est de 59 %, la prévalence des CTE plus fréquentes (plusieurs fois par mois) est de 37 %, et la prévalence des céphalées de tension chroniques (≥ 15 jours par mois) est de 3 %. Ces résultats concernant les CTE et les CTC ont été confirmés par d'autres études en population générale [51]. Le sex-ratio est de 4 hommes pour 5 femmes, différent de celui de la migraine, pour laquelle la prédominance féminine est plus nette. L'âge moyen de début (25 à 30 ans) est aussi plus tardif que dans la migraine. Précisons enfin la coexistence fréquente chez un même patient de céphalées de tension et d'une maladie migraineuse, que ce soit dans des échantillons issus de consultations spécialisées ou représentatifs de la population générale[52,53]. Cette coexistence rend plus difficile les études cliniques, épidémiologiques, fondamentales et nécessite la distinction soigneuse des deux types de céphalées sur les agendas utilisés dans ces études[54].

### 1.5.2 Physiopathologie

Les mécanismes de survenue des céphalées de tension sont moins bien connus que celle de la migraine. Les premiers travaux sont centrés sur l'intervention des facteurs musculaires. Les travaux de ces dernières années ont quant à eux développé les aspects neurobiologiques, et ont insisté sur l'importance des phénomènes de sensibilisation centrale intervenant dans les CTC.

#### 1.5.2.1 Mécanismes périphériques

Plusieurs études ont été menées dans le but de mettre en exergue les facteurs entrainant l'initiation et le maintien des tensions musculaires au niveau de la musculature péri crânienne et cervicale : il s`agit de stimulations mécaniques, de facteurs ischémiques, et de l`intervention de médiateurs chimiques.

Concernant les stimulations mécaniques : les discrètes anomalies électromyographiques retrouvées dans quelques études sont plus en faveur d`un mécanisme adaptatif, protecteur face à la douleur[55].

Concernant l`intervention de facteurs ischémiques, des techniques de micro dialyse réalisées au sein des points gâchettes ont permis d`identifier chez les patients souffrant de céphalées de tension une augmentation moindre du débit sanguin local en réponse à un exercice statique prolongé[56].

Concernant l'intervention des médiateurs chimiques des travaux réalisés sur l'infusion associée de bradykinine, sérotonine, histamine, prostaglandine E2 dans le muscle trapèze, ont déclenché chez les patients souffrant de CTE plus de douleur et de tensions musculaires que chez les sujets contrôles[57].

#### 1.5.2.2 Mécanismes centraux

C'est la sensibilisation du deuxième neurone au niveau de la corne postérieure de la moelle ou au niveau du noyau trigéminé. Les principaux arguments expérimentaux allant dans ce sens sont les évaluations des seuils de détection et de tolérance à la pression thermique et face à un stimulus électrique, au niveau non seulement des territoires céphaliques mais aussi extra céphaliques. L'hypothèse d'une sensibilisation centrale est aussi renforcée par les études cliniques pharmacologiques (efficacité des antidépresseurs tricycliques, des inhibiteurs des NO synthases, caractère pronociceptif des donneurs de NO...)[58].

### 1.5.3 Description clinique

L 'IHS définit ces céphalées comme souvent bilatérales, à type de pression, d'intensité légère ou modérée, non accentuées par l'activité physique, et rarement accompagnées de symptômes tels que nausées, photophobie, phono phobie[34].

La douleur est souvent diffuse, en « casque ». Parfois elle est localisée (par ordre de fréquence, occipitales pouvant descendre dans la nuque, pariétales, temporales et frontales) mais est alors bilatérale dans 90% des cas [59].

Une douleur du vertex ou la jonction entre le nez et l'os frontal en « pince-nez » est également évocatrice. La douleur est plus souvent unilatérale dans les formes chroniques que dans les formes épisodiques.

Les caractéristiques de la douleur sont très variées mais le plus souvent à type de serrement ou de pesanteur, et elle est pulsatile dans 15% des cas [59]. Des sensations de tête vide, de gêne, de brûlure sont aussi décrites. Elle est le plus souvent modérée mais peut parfois être intense, empêchant rarement la poursuite des activités habituelles. Elle ne s'aggrave pas à l'activité physique routinière. Elle peut être déclenchée par les mêmes facteurs que pour la migraine, avec une plus grande prépondérance des facteurs psychologiques. Seules les céphalées de tension chronique peuvent avoir un retentissement sur la vie quotidienne.

En général, la céphalée est présente dès le réveil et s'accentue en fin de journée. Des périodes d'accalmie de plusieurs mois ou années sont souvent constatées. La prévalence de ces céphalées diminue le plus souvent avec l'âge. Une contracture avec douleur à la pression des masses musculaires cervicales, scapulaires et masseterines est fréquemment trouvée. L'examen clinique est par ailleurs normal. Aucun examen n'est nécessaire sauf en cas de doute diagnostique.

### 1.5.4 Formes cliniques

Dans la céphalée de tension épisodique, la durée moyenne est de 12 heures (30 à 72 heures). Le nombre de jours de céphalées est inférieur à 15 par mois [34]. La céphalée chronique est définie par un nombre de jours de céphalée supérieur ou égal à 15 par mois durant 6 mois [34]. Parfois, le patient se plaint

d'emblée d'une forme chronique mais dans la grande majorité des cas, elle suit une période plus ou moins longue de céphalées épisodiques[40].

### 1.5.5 Facteurs étiologiques

Plusieurs facteurs peuvent être incriminés dans la physiopathologie des céphalées de tension. Les dysfonctionnements des muscles péri-crâniens avec ou sans désordres musculaires sont les plus fréquents. Parmi les phénomènes mécaniques, on retrouve aussi la dysfonction oro-mandibulaire. Les facteurs psychiatriques (dépression et anxiété, rarement hystérie, hypochondrie ou délire psychotique) et psychologiques (stress et surmenage) sont présents dans deux tiers des cas. Les règles déclenchent régulièrement des céphalées, elles sont plus sévères, et moins sensibles aux traitements. L'abus médicamenteux, rarement avoué par les patients, aggrave les céphalées[40].

### 1.5.6 Qualité de vie

On retrouve dans la littérature des données sur les coûts indirects engendrés par les céphalées de tension : le nombre de jours d'absentéisme lié aux céphalées de tension est de 820 jours par an pour 1000 employés contre 270 jours pour la migraine [60]. Concernant les coûts directs (consultations, hospitalisations, consommation de médicaments), les données sont moins claires et peu nombreuses. On sait néanmoins que 16 % seulement des patients souffrant de céphalées de tension consultent leur médecin traitant, alors que 56 % des migraineux le font. Les médicaments en vente libre sont les traitements les plus utilisés par les patients souffrant de céphalées de tension[60]. L'impact individuel est plus difficile à appréhender que l'impact sociétal. Holroyd a montré que 74 % des patients ont un handicap en rapport avec leur céphalée, de 7 jours en moyenne sur 6 mois consécutifs[61].

### 1.5.7 Prise en charge

La prise en charge passe par les anti-inflammatoires, les antidépresseurs, les antalgiques et la psychothérapie.

## 1.6 Algie vasculaire de la face

L'algie vasculaire de la face (AVF) est une céphalée primaire, sans lésion sous-jacente, par opposition aux céphalées secondaires dont les causes sont très diverses. Elle, se manifeste par des crises douloureuses unilatérales, brèves mais très intenses, entre lesquelles le patient est normal. La dénomination américaine de « cluster headache » décrit le caractère essentiel de l'affection, la périodicité[34].

### 1.6.1 Epidémiologie

L'AVF est une affection rare, environ 25 fois moins fréquente que la migraine [62] . Sa prévalence est estimée entre 0,1 et 1 %, et son incidence ajustée sur le sexe et sur l'âge voisine de 9,8/100 000. Elle touche avec prédilection les sujets jeunes (20 à 40 ans) de sexe masculin (85 à 92 %) [63]. Alors que l'AVF était considérée classiquement comme n'ayant pas de caractère familial, les résultats d'études récentes suggèrent le contraire avec une fréquence des formes familiales comprise entre 7 et 10 %. L'existence de formes familiales démontre l'implication de facteurs génétiques dans la physio pathogénie de l'AVF. Le ou les modes de transmission ainsi que les gènes impliqués sont encore inconnus. C'est la plus fréquente des algies faciales, pourtant elle reste mal connue du corps médical : le délai diagnostique moyen est de 10 à 15 ans. Durant cette période, le patient est vu par le généraliste, le dentiste, le stomatologue, l'ophtalmologue ou l'oto-rhino-laryngologiste et son AVF est prise pour une affection dentaire, une sinusite ou encore une névralgie du trijumeau, avec ce

que cela suppose d'investigations inutiles et de traitements inefficaces. Pourtant la symptomatologie est à la fois caractéristique et univoque[64].

### 1.6.2 Physiopathologie

La physiopathologie de l'AVF est mal connue, mais fait très probablement intervenir le système trigéminovasculaire et un « générateur de l'AVF » hypothalamique [63]. L'unilatéralité de la douleur, sa localisation dans le territoire du trijumeau, la présence de signes parasympathiques (larmoiement, congestion nasale, injection conjonctivale et œdème de la paupière) et sympathiques (myosis, ptôsis et sudation du front) suggèrent l'implication du système trigéminovasculaire et du sinus caverneux, cependant par un mécanisme qui reste obscur. Le caractère cyclique des périodes de crises et la survenue des crises à des heures plus ou moins fixes sur 24 heures suggèrent fortement l'implication du rythme circadien via la mélatonine et l'acide gamma-aminobutyrique (GABA). Ces deux substances sont fortement concentrées dans l'hypothalamus. Une étude récente utilisant la tomographie par émission de positons (PET-scan) a démontré une hyperactivité des noyaux hypothalamiques du même côté que la douleur lors des crises qui disparaît en dehors de celles-ci [59].

### 1.6.3 Clinique

Le diagnostic positif se fait uniquement sur l'interrogatoire. L'examen clinique est normal, sauf juste après une crise ou entre deux crises rapprochées, où l'on peut observer une rougeur de l'œil, un petit œdème palpébral et un signe de Claude-Bernard-Horner. Celui-ci persiste définitivement dans environ 20% des cas, surtout en cas d'AVF chronique. Les examens complémentaires sont normaux[64].

### 1.6.4 Traitement

Le traitement comprend deux volets, le traitement des crises qui vise à soulager la douleur le plus rapidement et le plus complètement possible lors de chaque crise, et le traitement de fond dont le but est de diminuer la fréquence des crises[62,65].

# 2. CADRE ET METHODE D'ETUDE

## 2.1 CADRE

Notre étude s'était déroulé à Cotonou, plus précisément au Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou (CNHU-HKM) qui est le centre de référence en matière de santé au bénin. Le centre est structuré en plusieurs services dont le service de neurologie où nous effectuerons notre travail de recherche.

### 2.1.1 CNHU-HKM

Le CNHU-HKM est l'hôpital de référence dans la pyramide sanitaire du Bénin. Il est situé dans la ville de Cotonou, capitale économique de la République du Bénin. Il a été créé le 30 octobre 1962 par la loi N°62-36 sous le mandat du président Hubert Maga dont il porte le nom « hôpital Hubert MAGA ». Il avait à sa création une capacité de 350 lits ce qui lui confère le vulgaire nom « d'hôpital 350 lits ». Il change de statut et devient le centre national hospitalier le 21 Décembre 1966. Avec la création de l'université, il devient centre national hospitalier et universitaire de Cotonou en 1973. En novembre 2001, à l'inauguration de l'unité de scannographie et dans le but d'immortaliser la mémoire du Président MAGA, l'hôpital devient le Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM). Aujourd'hui, sa capacité d'accueil avoisine les 1000 lits. Il est organisé en plusieurs services :

- Le service des urgences médico-chirurgicales, comportant :
  - La clinique universitaire d'accueil des urgences.
- Le service de chirurgie et de spécialités chirurgicales :

- La Clinique Universitaire de Traumatologie, Orthopédie et de Chirurgie Réparatrice (CUTO-CR) ;
- La Clinique Universitaire de Chirurgie Pédiatrique ;
- La Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale ;
- La Clinique Universitaire d'Urologie-Andrologie ;
- L'Unité des Grands Brûlés ;
- Les services chirurgicaux communs qui comprennent le bloc opératoire central, la stérilisation et la chirurgie externe ;
- Le service d'Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale (ORL-CCF) ;
- Le service d'Ophtalmologie ;
- La Clinique Universitaire de Neuro Chirurgie.

➢ Le service de Médecine et Spécialités médicales, comportant :

- Le service de Médecine Interne ;
- Le service de Rhumatologie ;
- Le service de Néphrologie auquel est rattachée l'unité de dialyse ;
- Le service d'Hépato-Gastro-Entérologie ;
- Le service des Maladies endocriniennes et métaboliques ;
- Le service de Neurologie ;
- La Clinique Universitaire Polyvalente d'Anesthésie et Réanimation (CUPAR) ;
- Le Service des Maladies du Sang (SMAS) ;
- L'Unité de Soins et de Recherche en Cardiologie (USERC) ;
- Le service de Dermatologie-Vénérologie ;
- Le service de Psychiatrie ;
- La Clinique Universitaire de Médecine Physique et de Réadaptation fonctionnelle.

➢ Le service de santé maternelle et infantile, comportant :

- Le service de Pédiatrie et Génétique Médicale auquel est rattachée
- L'unité de Néonatologie ;
- La Clinique Universitaire de Gynécologie-Obstétrique (CUGO).

➢ Le département de santé publique ;

➢ Le département des services médicotechniques (laboratoires d'analyses biomédicales, banque de sang, service d'imagerie et de kinésithérapie);

➢ Le service administratif ;

➢ La pharmacie ;

➢ La buanderie ;

➢ La morgue.

### 2.1.2 Clinique Universitaire de Neurologie

Elle est dirigée par le Professeur titulaire du CAMES Pr ADJIEN K.Constant. Ce service reçoit et traite les patients souffrant d'affections neurologiques.

❖ **Infrastructure**

La clinique universitaire de Neurologie est composée de :

✓ Huit (08) salles d'hospitalisation au sein du pavillon de Médecine B et comportant 38 lits ;

✓ Une Unité de soins intensifs Neuro-vasculaire de 06 lits possédant des scopes avec une salle de télémétrie ;

✓ Une salle de Consultation ;

✓ Une salle d'explorations fonctionnelles neurologiques qui ne dispose que d'un appareil numérisé d'EEG fixé avec vidéo ;

✓ Une salle d'ENMG et Potentiels évoqués

✓ Six bureaux ;

✓ Un secrétariat.

❖ **Personnels**

- ✓ Cinq médecins neurologues dont deux professeurs titulaires, un assistant et deux praticiens hospitaliers ;
- ✓ Dix (10) infirmiers et une infirmière dont le surveillant général ;
- ✓ Huit (8) aides-soignants ;
- ✓ Un employé de bureau.

❖ **Activités**

Différentes activités sont réalisées au sein de la clinique. Ces activités s'énumèrent comme suit :

- ✓ Consultation ;
- ✓ Hospitalisation des patients ;
- ✓ Des actes médicotechniques tels que l'EEG, les Potentiels Evoqués (PEA, PEV, PES), le doppler des troncs supra-aortiques et transcraniens et l'ENMG;
- ✓ Des activités de recherche clinique surtout en neuro-épidémiologie ;
- ✓ Des expertises ;
- ✓ Des formations des étudiants en médecine et des médecins en diplôme d'étude spéciale de neurologie.

## 2.2 METHODE

### 2.2.1 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale, à visée descriptive et analytique.

### 2.2.2 Période d'étude

La période d'étude s'étendait du 1er Juillet 2023 au 30 Septembre 2023.

### 2.2.3 Population d'étude

La population d'étude était constituée des patients céphalalgiques reçu en consultation dans la CUN et répondant aux critères d'inclusion.

**Critères d'inclusion** : étaient inclus dans l'étude toutes les personnes consentantes, ayant un âge supérieur ou égal à 18 ans, ayant consultés dans le service de neurologie du CNHU-HKM et chez qui le diagnostic de Céphalées primaires à été posé.

**Critères d'exclusion** : étaient exclus les personnes n'ayant pas données leur consentement, aphasique, et non consentant.

**Critères de non inclusion** : : étaient non-inclus de l'étude toutes les personnes ayant un âge inférieur à 18 ans et souffrant de céphalées secondaire.

### 2.2.4 Variables à l'étude

Deux types de variables seront utilisées dans cette étude. Il s'agit des variables dépendantes et des variables indépendantes.

- La variable dépendante
  - La qualité de vie évaluer par le score HIT-6

L'échelle HIT-6 (HIT- Headache Impact Test) est un outil métrologique qui a été développé et validé afin de pouvoir déterminer l'impact fonctionnel des céphalées sur la vie quotidienne des sujets céphalalgiques qu'ils soient migraineux ou non. Cette échelle permet ainsi d'évaluer l'impact de la migraine sur la vie quotidienne, en considérant 6 questions. Chaque question comprend les 5 mêmes items de réponse qui sont côtés 6, 8, 10, 11 et 13. Si Le score total est supérieur ou égal à 60, cela signifie que les céphalées ont un impact majeur sur la vie quotidienne ; un score compris entre 56 et 59, indique un impact important sur la vie quotidienne ; un score compris entre 50 à 55, montre un certain impact sur la vie quotidienne ; et un score inférieur ou égal à 49, correspond à un faible impact sur la vie quotidienne. Cette échelle HIT-6 a été traduite en français et validée. Cette échelle est par ailleurs recommandée par la Société Française d'Etude des Migraines et Céphalées pour l'évaluation de la migraine [66,67].

- ❖ Les variables indépendantes
  - ➢ Les variables sociodémographiques
    - ✓ Age
    - ✓ Sexe
    - ✓ Ethnie
    - ✓ Résidence
    - ✓ Profession
    - ✓ Niveau d'étude
    - ✓ Niveau socio-économique
    - ✓ Situation matrimoniale
  - ➢ Antécédents personnels médicaux
  - ➢ Enquêtes Sociales
  - ➢ Echelle HAD

L'échelle HAD (HAD/Hospital Anxiety and Depression scale) explore de façon générique le retentissement émotionnel en considérant la composante anxieuse et dépressive. Cette échelle a été développée et validée, permettant d'obtenir deux scores qui, par comparaison à des scores seuils, permettent de détecter l'existence d'un éventuel retentissement émotionnel portant sur le versant anxieux et/ou dépressif. Il s'agit d'un auto-questionnaire. Il comporte 14 questions, chacune ayant 4 items de réponse cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à la dimension anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores. Pour les deux scores (dépression et anxiété), des valeurs seuils ont été déterminées pour dépister le retentissement anxieux et dépressif :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie
- 8 à 10 : symptomatologie douteuse
- 11 et plus : symptomatologie certaine.

Cette échelle HAD a été traduite en langue française et validée. Cette échelle est recommandée pour l'évaluation de la douleur chronique en ambulatoire ainsi que pour celle de la migraine [68,69].

- Echelle MMSE

Le *Mini-Mental State Examination* (MMSE) a initialement été développé comme un bref outil de dépistage pour fournir une évaluation quantitative des troubles cognitifs et pour consigner les changements cognitifs dans le temps (Folstein, Folstein & McHugh, 1975) [70]. Depuis lors, il est maintenant reconnu que l'utilisation répétée du MMSE avec le même client réduit sa validité et il est donc conseillé que cet outil de dépistage ne soit pas utilisé de façon répétitive avec le même individu si l'intervalle de temps entre les tests est bref. Plutôt que de fournir un diagnostic, la mesure devrait être utilisée pour détecter la présence de troubles cognitifs [70]. Le MMSE mesure brièvement les capacités d'orientation dans le temps et l'espace, de rappel immédiat, de mémoire verbale à court terme, de calcul, de langage et de praxies constructives. Alors que la mesure était initialement utilisée pour détecter la démence dans un contexte psychiatrique, son utilisation est maintenant généralisée. Depuis 1993, le MMSE est disponible avec un tableau en annexe qui permet que des normes spécifiques au patient soient identifiées en fonction de l'âge et du niveau d'éducation (Crum, Anthony, Bassett 1993) [71]. Le MMSE est constitué de 11 questions ou tâches simples qui évaluent diverses fonctions, incluant : l'arithmétique, la mémoire et l'orientation.

Le score est le nombre d'items exacts. La mesure produit un score total de 30. Un score de 23 ou moins est la limite généralement acceptée indiquant la présence de troubles cognitifs (Ruchinskas & Curyto, 2003) [72].

Les niveaux d'atteinte ont également été classifiés comme nul (24-30), léger (18-23) et sévère (0-17) (Tombaugh & McIntyre 1992) [73].

### 2.2.4.1 Opérationnalisation des variables

Tableau II : **Opérationnalisation des variables relatives aux données sociodémographiques**

| | Variables | Type de variables | Modalités | Codage |
|---|---|---|---|---|
| Socio démographiques | Age du patient au moment de l'entretien | Variable quantitative partagée en 3 classes | [18-39] ; [40-60] ; > 60 | 0 ; 1 ; 2 |
| | Sexe | Variable qualitative nominale dichotomique | Masculin ; féminin | 1 ; 2 |
| | Ethnie | Variable qualitative nominale | Fon et apparentés ; Yoruba et apparentés ; Adja et apparentés ; Dendi et apparentés | 0 ; 1 ; 2 ; 3 |
| | Résidence | Variable qualitative nominale dichotomique | Urbaine ; rurale | 1 ; 2 |
| | Profession | Variable qualitative nominale | Artisan ; sans emploi; commerçant ; étudiant/élève ; fonctionnaire ; ménagère | 0 ; 1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5 |
| | Niveau d'étude | Variable qualitative ordinale | Aucun ; primaire ; secondaire ; supérieur | 0 ; 1 ; 2 ; 3 |
| | Niveau socio-économique | Variable qualitative ordinale dichotomique | Bas < 200000; Moyen>200000 | 1 ; 2 |
| | Situation matrimoniale | Variable qualitative nominale | Célibataire ; Marié ; Veuf (ve) | 0 ; 1 ; 2 |

Tableau III : **Opérationnalisation des variables relatives aux antécédents personnels médicaux et chirurgicaux**

| | Variables | Type de variables | Modalités | Codage | Définition |
|---|---|---|---|---|---|
| Antécédents personnels médicaux et chirurgicaux | HTA | Variable qualitative nominale dichotomique | Non ; Oui | 0 ; 1 | Retenu sur une auto déclaration du patient |
| | Diabète | Variable qualitative nominale dichotomique | Non ; Oui | 0 ; 1 | Retenu sur une auto déclaration du patient |
| | Asthme | Variable qualitative nominale dichotomique | Non ; Oui | 0 ; 1 | Retenu sur une auto déclaration du patient |
| | Ulcère gastroduodénale | Variable qualitative nominale dichotomique | Non ; Oui | 0 ; 1 | Retenu sur une auto déclaration du patient |
| | Insuffisance ovarienne | Variable qualitative nominale dichotomique | Non ; Oui | 0 ; 1 | Retenu sur une auto déclaration du patient |
| | Névralgie cervico-brachiale | Variable qualitative nominale dichotomique | Non ; Oui | 0 ; 1 | Retenu sur une auto déclaration du patient |
| | Hernie inguinale | Variable qualitative nominale dichotomique | Non ; Oui | 0 ; 1 | Retenu sur une auto déclaration du patient |

Tableau IV : **Opérationnalisation des variables relatives aux modes de vie**

| | Variables | Types de variables | Modalités | Codage | Définition |
|---|---|---|---|---|---|
| Mode de vie | Sédentarité | Variables qualitative dichotomique | Oui ; Non | 0 ; 1 | Retenu sur une auto déclaration du patient |
| | Alcoolisme | Variables qualitative dichotomique | Oui ; Non | 0 ; 1 | Retenu sur une auto déclaration du patient |
| | Tabagisme | Variables qualitative dichotomique | Oui ; Non | 0 ; 1 | Retenu sur une auto déclaration du patient |
| | Habitation | Variables qualitative dichotomique | Oui ; Non | 0 ; 1 | Retenu sur une auto déclaration du patient |
| | Activité physique | Variables qualitative dichotomique | Oui ; Non | 0 ; 1 | Retenu sur une auto déclaration du patient |
| | Obésité | Variables qualitative dichotomique | Oui ; Non | 0 ; 1 | Retenu sur une auto déclaration du patient |

Tableau V : **Opérationnalisation des variables relatives aux caractéristiques cliniques**

| Variables | Types de variables | Modalités | Codage | Définition |
|---|---|---|---|---|
| HIT-6TM | Variables quantitatives continues discrétisée en 4 classes à partir de 49 | ≤49 ; [50-55] ; [56-59] ; ≥60 | 0 ; 1 ; 2 ; 3 | L'échelle HIT-6 (HIT-Headache Impact Test) est un outil métrologique qui a été développé et validé afin de pouvoir déterminer l'impact fonctionnel des céphalées sur la vie quotidienne des sujets céphalalgiques qu'ils soient migraineux ou non. Chaque question comprend les 5 mêmes items de réponse qui sont côtés 6, 8, 10, 11 et 13.<br>✓ Si Le score total est supérieur ou égal à 60, cela signifie que les céphalées ont un impact majeur sur la vie quotidienne ;<br>✓ Un score compris entre 56 et 59, indique un impact important sur la vie quotidienne ;<br>✓ Un score compris entre 50 à 55, montre un certain impact sur la vie quotidienne ;<br>✓ Et un score inférieur ou égal à 49, correspond à un faible impact sur la vie quotidienne. |
| MMSE | Variables quantitatives continues discrétisée en 3 classes en partant de 0 | [24-30] ; [18-23] ; [0-17] | 0 ; 1 ; 2 | Le MMSE est constitué de 11 questions ou tâches simples qui évaluent diverses fonctions, incluant : l'arithmétique, la mémoire et l'orientation.<br>Le score est le nombre d'items exacts. La mesure produit un score total de 30. Un score de 23 ou moins est la limite généralement |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | acceptée indiquant la présence de troubles cognitifs (Ruchinskas & Curyto, 2003).<br>Les niveaux d'atteinte ont été classifiés comme<br>✓ Nul (24-30),<br>✓ Léger (18-23) et<br>✓ Sévère (0-17) (Tombaugh & McIntyre 1992). |
| HADs (anxiété) | Variables quantitatives continues discrétisée en 3 classes en partant de 0 | ≤7 ; [8-10] ; ≥11 | 0 ; 1 ; 2 | Cette échelle a été développée et validée, permettant d'obtenir deux scores qui, par comparaison à des scores seuils, permettent de détecter l'existence d'un éventuel retentissement émotionnel portant sur le versant anxieux et/ou dépressif. Il s'agit d'un auto-questionnaire. Il comporte 14 questions, chacune ayant 4 items de réponse cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à la dimension anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores. Pour les deux scores (dépression et anxiété), des valeurs seuils ont été déterminées pour dépister le retentissement anxieux et dépressif :<br>✓ 7 ou moins : absence de symptomatologie<br>✓ 8 à 10 : symptomatologie douteuse<br>✓ 11 et plus : symptomatologie certaine. |
| HADs (dépression) | Variables quantitatives continues discrétisée en 3 classes en partant de 0 | ≤7 ; [8-10] ; ≥11 | 0 ; 1 ; 2 | |

## 2.3 Collecte de données

### 2.3.1 Support de collecte de données

Une fiche d'enquête en ligne a été réalisée et soumise au patient (après son consentement) ; ladite fiche a permit de renseigner sur les différentes variables abordées par notre étude.

### 2.3.2 Technique de collecte

Nous avons suivi les consultations journalières organisées dans la clinique universitaire de neurologie. A la fin de ces consultations nous avons exposés le but de notre étude aux patients concernés et l'enquête a été menée en ligne grâce à une application de collecte de données appelées KOBO COLLECT. Il était question d'évaluer un certain nombre de score chez lesdits patients afin d'aboutir à nos différents objectifs.

### 2.3.3 Traitement et analyse de données

Les données ont été recueillies sur un questionnaire élaboré pour la collecte des données à l'aide du logiciel KOBOCOLLECT. Toutes ces données ont été traitées et analysées à l'aide du logiciel SPSS version 25.0.

### 2.3.4 Considérations éthiques

Le consentement éclairé des patients a été obtenu. L'étude a été réalisée dans l'anonymat de l'identité des patients. Des mesures de sécurité strictes ont été appliquées pour assurer cette confidentialité. Les formulaires ne sont accessibles que par l'équipe de recherche. L'accès à la base de données numérique était strictement limité et réservé à l'équipe de recherche. Elle a été conservée dans un ordinateur, et protégée par un nom d'utilisateur et un mot de passe. Les fichiers étaient anonymes et codés avant tout transfert par support électronique ou e-mail.

# 3. RESULTATS

## 3.1 CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Dans la période d'étude, un total de 754 patients ont été consulté et 109 (14,5%) ont présenté des céphalées primaires, avec 11,00% de migraines et 8,35% de céphalées de tension.

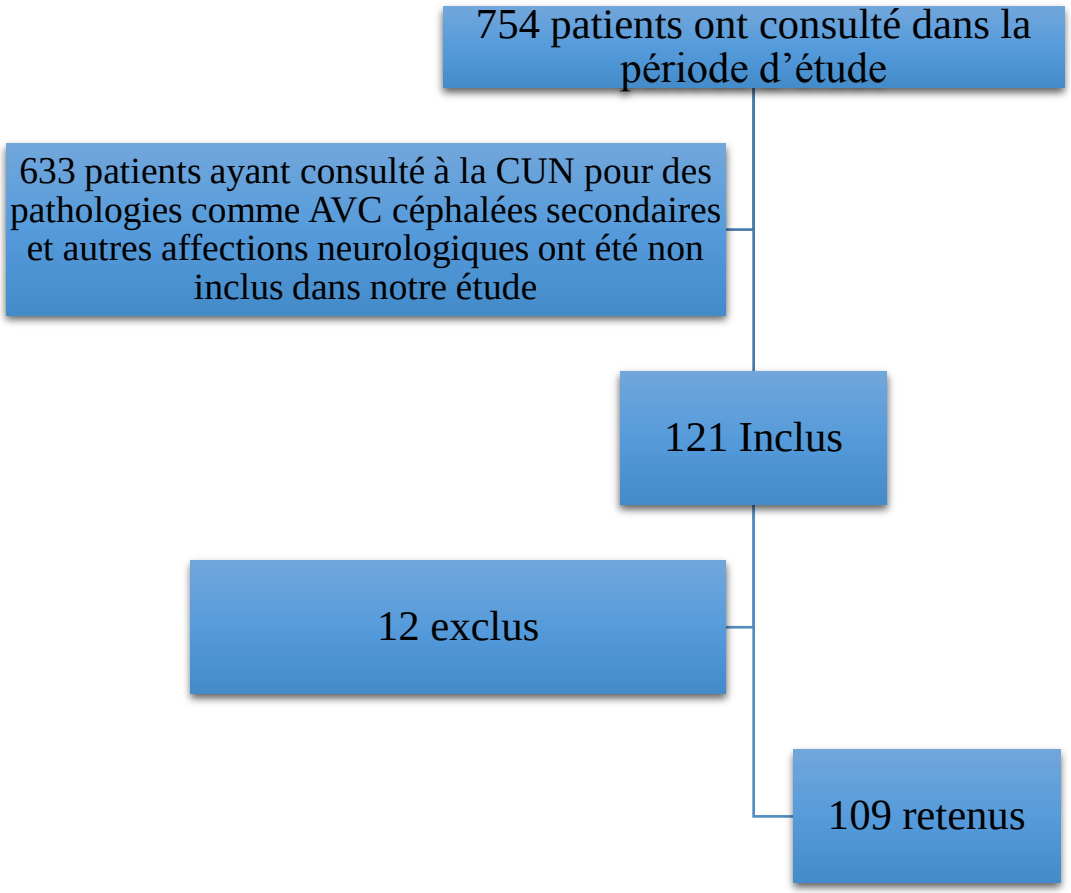



Figure 6 : **Diagramme de flux**

### 3.1.1 Répartition des patients céphalalgiques selon l'âge et le sexe

Dans notre série, l'âge moyen des patients dans notre étude était de 46,0 ± 14,6 ans, avec des extrêmes d'âge de 18 ans et 80 ans. Les patients âgés de 40 à 59 ans étaient dominants (47,71%). Le sexe féminin était le plus représenté avec un taux de 62,4%, soit un sexe ratio homme/femme de 0,60 en faveur des femmes. Le tableau VII présente la répartition des patients céphalalgiques selon l'âge et sexe.

Tableau VI**: Répartition des patients céphalalgiques selon l'âge et le sexe**

| | | Effectif (n=109) | Pourcentage(%) |
|---|---|---|---|
| Age | 18-39 | 36 | 33,02 |
| | **40-59** | **52** | **47,71** |
| | >60 | 21 | 19,30 |
| Sexe | Masculin | 41 | 37,6 |
| | **Féminin** | **68** | **62,4** |

### 3.1.2 Répartition des patients céphalalgiques selon la zone de résidence et l'ethnie

Les patients vivant en milieu urbain étaient les plus représentatifs avec un taux de 92,7%. 71,6% de la population d'étude étaient des fon et apparentés. Le tableau VIII présente la répartition des patients céphalalgiques selon la zone de résidence et l'ethnie.

Tableau VII**: Répartition des patients céphalalgiques selon la zone de résidence et l'ethnie**

| | | Effectif (n=109) | Pourcentage(%) |
|---|---|---|---|
| Zone de résidence | **urbaine** | **101** | **92,7** |
| | Rurale | 8 | 7,3 |
| Ethnie | **Fon et apparentés** | **78** | **71,6** |
| | Yoruba et apparentés | 11 | 10,1 |
| | Adja et apparentés | 12 | 11 |
| | Dendi et apparentés | 8 | 7,3 |

### 3.1.3 Répartition des patients céphalalgiques selon le niveau socio-économique

Au terme de notre étude 85,3% des enquêtés vivaient avec un niveau socio-économique moyen. Le reste soit 14,7% avaient un niveau socio-économique bas.

### 3.1.4 Répartition des patients céphalalgiques selon le niveau d'étude

43,1% de la population d'étude possédaient un niveau d'étude supérieur suivi de 29,6% de la population d'étude qui avait un niveau secondaire

Tableau VIII**: Répartition des patients céphalalgiques selon le niveau d'étude**

| | Effectifs n=109 | Pourcentages (%) |
|---|---|---|
| Aucun | 17 | 15,6 |
| Primaire | 13 | 11,9 |
| Secondaire | 32 | 29,6 |
| **Supérieur** | **47** | **43,1** |

### 3.1.5 Répartition des patients céphalalgiques selon la profession

Dans notre population d'étude les fonctionnaires étaient les plus représentatifs avec 49,54%.

Tableau IX**: Répartition des patients céphalalgiques selon la profession**

| | Effectifs n=109 | Pourcentages (%) |
|---|---|---|
| **Fonctionnaire** | **54** | **49,54** |
| Commerçant | 30 | 27,52 |
| Artisan | 3 | 2,80 |
| Élèves/étudiant | 10 | 9,20 |
| Ménagères | 6 | 5,50 |
| Sans emploi | 6 | 5,50 |

### 3.1.6 Répartition des patients céphalalgiques selon la situation matrimoniale

78,90% de la population d'étude étaient mariés. Le reste était réparti entre célibataire (19,3%) et veuf (veuve) (1,8%).

Tableau X**: Répartition des patients céphalalgiques selon la situation matrimoniale**

| | Effectifs n=109 | Pourcentages (%) |
|---|---|---|
| Célibataire | 21 | 19,30 |
| **Marié** | **86** | **78,90** |
| Veuf (veuve) | 2 | 1,8 |

## 3.2 MODE DE VIE

La majorité de nos patients étaient des patients non alcooliques (88,1%). Seul 11,9% en consommait régulièrement. Il n'y avait pas de patients tabagiques dans notre population d'étude ; 97,2% des patients vivaient en famille et 2,8% vivaient seul ou éloigné de leur famille ; 17,4% des patients étaient des sédentaires et 82,6% ne l'étaient pas ; il y avait 59,6% des patients qui faisaient de l'activité physique. On retrouvait dans notre population d'étude 45,9% de patients obèses.

Tableau XI : **Répartition des céphalalgiques selon le mode de vie**

| | | Effectifs n=109 | Pourcentages (%) |
|---|---|---|---|
| Alcool | Oui | 13 | 11,9 |
| | **Non** | **96** | **88,1** |
| Tabac | Oui | 0 | 0 |
| | **Non** | **109** | **100** |
| Mode d'habitation | Seul | 3 | 2,8 |
| | **En famille** | **106** | **97,2** |
| Sédentarité | Oui | 19 | 17,4 |
| | **Non** | **90** | **82,6** |
| Activité physique | **Oui** | **65** | **59,6** |
| | Non | 44 | 40,4 |
| Obésité | Oui | 50 | 45,9 |
| | **Non** | **59** | **54,1** |

## 3.3 CARACTERISTIQUES CLINIQUES

### 3.3.1 Répartition des patients céphalalgiques selon les antécédents personnels

La prévalence des patients hypertendus dans notre population d'étude était de 33,9% ; 28,4% étaient des diabétiques.

Tableau XII **: Répartition des patients céphalalgiques selon les antécédents personnels**

| | Effectifs n=109 | Pourcentages (%) |
|---|---|---|
| Asthme | 1 | 0,9 |
| Ulcère gastroduodénal | 15 | 13,8 |
| Hernie inguinale | 1 | 0,9 |
| Hydrocéphalie | 1 | 0,9 |
| Insuffisance ovarienne | 1 | 0,9 |
| Névralgie cervico brachiale | 1 | 0,9 |
| **HTA** | **37** | **33,9** |
| **Diabète** | **31** | **28,4** |

### 3.3.2 Répartition des patients céphalalgiques selon le type de céphalées

Dans notre période d'étude, un total de 754 patients a été consulté et 109 (14,5%) ont présenté des céphalées primaires.

Sur les 109 patients ayant des céphalées primaires, 83 (76,15%) avaient des migraines et 63 (57,8%), des céphalées de tension. Les migraines étaient isolées dans 42,2% et associées aux céphalées de tension dans 33,9%. Le tableau XIV présente la répartition des patients céphalalgiques selon le type de céphalées.

**Tableau XIII : Répartition des patients céphalalgiques selon le type de céphalée**

| | Effectifs n=109 | Pourcentages (%) |
|---|---|---|
| **Migraine isolée** | **46** | **42,2** |
| Céphalée de tension isolée | 26 | 23,9 |
| Migraine et céphalée de tension | 37 | 33,9 |

## 3.4 DISTRIBUTION DES TYPES DE CEPHALEES SELON LES CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

### 3.4.1 Répartition des patients ayant des céphalées primaires selon le sexe

Le sexe féminin était le plus représenté avec un taux de 62,4% soit un sexe ratio homme/femme de 0,60 en faveur des femmes. Une répartition faite en fonction des types de céphalées primaires montrait que les femmes étaient les plus représentés soit 58,7% pour les migraines isolées et 69,2% pour les céphalées de tension. Le tableau XV présente la répartition des patients ayant des céphalées primaires selon le sexe.

Tableau XIV : **Répartition des patients ayant des céphalées primaires selon le sexe**

| | Migraine isolée n=46(%) | Céphalées de tension isolée n=26(%) | Migraine et Céphalées de tension n=37(%) | Total n=109(%) |
|---|---|---|---|---|
| Masculin | 19(41,3) | 8(30,8) | 14(37,8) | 41(37,6) |
| **Féminin** | **27(58,7)** | **18(69,2)** | **23(62,2)** | **68 (62,4)** |

### 3.4.2 Répartition des patients ayant des céphalées primaires selon l'âge

L'âge moyen des patients dans notre étude était de 46,0 ± 14,6 ans ; les patients âgés de 40 à 59 ans étaient dominants (47,7%). 52,2% de ces patients présentaient des migraines isolées ; 42,3% présentaient des céphalées de tension isolées puis 45,9% présentaient migraine et céphalée de tension associées.

Tableau XV**: Répartition des patients ayant des céphalées primaires selon l'âge**

| | Migraine isolée n=46(%) | Céphalées de tension isolée n=26(%) | Migraine et Céphalées de tension n=37(%) | Total n=109(%) |
|---|---|---|---|---|
| 18-39 | 15(32,6**%**) | 9(34,6**%**) | 12(32,4**%**) | 36(33,0**%**) |
| **40-59** | **24(52,2%)** | **11(42,3%)** | **17(45,9%)** | **52(47,7%)** |
| ≥60 | 7(15,2**%**) | 6(23,1**%**) | 8(21,6**%**) | 21(19,3**%**) |

### 3.4.3 Répartition des patients ayant des céphalées primaires selon la profession

49,54% des patients étaient des fonctionnaires et ils prédominaient au niveau de toutes les céphalées primaires soit 52,3% pour les migraines isolées, 46,2% pour les céphalées de tension puis 48,2% pour l'association des migraines et des céphalées de tension.

Tableau XVI : **Répartition des patients ayant des céphalées primaires selon la profession**

| | Migraine isolée n=46(%) | Céphalées de tension isolée n=26(%) | Migraine et Céphalées de tension n=37(%) | Total n=109(%) |
|---|---|---|---|---|
| **Fonctionnaire** | **24(52,3)** | **12(46,2)** | **18(48,6)** | **54(49,5)** |
| Commerçant | 10(21,7) | 8(30,8) | 12(32,4) | 30(27,5) |
| Artisan | 1(2,2) | 1(3,8) | 1(2,7) | 3(2,8) |
| Études/élèves | 5(10,9) | 2(7,7) | 3(8,1) | 10(9,2) |
| Ménagères | 3(6,5) | 2(7,7) | 1(2,7) | 6(5,5) |
| Sans emploi | 3(6,5) | 1(3,8) | 2(5,4) | 6(5,5) |

### 3.4.4 Répartition des patients ayant des céphalées primaires selon la situation matrimoniale

Les patients mariés étaient les plus représentatifs dans notre série d'étude avec 78,90%. Ces derniers étaient les plus représentés à 76,1% dans les migraines isolées ; à 92,3% dans les céphalées de tension isolées puis 73,0% dans l'association des migraines et des céphalées primaires.

Tableau XVII : **Répartition des patients céphalalgiques selon la situation matrimoniale**

| | Migraine isolée n=46(%) | Céphalées de tension isolée n=26(%) | Migraine et Céphalées de tension n=37(%) | Total n=109(%) |
|---|---|---|---|---|
| Célibataire | 10(21,7) | 2(7,7) | 9(24,3) | 21(19,3) |
| **Marié** | **35(76,1)** | **24(92,3)** | **27(73,0)** | **86(78,9)** |
| Veuf/veuve | 1(2,2) | 0(0) | 1(2,7) | 2(1,8) |

## 3.5 DISTRIBUTION DES TYPES DE CEPHALEES SELON LE MODE DE VIE

88,1% des patients ne prenaient pas de l'alcool et 82,6% avaient des migraines isolées 92,3% des céphalées de tension puis 91,9% avaient une association des deux. Seul 2,8% des patients vivaient seul. Tout le reste soit 97,2% vivaient en famille**.** 17,4% des patients étaient des sédentaires et 82,6% ne l'étaient pas**.** Il y avait 59,6% des patients qui faisaient de l'activité physique. On retrouvait dans notre population d'étude 45,9% de patients obèses.

Tableau XVIII : **Distribution des types de céphalées selon le mode de vie**

| | | Migraine isolée n=46(%) | Céphalées de tension isolée n=26(%) | Migraine et Céphalée de tension n=37(%) | Total n=109(%) |
|---|---|---|---|---|---|
| Alcool | Oui | 8(17,4%) | 2(7,7%) | 3(8,1%) | 13(11,9%) |
| | **Non** | **38(82,6%)** | **24(92,3%)** | **34(91,9%)** | **96(88,1%)** |
| Habitation | Seul | 1(2,2%) | 0(0%) | 2(5,4%) | 3(2,8%) |
| | **En famille** | **45(97,8%)** | **26(100%)** | **35(94,6%)** | **106(97,2%)** |
| Sédentarité | Oui | 10(21,7%) | 2(7,7%) | 7(18,9%) | 19(17,4%) |
| | **Non** | **36(78,3%)** | **24(92,3%)** | **30(81,1%)** | **90(82,6%)** |
| Activité physique | **Oui** | **26(56,5%)** | **17(65,4%)** | **22(59,5%)** | **65(59,6%)** |
| | Non | 20(43,5%) | 9(34,6%) | 15(40,5%) | 44(40,4%) |
| Obésité | Oui | 20(43,5%) | 12(46,2%) | 18(48,6%) | 50(45,9%) |
| | **Non** | **26(56,5%)** | **14(53,8%)** | **19(51,4%)** | **59(54,1%)** |

## 3.6 DISTRIBUTION DES TYPES DE CEPHALEES SELON LES CARACTERISTIQUES CLINIQUES

On retrouve 33,9% des hypertendus répartis selon les différents types de céphalées primaires retrouvées dans notre étude : 30,4% pour la migraine isolée 38,5% pour les CDT isolée et 35,1% pour l'association des deux. On retrouve également 28,4% des diabétiques répartis selon les différents types de céphalées primaires retrouvées dans notre étude : 54,3% pour la migraine isolée 7,7% pour les CDT isolée et 10,8% pour l'association des deux.

Tableau XIX **Répartition des patients ayant des céphalées primaires selon l'antécédent d'hypertension artérielle et de diabète**

| | | Migraine isolée n=46(%) | Céphalées de tension isolée n=26(%) | Migraine et Céphalées de tension n=37(%) | Total n=109(%) |
|---|---|---|---|---|---|
| HTA | **Oui** | **14(30,4%)** | **10(38,5%)** | **13(35,1%)** | **37(33,9%)** |
| | Non | 32(69,6%) | 16(61,5%) | 24(64,9%) | 72(66,1%) |
| Diabète | Oui | **25(54,3%)** | 2(7,7%) | 4(10,8%) | 31(28,4%) |
| | Non | 21(45,7%) | **24(92,3%)** | **33(89,2%)** | 78(71,6%) |

## 3.7 RETENTISSEMENT DES CEPHALEES PRIMAIRES SUR LA QUALITE DE VIE

Tous les patients de notre étude présentaient un impact sur la vie quotidienne dû aux céphalées primaires. 60,60% présentaient un impact majeur sur la qualité de vie comme la présente la figure 1 ci-dessous.

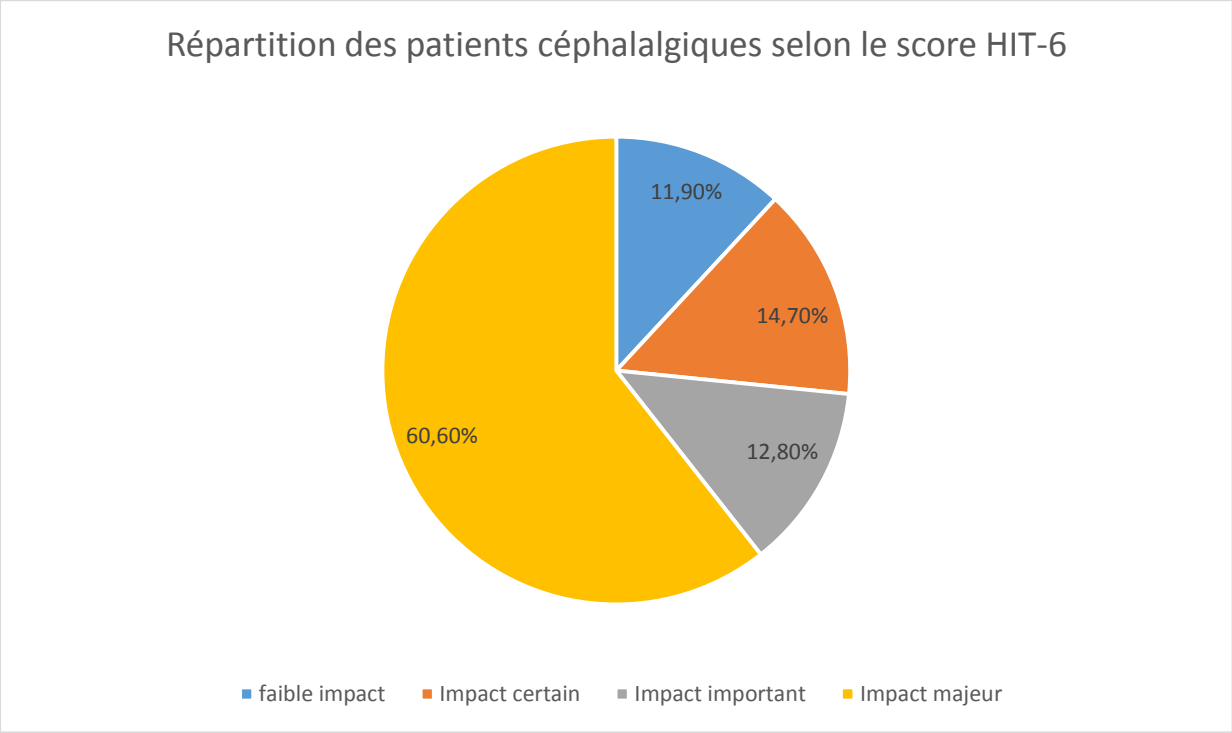



Figure 7 : **Répartition des patients céphalalgiques selon le score HIT-6**

### 3.7.1 Répartition des patients selon le type de céphalées primaires et en fonction du score HIT-6

Les céphalées primaires à savoir les migraines isolées et les céphalées de tension isolées impactaient fortement sur la qualité de vie des patients de notre série d'étude. Les résultats sont présentés dans le tableau 23 comme suit.

Tableau XX: **Répartition des patients ayant des céphalées primaires selon le scoreHIT-6**

| | Migraine isolée n=46(%) | Céphalées de tension isolée n=26(%) | Migraine et Céphalées de tension n=37(%) | Total n=109(%) |
|---|---|---|---|---|
| Faible impact | 0(0%) | 7(26,9%) | 6(16,2%) | 13 (11,9) |
| Impact certain | 15(32,6%) | 0(0%) | 1(2,7%) | 16 (14,7) |
| Impact important | 7(15,2%) | 4(15,4%) | 3(8,1%) | 14 (12.8) |
| **Impact majeur** | **24(52,2%)** | **15(57,7%)** | **27(73,0%)** | **66 (60,6)** |

## 3.8 RETENTISSEMENT DES CEPHALEES PRIMAIRES SUR LES FONCTIONS COGNITIVES

Les céphalées primaires n'avaient pas un impact sur la cognition des patients. Seulement 4 (3,7% avaient des troubles cognitifs dont 0,9% de sévère et 2,8% de léger).

Tableau XXI : **Répartition des patients céphalalgiques selon le score MMSE**

| | Effectifs n=109 | Pourcentages (%) |
|---|---|---|
| **Absent** | **105** | **96,3** |
| Léger | 3 | 2,8 |
| Sévère | 1 | 0,9 |
| Total | 109 | 100 |

### 3.8.1 Répartition des patients ayant des troubles cognitifs selon le type de céphalées primaires

Quelques soit le type de céphalées primaires on remarque une absence majeure des troubles de la cognition dans notre population d'étude à savoir 95,6% pour les migraines isolées 100% pour les céphalées de tension et 94,6% pour l'association des migraines et des céphalées de tension. Seul 3,7% présentaient des troubles cognitifs.

Tableau XXII : **Répartition des patients ayant des troubles cognitifs selon le type de céphalées primaires**

| | Migraine isolée n=46(%) | Céphalées de tension isolée n=26(%) | Migraine et Céphalées de tension n=37(%) | Total n=109(%) |
|---|---|---|---|---|
| **Absent** | **44(95,6%)** | **26(100%)** | **35(94,60%)** | **105(96,3)** |
| Léger | 1(2,2%) | 0(0%) | 2(5,40%) | 3(2,8) |
| Sévère | 1(2,2%) | 0(%) | 0(0%) | 1(0,9) |

## 3.9 RETENTISSEMENT DES CEPHALEES PRIMAIRE SUR L'ETAT PSYCHIQUES

### 3.9.1 Anxiété

Dans notre étude les patients ayant un état anxieux étaient les plus représentés 70,7% (46,8% présentaient un état anxieux douteux et 23,9% présentaient un état anxieux certains).

Tableau XXIII : **Répartition des patients céphalalgiques selon le score HAD (anxiété)**

| | Effectifs n=109 | Pourcentages (%) |
|---|---|---|
| Absence de symptomatologie | 32 | 29,4 |
| **État anxieux douteux** | **51** | **46,8** |
| État anxieux certains | 26 | 23,9 |

#### 3.9.1.1 Répartition des patients anxieux selon le type de céphalées primaires

58,7% des patients anxieux avaient des migraines isolées, 73,1% avaient des céphalées de tension isolées puis 83,8% présentaient une association des migraines et des céphalées de tension.

Tableau XXIV : **Répartition des patients anxieux selon le type céphalées primaires**

| | Migraine isolée n=46(%) | Céphalées de tension isolée n=26(%) | Migraine et Céphalées de tension n=37(%) | Total n=109(%) |
|---|---|---|---|---|
| Absent | 19(41,3%) | 7(26,9%) | 6(16,2%) | 32 (29,4%) |
| **Présent** | **27(58,7%)** | **19(73,1%)** | **31(83,8%)** | **77 (70,6%)** |

### 3.9.2 Dépression

Dans notre population d'étude 57,8% ne présentaient pas la dépression. Cependant 42,2% présentaient un état de dépression (29,4% présentaient un état anxieux douteux et 12,8% présentaient état anxieux certains).

Tableau XXV : **Répartition des patients céphalalgiques selon le score HAD (dépression)**

| | Effectifs n=109 | Pourcentages (%) |
|---|---|---|
| **Absence de symptomatologie** | **63** | **57,8** |
| État dépression douteux | 32 | 29,4 |
| État dépression certains | 14 | 12,8 |

#### 3.9.2.1 Répartition des patients dépressifs selon le type de céphalées primaires

58,7% des patients dépressifs avaient des migraines isolées, 57,7% avaient des céphalées de tension isolées puis 10,8% présentaient une association des migraines et des céphalées de tension.

Tableau XXVI : **Répartition des patients dépressifs selon les types de céphalées primaires**

| | Migraine isolée n=46(%) | Céphalées de tension isolée n=26(%) | Migraine et Céphalées de tension n=37(%) | Total n=109(%) |
|---|---|---|---|---|
| Absent | 19(41,3%) | 11(42,3%) | 33(89,2%) | 63 (57,8%) |
| **Présent** | **27(58,7%)** | **15(57,7%)** | **4(10,8%)** | **46(42,2%)** |

## 3.10 FACTEURS ASSOCIEES

### 3.10.1 Association entre migraine, les caractéristiques sociodémographiques et les caractéristiques cliniques

La présence de diabète d'anxiété et de dépression constitue un facteur de risque de survenue de la migraine.

Tableau XXVII : **Corrélation entre migraine, les caractéristiques sociodémographiques et cliniques**

| | Ordre ratio | IC95% | P-value |
|---|---|---|---|
| Sexe | | | |
| Féminin | 1,311 | [0,599-2,869] | 0,551 |
| Masculin | | | |
| Age | | | |
| ≤50ans | 0,623 | [0,279-1,391] | 0,315 |
| ≥50ans | | | |
| Niveau socio-économique | | | |
| Bas | 1,258 | [0,422-3,749] | 0,788 |
| Moyen | | | |
| HTA | | | |
| Présent | 0,761 | [0,338-1,712] | 0,545 |
| Absent | | | |
| **Diabète** | | | |
| **Présent** | **11,310** | **[4,071-31,422]** | **<0,000** |
| **Absent** | | | |
| **Anxiété** | | | |
| **Présent** | **0,369** | **[0,158-0,862]** | **0,032** |
| **Absent** | | | |
| **Dépression** | | | |
| **Présent** | **3,291** | **[1,484-7,296]** | **0,003** |
| **Absent** | | | |
| Troubles cognitifs | | | |
| Présent | 1,386 | [0,188-10,223] | 1,000 |
| Absent | | | |

### 3.10.2 Association entre les céphalées de tension les caractéristiques sociodémographiques et les caractéristiques cliniques

La présence d'un état anxieux et dépressif constitue un facteur de risque de survenu de la céphalée de tension.

Tableau XXVIII : **Corrélation entre CDT, caractéristiques sociodémographiques et cliniques**

| | Ordre ratio | IC95% | P-value |
|---|---|---|---|
| Sexe | | | |
| Féminin | 0,673 | [0,263-1,727] | 0,490 |
| Masculin | | | |
| Age | | | |
| ≤50ans | 0,888 | [0,353-2,233] | 1,000 |
| ≥50ans | | | |
| Niveau socio-économique | | | |
| Bas | 0,930 | [0,272-3,176] | 1,000 |
| Moyen | | | |
| HTA | | | |
| Présent | 0,651 | [0,245-1,726] | 0,480 |
| Absent | | | |
| Diabète | | | |
| Absent | 0,377 | [0,118-1,203] | 0,134 |
| Présent | | | |
| **Anxiété** | | | |
| **Présent** | **1,510** | **[1,287-1,771]** | **<0,000** |
| **Absent** | | | |
| **Dépression** | | | |
| **Présent** | **13,521** | **[4,212-43,401]** | **<0,000** |
| **Absent** | | | |
| Troubles cognitifs | | | |
| Présent | 0,752 | [0,674-0,840] | 0,571 |
| Absent | | | |

### 3.10.3 Association entre migraine, céphalée de tension et les caractéristiques sociodémographiques

Un état anxio-dépressif et une mauvaise qualité de vie augmentent le risque de développer une céphalée de tension et une migraine.

Tableau XXIX : **Corrélation entre migraine, CDT et les caractéristiques sociodémographiques**

| | Ordre ratio | IC95% | P-value |
|---|---|---|---|
| Sexe | | | |
| Féminin | 0,712 | [0,309-1,639] | 0,532 |
| Masculin | | | |
| Age | | | |
| ≤50ans | 1,524 | [0,675-3,440] | 0,402 |
| ≥50ans | | | |
| Niveau socio-économique | | | |
| Bas | 1,650 | [0,493-5,526] | 5,526 |
| Moyen | | | |
| HTA | | | |
| Présent | 0,505 | [0,208-1,228] | 0,142 |
| Absent | | | |
| Diabète | | | |
| Présent | 0,467 | [0,179-1,216] | 0,124 |
| Absent | | | |
| **Anxiété** | | | |
| **Présent** | **27,220** | **[3,536-209,549]** | **<0,000** |
| **Absent** | | | |
| **Dépression** | | | |
| **Présent** | **0,304** | **[0,126-0,734]** | **0,008** |
| **Absent** | | | |
| **HIT-6** | | | |
| **Présent** | **10,500** | **[2,337-47,185]** | **<0,000** |
| **Absent** | | | |
| Troubles cognitifs | | | |
| Présent | 2,000 | [0,270-14,801] | 0,603 |
| Absent | | | |

### 3.10.4 Association entre la qualité de vie les caractéristiques sociodémographiques et les caractéristiques cliniques

Un état dépressif et un état anxieux constituent des facteurs de risques de mauvaise qualité de vie. Egalement les patients vivants en milieu urbain ont plus de risque d'avoir une mauvaise qualité de vie dû aux céphalées.

Tableau XXX : **Corrélation entre qualité de vie les caractéristiques socio démographiques et cliniques**

| | Ordre ratio | IC95% | P-value |
|---|---|---|---|
| Sexe | | | |
| Féminin | 1,202 | [0,495-2,921] | 0,824 |
| Masculin | | | |
| Age | | | |
| ≤50ans | 1,750 | [0,691-4,431] | 0,268 |
| ≥50ans | | | |
| **Résidence** | | | |
| **Urbaine** | **5,460** | **[1,132-26,330]** | **0,020** |
| **Rurale** | | | |
| Niveau socio-économique | | | |
| Bas | 1,826 | [0,598-5,576] | 0,359 |
| Moyen | | | |
| **HTA** | | | |
| **Présent** | **0,289** | **[0,119-0,701]** | **0,006** |
| **Absent** | | | |
| Diabète | | | |
| Présent | 0,676 | [0,271-1,686] | 0,473 |
| Absent | | | |
| **Anxiété** | | | |
| **Présent** | **0,594** | **[0,446-0,791]** | **<0,000** |
| **Absent** | | | |
| **Dépression** | | | |
| **Présent** | **0,794** | **[0,700-0,900]** | **0,001** |
| **Absent** | | | |
| Troubles cognitifs | | | |
| Présent | 0,724 | [0,643-0,815] | 0,572 |
| Absent | | | |

### 3.10.5 Association entre la qualité de vie et les différents types de céphalées primaires

La présence de migraines et de céphalées de tension favorise fortement une mauvaise qualité de vie.

Tableau XXXI : **Corrélation entre la qualité de vie et les différents types de céphalées primaires**

| | Ordre ratio | IC95% | P-value |
|---|---|---|---|
| Migraine isolée | | | |
| Présent | 0,794 | [0,700-0,900] | 0,001 |
| Absent | | | |
| Céphalée de tension isolée | | | |
| Présent | 0,843 | [0,769-0,925] | 0,035 |
| Absent | | | |

# 4. DISCUSSION

Notre discussion s'articulera autour des trois points à savoir :

- ✓ L'atteinte des objectifs
- ✓ Les forces et les limites de l'étude
- ✓ Les commentaires des résultats et la comparaison avec les données de la littérature.

## 4.1 Atteinte des objectifs

L'objectif général de cette thèse était d'évaluer l'impact des céphalées primaires sur la qualité de vie des patients à la CUN au CNHU-HKM de Cotonou en 2023. Plus spécifiquement, notre étude consistait à déterminer la prévalence des céphalées primaires à la Clinique Universitaire de Neurologie du CNHU-HKM, à apprécier l'impact des céphalées sur la vie professionnelle, familiale et physique des patients céphalalgiques, à déterminer la prévalence des troubles anxieux et dépressif chez les patients céphalalgiques, à calculer la prévalence des troubles neurocognitifs chez les patients céphalalgiques puis à déterminer les facteurs associés à l'impact des céphalées sur la qualité de vie.

Nous pouvons dire qu'au terme de cette étude nos objectifs ont été globalement atteints. En premier lieu la prévalence des céphalées primaires à la clinique de neurologie du CNHU-HKM et la prévalence des troubles neurocognitifs chez les patients céphalalgiques étaient respectivement estimées à 14,5% et 3,7%. En second lieu la prévalence des troubles anxieux et des troubles dépressifs chez les patients céphalalgiques étaient respectivement estimées à 70,7% et 42,2%. En troisième lieu tous les patients de notre étude subissaient un impact sur la qualité de vie dû à la présence des céphalées primaires ; avec un impact majeur chez 60,6%. Pour finir le croisement entre

nos variables indépendantes et nos variables principales associé à une analyse bivariée nous a permis de mettre en évidence que :

- Le lieu de résidence, l'hypertension artérielle, l'anxiété et la dépression constituaient des facteurs de risque de mauvaise qualité de vie chez les patients céphalalgiques ;
- La présence de céphalée de tension et de migraine étaient également des facteurs de risques de mauvaise qualité de vie.

## 4.2 Forces et limites de l'étude

### 4.2.1 Forces

Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive et analytique avec un échantillonnage exhaustif. Les forces de cette méthode d'étude résident d'une part dans le fait qu'elle permet de décrire la prévalence d'une pathologie (dans notre étude il s'agit des céphalées primaires) dans une poplation donnée à un moment précis. Les résultats permettrons d'améliorer la prise en charge des patients céphalalgiques. L'anonymat du questionnaire a permis de lever le complexe lié au jugement personnel. D'autre part c'est une méthode qui est relativement rapide et qui permet de déterminer les facteurs associés à une pathologie donnée en occurrence dans notre cas il s'agit des céphalées primaires.

### 4.2.2 Limites

La taille de l'échantillon de notre étude faisait partie des principales faiblesses de notre étude ainsi que la non inclusion des patients ayant des céphalées secondaires.

Enfin notons les biais d'information et de confusion lors de la collecte des données que nous avons limités au maximum en posant des questions simples et claires. Aussi, lors de la collecte, les enquêtés avaient la possibilité de poser des

questions sur chaque point d'ombre concernant le questionnaire. Le recrutement des patients a rigoureusement respecté les critères que nous nous sommes fixée en matière d'échantillonnage. Ce processus nous a permis de sélectionner uniquement les patients concernés par l'étude afin de limiter les biais de sélection.

## 4.3 Commentaires et comparaison des résultats

Nous aborderons successivement les données socio-démographiques, les données sur la prévalence des céphalées primaires, les données sur le mode de vie des patients céphalalgiques, les données sur les troubles anxieux et dépressifs, les données sur les troubles cognitifs puis nous finirons par les données liées à l'impact desdits céphalées sur la qualité de vie.

### 4.3.1 Données socio-démographiques

#### 4.3.1.1 Age

L'âge moyen des patients dans notre étude était de 46,0 ± 14,6 ans, avec des extrêmes d'âge de 18 ans et 80 ans. Dans une étude faite en France par **Henry P et *al.,*** le pic de prévalence se situe dans la tranche d'âge de 30 à 40 ans [8].

**ADOUKONOU *et al.,*** [74] dans une étude au Bénin ont retrouvé une moyenne d'âge était de 31,87 ± 8,37 ans avec des extrêmes d'âge de 18 ans et 65 ans. Une autre étude réalisée au Togo par **AGBA Lehleng *et al*** [75] sur les étudiants de médecine de la faculté des sciences de la santé de l'Université de Kara avait mis en évidence une moyenne d'âge de 21,07 ± 1,77 ans avec pour extrême 18 ans et 26 ans. Ces résultats s'éloignent du notre mais nous pouvons quand même mettre en exergue, que les céphalées primaires sont des pathologies plus fréquentes chez les sujets jeunes.

#### 4.3.1.2 Sexe

Le sexe féminin était le plus représenté avec un taux de 62,4% soit un sexe ratio femme/homme de 0,60. Cette proportion est en accord avec ce qui est

décrit dans la littérature à savoir que les céphalées consistituent un motif de consultation fréquent en neurologie ou en médecine générale chez les sujets de 12 à 40 ans avec une prédominance féminine [76]. L'étude de M. **Zebenigus *et al.*** [77] en Zambie en 2015, **E. Mbewe *et al.*** [78] éthiopie en 2016, avaient retrouvé respectivement 58.5% ( sexe-ratio 0,70) et 55,7% (sex ratio : 0,79). En France le sex-ratio correspond à 1 homme pour 3 femmes avec un pic de prévalence dans la tranche d'âge de 30 à 40 ans [8]. Cette prédominance féminine serait dû à des facteurs hormonaux.

#### 4.3.1.3 Catégorie socioprofessionnel et niveau d'étude

Les céphalées primaires étaient présents dans toutes les classes professionnelles et quelques soit le niveau d'étude. Les fonctionnaires étaient les plus représentatifs de notre population d'étude (49,5%) suivi des commerçants (27,5%). Ces résultats démontrent un caractères non spécifiques aux cépalées qui peut toucher toutes les classes professionnelles. Par ailleurs les enquêtés ayant un niveau d'étude supérieur étaient les plus réprésentés dans notre population d'étude (43,1%) suivi de ceux ayant un niveau d'étude secondaire (29,4%).

Certaines études notamment celle de **Henry P., Duru G., Darligues J.F., et le GRIM** conduite sur la migraine à Paris prenant en compte l'épidémiologie, l'impact socio-économique et la qualité de vie a permis de montrer que les céphalées touchent toutes les couches sociales sans aucune restriction avec une prédominance chez les sujets fournissants un effort intellectuel[50].

### 4.3.2 Prévalence des céphalées primaires

Un total de 754 patients a été consulté et 109 (14,5%) ont présenté des céphalées primaires avec 11,00% de migraines et 8,35% de céphalées de tension

La prévalence des céphalées varie selon les études. Ainsi les études épidémiologiques dans les pays industrialisés ont tendance à démontrer que les

céphalées, notamment la migraine et la céphalée de tension constituent un problème majeur de santé publique. En Allemagne la prévalence de la migraine serait de 27,5%, celle des céphalées de tension de 38,3% [9]. Les études concernant la prévalence des céphalées dans la population générale en Afrique sont peu nombreuses. La première étude à grande échelle en Afrique subsaharienne fut réalisée en Zambie et a permis de noter une prévalence annuelle des céphalées de 61,6%, celle de la migraine à 22,9%, et celle des céphalées de tension à 22,8% [79]. La deuxième étude dans le cadre de cette campagne fut réalisée en Ethiopie et trouva une prévalence de 20, 6% pour la céphalée de tension et 17,7% pour la migraine [80]. Au Mali, une étude réalisée en 2017 avait permis de trouver une prévalence globale des céphalées à 20% et celle de la migraine à 17,3% dans une population de 4631 élèves. La prévalence globale des céphalées au Nigeria était de 5,3% en milieu urbain et de 6,3% en milieu rural. Les céphalées de tension (8,5%) et la migraine (7,2%) constituaient les types cliniques les plus souvent retrouvés [13,14].

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

### 4.3.3 Données sur les céphalées primaires et le diabète

Une analyse bivariée nous a permis de mettre en évidence une corrélation entre migraine et la présence de diabète (p<0,000) 11,310[4,071 ; 31,422] .

La relation possible entre la migraine et le diabète reste incertaine en raison du peu d'études existantes et des résultats controversés. Des études cliniques et basées sur la population ont rapporté que la prévalence de la migraine chez les personnes diabétiques est plus faible[82,83], similaire [84,85] ou plus élevée [86] par rapport aux individus non diabétiques.

**Bigal et al.**, ont démontré que les personnes souffrant de migraine étaient plus susceptibles de souffrir de diabète que les individus sans migraine (12,6% contre 9,4%, rapport de côtes 1,4 IC à 95% [1,2-1,6] [87].

Ces résultats ne font pas l'unanimité auprès des autres études. C'est le cas d'une étude de cohorte réalisée en Norvège, composée d'hommes et de femmes de moins de 80ans qui a montré que le diabète de type 1 et de type 2 était significativement associé à une diminution du risque de migraine (risque relatif 0,74, IC à 95 % [0,61-0,89] et risque relatif 0,86, IC à 95 % [0,80–0,92], respectivement)[88] .

### 4.3.4 Données sur les troubles anxio-dépressif

- **Anxiété**

La prévalence des patients anxieux dans notre population d'étude était de 70,7%. 58,7% des patients anxieux avaient des migraines isolées, 73,1% avaient des céphalées de tension isolées puis 83,8% présentaient une association des migraines et des céphalées de tension.

Dans notre étude les données de l'HADS ont été analysé sous forme de données binaires (présence ou absence d'anxiéte) ; ceci nous a permis de faire une analyse bivariée permettant de mettre en évidence une association significative entre la présence d'anxiété et de migraine (p=0,032) [OR : 0,369 (IC95% : 0,158-0,862)]. De la même façon il existait une association significative entre la présence de l'anxiété et des céphalées de tension (p<0,000) [OR : 1,510 (IC95% : 1,287-1,771)].

Plusieurs études retrouvées dans la littérature nous conforte dans nos résultats notament les résultats de **l'enquête FRAMIG** fait par **Lantéri-Minet et *al.*,** qui confirment que l'anxiété est un phénomène assez fréquents chez les migraineux avec 28% des sujets migraineux présentant uniquement de l'anxiété, 3,5% de dépression seule puis 19% présentant à la fois anxiété et dépression. Les

proportions des patients souffrants d'anxiété et de dépression sont significativement plus élevés chez les migraineux que chez les non-migraineux(p≤0,01) [89].

Une étude italienne fait par **Puca F et *al.,*** a rapporté que 53,4 % des patients souffrant de céphalées de tension souffraient d'anxiété; la présence d'anxiété était significativement associée aux céphalées de tension (p<0,02 pour l'anxiété) [90].

Une autre étude clinique en Amérique réalisée par **Holroyd et *al.,*** a révélé que la fréquence de l'anxiété et de la dépression chez les patients atteints de céphalées de tension chronique était respectivement de 17 % et 21 % ; cette étude a revélé une association significative entre l'anxiété et la survenue de céphalée de tension (p<0,001) [61].

- **Dépression**

Dans notre population d'étude, 57,8% ne présentaient pas la dépression. Cependant 42,2% présentaient un état de dépression.

58,7% des patients dépressifs avaient des migraines isolées, 57,7% avaient des céphalées de tension isolées puis 10,8% présentaient une association des migraines et des céphalées de tension. L'utilisation des données de l'HADS sous forme de données binaires a également permis de mettre en évidence une association significative entre la dépression et la présence de migraine (p=0,003) et 3,291 (1,484-7,296). Il existait également un association signifiactive entre la dépression et la présence de céphalées de tension (p<0,000) 13,521 [4,212-43,401].

Dans littérature on retrouvait plusieurs études qui nous conforte dans nos résultats comme **l'enquête FRAMIG** fait par **Lantéri-Minet et *al.,*** qui confirme que l'anxiété est un phénomène assez fréquents chez les migraineux avec 28% des sujets migraineux présentant uniquement de l'anxiété, 3,5% de

dépression seule puis 19% présentant à la fois anxiété et dépression. Les proportions des patients souffrants d'anxiété et de dépression sont significativement plus élevés chez les migraineux que chez les non-migraineux($p \leq 0,01$) [89].

Une étude italienne fait par **Puca F et *al.,*** a rapporté que 36,9 % des patients souffrant de céphalées de tension souffraient de dépression ; la présence de dépression était significativement associée aux céphalées de tension ($p<0,02$ pour la dépression)[90].

### 4.3.5 Données sur les troubles cognitifs

Les céphalées primaires n'avaient pas un impact sur la cognition des patients. Seulement 4 (3,7% avaient des troubles cognitifs dont 0,9% de sévère et 2,8% de léger).

- **Migraine et troubles cognitifs**

On notait une absence majeure des troubles de la cognition dans notre population d'étude à savoir 95,7% pour les migraines isolées, et 94,6% pour l'association des migraines et des céphalées de tension. Ces résultats vont dans le sens de nombreuses études faites par plusieurs auteurs qui n'ont montré aucune différence entre les sujets migraineux et les sujets contrôles dans les habiletés cognitives. Plusieurs autres études sans groupes contrôles n'ont retrouvé aucun déficit dans les performances cognitives.

C'est le cas de l'étude menée par **BURKER et al., 1989** [91] qui n'a retrouvé aucune différence entre les aptitudes cognitives des sujets migraineux et des sujets non migraineux ; pour aller dans le même sens, une étude réalisée par **KALAYDJIAN et al., 2007**[92] a montré un déclin moins important des capacités cognitives après 50ans chez les sujets migraineux avec aura comparativement aux sujets non migraineux.

Néanmoins on retrouvait 4,4% de patients ayant des migraines isolées. Cela montre qu'il existe quand même des troubles de la cognition chez certains patients migraineux. C'est de ce sens que **ZEITLIN *et al.,*** 1984 [93] ont mis en évidence des dysfonctionnements cognitifs plus précisément des troubles des performances mnésiques. Il ressort de la littérature que les principales fonctions cognitives qui semblent être moins opérantes ou déficitaires chez les adultes migraineux sont : l'attention (**WANG *et al.*, 1995** [94] **; MULDER *et al.*, 1999** [95] **; CALANDRE *et al.*, 2002** [96]**),** les différents types de mémoire (mémoire visuelle, verbale, de travail) **(ZEITLIN *et al.*, 1984**[93]**; CALANDRE *et al.*, 2002**[96] **; PIRA *et al.*, 2004** [97]**),** la vitesse de traitement de l'information **(ZEITLIN *et al.*, 1984**[93]**; WANG *et al.*, 1995**[94]**; CALANDRE *et al.*, 2002**[96]**)** ainsi que les habiletés verbales **(HOOKER *et al.*, 1986**[98]).

- **Céphalée de tension et troubles cognitifs**

Tous les patients ayant des céphalées de tension isolée ne présentaient pas de troubles de la cognition. Il existe peu de données concernant l'association potentielle entre les céphalées de tension et les troubles cognitifs. Compte tenu de la forte prévalence au cours de la vie des céphalées de tension, la découverte d'un risque spécifique serait méthodologiquement difficile et probablement très non spécifique [51]. Contrairement à la migraine, les patients diagnostiqués avec des céphalées de tension au début de l'âge adulte n'avaient ni déficits cognitifs ni mauvais résultats scolaires dans l'enfance [99].

### 4.3.6 Données sur la qualité de vie

Tout comme plusieurs autres auteurs, nous avons rapporté que les céphalées avaient un impact négatif sur la vie de nos enquêtés. Il ressort de notre travail

que les céphalées primaires avaient un impact majeur dans 60,6% sur la qualité de vie de notre population d'étude avec 52,2% pour les patients migraineux, 57,7% pour les patients souffrant de céphalées de tension et 73,0% pour une association des deux céphalées. **AGBA Lehleng *et al.,*** [75] ont obetenu des résultats quasi similaire dans une population constituée uniquement d'étudiants où les céphalées primaires impactaient de façon importante ou majeure sur la qualité de vie de 58,57% des étudiants avec 70,58% chez les migraineux et 65% chez ceux souffrant de céphalée de tension.

Il faut également remarqué que la qualité de vie était plus impactée chez les sujets porteurs de migraines que chez les sujets ayant des céphalées de tension. Une étude avait trouvé une réduction significative de la qualité de vie des migraineux par rapport aux sujets de contrôle (céphalalgiques non migraineux) aussi bien sur la composante psychique que sur la composante physique [17].

- **Facteurs associés**

Une analyse bivariée nous a permis de mettre en évidence une certaine corrélation entre migraine (p=0,001) céphalée de tension (p=0,035) et la qualité de vie.

**Lantéri-Minet et *al.,*** ont démontré que la migraine est un trouble coûteux en termes de perte de productivité et de son impact délétère sur la qualité de vie liée à la santé(p=0,01). En plus de la perte de salaire et de productivité due à l'absentéisme, de nombreux patients souffrant de migraine connaissent également une productivité réduite au travail et une perturbation de leurs activités familiales, sociales et de loisirs. Même une migraine d'intensité modérée peut altérer la fonction et la productivité[89].

Aussi **Holroyd et *al.,*** dans une étude faite au USA ont mis en exergue un impact négatif des céphalées de tension sur la qualité de vie des patients se

traduisant par une incapacité à assurer leur tâche quotidienne et un absentéisme important au niveau professionnel (p<0,001).

On retrouvait également que la présence d'anxiété (p<0,000) un état dépressif (p=0,001) favorisaient une mauvaise qualité de vie chez les patients céphalalgiques.

Plusieurs études menées ont établis une certaine relation entre la qualité de vie et les facteurs psychologiques notamment l'anxiété et la dépression. C'est le cas de **Shaojie Duan et al.,** qui mettait en évidence une corrélation significative entre la dépression l'anxiété, les céphalées primaires, une mauvaise qualité de sommeil et une mauvaise qualité de vie **(**p<0,05)[100].

**Karin Zebenholzer et al.,** ont démontré que la dépression et l'anxiété avaient un impact significatif sur la qualité de vie des patients migraineux notamment sur la situation d'emploi et sur les variables liées au fardeau des céphalées telles que la réduction des revenus(p=0,001)[101].

**Holroyd et al.,** ont mis en évidence une association significative entre que les personnes anxieux et/ou dépressif souffrant de céphalées de tension et une mauvaise qualité de vie desdits personnes (p<0,001) [61].

Nous avons également retrouvé une association significative entre la présence d'HTA (p=0,006) et une mauvaise qualité de vie des patients céphalagiques d'une part et d'autre part une association significative entre la zone de résidence et la mauvaise qualité de vie.

Peu d'études ont mis en avant cette corrélation. Cependant nous avons retrouvés certaines études allant dans le sens de notre résultat notamment celle de **Liana Suciu et al**., qui avait mis en évidence une mauvaise qualité de vie chez 53,28% des patients hypertendus et céphalalgiques avec une association significative estimé à p<0,05 [102].

Quand à la zone de résidence **Ayranci et al** ont montré que les patients souffrant de céphalées vivaient plus en zone rurale qu'urbaine, et avaient une

mauvaise qualité de vie qui se détériore encore plus au fur et à mesure que la gravité des céphalées primaires augmentent($p<0,05$)[103]. Cet résultat va à l'encontre du notre et peut s'expliquer par le fait que la population d'étude était majoritairement résident en zone urbaine.

# CONCLUSION

Cette étude nous a permis de mettre en évidence une fréquence élevée des céphalées (14,5%) en consultation à la CUN du CNHU-HKM. A la lumière de nos résultats il ressort que les céphalées primaires ont un impact négatif sur la qualité de vie des patients céphalalgiques suivi à la CUN. Elles représentent donc une pathologie invalidante et responsable d'un impact social par son impact sur la qualité de vie, les énormes pertes économiques par l'arrêt de travail et le coût qu'elles font peser sur la population. Il est donc important de rechercher systématiquement l'impact de ces céphalées sur la qualité de vie des patients par le HIT-6 dès qu'ils sont reçus en consultation. Plusieurs facteurs sont associés à cette mauvaise qualité de vie notamment la présence d'anxiété de dépression et même de l'hypertension artérielle.

# SUGGESTIONS

- **Aux autorités gouvernementales**

-Mettre en place une couverture sanitaire pour aider les patients à accéder plus facilement aux centres de santé et aux médicaments.

-Assurer des soins adéquats pour les patients céphalalgiques en passant par le recyclage des centres de santé et la formation des différents agents de santé.

- S'investir dans la recherche sur les céphalées en soutenant des initiatives d'enquêtes en population voire créer un centre spécialisé s'occupant des céphalalgiques

-Approfondir la recherche sur les céphalées à l'aide de diverses subventions.

- **Aux personnels soignants**

-Mettre à jour les connaissances sur les céphalées dans le but d'éviter de mauvais diagnostiques et les investigations

-Référer les sujets migraineux aux services spécialisés pour une meilleure prise en charge.

-Une collaboration étroite entre les agents de santé à divers niveaux est nécessaire dans la prise en charge adéquate des patients céphalalgiques

- Certains médicaments peuvent aider à prévenir ou à soulager les céphalées. Un suivi médical régulier est nécessaire pour ajuster le traitement si nécessaire.

- Fournir des informations détaillées au patient sur sa condition, les déclencheurs potentiels.

- Les patients peuvent bénéficier d'un soutien psychologique pour faire face aux aspects émotionnels et mentaux liés aux céphalées.

- **Aux grands publics**

- Une consultation avec un neurologue ou un spécialiste des maux de tête peut aider à établir un diagnostic précis et à déterminer le meilleur plan de traitement.

- Encourager une alimentation équilibrée, une hydratation adéquate et un exercice régulier peut contribuer à améliorer la santé globale et à réduire les céphalées.

- Travailler avec un professionnel de la santé pour identifier les déclencheurs spécifiques et mettre en place des stratégies pour les éviter.

- Établir un plan de suivi avec le professionnel de la santé pour ajuster les interventions en fonction de l'évolution de la condition du patient.

# REFERENCES


1. Castaigne A, Godeau B, Lejonc JL, Schaeffer A, Reyes F. Sémiologie médicale : Initiation à la physiopathologie. 3e Mise à jour édition. Sandoz; 1992.
2. Chou D. Harrison's Manual of Medicine, 15th edition. Eugene Braunwald, Anthony S. Fauci, Dennis L. Kasper, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo, and J. Larry Jameson. New York: McGraw-Hill, 2003, 1038 pp., $85.00, paperback with PDA software. ISBN 007-143124-1. Clinical Chemistry. 1 oct 2004;50(10):1884- 5.
3. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. janv 2018;38(1):1- 211.
4. Navez M, Créac'h C, Koenig M, Cathébras P, Laurent B. Algies faciales typiques et atypiques : du diagnostic au traitement. La Revue de Médecine Interne. 1 sept 2005;26(9):703- 16.
5. Annequin D, Tourniaire B, Amouroux R. Épidémiologie, évolution, pronostic de la migraine et des céphalées primaires chez l'enfant et l'adolescent. In: Annequin D, Tourniaire B, Amouroux R, éditeurs. Migraine, céphalées de l'enfant et de l'adolescent [Internet]. Paris: Springer; 2014 [cité 17 nov 2023]. p. 29- 47. Disponible sur: https://doi.org/10.1007/978-2-8178-0235-0_3
6. Principaux repères sur les céphalées [Internet]. [cité 17 nov 2023]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders
7. Dousset V, Henry P, Michel P. [Epidemiology of headache]. Rev Neurol (Paris). 2000;156 Suppl 4:4S24-29.

8. Henry P, Michel P, Brochet B, Dartigues JF, Tison S, Salamon R. A nationwide survey of migraine in France: prevalence and clinical features in adults. GRIM. Cephalalgia. août 1992;12(4):229- 37; discussion 186.

9. Göbel H, Petersen-Braun M, Soyka D. The epidemiology of headache in Germany: a nationwide survey of a representative sample on the basis of the headache classification of the International Headache Society. Cephalalgia. avr 1994;14(2):97- 106.

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

11. Szczepanik E. [Idiopathic headache in children]. Med Wieku Rozwoj. 2000;4(2):185- 95.

12. Levy LM. An Epidemiological Study of Headache in an Urban Population in Zimbabwe. Headache: The Journal of Head and Face Pain. 1983;23(1):2- 9.

13. Longe AC, Osuntokun BO. Prevalence of migraine in Udo, a rural community in southern Nigeria. East Afr Med J. sept 1988;65(9):621- 4.

14. Osuntokun BO, Adeuja AO, Nottidge VA, Bademosi O, Alumide AO, Ige O, et al. Prevalence of headache and migrainous headache in Nigerian Africans: a community-based study. East Afr Med J. avr 1992;69(4):196- 9.

15. MEDECINE ATLAS MSD-CHIBRET - ANATOMIE FONCTIONNELLE - … | Drouot.com [Internet]. [cité 14 nov 2023]. Disponible sur: https://drouot.com/fr/l/16407221--%E5%8C%BB%E5%AD%A6-msd-chibret-atlas---%EF%BF%BD%EF%BF%BD

16. Schlossberg L, Zuidema DGD, Jean PS. The Johns Hopkins Atlas of Human Functional Anatomy. Johns Hopkins University Press; 1976. 256 p.

17. Tableau sémio - Voici un fiche résumant tous les cours de neurologie de médecine de 3ème année - Studocu [Internet]. [cité 17 nov 2023]. Disponible sur: https://www.studocu.com/fr/document/universite-paris-saclay/neurologie/tableau-semio-voici-un-fiche-resumant-tous-les-cours-de-neurologie-de-medecine-de-3eme-annee/7853468

18. Livre LB. Internat., Neurologie - Hassan Hosseini - Éd. du « Concours médical » [Internet]. [cité 17 nov 2023]. Disponible sur: https://www.lebateaulivre.fr/livre/893869-internat-neurologie-hassan-hosseini-ed-du-concours-medical

19. Presse médicale [Internet]. [cité 17 nov 2023]. Disponible sur: https://gallica.bnf.fr/html/und/sciences/presse-medicale

20. Nikiforow R. Headache in a random sample of 200 persons: a clinical study of a population in northern Finland. Cephalalgia. juin 1981;1(2):99- 107.

21. La Migraine : Connaissances descriptives, traitements et prévention [Internet]. [cité 17 nov 2023]. Disponible sur: https://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/26

22. Métabolisme de la sérotonine dans la migraine. [Internet]. [cité 17 nov 2023]. Disponible sur: https://reference.medscape.com/medline/abstract/2475821

23. Ferrari MD, Odink J, Bos KD, Malessy MJ, Bruyn GW. Neuroexcitatory plasma amino acids are elevated in migraine. Neurology. oct 1990;40(10):1582- 6.

24. Schoenen J, Sianard-Gainko J, Lenaerts M. Blood magnesium levels in migraine. Cephalalgia. mai 1991;11(2):97- 9.

25. Goadsby PJ, Lipton RB, Ferrari MD. Migraine--current understanding and treatment. N Engl J Med. 24 janv 2002;346(4):257- 70.

26. Estevez M, Gardner KL. Update on the genetics of migraine. Hum Genet. févr 2004;114(3):225- 35.

27. Baumgartner C, Wessely P, Bingöl C, Maly J, Holzner F. Longterm prognosis of analgesic withdrawal in patients with drug-induced headaches. Headache. sept 1989;29(8):510- 4.

28. Ameri A, Bousser MG. Cerebral venous thrombosis. Neurol Clin. févr 1992;10(1):87- 111.

29. Celentano DD, Stewart WF, Linet MS. The relationship of headache symptoms with severity and duration of attacks. J Clin Epidemiol. 1990;43(9):983- 94.

30. Goadsby PJ, Lipton RB. A review of paroxysmal hemicranias, SUNCT syndrome and other short-lasting headaches with autonomic feature, including new cases. Brain. janv 1997;120 ( Pt 1):193- 209.

31. Giffin NJ, Lipton RB, Silberstein SD, Olesen J, Goadsby PJ. The migraine postdrome: An electronic diary study. Neurology. 19 juill 2016;87(3):309- 13.

32. Silberstein SD. Migraine symptoms: results of a survey of self-reported migraineurs. Headache. 1995;35(7):387- 96.

33. Annequin D. Sémiologie migraineuse et les autres céphalées primaires. In: Annequin D, Tourniaire B, Amouroux R, éditeurs. Migraine, céphalées de l'enfant et de l'adolescent [Internet]. Paris: Springer; 2014 [cité 17 nov 2023]. p. 3- 15. Disponible sur: https://doi.org/10.1007/978-2-8178-0235-0_1

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

35. Blau JN. Migraine postdromes: symptoms after attacks. Cephalalgia. nov 1991;11(5):229- 31.

36. Silberstein SD, Young WB. Safety and efficacy of ergotamine tartrate and dihydroergotamine in the treatment of migraine and status migrainosus.

Working Panel of the Headache and Facial Pain Section of the American Academy of Neurology. Neurology. mars 1995;45(3 Pt 1):577- 84.

37. Ashina S, Mitsikostas DD, Lee MJ, Yamani N, Wang SJ, Messina R, et al. Tension-type headache. Nat Rev Dis Primers. 25 mars 2021;7(1):24.

38. Loldrup D, Langemark M, Hansen HJ, Olesen J, Bech P. Clomipramine and mianserin in chronic idiopathic pain syndrome. A placebo controlled study. Psychopharmacology (Berl). 1989;99(1):1- 7.

39. Evans RW, Daroff RB. Expert opinion: monocular visual aura with headache: retinal migraine? Headache. 2000;40(7):603- 4.

40. Etude épidémiologique et clinique des céphalées dans le district de Bamako - PDF Free Download [Internet]. [cité 15 nov 2023]. Disponible sur: https://docplayer.fr/9606636-Etude-epidemiologique-et-clinique-des-cephalees-dans-le-district-de-bamako.html

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

42. Terwindt GM, Ferrari MD, Tijhuis M, Groenen SM, Picavet HS, Launer LJ. The impact of migraine on quality of life in the general population: the GEM study. Neurology. 12 sept 2000;55(5):624- 9.

43. Cassidy EM, Tomkins E, Hardiman O, O'Keane V. Factors Associated With Burden of Primary Headache in a Specialty Clinic. Headache: The Journal of Head and Face Pain. 2003;43(6):638- 44.

44. Magnusson JE, Becker WJ. Migraine frequency and intensity: relationship with disability and psychological factors. Headache. 2003;43(10):1049- 59.

45. Powers SW, Patton SR, Hommel KA, Hershey AD. Quality of life in paediatric migraine: characterization of age-related effects using PedsQL 4.0. Cephalalgia. févr 2004;24(2):120- 7.

46. Gerth WC, Sarma S, Hu XH, Silberstein SD. Productivity cost benefit to employers of treating migraine with rizatriptan: a specific worksite analysis and model. J Occup Environ Med. janv 2004;46(1):48- 54.

47. Le fardeau de la migraine aux États-Unis : invalidité et coûts économiques. [Internet]. [cité 18 nov 2023]. Disponible sur: https://reference.medscape.com/medline/abstract/10219926

48. Gibbs TS, Fleischer AB, Feldman SR, Sam MC, O'Donovan CA. Health care utilization in patients with migraine: demographics and patterns of care in the ambulatory setting. Headache. 1 avr 2003;43(4):330- 5.

49. Lipton RB, Scher AI, Kolodner K, Liberman J, Steiner TJ, Stewart WF. Migraine in the United States: epidemiology and patterns of health care use. Neurology. 26 mars 2002;58(6):885- 94.

50. Pradalier A, Auray JP, El Hasnaoui A, Alzahouri K, Dartigues JF, Duru G, et al. Economic impact of migraine and other episodic headaches in France: data from the GRIM2000 study. Pharmacoeconomics. 2004;22(15):985- 99.

51. Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, Olesen J. Epidemiology of headache in a general population--a prevalence study. J Clin Epidemiol. 1991;44(11):1147- 57.

52. Pascual J, Colás R, Castillo J. Epidemiology of chronic daily headache. Curr Pain Headache Rep. déc 2001;5(6):529- 36.

53. Rasmussen BK. Epidemiology and socio-economic impact of headache. Cephalalgia. déc 1999;19 Suppl 25:20- 3.

54. Ulrich V, Russell MB, Jensen R, Olesen J. A comparison of tension-type headache in migraineurs and in non-migraineurs: a population-based study. Pain. oct 1996;67(2- 3):501- 6.

55. Bendtsen L, Evers S, Linde M, Mitsikostas DD, Sandrini G, Schoenen J, et al. EFNS guideline on the treatment of tension-type headache - report of an EFNS task force. Eur J Neurol. nov 2010;17(11):1318- 25.

56. Ashina M, Stallknecht B, Bendtsen L, Pedersen JF, Galbo H, Dalgaard P, et al. In vivo evidence of altered skeletal muscle blood flow in chronic tension-type headache. Brain. févr 2002;125(Pt 2):320- 6.

57. Mørk H, Ashina M, Bendtsen L, Olesen J, Jensen R. Possible mechanisms of pain perception in patients with episodic tension-type headache. A new experimental model of myofascial pain. Cephalalgia. juin 2004;24(6):466- 75.

58. Ashina M. Neurobiology of chronic tension-type headache. Cephalalgia. mars 2004;24(3):161- 72.

59. May A, Bahra A, Büchel C, Frackowiak RS, Goadsby PJ. Hypothalamic activation in cluster headache attacks. Lancet. 25 juill 1998;352(9124):275- 8.

60. Rasmussen BK, Jensen R, Olesen J. Impact of headache on sickness absence and utilisation of medical services: a Danish population study. J Epidemiol Community Health. août 1992;46(4):443- 6.

61. Holroyd KA, Stensland M, Lipchik GL, Hill KR, O'Donnell FS, Cordingley G. Psychosocial correlates and impact of chronic tension-type headaches. Headache. janv 2000;40(1):3- 16.

62. Masson E. Céphalées essentielles bénignes non migraineuses [Internet]. EM-Consulte. [cité 18 nov 2023]. Disponible sur: https://www.em-consulte.com/article/2434/cephalees-essentielles-benignes-non-migraineuses

63. Dodick DW, Rozen TD, Goadsby PJ, Silberstein SD. Cluster headache. Cephalalgia. nov 2000;20(9):787- 803.

64. Ducros A, Bousser MG. Cluster headache. Annales de médecine interne. 1 déc 2003;154:468- 74.

65. Pradalier A, Baudesson G, Vincent D, Imberty-Campinos C. [Treatment of cluster headache]. Rev Med Interne. févr 2001;22(2):151- 62.

66. Gandek B, Alacoque J, Uzun V, Andrew-Hobbs M, Davis K. Translating the Short-Form Headache Impact Test (HIT-6) in 27 countries: methodological and conceptual issues. Qual Life Res. déc 2003;12(8):975- 9.

67. Kosinski M, Bayliss MS, Bjorner JB, Ware Jr. JE, Garber WH, Batenhorst A, et al. A six-item short-form survey for measuring headache impact: The (HIT-6TM). Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation. 2003;12(8):963- 74.

68. Lépine JP, Godchau M, Brun P, Lempérière T. [Evaluation of anxiety and depression among patients hospitalized on an internal medicine service]. Ann Med Psychol (Paris). févr 1985;143(2):175- 89.

69. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand. juin 1983;67(6):361- 70.

70. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. « Mini-mental state ». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. nov 1975;12(3):189- 98.

71. Crum RM, Anthony JC, Bassett SS, Folstein MF. Population-based norms for the Mini-Mental State Examination by age and educational level. JAMA. 12 mai 1993;269(18):2386- 91.

72. Ruchinskas RA, Curyto KJ. Cognitive screening in geriatric rehabilitation. Rehabilitation Psychology. 2003;48(1):14- 22.

73. Tombaugh TN, McIntyre NJ. The mini-mental state examination: a comprehensive review. J Am Geriatr Soc. sept 1992;40(9):922- 35.

74. AJNS – African Journal of Neurological Sciences | » ENQUETE SUR LA PREVALENCE DE LA MIGRAINE CHEZ L'ADULTE A TITIROU AU NORD DU BENIN EN 2017 [Internet]. [cité 18 nov 2023]. Disponible sur: https://ajns.paans.org/enquete-sur-la-prevalence-de-la-migraine-chez-ladulte-a-titirou-au-nord-du-benin-en-2017/

75. Agba L, Guinhouya KM, Kumako V, Anayo KN, Djalogue L, Assogba K, et al. Cephalees primaires et qualite de vie de l'etudiant en medecine de

l'Universite de Kara (Togo). African Journal of Neurological Sciences. 2019;38(2):30- 7.

76. 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. nov 2004;24(11):960- 6.

77. Zebenigus M, Tekle-Haimanot R, Worku DK, Thomas H, Steiner TJ. The prevalence of primary headache disorders in Ethiopia. J Headache Pain. déc 2016;17(1):110.

78. Mbewe E, Zairemthiama P, Paul R, Birbeck GL, Steiner TJ. The burden of primary headache disorders in Zambia: national estimates from a population-based door-to-door survey. J Headache Pain. 29 avr 2015;16:36.

79. Steiner TJ, Gururaj G, Andrée C, Katsarava Z, Ayzenberg I, Yu SY, et al. Diagnosis, prevalence estimation and burden measurement in population surveys of headache: presenting the HARDSHIP questionnaire. J Headache Pain. 2014;15(1):3.

80. Woldeamanuel YW, Cowan RP. Migraine affects 1 in 10 people worldwide featuring recent rise: A systematic review and meta-analysis of community-based studies involving 6 million participants. J Neurol Sci. 15 janv 2017;372:307- 15.

81. Zebenigus M, Tekle-Haimanot R, Worku DK, Thomas H, Steiner TJ. The burden of headache disorders in Ethiopia: national estimates from a population-based door-to-door survey. J Headache Pain. 25 mai 2017;18(1):58.

82. Burn WK, Machin D, Waters WE. Prevalence of migraine in patients with diabetes. BMJ. 8 déc 1984;289(6458):1579- 80.

83. Berge LI, Riise T, Fasmer OB, Hundal O, Oedegaard KJ, Midthjell K, et al. Does diabetes have a protective effect on migraine? Epidemiology. janv 2013;24(1):129- 34.

84. Wang L, Deng ZR, Zu MD, Zhang J, Wang Y. The Comorbid Relationship Between Migraine and Asthma: A Systematic Review and Meta-Analysis of Population-Based Studies. Front Med (Lausanne). 13 janv 2021;7:609528.

85. Burch RC, Rist PM, Winter AC, Buring JE, Pradhan AD, Loder EW, et al. Migraine and risk of incident diabetes in women: a prospective study. Cephalalgia. oct 2012;32(13):991- 7.

86. Split W, Szydlowska M. Headaches in non insulin-dependent diabetes mellitus. Funct Neurol. 1997;12(6):327- 32.

87. Bigal ME, Kurth T, Santanello N, Buse D, Golden W, Robbins M, et al. Migraine and cardiovascular disease: a population-based study. Neurology. 23 févr 2010;74(8):628- 35.

88. Antonazzo IC, Riise T, Cortese M, Berge LI, Engeland A, Bernt Fasmer O, et al. Diabetes is associated with decreased migraine risk: A nationwide cohort study. Cephalalgia. oct 2018;38(11):1759- 64.

89. Lantéri-Minet M, Radat F, Chautard MH, Lucas C. Anxiety and depression associated with migraine: Influence on migraine subjects' disability and quality of life, and acute migraine management. Pain. déc 2005;118(3):319- 26.

90. Puca F, Genco S, Prudenzano MP, Savarese M, Bussone G, D'Amico D, et al. Psychiatric comorbidity and psychosocial stress in patients with tension-type headache from headache centers in Italy. The Italian Collaborative Group for the Study of Psychopathological Factors in Primary Headaches. Cephalalgia. avr 1999;19(3):159- 64.

91. Burker E, Hannay HJ, Halsey JH. Neuropsychological functioning and personality characteristics of migrainous and nonmigrainous female college students. Neuropsychology. 1989;3(2):61- 73.

92. Kalaydjian A, Zandi PP, Swartz KL, Eaton WW, Lyketsos C. How migraines impact cognitive function: Findings from the Baltimore ECA. Neurology. 24 avr 2007;68(17):1417- 24.

93. Zeitlin C, Oddy M. Cognitive impairment in patients with severe migraine. Br J Clin Psychol. févr 1984;23 ( Pt 1):27- 35.

94. Wang W, Schoenen J, Timsit-Berthier M. Cognitive functions in migraine without aura between attacks: a psychophysiological approach using the « oddball » paradigm. Neurophysiol Clin. 1995;25(1):3- 11.

95. Mulder EJ, Linssen WH, Passchier J, Orlebeke JF, de Geus EJ. Interictal and postictal cognitive changes in migraine. Cephalalgia. juill 1999;19(6):557- 65; discussion 541.

96. Calandre EP, Bembibre J, Arnedo ML, Becerra D. Cognitive disturbances and regional cerebral blood flow abnormalities in migraine patients: their relationship with the clinical manifestations of the illness. Cephalalgia. mai 2002;22(4):291- 302.

97. Le Pira F, Zappalà G, Giuffrida S, Lo Bartolo M, Reggio E, Morana R, et al. Memory Disturbances in Migraine With and Without Aura: A Strategy Problem? Cephalalgia. 1 juin 2000;20(5):475- 8.

98. Hooker WD, Raskin NH. Neuropsychologic alterations in classic and common migraine. Arch Neurol. juill 1986;43(7):709- 12.

99. Waldie KE, Welch D. Cognitive function in tension-type headache. Curr Pain Headache Rep. déc 2007;11(6):454- 60.

100. Duan S, Ren Z, Xia H, Wang Z, Zheng T, Liu Z. Association between sleep quality, migraine and migraine burden. Front Neurol. 2022;13:955298.

101. Zebenholzer K, Lechner A, Broessner G, Lampl C, Luthringshausen G, Wuschitz A, et al. Impact of depression and anxiety on burden and management of episodic and chronic headaches - a cross-sectional multicentre study in eight Austrian headache centres. J Headache Pain. 2016;17:15.

102. Suciu L, Suciu M, Voicu M, Mureșan R, Pârv FV, Buda V, et al. Factors Influencing Adherence to Treatment and Quality of Life for a Group of Patients with Essential Hypertension in Romania. Patient Prefer Adherence. 2021;15:483- 91.

103. Ayranci U, Tozun M, Unsal A. Headache among adults and its effect on quality of life in a town of Western Turkey. Pakistan Journal of Medical Sciences. 1 oct 2011;27:775- 9.

## ANNEXE 1



**Société Française d'Etude des Migraines et Céphalées – http://sfemc.fr**

### HIT–6™ QUESTIONNAIRE SUR L'IMPACT DES MAUX DE TETE

Ce questionnaire a été conçu pour vous aider à décrire et à exprimer ce que vous ressentez et ce que vous ne pouvez pas faire à cause de vos maux de tête.

**Pour chaque question, veuillez cocher la case correspondant à votre réponse.**

**1 - Lorsque vous avez des maux de tête, la douleur est-elle intense ?**

| ☐ N | ☐ R | ☐ S | ☐ V | ☐ A |
|---|---|---|---|---|
| Jamais | Rarement | De temps en temps | Très souvent | Tout le temps |

**2 - Votre capacité à effectuer vos activités quotidiennes habituelles, y compris les tâches ménagères, le travail, les études ou les activités avec les autres, est-elle limitée à cause de vos maux de tête ?**

| ☐ N | ☐ R | ☐ S | ☐ V | ☐ A |
|---|---|---|---|---|
| Jamais | Rarement | De temps en temps | Très souvent | Tout le temps |

**3 - Lorsque vous avez des maux de tête, souhaiteriez-vous avoir la possibilité de vous allonger ?**

| ☐ N | ☐ R | ☐ S | ☐ V | ☐ A |
|---|---|---|---|---|
| Jamais | Rarement | De temps en temps | Très souvent | Tout le temps |

**4 - Au cours de ces 4 dernières semaines, vous êtes vous senti(e) trop fatigué(e) pour travailler ou effectuer vos activités quotidiennes à cause de vos maux de tête ?**

| ☐ N | ☐ R | ☐ S | ☐ V | ☐ A |
|---|---|---|---|---|
| Jamais | Rarement | De temps en temps | Très souvent | Tout le temps |

**5 - Au cours de ces 4 dernières semaines, avez-vous éprouvé un sentiment de « ras-le-bol » ou d'agacement à cause de vos maux de tête ?**

| ☐ N | ☐ R | ☐ S | ☐ V | ☐ A |
|---|---|---|---|---|
| Jamais | Rarement | De temps en temps | Très souvent | Tout le temps |

**6 - Au cours de ces 4 dernières semaines, votre capacité à vous concentrer sur votre travail ou vos activités quotidiennes a-t-elle été limitée à cause de vos maux de tête ?**

| ☐ N | ☐ R | ☐ S | ☐ V | ☐ A |
|---|---|---|---|---|
| Jamais | Rarement | De temps en temps | Très souvent | Tout le temps |
| ▽ + | ▽ + | ▽ + | ▽ + | ▽ |
| **COLONNE 1** (6 points par réponse) | **COLONNE 2** (8 points par réponse) | **COLONNE 3** (10 points par réponse) | **COLONNE 4** (11 points par réponse) | **COLONNE 5** (13 points par réponse) |

**Pour calculer votre score total, additionnez les points obtenus pour chaque colonne.**
Veuillez montrer les résultats de ce questionnaire (HIT-6) à votre médecin

**Score Total** ☐

**Plus le score est élevé, plus l'impact des maux de tête sur votre vie est important**

**Les scores sont compris entre 36 et 78**

D150:FR:FR:1.0 HIT-6™ France(French)Version1.0
GWCS 18000/1900 Template – Do not copy or circulate ©2000 Quality Metric, Inc and Glaxo Wellcome Group Companies

# ANNEXE 2

**MINI MENTAL STATE EXAMINATION (M.M.S.E)**

Date :.....

Evalué(e) par : .....

Niveau socio-culturel .....

Etiquette du patient

**ORIENTATION**

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? .....

☞ *Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :*

| | !0ou1! | | !0ou1! |
|---|---|---|---|
| 1. en quelle année sommes-nous ? | !____! | 4. Quel jour du mois ? | !____! |
| 2. en quelle saison ? | !____! | 5. Quel jour de la semaine ? | !____! |
| 3. en quel mois ? | !____! | | |

☞ *Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons.*

| | |
|---|---|
| 6. Quel est le nom de l'Hôpital où nous sommes ? | !____! |
| 7. Dans quelle ville se trouve-t-il ? | !____! |
| 8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ? | !____! |
| 9. Dans quelle province ou région est situé ce département ? | !____! |
| 10. A quel étage sommes-nous ici ? | !____! |

**APPRENTISSAGE**

☞ *Je vais vous dire 3 mots ; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les demanderai tout à l'heure.*

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 11. Cigare | | [citron | | [fauteuil | !____! |
| 12. fleur | ou | [clé | ou | [tulipe | !____! |
| 13. porte | | [ballon | | [canard | !____! |

Répéter les 3 mots.

**ATTENTION ET CALCUL**

☞ *Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?*

| | | |
|---|---|---|
| 14. | 93 | !____! |
| 15. | 86 | !____! |
| 16. | 79 | !____! |
| 17. | 72 | !____! |
| 18. | 65 | !____! |

☞ *Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :* « voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers » : E D N O M.

**RAPPEL**

☞ *Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?*

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 19. Cigare | | [citron | | [fauteuil | !____! |
| 20. fleur | ou | [clé | ou | [tulipe | !____! |
| 21. porte | | [ballon | | [canard | !____! |

**LANGAGE**

| | | |
|---|---|---|
| 22. quel est le nom de cet objet? | Montrer un crayon. | !____! |
| 23. Quel est le nom de cet objet | Montrer une montre | !____! |
| 24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET » | | !____! |

☞ *Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant :* « écoutez bien et faites ce que je vais vous dire » (consignes à formuler en une seule fois) :

| | |
|---|---|
| 25. prenez cette feuille de papier avec la main droite. | !____! |
| 26. Pliez-la en deux. | !____! |
| 27. et jetez-la par terre ». | !____! |

☞ *Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :*

| | |
|---|---|
| 28. «faites ce qui est écrit ». | !____! |

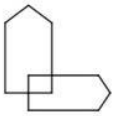
☞ *Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo en disant :*

| | |
|---|---|
| 29. voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. » | !____! |

**PRAXIES CONSTRUCTIVES.**

☞ *Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :*

| | |
|---|---|
| 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ». | !____! |



**SCORE TOTAL (0 à 30)** !____!

Service de Gérontologie – 10 décembre 2007. 1/2

## ANNEXE 2

# FERMEZ LES YEUX

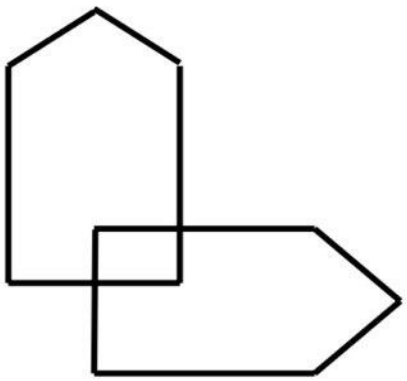
**Phrase** :

.....

.....

.....

**Recopier le dessin** :



Service de Gérontologie – 10 décembre 2007. 2/2

# ANNEXE 3

ECHELLES-PSYCHIATRIE.COM

## Echelle de dépression HAD (HAD : Hospital Anxiety and Depression Scale)
de Sigmond et Snaith

**1) Anxiété**

Je me sens tendu ou énervé.
0 Jamais.
1 De temps en temps.
2 Souvent.
3 La plupart du temps.

J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver.
0 Pas du tout.
1 Un peu mais cela ne m'inquiète pas.
2 Oui, mais ce n'est pas trop grave.
3 Oui, très nettement.

Je me fais du souci.
0 Très occasionnellement.
1 Occasionnellement.
2 Assez souvent.
3 Très souvent.

Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté.
0 Oui, quoi qu'il arrive.
1 Oui, en général.
2 Rarement.
3 Jamais.

J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué.
0 Jamais.
1 Parfois.
2 Assez souvent.
3 Très souvent.

J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place.
0 Pas du tout.
1 Pas tellement.
2 Un peu.
3 Oui, c'est tout à fait le cas.

J'éprouve des sensations soudaines de panique.
0 Jamais.
1 Pas très souvent.
2 Assez souvent.
3 Vraiment très souvent.

# ANNEXE 3

ECHELLES-PSYCHIATRIE.COM

**2) Dépression**

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois.
0 Oui, tout autant.
1 Pas autant.
2 Un peu seulement.
3 Presque plus.

Je ris facilement et vois le bon côté des choses.
0 Autant que par le passé.
1 Plus autant qu'avant.
2 Vraiment moins qu'avant.
3 Plus du tout.

Je suis de bonne humeur.
0 La plupart du temps.
1 Assez souvent.
2 Rarement.
3 Jamais.

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti.
0 Jamais.
1 Parfois.
2 Très souvent.
3 Presque toujours.

Je me m'intéresse plus à mon apparence.
0 J'y prête autant d'attention que par le passé.
1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention.
2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais.
3 Plus du tout.

Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses.
0 Autant qu'avant.
1 Un peu moins qu'avant.
2 Bien moins qu'avant.
3 Presque jamais.

Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision.
0 Souvent.
1 Parfois.
2 Rarement.
3 Très rarement.

**Résultats :**

Cette échelle explore les symptômes anxieux et dépressifs.
Faire le total du versant anxiété et dépression : 21 points maximum pour chacun.
- Entre 8 et 10 : état anxieux ou dépressif douteux.
- Au-delà de 10 : état anxieux ou dépressif certain.

*Références* :
*Dépression et syndromes anxio-dépressifs, J.D.Guelfi et Coll, Ardix Médical.*

## ANNEXE 4

## QUESTIONNAIRE DE COLLECTE DES DONNEES

### I-Données sociodémographiques

**Q1.** Age : ans.

**Q2.** Sexe : M □ F □

**Q3.** Ethnie : Fon et apparentés □ Yoruba □ Mina et apparentés □ Dendi □ Idaatcha □ Haoussa□ Peulh □ Adja □ Autres à préciser.....

**Q4.** Résidence : Urbaine □ Rurale□

**Q5.** Profession : Fonctionnaire□ Commerçant□ artisan□ Etudiant/Elève □ Sans emploi□ ménagère □ Autre à préciser.....

**Q6.** Niveau socio-économique : Bas□ Moyen□ Elevé□

**Q7.** Niveau d'étude : Aucun □ Primaire□ Secondaire□ Supérieur□

**Q8.** Situation matrimoniale : Marié □ Veuf □ Célibataire □

### II-Antécédents

- **Personnels**
  - ✓ **Médicaux**

**Q9.** Psychiatriques : Oui□ Non□

Si oui, lequel ? Dépression: Oui□ Non□

Anxiété : Oui□ Non□

Troubles cognitifs : Oui□ Non□

Autre…….

**Q10.** HTA: Oui□ Non□

**Q11.** Diabète : Oui□ Non□

**Q12.** Autre……

**III-Mode de vie (choix multiple)**

**Q13.** Tabagisme : oui □ non□

**Q14.** Alcool : oui □ non □

**Q15.** Habitation : 1 : Seul□ 2 : En famille □

**Q16.** Sédentarité : 1 : oui □ 2 : non □

**Q17.** Activité physique : 1 : oui □ 2 : non □

Si oui

Rare □ Intermittente □ Régulière □

**Q18.** Obésité : 1 : oui □ 2 : non □

# ANNEXE 5

## Certificat d'analyse

Date d'émission: 24/11/2023
Compte évaluateur: KIKI Melkior

**AUTEUR DU DOCUMENT :** KIKI Tossédè Melkior Bizoski
**TITRE DU DOCUMENT :** Céphalée primaire : Impact sur la qualité de vie à la clinique Universitaire de neurologie au CNHU-HKM

e-Plagiat est un évaluateur certifié de prévention et de détection de plagiat intelligent et autonome basé sur l'IA

| Type de document | Nombre de mots | Nombre de pages (approximatif) | Taux de plagiat |
|---|---|---|---|
| Thèse | 23996 | 96 | 13.83% |

M. Pierre ROUAN

Ce document est signé électroniquement et certifié.
Le fichier constitue un original électronique de valeur probatoire, il est enregistré sous la référence suivante :

e393c2defe98e265f0d92440d6177cf8cbd4

e-plagiat.online, 1er évaluateur de plagiat en Afrique basé sur l'Intelligence artificielle

# TABLE DES MATIÈRES

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT ..... ii

ACTION DE GRACE ..... v

DEDICACES ..... vi

REMERCIEMENTS ..... viii

HOMMAGES ..... xi

LISTE DES ABREVATIONS ..... xiii

LISTES DES TABLEAUX ET FIGURES ..... xiv

SOMMAIRE ..... xviii

INTRODUCTION ..... 1

1. GENERALITES ..... 4

**1.1 Anatomie Macroscopique de l'encéphale** ..... 4

**1.1.1 Le Cerveau** ..... 4

**1.1.2 Le diencéphale** ..... 5

**1.1.3 Le cervelet** ..... 6

**1.1.4 Le tronc cérébral** ..... 8

**1.1.5 Vascularisation du cerveau** ..... 8

**1.2 Définition et physiopathologie des céphalées** ..... 10

**1.2.1 Définition** ..... 10

**1.2.2 Facteurs éthiopathogéniques** ..... 10

**1.3 Classification des céphalées** ..... 10

**1.3.1 Classification de l'IHS** ..... 10

**1.4 Descriptions cliniques** ..... 12

**1.4.1 Migraine** ..... 12

**1.4.2 Formes particulières** ..... 17

**1.4.3 Complications de la migraine** ..... 19

**1.4.4 Evolution et pronostic** ..... 20

**1.4.5 Qualité de vie** ..... 20

**1.4.6 Prise en charge** ..... 21

**1.5 Céphalées de tension** ..... 21

**1.5.1 Epidémiologie** ..... 22

**1.5.2 Physiopathologie** ..... 22

**1.5.3 Description clinique** ..... 23

**1.5.4 Formes cliniques** ..... 24

**1.5.5 Facteurs étiologiques** ..... 25

**1.5.6 Qualité de vie** ..... 25

**1.5.7 Prise en charge** ..... 26

**1.6 Algie vasculaire de la face** ..... 26

**1.6.1 Epidémiologie** ..... 26

**1.6.2 Physiopathologie** ..... 27

**1.6.3 Clinique** ..... 27

**1.6.4 Traitement** ..... 28

2. CADRE ET METHODE D'ETUDE ..... 29

**2.1 CADRE** ..... 29

**2.1.1 CNHU-HKM** ..... 29

**2.1.2 Clinique Universitaire de Neurologie** ..... 31

**2.2 METHODE** ..... 32

**2.2.1 Type d'étude** ..... 32

**2.2.2 Période d'étude** ..... 32

**2.2.3 Population d'étude** ..... 32

**2.2.4 Variables à l'étude** ..... 33

**2.3 Collecte de données** ..... 41

**2.3.1 Support de collecte de données** ..... 41

**2.3.2 Technique de collecte** ..... 41

**2.3.3 Traitement et analyse de données** ..... 41

**2.3.4 Considérations éthiques** ..... 41

3. RESULTATS ..... 42

**3.1 CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES** ..... 42

**3.1.1 Répartition des patients céphalalgiques selon l'âge et le sexe** ... 43

**3.1.2 Répartition des patients céphalalgiques selon la zone de résidence et l'ethnie** ..... 43

**3.1.3 Répartition des patients céphalalgiques selon le niveau socio-économique** ..... 44

**3.1.4 Répartition des patients céphalalgiques selon le niveau d'étude** 45

**3.1.5 Répartition des patients céphalalgiques selon la profession** ..... 45

**3.1.6 Répartition des patients céphalalgiques selon la situation matrimoniale** ..... 46

**3.2 MODE DE VIE** ..... 47

**3.3 CARACTERISTIQUES CLINIQUES** ..... 48

**3.3.1 Répartition des patients céphalalgiques selon les antécédents personnels** ..... 48

**3.3.2 Répartition des patients céphalalgiques selon le type de céphalées** ..... 49

**3.4 DISTRIBUTION DES TYPES DE CEPHALEES SELON LES CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES** ..... 50

**3.4.1 Répartition des patients ayant des céphalées primaires selon le sexe** 50

**3.4.2 Répartition des patients ayant des céphalées primaires selon l'âge** 50

**3.4.3 Répartition des patients ayant des céphalées primaires selon la profession** ..... 51

**3.4.4 Répartition des patients ayant des céphalées primaires selon la situation matrimoniale** ..... 52

**3.5 DISTRIBUTION DES TYPES DE CEPHALEES SELON LE MODE DE VIE** ..... 53

**3.6 DISTRIBUTION DES TYPES DE CEPHALEES SELON LES CARACTERISTIQUES CLINIQUES** ..... 54

**3.7 RETENTISSEMENT DES CEPHALEES PRIMAIRES SUR LA QUALITE DE VIE** ..... 55

**3.7.1 Répartition des patients selon le type de céphalées primaires et en fonction du score HIT-6** ..... 56

**3.8 RETENTISSEMENT DES CEPHALEES PRIMAIRES SUR LES FONCTIONS COGNITIVES** ..... 57

**3.8.1 Répartition des patients ayant des troubles cognitifs selon le type de céphalées primaires** ..... 58

**3.9 RETENTISSEMENT DES CEPHALEES PRIMAIRE SUR L'ETAT PSYCHIQUES** ..... 59

**3.9.1 Anxiété** ..... 59

**3.9.2 Dépression** ..... 60

**3.10 FACTEURS ASSOCIEES** ..... 61

**3.10.1 Association entre migraine, les caractéristiques sociodémographiques et les caractéristiques cliniques** ..... 61

**3.10.2 Association entre les céphalées de tension les caractéristiques sociodémographiques et les caractéristiques cliniques** ..... 62

**3.10.3 Association entre migraine, céphalée de tension et les caractéristiques sociodémographiques** ..... 63

**3.10.4 Association entre la qualité de vie les caractéristiques sociodémographiques et les caractéristiques cliniques** ..... 64

**3.10.5 Association entre la qualité de vie et les différents types de céphalées primaires** ..... 65

4. DISCUSSION ..... 66

**4.1 Atteinte des objectifs** ..... 66

**4.2 Forces et limites de l'étude** ..... 67

**4.2.1 Forces** ..... 67

**4.2.2 Limites** ..... 67

**4.3 Commentaires et comparaison des résultats** ..... 68

**4.3.1 Données socio-démographiques** ..... 68

**4.3.2 Prévalence des céphalées primaires** ..... 69

**4.3.3 Données sur les céphalées primaires et le diabète** ..... 70

**4.3.4 Données sur les troubles anxio-dépressif** ..... 71

**4.3.5 Données sur les troubles cognitifs** ..... 73

**4.3.6 Données sur la qualité de vie** ..... 74

CONCLUSION ..... 78

SUGGESTIONS ..... 79

REFERENCES ..... 81

ANNEXES ..... A

# SERMENT D'HIPPOCRATE

Devant le peuple béninois et en présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers les maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs parents. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

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

***Je le jure***

**VU LE PRESIDENT DU JURY**

**VU LE DOYEN**

**VU ET PERMIS D'IMPRIMER**

**LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI**

## Résumé

**INTRODUCTION** : Les céphalées, encore appelées maux de tête, représentent, l'un des motifs de consultations les plus fréquent chez le médecin généraliste et aussi le neurologue. Cette étude vise à mettre principalement l'accent sur l'impact des céphalées primaires sur la qualité de vie, des patients suivis au CNHU-HKM.
**OBJECTIF :** Evaluer l'impact des céphalées primaires sur la qualité de vie des patients à la CUN au CNHU-HKM de Cotonou en 2023.
**METHODE :** Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive et analytique. La période d'étude s'étendait du 1 er Juillet 2023 au 30 Septembre 2023.
**RESULTATS** : 754 patients ont été consulté et 109 (14,5%) ont présenté des céphalées primaires avec 11,00% de migraines et 8,35% de céphalées de tension. L'âge moyen des patients dans notre étude était de 46,0 ± 14,6 ans, avec des extrêmes d'âge de 18 ans et 80 ans. Tous les patients de notre étude présentaient un impact sur la vie quotidienne dû aux céphalées primaires. 60,60% présentaient un impact majeur sur la qualité de vie. Les céphalées primaires n'avaient pas un impact sur la cognition des patients. Seulement 4 (3,7% avaient des troubles cognitifs dont 0,9% de sévère et 2,8% de léger). Les patients ayant un état anxieux étaient les plus représentés 70,7% ; 42,2% présentaient un état de dépression. La présence de diabète (11,310[4,071-31,422] p-value<0,000), d'anxiété (0,369 [0,158-0,862] p-value=0,032) et de dépression (3,291[1,484-7,296] p-value=0,003) constitue un facteur de risque de survenue de la migraine. La présence d'un état anxieux (27,220[3,536-209,549] p-value<0,000) et dépressif (0,304 [0,126-0,734] p-value=0,008) constitue un facteur de risque de survenu de la céphalée de tension. Un état dépressif (0,794 [0,700-0,900] p-value=0,001, un état anxieux (0,594[0,446-0,791] p-value<0,000) et l'HTA (0,289[0,119-0,701] p-value=0,006) constituent des facteurs de risques de mauvaise qualité de vie.
**CONCLUSION :** Il est donc important de rechercher systématiquement l'impact de ces céphalées sur la qualité de vie des patients par le HIT-6 dès qu'ils sont reçus en consultation. Plusieurs facteurs sont associés à cette mauvaise qualité de vie notamment la présence d'anxiété de dépression et même de l'hypertension artérielle
**MOTS CLES** : céphalée primaire, qualité de vie, céphalée de tension, migraine.

## Abstract

**INTRODUCTION**: Headaches, also called headaches, represent one of the most frequent reasons for consultations with the general practitioner and also the neurologist. This study aims to mainly focus on the impact of primary headaches on the quality of life of patients followed at the CNHU-HKM.
**OBJECTIVE**: To evaluate the impact of primary headaches on the quality of life of CUN patients at the CNHU-HKM in Cotonou in 2023.
**METHOD**: This was a cross-sectional, descriptive and analytical study. The study period extended from July 1, 2023 to September 30, 2023.
**RESULTS**: 754 patients were consulted and 109 (14.5%) presented with primary headaches with 11.00% migraines and 8.35% tension headaches. The average age of patients in our study was 46.0 ± 14.6 years, with age extremes of 18 and 80 years. All patients in our study had an impact on daily life due to primary headaches. 60.60% had a major impact on quality of life. Primary headaches did not impact patients' cognition. Only 4 (3.7% had cognitive disorders including 0.9% severe and 2.8% mild). Patients with an anxious state were the most represented 70.7%; 42.2% presented a state of depression. The presence of diabetes (11.310 [4.071-31.422] p-value<0.000), anxiety (0.369 [0.158-0.862] p-value=0.032) and depression (3.291 [1.484-7.296] p-value=0.003) constitutes a risk factor for the occurrence of migraine. The presence of an anxious (27.220 [3.536-209.549] p-value<0.000) and depressive (0.304 [0.126-0.734] p-value=0.008) state constitutes a risk factor for the occurrence of tension headache. A depressive state (0.794 [0.700-0.900] p-value=0.001, an anxious state (0.594 [0.446-0.791] p-value<0.000) and hypertension (0.289 [0.119-0.701] p-value=0.006) constitute risk factors for poor quality of life.
**CONCLUSION**: It is therefore important to systematically research the impact of these headaches on the quality of life of patients using HIT-6 as soon as they are seen for consultation. Several factors are associated with this poor quality of life, including the presence of anxiety, depression and even high blood pressure.
**KEY WORDS**: primary headache, quality of life, tension headache, migraine.