

MIGRAINES ET CEPHALEES

DOSSIER DOCUMENTAIRE

Document établi avec le concours méthodologique de la HAS et conforme à la méthode de la HAS de production des listes de critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles

Octobre 2015

Document réalisé par : Dr Magnani Claude coordonnateur des groupes qualité de BN

Relecture : Dr Perrocheau J F Animateur GQ Cherbourg

Dr Sanouiller F Animateur GQ Bayeux

Dr Robinet Claire Animateur GQ Giberville

PROBLEMATIQUE

Les céphalées font partie des dix causes les plus fréquentes de consultation. Migraines et céphalées motivent 1,2% des recours aux soins dont les 9/10^e auprès de médecins généralistes. Les céphalées sont responsables de 20 % d'absentéisme et les migraines touchent 10 à 12% de la population.

La migraine est la céphalée primaire la plus fréquente chez l'enfant. Elle touche 5 à 10 % des enfants.

Pour les médecins, les problèmes qui se posent dans la prise en charge des patients céphalalgiques sont de différents ordres :

1. La difficulté du diagnostic clinique, en rapport avec les multiples étiologies : céphalées aiguës et chroniques, chroniques primaires ou secondaires...
2. Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.
3. Identifier les situations pour lesquelles il est nécessaire de demander un examen d'imagerie.
4. La stratégie thérapeutique à adapter dans l'urgence et au long cours
5. Répondre aux attentes des patients pour qui une céphalée même bénigne, peut être cause de craintes et de handicaps.

L'impact économique des céphalées chroniques induit par la consommation des ressources de soins et la baisse de la productivité est estimé en France à 1900 millions d'euros.

En 2013 des nouvelles recommandations ont été demandées à la SFEMC (société française d'étude des migraines et des céphalées), la SFETD (société française d'étude et de traitement de la douleur) et l'ANLLF (société des neurologues libéraux de langue française).

UNE SEULE REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE NECESSAIRE ET SUFFISANTE :

<http://www.sf-neuro.org/c-phalees/c-phal-es>

CEPHALEES ET MIGRAINES DE L'ADULTE

Démarche diagnostic :

En fonction de notre fréquence clinique nous traiterons :

- Les céphalées chroniques : migraines et céphalées de tension
- Les céphalées par abus médicamenteux
- Les urgences à éliminer
- Les migraines de l'enfant
- Les céphalées de la femme

Les céphalées chroniques :

La nouvelle classification distingue les céphalées chroniques quotidiennes et secondaires. Les céphalées chroniques quotidiennes sont de 2 types

- Celles de durée inférieure à 4 heures (Algies vasculaires de la face)
- Les céphalées longues (principalement les migraines et les céphalées de tension)

Il est recommandé de demander au patient de tenir un agenda afin de préciser le nombre exact de jours avec céphalées.

Nous nous intéressons principalement aux migraines et aux céphalées de tension.

MIGRAINE CHRONIQUE : Critères diagnostiques de la céphalée de tension chronique définis par l'International Headache Society en 2013

Le diagnostic de migraine repose sur l'interrogatoire et la normalité de l'examen clinique. L'objectif est d'identifier des accès de céphalées caractéristiques, séparés par des intervalles libres. Aucune investigation complémentaire n'est nécessaire lorsque la sémiologie est typique.

Deux types de migraines sont possibles : la migraine sans aura et la migraine avec aura,

environ 3 fois moins fréquente. Les deux types de crises peuvent coexister chez un même patient.

Migraine sans aura : la crise se caractérise par :

- **Son siège** : le plus souvent temporale ou sus-orbitaire, unilatérale avec alternance du côté atteint selon les crises. Elle est parfois postérieure ou bilatérale, voire diffuse d'emblée
- **Son mode d'apparition** : rapidement progressif, sans caractère explosif. Elle peut réveiller le patient en deuxième partie de nuit.
- **Son type** : typiquement pulsatile, la céphalée tend à s'accroître en cas d'effort physique ou de concentration.
- **Les signes d'accompagnement** : les nausées et vomissements sont les plus fréquents, parfois accompagnés de signes vaso-moteurs (modifications de couleur du visage) ; la photophobie (intolérance à la lumière) et la phonophobie (intolérance au bruit) sont liés à l'intensité de la céphalée
recherche d'isolement du migraineux en crise, de préférence dans un endroit calme et peu éclairé
- **Sa durée** : elle a été fixée par l'IHS (International Headache Society) entre 4 et 72 heures, en moyenne 12 à 24 heures
- La récupération complète à l'issue de la crise

Migraine avec aura :

Elle se caractérise par la présence de manifestations neurologiques focalisées précédant ou accompagnant la céphalée migraineuse, et classiquement contralatérale à celle-ci. Deux paramètres sont importants pour le diagnostic

- **Le mode d'apparition** : de manière progressive (> 5 mn), réalisant la classique **marche migraineuse**, avec régression complète en moins d'une heure avant ou parallèlement à la céphalée
- **Le type : aura visuelle et l'aura sensitive** sont les plus fréquentes, et peuvent se combiner chez un même patient. Une aura entraînant des troubles du langage (manque du mot ou paraphrasies) ou de l'équilibre est plus rare. Certaines auras sont exceptionnelles (ophtalmoplégie, hémiplégie, ...)

L'aura migraineuse peut, rarement, ne pas être suivie de migraine, posant des problèmes diagnostiques difficiles, surtout en l'absence d'antécédent identique

Aura visuelle :

- Scotome scintillant le plus fréquent : point lumineux dans une partie du champ visuel des deux yeux, persistant les yeux fermés, s'élargissant sous forme d'une ligne brisée (aspect de fortifications), et laissant place à un scotome central, lui-même de régression progressive

- Hémianopsie latérale homonyme également fréquente, apparaissant en quelques minutes, parfois précédée de tâches colorées ou lumineuses dans le même hémichamps
- Nombreuses autres manifestations visuelles possibles :
- Unilatéraux : phosphènes, scotome sur un œil
- Manifestations complexes : vision caléidoscopique, troubles de la perception visuelle (déformation de la forme des objets et des individus), hallucinations visuelles élaborées

Aura sensitive :

- Paresthésies non douloureuses touchant typiquement les premiers doigts de la main et le pourtour des lèvres du même côté (cheiro-orales)
- Elles s'étendent plus rarement à l'ensemble de l'hémicorps, avec dans tous les cas une évolution progressive, selon la marche caractéristique

CEPHALEES DE TENSION :

Critères diagnostiques de la céphalée de tension chronique définis par l'International Headache Society en 2013

- Céphalée présente au moins 15 jours par mois depuis au moins 3 mois et répondant aux 3 critères suivants ;
- Céphalée durant des heures ou pouvant être continue
- Céphalée ayant au moins deux caractéristiques suivantes :
 - localisation bilatérale
 - à type de pression ou de serrement (non pulsatile)
 - d'intensité légère à modérée
 - non aggravée par les activités physiques de routine comme la marche ou la montée d'escaliers
- Présence des deux éléments suivants
 - pas plus d'un élément suivant : photophobie, phonophobie ou nausées légères
 - ni nausées modérées ou sévères ni vomissements
- Céphalée non attribuable à une autre cause

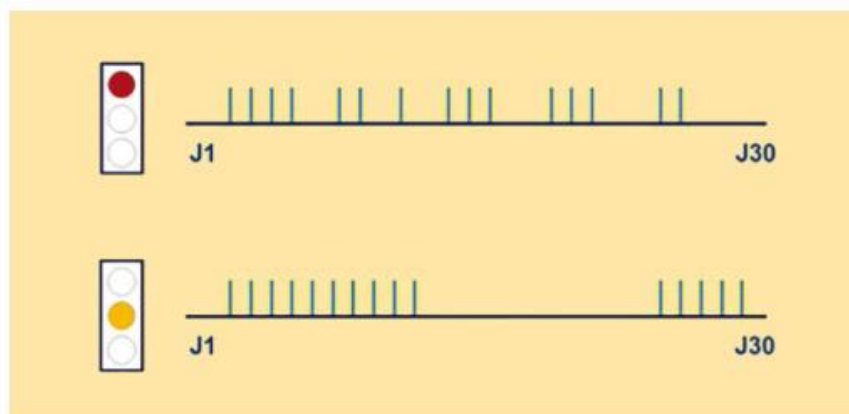
Deux autres céphalées chroniques sont décrites :

Les céphalées chroniques de novo et l'hémicrânie continue ; pathologie rares dont le diagnostic est surtout d'élimination.

Les céphalées par abus médicamenteux

La céphalée par abus médicamenteux est une céphalée chronique qui affecte des sujets souffrant préalablement d'une céphalée primaire. Par crainte de la crise suivante ou d'une majoration de la céphalée, la prise de médicaments se fait de manière préventive, de plus en plus fréquemment. Des céphalées en découlent, qui entraînent l'augmentation des doses. Ce cercle vicieux aboutit à une véritable céphalée permanente ou les crises de migraines sont de moins en moins reconnaissables.

Modalités de prise médicamenteuse et céphalée par abus médicamenteux



Chaque ligne horizontale représente un mois et chaque trait vertical un traitement de crise. Dans les 2 cas il y a 15 jours de prise de médicaments (définition des céphalées par abus de médicaments). Dans le 1^{er} cas, la céphalée par abus médicamenteux est suspectée du fait de la régularité des prises. Dans le 2^e cas il y a un doute car il existe un intervalle prolongé entre les prises.

Son traitement repose sur la suppression de la cause par un sevrage médicamenteux qui permettra le retour à des céphalées épisodiques.

Les rechutes étant possibles il est important d'insister sur :

1. La tenue d'un agenda
2. La nécessité pour le patient de reconnaître le risque de rechute (prise d'un traitement de crise au moins 2 jours par semaine depuis plus de 3 mois)
3. La recherche d'une comorbidité anxieuse.
4. L'éducation du patient par la connaissance des substances psychoactives (tabac, café, coca, thé)
5. Le dépistage des troubles du sommeil afin de prévenir une automédication par les benzodiazépines et/ou hypnotiques)

Que devons-nous éliminer en urgences ?

Parmi les céphalées aiguës celles qui seront discutées en premières lignes :

- Les hémorragies méningées
- Les méningites
- L'hypertension intra crânienne

Plus rarement une poussée d'HTA ; un glaucome aigu ; une sinusite aiguë ; une tumeur ; un abcès intra crânien ; un hématome sous dural ; une maladie de Horton...

En dehors de cette classification nous trouvons les **névralgies crâniennes** avec : Névralgies du nerf trijumeau, du nerf glosso-pharyngien, autres névralgies.

Migraines de la femme

Les migraines se retrouvent dans toutes les périodes de la vie chez une femme :

- Migraines et grossesse
- Migraines cataméniales
- Migraines et contraception orale
- Migraines et traitement hormonale substitutive

Migraine et grossesse :

- Il faut rassurer la patiente
- Ne pas débuter de traitement prophylactique
- Traiter préférentiellement par le paracétamol sachant qu'aspirine et AINS peuvent être prescrits AVANT le 5^e mois
- DHE et tartrate d'ergotamine formellement contre indiquée
- Triptans contre indiqués
- Si un traitement prophylactique est justifier il faut privilégier les bêtabloquants (propranolol et métoprolol) ou tricycliques (amitriptyline) mais surtout a très petite dose.
- Dans tous les cas, l'exposition médicamenteuse de la patiente doit être déclarée au service de pharmacovigilance.
- Rappeler a la patiente le risque de l'ibuprofène.

Migraine cataméniale :

Selon l'IHS, le diagnostic de migraine menstruelle repose sur la survenue, lors d'au moins 2 de 3 cycles consécutifs, d'une crise sans aura débutant entre le 2^e jour avant et le 3^e après la période menstruelle.

Même traitement qu'une migraine chronique.

Migraine et contraception orale :

Il n'y a pas de contre-indication à une contraception orale chez les migraineuses ; mais chez les moins de 35 ans (surtout si tabagisme associé) et ou le risque neurovasculaire est augmenté la contraception oral oestro progestative est contre indiquée.(grade A)

Migraine et traitement hormonale de la ménopause (THM)

La migraine n'est pas une contre-indication au THM, mais si les migraines avec aura s'aggravent, il semble souhaitable de passer a la forme transdermique en réduisant les doses d'œstradiol.

Particularité des céphalées chroniques chez les enfants et adolescents

La définition des céphalées chroniques chez l'enfant et l'adolescent, de même que l'épidémiologie, sont les mêmes que chez l'adulte. L'épidémiologie, la démarche diagnostique est également similaire à celle proposée à l'adulte, mais il est important d'insister sur les particularités observées chez l'enfant et l'adolescent :

1. la durée de la phase de transformation de la céphalée primaire épisodique en CCQ qui est plus courte que chez l'adulte (entre 17 et 23 mois) voire absente. Dans ce dernier cas, le diagnostic différentiel avec les céphalées chroniques secondaires ou la céphalée chronique quotidienne de novo peut être difficile;
2. l'importance des événements biographiques stressants et sévères (abus sexuels dans l'enfance, conflits familiaux, problèmes de santé ou décès d'un des parents, difficultés dans la scolarité) ;
3. l'abus médicamenteux qui porte le plus souvent sur des antalgiques non spécifiques : paracétamol et AINS de façon préférentielle ; sachant qu'il existe souvent un abus en caféine couplé sous la forme d'une consommation excessive de soda ;
4. l'importance lors de la prise en charge prophylactique des traitements non médicamenteux couplés à l'approche pharmacologique; cette prise en charge s'adressant à la fois à l'enfant, aux parents, mais également à l'institution scolaire

Traitement de la crise chez l'enfant :

1. L'ibuprofène 10 mg/kg doit être privilégié en traitement de crise (grade A). Le paracétamol 15 mg/kg reste néanmoins un traitement de crise souvent efficace. Le sumatriptan nasal est à utiliser en deuxième intention à partir de 12 ans (grade B).
2. On ne doit pas donner d'opioïdes (faibles et forts) en traitement de crise.
3. Aucune étude de qualité ne permet d'émettre de recommandation pour le traitement médicamenteux de fond de la migraine de l'enfant (Grade A). Les méthodes psychocorporelles (relaxation, autohypnose...) peuvent être recommandées (Accord professionnel)

Quelle place pour les examens complémentaires :

Il n'y a pas d'indication à réaliser un scanner ou une IRM cérébrale (accord professionnel) :

- devant une migraine définie selon les codes IHS de la migraine sans ou avec aura ;
- pour différencier une migraine d'une céphalée de tension.

Chez un migraineux connu, il est recommandé de pratiquer un scanner ou une IRM cérébrale devant (accord professionnel) :

- une céphalée d'apparition brutale (céphalée dite « en coup de tonnerre ») ;
- une céphalée récente se différenciant de la céphalée habituelle ;
- une anomalie à l'examen clinique.
- une céphalée aiguë sévère s'installant en moins d'une minute, prolongée durant plus d'une heure et jugée intense, nécessite de pratiquer, en urgence, un scanner sans injection ou une IRM cérébrale.

Aucune indication à réaliser un EEG ; une radiographie de sinus ; du rachis cervical ; un examen ophtalmique... devant une migraine chronique.

<http://www.revmed.ch/rms/2013/RMS-N-399/Cephalees-quelle-imagerie>

Toute modification récente de céphalées chronique ou aiguë récurrente justifie une imagerie.

Démarche Thérapeutique :

http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/cahiers/cahier_sfetd_n_3_ccq.pdf

La migraine est une maladie sous diagnostiquée et 60% des patients ignorent leur statut de migraineux donc les possibilités de prise en charge ; induisant une auto médication importante.

Les études montrent une sur consommation d'antalgiques non spécifiques, une augmentation du nombre de prise pour une même crise et une absence de soulagement dans mes 2 heures une fois sur deux.

La Société Française d'études des migraines et des céphalées (SFEMC) à actualisée en avril 2013, à la demande de la HAS, les recommandations ANAES de 2002.

Traitement de la crise : **AINS ET TRIPTANS**

1. les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) suivants : le naproxène, l'ibuprofène, le kétoprofène et le diclofénac (grade A)
2. les triptans (grade A). L'efficacité porte sur la céphalée mais aussi sur les symptômes associés digestifs et la phono/photophobie (grade A)
Il en existe 7 commercialisés en France.

Stratégie thérapeutique de la crise :

Lors de la 1ere consultation le patient est interrogé sur son traitement et son soulagement :
4 questions :

1. Etes-vous suffisamment soulagé une à deux heures après la prise
2. Utilisez-vous une seule prise dans la journée ?
3. Ce traitement est-il efficace sur au moins deux crises ?
4. Ce traitement est-il bien toléré ?

Si le patient répond oui aux 4 questions il est recommandé de ne modifier le traitement

Si le patient répond non à une seule question il est recommandé de prescrire un AINS et un triptan.

Il est recommandé de comptabiliser le nombre de jour avec prise de traitement de crise par mois afin de repérer une utilisation abusive susceptible d'entraîner des céphalées chroniques par abus médicamenteux.

Traitement de fond : BETABLOQUANTS ET ANTI EPILEPTIQUES

Pour la SFEMC, « il est recommandé de mettre en place un traitement de fond - associé à une éducation thérapeutique - en fonction de la fréquence des crises mais aussi du handicap familial social et professionnel généré par les crises et dès lors que le patient consomme depuis 3 mois le ou les traitements de crise plus de 2 jours chaque semaine et cela même en cas d'efficacité afin de limiter l'abus médicamenteux ».

Pour la SFEMC les seuls traitements ayant fait preuve d'efficacité sont la valproate de sodium (Dépakote®), le métoprolol (Lopressor® et Seloken®), le propranolol (Avlocardyl®) et le topiramate (Epitomax®)

Les développements cliniques ayant conduit à des études contrôlées dédiées spécifiquement à la migraine chronique concernant : **le topiramate (Epitomax®)**, la toxine botulinique de type A et la stimulation du nerf grand occipital.

L'amitriptyline, l'aténolol, le candésartan, la flunarizine, le méthylsergide, le nadolol, le naproxène sodique, le nebivolol, l'océtorone, le pizotifène, le tomoptol et la venlafaxine sont dotées d'une efficacité qui n'est que probable.

Enfin, l'efficacité de la dihydroergotamine, de l'indoramine et de la gabapentine est douteuse », ajoute le Dr Donnet.

En l'absence d'efficacité, d'intolérance ou de contre-indication de ces traitements, il est recommandé de réaliser une évaluation au sein d'une équipe spécialisée (AP).

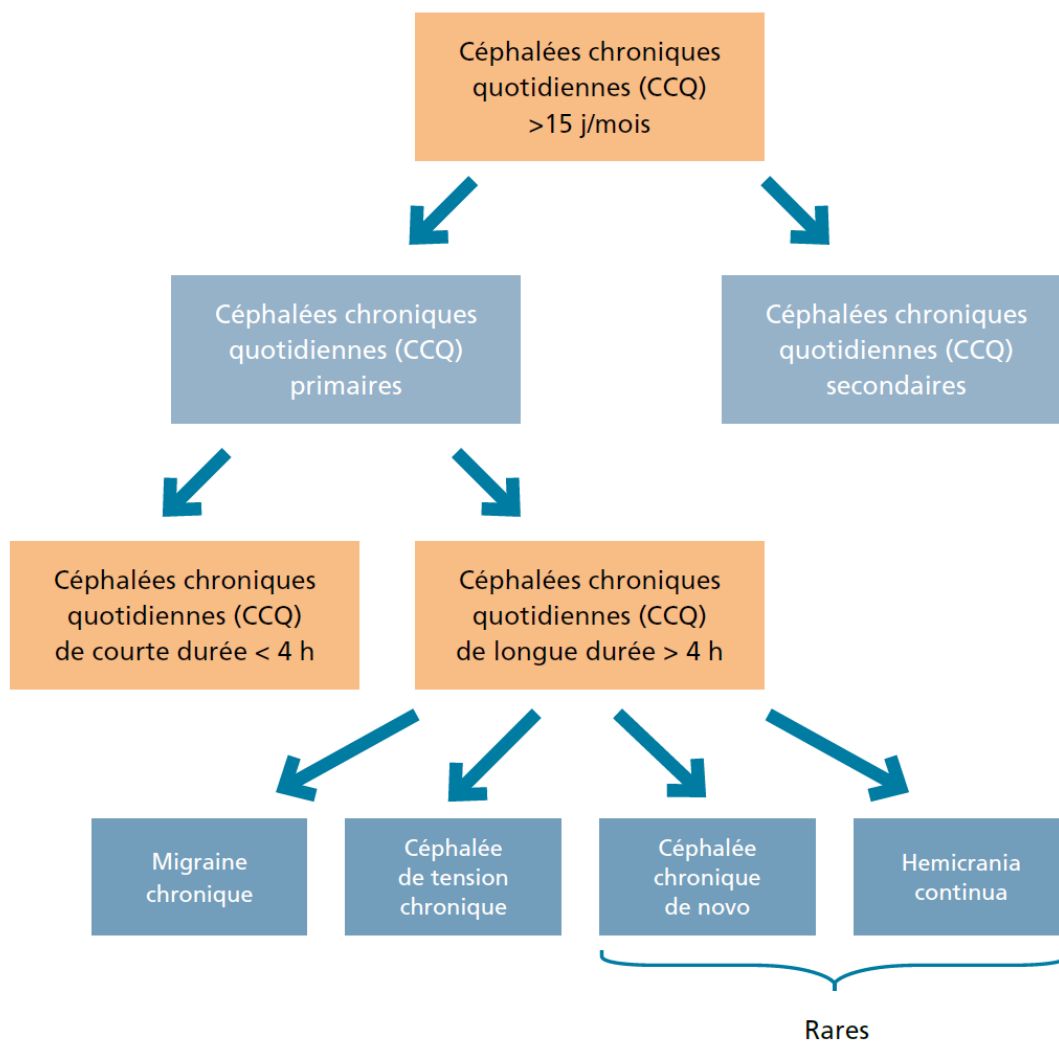
Il est recommandé d'utiliser ces molécules à faibles doses, afin de limiter les effets indésirables, à type de sédation notamment.

Traitements non médicamenteux :

Les thérapies non médicamenteuses efficaces dans la migraine se résument aux techniques de relaxation (si elles sont bien faites) et aux techniques cognitivo-comportementales. Elles permettent d'apprendre au malade à se prendre en charge correctement, à gérer sa crise, gérer son stress. Avec l'hypnose une guérison totale peut être obtenue dans les céphalées de tension dès les premières séances. Pour les migraines, on assiste plutôt à un espacement et à une atténuation des douleurs, une rémission parfois, sans guérison vraie.

L'acupuncture semble avoir un effet chez certaines personnes et peut être proposée à tout migraineux qui ne souhaite pas de traitement de fond médicamenteux, ou en complément de celui-ci.

Arbre décisionnel des CCQ



NOUS POURRIONS CONCLURE PAR

1. Toute céphalée fébrile doit faire suspecter une méningite.
2. L'examen clinique guide les examens devant une céphalée non fébrile : l'imagerie cérébrale s'impose devant un examen neurologique anormal ou chez un enfant jeune (< 6 ans), la recherche d'une hypertension artérielle est indispensable, ainsi que d'une intoxication au monoxyde de carbone selon le contexte (hiver, anamnèse de l'entourage).
3. Les céphalées aiguës récidivantes justifient d'un contrôle ophtalmologique
4. La migraine est une maladie fréquente dont le diagnostic est clinique,
5. Les critères de la céphalée de tension surviennent plutôt en fin de journée, interférant peu dans les activités de l'enfant, souvent liée au stress.
6. Devant une céphalée aiguë récurrente secondaire, une imagerie cérébrale s'impose pour rechercher une hypertension intracrânienne, une malformation vasculaire ou de la fosse postérieure.
7. L'algie vasculaire de la face est très intense, pluriquotidienne, unilatérale, associée à un larmoiement et une injection conjonctivale et parfois rhinorrhée. La crise dure 30 à 60 minutes.
8. Les céphalées chroniques d'installation progressive font toujours craindre une tumeur mais aussi une hydrocéphalie aiguë ou ancienne qui décompense, une hypertension intracrânienne idiopathique (anciennement « bénigne ») dans laquelle le fond d'œil retrouve un œdème papillaire bilatéral.
9. Les céphalées chroniques quotidiennes, non progressives sont en rapport avec des problèmes psychogènes, un syndrome dépressif, un abus médicamenteux.

BIBLIOGRAPHIE

1. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ccq_recos.pdf
2. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/migraine_recos.pdf
3. <http://www.sf-neuro.org/c-phalees/c-phal-es>
4. <http://www.medicalforum.ch/docs/smf/2015/18/fr/fms-02243.pdf>
5. http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/cahiers/cahier_sfetd_n_3_ccq.pdf
6. <http://www.revmed.ch/rms/2013/RMS-N-399/Cephalees-quelle-imagerie>
7. <http://medidacte.timone.univ-mrs.fr/webcours/Comite-etudes/ItemsENC/sitelocal/disciplines/niveaudiscipline/niveaumodule/Item188/leconimprim.pdf>
8. http://lyon-sud.univ-lyon1.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichiergw?ID_FICHIER=1320402910724
9. http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/cahiers/cahier_sfetd_n_3_ccq.pdf
10. http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/docs/avf_recos.pdf
11. http://www.med.univ-montp1.fr/enseignement/cycle_2/MID/Ressources_locales/Neuro/MID_neurologie_item_188_190_235.pdf
12. http://pap-pediatrie.com/files/espil-tarris_0.pdf
13. <http://link.springer.com/article/10.2165/00019053-200422150-00003>
14. <http://www.ihs-classification.org/downloads/mixed/International-Headache-Classification-III-ICHD-III-2013-Beta.pdf>
15. <http://www.ihs-headache.org/ichd-guidelines>
16. <http://www.hypnose-medicale.com/prise-en-charge-de-la-douleur/>
17. https://www.sante-centre.fr/portail_v1/gallery_files/site/133/996/1470/1856.pdf
18. <http://campus.cerimes.fr/orl/enseignement/migraine/site/html/cours.pdf>
- 19.

DOCUMENTS UTILES

1. Prise en accusation diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant Lignes directrices pour le diagnostic et la gestion de la migraine chez les enfants et les adultes [M. Lanteri-Minet](#) , [D. Valade](#) , [G. Géraud](#) , [C. Lucas A. Donnet](#)
2. CCQ (Céphalées Chroniques Quotidiennes) Diagnostic, Rôle de l'abus médicamenteux, Prise en charge (2004)
3. Démarche diagnostique générale devant une céphalée chronique quotidienne (CCQ) – Prise en charge d'une CCQ chez le migraineux : céphalée par abus médicamenteux et migraine chronique Recommandations de la SFEMC, ANLLF et SFETD
4. Démarche diagnostique générale devant une céphalée chronique quotidienne (CCQ) – Prise en charge d'une CCQ chez le migraineux : céphalée par abus médicamenteux et migraine chronique/Recommandations de la SFEMC, ANLLF et SFETD
5. Evaluation de la migraine : revue du praticien vol.58 du 31 mars 2008.
6. Item 97 (ex item 262) : Migraine, névralgie du trijumeau et algies de la face Collège Français d'ORL et de Chirurgie Cervico-faciale 2014



Agenda de la migraine

MOIS :	CÉPHALÉES	DURÉE	MÉDICAMENTS
Jour	Type : CT ou M Intensité : + ++ +++		
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			

Tableau 1 CT : céphalée de tension ; M : migraine.

Questionnaire HIT sur l'impact des céphalées

	JAMAIS	RAREMENT	DE TEMPS EN TEMPS	TRÈS SOUVENT	TOUT LE TEMPS
1 Lorsque vous avez des maux de tête, la douleur est-elle intense ?					
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 ?					
3 Lorsque vous avez des maux de tête, souhaiteriez-vous avoir la possibilité de vous allonger ?					
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 ?					
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 ?					
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 ?					
TOTAL					
Pour calculer le score total, additionnez les points obtenus pour chaque colonne	6 points par réponse	8 points par réponse	10 points par réponse	11 points par réponse	13 points par réponse
SCORE TOTAL =					
Un total inférieur à 55 est le témoin d'un impact léger ou modéré alors qu'un score supérieur à 55 est le signe d'un impact important à majeur					

Tableau 2. HIT : *Headache Impact Test*. Cette échelle mesure l'impact (impact réel à partir de 50 points) des céphalées sur la vie professionnelle, familiale et sociale du patient ; elle favorise le dialogue et permet de suivre l'évolution. Plus le score est élevé, plus l'impact des maux de tête sur sa vie est important.

Le HIT-6 (Headache Impact Test) est une échelle rapide de mesure du handicap lié à la migraine avec 6 items.

Le score obtenu va de 36 (score nul) à 78 (impact maximum).

Un total inférieur à 55 est le témoin d'un impact léger à modéré alors qu'un score supérieur à 55 est le signe d'un impact important.

Échelle HAD

Répondre en fonction de la semaine écoulée:		
3: ++ 2: + 1: ± 0: -		
A	■ Je me sens tendu ou énervé	
	■ J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver	
	■ Je me fais du souci	
	■ Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté	
	■ J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué	
	■ J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place	
	■ J'éprouve des sensations soudaines de panique	
D	■ Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois	
	■ Je ris facilement et vois le bon côté des choses	
	■ Je suis de bonne humeur	
	■ J'ai l'impression de fonctionner au ralenti	
	■ Je ne m'intéresse plus à mon apparence	
	■ Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses	
	■ Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision	

Tableau 3 HAD: *Hospital Anxiety [A] and Depression [D] Scale*
Si le score à l'échelle HAD « anxiété » est ≥ 8 , le choix se fait vers un traitement de fond ou vers une prise en charge en relaxation ; si le score à l'échelle HAD « dépression » est ≥ 8 , on envisage d'adjoindre un traitement antidépresseur. Lorsque le score obtenu à chaque sous-échelle est ≥ 8 , il est important de vérifier qu'il n'existe pas un trouble patent.

L'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) permet d'évaluer le retentissement émotionnel.

Elle se compose de 14 questions 7 centrées sur la symptomatologie anxieuse et 7 centrées sur la dépression.