

Évaluation de la migraine

Le caractère potentiellement très invalidant de la migraine justifie une évaluation rigoureuse de son retentissement. Agenda, échelle d'évaluation et questionnaire permettent d'apprécier de façon très précise le handicap induit, l'altération de la qualité de vie et l'impact émotionnel de l'affection, ce qui doit permettre de modifier ou d'adapter en conséquence le traitement.

Françoise Radat*, Michel Lanteri-Minet**

La migraine est une affection extrêmement fréquente, qui concerne environ 12 % de la population.¹ Elle affecte de façon très différente les patients : certains ont 1 ou 2 crises par an, qu'ils traitent avec un comprimé d'aspirine ; d'autres ont plusieurs crises par semaine, avec un important retentissement sur leur vie familiale, affective, sociale, professionnelle. La prise en charge est différente pour ces 2 types de patients : il est donc primordial, une fois le diagnostic posé, d'évaluer l'impact de la maladie.

L'évaluation standardisée permet de s'assurer que tous les domaines d'intérêt sont explorés en un temps minimal, sans en oublier. Elle permet également de se référer à des « normes » qui guident la prise en charge. Les instruments

d'évaluation doivent être « validés », c'est-à-dire avoir fait la preuve de leur aptitude à mesurer ce qu'ils sont censés mesurer, de leur spécificité, de leur sensibilité, de leur fidélité. Les autoquestionnaires, remplis par le patient lui-même, ont l'avantage de ne pas être influencés par la subjectivité de l'examinateur.

Nous proposons ici un guide de l'évaluation des principaux domaines de répercussion de la migraine.

AGENDA DE LA MIGRAINE

L'agenda de la migraine² est utile au médecin comme au patient. Il s'agit d'une auto-observation sur un mois concernant :

- le nombre de jours de céphalées ;
- le type de céphalées (essentiellement migraines ou céphalées de tension, que le patient doit apprendre à différencier) ;
- le nombre de jours de prise d'antimigraineux de crise ainsi que la nature du médicament, la dose ;
- les facteurs déclenchants.

Cet agenda doit être rempli au fur et à mesure de la survenue des crises et non de façon rétrospective. Il est remis au patient lors de la première consultation et examiné lors de la deuxième. Il doit être simple d'utilisation et peu encombrant (tableau 1).

CE QUI EST NOUVEAU

- Les recommandations de l'Anaes (2002) pour évaluer le patient migraineux : utiliser un agenda des crises, une échelle de handicap, et évaluer le retentissement émotionnel.
- Les échelles d'évaluation du handicap liées à la migraine validées en français : MIDAS et HIT-6.
- Une échelle de mesure des comportements de dépendance aux médicaments antimigraineux de crise validée en français : MDQ-H.

* Centre douleur chronique, département de neurosciences cliniques, hôpital Pellegrin, 33076 Bordeaux Cedex.

** Département d'évaluation et traitement de la douleur, pôle des neurosciences cliniques, CHU de Nice, hôpital Pasteur, 06002 Nice Cedex.
Courriels : lanteri-minet.m@chu-nice.fr ; francoise.radat@chu-bordeaux.fr

Cet agenda est une aide importante tant sur le plan diagnostique que thérapeutique. Sur le plan diagnostique, il permet de reconnaître les céphalées quotidiennes chroniques définies par la survenue des céphalées pendant plus de 15 jours. Il permet surtout de reconnaître les céphalées par abus médicamenteux définies par la prise régulière 10 à 15 jours par mois d'antimigraineux de crise; il est en effet très fréquent que les patients sous-estiment le nombre de jours de prise de médicaments. Sur le plan thérapeutique, cet agenda aide à la décision de proposition d'un traitement de fond, en fonction du nombre de crises par mois. Il permet aussi de juger de l'efficacité du traitement prescrit, par la réduction du nombre de jours de crise.

ÉVALUER LE HANDICAP

Le handicap est la limitation des possibilités d'interaction d'un individu avec son environnement causée par une déficience des fonctions physiques, psychiques ou intellectuelles. Il concerne les activités quotidiennes, la participation à la vie sociale et professionnelle, les rôles attendus dans la société, en fonction de l'âge et du sexe. La maladie migraineuse entraîne un handicap évident pendant la crise. Il est en effet très fréquent que la crise migraineuse oblige le sujet à arrêter toute activité et à aller s'allonger dans le noir. Cela est lié à la douleur mais aussi aux signes d'accompagnement: hyperesthésie sensorielle et nausées. La maladie migraineuse peut également entraîner un handicap en dehors des crises, du fait par exemple de la réticence du sujet, se sentant menacé par la survenue d'une crise, à s'engager dans une activité réclamant certaines performances. Les 2 échelles permettant de mesurer le handicap du migraineux sont bien différentes dans leurs conceptions.

Échelle HIT-6

Le HIT-6 (*Headache Impact Test*)³ est une échelle rapide de mesure du handicap lié à la migraine, elle ne comporte que 6 items (tableau 2). Elle a l'avantage d'une conception très large du handicap, puisqu'elle balaye plusieurs domaines: un item évalue directement la sévérité de la douleur pendant les crises, 2 autres le caractère empêchant des crises (envie de s'allonger et incapacité à effectuer les activités quotidiennes), enfin les 3 derniers items évaluent de façon globale l'impact de la maladie migraineuse sur des aspects aussi divers que la fatigue, le ressenti émotionnel et la capacité de travail. Le score obtenu va de 36 (impact nul) à 78 (impact maximal) et s'obtient très simplement en additionnant les scores de chaque item. 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. L'échelle a été traduite en français, et 2 études ont montré son acceptabilité en médecine générale⁴ et son utilité pour évaluer la sévérité de la maladie.⁵

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.

Questionnaire MIDAS

Le questionnaire MIDAS (*Migraine Disability Assessment Questionnaire*)⁶ est centré sur l'évaluation de la perte de productivité liée à la migraine durant les 3 derniers mois. Cette perte de productivité est mesurée pour la vie professionnelle, la vie domestique et la vie sociale en évaluant le nombre de jours d'activité perdus dans chacun de ces 3 domaines ainsi que le nombre de jours pour lesquels la productivité a été diminuée de moitié. Enfin, 2 questions permettent d'évaluer la fréquence et l'intensité des céphalées. Le résultat du questionnaire MIDAS se traduit en grade :

- grade 1 : moins de 6 jours de perte de productivité par trimestre ;
- grade 2 : entre 6 et 10 jours ;
- grade 3 : entre 11 et 20 jours ;
- grade 4 : plus de 20 jours.

Cette conception du handicap en termes de perte de productivité est probablement moins dans la philosophie de notre pays que dans celle des pays anglo-saxons, mais il n'en est pas moins vrai que cette échelle est très bien acceptée par les patients, car elle correspond à une réelle préoccupation des sujets migraineux. Le questionnaire MIDAS a été validé en français,⁷ et il a une excellente validité pour évaluer l'impact de la maladie migraineuse lorsqu'il est comparé au jugement du clinicien ainsi qu'à l'agenda de migraine. Il est très utile en pratique clinique. Certains auteurs⁸ ont proposé d'utiliser le grade MIDAS pour stratifier les patients auxquels prescrire en première intention des antimigraineux classiques type aspirine (grade 1 et 2) et ceux auxquels on peut prescrire en première intention des triptans (grade 3 et 4). Même si cette stratégie thérapeutique n'a pas été retenue par les recommandations de l'Anaes (2002), l'utilité d'un tel questionnaire dans la prise en charge des patients est évidente.

Migraine : facteur de risque vasculaire

Michel Lantéri-Minet*

Les études épidémiologiques attestent que la migraine doit être considérée comme un facteur de risque neurovasculaire, c'est-à-dire que la probabilité de survenue d'un accident vasculaire cérébral est plus grande chez les sujets migraineux que chez les sujets non migraineux.

Il est cependant essentiel de rappeler que cette augmentation du risque neurovasculaire ne concerne qu'une sous-population de migraineux. En effet, les études épidémiologiques n'ont mis en évidence un tel risque que chez les migraineuses jeunes, a fortiori si elles souffrent de migraine avec aura et si elles ont d'autres facteurs de risque comme un tabagisme et l'utilisation d'une contraception orale estroprogestative. Ainsi, une étude cas-témoins, réalisée en France il y a plus de 10 ans, avait montré un risque de survenue d'un accident vasculaire cérébral ischémique multiplié par 6,2 chez les jeunes migraineuses souffrant de migraine avec aura, ce risque relatif passant à 10,2 en cas de tabagisme associé, à 13,9 en cas d'utilisation d'une contraception orale estroprogestative et à 34,4 en cas d'association tabagisme-contraception estroprogestative.¹

Il est important de remettre cette augmentation du risque neurovasculaire dans une perspective clinique en l'interprétant en termes de risque absolu. En effet, la très faible incidence de survenue d'un accident vasculaire cérébral ischémique chez la femme jeune fait que le risque absolu de survenue d'un accident vasculaire cérébral chez la jeune migraineuse reste faible.

Les mécanismes physiopathologiques supportant le lien entre migraine et pathologie cérébrale ischémique restent imprécis, et 3 hypothèses peuvent être évoquées:² la première, qui repose sur le fait que ce risque relatif serait secondaire à la survenue d'un infarctus migraineux, n'est guère retenue tant l'incidence de cette complication de la migraine est exceptionnelle (v. encadré); la

deuxième stipule que la migraine serait un facteur de risque d'une ou de plusieurs causes des accidents vasculaires cérébraux ischémiques et s'appuie sur le fait qu'effectivement les migraineux sont plus exposés à des pathologies comme les dissections des artères cervicales à destination céphalique ou la persistance d'un foramen ovale perméable; la troisième suppose que la migraine soit en tant que telle un facteur de risque vasculaire. Dans ce cadre et dans une perspective clinique, il convient de noter que l'augmentation du risque neurovasculaire n'est pas liée à l'utilisation thérapeutique de vasoconstricteurs. Ainsi, il a été récemment démontré que l'utilisation de triptans n'augmentait pas l'incidence d'événements vasculaires chez les migraineux^{3,4} même lorsqu'ils étaient utilisés en excès.⁵

D'un point de vue pratique, ces données épidémiologiques peuvent conduire à appréhender les patientes migraineuses dans une perspective de prévention neurovasculaire primaire. Ainsi, chez les jeunes migraineuses, notamment si elles souffrent de migraine avec aura, il convient d'insister sur la nécessité de l'arrêt de tout tabagisme, de préconiser une contraception orale fai-

blement dosée en estrogènes (voire une contraception purement progestative ou un mode de contraception non hormonale s'il existe d'autres facteurs de risque vasculaire), de rechercher d'autres facteurs de risque vasculaire avec notamment une surveillance clinique de la pression artérielle, et d'encourager la pratique d'une activité physique régulière.²

1. **Tzourio C, Tehindrazanarivo A, Iglesias S, et al.** Case-control study of migraine and risk of ischaemic stroke in young women. *BMJ* 1995;310:830-3.
2. **Boussier MG, Welch KM.** Relation between migraine and stroke. *Lancet Neurol* 2005;4:533-42.
3. **Velentgas P, Cole JA, Mo J, Sikes CR, Walker AM.** Severe vascular events in migraine patients. *Headache* 2004;44:642-51.
4. **Hall GC, Brown MM, Mo J, MacRae D.** Triptans in migraine: the risks of stroke, cardiovascular disease and death in practice. *Neurology* 2004;62:563-8.
5. **Wammes-van der Heijden EA, Rahimtoola H, Leufkens HG, Tijssen CC, Egberts AC.** Risk of ischemic complications related to the intensity of triptan and ergotamine use. *Neurology* 2006;67:1128-34.

Infarctus migraineux

L'infarctus migraineux peut se définir comme un accident vasculaire cérébral ischémique survenant dans les suites immédiates d'une crise migraineuse et étant considéré comme causé par cette dernière. En fait, l'infarctus migraineux ne concerne que la migraine avec aura et, selon la classification de l'International Headache Society, son diagnostic répond aux critères suivants:¹

- antécédents d'aura migraineuse typique;
- aura identique à celles présentées auparavant mais persistant plus de 60 minutes;

- infarctus cérébral de topographie cohérente (avec la clinique de l'aura) en neuro-imagerie;

- absence de toute autre cause (après un bilan exhaustif).

Il s'agit d'une complication de la migraine qui est tout à fait exceptionnelle au point que son existence est même parfois contestée.

1. **Headache classification subcommittee of the International Headache Society.** The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. *Cephalalgia* 2004; 24:9-160.

* Courriel : lanteri-minet.m@chu-nice.fr

Céphalées, ronflements et apnées du sommeil

Pierric Giraud*

Troubles du sommeil, céphalées et migraine sont des affections communément rencontrées en pratique quotidienne, et leur coexistence chez le même patient est fréquente.¹ Les liens qui unissent ces affections, et plus largement les céphalées primaires, ont fait l'objet de nombreux travaux, car le type de trouble du sommeil ainsi que la nature même des céphalées qui les accompagnent sont extrêmement variables.^{1,2} Il paraît important d'attirer l'attention du praticien sur la reconnaissance et le dépistage de ces maladies, car une prise en charge adaptée de chacune permet une amélioration significative des deux.

CÉPHALÉES ET SOMMEIL, UNE ASSOCIATION À DOUBLE SENS

Les plaintes liées au sommeil au cours de la migraine sont connues de longue date : tantôt cités comme facteur précipitant, tantôt comme élément du traitement, les troubles du sommeil sont une des comorbidités le plus fréquemment rencontrées avec les troubles anxiodépressifs.² Ainsi, une étude a

analysé les plaintes liées au sommeil chez 1283 migraineux.³ Parmi ceux-ci, 50% rapportaient qu'une réduction de la durée de sommeil ou un excès (37% des cas) étaient générateurs de crise, tandis que 85% déclaraient rechercher le sommeil à titre de traitement adjuvant de leur crise. L'insomnie, premier dysfonctionnement du sommeil cité dans cette situation, s'associe classiquement à une augmentation notable de la fréquence des crises, à un risque aggravé de migraine chronique ou de céphalées chroniques quotidiennes et à la présence plus fréquente de céphalées du réveil.^{1,2} Les études en polysomnographie, limitées en nombre, ne retrouvent aucune relation avérée entre le déclenchement de la céphalée et les différents stades de sommeil. Toutefois, Alberti insiste sur les céphalées qui peuvent accompagner le patient insomniaque ainsi que les troubles anxieux dus ou associés aux deux affections. Il suggère de rechercher systématiquement une insomnie chez le migraineux qui consulte et inversement, en raison d'une amélioration réciproque des

affections par une prise en charge spécifique mais conjointe des deux.²

LES RONFLEMENTS ET LE SYNDROME D'APNÉES DU SOMMEIL, CAUSES DE CÉPHALÉES ?

Les ronchopathies avec ou sans apnées du sommeil peuvent s'associer à des céphalées ou accompagner une maladie migraineuse. De par sa prévalence, évaluée à 4% dans la population masculine et à 2% chez les femmes, le syndrome d'apnées du sommeil a fait l'objet de plusieurs études visant à identifier ses liens avec les céphalées. La prévalence des céphalées est évaluée dans ce contexte entre 15 et 50% des cas, avec toutefois des résultats divergents selon les travaux et les critères retenus.^{2,4} Afin de mieux caractériser les céphalées imputables au syndrome d'apnées du sommeil, la classification internationale des céphalées révisée en 2004 en a proposé une définition stricte fondée sur des critères cliniques intangibles (v. tableau).⁵ Les céphalées

* Service de neurologie, centre hospitalier d'Annecy, 74011 Annecy Cedex. Courriel : pierric.giraud1@club-internet.fr

ÉVALUER LE RETENTISSEMENT SUR LA QUALITÉ DE VIE

Le concept de qualité de vie a émergé aux États-Unis dans les années 1960, avec pour objectif de mieux prendre en considération la perception par le patient de son propre état de santé. En effet, des différences parfois importantes existent entre les perceptions et les préférences exprimées par les patients et celles évaluées par les médecins. De nombreuses échelles ont été développées dans le but de mesurer l'impact des nouvelles stratégies thérapeutiques, le concept de qualité de vie étant alors restreint aux domaines susceptibles d'être modifiés par la maladie ou son traitement. Dans ce contexte, il est préférable d'utiliser des instruments élaborés de façon spécifique pour une pathologie donnée. En revanche, les échelles génériques (comme l'échelle de statut fonctionnel SF-36)^{9,10} permet-

tent de comparer l'impact sur la qualité de vie de différentes affections. C'est ainsi que, contrairement à certaines idées reçues, il a été montré que la migraine pouvait avoir un impact aussi négatif que d'autres maladies chroniques, comme par exemple la dépression.¹¹

Les 2 échelles de qualité de vie spécifiques de la migraine sont l'échelle MsQoL (*Migraine-Specific Quality of Life Measure*)¹² et l'échelle QVM (qualité de vie des migraineux). Seul le questionnaire QVM est validé en français.¹³ Il comprend 20 questions répertoriant la perturbation que la migraine pourrait avoir eue sur la vie du sujet en raison de la douleur, de la durée et la fréquence des crises, des symptômes d'accompagnement. Le questionnaire évalue aussi la perturbation liée au traitement, à la peur des crises, au retentissement émotionnel et à la vitalité des crises. Enfin, le questionnaire évalue la perturbation dans les activités quotidiennes, de travail, de loisirs ainsi que sur l'alimentation et la vie sexuelle.

matinales sont considérées comme les plus évocatrices de celles liées aux ronflements ou au syndrome d'apnées du sommeil, leur aggravation pourrait être corrélée à une augmentation du nombre des apnées.⁴ Toutefois, plusieurs auteurs discutent ce signe et considèrent même que les céphalées matinales restent nettement moins spécifiques d'apnées que la somnolence diurne ou la présence d'un ronflement identifié par l'entourage.^{4,6} Parmi les hypothèses physiopathologiques retenues pour relier les céphalées aux ronflements ou aux apnées, la présence des micro-éveils ou les modifications hémodynamiques ou hypoxiques restent les mécanismes le plus souvent discutés.

HYPOTHALAMUS, SOMMEIL ET CÉPHALÉES

L'hypothalamus est la région cérébrale impliquée dans le processus de facilitation et de maintien du sommeil.⁷ Ses interconnexions, descendantes notamment, exercent une modulation sur le tronc cérébral, le *locus caeruleus*, la substance grise péri-aqueducule et les noyaux du raphé médian. Parmi ces structures, l'implication du tronc cérébral dans un certain nombre de céphalées primaires, notamment la migraine ou les céphalées dysautonomiques, est une

Critères diagnostiques des céphalées en rapport avec des apnées du sommeil

A	Présence de céphalées récurrentes avec au moins l'une des caractéristiques suivantes et respectant les critères B et C : 1 Au moins 15 jours par mois 2 De siège bilatéral de type pression et non associées à des nausées, une phonophobie ou photophobie 3 Chaque épisode de céphalées cesse en 30 min au maximum
B	Présence d'apnées démontrées par une polysomnographie
C	Les céphalées sont présentes au réveil
D	Les céphalées cessent en 72 heures et n'apparaissent plus après un traitement efficace des apnées

Tableau Selon l'IHS (International Headache Society) en 2004. D'après la réf. 5.

donnée qui semble établie au travers de plusieurs travaux convergents. Ainsi, l'hypothalamus et ses interconnexions avec le tronc cérébral seraient le site névralgique de gestion de certaines céphalées survenant au cours du sommeil ou en lien avec lui.

- Rains JC, Poceta JS.** Headache and sleep disorders: review and clinical implications for headache management. *Headache* 2006;46:1344-63.
- Alberti A.** Headache and sleep. *Sleep Med Rev* 2006;10:431-7.
- Kelman L, Rains JC.** Headache and sleep: examination of sleep patterns and complaints in a large clinical sample of migraineurs. *Headache* 2005;45:904-10.
- Jensen R, Olsborg C, Salvesen R, Torbergsen T, Bekkelund SI.** Is obstructive sleep apnea syndrome associated with headache? *Acta Neurol Scand* 2004;109:180-4.
- The international classification of headache disorders: 2nd edition. *Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. Cephalalgia* 2004;24 Suppl 1:9-1.
- Neau JP, Paquereau J, Bailbe M, Meurice JC, Ingrand P, Gil R.** Relationship between sleep apnoea syndrome, snoring and headaches. *Cephalalgia* 2002;22:333-9.
- Montagna P.** Hypothalamus, sleep and headaches. *Neurol Sci* 2006;27:S138-S43.

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

ÉVALUER LE RETENTISSEMENT ÉMOTIONNEL

Les émotions habituellement explorées sont du domaine de l'anxiété et de la dépression : appréhension, peur, panique, colère, dramatisation, tristesse, désespoir, honte, culpabilité. Le retentissement émotionnel de la migraine peut être majeur, allant jusqu'à de véritables troubles anxieux ou dépressifs. Une dizaine d'études, menées en population générale et avec des instruments diagnostiques validés, montrent que les troubles dépressifs sont 2 à 4 fois plus fréquents chez les migraineux que chez les témoins, et les troubles anxieux 3 à 5 fois plus fréquents.¹⁴ La répétition des crises migraineuses a un impact négatif sur les émotions du sujet, mais, à l'inverse, la dépression et l'anxiété ont un impact négatif sur la migraine : abaissement du seuil de déclenchement des crises, crises plus difficiles à supporter avec multiplication des prises médica-

menteuses, ce qui est un facteur de risque pour la transformation des migraines en céphalées par abus médicamenteux. On trouve d'ailleurs environ 10 fois plus d'anxiété et de dépression chez les personnes ayant des céphalées par abus médicamenteux que chez les autres migraineux.¹⁵

Il est fréquent que le patient migraineux ne se plaigne pas spontanément de son état émotionnel, qui doit donc être systématiquement exploré. Deux types d'instruments permettent cette évaluation :

- un entretien structuré type MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*),¹⁶ dont les questions recourent exactement les critères diagnostiques du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV) ; ces entretiens ne permettent pas de quantifier l'intensité de la symptomatologie, mais ils permettent de faire un diagnostic ;
- un questionnaire, type HAD (*Hospital Anxiety and*

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.

Critères diagnostiques de dépendance (DSM-IV)

Dépendance à une substance si 3 ou plus des critères suivants sont présents	
1	Tolérance manifestée par le besoin d'accroître les doses consommées pour obtenir l'effet désiré ou par une diminution des effets à dose consommée constante.
2	Symptômes de sevrage à la suite d'une période d'abstinence, évités ou améliorés par une nouvelle prise du médicament.
3	Prise du médicament en plus grande quantité ou pendant plus longtemps que prévu.
4	Un désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler la consommation.
5	Beaucoup de temps passé à utiliser ou à se procurer le médicament.
6	Abandonner ou réduire ses activités sociales, professionnelles ou de loisir à cause de l'usage du médicament.
7	Continuer à utiliser malgré la connaissance des risques pour la santé.
Spécifier s'il existe une dépendance physique (présence de l'item 1 ou de l'item 2).	

Tableau 4 DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux IV.

Depression scale),¹⁷ qui consiste en 14 questions, 7 centrées sur la symptomatologie anxieuse (sous-score anxiété), 7 centrées sur la dépression (sous-score dépression) [tableau 3]. Lorsque le score obtenu à chaque sous-échelle est supérieur ou égal à 8, il est important de vérifier qu'il n'existe pas un trouble patent. L'échelle HAD est très simple d'utilisation, très acceptable pour le patient, et elle permet d'aborder par le biais des réponses données la question du retentissement émotionnel. Une étude française récente a évalué les patients consultant pour migraine en médecine générale et en neurologie : 27 % avaient un score supérieur ou égal à 8 sur l'échelle d'anxiété et 39 % un tel score sur les échelles d'anxiété et de dépression.¹⁸

ÉVALUER LES COMPORTEMENTS PATHOLOGIQUES DE SURCONSOMMATION MÉDICAMENTEUSE

Une des principales complications de la migraine est la transformation des céphalées épisodiques en céphalées par abus médicamenteux, tableau clinique caractérisé par le fait que les céphalées deviennent chroniques et les prises d'antimigraineux de crise quasi-quotidiennes. Ce tableau survient lorsqu'à l'occasion d'une aggravation de la fréquence des céphalées le sujet multiplie sa consommation de traitements de crise, la répétition des prises étant en retour responsable de la chronicisation des céphalées. Les patients ont alors très souvent un véritable trouble du comportement, caractérisé par une perte de contrôle sur la consommation des antimigraineux de crise, la consommation étant poursuivie malgré la connaissance que le sujet a des conséquences néfastes de cette habitude. Les antécédents d'abus ou de dépendance au tabac, à l'alcool ou aux benzodiazépines sont d'ailleurs un facteur de risque de survenue des céphalées par abus médicamenteux chez les migraineux. Chez ces patients, il faut évaluer la présence d'une dépendance au sens comportemental du terme. Pour cela, on peut utiliser :

- les critères de dépendance du DSM-IV (tableau 4) en les adaptant (remplacer le terme « substances » par « antimigraineux de crise ») ;
- le questionnaire MDQ-H (*Medication Dependence Questionnaire in Headache patients*), questionnaire validé en français.¹⁹

Plusieurs études ont montré qu'environ deux tiers des patients ayant des céphalées par abus médicamenteux avaient les critères diagnostiques du DSM-IV de dépendance.

POUR LA PRATIQUE

- Un patient qui, au questionnaire MIDAS, est en grade 3 ou 4 ou qui a un score supérieur à 55 à l'échelle HIT n'a pas un traitement optimal. Il faut envisager de changer le traitement de crise et de proposer un traitement de fond.
- Pour décider d'une prescription d'un traitement de fond, il ne faut pas seulement se référer au nombre de crises par mois mais aussi au handicap.
- L'évaluation du retentissement émotionnel doit être systématique. Si le score à l'échelle HAD anxiété est supérieur ou égal à 8, le choix se fait vers un traitement de fond par l'amitriptyline ou vers une prise en charge en relaxation ; si le score à l'échelle HAD dépression est supérieur ou égal à 8, on envisage d'ajouter un traitement antidépresseur.
- Si durant 3 mois consécutifs, l'agenda montre que le nombre de jours de prise d'antimigraineux est supérieur ou égal à 8, un traitement de fond est prescrit.
- Si durant 3 mois consécutifs, l'agenda montre que le nombre de jours de prise d'antimigraineux est supérieur ou égal à 10, on évalue la présence d'une dépendance comportementale à l'aide des critères du DSM-IV, et on propose un sevrage.

Évaluer la présence ou non d'un tel trouble du comportement est indispensable pour prendre en charge les patients ayant des céphalées par abus médicamenteux auxquels un sevrage des antimigraineux de crise doit être proposé.

CONCLUSION

L'évaluation du patient migraineux doit être soignée et complète. Elle doit comporter l'examen d'un agenda de céphalées, l'évaluation du handicap et du retentissement émotionnel, et, lorsque les prises d'antalgiques sont fréquentes, une évaluation des comportements de dépendance.

Les retombées pratiques de cette évaluation sont nombreuses ; elle permet de prendre plusieurs décisions thérapeutiques : changer de traitement de crise, prescrire un traitement de fond et en choisir le type, proposer un sevrage des traitements de crise. ■

Les auteurs n'ont pas transmis de déclaration de conflit d'intérêts.

SUMMARY Evaluation of the migraine

Migraine can be a very disabling disorder. Thus, migraine sufferers must be fully evaluated. To assess the number of days with crisis and the number of days with anti-migraine drugs intake a diary must be used. Disability and quality of life can be evaluated with questionnaires as MIDAS, HIT-6 or MSQOL. Emotional distress can be assessed with HAD scale. If the number of acute-migraine drugs intake is regularly higher than 8 days per month behavioural dependence should be looked at. A complete evaluation allows us to correctly manage patients: modify crisis treatment, start preventive treatment and view the withdrawal of acute migraine drugs.

Rev Prat 2008; 58: 616-24

RÉSUMÉ Évaluation de la migraine

La migraine peut être une affection bénigne mais qui peut être extrêmement invalidante. Le migraineux doit donc être évalué de façon complète, ce qui implique l'utilisation d'un agenda de migraine permettant de connaître le nombre de jours de crise et le nombre de jours de prises médicamenteuses. Il convient également de mesurer le handicap ou la qualité de vie ainsi que le retentissement émotionnel. Si le nombre de jours de prises médicamenteuses est supérieur à 8 de façon régulière, il faut également reconnaître la présence d'une dépendance comportementale aux antimigraineux de crise. Plusieurs décisions thérapeutiques découlent de cette évaluation: changement de traitement de crise, mise en place d'un traitement de fond, choix du traitement de fond, proposition de sevrage du traitement de crise.

RÉFÉRENCES

1. **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* 1992;12:229-37.
2. **Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Aneas).** Recommandations pour la pratique clinique. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant. *Rev Neurol* 2003;159:126-35.
3. **Kosinski M, Bayliss MS, Bjorner JB, et al.** Six-item short-form survey for measuring headache impact: the HIT-6. *Qual Life Res* 2003;8:963-74.
4. **De Diego EV, Lanteri-Minet M.** Recognition and management of migraine in primary care: influence of functional impact measured by the headache impact test (HIT). *Cephalalgia* 2005;3:184-90.
5. **Nachit-Ouinekh F, Dartigues JF, Henry P, et al.** Use of the headache impact test (HIT-6) in general practice: relationship with quality of life and severity. *Eur J Neurol* 2005;3:189-93.
6. **Stewart WF, Lipton RB, Whyte J, et al.** An international study to assess reliability of the migraine disability assessment (MIDAS) score. *Neurology* 1999;53:988-94.
7. **Lanteri-Minet M, Alchaar H, Besson G, et al.** The migraine disability assessment (MIDAS) questionnaire: reliability of the french version. *Cephalalgia* 2003;23:750.
8. **Lipton RB, Stewart WF, Stone AM, Lainez MJ, Sawyer JP; Disability in strategies of care study group.** Stratified care vs step care strategies for migraine: the disability in strategies of care (DISC) study: a randomized trial. *JAMA* 2000;284:2599-605.
9. **Ware JE Jr, Sherbourne CD.** The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30:473-83.
10. **Leplege A, Mesbah M, Marquis P.** Analyse préliminaire des propriétés psychométriques de la version française d'un questionnaire international de mesure de qualité de vie: le MOS SF-36 (version 1.1). *Rev Epidemiol Santé publique* 1995;43:371-9.
11. **El Hasnaoui A, Doble A, Gaudin AF.** Tools for assessing patient perception of the impact of migraine. *CNS Drugs* 2006;20S1:24-36.
12. **Wagner TH, Patrick DL, Galer BS, Berzon RA.** A new instrument to assess the long-term quality of life effects from migraine: development and psychometric testing of the MSQOL. *Headache* 1996;8:484-92.
13. **Richard A, Henry P, Chazot G, et al.** Qualité de vie et migraine. Validation du questionnaire QVM en consultation hospitalière et en médecine générale. *Thérapie* 1993;48:89-96.
14. **Radat F, Swendsen J.** Psychiatric comorbidity in migraine: a review. *Cephalalgia* 2005;3:165-78.
15. **Radat F, Creac'h C, Swendsen JD, et al.** Psychiatric comorbidity in the evolution from migraine to medication overuse headache. *Cephalalgia* 2005;7:519-22.
16. **Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorin P.** The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structure diagnostic interview for DSM IV and ICD. *J Clin Psy* 1988;59:22-3.
17. **Zigmond AS, Snaith RP.** The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-70.
18. **Géraud G, Valade D, Lanteri-Minet M, et al.** SMILE: first observational prospective cohort study of migraine in primary care in France. Description of methods and study population. *Cephalalgia* 2008;28:164-73.
19. **Radat F, Irachabal S, Lafittau M, Creac'h C, Dousset V, Henry P.** Construction of a medication dependence questionnaire in headache patients (MDQ-H) validation of the French version. *Headache* 2006;2:233-9.

ABONNEZ-VOUS OU RÉABONNEZ-VOUS EN LIGNE

egora.fr
HUVEAUX FRANCE

