



Éditorial

Les céphalées primaires et leur prise en charge en Afrique : Enjeux et Perspectives

Primary headaches and their management in Africa: Challenges and Prospects

Y Fogang Fogoum MD, MSc, DES, DIU

Service de Neuropsychiatrie, Hôpital Régional de Bafoussam, Cameroun

La céphalée est une douleur ressentie au niveau de l'extrémité céphalique du corps. C'est un symptôme très fréquent en pratique médicale courante. Les céphalées primaires, contrairement aux céphalées secondaires surviennent en l'absence d'un facteur étiologique sous-jacent. Les céphalées primaires comprennent la migraine, la céphalée de tension, les céphalées trigémino-autonomiques et les autres céphalées primaires [1]. La migraine et la céphalée de tension sont cependant les types les plus fréquemment rencontrés tant dans les études hospitalières que dans celles menées en population générale. La migraine est la céphalée primaire la plus connue et la plus étudiée.

Les céphalées, lorsqu'elles se chronicisent, constituent un handicap considérable pour les patients, tant sur le plan fonctionnel que de la qualité de vie. Des comorbidités y sont souvent associées, notamment l'anxiété et la dépression [2].

La migraine est par ailleurs le troisième trouble le plus fréquent dans le monde et le septième en termes de handicap [3].

Une avancée majeure dans l'étude des céphalées a été la publication en 1988 d'une classification internationale des céphalées, dont le succès a motivé des actualisations en 2004 et plus récemment en 2013 [1]. Cette classification est un outil indispensable aux neurologues et praticiens prenant en charge au quotidien les patients souffrant de céphalées. Cette classification a également facilité la réalisation de nombreuses études tant en milieu hospitalier qu'en population générale, l'Afrique n'étant pas restée en marge de ce mouvement. Ainsi, environ 56 millions d'africains souffriraient de migraine. La prévalence de la migraine en population générale en Afrique varie de 3-10% et celle de la céphalée de tension varie entre 10-15% [4]. Ces prévalences sont inférieures à celles rapportées dans les pays occidentaux mais n'en restent pas moins significatives puisqu'elles se situent au niveau des

pathologies telles l'hypertension artérielle ou le diabète. Malheureusement, jusqu'ici peu d'attention et de moyens sont consacrés à la recherche et la prise en charge des céphalées dans la plupart des pays africains.

En pratique clinique, les céphalées récurrentes représentent environ un tiers des motifs de consultation en neurologie [5]. Cela exige de la part du neurologue une approche systématique afin d'optimiser la prise en charge des patients, et réduire leurs souffrances.

Dans cette approche, un intérêt capital doit être accordé à la première consultation. A l'interrogatoire le praticien se doit d'écouter attentivement le patient exprimer ses symptômes, ses souffrances, ses inquiétudes et ses émotions. Cela n'excède pas souvent 3 minutes et constitue la première étape du traitement. Ensuite des clarifications sont faites sur les caractéristiques de la douleur et sur ses aspects temporels. Il est également important d'évaluer la consommation d'antalgiques usuels (paracétamol) à la recherche d'un abus médicamenteux (consommation d'antalgiques usuels plusieurs jours par semaine pendant au moins trois mois) qui est un facteur important de chronicisation.

Dans les antécédents, il faut rechercher essentiellement des co-morbidités pouvant avoir une incidence sur les choix thérapeutiques (hypertension artérielle, glaucome, épilepsie, asthme, anxiété, dépression...). L'examen neurologique et général recherchent habituellement des signes pouvant évoquer une céphalée secondaire. Dans la grande majorité des cas, l'examen clinique suffit à poser le diagnostic d'une céphalée primaire, les explorations complémentaires n'étant demandées que devant des « drapeaux rouges » faisant craindre une céphalée secondaire.

Pour le suivi des patients et pour un diagnostic précis, l'usage d'un agenda de céphalées est nécessaire. Dans celui-ci, le patient mentionne chaque jour la survenue ou non des céphalées, leurs caractéristiques, ainsi que la consommation médicamenteuse. Un questionnaire court (Hospital anxiety and Depression) peut être administré pour la recherche d'une co-morbidité anxiodépressive. L'impact des céphalées sur la qualité de vie et les activités du patient peut être évalué par le questionnaire HIT-6 (Headache Impact Test).

Le traitement médicamenteux préventif des céphalées primaires en général et de la migraine en particulier n'est pas très efficace. L'objectif thérapeutique étant de réduire de moitié la fréquence des crises [6]. Pour cette raison, le choix thérapeutique doit être judicieux, avec un spectre s'étendant si possible aux co-morbidités. Les principaux médicaments disponibles en Afrique pour la prise en charge des céphalées primaires sont l'amitryptiline, le propranolol et le valproate de sodium. Les effets indésirables sont fréquents, et les patients doivent être prévenus.

D'autres moyens doivent être associés, notamment les mesures générales (éviction des facteurs favorisants), la psychothérapie cognitivo-comportementale, la pratique d'une activité physique régulière, dont l'efficacité dans les céphalées primaires est démontrée. Dans certains cas de migraine chronique, d'algie vasculaire de la face ou de névralgie d'Arnold, le blocage du nerf grand occipital peut être proposé.

Les défis sont majeurs dans le domaine des céphalées en Afrique. Le premier sera d'améliorer la qualité de la prise en charge clinique des patients, de sensibiliser la population générale et les décideurs politiques sur la fréquence et l'impact tant personnel que sociétal de ces troubles. Plus concrètement, des médicaments plus efficaces tels

le topiramate pourraient être introduits dans le lot des médicaments essentiels pour la migraine, l'algie vasculaire de la face, et plusieurs syndromes épileptiques.

Par ailleurs plus d'études épidémiologiques en population générale, et cliniques doivent être menées afin de déterminer précisément l'ampleur du problème dans les pays africains, et rechercher les particularités épidémiologiques, sémiologiques et thérapeutiques propres aux populations africaines afin d'optimiser leurs prise en charge.

***Correspondance:** Yannick Fogang Fogoum
(yanfogang@yahoo.fr)

Service de Neuropsychiatrie, Hôpital Régional de Bafoussam, Cameroun

Accepté: 20 Sept, 2017; **Publié:** 24 Sept, 2017

© Journal of african clinical cases and reviews 2017

Conflit d'intérêts: Aucun

Références

- [1] The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version): Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). *Cephalalgia* 2013, 33(9):629–808
- [2] Fogoum YF, Kongnyuy AN, Tegoue CK, Yundze JF. (2010) Depression co-morbidity in patients with tension-type headache at the neurology outpatient consultation in Yaoundé-Cameroon. *J Headache Pain* 11 (Suppl 1): S1–S150.
- [3] Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: A systematic analysis for the Global Burden of

Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380: 2163–2196.

- [4] Woldeamanuel YW, Andreou AP, Cowan RP. Prevalence of migraine headache and its weight on neurological burden in Africa: a 43-year systematic review and meta-analysis of community-based studies. *J Neurol Sci.* 2014 Jul 15;342(1-2):1-15.
- [5] Fogoum YF, Kongnyuy AN, Tegoue CK, Yundze JF. (2010) Primary headaches: epidemiologic and clinical aspects in the neurology department of the central hospital, Yaounde-Cameroon. *J Headache Pain* 11 (Suppl 1): S1–S150.
- [6] Tfelt-Hansen P, Pascual J, Ramadan N, Dahlöf C, D'Amico D, Diener HC, Hansen JM, Lanteri-Minet M, Loder E, McCrory D, Plancade S, Schwedt T; International Headache Society Clinical Trials Subcommittee. Guidelines for controlled trials of drugs in migraine: third edition. A guide for investigators. *Cephalalgia.* 2012 Jan;32(1):6-38.

Pour citer cet article:

Fogang Fogoum Yannick. Les céphalées primaires et leur prise en charge en Afrique : Enjeux et Perspectives *Jaccr Africa* 2017; 1 (1) :15-17.