Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2012 **N°**

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

MILLET Hélène
Née le 14 décembre 1981 à Romorantin-Lanthenay (41)

Présentée et soutenue publiquement le 28 septembre 2012

ETUDE DE L'EVOLUTION DE LA QUALITE DE VIE ET DE LA CONSOMMATION MEDICAMENTEUSE DE PATIENTS ATTEINTS DE CEPHALEES MIXTES SUIVIS EN CONSULTATION DOULEUR AU CENTRE HOSPITALIER DE BLOIS

Jury

Président de Jury : **Monsieur le Professeur Pierre-François DEQUIN**
Membres du jury : **Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ**
Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH
Monsieur le Docteur Benoît LAFON

12 Septembre 2011

FACULTÉ DE MÉDECINE
TOURS

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Professeur Dominique PERROTIN

VICE-DOYEN
Professeur Daniel ALISON

ASSESSEURS
Professeur Christian ANDRES, Recherche
Docteur Brigitte ARBEILLE, Moyens
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

SECRETAIRE GENERALE
Madame Fanny BOBLETER

****

DOYENS HONORAIRES
Professeur Emile ARON (†) – *1962-1966*
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- *1966-1972*
Professeur André GOUAZÉ - *1972-1994*
Professeur Jean-Claude ROLLAND – *1994-2004*

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES
MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J. BARSOTTI
A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J. LANSAC
J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTRE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H. METMAN
J. MOLINE - Cl. MORAINE - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph.

RAYNAUD
Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - M.J. THARANNE
J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme	AUTRET-LECA Elisabeth	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
MM.	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mmes	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
	BARTHELEMY Catherine	Physiologie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	CHARBONNIER Bernard	Cardiologie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FETISSOF Franck	Anatomie et Cytologie pathologiques
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire

	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LANSON Yves	Urologie
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
	LEBRANCHU Yvon	Immunologie
	LECOMTE Pierre	Endocrinologie et Maladies métaboliques
	LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
	LEMARIE Etienne	Pneumologie
	LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard	Dermato-Vénéréologie
	MACHET Laurent	Dermato-Vénéréologie
	MAILLOT François	Médecine Interne
	MARCHAND Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	NIVET Hubert	Néphrologie
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	RICHARD-LENOBLE Dominique	Parasitologie et Mycologie
	ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et Médecine Nucléaire
	SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
	TOUTAIN Annick	Génétique
	VAILLANT Loïc	Dermato-Vénéréologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	WATIER Hervé	Immunologie.

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES

MM.	HUAS Dominique	Médecine Générale
	LEBEAU Jean-Pierre	Médecine Générale
	MALLET Donatien	Soins palliatifs
	POTIER Alain	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - **PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mme	ARBEILLE Brigitte	Biologie cellulaire
M.	BARON Christophe	Immunologie
Mme	BAULIEU Françoise	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	BERTRAND Philippe	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme	BLANCHARD-LAUMONIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
M	BOISSINOT Eric	Physiologie
MM.	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	CORTESE Samuele	Pédopsychiatrie
Mmes	DUFOUR Diane	Biophysique et Médecine nucléaire
	EDER Véronique	Biophysique et Médecine nucléaire
	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
	GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
M.	GIRAUDEAU Bruno	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme	GOUILLEUX Valérie	Immunologie
MM.	GUERIF Fabrice	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
M.	HOARAU Cyrille	Immunologie
M.	HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
Mme	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
Mmes	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
MM.	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
M.M	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
M.	VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mlle	BOIRON Michèle	Sciences du Médicament
	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mlle	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

M.	ROBERT Jean	Médecine Générale

CHERCHEURS C.N.R.S. - INSERM

MM.	BIGOT Yves	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930

	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM.	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM.	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
M	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
M.	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier

RESUME

Les céphalées mixtes, qui sont définies par l'association chez un même patient d'au moins deux types de céphalées, sont peu étudiées. Elles sont pourtant très souvent à l'origine des Céphalées par Abus Médicamenteux, qui sont très invalidantes et coûteuses.
L'objectif de cette thèse est de déterminer quelles sont ces céphalées mixtes ainsi que d'apprécier l'évolution de leur qualité de vie et leur consommation médicamenteuse lors de la prise en charge spécialisée.
Nous avons mené, auprès de 29 patients majeurs céphalalgiques mixtes suivis en consultation douleur au Centre Hospitalier de Blois, une étude descriptive recueillant la qualité de vie à l'aide du SF-36 et la consommation médicamenteuse en unités de traitement de crise mensuelle, à 3 reprises à 3 mois d'intervalle.
L'analyse des résultats a montré une majorité d'association céphalées de tension et migraine. Le SADAM semble occuper une place importante au sein des céphalées mixtes. La consommation médicamenteuse, supérieure aux recommandations de l'ANAES, est dangereuse et la qualité de vie est très altérée à l'exception de la dimension psychique.
L'éducation du patient à reconnaitre chaque céphalée, ainsi qu'à mettre en place la thérapeutique adaptée en privilégiant les solutions non médicamenteuses, a permis de réduire de moitié la consommation médicamenteuse. La qualité de vie semble plus lente à s'améliorer.
Chez un patient céphalalgique, le dépistage de plusieurs céphalées, particulièrement celles liées à un SADAM, l'éducation et la réévaluation régulière de la consommation médicamenteuse sont essentiels lors de sa prise en charge par le médecin généraliste.

Mots clés :

- Céphalées mixtes
- Qualité de vie
- SF-36
- Consommation médicamenteuse

TITLE : Study of the evolution of quality of life and drug consumption for patients with mixed headache followed by pain's consultation at Blois hospital center.

ABSTRACT

Mixed headaches, which are defined by the association of at least two types of headaches in the same patient are poorly studied. However, they are very often the cause of medication overuse headaches, which are both disabling and costly.
The objective of this thesis is to determine which headaches fall into this category of mixed, and explore the evolution of quality of life and drug consumption during specialized care.
We conducted this study with 29 adult patients suffering from mixed headaches who were also following pain consultation at Blois hospital center. We lead a descriptive study describing the quality of life thanks to the SF-36, and listed drug consumption in units of monthly crisis treatment, 3 times in 3 months intervals.
The analysis of the results showed a majority of combined tension type headaches and migraines. The TMD seem to occupy an important place in mixed headaches. The drug consumption that is superior to recommendations made by ANAES appears dangerous and quality of life is impaired, except concerning its psychological dimension.
Educating each patient to recognize his headache, and establishing the appropriate therapy focusing on non-drug solutions, has halved drug consumption. Nevertheless, the quality of life seems slower to improve.
In a headache sufferer, the screening of several headaches, particularly those related to TMD, education provision and a regular reassessment of drug consumption is essential in the care by the general practitioner.

Keywords :

- Mixed headaches
- Quality of life
- SF-36
- Drug consumption

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure 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.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Mr le Pr Pierre-François DEQUIN :

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites de présider ce jury. C'est l'occasion pour moi de vous remercier de votre enseignement dispensé avec patience et humanité.

A Mme le Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ :

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites de juger ce travail. Merci de m'avoir conseillée et soutenue tout au long de mon internat.

A Mr le Pr Emmanuel RUSCH :

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites de participer à ce jury et de l'enthousiasme dont vous avez fait preuve à l'égard de cette thèse.

A Mr le Dr Benoît LAFON :

Je vous remercie de la confiance que vous m'avez témoignée en dirigeant cette thèse. Travailler à vos côtés, en stage comme pour cette étude, m'ont beaucoup appris.

A François, malgré ces années difficiles, tu es toujours à mes côtés. J'ai hâte de débuter notre nouvelle aventure...

A mes parents, vous m'avez tour à tour réconfortée, supportée, encouragée, secouée. Merci d'avoir été et d'être encore si disponibles. Même adulte et médecin, j'ai toujours besoin de vous.

A Loïc et à ma soeur, ma moitié et mon opposée. Merci d'être toujours si disponible, si seulement j'étais aussi pragmatique que toi !

A mon frère, ma Lou d'amour, Céline, grâce à vous, ces dernières années ont été ensoleillées. Vous allez me manquer.

A Nanane qui m'a permis de goûter à la liberté avant le début de mes études, pour pouvoir ensuite m'y consacrer.

A Henri qui m'a appris la rigueur et la persévérance, j'aurais aimé que tu sois là.

A mes grands parents Paulette et Guy, merci de votre bienveillance.

A Cristina, ton courage et ta détermination sont un exemple pour moi. J'espère ardemment que tu vas gagner cette bataille.

A Anne-Lise, merci de cette amitié née dans les amphis qui dure. Nos fous rires et nos restos me manquent !

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES....11

INTRODUCTION....13

METHODE....16
1) Objectif d'étude....17
2) Type d'étude....17
3) Population d'étude....17
3.1 Taille de l'échantillon....17
3.2 Critères d'inclusion....17
3.3 Critères d'exclusion....17
4) Recueil de données....17
4.1 Modalités de recueil....17
4.2 Données recueillies....18
4.2.1 Caractéristiques générales....18
4.2.2 Consommation médicamenteuse....18
4.2.3 Qualité de vie....18
4.3 Gestion des données....19
5) Analyse statistique des données....19

RESULTATS....21
1) La population d'étude....22
1.1 Taille....22
1.2 Sexe....22
1.3 Age....22
1.4 Ancienneté de suivi....22
2) Les céphalées mixtes....23
2.1 Céphalées de tension et Migraine....24
2.2 Céphalées de tension et Céphalées liées à un SADAM....24
2.3 Céphalées liées à un SADAM et Migraine....25
2.4 Céphalées liées à un SADAM et Névralgie d'Arnold....25
2.5 Céphalées liées à un SADAM et Névralgie du Trijumeau....25
2.6 Céphalées de tension et Céphalées d'origine nasale....26
2.7 Céphalées de tension, Céphalées liées à un SADAM et Névralgie du Trijumeau....26
2.8 Céphalées liées à un SADAM, Migraine et Névralgie d'Arnold....26
3) La consommation médicamenteuse....27
4) La qualité de vie 28
5) Evolution de la qualité de vie et de la consommation médicamenteuse....31
5.1 Céphalées de tension et Migraine....33
5.2 Céphalées de tension et Céphalées liées à un SADAM....33
5.3 Céphalées liées à un SADAM et Migraine....34
5.4 Céphalées liées à un SADAM et Névralgie d'Arnold....34
5.5 Céphalées liées à un SADAM et Névralgie duTrijumeau....35

5.6 Céphalées de tension et Céphalées d'origine nasale.....35
5.7 Céphalées de tension et Céphalées liées à un SADAM et Névralgie du Trijumeau.....36

DISCUSSION.....37
1) Méthodologie.....38
2) Caractéristiques générales des céphalées mixtes.....38
3) Les différentes céphalées mixtes.....39
4) La consommation médicamenteuse.....41
5) La qualité de vie.....43
5.1 Outil.....43
5.2 Notre population.....44
5.3 Comparaison de nos scores à ceux d'autres études.....46
6) Evolution de la qualité de vie et de la consommation médicamenteuse.....47

CONCLUSION.....50

BIBLIOGRAPHIE.....53

ANNEXES.....58
Annexe 1.....59
Annexe 2.....60

INTRODUCTION

La céphalée, terme issu étymologiquement du grec «kephalé» signifiant tête, désigne «toute douleur de la tête quelle que soit la cause».

Près de la moitié de la population mondiale adulte présenterait une céphalée active (1) et elle serait le symptôme neurologique le plus fréquent expérimenté par presque tout individu au cours de sa vie (2). Pour la plupart bénignes, les céphalées sont pourtant des pathologies extrêmement invalidantes et coûteuses (2), dont le retentissement est bien souvent sous-estimé par les professionnels de santé (3).

Plus de 200 types de céphalées sont répertoriés par l'International Headache Society (IHS) dans sa seconde classification de 2004 (4), et parmi cette imposante variété, nous avons choisi de nous intéresser aux céphalées mixtes.

Le terme céphalée mixte correspond à la cohabitation chez un même patient d'au moins 2 céphalées (5), certaines études décrivant jusqu'à quatre céphalées associées (6). Peu étudiées, elles seraient pourtant à l'origine du développement des Céphalées par Abus Médicamenteux (CAM) dans la moitié des cas (7-8).

Les CAM, qui font partie des céphalées parmi les plus invalidantes (9-10), sont méconnues des médecins généralistes ainsi que des céphalalgiques (3) malgré la publication de recommandations de l'ANAES en 2004 sur ce thème (5). Les CAM sont des céphalées présentes plus de 15 jours par mois, depuis plus de 3 mois, associées à une consommation médicamenteuse dépassant 10 à 15 jours par mois en fonction du traitement de crise dont l'abus est en cause, la céphalée s'étant développée ou aggravée pendant l'abus, et régressant ou disparaissant dans les 2 mois qui suivent le sevrage. Les CAM font partie du groupe des Céphalées Chroniques Quotidiennes (CCQ) qui rassemble toutes les céphalées présentes plus de 15 jours par mois, depuis plus de 3 mois, dont la durée quotidienne dépasse 4 heures en l'absence de traitement et dont l'origine n'est ni lésionnelle, ni symptomatique. Le terme de CCQ proposée par Silberstein et coll. (11) ne figure pas dans la classification de l'IHS qui favorise plutôt un regroupement des céphalées selon leurs caractéristiques.

On estime la prévalence des CCQ dans la population générale à 3% dont un tiers présente un abus médicamenteux (12). Lorsqu'on s'intéresse à la population issue de consultation spécialisée, on découvre que 40% des patients en sont atteints dont 80% sont des CAM (3). En plus d'être fréquentes, les CCQ sont onéreuses puisqu'en France leur coût annuel par patient est 10 fois supérieur à celui des migraineux (13) et représente deux tiers des coûts médicaux directs générés par l'ensemble des céphalées, soit environ 2 milliards d'euros (14).
Il a été également démontré que le retentissement sur la vie quotidienne des patients atteints de CCQ était majeur, aggravé par la présence d'un abus médicamenteux (15), et bien plus important que celui observé chez les migraineux (9-16) et les patients atteints de céphalées de tension (17).

En revanche, quel est le retentissement des céphalées mixtes ? Bien que celles-ci soient très souvent à l'origine des CAM si invalidantes, cette question demeure en effet peu étudiée.

Le développement des CAM est issu de la rencontre entre un terrain céphalalgique et le médicament, et l'abus est multiple dans 90% des cas (5). Il paraît donc cohérent que l'association de plusieurs céphalées, qui favorise assurément la prise de plusieurs principes actifs, augmente le risque de développer une CAM.
Ceci est d'autant plus vrai lorsque sont combinées céphalées de tension et migraine qui, toutes les deux médiées par la voie trigéminale, présentent par conséquent une symptomatologie semblable les rendant, dans plus de 2 tiers des cas, impossibles à distinguer pour le patient (7) qui ne parvient pas à trouver le bon traitement pour soulager chacune de ses céphalées. Cette physiopathologie partagée explique également que cette association soit la plus fréquemment décrite dans la littérature.
Nous nous sommes cependant demandés si d'autres types de céphalées mixtes étaient également communément observés.
Il a été en effet démontré que les algies cervico-faciales ainsi que d'autres céphalées primaires ou secondaires sont aussi impliquées dans le développement des CCQ et des CAM (18-19).

Concernant ces différentes céphalées mixtes, présentent-elles toutes une consommation médicamenteuse élevée les rendant susceptibles de basculer vers l'abus ?
En effet, l'ANAES précise bien dans ses recommandations «la nécessité de ne pas dépasser 2 prises par semaine de façon régulière» (20) en présence de céphalées de tension et migraine.

L'éducation de chaque patient à la reconnaissance de chaque céphalée ainsi qu'à la gestion de chaque thérapeutique propre, recommandée par l'ANAES, améliore-t-elle réellement la consommation médicamenteuse ainsi que le retentissement quotidien des céphalées mixtes ?

En résumé, malgré des preuves d'un lien étroit avec les CAM, qui sont devenues l'une des préoccupations majeures de santé publique en France, beaucoup d'inconnues persistent sur les céphalées mixtes.

L'objectif de cette thèse est donc de déterminer quelles sont les céphalées mixtes observées chez les patients suivis en consultation spécialisée ainsi que d'apprécier l'évolution de leur qualité de vie et leur consommation médicamenteuse lors de cette prise en charge.

Ce travail ne présentera pas de chapitre concernant les définitions de chaque céphalée qui sont disponibles dans la seconde classification de l'IHS de 2004.

METHODE

1 - OBJECTIF D'ETUDE

L'objectif de ce travail de thèse est d'établir d'une part quels sont les différents types de céphalées mixtes observés en consultation spécialisée et d'autre part quelle est l'évolution de la qualité de vie et de la consommation médicamenteuse des patients qui en sont atteints lors de cette prise en charge.

2 - TYPE D'ETUDE

Ce travail de thèse est une étude d'observation descriptive transversale avec analyse de données qualitatives et quantitatives.

3 - POPULATION D'ETUDE

Les patients étaient inclus au fur et à mesure par les médecins des consultations Douleur du Centre Hospitalier de Blois.

3.1 - TAILLE DE L'ECHANTILLON

Il avait été décidé d'inclure les 30 premiers patients, déjà suivis en consultation Douleur du Centre Hospitalier de Blois et correspondant aux critères d'inclusion et d'exclusion.

3.2 - CRITERES D'INCLUSION

Etaient inclus les patients de plus de 18 ans présentant des céphalées mixtes et consentant à participer à l'étude.
Chaque diagnostic de céphalées correspondait aux critères de la seconde classification de l'International Headache Society (IHS) (4).
La céphalée mixte est définie comme l'association chez un même patient d'au moins 2 types de céphalées.

3.3 - CRITERES D'EXCLUSION

Etaient exclus les patients présentant des difficultés de compréhension du français (troubles cognitifs et/ou langue française non maîtrisée), des comorbidités organiques ou psychiatriques lourdes interférant dans l'évaluation de la qualité de vie ou les patients atteints de céphalées par abus médicamenteux.

4 - RECUEIL DE DONNEES

Il a été réalisé de janvier 2009 à janvier 2012.

4.1 - MODALITES DE RECUEIL

J'ai recueilli personnellement les données au sein des consultations Douleur du Centre Hospitalier de Blois.

Le recueil avait lieu après une consultation de suivi.
Il était réalisé à 3 reprises avec un délai moyen de 3 mois entre chaque consultation, correspondant au délai habituel entre chaque consultation de suivi.
Lors de la consultation, chaque patient recevait une éducation à reconnaître ses différentes céphalées et à adapter leurs thérapeutiques propres. Il était également encouragé à privilégier l'utilisation de solutions non médicamenteuses (relaxation et hotpacks) pour soulager ses céphalées lorsque cela était possible.

4.2 - DONNEES RECUEILLIES

4.2.1 CARACTERISTIQUES GENERALES

Lors de la première consultation, étaient recueillies pour chaque patient les caractéristiques suivantes :
- les différentes céphalées associées constituant la céphalée mixte
- l'âge en années
- le sexe
- l'ancienneté de suivi en consultation Douleur en mois.

4.2.2 - CONSOMMATION MEDICAMENTEUSE

Lors des 3 consultations était recueillie la consommation médicamenteuse mensuelle exprimée en unités de traitement de crise.

4.2.3 - QUALITE DE VIE

Lors des 3 consultations était recueillie la qualité de vie des patients.

Elle était évaluée avec la version française du questionnaire générique Short Form-36 (SF-36) présenté en annexe 2 p 60, issu de la Medical Outcome Study (21).
Ce questionnaire étudie avec 36 questions 8 dimensions de la qualité de vie :
- «Activité physique» soit **PF** mesurant les limitations des activités physiques telles que marcher, monter des escaliers, se pencher en avant, soulever des objets et les efforts physiques importants et modérés.
- «Limitations dues à l'état physique» soit **RP** mesurant la gêne due à l'état physique dans les activités quotidiennes, limitations de certaines activités ou la difficulté pour les réaliser.
- «Douleurs physiques» soit **BP** mesurant l'intensité des douleurs et la gêne occasionnée.
- «Santé perçue» soit **GH** auto-évaluant la santé en générale, la résistance à la maladie.
- «Vitalité» soit **VT** auto-évaluant la vitalité, l'énergie, la fatigue.
- «Vie et relation avec les autres» soit **SF** mesurant les limitations des activités sociales dues aux problèmes de santé physique et psychique.
- «Limitations dues à l'état psychique» soit **RE** mesurant la gêne due aux problèmes psychiques dans les activités quotidiennes : temps passé au travail moins important, travail bâclé.
- «Santé psychique» soit **MH** auto-évaluant la santé psychique : anxiété, dépression, bien-être.

L'utilisation du SF-36 nécessite une licence d'utilisation délivrée par la société QualityMetric Incorporated® obtenue dans le cadre de cette étude.
Dans le cadre d'une thèse, cette licence est gratuite.

Pour la majorité des questions, les réponses se présentent sous forme d'une échelle de Likert (sauf 2 questions sous forme de réponses binaires).
A chaque réponse est attribué un nombre de points.
Les réponses sont regroupées par scores explorant ces 8 dimensions.
Les scores sont ensuite normalisés pour s'étendre de 0 à 100.
Plus le score est élevé, plus la qualité de vie est bonne.
Il est communément admis qu'une différence de 5 points de score de qualité de vie est cliniquement significative.

4.3 - GESTION DES DONNEES

Les données étaient recueillies sur papier puis reportées sur ordinateur.
Elles étaient alors anonymées, un numéro étant attribué à chaque patient.
Les résultats du SF-36 étaient convertis sous forme de scores par le logiciel fourni par la société QualityMetric®.
Les données générales et de qualité de vie étaient ensuite étudiées à l'aide du logiciel Numbers®.

5 - ANALYSE STATISTIQUE DES DONNEES

Parce que la distribution de la majorité des données n'était pas normale et l'effectif de notre population était faible, les données ont été exprimées en moyenne, médiane et quartiles.
Pour les mêmes raisons, les tests statistiques sont des tests de rang.
Le site BiostaTGV a été utilisé pour notre analyse statistique.
Une valeur de p inférieure à 0,05 était considérée comme statistiquement significative.

Nous avons utilisé le test de corrélation de Spearman pour tester la significativité statistique d'une corrélation des données quantitatives entre elles.
Les données quantitatives sont l'âge, l'ancienneté de suivi, la consommation médicamenteuse et les scores du SF-36.
Un effectif d'au moins 3 données était nécessaire pour réaliser le test de Spearman à l'aide du site BiostaTGV.
Nous avons utilisé le test de Mann Whitney pour tester la significativité statistique d'une différence des données quantitatives en fonction de la variable qualitative sexe.

Lorsqu'une différence clinique du score de qualité de vie ou de la consommation médicamenteuse était mise en évidence lors des mesures répétées, nous avons testé sa significativité statistique avec le test de Wilcoxon pour échantillons appariés.
Les effectifs trop faibles des groupes de céphalées mixtes n'autorisent pas de comparaison statistique en ce qui concerne les données aussi bien qualitatives que quantitatives.

La comparaison des scores du SF-36 à des données existantes ne permet pas d'analyse statistique puisque les tests utilisés sont des tests de rang.

RESULTATS

1 - LA POPULATION D'ETUDE

1.1 - TAILLE

29 patients ont participé à cette étude.

1.2 - SEXE

24 patients sont des femmes soit **82,8%.**
5 patients sont des hommes soit **17,2%.**
Le sexe ratio (F/H) est de 4,8/1.

1.3 - AGE

Les patients sont âgés de **33 à 75 ans.**
La moyenne d'âge des patients est de **53,9 ans.**
La médiane de l'âge est de **54 ans.**
L'écart type de **10,2 ans.**

La moyenne d'âge des femmes est de **53,6 ans.**
L'écart type est de **10 ans.**

La moyenne d'âge des hommes est de **55,2 ans.**
L'écart type est de **12 ans.**

Il n'existe pas de différence d'âge selon le sexe (p = 1).

1.4 - ANCIENNETE DE SUIVI

Elle s'étend de **3 à 56 mois.**
La moyenne est de **14,6 mois**.
La médiane est de **10 mois.**
Le premier quartile est de **6 mois.**
Le troisième quartile est de **21,8 mois.**

Tableau 1 : Ancienneté de suivi selon le sexe, en mois.

	FEMMES	HOMMES
MOYENNE	13,3	7
MEDIANE	**8**	**7**
PREMIER QUARTILE	6	7
TROISIEME QUARTILE	18	7

L'ancienneté de suivi est équivalente selon le sexe.

Tableau 2 : Ancienneté de suivi selon l'âge, en mois.

	25 à 34 ans	35 à 44 ans	45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	+ 74 ans
MOYENNE	6	4	11	19,8	13,7	7
MEDIANE	**6**	**3**	**7**	**16,5**	**12**	**7**
PREMIER QUARTILE	6	3	6	8,25	11,5	7
TROISIEME QUARTILE	6	4,5	11,5	25,5	15	7

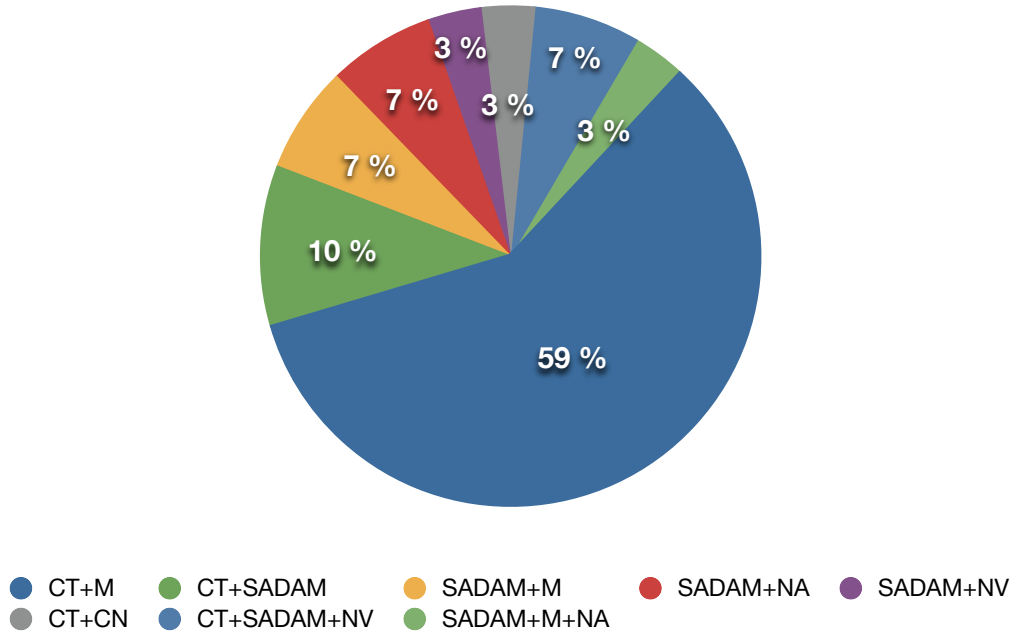
25 à 34 ans : 1 patient / 35 à 44 ans : 3 patients / 45 à 54 ans : 11 patients / 55 à 64 ans : 10 patients / 65 à 74 ans : 3 patients / + 74 ans : 1 patient.

Il existe une corrélation statistiquement significative (rs = 0,4679 et p = 0,01) entre l'âge et l'ancienneté de suivi.
L'ancienneté de suivi a tendance à augmenter avec l'âge.

2. LES CEPHALEES MIXTES

Nous avons observé 8 types de céphalées mixtes.

Graphique 1 : Fréquence relative des différents types de céphalées mixtes, en pourcentage.



CT : Céphalées de tension / M : Migraine / SADAM : Céphalées liées à un SADAM / NA : Névralgie d'Arnold / NV : Névralgie du Trijumeau / CN : Céphalées d'origine nasale

23 patients soit 79,3% présentent des Céphalées de tension.
20 patients soit 69% présentent des Migraines.

11 patients soit 37,9% présentent des Céphalées liées à un SADAM (Syndrome Algo-Dysfonctionnel de l'Appareil Manducateur).
3 patients soit 10,3% présentent une Névralgie d'Arnold.
3 patients soit 10,3% présentent une Névralgie du Trijumeau.
1 patient soit 3,4% présente des Céphalées d'origine nasale.

26 patients soit 89,7% présentent 2 céphalées associées.
3 patients soit 10,3% présentent 3 céphalées associées.

2.1 - CEPHALEES DE TENSION ET MIGRAINE

17 patients soit **58,6%** présentent cette association dont 14 femmes et 3 hommes.
Soit un sexe ratio (F/H) de 4,7/1.

Tableau 3: Age en années, ancienneté de suivi en mois et consommation médicamenteuse en unités de traitement de crise des patients atteints de Céphalées de tension et Migraine.

	AGE	ANCIENNETE DE SUIVI	TTT DE CRISE 1
MOYENNE	49,8	14,2	10,9
MEDIANE	**46**	**8**	**9**
PREMIER QUARTILE	45	6	3
TROISIEME QUARTILE	56	14	16

TTT DE CRISE 1 : Consommation médicamenteuse mensuelle lors de la première consultation

2.2 - CEPHALEES DE TENSION ET CEPHALEES LIEES A UN SADAM

3 patients soit **10,3%** présentent cette association dont 2 femmes et 1 homme.
Soit un sexe ratio (F/H) de 2/1.

Tableau 4: Age en années, ancienneté de suivi en mois et consommation médicamenteuse en unités de traitement de crise des patients atteints de Céphalées de tension et Céphalées liées à un SADAM.

	AGE	ANCIENNETE DE SUIVI	TTT DE CRISE 1
MOYENNE	63,7	12	12
MEDIANE	**58**	**8**	**16**
PREMIER QUARTILE	58	7,5	8
TROISIEME QUARTILE	66,5	14,5	18

TTT DE CRISE 1 : Consommation médicamenteuse mensuelle lors de la première consultation

2.3 - CEPHALEES LIEES A UN SADAM ET MIGRAINE

2 patients soit **6,9%** présentent cette association dont 2 femmes et 0 homme.
Soit un sexe ratio (F/H) de 2/0.

Tableau 5: Age en années, ancienneté de suivi en mois et consommation médicamenteuse en unités de traitement de crise des patients atteints de Céphalées liées à un SADAM et Migraine.

	AGE	ANCIENNETE DE SUIVI	TTT DE CRISE 1
MOYENNE	51	14,5	10
MEDIANE	**51**	**14,5**	**10**
PREMIER QUARTILE	47,5	8,75	10
TROISIEME QUARTILE	54,5	20,25	10

TTT DE CRISE 1 : Consommation médicamenteuse mensuelle lors de la première consultation

2.4 - CEPHALEES LIEES A UN SADAM ET NEVRALGIE D'ARNOLD

2 patients soit **6,9%** présentent cette association dont 2 femmes et 0 homme.
Soit un sexe ratio (F/H) de 2/0.

Tableau 6: Age en années, ancienneté de suivi en mois et consommation médicamenteuse en unités de traitement de crise des patients atteints de Céphalées liées à un SADAM et Névralgie d'Arnold.

	AGE	ANCIENNETE DE SUIVI	TTT DE CRISE 1
MOYENNE	58,5	7,5	90
MEDIANE	**58,5**	**7,5**	**90**
PREMIER QUARTILE	52,25	5,75	75
TROISIEME QUARTILE	64,75	9,25	105

TTT DE CRISE 1 : Consommation médicamenteuse mensuelle lors de la première consultation

2.5 - CEPHALEES LIEES A UN SADAM ET NEVRALGIE DU TRIJUMEAU

1 patient soit **3,4%** présente cette association dont 1 femme et 0 homme .
Soit un sexe ratio (F/H) de 1/0.

Cette patiente a **62 ans**, est suivie depuis **24 mois** et n'a pris **aucun** traitement de crise par mois.

2.6 - CEPHALEES DE TENSION ET CEPHALEES D'ORIGINE NASALE

1 patient soit **3,4%** présente cette association dont 1 femme et 0 homme.
Soit un sexe ratio (F/H) de 1/0.

Cette patiente a **67 ans**, est suivie depuis **18 mois** et n'a pris **aucun** traitement de crise par mois.

2.7 - CEPHALEES DE TENSION, CEPHALEES LIEES A UN SADAM ET NEVRALGIE DU TRIJUMEAU

2 patients soit **6,9%** présentent cette association dont 2 femmes et 0 homme.
Soit un sexe ratio (F/H) de 2/0.

Tableau 7: Age en années, ancienneté de suivi en mois et consommation médicamenteuse en unités de traitement de crise des patients atteints de Céphalées de tension, Céphalées liées à un SADAM et Névralgie du Trijumeau.

	AGE	ANCIENNETE DE SUIVI	TTT DE CRISE 1
MOYENNE	62	8	12
MEDIANE	**62**	**8**	**12**
PREMIER QUARTILE	62	6	6
TROISIEME QUARTILE	62	10	18

TTT DE CRISE 1 : Consommation médicamenteuse mensuelle lors de la première consultation

2.8 - CEPHALEES LIEES A UN SADAM, MIGRAINE ET NEVRALGIE D'ARNOLD

1 patient soit **3,4%** présente cette association dont 0 femme et 1 homme.
Soit un sexe ratio (F/H) de 0/1.

Ce patient a **54 ans** et est suivi depuis **5 mois** et a consommé **120 unités de traitement de crise** par mois.

En raison des faibles effectifs de la plupart des céphalées mixtes, nous ne pouvons pas réaliser de test statistique concernant les différences de répartition selon le sexe, d'âge et d'ancienneté de suivi.
On peut tout de même observer que les patients atteints de céphalées de tension et migraine sont plus jeunes que les patients atteints d'autres céphalées mixtes.

3. LA CONSOMMATION MEDICAMENTEUSE

La consommation mensuelle d'unités de traitement de crise s'étend de **0 à 120 unités**.
La moyenne est de **19,5 unités**.
La médiane est de **9 unités**.
Le premier quartile est de **2 unités**.
Le troisième quartile est de **20 unités**.

Tableau 8 : Consommation médicamenteuse mensuelle selon le sexe, exprimée en unités de traitement de crise.

	FEMMES	HOMMES
MOYENNE	16,1	35,6
MEDIANE	**8,5**	**20**
PREMIER QUARTILE	0	9
TROISIEME QUARTILE	16,3	20

Les hommes consomment plus d'unités de traitement de crise mais la différence n'est pas statistiquement significative (p = 0,11).

Tableau 9 : Consommation médicamenteuse mensuelle selon l'âge, exprimée en unités de traitement de crise.

	25 à 34 ans	35 à 44 ans	45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	+ 74 ans
MOYENNE	3	14,3	21,3	10	55	20
MEDIANE	**3**	**16**	**9**	**5**	**45**	**20**
PREMIER QUARTILE	3	13	4	0	22,5	20
TROISIEME QUARTILE	3	16,5	9	19	82,5	20

25 à 34 ans : 1 patient / 35 à 44 ans : 3 patients / 45 à 54 ans : 11 patients / 55 à 64 ans : 10 patients / 65 à 74 ans : 3 patients / + 74 ans : 1 patient.

Bien qu'on observe une consommation médicamenteuse plus élevée chez les patients les plus âgés, il n'a pas été mis en évidence de corrélation statistiquement significative entre la consommation médicamenteuse et l'âge (p = 0,62).

Tableau 10 : Consommation médicamenteuse mensuelle selon l'ancienneté de suivi, exprimée en unités de traitement de crise.

	0 à 6 mois	7 à 12 mois	13 à 18 mois	19 à 24 mois	25 à 30 mois	+ 30 mois
MOYENNE	29,2	24	2	5,3	5	4
MEDIANE	**16**	**9**	**2**	**0**	**5**	**4**
PREMIER QUARTILE	9	5,5	1	0	2,5	2
TROISIEME QUARTILE	24	25	3	8	7,5	6

0 à 6 mois : 9 patients / 7 à 12 mois : 11 patients / 13 à 18 mois : 2 patients / 19 à 24 mois : 3 patients / 25 à 30 mois : 2 patients / +30 mois : 2 patients.

Il existe une corrélation statistiquement significative (rs = -0,4805, p = 0,008) entre la consommation médicamenteuse et l'ancienneté de suivi.
La consommation médicamenteuse a tendance à diminuer lorsque l'ancienneté de suivi augmente.

4. LA QUALITE DE VIE

Tableau 11 : Scores du SF-36 de notre population.

	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
MOYENNE	74,7	46,6	46,6	53,9	48,4	65,1	69	51,2
MEDIANE	**80**	**50**	**42**	**55**	**45**	**75**	**100**	**56**
PREMIER QUARTILE	60	25	22	35	30	37,5	33,3	40
TROISIEME QUARTILE	95	75	74	72	65	87,5	100	64
MINIMUM	30	0	10	0	5	0	0	8
MAXIMUM	100	100	100	92	90	100	100	80

PF : Activité physique / RP : Limitations dues à l'état physique / BP : Douleurs physiques / GH : Santé perçue / VT : Vitalité / SF : Vie et relations avec les autres / RE : Limitations dues à l'état psychique / MH : Santé psychique

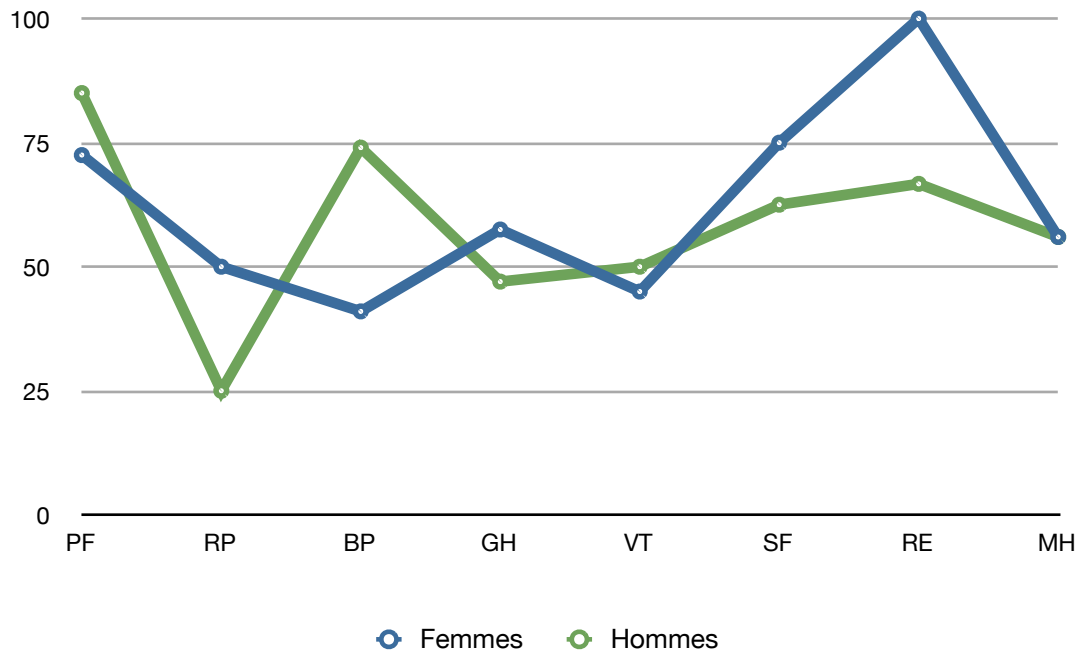
Tous les scores sauf RE sont abaissés.
Les scores RP, BP et VT sont particulièrement bas.

Tableau 12 : Scores du SF-36 selon le sexe.

	PF		RP		BP		GH		VT		SF		RE		MH	
SEXE	**F**	**H**	**F**	**H**	**F**	**H**	**F**	**H**	**F**	**H**	**F**	**H**	**F**	**H**	**F**	**H**
MOYENNE	73	85	48	40	46	50	56	45	49	44	66	60	72	53	52	48
MEDIANE	**73**	**95**	**50**	**25**	**41**	**74**	**58**	**47**	**45**	**50**	**75**	**63**	**100**	**67**	**56**	**56**
PREMIER QUARTILE	60	80	25	25	22	10	35	30	34	30	38	63	33	0	40	36
TROISIEME QUARTILE	90	95	81	50	74	74	75	70	65	60	100	88	100	100	65	60
MINIMUM	30	55	0	0	10	10	15	0	10	5	0	0	0	0	12	8
MAXIMUM	100	100	100	100	100	80	92	77	90	75	100	88	100	100	80	80

PF : Activité physique / RP : Limitations dues à l'état physique / BP : Douleurs physiques / GH : Santé perçue / VT : Vitalité / SF : Vie et relations avec les autres / RE : Limitations dues à l'état psychique / MH : Santé psychique
F : Femmes (24) / H : Hommes (5)

Graphique 2 : Comparaison des scores du SF-36 selon le sexe exprimés en médianes.



Les femmes ont des scores cliniquement plus élevés que les hommes, mais les différences ne sont pas statistiquement significatives, pour les dimensions RP (p = 0,66), GH (p = 0,45), SF (p = 0,82) et RE (p = 0,36).
Les hommes ont des scores cliniquement plus élevés que les femmes, mais les différences ne sont pas statistiquement significatives, pour les dimensions PF (p = 0,23), BP (p = 0,98) et VT (p = 0,64).
Les scores des hommes et des femmes sont identiques pour la dimension MH.
Le score RP des hommes est particulièrement bas.

Tableau 13 : Scores du SF-36 en fonction de l'âge, exprimés en médianes.

	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
25 à 34 ANS (1)	100	50	22	82	40	50	100	60
35 à 44 ANS (3)	90	25	32	47	50	37,5	100	60
45 à 54 ANS (11)	90	50	44	60	50	87,5	66,7	52
55 à 64 ANS (10)	70	50	47	52,5	47,5	75	100	58
65 à 74 ANS (3)	40	50	42	62	35	75	33,3	52
+74 ANS (1)	80	0	74	30	30	87,5	0	36

PF : Activité physique / RP : Limitations dues à l'état physique / BP : Douleurs physiques / GH : Santé perçue / VT : Vitalité / SF : Vie et relations avec les autres / RE : Limitations dues à l'état psychique / MH : Santé psychique
(effectif)

Il existe une corrélation statistiquement significative entre le score PF et l'âge (rs = -0,4677 et p = 0,01).
Le score PF a tendance à diminuer avec l'âge.

Le score BP a tendance à augmenter avec l'âge mais la corrélation n'est pas statistiquement significative (rs : 0,1729 et p = 0,37).
Le score MH a tendance à diminuer avec l'âge mais la corrélation n'est pas statistiquement significative (rs : -0,2411 et p = 0,21).

Tableau 14 : Scores du SF-36 en fonction de l'ancienneté de suivi, exprimés en médianes.

	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
0 à 6 MOIS (9)	90	50	32	70	50	50	100	60
7 à 12 MOIS (11)	80	50	42	60	45	75	100	52
13 à 18 MOIS (2)	70	37,5	59	61	45	31,3	50	44
19 à 24 MOIS (3)	80	25	100	50	45	87,5	100	60
25 à 30 MOIS (2)	62,5	62,5	25	37,5	30	62,5	66,7	28
+ 30 MOIS (2)	55	37,5	42	42,5	60	25	83,4	54

PF : Activité physique / RP : Limitations dues à l'état physique / BP : Douleurs physiques / GH : Santé perçue / VT : Vitalité / SF : Vie et relations avec les autres / RE : Limitations dues à l'état psychique / MH : Santé psychique
(effectif)

On remarque une dégradation globale sans différence statistiquement significative des scores PF (rs : -0,2883 et p = 0,13) et GH (rs : -0,1518 et p = 0,43) lorsque l'ancienneté de suivi augmente.

Tableau 15 : Scores du SF-36 en fonction de la consommation mensuelle d'unités de traitement de crise, exprimés en médianes.

	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
0 à 10 UNITES (18)	77,5	50	43	57,5	47,5	68,8	100	60
11 à 20 UNITES (5)	90	50	74	50	50	62,5	66,7	60
21 à 30 UNITES (2)	80	100	58	79,5	67,5	87,5	100	52
+ 30 UNITES (4)	37,5	12,5	22	30	25	50	16,7	24

PF : Activité physique / RP : Limitations dues à l'état physique / BP : Douleurs physiques / GH : Santé perçue / VT : Vitalité / SF : Vie et relations avec les autres / RE : Limitations dues à l'état psychique / MH : Santé psychique
(effectif)

Le score RE diminue de manière statistiquement significative (rs : -0,4716 et p = 0,01) lorsque la consommation médicamenteuse augmente.
Le score MH diminue lorsque la consommation médicamenteuse, mais la différence n'est pas statistiquement significative (rs : -0,1501 et p = 0,44).

Tableau 16 : Scores du SF-36 selon l'association de céphalées, exprimés en médianes.

	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
CT + M (17)	90	50	42	67	50	75	100	60
CT+SADAM (3)	80	0	74	50	45	87,5	100	40
SADAM+M (2)	60	25	26	31	20	31,3	66,7	28
SADAM+NA (2)	35	0	22	46	25	50	16,7	24
NV + SADAM (1)	60	0	22	30	45	75	100	60
CN + CT (1)	80	50	74	82	80	62,5	100	60
CT + SADAM+NV (2)	82,5	75	69	53,5	77,5	81,3	100	66
SADAM+M+NA (1)	55	25	10	0	5	0	0	8

CT : Céphalées de tension / M : Migraine / SADAM : Céphalées liées à un Syndrome AlgoDysfonctionnel De l'Appareil Manducateur / NA : Névralgie d'Arnold / NV : Névralgie du trijumeau / CN : Céphalées d'origine nasale
(effectif)

Nous ne pouvons réaliser de test statistique pour mettre en évidence une corrélation entre les scores du SF-36 et les types de céphalées mixtes car les effectifs sont trop faibles.

5. EVOLUTION DE LA QUALITE DE VIE ET DE LA CONSOMMATION MEDICAMENTEUSE

NB : Les scores de la première consultation peuvent être différents de ceux observés lors de l'évaluation de la qualité de vie en raison des 6 patients perdus de vue.

Les perdus de vue sont :
- 1 patient atteint de Céphalées liées à un SADAM et Névralgie d'Arnold.
- 3 patients atteints de Céphalées de tension et Migraine.
- 1 patient atteint de Céphalées liées à un SADAM et Migraine.
- 1 patient atteint de Céphalées liées à un SADAM, Migraine et Névralgie d'Arnold.
- 5 femmes et 1 homme.

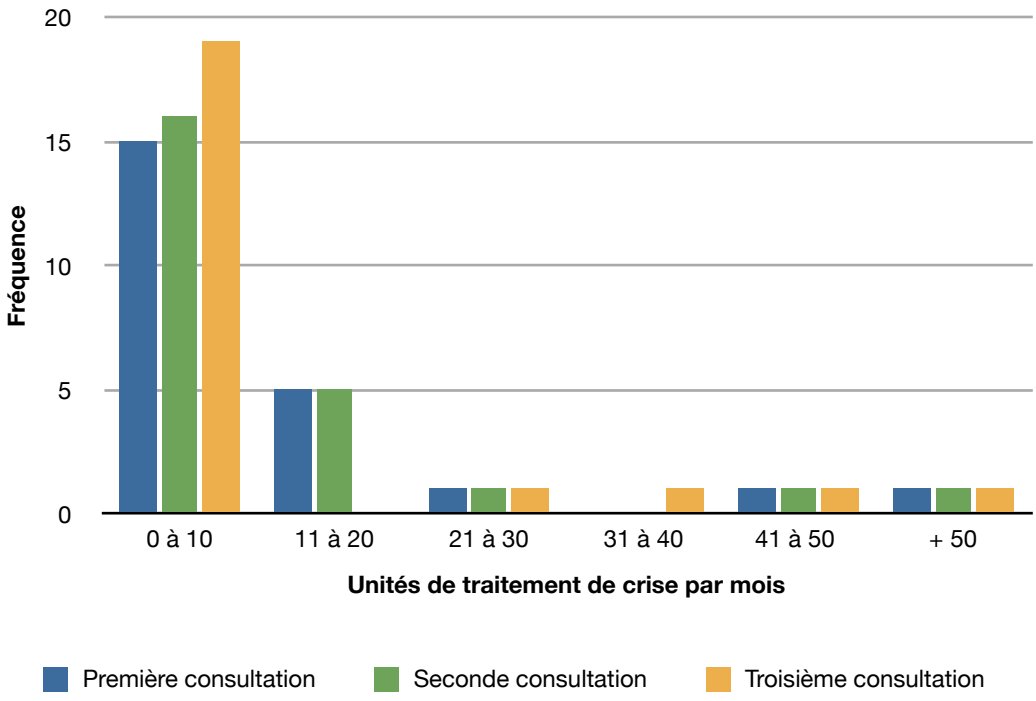
Tableau 17 : Evolution des scores du SF-36 et de la consommation médicamenteuse mensuelle en unités de traitement de crise lors des 3 consultations exprimés en médiane.

	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	TTT
CONSULTATION 1	80	50	44	55	50	75	100	60	9
CONSULTATION 2	80	50	61*	55	45*	75	100	60	4*
CONSULTATION 3	85*	50	42*	55	60*	75	100	60	4*

PF : Activité physique / RP : Limitations dues à l'état physique / BP : Douleurs physiques / GH : Santé perçue / VT : Vitalité / SF : Vie et relations avec les autres / RE : Limitations dues à l'état psychique / MH : Santé psychique / TTT : Consommation médicamenteuse mensuelle en unités de traitement de crise
*p non significatif

Aucune différence mise en évidence n'est statistiquement significative.
A la fin de l'étude, le score PF a augmenté.
VT a également augmenté après une diminution initiale.
La consommation médicamenteuse a baissé de plus de la moitié dès la seconde consultation.

Graphique 3 : Distribution de la consommation médicamenteuse mensuelle en unités de traitement de crise lors des 3 consultations.



La diminution de la consommation médicamenteuse concerne principalement les patients dont la consommation se situait entre 11 et 20 unités de traitement de crise, exception faite d'un des patients de cette tranche qui a plus que doublé sa consommation.

5.1 - CEPHALEES DE TENSION ET MIGRAINE (14 patients)

Tableau 18: Evolution des scores du SF-36 et de la consommation médicamenteuse lors des 3 consultations des patients atteints de Céphalées de tension et Migraine.

	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	TTT
MEDIANE 1	92,5	50	43	60	50	62,5	83,3	60	8,5
MEDIANE 2	92,5	75*	64*	58,5	45*	68,8*	100*	60	6
MEDIANE 3	90	50*	41,5*	60	50*	62,5*	100*	58	4

PF : Activité physique / RP : Limitations dues à l'état physique / BP : Douleurs physiques / GH : Santé perçue / VT : Vitalité / SF : Vie et relations avec les autres / RE : Limitations dues à l'état psychique / MH : Santé psychique / TTT : Consommation médicamenteuse mensuelle en unités de traitement de crise
*p non significatif

Le score RE est le seul à avoir augmenté à la fin de l'étude.
La consommation médicamenteuse a diminué de plus de la moitié.

Aucune différence n'est statistiquement significative.

5.2 - CEPHALEES DE TENSION ET CEPHALEES LIEES A UN SADAM (3 patients)

Tableau 19: Evolution des scores du SF-36 et de la consommation médicamenteuse lors des 3 consultations des patients atteints de Céphalées de tension et Céphalées liées à un SADAM.

	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	TTT
MEDIANE 1	80	0	74	50	45	87,5	100	40	16
MEDIANE 2	80	25*	52*	52	60*	87,5	100	64*	2*
MEDIANE 3	85*	25*	42*	37*	60*	75*	100	60*	8*

PF : Activité physique / RP : Limitations dues à l'état physique / BP : Douleurs physiques / GH : Santé perçue / VT : Vitalité / SF : Vie et relations avec les autres / RE : Limitations dues à l'état psychique / MH : Santé psychique / TTT : Consommation médicamenteuse mensuelle en unités de traitement de crise
*p non significatif

Les scores PF, RP, VT et MH ont augmenté.
Les scores BP,GH et SF ont baissé.
La consommation médicamenteuse a diminué de moitié.
Aucune différence n'est statistiquement significative.

5.3 - CEPHALEES LIEES A UN SADAM ET MIGRAINE (1 patient)

Tableau 20 : Evolution des scores du SF-36 et de la consommation médicamenteuse lors des 3 consultations du patient atteint de Céphalées liées à un SADAM et Migraine.

	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	TTT
MEDIANE 1	65	25	10	15	15	25	33,3	12	10
MEDIANE 2	45	25	10	0	15	12,5	0	16	14
MEDIANE 3	55	50	10	10	20	25	0	16	36

PF : Activité physique / RP : Limitations dues à l'état physique / BP : Douleurs physiques / GH : Santé perçue / VT : Vitalité / SF : Vie et relations avec les autres / RE : Limitations dues à l'état psychique / MH : Santé psychique / TTT : Consommation médicamenteuse mensuelle en unités de traitement de crise

Les scores RP, VT ont augmenté.
Les scores PF, GH ont baissé.
La consommation médicamenteuse a plus que triplé.

5.4 - CEPHALEES LIEES A UN SADAM ET NEVRALGIE D'ARNOLD (1 patient)

Tableau 21 : Evolution des scores du SF-36 et de la consommation médicamenteuse lors des 3 consultations du patient atteint de Céphalées liées à un SADAM et Névralgie d'Arnold.

	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	TTT
MEDIANE 1	40	0	22	62	30	75	33,3	32	120
MEDIANE 2	25	25	22	30	10	50	33,3	20	60
MEDIANE 3	30	25	0	35	20	75	0	20	90

PF : Activité physique / RP : Limitations dues à l'état physique / BP : Douleurs physiques / GH : Santé perçue / VT : Vitalité / SF : Vie et relations avec les autres / RE : Limitations dues à l'état psychique / MH : Santé psychique / TTT : Consommation médicamenteuse mensuelle en unités de traitement de crise

Le score RP a augmenté.
Les scores PF, BP, GH, VT, RE et MH ont baissé.
La consommation médicamenteuse a diminué malgré une légère remontée.

5.5 - CEPHALEES LIEES A UN SADAM ET NEVRALGIE DU TRIJUMEAU (1 patient)

Tableau 22 : Evolution des scores du SF-36 et de la consommation médicamenteuse lors des 3 consultations du patient atteint de Céphalées liées à un SADAM et Névralgie du Trijumeau.

	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	TTT
MEDIANE 1	60	0	22	30	45	75	100	60	0
MEDIANE 2	70	50	42	30	70	100	100	68	0
MEDIANE 3	60	25	32	30	65	100	100	48	0

PF : Activité physique / RP : Limitations dues à l'état physique / BP : Douleurs physiques / GH : Santé perçue / VT : Vitalité / SF : Vie et relations avec les autres / RE : Limitations dues à l'état psychique / MH : Santé psychique / TTT : Consommation médicamenteuse mensuelle en unités de traitement de crise

Les scores RP, BP, VT et SF ont augmenté.
Le score MH est le seul à baisser.
La consommation reste nulle.

5.6 - CEPHALEES DE TENSION ET CEPHALEES D'ORIGINE NASALE (1 patient)

Tableau 23 : Evolution des scores du SF-36 et de la consommation médicamenteuse lors des 3 consultations du patient atteint de Céphalées de tension et Céphalées d'origine nasale.

	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	TTT
MEDIANE 1	80	50	74	82	80	62,5	100	60	0
MEDIANE 2	65	75	84	92	95	100	100	88	0
MEDIANE 3	75	50	84	77	90	100	100	80	0

PF : Activité physique / RP : Limitations dues à l'état physique / BP : Douleurs physiques / GH : Santé perçue / VT : Vitalité / SF : Vie et relations avec les autres / RE : Limitations dues à l'état psychique / MH : Santé psychique / TTT : Consommation médicamenteuse mensuelle en unités de traitement de crise

Les scores BP, VT, SF et MH ont augmenté tandis que les scores PF et GH ont faiblement baissé.
La consommation médicamenteuse reste nulle.

5.7 - CEPHALEES DE TENSION, CEPHALEES LIEES A UN SADAM ET NEVRALGIE DU TRIJUMEAU (2 patients)

Tableau 24 : Evolution des scores du SF-36 et de la consommation médicamenteuse mensuelle, lors des 3 consultations des patients atteints de Céphalées de tension, Céphalées liées à un SADAM et Névralgie du Trijumeau.

	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	TTT
MEDIANE 1	82,5	75	69	53,5	77,5	81,3	100	66	12
MEDIANE 2	80	75	62,5	57,5	62,5	93,8	66,7	56	22,5
MEDIANE 3	80	75	79	55	75	87,5	100	72	4

PF : Activité physique / RP : Limitations dues à l'état physique / BP : Douleurs physiques / GH : Santé perçue / VT : Vitalité / SF : Vie et relations avec les autres / RE : Limitations dues à l'état psychique / MH : Santé psychique / TTT : Consommation médicamenteuse mensuelle en unités de traitement de crise

Les scores BP, SF et MH ont augmenté.
La consommation médicamenteuse diminue fortement après une hausse transitoire.

DISCUSSION

1. METHODOLOGIE

Il était prévu que notre population se compose de 30 patients, l'objectif a été atteint à l'exception d'un patient qui avait accepté de participer à l'étude mais ne s'est présenté à aucun des rendez-vous convenus.
L'absence de randomisation, de groupe témoins, le faible effectif de l'échantillon et la nature descriptive de cette étude entraînent bien sûr un manque de puissance ainsi qu'une impossibilité de prouver un quelconque lien de causalité.
Cependant, ce travail original d'observation est un préalable paraissant nécessaire puisqu'il permet de mettre en évidence certaines caractéristiques concernant les céphalées mixtes à explorer dans des études de plus grande envergure.
Nous discuterons les différents biais ainsi que le choix de l'outil de mesure de la qualité de vie au fur et à mesure de la discussion.

2. CARACTERISTIQUES GENERALES DES CEPHALEES MIXTES

Notre échantillon se caractérise par une forte prédominance féminine à plus de 80% rejoignant les constatations de nombreuses études de céphalalgiques issus de consultations spécialisées ou de soins primaires (22,23).
Il présente également une moyenne d'âge de 54 ans, paraissant assez élevée puisque la majorité des études concernant les céphalalgiques simples retrouve une moyenne d'âge de 10 ans inférieure, y compris en consultation spécialisée (22,23). Cet âge se rapproche de celui observé lorsqu'on s'intéresse spécifiquement aux patients atteints de CAM et notamment de l'âge de leur apparition dans certaines études (24,25).
Ceci semble confirmer que les céphalées mixtes précèdent chronologiquement l'apparition des CAM, en faisant par là même une entité particulièrement à risque de basculer vers celles-ci.
Il semblerait par ailleurs que l'âge des patients atteints de céphalées mixtes ne soit pas différent selon le sexe.
En raison de l'organisation de l'étude, les patients n'étaient pas tous suivis depuis la même durée. Ceci constitue malheureusement un biais de confusion d'autant plus que l'ancienneté de suivi s'étale de 3 mois à plus de 4 ans.
Il faut en effet remarquer que la médiane d'ancienneté de suivi de notre population est de 10 mois, ce qui signifie qu'ils ont déjà participé en moyenne à 3 consultations.
Le nombre de séances d'éducation dont a bénéficié chaque patient risquant d'interférer dans l'évaluation de la qualité de vie et la consommation médicamenteuse, nous avons décidé de présenter nos différents résultats en fonction de l'ancienneté de suivi.
Remarquons que les hommes et les femmes étaient approximativement suivis depuis la même durée.
Nous avons constaté qu'il existait une corrélation statistiquement significative entre l'âge et l'ancienneté de suivi mettant en évidence que l'ancienneté de suivi a tendance à augmenter avec l'âge. Bien qu'il paraisse logique qu'une personne plus âgée soit suivie depuis plus longtemps qu'une personne plus jeune, cela peut signifier également que les patients plus âgés sont plus difficiles à éduquer en raison de l'ancienneté de leurs céphalées et de la difficulté à modifier leurs mauvaises habitudes thérapeutiques.

C'est ce qui est notamment observé chez les patients atteints de CAM les plus âgés, ils ont tendance à utiliser plus de médicaments que les plus jeunes (25), évoquant que leurs habitudes de consommation sont particulièrement enracinées.

3. LES DIFFERENTES CEPHALEES MIXTES

Nous avons constaté huit types de céphalées mixtes composés de six céphalées différentes et associant jusqu'à trois céphalées.

La céphalée mixte la plus représentée est l'association céphalées de tension et migraine, ce qui est cohérent avec les données de la littérature qui la mentionne majoritairement. Une étude danoise estime même que 94% des migraineux de la population générale présenteraient des céphalées de tension (26).
Cette association privilégiée s'explique en partie par la fréquence élevée de la migraine et des céphalées de tension en population générale, respectivement 17% (13) et de 30 à 80% selon les études (27). Elle se justifie également par leur physiopathologie commune impliquant le système trigéminal, ce qui leur vaut des caractéristiques sémiologiques proches les rendant souvent difficiles à distinguer par le patient. Il semblerait d'ailleurs d'après TAIMI et coll. que moins d'un tiers des patients atteints de céphalées de tension et migraine sachent les différencier (7). Certains auteurs contestent même la distinction entre ces deux céphalées estimant qu'elles font partie d'un même continuum clinique (27). Ces divergences d'opinion mettent en évidence les incertitudes concernant la physiopathologie de chacune de ces céphalées.

Nous avons fait le choix de ne pas préciser si les patients migraineux présentaient ou non une aura car nous n'avons pas trouvé d'étude mentionnant une différence de qualité de vie ou de consommation médicamenteuse en fonction de ce critère. Cependant, il est intéressant de s'interroger sur ce fait et de le vérifier dans le futur.

Nous n'avons également pas précisé la fréquence des céphalées de tension puisqu'au cours de l'étude et parce que nos périodes d'observation étaient de trois mois, elle pouvait varier. Cela met en exergue la difficulté que chaque médecin peut rencontrer s'il veut réaliser un diagnostic précis en utilisant les critères de l'IHS, qui classe les céphalées de tension en épisodique rare, épisodique fréquente et chronique selon le nombre de jours avec céphalées par mois. Cette distinction est pourtant essentielle puisqu'elle permet de détecter la forme chronique qui est particulièrement à risque de développer une CAM. En effet, on estime qu'à dix ans, 25% des céphalées de tension épisodiques deviennent chroniques et 21% des céphalées de tension chroniques développent un abus médicamenteux (28). Il faut cependant savoir ne pas s'arrêter à un chiffre précis pour s'alarmer lors du suivi d'un patient.

La particularité de cette étude semble être la place prépondérante qu'occupe la céphalée liée à un SADAM au sein des céphalées mixtes. Elle est la troisième céphalée la plus fréquente dans notre population et reste la seule systématiquement impliquée lorsque trois céphalées sont associées. Nous ne nous attendions pas à ce résultat mais il semble rejoindre les constatations d'un lien étroit entre SADAM et différentes céphalées de plusieurs études.

Le SADAM ou Syndrome Algo-Dysfonctionnel de l'Appareil Manducateur comprend tous les troubles douloureux ou non douloureux causés par une dysfonction de la musculature masticatrice et/ou l'articulation temporo-mandibulaire. Son diagnostic est possible grâce aux Critères Diagnostiques de Recherche des Désordres TemporoMandibulaires ou CDR/DTM (29).

GONCALVES et coll. ont ainsi démontré que les SADAM étaient plus fréquents chez les patients céphalalgiques que chez les non céphalalgiques (30). Ce lien étant, pour eux, particulièrement important pour les patients migraineux et présentant des CCQ, moins pour les patients présentant des céphalées de tension épisodiques.
Et la réciproque est vraie puisque lorsque l'on s'intéresse aux patients présentant des SADAM, BODERE et coll. ont rapporté qu'ils présentaient plus souvent des céphalées récurrentes, dans 70 à 85 % des cas (31).
BALLEGAARD et coll. ont pour leur part démontré la plus forte proportion de SADAM (75 %) chez les patients atteints de l'association céphalées de tension et migraine suggérant ainsi que le SADAM serait un facteur de risque de la coexistence de plusieurs céphalées ou qu'à l'inverse, les céphalées mixtes favoriseraient le développement du SADAM (32).
A la différence des études présentées, les médecins réalisant les diagnostics de notre étude ont conclu que les céphalées observées étaient liées au SADAM. Bien que ce diagnostic puisse être influencé par un biais d'enquêteur, il existe un lien étroit entre céphalées et SADAM dont la nature n'est pas encore élucidée. On sait cependant que le SADAM, les céphalées de tension et les migraines sont médiées par le système trigéminal (31). Cette physiopathologie partagée explique notamment leurs caractéristiques communes (33) et justifie la difficulté souvent rencontrée des patients à les distinguer.
BEVILAQUA-GROSSI et coll. ont d'ailleurs démontré un lien entre l'allodynie et le SADAM dans la migraine. La présence d'un SADAM chez un migraineux favoriserait en effet l'apparition d'une allodynie lors des crises (34). Il semblerait ainsi que l'existence d'une douleur, que ce soit une céphalée ou une douleur faciale, médiée par le nerf trijumeau prédisposerait au développement d'autres douleurs médiées par ce même système (30).
Cette hypothèse paraît confortée par la présence de la névralgie du Trijumeau chez 10% de notre population alors que son incidence, pour sa forme essentielle, est faible de 5 pour 100 000. Remarquons que la céphalée d'origine nasale, par sa localisation, utilise également la voie trigéminale ce qui renforce notre hypothèse.

Il apparaît donc essentiel, quel qu'en soit le mécanisme, de rechercher des signes de SADAM chez tout patient céphalalgique, et ce d'autant plus que sa céphalée implique le système trigéminal.

Il faut cependant noter que dans notre population, ce sont les patients atteints de céphalées de tension qui présentent majoritairement un SADAM, alors que GONCALVES notait une prédominance de migraineux (30). Cela peut s'expliquer par une participation musculaire. En effet, la seconde classification de l'IHS prévoit au sein de chaque diagnostic de céphalées de tension épisodiques rares, épisodiques fréquentes une subdivision en céphalées de tension associées à des tensions musculaires péricrâniennes ou sans tension musculaire péricrânienne.

Ces tensions pourraient être ainsi favorisées par l'existence d'un SADAM notamment dans les formes du groupe I qui sont liées à des douleurs myofasciales (29) en rapport notamment avec des contractures des muscles masseters et ptérygoïdiens.
On peut regretter que nos diagnostics de céphalées de tension ne précisent pas la présence ou l'absence de tensions musculaires péricrâniennes puisque cela aurait pu permettre d'élucider le mécanisme associant céphalées de tension et SADAM au sein des céphalées mixtes.
Quoi qu'il en soit, GLAROS et coll. estiment que cette participation musculaire est essentielle et recommandent d'éduquer les patients céphalalgiques à dépister les tensions musculaires liées à un SADAM afin de les réduire (33).

En marge de ces céphalées, on remarque la présence de la névralgie d'Arnold qui s'associe dans chaque cas au SADAM. Il semblerait qu'une fois encore une participation musculaire soit en jeu car les contractures des muscles masseters et ptérygoïdiens lors de certains SADAM peuvent s'étendre aux muscles trapèzes et splénius du cou. Ces contractures favorisent ainsi l'apparition d'un syndrome canalaire entre ces muscles et l'os occipital provoquant le blocage du nerf d'Arnold (35).

Nous avons également constaté que les patients souffrant de l'association céphalées de tension et migraine sont les plus jeunes, leur moyenne d'âge se rapprochant de celles observées dans les études de céphalalgiques. Toutes les autres associations présentent une moyenne d'âge beaucoup plus élevée.
Ceci paraît étonnant notamment pour les patients atteints de SADAM dont la moyenne d'âge se situe habituellement entre 20 et 40 ans (36). Il semblerait donc que les patients présentant des SADAM au sein de céphalées mixtes soient plus âgés que la population typique.
Ce point paraît important à confirmer afin d'avoir une idée plus précise de la cible des patients pour lesquels le dépistage d'un SADAM est essentiel.

Remarquons que l'ancienneté de suivi est équivalente, sauf pour l'association SADAM-névralgie du Trijumeau et l'association céphalées de tension-céphalées d'origine nasale, ceci pouvant s'expliquer plutôt par leur âge élevé que par l'association elle-même.

4. LA CONSOMMATION MEDICAMENTEUSE

L'ANAES recommande pour la prévention primaire des CCQ, la nécessité pour les patients atteints de céphalées de tension et migraine de ne pas dépasser la prise de 2 traitements de crise par semaine de façon régulière. Cette nécessité se justifie par le risque de basculer dans l'abus médicamenteux, lors de l'augmentation de cette consommation (36).
Notre étude semble confirmer que les patients atteints de céphalées mixtes sont particulièrement à risque de développer des CAM puisque ceux-ci présentent une consommation médicamenteuse mensuelle médiane de 9 unités.
Cependant, l'association céphalées de tension-migraine n'est pas la plus inquiétante, puisque elle fait partie des trois groupes dont la consommation est la plus basse.

Nos patients présentent en effet des consommations extrêmes de 0 à 120 unités.

Nous tenons à préciser que les patients ne consommant pas de traitement de crise utilisent des thérapeutiques non médicamenteuses pour soulager leurs céphalées, qui sont par ailleurs bien actives. En effet, l'utilisation de techniques d'auto-étirements et de relaxation enseignées lors des consultations, l'application de hot-packs permettent le soulagement de certaines céphalées d'autant plus lorsqu'une part tensive est en jeu.
De même, les patients consommant des quantités extrêmes ne sont pas atteints de CAM car leurs céphalées ne se sont ni développées ni aggravées dans les trois derniers mois.
Nous sommes cependant conscients que cette subtilité de diagnostic est discutable. Elle met en évidence la difficulté rencontrée par tout médecin lorsqu'il faut poser certains diagnostics selon les critères de l'IHS, notamment celui de CAM. Celui-ci n'est d'ailleurs qu'un diagnostic rétrospectif, puisque pour être posé, il nécessite la cessation de la céphalée ou son retour à l'état antérieur après sevrage.
Cette ambiguïté ne remet pas en cause notre travail puisqu'elle ne concerne que 3 patients, de plus cela montre qu'il faut de toute façon s'inquiéter pour ces patients qui, s'ils ne sont pas dans l'abus selon l'IHS, l'expérimentent quotidiennement.

Le dénominateur commun à ces patients dont la consommation est élevée, est l'association céphalées liées à un SADAM-névralgie d'Arnold, imposant en sa présence une extrême vigilance lors de la prescription de traitements antalgiques de crise.

Malgré l'absence de significativité statistique, nous avons observé une consommation médicamenteuse extrêmement élevée chez les hommes. Elle semble cependant plus influencée par la consommation importante du patient présentant l'association céphalées liées à un SADAM-migraine-névralgie d'Arnold que par le sexe.
Cette explication rejoint les travaux de JONSSON et coll. qui mettaient en évidence une consommation médicamenteuse équivalente des hommes et des femmes, malgré une fréquence plus élevée des céphalées chez les hommes (25).
Bien que nous n'ayons pas démontré de corrélation entre la consommation médicamenteuse et l'âge, on constate que les consommations les plus élevées concernent les patients les plus âgés.
Ceci est également cohérent avec l'étude de JONSSON et coll. qui a démontré que les patients atteints de CAM âgés consommaient plus de traitements de crise que les plus jeunes (25). Le dépistage des patients à risque de basculer vers les CAM, tels ceux atteints de céphalées mixtes, doit donc être réalisé le plus précocement possible afin d'éviter cette escalade de la consommation.

Notre étude a permis de découvrir une diminution statistiquement significative de la consommation médicamenteuse lorsque l'ancienneté de suivi augmente. Ceci tend à prouver que la prise en charge spécialisée permet de réduire la consommation des patients atteints de céphalées mixtes.
Cette hypothèse est confortée par la diminution, bien que non statistiquement significative, de la consommation médicamenteuse de nos patients de plus de la moitié de sa valeur initiale à la fin de notre étude. Elle se trouve ainsi ramenée dans une zone beaucoup moins à risque qu'en début d'étude puisqu'elle est inférieure à la consommation maximale recommandée par l'ANAES.

Remarquons qu'une seule céphalée mixte n'a pas amélioré sa consommation, l'association céphalées liées à un SADAM-migraine qui l'a même triplé sans que nous ayons d'explication à ce phénomène. Notons également que les consommations nulles le sont restées.
Nous ne pouvons évidemment pas dans cette étude prouver de lien de causalité. Il semble cependant que l'éducation du patient à reconnaître chaque céphalée, à choisir la thérapeutique adaptée et à privilégier, dans la mesure du possible, une solution non médicamenteuse, soit primordiale. Cette éducation constituait en effet l'essentiel de la prise en charge effectuée au sein de la consultation Douleur lors de notre recueil.
Il nous paraît important de faire remarquer que la réduction de la consommation médicamenteuse, lors de notre étude, concerne principalement les consommations modérées, suggérant que l'éducation du patient est plus difficile en cas de consommation extrême. Ceci nous incite à rappeler la nécessité de surveiller la consommation de traitements de crise de tout patient céphalalgique, et tout particulièrement de celui atteint de céphalées mixtes, afin de dépister le plus précocement possible une consommation dangereuse.

5. LA QUALITE DE VIE

Au delà de la simple santé, la qualité de vie a selon l'OMS une définition complexe. Elle est «la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement».
Puisque les céphalées sont majoritairement, et tout particulièrement celles de notre étude, des pathologies ne mettant pas en jeu le pronostic vital, les patients doivent vivre avec jour après jour.
L'étude de la qualité de vie permet d'apprécier avec justesse ce retentissement sur leur vie quotidienne et également de vérifier que la prise en charge proposée par le corps médical est bien en adéquation avec leurs attentes.
Plusieurs études ont démontré que les patients atteints de céphalées épisodiques ou chroniques présentaient une altération majeure de leur qualité de vie (9-10), réalité souvent sous estimée par les professionnels de santé.

5.1 OUTIL

Pour mener à bien l'étude de la qualité de vie, nous avons choisi d'utiliser le SF-36 qui est le questionnaire le plus utilisé dans le monde et dont la traduction ainsi que l'adaptation culturelle sont bien validées en français.
Bien que ce questionnaire soit générique, nous l'avons préféré aux questionnaires spécifiques des céphalées car il permet de dresser un portrait précis de la qualité de vie grâce à l'exploration de ses 8 dimensions.
Les questionnaires spécifiques HIT-6, QVM et MIDAS soit fournissent un score global soit étudient moins de dimensions.

De plus malgré ses 36 questions, le SF-36 a une durée de passation courte d'environ 10 minutes et il présente un haut degré d'acceptabilité et de qualité des données.
Il possède également de bonnes performances psychométriques, en termes de fidélité et de validité du construit.
Et pour finir, il permet de comparer nos données à celles de plusieurs études de qualité de vie de patients atteints de céphalées simples épisodiques ou chroniques.

5.2 NOTRE POPULATION

Comme nous nous y attendions, nos patients ont des scores particulièrement bas qui sont bien inférieurs à ceux de la population générale, ce qui témoigne d'une altération profonde de leur qualité de vie (voir annexe 1 p 59).
Cependant, l'observation marquante est la conservation par nos patients d'un score RE maximal associé à un score MH peu abaissé. Cette constatation est en contradiction avec les différentes études de qualité de vie des céphalalgiques pour lesquelles la dimension psychique est toujours altérée. HARPOLE et coll. ont pourtant constaté un abaissement important du score RE dans une population de céphalalgiques dont les céphalées sont majoritairement mixtes (37).
En revanche, l'effondrement des scores RP et BP est en adéquation avec les données d'autres études, démontrant que la douleur ressentie par les céphalalgiques entraîne une réelle souffrance physique qui ne leur permet pas d'accomplir leurs tâches quotidiennes de manière satisfaisante.
Il semblerait donc que les céphalées mixtes entraînent, à l'instar des autres céphalées, un retentissement majeur sur le quotidien des patients, en rapport avec leur état physique. Il n'existe en revanche que peu de désordres psychiques à type d'anxiété, de dépression qui de plus ne paraissent pas retentir sur le quotidien des patients atteints.
L'étude de TJAKKES et coll. montrait que les scores RE et MH d'une population de patients présentant un SADAM (sans céphalée associée) n'étaient pas différents de ceux de la population générale, suggérant que les patients s'étaient, avec le temps, habitués à leur pathologie. Ils la considéraient comme faisant partie intégrante de leur vie évitant ainsi la détérioration de leur santé psychique (38).
Bien que dans notre étude, les patients présentant un SADAM aient plus volontiers une altération des dimensions psychiques, cette explication peut être transposée aux patients atteints de l'association céphalées de tension-migraine dont la qualité de vie, et particulièrement les dimensions psychiques, est peu altérée.
Il semble même que la présence de céphalées de tension au sein d'une association soit plutôt un facteur protecteur particulièrement en ce qui concerne la santé psychique. Ceci nous paraît étonnant puisque la céphalée de tension a plus de risque de survenir chez un individu dépressif (39). Cependant il a été démontré que les profils de personnalité sont normaux chez les patients atteints de céphalées de tension épisodiques et les troubles anxieux et dépressifs sont plus fréquents lorsqu'elles sont chroniques (40). Cette explication nous parait plausible puisque notre population présentait majoritairement des céphalées de tension épisodiques.
Ceci suggère que les patients expérimentant ces céphalées, qui peuvent parfois durer plusieurs jours, soient contraints d'accepter cette douleur comme partie prenante de leur quotidien afin de continuer à avancer dans leur vie. Il est possible qu'ils y soient d'autant plus obligés qu'une autre céphalée est associée.

On constate également que dans la majorité des cas, la présence de céphalées liées à un SADAM apparaît comme un facteur aggravant l'altération de la qualité de vie, et ceci de manière globale.
Cette observation s'explique probablement par le fait que les céphalées liées à un SADAM peuvent se manifester par une douleur continue mais également par des paroxysmes très liés à des activités banales comme parler, manger, et retentissent ainsi sur la vie quotidienne. Ceci n'est pas contradictoire avec l'étude de TJAKKES et coll. puisque leur population présentait des SADAM sans céphalée associée qui sont probablement des formes moins sévères (38).

Le nombre de céphalées associées ne semblent pas altérer différemment la qualité de vie des patients atteints de céphalées mixtes.

Nos faibles effectifs pour chaque céphalée mixte ne nous ont malheureusement pas permis de mettre en évidence de différence statistiquement significative des scores. Cependant toutes ces observations incitent à mener une étude de plus grande envergure afin d'élucider le poids de chaque céphalée au sein d'une céphalée mixte pour orienter les interventions médicales futures.

Nous avons observé une altération globale de la qualité de vie chez les hommes et une dégradation plus centrée sur la douleur, les limitations liées à l'activité physique et la vitalité chez les femmes.
Ces résultats sont différents de ceux constatés par MARCUS qui a démontré qu'au sein d'une population de céphalalgiques suivis en consultation spécialisée, il n'existait pas de différence des scores du SF-36 selon le sexe (41). Notre observation va même à l'encontre des résultats de l'étude de BINGEFORS qui a constaté que les hommes céphalalgiques présentaient principalement une dégradation de la composante physique des scores du SF-36 tandis que les femmes céphalalgiques voyaient leurs dimensions psychiques plus altérées (42).
Il nous paraît donc difficile de tirer des conclusions sur la qualité de vie de nos patients selon le sexe puisque d'une part nos résultats ne sont pas significatifs statistiquement et d'autre part ils ne sont pas toujours en accord avec les autres études de céphalalgiques.

La corrélation statistiquement significative observée dans notre étude entre l'âge et le score PF n'est pas caractéristique de nos patients puisqu'elle a été constaté dès l'administration du SF-36 à la population générale (21). Il est en effet logique que lorsque l'on avance en âge, on se sente de plus en plus limité dans ses activités physiques, ce qui est d'autant plus facilement observable dans notre population dont plus de la moitié dépasse les 54 ans.

Bien que les corrélations ne soient pas statistiquement significatives, on observe une dégradation des scores PF et GH lorsque l'ancienneté de suivi augmente. Cela ne remet pas en cause l'efficacité de la prise en charge mais peut plutôt révéler, pour la dimension GH, le sentiment d'une mauvaise santé générale que peuvent éprouver les patients lorsqu'ils sont suivis par un spécialiste pendant de nombreux mois plutôt que par leur médecin généraliste.

Pour la dimension PF, TJAKKES et coll. ont également observé cette corrélation évoquant que le retentissement sur la vie quotidienne des limitations liées à l'état physique est plus important lorsque les douleurs sont anciennes et donc évoluent depuis longtemps (38).

Notre étude a démontré une corrélation clinique entre les dimensions psychiques de nos patients et la consommation médicamenteuse, cette corrélation étant statistiquement significative pour RE et non significative pour MH.
Leur santé psychique a en effet tendance à être plus altérée lorsque leur consommation médicamenteuse augmente, ce qui met probablement en exergue le sentiment qu'ils éprouvent d'être enchaînés aux médicaments pour réussir à poursuivre leurs activités de la vie quotidienne.
L'amélioration de ces scores, observée lorsqu'ils diminuent leur consommation, témoigne vraisemblablement de la sensation de libération alors ressentie.

5.3 COMPARAISON DE NOS SCORES A CEUX D'AUTRES ETUDES

L'étude de ZIEGLER et coll. en 1996 n'avait pas constaté de différence de retentissement des céphalées entre les migraineux et les patients atteints de céphalées mixtes. Cependant cette étude n'utilisait pas le SF-36 comme outil de mesure de la qualité de vie (43).
Lorsqu'on compare nos scores à ceux de la cohorte GAZEL de l'étude de MICHEL et coll., on constate que nos scores sont globalement inférieurs à ceux des migraineux et des patients atteints de céphalées de tension, exception faite des dimensions psychiques (44).
Cependant, leurs patients issus de la population générale présentent possiblement des céphalées moins invalidantes que nos patients suivis en consultation spécialisée.
Les études suivantes réalisées en consultation spécialisée confirment tout de même cette tendance.
MONZON et coll. ont démontré une altération plus importante de la qualité de vie tous scores confondus des patients atteints de CCQ, sans et avec abus médicamenteux, par rapport aux migraineux. L'étude de leurs travaux nous apprend que nos scores sont, sauf pour la dimension RE, globalement inférieurs à ceux des migraineux épisodiques et supérieurs à ceux des patients atteints de céphalées chroniques (9).
MELETICHE et coll. ont également établi que la qualité de vie des patients présentant des migraines transformées était plus altérée dans les 8 domaines du SF-36 que celle des migraineux épisodiques. La comparaison à leurs résultats confirme également que nos scores sont majoritairement inférieurs à ceux des patients migraineux épisodiques, mais supérieurs à ceux des patients atteints de migraines transformées (16).
L'étude de WANG et coll. atteste également que nos scores sont globalement inférieurs à ceux des migraineux épisodiques et qu'ils sont majoritairement supérieurs ou équivalents à ceux des patients atteints de CCQ (17). En effet, si l'on prend en compte les migraineux chroniques seuls, nos scores sont tous supérieurs sauf pour BP. Si l'on considère les patients atteints de céphalées de tension chroniques, les scores sont supérieurs pour RP, GH, SF et RE, équivalents pour PF, VT et MH, et inférieur pour BP.
L'étude de D'AMICO et coll. montre également que nos scores restent supérieurs à ceux d'une population de migraineux chroniques avec abus médicamenteux (45).

Il ressort donc de la comparaison de nos scores à ceux d'autres études, qu'exception faite du score RE, la qualité de vie de nos patients atteints de céphalées mixtes est plus mauvaise que celle des patients atteints de céphalées épisodiques simples mais reste cependant meilleure que celle des patients présentant des céphalées chroniques.
Il faut bien évidemment émettre des réserves concernant ces comparaisons puisque chaque étude a sa propre méthodologie mais cette impression globale émerge.

6. EVOLUTION DE LA QUALITE DE VIE ET DE LA CONSOMMATION MEDICAMENTEUSE

Nous nous attendions à une amélioration significative de la qualité de vie de nos patients lors de leur prise en charge. Nous n'avons pourtant observé qu'une augmentation non statistiquement significative des scores PF et VT.

Il semblerait en effet que le bénéfice de la prise en charge spécialisée améliore dans un premier temps la vitalité ressentie par le patient, malgré sa baisse lors de la seconde consultation. Ceci évoque l'énergie dépensée initialement par les patients afin de réussir à mettre en pratique l'éducation reçue, c'est à dire distinguer leurs différentes céphalées et mettre en place leurs thérapeutiques spécifiques, tout en privilégiant la solution non médicamenteuse.
Cette hypothèse paraît cohérente lorsqu'on observe lors de la seconde consultation, une diminution de leur consommation médicamenteuse de plus de la moitié. Il semblerait que dans un premier temps cette réduction de consommation ne majore pas l'altération de la qualité de vie liée aux douleurs (BP) et l'aurait même améliorée.
L'amélioration associée du score PF confirme la vitalité retrouvée des patients par la réduction de l'impact de leurs céphalées sur leurs activités physiques, et ce malgré la diminution en fin d'étude du score BP. Ceci paraît nous dire que l'éducation est assimilée, les patients ont diminué leur consommation médicamenteuse, mais les douleurs peuvent être plus difficiles à faire reculer et donc plus invalidantes. Les patients semblent cependant en tirer un bénéfice en se sentant plus énergiques et moins limités dans leurs activités physiques.

Ces améliorations sont cependant modestes et peuvent s'expliquer par l'utilisation du SF-36. En effet, comme tous les questionnaires génériques, celui-ci est peu sensible aux changements, même s'il est parmi ceux-ci probablement le plus capable de les détecter (21). L'évolution des scores rend donc probablement peu compte de la réalité de ce changement d'autant plus que l'étude se déroule sur une courte période.

L'existence de 6 perdus de vue constitue également un biais dans l'interprétation des données d'évolution. Il est en effet possible que ces patients aient interrompu leur suivi en raison de l'amélioration de la gestion de leurs céphalées, nous privant ainsi de scores s'améliorant au fil des consultations.

On peut également supposer que l'amélioration de la qualité de vie s'observe plus tardivement lors de la prise en charge, intervenant après la réduction de la consommation médicamenteuse. En effet, comme nous l'avons évoqué précédemment, l'éducation

enseignée nécessite un temps d'apprentissage avec toute la difficulté que celui-ci comporte à ses débuts.
On peut aussi se demander si l'éducation enseignée aux patients, qui vise notamment à réduire leur consommation médicamenteuse, est bien en accord avec leurs attentes.

Il a été pourtant démontré dans l'étude de SMITH et coll. que l'éducation des migraineux améliorait leur qualité de vie à 3 mois. Cependant, le HIT-6 utilisé dans cette étude est un questionnaire spécifique qui, comme nous l'avons précisé plus haut, est plus sensible au changement. D'autre part, le programme d'éducation proposé qui comprenait 2 heures de consultation ainsi que 7 outils utilisables à domicile paraît plus intensif que notre prise en charge. On peut également suggérer que l'existence d'une céphalée unique rend l'éducation plus aisée et donc l'amélioration de la qualité de vie plus précoce (46).
Cependant, HARPOLE et coll. ont également démontré une amélioration des scores du SF-36 chez 54 patients atteints de plusieurs céphalées (à l'exception d'un patient) à 6 mois d'un programme d'éducation. Cette amélioration concernait tous les scores mais n'était pas statistiquement significative pour PF et GH. L'éducation reçue comprenait un entretien en groupe de 2 heures, un entretien individuel ainsi que des supports vidéo et écrits utilisés à domicile et nous paraît encore une fois plus soutenue que la nôtre. L'effectif plus important peut également expliquer la détection des augmentations de scores (37).
L'étude de NASH et coll. démontrait aussi une amélioration de tous les scores du SF-36 associée à la réduction de plus de la moitié de la consommation mensuelle d'unités de traitement de crise lors d'une prise en charge spécialisée. Celle-ci comprenait un module d'éducation du patient à comprendre et reconnaître ses céphalées, un module d'entraînement à la relaxation et un module d'entraînement à la gestion du stress et de la douleur. Cependant l'effectif était encore une fois beaucoup plus important (80 patients) que le nôtre et l'amélioration des scores PF et RE n'était pas statistiquement significative. La population de patients ne comprenait que 39% de patients atteints de céphalées mixtes qui n'étaient composées que de céphalées de tension et migraine. La prise en charge comprenait 10 modules de 90 minutes chacun. On est encore une fois assez loin de notre moyenne de 3 consultations d'une durée d'environ 30 minutes dont ont bénéficié nos patients. L'effectif est également beaucoup plus important et cette population ne comporte que des patients atteints d'un type de céphalées mixtes qui sont de plus minoritaires (47).

Au vu de la discordance de nos résultats avec ceux de ces travaux, il pourrait être intéressant de réaliser une étude sur l'évolution de la qualité de vie en fonction des différents types de céphalées mixtes afin d'évaluer l'adéquation entre l'intervention médicale et les attentes des patients selon les céphalées associées.

L'évolution des scores par type de céphalées mixtes est difficile à interpréter car les effectifs sont très faibles.
On peut cependant remarquer que le score RP augmente systématiquement dans les groupes de 2 céphalées comportant les céphalées liées à un SADAM. Il semblerait donc que la gêne liée à l'état physique diminue plus facilement lors de l'éducation du patient atteint de céphalées liées à un SADAM. Ceci peut s'expliquer par l'amélioration de la reconnaissance et de la gestion de ces douleurs qui comme on l'a dit précédemment sont très liées aux activités essentielles de la vie quotidienne telles la parole, la mastication.

En ce qui concerne les groupes comprenant les céphalées de tension excepté celui associant céphalées de tension et migraine, c'est le score MH qui augmente invariablement évoquant que la prise en charge spécialisée a permis d'améliorer leur santé psychique.

CONCLUSION

Cette étude qui est, à notre connaissance, la seule à s'intéresser exclusivement aux céphalées mixtes a été particulièrement bien accueillie par les patients interrogés. Lors de l'entretien, ils rapportaient un sentiment d'incompréhension de la part d'une majorité de soignants. Ils considéraient en effet que ceux-ci sous-estimaient leur souffrance et son retentissement sur leur vie quotidienne, en raison du caractère bénin de leur pathologie.

Bien qu'elle soit purement descriptive, cette étude est particulièrement riche d'enseignements et révèle certaines caractéristiques des patients atteints de céphalées mixtes qui nous incitent à faire quelques recommandations qui nécessiteront d'être évaluées ultérieurement dans des études analytiques.

Bien que l'association céphalées de tension-migraine reste la plus fréquente des associations que nous avons constatées, elle se révèle être la céphalée mixte dont le retentissement sur la qualité de vie est le plus faible et dont la consommation médicamenteuse est la moins élevée.

Notre étude a mis en exergue la place prépondérante qu'occupe le SADAM au sein des céphalées mixtes, impliquant la nécessité de sa recherche chez tout patient souffrant de céphalées, à plus forte raison si ces céphalées sont médiées par le système trigéminal. Ce dépistage s'avère d'autant plus nécessaire que le SADAM apparaît comme un facteur majorant l'altération de la qualité de vie des patients atteints de céphalées mixtes.

Notre travail a mis en évidence l'impact majeur des céphalées mixtes sur la qualité de vie des patients qui en sont atteints. Les résultats restent cependant rassurants en ce qui concerne la santé psychique, évoquant chez ces patients en particulier le développement d'un mécanisme d'intégration de leur douleur à leur quotidien afin de se préserver. Il apparaît également que leur qualité de vie est globalement plus altérée que les patients atteint de céphalées simples mais meilleure que celle des patients atteints de CCQ.

Notre étude a confirmé la consommation médicamenteuse dangereuse des patients atteints de céphalées mixtes imposant une évaluation régulière et minutieuse de leur consommation lors de toute prescription médicale. Il paraît également nécessaire de sensibiliser le patient céphalalgique à la limitation de sa consommation, et ce le plus tôt possible car une consommation médicamenteuse élevée et évoluant depuis longtemps semble plus difficile à faire reculer.

Nous avons également observé la diminution de la consommation médicamenteuse lors de la prise en charge en consultation spécialisée. La qualité de vie semble plus lente à s'améliorer témoignant sans doute de la difficulté initiale pour le patient à assimiler l'éducation enseignée et notamment le changement de ses habitudes thérapeutiques. La composante psychique de la qualité de vie a cependant tendance à s'améliorer lorsque la consommation médicamenteuse diminue attestant probablement d'un sentiment de libération ressenti par le patient.

Au vu de ces résultats, il nous paraît intéressant de mener dans un futur proche plusieurs études comportant de plus grands effectifs pour confirmer d'une part la fréquence des SADAM chez les patients atteints de céphalées mixtes, d'autre part l'altération de leur

qualité de vie, particulièrement lorsqu'un SADAM est présent, ainsi que l'importance de cette altération par rapport aux patients atteints de céphalées simples et chroniques.

Il semble enfin que le médecin généraliste occupe une place essentielle dans la gestion des patients céphalalgiques puisqu'il est le premier intervenant ainsi que le référent et que les consultations spécialisées sont saturées.
Il doit tour à tour comprendre son caractère invalidant, rechercher plusieurs céphalées chez un même patient, tout particulièrement les céphalées liées à un SADAM, par un interrogatoire et un examen minutieux, éduquer le patient à reconnaître chaque céphalée et à mettre en place la bonne thérapeutique en privilégiant la solution non médicamenteuse, surveiller la consommation médicamenteuse et réévaluer encore et encore.

BIBLIOGRAPHIE

1. Stovner LJ, Hagen K, Jensen R, Katsarava Z, Lipton R, Scher A et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. Cephalalgia. 2007 Mar;27(3):193-210.

2. Jensen R, Stovner LJ. Epidemiology and comorbidity of headache. Lancet Neurol. 2008 Apr;7(4):354-61.

3. Dousset V, Henry P. Céphalées chroniques quotidiennes, céphalées par abus médicamenteux Définitions, épidémiologie. Doul et Analg. 2005;18(4):135-38.

4. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The international Classification of Headache Disorders. 2nd Edition. Cephalalgia. 2004;24 (Suppl 1):9-160.

5. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. CCQ (céphalées chroniques quotidiennes) : diagnostic, rôle de l'abus médicamenteux, prise en charge. Argumentaire. Paris : ANAES. Septembre 2004.

6. Vinding GR, Zeeberg P, Lyngberg A, Nielsen RT et Jensen R. The burden of headache in a patient population from a specialized headache centre. Cephalalgia. 2007 Mar;27 (3):263-70.

7. Taimi C, Navez M, Perrin AM, Laurent B. Céphalées par abus des traitements symptomatiques antalgiques et antimigraineux: analyse des données recueillies, évaluation du vécu et de l'efficacité du sevrage effectué par 43 patients du centre antidouleur de Saint-Étienne. Doul et Analg. 2002;15(3):115-24.

8. Zeeberg P, Olesen J, Jensen R. Efficacy of multidisciplinary treatment in a tertiary referral headache centre. Cephalalgia. 2005 Dec;25(12):1159-67.

9. Monzón MJ, Láinez MJA. Quality of life in migraine and chronic daily headache patients. Cephalalgia. 1998 Nov;18(9):638-43

10. Duru G, Auray JP, Gaudin AF, Dartigues JF, Henry P, Lantéri-Minet M et al. Impact of headache on quality of life in a general population survey in France (GRIM2000 Study). Headache. 2004 Jun;44(6):571-80.

11. Silberstein SD, Lipton RB, Solomon S, Mathew NT. Classification of daily and near-daily headaches: proposed revisions to the IHS criteria. Headache. 1994;34:1-7.

12. Lantéri-Minet M, Auray JP, el Hasnaoui A, Dartigues JF, Duru G, Henry P et al. Prevalence and description of chronic daily headache in the general population in France. Pain. 2003;102:143-9.

13. Auray JP, Impact socio-économique de la migraine et des céphalées en France. CNS Drugs. 2006;20 Spec no.1:37-46.

14. Lantéri-Minet M. Céphalées par abus médicamenteux. Rev Neurol. 2005;161:6-7,725-8.

15. Guitera V, Muñoz P, Castillo J, Pascual J. Quality of life in chronic daily headache: study in a general population. Neurology. 2002 Apr 9;58(7):1062-5.

16. Meletiche DM, Lofland JH, Young WB. Quality-of-life differences between patients with episodic and transformed migraine. Headache. 2001 Jun;41(6):573-8.

17. Wang SJ, Fuh JL, Lu SR, Juang KD. Quality of life differs among headache diagnoses: analysis of SF-36 survey in 901 headache patients. Pain. 2001 Jan;89(2-3):285-92.

18. Creac'h C. Céphalées quotidiennes chroniques par abus de médicaments antalgiques: diagnostic et prise en charge thérapeutique. Méd Ther. 2003 Nov-Dec;9(4):169-79.

19. Evers S, Jensen R. Treatment of medication overuse headache--guideline of the EFNS headache panel. Eur J Neurol. 2011 Sep;18(9):1115-21.

20. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. CCQ (céphalées chroniques quotidiennes) : diagnostic, rôle de l'abus médicamenteux, prise en charge. Recommandations. Paris : ANAES. Septembre 2004.

21. Leplège A, Ecosse E, Pouchot J, Coste J, Perneger T. Le questionnaire MOS SF-36 - manuel de l'utilisateur et guide d'interprétation des scores. Paris: Estem; 2001.

22. Gantenbein AR, Kozak S, Agosti F, Isler H. Headache patients in primary care and a tertiary care unit in Zürich, Switzerland. Cephalalgia. 2006 Dec;26(12):1451-7.

23. Guerrero ÁL, Rojo E, Herrero S, Neri MJ, Bautista L, Peñas ML et al. Characteristics of the first 1000 headaches in an outpatient headache clinic registry. Headache. 2011 Feb;51(2):226-31.

24. Relja G, Granato A, Maria Antonello R, Zorzon M. Headache induced by chronic substance use: analysis of medication overused and minimum dose required to induce headache. Headache. 2004 Feb;44(2):148-53.

25. Jonsson P, Linde M, Hensing G, Hederund T. Sociodemographic differences in medication use, health-care contacts and sickness absence among individuals with medication-overuse headache. J Headache Pain. 2012 Jun;13(4):281-90.

26. Lyngberg AC, Rasmussen BK, Jørgensen T, Jensen R. Has the prevalence of migraine and tension-type headache changed over a 12-year period? A Danish population survey. Eur J Epidemiol. 2005;20(3):243-9.

27. Dousset V, Henry P, Michel P. Epidémiologie des céphalées. Rev Neurol. 2000;156:4S 24-9.

28. Dousset V, Brochet B. Céphalées de tension. EMC-Neurologie 2(2005) 301-7.

29. Goulet JP, Breton S, Nachaat P (trans.), « Critères Diagnostiques de recherche des Désordres Temporomandibulaires CDR/DTM [archive] », *RDC-TMDinternational.org*, novembre 2002.

30. Gonçalves DA, Bigal ME, Jales LC, Camparis CM, Speciali JG. Headache and symptoms of temporomandibular disorder: an epidemiological study. Headache 2010 Feb;50(2):231-41.

31. Bodéré C, Pionchon P. Douleurs oro-faciales et céphalées secondaires. Rev Neurol. 2005;161(6-7):716-9.

32. Ballegaard V, Thede-Schmidt-Hansen P, Svensson P, Jensen R. Are headache and temporomandibular disorders related? A blinded study. Cephalalgia. 2008 Aug;28(8): 832-41.

33. Glaros AG, Urban D, Locke J. Headache and temporomandibular disorders: evidence for diagnosic and behavioural overlap. Cephalalgia. 2007 Jun;27(6):542-9.

34. Bevilaqua-Grossi D, Lipton RB, Napchan U, Grosberg B, Ashina S, Bigal ME. Temporomandibular disorders and cutaneous allodynia are associated in individuals with migraine. Cephalalgia. 2010 Apr;30(4):425-32.

35. Navez M, Créac'h C, Koenig M, Cathébras P, Laurent B. Algies faciales typiques et atypiques: du diagnostic au traitement. Rev Med Interne. 2005 Sep;26(9):703-16.

36. Thiéry G, Sagui E, Guyot L. Algies faciales. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Stomatologie, 22-041-A-10, 2007, Médecine buccale, 28-350-M-10,2008.

37. Harpole LH, Samsa GP, Jurgelski AE, Shipley JL, Bernstein A, Matchar DB. Headache management program improves outcomes for chronic headache. Headache. 2003 Jul-Aug;43(7):715-24.

38. Tjakkes GH, Reinders JJ, Tenvergert EM, Stegenga B. TMD pain: the effect on health related quality of life and the influence of pain duration. Health Qual Life Outcomes. 2010 May 2,8:46.

39. Fumal A, Schoenen J. Céphalées de tension. Rev Neurol. 2005;161(6-7):720-22.

40. Mitsikostas DD, Thomas AM. Comorbidity of headache and depressive disorders. Cephalalgia. 1999 May;19(4):211-7.

41. Marcus DA. Gender differences in treatment-seeking chronic headache sufferers. Headache. 2001 Jul-Aug;41(7):698-703.

42. Bingefors K, Isacson D. Epidemiology, co-morbidity, and impact on health-related quality of life of self-reported headache and musculoskeletal pain--a gender perspective. Eur J Pain. 2004 Oct;8(5):435-50.

43. Ziegler DK, Paolo AM. Self-reported disability due to headache: a comparison of clinic patients and controls. Headache. 1996 Sep;36(8):476-80.

44. Michel P, Dartigues JF, Lindoulsi A, Henry P. Loss of productivity and quality of life in migraine sufferers among French workers: results from the GAZEL cohort. Headache. 1997 Feb;37(2):71-8.

45. D'Amico D, Usai S, Grazzi L, Rigamonti A, Solari A, Leone M et al. Quality of life and disability in primary chronic daily headaches. Neurol Sci. 2003 May;24 Suppl. 2:S97-100.

46. Smith TR, Nicholson RA, Banks JW. Migraine education improves quality of life in a primary care setting. Headache. 2010 Apr;50(4):600-12.

47. Nash JM, Park ER, Walker BB, Gordon N, Nicholson RA. Cognitive-behavorial group treatment for disabling headache. Pain Med. 2004 Jun;5(2):178-86

ANNEXES

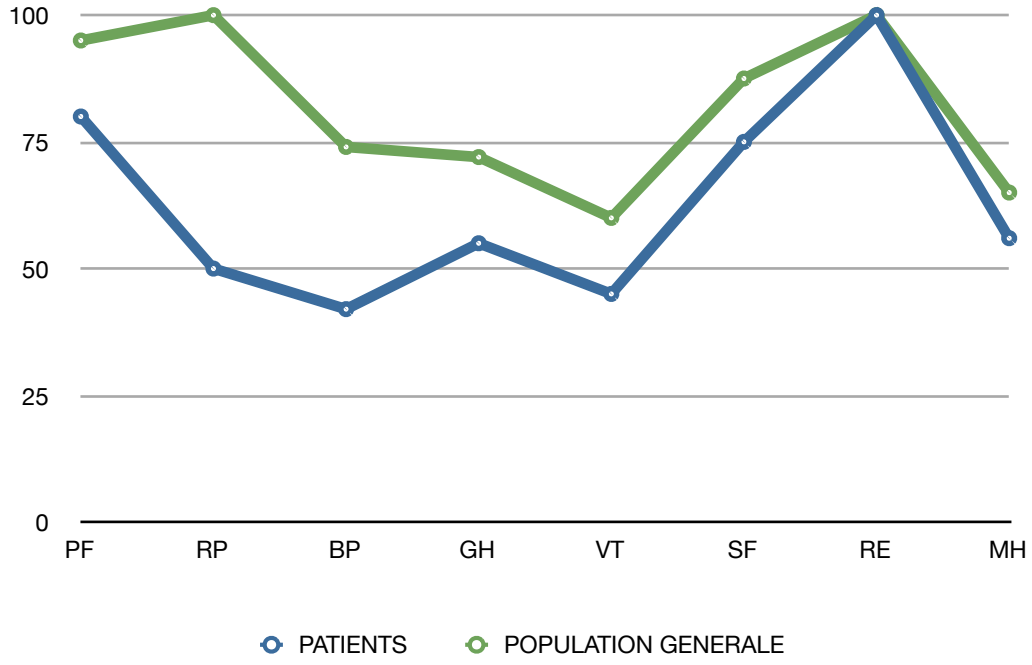
ANNEXE 1

Tableau 25: Comparaison des médianes des scores du SF-36 de nos patients et de la population générale.

PF		RP		BP		GH		VT		SF		RE		MH	
Pat.	PG	Pat.	PG	Pat.	PG	Pat.	PG	Pat.	PG	Pat.	PG	Pat.	PG	Pat.	PG
80	95	50	100	42	74	55	72	45	60	75	87,5	100	100	56	65

Pat. : Patients
PG : Population Générale

Graphique 4 : Comparaison des médianes de nos patients et de la population générale.



ANNEXE 2
SF-36

1- Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

1 : excellente
2 : très bonne
3 : bonne
4 : médiocre
5 : mauvaise

2- Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé actuel ?

1 : bien meilleur que l'an dernier
2 : plutôt meilleur
3 : à peu près pareil
4 : plutôt moins bon
5 : beaucoup moins bon

3- Voici la liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel :

A : Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport...
. Oui, très limité(e) . Oui, peu limité(e) . Non, pas du tout limité(e)

B : Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules...
. Oui, très limité(e) . Oui, peu limité(e) . Non, pas du tout limité(e)

C : Soulever et porter les courses
. Oui, très limité(e) . Oui, peu limité(e) . Non, pas du tout limité(e)

D : Monter plusieurs étages par l'escalier
. Oui, très limité(e) . Oui, peu limité(e) . Non, pas du tout limité(e)

E : Monter un étage par l'escalier
. Oui, très limité(e) . Oui, peu limité(e) . Non, pas du tout limité(e)

F : Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir
. Oui, très limité(e) . Oui, peu limité(e) . Non, pas du tout limité(e)

G : Marcher plus d'un kilomètre à pied
. Oui, très limité(e) . Oui, peu limité(e) . Non, pas du tout limité(e)

H : Marcher plusieurs centaines de mètres
. Oui, très limité(e) . Oui, peu limité(e) . Non, pas du tout limité(e)

I : Marcher une centaine de mètres
. Oui, très limité(e) . Oui, peu limité(e) . Non, pas du tout limité(e)

J : Prendre un bain, une douche ou s'habiller
. Oui, très limité(e) . Oui, peu limité(e) . Non, pas du tout limité(e)

4- Au cours de ces quatres dernières semaines et en raison de votre état physique :

A : Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activité habituelles ?
. Oui . Non

B : Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?
. Oui . Non

C : Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ?
. Oui . Non

D : Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité ? (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire)
. Oui . Non

5- Au cours de ces quatre dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)) :

A : Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou activités habituelles ?

. Oui . Non

B : Avez-vous accompli moins de choses que vous l'auriez souhaité ?

. Oui . Non

C : Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?

. Oui . Non

6- Au cours de ces quatre dernières semaines, dans quelle mesure votre état de santé, physique ou émotionnel vous a-t-il gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis ou vos connaissances ?

1 : pas du tout
2 : un petit peu
3 : moyennement
4 : beaucoup
5 : énormément

7- Au cours de ces quatre dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs (physiques) ?

1 : nulle
2 : très faible
3 : faible
4 : moyenne
5 : grande
6 : très grande

8- Au cours de ces quatre dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous-ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques :

1 : pas du tout
2 : un petit peu
3 : moyennement
4 : beaucoup
5 : énormément

9- Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces quatre dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces quatre dernières semaines y a-t-il eu des moments où :

A : Vous vous êtes senti(e) dynamique ?

. En permanence . Très souvent . Souvent . Quelquefois . Rarement . Jamais

B : Vous vous êtes senti(e) très nerveux(se) ?

. En permanence . Très souvent . Souvent . Quelquefois . Rarement . Jamais

C : Vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ?

. En permanence . Très souvent . Souvent . Quelquefois . Rarement . Jamais

D : Vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ?

. En permanence . Très souvent . Souvent . Quelquefois . Rarement . Jamais

E : Vous vous êtes senti(e) débordant d'énergie ?

. En permanence . Très souvent . Souvent . Quelquefois . Rarement . Jamais

F : Vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ?

. En permanence . Très souvent . Souvent . Quelquefois . Rarement . Jamais

G : Vous vous êtes senti(e) épuisé(e) ?

. En permanence . Très souvent . Souvent . Quelquefois . Rarement . Jamais

H : Vous vous êtes senti(e) heureux(se) ?

. En permanence . Très souvent . Souvent . Quelquefois . Rarement . Jamais

I : Vous vous êtes senti(e) fatigué(e) ?

. En permanence . Très souvent . Souvent . Quelquefois . Rarement . Jamais

10- Au cours de ces quatre dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel vous a gêné(e) dans votre vie et vos relations avec les autres, votre famille et vos connaissances ?

1 : En permanence
2 : Une bonne partie du temps
3 : De temps en temps
4 : Rarement
5 : Jamais

11- Indiquez pour chacune des phrases suivantes dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas :

A : Je tombe malade plus facilement que les autres

. Totalement vrai . Plutôt vrai . Je ne sais pas . Plutôt fausse . Totalement fausse

B : Je me porte aussi bien que n'importe qui

. Totalement vrai . Plutôt vrai . Je ne sais pas . Plutôt fausse . Totalement fausse

C : Je m'attends à ce que ma santé se dégrade

. Totalement vrai . Plutôt vrai . Je ne sais pas . Plutôt fausse . Totalement fausse

D : Je suis en excellente santé

. Totalement vrai . Plutôt vrai . Je ne sais pas . Plutôt fausse . Totalement fausse

Académie d'Orléans – Tours

Université François-Rabelais

Faculté de Médecine de TOURS

MILLET Hélène **Thèse n°**

63 pages – 25 tableaux – 4 graphiques

Résumé :

Les céphalées mixtes qui sont définies par l'association chez un même patient d'au moins deux types de céphalées sont peu étudiées. Elles sont pourtant très souvent à l'origine des Céphalées par Abus Médicamenteux qui sont très invalidantes et coûteuses.
L'objectif de cette thèse est de déterminer quelles sont ces céphalées mixtes ainsi que d'apprécier l'évolution de la qualité de vie et la consommation médicamenteuse des patients lors de la prise en charge spécialisée.
Nous avons mené, auprès de 29 patients majeurs atteints de céphalées mixtes suivis en consultation douleur au Centre Hospitalier de Blois, une étude descriptive recueillant la qualité de vie à l'aide du SF-36 et la consommation médicamenteuse en unités de traitement de crise mensuelle, à 3 reprises à 3 mois d'intervalle.
L'analyse des résultats a montré une majorité d'association céphalées de tension et migraine. Le SADAM semble occuper une place importante au sein des céphalées mixtes. La consommation médicamenteuse, supérieure aux recommandations de l'ANAES, est dangereuse et la qualité de vie est très altérée à l'exception de la dimension psychique.
L'éducation du patient à reconnaître chaque céphalée, ainsi qu'à mettre en place la thérapeutique adaptée en privilégiant les solutions non médicamenteuses, a permis de réduire de moitié la consommation médicamenteuse. Toutefois, la qualité de vie semble plus lente à s'améliorer.
Chez un patient céphalalgique, le dépistage de plusieurs céphalées, particulièrement celles liées à un SADAM, l'éducation et la réévaluation régulière de la consommation médicamenteuse sont essentiels lors de sa prise en charge par le médecin généraliste.

Mots clés :

- Céphalées mixtes
- Qualité de vie
- SF-36
- Consommation médicamenteuse

Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre-François DEQUIN
Membres : Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH
Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Monsieur le Docteur Benoît LAFON

Date de la soutenance : Vendredi 28 septembre 2012