

UNIVERSITE LILLE 2– DROIT ET SANTE

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2012

N°

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**DEVENIR DE LA MIGRAINE DE L'ENFANT
EN NORD-PAS-DE-CALAIS
ENQUETE AUPRES D'ENFANTS MIGRAINEUX
VUS EN CONSULTATION DE NEUROPEDIATRIE AU CHRU DE LILLE**

Présentée et soutenue publiquement le 15 mai 2012

Par Mathilde TOURTE

Jury

Président: Monsieur le Professeur Louis VALLEE

**Assesseurs: Monsieur le Professeur Luc DEFEBVRE
Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE**

**Directeur de Thèse: Monsieur le Docteur Christian LUCAS
Co-directeur: Monsieur le Docteur Jean-Christophe CUVELLIER**

TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION.....	9
II.	METHODOLOGIE.....	10
	A. Type d'étude.....	10
	B. Protocole d'étude.....	10
	1. Population.....	10
	2. Recueil des données anamnestiques.....	10
	3. Elaboration du questionnaire.....	11
	4. Test du questionnaire.....	11
	C. Déroulement de l'enquête téléphonique.....	12
	D. Analyse statistique.....	13
	E. Recherche documentaire.....	14
	F. Aspects légaux et éthiques.....	14
III.	RESULTATS.....	15
	A. Caractéristiques démographiques de la population d'étude.....	15
	B. Devenir des enfants migraineux.....	17
	1. Rémission.....	17
	2. Persistance des céphalées.....	17
	2.1. Pas de changement de diagnostic.....	19
	2.2. Changement de diagnostic.....	20
	2.3. Evolution vers des CCQ.....	21
IV.	DISCUSSION.....	23
	A. Caractéristiques démographiques de la population d'étude.....	23
	B. Devenir des enfants migraineux.....	23
	1. Evolution de la migraine de l'enfant.....	23
	2. Devenir par type de migraine initial.....	24
	3. Evolution vers les CTT.....	24
	4. Evolution vers les CCQ.....	25
	C. Facteurs pronostiques.....	25
	D. Points forts et biais de l'étude.....	26
	1. Points positifs de l'étude.....	26
	2. Points négatifs de l'étude.....	27
V.	CONCLUSION.....	28
VI.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	29
VII.	LISTE DES ABREVIATIONS.....	32
VIII.	ANNEXES.....	33

I. INTRODUCTION

La migraine de l'enfant est une affection invalidante dont la prévalence est estimée à 7,7%[1].

Elle appartient, avec les céphalées de type-tension (CTT), les céphalées trigémino-vasculaires et les céphalées chroniques quotidiennes (CCQ) aux céphalées primaires.

Les céphalées primaires récurrentes des enfants et adolescents peuvent avoir un impact considérable sur leur qualité de vie. En conséquence, leur fonctionnement psychosocial peut être altéré dans divers de la vie quotidienne, y compris avec la famille, les amis, dans les activités de loisir et dans la productivité à l'école ou au travail, à l'origine d'un coût non négligeable [2]. Leur pronostic est donc essentiel.

C'est un authentique problème de santé publique. Les céphalées appartiennent aux dix motifs de consultation les plus fréquents en médecine générale et le médecin généraliste, premier recours dans la migraine, joue un rôle important dans leur suivi au long cours [3].

Leur diagnostic est facilité par l'emploi de la première partie de la seconde édition de la classification (ICHD-II), développée par l'International Headache Society (IHS), qui est d'une aide précieuse au diagnostic [4].

L'une des nouveautés de l'ICHD-II [4] est d'avoir introduit des items propres à l'enfant. Si l'ICHD-II [4] ne reconnaît pas le concept de CCQ, elle fournit des critères diagnostiques pour les quatre sous-types de CCQ [5].

Peu d'études donnent une idée de l'évolution de la migraine de l'enfant sur le long terme [6-15]. Ces études sont marquées par une extrême hétérogénéité qui rend difficiles les comparaisons. Les différences observées tiennent à la population d'étude, à la durée du suivi, aux tranches d'âges étudiées, aux critères diagnostiques et à la méthode utilisés.

L'objectif principal de cette étude est de décrire, à long terme, le devenir des enfants migraineux vus en consultation au CHRU de Lille, en s'intéressant:

- à la rémission ou la poursuite de la migraine;
- à l'apparition d'un nouveau type de migraine (migraine sans aura (MSA), migraine avec aura (MA) ou migraine sans et avec aura (MSA+MA));
- au changement de catégorie diagnostique (de céphalées ou de type de migraine) comme les CTT ou l'évolution vers des CCQ.

L'objectif secondaire est de déterminer les facteurs pronostiques du devenir évolutif: sexe, type de migraine initial, âge au contact téléphonique, âge de début des crises migraineuses, âge à la date de la première consultation spécialisée et délai écoulé entre la première consultation et le contact téléphonique.

II. METHODOLOGIE

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive, purement observationnelle, unicentrique avec suivi d'une cohorte de patients.

B. Protocole d'étude

1. Population

- Critères d'inclusion:

Nous avons inclus tous les patients ayant reçu un diagnostic de migraine lors d'une consultation en Neuropédiatrie au CHRU de Lille entre 1997 et 2011, qu'il s'agisse d'une MSA, d'une MA ou d'une MSA+MA.

Les diagnostics de MSA (code 1. 1), MA (code 1. 2) ou MSA+MA (codes 1. 1 et 1. 2) ont été posés selon les critères de l'ICHD-II.

Ces patients sont répertoriés dans une base de données tenue par le Docteur Cuvellier, référent céphalées de l'enfant au CHRU de Lille.

- Critères d'exclusion:

Nous n'avons pas inclus dans l'étude:

- les enfants ayant des équivalents migraineux ou syndromes périodiques de l'enfance habituellement précurseurs de migraine (code 1. 3).
- les enfants ayant une migraine "probable" (code 1. 6).
- les enfants ayant d'emblée un diagnostic de CTT ou de CCQ.

2. Recueil des données anamnestiques

Cette étape s'est déroulée au secrétariat de Neuropédiatrie au premier étage du CHRU de Lille. Le recueil des données a été réalisé à l'aide:

- de la base de données du Docteur Cuvellier regroupant les enfants ayant consulté pour céphalées en Neuropédiatrie.

- de l'outil informatique du CHRU « Otaia », avec comme critères de recherche tous les enfants inclus dans notre étude ayant consulté dans le service de Neuropédiatrie.

L'étude de ces dossiers cliniques a permis de recueillir les informations suivantes:

- identité précise du patient et date de naissance
- coordonnées des patients et de leur famille afin de pouvoir les contacter a posteriori.
- date de la première consultation en Neuropédiatrie.
- histoire clinique de la migraine: âge lors de la consultation, diagnostic (type de migraine), signes cliniques, âge de début de la migraine, antécédents familiaux, modalités et efficacité du traitement débuté, résultats...

3. Elaboration du questionnaire

Un questionnaire anonyme type (Annexe 1), permettant une enquête du devenir des enfants migraineux, a été élaboré à partir des données de la littérature. Il comporte deux parties et nous a permis de recueillir les informations suivantes:

Première partie: contexte initial (consultation avec le Docteur Cuvellier)

Etude du dossier médical et administratif – Compte rendu de consultation

- nom, prénom, sexe;
- date de naissance;
- diagnostic retenu lors de la consultation de Neuropédiatrie (MSA, MA ou MSA+MA);
- type de MA en cas de MA exclusive ou de MSA+MA (visuelle, sensitive, aphasique ou motrice);
- âge estimé du début de la migraine (tranches d'âges: moins de 5 ans, entre 5 et 8 ans, entre 8 et 12 ans, plus de 12 ans).

Deuxième partie: suivi (entretien téléphonique)

- date du contact téléphonique;
- persistance ou non des céphalées depuis la dernière consultation;
- persistance ou non du même type de céphalées;
- nouveau type de céphalées en cas de modifications;

- apparition, uniquement, de MA ou de MSA, en cas de modification de la migraine
- type de MA en cas d'apparition de MA;
- âge approximatif de la transformation des crises migraineuses (âge de début des MSA, des MA, des CTT, des CCQ);
- évolution vers des CTT isolées ou associées à une migraine;
- évolution vers des CCQ;
- diagnostic actuel en cas de persistance de céphalées: MSA, MA (+ type de MA), MSA+MA (+ type de MA), CTT.

Les données du questionnaire ont permis d'établir les informations suivantes: âge à la consultation en Neuropédiatrie, âge lors du contact téléphonique, délai écoulé entre la première consultation et le contact téléphonique (dernière date en cas de rappels multiples), délai écoulé entre le diagnostic à la première consultation et la modification diagnostique.

Un patient était considéré comme en rémission s'il n'avait pas présenté de crise migraineuse au cours des douze mois précédant le contact téléphonique.

4. Test du questionnaire

Une étude préliminaire « test » a été effectuée en mai 2012 afin de mettre au point et d'améliorer l'enquête définitive. Ainsi, le questionnaire a été testé auprès des 50 premiers migraineux dans les mêmes conditions que l'enquête définitive.

Le test a permis de mesurer la compréhension des questions par les enquêtés, de chronométrer le questionnaire et d'obtenir un commentaire sur l'appréciation globale de celui-ci.

Un réajustement du questionnaire a été entrepris par la suite à l'aide des conclusions de cette étude "test".

C. Déroulement de l'enquête téléphonique

Après inclusion dans l'étude, l'enfant (s'il était majeur) et/ou de son représentant légal (s'il était encore mineur) ont été contacté par téléphone et invités à répondre à un questionnaire téléphonique concernant le devenir de la migraine.

L'enquête téléphonique s'est déroulée du 4 octobre au 7 décembre 2011.

Un premier appel permettait de solliciter directement le patient ou l'un des ses parents pour participer à l'enquête téléphonique.

L'accroche au questionnaire (Annexe 2), dictée au préalable, permettait à l'enquêteur de se présenter et de présenter succinctement l'objet de son appel, de définir le sujet, l'objectif de la thèse ainsi que les modalités de l'enquête, le respect de l'anonymat et la brièveté du questionnaire.

Après accord de l'interlocuteur et recueil de son consentement éclairé pour la participation à l'enquête, celle-ci pouvait être réalisée aussitôt ou à distance au cours d'un nouvel entretien téléphonique, en fonction de ses disponibilités.

Le questionnaire durait environ cinq minutes. Les questions étaient lues de façon identique pour chacun. Les réponses données étaient précisément retranscrites sur papier au moment de l'entretien téléphonique. Les précisions de l'enquêté concernant ses réponses étaient notées lorsqu'ils paraissaient intéressants pour l'analyse des résultats mais aucun commentaire n'était fait par l'enquêteur lors des entretiens.

Si le patient n'était pas joignable la première fois, nous avons tenté, avant abandon, de le joindre au minimum deux fois à nouveau, à au moins une semaine d'intervalle et à des horaires différents de la journée.

En cas d'échec caractérisé de l'appel, ("mauvais" numéro, numéro non attribué, changement de coordonnées téléphoniques, déménagement...), le patient était considéré comme « perdu de vue ».

D. Analyse statistique

L'analyse statistique a été confiée à l'unité de Biostatistiques du pôle de Santé Publique du CHRU de Lille et a été réalisée grâce au logiciel SAS (Système d'Analyse Statistique) par Mesdames J. Salleron et N. Ramdane.

Un rendez-vous dans le service de Santé Publique a eu lieu le 4 octobre 2011 avec une statisticienne pour présenter notre étude et mettre définitivement au point notre questionnaire afin d'améliorer notre enquête statistique.

Nous avons stratifié la population en sous-groupes en fonction du type de migraine initial (MSA, MA, MSA+MA) afin de pouvoir comparer le devenir des enfants des différentes catégories.

L'analyse descriptive porte sur l'ensemble des variables recueillies. Nous avons calculé les nombres absolus et les pourcentages pour les variables quantitatives, et, la médiane, la moyenne, la répartition par quartiles et les valeurs extrêmes pour les variables continues.

Des comparaisons « avant-après » ont été réalisées grâce au test de Mc Nemar.

Une différence était considérée comme statistiquement significative lorsque la valeur de p était inférieure à 0,05.

La saisie informatique, le traitement statistique des données des questionnaires et leur analyse ont été faites grâce au logiciel Microsoft Excel®.

E. Recherche documentaire

Une recherche bibliographique a été réalisée par interrogation systématique sur internet de MEDLINE via Pubmed.

Celle-ci a été complétée par une recherche de publications et d'essais cliniques en langue française ou anglaise et par la consultation d'articles de revues scientifiques comme Headache, Céphalalgie, Neurology, Revue Neurologique...

F. Aspects légaux et éthiques

Le protocole d'étude a été soumis au Comité d'Ethique du Nord pas de Calais.

Avant de débiter véritablement l'entretien téléphonique et le questionnaire, nous avons successivement:

- vérifié qu'il s'agissait effectivement de l'enfant majeur ou de son représentant légal s'il était encore mineur;
- précisé le thème, le cadre (thème pour le DES de Médecine Générale) et les objectifs de l'étude;
- expliqué le respect de l'anonymisation lors de la saisie et du traitement des données des questionnaires conformément à l'article 27 de la loi « Informatique et Libertés ».
- informé le patient et/ou son représentant légal de leur droit de refuser de participer à l'étude;
- recueilli, pour terminer, leur consentement oral après leur avoir fourni ces informations.

Le financement de l'étude était un autofinancement par l'intermédiaire de l'Association de Recherche et d'Enseignement sur la Migraine, présidée par le Dr Lucas. Aucune autre source de financement n'a été nécessaire.

III. RESULTATS

Parmi les 509 dossiers inclus initialement, seuls 456 se sont avérés exploitables, c'est à dire contenant suffisamment d'informations pour permettre de contacter le patient ou sa famille.

Les 53 autres dossiers correspondaient aux enfants non retrouvés au niveau du logiciel informatique de l'hôpital (19), ceux dont le dossier ne comportait pas de numéro de téléphone (26), ou ceux ayant la même identité qu'un (7) ou deux (1) autres patients dans le logiciel informatique.

Aucun patient ou représentant légal n'a émis d'opposition suite à notre appel téléphonique; c'est donc parmi ces 456 dossiers d'enfants migraineux qu'a été réalisée l'étude.

Au total, 67,4% des patients inclus ont répondu au questionnaire téléphonique.

A. Caractéristiques démographiques de la population d'étude

La population d'enfants répondeurs comporte 54,5% de garçons (187) et 45,5% de filles (156).

Les âges moyen et médian étaient respectivement de 10,3 ans et 10,7 ans [2-18,7] à la consultation, de 15,1 ans et 15,3 ans [4,5-22,4] lors du contact téléphonique.

La migraine avait débuté entre 5 et 12 ans pour 67,6% d'entre eux.

Les délais moyen et médian depuis la première consultation étaient de 4,9 et 4,8 ans [0,5-14,6].

A la première consultation, 64,7% (222) des enfants présentaient une MSA, 14,3% (49) une MA et 21,0% (72) une MSA+MA. Les auras étaient majoritairement visuelles (63,3% dans la MA, 75,0% dans la MSA+MA).

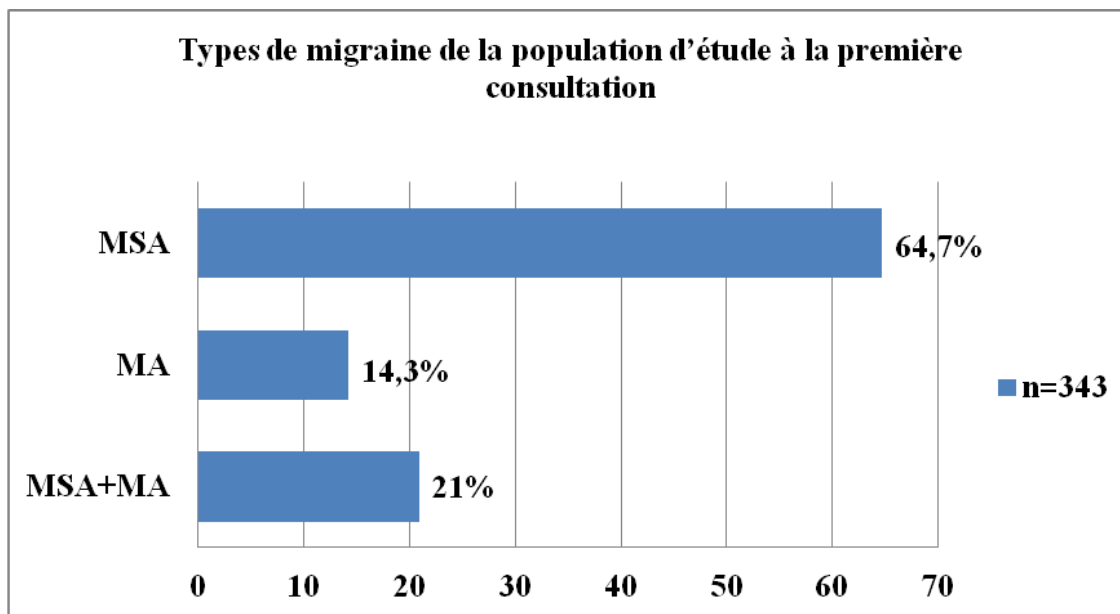


Figure 1: Types de migraine de la population d'étude à la première consultation

La répartition des types de migraine à la première consultation des enfants recontactés diffère en fonction du sexe. Parmi les filles, 59% (92) présentaient une MSA, 19,9 % (31) une MA et 21,1% (33) une MSA+MA. Parmi les garçons, 69,5% (130) présentaient une MSA, 9,6% (18) une MA et 20,9% (39) une MSA+MA.

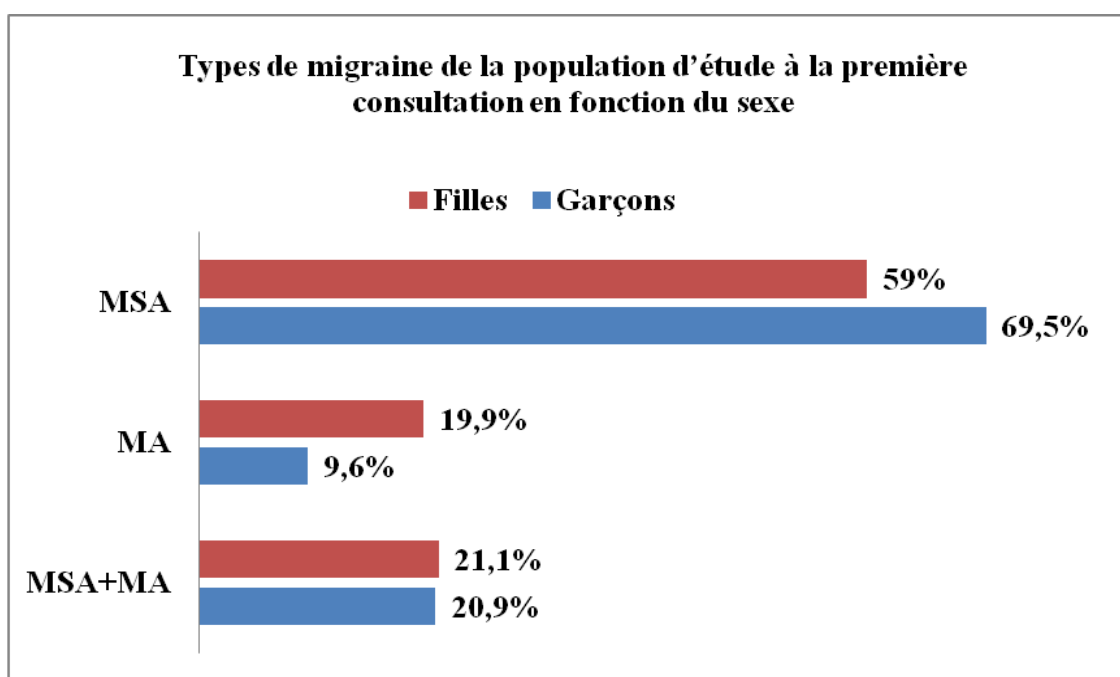


Figure 2: Types de migraine de la population d'étude à la première consultation en fonction du sexe

B. Devenir des enfants migraineux

1. Rémission

Soixante-dix huit enfants (22,7%) n'ont plus de céphalées. Ce groupe comporte 61,5% de garçons, 38,5% de filles. Les âges moyen et médian sont de 14,2 ans [4,6-22,3].

Ces patients représentent 45 patients (20,3%) ayant une MSA, 15 ayant une MA (30,6%) et 18 ayant une MSA+MA (25,0%) à la première consultation. Il s'agit de 19,2% des filles et 25,7% des garçons recontactés.

2. Persistance des céphalées

Deux-cent-soixante-cinq enfants (77,3%) ont toujours des céphalées: 193 (72,8%) ont maintenant une MSA, 23 (8,7%) une MA, 21 (7,9%) une MSA+MA et 28 (10,6%) ont uniquement des CCT. Les auras sont majoritairement visuelles (78,3% dans la MA, 76,2% dans la MSA+MA).

Ce groupe comporte 52,4% de garçons et 47,6% de filles. L'âge moyen est de 15,4 ans, la médiane de 15,6 ans [4,5-22,4].

Ces patients représentent 79,7% des patients ayant une MSA, 69,4% de ceux ayant une MA et 75% de ceux ayant une MSA+MA à la première consultation. Il s'agit de 80,8% des filles (54,5% pour la MSA, 9% pour la MA, 8,3% pour la MSA +MA, 9% pour les CCT) et de 74,3% des garçons recontactés (57,8% pour la MSA, 1% pour la MA, 8% pour la MSA +MA, 7,5% pour les CCT).

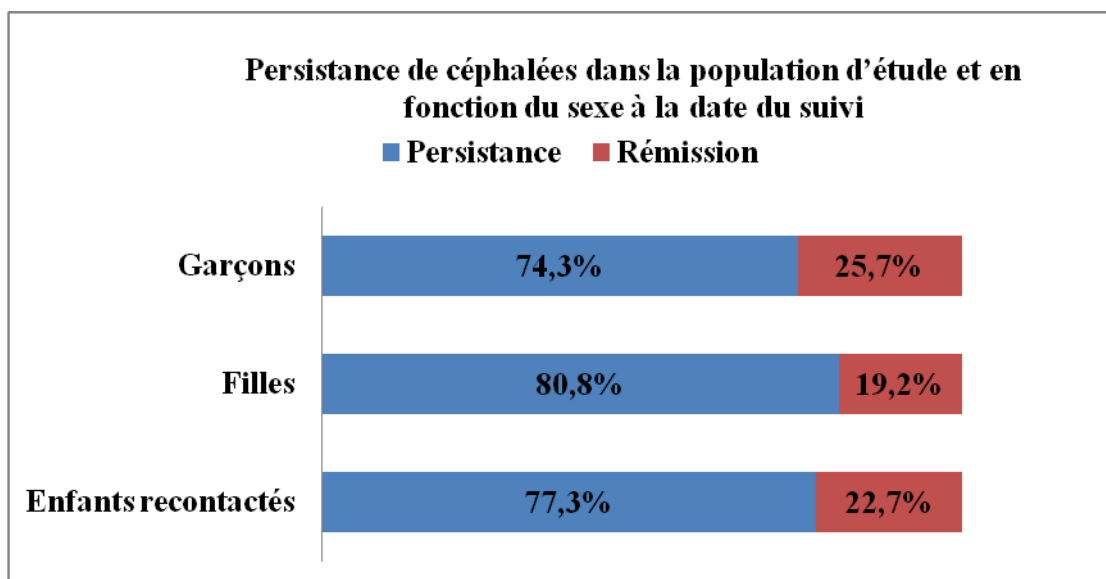


Figure 3: Persistance de céphalées dans la population d'étude et en fonction du sexe à la date du suivi

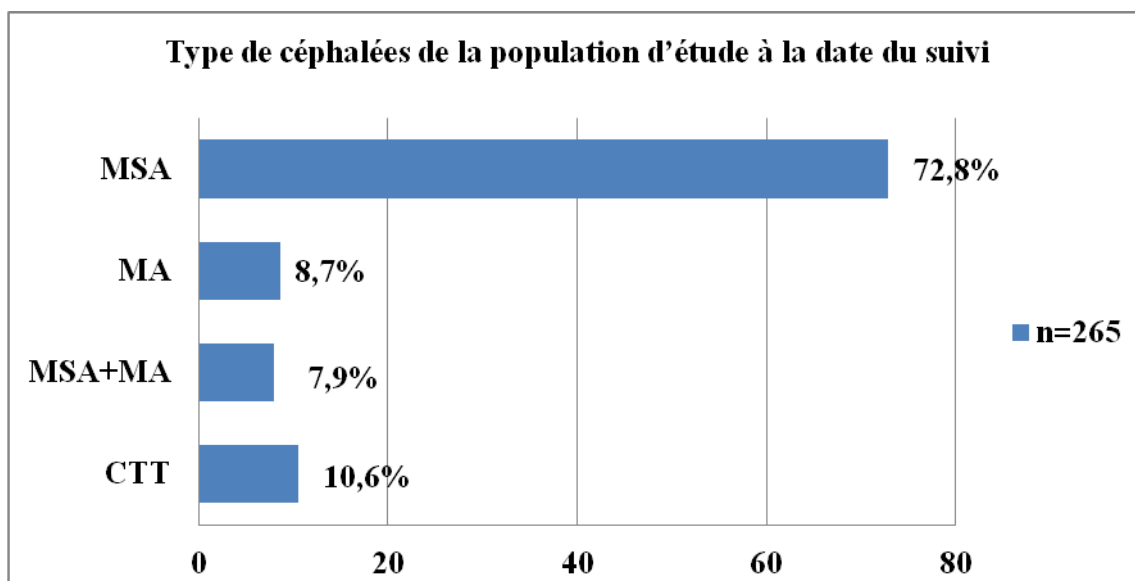


Figure 4: Type de céphalées de la population d'étude à la date du suivi

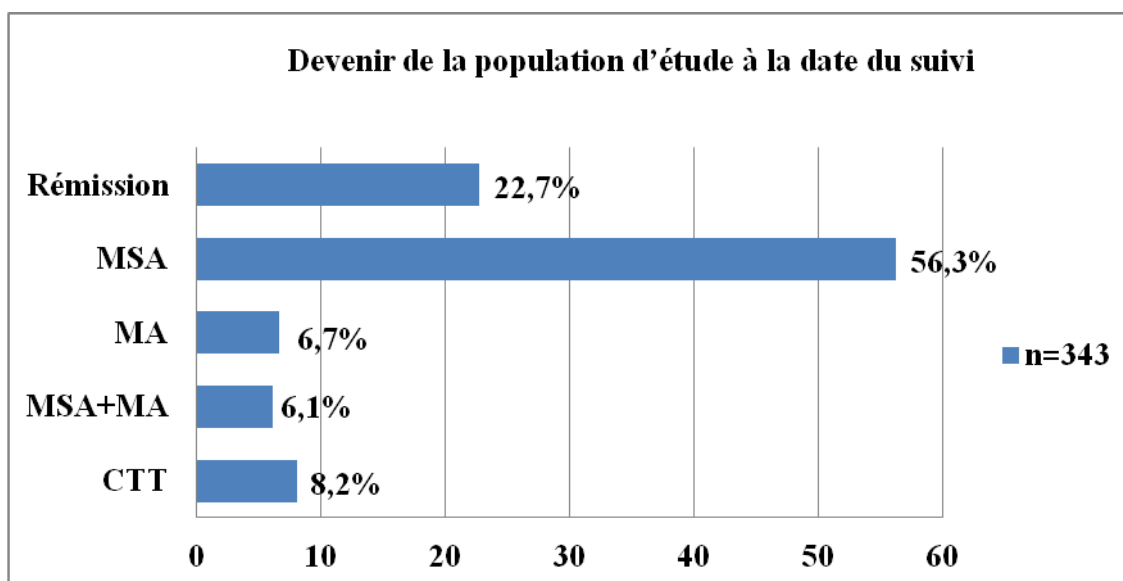


Figure 5: Devenir de la population d'étude à la date du suivi

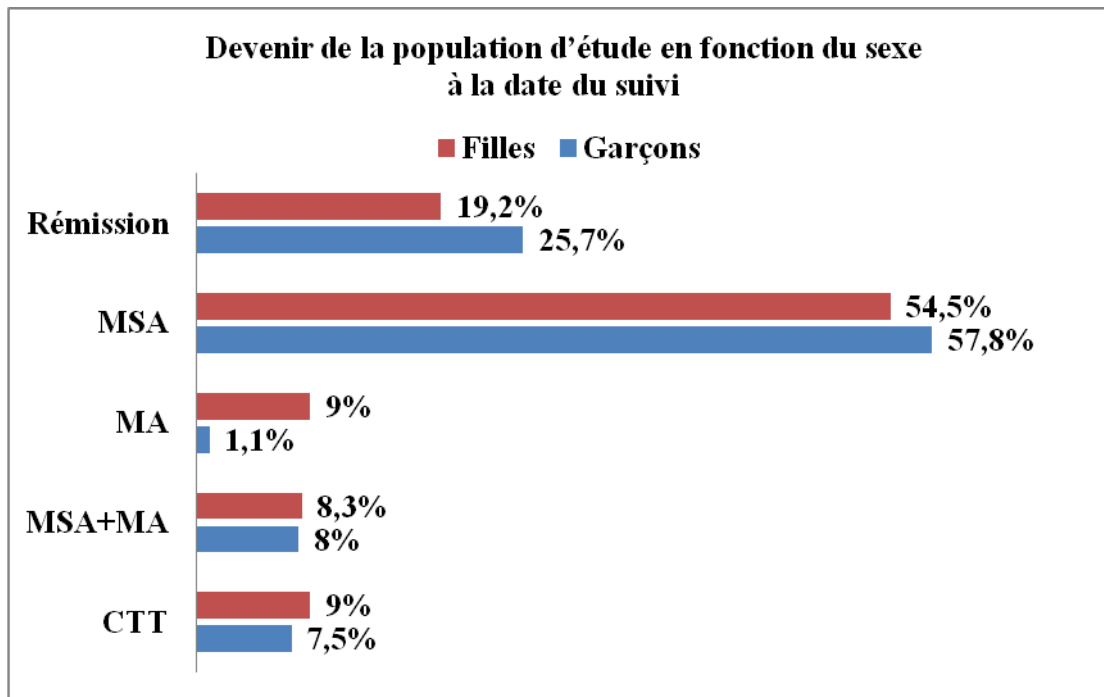


Figure 6: Devenir de la population d'étude en fonction du sexe à la date du suivi

2. 1. Pas de changement de diagnostic

Dans la population d'étude, 183 enfants (53,4%) ne changent pas de diagnostic.

Ils représentent 69,1% des enfants présentant toujours des céphalées.

Dans ce groupe, 149 (81,4%) ont toujours une MSA, 18 (9,8%) ont toujours une MA et 16 (8,7%) ont toujours une MSA + MA. Il est composé de 55,2% de garçons et de 44,8% de filles. L'âge moyen est de 15 ans, la médiane de 14,9 ans [4,5-22,3].

Ces enfants représentent 67% des patients ayant une MSA, 36,7% de ceux ayant une MA et 22,2% de ceux ayant une MSA+MA à la première consultation. Il s'agit de 52,6% des filles et 54% des garçons recontactés.

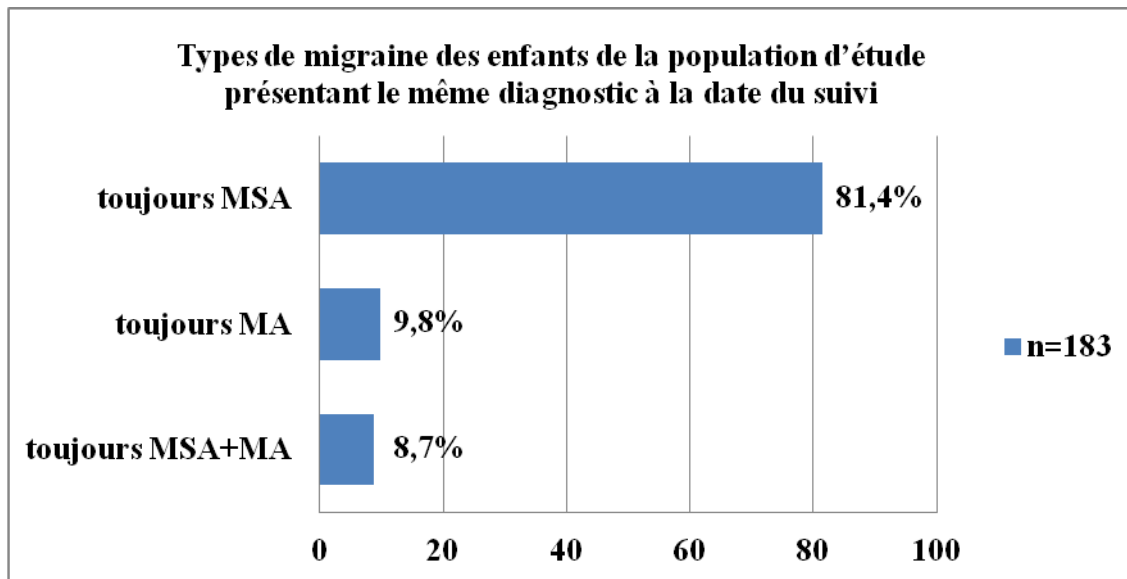


Figure 7: Types de migraine des enfants présentant le même diagnostic à la date du suivi

2. 2. Changement de diagnostic

Dans la population d'étude, 82 enfants (23,9%) changent de diagnostic.

Ils représentent 30,9% des enfants présentant toujours des céphalées.

Dans ce groupe:

- 44 (53,7%) ont nouvellement une MSA.

Ce groupe comporte 47,7 % de garçons et 52,3% de filles. Les âges moyen et médian sont de 13 ans [7-19]. Ces patients représentent 24,5% des patients ayant une MA et 44,4% de ceux ayant une MSA+MA à la première consultation. Il s'agit de 14,7% des filles et 11,2% des garçons recontactés.

- 5 (6,1%) ont nouvellement une MA. Il s'agit d'une MA visuelle dans tous les cas.

Ce groupe comporte 40% de garçons et 60% de filles. L'âge moyen est de 12,8 ans, la médiane de 13 ans [10-15]. Ces patients représentent 2,3% des patients ayant une MSA à la première consultation. Il s'agit de 1,9% des filles et 1,1% des garçons recontactés.

- 5 (6,1%) ont nouvellement une MSA+MA. La MA est une MA visuelle dans tous les cas. Ce groupe comporte 20% de garçons et 80% de filles. L'âge moyen est de 11,6 ans, la médiane de 13 ans [6-17]. Ces patients représentent 0,9% des patients ayant une MSA et 6,1% de ceux ayant une MA à la première consultation. Il s'agit de 2,6% des filles et 0,5% des garçons recontactés.

- 28 (34,1%) ont nouvellement des CTT.

Dans ce groupe, le sex ratio est de 1 (14 filles, 14 garçons). L'âge moyen est de 15,2 ans et la médiane de 16 ans [6-21]. Il s'agit de 10,6% des enfants toujours céphalalgiques et 8,2% de la population d'étude.

Il s'agit pour 75,0% (21) d'entre eux d'enfants qui présentaient une MSA (1 (3,6%) présentait une MA et 6 (21,4%) une MSA+MA). L'intervalle moyen de transformation est de 3,6 ans.

Ces patients représentent 9,5% des patients ayant une MSA, 2% de ceux ayant une MA et 8,3% de ceux ayant une MSA+MA à la première consultation.

Il s'agit de 9% des filles et 7,5% des garçons recontactés.

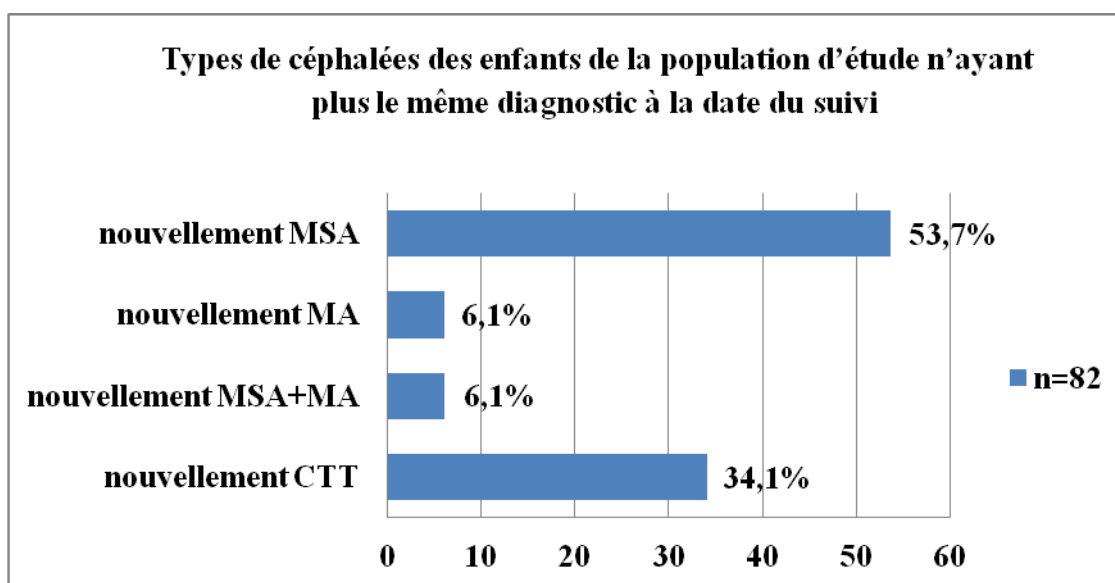


Figure 8: Types de céphalées chez les enfants n'ayant plus le même diagnostic à la date du suivi

2. 3. Evolution vers des CCQ

20 enfants (5,8%) de la population d'étude évoluent vers des CCQ.

Ils représentent 8,4% des enfants toujours des migraineux.

Parmi ces enfants, 16 (80%) ont une MSA, 2 (10%) ont une MA et 2 (10%) ont une MSA+MA. Ce groupe comporte 45% de garçons, 55% de filles. L'âge moyen est de 15,7 ans, la médiane de 16 ans [8-21].

Parmi ces enfants, 13 (5,9%) avaient une MSA, 4 (8,2%) une MA et 3 (4,2%) une MSA+MA à la première consultation. Il s'agit de 7% des filles et 4,8% des garçons recontactés. L'intervalle moyen de transformation est de 4,5 ans.

Il s'agit de 16 enfants ne changeant pas de diagnostic (13 présentant une MSA, 2 une MA et 1 une MSA+MA) et de 4 enfants changeant de diagnostic (2 patients présentant une MSA+MA évoluant vers une MSA, 1 patient présentant une MA évoluant vers une MSA et 1 patient présentant une MA évoluant vers une MSA+MA).

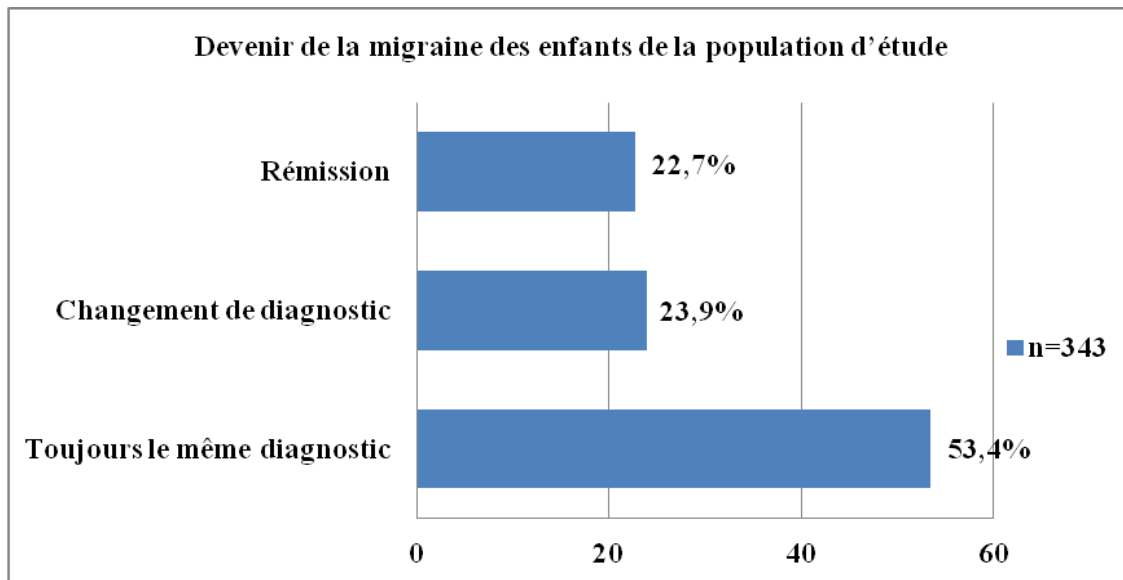


Figure 9: Devenir de la migraine des enfants de la population d'étude

IV. DISCUSSION

A la date du suivi, 22,7% des enfants de la population d'étude n'ont plus de céphalées, 53,4% ont le même type de migraine et 23,9% ont changé de diagnostic.

A. Caractéristiques démographiques de la population d'étude

Notre cohorte est proche en termes d'âge et de sex ratio d'autres études voisines.

L'âge moyen des patients à la date du suivi est de 15,1 ans [4,5-22,4] avec une prédominance de garçons (54,5%). Il est de $17,6 \pm 3,1$ ans [11-26] avec 47,6% de garçons dans l'étude de Kienbacher [12] et de $10,2 \pm 2,7$ ans [4-17] avec 57,1% de garçons dans celle de Zebenholzer [15].

Dans la population générale, le sex ratio est de 1 avant 12 ans avec une prépondérance masculine pour la MSA, la MA ayant toujours une prépondérance féminine. A la puberté, la prévalence augmente rapidement chez les filles et 10 à 20% d'entre elles voient débiter la migraine à cette période. La proportion devient alors de 3 à 4 filles pour 1 garçon [16].

L'âge moyen à la première consultation de notre population d'étude était de 10,3 ans [2-18,7] et environ 1/3 des enfants (34,7%) avaient plus de 12 ans.

Plus de 2/3 des enfants (67,6%) avaient vu survenir leur migraine entre 5 et 12 ans (environ 1/3 entre 5 et 8 ans et 1/3 entre 8 et 12 ans). Il y avait peu de différence selon le sexe. Il est difficile d'établir une comparaison avec les autres études de la littérature étant donné la construction de notre questionnaire sur ce point. Les premières crises de migraine surviennent en moyenne à 7,2 ans chez le garçon et à 10,9 ans chez la fille [1].

Le recul de notre étude par rapport à la première consultation était de 4,9 ans en moyenne. Il est marqué par une forte hétérogénéité comme le suggèrent les valeurs extrêmes [0,5-14,6]. Dans l'étude de suivi de Zebenholzer, les patients étaient réexaminés 2 ± 5 ans après la première consultation [15].

B. Devenir de la migraine de la population d'étude

1. Evolution de la migraine de l'enfant

Au total, dans notre étude, 22,7% des enfants recontactés n'ont plus de céphalées.

Parmi ceux présentant toujours des céphalées, 89,4% ont une migraine et 10,6% évoluent vers des CTT.

Un chiffre comparable est mis en évidence dans l'étude de Kienbacher, puisque sur 140 patients initialement diagnostiqués migraineux, 25,7% ne présentaient plus de céphalées à long terme. Parmi ceux présentant toujours des céphalées, 48,6% avaient une migraine et 25,7% des CTT lors du suivi [12]. Guidetti constate que 30% des enfants souffrant de migraine ou de CTT deviennent asymptomatiques [9].

Dans l'étude de Bille rapportant le devenir de 73 enfants migraineux suivi pendant 40 ans, la migraine avait débuté vers 6 ans en moyenne, 62% des enfants n'avaient pas fait de crise de migraine pendant au moins 2 ans. Avec un recul de 30 ans, 60% des patients souffraient toujours de migraine. Après l'âge de 50 ans, 46% présentaient toujours une migraine. Environ 33% avaient présenté à nouveau des crises de migraine après un intervalle de 6 ans en moyenne [7].

2. Devenir en fonction du type de migraine initial

D'après le test de Mc Nemar, le devenir des enfants migraineux par type de migraine initiale était significatif.

Parmi les enfants présentant une MSA, environ 1/5 (20, 3%) n'ont plus de céphalées. Environ 2/3 (67%) ont le même diagnostic (13 ont des CCQ), 2,3% développent une MA, 0,9% une MSA+MA et environ 1/10 (9,5%) évoluent vers des CTT ($p = 0,0495$).

Parmi les enfants présentant une MA, moins d'1/3 (30,6%) n'ont plus de céphalées. Plus d'1/3 (36,7%) ont le même diagnostic (2 ont des CCQ), environ 1/4 (24,5%) développent une MSA (1 a des CCQ), 6,1% une MSA+MA (1 a des CCQ) et 2% évoluent vers des CTT (p inférieur à 0,0001).

Parmi les enfants présentant une MSA+MA, 1/4 n'ont plus de céphalées. Moins d'1/4 (22,2%) ont le même diagnostic (1 a des CCQ), moins d'1/2 (44,4%) développent une MSA (2 ont des CCQ) et 8,3% évoluent vers des CTT (p inférieur à 0,0001).

3. Evolution vers les CTT

Dans notre étude, 10,6% des enfants souffrant encore de céphalées ont des CTT exclusives au suivi (8,16% de la population d'étude). Le sex ratio est de 1 et la moyenne d'âge de 15 ans en moyenne.

Dans l'étude de Kienbacher, 25,7% des enfants migraineux présentaient des CTT durant le suivi [12]. Une évolution de la migraine vers des CTT a également été rapportée par d'autres auteurs: elle est de 26,5% dans celle de Guidetti [9].

Il existe peu d'études évaluant la prévalence des CTT chez l'enfant avec de grandes différences méthodologiques: la prévalence des CTT est estimée entre 10 et 72% [13], [17]. Avant 11-12 ans, le sex ratio est de 1 puis il existe une prédominance féminine après la puberté.

Des études hospitalières de suivi ont montré que les CTT s'amélioraient dans 44 à 66% des cas avec l'âge (avec un recul de 6 à 20 ans) ou évoluaient vers une migraine, ce qui a conduit certains auteurs à suggérer un continuum entre CTT et migraine [9], [12].

4. Evolution vers les CCQ

Dans notre étude, 5,8% des migraineux développent des CCQ pendant le suivi.

Pour l'HAS, c'est une problématique fréquemment rencontrée chez l'adolescent, particulièrement chez les filles (75%). L'âge moyen est de 11 ans à la première consultation. L'intervalle moyen de transformation entre céphalées épisodique et CCQ est de 1,4 an [18].

Il existe peu d'études sur la prévalence des CCQ chez l'enfant et l'adolescent.

Elle est estimée à environ 1% (2,4% chez les filles, 0,8% chez les garçons) dans l'étude de Wang [19]. L'HAS fait état d'une prévalence des CCQ en consultation pédiatrique spécialisée variant de 35 à 47%. Dans la dernière étude française sur le sujet, les CCQ représentaient 16,5% (34 patients) du recrutement des nouveaux cas du service de Neuropédiatrie du CHU de Lille sur une période de 2 ans [20].

C. Facteurs pronostiques

Trente à 50% des enfants migraineux voient leurs céphalées disparaître avec l'âge, en particulier les garçons [21].

Dans notre étude, le devenir des enfants migraineux semble influencé par:

-l'âge, puisque comme d'autres auteurs, on observe une tendance à l'amélioration en grandissant: 22,7% des enfants recontactés n'ont plus de céphalées 4,9 ans en moyenne après la première consultation. La même tendance a été observée lors d'un suivi de 100 sujets présentant des migraines et CT [9].

-le sexe, avec un pronostic globalement plus favorable pour les garçons (rémission pour 19,2% des filles et 25,7% des garçons, évolution vers des CTT pour 9% des filles et 7,5% des garçons, apparition de CCQ pour 7,1% des filles et 4,8% des garçons). L'étude de la littérature n'est pas concluante car certains auteurs trouvent un pronostic défavorable pour le sexe féminin [7], [9] et d'autres pour le sexe masculin [14]. Une fréquence accrue des

céphalées était associée au sexe féminin ($p=0,04$) en analyse univariée dans l'étude de Kienbacher [12].

-le type de migraine initial, avec un pronostic globalement plus favorable pour la MSA (57,7% des enfants présentant une rémission). A noter cependant que 75% des enfants évoluant vers des CTT présentaient une MSA et que 80% de ceux développant des CCQ ont une MSA. La constatation qu'un diagnostic initial de migraine est lié à une augmentation de la fréquence des céphalées au suivi [12] contraste avec une autre étude indiquant une amélioration [9]. Un diagnostic de migraine initial était associé à une fréquence plus importante des céphalées ($p=0,02$) en analyse univariée dans l'étude de Kienbacher [12].

-l'âge moyen à la date de la première consultation spécialisée est plus faible chez les patients en rémission que chez ceux présentant toujours des céphalées (9,5 contre 10,57 ans). Il était globalement plus élevé chez les enfants évoluant vers des CTT et chez ceux présentant des CCQ (respectivement 11,7 et 12,5 ans). Aussi, un âge de début de consultation tardif semble être un indicateur de moins bonne évolutivité.

L'âge de début des crises, réparti dans notre étude sous forme de tranches d'âges, n'a pas montré d'influence significative.

Pour Kienbacher, le délai entre l'apparition des crises et la première consultation était significativement plus court chez les patients devenus asymptomatiques que chez ceux ayant des céphalées persistantes (médiane de 18 contre 24 mois, $p=0,016$). Ce résultat suggère qu'une intervention précoce pourrait améliorer le pronostic de la migraine de l'enfant [12]. De par la construction de notre questionnaire, il n'a pas été possible de calculer le délai entre l'apparition des crises et la première consultation.

D. Points forts et biais de l'étude

1. Points positifs de l'étude

Ce travail, première étude française sur le sujet, est né d'une collaboration entre une interne de Médecine Générale ayant obtenu le DIU Céphalées-Migraine, un neurologue spécialiste des céphalées de l'adulte (le Docteur Lucas) et un neuropédiatre spécialiste des céphalées de l'enfant (le Docteur Cuvellier). Ce lien entre ces différentes spécialités est à souligner puisqu'il est peu habituel dans les études précédentes sur la migraine de l'enfant et dans le domaine de la recherche en général.

Cette étude, réalisée sur un large échantillon, a permis de colliger l'ensemble des 509 enfants ayant consulté au CHRU de Lille pour céphalées et ayant reçu un diagnostic de MSA, MA et MSA+MA sur une durée moyenne de près de 5 ans. Un tel effectif n'avait pas pu être atteint dans les autres études avec un suivi beaucoup plus court.

Le taux de réponse de 67,3% obtenu au questionnaire téléphonique, la faible proportion de "perdus de vue" et l'absence de refus de participation à l'enquête nous permettent de considérer nos résultats comme représentatifs et comparables aux études voisines antérieures

(55,5% dans l'étude de Kienbacher [12], 62% pour Mazzotta [14] 67,7% pour Zebenholzer [15]).

2. Points négatifs de l'étude

Le biais principal de cette étude est un biais de recrutement.

On étudie le devenir d'une population d'enfants migraineux au sein d'un centre spécialisé, consultant en Neuropédiatrie au CHRU de Lille, et non en population générale ou en cabinet de médecine générale. Certains enfants sont probablement plus complexes cliniquement. Ainsi, on peut s'interroger sur la représentativité de notre échantillon dans la migraine de l'enfant par rapport à la population générale du Nord-Pas-de-Calais, notamment sur le plan du sex ratio qui correspond, dans notre étude, à une majorité de garçons alors qu'il est inversé en population générale [22], [23].

Le caractère rétrospectif de l'étude peut avoir induit un biais de rappel dont il faut tenir compte pour l'interprétation des résultats.

La personne interrogée devait répondre au questionnaire téléphonique en quelques minutes et faire une synthèse du parcours migraineux, ce qui peut paraître difficile sur une période parfois très étendue. Nous aurions pu envoyer le questionnaire lui-même, afin qu'il soit rempli avant l'entretien téléphonique. Cela aurait permis une plus grande précision mais représente un travail fastidieux, un coût considérable et aurait probablement induit d'autres biais.

L'étude du devenir de la migraine de l'enfant par enquête téléphonique fait l'originalité mais aussi la difficulté de ce travail.

Il paraissait judicieux d'interroger directement les enfants migraineux devenus adolescents ou jeunes adultes (ou leurs parents quand ils étaient encore mineurs). Mais les données recueillies au téléphone n'ont pas fait l'objet d'un contrôle clinique et sont sujettes à une certaine approximation, aboutissant à une sur ou sous estimation des diagnostics en fonction du vécu de chacun. Si l'on avait souhaité explorer plus finement ces résultats, il aurait fallu le faire par le biais d'entretiens individualisés en réexaminant chaque patient en consultation, mais cela aurait représenté un travail beaucoup plus fastidieux.

V. CONCLUSION

Cette première étude française permet de conclure que l'évolution des enfants migraineux orientés vers un centre spécialisé en Nord-Pas-de-Calais est favorable dans près d'un quart des cas, avec disparition des céphalées. Mais ces enfants vont, plus que les autres, développer des CTT ou entrer dans le cercle vicieux des CCQ.

Ces résultats semblent similaires à ceux d'autres études voisines avec un échantillon significatif et des enfants français. Toutefois, le taux de rémission (22,7%) semble plus faible que dans les autres études et celui de persistance du diagnostic plus élevé. Un nombre élevé de patients évoluent vers des CCQ et n'ont curieusement pas consulté à nouveau.

Ces constatations sont peut-être en rapport avec une prise en charge thérapeutique imparfaite des enfants migraineux dans la région Nord-Pas-de-Calais. Plusieurs études ont montré une connaissance imparfaite et un faible taux d'application des recommandations thérapeutiques par les médecins généralistes et les pédiatres de la région [20], [22], [23]. La prévalence de l'abus d'antalgiques (52.3%) chez ceux souffrant de CCQ est élevée [20]. Or, l'importance d'une prise en charge adéquate précoce sur le devenir à long terme de la migraine fait actuellement l'objet de discussions [25].

L'incidence pédiatrique de la migraine et des CCQ s'est notablement accrue au cours des trente dernières années [24], ce qui pourrait refléter un changement de style de vie de l'enfant et de l'adolescent dans la société qui peut avoir une influence péjorative sur le devenir de la migraine et son retentissement.

Une meilleure connaissance de la migraine est précieuse en termes de prévention, de diagnostic, de prise en charge et d'information des enfants et de leurs parents.

Il paraît ainsi nécessaire de sensibiliser davantage les médecins traitants et les pédiatres au diagnostic et à une prise en charge adaptée, l'assurance d'un diagnostic de qualité étant le prélude à un traitement adéquat.

Le diagnostic, reposant essentiellement sur l'analyse des caractéristiques sémiologiques et la connaissance des critères de l'ICHD-II, est facile, à condition d'un minimum de méthode. Faute de temps en consultation, le médecin généraliste bénéficie de la durée: il peut revoir fréquemment l'enfant migraineux en consultation et reconsidérer régulièrement son traitement, celui-ci devant faire l'objet d'un ajustement individualisé, adapté aux données évolutives et soucieux de prévenir l'abus d'antalgiques.

Une étude prospective, fondée sur un examen de suivi en consultation d'une population encore plus conséquente, et idéalement nationale, pourrait permettre d'affiner les résultats de notre étude.

VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Abu-Arafeh I, Razak S, Sivaraman B, Graham C. Prevalence of headache and migraine in children and adolescents: a systematic review of population-based studies. *Dev Med Child Neurol* 2010; 52:1088-97.
- [2] Karwautz A, Wöber C, Lang T, Böck A, Wagner- Ennsgraber C, Vesely C et al. Psychosocial factors in children and adolescents with migraine and tension-type headache: a controlled study and review of the literature. *Cephalalgia* 1999; 19:32–43.
- [3] Lanteri-Minet M, Auray JP, El Hasnaoui A, Dartigues JF, Duru G, Henry P, Lucas C, Pradalier A, Chazot G, Gaudin AF. Prevalence and description of chronic daily headache in the general population in France. *Pain*. 2003 Mar;102(1-2):143-9.
- [4] Headache Classification Committee. The international classification of headache disorders, cranial neuralgia and facial pain, 2nd Edition. *Cephalalgia* 2004; 24 (Suppl 1):1-160.
- [5] 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.
- [6] Balottin U, Termine C, Nicoli F, Quadrelli M, Ferrari- Ginevra O, Lanzi G. Idiopathic headache in children under six years of age: a follow-up study. *Headache* 2005; 45:705– 15.
- [7] Bille B. A 40-year follow-up of school children with migraine. *Cephalalgia* 1997; 17:488-91.
- [8] Galli F, Patron L, Russo PM, Bruni O, Ferini-Strambi L, Guidetti V. Chronic daily headache in childhood and adolescence: clinical aspects and a 4-year follow-up. *Cephalalgia* 2004; 24:850-8. Erratum in: *Cephalalgia* 2004; 24:1011.
- [9] Guidetti V, Galli F. Evolution of headache in childhood and adolescence: an 8-year follow-up. *Cephalalgia* 1998; 18:449-54.
- [10] Hernandez-Latorre MA, Roig M. Natural history of migraine in childhood. *Cephalalgia* 2000; 20:573–9.

[11] Kabbouche MA, Powers SW, Vockell AL, LeCates SL, Ellinor PL, Segers A et al. Outcome of a multidisciplinary approach to pediatric migraine at 1, 2, and 5 years. *Headache* 2005; 45:1298-1303.

[12] Kienbacher C, Wober C, Zesch HE, Hafferl-Gattermayer A, Posch M, Karwautz A, et al. Clinical features, classification and prognosis of migraine and tension-type headache in children and adolescents: A long-term follow-up study. *Cephalalgia* 2006; 26:820-30.

[13] Laurell K, Larsson B, Eeg-Olofsson O. Prevalence of headache in Swedish schoolchildren, with a focus on tension-type headache. *Cephalalgia* 2004; 24:380-8.

[14] Mazzotta G, Carboni F, Guidetti V, Sarchielli P, Feleppa M, Gallai V et al. Outcome of juvenile headache in outpatients attending 23 Italian headache clinics. Italian Collaborative Study Group on Juvenile Headache (Societa Italiana Neuropsichiatria Infantile [SINPI]). *Headache* 1999; 39:737-46.

[15] Zebenholzer K, Wöber C, Kienbacher C, Wöber-Bingöl Ç. Migrainous disorder and headache of the tension-type not fulfilling the criteria: a follow-up study in children and adolescents. *Cephalalgia* 2000; 20:611-6.

[16] Lewis D, Ashwal S, Hershey A, Hirtz D, Yonker M, Silberstein S; American Academy of Neurology Quality Standards Subcommittee; Practice Committee of the Child Neurology Society. Practice parameter: pharmacological treatment of migraine headache in children and adolescents: report of the American Academy of Neurology Quality Standards Subcommittee and the Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology* 2004; 63:2215-24.

[17] Ozge A, Bugdayci R, Sasmaz T, Kalegasi H, Kurt O, Karakelle A et al. The sensitivity and specificity of the case definition criteria in diagnosis of headache: a schoolbased epidemiological study of 5562 children in Mersin. *Cephalalgia* 2003; 23:138-45.

[18] ANAES. Céphalées chroniques quotidiennes (CCQ): Diagnostic, rôle de l'abus médicamenteux, prise en charge. Septembre 2004 [réf. Du 26 octobre 2006]. Format PDF. Disponible sur www.has.sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ccq_recos.pdf

- [19] Wang SJ, Fuh JL, Lu SR, Juang KD. Outcomes and predictors of chronic daily headache in adolescents: a 2-year longitudinal study. *Neurology* 2007; 68:591-6.
- [20] Cuvellier JC, Couttenier F, Joriot-Chekaf S, Vallée L. Chronic daily headache in French children and adolescents *Pediatr Neurol* 2008; 38:38:93-8.
- [21] Wöber-Bingöl C, Wöber C, Karwautz A, Auterith A, Serim M, Zebenholzer K et al. Clinical features of migraine: a cross-sectional study in patients aged three to sixty-nine. *Cephalalgia* 2004; 24:12-7.
- [22] Cuvellier JC, Fily A, Joriot S, Cuisset JM, Vallée L. French General Practitioners' Management of Children's Headaches. *Headache* 2007; 47:1282-92.
- [23] Cuvellier JC, Mars A, Vallée L. The prevalence of premonitory symptoms in pediatric migraine: A questionnaire study in 103 children and adolescents. *Cephalalgia* 2009; 29:1197-201.
- [24] Metsahonkala L, Sillanpaa M, Tuominen J. Outcome of early school-age migraine. *Cephalalgia* 1997; 17:662-665.
- [25] Charles JA. Early treatment of juvenile migraine reduces disability with disease modification implications. *J Headache Pain* (2007) 8:139-140.

VII. INDEX DES ABREVIATIONS

CCQ: Céphalées chroniques quotidiennes

CTT: Céphalées de type-tension

ICHD-II: Première partie de la seconde édition de la classification développée par l'IHS

IHS: International Headache Society

MA: Migraine avec aura

MSA: Migraine sans aura

MSA+MA: Migraine sans et avec aura

VIII. ANNEXES

A. Annexe 1: Questionnaire d'étude

PARTIE n°1: Diagnostic initial (Consultation de Neuropédiatrie du Docteur Cuvellier)

Nom: Prénom: Sexe: F M

Date de naissance:

Le patient était-il migraineux sans aura ? 1. Oui 0. Non

Le patient était-il migraineux avec aura ? 1. Oui 0. Non

Si oui, de quel type de migraine avec aura s'agit-il ?

-Visuelle 1. Oui 0. Non

-Sensitive 1. Oui 0. Non

-Aphasique 1. Oui 0. Non

-Motrice 1. Oui 0. Non

Quel est l'âge estimé du début de la migraine (hormis les équivalents migraineux de l'enfance) ?

1. Avant 5 ans 2. Entre 5 et 8 ans 3. Entre 8 et 12 ans 4. Après 12 ans

PARTIE n°2: Suivi (Entretien téléphonique)

Date du contact téléphonique: ... /.../.....

Depuis la dernière consultation en Neuropédiatrie, souffrez-vous toujours de maux de tête?

1. Oui 0. Non

Si réponse Non = fin du questionnaire.

Si oui, s'agit-il toujours du même type de crises migraineuses qu'auparavant ?

1. Oui 0. Non

Si réponse Oui = fin du questionnaire.

Si non, le patient est-il nouvellement migraineux avec aura ? 1. Oui 0. Non

Si oui, depuis quel âge ? ... ans

Si oui, de quel type de migraine avec aura s'agit-il ?

-Visuelle 1. Oui 0. Non

-Sensitive 1. Oui 0. Non

-Aphasique 1. Oui 0. Non

-Motrice 1. Oui 0. Non

Pour ceux qui étaient migraineux avec aura, ont-ils désormais uniquement des crises sans aura ? 1. Oui 0. Non

Si oui, depuis quel âge ? ... ans

Le patient a-t-il uniquement des céphalées de type-tension épisodiques ? 1. Oui 0. Non

Si oui, depuis quel âge ? ... ans

Le patient a-t-il des céphalées chroniques quotidiennes ? 1. Oui 0. Non

Si oui, depuis quel âge ? ... ans

Le patient est-il à *ce jour* migraineux sans aura ? 1. Oui 0. Non

Le patient est-il à *ce jour* migraineux avec aura ? 1. Oui 0. Non

Si oui, de quel type de migraine avec aura s'agit-il ?

-Visuelle 1. Oui 0. Non

-Sensitive 1. Oui 0. Non

-Aphasique 1. Oui 0. Non

-Motrice 1. Oui 0. Non

B. Annexe 2: Accroche au questionnaire

« Bonjour Mademoiselle, Madame, Monsieur.

Vous- même (ou l'un de vos enfants) avez (a) consulté, il y a quelques mois ou quelques années, au CHRU de Lille, pour migraine.

Interne en D. E. S de Médecine Générale, je me permets de vous contacter aujourd'hui car je prépare un travail de thèse, réalisé à partir d'un questionnaire téléphonique court et anonyme.

Mon étude porte sur "le devenir des enfants migraineux en Nord-Pas-de-Calais".

Ce travail me permettra, au décours d'une étude statistique, d'évaluer le devenir diagnostic des enfants migraineux vus en consultation au CHRU de Lille en le comparant aux résultats obtenus dans les quelques études antérieures et d'établir certains facteurs pronostiques de ce devenir évolutif.

Le questionnaire ne prend que quelques minutes et les réponses attendues sont simples, courtes et sans ambiguïté.

Les données seront saisies et traitées sur informatique de façon strictement confidentielle conformément aux exigences de la CNIL et de l'article 27 de la loi "Informatique et Libertés".

Acceptez vous d'y répondre, et si oui pouvez-vous le faire dès à présent ou souhaitez-vous que nous convenions d'un rendez-vous téléphonique ultérieur ? » .

C. Annexe 3: Tableaux résumant le devenir des enfants migraineux par type de migraine initial pour la population d'étude (Tableau 1), puis en fonction du sexe: filles (Tableau 2) / garçons (Tableau 3).

Tableau 1		Consultation en Neuropédiatrie							
		Migraine (n= 343)		MSA (n=222)		MA (n= 49)		MSA+MA (n= 72)	
		n	%	N	%	N	%	n	%
Suivi									
Rémission	78	22,74	45	13,12	15	4,37	18	5,25	
Migraine	237	69,1	156	45,48	33	9,62	48	13,99	
MSA	193	56,27	149 (13)	43,44	12 (1)	3,5	32 (2)	9,33	
MA	23	6,71	5	1,46	18 (2)	5,25	0	0	
MSA+MA	21	6,12	2	0,58	3 (1)	0,87	16 (1)	4,66	
dt CCQ	20		13		4		3		
CTT	28	8,16	21	6,12	1	0,29	6	1,75	

Tableau 2		Consultation en Neuropédiatrie							
		Migraine (n= 156)		MSA (n=92)		MA (n= 31)		MSA+MA (n= 33)	
		n	%	n	%	N	%	n	%
Suivi Filles									
Rémission	30	19,23	16	10,26	8		6	3,85	
Migraine	112	71,79	66	42,31	22	14,1	24	15,38	
MSA	85	54,49	62 (5)	39,74	8 (1)	5,13	15 (2)	9,62	
MA	14	8,97	3	1,92	11 (1)	7,05	0	0	
MSA+MA	13	8,33	1	0,64	3 (1)	1,92	9 (1)	5,77	
dont CCQ	11		5		3		3		
CTT	14	8,97	10	6,41	1	0,64	3	1,92	

Tableau 3		Consultation en Neuropédiatrie							
		Migraine (n= 187)		MSA (n=130)		MA (n= 18)		MSA+MA (n= 39)	
		n	%	n	%	N	%	n	%
Suivi Garçons									
Rémission	48	25,67	29	15,51	7	3,74	12	6,42	
Migraine	125	66,85	90	48,13	11	5,88	24	12,83	
MSA	108	57,75	87 (8)	46,52	4	2,14	17	9,09	
MA	2	1,07	2	1,07	7 (1)	3,74	0	0	
MSA+MA	15	8,02	1	0,53	0	0	7	3,74	
dont CCQ	9		8		1		0		
CTT	14	7,49	11	5,88	0	0	3	1,6	

Serment d'Hippocrate

« En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie 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.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

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 leur père.

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 ».

AUTEUR: TOURTE Mathilde

Date de soutenance: 15 mai 2012

Titre de la thèse: Devenir des enfants migraineux en Nord-Pas-de-Calais

Résultats d'une enquête téléphonique auprès de 509 enfants migraineux vus en consultation de Neuropédiatrie au CHRU de Lille

Thèse, Médecine, Lille, 2011

Cadre de classement: DES Médecine Générale

Mots-Clés: Migraine, Enfant, Devenir

Résumé:

Objectif: Décrire l'évolution clinique de la migraine de l'enfant.

Méthode: Étude incluant les 509 patients présentant une migraine sans aura (MSA) et avec aura (MA) selon les critères cliniques de l'International Headache Society (codes 1.1 et 1.2) ou présentant les deux types de migraine (MSA+MA), sélectionnés parmi les enfants ayant consulté en Neuropédiatrie pour « céphalées » au CHRU de Lille entre 1997 et 2011.

Résultats:

Un taux de réponse de 67,4% a été obtenu au questionnaire téléphonique concernant le devenir de la migraine.

Dans la population d'étude (54,5% de garçons, 45,5% de filles), 64,7% présentaient une MSA, 14,3 % une MA et 21,0% une MSA+MA. La migraine avait débuté entre 5 et 12 ans pour 67,6% d'entre eux. L'âge moyen à la consultation était de 10,3 ans [2-18,7] et de 15,1 ans [4,5-22,4] au contact téléphonique. Le délai moyen depuis la première consultation était de 4,9 ans [0,5-14,6]. A la date du suivi, 22,7% n'ont plus de céphalées, 53,4% ne changent pas de type de migraine et 23,9% ont changé de diagnostic. Parmi les enfants présentant toujours des céphalées (52,4% de garçons, 47,6% de filles), 72,8 % ont maintenant une MSA, 8,7% une MA, 7,9% une MSA+MA et 10,57% ont des céphalées de type-tension (CTT) exclusives. Au moment du suivi, 5,8 % (8,4% des enfants présentant une migraine) ont évolué vers des céphalées chroniques quotidiennes (CCQ). Certains facteurs semblent influencer le devenir évolutif: l'âge, le sexe masculin, un diagnostic initial de MSA, un plus jeune âge à la date de la première consultation spécialisée tendent à avoir un impact favorable.

Conclusion: Cette première étude française permet de conclure que les enfants migraineux orientés vers un centre spécialisé présentent une évolution favorable dans près d'un quart des cas, avec disparition des céphalées. Mais certains de ces enfants vont évoluer vers des CTT ou développer des CCQ. Une meilleure connaissance de la migraine est précieuse en termes de diagnostic, de prise en charge, de prévention et d'information des enfants et de leurs parents.

Composition du jury:

Président: Monsieur le Professeur Louis VALLEE

Asseseurs: Monsieur le Professeur Luc DEFEBVRE

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

Directeur de Thèse: Monsieur le Docteur Christian LUCAS

Co-directeur de Thèse: Monsieur le Docteur Jean-Christophe CUVELLIER