

Mots clés :

Migraine
Diagnostic
Examen
complémentaire

Le diagnostic de la migraine de l'adulte est clinique

En France la prévalence de la migraine est estimée à 12,5% chez l'adulte de 18 à 65 ans, deux fois plus élevée chez la femme que chez l'homme. La migraine est sous-diagnostiquée : 30 à 45% des migraineux n'ont jamais consulté. Cette situation serait liée à un déficit d'information des malades et des médecins aboutissant à une insatisfaction globale des migraineux¹. Les critères de la migraine ont été définis par l'*International Headache Society* (IHS), révisés en 2004. Ils permettent un diagnostic purement clinique dans l'immense majorité des cas. Il n'y a que peu d'indications pour les examens complémentaires. Plusieurs synthèses récentes permettent de faire le point.

Les critères diagnostiques de la migraine

Les céphalées dans leur ensemble ont une prévalence sur la vie entière qui dépasse 90%, dont 0,4% pour les algies vasculaires de la face, 6 à 17% pour les migraines, 38% pour les céphalées de tension^{1,2}.

Pour la migraine sans aura les critères de l'IHS sont :

- A : au moins 5 crises répondant aux critères B à D ;
- B : durée de 4 à 72 heures sans traitement ;
- C : au moins 2 des caractéristiques suivantes : unilatéralité, pulsatilité, intensité modérée à sévère, aggravation par les activités physiques de routine ;
- D : au moins un des caractères suivants : nausées et/ou vomissements, photophobie et phonophobie.
- E : examen clinique normal entre les crises.

Pour les migraines avec aura (25% des migraines)

- A : au moins 2 crises répondant au critère B ;
- B : au moins 3 ou 4 des caractéristiques suivantes :
 - le ou les symptômes de l'aura totalement réversibles ;
 - symptômes se développant progressivement sur plus de 4 minutes et successivement en cas de pluralité ;
 - durée de chaque symptôme n'excédant pas 60 mn ;
 - céphalée répondant aux critères de la migraine sans aura, apparaissant au maximum 60 mn après l'aura, mais pouvant commencer avant ou pendant l'aura.

Les symptômes de l'aura peuvent être visuels (99%), sensitifs (31%), dysphasiques (18%), très rarement moteurs (8%). Mais les signes autres que visuels sont exceptionnellement isolés, et l'absence de développement progressif doit faire suspecter une autre étiologie. Des crises limitées à l'aura sans céphalée sont possibles.

Evaluation des critères. Les études de concordance ont montré une variabilité inter-observateurs acceptable. La spécificité des critères dépasse 90%, mais leur sensibilité est de 50%. C'est pourquoi l'IHS propose une catégorie de migraine probable, remplissant l'ensemble des critères à l'exception d'un seul. Plusieurs auteurs ont

proposé un assouplissement des critères, sur la durée minimale des crises ramenée de 4 à 2h, et photophobie ou phonophobie, ce qui améliore la sensibilité sans altérer la spécificité.

Les critères des céphalées de tension s'opposent point par point à ceux de la migraine :

- A : au moins 10 épisodes répondant aux critères B à D
- B : durée des céphalées de 30 mn à 7 jours ;
- C : au moins 2 des caractéristiques suivantes : douleur à type de pression, de tension (non pulsatile) ; intensité légère à modérée ; localisation bilatérale ; pas d'aggravation par les activités physiques (présente cependant dans 28% des cas) ;
- D : deux caractéristiques présentes : absence de nausée ou vomissement (parfois dégoût alimentaire), absence de photophobie et phonophobie (dans 10% des cas, un des deux isolé et peu marqué) ;
- E : examen clinique normal.

Faut-il faire des examens complémentaires ?

La réponse est simple : « aucun examen complémentaire ne doit être prescrit pour établir le diagnostic de migraine, sauf s'il persiste un doute à la fin de l'interrogatoire ou de l'examen clinique »¹.

Dans une analyse canadienne de 11 études², scanner et IRM ont décelé une anomalie dans 1,2% des cas chez 1876 céphalalgiques chroniques, aucune anomalie chez des migraineux de début tardif après 40 ans, 32% d'anomalies en cas de modifications récentes des douleurs, 43% en cas de douleur violente d'apparition brutale.

Certaines caractéristiques des douleurs sont une indication d'examen complémentaire : douleur de début brutal (« coup de tonnerre »), fièvre associée, raideur de la nuque, changement de caractère des douleurs, association à des plaintes importantes, à des troubles neurologiques (maladresse, faiblesse localisée)³.

Que conclure pour notre pratique ?

- **Le diagnostic de la migraine est clinique.** Les critères de l'IHS sont validés. Ils peuvent s'appliquer aussi à une première crise. Leur spécificité est bonne, et les formes typiques répondant à ces critères ne nécessitent aucun examen complémentaire. Scanner et IRM sont limités avant tout aux formes à début brutal ou avec modification récente.

- **Distinguer migraine et céphalée de tension.** En principe elles s'opposent point par point. Il y a cependant environ 9% de céphalalgiques avec des caractéristiques des deux types, qui conduiront à discuter l'attitude thérapeutique.

- **Les céphalées chroniques**, plus de 15 jours par mois, posent un problème particulier que dominant les abus médicamenteux. Nous y reviendrons.

Références :

- 1 - Anaes. *Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant : aspects cliniques et économiques*, tomes 1 et 2 ; 2002. Sur www.has-sante.fr
- 2 - Detsky ME et al. Does this patient with headache have a migraine or need neuroimaging? *JAMA*. 2006;296:1274-83.
- 3 - Goadsby PJ. Recent advances in the diagnosis and management of migraine. *BMJ*. 2006;332:25-9.