



Article Original

Épidémiologie des Céphalées en Ophtalmologie chez le Sujet Camerounais

Épidémiologie des céphalées en ophtalmologie chez le sujet camerounais

Akono Zoua M Evodie (1), Mvilongo T Caroline (2), Nomo Arlette (3), Owono Didier (4), Nguena Blanche (5), Ndongso Jean (6), Dohvoma A Viola (7), Epée Emilienne (8), Andre E Ombwa (9), Ebana M Come (10).

RÉSUMÉ

Introduction. Notre travail avait pour but de décrire les caractéristiques des céphalées en ophtalmologie à l'hôpital central de Yaoundé ; la prévalence, les étiologies et le profil clinique des patients. **Méthodologie.** Il s'agit d'une étude transversale et descriptive, incluant tous les sujets âgés de plus de 5 ans, vus en consultation pour céphalées au service d'ophtalmologie de l'Hôpital Central de Yaoundé du 02 Janvier 2014 au 02 Janvier 2015. **Résultats.** Au total 364 patients souffrant de céphalées ont été colligés sur 6284 patients vus en consultation durant notre période d'étude soit une prévalence hospitalière de 5,79%. La moyenne d'âge des patients était de $30,5 \pm 0,952$ ans. Les amétropies constituaient la principale étiologie des céphalées dans notre série avec 350 cas diagnostiqués soit 96,15%. **Conclusion.** Les amétropies sont les principales causes de céphalées en ophtalmologie chez le sujet camerounais. L'utilisation excessive des technologies de l'information et de la communication en serait un facteur aggravant.

ABSTRACT

Introduction. The aim of the study was to describe epidemiology, and salient features of headache in an ophthalmology department of Yaounde City. **Methodology.** This was a cross sectional descriptive study that took place in the ophthalmology department of Yaounde Central Hospital from January 2, 2014 to January 2, 2015. We included all patients aged five years or more who's main complain was headache. Our data of interest were prevalence, etiologies and clinical presentation. **Results.** We found 364 patients with headache out of 6284 consultations, giving a prevalence rate of 5.79%. The average age of patients was 30.5 ± 0.952 years. Ametropia was the main etiology of headache (350 patients, 96.15%). **Conclusion.** Ametropies are the leading causes of headache in the ophthalmology consultations of our country. Excessive use of screens and ICT may be a contributing factor.

- 1) Assistant, FMSB-UY1
- 2) Assistant, FMSB-UY1
- 3) Assistant, FMSB-UY1
- 4) Chargé de cours, FMSB- UY1
- 5) Ophtalmologiste, Hôpital central de Yaoundé
- 6) Assistant, FMSP-Université de Douala
- 7) Maitre de conférences agrégé d'ophtalmologie, FMSB-UY1
- 8) Maitre de conférences, FMSB-UY1
- 9) Professeur titulaire d'ophtalmologie, FMSB-UY1
- 10) Professeur titulaire d'Ophtalmologie, FMSB-UY1

Auteur Correspondant : Dr Akono Zoua Marie Evodie - Téléphone : 699660885

Email :

Mots-clés : Céphalées ; Ophtalmologie ; Yaoundé ; Cameroun

Mots-clés : Céphalées ; Ophtalmologie ; Yaoundé ; Cameroun

INTRODUCTION

Les céphalées sont des douleurs de la région crânienne, incluant la voûte, la face et l'intérieur du crâne. [1]. Avec une prévalence mondiale de 50% chez l'adulte, elles sont un réel problème de santé publique en raison des incapacités auxquelles elles s'associent, et de leur coût financier pour la société. Étant les plus gênantes pour la population active, on estime qu'elles ont un coût financier énorme pour la société. Et ceci principalement à cause de la perte d'heures de travail et de la baisse de productivité ; 1,7 à 4% de la population adulte mondiale étant affectée par une céphalée durant au moins 15 jours par mois. [2]. Pour les personnes atteintes, les céphalées représentent un réel fardeau, occasionnant parfois des souffrances personnelles importantes, une altération de la qualité de vie, avec répercussions négatives sur la vie familiale, sociale, scolaire et professionnelle. Les

céphalées constituent l'un des motifs de consultation les plus fréquents en ophtalmologie [3,4], le malade se présentant de lui-même chez l'ophtalmologiste ou, étant le plus souvent référé par un confrère, pour recherche d'une origine oculaire. [5]. Les étiologies sur le plan ophtalmologique sont multiples et variées, englobant les vices de réfraction, les affections du segment antérieur, les neuropathies optiques, les ophtalmoplégies douloureuses, les affections de l'orbite et les traumatismes oculo-orbitaires. La migraine, les algies vasculaires de la face, les névralgies et les autres types de céphalées associées à une douleur de la face d'origine ORL sont d'autres étiologies qui peuvent être également retrouvées en ophtalmologie. [6].

Au Cameroun, Ebana et al en 2007 dans une étude sur les caractéristiques des céphalées associées aux amétropies à Douala, rapportaient une prévalence des céphalées de 30,59%. [7]. Les céphalées représentaient le

deuxième motif de consultation en neurologie à Douala ; avec une prévalence de 16,6% selon Mapoure et al en 2018. [8]. Peu de données existent à ce jour sur les céphalées en ophtalmologie au Cameroun. Notre objectif était d'identifier le profil clinique des patients vus pour céphalées en consultation d'ophtalmologie à l'Hôpital Central de Yaoundé, avec pour perspective le pronostic chez ces patients.

MÉTHODOLOGIE

Il s'agissait d'une étude transversale et descriptive, couvrant la période allant du 02 Janvier 2014 au 02 Janvier 2015.

Étaient inclus, tous les patients âgés de plus de 5 ans, vus en consultation pour céphalées au service d'ophtalmologie de l'Hôpital Central de Yaoundé durant la période d'étude.

Les patients, après un interrogatoire, étaient soumis à un examen ophtalmologique complet à savoir : une mesure de l'acuité visuelle de loin à l'échelle de Snellen à 5 mètres, un examen de la motilité oculaire extrinsèque et intrinsèque, un examen au biomicroscope (de type Haag-Streit) du segment antérieur, et un examen du fond d'œil avec une lentille de Volk 90D, après mydriase médicamenteuse au Tropicamide 0,5%.

La réfractométrie était réalisée sans cycloplégie chez les patients âgés de plus de 45 ans ; pour ceux de moins de 45 ans, 2 mesures étaient effectuées avant et après cycloplégie au Cyclopentolate 0,5% par un réfractomètre automatique de marque NIKON SPEEDY-K (2002, France).

Le protocole de cycloplégie consistait en des instillations alternées, toutes les 5 minutes, de 3 gouttes de tropicamide 0,5% et autant de Cyclopentolate 0,5% ; la réfractométrie était faite 45 à 60 minutes après la dernière goutte de chaque médicament.

La pression intra oculaire a été mesurée avec un tonomètre à jet d'air de marque KOWA KT500 (N°11432, 2003, France).

Dans certains cas et en fonction des résultats de l'examen clinique, une périmétrie automatisée (Octopus 311) ainsi qu'une angiographie rétinienne (Angiographe de marque Canon N°300689, Japon) à la fluoresceine 10% ont été réalisées.

Les variables analysées étaient qualitatives : le motif de consultation, la profession, le sexe ; le diagnostic retenu, et quantitatives : l'âge, les caractéristiques des céphalées, l'acuité visuelle, la réfraction.

L'analyse statistique a été faite à l'aide des logiciels Excel 2007, CS Pro 3.3 et SPSS.

RÉSULTATS

Au total 364 patients souffrant de céphalées ont été colligés sur 6284 patients vus en consultation durant notre période d'étude, soit une prévalence hospitalière de 5,79%.

La moyenne d'âge des patients était de $30,5 \pm 0,952$ ans. Les patients de 20 à 29 ans étaient les plus représentés avec 39% (n= 149), suivis de ceux de la tranche d'âge de 0 à 19 ans, 20% (n=74) ; ensuite ceux de 30 à 39 ans 16% (n=57) ; soit un total de 75% (N=280) de patients âgés de 0 à 39 ans (Figure 1).

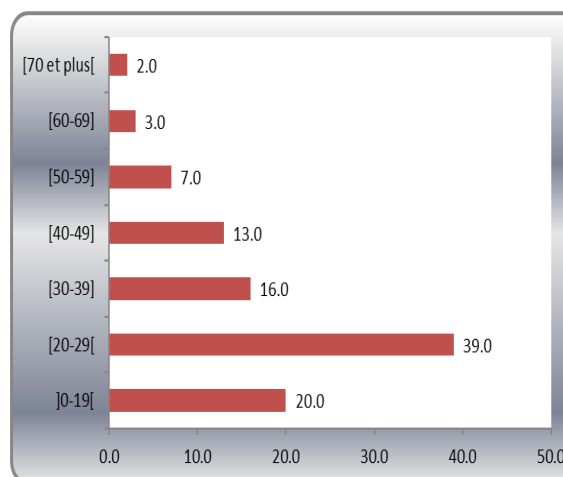


Figure 1 : Répartition des patients selon l'âge

Les patients de sexe féminin étaient majoritaires 74,5% (N= 271) soit un sex-ratio H/F de 0,34.

Les étudiants et les élèves étaient la catégorie sociale la plus représentée avec 53% (n=193), suivis des femmes au foyer 12,1% (n=44), et des enseignants 8,2% (n=30).

Les patients venaient d'eux-mêmes en consultation dans 96,7% des cas (n=352), et étaient référés par un médecin dans 3,3% (n= 12). Chez ces derniers, les médecins généralistes étaient le plus à l'origine des références 50% (n=6), suivis des cardiologues 33,33% (n=4) et les neurologues 16,66% (n=2). (Figure 2).

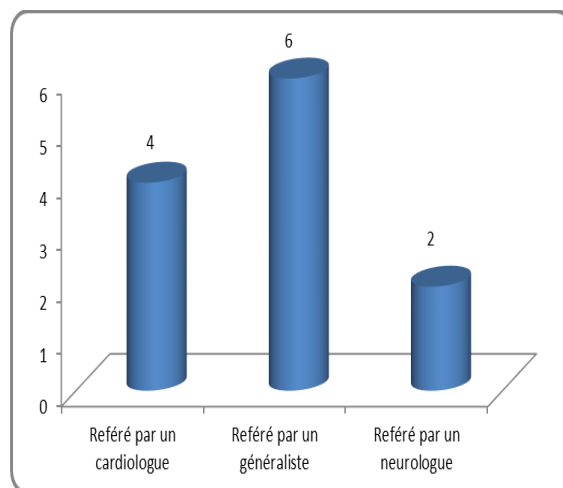


Figure 2 : Références des patients

La durée d'évolution moyenne des céphalées au moment de la consultation était de $190,82 \pm 298,367$ jours.

Les localisations les plus fréquentes des céphalées étaient frontales 38,7% (n=141), bitemporale 25% (n=91), et héli-crânienne 11,5% (n=42) des patients. Les principaux facteurs déclenchant ou aggravant retrouvés étaient l'effort de fixation (n= 145), la lecture (n=127), et la lumière (n=90).

Les douleurs oculaires, la baisse d'acuité visuelle et l'asthénopie étaient les plaintes les plus fréquemment

associées, retrouvées dans 14,8 % (n=54), 9,9% (n= 36) et 3,6% (n= 13) respectivement.

Les principales étiologies ophtalmologiques retrouvées étaient dominées par les amétropies avec 350 cas diagnostiqués (96,15%), suivies par les kératites 8 cas (2,19%), et les crises aiguës de glaucomes par fermeture de l'angle 3 cas (0,82%). (Tableau 1)

Diagnostic	N	%
Ametropie	350	96,15
Kératites	8	2,19
Glaucomes	3	0,82
Chalazion	1	0,27
Dacryocystite	1	0,27
Hypertension intra crânienne	1	0,27
Total	364	100,0

L'astigmatisme avec 43,43% (n=157) était l'amétropie la plus fréquente, suivi de l'hypermétropie 42,03% (n= 153) ; et la presbytie venait au dernier rang avec 07,41% (n= 27) (Tableau 2).

Diagnostic	N	%
Hypermétropie	153	42,03
Myopie	13	3,57
Astigmatisme	157	43,13
Presbytie	27	7,41
Total	350	100,0

DISCUSSION

Les céphalées, malgré des variations régionales, constituent un problème mondial qui touche toutes les populations, quels que soit l'âge, le sexe, la race, le niveau des revenus et la zone géographique où l'on se trouve [2].

Selon la classification de l'International Headache Society, 3 grands groupes de céphalées sont répertoriés. Les céphalées dites primitives qui regroupent les migraines, les céphalées de tension, les algies vasculaires ; les céphalées dites secondaires au nombre de huit grandes familles parmi lesquelles figurent les douleurs de la face dues à une anomalie du crâne, de la région cervicale, des yeux, des oreilles, du nez des sinus, des dents, de la bouche ou de toute autre structure du crâne ou de la face ; et les névralgies crâniennes ou faciales primitives centrales ou périphériques. [9]

L'œil peut être concerné de plusieurs manières par les céphalées. Premièrement, l'œil ou les structures orbitaires peuvent être la source des douleurs.

Deuxièmement, il peut s'agir de douleur référée, les céphalées pouvant se localiser dans la région péri oculaire (en cas de pathologie ORL, dentaire, ou méningée notamment). Enfin, il existe des céphalées qui sont accompagnées de symptômes visuels ou de troubles oculomoteurs [10].

Aussi du fait du lien inextricable entre les yeux et les céphalées, les ophtalmologistes font souvent partie des premiers praticiens à évaluer les patients souffrant de céphalées [11]. La prévalence hospitalière des céphalées sur 1 an de 5,79% est inférieure à celle rapportée par Kaimbo et al. en 2008, 15,6% sur une période d'étude de 3 ans [5].

Elle contraste également avec la prévalence rapportée par Mapoure et al. en 2018 à Douala, soit 16,6% des patients vus en consultation externe de neurologie [8].

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la plupart des patients dans notre contexte, établissent un lien entre leurs céphalées et d'éventuelles affections neurologiques, ces derniers se disant pour la plupart en consultation « souffrir des nerfs », termes souvent rapportés ; d'où probablement une plus grande prévalence en consultation de neurologie.

La moyenne d'âge des patients était de 30,5 ans, les tranches d'âge de 0 à 39 ans étant les plus représentées, 75% (n=280). Ceci corrobore avec les résultats de Kaimbo et al chez qui les patients d'un âge égal ou inférieur à 40 ans constituaient 80 % des cas (754 sur 944 patients). Ebana et al en 2006 à Douala dans une étude sur les céphalées dans les amétropies rapportaient des trouvailles similaires, une prédominance de la tranche d'âge des 20 à 29 ans. [7]

En effet, les étudiants et les élèves sont la catégorie sociale la plus représentée dans notre série avec 53% (n=193). Ceci explique le jeune âge de nos patients qui du fait de leur statut social, utilisent fréquemment les écrans de tablettes, d'ordinateurs et de téléphones portables ; comme outils pédagogiques et de loisirs inhérents à la vie moderne. Ces technologies de l'information et de la communication par leur usage excessif, expliqueraient les céphalées chez ces derniers par sollicitation excessive de la vision de près.

Selon l'OMS, les céphalées seraient plus gênantes pour la population active (de la fin de l'adolescence à la cinquantaine), ayant un coût financier énorme pour la société, principalement à cause de la perte d'heures de travail et de la baisse de productivité.

Ces chiffres sont le reflet du poids des céphalées pour des pays en voie de développement comme le nôtre, en termes de journées de travail perdues tant sur le plan professionnel qu'académique et scolaire.

En effet 53% (n=193) de nos patients étaient des élèves et étudiants ; les céphalées chez ces derniers étant souvent à l'origine de mauvaises performances académiques et de retards scolaires. Ebana et al donnaient des résultats similaires, les élèves et étudiants représentant 63,80 % de leur effectif (279 cas).

La prédominance féminine de 74,5% (n= 271), retrouvée dans notre étude est également décrite dans la littérature. Ebana et al en 2006 la retrouvait avec une fréquence de 68,10 % ; et elle était de 60 % (n=566) pour Kaimbo et al.

Selon Graf et al les céphalées, un des signes de l'asthénopie accommodative, seraient plus fréquentes chez les femmes [12,13].

Il est décrit que les œstrogènes produisent des changements au niveau de la sécrétion des

prostaglandines, des opioïdes hypothalamiques et de la prolactine qui pourraient jouer un rôle dans la genèse des céphalées [14].

Dans 96,7% des cas (n=352), les patients venaient en consultation d'eux-mêmes, et dans 3,3% de cas (n=12), ils étaient référés par un médecin ; un médecin généraliste le plus souvent 50% (n=6). Pour Kaimbo et al dans 43 % des cas, les malades venaient consulter spontanément et dans 57 % des cas, les patients étaient référés par des spécialités parmi lesquelles la neuropsychiatrie à 62 % des patients (soit 333 sur 536 patients référés).

Cette différence pouvant s'expliquer par le fait que la plupart des patients disent s'être au préalable informés auprès de leur entourage proche sur l'origine probable de leurs céphalées, ces derniers rapportant avoir été encouragés par un proche à voir en premier lieu un ophtalmologiste. D'où probablement le faible taux de références.

La durée d'évolution moyenne des céphalées au moment de la consultation était de $190,82 \pm 298,367$ jours, soit une moyenne de 6 mois d'évolution avant une 1^{ère} consultation. Ce résultat reflète le contexte de nos patients qui certainement du fait de leur bas niveau socioéconomique ne viennent que de façon tardive en consultation ; les couts de leur prise en charge médicale étant entièrement à leur charge.

La localisation frontale des céphalées était la plus retrouvée, 38,7% (N=141) ; pour Kaimbo et al elle était fronto-occipitale. En effet dans la plupart des cas, la localisation des céphalées est frontale, parfois occipitale [3].

Ceci peut s'expliquer par le fait que, les amétropies constituaient la principale étiologie de céphalées dans notre série avec 350 cas diagnostiqués soit 96,15%.

Selon la littérature les erreurs de la réfraction sont plus souvent associées à des céphalées frontales et occipitales. [15]

Les mécanismes physio pathogéniques sous tendant la survenue de céphalées dans les amétropies ne sont pas totalement élucidés.

Pour certains auteurs les contractions du muscle ciliaire pourraient être incriminées [16,17] ; d'autres auteurs décrivent en plus la contraction des muscles du front du scalp et du cou, fournie lors de l'effort visuel, comme étant une autre origine plausible. [18]

Bien que le lien causal ne soit pas clairement établi dans la littérature, il est considéré que les amétropies sont des étiologies probables de céphalées [19-22].

Le fait que les amétropies soient la principale (96,15%) étiologie de céphalées dans notre série, s'expliquerait par l'utilisation, régulière d'écrans portables qui, sollicite la vision de près et l'accommodation. Ceci serait à l'origine d'une décompensation d'amétropies jusque-là asymptomatiques.

Selon l'IHS (International Headache Society) les critères définissant des céphalées attribuées à des erreurs réfractives sont : des céphalées récurrentes de localisation frontale et oculaire, associées à des amétropies non corrigées aggravées par l'effort visuel et

régressant après le port de la correction optique totale [23].

L'astigmatisme 43,43% (n=157) et l'hypermétropie 42,03% (n= 153) étaient les amétropies les plus retrouvées dans notre série. Ces résultats corroboraient ceux donnés par Ebana et al. qui trouvaient 158 astigmates (56,63 %) et 117 hypermétropes (41,94 %) dans leur population d'étude. Sanjay et al en 2012 ont également rapporté des résultats similaires, 63,63% de cas d'astigmatisme et 27,27% de cas d'hypermétropie dans leur série [15].

L'effort de fixation (n= 145) et la lecture (n=127) étant les principaux facteurs déclenchant ou aggravant retrouvés.

Ces résultats sont conformes à la classification de l'IHS, faisant des amétropies une cause manifeste des céphalées chez ces derniers.

Ebana et al rapportaient des résultats similaires avec une prévalence des céphalées de 30,59 % dans une population d'amétropes ; l'effort de fixation, la lumière et la lecture étaient les principaux facteurs déclenchants (92,83 %) dans leur série, et pour 2 patients sur 3, le repos et l'arrêt de l'effort visuel supprimaient les douleurs.

La migraine, les algies vasculaires de la face, les névralgies et les autres types de céphalées d'origine neuro ophtalmologique n'ont pas été retrouvées dans notre série. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que ces patients dans notre contexte sont généralement vus en premier lieu par le neurologue.

CONCLUSION

Les céphalées sont un symptôme fréquemment rencontré par l'ophtalmologiste avec une prévalence hospitalière de 5,79% retrouvée dans notre étude. Les personnes en activité sont les plus atteintes, 75% ayant moins de 40 ans dans notre série ; reflétant le poids de cette affection en termes de jours d'invalidité pour des sociétés en voie de développement comme la nôtre. Les amétropies en constituent la principale étiologie sur le plan ophtalmologique, l'astigmatisme et l'hypermétropie notamment. Ceci reflète l'impact des outils technologiques que sont les écrans portables en termes de sollicitation excessive de l'accommodation.

RÉFÉRENCES

- 1- Stephen D. Silberstein. Le Manuel MSD version pour professionnels de la santé [En ligne]. Kenilworth (NJ) : Merck Sharp & Dohme Corp., une filiale de Merck & Co., Inc. ; 2020. Prise en charge du patient souffrant de céphalées. [Modifié en Juin 2018 ; cité le 09 Aout 2020]. Disponible : <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-neurologiques/c%C3%A9phal%C3%A9e/prise-en-charge-du-patient-souffrant-de-c%C3%A9phal%C3%A9es>.
- 2- Organisation mondiale de la santé. [En ligne]. Genève : OMS ; 2020. Céphalées. [Modifié le 8 Avril 2016 ; cité le 09 Aout 2020]. Disponible : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders>.
- 3- Duke-Elder. Ophthalmic Optics and Refraction. Vol. V. System of Ophthalmology. Henry Kimpton, London, 1970.

- 4- Massiou H, Bousser MG. Céphalées : aspects cliniques. Éditions techniques. Encycl Med Chir (Paris-France). Neurologie 17-023-A-50, 1993, 9 p.
- 5- D. Kaimbo Wa Kaimbo, L. Missotten. Les céphalées en ophtalmologie. JOURNAL FRANCAIS D'OPHTALMOLOGIE, Vol 26, N° 2, 2003, pages 143-147, 10 réf.
- 6- Ula Jurkunas, John W. Gittinger, JR. Headache and the Eye. Compr Ophthalmol Update. 2004;5(4)
- 7- EBANA MVOGO C., ELLONG A., BELLA A.L et al. Les céphalées dans les amétropies. Médecine d'Afrique Noire 5403 - Mars 2007 - pages 156-160
- 8- N.Y. Mapoure, J.I. Doumbe, D Gams Massi. Epidémiologie clinique des affections neurologiques dans la ville de Douala. Revue de Médecine et de Pharmacie. Vol. 8 No. 1 (2018)
- 9- Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias, and facial pain. Cephalalgia 1988; 8 (Suppl. 7):1-96.
- 10- F.-X. Borruat. Céphalées et œil. Rev Med Suisse 2007 ; volume 3. 31576
- 11- Friedman DI. Headache and the eye. Curr Pain Headache Rep. 2008;12(4):296-304. doi:10.1007/s11916-008-0050-1
- 12- Shima M, Nitta Y, Iwasaki A, Adachi M; Nihon Eiseigaku Zasshi. Investigation of subjective symptoms among visual display terminal users and their affecting factors--analysis using log-linear models. 1993 Feb; 47(6):1032-40.
- 13- Bhandari DJ, Choudhary S, Doshi VG. A community-based study of asthenopia in computer operators. Indian J Ophthalmol. 2008 Jan-Feb; 56(1):51-5.
- 14- Sacco, Simona et al. "Migraine in women: the role of hormones and their impact on vascular diseases." The journal of headache and pain vol. 13,3 (2012): 177-89. doi:10.1007/s10194-012-0424-y
- 15- Marasini, Sanjay et al. "Ocular morbidity on headache ruled out of systemic causes—A prevalence study carried out at a community based hospital in Nepal" [Morbilidad ocular sobre cefalea descartada entre las causas sistémicas: estudio de prevalencia llevado a cabo en un hospital de una comunidad en Nepal]. Journal of Optometry vol. 5,2 (2012): 68-74. doi: 10.1016/j.optom.2012.02.007
- 16- Cameron ME. Headaches in relation to the eyes. Med J Aust. 1976 ;1(10) :292-294.
- 17- Mehboob, Mohammad Asim et al. "Ametropia in children with headache." Pakistan journal of medical sciences vol. 35,3 (2019) : 701-704. doi :10.12669/pjms.35.3.268
- 18- ROBERT S. JAMPEL. OCULAR FACTORS IN HEADACHE. Headache: The Journal of Head and Face Pain. Volume5, Issue3; October 1965; Pages 82-86.
- 19- Akinci A, Güven A, Degerliyurt A, Kibar E, Mutlu M, Citirik M. The correlation between headache and refractive errors. J AAPOS. 2008;12(3):290-293. doi: 10.1016/j.jaapos.2007.11.018
- 20- Mehboob MA, Nisar H, Khan M. Ametropia in children with headache. Pak J Med Sci. 2019;35(3):701-704. doi:10.12669/pjms.35.3.268
- 21- Gil-Gouveia R, Martins IP. Headaches associated with refractive errors: myth or reality? Headache. 2002;42(4):256-262. doi:10.1046/j.1526-4610.2002.02077.x
- 22- Melis M. Headache associated with refractive errors: overestimated or overlooked? Headache. 2003;43(3):297-298. doi:10.1046/j.1526-4610.2003.03060.x
- 23- Comité de Classification des Céphalées de la Société Internationale des Céphalées. La Classification Internationale des Céphalées. 3e édition Titre abrégé : ICHD-3. [En ligne]. Londres : Sage Publications Ltd : International Headache Society 2013-2018. [Cité le 09 Aout 2020]. Disponible : <https://ichd-3.org/wp-content/uploads/2019/06/ICHD3-traduction-fran%C3%A7aise-VF-%C3%A0-publier.pdf>