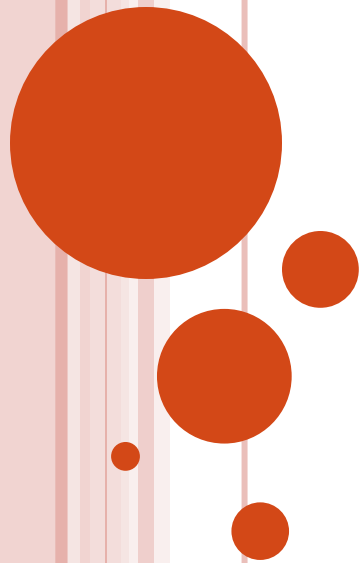


CÉPHALÉES DE L'ENFANT

Dr Letellier



- Céphalées primaire > céphalée secondaire
- 10% population pédiatrique > 2 céphalées dans les 12 derniers mois



CÉPHALÉE AIGUE

- Fébrile : méningite
- Non fébrile : hémorragie sous arachnoïdienne



CÉPHALÉE PAROXYSTIQUE RÉCURRENTÉ

- Migraine
- Céphalée de tension



CÉPHALÉES RÉCENTE PROGRESSIVE

- Tumeur
- HTIC



CÉPHALÉE CHRONIQUE NON PROGRESSIVE

- Céphalées fonctionnelles
- Céphalées chroniques quotidiennes



MIGRAINE

- Céphalée primaire la plus fréquente
- Prévalence : 5% à 5ans , 10% à 10 ans , 15 % à 15 ans, 25 % à l'age adulte
- Avant 11 ans: $F=H$
- Après 11 ans: $F > H$
- Pic incidence sans aura 10-11 ans chez garçons
- Pic incidence 14-17 ans chez la fille



MIGRAINE

- Maladie génétique héréditaire liée à une hyperexcitabilité du cortex cérébral
- Facteurs environnementaux



MIGRAINE

FACTEURS DÉCLENCHANTS

- Émotions fortes positives ou négatives : excitation, contrariété
- Modifications de rythme
- Déclencheurs sensoriels: chaleur, bruits, odeurs, jeux vidéos
- Sport

- *Alimentaires rares chez les enfants*



CRITERES ICHD II

MIGRAINE SANS AURA

- **A** au moins 5 crises répondant aux critères B,C et D
- **B** durée de 30 minutes à 24h
- **C** céphalées à 2/4 caractéristiques
 - Localisation bilatérale (frontale ou temporale) ou unilatérale
 - Pulsatile
 - Intensité modérée à sévère
 - Aggravation au cours de l'activité physique
- **D** 1 /2 symptômes
 - Nausées ou vomissements
 - Photophobie et /ou phonophobie



- Retentissement important
- Absentéisme scolaire
- Réduction activités extrascolaires, sportives et familiales



SPÉCIFICITÉS DE L'ENFANT

- Crises spontanées plus courtes : durée min 2h
- Localisation bilatérale
- Caractère non pulsatile
- Troubles digestifs au premier plan
- Paleur inaugurale
- Sommeil est réparateur et clos souvent la crise



MIGRAINE AVEC AURA

- 15 % des migraines
- A rechercher systématiquement car non dit

- Aura visuel prédominant
- Métamorphopsie
- Micro ou macropsie
- Hallucinations visuelles élaborées

- Aura sensitif ou parole/langage
- Jamais d'atteinte motrice ou tronc cérébral ni rétinien



MIGRAINE HÉMIPLÉGIQUE FAMILIALE OU SPORADIQUE

- migraine hémiplegique familiale (MHF) : au moins un apparenté au premier ou au deuxième degré ayant les mêmes crises
- migraine hémiplegique sporadique (MHS) qui n'ont aucun apparenté atteint
- Prévalence de la MH est de 1 sur 10 000, avec une fréquence égale des cas sporadiques et familiaux
- Migraine autosomique dominante. Trois gènes connus (CACNA1A, ATP1A2 et SCNA1) codent pour des transporteurs ioniques, et les mutations sont responsables d'une hyperexcitabilité cérébrale. Diagnostic génétique possible
- **Migraine avec aura**: déficit moteur associé à au moins un autre signe
 - Troubles sensitifs
 - Troubles visuels
 - Troubles du langage
 - Troubles basilaires : vertige, instabilité et acouphènes
 - Signes cérébelleux permanents : nystagmus, ataxie, dysarthrie
- Crise sévère : hémiplegie prolongée, une confusion ou un coma, une fièvre et des crises comitiales
- pronostic bon
- Traitements médicamenteux sont ceux utilisés dans les autres variétés de migraine avec aura, avec une exception pour les **triptans qui restent contre-indiqués** dans la MHF/MHS
- Traitement préventif : antiépileptiques



MIGRAINE AVEC AURA DU TRONC CEREBRAL (EX MIGRAINE BASILAIRE)

- 3 à 19 % migraine de de l'enfant
- Apparaît entre 7 et 17 ans , jusqu'à 50 ans
- **A.** Au moins 2 crises correspondant critères B-D
- **B.** Aura consistant en symptômes visuels, sensitifs et/ou touchant le langage, tous totalement réversibles, mais sans déficit moteur ou symptôme rétinien
- **C.** Aura correspondant à au moins 2 des symptômes du tronc cérébral : dysarthrie, vertige, acouphène, hypoacousie, diplopie, ataxie, baisse du niveau de vigilance ;
- **D.** Au moins 2 des 4 caractéristiques suivantes :
 - 1. au moins 1 des symptômes de l'aura se développe progressivement sur > 5 minutes, et/ou 2 ou plus des symptômes apparaissent de manière successive
 - 2 .chaque aura dure individuellement de 5 à 60 minutes
 - 3. au moins un des symptômes de l'aura est unilatéral
 - 4. l'aura est accompagnée, ou suivie dans les 60 minutes, par une céphalée
- **E.** Non attribué à une autre affection, en particulier un accident ischémique transitoire aura été éliminé

MIGRAINE OPHTALMOPLÉGIQUE

- Disparue de la classification IHC (ICHD II)
- Classée dans les névralgie crâniennes et algies faciales



ÉQUIVALENTS MIGRAINEUX

- Vomissements cycliques
- Migraine abdominale
- Vertiges paroxystiques bénins de l'enfance
- Torticolis paroxystiques bénin de l'enfance
- Douleurs récurrentes des membres
- Précurseurs des crises migraineuses ou en alternance

VOMISSEMENTS CYCLIQUES ICHD II


- **A** au moins 5 épisodes correspondants au critères B et C
- **B** épisodes stéréotypées d'intenses nausées et vomissements durant 1 à 5 h
- **C** > 4 vomissements/heure la 1ère heure
- **D** pas de symptômes entre les crises
- **E** non attribuée à une autre affection

- *Apparait vers 5 ans*
- *Durée de 1h à 10 jours*
- *Évolution dans 75 % cas vers migraine*



MIGRAINE ABDOMINALE ICHD II

- **A** au moins 5 crises correspondants aux critères B,C et D
 - **B** douleurs abdominales durant 1 à 72h
 - **C** 3 caractéristiques
 - localisation médiane, periombilicale ou mal localisée
 - Caractère sourd ou irritatif
 - Intensité modérée à sévère
 - **D** > 2/4 caractéristiques
 - Perte d'appétit
 - Nausées
 - Vomissement
 - Paleur
 - **E** non attribuée à une autre affection

 - *Apparait vers 7 ans*
- 

VERTIGE BÉNIN PAROXYSTIQUE

- **A** au moins 5 épisodes correspondant au critère B
- **B** épisodes multiples de vertiges sévères d'apparition et disparition spontanées en qq min à qq heures
- **C** normalité de l'examen neurologique, fonctions vestibulaires et audiomètre entre les attaques
- **D** EEG normal

- Svt associé à un nystagmus ou vomissements
- associé à une céphalée unilatérale et pulsatile



TORTICOLIS PAROXYSTIQUE BÉNIN

- Durée de quelques minutes à quelques jours
- < 7 mois



PLEURS INEXPLIQUÉS DU NOURRISSON

- Agitation, cris, irritations
- Durée > 3h/jour
- > 3j / semaine durant 3 semaines
- < 4 mois



- 85 % : ATCD familiaux de céphalées
- 12 % : évolution vers une autre céphalée primaire (céphalée de tension)
- 19 à 44 %: rémission



CÉPHALÉES DE TENSION

- A > 10 épisodes des critères B,C et D
- B: durée de 30 minutes à 7 jours
- C 2/4 caractéristiques
 - Céphalée bilatérale
 - Tension, casque
 - Intensité légère à modérée
 - Pas d'aggravation avec les AVQ
- D diagnostic étiologique négatif



CÉPHALÉES DE TENSION

- Peu fréquente: < 1/ mois
- Fréquente 1 à 14 jours par mois
- Chronique > 15 jours /mois



CÉPHALÉES CHRONIQUES QUOTIDIENNES

- Après 11 ans
- 75 % filles
- Intervalle moyen entre céphalée épisodique (migraine > céphalée de tension) et la CCQ 1,4 ans
- FDR de chronicisation (47 %) : Facteurs psycho sociaux type échec scolaire, divorce des parents, maltraitance, maladie parentale
- Rechercher « l'abus médicamenteux » par un agenda de la migraine

CÉPHALÉES CHRONIQUES QUOTIDIENNES

- > 4h sans traitement
- > 15 jours par mois
- > 3 mois

- Imagerie si évolue depuis < 1 an

- Traitement : hypnose, limiter les traitements de crise à < 2/semaine, Laroxyl



PRISE EN CHARGE NON MÉDICAMENTEUSE

- Ostéopathie pour les atteintes C2 et C3
- C2: C2 et V2 ont des faisceaux communs avec douleurs sous joue et arcade
- C3 : douleurs pointes scapulaires
- Sd myofascial : m pterygoidien latéral donne douleur à la mastication , sous orbitaire et périauriculaire



QUID DES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- Imagerie si < 6 ans
 - céphalées unilatérales
 - modifications caractéristiques des céphalées
- FO
- EEG: lire crise de migraine avec aura (DD: crise occipitale)
- Ex ORL
- Bio: sd inflammatoire
- IRM (sous AG avant 6ans)
- TDM cérébral (irradiant +++)



PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE DES MIGRAINES

Évaluation difficile pour 4 raisons :

- Crises brèves , avant le délai d'efficacité des traitements
- Existence de nausées et vomissements limite l'utilisation des traitements per os
- Effet placebo très important
- Crises sont réfractaires aux traitements antalgiques



AINS

- liere intention
- Ibuprofene (dose 7,5 à 10 mg/kg) : > 6 mois
- Diclofenac : > 16 kg
- Naproxene > 6 ans et > 25 kg



PARACÉTAMOL

- Moins efficace que les AINS
- A proposer en cas de contre indication aux AINS



ERGOTAMINE ?

- Résultats des études sont variables
- Pas de preuves évidentes chez l'enfant



TRIPTAN

- **Pourquoi cette absence de preuve ?**
- Crise courte. Or les triptans per os ont un délai d'action de 30 à 60 min
- Signes digestifs avec stase gastrique : faible biodisponibilité des voies orales

- **SUMATRIPTAN** spray nasal chez les 12-17 ans
- Efficace sur la disparition de la douleur en 2h et des signes d'accompagnement



EN RÉSUMÉ

- Explication
- Conseils hygiéno diététiques prioritaire
- Limiter les facteurs déclenchant
- PAI -PAP
- Prendre un traitement de crise précocement
- < 8 par mois sous risque de céphalées iatrogènes (« céphalées par abus médicamenteux »)



- Chez < 12 ans : AINS (puis paracétamol)

- Chez > 12 ans ou > 35 kg :
 - AINS
 - Si échec : paracétamol
 - Si échec : triptan spray nasal à H2
 - Si échec : AINS + Tripan

- Attention: si migraine avec aura: attendre la céphalée pour prendre un triptan



QUID DU TRAITEMENT DE FOND DE LA MIGRAINE

- Pas de recommandation médicamenteuse de l'HAS
- Techniques psycho corporelles : relaxation
- Hypnose : 85% efficacité
- TCC: gestion des FD



ACCORD PROFESSIONNEL

- >4/mois ou echec TTT crise ou si abus médicamenteux
- Flunarizine : 5 mg le soir chez > 12 ans
- Laroxyl 3 à 10 mg/j
- Avlocardyl 2 à 4 mg/kg/j !!! Sport et bradycardie
- Nocertone 15 à 30 mg/j
- Epitomax 50 -100 mg !!! Troubles de l'humeur, contraception, perte de poids , prescription par un neurologue
- Fenêtre thérapeutique systématique pendant les vacances après 6 mois



	Posologie	AMM	Contre-indications	Modalités d'administration
Paracétamol	15mg/kg/6 heures (Max 1 g par prise)	Dès la naissance	Insuffisance hépatique sévère	Suspension buvable, comprimé, sachet, comprimé effervescent
Ibuprofène	10mg/kg/8 heures (Max 400 mg par prise)	À partir de 3 mois	- Varicelle - Infection - Insuffisance rénale/hépatique - Ulcère gastrique connu sous AINS - Coagulopathie connue, risque hémorragique	Suspension buvable Comprimés Forme sublinguale en cas de vomissement
Sumatriptan (Imigrane®)	10 mg par prise. Max 2 pulvérisations par 24 heures.	À partir de 12 ans et 35 kilos	- Antécédents AVC - HTA - Association avec - IMAO - Insuffisance hépatique sévère	Spray nasal 1 pulvérisation dans 1 narine, tête vers l'avant. Masser quelques minutes la narine puis moucher. 2 ^{ème} prise possible 2 heures plus tard si amélioration partielle des symptômes
Zolmitriptan (Zomigoro®)	2,5 mg par prise. Max 5 mg par 24 heures.	Pas d'AMM en pédiatrie	- HTA - IDM ou pathologie cardiaque ischémique - AVC ou AIT - Syndrome de Wolff Parkinson White ou trouble du rythme - Phénylcétonurie	Forme sublinguale Si amélioration des symptômes mais persistance de la migraine, nouvelle prise possible 2 heures après la 1 ^{ère} prise



PRISE EN CHARGE DES CÉPHALÉES DE TENSION

- Repos dans un environnement calme
- Auto hypnose
- Biofeedback
- Éviter les paliers 1



ALGIE VASCULAIRE

- Épisodique ou chronique
- 5 crises
- Unilatéral, orbitaire, supra orbitaire ou temporal
- 15 à 180 min
- Symptomes vasculaires: larmoiement, myosis, sudation front
- 1 crise/48h à 8 crises/j
- Angio IRM



ALGIE VASCULAIRE

- O2 10l/min
- Verapamil à dose progressive après l'ECG
- Imigrane 20 mg
- PAI



HTIC

- FDR: obésité
- Céphalées progressives
- Pas de troubles de la vigilance
- Ex neurologique normal
- PL: augmentation de la pression

- Ttt: diamox

