

Céphalées de l'enfant

Repères pratiques en médecine de ville



Dre Varengue Roxane
Service neuropédiatrie
JMCPA 2025



Objectifs



Caractériser la
céphalée



Guider les examens
complémentaires



Traiter



Orienter

Plan

- I. Introduction
- II. Interrogatoire
- III. Examen clinique
- IV. Examens complémentaires
- V. Classification selon l'IHCD3
- VI. Traitement
- VII. Orientation

Introduction

« J'ai mal à la tête » ...

Motif de consultation fréquent

Etiologies multiples, le plus souvent bénignes

Impact vie quotidienne

Sex ratio & âge :

– Avant la puberté : $\sigma > \text{♀}$

– Adolescence : $\sigma \ll \text{♀}$, $\uparrow\uparrow$ prévalence



Interrogatoire

Traquer la céphalée secondaire



- Céphalée en coup de tonnerre
- Signes d'HTIC
- Troubles de conscience
- Déficit neurologique
- Syndrome méningé
- TC récent



URGENCES PEDIATRIQUES

Caractériser la céphalée

- Ancienneté
- Fréquence
- Intensité
- Durée
- Localisation
- Signes accompagnateurs : digestifs, pâleur, phono/photophobie...
- Facteurs déclenchants : stimuli sensoriels, alimentation, pression scolaire, manque de sommeil, contrariété/émotion, activité physique
- Retentissement

Examen clinique

> En règle normal pour les céphalées primaires

Moteur/sensitif

Paires crâniennes, oculomotricité ++

Ataxie

Syndrome méningé

Courbes poids/taille/PC

Tension artérielle : céphalées hypertensives très rares chez l'enfant (poussée d'HTA sur phéochromocytome) mais à dépister systématiquement

Examens complémentaires

Consultation ophtalmo avec FO : à prévoir de manière large

Imagerie cérébrale :

- TDMc aux urgences si présence de drapeau rouge, si céphalée inhabituelle chez un céphalalgique chronique, si présence d'un matériel de dérivation du LCR
- IRMc indications limitées

Indications à l'IRM cérébrale

- Age **inférieur à 3 ans** ou même avant 6 ans si interrogatoire non fiable
- **Localisation atypique** de la céphalée (occipitale)
- **Cassure de courbe**, retard pubertaire ou **puberté** précoce
- **Diabète insipide**
- **Auras complexes**, quasi hallucinatoires ou aura motrices
- **Syndrome neuro cutané**

Classification

Selon l'IHCD 3 (The International Classification of Headache Disorders 3)

Céphalée de tension

Critères IHCD 3

A	Au moins DIX épisodes répondant aux critères B - D
B	Céphalée d'une durée variant entre 30 min et 7 jours
C	La céphalée présente au moins 2 des caractéristiques suivantes : <ul style="list-style-type: none">•Localisation bilatérale•Sensation de pression (non pulsatile)•Intensité légère ou modérée•Aucune aggravation par l'activité physique
D	Absence des 2 caractéristiques suivantes : <ul style="list-style-type: none">•Nausée ou vomissement•Photophobie et phonophobie
E	Exclusion par l'anamnèse, l'examen clinique et neurologique, éventuellement par des examens complémentaires, d'une maladie organique pouvant être la cause de céphalées

Céphalée chronique quotidienne

- 15 jours par mois
- >3 mois
- > 180 jours par an

Abus d'analgésiques si utilisation régulière depuis > 3 mois d'un ou plusieurs traitements symptomatiques :

- paracétamol ou AINS > 15 jours/mois
- ergotamine, triptans, morphiniques ou combinaison > 10 jours/mois

Migraine sans aura

Critères IHCD 3

A	Au moins CINQ crises répondant aux critères B - C et D
B	Crises de céphalée durant 2 à 72h en l'absence de prise de traitement ou après échec
C	Céphalée ayant au moins 2 des caractéristiques suivantes : <ul style="list-style-type: none">• Topographie unilatérale ou bilatérale• Type pulsatile• Intensité modérée à sévère• Aggravée par des efforts physiques de routine (marcher, monter les escaliers)
D	Durant la céphalée, au moins l'un des caractères suivants : <ul style="list-style-type: none">• Nausées et /ou vomissements• Photophobie et phonophobie
E	N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'IHCD-3

Migraine avec aura typique

Critères IHCD 3

A	Au moins DEUX crises répondant aux critères B et C
B	Aura comprenant des troubles visuels et/ou sensitifs et/ou de la parole et/ou moteur et/ou basilaire et/ou rétinien , tous entièrement réversibles ,
C	Au moins 2 des 4 caractéristiques suivantes : <ul style="list-style-type: none">•Au moins un symptôme de l'aura se développe progressivement en plus de cinq minutes•Chaque symptôme de l'aura dure de 5 à 60 min•Au moins un symptôme de l'aura est unilatéral•L'aura est accompagnée, ou suivie dans les 60 min par une céphalée
D	N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3 et un accident ischémique transitoire a été exclu.

Focus sur les auras

Visuelles = les plus fréquentes : vision scintillante, trouble, colorée, déformée, double, scotome, hémianopsie

Sensitives : en général paresthésies distales (mains, pieds) pouvant gagner le visage

Troubles du langage : dysarthrie, aphasie

Motrices : manque de force > formes hémiplésiques

Auditives : sifflements, bruits, voix...

Olfactives



Spécificités des migraines pédiatriques

Possibilité de crises **plus courtes**, parfois inférieures à 1 heure

Localisation **bilatérale** plus fréquente de la céphalée, plutôt bifrontale

Troubles digestifs souvent au premier plan

Pâleur inaugurale fréquente

Auras plus fréquentes que chez l'adulte (30 à 50% des enfants migraineux)

Sommeil souvent réparateur

Possibilité de **présentations non céphalalgiques**

Présentations non céphalalgiques ou « **équivalents migraineux** »

Vertige paroxystique bénin

- Accès brusque de vertige sévère, quelques minutes à quelques heures, résolution spontanée. Nystagmus et vomissements possibles. EEG et examens neurologique et ORL normaux.

Torticolis paroxystique bénin

- Accès par crises récurrentes. Inclinaison de tête d'un côté, avec ou sans légère rotation, disparaissant spontanément après quelques minutes ou jours. Associé à : pâleur et/ou malaise et/ou ataxie et/ou irritabilité et/ou vomissements.

Présentations non céphalalgiques ou « équivalents migraineux »

Vomissements cycliques

- Accès épisodiques et stéréotypés d'intenses nausées et vomissements dont la durée varie de 1 à 5 jours. 4 épisodes de vomissement par heure pendant une heure au moins. Aucune autre manifestation entre les crises.

Migraine abdominale

- Crise de 1 à 72 heures, d'intensité modérée ou sévère. Douleur sourde ou irritative. Localisation médiane ou péri-ombilicale ou mal localisée. Associée à au moins 2 des 4 caractéristiques suivantes : pâleur, perte d'appétit, vomissement, nausées.

Traitement

Migraine : traitement de la crise

A prendre **le plus précocement possible (dès les premiers symptômes)**, à associer à un **isolement sensoriel > Prévoir PAI**

1^{ère} intention : Ibuprofène 10 mg/kg, max 400 mg par prise

2^{ème} intention : Sumatriptan nasal 10 mg (à partir de 12 ans ou 30 kg)

Alternatives : Diclofénac (à partir de 16 kg) ou **Naproxène** (à partir de 6 ans ou 25 kg)

3^{ème} intention : Association AINS-triptan d'emblée ou triptan/AINS-anti-émétique (ondansétron)

Pas de codéine, tramadol ou morphine : inefficaces et risque de dépendance !

Migraine : traitement de la crise

Prévention de la céphalée par abus d'antalgiques :

- Information du patient
- Mention sur l'ordonnance : restreindre la prise à 2 jours par semaine maximum, reconsulter si nécessité de prise plus de 3 jours d'affilée

Méthodes psychocorporelles : pas un « complément » mais un réel traitement de fond !

- ✓ Relaxation
- ✓ Sophrologie
- ✓ Méditation
- ✓ Thérapie cognitive et comportementale (TCC) (cf AFTCC)
- ✓ Hypnose

...

+ **Hygiène de vie et éviction des facteurs déclenchants** quand possible

Plus efficace dans les études que les traitements de fond médicamenteux !

Trautmann E, Lackschewitz H, Kroner-Herwig B (2006). Psychological treatment of recurrent headache in children and adolescents: a meta-analysis. Cephalalgia 26 (12):1411-26

Traitement de la céphalée de tension

Pas de traitement médicamenteux réellement efficace

Difficile à faire accepter au patient/aux parents

Importance de la psycho-éducation, orientation vers les **méthodes psychocorporelles** : méthode la plus efficace

Anttila P (2006) Tension-type headache in childhood and adolescence. LancetNeurol 5(3): 268-74

Orientation

Drapeau rouge : urgences

Généraliste et échec de traitement de première intention/difficulté
d'évaluation de l'enfant : pédiatre

Céphalée localisée, vertiges : ORL

HTA : néphropédiatre

Adressage en neuropédiatrie

- Enfant jeune < 6 ans
- Terrain particulier, notamment pathologie chronique associée (neurologique, génétique, oncologique, métabolique, immunologique...)
- Céphalée déclenchée ou nettement aggravée par l'effort, la toux, les manœuvres de Valsalva (demander IRM en amont de la consultation !)
- ATCD TC semi récent avec imagerie initiale normale
- Céphalée/migraine résistante aux mesures de première intention
- Migraine avec aura motrice ou atypique
- Céphalées chroniques avec examens complémentaires normaux et absence d'amélioration par méthodes psychorporeselles

➤ Les livrets de l'association SPARADRAP

Des ressources
pour informer



Des ressources
pour s'informer

Sous la direction de
Daniel Annequin, Barbara Tourniaire et Rémy Amouroux

Migraine, céphalées de l'enfant et de l'adolescent



Des ressources pour s'informer

DOLOMIO

Douleur chronique et migraine de l'enfant et de l'adolescent.e

DES DONNÉES CLAIRES ET VALIDÉES SUR :

- Les douleurs répétées, prolongées ou chroniques
- Les céphalées / migraines
- Les douleurs abdominales
- L'algodystrophie
- Les douleurs des muscles et des os
- Les douleurs neuropathiques



DES EXPLICATIONS FACILES À COMPRENDRE SUR :

- Les causes des douleurs
- Les soins et traitements possibles



ET AUSSI DES TÉMOIGNAGES !

La douleur chronique pédiatrique est déstabilisante pour la personne concernée mais aussi son entourage familial et médical. Ce site apporte des réponses et des explications et peut aider à se sentir moins isolé et à trouver des solutions.

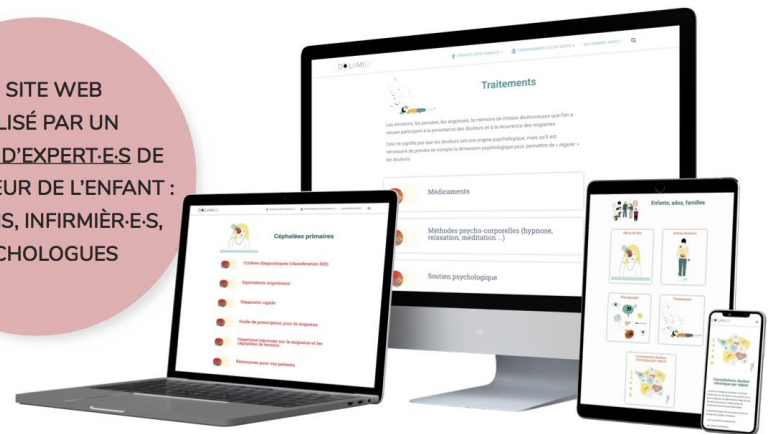
Le site a reçu le soutien de la fondation Apicil et des sociétés savantes SFETD, PÉDIADOL, SFP.



Dolomio.org Un nouveau site internet sur la migraine et la douleur chronique de l'enfant et de l'adolescent.e :



UN SITE WEB RÉALISÉ PAR UN GROUPE D'EXPERT·E·S DE LA DOULEUR DE L'ENFANT : MÉDECINS, INFIRMIÈR·E·S, PSYCHOLOGUES



contact@dolomio.org  **Écrivez-nous !**

Ce site est évolutif et participatif : partagez vos remarques, savoirs et documents utiles avec Dolomio.





Merci pour votre attention