

# Les céphalées de l'enfant, *un douloureux casse-tête?*

Dr Nathalie MEIER  
UMA Pédiatrie, Néonatalogie et  
Médecine de l'adolescence  
CHIVA

*Journée Pédiatrique de l'Ariège*  
*4 Octobre 2016*

Centre hospitalier du val d'Ariège





Centre hospitalier du val d'Ariège

**Sujet vaste, tous les champs de la médecine sont concernés**

- neurologie,**
- ophtalmologie,**
- psychiatrie,**
- cardio-vasculaire,...**

**Le fil rouge: un bon interrogatoire**

**Le but: distinguer une céphalée symptomatique  
d'une céphalée primaire**



# Interrogatoire +++:

- Âge, antécédents familiaux
- Mode d'installation
- Localisation
- Type de douleur
- Sédation efficace?
- Retentissement personnel, familial
- Fréquence des épisodes



# Examen clinique:

- Examen neurologique +++
- Mesure de la TA et EVA
- Ophtalmologique
- Aspect cutané (angiome, TCL)
- Présentation de l'enfant (signes d'anxiété, langage, ressenti scolaire) et de sa famille
- Faire dessiner l'enfant



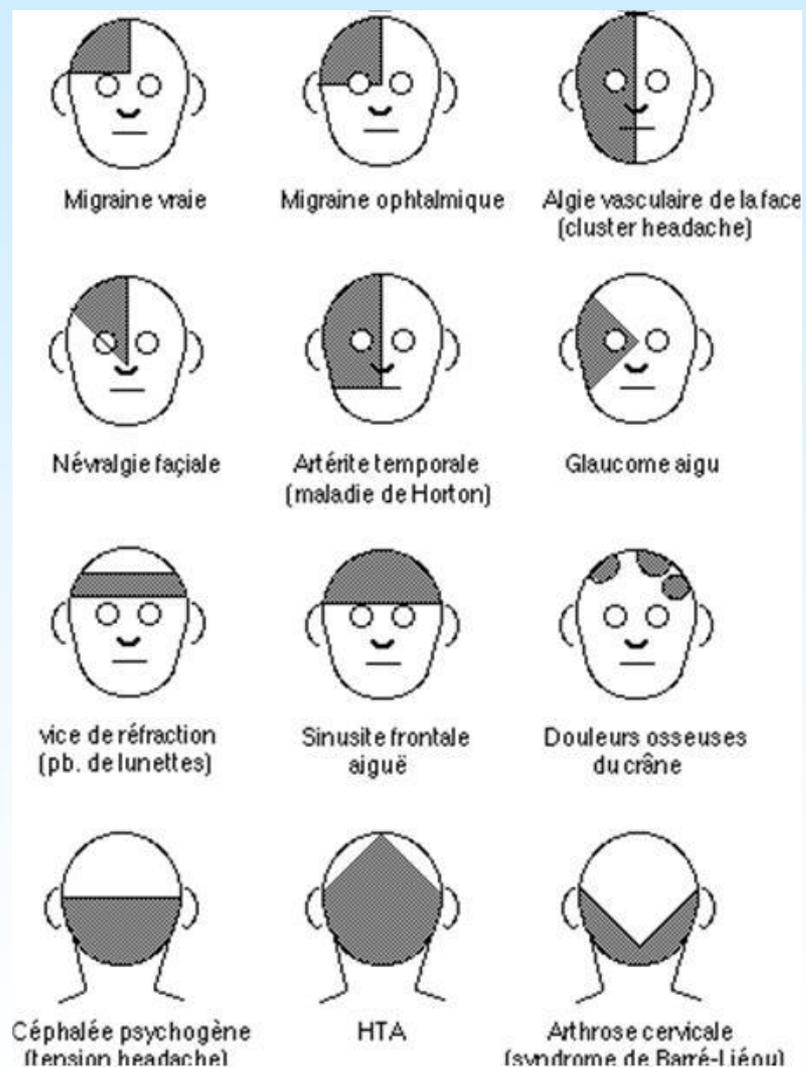
## Tableau 2. Les questions simples à poser à l'enfant

### **Quand tu as très mal à la tête :**

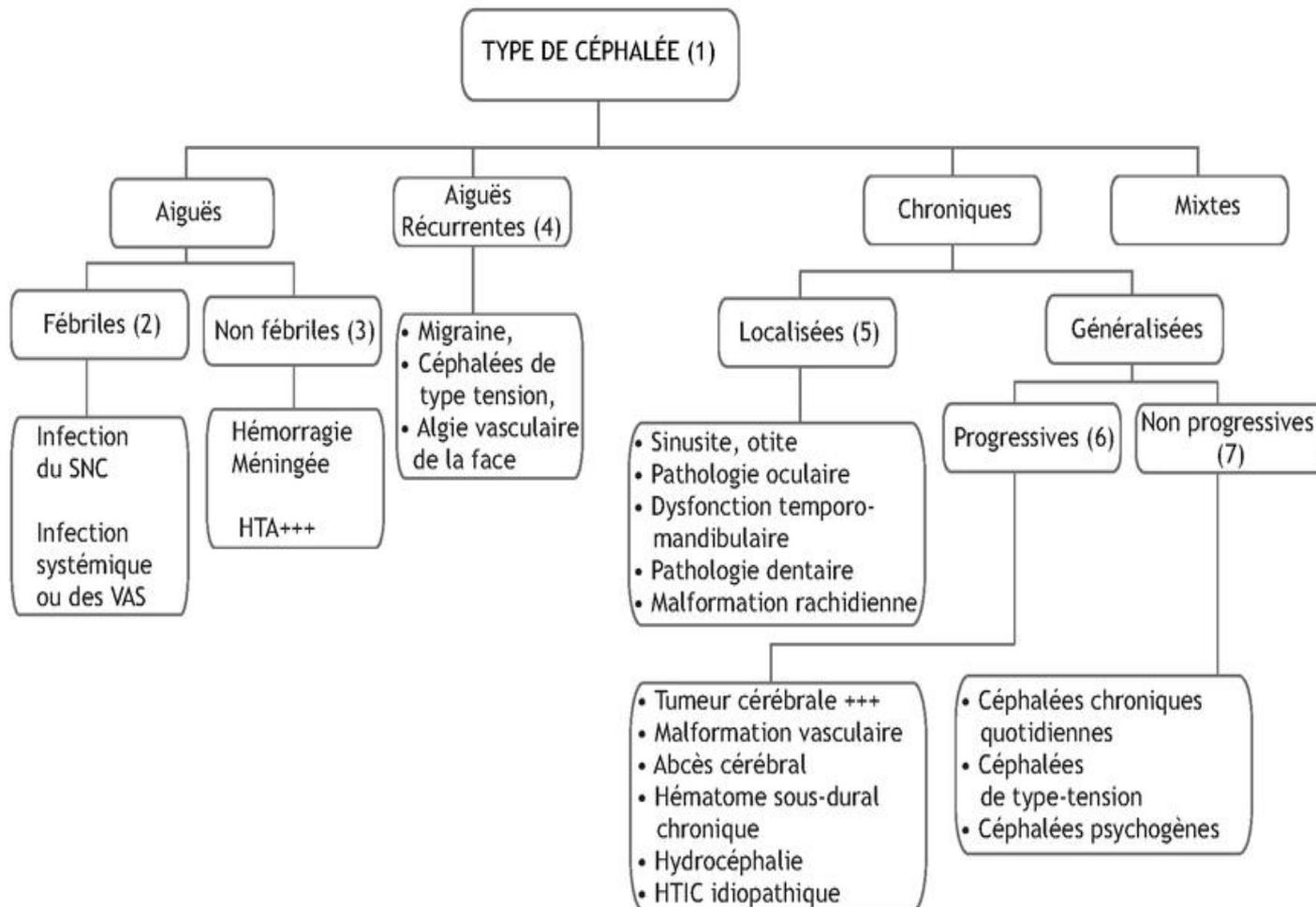
- Peux-tu me montrer à quel endroit de la tête tu as mal ?
- Peux-tu me dire comment est cette douleur ? est-ce que ça tape ?
- Peux-tu donner une note à cette douleur entre 0 et 10 ? (ou une échelle de visage ou une échelle visuelle analogue lui seront proposées)
- Es-tu obligé de te coucher ou peux-tu continuer tes activités ?
- Quand tu as très mal à la tête, as-tu envie de vomir, vomis-tu parfois ?
- Quand tu as très mal à la tête, es-tu gêné par le bruit, par la lumière ?

Les enfants qui présentent des crises de migraine répondent de manière positive à ces questions. Un enfant ayant eu 5 épisodes de ce type est migraineux.

# La localisation des céphalées:



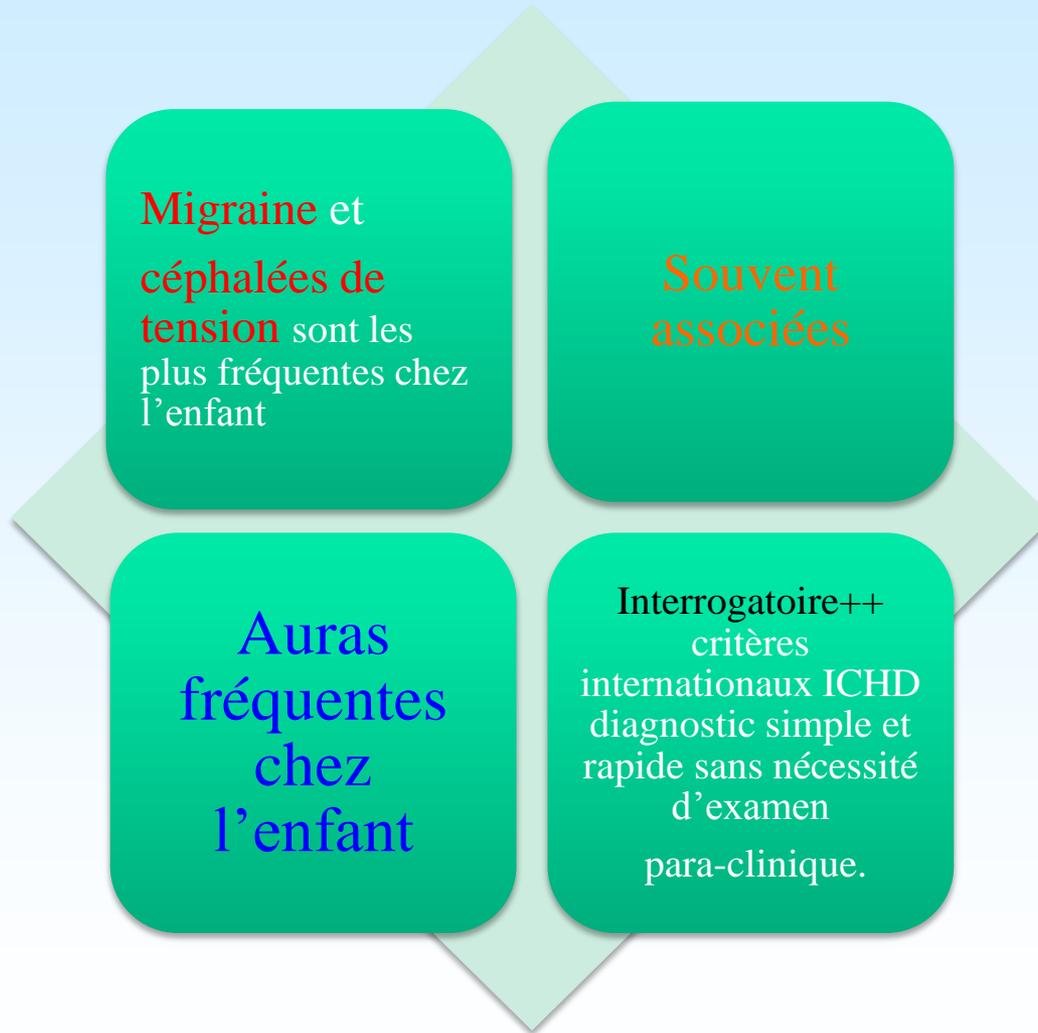
# Les céphalées de l'enfant: organigramme



# 5 à 10% des enfants sont migreneux



# *Les céphalées primaires:*



# *Les céphalées primaires*

## *Critères migraine sans aura ICHD 3 1.1(2014)*

- A au moins 5 crises répondant aux critères B-D
- B crise d'une durée de 2 à 48h en l'absence ou en échec du traitement
- C au moins 2 caractéristiques suivantes:
  - localisation unilatérale ou bilatérale (enfant)
  - pulsatile
  - intensité modérée à sévère
  - aggravation ou déclenchement par une activité physique habituelle (marcher, monter des marches)
- D durant la céphalée, au moins une des caractéristiques suivantes:
  - nausée et/ou vomissements
  - photo-phonophobie
- E pas de meilleure explication par un autre diagnostic ICHD



# *Critères migraine avec aura code ICHD3 1.2*

**A** au moins 2 crises répondant aux critères B-D

**B** aura comprenant au moins 1 des symptômes (entièrement réversibles) suivants:

Visuel/sensoriel/langage/moteur/tronc cérébral/rétinien.

**C** au moins 2 des critères suivants:

- 1 au moins un symptôme de l'aura se développe progressivement en plus de 5 minutes et/ou d'autres symptômes se succèdent
- 2 chaque symptôme dure entre 5 et 60 minutes
- 3 au moins 1 symptôme est unilatéral
- 4 la céphalée survient pendant l'aura ou suit l'aura dans les 60 minutes

**D** pas de meilleure explication par un autre diagnostic ICHD (AIT éliminé)



## *Critères céphalées de tension critères IHCD:*

- **A au moins 10 épisodes** répondant aux critères B-D
- **B céphalées** d'une durée variant de **30 min à 7 jours**
- **C** la céphalée présente **au moins 2** des caractéristiques suivantes:

Localisation bilatérale

Sensation de pression (non pulsatile)

Intensité légère à modérée

Aucune aggravation par l'activité physique

- **D absence de nausées ou vomissements**  
**phono ou photophobie**
- **E exclusion** par l'anamnèse, l'examen clinique et neurologique, éventuellement des examens complémentaires, **d'une maladie organique** pouvant être la cause des céphalées



# Migraine versus céphalée de tension

	Migraine	Céphalée de tension
Hémicrânie *	+	0
Pulsatilité **	+	0
Intensité	Modérée à sévère	Légère à modérée
Douleur aggravée à l'effort	+	0
Nausées/vomissements	+	0
Photophobie/phonophobie***	+ l'un ou l'autre, mais pas les deux ensemble	
Durée de la crise	4 à 72 heures	30 minutes à 7 jours



# *Les migraines complexes:*

*(ex-migraine confusionnelle, basilaire ...)*

- *Migraine avec aura du tronc cérébral*  
(dysarthrie, vertige, acouphènes, hypoacousie, diplopie, ataxie, baisse du niveau de conscience)
- *Migraine hémiplégique (sporadique/familiale):*  
aura motrice, déficit + signes sensitifs, visuels, langage +/- vertiges, instabilité, acouphènes. 4 mutations génétiques CONNUS (transporteurs ioniques: CACNA1A, ATP1A2, SCN1A, PRRT2)  
(Formes sévères: hémiplégie prolongée, confusion, coma, fièvre, crises comitiales/ signes cérébelleux permanents, rarement épilepsie, déficience intellectuelle)
- *Migraine et épilepsie:* auras complexes, perte de connaissance initiale, syndrome de Panayotopoulos (épilepsie occipitale, vision de tâches colorées)



## *Les signes qui doivent alerter:*

Céphalées *avant l'âge de 4 ans*

Début brutal, en coup de tonnerre (hémorragie, rupture d'anévrisme)

Signes neurologiques accompagnateurs  
(conscience, équilibre, focalisation, paires crâniennes)

D'intensité progressive (HTIC, infection,...)

→ dans ces situations cliniques:

IMAGERIE CEREBRALE (scanner)

*Le diagnostic de céphalée primaire reste un diagnostic d'élimination le plus souvent clinique!*





# Particularités de la migraine de l'enfant:

- Crises plus courtes
- Localisation bilatérale
- Troubles digestifs au 1<sup>er</sup> plan
- Pâleur inaugurale fréquente (+ cernes)
- Fréquence des auras (50% des enfants migraineux: visuelles  $\frac{3}{4}$ , auditives 40% (voix), langage et fatigue musculaire 10%)



# *Evaluation de la migraine:*

- Tenir un agenda des crises (efficacité des traitements, sévérité)
- Absentéisme scolaire (en moyenne 6 jours par an)
- Facteurs déclenchants +++: stress, contrariété, émotion, chaleur, luminosité, sport, bruit, fatigue, jeûne et faim, fièvre, efforts de concentration (pression scolaire, usage abusif des écrans)
- Symptômes anxio-dépressifs: sensibilité aux émotions et aux contrariétés, +/- impact sur les résultats scolaires.



# Traitement de la migraine:

## **Crise:**

- ibuprofène 10 mg/kg oral
- le plus précocement possible

Si vomissement:

diclofénac rectal

ou sumatriptan spray nasal 10 à 20 mg (>12 ans ou > 35 kg)

ou kétoprofène IV 1 mg/kg

**Le secret du succès: un traitement précoce**



# Traitement des céphalées de tension:

- Pas de médicament !
- Le présenter comme de « petits maux de tête », auprès de la famille
- Tension musculaire, fatigue, tension psychologique, stress en sont l'origine, le traitement est donc le repos, la distraction, l'alimentation, passer des moments agréables et de détente.
- Si le stress est trop important: méthodes de relaxation, hypnose, séances avec un psychologue.



## Traitement de la crise de migraine (suite):

- Si échec du traitement de la crise à 30-60 min:  
ajouter paracétamol: 15 à 30 mg/kg  
ou sumatriptan 10 mg: 1 pulvérisation nasale
- **EVITER les OPIACES**  
(Recommandation HAS: attendre l'apparition des céphalées pour traiter les crises avec aura avec les triptans ou les dérivés ergotés)

Permettre à l'enfant de s'allonger dans le noir et le calme, pendant au minimum 30 minutes, voire s'endormir.



# *Les céphalées chroniques:*

- Depuis des mois ou années
- Quotidiennes (ou presque)
- Composante psychologique prédominante
- Absentéisme important, voire déscolarisation
- Traitement de crises inefficaces
- Consultation spécialisée à prévoir
- Méthodes (psychotérapeutiques) non médicamenteuses efficaces
- Anxiolytiques parfois efficaces
- Hospitalisation parfois nécessaire





# Les traitements non médicamenteux

- Relaxation: apprentissage progressif d'une méthode visant la décontraction physique et psychique, développer des expériences de bien-être antagonistes à celle du stress.
- Biofeedback: monitoring des variables physiologiques (FC, tension musculaire), mise en évidence des liens entre émotions, pensées et corps, apprentissage de la relaxation.
- Thérapie Comportementale et Cognitive: étude de liens entre émotions, pensées et comportements, assouplissement des représentations et des croyances problématiques, mise en évidence de manières de penser, d'agir, qui majorent la douleur, favoriser le développement de stratégies alternatives
- Hypnose: expérimentation d'un état de « conscience élargie », favoriser l'apprentissage de l'autohypnose, développer les ressources de la personne.



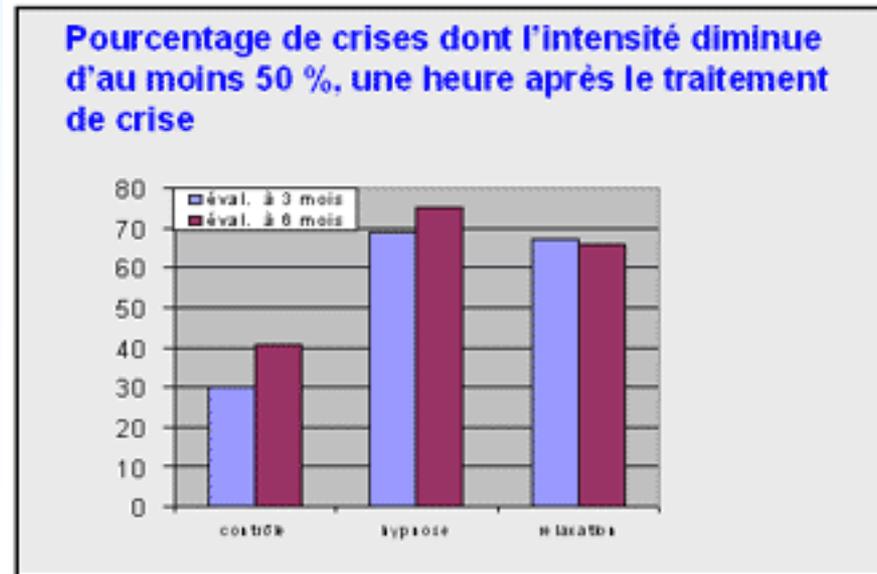
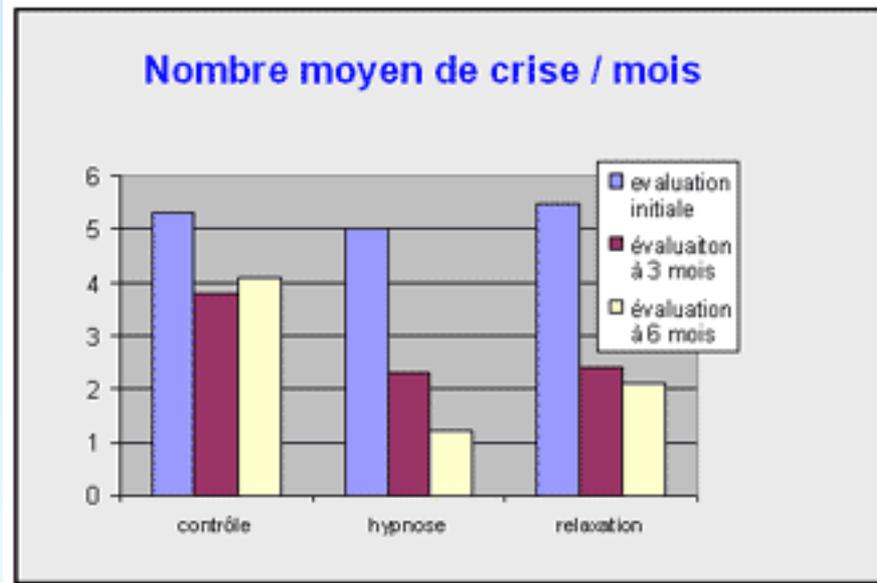
# Autres thérapies non médicamenteuses:

- Thérapie familiale: considération du groupe familial dans la souffrance de l'individu, décentrer la famille de la plainte de l'enfant, mettre en évidence l'impact des conduites familiales sur la souffrance de l'enfant.
- Psychothérapie psychanalytique: sur hypothèse de l'idée que les symptômes sont l'expression d'un désir refoulé, rôle des céphalées dans le fonctionnement psychique, lien entre les céphalées et l'histoire intime du sujet.

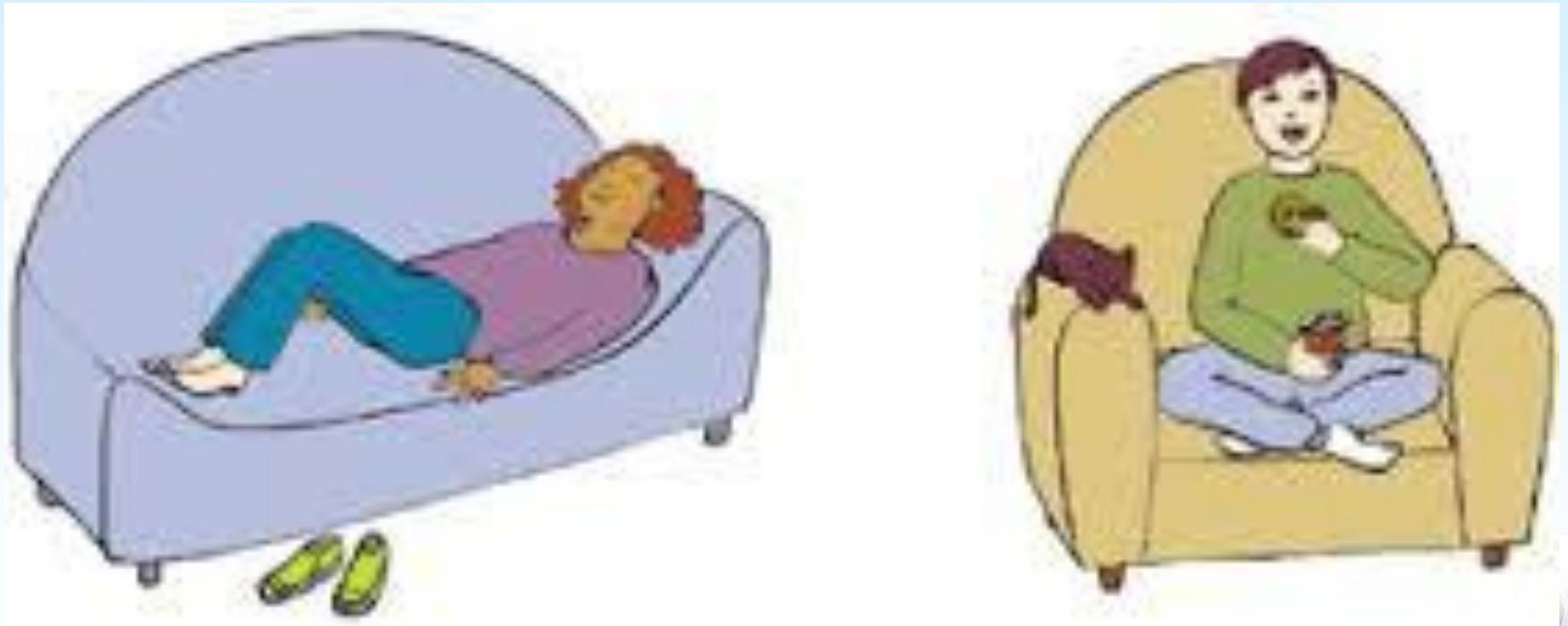


## Les traitements non médicamenteux

### Relaxation/hypnose (étude Trousseau)



# Relaxation et Auto-hypnose



# *L'hypnose au CHIVA*

- Référent à la Consultation Douleur Chronique:  
Dr Villanou, Dr Lemoine, Mme Mauger  
1 première consultation de debriefing  
Puis 1 séance / 15 jours à 3 semaines  
Au bout de 4 séances:  
apprentissage auto hypnose

Prise de RV: 05 61 03 33 66



# *L'enfant migraineux et l'école:*

- Établir un PAI avec le médecin scolaire pour que l'enfant puisse bénéficier du traitement sans délai.
- Indiquer la bonne dose d'ibuprofène 10 mg/kg, la possibilité de s'isoler dans une pièce au calme et dans l'obscurité, permettre un repos allongé pendant au minimum 30 minutes, temps d'action du traitement, (et de l'autohypnose si apprise).
- But: que l'enfant reprenne ses activités et éviter l'absentéisme.



# Conclusion:

- Mieux repérer et évaluer les céphalées primaires de l'enfant
- Pour les traiter de manière adéquate, rapidement et à bonnes doses
- Eviter des examens (scanners) souvent inutiles
- Importance de l'interrogatoire et de la connaissance des critères diagnostiques des céphalées primaires
- Importance de l'information et de l'éducation de l'enfant (meilleure hygiène de vie)
- Ne pas oublier les thérapeutiques non médicamenteuses (relaxation, hypnose)





Centre hospitalier du val d'Ariège



# *Documents et sites utiles:*

- Livret « J'ai mal à la tête », rédigé par le Centre de la Migraine de l'Enfant Association Sparadrap
- [www.migraine-enfant.org](http://www.migraine-enfant.org)



# Livret Sparadrap



Centre hospitalier du val d'Ariège

# *Références bibliographiques:*

- Migraine, céphalées de l'enfant et de l'adolescent, par D. Annequin, B.Tourniaire, R. Amouroux, Springer 2014.
- Les céphalées en 30 leçons, par G. Géraud, Fabre, Michel Lanteri-Minet, Dominique Valade, 2ème édition, 2013.
- Protocoles de C. Espil-Taris (Bordeaux), JC Cuvellier et L.Vallée (Lille).
- Les céphalées primaires de l'enfant/ diagnostic et traitement, *Pediatrica* 2007: vol 18, n°5.

