



Groupe Hospitalier
Artois-Ternois

CENTRE HOSPITALIER D'ARRAS



Dr Karine LEGRAND, Médecin Coordinateur
Structure Douleur Chronique du CH Arras



Le 19 Avril 2018, FMC Arras

Céphalées, Migraines de l'Enfant et de l'Adolescent

Cas clinique : anamnèse

Lucas, 11 ans, 40 KG

Episodes de maux de tête depuis l'âge de 6 ans, évoluent par crise entre 4 et 12 H

Absentéisme scolaire 10 jours durant les 12 derniers mois

Céphalée frontale, pulsatile, augmentée par l'activité physique, Lucas va s'allonger, nausées, parfois des vomissements, gêné par le bruit et la lumière. EVA = 9/10

Sa maman le décrit comme pâle au moment des crises

Moins de crise pendant les vacances scolaires, plus fréquentes à la rentrée des classes

Stress lors des évaluations scolaires malgré de bonnes notes

Actuellement 4 crises par mois



Cas clinique : son parcours de soins

Plusieurs Cs médicales

Bilan ophtalmologique = léger trouble de la convergence

A eu TDM cérébral, radio des sinus, 10 séances de rééducation d'ortho

Pas de diagnostic précis. « Trouble psychosomatique évoqué »

Examen neurologique normal

Seul traitement essayé = paracétamol, inefficace

Quel est votre diagnostic ?



© Association SPARADRAP

Cas clinique : quel est votre diagnostic ?

Rechercher à l'interrogatoire

- Rechercher l'existence d'une aura : pas de trouble associé retrouvé à l'interrogatoire
- Rechercher la présence d'une céphalée de tension : Lucas distingue les petits maux de tête, EVA 4/10 maximum, qui n'empêche pas la poursuite des activités physiques, des grosses crises qui l'obligent à s'allonger dans le noir
- Rechercher les antécédents familiaux : initialement pas d'ATCD familial connu, mais sa maman décrit des maux de tête en fin de cycle nécessitant la prise d'Ibuprofène, notion de « crise de foie » dans l'enfance

Cas clinique : quel est votre diagnostic ?

Rechercher à l'interrogatoire

- Rechercher l'existence d'une aura : pas de trouble associé retrouvé à l'interrogatoire
- Rechercher la présence d'une céphalée de tension : Lucas distingue les petits maux de tête, EVA 4/10 maximum, qui n'empêche pas la poursuite des activités physiques, des grosses crises qui l'obligent à s'allonger dans le noir
- Rechercher les antécédents familiaux : initialement pas d'ATCD familial connu, mais sa maman décrit des maux de tête en fin de cycle nécessitant la prise d'Ibuprofène, notion de « crise de foie » dans l'enfance

Migraine sans aura avec céphalées de tension épisodiques

Migraine : épidémiologie

Pathologie fréquente et méconnue

Pathologie migraineuse = 1ère cause de céphalée récurrente de l'enfant

Prévalence = 3 à 10 % chez l'enfant ; 10 à 15 % chez l'adulte

1/3 absentéisme scolaire ; Fille = garçon, avant la puberté

Moyenne d'âge de survenue de la maladie = 6 ans ; Moyenne d'âge des enfants vus en Cs (Etude Trousseau) 11 ans

Pronostic : 2/3 de ses enfants ne présentent plus de migraine lorsqu'ils sont adultes jeunes ; 1/2 migraineux après 50 ans ; 1/3 restent de grands migraineux

Physiopathologie

Terrain migraineux = hyperexcitabilité neuronal

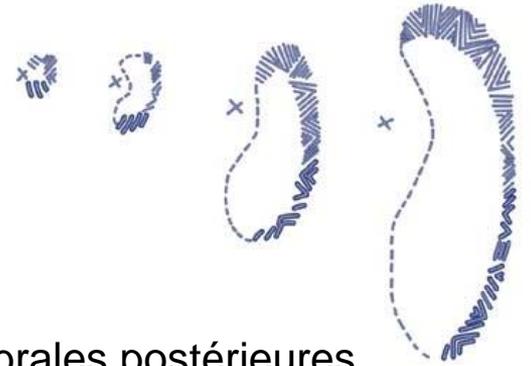
Hyperexcitabilité Corticale

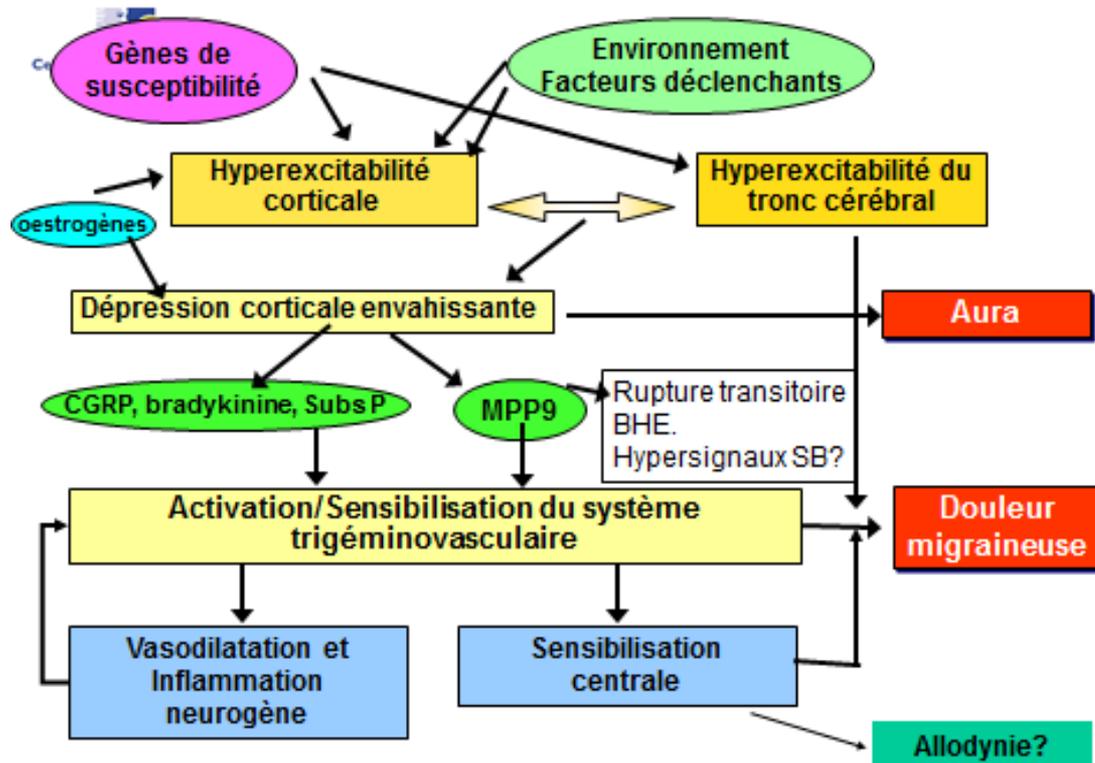
Onde dépolariation corticale envahissante dans les zones cérébrales postérieures vers antérieures qui active le système trigéminal vasculaire

Phase vasculaire + inflammatoire

Soupe inflammatoire artère de la dure-mère = caractère pulsatile

Activation du Tronc cérébral = nausées, vomissements





Critères IHS - Migraine sans aura

A- Au moins 5 crises répondant aux critères B-D

B- Crises d'une durée de 1 à 48 heures (sans traitement)

C- La céphalée présente au moins 2 des caractéristiques suivantes :

- Localisation bilatérale
- Pulsatile
- Intensité modérée au sévère
- Aggravation par l'activité physique

D- Durant la céphalée, au moins une des caractéristiques suivantes :

- Nausée et/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.



Migraine avec aura

Dans 30 à 40 % des cas

Trouble focal réversible :

- visuels : phosphènes, scotome scintillant, zone floue, taches colorées, vision déformée
- Sensitifs : paresthésies, fourmillements,
- Moteurs : engourdissement, diminution de force musculaire
- Auditifs : voix, sifflements, sons
- Auras végétatives hypo ou hyperthermie, sueurs, rougeurs
- Forme rare hémiplégique, parésique, confusionnelle, apraxique (Ex complémentaire)

auras avant ou pendant la crise



Syndromes précurseurs de migraine

Syndromes récurrents de l'enfant

-Vertige paroxystique

Accès de vertige sévère, qq minutes à qq heures, résolution spontanée, parfois nystagmus et vomissements ; Ex neuro et EEG normaux.

-Migraine abdominale

Durée 1 à 72 H, intensité modérée à sévère, caractère sourde ou irritative, localisation médiane ou péri ombilicale ou mal localisée, possédant 2 des 4 caractéristiques suivantes pâleur, perte d'appétit, vomissement, nausées.

-Vomissements cycliques

Accès épisodiques et stéréotypés d'intenses nausées et vomissements, durée entre 1 et 5 jours, 4 épisodes de vmts/H pendant plus d'1H au moins, aucune manifestation entre les crises



Différence avec la migraine de l'adulte

Crises plus courtes

Localisation bilatérale plus fréquentes

Troubles digestifs au premier plan

Pâleur inaugurale fréquente



Critères IHS - Céphalées de Tension

A- Au moins 10 crises répondant aux critères B-D

B- Céphalées d'une durée variant entre 30 min et 7 jours

C- La céphalée présente au moins deux des caractéristiques

-Localisation bilatérale

-Sensation de pression (non pulsatile)

-Intensité légère ou modérée

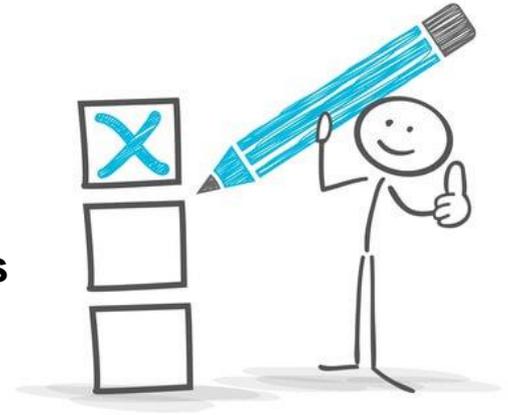
-Aucune aggravation par l'activité physique

D- Absence des deux caractéristiques suivantes

-Nausée ou vomissement

-Photophobie et phonophobie

Exclusion par l'anamnèse, l'examen clinique et neurologique, éventuellement par des examens complémentaires, d'une maladie organique pouvant être la cause de céphalées



Les Céphalées Chroniques Quotidiennes

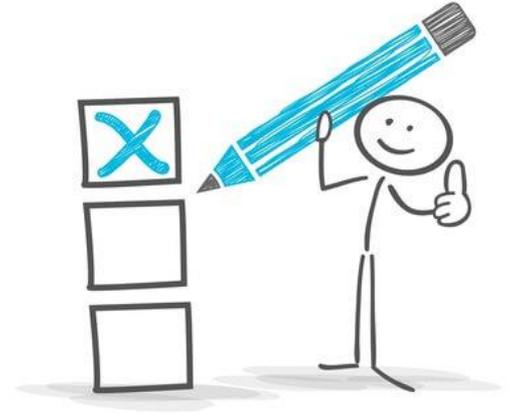
Céphalées :

+ plus de 15 jours/mois

+ plus de 4heures/jour en l'absence de traitement

+ Sans substratum lésionnel

Souvent céphalée épisodique – migraine ou céphalée de tension – qui évoluent vers une céphalée chronique, en lien avec un abus médicamenteux et facteurs psychopathologiques



Les interrogations ?

La cause de la migraine

Origine génétique et familiale

Facteurs déclenchant

Pression scolaire, concentration scolaire, le jeûn, le froid, la chaleur, la luminosité, le bruit, odeurs, les émotions fortes, les contrariétés, le stress, le sport, la fatigue, le manque ou l'excès de sommeil, stimulation du système vestibulaire (roulade, manège, les petits traumatismes céphaliques, transports, ..), ... piscine, sport en salle, cantine,



© SH - Association SPARADRAP

Les diagnostics erronés



La localisation

Péri orbitaire = territoire du trijumeau à l'origine de la douleur migraineuse

Les troubles de la vision

Égarement vers origine ophtalmologique, troubles de la réfraction de la convergence

Equivalents migraineux = Migraine abdominale, vomissements cycliques, Vertiges paroxystiques

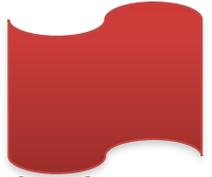
Crises de foie, Gastro-entérite, Sinusite

Facteurs déclenchant psychologiques Pression scolaire, amélioration pendant les vacances, contrariété, stress scolaire

La migraine n'est pas une maladie psychologique ; Mauvaise interprétation par les parents et enseignants



Drapeaux Rouges



Processus intra crânien (Tumeur, Hématome), HTIC, méningo-encéphalite, intoxication au CO, Abus d'antalgique, Syndrome dépressif de l'adolescent, Phéochromocytome, MAV

Céphalée brutale « Coup de Tonnerre »

Céphalées récentes, de sévérité et d'intensité croissante, horaire matinale ou épisode nocturne, vomissement en jet, lié à éternuements ou toux, exacerbée lors des changements de position

Modification de l'humeur, du comportement

Cassure de la courbe de croissance

Anomalie à l'examen clinique

Traumatisme crânien

Hyperthermie

HTA

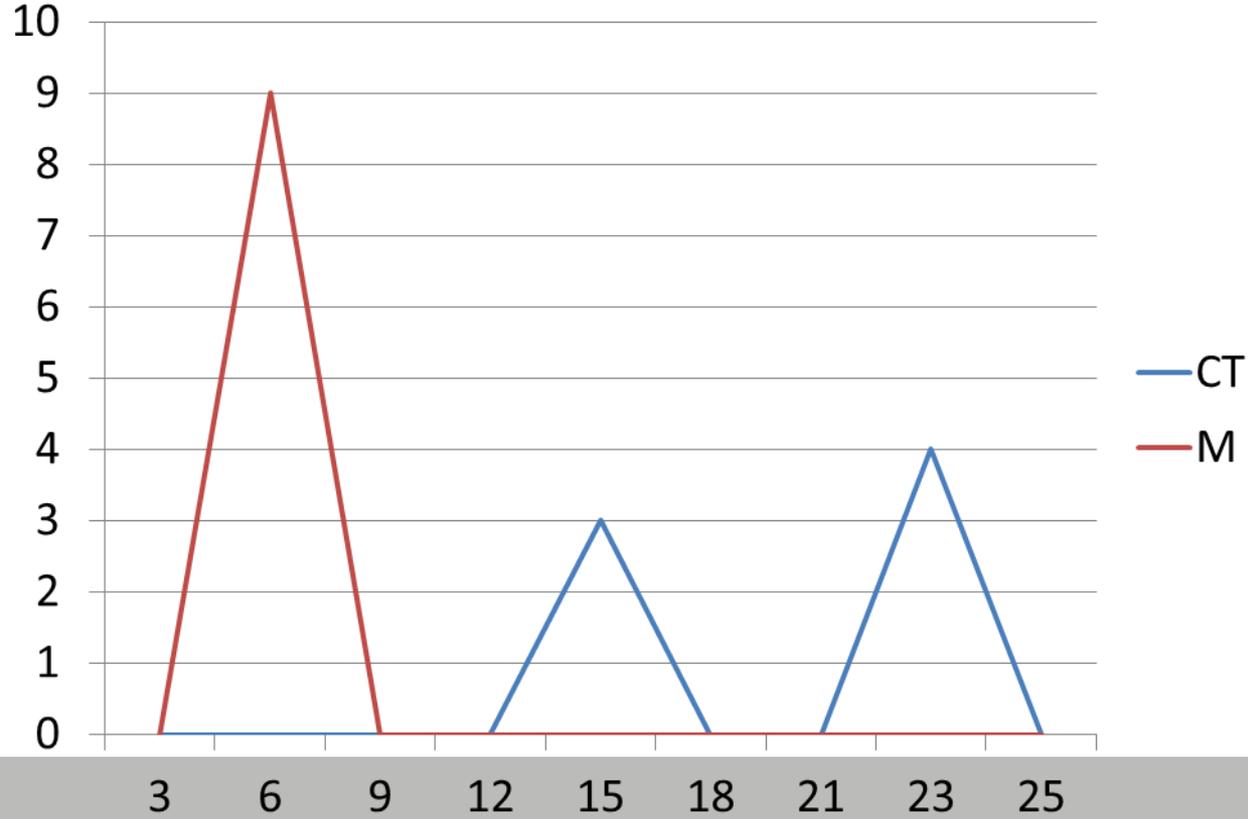


Interrogatoire 3 questions



- 1) 2 Sortes de maux de tête ?
- 2) ATCD Familiaux
- 3) Facteurs déclenchant = abaissent notre seuil migraineux

Céphalées de tension et Migraine



Céphalées chroniques

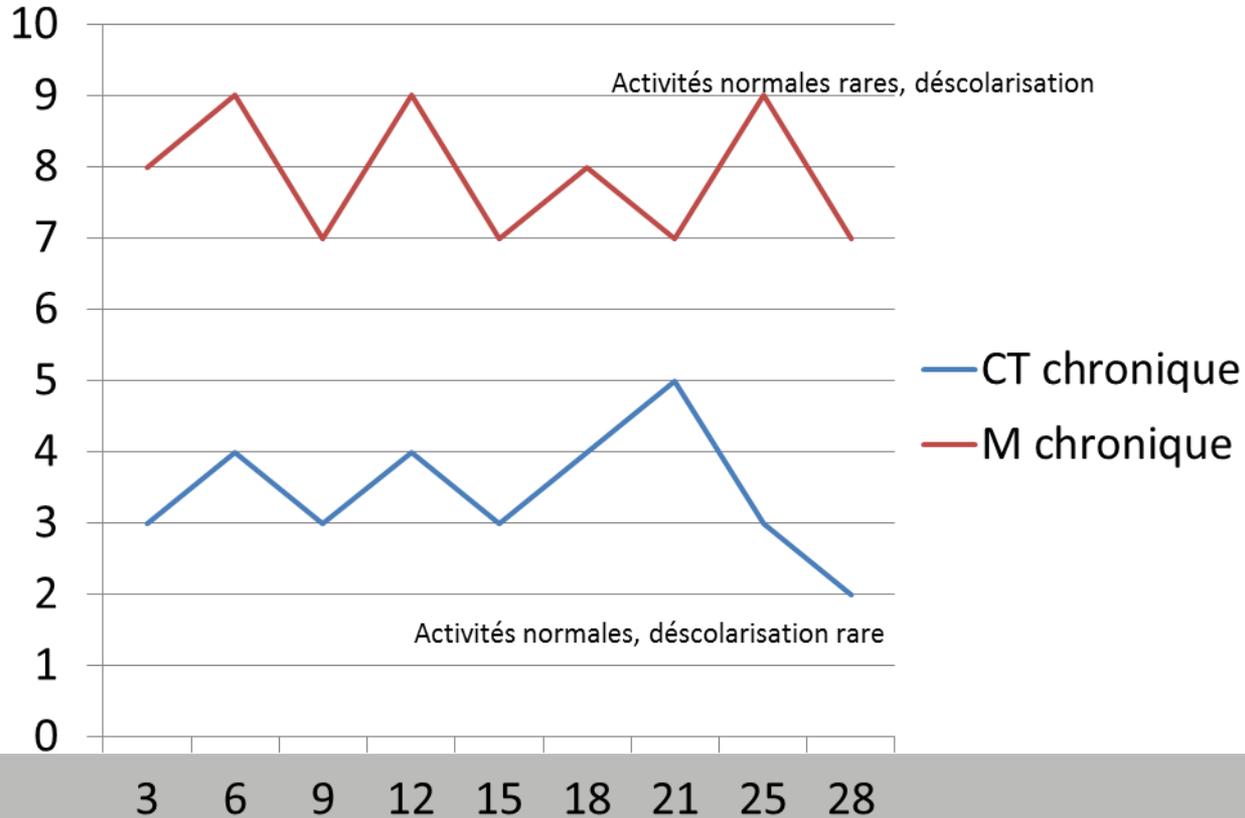
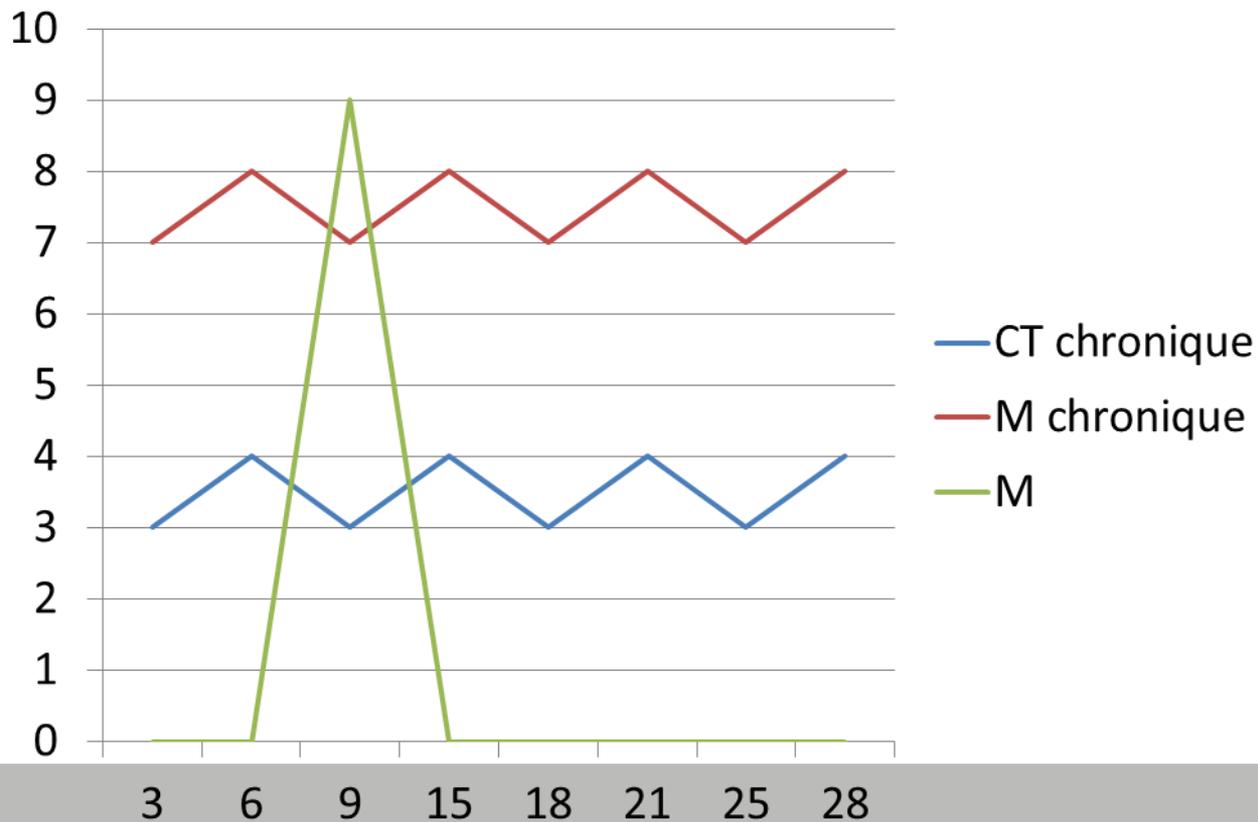


Tableau Mixte



Imagerie ?

Examen clinique anormal

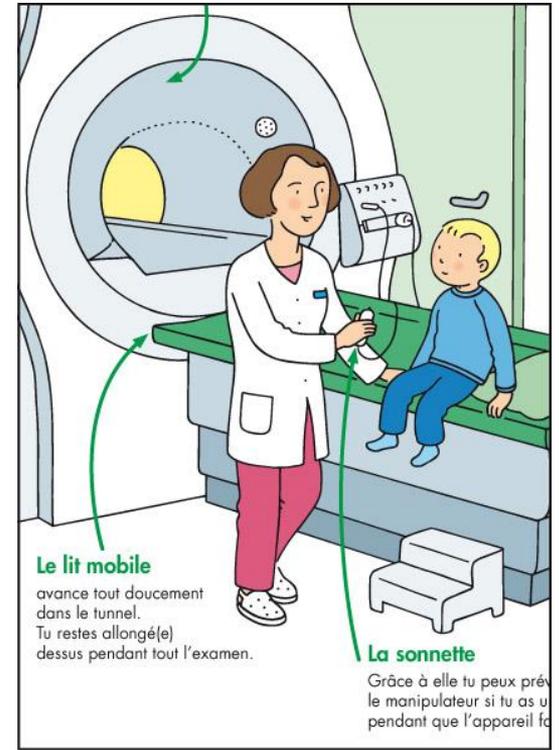
Doute sur aura complexe

Enfant de moins de 6 ans (ne décrit pas bien ses crises)

Aggravation d'une céphalée

Inquiétude familiale

Consultation Neuropédiatre



© Association SPARADRAP

Evaluer le handicap du migraineux



Agenda des crises : date de survenue, durée de la crise, intensité, facteur déclenchant, médicaments utilisés à chaque crise

**Retentissement sur vie quotidienne, personnelle,
Absentéisme scolaire**

Rechercher troubles anxieux, éléments dépressifs

Traitements de crise = Augmenter notre seuil migraineux

Ibuprofène 10 mg/Kg

= 200 mg si Sup 20 kg

= 400 mg si sup 40 Kg

Le plus précocement possible +++

Si vomissements importants, voie rectale Diclofénac 1- 2 mg/Kg suppo 25 mg, 100 mg

Triptans : Imigrane Spray nasale AMM dès 12 ans (30 Kg)

Effets secondaires possibles = goût amer, sensation de fourmillements, de chaleur, lourdeur, pression ou oppression thoracique, bouffées de chaleur, sensation de faiblesse, vomissements, somnolence, fatigue

Evaluer efficacité du traitement : soulagement dans les 2 Heures, tolérance du ttt, une seule prise médicamenteuse, reprise normale et rapide des activités



Pas d'opioïdes



Traitements de fonds

Traitement de fonds non pharmacologiques +++

En 1^{ère} intention

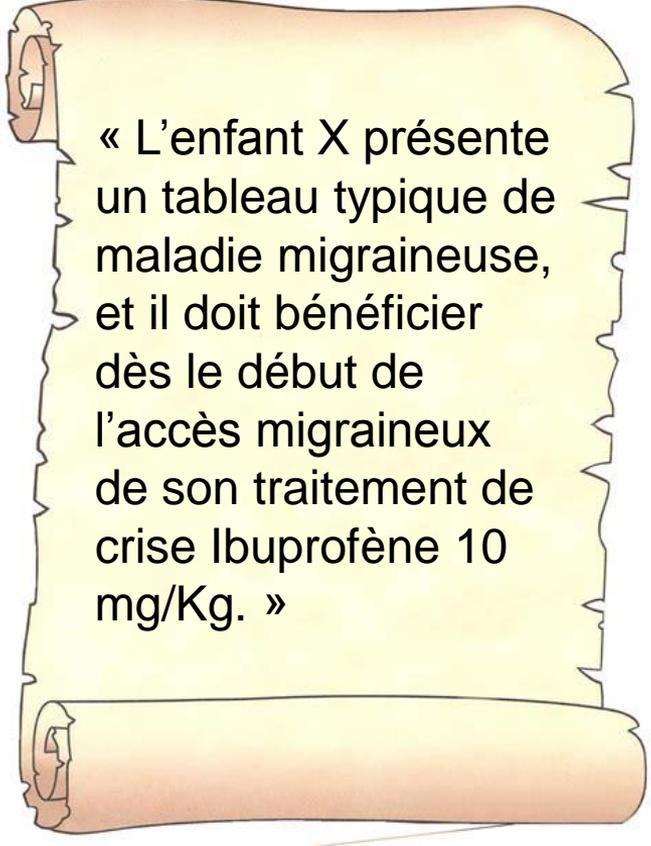
Sophrologie, relaxation, biofeedback, hypnose, TCC



Traitements de fonds pharmacologiques, après échec des ttps non pharmaco, si 3 à 4 crises /mois avec impact sur qualité de vie

Propanolol, Laroxyl

Certificat médical

A yellow scroll with a brown border and a small tab on the left side. The text is written in black, sans-serif font.

« L'enfant X présente un tableau typique de maladie migraineuse, et il doit bénéficier dès le début de l'accès migraineux de son traitement de crise Ibuprofène 10 mg/Kg. »

Quizz

Enfant de 8 ans : diagnostic de migraine avec aura sensitive

Quels examens complémentaires ? IRMc, TDMc, EEG, FO, RAS

Signes qui différencient céphalée de tension et crise migraineuse ?

Intensité de douleur, arrêt de l'activité, tr digestifs associés, pâleur

Facteurs favorisant crise de migraine ? Chaleur, bruit, stress, transports, chocolat

Erreurs diagnostiques fréquentes devant une migraine de l'enfant ? Anomalie de convergence, gastro-entérite, méningite virale, douleur psychogène ou simulation, sinusite



Quizz



Traitement de crise pour un enfant de 9 ans, 40 Kg, sans vomissement lors des crises de migraine ? Ibuprofène 100 mg, 200 mg, 400 mg, diclofenac suppo 50 mg ?

Quelle est l'indication d'un traitement de fond médicamenteux?

D'emblée si plus de 2 crises/mois, d'emblée si plus de 4 crises/mois, en seconde intention après apprentissage de la relaxation, en cas de céphalée de tension ?

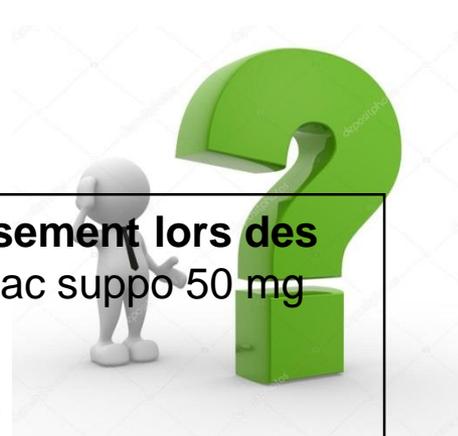
Quels sont les EI des Triptans? Douleur musculaires, goût amer, convulsions, sensation d'oppression thoracique, HTA ?

Quels sont les différences sémiologiques avec la migraine de l'adulte ?

Localisation frontale de la céphalée, intensité, aura visuelle, facteurs déclenchant, seuil de durée plus courte de la crise (2H) ?



Quizz



Traitement de crise pour un enfant de 9 ans, 40 Kg, sans vomissement lors des crises de migraine ? Ibuprofène 100 mg, 200 mg, 400 mg, diclofenac suppo 50 mg

Quelle est l'indication d'un traitement de fond médicamenteux?

D'emblée si plus de 2 crises/mois, d'emblée si plus de 4 crises/mois, **en seconde intention après apprentissage de la relaxation**, en cas de céphalée de tension

Quels sont les EI des Triptans? Douleur musculaires, goût amer, convulsions, sensation d'oppression thoracique, HTA

Quels sont les différences sémiologiques avec la migraine de l'adulte ?

Localisation frontale de la céphalée, intensité, aura visuelle, facteurs déclenchant, **seuil de durée plus courte de la crise (2H)**



MERCI DE VOTRE ATTENTION



