

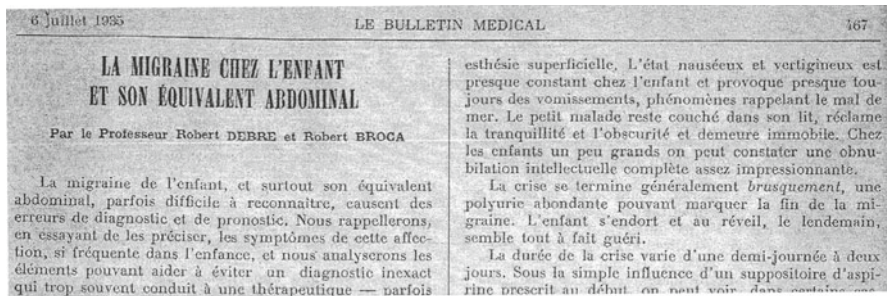
Annexes

La migraine de l'enfant mieux connue en 1935 ?

Avant-propos

Cet article de 1935 est remarquable car il illustre parfaitement le fait que la migraine est un diagnostic clinique ; la finesse de la description est étonnante. Les points clés de la migraine de l'enfant y sont parfaitement soulignés :

- fréquence mésestimée de la migraine chez l'enfant ;
- association fréquente avec des crises douloureuses abdominales suraiguës (migraine abdominale) ;
- nette amélioration durant les vacances ;
- rôle important des émotions ;
- maladie génétique ;
- survenue fréquente des auras chez l'enfant ;
- arrêt rapide des crises avec le sommeil ;
- l'aspirine par voie rectale peut rapidement soulager la crise ; les AINS sont efficaces dans la très grande majorité des cas, la voie rectale est à privilégier quand l'enfant vomit ;
- pronostic est favorable quand l'enfant grandit.



La migraine chez l'enfant et son équivalent abdominal

Par le professeur Robert Debré et Robert Broca^{1*}

La migraine de l'enfant, et surtout son équivalent abdominal, parfois difficile à reconnaître, causent des erreurs de diagnostic et de pronostic. Nous rappellerons, en essayant de les préciser, les symptômes de cette affection, si fréquente dans l'enfance, et nous analyserons les éléments pouvant aider à éviter un diagnostic inexact qui trop souvent conduit à une thérapeutique – parfois chirurgicale – pour le moins inutile.

La migraine, comme l'asthme, se rencontre peut-être encore plus souvent chez l'enfant que chez l'adulte. Comme l'asthme aussi, elle peut se voir chez des enfants très jeunes, et comme lui, disparaît fréquemment à la période pubérale.

Pendant la vie de collège, âge de prédilection pour la migraine, cette affection survient pendant les périodes de classe et disparaît, en règle générale, pendant les vacances. Peut-on nier, dans l'écllosion des crises, le rôle joué par le système nerveux, celui de la vie urbaine avec la claustration des élèves trop nombreux dans des classes mal aérées et les émotions quotidiennes et répétées de leur vie scolaire ?

Comme celle de l'adulte, la migraine de l'enfant est caractérisée par des crises de céphalalgie intense, avec photophobie, s'accompagnant d'un état nauséux et vertigineux. Entre les accès de migraine, la santé est tout à fait normale. Chez l'enfant, aux douleurs de tête et aux nausées s'ajoutent presque toujours des vomissements. Mais ces symptômes peuvent s'accompagner ou même être remplacés par des douleurs abdominales aiguës. L'association de céphalée, de vomissements et de douleurs abdominales ou l'exagération d'un de ces signes orientent facilement le diagnostic vers des erreurs.

Comment se présente, du point de vue clinique, la migraine de l'enfant ?

Tout d'abord, la notion d'hérédité est très importante et tous les cliniciens ont insisté sur son caractère familial. Doit-on rappeler que Lasègue, grand migraineux, était fils, petit-fils et arrière-petit-fils de migraineux ? On pourrait multiplier les exemples où les antécédents familiaux sont riches en migraines.

La crise s'annonce généralement par des prodromes : état nauséux, inaptitude au travail, troubles sensoriels, tels que perception d'odeurs, perversions gustatives, inappétence, nausées et surtout manifestations oculaires : photophobie et réactions vaso-motrices marquées, alternative de rougeur et de pâleur du visage, sensation de froid. « Très souvent le migraineux est averti de sa crise par quelques petits signes précurseurs ; ces signes sont toujours les mêmes pour un malade donné, mais ils varient d'un sujet à l'autre » (Pasteur Vallery-Radot).

^{1*} *Le Bulletin médical*, 6 juillet 1935, p. 467-468.

Rapidement, la céphalée apparaît. Les enfants, même les plus jeunes, accusent cette douleur de tête très pénible. Ils pleurent et demandent qu'on les laisse tranquillement étendus, à l'abri de la lumière. La douleur est profonde, siégeant le plus souvent au front, à droite ou à gauche, parfois à l'occiput et s'accompagne d'hyperesthésie superficielle. L'état nauséeux et vertigineux est presque constant chez l'enfant et provoque presque toujours des vomissements, phénomènes rappelant le mal de mer. Le petit malade reste couché dans son lit, réclame la tranquillité et l'obscurité et demeure immobile. Chez les enfants un peu plus grands on peut constater une obnubilation intellectuelle complète assez impressionnante.

La crise se termine généralement brusquement, une polyurie abondante pouvant marquer la fin de la migraine. L'enfant s'endort et au réveil, le lendemain, semble tout à fait guéri.

La durée de la crise varie d'une demi-journée à deux jours. Sous la simple influence d'un suppositoire d'aspirine prescrit au début, on peut voir, dans certains cas, les phénomènes s'atténuer et disparaître rapidement.

La migraine se renouvelle toujours pareille à elle-même, pendant plusieurs années. L'enfant sent venir et reconnaît son mal. Mais, à la longue, elle peut changer d'aspect, se caractérisant alors presque uniquement par de la céphalée.

À la puberté, à la ménopause, les crises se modifient ou même disparaissent. Parfois les crises ayant disparu à la puberté réapparaissent à la ménopause.

Tous ces symptômes ont été bien décrits depuis longtemps ; mais un fait particulier à l'enfance, et moins connu, induit aisément en erreur : c'est l'acuité possible de phénomènes abdominaux. Les vomissements sont très fréquents et certains enfants migraineux vomissent pendant toute la durée de leur migraine. Pour d'autres, le vomissement annonce la fin de la crise. Mais un point important – et qu'il faut retenir – est l'intensité possible d'une douleur abdominale. Elle accompagne généralement les vomissements, persistant parfois entre les efforts. Son siège habituel est le creux épigastrique. Le plus souvent elle est diffuse, dans tout l'abdomen, et mal limitée. Cette douleur abdominale peut être au premier plan et dominer le tableau clinique.

Généralement profonde, tantôt sourde et continue, parfois à type paroxystique, intense, revêtant alors l'aspect de coliques intestinales, elle peut être augmentée ou réveillée par la palpation. Elle persiste un ou deux jours puis est suivie d'un endolorissement.

Si cette douleur abdominale accompagne généralement les vomissements, elle n'est pas en rapport, ni avec leur fréquence, ni avec leur intensité. Lorsqu'elle se présente comme une manifestation presque isolée chez le migraineux, il est difficile de la rattacher à sa véritable cause, si l'on n'a pas la notion de l'histoire de la maladie. Mais elle n'est qu'exceptionnellement la première en date et il est rare qu'elle n'ait été précédée par des crises typiques de migraine. La difficulté reste grande cependant, lorsque les crises sont si espacées qu'elles sont plus ou moins oubliées.

Quels sont les caractères qui permettent de rattacher à la migraine ces crises abdominales impressionnantes ?

Tout d'abord, la notion que des migraines céphaliques ont précédé cet équivalent

abdominal. La transformation des crises peut se faire, en effet, progressivement. La céphalée est de moins en moins marquée, la photophobie, les phénomènes oculaires disparaissant peu à peu, ainsi que les vomissements. Cette évolution, si utile pour établir le diagnostic, n'est pas la plus fréquente. Une crise abdominale – véritable équivalent – remplaçant une crise céphalique, survient quelquefois de façon aiguë. Les accès peuvent d'ailleurs se succéder, tantôt céphaliques, tantôt abdominaux. Malgré la diversité de ces modalités, l'ensemble des caractères des deux sortes de crises présente des traits communs : après quelques prodromes, généralement identiques pour la crise céphalique ou la crise abdominale, le début se fait brusquement dans les deux cas. La durée est la même, les manifestations se ressemblent d'une fois à l'autre, la fin est brusque aussi et les phénomènes généraux cessent rapidement. La fièvre est exceptionnelle et sa présence doit faire éliminer – de façon presque absolue – le diagnostic de migraine. Enfin, lorsque la douleur abdominale est calmée, après six à quarante-huit heures, la santé se rétablit rapidement et entre les crises il n'y a aucun signe pathologique apparent. L'enfant est tout à fait bien portant et ceci, pendant un intervalle variant de quelques jours à quelques années.

Diagnostic

La migraine de l'enfant, dans sa forme habituelle, et plus encore lorsqu'elle se présente sous la forme d'un équivalent abdominal, donne lieu à des erreurs de diagnostic fréquentes et variées.

En présence d'un enfant qui se plaint de douleur de tête violente, avec photophobie et qui vomit, la confusion peut se faire avec la méningite tuberculeuse. Mais au cours de la migraine, la température est normale, le pouls est régulier, il n'y a pas d'amaigrissement prémonitoire et le diagnostic doit être fait sans qu'il soit besoin d'avoir recours à la ponction lombaire.

Inversement, une méningite ourlienne peut n'être pas rattachée à sa véritable cause, si les tuméfactions parotidiennes, peu apparentes, sont passées inaperçues, et être prise pour une migraine.

Nous avons rapporté le cas d'un jeune homme très habitué à ses migraines et qui, frappé d'une méningite cérébro-spinale, pendant son service militaire, refusa tout soin pendant quarante-huit heures et succomba.

La migraine est assez facilement confondue avec les douleurs de tête provoquées par une tumeur du cerveau : mal de tête, troubles de la vue, vomissements, apyrexie, sont des signes communs. L'examen du fond d'œil, une étude attentive des signes nerveux sont indispensables pour fixer le diagnostic.

L'hémorragie méningée de l'enfant, débutant par une céphalée violente, des vertiges et un malaise intense s'accompagne de raideur de la nuque et de signe de Kernig. Le liquide céphalo-rachidien, recueilli dans 3 tubes, présente une couleur uniformément rosée caractéristique.

La sinusite frontale est assez fréquente chez l'enfant. Elle provoque des troubles très voisins de ceux de la migraine, mais elle est reconnue par la radiographie qui montre une différence évidente entre les deux sinus.

Un diagnostic parfois très difficile et qui reste souvent en suspens pendant longtemps est celui d'équivalent d'épilepsie et de migraine. Si l'enfant présente simplement une sensation de vertige avec nausées et vomissements, céphalée plus ou moins persistante, sans troubles psychopathiques, ni convulsions, le diagnostic est incertain.

Enfin, le mal de tête des collégiens provoqué par une intoxication oxycarbonée produite par un chauffage imparfait dans une classe où les élèves sont trop nombreux, est fréquemment confondu avec la migraine.

Le diagnostic différentiel de l'équivalent abdominal de la migraine est souvent encore plus difficile. Des erreurs peuvent entraîner un pronostic grave et même une intervention chirurgicale inopportune.

En présence d'un enfant souffrant du ventre et vomissant, les symptômes ayant brusquement commencé, on redoute avant tout l'appendicite. La douleur de l'équivalent abdominal de la migraine est plus diffuse, avec des irradiations variables et multiples, l'hyperesthésie cutanée est peu marquée et il n'y a pas de contracture musculaire et de défense de la paroi, comme dans l'appendicite. L'absence de fièvre, au cours de la migraine, l'accélération du pouls dans l'appendicite seront les éléments essentiels du diagnostic. L'interrogatoire révèle la présence de prodromes importants et apprend que des troubles sensoriels ont précédé l'accès de migraine. Il est rare aussi qu'il ne fasse pas retrouver dans le passé du malade et dans les antécédents familiaux des crises de migraines céphaliques caractéristiques.

L'indigestion de l'enfant commence également brusquement, s'accompagnant le plus souvent de vomissements, de céphalée et de douleurs abdominales diffuses. Elle a un début cependant moins subit, la terminaison est moins rapide ; la céphalée moins intense, s'installe progressivement, la langue est saburrale, la diarrhée fréquente.

Les vomissements cycliques avec acétonémie de l'enfance sont caractérisés par des accès paroxystiques séparés par des intervalles libres. L'intolérance gastrique est absolue pendant la durée de la crise, puis elle cesse brusquement. La fréquence de la céphalée jointe à ces signes rapproche tellement cette affection de la migraine que les limites qui séparent les deux affections sont parfois difficiles à préciser. D'ailleurs, on peut voir chez le même sujet des crises de vomissements acétonémiques alternant avec des crises de migraine, ou dans une même famille un enfant migraineux et un frère ayant des vomissements cycliques avec acétonémie.

L'association de la migraine avec d'autres affections telles que l'asthme, le coryza spasmodique et l'urticaire, est un fait connu. Pasteur Vallery-Radot a observé de nombreux exemples de ces associations morbides et les considère comme de véritables « équivalents migraineux ». Il cite l'exemple d'un malade qui avait des crises d'asthme, de migraine et de tachycardie paroxystique.

Conclusions

Il faut se rappeler la grande fréquence de la migraine chez l'enfant, ses caractères parfois impressionnants, et connaître son évolution rapide, ses récurrences nombreuses. Il faut démasquer son équivalent abdominal, qui souvent revêt l'aspect d'une affection chirurgicale grave et savoir empêcher une opération qui serait inopportune, et enfin ne pas se hâter de porter un pronostic sévère en présence de symptômes céphaliques, qui prennent l'allure d'une affection cérébrale ou méningée redoutable.

Le centre de référence de la migraine de l'enfant et de l'adolescent

Les travaux de recherche clinique



La création d'un centre expérimental de référence sur la migraine de l'enfant à l'instar du centre de la migraine de l'hôpital Lariboisière à Paris.

Ce centre, qui sera situé à l'hôpital d'enfants Armand-Trousseau à Paris, aura pour mission de :

- développer l'activité clinique de la consultation ;*
- sensibiliser, former les professionnels ;*
- développer la recherche clinique : épidémiologie, développement des moyens non pharmacologiques et de prévention ;*
- animer un réseau régional.*

Le centre de référence de la migraine de l'enfant et de l'adolescent a été créé dans le cadre du second programme national de lutte contre la douleur¹ (2002-2005). Ce centre est unique en France, sa cohorte de plus de 8 000 patients (700 nouveaux patients/an) le place en tête des centres européens.

L'équipe médicale formée à la prise en charge de la douleur est multidisciplinaire (anesthésiste, pédiatres, neurologue, psychiatre, médecine de l'adolescence...). Trois psychologues (2,5 équivalents temps plein) assurent des consultations individuelles et animent des groupes où enfants et adolescent apprennent les méthodes de relaxation. Un réseau de professionnels (psychologue, psychomotriciens...) formés à ces méthodes permet d'orienter à l'extérieur, les enfants et les familles qui ne peuvent pas venir régulièrement à Trousseau.

1. http://www.cnrdr.fr/IMG/pdf/programme_lutte_douleur_2002-05.pdf

La pratique du centre s'appuie sur un modèle biopsychosocial qui intègre aux données médicales le contexte social, familial et psychologique.

La **consultation initiale** (60-90 min), est structurée selon 3 parties :

- la première (biomédicale) précise les antécédents, les types de céphalées, les auras, les facteurs déclenchants, les bilans, les traitements...
- la seconde identifie les facteurs de stress, les « soucis » ; ces données psychosociales sont systématiquement recherchées (maladie, décès des proches, situation financière, « disputes » au sein de la famille, situation scolaire, relations avec les enseignants, les pairs...).
- La dernière partie, comporte un volet pédagogique, nous apprenons aux enfants et aux familles à :
 - distinguer le « petit mal de tête » (la céphalée de tension) de la « grosse crise »... ;
 - reconnaître les facteurs déclenchants (stimulation sensorielle, bruit chaleur, lumière, odeurs, sport, hypoglycémie, transports, stress, contrariétés...);
 - gérer les traitements de crise qui sont donnés uniquement pour les crises de migraine et non les céphalées de tension ;
 - diminuer la fréquence des crises en limitant les facteurs déclenchants et en apprenant les méthodes psychocorporelles (relaxation, auto-hypnose).

La recherche clinique intègre plusieurs domaines :

Efficacité de la relaxation et de l'hypnose en traitement de fond chez l'enfant migraineux : étude randomisée contrôlée

Résultats présentés en 2003 au congrès national de la Société française d'étude et de traitement de la douleur^{2}*

Objectif

Évaluer l'efficacité de deux moyens non pharmacologiques (la relaxation et l'hypnose) en traitement de fond chez l'enfant migraineux.

Méthode

Après accord du CCPRB, 38 enfants âgés de 6 à 15 ans (11.9 ± 2.4) présentant au moins 3 crises mensuelles de migraine (selon la classification IHS) ont été inclus. Les enfants qui bénéficiaient tous du même traitement de crise médi-

^{2*} Annequin D, Celestin-Lhopiteau I, Amouroux R, Tourniaire B, Tonnelli A. Centre de la migraine de l'enfant. Unité Douleur, hôpital Tousseau 75012 Paris.

camenteux (AINS) étaient randomisés en trois groupes : soit groupe contrôle (pas de traitement de fond), soit relaxation soit hypnose (12 sessions sur une période de 3 mois).

Un agenda était rempli: à chaque crise, l'enfant notait le score d'ENS (0 – 10) et la durée de la crise durant les six mois de l'étude.

Résultats

Une amélioration significative a été observée chez les enfants bénéficiant de relaxation ou d'hypnose.

Évaluation initiale	Nombre de crises/mois*	ENS (0-10)	
Contrôle	5.3 ± 2.0	7.6 ± 1	
Hypnose	5.0 ± 2.0	8.1 ± 1.2	
Relaxation	5.5 ± 2.2	8.5 ± 0.9	
Éval. à 3 mois			Rapidité de l'effet ***
Contrôle	3.8 ± 0.9**	6.5 ± 1	30 %**
Hypnose	2.3 ± 1.6	5.8 ± 0.7	68.9 %
Relaxation	2.4 ± 1.1	5.9 ± 2	67 %
Éval. à 6 mois			
Contrôle	4.1 ± 2.7**	6.3 ± 1.0	40.6 %**
Hypnose	1.2 ± 0.9	5.0 ± 0.8	75.1 %
Relaxation	2.1 ± 0.6	5.7 ± 1.5	65.9 %

* moyenne (± SD).

** p < 0.05 ANOVA sur 3 groupes.

*** Pourcentage de crises dont l'intensité diminue d'au moins 50 %, une heure après le traitement de crise.

Conclusion

L'apprentissage de l'hypnose et de la relaxation représente un traitement de fond très efficace de la migraine de l'enfant. Ces méthodes doivent être largement utilisées en première intention chez l'enfant.

Utilisation de mélange (50 %) oxygène protoxyde d'azote MEOPA en traitement de crise de la migraine de l'enfant aux urgences pédiatriques

Résultats présentés en 2004 au congrès national de la Société française d'étude et de traitement de la douleur^{3*} [1]

Objectif

Une première étude [8] a montré les bénéfices de l'inhalation de MEOPA en traitement de crise migraineuse de l'adulte. Chez l'enfant aucune donnée n'était disponible.

Méthode

2 études prospectives ont été réalisées en 2001 et 2003 aux urgences pédiatriques. Une fois la crise de migraine identifiée, 1 à 2 inhalations de 10 minutes de MEOPA ont été faites.

Résultats

- 85 enfants ont été inclus : 56 enfants en 2001, 29 enfants en 2003.
- Dans 65 % des cas, l'inhalation de MEOPA a été suffisante pour soulager la crise (EVA < 40/100), les enfants ont pu sortir sans autre traitement.
- Une seule inhalation a été nécessaire dans la moitié des cas.

EVA finale	Étude 2003 n = 26	Étude 2001 n = 56
EVA = 0	31,03 %	30,36 %
EVA < 40	37,93 %	35,71 %

- Aucun effet indésirable sérieux n'a été noté.
- La céphalée a été majorée durant l'inhalation dans 6 cas en 2001 et 1 cas en 2003 ; ces effets ont cédé très rapidement à la fin de l'inhalation.

^{3*} Annequin D, Fontaine, Apaloo M, Cimerman P, Tourniaire B. Centre de la migraine de l'enfant. Centre national de ressources de lutte contre la douleur. Hôpital Trousseau 75012 Paris.

Conclusion

Ces 2 études pilotes suggèrent fortement l'intérêt du MEOPA dans le traitement de la crise de migraine de l'enfant néanmoins d'autres études sont nécessaires pour en préciser l'efficacité (*versus* placebo), les contre-indications (modifications du débit sanguin cérébral, risque d'addiction).

Caractéristiques des enfants adressés au centre de la migraine de l'enfant.

Résultats présentés en 2005 au congrès national de la Société française d'étude et de traitement de la douleur^{4*} [2]

Le premier centre consacré à la migraine de l'enfant a été officiellement créé en 2002 dans le cadre des priorités du second programme national de lutte contre la douleur.

Objectif

Préciser les caractéristiques de la population d'une consultation consacrée à la migraine de l'enfant.

Méthode

Enquête prospective réalisée grâce à un formulaire informatisé rempli lors de chaque consultation initiale. Le diagnostic des céphalées a été fait selon les critères de l'International Headache Society (IHS) actualisés en 2004 (Cephalalgia 24: S1 [2004]) : seuil de la durée des crises plus court (1 heure) que chez l'adulte (4 heures) ; céphalée plus souvent frontale et/ou bilatérale.

Résultats

970 enfants ont consulté sur une période de 17 mois (janv. 2004-mai 2005).
Âge : moyen 10,5 ± 3,5 ans ; 6,5 % ont moins de 6 ans ; 29 % ont plus de 12 ans.
Diagnostic : migraine avec aura et céphalées de tension : 34 %. Migraine sans aura avec céphalées de tension : 19 %. migraine avec aura : 17 %. Migraine sans aura : 15 %. Migraine avec céphalée chronique quotidienne : 8 %. Céphalées de tension isolée : 4 %. Céphalée chronique quotidienne isolée 2 %. Aura visuelle (1 épisode au moins de trouble visuel) : 48 % ; aura sensitive (paresthésies main, pied) 28 % ; aura auditive : 27 %. L'aura survient pendant la céphalée dans 52 % des cas et avant la céphalée dans 35 % des cas.

^{4*} Annequin D, Tourniaire B, Gatbois E, Tonnelli A, Mazaltarine G, DeCrouy AC, Cherrif A. Centre de la migraine de l'enfant. Unité Douleur. Hôpital d'enfants Armand-Trousseau 75012 Paris.

Fréquence des céphalées : < à 1 heure : 8 % ; 1 à 2 h : 20 % ; 2 à 6 h : 32 % ; 6 à 24 h : 24 % ; 24 à 72 h : 12 % ; > à 72 h : 4 %.

Absentéisme scolaire : 50 % des enfants ont manqué 7 ± 8 jours d'école en raison de crises de migraine. 28 % de ces enfants ont manqué entre 8 et 42 jours.

Conclusion

La migraine chez l'enfant est très souvent associée à une céphalée de tension dans au moins 50 % des cas. Une aura est très souvent rencontrée. Cette pathologie parfois sévère reste mal connue des médecins, elle nécessite une formation adaptée.

L'enfant qui entend des voix, une forme méconnue et fréquente d'aura auditive migraineuse

Résultats présentés en 2005 au congrès national de la Société française d'étude et de traitement de la douleur^{5*} [3]

Le phénomène d'aura migraineuse est dû à une dysfonction neuronale qui se traduit par une dépression corticale associée à des variations locales du débit sanguin cérébral. Les auras de type visuel ou sensitif sont les plus fréquentes. D'autres aires corticales peuvent également être touchées (auditive et olfactive). Ces phénomènes transitoires (quelques minutes) sont réversibles. Des hallucinations auditives à type de voix ont été décrites de manière anecdotique dans la littérature [6, 7]. Le centre de la migraine de l'enfant

Méthode

Grâce à un formulaire informatisé rempli lors de chaque consultation initiale, les caractéristiques de chaque aura ont été décrites de manière prospective.

Résultats

970 enfants ont consulté sur une période de 17 mois (janv. 2004-mai 2005).
Âge : moyen $10,5 \pm 3,5$ ans ; 6,5 % ont moins de 6 ans ; 29 % ont plus de 12 ans.
Diagnostic : le diagnostic de migraine a été porté chez 95 % des enfants selon les critères de l'International Headache Society (IHS) actualisés en 2004 (Cephalalgia 24: S1 [2004]).

Une aura auditive a été retrouvée chez 27 % des enfants. 81 de ces enfants ont décrit une hallucination auditive à type de « voix qui les appelait » (la mère de

^{5*} Annequin D, Tourniaire B, Gatbois E, Tonnelli A, Mazaltarine G, DeCrouy AC, Lacoste Munoz P. Centre de la migraine de l'enfant. Unité Douleur. Hôpital d'enfants Armand-Trousseau 75012 Paris.

l'enfant en général). Ce type d'aura survient pendant la céphalée dans 50 % des cas et avant la céphalée dans 28 % des cas. 33 % des enfants déclaraient que ces « voix » surviennent à chaque crise ou dans plus de la moitié des crises. Dans 18 % des cas, les voix étaient associées à d'autres perceptions auditives (sifflement, bourdonnement...). Dans la majorité des cas ce type spécifique d'aura a été découvert lors de la consultation. Les enfants rapportent peu spontanément ce type de phénomène. Un enfant avait été amené en consultation de psychiatrie pour une suspicion de psychose.

Conclusion

Les hallucinations auditives à type de voix doivent être recherchées systématiquement chez tout enfant migraineux. Ce sont des auras auditives non exceptionnelles qui peuvent faire égarer la démarche diagnostique vers une épilepsie ou une psychose.

Caractéristiques des auras migraineuses chez 612 enfants consultant dans un centre de la migraine

Résultats présentés en 2007 au congrès national de la Société française d'étude et de traitement de la douleur^{6*} [4]

Le phénomène d'aura migraineuse est lié à une dysfonction neuronale qui se traduit par une dépression corticale associée à des variations locales du débit sanguin cérébral. Les auras sont de type visuel (AV) (scotome scintillant), sensitif (AS) (paresthésie), auditives (AA), elles peuvent se manifester par une diminution de la force musculaire (AM), par un trouble du langage (AL). Ces phénomènes transitoires durent quelques minutes et sont réversibles. Ils sont très mal connus chez l'enfant.

Méthode

Lors de chaque consultation initiale, les caractéristiques de chacune des auras ont été systématiquement décrites chez tout nouveau patient consultant au centre de la migraine.

Résultats

612 enfants ont consulté sur une période de 9 mois (avril 2006-janv. 2007).
Âge moyen : $10,5 \pm 3,1$ ans ; 6,5 % ont moins de 6 ans ; 33 % ont plus de 12 ans.

^{6*} Annequin D, Tournaire B, Gatbois E, Gooze R, Tonelli A, De Crouy AC, Soyeux, Dang vu B, Lacoste Munoz P.

Diagnostic : le diagnostic de migraine a été porté chez 95 % des enfants selon les critères de l'International Headache Society (Cephalalgia 24: S1 [2004]).

Une migraine avec aura a été retrouvée chez 47 % des enfants migraineux.

Chez ces enfants, nous avons trouvé : aura visuelle 74 % ; aura auditive 41 % ; aura sensitive 39 % ; diminution de la force musculaire 10 % (ce chiffre élevé s'explique par la difficulté pour certains enfants de distinguer des paresthésies importantes, d'un engourdissement, d'une « gaucherie » ; trouble du langage 8 %.

30 % d'enfants présentent une seule aura ; 44 % ont une association de 2 auras ; 15 % une association de 3 ; 8 % une association de 4.

Le début de l'aura survient durant la céphalée dans 80 % des cas.

40 % d'enfants ayant une AV ; 20 % des enfants avec AA ; 17 % des enfants avec AS ; 33 % d'enfants avec AM ; 52 % d'enfants avec AL ont déclaré que l'aura est « toujours » présente lors de chaque crise.

33 % des enfants avec aura auditive ont décrit une hallucination auditive à type de « voix qui les appelait » (une voix familière, celle de la mère en général).

Conclusion

Les auras multiples sont fréquentes chez les enfants migraineux ; elles devraient être recherchées systématiquement.

Références

1. Annequin D, Fontaine, Apaloo M *et al.* (2004) Utilisation de mélange (50 %) oxygène protoxyde d'azote MEOPA en traitement de crise de la migraine de l'enfant. Douleurs : Évaluation – Diagnostic – Traitement 5 (suppl 1): 12
2. Annequin D, Tourniaire B, Gatbois E *et al.* (2005) Caractéristiques des enfants adressés au Centre de la migraine de l'enfant. Douleurs : Évaluation – Diagnostic – Traitement 6 (suppl 1): 81
3. Annequin D, Tourniaire B, Gatbois E *et al.* (2005) L'enfant qui entend des voix, une forme méconnue et fréquente d'aura auditive migraineuse. Douleurs : Évaluation – Diagnostic – Traitement 6 (suppl 1): 81-2
4. Annequin D, Tourniaire B, Gatbois E *et al.* (2007) Caractéristiques des auras migraineuses chez 612 enfants consultant dans un centre de la migraine. Douleurs : Évaluation – Diagnostic – Traitement 8 (suppl 1): 83
5. Annequin D, Cariou C, Walus I *et al.* Épidémiologie de la migraine chez l'enfant âgé de 5 et 12 ans scolarisé à Paris (résultats préliminaires). La douleur de l'enfant. Quelles réponses ? 13(7): 95-100
6. Rubin D (2002) Headache 42 : 646-8
7. Schreier HA (1998) J Child Neurol 13 : 377-82
8. Triner WR *et al.* (1999) Nitrous oxide for the treatment of Acute Migraine Headache. Am J of Emergency Med 17: 252-25

Le parcours des enfants migraineux

Bien souvent, la crainte d'une maladie grave, en particulier d'une tumeur cérébrale, fait consulter rapidement pour des céphalées chez un enfant. Une fois ce diagnostic éliminé, et en l'absence de diagnostic posé, les consultations et les avis peuvent se multiplier.

Une étude a été réalisée dans le Centre de la migraine de l'enfant de l'hôpital Trousseau, dans le cadre d'un travail de thèse de médecine [1].

Les enfants avaient eu en moyenne 2,7 consultations avant d'être adressés au Centre de la migraine. Le diagnostic de migraine n'avait été évoqué que dans la moitié des cas par le médecin généraliste et/ou le pédiatre et une imagerie avait été réalisée pour la moitié des enfants. Ces chiffres montrent bien que l'attitude médicale reste trop souvent la réalisation systématique d'un bilan « avant toute chose », pour « éliminer » une céphalée secondaire, et avant même un interrogatoire clinique de l'enfant et sa famille.

Pendant 6 mois consécutifs (septembre 2007 à février 2008), en salle d'attente de la 1^{re} consultation au Centre de la migraine de l'enfant, les parents ont rempli un questionnaire sur le parcours de soins de leur enfant pour ses céphalées.

177 questionnaires ont pu être analysés, concernant 95 filles et 82 garçons. Leur âge moyen était de 10 ans, les céphalées importantes avaient débuté en moyenne à 7 ans et demi. Le diagnostic de migraine avait été évoqué avant la consultation au Centre pour 91 % des enfants, en moyenne à 8 ans et demi.

Les résultats mettent en avant :

- Le rôle des parents

Le parent lui-même a pensé à la migraine dans 42 % des cas et un tiers des familles consultent au Centre de la migraine de leur propre initiative.

- Le rôle du médecin généraliste

71 % des familles ont parlé des céphalées à leur médecin généraliste qui a évoqué le diagnostic dans 42 % des cas mais adresse lui-même le patient dans seulement 16 % des cas.

- Le rôle des autres spécialistes

50 % des enfants ont consulté un pédiatre avant de venir consulter en centre spécialisé ; ceux-ci évoquent le diagnostic dans 53 % des cas (un peu plus souvent que le médecin généraliste) et adressent les enfants en centre spécialisé dans 19 % des cas. Par contre, l'ophtalmologiste, consulté dans 66 % des cas, n'évoque la migraine que dans 12 % des cas. Enfin, 25 % des enfants ont consulté un neurologue, 23 % un ostéopathe, 21 % un ORL, 11 % un gastro-entérologue.

- La céphalée n'est pas toujours le motif de consultation !

La céphalée était le motif de ces consultations dans 58 % des cas mais était seulement évoquée au cours d'une consultation pour un autre motif (épisode infectieux, vaccination...) dans plus d'un tiers des cas.

- Combien de consultations ?

Tous les médecins consultés le sont en moyenne plus d'une fois. Le nombre moyen de consultations par enfant et par intervenant est inférieur ou égal à 3 sauf pour le médecin généraliste (3,5 consultations) et le gastro-entérologue (3,3 consultations en moyenne). Le nombre moyen d'intervenants différents est de 2,7.

- Le bilan complémentaire

Au total 46 % des enfants ont eu une imagerie cérébrale : 29 % un scanner, 24 % une IRM, certains enfants ont eu les deux. Un quart des enfants a eu un bilan sanguin, 14 % une radiographie des sinus et 9 % un EGO.

L'auteur de cette thèse soulignait bien les discordances entre les recommandations et la réalité clinique actuelle :

L'expertise de l'INSERM réalisée en 1998 soulignait la situation paradoxale de la migraine : « Fréquente mais encore souvent méconnue, invalidante mais non prise au sérieux, objet d'intérêt continu de la part du grand public mais d'indifférence notoire de la part du corps médical, source inépuisable de descriptions littéraires mais réduite à la portion congrue dans l'enseignement médical, cible de nombreuses thérapies efficaces mais jouissant néanmoins d'une réputation d'incurabilité [...] ». » [2].

Cette étude montre que les parents d'enfants migraineux évoquent souvent eux-mêmes le diagnostic et sont actifs dans la décision de consulter au centre de la migraine. Cela contraste avec le peu d'information qu'ils semblent recevoir au travers des consultations médicales préalables. Ce symptôme qui ne reçoit pas de diagnostic et/ou de traitement adéquat, va déclencher des consultations et des examens complémentaires.

La première consultation d'un enfant migraineux est essentielle et nécessite du temps. L'enfant doit recevoir un diagnostic précis et être rassuré sur la « bénignité » de cette affection. Des mesures simples doivent être mises en œuvre : prescription d'un traitement de crise à prendre précocement, tenue d'un agenda des céphalées identifiant les facteurs déclenchants, la consommation médicamenteuse et son effet.

Cette prise en charge apparemment facile nécessite des professionnels de santé formés à la reconnaissance et au traitement de la migraine de l'enfant et disposant d'un temps clinique suffisant pour interroger, examiner, prescrire et donner les explications indispensables à l'enfant et à ses parents. Enfin, le médecin de ville doit avoir un réseau de référents pour les problèmes de prise en charge : échec thérapeutique, céphalée chronique, abus médicamenteux ou situation psychosociale difficile à gérer.

Connaissances et difficultés des médecins français

En France, les recommandations thérapeutiques sur la migraine de l'enfant sont mal connues et les traitements souvent administrés à dose insuffisante, comme l'a montré un travail auprès de médecins du nord de la France [3]. Une enquête réalisée auprès de médecins généralistes de quatre régions différentes en France, dans le cadre d'un travail de thèse de médecine, et a montré les mêmes difficultés [4]. Cent médecins généralistes ont été interrogés. Une large majorité a exprimé des difficultés diagnostiques (89 %) et thérapeutiques (30 %). Deux tiers d'entre eux méconnaissaient les critères diagnostiques, le caractère fréquemment bilatéral des crises chez l'enfant et leur durée parfois très courtes. Quarante pour cent des médecins disaient avoir recours systématiquement à une imagerie cérébrale. L'intérêt des AINS en première intention n'était cité que par 40 % des médecins et le maniement des triptans était connu par seulement 12 % d'entre eux. Pourtant, ils étaient plus de la moitié à considérer que cette pathologie leur incombait pleinement sans recours au spécialiste. 100 médecins généralistes (sélectionnés au hasard dans des zones rurales ou urbaines, en groupes équilibrés) ont été interrogés par téléphone sur leurs principales difficultés devant des céphalées de l'enfant. Une large majorité des médecins a exprimé des difficultés diagnostiques (89 %) et thérapeutiques (30 %). Pourtant, 54 % des médecins avaient suivi une formation médicale continue sur la migraine dont 14 tout ou partie sur la migraine de l'enfant.

Difficultés diagnostiques

- Deux tiers des médecins méconnaissent l'existence des critères diagnostiques de l'International Headache Society (IHS) et la fréquence élevée de cette pathologie, considérée comme un diagnostic d'élimination.
- Aucun médecin n'a pu citer l'ensemble de ces critères. Seuls 10 médecins ont pu citer 4 items parmi les 9.
- Les nausées/vomissements, la phono/photophobie et le caractère pulsatile sont assez bien connus (32 et 25 % des médecins).
- Le caractère fréquemment bilatéral et les crises courtes de la migraine de l'enfant le sont très mal (7 et 18 %). À l'inverse, les facteurs déclenchants, les antécédents ou d'autres éléments ont souvent été cités à tort comme des critères diagnostiques.
- 40 % des médecins disent avoir recours systématiquement à un bilan d'imagerie pour éliminer une tumeur cérébrale.

Difficultés thérapeutiques

- Un AINS en première intention, selon les recommandations, n'est prescrit que par 40 % des médecins, les autres ne le citant qu'en cas d'échec du paracétamol.
- L'AMM et le maniement des triptans sont très mal connus (12 %) et « réservés au spécialiste ».
- Un tiers des médecins citent les traitements de fond non médicamenteux, mais avec peu d'utilisation en pratique.

Conclusion

Les connaissances sur la migraine de l'enfant restent parcellaires, ne permettent pas aux médecins de poser avec assurance le diagnostic, et induisent des demandes inutiles de bilans paracliniques et des avis spécialisés, alors même que 57 % des médecins interrogés considèrent que cette pathologie leur incombe pleinement sans recours au spécialiste. Le contenu des formations, l'aide au diagnostic par une fiche simple de recueil de données, pourraient être des axes d'amélioration.

Références

1. Homerin L (2009) Parcours de soin de l'enfant migraineux. Thèse de doctorat en médecine (n° 2009PA06G01S), faculté de médecine Pierre et Marie Curie, université Paris 6
2. Bousser MG (ed) (1998) La migraine, connaissances descriptives, traitements et prévention. Expertise collective. Paris, Inserm
3. Cuvellier JC, Carvalho S, Mars A, Auvin S (2009) Study on management of pediatric migraine by general practitioners in northern France. *J Headache Pain* 10 (3): 167-75
4. Raffin L (2010) Le casse-tête de la migraine de l'enfant. Enquête auprès de 100 médecins généralistes. Thèse de doctorat en médecine, faculté de médecine Pierre et Marie Curie, université Paris 6

Deux outils d'information et de formation : le livret « j'ai mal à la tête » et le site www.migraine-enfant.org

La migraine est une maladie méconnue chez les patients comme chez les professionnels de santé. Le Centre de la Migraine de l'Enfant a réalisé, en partenariat avec la fondation CNP et l'association Sparadrap, un livret et un site à destination des patients et des soignants.

- Le livret est essentiellement destiné aux enfants et à leur famille, mais sera aussi très utile à tout l'entourage, y compris scolaire, pour mieux comprendre ce qu'est la migraine, et adapter son attitude.
- Le site internet : www.migraine-enfant.org, propose deux accès spécifiques : un pour les enfants et leur famille, et un pour les professionnels.

Le livret et le site internet, dans sa version destinée aux familles, ont plusieurs objectifs :

- aider l'enfant et ses parents à reconnaître les signes de la migraine afin qu'ils n'hésitent pas à en parler à un médecin ;
- donner à l'enfant et à sa famille des informations très précises sur le déroulement des crises, les traitements médicamenteux ou non médicamenteux, les stratégies de prévention... ;
- combattre les idées fausses sur la migraine ;
- sensibiliser les professionnels.

Ce livret peut être parcouru pendant la consultation et sert alors de support aux échanges d'informations ; il peut être remis en fin de consultation et permettra à l'enfant de le lire à tête reposée.

Il est un bon support d'information entre le médecin, l'enfant, et parfois le milieu scolaire. Les infirmières scolaires devraient pouvoir en disposer pour les enfants diagnostiqués mais aussi tous ceux qui se présentent pour des céphalées mais n'ont pas encore eu de diagnostic. Les cabinets de pédiatrie et de médecine générale pourraient être de bons lieux de diffusion de ce type d'information.

Le livret est disponible, en vente auprès de l'association Sparadrap.

Le site est en accès libre à l'adresse : www.migraine-enfant.org

Le livret



Les questions que se posent les parents et les enfants



Les signes de la migraine



Le site



Critères diagnostiques

Classification ICHD3- β

Version simplifiée

Version intégrale : <http://cep.sagepub.com/content/33/9/629.full.pdf+html>

CÉPHALÉES PRIMAIRES

1. Migraine sans aura

- 1.1. Migraine sans aura
- 1.2. Migraine avec aura
 - 1.2.1. Migraine avec aura typique
 - 1.2.1.1. Aura typique avec céphalée
 - 1.2.1.2. Aura typique sans céphalée
 - 1.2.2. Migraine avec aura du tronc cérébral (Migraine de type basilaire)
 - 1.2.3. Migraine hémiplégique
 - 1.2.3.1. Migraine hémiplégique familiale
 - 1.2.3.2. Migraine hémiplégique sporadique
 - 1.2.4. Migraine rétinienne *phénomène visuel monoculaire totalement réversible*
- 1.3. Migraine chronique
- 1.4. Migraines compliquées
 - 1.4.1. État de mal migraineux
 - 1.4.2. Aura persistante sans infarctus
 - 1.4.3. Infarctus migraineux
 - 1.4.4. Migraine déclenchant une crise convulsive
- 1.5. Migraine probable (*1 critère manquant*)
- 1.6. Syndromes épisodiques pouvant être associés à la migraine
 - 1.6.1. Trouble digestif récurrent
 - 1.6.1.1. Vomissement cyclique
 - 1.6.1.2. Migraine abdominale
 - 1.6.2. Vertige paroxystique bénin
 - 1.6.3. Torticolis paroxystique bénin

2. Céphalées dites de tension

- 2.1. Épisodiques peu fréquentes : au plus 1 jour/mois moins de 12 jours/année
- 2.2. Épisodiques fréquentes : moins de 15 jours par mois pendant au moins 3 mois ; moins de 180 jours/année

- 2.3. Chroniques plus de 15 jours par mois pendant plus de 3 mois ; plus de 180 jours/année
- 2.4. CT probable

3. Algies vasculaires de la face et autres céphalées trigémino-vasculaires (*exceptionnelles chez l'enfant*)

- 3.1. Algie vasculaire de la face
- 3.2. Hémicrânie paroxystique
- 3.3. SUNCT

4. Autres céphalées primaires

- 4.1. En coup de poignard
- 4.2. Liées à la toux
- 4.3. Liées à l'effort
- 4.4. Liées à l'activité sexuelle
- 4.5. Hypnique
- 4.6. Céphalée primaire en coup de tonnerre
- 4.7. *Hemicrania continua*
- 4.8. Nouvelle céphalée quotidienne persistante

CÉPHALÉES SECONDAIRES

5. Céphalées attribuées à un traumatisme crânien et/ou cervical

6. Céphalées attribuées à une atteinte vasculaire cérébrale ou cervicale

7. Céphalées attribuées à une atteinte intracrânienne non vasculaire

8. Céphalées toxiques iatrogènes ou de sevrage

- 8.1. Céphalées attribuées à l'utilisation ou à l'exposition à un produit
- 8.2. Céphalée par abus médicamenteux
- 8.3. Céphalée liée à un sevrage

9. Céphalées attribuées à une infection

10. Céphalées attribuées à un trouble de l'homéostasie *hypoxie, hypercapnie, dialyse, HTA, hypothyroïdie, jeûne*

11. Céphalées attribuées à des anomalies du crâne, du cou ou de la face

12. Céphalées attribuées à un trouble psychiatrique

Références

Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain.

ICHD 1: (1998) *Cephalalgia* 8 (suppl 7): 1-96

ICHD 2: (Second Headache Classification Committee) Olesen J, Bousser MG, Diener HC *et al.* (2004) *Cephalalgia* 24 (suppl ...)-160; (2005) *Cephalalgia* 25: 460-5

ICHD 3: (third Headache Classification Committee) (2013) Olesen J, Bendtsen L, Dodick D *et al.* *Cephalalgia* 33: 629-808

Fiche consultation Centre migraine enfant ©
Hôpital Trousseau Paris

1. Identification de l'enfant

Identité	Poids	Âge	Qui adresse l'enfant? <i>Méd. avec lettre / Méd. sans lettre / Info famille</i>		
Fratrie			Situation familiale		
Niveau scolaire	Classe	Très bon	Bon	Moyen	Difficultés Échec

2. Antécédents médicaux personnels et familiaux

Hospitalisations, interventions chirurgicales, traitement au long cours, absentéisme scolaire prolongé (hors migraine), maladie familiale...

3. Profil des céphalées

- Depuis quel âge l'enfant présente des maux de tête importants ?

.....

- **A-t-il deux sortes de maux de tête ?** *Des grosses crises et des petits maux de tête :*

Oui **Non**

Les crises migraineuses « grosses crises » qui limitent l'activité de l'enfant :

- Nombre par mois Note entre 0 et 1

Caractéristiques des migraines	Jamais	Parfois	Toujours
Le mal de tête est d'un seul côté du crâne (unilatéral)			
Le mal de tête est des deux côtés du crâne (bilatéral) ou au milieu du front (central)			
La douleur est comme les battements du cœur (pulsatile) au mouvement			
Il y a des pleurs pendant le mal de tête (pour les petits)			
Le mal de tête empêche l'enfant de jouer			
L'enfant doit s'allonger			
La douleur est augmentée par l'activité physique (monter les escaliers, courir)			
Il existe une envie de vomir (nausées)			
Il y a des vomissements			
Le bruit est pénible			
La lumière est pénible			
Un mal de ventre est associé au mal de tête			
Un état vertigineux accompagne le mal de tête			
L'enfant est pâle, les yeux sont cernés			
Si l'enfant s'endort, une amélioration se retrouve au réveil			

- **Horaire de survenue des crises**

La nuit	Le matin au réveil	À midi	L'après-midi	Le soir	Sans horaires réguliers
---------	--------------------	--------	--------------	---------	-------------------------

- **Durée habituelle de la crise**

Moins de 1 heure	1 à 2 heures	2 à 6 heures	6 à 24 heures	24 à 72 heures	Plus de 72 heures
------------------	--------------	--------------	---------------	----------------	-------------------

Les AURAS

	Description	Moment	Durée	Fréquence
VISUELLE				
Oui	Scintillements / Taches colorées	Avant	< une heure	Toujours
Non	Vision déformée / Double	Pendant	> une heure	Parfois
NSP	Floue / Scotome / Cécité	Isolée	> une heure	Rarement
	Hémianopsie / Vision tubulaire	NSP	NSP	NSP
SENSITIVE = Paresthésies	<i>Unilatéral / Bilatéral</i> <i>Membres supérieurs / Membres inférieurs</i>	Avant	< une heure	Toujours
Oui		Pendant	> une heure	Parfois
Non	Visage	Isolée	> une heure	Rarement
NSP		NSP	NSP	NSP
TROUBLES MOTEURS				
Oui	Unilatéral / Bilatéral	Avant	< une heure	Toujours
Non	Membres supérieurs / Membres inférieurs	Pendant	> une heure	Parfois
NSP		Isolée	> une heure	Rarement
		NSP	NSP	NSP
AUDITIVE				
Oui	Sifflements / Bourdonnement / Voix : qui appelle /	Avant	< une heure	Toujours
Non	Autre voix / Autre	Pendant	> une heure	Parfois
NSP		Isolée	> une heure	Rarement
		NSP	NSP	NSP
TROUBLES LANGAGE				
Oui	Un mot pour un autre / Dysarthrie (articulation)	Avant	< une heure	Toujours
Non	Jargon (un mot qui n'existe pas)	Pendant	> une heure	Parfois
NSP	Suspension du langage	Isolée	> une heure	Rarement
		NSP	NSP	NSP

Autres troubles associés

Perte de connaissance	Oui / Non / NSP Durée : Quelques secondes / Quelques minutes / NSP	Pendant Après NSP	Toujours Parfois Rarement NSP
Signes végétatifs	Oui / Non / NSP Hyperthermie / Hypothermie / Diarrhée / Flush visage / Flush oreilles / Sueurs profuses	Pendant Après NSP	Toujours Parfois Rarement NSP

Les céphalées de tension

- Existe-t-il des petits maux de tête qui ne l'empêchent pas de poursuivre ses activités (*céphalée de tension*) ?
- Nombre par mois Note entre 0 et 1

4. Absentéisme scolaire

- Nombre de jours manqués dans les 12 derniers mois à cause des maux de tête ?
- Nombre de jours manqués dans les 3 derniers mois en période scolaire à cause des maux de tête ?

5. Antécédents familiaux

Quelles sont dans la famille les personnes connues pour avoir mal à la tête régulièrement ou connues comme migraineuses ?

Les crises de sinusite, les crises de foie dans l'enfance, les céphalées survenant en fin de cycle chez la mère, les parents qui ne présentent que quelques céphalées dans l'année soulagées par le sommeil avec du paracétamol ou un AINS qui sont très souvent particulièrement évocateurs de migraine.

- Père – grand-père paternel/grand-mère paternelle – oncles/tantes paternels – cousins
- Mère – grand-père maternel/grand-père maternel – oncles/tantes maternels – cousins

6. Les facteurs déclenchants ?

- Existe-t-il une amélioration en vacances ?
- L'enfant peut-il citer spontanément un ou plusieurs facteurs ?
- Les stimulations sensorielles : *la chaleur, la lumière intense ; le bruit ; le froid ; certaines odeurs*
- Le sport : *l'endurance, l'effort physique intense ; la piscine ; la tête en bas roulades, stimulation vestibulaire : les chocs sur la tête (judo, tête au foot...)*
- Les transports, la concentration scolaire
- La sensation de faim, le jeûne ou le repas décalé déclenchent une céphalée
- Certains aliments, certaines boissons (*attention, le facteur doit être reproductible et constaté réellement et non induit par la rumeur*)
- Les contrariétés, les émotions, le stress (*l'excitation associée à une fête d'anniversaire, une colère, une dispute avec les parents ou la fratrie, un contrôle scolaire...)*
- Le manque de sommeil ; l'excès de sommeil (*la grasse matinée...)*
- Les épisodes de fièvre
- Connaissez-vous d'autres facteurs déclenchants ?

7. Bilan et traitement

Quel a été le bilan ?

OPH	Consultation acuité visuelle	FO	Orthoptie
ORL	Neurologue	EEG	Imagerie
			Autre

Quels ont été les médicaments utilisés pour les maux de tête ?

Efficacité	Bonne	Moyenne	Mauvaise
Paracétamol			
Aspirine			
Ibuprofène			
Morphinique (codéine, tramadol...)			
Triptan			
Caféine			
DHE			
Traitement de fond 1			
Traitement de fond 2			

À quelle posologie ?

Traitement sous-dosé ?

L'ibuprofène doit être donné à la posologie de 10 mg/kg soit 200 mg pour une enfant de 20 kg et 400 mg pour une enfant de 40 kg.

8. Quel diagnostic ?

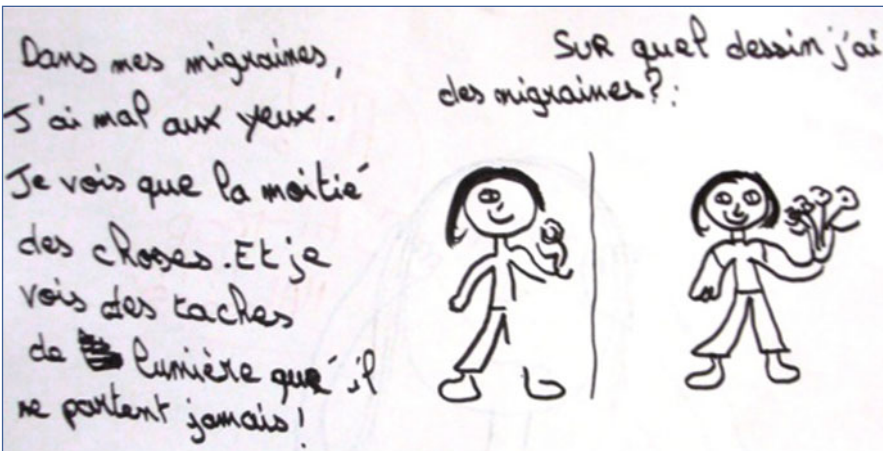
Plusieurs diagnostics peuvent être associés :

- Migraine sans aura
- Migraine avec aura :
 - visuelle
 - sensitive
 - motrice
 - trouble du langage
- Migraine probable
- Migraine chronique (plus de 15 jours de céphalées par mois en tout dont au moins 8 épisodes de migraine par mois)
- Céphalée de tension :
 - céphalée de tension peu fréquente : moins d'un jour par mois, moins de 12 jours par année
 - céphalée de tension fréquente : moins de 15 jours par mois pendant au moins 3 mois ; moins de 180 jours par année
 - céphalée de tension chronique ou céphalée chronique quotidienne (CCQ dans l'acception française) : plus de 15 jours par mois pendant plus de 3 mois ; plus de 180 jours par année

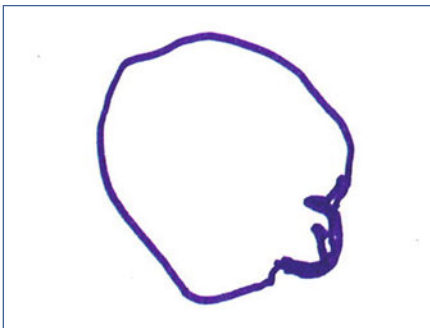
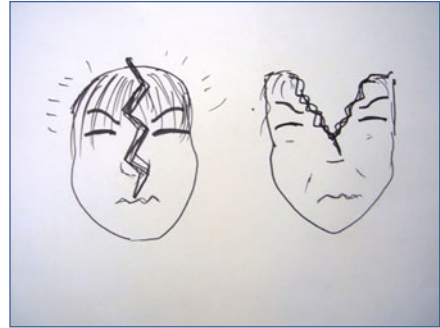
Agenda des céphalées à remettre aux enfants et aux familles

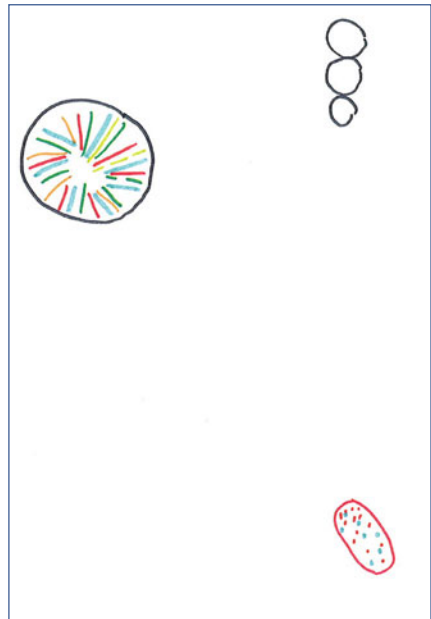
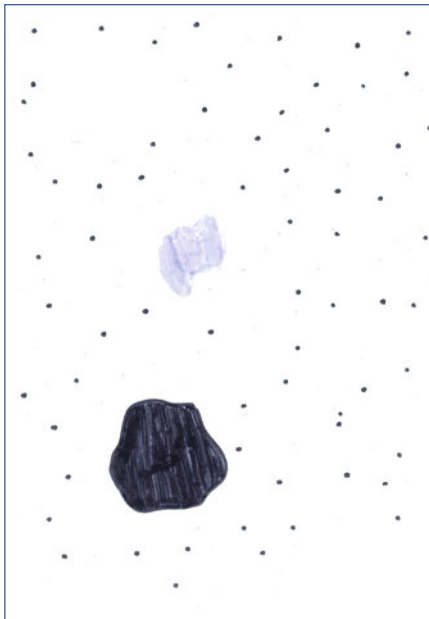
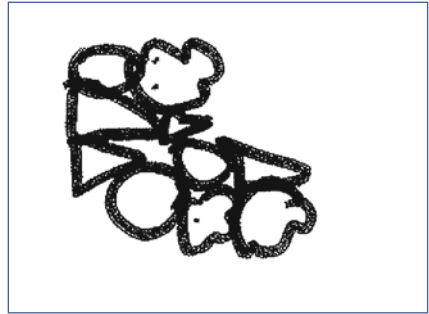
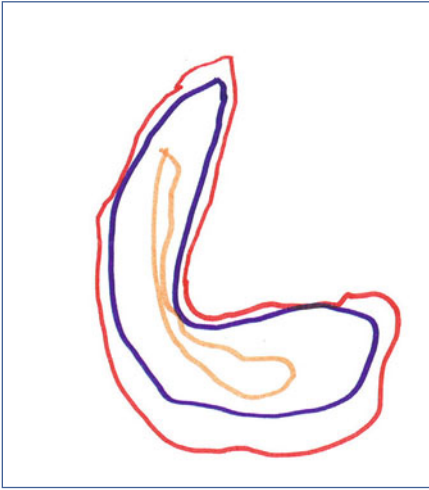
Mois		Facteur déclenchant	Médicament	Nette amélioration de la douleur au bout de ?			
Jours	Intensité de 1 à 10			30 à 60 minutes	Plus d'1 heure	Plus de 2 heures	Aucun soulagement
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

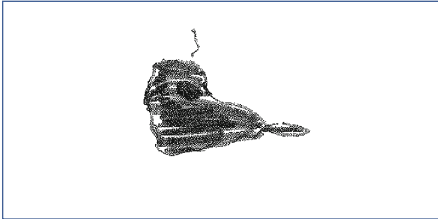
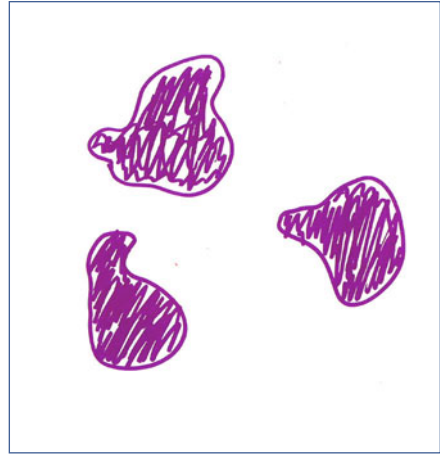
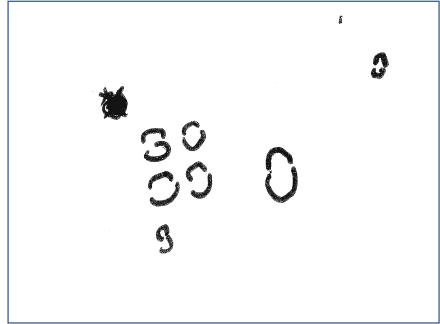
Migraines et auras illustrées par les enfants⁷



7. Dessins réalisés par les enfants de la consultation Douleur – migraine et céphalée de l'hôpital Armand-Trousseau.







Impression & brochage **sepec** - France

Numéro d'impression : 04495131202 - Dépôt légal : janvier 2014

