

Mots clés :

Céphalée
Enfant
Examen
complémentaire
Migraine
Traitement

Migraine : la première cause de céphalées primaires chez l'enfant

Les céphalées récurrentes de l'enfant inquiètent, surtout lorsqu'il s'agit de jeunes enfants. Elles entraînent des consultations spécialisées, des examens complémentaires inutiles, une inquiétude familiale et un absentéisme scolaire¹. Le diagnostic de migraine, première cause des céphalées primitives chez l'enfant, est pourtant clinique, simplement en écoutant l'enfant et ses parents, même en dehors du contexte de la crise. Des synthèses factuelles récentes peuvent aider au diagnostic et guider la conduite à tenir²⁻⁵.

Quelle prévalence et quel devenir ?

La migraine représente la première cause de céphalées récurrentes de l'enfant^{1,2}. Les chiffres admis vont de 5 à 10% (15 à 20% chez l'adulte), identiques à ceux d'autres pays¹. Dans une enquête parisienne (1810 enfants scolarisés tirés au sort)³, la prévalence des céphalées est un peu <10%, celle des migraines entre 4,8 et 8,2%. L'âge moyen de survenue, sur 3054 enfants d'une consultation parisienne, est de 6 à 7 ans (15% de moins de 7 ans), les crises étant plus longues et fréquentes après 12 ans¹. Le pronostic à distance est favorable : dans une cohorte américaine les migraines avaient disparu à l'âge adulte chez 62% des patients¹.

Comment faire le diagnostic ?

Il n'est pas nécessaire de voir l'enfant en pleine crise. Le diagnostic repose sur quelques questions simples (caractéristiques de la crise, antécédents familiaux, facteurs déclenchants) et un examen complet (PA, réflexes)¹. Les critères des migraines² sont proches de ceux de l'adulte, hormis une durée plus courte (1 à 48 h vs 4 à 72 h) et une localisation frontale et/ou bilatérale plus fréquente : caractère pulsatile, signes digestifs (nausées, vomissements), pâleur avec cernes oculaires, souvent arrêt de l'activité, pleurs. Dans 40% des cas il peut y avoir, avant ou pendant la crise, une aura (trouble visuel, paresthésies, troubles moteurs à type d'engourdissement, bourdonnements voire hallucinations auditives). Le handicap social est réel, l'absentéisme scolaire important. Les « équivalents migraineux » (vertiges paroxystiques, « migraines abdominales », vomissements cycliques) nécessitent la même prise en charge.

La *céphalée de tension*, souvent associée, est beaucoup moins invalidante. L'abstention médicamenteuse y est la

règle, ce qui impose de la différencier de la migraine.

Les *céphalées chroniques quotidiennes* (CCQ) sont plus rares, souvent sur terrain migraineux connu ou non. Le risque d'abus médicamenteux, notamment chez l'adolescent, est le même que chez l'adulte⁵.

Quand faire des examens complémentaires ?

L'EEG est normal en dehors des crises. L'imagerie, inutile en cas de migraine typique, peut être nécessaire surtout chez l'enfant de moins de 6 ans où le diagnostic clinique est moins aisé. On peut retenir comme indications^{1,4} : une anomalie de l'examen neurologique, des modifications notables (des crises, de l'humeur, des résultats scolaires, de la croissance...), ...et une importante inquiétude parentale !

Quelle prise en charge thérapeutique ?

Les « petits moyens » (repos, alimentation...) suffisent en général aux céphalées de tension, le sevrage médicamenteux aux CCQ.

Pour les migraines, il faut rassurer d'abord, traiter la crise le plus précocement possible, assurer un traitement de fond. L'ibuprofène (10 mg/kg) est le traitement de choix de la crise^{1,4}. Les triptans n'ont pas l'AMM avant 18 ans. Seul le sumatriptan pernasal est autorisé à partir de 12 ans. Les dérivés morphiniques (codéine, tramadol...) n'ont pas d'indication (inefficacité et risque d'abus). En traitement de fond, l'ANAES⁴ recommande d'abord des prises en charge non pharmacologiques (relaxation, thérapies comportementales, etc.), et en cas d'échec, les médicaments de l'adulte (propranolol, amitriptyline, flunarizine, pizotifène). Mais ils ont été peu étudiés chez l'enfant et n'ont pas d'AMM à cet âge.

Que conclure pour notre pratique ?

- *Le diagnostic de migraine de l'enfant est insuffisamment posé* (1 fois sur 5 dans l'étude parisienne³), alors que le plus souvent, quelques questions simples et un examen soigneux suffisent, sans examen complémentaire.
- *La migraine n'est pas une maladie « psychologique », mais probablement génétique*. En aucun cas, l'enfant ne peut déclencher volontairement sa crise, même si l'on retrouve souvent des facteurs déclenchants de nature psychologique (pression scolaire, amélioration en vacances, contrariété...). Toute ambiguïté à ce sujet peut rendre inefficace la prise en charge.
- *La tenue d'un « agenda de la douleur » permet de mieux préciser les crises et d'évaluer la gêne et la perte de qualité de vie* : caractéristiques sémiologiques, facteurs déclenchants, éventuelle surconsommation médicamenteuse. Elle permet de suivre les progrès thérapeutiques : de diminuer de moitié l'intensité et la fréquence des crises, généralement au bout de 6 mois¹.

Références :

1. Annequin D. Céphalées de l'enfant. *Rev Prat MG*. 2006 ;20:365-71.
2. Headache Classification subcommittee of the International Headache Society. The international classification of headache disorders. *Cephalalgia*. 2004;24(suppl 1):1-151.
3. Tourniaire B et al. Épidémiologie de la migraine chez l'enfant âgé de 5 et 12 ans scolarisé à Paris. Sur <http://www.migraine-enfant.org> consulté le 9/4/06.
4. Anaes. *Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant*. Octobre 2002.
5. Anaes. *CCQ (céphalées chroniques quotidiennes) : diagnostic, rôle de l'abus médicamenteux, prise en charge*. Septembre 2004. Sur www.has-sante.fr