

**ANNEXES A LA GRILLE DE RECUEIL DE DONNEES :
COMMENT MIEUX PRENDRE EN CHARGE LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS MIGRAINEUX**

Extrait de : Headache classification subcommittee of the International Headache Society. The international classification of headache disorders 2nd edition. Cephalalgia 2004;24 Supplement 1

En 2003, les critères diagnostiques internationaux ont été modifiés*: la durée minimale de la crise est de 1 heure, elle est beaucoup plus courte que chez l'adulte (4 heures)

A Au moins 5 crises répondant aux critères B – D

B Crise d'une durée de 1 à 48 heures

C La céphalée présente au moins deux des caractéristiques suivantes :

- Localisation bilatérale

- Pulsatile

- Intensité modérée ou sévère

- Aggravation par l'activité physique

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

- Nausée ou vomissement

- Photophobie ou 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.

Extraits du référentiel ANAES : Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant : aspects cliniques et économiques
Recommandations Octobre 2002

Comme chez l'adulte, pour ne pas priver certains enfants d'une prise en charge adaptée, il est recommandé d'utiliser le code 1.7 de la classification IHS « Migraine sans aura probable, remplissant l'ensemble des critères diagnostiques à l'exception d'un seul ». En effet, les critères IHS pour le diagnostic de migraine sans aura ont une sensibilité encore plus faible chez l'enfant que chez l'adulte.

CLASSIFICATION IHS DES DIFFERENTS TYPES DE MIGRAINE

- Code 1.1 Migraine sans aura
- Code 1.2 Migraine avec aura
- Code 1.2.1 Migraine avec aura typique
- Code 1.2.2 à 1.2.6 Migraine avec auras atypiques
- Code 1.3 à code 1.6 Formes rares de migraine
- Code 1.7 Migraine sans aura probable, remplissant l'ensemble des critères diagnostiques à l'exception d'un seul

Extrait de : Headache classification subcommittee of the International Headache Society. The international classification of headache disorders 2nd edition. Cephalgia 2004;24 Supplement 1

Critères IHS diagnostiques de céphalée de tension

- A Au moins 10 épisodes répondant aux critères B - D
- B Céphalée d'une durée variant entre 30 min et 7 jours
- C La céphalée présente au moins deux des caractéristiques suivantes :
 - 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
- 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.

Trois syndromes périodiques de l'enfance ont été intégrés comme des précurseurs de la migraine :

1 – Crise de vertige paroxystique bénin :

- Accès brusque de vertige sévère durant de quelques minutes à quelques heures avec résolution spontanée. Un nystagmus et des vomissements peuvent être présents
- L'EEG et l'examen neurologique sont normaux

2 – Crise de migraine abdominale :

- Crise durant de 1 à 72 heures
- D'intensité modérée ou sévère
- De caractère sourde ou irritative
- De localisation médiane ou peri-ombilicale ou mal localisée

Possédant 2 des 4 caractéristique suivantes :

- Pâleur
- Perte d'appétit
- Vomissement
- Nausées

3 – Crise de vomissement cyclique :

- Accès épisodiques et stéréotypés d'intenses nausées et vomissement 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.

EXTRAITS DU REFERENTIEL ANAES : PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE DE LA MIGRAINE CHEZ L'ADULTE ET CHEZ L'ENFANT : ASPECTS CLINIQUES ET ECONOMIQUES RECOMMANDATIONS OCTOBRE 2002

ÉVALUATION DU HANDICAP : pas d'échelle de qualité de vie validée en français.

AGENDA DES CRISES : afin de faciliter le suivi et d'aider l'enfant et sa famille à identifier les facteurs déclenchants, à évaluer l'efficacité des traitements et de permettre au médecin d'apprécier la sévérité de la migraine (fréquence, intensité des crises, signes digestifs associés) et son retentissement sur la vie quotidienne (absentéisme scolaire). Y préciser donc la date de survenue, la durée et l'intensité de la douleur, les facteurs déclenchants et les médicaments utilisés à chaque crise migraineuse (sur prescription ou non).

PLACE DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES : identique à celle de l'adulte

TDM et IRM cérébrale : pas d'indication à réaliser un scanner ou une IRM cérébrale (accord professionnel) :

- devant une migraine définie selon les codes IHS de la migraine sans ou avec aura ;
- pour différencier une migraine d'une céphalée de tension.

Chez un migraineux connu, il est recommandé de pratiquer un scanner ou une IRM cérébrale devant (accord professionnel) :

- une céphalée d'apparition brutale (céphalée dite « en coup de tonnerre ») ;
- une céphalée récente se différenciant de la céphalée habituelle ;
- une anomalie à l'examen clinique.

Devant une céphalée aiguë sévère s'installant en moins d'une minute, prolongée durant plus d'une heure et jugée intense, il est recommandé de pratiquer, en urgence, un scanner sans injection ou une IRM cérébrale.

EEG : pas d'indication à réaliser un EEG devant une migraine définie selon les critères IHS (accord professionnel). L'EEG n'est pas recommandé pour éliminer une pathologie organique, l'imagerie cérébrale étant alors indiquée (accord professionnel).

Radiographies des sinus, radiographies du rachis cervical, examen ophtalmologique, examen orthoptique, échographie abdominale : pas d'indication à réaliser des radiographies des sinus, des radiographies du rachis cervical, un examen ophtalmologique, un examen orthoptique, une échographie abdominale dans le bilan d'une migraine (accord professionnel).

Toutefois, les indications de la neuro-imagerie doivent être élargies du fait des difficultés de diagnostic étiologique des céphalées chez l'enfant.

➔ **AUCUN EXAMEN COMPLEMENTAIRE** pour établir le diagnostic de migraine, sauf s'il persiste un doute à la fin de l'interrogatoire et de l'examen clinique.

RECHERCHER UNE AUTO-MEDICATION, principalement chez l'adolescent avec surconsommation d'antalgiques non spécifiques et sous-utilisation des traitements spécifiques

IMPORTANCE DE LA PREMIERE CONSULTATION pour poser le diagnostic de migraine (ou d'équivalents migraineux) avec certitude, d'évaluer son retentissement scolaire et anxieux et instaurer un traitement de crise en privilégiant l'ibuprofène, et proposer une thérapeutique non médicamenteuse pour traitement de fond si besoin.

Traitement de la crise

Les molécules suivantes sont recommandées chez l'enfant et l'adolescent (accord professionnel) :

- en première intention :
 - l'ibuprofène chez l'enfant de plus de 6 mois ;
- puis :
 - • le diclofénac chez l'enfant dont le poids est supérieur à 16 kg,
 - • le naproxène chez l'enfant de plus de 6 ans ou dont le poids est supérieur à 25 kg,
 - • l'aspirine en monothérapie ou en association au métoclopramide,
 - • le paracétamol en monothérapie ou en association au métoclopramide,
 - • le tartrate d'ergotamine chez l'enfant de plus de 10 ans.

Dans le traitement de la crise de migraine modérée à sévère, chez l'adolescent de 12 à 17 ans, le sumatriptan spray nasal (10 à 20 mg) est efficace (grade A).

Les données de la littérature ne sont pas suffisantes pour conclure à l'efficacité :

- du sumatriptan par voie orale et injectable chez l'enfant et l'adolescent ;
- du sumatriptan spray nasal chez l'enfant de 5 à 12 ans.

Il est recommandé (accord professionnel) :

- de prendre le traitement de la crise le plus précocement possible ;
- d'utiliser la voie rectale en cas de nausées et de vomissements ;
- d'utiliser la voie per-nasale à partir de 12 ans ou chez les enfants dont le poids est supérieur à 35 kg ;
- d'utiliser le sumatriptan spray nasal en cas d'échec du paracétamol, de l'aspirine et des AINS ;
- pour les triptans et les dérivés ergotés, d'attendre l'apparition de la céphalée pour traiter une crise avec aura.

Traitement de fond

1. Traitement non médicamenteux

La relaxation, le rétrocontrôle (biofeedback) et les thérapies cognitives et comportementales de gestion du stress peuvent être recommandés (grade B). Ces traitements sont plus efficaces que les bêta-bloquants (grade B).

2. Traitement médicamenteux

Il est recommandé de faire appel au traitement médicamenteux de fond après échec des traitements non pharmacologiques (accord professionnel).

En l'absence de preuve scientifiquement établie, les molécules suivantes peuvent être recommandées, en cas d'échec des traitements non médicamenteux ou de crises migraineuses particulièrement fréquentes et sévères (accord professionnel) :

- la flunarizine chez l'enfant de plus de 10 ans, 5 mg/jour ;
- la dihydroergotamine, 5 à 10 mg/jour ;
- le pizotifène chez l'enfant de plus de 12 ans, 1 mg/jour ;
- le propranolol, 2 à 4 mg/kg/jour ;
- le métoprolol, 25 à 50 mg/jour ;
- l'oxétorone, 15 à 30 mg/jour ;
- l'amitryptiline, 3 à 10 mg/jour.

Il est recommandé d'utiliser ces molécules à faibles doses, afin de limiter les effets indésirables, à type de sédation notamment.

Y ASSOCIER A UNE DEMARCHE D'EDUCATION DU JEUNE PATIENT ET DE SA FAMILLE : notamment chez l'adolescent, à qui il faut expliquer que le traitement de fond ne supprime pas les crises, mais réduit leur fréquence et leur intensité. Insister sur la règle des 6 à 8 prises de traitement de crise par mois qu'il convient de ne pas dépasser.

ORGANISER LE SUIVI DU PATIENT

THERAPEUTIQUE ALTERNATIVE : dans le cadre de la prise en charge globale du patient

Grade B : Relaxation, Rétrocontrôle (biofeedback), Thérapies cognitives et comportementales de gestion du stress

Sans grade : Hypnose, oméopathie, Acuponcture, Phytothérapie, Ostéopathie

ECHELLE MIDAS (Lantéri-Minet, 2003) : (Migraine disability assessment program) : évaluation du degré d'incapacité dû aux céphalées

Citée en fin de référentiel HAS qui suggère de la tester en tant qu'outil d'évaluation pour décider de la mise en route et apprécier l'effet du traitement de fond.

Conçue aux USA et traduite depuis en plusieurs langues dont le français, elle vise à évaluer sur un trimestre la perte de productivité ou l'incapacité dans les différents domaines de la vie d'un sujet (vie professionnelle, vie domestique et vie sociale). Le corps de son questionnaire est composé de trois questions concernant le nombre de jours d'activités professionnelles ou scolaires, d'activités domestiques ou de loisirs perdus à cause des céphalées. Les deux autres questions évaluent le nombre de jours pendant lesquels la productivité du sujet a été réduite de moitié. La somme des réponses à ces questions permet de calculer le score MIDAS à partir duquel on assigne au sujet un des quatre grades degrés de perte de productivité

- Grade I si moins de 6 jours de perte de productivité par trimestre
- Grade II entre 6 et 10 jours de perte de productivité par trimestre
- Grade III entre 11 et 20 jours de perte de productivité par trimestre
- Grade IV si plus de 21 jours de perte de productivité par trimestre

En plus des 5 premières questions, permettant de calculer le score, elle comporte deux questions supplémentaires permettant d'évaluer la fréquence et l'intensité douloureuse des céphalées.

Instructions : Nous vous demandons de répondre aux questions suivantes sur toutes les céphalées dont vous avez souffert pendant les trois derniers mois.

Indiquez la réponse dans la case prévue en regard de chaque question.

Indiquez 0 si :

- La question ne s'applique pas pendant les trois mois
- L'activité ne vous concerne pas pendant les 3 mois

QUESTIONS	JOURS
1. Pendant combien de journées au cours des 3 derniers mois n'avez-vous pas pu vous rendre au travail ou à l'école à cause de vos céphalées ?	
2. Pendant combien de journées au cours des 3 derniers mois votre rendement professionnel ou scolaire a-t-il été réduite de moitié ou davantage à cause de vos céphalées ? <i>(ne pas inclure les journées d'absentéisme professionnel ou scolaire visées par la question 1)</i>	
3. Pendant combien de journées au cours des 3 derniers mois n'avez-vous pas accompli vos tâches domestiques à cause de vos céphalées ?	
4. Pendant combien de journées au cours des 3 derniers mois votre activité domestique a-t-elle été réduite de moitié ou davantage à cause de vos céphalées ? <i>(ne pas inclure les journées de non activité domestique visées par la question 3)</i>	
5. Pendant combien de journées au cours des 3 derniers mois avez-vous dû renoncer à des activités familiales, sociales ou récréatives à cause de vos céphalées ?	
TOTAL :	
A. Pendant combien de journées au cours des 3 derniers mois avez-vous souffert de céphalées ? (si un épisode a duré plus d'une journée, comptez chaque journée)	
B. Sur une échelle de 0 à 10, quel score moyen de gravité attribuez-vous à ces céphalées ? (0 équivaut à l'absence de douleur et 10 à la douleur la plus intense)	

QUESTIONNAIRE SIMPLIFIE :

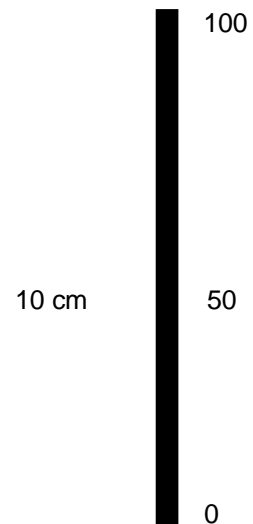
DURANT LES 3 DERNIERS MOIS, EN RAISON DE VOS CEPHALEES :	JOURS
1) combien de jours avez-vous manqué le travail ou l'école ?	
2) pendant combien d'autres jours avez-vous eu une productivité de travail réduite de >50% ?	
3) pendant combien de jours n'avez-vous pas pu faire vos activités ménagères habituelles ?	
4) pendant combien de jours votre productivité en tâches ménagères était réduite de >50% ?	
5) pendant combien de jours avez-vous manqué à vos activités familiales, sociales ou de loisirs ?	
Total	

EVALUATION DE LA DOULEUR :

ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE :

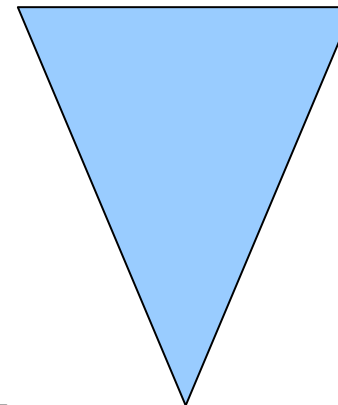
Présenter l'échelle verticalement. La consigne est : « Place le repère (ou le doigt) aussi haut que ta douleur est grande. »

VERSO DE LA REGLETTE



FACE PRESENTÉE A L'ENFANT

TRES TRES MAL



PAS MAL DU TOUT

FACES PAIN SCALE – REVISED (FPS-R) : ÉCHELLE DE 6 VISAGES : "Ces visages montrent combien on peut avoir mal. Ce visage (montrer celui de gauche) montre quelqu'un qui n'a pas mal du tout. Ces visages (les montrer un à un de gauche à droite) montrent quelqu'un qui a de plus en plus mal, jusqu'à celui-ci (montrer celui de droite), qui montre quelqu'un qui a très très mal. Montre-moi le visage qui montre combien tu as mal en ce moment."

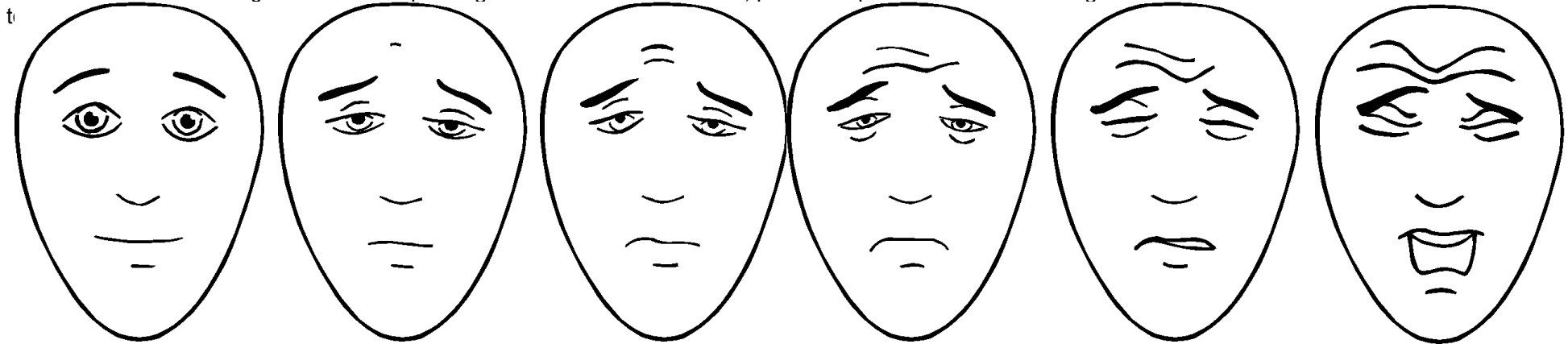
Les scores sont de gauche à droite : 0, 2, 4, 6, 8, 10. 0 correspond donc à "pas mal du tout" et 10 correspond à "très très mal".

Remarques :

§ Exprimez clairement les limites extrêmes : "pas mal du tout" et "très très mal".

§ N'utilisez pas les mots "triste" ou "heureux"

§ Précisez bien qu'il s'agit de la sensation intérieure, pas de l'aspect affiché de leur visage. "Montre-moi comment tu te sens à l'intérieur de



ECHELLE HEDEN : plus simple que la précédente et facilement réalisable au chevet du malade

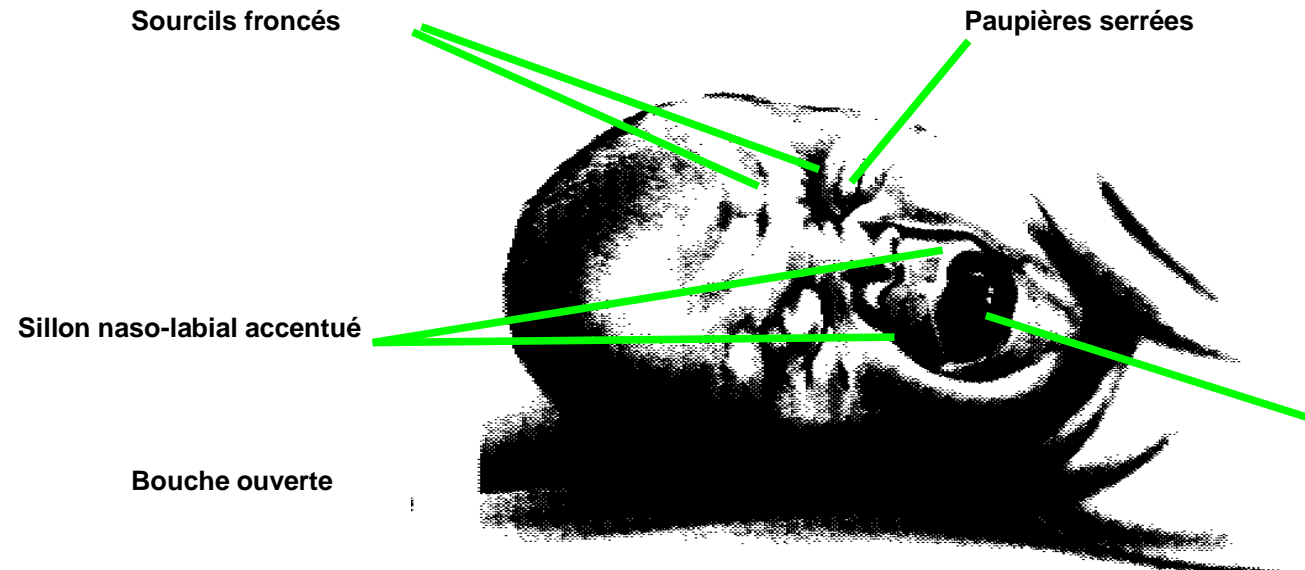
EVD : expression volontaire de douleur ; SDD : Signes directs de douleur ; APM : atonie psychomotrice.

Score de 0 à 10

Date				
Signes de douleur	0	1	2	Score
Plaintes somatiques (EVD)	Aucune	Se plaint d'avoir mal	Plaintes avec geignements ou cris ou sanglots ou supplications	
Intérêt pour le monde extérieur (APM)	L'enfant s'intéresse à son environnement	Perte d'enthousiasme, intérêt pour activité en y étant poussé	Inhibition totale, apathie, indifférent et se désintéresse de tout	
Position antalgique (SDD)	L'enfant peut se mettre n'importe comment, aucune position ne lui est désagréable	L'enfant choisit à l'évidence une position antalgique	Recherche sans succès une position antalgique, n'est jamais bien installé	
Lenteur et rareté du mouvement (APM)	Mouvements larges, vifs, rapides et variés	Latence du geste, mouvements restreints, gestes lents et initiatives motrices	Enfant comme figé, immobile dans son lit alors que rien ne l'empêche de bouger	
Contrôle exercé par l'enfant quand on le mobilise (SDD)	Examen et mobilisation sans problème	Demande de « faire attention », protège la zone douloureuse, retient ou guide la main du soignant	Accès impossible à la zone douloureuse ou opposition à toute initiative du soignant pour la mobilisation	

PRÉSENTATION DE LA NEONATAL FACIAL CODING System abrégée :

L'observateur cote en 0 = absence ou 1 = présence chaque item. Le score est obtenu par sommation des cotations.



ECHELLE EVENDOL : Echelle validée aux urgences, de la naissance à 7 ans. Score de 0 à 15, seuil de traitement 4/15

1 Au repos au calme (R) : observer l'enfant avant tout soin ou examen, dans les meilleures conditions possibles de confort et de confiance, par exemple à distance, avec ses parents, quand il joue...

2 A l'examen ou la mobilisation (M) : il s'agit de l'examen clinique ou de la mobilisation ou palpation de la zone douloureuse par l'infirmière ou le médecin.

3 Réévaluer régulièrement en particulier après antalgique, au moment du pic d'action : après 30 à 45 minutes si oral ou rectal, 5 à 10 minutes si IV. Préciser la situation, au repos (R) ou à la mobilisation (M).

Nom	Signe absent	Signe faible ou passager	Signe moyen ou environ la moitié du temps	Signe fort ou quasi permanent	Evaluation à l'arrivée		Evaluations suivantes Evaluations après antalgiques ³			
					au repos ¹ au calme (R)	à l'examen ² ou la mobilisation (M)	R M	R M	R M	R M
Expression vocale ou verbale pleure et/ou crie et/ou gémit et/ou dit qu'il a mal	0	1	2	3						
<u>Mimique</u> a le front plissé et/ou les sourcils froncés et/ou la bouche crispée	0	1	2	3						
<u>Mouvements</u> s'agite et/ou se raidit et/ou se crispe	0	1	2	3						
<u>Positions</u> a une attitude inhabituelle et/ou antalgique et/ou se protège et/ou reste immobile	0	1	2	3						
<u>Relation avec l'environnement</u> peut être consolé et/ou s'intéresse aux jeux et/ou communiqué avec l'entourage	normale 0	diminuée 1	très diminuée 2	absente 3						
Remarques :	Score total /15									
	Date et heure									
	Initiales évaluateur									