

COMMENT MIEUX PRENDRE EN CHARGE LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS MIGRAINEUX



CRITÈRES DIAGNOSTIQUES IHS (1)

- La migraine est une maladie bénigne mais handicapante qui peut altérer la qualité de vie des patients, perturber les relations affectives et retentir sur les activités professionnelles.
- L'International Headache Society (IHS) a classé les différents types de migraine et a établi les critères diagnostiques de la migraine (2004)
- **Les différents types de migraine** selon la classification de l'IHS
 - 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 aura atypique
 - 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

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES IHS (2)

➤ **Critères de la migraine** sans aura* (adaptés d'après les critères IHS) :

A. Au moins cinq crises répondant aux critères B à D

B. Crises de céphalées durant de 4 à 72 heures (sans traitement)

C. Céphalées ayant au moins deux des caractéristiques suivantes :

- unilatérale
- pulsatile
- modérée ou sévère
- aggravation par les activités physiques de routine

D. Céphalées accompagnée au moins de l'un des symptômes suivants :

- nausée et/ou vomissement
- photophobie et/ou phonophobie

E. L'examen clinique doit être normal entre les crises. En cas de doute, un désordre organique doit être éliminé par des investigations

Si les cinq critères A, B, C, D, E sont présents ⇔ migraine sans aura au sens strict du terme (code 1.1 de la classification IHS)

Si l'un des critères A, B, C ou D n'est pas rempli en totalité ⇔ migraine sans aura probable (code 1.7 de la classification IHS)

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES IHS (2)

➤ **Critères de la migraine** sans aura* (adaptés d'après les critères IHS) :

A. Au moins cinq crises répondant aux critères B à D

B. Crises de céphalées durant de 4 à 72 heures (sans traitement)

C. Céphalées ayant au moins deux des caractéristiques suivantes :

- unilatérale
- pulsatile
- modérée ou sévère
- aggravation par les activités physiques de routine

D. Céphalées accompagnée au moins de l'un des symptômes suivants :

- nausée et/ou vomissement
- photophobie et/ou phonophobie

E. L'examen clinique doit être normal entre les crises. En cas de doute, un désordre organique doit être éliminé par des investigations

Si les cinq critères A, B, C, D, E sont présents ⇔ migraine sans aura au sens strict du terme (code 1.1 de la classification IHS)

Si l'un des critères A, B, C ou D n'est pas rempli en totalité ⇔ migraine sans aura probable (code 1.7 de la classification IHS)

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES IHS(3)

La migraine doit être distinguée des **céphalées de tension** :

Critères diagnostiques:

Classification de « International Headache Society »2004:

A- Au moins 10 épisodes avec critères B-D

B- Céphalées de 30 minutes à 7 jours

C- Doit exister 2 caractéristiques parmi les suivantes :

- . Localisation bilatérale
- . Sensation de pression
- . Intensité légère à modérée
- . Aucune aggravation par l'activité physique

D- Absence des 2 caractéristiques : nausées (vomissements) et photophobie ou phonophobie

E- Exclusion d'une maladie organique par l'anamnèse, l'examen clinique et neurologique et les examens complémentaires

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES HIS (4)

3 syndromes périodiques de l'enfance intégrés comme 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
- Avec EEG et examen neurologique normaux

2- Crise de migraine abdominale :

- Durant de 1 à 72h, d'intensité modérée ou sévère, de caractère sourde ou irritative, de localisation médiane, péri-ombilicale ou mal localisée
- Possédant 2 des 4 caractéristiques suivantes : pâleur, perte d'appétit, vomissement, nausée

3- Crise de vomissement cyclique :

- Épisodes d'intenses nausées et vomissements de 1 à 5 jours
- 4 épisodes de vomissement pendant 1h au moins
- Aucune autre manifestation entre les crises

LA PREMIÈRE CONSULTATION : MOMENT-CLÉ

- Pour poser le diagnostic de migraine avec certitude
- Pour évaluer le retentissement scolaire et anxieux
- Pour instaurer un traitement de crise (privilégier l'ibuprofène)
- Pour rechercher une automédication, surtout chez l'adolescent, qui surconsomme les antalgiques non spécifiques à la place des traitements spécifiques
- Pour proposer une thérapeutique non médicamenteuse en traitement de fond si besoin

AGENDA DES CRISES

Pour faciliter le suivi de l'enfant ou de l'adolescent et de la famille, il est nécessaire de :

- Identifier les facteurs déclenchants de la crise
- Evaluer l'efficacité des traitements
- Apprécier la sévérité de la migraine :
 - Fréquence, intensité des crises
 - Signes digestifs associés
- Noter le retentissement sur la vie quotidienne (absentéisme scolaire)
- Préciser date de survenue, durée, fréquence et intensité de la migraine
- Noter les médicaments utilisés à chaque crise, sur prescription ou non
- Conseiller de recueillir ces données dans un agenda sur 6 mois

PLACE DES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- **Pas d'examen complémentaire pour établir un diagnostic de migraine chez l'enfant ou l'adolescent, sauf doute au terme de l'interrogatoire et de l'examen clinique**
- Place des examens complémentaires identique à celle de l'adulte :
 - IRM et TDM : pour céphalée d'apparition brutale, récente ou différente de la céphalée habituelle, anomalie à l'examen clinique (chez un migraineux connu) ou céphalée aigue sévère, s'installant en moins d'une minute, intense et se prolongeant plus d'une heure
 - EEG : contre-indiqué selon les critères IHS
 - Radiographies des sinus, du rachis cervical, examen ophtalmologique, examen orthoptique, échographie abdominale : **non indiqués**
 - **Indications de la neuro-imagerie** à élargir du fait des difficultés de diagnostic étiologique des céphalées chez l'enfant et l'adolescent

CÉPHALÉE CHRONIQUE QUOTIDIENNE ET AUTO-MÉDICATION

- Céphalée chronique : installation progressive, à partir de migraines à expression épisodique dont les crises deviennent de plus en plus fréquentes (au moins 15 jours/mois)
- Souvent conséquence d'une mauvaise prise en charge de la migraine associée à une auto-médication incontrôlée
- Le plus souvent abus d'antalgiques banals, utilisés par les adolescents dans le traitement de la crise
- Tous les antalgiques palier 1 (aspirine, paracétamol, AINS) peuvent être en cause
- Si abus de Tryptan retrouvé : repérer les facteurs psychologiques et biologiques qui peuvent transformer une crise de migraine en céphalée chronique
- Orienter l'adolescent vers une prise en charge thérapeutique globale alternative

RECHERCHE D'UNE PATHOLOGIE ANXIODÉPRESSIVE

- Pathologie qui affecte près de 10 % des enfants et adolescents, avec le plus souvent :
 - anxiété de séparation chez l'enfant
 - anxiété généralisée, avec phobie sociale chez l'adolescent
- Dépister ++++ :
 - facteurs déclenchants (situation scolaire ou familiale, choc émotionnel)
 - tableau clinique habituel : tachychardie, céphalées, difficultés à communiquer, pleurs
 - symptômes cognitifs : comportement d'évitement, repli sur soi, dramatisation, colère, agitation, peurs
 - symptômes comportementaux les plus fréquents :
 - chez l'enfant : timidité, retrait social, peurs, hypersensibilité, phobie scolaire avec anxiété de séparation, état de stress post-traumatique
 - chez l'adolescent : faible estime de soi, risque suicidaire accru, difficultés d'adaptation, abus de toxiques

TRAITEMENT CRISE ET RECOMMANDATIONS

Molécules recommandées chez l'enfant et l'adolescent (accord professionnel*):

- En 1ère intention : Ibuprofène chez l'enfant de + de 6 mois
- Puis : Diclofénac chez l'enfant dont le poids est supérieur à 16 kg :
 - chez l'enfant de + de 6 ans, avec poids > 25 kg : Naproxène, aspirine ou paracétamol en monothérapie (ou associé au métoclopramide),
 - chez l'enfant de + de 10 ans : Tartrate d'ergotamine
- Chez l'adolescent (de 12 à 17 ans) pour crise modérée à sévère : Sumatriptan nasal (10 à 20mg) efficace (grade A)
- Données de la littérature insuffisantes pour conclure à l'efficacité du Sumatriptan chez l'enfant de 5 à 12 ans

* accord professionnel : AP

Recommandations pour traiter la crise : (AP) :

- Prendre le traitement de la crise le plus précocement possible
- Voie rectale si nausées et vomissements
- Voie per nasale à partir de 12 ans ou chez les enfants de poids > 35 kg
- Sumatriptan spray nasal si échec du paracétamol, de l'aspirine et des AINS

TRAITEMENT DE FOND ET RECOMMANDATIONS

➤ Traitement non médicamenteux :

- Rétrocontrôle (biofeedback)
- Relaxation
- Thérapies cognitivo-comportementales de gestion du stress (grade B)

⇔ **traitements plus efficaces que les β bloquants (grade B)**

➤ Traitement médicamenteux de fond : recommandé si échec des traitements non pharmacologiques (AP), en l'absence de preuves scientifiquement établies, si crises de migraines fréquentes et sévères (AP) :

- Flunarizine chez l'enfant >10 ans : 5 mg/j
- Dihydroergotamine : 5 à 10 mg/j
- Pizotifène chez l'enfant >12 ans : 1 mg/j
- Propranolol : 2 à 4 mg/kg/j
- Métoprolol : 25 à 50 mg/J
- Oxérorone : 15 à 30 mg/j
- Amitryptiline : 3 à 10 mg/j

Utiliser de faibles doses pour limiter les effets indésirables

SUIVI DU JEUNE PATIENT MIGRAINEUX

- Suivi du jeune patient au long cours dans le cadre d'une prise en charge globale par :
 - les thérapeutiques alternatives si le terrain est anxiogène
 - un traitement médicamenteux des crises et un traitement de fond si nécessaire
- HAS : utilisation d'outils d'évaluation de perte de productivité ou d'incapacité dans les domaines professionnels ou scolaires, avec **Échelle MIDAS** en référence :
 - Grade 1 : si moins de 6 jours de perte de productivité/trimestre
 - Grade 2 : entre 6 et 10 jours
 - Grade 3 : entre 11 et 20 jours
 - Grade 4 : + de 21 jours

Autres échelles utilisables pour apprécier l'intensité des céphalées : 6 visages, HEDEN, EVENDOL, EVA (échelle visuelle analogique), *toutes téléchargeables sur notre site*

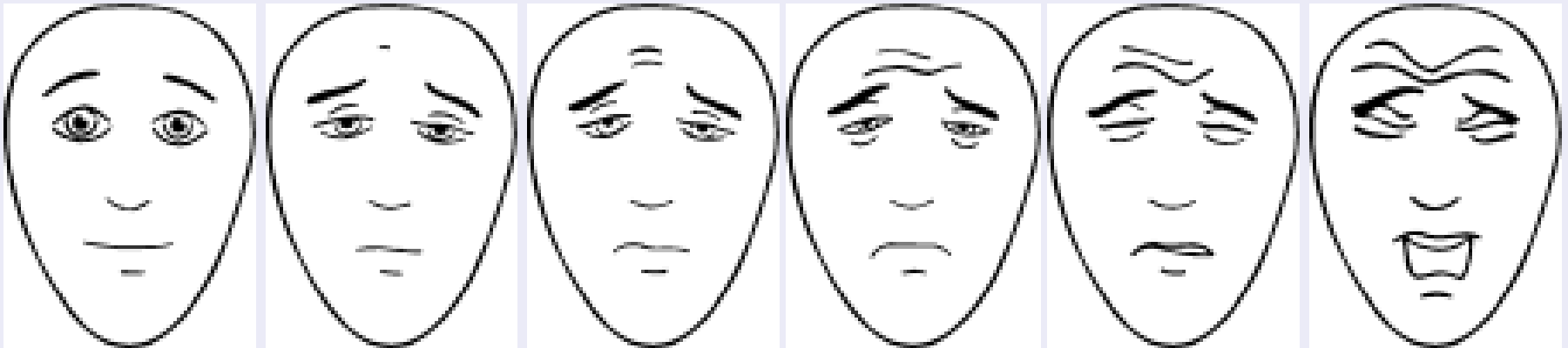
➤ Enfants âgés de plus de 6 ans

Echelle de 6 visages : FPS-R (Faces Pain Scale-Revised: Pain Research Unit, Sydney Children's Hospital, Randwick NSW 2031, Australia)

"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 toi"



ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE : EVA

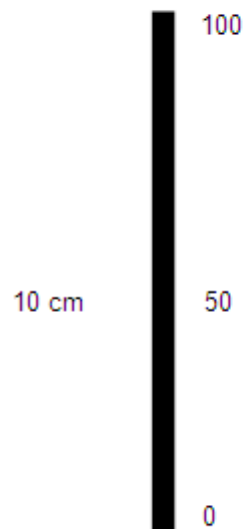
Présenter l'échelle (elle mesure 10 cm) verticalement. La consigne est :
“ Place le repère (ou le doigt) aussi haut que ta douleur est grande ”

Résultat en cm : de 1 à 10

ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE :

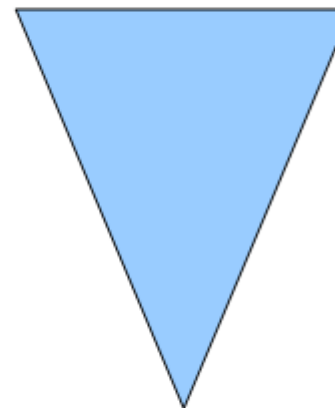
Présenter l'échelle verticalement. La consigne est : « Place le repère (ou le doigt) aussi haut que ta douleur est grande. »

VERSO DE LA REGLETTE



FACE PRESENTEE A L'ENFANT

TRES TRES MAL



PAS MAL DU TOUT

ECHELLE HEDEN *Penser à dater l'évaluation (10/12)*

Plus simple que CHEOPS et facilement réalisable au chevet du malade

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

Score de 0 à 10

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	

INFORMATION ET ÉDUCATION DU JEUNE PATIENT ET DE SA FAMILLE

- La démarche d'éducation et de suivi des crises de céphalées se fera le plus souvent par l'intermédiaire des parents chez l'enfant, plus directement chez l'adolescent
- Expliquer que le traitement de fond ne supprime pas les crises, mais réduit leur fréquence et leur intensité
- Insister, surtout chez l'adolescent, sur la règle des 6 à 8 prises de traitement de crise/mois à ne pas dépasser
- Prise en charge globale du patient avec thérapeutiques alternatives :
 - Grade B : relaxation, rétrocontrôle, thérapies cognitives et comportementales
 - Sans grade : hypnose, homéopathie, acupuncture, phytothérapie, ostéopathie

Insister auprès des parents et des adolescents sur l'importance du suivi régulier de ces thérapeutiques

MESSAGES PRINCIPAUX

- Diagnostic : critères cliniques établis par l'International Headache Society (IHS)
- Durée minimale de la crise d'1 heure, versus 4 heures chez l'adulte
- Pas d'indication d'EEG, radiographies sinus ou rachis cervical, examen ophtalmologique ou orthoptique, échographie abdominale si critères IHS présents (AP)
- Demander scanner sans injection ou IRM cérébrale si céphalée aiguë sévère s'installant en moins d'1 minute, prolongée durant plus d'1 heure et jugée intense
- Evaluer systématiquement la douleur avant et après (30 à 60 minutes) toute prescription d'antalgique avec une échelle validée, adaptée à l'âge de l'enfant, selon un rythme dépendant de la sévérité de la douleur
- De 0 à 4 ans, utiliser l'échelle d'observation comportementale
- De 4 à 6 ans, proposer une auto-évaluation (échelles des visages ou verbale simple)
- A partir de 6 ans, auto-évaluation possible avec échelle visuelle analogique, échelle verbale simple, échelle numérique simple ou échelle des visages
- Rechercher chez l'adolescent une automédication ainsi qu'un contexte dépressif
- Conseiller la tenue d'un agenda des crises pour faciliter le suivi
- Traiter la crise précocement avec ibuprofène (10 mg/kg) en première intention, ou, si vomissements Diclofenac rectal ou Sumatriptan nasal (à partir de 12 ans)
- Insister sur la règle des 6 à 8 prises de TRT de crise par mois à ne pas dépasser
- Prise en charge non pharmacologique indiquée dans le cadre de la prise en charge globale du jeune patient : relaxation, biofeedback, thérapies cognitives et comportementales de gestion du stress (Grade B), plus efficace que les β -bloquants
- Faire appel au TRT médicamenteux de fond en 2^o intention (AP), d'abord à faibles doses pour limiter les effets indésirables, à type de sédation notamment
- Expliquer que le TRT de fond ne supprime pas les crises, mais en réduit fréquence et intensité

MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE

- Traitement de fond des céphalées de l'enfant et de l'adolescent : pris en charge selon les critères habituels de l'Assurance maladie

- Thérapeutiques alternatives :
 - prises en charge par l'Assurance maladie,
 - Acupuncture
 - Homéopathie
 - Phytothérapie (hors préparation)
 - non prises en charge par l'Assurance maladie, facteur de limitation de suivi du TRT de fond :
 - TTC
 - Hypnose, Relaxation, Rétrocontrôle
 - Ostéopathie

- Pas d'ALD