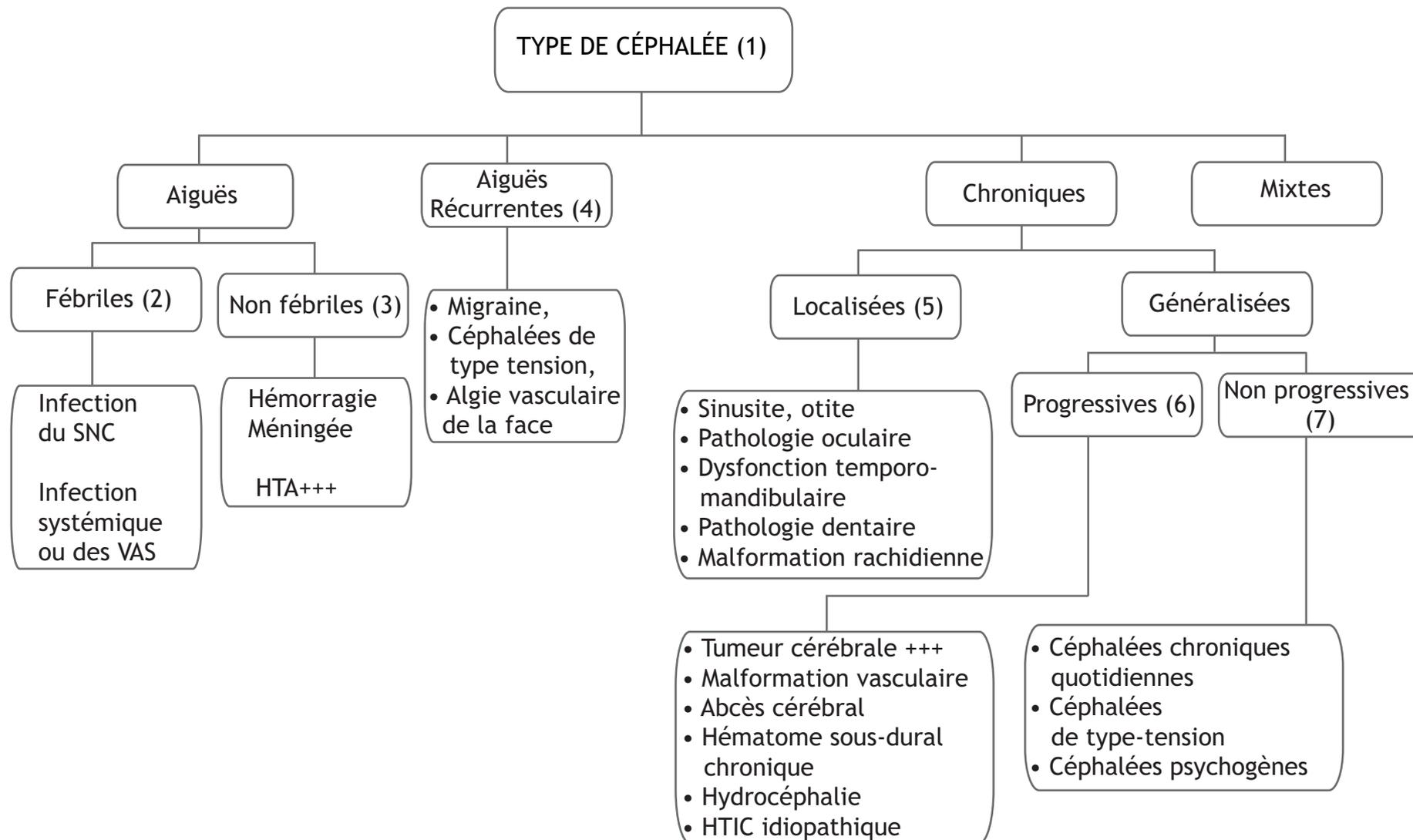


Céphalées de l'enfant - aspects cliniques - J.-C. Cuvellier*, L. Vallée Service de neuro-pédiatrie, hôpital

Roger-Salengro, rue du Pr Émile Laine, 59037 Lille cedex

Mots clés : Céphalée ; Migraine ; Processus expansif



* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : jc-cuvellier@chru-lille.fr (J.-C. Cuvellier).

■ Arbre décisionnel - Commentaires

Les céphalées sont fréquentes chez l'enfant. Leurs étiologies sont multiples et le plus souvent bénignes mais elles peuvent être le symptôme révélateur d'une tumeur cérébrale. Interrogatoire soigneux et examen clinique méthodique cherchent à repérer les signes d'alerte qui conduiront à la réalisation d'une imagerie cérébrale si cette possibilité apparaît pertinente.

(1) La méthode la plus simple est de conduire l'interrogatoire selon le patron temporel des céphalées : aiguës isolées, aiguës récurrentes, chroniques progressives, chroniques non progressives ou mixtes. Pour la phase céphalalgique, il faut :

- préciser l'horaire de survenue, le mode de début, le siège, le type, l'intensité de la douleur, les signes d'accompagnement, les facteurs déclenchants, d'aggravation, et/ou d'amélioration, la durée et le patron évolutif ;
- retracer l'histoire des céphalées depuis leur début : patron évolutif, fréquence des accès, aggravation avec le temps (en fréquence et/ou en intensité), signes d'hypertension intracrânienne (HTIC), visuels, endocriniens et/ou auxologiques, modification du caractère et/ou de la personnalité, baisse des résultats scolaires ;
- rechercher des antécédents personnels de pathologie chronique (prise médicamenteuse) et des antécédents familiaux de céphalées. Retracer l'historique des examens paracliniques et des traitements pris (posologie ++, abus d'antalgiques ++).

L'examen neurologique étudiera particulièrement les paires crâniennes, l'oculomotricité, le fond d'œil (FO), recherchera une asymétrie de la motricité, une ataxie, un syndrome méningé, des troubles cognitifs et/ou psychiques, sans oublier l'auscultation du crâne. Ne pas oublier l'examen somatique : poids, taille, périmètre crânien (reconstituer les courbes correspondantes), prise de la température et de la tension artérielle+++ , examen de la peau (syndrome hémorragique et/ou neurocutané), pathologie sinusienne chronique, signes de traumatisme crânien ancien. L'examen clinique est anormal dans 98 % des cas de tumeur cérébrale. Les signes qui comptent (dégradation cognitive, anomalies des réflexes ostéo-tendineux, des mouvements oculaires et/ou du FO, asymétrie de la motricité et/ou de la sensibilité, troubles de coordination - Childhood Brain Tumor Consortium), sont autant d'indications

de l'imagerie à côté de céphalées de localisation constante, de signes méningés et/ou d'HTIC, de la présence d'une dérivation ventriculo-péritonéale, d'un syndrome neurocutané, de signes auxologiques et/ou endocriniens, et du jeune âge (< 3 ans).

(2) Des céphalées aiguës fébriles font craindre en premier lieu une infection du système nerveux central (méningite, encéphalite) en gardant à l'esprit que dans la grande majorité des cas, on se trouvera en présence d'une banale infection systémique ou des voies aériennes supérieures (VAS) +++.

(3) Devant des céphalées aiguës non fébriles, l'obsession est la recherche d'une hémorragie méningée, mais l'hypertension artérielle +++ est un diagnostic plus fréquent à ne pas méconnaître.

(4) Une migraine est diagnostiquée dans 75 % des cas de céphalées aiguës récurrentes. Le diagnostic de migraine sans aura repose sur la présence d'antécédents familiaux de migraine (50-80 %), d'accès plus brefs que chez l'adulte (< 2 heures), de siège frontal et bilatéral dans 2/3 des cas. Les signes digestifs sont parfois au premier plan et une pâleur inaugurale (3/4 cas) est un argument d'appoint utile. La migraine avec aura se présente préférentiellement par des auras visuelles, mais les auras langagières et/ou motrices, le syndrome d'Alice au Pays des Merveilles, la migraine basilaire sont des pièges qui peuvent faire errer le diagnostic d'autant que la céphalée est parfois absente. Plus rarement, le diagnostic sera celui de céphalées de type tension ou d'algie vasculaire de la face.

(5) Ce cadre correspond aux céphalées projetées, de cause extracrânienne. Retenir ce diagnostic exige la disparition des céphalées avec la correction de l'anomalie incriminée.

(6) Des céphalées chroniques progressives (c'est-à-dire s'aggravant en intensité et/ou en fréquence avec le temps), éventuellement associées à des signes neurologiques focaux et/ou d'HTIC, doivent conduire à la recherche d'un processus expansif intracrânien par une IRM cérébrale. C'est l'imagerie qui permet le diagnostic différentiel d'une tumeur cérébrale.

(7) Les céphalées chroniques non progressives comportent souvent une part psychogène (anxiété ++). La recherche d'un abus d'antalgiques s'impose en cas de céphalées chroniques quotidiennes. Après s'être assuré de la normalité de l'examen neurologique, la réassurance s'impose mais il est parfois judicieux d'adresser l'enfant ou l'adolescent à un pédopsychiatre.

■ Références

- [1] Abu-Arafeh I, Macleod S. Serious neurological disorders in children with chronic headache. Arch Dis Child 2005;90:937-40.
- [2] Lewis DW. Headaches in children and adolescents. Am Fam Physician 2002;65:625-32.