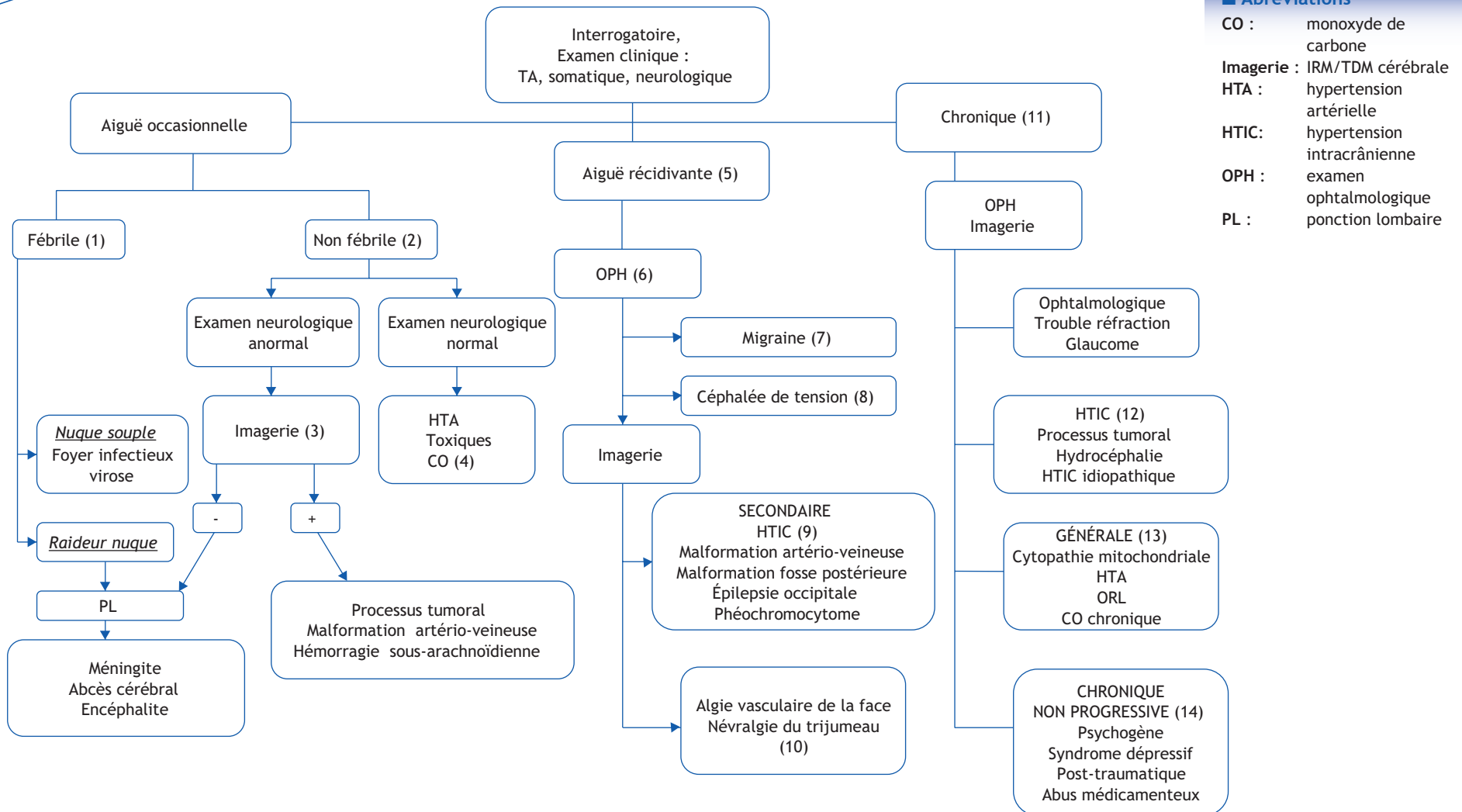


C. Espil-Taris

Service de Neurologie pédiatrique, Hôpital des Enfants, CHU de Bordeaux, 33076 Bordeaux Cedex, France



■ Arbre diagnostique - Commentaires

L'interrogatoire et l'examen clinique sont les arguments clés pour l'approche diagnostique d'une céphalée : contexte d'installation (brutale, intensité maximale en moins d'une minute : une hémorragie sous arachnoïdienne ; sévère en quelques minutes : une migraine), caractéristiques, examen somatique et neurologique, facteurs déclenchants (stimuli sensoriels, sport, jeûne, pression scolaire, émotions, manque de sommeil).

(1) Toute céphalée fébrile doit faire suspecter une méningite. Une imagerie cérébrale précèdera la ponction lombaire s'il existe un signe de focalisation neurologique.

(2) L'examen clinique guide les examens devant une céphalée non fébrile : (3) l'imagerie cérébrale s'impose devant un examen neurologique anormal ou chez un enfant jeune (< 6 ans), (4) la recherche d'une hypertension artérielle est indispensable, ainsi que d'une intoxication au monoxyde de carbone selon le contexte (hiver, anamnèse de l'entourage).

(5) Les céphalées aiguës récidivantes justifient d'un contrôle ophtalmologique (6).

(7) La migraine est une maladie fréquente dont le diagnostic est clinique, facilité par les critères de l'International Head Society (*International classification of headache disorders ou ICHD*) (Tableau 1). Des signes cliniques associés peuvent être retrouvés : douleurs abdominales, pâleur, sensation vertigineuse. Le sommeil est souvent réparateur. L'aura (visuelle, auditive, sensitivo motrice) précède ou accompagne la migraine.

(8) Les critères de la céphalée de tension sont aussi définis par l'ICHD (Tableau 2). Elle survient plutôt en fin de journée, interférant peu dans les activités de l'enfant, souvent liée au stress. Certains enfants migraineux ont un tableau mixte avec des céphalées de tension.

(9) Devant une céphalée aiguë récurrente secondaire, une imagerie cérébrale s'impose pour rechercher une hypertension intracrânienne, une malformation vasculaire ou de la fosse postérieure. L'électroencéphalogramme n'a aucun intérêt sauf pour le diagnostic différentiel d'une épilepsie occipitale idiopathique (hallucinations visuelles primaires de courte durée sans altération de la conscience et suivies de céphalées post

Tableau I

Critères diagnostiques de l'ICHD-II pour la migraine sans aura.

A	Au moins 5 crises répondant aux critères B - D
B	Crise d'une durée de 1 à 72 heures
C	La céphalée présente au moins deux des caractéristiques suivantes : <ul style="list-style-type: none">- localisation unilatérale mais peut être bilatérale, fronto-temporale- pulsatile- intensité modérée ou sévère- aggravation par l'activité physique de routine
D	Durant la céphalée, au moins une des caractéristiques suivantes : <ul style="list-style-type: none">- nausée et/ou vomissement- photophobie et/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.

critique d'allure migraineuse, tracé montrant des paroxysmes occipitaux intercritiques). Le phéochromocytome entraîne une hypertension artérielle brutale, importante, à l'origine de céphalées pulsatiles avec troubles neurovégétatifs.

(10) L'algie vasculaire de la face est très intense, pluriquotidienne, unilatérale, associée à un larmolement et une injection conjonctivale et parfois rhinorrhée. La crise dure 30 à 60 minutes. Une IRM cérébrale élimine une lésion hypothalamique ou du tronc cérébral. Dans la névralgie du trijumeau (douleur fulgurante dans le territoire du trijumeau) il convient d'éliminer un processus expansif du tronc cérébral ou de la fosse postérieure par IRM cérébrale. Ces manifestations restent exceptionnelles chez l'enfant.

(11) Les céphalées chroniques d'installation progressive font toujours craindre une tumeur (12) mais aussi une hydrocéphalie aiguë ou ancienne qui décompense, une hypertension intracrânienne

Tableau II

Critères diagnostiques de l'ICHD-II pour la 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	Céphalée présentant au moins 2 caractéristiques suivantes : <ul style="list-style-type: none">- localisation bilatérale- sensation de pression (non pulsatile)- intensité légère ou modérée- aucune aggravation par l'activité physique
D	Deux caractéristiques suivantes : <ul style="list-style-type: none">- pas de nausée ou vomissement- pas de photophobie et phonophobie ou simplement l'une des deux
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

idiopathique (anciennement « bénigne ») dans laquelle le fond d'œil retrouve un œdème papillaire bilatéral.

(13) Il convient également d'éliminer une pathologie plus générale (métabolique, ORL, CO).

(14) Les céphalées chroniques quotidiennes, non progressives, durent au moins 4 heures, plus de 15 jours par mois pendant au moins 3 mois. Il peut exister des répercussions majeures sur la socialisation et scolarisation et, souvent, une co-morbidité avec des troubles psychiques. Certaines sont induites par un abus médicamenteux d'antalgiques.

Toute modification récente de céphalées chronique ou aiguë récurrente justifie une imagerie.

Déclarations d'intérêts

L'auteur a déclaré n'avoir aucun conflit d'intérêts pour cet article.

Correspondance :

Adresse e-mail : caroline.espil@chu-bordeaux.fr

■ Références

Cuvellier JC, Donnet A, Guégan-Massardier E, et al. Clinical features of primary headache in children: a multicentre hospital-based study in France. *Cephalgia* 2008;28:1145-53.

Parraïn D, Milh M. Céphalées, migraines, hypertension intracrânienne. In : Ed B Chabrol, O Dulac, J Mancini, G Ponsot, M Arthuis. *Neurologie Pédiatrique*, 3^e édition. Paris, France : Médecine-Sciences Flammarion ; 2010.