

QUESTIONS FLASH

Que faut-il pour parler de migraine ?

L. VALLÉE, J.-C. CUVELLIER
Service de Neuropédiatrie, CHU, LILLE.

Les critères diagnostiques de la migraine sont définis par la Société internationale des céphalées (*International Headache Society* [IHS]), qui publie régulièrement l'évolution de l'ICHD (Classification internationale des céphalées) [1]. Trois à 5 % des enfants d'âge scolaire sont migraineux. La prévalence est croissante avec l'âge, et on considère que 22 % des adolescents sont concernés par cette pathologie au moins une fois. Une étude sur l'évolution à 5 ans de la typologie de la migraine chez 343 enfants a montré que près de 23 % sont libres de crise, 63 % présentent le même type de céphalées et 14 % ont une modification de la typologie diagnostique des céphalées (céphalée transformée) [2]. Dans la migraine de l'enfant, schématiquement on différencie la migraine avec aura et celle sans aura [3]. Pour parler de migraine, il faut que la sémiologie présentée par l'enfant réponde aux critères résumés dans le **tableau I**.

Le critère B doit être argumenté. En effet, si l'épisode de céphalée dure moins de 2 heures, la caractérisation doit être complétée par un agenda qui fournira la preuve des récurrences. Le critère E signifie que la céphalée n'est pas expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3.

Qu'on exclut une maladie organique pouvant être la cause des céphalées par l'anamnèse, l'examen clinique et neurologique et d'éventuels examens complémentaires.

Comme pour la migraine sans aura, la migraine avec aura, la migraine hémi-

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

B. Crises de céphalées durant de 4 à 48 heures (non traitées ou traitées sans succès).

Chez l'enfant, il se peut que les accès durent 1 à 48 heures.

C. Céphalées ayant au moins deux des caractéristiques suivantes :

- localisation unilatérale ou bilatérale, (elle est commune chez les jeunes enfants). Des céphalées occipitales sont rares chez les jeunes enfants et doivent rendre prudents, faisant rechercher des lésions structurelles;
- pulsatilité;
- intensité modérée ou sévère;
- aggravation par ou provoquant l'évitement des activités physiques de routine, telles que marche ou montée d'escaliers.

D. Durant les céphalées, au moins l'un des caractères suivants :

- nausées et/ou vomissements;
- photophobie et phonophobie : chez les jeunes enfants, elles peuvent être déduites du comportement.

E. Non attribuées à une autre cause.

TABLEAU I : Critères IHS de la migraine sans aura (ICHD-3 1.1 : Classification internationale des céphalées).

plégique familiale sont définies par l'IHS dans le cadre de l'ICHD3. Les particularités de la migraine chez l'enfant par rapport à ce qui est rapporté chez l'adulte peuvent se résumer à six caractéristiques principales :

- les céphalées sont de durée plus courte que chez l'adulte;
- la localisation des céphalées est plus souvent frontale que temporale;
- les céphalées sont plus souvent bilatérales qu'unilatérales;
- les douleurs abdominales ou les signes digestifs sont fréquents;
- dans 3/4 des cas, la pâleur est inaugurale;
- le sommeil est réparateur dans 60 % des cas.

Bibliographie

1. The International Classification of Headache Disorders 3rd edition. *Cephalalgia*, 2013;33:629-808.
2. CUVELLIER JC, TOURTE M, LUCAS C, VALLÉE L. Stability of Pediatric Migraine Subtype After a 5-year Follow-Up. *J Child Neurol*, 2016 Apr 12. pii: 0883073816643404. [Epub ahead of print]
3. CUVELLIER JC. Céphalées chez l'enfant (hors céphalées récurrentes). EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Traité de Médecine Akos, 8-0020, 2011.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Migraine, quelle stratégie de traitement pour le pédiatre ?

L. VALLÉE, J.-C. CUVELLIER
Service de Neuropédiatrie, CHU, LILLE.

On doit distinguer, dans le traitement de la migraine, le traitement de la crise migraineuse du traitement de fond. Le traitement de la crise migraineuse répond à trois principes, à savoir :

- le traitement doit être administré dès le début des symptômes;
- le traitement doit être disponible immédiatement (à l'école);
- la posologie doit être correcte.

L'abus d'antalgiques doit être évité en ne dépassant pas la prise du médicament antimigraineux plus de 2 jours par semaine.