

## 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.

Il y'a peu d'études contrôlées dans la littérature qui fournissent une évaluation objective de l'efficacité des médicaments disponibles chez l'enfant. L'efficacité de l'ibuprofène, à la posologie de 10 mg/kg par prise, a été montrée par deux études contrôlées contre placebo; celle du paracétamol, à la posologie de 15 mg/kg par prise, par une seule étude. Tous deux ont peu d'effets indésirables. Le mésilate de dihydroergotamine pourrait avoir une efficacité lors des accès sévères, en prescription *per os* (20 à 40 µg/kg), mais il n'y a pas d'étude contre placebo à grande échelle. Parmi les triptans, c'est le sumatriptan en solution pour pulvérisation nasale dont l'efficacité est la mieux établie. L'effet indésirable le plus fréquent est une perturbation transitoire du goût.

En pratique, à tout âge, le traitement doit faire appel à l'ibuprofène à la posologie de 10 mg/kg par prise. Cette médication peut être renouvelée une fois et au plus tôt 2 heures après la première prise.

À partir de 12 ans, le sumatriptan en spray nasal (Imigrane® SPN) peut être prescrit à la posologie d'une pulvérisation nasale (10 ou 20 mg), renouvelable une seule fois et pas moins de 2 heures après la première prise.

Le traitement de l'accès migraineux constitue l'un des éléments du traitement de la migraine de l'enfant, mais il doit être associé obligatoirement à des règles de vie quotidienne. Ces conseils d'hygiène de vie concernent les habitudes quotidiennes de l'enfant, ce qui permettra l'éviction des facteurs déclenchants.

Concernant le traitement de fond (fig. 1), il ne doit jamais être institué en première intention. Si les épisodes migraineux se répètent, il est indispensable de proposer à l'enfant d'effectuer un relevé des épisodes migraineux sur un agenda durant une période de 3 mois minimum, pour pouvoir ana-

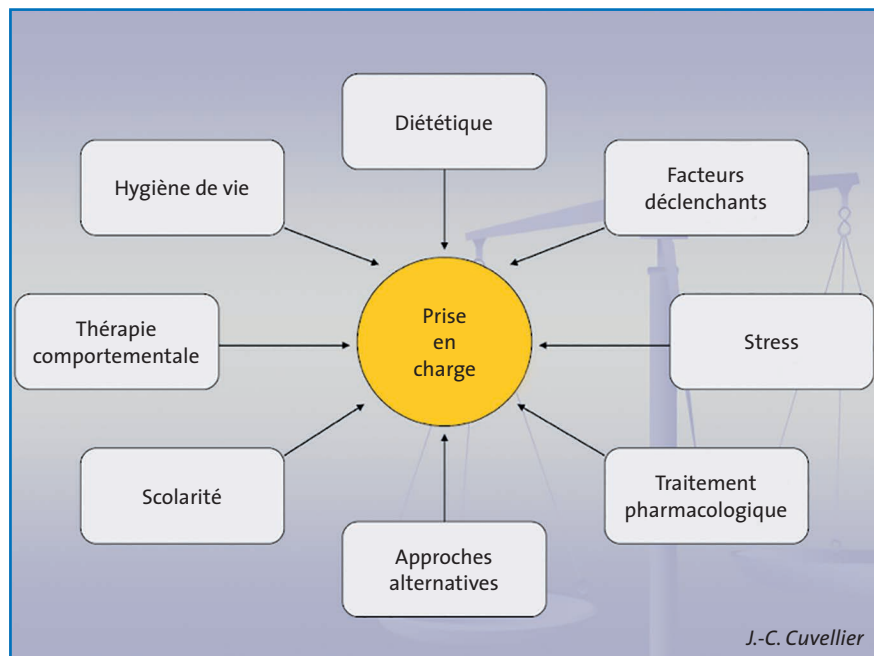


FIG. 1 : Prise en charge de l'enfant migraineux.

lyser au mieux leur fréquence de survenue, leur durée, leur intensité, leurs caractéristiques topographiques et les circonstances déclenchantes. Si le retentissement sur la vie quotidienne de l'enfant et notamment la vie scolaire est important, on fera appel à des traitements préventifs.

En fonction de la fréquence des crises et du profil psychologique de l'enfant, on pourra faire appel à ces thérapeutiques préventives non médicamenteuses : techniques de relaxation, de *training* autogène, d'autohypnose, de conditionnement (*biofeedback*), de techniques cognitivo-comportementales (TCC), suivi psychothérapique.

#### Pour en savoir plus

- CUVELLIER JC, JORIOT S, AUVIN S, VALLÉE L. Traitement médicamenteux de l'accès migraineux chez l'enfant. *Arch Pédiatr*, 2005;316-325.

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

## Filière maladie rare : pourquoi ? Pour qui ?

### B. CHABROL

Filière G2M, Centre de référence de maladies héréditaires du métabolisme  
Hôpital d'Enfants, CHU de la Timone, MARSEILLE.

Une maladie est dite rare lorsqu'elle atteint moins d'une personne sur 2000. Les maladies sont rares mais les malades sont fréquents si l'on tient compte de la prévalence cumulée de ces pathologies. Véritable enjeu de santé publique avec environ 3 millions de personnes atteintes en France, les maladies rares ont fait l'objet de deux plans nationaux de santé publique successifs depuis 10 ans. On compte près de 7000 maladies rares.

>>> Le premier Plan national maladies rares (2005-2008) a permis d'améliorer l'accès au diagnostic et à la prise en charge des personnes atteintes de maladie rare,