



4^{ème} Journée Pédiatrique
QUESTIONS D'URGENCE

SAMEDI 10 JUIN 2017 au Centre de congrès Agora à Aubagne 9H - 17H

CEPHALEES aux URGENCES PEDIATRIQUES

Dr Justine ANTONIETTI, CH Aubagne

Pierre, 12 ans

Aucun antécédent particulier

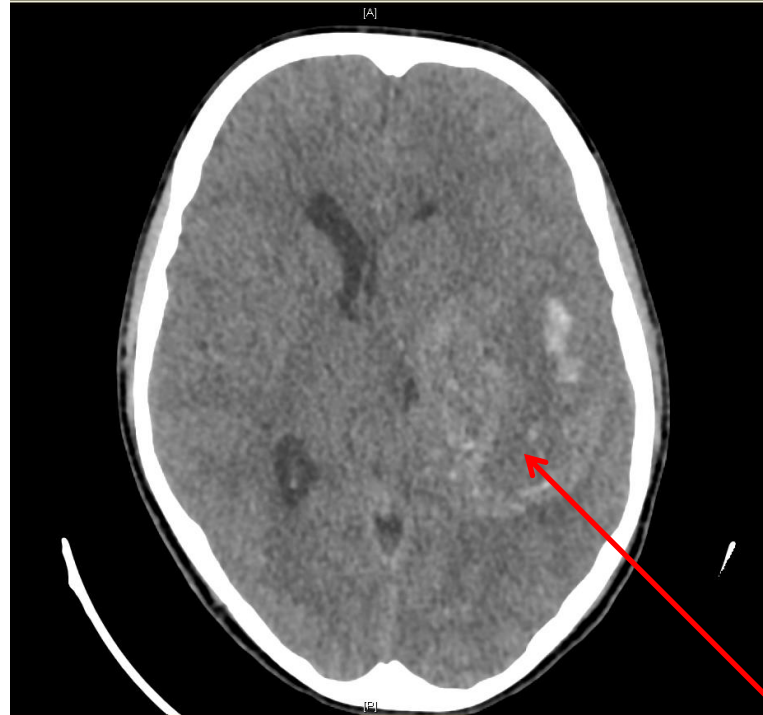
- 1^{ère} consultation aux urgences dans la nuit pour céphalées,
→ Examen neurologique/ constantes normales, pas de vomissements
- 2^e consultation dans la nuit : céphalées + vomissements :
→ Soulagé par antalgiques palier III, examen neurologique normal
- 3^e consultation à 5h pour céphalées héli-crâniennes isolées :
→ Examen neurologique normal

Pierre, 12 ans

Imagerie ?



TDM cérébral



Tumeur cérébrale

Stéphanie, 15ans

80 kg

Aucun antécédent particulier

- 1^{ère} consultation : Céphalées matinales depuis 1 semaine
 - ➔ Examen neurologique/constantes normaux
 - ➔ Pas de vomissements

Stéphanie, 15ans

- Nouvelle consultation pour céphalées
- Examen neurologique normal



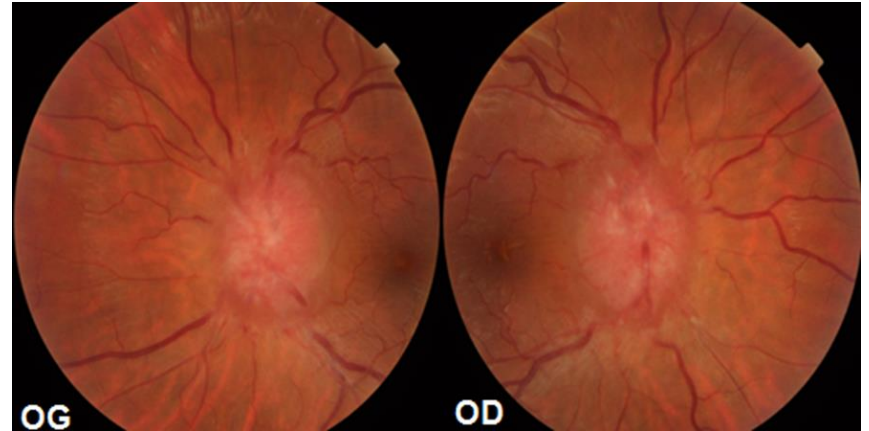
Imagerie : TDM cérébral injecté normal

Stéphanie, 15ans

Autres examens ?



Fond d'œil



Œdème papillaire bilatéral



HTIC bénigne

Jules, 4ans

Aucun antécédents

- Consultation en janvier dans la nuit pour céphalées et vomissements
 - ➔ Pas de notion de contagé
 - ➔ Apyrétique
 - ➔ Examen neurologique normal : pas de syndrome méningé
 - ➔ Constantes normales

Jules, 4ans

Imagerie ?



Non



Que recherchez vous à l'interrogatoire ?

Jules, 4ans

- Le lendemain : consultation du frère et de la maman pour vomissements, céphalées et malaise



Mode de chauffage : chaudière à gaz



Intoxication au CO

Louna, 5ans

Antécédents familiaux migraine

Traumatisme crânien 4 jours auparavant

- Céphalées depuis le matin, intensité modérée
- ➔ Examen neurologique normal, pas de vomissements

Louna, 5ans

Imagerie ?



NON



- 2e consultation le lendemain : toujours céphalalgique
- Examen neurologique normal
- Pas de vomissements
- Apyrétique
- TA **150/80**

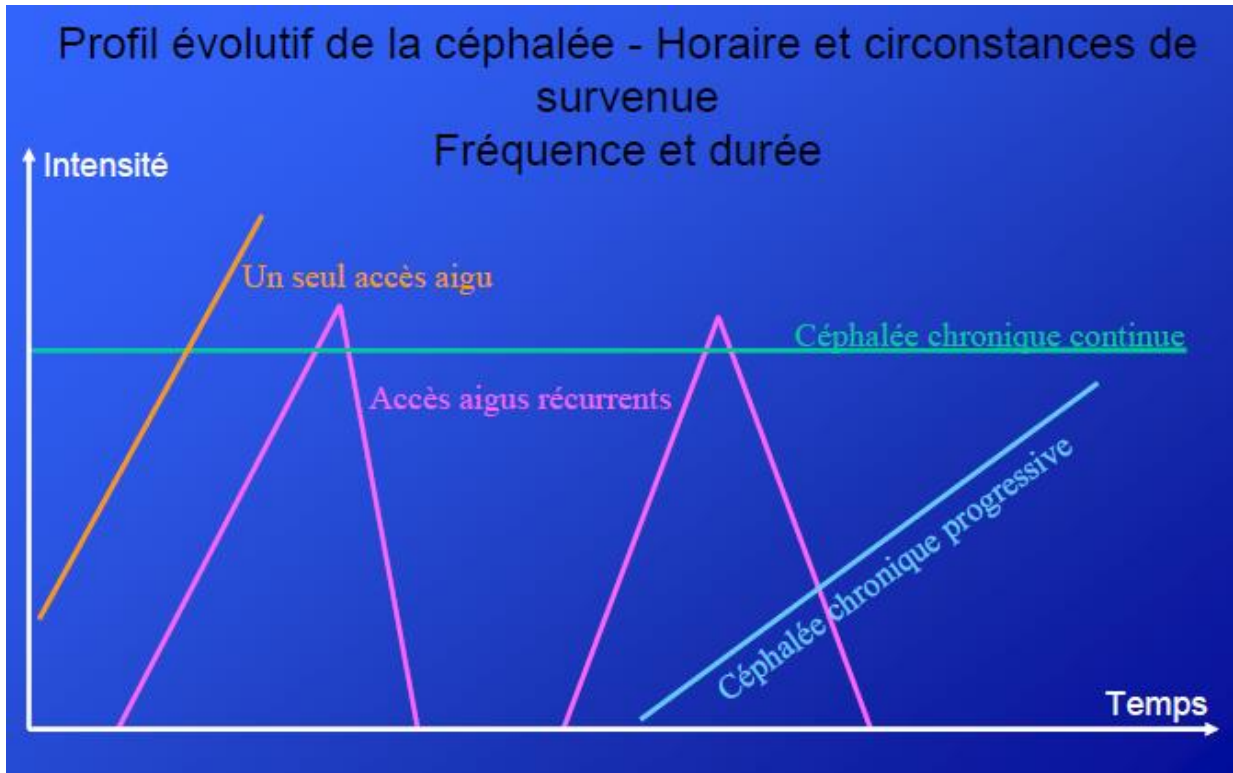
Introduction (1)

- CEPHALEES : Pathologie fréquente en pédiatrie
 - Prévalence 5,9% à 37,7% des enfants
 - Occasionnelles : 20% des enfants <5ans
 - Récurrentes : 10 à 20% enfants <10ans
- Étiologie :
 - Principale : Primaires : migraines, céphalées de tension
 - Secondaires à rechercher +++ : cause infectieuse, tumorale...
 - ➔ Gravité ++
 - ➔ Traitement étiologique

Introduction (2)

- Céphalées → consultation aux urgences pédiatriques dans environ 1 % des cas
 - Primaires : 10% de ces consultations (8.5% migraines)
 - Secondaires : 77.5% de ces consultations
 - Infections virales ++
 - Pathologie grave 6 à 15% des enfants

Interrogatoire = moment clé



Dans la plupart des cas : diagnostic d'interrogatoire !



Les questions à se poser aux urgences :

- Signes d'HTIC ?
- Examen neurologique normal ou non ?
- Céphalée inhabituelle : intensité, durée, insomniante?



Dois-je faire des examens complémentaires ?

En urgence ?



A l'interrogatoire

- Histoire et caractéristiques, facteurs déclenchants
- ATCD familiaux et personnels, ATCD migraineux
- Altération état général ?
- Insomniantes
- Retentissement vie quotidienne?
- Mode de chauffage ?
- Efficacité des antalgiques ?
- Fièvre? Vomissements?

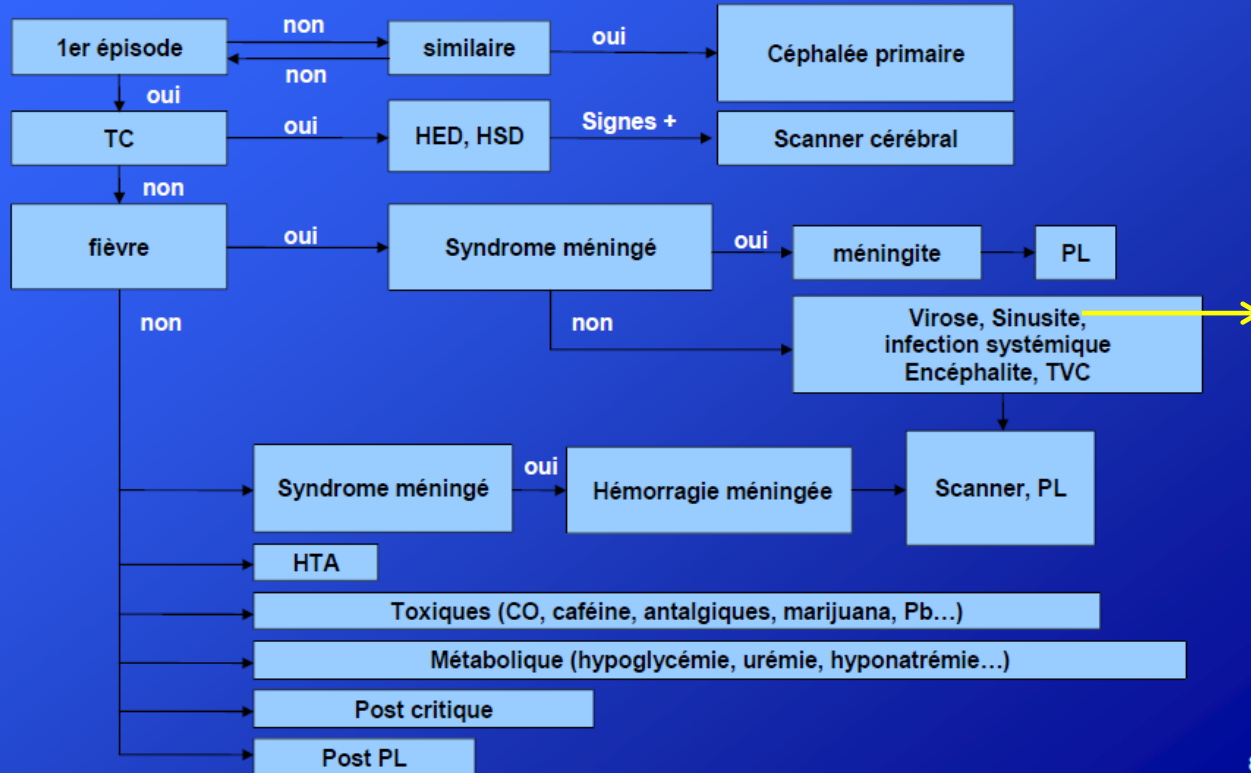
A l'examen

- Examen neurologique?
- Signes HTIC ?
- Tension artérielle ++
- PC si < 2ans

Différencier les céphalées aiguës des céphalées récurrentes

Céphalées aiguës	Céphalées récurrentes
<ol style="list-style-type: none">1. Cause systémique : maladie fébrile ou générale2. Cause locale : sinusite frontale (>6-7 ans), caries, otite3. Traumatique : TC4. Méningite : altération de la conscience, photophobie, raideur de la nuque5. HSA : début brutal, douleur occipitale intense, raideur de la nuque	<ol style="list-style-type: none">1. Migraine : ATCD familiaux, aura, douleur pulsatile, nausées, vomissements, pâleur2. Céphalée de tension : douleur constrictive (muscles de la nuque), prédominant en fin de journée3. Hypertension intracrânienne : céphalée matinale +/- vomissements, augmentée par la toux, le mouchage, l'anté-flexion du tronc, modification du comportement, signes neurologiques focaux4. Comportementale : problèmes familiaux, sociaux, scolaires5. Autres : hypertension intracrânienne bénigne, hypertension artérielle, urémie, hypoglycémie récurrente, équivalent convulsif ou post-critique, intoxication au CO ou au plomb

Céphalée aiguë sans signe neurologique



**Frontale > 8ans
TDM avec coupes sur les sinus**

Signes d'alerte (1)

Caractéristiques de la céphalée :

- ✓ **Brutale, sévère**
- ✓ **Inhabituelle : en fréquence ou intensité**
- ✓ **Insomniente**
- ✓ **Majoration** dans certaines **positions**, effort, toux
- ✓ **Anomalies** à l'examen neurologique

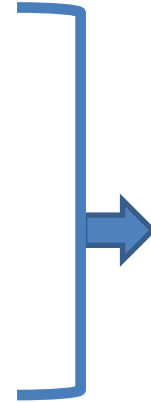


Imagerie en urgence

Signes d'alerte (2)

Patient

- Antécédents particuliers
- Age < 6ans + céphalées récurrentes
- Résistance antalgiques palier 1/2



**Imagerie en
urgence**

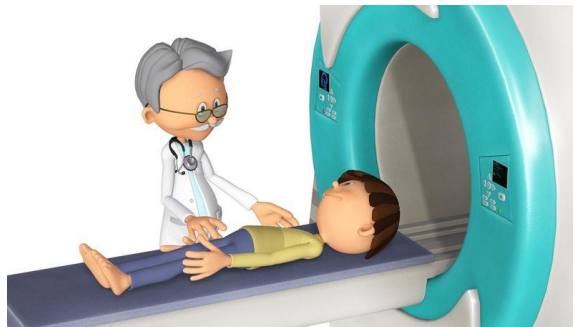


Attention

Un examen neurologique normal n'élimine pas forcément une cause secondaire grave !



Imagerie cérébrale si signes d'alerte même si **examen neurologique normal!!!!**



Et quelle imagerie faire ?

- Avis radiologue pour choisir+++ : IRM, TDM, angioTDM, angioIRM...
- Choix basé sur diagnostic présumé, degré d'urgence, disponibilité de la technique
- IRM : technique de choix pour exploration céphalées secondaires
- Mais le plus souvent : TDM, penser à l'injection

Autres examens complémentaires

Et si imagerie cérébrale normale :

- Examens complémentaires autres?
- Répéter les examens ?

- Fond d'œil : œdème papillaire ?
- EEG
- Examen ORL /TDM sinus: anomalies sinusiennes
- Bilan sanguin: syndrome inflammatoire
- Ponction lombaire: après TDM



Après élimination des causes graves

Céphalées primaires : rappels

Céphalée	Migraine	Céphalée de tension
Durée	4-72h	30 min-7j
Siège	Unilatéral	Bilatéral
Intensité	Modérée/sévère	Légère/modérée
Type	Souvent Pulsatile	Compression, étou
Impact de l'effort physique	Aggravation	Pas d'aggravation

Cécile Mareau, 2014

HTIC bénigne

- Surcharge pondérale
- Céphalées progressives
- Examen neurologique normal le plus souvent
- Si anormal : **œdème papillaire**, élargissement tache aveugle, déficit champ visuel, paralysie VI
- Augmentation de la Pression du LCR > 20 mmH₂O
- Absence d'étiologie secondaire : angio IRM normale
- Risque de baisse d'acuité visuelle : traitement rapide, généralement médical

Thrombose veineuse cérébrale

- Diagnostic souvent retardé
- Présentation
 - 1/3 cas : examen neurologique normal, céphalées isolées
 - HTIC
- Etiologies : Origine infectieuse++, Pathologie sous jacente favorisante (thrombophilie++)
- IRM > TDM injecté
- Urgence diagnostique
- Traitement : HBPM



Traitements

- Eviter le tramadol ou nalbuphine dans céphalées
- Eviter AINS si doute sur cause infectieuse
- Si nécessité de dépasser le palier 1 : se reposer la question d'une cause grave

Conclusion



- Consultation aux urgences : céphalées secondaires +++, viroses +++)
- Enjeu : Elimination causes graves, **même si examen neurologique normal**
 - TA
 - Signes HTIC
 - Céphalées inhabituelles/insomniantes
- Imagerie cérébrale si présence de signes d'alerte

Se méfier des étiquettes portées rapidement : cause psychologique/psychiatrique
!!!!

Bibliographie

- *Conicella, E., et al (2008), The Child With Headache in a Pediatric Emergency Department. Headache: The Journal of Head and Face Pain, 48: 1005–1011.*
- *Sillanpaa M, Abu-Arafah I. Epidemiology of recurrent headache in children. In: Abu-Arafah I, ed. Childhood Headache. London: MacKeith Press; 2002:19-34.*
- *Kan, L.,et al (2000), Headaches in a Pediatric Emergency Department: Etiology, Imaging, and Treatment. Headache: The Journal of Head and Face Pain, 40: 25–29.*
- *Cécile Mareau, Laurence Teisseyre . Conduite à tenir devant des céphalées chez l'enfant. Médecine thérapeutique / Pédiatrie. 2009;12(5):323-331*
- *Christophe C, et al. Céphalées chez l'enfant : quand et quelle imagerie ? Arch Pediatr 2004 ;11 : 1389-97*
- *Protocole Pôle pédiatrique médico-chirurgical AP-HM, Pr Chabrol, Pr Milh, Dr Caietta-Dr Cano-Dr Lépine-Dr Hugonenq, septembre 2012*
- *Céphalées aiguës: signes d'alerte imposant une imagerie en urgence, N Boddart, S Puget - Journal de Radiologie, 2006 – Elsevier*
- *Pediatric headache: a review., Blume HK, Pediatr Rev. 2012 Dec;33(12):562-76.*
- *Christophe C, et al. Céphalées chez l'enfant : quand et quelle imagerie ? Arch Pediatr 2004 ; 11 : 1389-97.*
- *Cuvellier JC. Céphalées de l'enfant : aspects cliniques. J Radiol 2006 ; 87 : 1398.*
- *Medina LS et al. Neuroimaging Clin N Am, 2003. 13 (2): 225-35*
- *Hämäläinen M, Masek BJ. Diagnosis, Classification, and Medical Management of Headache in Children and Adolescents. In : Schechter NL, Berde CB, Yaster M, eds. Pain in Infants, Children, and Adolescents. Philadelphia : Lippincott Williams and Wilkins, 2003 : 707-18.*

Merci de votre attention

Avec tous mes remerciements au Dr Cécile MAREAU,

Et aux Dr BRESSON, Dr BREMOND, Dr BOUTIN, Dr PAILHOUS, Dr
MOREAU