



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Etude prospective descriptive chez les enfants et adolescents
consultant aux urgences pédiatriques du CHRU de Lille pendant un
an.**

Présentée et soutenue publiquement le 10 Avril 2018
Au Pôle Formation
Par Amélie LEROUX

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Alain MARTINOT

Assesseurs :

Madame le Professeur Sylvie NGUYEN

Monsieur le Professeur François DUBOS

Madame le Docteur Françoise BOIDEIN

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Jean- Christophe CUVELLIER

AVERTISSEMENT

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises
dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

LISTE DES ABREVIATIONS

AINS	Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens
CCQ	Céphalées chroniques quotidiennes
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CQNP	Céphalées Quotidiennes Nouvelles Persistantes
CSP	Catégories SocioProfessionnelles
CTT	Céphalées de Type Tension
CTV	Céphalées Trigémino Vasculaire
EEG	Electroencéphalogramme
EMM	Etat de mal Migraineux
FO	Fond d'Œil
HTIC	Hypertension Intracrânienne
ICHD-3 bêta	International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version)
IHS	International headache society
INSEE	Institution Nationale de la Statistique et des études économiques
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
LCR	Liquide Céphalorachidien
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PC	Périmètre cranien
SNC	Système Nerveux Central
TDM	Tomodensitométrie (Tomography Density Magnitud)

TABLE DES MATIERES

RESUME	3
INTRODUCTION	4
MATERIEL ET METHODES	5
I. Recueil de données	5
A. Critères d'inclusion et critères d'exclusion.....	5
B. Méthodes de recueil des données aux urgences	5
II. Ethique et démarches légales.....	8
A. Ethique	8
B. Recueil et consentements de patients.....	8
C. Anonymisation des données	8
D. Protection des données informatiques	8
III. Méthodes statistiques	9
RESULTATS	10
I. Description épidémiologique globale	10
A. Nombre de cas	10
B. Répartition temporelle des consultations sur la période de l'étude.....	10
II. Description de la population globale	12
A. Profil général de l'enfant.....	12
B. Profil général des parents	15
III. Motif de consultation et parcours de soin.....	17
A. Motif de consultation	17
B. Parcours de soin antérieur	17
IV. Analyse par profil temporel	19
A. Répartition par profil temporel.	19
B. Caractéristiques des céphalées selon le profil temporel.	20
V. Examen clinique.....	28
VI. Diagnostic étiologique.....	30
A. Diagnostics finaux généraux	30
B. Etiologie des céphalées secondaires.	32
VII. Prise en charge paraclinique et thérapeutique	34
VIII. Analyse par pathologie.....	36
A. Description des céphalées de type migraine.....	36
B. Caractéristiques des céphalées secondaires	39

DISCUSSION	42
CONCLUSION	50
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	51
ANNEXES	54
Annexe 1 : Questionnaire.....	54
Annexe 2 : Explications du questionnaire en termes médicaux	69
Annexe 3 : Classification des céphalées selon l'ICHD-3 bêta.....	74
Annexe 4 : Critères diagnostiques des principales céphalées primaires abordées dans notre étude selon l'ICHD-3 bêta	75
Annexe 5 : Tableaux des caractéristiques selon le profil temporel	78
Annexe 6 : Tableau des caractéristiques des céphalées de type migraine selon le profil temporel.	83

RESUME

Contexte: Malgré la prévalence élevée des céphalées pédiatriques, peu d'études leur ont été consacrées dans le cadre des urgences. L'objectif était d'analyser les caractéristiques cliniques, la prise charge diagnostique et thérapeutique des enfants et adolescents consultant aux urgences pour céphalées.

Méthode: Etude prospective, unicentrique par questionnaire des patients consultant pour céphalées aux urgences pédiatriques du CHRU de Lille pendant un an.

Résultats : Cent vingt-six patients ont été inclus. Les patients consultant avaient en moyenne 10,44 ans ($\pm 3,34$). Ils avaient déjà consulté auparavant (64,5%). Le motif d'urgence ressentie était de 44%. Leur profil temporel était principalement à type de céphalée aiguë (65,1%) ou céphalées aiguës récurrentes (38,1%). L'examen neurologique était normal (84,9%). Ils bénéficiaient pour beaucoup, d'exams paracliniques (25%) : l'imagerie cérébrale était la prescription la plus fréquente (17,6%). Un recours à un avis neuropédiatrique spécialisé concernait presque la moitié des patients (49,6%). Les consultations débouchaient souvent sur une hospitalisation (25,4%). Les principaux diagnostics étaient : la migraine (42,4%) (sans aura, avec aura, état de mal migraineux) et les céphalées secondaires (25,6%). Les caractéristiques de la migraine étaient celles connues chez l'enfant et l'adolescent. L'état de mal migraineux était un diagnostic fréquent dans l'étude (12,8%). Les étiologies des céphalées secondaires étaient d'origine infectieuse (34,4%) ou post-traumatique (28,1%). Les diagnostics étaient bénins (96,8%). Le traitement prescrit était : les AINS (57,1%), l'amitriptyline (22,2%), le paracétamol (16,7%). Celui-ci était efficace pour 31,1% des patients.

Conclusion : Les enfants et adolescents consultent aux urgences pour des céphalées aiguës. La migraine et les céphalées secondaires sont les plus fréquentes. Notre étude sensibilise sur l'importance du profil temporel.

INTRODUCTION

Les céphalées de l'enfant et de l'adolescent sont fréquentes en population générale (1–5), le nombre de consultations est en augmentation constante depuis plusieurs années dans plusieurs pays (5–8). Elles restent un symptôme dont la présentation clinique est variée et dont la difficulté est d'y associer une étiologie sous-jacente (1,9). Le spectre des pathologies responsables est large et complexe (3,5,6,10). Néanmoins il est primordial d'éliminer les causes de céphalées aux urgences ayant un caractère vital (4,5,7,9).

Elles sont source d'anxiété pour les enfants, les adolescents et pour les parents qui craignent une pathologie neurologique grave. Les céphalées représentent le troisième motif de consultation aux urgences pédiatriques (5). Le but des cliniciens aux urgences est de reconnaître la nécessité d'une prise en charge immédiate (4–7,11).

Nous ne disposons actuellement que de peu de données épidémiologiques sur la description des céphalées consultant aux urgences pédiatriques, la plupart des données sont extrapolées de l'adulte et à notre connaissance il n'existe pas d'article français concernant le sujet.

Nous avons donc réalisé une étude prospective concernant les consultations pour céphalée aux urgences pédiatriques du CHRU de Lille pendant un an de Novembre 2016 à Octobre 2017.

Les objectifs de l'étude étaient d'étudier les caractéristiques des céphalées, les motifs de recours aux urgences, le parcours de soins, la prise en charge, paraclinique et thérapeutique, ainsi que de déterminer les étiologies des céphalées de l'enfant et l'adolescent aux urgences pédiatriques.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agissait d'une étude, descriptive, prospective, mono-centrique, réalisée dans le service des urgences pédiatriques de l'hôpital Roger Salengro du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille. Elle se déroulait du 1er Novembre 2016 au 31 Octobre 2017 inclus.

I. Recueil de données

A. Critères d'inclusion et critères d'exclusion

Tous les patients âgés de 2 ans à 15 ans et trois mois (limite d'âge supérieure d'admission) se présentant aux urgences pédiatriques de Lille pour céphalée en tant que plainte principale et quelle que soit son ancienneté étaient inclus. Les critères d'exclusion étaient l'incapacité des parents à remplir le questionnaire (déficience intellectuelle, analphabétisme etc.)

B. Méthodes de recueil des données aux urgences

1. Collecte des données

Les données étaient recueillies à l'aide d'un questionnaire version papier standardisé remis aux parents par le personnel médical ou paramédical. Le questionnaire était expliqué aux parents et à l'enfant par le personnel médical

(externes, internes et séniors). Le personnel était sensibilisé par Laure Lacan et Amélie Leroux, internes de Pédiatrie et auteurs du questionnaire.

2. Le questionnaire (Annexes 1 et 2)

a) Rédaction du questionnaire

Le questionnaire était réalisé à partir du questionnaire «Mal de tête» du Docteur Cuvellier (spécialiste des céphalées de l'enfant au CHRU de Lille en Neuropédiatrie), celui-ci étant inspiré du questionnaire utilisé pour l'étude Celeste en 2008 de façon adaptée à une consultation dans le cadre des urgences pédiatriques et modifié pour inclure les critères de l'ICHD-3 bêta (12) ainsi que sur les données de plusieurs articles de la littérature (3,13,14). La première partie du questionnaire médical adressé aux parents était rédigée en termes non médicaux.

b) Objectifs

Le questionnaire était conçu pour s'adapter à tout type de céphalée, quelles qu'en soient l'étiologie, la durée ou la fréquence. Le but était de définir le profil de l'enfant et des parents consultant aux urgences pour céphalées, le parcours de soin avant les urgences, les caractéristiques cliniques des céphalées, l'examen neurologique et somatique, ainsi que la prise en charge thérapeutique proposée. Les paramètres orientant vers une pathologie susceptible d'engager le pronostic fonctionnel et/ou vital appelés «drapeaux rouges» (red flags) étaient répartis dans l'anamnèse et l'examen clinique (4,5). Les diagnostics finaux recueillis étaient proposés en fonction de l'ICHD 3 bêta version 2013 (Annexe 3)

c) Description des trois parties du questionnaire

- La première partie du questionnaire (**Questionnaire général**) concernait les généralités telles que le profil global de l'enfant et le parcours de soin avant les urgences pédiatriques. Elle était remplie par le patient et ses parents.

- La deuxième partie comportait trois versions (Questionnaire1, Questionnaire 2 et Questionnaire3) à remplir en fonction du profil temporel de la céphalée:
 - Céphalées aiguës: 1^{er} épisode ou épisode inhabituel de céphalée
(Questionnaire 1)
 - Céphalées aiguës récurrentes non fréquentes (\leq à 15 jours par mois)
(Questionnaire 2)
 - Céphalées récurrentes fréquentes ou chroniques (\geq à 15 jours par mois)
(Questionnaire 3)

Il était possible de remplir un ou plusieurs questionnaires en fonction du profil temporel. Le questionnaire était rempli par les parents et/ou l'enfant. Il reprenait les caractéristiques des différentes céphalées de façon précise (durée, intensité, localisation, type, signes d'accompagnement, facteurs déclenchants, etc...) (Annexes 1 et 2)

- La troisième partie du questionnaire (**Questionnaire Médical**) était remplie par les médecins des urgences pédiatriques et comprenait:
 - Les antécédents de l'enfant
 - L'examen clinique général somatique dont l'examen visuel et l'examen neurologique complet
 - Le diagnostic retenu aux urgences
 - Le parcours de soins à partir des urgences. (prise en charge aux urgences et à la sortie, hospitalisation ou consultation neuropédiatrique proposée)
(Annexes 1 et 2)

II. Ethique et démarches légales

A. Ethique

L'étude était non interventionnelle et a fait l'objet d'une demande d'accord auprès de la CNIL et du CPP.

B. Recueil et consentements de patients

Les patients consultaient aux urgences pédiatriques du Centre Hospitalier Universitaire de Lille, leurs données cliniques pouvaient donc être utilisées à des fins de recherches médicales. De plus les patients ont été avertis oralement et par affichage dans le service des urgences de l'utilisation des données de façon observationnelle et anonyme dans l'étude, ainsi que de leur liberté à refuser d'y adhérer. La demande de consentement était demandée par la CNIL.

C. Anonymisation des données

Les questionnaires étaient remplis de façon non anonyme par les patients et leurs parents et secondairement anonymisés lors de la saisie informatique. Toutes les données non anonymisées que nous avons recueillies afin de pouvoir compléter les questionnaires médicaux manquants ont été secondairement détruites.

D. Protection des données informatiques

La saisie informatique des données anonymisées était réalisée avec le logiciel Microsoft Excel[®]. Les données étaient enregistrées sur un ordinateur portable personnel protégé par mot de passe et sur une clef USB.

III. Méthodes statistiques

Les paramètres qualitatifs ont été décrits en termes de fréquence et de pourcentage. Les paramètres numériques gaussiens ont été décrits en termes de moyenne et de déviation standard et les paramètres numériques non gaussiens en termes de médiane et d'intervalle interquartiles. La normalité des paramètres numériques a été vérifiée graphiquement et testée à l'aide du test de Shapiro-Wilk.

Les comparaisons des diagnostics ont été réalisées à l'aide d'un test du Chi-deux ou de Fisher exact (lorsque les conditions de validité du test du Chi-deux ne sont pas vérifiées).

Les comparaisons des 3 questionnaires ont été réalisées à l'aide d'un test du Chi-deux ou de Fisher exact (lorsque les conditions de validité du test du Chi-deux ne sont pas vérifiées) pour les paramètres qualitatifs, à l'aide d'un test de Kruskal Wallis pour les paramètres continus et pour les paramètres ordinaux. Des tests bilatéraux ont été réalisés avec un niveau de significativité de 5%. Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS (SAS Institute version 9.4). Les analyses statistiques ont été réalisées par l'Unité de Méthodologie - Biostatistique du CHU de Lille et testées à l'aide du test de Shapiro-Wilk. Les statistiques ont été réalisées par l'unité de méthodologie biostatistique du CHRU de Lille par Adeline Pierrache.

RESULTATS

I. Description épidémiologique globale

A. Nombre de cas

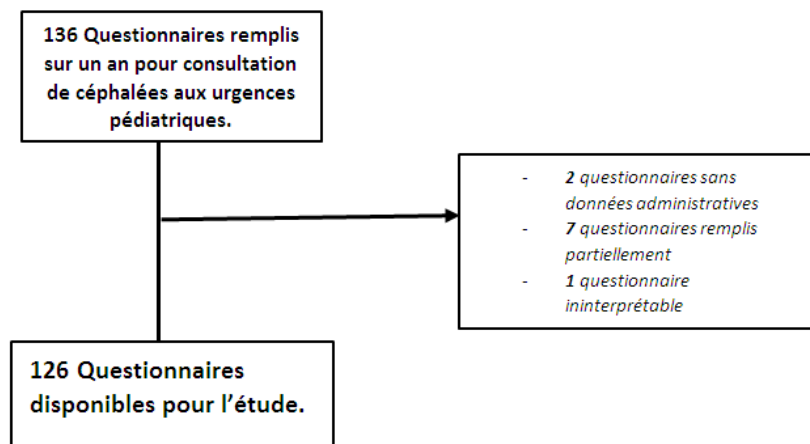


Figure 1. Diagramme de flux

Sur la période d'étude, 126 questionnaires ont été remplis (Figure 1).

B. Répartition temporelle des consultations sur la période de l'étude.

Tableau I: Répartition des consultations dans le temps

	Données disponibles	Résultats	
	(n)	(n)	(%)
Horaire de consultation :	126		
Journée (8h45-18h)	126	96	76,2%
Garde (18h-8h45)	126	28	22,2%
Vacances scolaires	126	22	17,5%
Weekend	126	15	11,9%

La figure 2 représente la répartition du nombre de consultations étudiées par mois en valeur absolue sur un an de Novembre 2016 au 31 Octobre 2017.

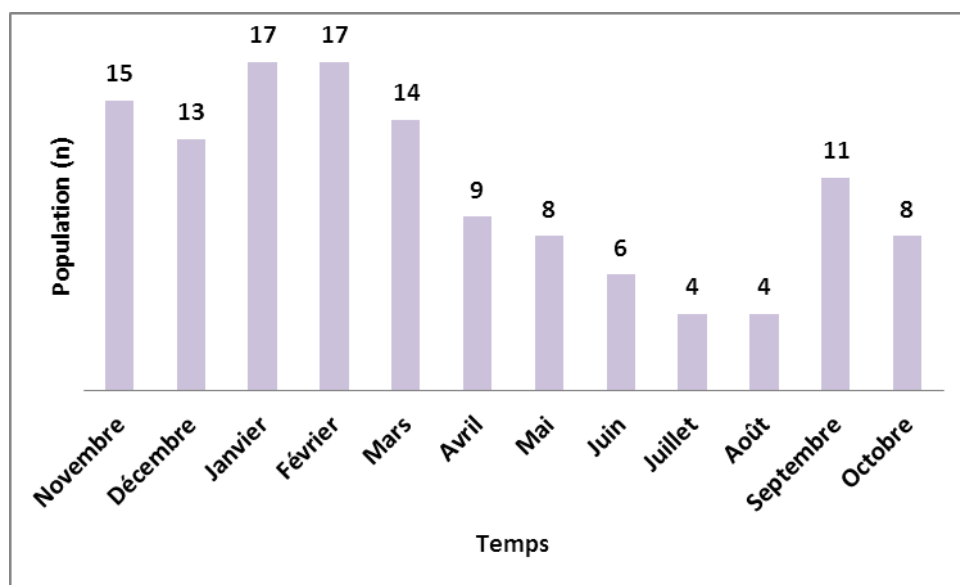


Figure 2. Répartition mensuelle des consultations sur la période de l'étude.

II. Description de la population globale

A. Profil général de l'enfant

1. Age et sexe

La majorité des patients était de sexe féminin, 79 filles (62,7%) contre 47 garçons (37,3%). Les extrêmes des âges allaient de 2 ans à 16 ans. L'âge moyen était de 10,44 ans ($\pm 3,34$ ans). L'âge médian était de 11 ans avec un premier quartile à 8 ans et un troisième quartile à 13 ans. Dans la population féminine, l'âge moyen était de 10,38 ans ($\pm 3,22$ ans); les âges extrêmes allaient de 2 ans à 15 ans. Dans la population masculine, l'âge moyen était de 10,55 ans ($\pm 3,55$); les extrêmes d'âge allaient de 2 ans à 16 ans. Dans les deux populations, l'âge médian était de 11 ans avec un premier quartile à 8 et un troisième quartile à 13.

2. Scolarité et profil comportemental

- Scolarité :

Le profil scolaire de l'enfant est représenté dans le tableau II. La majorité des patients étaient en primaire (n=50; 40,3%) ou au collège (n=53; 42,7%), en classe ordinaire (n=118; 96,7%) et en école publique (n=85; 69,1%).

Tableau II: Profil scolaire de l'enfant

	Données disponibles	Résultats	
	(n)	(n)	(%)
Classe	126		
Maternelle	126	11	8,9%
Primaire CP-CE1-CE2	126	24	19,4%
Primaire CM1-CM2	126	26	21%
Collège	126	53	42,7%
Lycée	126	10	8,1%
Etablissement scolaire :	126		
Privé	126	38	30,9%
Public	126	85	69,1%
Scolarité :	122		
Ordinaire	122	118	96,7%
Spécialisée	122	4	3,3%
<ul style="list-style-type: none"> <u>ULIS</u> 	4	1	33,3%
<ul style="list-style-type: none"> <u>SEGPA</u> 	4	1	33,3%
<ul style="list-style-type: none"> <u>Autre</u> 	4	1	33,3%

- Profil comportemental

Les enfants étaient considérés principalement comme: actifs (n=84; 69,4%), sociables (n=83 ; 68%), joyeux (n=77; 63,1%), calmes (n=62; 50,8%) et anxieux (n=54; 44,3%). Un nombre moins important étaient considérés comme perfectionnistes (n=27 ; 22,1%), agités (n=21; 17,2%), tristes (n=9 ; 7,4%) ou agressifs (n=2; 1,6%).

3. Antécédents de l'enfant

Les antécédents des enfants de notre population sont présentés dans le tableau III ci-dessous.

Tableau III: Antécédents personnels et familiaux de l'enfant.

	Données disponibles	Résultats	
	(n)	(n)	(%)
Antécédents Neurologiques	126	41	32,5%
Céphalées primaires	126	30	23,8%
Traumatisme crânien	126	6	4,8%
Epilepsie	126	3	2,4%
Tumeur neurologique	125	2	1,6%
RM	125	2	1,6%
Chirurgie	125	0	0,0%
Neurofibromatose de type 1	125	0	0,0%
Antécédents non neurologiques	126	32	25,7%
Affection chronique (diabète, asthme...)	125	25	20,0%
Psychologique/Psychiatrique	125	4	3,2%
Génétique	125	2	1,6%
Maladie métabolique	125	1	0,8%
Traitement habituel	126	30	23,8%
Antécédents familiaux céphalées	123	64	52,0%
1 ^{er} degré	64	51	79,7%

RM : Retard moteur et intellectuel.

Un tiers de la population avait des antécédents neurologiques: le diagnostic de céphalée primaire était prédominant (23,9% de la population). On retrouvait un patient avec une dérivation ventriculopéritonéale dans le cadre d'une hydrocéphalie. Un quart avait des antécédents non neurologiques; la majorité était des maladies chroniques (20%); surtout de l'asthme (7,9%). La moitié de la population avait des antécédents de céphalées familiales, généralement au 1^{er} degré.

B. Profil général des parents

Tableau IV: Profil des parents

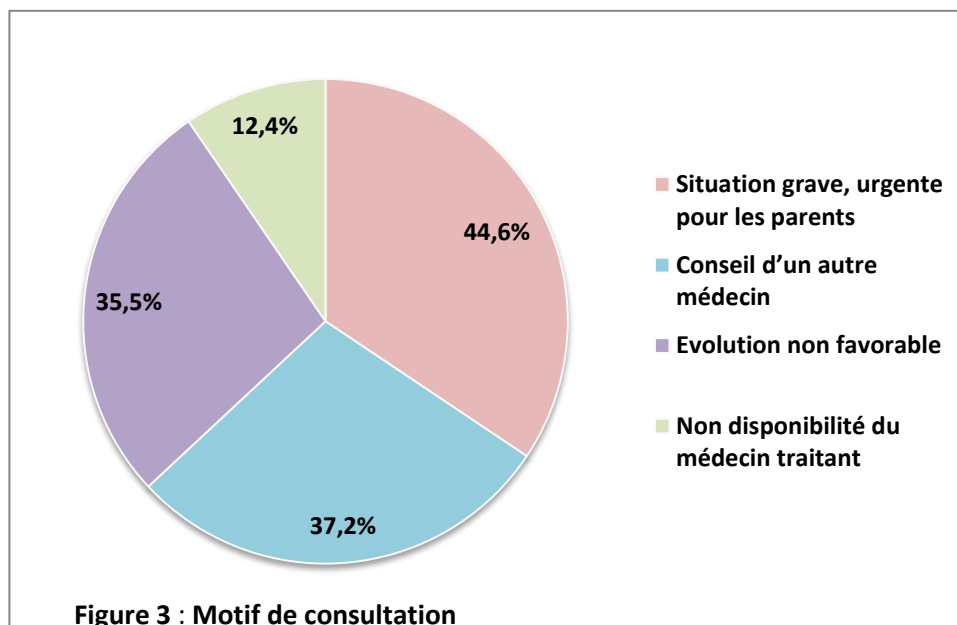
	Données disponibles	Résultats	
	(n)	(n)	(%)
Etudes du père :	108		
Aucun	108	10	9,3%
Brevet	108	7	6,5%
CAP	108	27	25,0%
BAC	108	11	10,2%
BAC + 2	108	18	16,7%
BAC + 3 et plus	108	35	32,4%
CSP* du père :	126		
Agriculteur	126	0	0,0%
Artisan, commerçant et chef d'entreprise	126	6	4,8%
Cadre et profession intellectuelle supérieure	126	29	23,2%
Profession intermédiaire	126	17	13,5%
Employé	126	42	33,3%
Ouvrier	126	3	2,4%
Retraité	126	1	0,8%
Autres inactifs	126	7	5,6%
Non renseigné	126	21	16,7%
Etudes de la mère :	114		
Aucun	114	13	11,3%
Brevet	114	13	6,10%
CAP	114	18	15,7%
BAC	114	16	13,9%
BAC + 2	114	20	17,4%
BAC + 3 et plus	114	40	34,8%
CSP* de la mère :	125		
Agricultrice	125	0	0,00%
Artisane, commerçante et chef d'entreprise	125	2	1,6%
Cadre et profession intellectuelle supérieure	125	19	15,2%
Profession intermédiaire	125	30	24,0%
Employée	125	30	24,0%
Ouvrière	125	0	0,0%
Retraitée	125	0	0,0%
Autres inactifs	125	28	22,4%
Non renseigné	125	16	12,8%

CSP*: Catégories Socioprofessionnelles: selon l'INSEE 2003

Un niveau d'étude supérieur ou égal à BAC+2 était retrouvé chez la moitié des parents: pères (n=54; 49%), mères (n=60; 52,2%). Leur catégorie socioprofessionnelle (classification de l'INSEE 2003) concernait principalement chez les pères: des employés (n=42; 33,3%) et des cadres ou des professions intellectuelles supérieures (n=29; 23%) et chez les mères: des professions intermédiaires (n=30; 24%) et des employées (n=30; 24%). Peu rentraient dans la catégorie des «inactifs»: (chômage, homme ou femme au foyer, sans emploi): 7 pères (5,6%) et 28 mères (22,4%). (Tableau IV)

III. Motif de consultation et parcours de soin

A. Motif de consultation



B. Parcours de soin antérieur

Presque deux tiers des patients (n=80; 64,5%) avaient déjà consulté pour «céphalée»: un médecin traitant et/ou un pédiatre (n=61; 76,5%), aux urgences (n=33; 41,3%), un neuropédiatre ou un neurologue adulte (n=16; 20,3%). Presque deux tiers avaient consulté à plusieurs reprises (n=52; 65,8%). Le diagnostic retenu en majorité était celui de migraine (n=33; 42,3%). Seize patients n'avaient reçu aucun diagnostic (16,7%). Les données concernant les examens paracliniques et la prise en charge thérapeutique dans cette population se trouvent dans le tableau suivant:

Tableau V: Prise en charge paraclinique et thérapeutique antérieure

	Données disponibles	Résultats	
	(n)	(n)	(%)
Prise en charge paraclinique	80	34	42,5%
IRM cérébrale	33	21	63,6%
TDM cérébrale	33	16	48,5%
Bilan sanguin/ étude du LCR	33	8	24,2%
Bilan ophtalmologique	32	6	18,8%
EEG	33	1	3,0%
Autre	33	2	6,1%
Traitement médicamenteux de crise	80	70	87,5%
AINS	70	43	61,4%
Paracétamol	70	38	54,3%
Triptan	70	6	8,6%
Chlorhydrate de tramadol	69	4	5,6%
Amitriptyline	69	3	4,2%
Autres	69	8	11,3%
Efficacité du traitement de crise	68		
Efficace	68	9	13,2%
Le plus souvent efficace	68	15	22,1%
Rarement efficace	68	10	14,7%
Non efficace	68	34	50,0%
Traitement préventif non médicamenteux	80	11	13,6%
Suivi psychologique	10	4	40,0%
Relaxation	10	3	30,0%
Biofeedback	10	2	20,0%
Autre	10	1	10,0%
Traitement préventif médicamenteux	77	6	7,8%
Antidépresseurs tricycliques	6	3	50,0%
Bétabloquants	6	1	16,7%
Antagonistes calciques	6	1	16,7%
Dérivés de l'ergot de seigle	6	0	0,0%
Dérivés tricycliques	6	0	0,0%
Autre	6	1	16,7%
Efficacité du traitement préventif médicamenteux	6		
Efficace	6	2	33,3%
Le plus souvent efficace	6	1	16,7%
Rarement efficace	6	1	16,7%
Non efficace	6	2	33,3%

IV. Analyse par profil temporel

A. Répartition par profil temporel.

La figure 4 répond aux principales caractéristiques des céphalées: la fréquence soit le profil temporel. On retrouvait 154 profils temporels soient 28 patients présentant plusieurs types de céphalées.

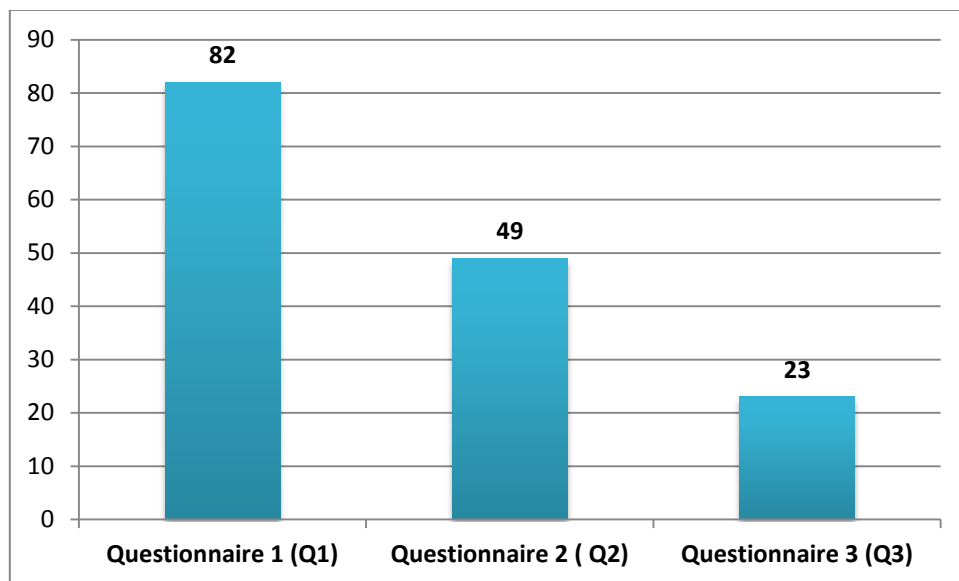


Figure 4: Répartition des Questionnaires sur le profil temporel

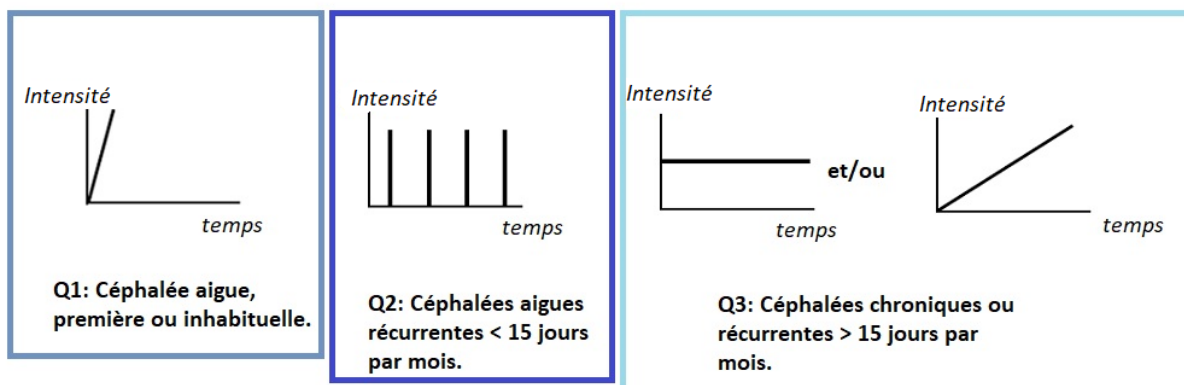


Figure 5: Explication du profil temporel.

B. Caractéristiques des céphalées selon le profil temporel.

Les caractéristiques des céphalées étaient représentées quel que soit le profil par la fréquence, la durée, la localisation, le type, l'intensité, et les signes associés.

1. Céphalées aiguës ou inhabituelles (Q1)

Les caractéristiques des céphalées aiguës sont décrites dans le tableau VI et en annexe (tableau VI.1)

Leur durée était pour la moitié de 4 à 72 heures (n=42; 51,2%), de plus de 72 heures (n=23; 28,1%), de 1 à 4 heures (n=14; 17,1%) et pour seulement 3 patients de moins de 1 heure (3,6%). La localisation de la douleur était par ordre décroissant : frontale (n=52; 63,4%), orbitaire (n=36; 43,9%), temporale (n=34; 41,5%), occipitale (n=22; 26,9%). Le type de douleur était majoritairement pulsatile pour plus de la moitié (n=45) et à type de pression pour environ $\frac{1}{4}$ des patients (n=21). Selon l'échelle visuelle analogique de la douleur (EVA) de 0 à 10, la douleur était évaluée en moyenne à 7,65 ($\pm 1,65$) avec une médiane à 8, un minimum de 3 et un maximum à 10. Le premier quartile était à 7 et le troisième à 9. La douleur imposait un arrêt de toute activité en cours pour s'asseoir ou s'allonger (n=70; 87,5%). Les signes associés étaient souvent présents (n=75, 92%): la photophobie (n=46; 61,3%), les nausées (n=37; 49,3%), les sensations vertigineuses (n=36; 48%), la phonophobie (n=36; 48%) les vomissements (n=30; 40%), la pâleur (n=30; 40%), la somnolence (n=21; 28%), les douleurs abdominales (n=14; 18,7%)

La moitié des patients exprimait des facteurs aggravant: la lumière (n=28; 65,2%), le bruit (n=24; 56%), l'effort physique (n=18; 42%) les écrans (n=12; 27,9%), la fatigue (n=4; 9,3%). De même, presque la moitié des patients exprimait des facteurs de diminution (n=37; 47,4%): repos (n=26; 70,3%), sommeil (n=13; 35,1%), vomissements (n=7; 18,9%), obscurité (n=1; 2,7%).

Tableau VI: Caractéristiques des céphalées aiguës ou inhabituelles (Q1)

	Données disponibles	Résultats	
	(n)	(n)	(%)
Contexte	81		
Oui	81	23	28,4%
Non	81	53	65,4%
Ne sait pas	81	5	6,2%
Si oui lequel?	23		
Trauma crânien	23	9	39,1%
Episode infectieux	23	6	26,1%
Stress ou contrariété	23	4	17,4%
Menstruations	23	1	4,4%
Autre	23	3	13,0%
Durée *	82		
<1heure	82	3	3,7%
1 à <4h	82	14	17,1%
4 à <72h	82	42	51,2%
≥ 72 h	82	23	28,1%
Mode début	82		
Brutal	82	46	56,1%
Progressif	82	36	43,9%
Evolution de la douleur	81		
Fluctuation	81	29	35,8%
Permanente et identique	81	22	27,2%
Aggravation	81	21	25,9%
Diminution	81	9	11,1%
Localisation *	82		
Frontale	82	52	63,4%
Oculaire	82	36	43,9%
Temporale	82	34	41,5%
Occipitale	82	22	26,8%
Vertex	82	12	14,6%
Faciale	82	7	8,5%
Diffuse	82	9	11,0%
<i>Unilatérale</i>	<u>77</u>	<u>27</u>	<u>35,7%</u>
<i>Bilatérale</i>	<u>77</u>	<u>40</u>	<u>52,0%</u>

Tableau VI : Caractéristiques des céphalées aiguës ou inhabituelles (Q1)

	Données disponibles	Résultats	
	(n)	(n)	(%)
Description type*	80		
Pulsatile	80	45	56,3%
Pression	80	21	26,3%
Brûlure	80	5	6,3%
Piqûre	80	3	3,8%
Autre	80	6	7,5%
Retentissement (activités) *	80		
Aucun	80	2	2,5%
Modéré (Arrêt de certaines activités)	80	8	10,0%
Important (Arrêt de toutes les activités: s'allonge, s'assoit)	80	70	87,5%
Signes associés *	82	75	91,5%
Photophobie	75	46	61,3%
Nausées	75	37	49,3%
Sensation vertigineuse	75	36	48,0%
Phonophobie	75	36	48,0%
Vomissements	75	30	40,0%
Pâleur	75	30	40,0%
Somnolence	75	21	28,0%
Douleur abdominale	75	14	18,7%
Fièvre	75	11	14,7%
<u>38 38,5°</u>	<u>82</u>	<u>48</u>	<u>58,5%</u>
<u>38,5° 39°</u>	<u>82</u>	<u>34</u>	<u>41,5%</u>
<u>(>39°)</u>	<u>82</u>	<u>0</u>	<u>0,0%</u>
Larmoiement	75	11	14,7%
ORL encombrement	75	10	13,3%
Autres	75	7	9,3%
Rhinorrhée	75	6	8,0%
Otalgie	75	4	5,3%
Rougeur	75	3	4,0%
Myosis	75	1	1,3%
Odynophagie	75	1	1,3%
Toux	75	1	1,3%
Agitation	75	0	0,0%
Mydriase	75	0	0,0%

Il n'y avait pas de différence significative entre les caractéristiques notées * dans les tableaux en fonction des trois profils temporels : la durée, la localisation, le type, l'intensité, les signes associés, les facteurs aggravants et les facteurs de diminution.

Les diagnostics retrouvés dans les céphalées aiguës étaient (Annexe tableau VI.2) : la migraine épisodique (n=28; 34,6%) dont la moitié avec aura (n=14) et l'autre moitié sans (n=14), puis les céphalées secondaires (n=24; 29,6%).

2. Céphalées aiguës récurrentes < 15 jours par mois. (Q2)

Dans 1/3 des cas, la céphalée amenant à consulter aux urgences était identique aux autres céphalées connues chez le patient.

Les caractéristiques de ce profil se trouvent dans le tableau VII (Q2). Elles débutaient depuis 2 semaines à 2 ans, pour un tiers des patients. Leur durée était de 1 à 72 heures en général (n=28; 62,2%). Étaient de localisation: frontales (n=36; 73,5%) et bilatérales (n=24; 57,1%), de type pulsatile (n=28; 60,9%) ou à type de pression (n=12; 26,1%). L'intensité était considérée comme importante (n=29; 61,7%). Des signes étaient souvent associés (n=44; 89,8%): photophobie (n=29; 66%), nausées (n=23; 52%), phonophobie (n=21; 47,7%) etc.

Tableau VII: Caractéristiques des céphalées récurrentes < à 15 jours / mois (Q2)

	Données disponibles	Résultats	
	(n)	(n)	(%)
Début	49		
2 à <4 semaines	49	16	32,7%
1 à <3 mois	49	14	28,6%
3 à <12 mois	49	9	18,6%
1 à <2 ans	49	10	20,4%
Plus de deux ans	49	0	0,0%
Durée des céphalées*	45		
< 10 min	45	5	11,1%
10 min à <1h	45	10	22,2%
1 à < 72h	45	28	62,2%
≥72h	45	2	4,4%
Fréquence mensuelle	46		
< 1 jour/mois	46	7	15,2%
1 à < 4 jours/mois	46	21	45,7%
4 à <14 jours/mois	46	18	39,1%
Description			
Localisation*	49		
Frontale	49	36	73,5%
Temporale	49	18	36,8%
Oculaire	49	16	32,7%
Occipitale	49	7	14,3%
Vertex	49	7	14,3%
Faciale	49	4	8,2%
Diffuse	49	3	6,1%
<i>Unilatérale</i>	42	10	23,8%
<i>Bilatérale</i>	42	24	57,1%
Description type *	46		
Pulsatile	46	28	60,9%
Pression	46	12	26,1%
Brûlure	46	3	6,5%
Piqûre	46	1	2,2%
Autre	46	2	4,4%
Retentissement *	47		
Aucun	47	2	4,3%
Modéré (Arrêt de certaines activités)	47	7	14,9%
Important (Arrêt de toutes les activités: s'allonge, s'assoit)	47	29	61,7%
Variable	47	9	19,15%

Tableau VII: Caractéristiques des céphalées récurrentes < à 15 jours / mois (Q2)

	Données disponibles	Résultats	
	(n)	(n)	(%)
Signes associés *	49		
Oui	49	44	89,8%
Non	49	4	8,2%
Ne sait pas	49	1	2,0%
Lesquels? *	44		
Photophobie	44	29	65,9%
Nausées	44	23	52,3%
Phonophobie	44	21	47,7%
Pâleur	44	21	47,7%
Sensation vertigineuse	44	17	38,6%
Vomissements	44	15	34,1%
Douleur abdominale	44	12	27,3%
Somnolence	44	6	13,6%
Rougeur	44	4	9,1%
Larmoiement	44	3	7,0%
Autres	44	3	6,8%
Agitation	44	2	4,6%
Mydriase	44	2	4,6%
Myosis	44	1	2,3%
Rhinorrhée	44	1	2,3%

Les caractéristiques suivantes sont retrouvées en annexe (tableau VII.1). Les céphalées n'avaient pas d'heure particulier (n=30; 65,2%). Deux tiers des patients estimaient avoir des facteurs aggravants: la lumière (n=17; 54,8%), le bruit (n=14); les écrans (n=9; 29%), la contrariété (n=9; 29%), les efforts physiques (n=7; 22,6%). La moitié avait des facteurs de diminution.

Les étiologies retrouvées étaient: la migraine (n=17; 35,4%) sans aura (n=11; 22,9%), avec aura (n=6; 12,5%) puis les céphalées secondaires (n=10; 20,8%), les céphalées de type tension (n=4; 8,3%) fréquentes (n=2) et non fréquentes (n=2). Les erreurs rapportées reflétaient l'incompréhension du profil temporel à remplir. On retrouvait huit états de mal migraineux dans cette catégorie.

3. Céphalées aiguës récurrentes plus de 15 jours par mois ou chroniques (Q3)

On retrouvait 23 céphalées présentant ce type de profil. Leurs caractéristiques sont décrites dans le tableau suivant :

Tableau VIII: Caractéristiques des céphalées récurrentes > 15 j / mois ou chroniques (Q3)

	Données disponibles	Résultats	
	(n)	(n)	(%)
Début	23		
2 semaines à < 3mois	23	9	39,1%
3 mois à < 2 ans	23	11	47,8%
Plus de 2 ans	23	3	13,0%
Durée *	21		
10min à <1h	21	5	23,8%
1h à < 72h	21	9	42,9%
≥ 72 heures	21	7	33,3%
Fréquence	22		
15 à < 20 jours/mois	22	9	40,9%
20 à < 30 jours/ mois	22	6	27,3%
Tous les jours au moins une fois	22	3	13,6%
Permanent	22	4	18,2%
Evolution	22		
Aggravation	22	10	45,5%
Identique	22	7	31,8%
Fluctuation	22	3	13,6%
Ne sait pas	22	2	9,1%
Diminution	22	0	0,0%
Localisation *	23		
Frontale	23	14	60,9%
Oculaire	23	7	30,4%
Temporale	23	6	26,1%
Occipitale	23	5	21,7%
Vertex	23	5	21,7%
Faciale	23	3	13,0%
Diffuse	23	3	13,0%
<i>Unilatérale</i>	<u>21</u>	<u>1</u>	<u>4,8%</u>
<i>Bilatérale</i>	<u>21</u>	<u>17</u>	<u>81,0%</u>

Tableau VIII: Caractéristiques des céphalées récurrentes > 15 j / mois ou chroniques (Q3)

	Données disponibles	Résultats	
	(n)	(n)	(%)
Description type *	23		
Pulsatile	23	11	47,8%
Piqûre	23	6	26,1%
Brûlure	23	2	8,7%
Pression	23	2	8,7%
Autre	23	2	8,7%
Retentissement *	23		
Aucun	23	3	13,0%
Modéré (Arrêt de certaines activités)	23	2	8,7%
Important (Arrêt de toutes les activités: s'allonge, s'assoit)	23	15	65,2%
Variable	23	3	13,0%
Signes associés *	23		
Oui	23	21	91,3%
Non	23	1	4,4%
Ne sait pas	23	1	4,4%
Lesquels? *			
Nausées	21	11	52,4%
Photophobie	21	11	52,4%
Pâleur	21	8	38,1%
Sensation vertigineuse	21	7	33,3%
Vomissements	21	7	33,3%
Phonophobie	21	6	28,6%
Larmoiement	21	6	28,6%
Somnolence	21	4	19,1%
Douleur abdominale	21	4	19,1%
Agitation	21	1	4,8%
Myosis	21	1	4,8%
Rougeur	21	0	0,0%
Autres	20	2	10,0%

L'horaire de la douleur était sans particularité pour 82,6% des patients, les données sont retrouvées en annexe (tableau VIII.1). Plus de 2/3 des patients avaient des facteurs aggravant les céphalées (69,6%) : le bruit (62,6%), la lumière (43,8%), l'effort physique et la manque de sommeil (31,3%). Le facteur de diminution principal était le repos (84,6%) des patients pour 59,1% de la population.

V. Examen clinique

L'examen clinique était réalisé par des internes (n=51; 40,5%), des séniors (n=35; 27,8 %), des externes (n=8; 6,6%). Pour les 32 questionnaires restants, les données de l'examen clinique ont été récupérées grâce au logiciel informatique (25.4%).

Un quart des patients était en surpoids selon les normes de l'OMS (n=34). Peu d'enfants avait une mesure de périmètre crânien (n=13; 18,25%). Huit patients étaient fébriles à l'entrée aux urgences (6,4%). L'examen général était considéré comme altéré pour 6 patients (4,8%). L'examen neurologique n'était pas normal pour 19 patients (15,1%) et l'examen clinique général pour 27 patients (21,4%). Peu d'enfants bénéficiaient d'un examen visuel avec ou sans fond d'œil (n=13; 10,32%).

Les données sont présentées dans le tableau IX.

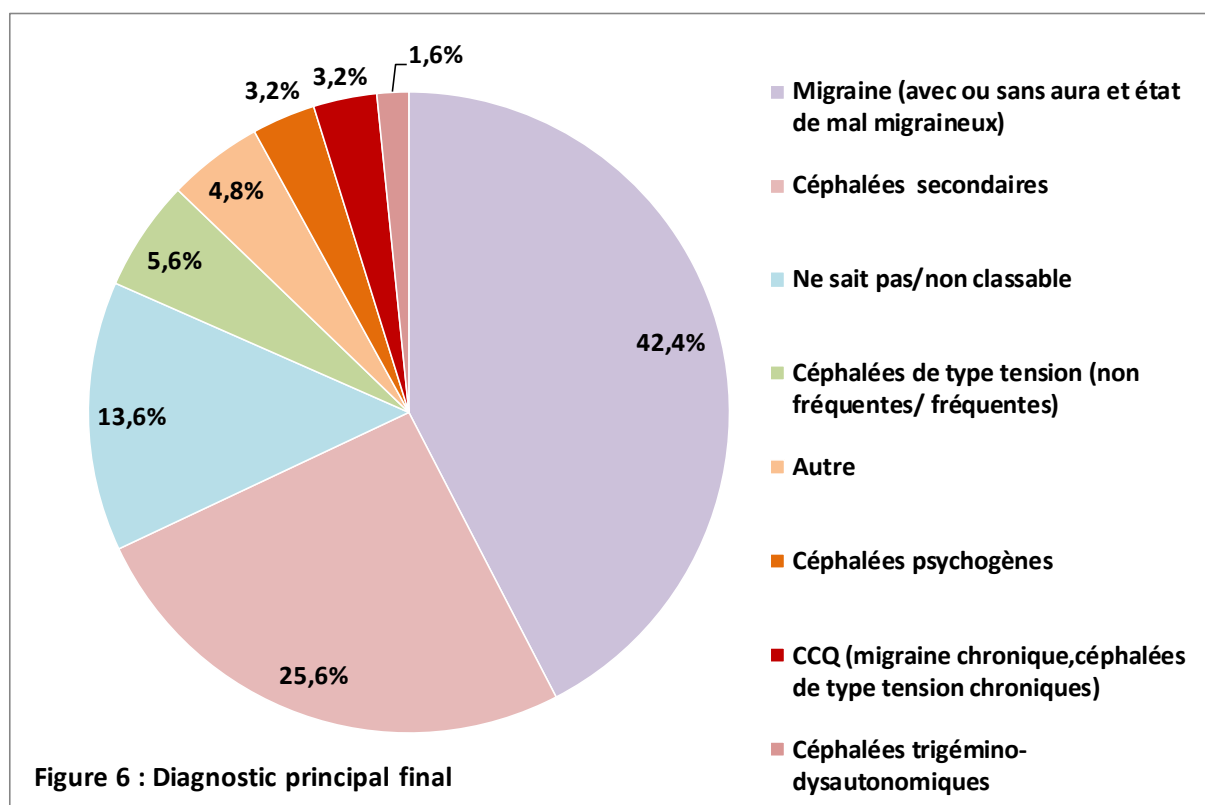
Tableau IX : Examen clinique de la population générale

	Données disponibles	Résultats	
	(n)	(n)	(%)
Anomalies de l'examen neurologique :	126	19	15,1%
Signes de focalisation	19	9	47,4%
Trouble de la marche, ataxie	19	8	42,1%
Anomalie paires crâniennes	19	5	26,3%
Signes méningés	19	3	15,8%
Comportement inhabituel	19	1	5,3%
Trouble de conscience	19	0	0,0%
Autre	19	3	15,8%
Examen visuel :			
Normal	126	10	7,9%
Anormal	126	3	2,4%
Non fait	126	113	89,7%
Anomalies de l'examen clinique général :	126	27	21,4%
Infection	27	11	40,7%
Sensibilité sinusienne	24	6	25,0%
Cassure de la courbe staturopondérale	25	5	20,0%
Douleur oculaire	24	3	12,5%
Anomalie de la puberté	24	2	8,3%
Syndrome polyuro-polydipsique	24	1	4,2%
Traumatisme cervico-facial	25	1	4,0%
Cassure du périmètrecrânien	24	0	0,0%
Douleur dentaire	24	0	0,0%
Manœuvres de Valsalva (HTIC)	25		
<i>Positive</i>	<u>25</u>	<u>0</u>	<u>0,0%</u>
<i>Négative</i>	<u>25</u>	<u>4</u>	<u>16,0%</u>
<i>Ne sait pas</i>	<u>25</u>	<u>21</u>	<u>84,0%</u>
Autre anomalie d'examen clinique	30	7	23,3%

VI. Diagnostic étiologique

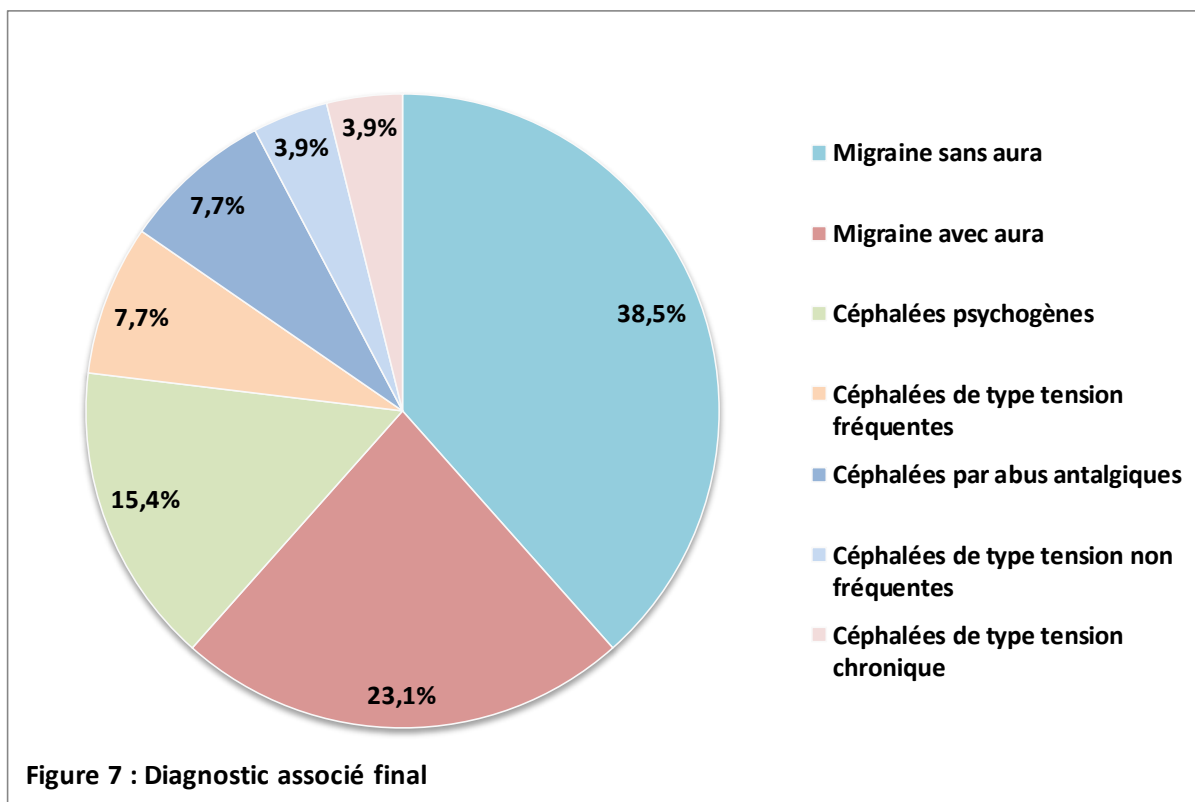
A. Diagnostics finaux généraux

Les figures 6 et 7 présentent les diagnostics finaux et les diagnostics associés.



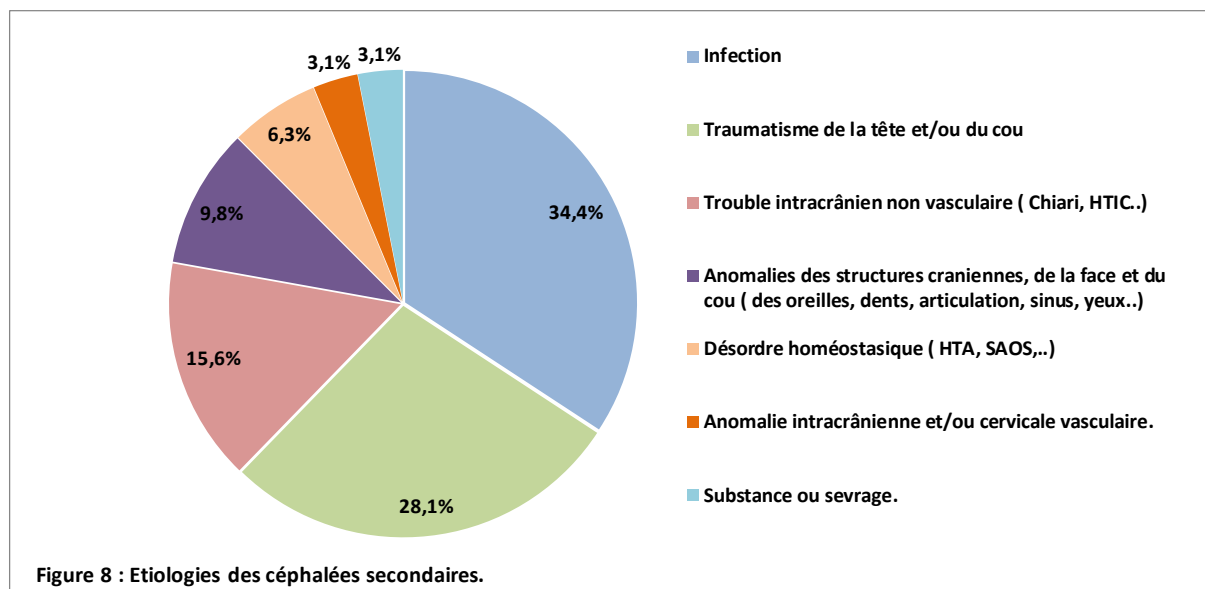
Le premier groupe diagnostique était celui de la migraine (n=2; 42,2%). Parmi celui-ci, la migraine épisodique était de 29,6% : sans aura (n=21; 16,8%), avec aura (n=16; 12,8%) et l'état de mal migraineux de 12,8% (n=16). Le deuxième groupe était celui des céphalées secondaires (n=32; 25,6%). Les autres diagnostics concernaient: les céphalées inclassables (n=17; 13,6%), les céphalées de type tension (n=7; 5,6%) non fréquentes (n=5; 4%) ou fréquentes (n=2; 1,6%), Les céphalées psychogènes (n=4; 3,2%), les céphalées trigémino-dysautonomiques (n=2; 1,6%) dont une algie vasculaire de la face. Le diagnostic des céphalées chroniques quotidiennes (CCQ) était de 3,2% (n=5): migraine chronique (n=2; 1,6%),

céphalées de type tension chroniques (n=2; 1,6%). Un diagnostic «autre» était donné (n=6; 4,8%) comprenant les céphalées chroniques quotidiennes non classables (n=3; 2,4%). On ne retrouvait pas de céphalées quotidiennes nouvelles persistantes ou de céphalées par abus d'antalgiques.



Dans les diagnostics associés, les céphalées psychogènes étaient en troisième position (figure 7).

B. Etiologie des céphalées secondaires.



Trente-deux patients ont reçu un diagnostic de céphalées secondaires. Les étiologies correspondantes sont représentées par la figure 8. L'étiologie pour la plupart était virale (n=11; 34,4%). Il s'agissait d'infections virales courantes ne mettant pas en jeu le pronostic vital: grippe, gastro-entérite (n=5; 15,6%), puis des infections des voies aériennes supérieures (n=4; 12,5%). Dans deux cas (18,2%), les céphalées étaient dues à une méningite virale. Neuf patients (28,1%) avaient des céphalées suite un traumatisme crânien, dont deux patients (6,3%) avec un hématome extra dural. Suivaient les céphalées liées à une anomalie intracrânienne non vasculaire (n= 5; 15,6 %): malformation de Chiari (n=1), kyste pinéal (n=1) et tumeur pinéale (n=1) dont le pronostic sera précisé par biopsie, une céphalée ictale (n=1) et une céphalée post critique (n =1). Venaient les causes plus rares, dans ces cas les céphalées étaient attribuables à :

- Des anomalies des structures crâniennes, de la face et du cou soient 9,8% (n=3): sinusites (n=2; 6,3%) et un problème ophtalmologique pur (n=1; 3,1%).
- Des désordres homéostatiques (n=2; 6,3%): hypertension artérielle (n=1; 3,1%) et syndrome d'apnées obstructives du sommeil (n=1; 3,1%).

- Des pathologies vasculaires intracrâniennes: thrombose veineuse cérébrale (n=1; 3,1%)
- A une substance (n=1; 3,1%), il s'agissait d'une hormone de croissance sans HTIC retrouvée.

VII. Prise en charge paraclinique et thérapeutique

Un avis neuropédiatrique avait été demandé pour la prise en charge diagnostic et/ou thérapeutique pour 62 patients soit 49,6%.

Tableau X : Prise en charge aux urgences

	Données disponibles	Résultats	
	(n)	(n)	(%)
Examen paraclinique aux urgences	125	32	25,6%
Imagerie	32	22	68,8%
<i>TDM cérébrale</i>	<u>22</u>	<u>13</u>	<u>59,1%</u>
<i>IRM cérébrale</i>	<u>22</u>	<u>10</u>	<u>45,5%</u>
Bilan biologique	33	14	42,4%
Ponction lombaire	32	2	6,3%
EEG	32	1	3,1%
Traitement aux urgences	126	107	84,9%
AINS	107	72	67,3%
Amitriptyline	107	28	26,2%
Paracétamol	107	21	19,6%
Triptan	107	7	6,5%
Chlorydrate de tramadol	107	6	5,6%
Antibiotique	107	3	2,8%
Chirurgie	107	2	1,9%
Autre médicament	107	8	7,5%
Autre	107	7	6,5%
Efficacité sur la douleur			
Diminution	103	41	39,8%
Disparition totale	103	32	31,1%
Non efficace	103	13	12,6%
Ne sait pas	103	11	10,7%
Efficace puis réapparition	103	6	5,8%
Hospitalisation	126	32	25,4%

AINS: Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens; IRM: Imagerie par Résonance Magnétique; TDM: Tomodensitométrie; EEG: Electroencéphalogramme.

Le tableau XI correspond à la prise en charge à la sortie paraclinique et thérapeutique et ne concernait donc pas les patients hospitalisés soit une population de 94 patients sur 126 patients.

Tableau XI: Prise en charge à la sortie - Traitement et examens paracliniques prescrits

	Données disponibles	Résultats	
	(n)	(n)	(%)
Traitement	94	76	80,9%
AINS	76	57	75,0%
Paracétamol	76	13	17,1%
Autre traitement de sortie	76	8	10,5%
Traitement de fond médicamenteux	76	7	9,2%
Triptan	76	5	6,6%
Autre traitement médicamenteux	76	1	1,3%
Antibiotique	76	1	1,3%
Examen paraclinique	95	20	21,1%
Imagerie	20	18	90,0%
<u>IRM cérébrale</u>	18	17	85,0%
<u>TDM cérébrale</u>	18	1	5,0%
Bilan biologique	20	1	5,0%
EEG	20	0	0,0%
Consultation Neuropédiatrie	94	30	31,9%

AINS: Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens; IRM: Imagerie par Résonance Magnétique; TDM: Tomodensitométrie; EEG: Electroencéphalogramme.

VIII. Analyse par pathologie

Nous décrivons uniquement les groupes : migraine et céphalées d'étiologies secondaires, devant les effectifs peu importants dans les autres catégories.

A. Description des céphalées de type migraine

1. Généralités

Parmi les diagnostics finaux et associés, 52 diagnostics de migraine épisodique ont été retenus. Leurs caractéristiques sont disponibles dans le tableau suivant. Les enfants avaient déjà consulté antérieurement pour 64% (n=32), on retrouvait des antécédents familiaux de céphalées chez 63,5% (n=33). L'état général était considéré comme bon pour la plupart (68,6%) ou conservé (29,4%). L'examen neurologique était normal pour 88,5% (n=35), les anomalies concernaient des signes neurologiques mineurs ou dans le cadre d'une aura. La prise en charge aux urgences était: un AINS pour 72,9% (n=35) principalement de l'ibuprofène à la dose de 10 mg/kg avec un maximum de 400 mg. Peu recevaient un triptan (n=4; 8,3%). L'amitriptyline était utilisée dans le traitement pour les patients avec une douleur prolongée ou des patients ayant déjà reçu des AINS et ayant été inefficaces auparavant (n=16; 33,3%). Une imagerie cérébrale était réalisée chez 11,8% des patients, la moitié une IRM et l'autre moitié une TDM.

Tableau XII: Caractéristiques du groupe migraine épisodique

	Données disponibles	Résultats	
	(n)	(n)	(%)
Motif de consultation :	49		
Conseil d'un autre médecin	49	20	40,8%
Situation grave, urgente pour les parents	49	19	38,8%
Evolution non favorable	49	17	34,7%
Non disponibilité du médecin traitant	49	4	8,2%
Consultation antérieure :	49	32	64,0%
Médecin traitant ou pédiatre	32	23	71,9%
Aux urgences	32	15	46,9%
Spécialiste	32	11	34,4%
Autre	31	6	19,4%
<i>A plusieurs reprises</i>	<u>32</u>	<u>22</u>	<u>68,8%</u>
Retentissement des céphalées:			
Absence scolaire	45	32	71,1%
Baisse des résultats scolaires	44	6	13,6%
Sur les activités de la vie quotidienne.	45	27	60,0%
Comportement au quotidien	45	25	55,6%
Antécédents familiaux céphalées :	52	33	63,5%
1°degrés	33	23	69,7%
Examen clinique :			
Surpoids	52	15	28,9%
Périmètre crânien	7	0	0,0%
Normal	7	6	85,7%
+ 2 DS	7	1	14,3%
Fièvre	52	3	5,8%
Etat général :	51		
Bon	51	35	68,6%
Conservé	51	15	29,4%
Altéré	51	1	2,0%
Examen neurologique :	52		
Normal	52	46	88,5%
Anormal:	52	6	11,5%

Tableau XII: Caractéristiques du groupe migraine épisodique

	Données disponibles (n)	Résultats (n)	(%)
Traitement aux urgences :	52	48	92,3%
AINS	48	35	72,9%
Amitriptyline	48	16	33,3%
Paracétamol	48	9	18,8%
Triptan	48	4	8,3%
Tramadol	48	1	2,1%
Autremédicament	48	2	4,2%
Antibiotique	48	0	0,0%
Chirurgie	48	0	0,0%
Autre	48	0	0,0%
Efficacité du traitement sur la douleur :	47		
Disparition totale	47	16	34,0%
Diminution	47	22	46,8%
Efficace puis réapparition	47	7	14,9%
Non efficace	47	2	4,3%
Hospitalisation :	52	15	28,8%
Examen paraclinique aux urgences :	51	10	19,6%
Bilan biologique	10	0	0,0%
Analyse du LCR	10	0	0,0%
EEG	10	1	10,0%
Imagerie cérébrale	10	6	60,0%
<u>TDM cérébrale :</u>	<u>6</u>	<u>3</u>	<u>50,0%</u>
<u>IRM cérébrale :</u>	<u>6</u>	<u>3</u>	<u>50,0%</u>

LCR: Liquide Céphalorachidien ; EEG : Electroencéphalogramme; IRM : Imagerie par résonance Magnétique; TDM: Tomodensitométrie.

2. Caractéristiques du groupe migraine selon le profil temporel. (Annexe – Tableaux XII.1)

- Profil céphalée aigue ou inhabituelle (Q1) (n=40)

La durée des céphalées était de moins de 4 heures pour 35% (n=14), de localisation principalement frontale (n=22; 55%). Elle était bilatérale (n=18; 46,2%), pulsatile (n=24; 61,5%) et intense pour 97,4% (n=38). Les signes associés étaient

principalement, par ordre décroissant: photophobie (n=28; 73,7%), nausées (n=22; 57,9%), phonophobie (n=20; 52,6%), vomissements (n=19; 50%), sensation vertigineuse (n=18; 47,4%), pâleur (n=17; 44,8%) et douleur abdominales (n=8; 21,1%). Une aura était présente pour 48,7% des patients migraineux (n=19).

- Profil céphalées aiguës récurrentes(Q2) (n=26)

Les céphalées duraient de 2 semaines à deux ans, la durée des accès était de 1 à 72 heures (n=17; 68%). La douleur était frontale (n=20; 76,9%), bilatérale (n=13; 61,9%), pulsatile (n=15; 60%) et d'intensité sévère (n=18; 69,2%). Les signes associés étaient : photophobie (n=18; 78,3%), nausées (n=15; 65,2%), phonophobie (n=14; 60,9%), pâleur (n=12; 52,2%), vomissements (n=11; 47,8%), sensation vertigineuse (n=9; 39,1%), douleur abdominale (n=8; 34,8%). Une aura était retrouvée pour 26,9% (n=7)

Les céphalées aiguës récurrentes et/ou chroniques étant peu nombreuses (n=3), nous n'expliquerons pas leurs résultats.

B. Caractéristiques des céphalées secondaires

Les céphalées étaient considérées comme graves par les parents ou le patient (n=20 ; 64,5%), 46,9% avaient déjà consulté antérieurement. La majorité avait un état général bon ou conservé (n=28; 87,5%) seulement 4 avaient une altération de l'état général qui corrélait avec le diagnostic (2 méningites virales et 2 hématomes extraduraux). L'examen neurologique était normal pour la plupart (78,1%) et les signes neurologiques retrouvés étaient souvent des signes neurologiques mineurs. Les diagnostics étiologiques sont retrouvés ci-dessus. Un quart des patients était hospitalisé (n=8). Des examens paracliniques étaient réalisés pour 37,5% des patients (n=12) dont 2/3 étaient une imagerie cérébrale (n=8 ; 37,5%), le plus souvent une tomodensitométrie (n=7; 87,5%), sept bilans biologiques (58,3%) et deux ponctions lombaires (16,7%).

Tableau XIII : Caractéristiques des céphalées d'étiologie secondaire et prise en charge.

	Données disponibles	Résultats	
	(n)	(n)	(%)
Motif de la consultation :	32		
Considérée comme grave par les parents	31	20	64,5%
Déjà consulté avant	32	15	46,9%
Examen clinique :			
Surpoids	32	7	21,9%
PC (Périmètre crânien)	7		
<i>Normal (-2DS à +2DS)</i>	<u>7</u>	<u>7</u>	<u>100,0%</u>
Fièvre	31	5	16,1%
Etat général	32		
<i>Bon</i>	<u>32</u>	<u>15</u>	<u>46,9%</u>
<i>Conservé</i>	<u>32</u>	<u>13</u>	<u>40,6%</u>
<i>Altéré</i>	<u>32</u>	<u>4</u>	<u>12,5%</u>
Examen neurologique :	32		
Normal	32	25	78,1%
Anormal:	32	7	21,9%
Examen clinique général :	32		
Normal	32	20	62,5%
Anormal:	32	12	37,5%
Avis neurologique :	32	14	43,8%
Traitement aux urgences :	32	26	81,3%
AINS	26	14	53,9%
Paracétamol	26	8	30,8%
Amitriptyline	26	3	11,5%
Tramadol	26	3	11,5%
Antibiotique	26	2	7,7%
Chirurgie	26	2	7,7%
Triptan	26	0	0,0%
Autremédicament	26	3	11,5%
Autre	26	4	15,4%
Efficacité du traitement sur la douleur :	26		
Disparition totale	26	5	19,2%
Diminution	26	11	42,3%
Efficace puis réapparition	26	3	11,5%
Non efficace	26	1	3,9%
Ne sait pas	26	6	23,9%
Hospitalisation :	32	8	25,0%

Tableau XIII : Caractéristiques des céphalées d'étiologie secondaire et prise en charge.

	Données disponibles	Résultats	
	(n)	(n)	(%)
Examen paraclinique aux urgences:	32	12	37,5%
Imagerie cérébrale	12	8	66,7%
<u>TDM cérébrale :</u>	<u>8</u>	<u>7</u>	<u>87,5%</u>
<u>IRM cérébrale :</u>	<u>8</u>	<u>1</u>	<u>12,5%</u>
Bilan biologique	12	7	58,3%
Analyse du LCR	12	2	16,7%
EEG	12	0	0,0%

TDM : Tomodensitométrie; IRM : Imagerie par résonnance magnétique; LCR : Liquide céphaloRachidien; EEG: ElectroEncéphalogramme.

DISCUSSION

Notre étude prospective fournit une analyse des caractéristiques des consultations aux urgences pédiatriques pour 126 patients présentant des céphalées. Nous constatons une prépondérance féminine (62,7%), comme dans les études américaines de Sheridan et al. et de Burton et al. [55% - 60%] (1,6) mais contrairement aux études de Conicella et al., de Balossini et al., où la prédominance est masculine [52,3-53%] (7,11). La majorité des enfants et adolescents sont au collège (n=53; 42,7%) et en primaire (n=50; 40,3%), avec un âge moyen à la consultation de 10,44 ans ($\pm 3,44$ ans), comparable aux autres études (8,9 - 13,1ans) (1,9). Dans la littérature, les jeunes enfants consultent majoritairement aux urgences pour des céphalées secondaires alors que la part de céphalées primaires augmente avec l'adolescence (5,11).

Les enfants avaient des antécédents familiaux de céphalées pour 52%, au premier degré pour 79,7%. La plupart des patients avaient déjà consulté antérieurement un médecin pour le motif de céphalée (64,5%) (pédiatre ou médecin traitant dans 76,3% des cas). Ils les avaient consultés à plusieurs reprises (65,8%). Le diagnostic posé était celui de migraine pour 42,1% des patients. Un traitement était prescrit par ce médecin pour 87,5% des patients. Il s'agissait d'AINS (61,4%), de paracétamol (54,3%), de triptan (8,6%) et de chlorhydrate de tramadol (5,6%). Ce traitement était considéré comme inefficace par la moitié des patients, partiellement efficace pour 36,8% et réellement efficace pour 13,2%. Onze patients bénéficiaient d'un traitement préventif non médicamenteux par biofeedback, suivi psychologique ou relaxation (13,6%); 6 patients bénéficiaient d'un traitement préventif médicamenteux (7,8%) par bêtabloquant, antidépresseur tricyclique ou antagoniste calcique. Le motif de consultation était souvent la crainte d'un diagnostic grave nécessitant une prise en charge urgente (n=54%; 44%). Dans l'étude de Conicella et al., c'est la première cause de consultation. Les céphalées sont un motif d'anxiété important chez les parents et l'enfant (5,15). Les patients consultent pour éliminer une cause grave,

avoir un diagnostic et être soulagés (3). Le parcours de soin avant et après les urgences fait l'objet d'un autre travail au CHRU de Lille.

L'analyse du profil temporel sur 154 questionnaires remplis montre une majorité de céphalées aiguës ou inhabituelles (65,1%); concordant à un profil associé à une consultation d'urgence (5,7). Suivent les céphalées aiguës récurrentes de moins de 15 jours par mois (38,9%) puis les céphalées aiguës récurrentes de plus de 15 jours par mois et/ou les céphalées chroniques (18,3%). Plusieurs profils temporels de céphalées sont exprimés par les patients pour 17,5%.

Le profil temporel permet d'orienter vers le diagnostic étiologique et thérapeutique (3,5). C'est un paramètre crucial dans un interrogatoire dirigé (6,14,16). Les céphalées aiguës récurrentes (Q2) étaient la migraine (35,4%) et les céphalées de type tension (8,3%). Dans les études en population générale, ce profil temporel oriente vers des céphalées primaires. Il concerne souvent des céphalées de type tension (jusqu'à 70%) (3,5,17). Les céphalées chroniques progressives, pluri hebdomadaires et sévères en intensité, doivent orienter vers un processus intracrânien (3,5). Le profil céphalées chroniques ou récurrentes (Q3) de notre étude ne semble pas avoir été correctement abordé. Ce profil semble difficile à exprimer par les patients. Les réponses différaient entre les données informatiques et les questionnaires remplis par le patient. Les céphalées chroniques non progressives qui ne changent pas en type ou en intensité dans les études sont souvent attribuées à des céphalées de type tension ou à une migraine chronique. Ces céphalées qui persistent depuis plusieurs années sont souvent associées à des facteurs psychologiques (3,5,18). De plus, les céphalées chroniques quotidiennes sont une entité nosologique insuffisamment connue du grand public et des professionnels de santé dans la littérature (19,20).

Pour chacun des profils étaient étudiées les caractéristiques des céphalées. Il n'y avait pas de différence significative entre les profils temporels (Q1, Q2, Q3) pour les principales caractéristiques retrouvées aux urgences : localisation (frontale : $p=0,42$), et bilatérale ($p=0,058$). Les caractéristiques suivantes sont majoritaires dans les

profils Q1 et Q 2 (non comparables avec les données du profil Q3 pour certaines, pour cause de faible effectif). Cela concernait : la durée de 1 à 72 h (Q1=63,3% , Q2=60,2%), la localisation frontale (Q1=63,4% , Q2=73,5% , Q3=60,9%), le type pulsatile (Q1=56,3%, Q2=60,9%, Q3=47,8%) , le type de pression (Q1 =26,3%, Q2=26,1%, Q3=26,1%), la localisation bilatérale (Q1=51,9%, Q2=57,1%, Q3=81%), l'intensité sévère (Q1=87,5%, Q2=61,7%, Q3=65,2%), et la présence de signes associés (Q1=91,5%, Q2=89,8%, Q3=91,3%). Ces données sont subjectives et difficiles à évaluer en fonction de l'âge de l'enfant. Comme le dit Rothner, plus l'enfant est jeune, moins la réponse est spécifique (14).

Concernant l'examen clinique: peu avaient une mesure du périmètre crânien (n=13;18,3%) et peu d'enfants bénéficiaient d'un examen visuel avec ou sans fond d'œil (n=13; 10,3%). C'est oublier un point fondamental de l'examen clinique pour une consultation de céphalée comme recommandé dans la littérature (1,4,5,14,21).

Un quart des patients ont bénéficié d'examens paracliniques. Dans l'étude multicentrique internationale de Balossini et al. moins de 10% d'examens paracliniques étaient réalisés (7). Dans notre étude, l'imagerie cérébrale (IRM et TDM cérébrales) représentait 68,6% des examens complémentaires réalisés, soit 17,6% d'imageries dans notre population. La priorité était donnée aux TDM cérébrales (59,1% des imageries) par rapport à l'IRM cérébrale en accord avec les études en imagerie aux urgences pédiatriques en raison des avantages suivants : accès plus facile, examen plus rapide, absence d'anesthésie générale nécessaire, accord plus facile et coût moindre (1,5-7). Cette proportion d'imagerie cérébrale (IRM et TDM) est plus élevée que dans la plupart des études (< 10%). Ceci concerne surtout la TDM cérébrale (10,4% de la population), alors que cette proportion est déjà considérée comme trop importante par certains auteurs (5 à 7,9%) (2,22). Ceci en égard du faible rapport bénéfices/risques (irradiation par les rayons X non négligeable de la TDM, faible rendement de l'imagerie cérébrale chez les enfants céphalalgiques présentant un examen neurologique normal), de l'économie

hospitalière et devant la part importante de céphalées primaires diagnostiquées aux urgences et de céphalées secondaires bénignes (1,2,5). Peu d'anomalies intracrâniennes sont révélées par l'imagerie dans le cadre des céphalées dans les études de la littérature (21,23,24). Cela semble traduire un manque de familiarité des médecins quant à l'indication de ces examens. Plus des trois quarts de questionnaires étaient remplis par des étudiants en médecine dans notre étude (externe ou interne). Cette donnée n'est pas retrouvée dans les études. Il faut insister sur l'intérêt d'une analyse soigneuse de l'anamnèse et de l'examen clinique plus pertinente (4,5,14,16).

La normalité de l'examen neurologique est fortement prédictive de l'absence de pathologie secondaire grave (5,16). Cependant affirmer que l'examen clinique neurologique est normal est conditionné par : la variabilité individuelle des performances de l'examineur, son expérience, le temps disponible aux urgences, la participation du patient etc. De plus, la symptomatologie peut fluctuer en fonction de la présentation de la céphalée. Il peut être judicieux de proposer une réévaluation à distance (4), dès que le caractère urgent et grave est éliminé et que la douleur est prise en charge par une thérapeutique suffisante.

Concernant les étiologies retrouvées aux urgences, deux groupes diagnostiques émergent: la migraine (42,4%) et les céphalées secondaires (25,6%). Ces données sont proches des études retrouvées dans la littérature (2,5,7,13,14,16,25). Les sous-types de migraine étaient la migraine sans aura (16,8%), la migraine avec aura (12,8%), soit 29,6% de migraine épisodique et l'état de mal migraineux (12,8%). Celui-ci était donc en proportion élevée dans notre étude. Dans l'étude de Kabbouche et al. , le pourcentage de migraine était de 8 à 18% soit la troisième cause de céphalées aux urgences. Suivaient les céphalées non classables (13,6%) qui comprennent : la migraine épisodique probable, les céphalées de type tension épisodiques probables, et les consultations pour lesquelles les thérapeutes ne pouvaient répondre de façon précise. Ce taux était important dans l'étude d'Eapen

(37%) basée sur la classification ICHD-II des céphalées (15). Venaient ensuite les céphalées de type tension épisodiques (5,6%) non fréquentes (4%) et fréquentes (1,6%), les céphalées psychogènes (3,6%), les céphalées de type tension chroniques (1,6%), la migraine chronique (1,6%) et les céphalées trigémino-dysautonomiques (1,6%).

La migraine est un diagnostic fréquent de consultation aux urgences pédiatriques dans notre étude (42,4%, soit 29,6% sans inclure l'état de mal). Elle représente 8 à 33,3% des consultations aux urgences pédiatriques pour céphalées dans les études américaines (6,25,26). Les enfants consultent pour le premier épisode ou des épisodes d'intensité sévère. La fréquence de l'imagerie cérébrale chez les patients ayant un diagnostic de migraine dans notre étude est très élevée (60%). Le traitement reçu pour la migraine épisodique est celui conseillé par les recommandations de l'Affsaps de 2009 (3,5,13,16,25,26): ibuprofène en première intention (n=35; 72,9%) à renouveler deux heures après à la dose de 10 mg/kg. L'alternative du triptan spray nasal était peu prescrite (n=4; 8,3%). La migraine était la cause la plus fréquente de céphalées aiguës récurrentes (35,4%) comme dans la littérature (13). La connaissance des critères diagnostiques des principaux sous-types de migraine est primordiale pour une prise en charge de qualité (12). Notre étude confirmait les caractéristiques suivantes: durée des crises plus courte dans les profils temporels (1 à < 4 heures, pour un tiers des patients), localisation de la céphalée plus souvent frontale et/ou bilatérale [Q1(n=22; 55%); Q2(n=20; 76,5%)] par rapport à l'adulte (5,8), présence de signes associés [Q1(n=38; 95%);Q2(n=23; 88,5%)] tels que la douleur abdominale, la pâleur etc. et l'intensité sévère [Q1(n=38; 97,4%); Q2(n=18; 69,2%)] (5,13). Souvent les patients présentaient un antécédent familial de migraine (n=33; 63,5%). Ces données sont retrouvées dans les études (5,13,26). La typologie peut ne pas être pulsatile dans la littérature chez l'enfant, ce qui n'était pas retrouvé dans notre étude [Q1(n=24; 61,5%); Q2(n=15; 60%)] (5). La migraine avec aura était fréquente dans notre étude [Q1(n=19; 48,7%); Q2(n=7; 26,7%)] et dans la population pédiatrique aux urgences et en général (9,13,26). L'aura est généralement inquiétante pour les parents et l'enfant ce qui amène plus facilement à consulter aux urgences. L'aura est difficilement exprimée par l'enfant et

l'adolescent concernant la durée et la progression des signes neurologiques, surtout chez le jeune enfant (9,13). Notre étude n'a pas permis d'analyser précisément le type d'aura. Dans la littérature l'aura la plus fréquente est l'aura visuelle chez l'enfant et l'adolescent (12,13).

La proportion d'état de mal migraineux était élevée dans notre population (12,8%). Cette donnée n'était pas précisée à notre connaissance dans la littérature aux urgences (21,25). Mais dans l'étude de Legault et al. , le taux dans la population de patients avec migraine ayant présenté un état de mal migraineux était de 14% chez les filles et « plus faible » chez les garçons (27). L'analyse des questionnaires montre souvent des ambiguïtés sur les données temporelles et les diagnostics retenus qui semblent témoigner, dans un certain nombre de cas, d'un diagnostic erroné d'état de mal migraineux quand il s'agissait en fait de céphalées chroniques quotidiennes. Ceci témoigne peut-être d'une « vision » urgentiste consistant à n'analyser que la période temporelle récente et non le profil temporel des céphalées sur une période de plusieurs mois.

Nous n'avons pas précisé les résultats des autres céphalées primaires (céphalées de type de tension, céphalées trigémino-dysautonomiques comme l'algie vasculaire de la face) mais on retrouvait que les céphalées primaires les plus fréquentes sont la migraine et les céphalées de tension comme dans l'étude de Kabbouche et al.(28)

Parmi les céphalées secondaires, la cause prédominante était représentée par les céphalées d'origine infectieuse (34,4%) comme dans l'étude de Burton et al. (49,6%). Les infections en cause étaient les infections systémiques virales (grippe, gastroentérite) comme dans l'étude de Burton (39%), puis les infections des voies aériennes supérieures. C'était l'inverse dans l'étude de Conicella et al. (30,8% d'infections des voies aériennes supérieures). La deuxième cause de céphalée secondaire était représentée par les céphalées post-traumatiques (28,1%, soit 7 % de la population totale, chiffre proche des données de la littérature : 6% environ (4,6)). Plus rares étaient les céphalées attribuées à: une anomalie intracrânienne non vasculaire (15,6%), un trouble de l'homéostasie (9,8%), une anomalie de structure de

la face et/ou du cou (6,3%), une anomalie intracrânienne et/ou cervicale vasculaire (3,1%) ou à la prise de substances (3,1%).

Le diagnostic de céphalée secondaire est parfois confondu avec celui de migraine car elle peut être déclenchée par un traumatisme et les caractéristiques (localisation, type etc.) peuvent être similaires (29). Les pathologies orientant vers des masses intracrâniennes sont des douleurs avec des signes d'hypertension intracrânienne, des douleurs qui augmentent au changement de position, qui sont occipitales, qui sont augmentées par la toux, les manœuvres de Valsalva (5).

Les causes neurologiques graves étaient peu fréquentes (n=4 ; 3,2%) en accord avec l'étude de Burton et al (5%). Un patient présentait une tumeur cérébrale, deux une méningite virale. Il n'y avait aucun cas de méningite bactérienne comme dans les études de la littérature (5,7). Un avis neuropédiatrique, diagnostique ou thérapeutique, était demandé pour 49,6% des patients. La structure du questionnaire ne permet pas de dire s'il s'agissait d'un avis téléphonique ou présentiel. Cette donnée n'est pas documentée dans les études disponibles. Un consultant neuropédiatre est présent aux urgences dans les pays d'études.

La majorité des patients (84,8%) bénéficiaient de la prescription d'un traitement médicamenteux aux urgences: AINS (57,1%), amitriptyline (22,2%), paracétamol (16,7%), triptan (5,6%), chlorhydrate de tramadol (5,6%), antibiotiques (2,4%). Deux patients étaient orientés pour une prise en charge chirurgicale (1,6%). Le traitement prescrit était partiellement efficace (39,8%), totalement efficace (31,1%), inefficace (12,6%) ou le point n'était pas renseignée (10,7%). Le pourcentage de prescription d'amitriptyline était élevé (22,2%), en corrélation avec la proportion importante de diagnostics d'état de mal migraineux. Il n'y a pas de consensus international sur la prise en charge thérapeutique des états de mal migraineux pédiatriques (27). Les études américaines font référence à l'utilisation d'autres molécules avec des protocoles d'utilisation variables selon les institutions : antagonistes dopaminergiques (prochlorpérazine, métoclopramide), valproate de sodium, dihydroergotamine, etc. (5,15,25,26). Dans l'étude de Sheridan et al. , la proportion d'AINS est moindre

(28%) mais reste le premier traitement toutes étiologies confondues pour les céphalées aux urgences. L'amitriptyline est utilisée chez l'adulte dans cette indication d'état de mal migraineux, son efficacité par voie intraveineuse a été montrée dans l'étude de Donnet et al. (30). Dans notre étude, les céphalées prolongées et les céphalées réfractaires au traitement même sans notion d'état de mal migraineux, recevaient un traitement par amitriptyline (n=16; 12,7%).

Près d'un quart des patients (25,4%) étaient hospitalisés en neurologie pédiatrique ou en neurochirurgie pédiatrique. Ce taux est supérieur à celui des études; il est de 2,4% dans l'étude américaine de Sheridan et al (1). Une évaluation appropriée diagnostique et thérapeutique permet de prévenir des hospitalisations inutiles (5,16).

La limite principale de notre étude est le faible taux de patients inclus sur l'année (n=126). Notre fréquentation des médecins des urgences pédiatriques au cours de l'année consacrée à cette étude nous a permis de constater un nombre important de données manquantes, dont nous ne sommes pas capables d'estimer la valeur. Peut-être ceci est-il dû à la longueur excessive de notre questionnaire dans le cadre d'une consultation d'urgence. Il serait donc intéressant d'en créer un nouveau plus adapté. Les patients semblent avoir été en difficulté pour remplir le questionnaire correspondant à leur profil temporel de céphalée. Des céphalées récurrentes sont souvent confondues avec des céphalées de durée prolongée voire chroniques. C'est dire l'importance de déterminer le nombre de jours mensuels de céphalées, paramètre pourtant présent dans notre questionnaire. Les thérapeutes semblent peu à l'aise avec ce type de céphalées. Bien qu'ils avaient la possibilité de recourir à un avis neuropédiatrique, opportunité souvent exploitée, celle-ci ne prend toute sa valeur que si les données fournies sont fiables et précises. Peut-être le nombre élevé de thérapeutes exerçant aux urgences a rendu difficile la diffusion de l'information sur l'étude en cours.

CONCLUSION

Notre étude nous a permis de décrire les céphalées chez les enfants et adolescents consultant aux urgences. Les diagnostics principaux étaient la migraine (migraine avec aura, migraine sans aura, et état de mal migraineux) et les céphalées secondaires. Les infections et les traumatismes étaient les deux causes principales retenues dans les céphalées secondaires. Peu d'enfants consultaient pour des causes graves, malgré la peur d'une étiologie engageant le pronostic vital chez les parents et l'enfant.

La démarche diagnostique n'était pas optimale. Les médecins semblent peu à l'aise avec cette évaluation et les concepts inhérents. Notre étude alerte sur l'importance de la connaissance des critères diagnostiques de l'IHS ainsi que les recommandations actuelles concernant la prise en charge des céphalées aux urgences pédiatriques.

Nous proposons, afin d'améliorer cette prise en charge une collaboration plus étroite avec les neuropédiatres plus aguerris à cette problématique. Il faut donc insister sur l'importance du retour diagnostique et thérapeutique des consultations ainsi que sur la formation continue des thérapeutes. La simplification du questionnaire serait plus adaptée à une consultation d'urgence. Il reste à poursuivre les efforts de sensibilisation concernant la précision du profil temporel des céphalées des enfants et adolescents.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Sheridan DC, Meckler GD, Spiro DM, Koch TK, Hansen ML. Diagnostic testing and treatment of pediatric headache in the emergency department. *J Pediatr*. 2013 Dec;163(6):1634-7.
2. Kabbouche M, Hershey AD. Standardization of pediatric headache evaluation and treatment in the emergency department. *J Pediatr*. 2013 Dec;163(6):1545-546.
3. Cuvellier JC. Céphalées chez l'enfant (hors céphalées récurrentes). *EMC - Traité de Médecine AKOS*. 2011 Jan;6(1):1-6.
4. Roser T, Bonfert M, Ebinger F, Blankenburg M, Ertl-Wagner B, Heinen F. Primary versus secondary headache in children: a frequent diagnostic challenge in clinical routine. *Neuropediatrics*. 2013 Feb;44(1):34-9.
5. Alfonzo MJ, Bechtel K, Babineau S. Management of headache in the pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Med Pract*. 2013 Jan;10(1):1-25.
6. Burton LJ, Quinn B, Pratt-Cheney JL, Pourani M. Headache etiology in a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care*. 1997 Feb;13(1):1-4.
7. Balossini V, Zanin A, Alberti C, Freund Y, Decobert M, Tarantino A, et al. Triage of children with headache at the ED: a guideline implementation study. *Am J Emerg Med*. 2013 Apr;31(4):670-5.
8. Legault G, Eisman H, Shevell MI. Treatment of pediatric status migrainosus: can we prevent the "bounce back"? *J Child Neurol*. 2011 Aug;26(8):949-55.
9. Massano D, Julliard S, Kanagarajah L, Gautier M, Vizeneuve A, Elmaleh M, et al. Headache with focal neurologic signs in children at the emergency department. *J Pediatr*. 2014 Aug;165(2):376-82.
10. Lewis KS. Pediatric headache. *Semin Pediatr Neurol*. 2010 Dec;17(4):224-9.
11. Conicella E, Raucci U, Vanacore N, Vigevano F, Reale A, Pirozzi N, et al. The child with headache in a pediatric emergency department. *Headache J Head Face Pain*. 2008 Jul;48(7):1005-11.
12. Headache classification committee of the international headache society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia*. 2013 Jul;33(9):629-808.

13. Tourniaire B. Migraine de l'enfant: les bonnes pratiques. *Douleur Analgésie*. 2010 Mar;23(1):14-20.
14. Rothner AD. The evaluation of headaches in children and adolescents. *Semin Pediatr Neurol*. 1995 Jun;2(2):109-18.
15. Eapen A, Sivaswamy L, Agarwal R, Thomas R. Management of Pediatric Migraine in a tertiary care versus community based emergency department: an observational pilot study. *Pediatr Neurol*. 2014 Feb;50(2):164-70.
16. Cohen BH. Headaches as a symptom of neurological disease. *Semin Pediatr Neurol*. 1995 Jun;2(2):144-50.
17. Mareau C, Teisseyre L. Conduite à tenir devant des céphalées chez l'enfant. *Médecine Thérapeutique Pédiatrie*. 2009 Sep;12(5):323-31.
18. Cuvellier JC. Prise en charge des céphalées chroniques quotidiennes chez l'enfant et l'adolescent. *Rev Neurol (Paris)*. 2009 Jun 1;165(6):521-31.
19. Cuvellier JC. Prise en charge des céphalées chroniques quotidiennes chez l'enfant et l'adolescent. *Rev Neurol (Paris)*. 2009 Jun;165(6):521-31.
20. Galli et al. Chronic daily headache in childhood and adolescence: clinical aspects and a -4 year followup - Galli - 2004 - Cephalalgia - Wiley Online Library [Internet]. 2004 [cited 2018 Mar 18]. Available from: <<https://onlinelibrary.wiley.com/>>
21. Dooley JM. The evaluation and management of pediatric headaches. *Pediatr Child Health*. 2009 Jan;14(1):24-30.
22. Kan L, Nagelberg J, Maytal J. Headaches in a pediatric emergency department: etiology, imaging, and treatment. *Headache J Head Face Pain*. 2000 Jan 16;40(1):25-9.
23. Gandhi R, Lewis EC, Evans JW, Sell E. Investigating the necessity of computed tomographic scans in children with headaches: a retrospective review. *CJEM*. 2015 Mar;17(2):148-53.
24. Boddaert N, Puget S. Céphalées aiguës : signes d'alerte imposant une imagerie en urgence. *J Radiol*. 2006 Oct 1;87(10):1398-9.
25. Bachur RG, Monuteaux MC, Neuman MI. A comparison of acute treatment regimens for migraine in the emergency Department. *Pediatrics*. 2015 Jan 26;pediatrics.2014-2432.
26. Bailey B, McManus BC. Treatment of children with migraine in the emergency department: a qualitative systematic review. *Pediatr Emerg Care*. 2008 May;24(5):321.

27. Kabbouche MA, Vockell A-LB, LeCates SL, Powers SW, Hershey AD. Tolerability and effectiveness of prochlorperazine for intractable Migraine in Children. *Pediatrics*. 2001 Apr 1;107(4):62-63.
28. Kabbouche M. Management of pediatric migraine headache in the emergency room and infusion center. *Headache*. 2015 Nov;55(10):1365-70.
29. Chan S, Kurowski B, Byczkowski T, Timm N. Intravenous migraine therapy in children with posttraumatic headache in the ED. *Am J Emerg Med*. 2015 May;33(5):635-9.
30. Beltramone M, Donnet A. Status migrainosus and migraine aura status in a French tertiary-care center: An 11-year retrospective analysis. *Cephalalgia Int J Headache*. 2014 Jul;34(8):633-7.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

QUESTIONNAIRE CEPHALEES :

Admission : jour (9h-18h) garde (18h-9h)
weekend/jour férié vacances scolaires
Age :
Sexe : F M

Coller l'étiquette

Activité des parents :

Père : - niveau d'études : aucun brevet CAP bac bac +2 bac+3 ou plus
- Profession :
Mère : -niveau d'études : aucun brevet CAP bac bac +2 bac+3 ou plus
- Profession :

Scolarité de l'enfant :

Classe :
Etablissement scolaire : privé publique
Scolarité : ordinaire spécialisée *si oui précisez* : ULIS SEGPA IME autre :
Activités extra-scolaires : non oui *lesquelles* :
Comment décririez-vous votre enfant : (*plusieurs réponses possibles*) agité calme
anxieux perfectionniste agressif plutôt triste plutôt joyeux
sociable peu sociable

Parcours de soins :

Pourquoi consultez-vous aux urgences ce jour : le médecin traitant n'est pas disponible
sur les conseils d'un autre médecin
parce que la situation vous semblait grave ou urgente
parce que l'évolution ne vous paraît pas favorable malgré des premières consultations
Avez-vous déjà consulté un médecin pour les maux de tête de votre enfant ? oui non
Si NON, passez directement à la page 2 / Si OUI, remplir ci-dessous :
aux urgences le pédiatre ou médecin traitant un neuropédiatre
autre , *précisez* :
A plusieurs reprises ? oui non *Si oui, précisez combien de fois cette année* :
Des examens complémentaires ont-ils été réalisés ? oui non
Si oui, précisez : scanner cérébral IRM cérébrale EEG autre, *précisez* :
Quel diagnostic a été donné ? migraine céphalées de type tension aucun diagnostic

autre , précisez :

Un traitement de crise a-t-il été prescrit ? oui non

Si oui, lequel : Paracétamol Ibuprofène Triptan autre, précisez :

Ce traitement est-il efficace ? : oui le plus souvent rarement non

A quelle fréquence votre enfant prend-il ces médicaments ? :

<5 jours/mois 5 à <10 jours/mois 10 à 15 jours/mois > 15 jours/mois

Un traitement préventif non médicamenteux a-t-il été mis en place ? oui non

Si oui, lequel : biofeedback relaxation suivi psychologique autre, précisez :

Un traitement préventif médicamenteux quotidien a-t-il été prescrit ? oui non

si oui, lequel :

Ce traitement est-il efficace ? : oui le plus souvent rarement non

Retentissement des maux de tête :

Votre enfant manque t-il l'école à cause de ses maux de tête ? oui non ne sait pas

Si oui, précisez à quelle fréquence (par mois ou par an) :

Avez-vous remarqué une baisse des résultats scolaires depuis l'apparition des maux de tête?

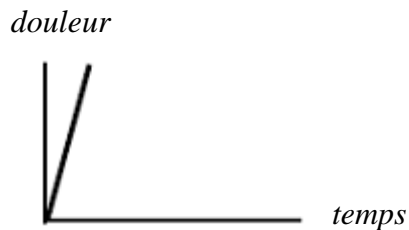
oui non ne sait pas

Y a-t-il un retentissement des maux de tête sur la vie quotidienne de votre enfant ? (par ex. diminution des loisirs, activités, amis, appétit, sommeil...) oui non ne sait pas

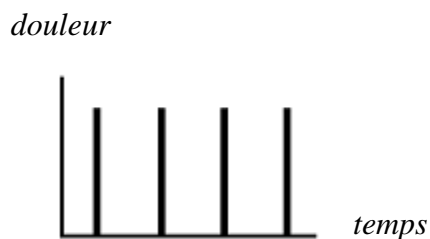
Y a-t-il un retentissement des maux de tête sur le comportement de votre enfant ? (par ex. est-il plus irritable, de mauvaise humeur, agressif, moins joyeux...) : oui non ne sait pas

QUEL EST LE PROFIL DU MAL DE TÊTE RESSENTI PAR VOTRE ENFANT : (cf figures ci-dessous)

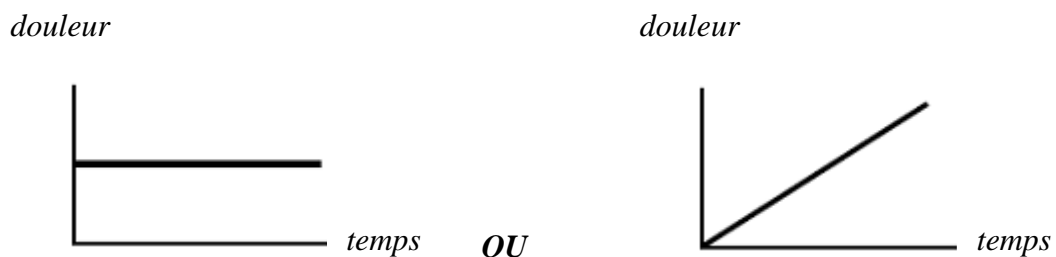
- Si vous consultez pour un 1^{er} épisode de mal de tête OU un épisode de mal de tête inhabituel, remplissez le **QUESTIONNAIRE 1** (pages 3 et 4)



- Si votre enfant présente des maux de tête récurrents mais moins de 15 jours/mois, remplissez le **QUESTIONNAIRE 2** (pages 5 et 6)



- Si votre enfant présente des maux de tête quotidiens ou au moins 15 jours/mois, remplissez le **QUESTIONNAIRE 3** (pages 7 et 8)



ATTENTION, selon le profil de votre enfant vous pouvez remplir **plusieurs** questionnaires

QUESTIONNAIRE 1 :

PREMIER EPISODE DE MAL DE TÊTE ou EPISODE DE MAL DE TETE INHABITUEL
à remplir par l'enfant et les parents :

Le mal de tête a-t-il débuté dans un contexte particulier? oui non ne sait pas

Si oui, précisez :

épisode infectieux choc sur la tête récent prise de toxiques règles
stress ou contrariété autre, *précisez :*

Depuis combien de temps votre enfant a-t-il mal à la tête ? :

<1h 1 à <2h 2 à <4h 4 à <24h 24 à 72h >72h

De quelle manière le mal de tête a-t-il débuté ? : brutalement progressivement

Comment a-t-il évolué depuis le début? : permanent et identique fluctuant
aggravation diminution

Où votre enfant a-t-il mal ? (plusieurs réponses possibles):

au front
aux yeux
aux tempes
à la nuque
au sommet du crâne
à la face
diffusément
d'un côté des deux côtés

Comment décrit-il son mal de tête ? :

sensation de battement (« ça tape »)
brûlure
pointe, piqure
pression (« ça appuie »)
constriction (« ça serre »)
autre, *précisez :*

Quelle est l'intensité maximale du mal de tête sur une échelle de 0 à 10 ? entourez la réponse
(0=aucune douleur/10 = la pire douleur imaginable) : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A ce moment là (intensité maximale), votre enfant :

- continue de jouer (pas de retentissement sur les activités en cours)
- doit arrêter certaines activités en cours

- doit arrêter toutes les activités en cours (il s'assoit ou s'allonge)

Y a-t-il des signes associés au mal de tête ? oui non ne sait pas

Si oui, précisez, (plusieurs réponses possibles) :

fièvre (38-38.5°C 38.5-39°C >39°C

somnolence agitation la tête tourne nausées vomissements

douleurs abdominales gêné par la lumière gêné par le bruit pâleur rougeur

pupilles dilatées pupilles contractées larmoiement le nez coule

symptômes ORL : encombrement nasal mal à l'oreille mal à la gorge toux

autres, *précisez* :

Votre enfant a-t-il ressenti avant, pendant ou après la crise les symptômes suivants :

oui non ne sait pas

Si oui, précisez (plusieurs réponses possibles): un trouble de la vision

des engourdissements des fourmillements des difficultés à parler

Si oui, pendant combien de temps : <5 minutes 5-60 minutes >60 minutes

Y a-t-il des facteurs aggravant le mal de tête actuel : oui non ne sait pas

Si oui, précisez : manque de sommeil excès de sommeil effort physique

lumière bruit écrans émotions

autres, *précisez* :

Y a-t-il des facteurs diminuant le mal de tête actuel: oui non ne sait pas

Si oui, précisez : repos sommeil vomissements

autres , *précisez* :

Des médicaments ont-ils été pris pour cet épisode de mal de tête ? oui non

Si oui, lesquels : Paracétamol Ibuprofène Triptans

autres, *précisez* :

Ont-ils été efficaces? oui le plus souvent rarement non

LEROUX Amélie

Autres remarques des parents :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

QUESTIONNAIRE 2 :

MAUX DE TÊTE RECURRENENTS moins de 15 jours par mois :
à remplir par l'enfant et les parents :

Le mal de tête actuel est-il identique aux précédents ? oui non ne sait pas

(si non, remplissez aussi le QUESTIONNAIRE 1, page 3)

Depuis combien de temps votre enfant se plaint-il régulièrement de maux de tête :

moins de 3 mois 3 à <12 mois 1 à 2 ans

plus de 2 ans *précisez :*

Combien de temps durent les crises en général :

< 10 min 10 à <30 min 30 min à <1h 1 à <4h

4h à <24h 24h à 72h >72h

Combien de jours pas mois en moyenne votre enfant se plaint-il de maux de tête ? :

<1 jour/mois 1 à < 4 jours/mois 4 à 14 jours/mois

Description des maux de tête habituels :

Où votre enfant a-t-il mal habituellement? (plusieurs réponses possibles):

au front

aux yeux

aux tempes

à la nuque

au sommet du crâne

à la face

diffusément

d'un côté des deux côtés

Comment décrit-il son mal de tête ? :

- sensation de battement (« ça tape »)
brûlure
pointe, piqûre
pression (« ça appuie »)
constriction (« ça serre »)
autre , précisez :

Lorsque votre enfant a mal à la tête, en général :

- il continue de jouer (pas de retentissement sur les activités en cours)
- il doit arrêter certaines activités en cours
- il doit arrêter toutes les activités en cours (il s'assoit ou s'allonge)
- variable

Y a-t-il des signes habituellement associés au mal de tête ? oui non ne sait pas

Si oui, précisez (plusieurs réponses possibles): somnolence agitation
la tête tourne nausées vomissements douleurs abdominales
gêne par la lumière gêné par le bruit pâleur rougeur
pupilles dilatées pupilles contractées larmoiement le nez coule
autres, précisez :

Votre enfant ressent-il parfois peu avant, pendant ou après les crises les symptômes suivants :
oui non ne sait pas

Si oui, précisez (plusieurs réponses possibles) : un trouble de la vision
des engourdissements des fourmillements des difficultés à parler
Si oui, pendant combien de temps : <5 minutes 5-60 minutes >60 minutes

Quel est l'horaire habituel du début des maux de tête ? :

- pas d'horaire particulier
le matin au réveil en fin de matinée dans l'après-midi
au retour d'école dans la soirée au coucher la nuit
ne sait pas

Votre enfant a-t-il parfois mal la nuit ? oui non ne sait pas

Y a-t-il des facteurs particuliers qui peuvent déclencher ou aggraver les maux de tête ?

oui non ne sait pas
Si oui, lesquels : effort physique lumière bruit odeurs écrans
émotion contrariété changement de rythme de la vie quotidienne
manque de sommeil excès de sommeil pression scolaire chaleur froid
règles choc sur la tête aliments
autres, précisez :

Y a-t-il des facteurs qui soulagent habituellement les maux de tête : oui non ne sait pas

Si oui, lesquels : repos sommeil vomissements

autres , *précisez* :

Autres remarques des parents :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

QUESTIONNAIRE 3 :

MAUX DE TÊTE PERMANENTS, QUOTIDIENS ou **plus de 15 jours/mois**
à remplir par l'enfant et les parents :

Depuis combien de temps votre enfant a-t-il mal à la tête :

2 à <4 semaines 1 à <3 mois 3 à <12 mois 1 à 2 ans

plus de 2 ans précisez :

Combien de temps durent les épisodes de maux de tête en général :

< 10 min 10 à <30 min 30 min à <1h 1 à <4h

4h à <24h 24h à 72h >72h

permanent

Combien de jours pas mois en moyenne votre enfant se plaint-il de maux de tête ?

15 à <20 jours 20 à <30 jours

tous les jours au moins 1 fois en permanence

Description des maux de tête :

Comment évolue l'intensité des maux de tête depuis les premiers épisodes :

aggravation diminution identique depuis le début

fluctuante ne sait pas

ACTUELLEMENT :

Où votre enfant a-t-il mal habituellement? (plusieurs réponses sont possibles):

au front

aux yeux

aux tempes

à la nuque

au sommet du crâne

à la face

diffus
d'un côté des deux côtés

Comment décrit-il son mal de tête ? :

sensation de battement (« ça tape »)

brûlure

point., piquère

pression (« ça appuie »)

constriction (« ça serre »)

autre, précisez :

Lorsque votre enfant a mal à la tête, en général :

- il continue de jouer (pas de retentissement sur les activités en cours)

- il doit arrêter certaines activités en cours

- il doit arrêter toutes les activités en cours (il s'assoit ou s'allonge)

- variable

Y a-t-il des signes habituellement associés au mal de tête ? oui non ne sait pas

Si oui, précisez (plusieurs réponses possibles): somnolence agitation

la tête tourne nausées vomissements douleurs abdominales

gêné par la lumière gêné par le bruit pâleur rougeur

pupilles dilatées pupilles contractées larmoiement le nez coule

autres, précisez :

Votre enfant ressent-il parfois peu avant, pendant ou après les crises les symptômes suivants :

oui non ne sait pas

Si oui, précisez (plusieurs réponses possibles) : un trouble de la vision

des engourdissements des fourmillements des difficultés à parler

Si oui, pendant combien de temps : <5 minutes 5-60 minutes >60 minutes

Quel est l'horaire habituel du début des maux de tête ? :

pas d'horaire particulier

le matin au réveil en fin de matinée dans l'après-midi

au retour d'école dans la soirée au coucher la nuit

ne sait pas

Votre enfant a-t-il parfois mal la nuit ? oui non ne sait pas

Y a-t-il des facteurs particuliers qui peuvent déclencher ou aggraver les maux de tête ?

oui non ne sait pas

Si oui, lesquels : effort physique lumière bruit odeurs écrans

émotion contrariété changement de rythme de la vie quotidienne

manque de sommeil excès de sommeil pression scolaire chaleur froid

règles choc sur la tête aliments

autres , précisez :.....

Y a-t-il des facteurs qui soulagent habituellement les maux de tête : oui non ne sait pas

Si oui, lesquels : repos sommeil vomissements

autres , précisez :.....

Autres remarques des parents :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PARTIE MEDICALE :

à remplir par le médecin

Nom :

Fonction :

Antécédents :

- de l'enfant :

- ✓ **neurologiques :**

.....
.....
.....

- ✓ **non neurologiques :**

.....
.....
.....

- ✓ **traitement habituel :**

- **familiaux :**

.....
.....
.....

➔ **maux de tête :** quel membre de la famille :
quel diagnostic posé :

Examen clinique :

Taille : Poids : PC :

Température :

FC : TA :

Etat général : bon conservé altéré

Examen neurologique : normal anormal

Si anormal, précisez :

- ✓ trouble de conscience *précisez :*
- ✓ comportement inhabituel *précisez :*
- ✓ trouble de la marche, ataxie *précisez :*
- ✓ anomalie/paralysie des paires crâniennes *précisez :*
- ✓ signes méningés *précisez :*
- ✓ signes de focalisation *précisez :*
- ✓ autre :

Examen visuel : normal anormal non fait

Si anormal, précisez :

- Œdème papillaire au fond d'œil *précisez :*

- Trouble de l'acuité visuelle précisez :
- Trouble du champ visuel précisez :
- Trouble oculo-moteur précisez :

Examen clinique général : normal anormal

Si anormal, précisez :

- Cassure de la courbe staturo-pondérale précisez :
- Changement de couloir du PC précisez :
- Anomalie du déroulement de la puberté précisez :
- Syndrome polyuro-polydipsique précisez :
- Signes d'infection précisez :
- Douleur dentaire précisez :
- Douleur oculaire précisez :
- Sensibilité sinusienne précisez :
- Stigmates de traumatisme cervico-facial précisez :
- Manœuvre de Valsalva (HTIC) positive négative ne sait pas
- Autre anomalie, précisez :

Diagnostic retenu aux urgences :

- ✓ Migraine sans aura épisodique
- ✓ Migraine avec aura épisodique
- ✓ Céphalées de type tension épisodiques
 - Non fréquentes
 - Fréquentes
- ✓ Céphalées chroniques quotidiennes primaires
 - Migraine chronique
 - Céphalées de type tension chroniques
- ✓ Céphalées quotidiennes nouvelles persistantes
- ✓ Céphalées par abus d'antalgiques
- ✓ Céphalées psychogènes
- ✓ Céphalées secondaires précisez :
- ✓ Etat de mal migraineux
- ✓ Autre :
- ✓ Ne sait pas

Parcours de soins à partir des urgences :

Traitement prescrit aux urgences : oui non si oui, précisez :

- Antalgiques : AINS Paracétamol Triptans autre :...
- Antibiotiques précisez :
- Chirurgical précisez :
- Autre précisez :

Efficacité : disparition totale de la douleur diminution de la douleur

efficace puis réapparition de la douleur non efficace

Traitement prescrit à la sortie : oui non *si oui, précisez* :.....

Examens complémentaires :

✓ Aux urgences : oui non *si oui, précisez* :

bilan biologique PL EEG imagerie *précisez laquelle* :

✓ Après les urgences :

Consultation neuropédiatrique proposée : oui non *si oui, pourquoi* :

Annexe 2 : Explications du questionnaire en termes médicaux

I. PREMIERE PARTIE : Profil de l'enfant et parcours de soin.

- Profil de l'enfant :
 - Nom, Prénom de l'enfant, Age, Date de Naissance
 - Date de Consultation, Période (vacances scolaires, week-end ou jour férié, garde)
 - Catégorie socioprofessionnelle et niveau d'études des parents
 - Scolarité de l'enfant (classe ordinaire ou spécialisée)
 - Activités extrascolaires
 - Profil psycho-comportemental
- Le parcours de soin :
 - Le motif principal amenant aux urgences le jour même (urgence, dangerosité, indisponibilité du médecin traitant, conseil d'un autre médecin, évolution non favorable)
 - Les consultations antérieures pour le même motif (type de consultation et praticien)
 - Les examens para cliniques réalisés auparavant et leur résultat.
 - Le diagnostic initialement retenu.
 - Le traitement prescrit antérieurement : type de traitement (médicamenteux, non médicamenteux), son utilité (crise, prévention) et son efficacité. La posologie et les effets secondaires n'étaient pas demandés.
- Le retentissement des céphalées :
 - Sur la scolarité (absentéisme, baisse des résultats scolaires)
 - Sur la vie quotidienne et le comportement de l'enfant, le sommeil, la diététique.
- Le profil temporel de la céphalée avec schéma explicatif :
 - La présence de un ou plusieurs types de céphalées
 - Leur profil (aigu, premier épisode ou épisode inhabituel / céphalées récurrentes moins de 15 jours par mois / céphalées récurrentes plus de 15 jours par mois ou chroniques)

II. DEUXIEME PARTIE : Description des céphalées selon le profil temporel

La seconde partie du questionnaire était remplie par les parents, elle comportait trois feuillets. Selon le profil temporel des céphalées, les parents devaient remplir l'un ou l'autre des feuillets ; deux feuillets pouvaient être remplis si l'enfant présentait deux types de céphalées distinctes.

Questionnaire 1 : Céphalées aiguës : Premier épisode de mal de céphalée ou céphalée inhabituelle.

- Contexte d'apparition de la céphalée (fièvre, antécédent de traumatisme récent etc.)
- Durée
- Caractéristiques d'apparition et évolution
- Typologie (pulsatile, à type de pression, à type de piqûre etc.)
- Intensité de la douleur (chiffrée par échelle analogique de la douleur et évaluée par le retentissement sur les activités)
- Localisation (localisée, diffuse, variable, irradiation)
- Signes d'accompagnements :
 - Signes subjectifs : auditifs dont phonophobie, visuels dont photophobie, digestifs (nausées, vomissements, douleur abdominales), sensations vertigineuses etc.
 - Signes objectifs : Signes neurovégétatifs (pâleur, rougeur, rhinorrhée, larmolement etc.)
- Présence d'aura (visuelle, auditive, sensitive, motrice) et leur durée.
- Facteurs d'aggravation des céphalées (effort physique, manque de sommeil etc.) et facteurs d'amélioration.
- Traitements éventuels donnés et leur efficacité.

Questionnaire 2 et questionnaire 3 : Céphalées récurrentes et céphalées chroniques

Le feuillet 2 correspondait aux céphalées aiguës récurrentes plus de 15 jours par mois et le feuillet 3 correspondait aux céphalées récurrentes de plus de 15 jours par mois ou quotidiennes.

Ils comprenaient les mêmes caractéristiques de description que le feuillet numéro 1 auxquelles s'ajoutaient :

- La date de début des épisodes céphalalgiques (mois, année),
- La fréquence des céphalées,
- Le nombre de type de céphalée
- L'horaire des céphalées,
- L'aggravation des céphalées et les modalités évolutives.
- Le retentissement sur la vie quotidienne.

III. TROISIEME PARTIE :

Elle comportait les données cliniques reprises lors de l'anamnèse et lors de l'examen. Les données cliniques étaient remplies par le personnel médical (sénior, internes, externes) des urgences pédiatriques ou remplies de manière retrospective à l'aide du logiciel « sillage » des urgences pédiatriques. Cette partie comprenait :

- La fonction de la personne remplissant le questionnaire

- L'examen clinique et anamnétique :
 - Les antécédents personnels médicaux autres que neurologiques (maladies chroniques, maladie métabolique, maladie génétique, psychologique ou psychiatrique) et les antécédents neurologiques (tumeur, neurofibromatose, épilepsie, céphalées primaires, retard du développement psychomoteur).
 - Les antécédents familiaux de céphalées, le diagnostic posé et le degré d'apparenté.
 - Le traitement habituel de l'enfant
 - Les mesures auxologiques (taille, poids, périmètre crânien (PC)), selon les courbes de l'Organisation Mondiale de la santé.
 - Les variables de l'enfant : les mesures tensionnelles de l'enfant selon le tableau « Pressure in Children and Adolescents Pédiatrics », la fréquence cardiaque la présence de fièvre.
 - L'état général de l'enfant
 - Les signes auxologiques (cassure de la courbe de croissance statur pondérale, changement de couloir de PC) et endocrinologiques

- (anomalie du déroulement de la puberté, syndrome polyuro-polydipsique)
- L'examen neurologique complet (conscience, comportement, signe de focalisation, paires crâniennes, trouble de la marche, ataxie, signes méningés)
 - L'examen visuel si réalisé par un ophtalmologue (œdème papillaire au fond d'œil (FO), trouble de l'acuité visuelle, trouble du champ visuel, trouble oculomoteur)
 - L'examen clinique général (signe d'infection, signe traumatologique, manœuvre de Valsalva, autre douleur, sensibilité sinusienne, autre etc.)
- La nécessité de recours à l'avis d'un spécialiste Neuropédiatre ou Neurochirurgien.
- Le diagnostic retenu aux urgences, les propositions suivantes étaient données selon la classification internationale des céphalées ICHD-III * :
- Céphalées primaires :
 - Migraine (avec sans aura, épisodique, chronique, état de mal migraineux)
 - Céphalées de type tension (CTT) épisodiques fréquentes, non fréquentes, chroniques.
 - Autres céphalées primaires : Céphalées quotidiennes nouvelles persistantes
 - Céphalées trigémino vasculaire.
 - Céphalées secondaires
 - Céphalées par abus d'antalgiques
 - Post-traumatiques, infection, post médicamenteuse, malformation, tumeur cérébrale etc.
 - Céphalées psychogènes, d'origine psychologique, psychiatrique.
 - Névralgies faciales
- La prise en charge aux urgences pédiatriques:
- Le traitement prescrit aux urgences
 - Médicamenteux antalgiques (AINS, PARACETAMOL®, Triptans, LAROXYL®, TRAMADOL®)
 - Autres médicamenteux et non médicamenteux (Antibiotiques, traitement chirurgical, ponction lombaire déplétive etc.)
 - L'efficacité du traitement prescrit aux urgences :
 - Totale : disparition totale de la douleur

- Partielle : diminution de la douleur
- Transitoire puis réapparition de la douleur.
- Non efficacité.
- Les examens complémentaires aux urgences
 - Imagerie (IRM cérébrale, TDM cérébral, autre imagerie)
 - Autres (Bilan biologique sanguin, analyse du LCR, EEG)
- L'orientation vers un service d'hospitalisation conventionnelle (Neurologie pédiatrique, Neurochirurgie pédiatrique ou autre)
 - Les patients hospitalisés en UHCD (Unité d'hospitalisation de courte Durée) n'étaient pas inclus dans les patients hospitalisés)
 - Pour les patients hospitalisés, la fin des données n'étaient pas recueillies (traitement à la sortie, examen para clinique, consultation ultérieure proposée)
- La prise en charge après la sortie des urgences
 - Les traitements prescrits à la sortie (médicamenteux et non médicamenteux)
 - Les examens complémentaires prescrits (Imagerie et autres)
- Consultation proposée de suivi
 - Consultation de neurologie pédiatrique, de la douleur, ou de neurochirurgie.

IV. QUATRIEME PARTIE :

Elle était remplie de façon rétrospective ; cela concernait :

- Le diagnostic final retenu d'hospitalisation.
- Le diagnostic retenu par un neurologue pédiatre ultérieurement avec les données recueillies.
- La présence effective à la consultation proposée par les urgences.

Annexe 3 : Classification des céphalées selon l'ICHD-3 bêta (3 parties et 14 groupes)

La classification des céphalées selon l'International Classification of Headache Disorders de l'International Headache Society (IHS) se divise en trois parties :

Partie I : Les céphalées Primaires

1. Migraine
2. Céphalées de type tension
3. Céphalées Trigémino-dysautonomiques
4. Autres céphalées Primaires

Partie 2 : Les céphalées secondaires

5. Céphalées attribuées à un traumatisme ou une blessure de la tête et/ou du cou.
6. Céphalées attribuées à une anomalie vasculaire intracrânienne ou cervicale.
7. Céphalées attribuées à une anomalie intracrânienne non vasculaire.
8. Céphalées attribuées à une substance ou à un manque de substance.
9. Céphalées attribuées à une infection.
10. Céphalées attribuées à un désordre homéostatique.
11. Céphalées ou douleur faciale attribuées à une anomalie du crâne, du cou, des yeux, des oreilles, du nez, des sinus, des dents, des lèvres ou d'autres structures de la face et du cou.
12. Céphalées attribuées à un trouble psychiatrique.

Partie 3 : Névralgies crâniennes, autre douleurs de la face et autres céphalées.

13. Névralgies crâniennes, et autres douleurs de la face.
14. Autres céphalées.

Annexe 4 : Critères diagnostiques des principales céphalées primaires abordées dans notre étude selon l'ICHD-3 bêta

Tableau A : Migraine sans aura code ICHD-3 1.1	
A.	Au moins 5 crises répondant aux critères B-D
B.	Crise de céphalées durant de 4 à 72 heures (non traitée ou traitement inefficace)
C.	Céphalées ayant au moins deux des caractéristiques suivantes :
	<ol style="list-style-type: none"> 1 Localisation unilatérale ou bilatérale 2 Pulsatile 3 Intensité modérée ou sévère 4 Aggravation par ou provoquant l'évitement des activités physiques de routine, telles que marcher ou monter les escaliers.
D.	Accompagnées d'au moins un des caractères suivants durant la céphalée :
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nausées et/ ou vomissements 2. Phonophobie et photophobie
E.	Pas de meilleure explication donnée par un autre diagnostic ICHD-3.

Tableau B : Migraine avec aura code ICHD-3 1.2	
A.	Au moins 2 crises répondant aux critères B et C .
B.	Un ou plus des symptômes complètement réversibles suivants :
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visuels 2. Sensoriels 3. Troubles de la parole et/ ou du langage. 4. Symptômes du tronc cérébral 5. Rétinien
C.	Au moins deux des quatre caractéristiques suivantes :
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Au moins un des symptômes de l'aura se développe progressivement sur plus de 5 minutes et /ou si plusieurs symptômes sont associés, ils surviennent successivement sur plus de 5 minutes 2. Chaque symptôme de l'aura dure de 5 à 60 minutes. 3. Au moins un des symptômes est unilatéral 4. L'aura est accompagnée ou suivie de la céphalée migraineuse dans les 60 minutes
D.	Pas de meilleure explication par un autre diagnostic ICHD-3, et exclusion des accidents ischémiques transitoires cérébraux.

Tableau C : Critères de la migraine chronique code ICHD-3 : 1.3	
A.	Céphalée (de type tension ou de type migraine) apparaissant ≥ 15 jours par mois pendant plus de trois mois, remplissant les caractéristiques B à D.
B.	Apparaissant chez un patient qui a présenté au moins 5 crises remplissant les critères B à D de la migraine sans aura (1.1 ICHD-3) et / ou les critères B et C pour la migraine avec aura (1.2 ICHD-3).
C.	Avec 8 jours par mois pendant plus de trois mois, remplissant l'une des trois caractéristiques suivantes :
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Critères C et D pour Migraine sans aura 2. Critères B et C pour migraine avec aura 3. Eprouvées par le patient comme une migraine au début de la crise et soulagées par un Triptan ou un dérivé de l'ergotamine
D.	Non attribuable à un autre diagnostic de l'ICHD-3

Tableau D : Critères diagnostiques de l'état de mal migraineux code ICHD-3 1.4.1	
A.	Un accès invalidant de céphalée remplissant les critères B et C
B.	Touchant un patient atteint de Migraine sans aura (1.1 ICHD-3) et / ou Migraine avec aura, (1.2 ICHD-3) et typique des accès précédents sauf dans sa durée et sa sévérité
C.	Remplissant les deux caractéristiques suivantes :
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Absence de remissions pendant plus de 72 heures 2. La douleur ou les symptômes associés sont invalidants
D.	Non mieux attribué à un autre diagnostic de l'ICHD-3.
NB ; les remissions au-delà de douze heures dues aux médicaments ou au sommeil sont acceptés comme EMM.	

Tableau E : Critères de diagnostiques des céphalée de type tension	
A.	Au moins 10 épisodes de céphalées remplissant les critères B-D
B.	Céphalées durant de 30 minutes à 7 jours.
C.	Céphalée ayant au moins deux des quatre caractéristiques suivantes :
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Localisation bilatérale 2. A type de pression ou serrement, (non pulsatile) 3. D'intensité légère ou modérée. 4. Céphalée non aggravée par les activités de routine comme marcher ou monter des escaliers.
D.	Céphalée remplissant les deux caractéristiques suivantes :
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ni nausées ni vomissements (anorexie possible) 2. Photophobie ou phonophobie (et non les deux)
E.	Non attribuable de façon plus appropriée à un autre diagnostic de l'ICHD-3.

Tableau F : Critères diagnostiques ICHD-3 Céphalées de type tension selon la fréquence :	
Les céphalées de type tension non fréquentes épisodiques : au moins dix épisodes de céphalées survenant moins de 1 jour par mois en moyenne (Moins de 12 jours par an) et remplissant les critères B à D.(Code ICHD : 2.1)	
Les céphalées de type tension fréquentes épisodiques : au moins 10 épisodes survenant de 1 à 14 jours par mois en moyenne pendant au moins trois mois (≥ 12 et $<$ à 180 jours par an) remplissant les critères B à D.(Code ICHD-3 : 2.2)	
Les céphalées de type tension chroniques: ≥ 15 jours / mois en moyenne pendant plus B65de trois mois. (\geq à 180 jours par an) et remplissent les critères B à D. (Code ICHD : 2.3)	

Tableau G : Critères diagnostiques algie vasculaire de la face code ICHD-3 Code 3.1	
A.	Au moins 5 crises remplissant les critères B à D
B.	Sévère ou très sévère douleur orbitaire, supra orbitaire ou/et temporale durant de 15 à 180 minutes en l'absence de traitement
C.	Ayant la ou les caractéristiques suivantes :
	1. Au moins un des signes ou symptômes ipsilatéral à la céphalée suivants :
	a) Injection conjonctivale et/ou larmoiement
	b) Congestion nasale et/rhinorrhée
	c) Œdème palpébral
	d) Sudation frontale et faciale
	e) Rougeur Frontale ou faciale
	f) Sensation de plénitude dans l'oreille
	g) Myosis et/ou ptosis
	2. Sentiment d'absence de repos ou d'agitation
D.	Les crises ont une fréquence entre une tous les deux jours à 8 par jour pendant plus de la moitié du temps où le trouble est actif.
E.	Non attribué à un autre diagnostic de l'ICHD-3

Tableau 8 : Critères diagnostiques des CQNP (Céphalées nouvelles quotidiennes persistantes)	
A.	Céphalées persistantes répondant aux critères B et C
B.	D'apparition aiguë et mémorable, la douleur devenant continue et ininterrompue dans les 24 heures.
C.	Présentent pendant > 3 mois.
D.	Ne méritant pas mieux un autre diagnostic ICHD-3.

Annexe 5 : Tableaux des caractéristiques selon le profil temporel

Tableau VI.1 : Caractéristiques des céphalées aiguës ou inhabituelles (Q1)				
	Données disponibles	Résultats		
	(n)	(n)	(%)	
Facteurs aggravants :	79			
Oui	79	43	54,4%	
Non	79	16	20,3%	
Ne sait pas	79	20	25,3%	
Lesquels?				
Lumière	43	28	65,1%	
Bruit	43	24	55,8%	
Effort physique	43	18	41,9%	
Ecrans	43	12	27,9%	
Manque de sommeil	44	4	9,1%	
Autre	43	4	9,3%	
Emotions	43	3	7,0%	
Excès de sommeil	43	1	2,3%	
Facteurs de diminution :	78			
Oui	78	37	47,4%	
Non	78	26	33,3%	
Ne sait pas	78	15	19,2%	
Lesquels?				
Repos	37	26	70,3%	
Sommeil	37	13	35,1%	
Vomissements	37	7	18,9%	
Obscurité	37	1	2,7%	
Autre	37	3	8,1%	
Médication :	79	74	93,7%	
Paracétamol	74	57	77,0%	
AINS	74	34	46,0%	
Tramadol	74	3	4,1%	
Triptans	74	1	1,4%	
Amitriptyline	74	1	1,4%	
Autre	74	3	4,1%	
Efficacité :	70			
Non	70	42	60,0%	
Efficace	70	10	14,3%	
Le plus souvent efficace	70	10	14,3%	
Rarement	70	8	11,4%	
Motif de consultation	80			
Situation grave ou urgente (parents)	80	43	53,8%	
Conseil d'un autre médecin	80	31	38,8%	

Evolution non favorable	80	22	27,5%
Non disponibilité du médecin traitant	80	7	8,8%
Consultation antérieure	80	41	51,3%

Tableau VI.2 : Diagnostic final des céphalées aiguës ou inhabituelles (Q1)

	Données disponibles	Résultats	
	(n)	(n)	(%)
Diagnostic final Neuropédiatrique	81		
Céphalées Secondaires	81	24	29,6%
Migraine sans aura	81	14	17,3%
Migraine avec aura	81	14	17,3%
Etat de mal migraineux	81	12	14,8%
Ne sait pas / non classable	81	10	12,4%
Céphalées psychogènes	81	2	2,5%
Céphalées trigéminovasculaires	81	1	1,2%
Céphalées type tension fréquentes	81	0	0,0%
Migraine chronique	81	0	0,0%
Céphalées de type tension chroniques	81	0	0,0%
Céphalées chroniques nouvelles persistantes	81	0	0,0%
Céphalées par abus antalgiques	81	0	0,0%
Céphalées chroniques quotidiennes non classables	81	0	0,0%
Autre	81	1	1,2%

Tableau VII.1 : Caractéristiques des céphalées aiguës récurrentes < 15 j par mois (Q2)

	Données disponibles	Résultats	
	(n)	(n)	(%)
Horaire	46		
Pas d'horaire particulier	46	30	65,2%
Matinales, au réveil	46	4	8,7%
Fin de matinée	46	2	4,4%
Après midi	46	3	6,5%
Retour école	46	5	10,9%
Soir	46	2	4,4%
Facteurs aggravant :	47		
Oui	47	31	66,0%
Non	47	5	10,6%
Ne sait pas	47	11	23,4%
Lesquels?			
Effort physique	31	7	22,6%
Lumière	31	17	54,8%
Bruit	31	16	51,6%
Ecrans	31	9	29,0%
Odeurs	31	3	9,7%
Emotions	31	5	16,1%
Contrariété	31	9	29,0%
Changement de rythme de la vie quotidienne	31	4	12,9%
Manque de sommeil	31	14	45,2%
Excès de sommeil	31	0	0,0%
Pression scolaire	31	7	22,6%
Chaleur	31	4	12,9%
Froid	31	0	0,0%
Menstruations	31	2	6,5%
Trauma crânien	31	2	6,5%
Aliments	31	1	3,2%
Autre	31	3	9,7%
Facteurs de diminution	48		
Oui	48	31	54,6%
Non	48	10	20,8%
Ne sait pas	48	7	14,6%
Lesquels?			
Repos	31	23	74,2%
Sommeil	31	23	74,2%
Vomissements	31	5	16,1%
Obscurité	31	2	6,5%
Autre	31	3	9,7%

Tableau VII.2: Diagnostic final des céphalées aiguës récurrentes < 15 jours par mois (Q2)

	Données disponibles	Résultats	
	(n)	(n)	(%)
Diagnostic final Neuropédiatrique	48		
Migraine sans aura	48	11	22,9%
Céphalées Secondaires	48	10	20,8%
Etat de mal migraineux	48	8	16,7%
Migraine avec aura	48	6	12,5%
Céphalées de type tension non fréquentes	48	2	4,2%
Céphalées de type tension fréquentes	48	2	4,2%
Céphalées psychogènes	48	2	4,2%
Ne sait pas /non classable	48	2	4,2%
Migraine chronique	48	2	4,2%
Céphalées trigéminovasculaires	48	1	2,1%
Céphalées chroniques quotidiennes non classables	48	1	2,1%
Céphalées de type tension chroniques	48	1	2,1%
Céphalées chroniques nouvelles persistantes	48	0	0,0%
Céphalées par abus antalgiques	48	0	0,0%
Autre	48	0	0,0%

Tableau VIII.1 : Caractéristiques des céphalées récurrentes \geq 15 jours par mois et/ou chroniques (Q3)

	Données disponibles	Résultats	
	(n)	(n)	(%)
Horaire	23		
Pas d'horaire particulier	23	19	82,6%
Matinales, au réveil	23	3	13,0%
Fin de matinée	23	0	0,0%
Après midi	23	1	4,4%
Retour école	23	0	0,0%
Soir	23	0	0,0%
Facteurs aggravants :	23		
Oui	23	16	69,6%
Non	23	3	13,0%
Ne sait pas	23	4	17,4%
Lesquels?			
Bruit	16	10	62,5%
Lumière	16	7	43,8%
Effort physique	16	5	31,3%
Contrariété	16	5	31,3%
Manque de sommeil	16	5	31,3%
Pression scolaire	16	3	18,8%
Chaleur	16	2	12,5%
Autre	16	2	12,5%
Odeurs	16	1	6,3%
Ecrans	16	1	6,3%
Emotions	16	0	0,0%
Excès de sommeil	16	0	0,0%
Froid	16	0	0,0%
Menstruations	16	0	0,0%
Trauma crânien	16	0	0,0%
Aliments	16	0	0,0%
Facteurs de diminution :	22		
Oui	22	13	59,1%
Non	22	7	31,8%
Ne sait pas	22	2	9,1%
Lesquels?			
Repos	13	11	84,6%
Sommeil	13	7	53,9%
Vomissements	13	0	0,0%
Obscurité	13	0	0,0%
Autre	13	0	0,0%

Annexe 6 : Tableau des caractéristiques des céphalées de type migraine selon le profil temporel.

Tableau XII.1 : Caractéristiques des céphalées aiguës diagnostiquées migraineuses (Q1)

	Données disponibles	Résultats	
	(n)	(n)	(%)
Durée :	40		
< 1heure	40	3	7,5%
1 à < 4h	40	11	27,5%
4 à < 72h	40	17	42,5%
≥ 72 h	40	9	22,5%
Mode début :	40		
Brutal	40	21	52,5%
Progressif	40	19	47,5%
Evolution douleur	40		
Permanente et identique	40	9	22,5%
Fluctuation	40	11	27,5%
Aggravation	40	14	35,0%
Diminution	40	6	15,0%
Localisation	40		
Frontale	40	22	55,0%
Oculaire	40	18	45,0%
Temporale	40	21	52,5%
Occipitale	40	9	22,5%
Vertex	40	6	15,0%
Faciale	40	2	5,0%
Diffuse	40	1	5,0%
<i>Unilatérale</i>	<u>39</u>	<u>17</u>	<u>43,6%</u>
<i>Bilatérale</i>	<u>39</u>	<u>18</u>	<u>46,2%</u>
Description type :	39		
Pulsatile	39	24	61,5%
Pression	39	9	23,1%
Brûlure	39	3	7,7%
Piqûre	39	1	2,6%
Autre	39	2	5,1%
Retentissement (activités) :	39		
Aucun	39	0	0,0%

Modéré (Arrêt de certaines activités)	39	1	2,6%
Important (Arrêt de toutes les activités: s'allonge, s'assoit)	39	38	97,4%
Signes associés :	40	38	95,0%
Photophobie	38	28	73,6%
Nausées	38	22	57,9%
Phonophobie	38	20	52,6%
Vomissements	38	19	50,0%
Sensation vertigineuse	38	18	47,4%
Pâleur	38	17	44,8%
Douleur abdominale	38	8	21,1%
Larmoiement	38	8	21,1%
Somnolence	38	7	18,4%
Rhinorrhée	38	5	13,2%
ORL encombrement	38	4	10,5%
Fièvre	38	2	5,3%
Otalgie	38	2	5,3%
Rougeur	38	1	2,6%
Myosis	38	1	2,6%
Aura :	39		
Oui	39	19	48,7%
Non	39	20	51,3%
Ne sait pas	39	0	0,0%
Durée de l'aura :	18		
< 5 minutes	18	4	22,2%
5 à < 60 minutes	18	9	50,0%
≥ 60 minutes	18	5	27,8%

Tableau XII.2 : Caractéristiques des céphalées récurrentes < 15 jours par mois diagnostiquées migraineuses. (Q2)

	Données disponibles	Résultats	
	(n)	(n)	(%)
Céphalée identique aux céphalées habituelles :	26		
Oui	26	13	50,0%
Non	26	12	46,2%
Ne sait pas	26	1	3,9%
Depuis combien de temps ?	26		
2 à 4 semaines	26	7	26,9%
1 à < 3 mois	26	7	26,9%
3 à <12 mois	26	6	23,1%
1 à < 2 ans	26	6	23,1%
Plus de deux ans	26	0	0,0%
Durée des céphalées :	25		
< 10 min	25	2	8,0%
10 min à < 1h	25	5	20,0%
1 à < 72h	25	17	68,0%
≥ 72h	25	1	4,0%
Fréquence mensuelle :	25		
< 1 jour/mois	25	5	20,0%
1 à < 4 jours/mois	25	15	60,0%
4 à < 14 jours/mois	25	5	20,0%
DESCRIPTION			
Localisation :	25		
Frontale	26	20	76,9%
Orbitaire	26	10	38,5%
Temporale	26	12	46,2%
Occipitale	26	5	19,2%
Vertex	26	4	15,4%
Faciale	26	3	11,5%
Diffuse	26	1	3,8%
<i>Unilatérale</i>	21	6	28,6%
<i>Bilatérale</i>	21	13	61,9%
Description type :	25		
Pulsatile	25	15	60,0%

LEROUX Amélie

Brûlure	25	2	8,0%
Piqûre	25	1	4,0%
Pression	25	6	24,0%
Autre	25	1	4,0%
Retentissement (activités) :	26		
Aucun	26	0	0,0%
Modéré (Arrêt de certaines activités)	26	4	15,4%
Important (Arrêt de toutes les activités: s'allonge, s'assoit)	26	18	69,2%
Variable	26	4	15,4%
Signes associés :	26	23	88,5%
Photophobie	23	18	78,3%
Nausées	23	15	65,2%
Phonophobie	23	14	60,9%
Pâleur	23	12	52,2%
Vomissements	23	11	47,8%
Sensation vertigineuse	23	9	39,1%
Douleur abdominale	23	8	34,8%
Rougeur	23	2	8,7%
Larmoiement	23	2	8,7%
Somnolence	23	1	4,4%
Agitation	23	1	4,4%
Myosis	23	1	4,4%
Mydriase	23	1	4,4%
Rhinorrhée	23	0	0,0%
Aura :	26		
Oui	26	7	26,9%
Non	26	19	73,1%
Ne sait pas	26	0	0,0%
Durée de l'aura :	7		
< 5 minutes	6	1	16,7%
5 à < 60 minutes	6	2	33,3%
> 60 minutes	6	3	50,0%
Ne sait pas	6	0	0,0%

<p>AUTEUR : Nom : Leroux Prénom : Amélie Date de Soutenance : le 10 Avril 2018 Titre de la Thèse : Etude prospective descriptive chez les enfants et adolescents consultant pour céphalées aux urgences pédiatriques du CHRU de Lille pendant un an. Thèse - Médecine - Lille 2018 Cadre de classement : Pédiatrie. DES + spécialité : Pédiatrie Mots-clés : Céphalées, migraine, enfant, adolescent, urgences, étiologies.</p>
<p>Contexte: Malgré la prévalence élevée des céphalées pédiatriques, peu d'études leur ont été consacrées dans le cadre des urgences. L'objectif était d'analyser les caractéristiques cliniques, la prise charge diagnostique et thérapeutique des enfants et adolescents consultant aux urgences pour céphalées.</p> <p>Méthode: Etude prospective, unicentrique par questionnaire des patients consultant pour céphalées aux urgences pédiatriques du CHRU de Lille pendant un an.</p> <p>Résultats : Cent vingt-six patients ont été inclus. Les patients consultant avaient en moyenne 10,44 ans ($\pm 3,34$). Ils avaient déjà consulté auparavant (64,5%). Le motif d'urgence ressentie était de 44%. Leur profil temporel était principalement à type de céphalée aiguë (65,1%) ou céphalées aiguës récurrentes (38,1%). L'examen neurologique était normal (84,9%). Ils bénéficiaient pour beaucoup d'examens paracliniques (25%) : l'imagerie cérébrale était la prescription la plus fréquente (17,6%). Un recours à un avis neuropédiatrique spécialisé concernait presque la moitié des patients (49,6%). Les consultations débouchaient souvent sur une hospitalisation (25,4%). Les principaux diagnostics étaient : la migraine (42,4%) (sans aura, avec aura, état de mal migraineux) et les céphalées secondaires (25,6%). Les caractéristiques de la migraine étaient celles connues chez l'enfant et l'adolescent. L'état de mal migraineux était un diagnostic fréquent dans l'étude (12,8%). Les étiologies des céphalées secondaires étaient d'origine infectieuse (34,4%) ou post-traumatique (28,1%). Les diagnostics étaient bénins (96,8%). Le traitement prescrit était : les AINS (57,1%), l'amitriptyline (22,2%), le paracétamol (16,7%). Celui-ci était efficace pour 31,1% des patients.</p> <p>Conclusion : Les enfants et adolescents consultent aux urgences pour des céphalées aiguës. La migraine et les céphalées secondaires sont les plus fréquentes. Notre étude sensibilise sur l'importance du profil temporel.</p>
<p>Composition du Jury : Président : Monsieur le Professeur Alain MARTINOT Asseseurs : Madame le Professeur Sylvie NGUYEN, Monsieur le Professeur François DUBOS, Madame le Docteur Françoise BOIDEIN Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jean Christophe CUVELLIER</p>