

2 & 3 décembre 2022

Bordeaux • Hôtel Pullman



**22<sup>èmes</sup> Journées**  
**d'Urgences Pédiatriques**  
**du Sud-Ouest**  
Interface ville ■ hôpital



# Céphalées et hypertension intrâ-cranienne

## Sébastien CABASSON

### PH pédiatrie CH de Pau

# Généralités

- Symptôme fréquent (75 % des enfants à 15 ans)
- Bénin dans l'immense majorité des cas
- Savoir reconnaître une Hypertension intracrânienne (HTIC) en urgence
- Connaître les « drapeaux rouges » (ou « *red flags* »)
- A l'issue de la consultation, on doit pouvoir distinguer si le patient présente des céphalées **aigües** ou **chroniques**, et des céphalées **primaires** ou **secondaires**

# Caractérisation des céphalées

- **1-Type et localisation des céphalées** : souvent difficile pour les jeunes enfants. La douleur peut être en étau, pulsatile, à type de brûlure... son siège : douleur péri-orbitaire, holocrânienne, hémicrânienne, occipitale...
- **2-Intensité** : l'échelle visuelle analogique ou des échelles d'autoévaluation avec lesquelles le praticien est à l'aise seront utilisées
- **3-Durée et rapidité d'installation**
- **4-Éléments associés** : fièvre, modifications cutanées locales, vomissements...
- **5-Facteur déclenchant** : bruit, chaleur, odeur...**ou apaisant** : sommeil...
- **6-Rythmicité et horaire** : plutôt vespérales, plutôt matinales, insomniantes...
- **7-Traitements** éventuellement essayés ; efficacité respective de chaque molécule

# Examen clinique

- Antécédents : médicaux, neurochirurgicaux, ttt en cours...
- Score de Glasgow, fonctions neurologiques supérieures
- Tension artérielle +++, en rapportant aux abaques en fonction de l'âge
- Examen neurologique : ataxie ? Atteinte paires crâniennes ? Déficit? Syndrome pyramidal? Fontanelle et PC chez le bébé?
- Examen ophtalmologique : anisocorie, paralysie oculo-motrice, BAV, nystagmus ?

# Autres anomalies ophtalmologiques



# Le Fond d'œil dans la suspicion d'HTIC

*Prog Retin Eye Res.* 2016 January ; 50: 108–144. doi:10.1016/j.preteyeres.2015.10.001.

## PATHOGENESIS OF OPTIC DISC EDEMA IN RAISED INTRACRANIAL PRESSURE

Sohan Singh Hayreh, MD, MS, PhD, DSc, FRCS, FRCOphth (Hon)

Department of Ophthalmology and Visual Sciences, College of Medicine, University of Iowa, Iowa City, Iowa, USA

- L'œdème papillaire peut n'apparaître qu'après 24h... et l'ophtalmologue également
- Sa pathogénie est complexe +++
- Ne pas négliger les séquelles potentielles de l'HTIC sur le nerf optique
- *A contrario*, tous les œdèmes papillaires n'ont pas un lien avec une HTIC : causes inflammatoires (**NORB, uvéites postérieures...**), infectieuses (**choriorétinites...**) , vasculaires

# Les drapeaux rouges



- Céphalées **postérieures**
- Céphalées **matinales émétisantes**
- Céphalées **brutales, intenses**, ou inhabituelles chez un céphalalgique chronique
- Céphalées **progressivement croissantes** sur quelques jours ou semaines
- Céphalées s'accompagnant d'un **examen neurologique ou ophtalmologique anormal** –œdème papillaire, paralysie oculomotrice du III ou du VI, nystagmus
- Céphalées **fébriles**

# Imagerie cérébrale ?

L'IRM est l'examen de référence  
Mais il nécessite une sédation jusqu'à 5-6 ans et il n'est pas disponible rapidement partout  
Le scanner est irradiant+++  
Il ne dépiste pas toutes les anomalies  
Mais il est facile à faire...

## Tableau 5. Indications de la neuro-imagerie dans les céphalées de l'enfant

- Une imagerie cérébrale est indiquée dans les cas suivants :
  - examen neurologique anormal ;
  - crises migraineuses complexes ou atypiques ;
  - crises de plus en plus rapprochées ;
  - vomissements matinaux en jet ;
  - modifications du comportement ;
  - difficultés d'apprentissage.
- Mais aussi en cas :
  - d'anxiété irrépressible des parents/du médecin ;
  - d'âge < 6 ans ?

N.B. : L'IRM fait des trouvailles fortuites chez environ 10% des enfants migraineux : kystes arachnoïdiens, espaces de Virchow-Robin dilatés, anomalies veineuses, petites cicatrices gliales, qui sont des sources supplémentaires d'inquiétude pour les parents.



# F., garçon 13 ans

## **Histoire de la maladie :**

depuis 11H ce matin céphalées + confusion  
a appelé son père pour lui dire qu'il n'allait pas bien  
à l'arrivée du père sur place: se plaint de céphalées, confus  
plusieurs épisodes de vomissements dans l'AP

pas de fièvre au domicile, pas de TC récent

ATCD familiaux: AVC ischémique père et hémorragique grand père

Patient pris en charge par

le : 15/05/2022 13:47

## **Examens cliniques :**

EXAMEN CLINIQUE du 15/05/2022 17:37 par

à la PEC initiale (13H30-14H):

désorienté dans le temps et l'espace

réponse à côté

aphasie d'expression

mydriase bilatérale symétrique réactive

pas de déficit moteur

paires crâniennes normales

vomissements, céphalées

pas d'ataxie, pas de dysmétrie

ROT +/-

nuque souple

Scanner et IRM normaux

LCR normal

Interrogatoire repris : marche

migraineuse typique

Diagnostic de migraine avec aura

# Les migraines

- **Critères diagnostiques de migraine sans aura (ICHD III)**

***Critères diagnostiques :***

- A. Au moins cinq crises<sup>1</sup> répondant aux critères B-D
- B. Crises de céphalée durant 4 à 72 heures (sans traitement ou avec un traitement inefficace)<sup>2,3</sup>
- C. Céphalée ayant au moins deux des quatre caractéristiques suivantes :
  1. topographie unilatérale
  2. type pulsatile
  3. intensité douloureuse modérée ou sévère
  4. aggravée par ou entraînant l'évitement de l'activité physique de routine (*par ex.*, marche ou montée des escaliers)
- D. Durant la céphalée, au moins l'un des symptômes suivants :
  1. nausées et/ou vomissements
  2. photophobie et phonophobie
- E. N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3

# Les migraines (suite)

- **Critères diagnostiques migraine avec aura (ICHD-III)**

***Description:***

Crises récurrentes, durant plusieurs minutes, de symptômes unilatéraux totalement réversibles, visuels, sensitifs ou autres, qui se développent habituellement de façon graduelle et sont généralement suivis par la céphalée et les signes associés de la migraine.

***Critères diagnostiques:***

- A. Au moins deux crises répondant aux critères B et C
- B. Au moins un symptôme entièrement réversible d'aura :
  1. visuel
  2. sensitif
  3. parole et/ou langage
  4. moteur
  5. tronc cérébral
  6. rétinien
- C. Au moins trois des six caractéristiques suivantes :
  1. au moins un symptôme d'aura se développe progressivement sur  $\geq 5$  minutes
  2. deux ou plusieurs symptômes d'aura surviennent successivement
  3. chaque symptôme d'aura dure 5-60 minutes<sup>1</sup>
  4. au moins un symptôme d'aura est unilatéral<sup>2</sup>
  5. au moins un symptôme d'aura est positif<sup>3</sup>
  6. l'aura est accompagnée, ou suivie dans les 60 minutes, d'une céphalée
- D. N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3.

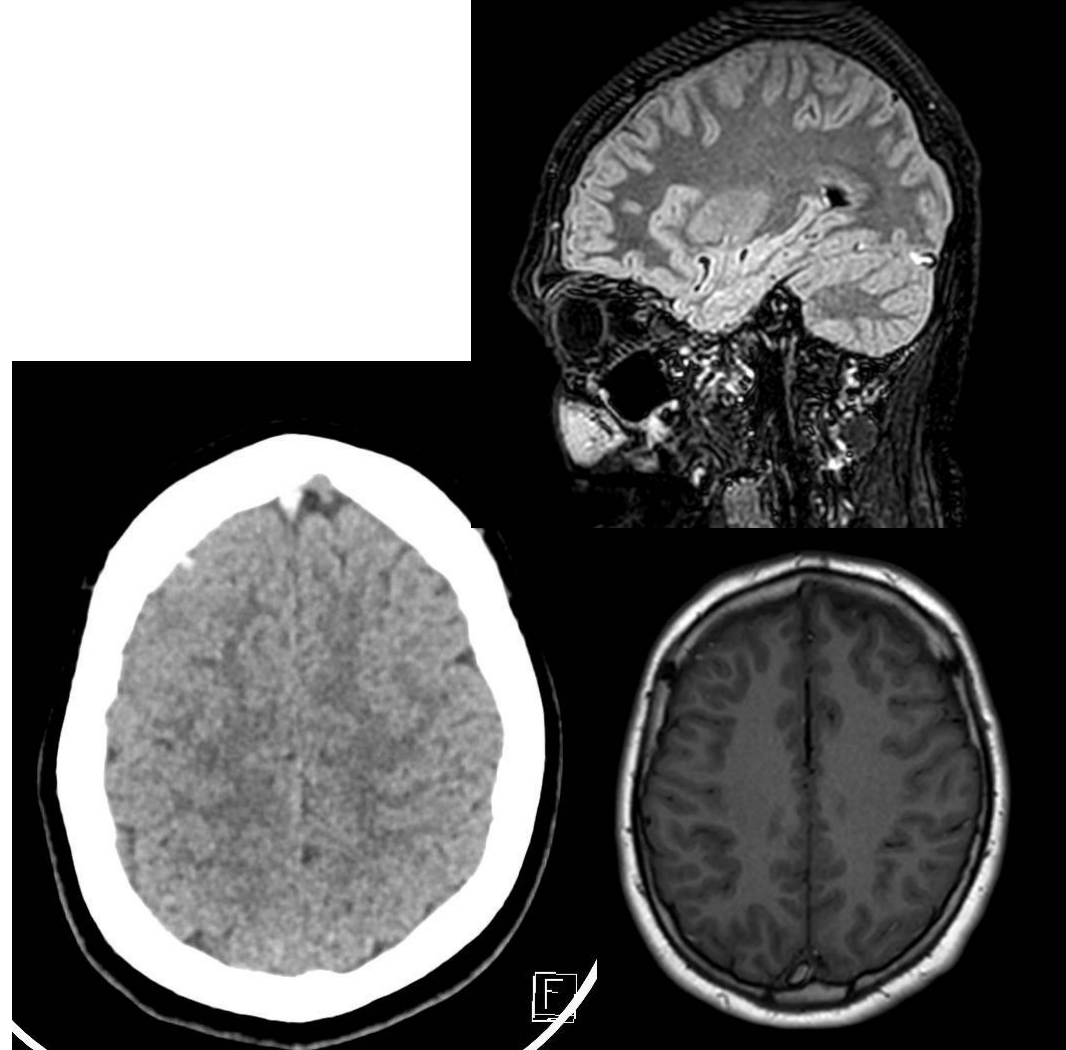
# Les migraines (suite)

- Traitement de la crise : le bon médicament, à bon escient
- **Attention aux prises répétées d'antalgiques palier I ou II qui peuvent conduire assez rapidement aux Céphalées Quotidiennes par Abus d'Antalgiques**
- Au long cours : relaxation, auto-hypnose, sophrologie...
- Hyperventilation
- Boissons caféinées
  - Education thérapeutique +++

# R., garçon, 15 ans

- LAL B
- Induction chimiothérapie
- Céphalées
- Puis deux crises épileptiques
- Diagnostic ?

Thrombophlébite cérébrale  
(Asparaginase)  
Diag diff : PRES syndrome



# A., garçon, 3 ans

## HISTOIRE DE LA MALADIE :

Apparition de céphalées le 16/04/2020, associées secondairement à des vomissements.

Consultations médicales le 17 et 18/04, retour à domicile avec diagnostic de virose.

Nouvelle consultation aux urgences pédiatriques le 19/04 devant la persistance des céphalées hyperalgiques et des vomissements et un malaise avec perte de connaissance.

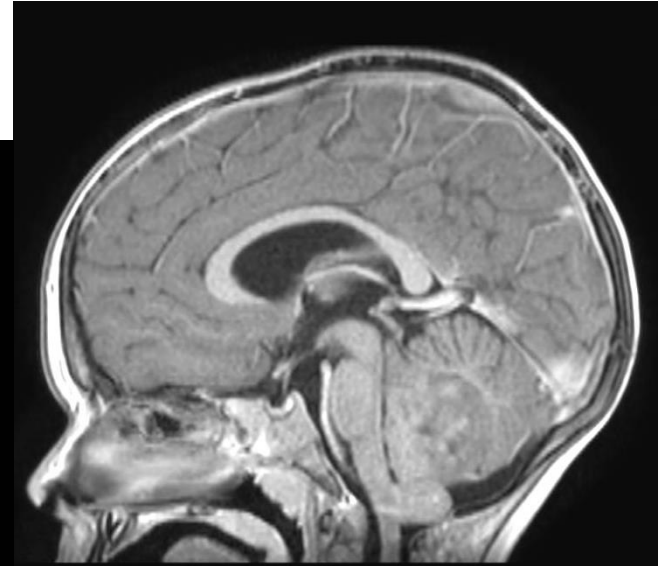
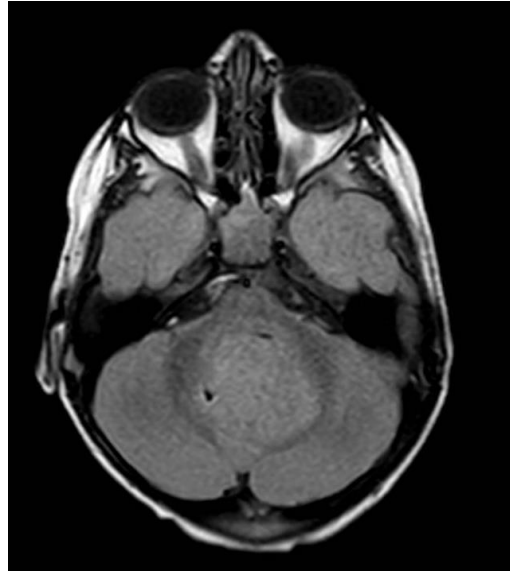
## EXAMEN CLINIQUE A L'ARRIVEE AUX URGENCES PEDIATRIQUES:

Altération de l'état général, avec asthénie, pâleur et déshydratation clinique.

Perte d'1kg depuis le début de la semaine : 16kg

TA 95/58 FC 69/min T°36,5]

Médulloblastome



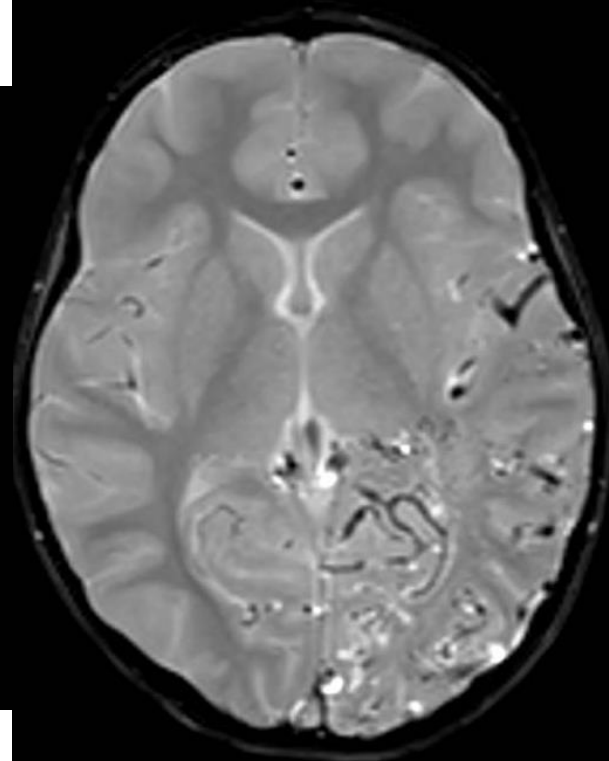
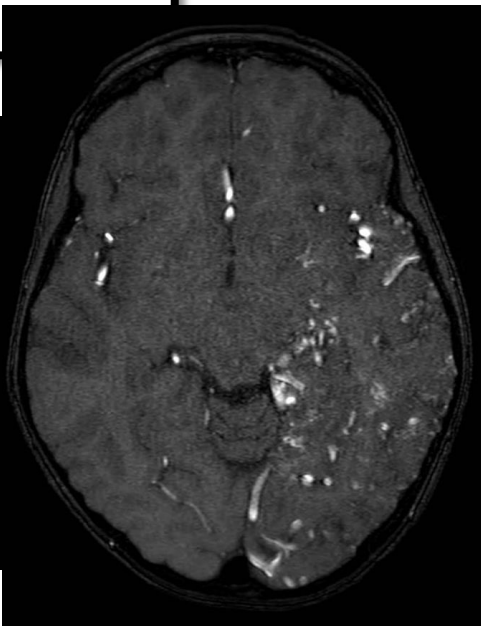
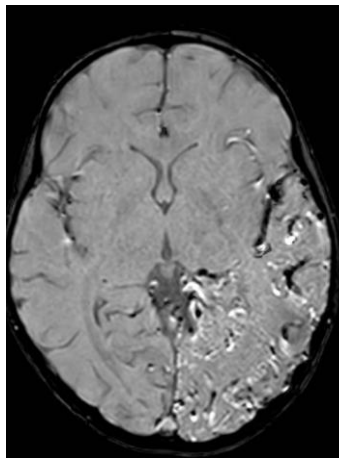
### **Conclusion médicale ZSTCD :**

deshydratation  
contexte de 2<sup>e</sup> épisode de migraine ? déclenché par douleur oculaire, insister sur correction hypermétropie (port des lunettes)  
cétose de jeune avec céphalées probable également (T°38, virose ?)  
bio, rehydrat => NFS, iono, fctio rénale normaux, CRP neg  
mieux apres rehydrat, moins cerné, pas de céphalées  
a mangé une compote bien toléré  
EG ok, courbes harmonieuses

=> 2<sup>e</sup> eme epiosde de migraine, contexte viral ?  
=> IrM cerebrale à dist ds le contexte de migraine (examen neuro normal donc pas en urgence), calendrier des crises et suivi avec medecin triatnt  
=> advil des le debut des cephalées ou des douleurs oculaires  
=> bien porter lunettes  
=> à revoir si évolution défavorable

**C., fille  
5 ans**

**Angiopathie  
proliférative  
cérébrale**



### **Conclusion SAU :**

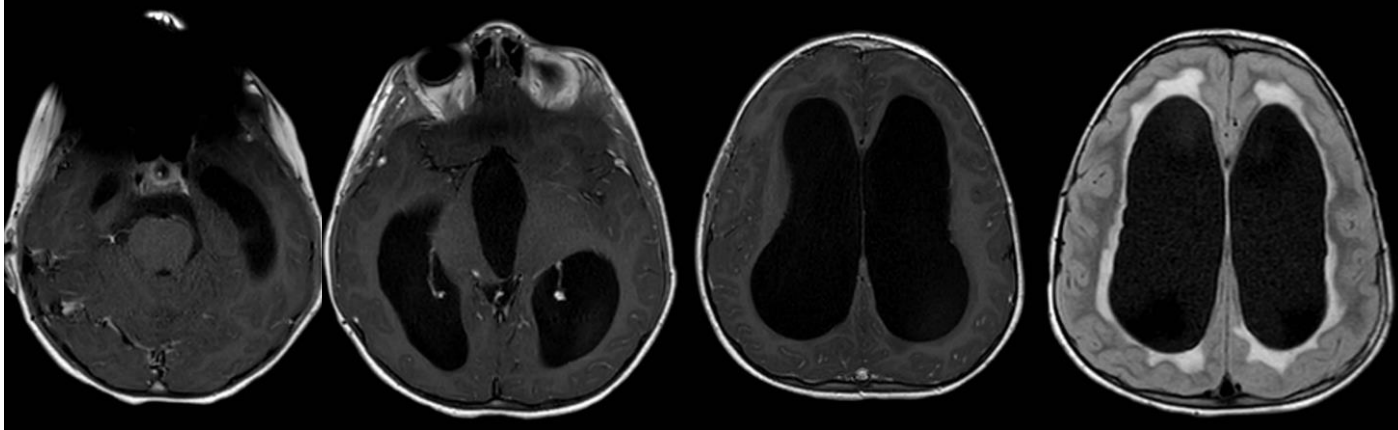
migraine  
ex neuro neg  
revoir ophthalmolo  
faire calendrier migraine  
bien soulagée par 1.5 dose advil, à reprendre dans 6 h  
seul point dérangerant = pas de migraine retrouvée dans la famille

**Diagnostic principal : G439\_Migraine, sans précision [P]**

# Ela, 8 ans

- Asthénie, céphalées, ataxie

Tumeur de la lame tectale  
Hydrocéphalie par compression de l'aqueduc de Sylvius





K., 12 ans

**HISTOIRE DE LA MALADIE :**

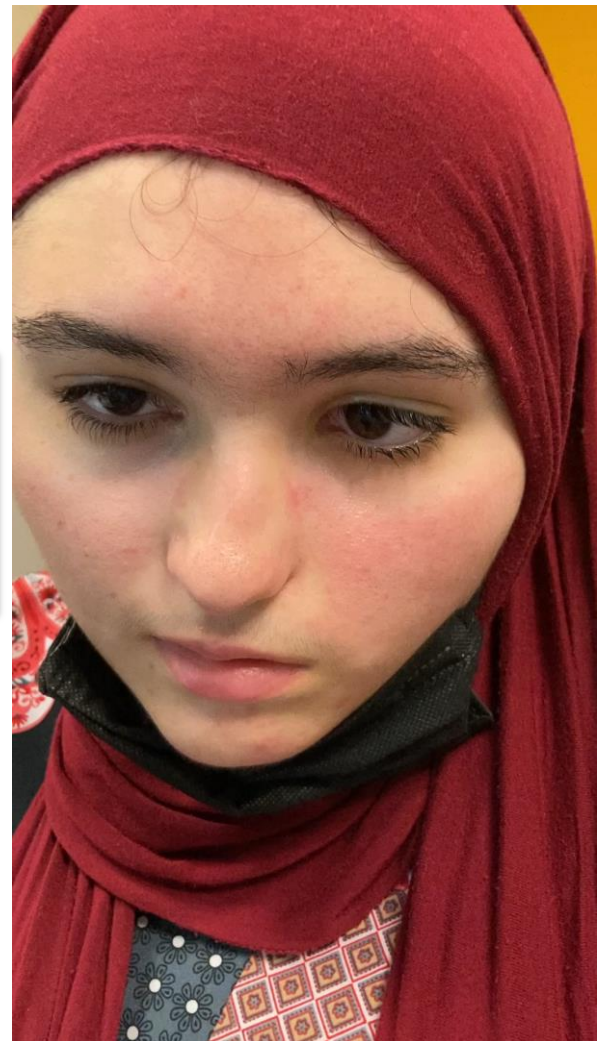
Altération de l'état général avec amaigrissement de 6 kg évoluant depuis mai 2017 avec apparition de céphalées matinales traitées de manière symptomatique par un anti migraineux.

Apparition en juillet 2017 d'une baisse d'acuité visuelle avec des vomissements matinaux.

Apparition en septembre d'une ataxie associée à un nystagmus dans le regard latéral à gauche, des pupilles en semi mydriase peu réactives, une altération de l'acuité visuelle sur un probable oedème papillaire, il n'y avait pas de déficit moteur ni de syndrome pyramidal.

Le scanner cérébral réalisé le 22/09/2017 objectivait une volumineuse masse tissulaire de la fosse postérieure.

Astrocytome pilocytique



N., 5 ans

Céphalées, matinales

Plutôt courte durée

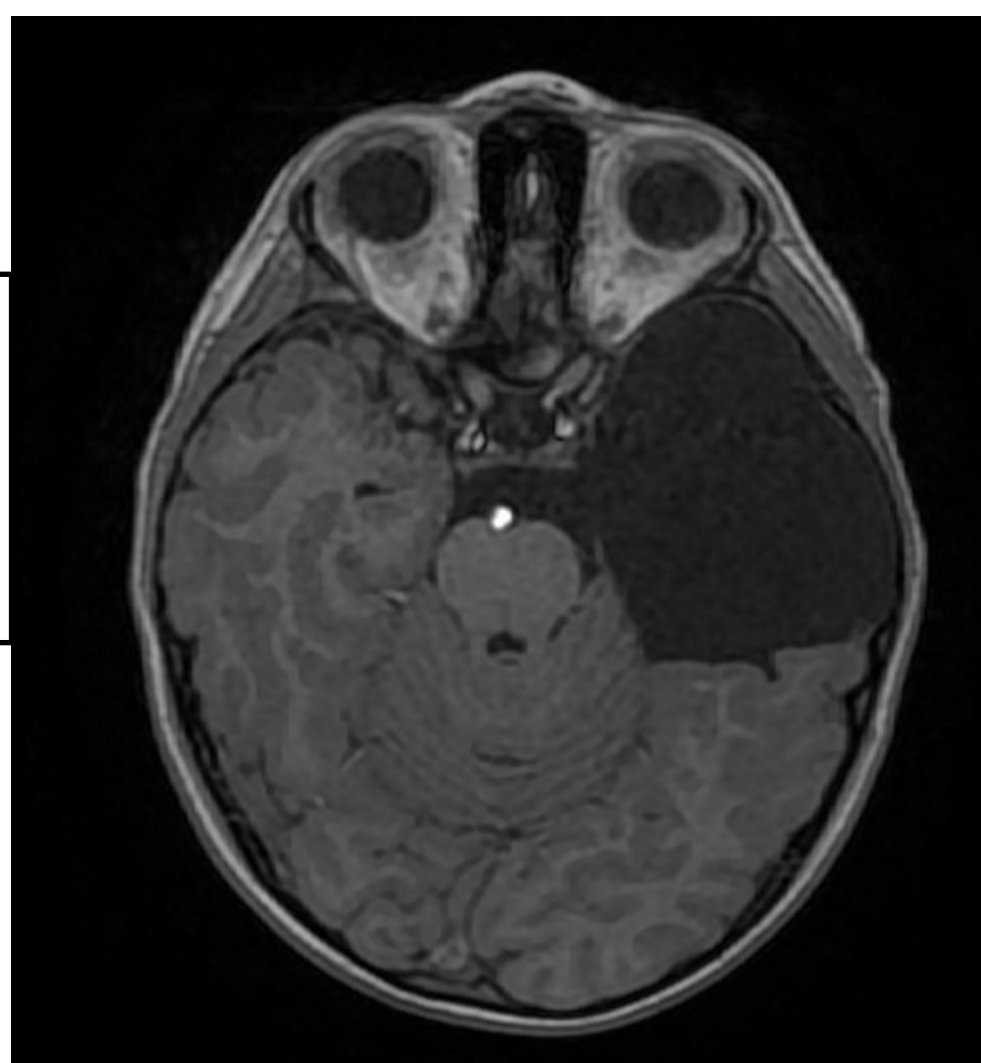
Non insomniantes

S'aggravant depuis un trauma crânien bénin

Vu aux urgences : examen neuro normal

IRM en externe

Volumineux kyste  
arachnoïdien



# R., 2 ans

## Histoire de la maladie :

chute du canapé vers 13H (papa et tante présents sur place)  
TC temporal droit, pleurs immédiats  
activités habituelles par la suite  
au repas du soir vers 18H, plus somnolente puis vomissements\*3  
à l'arrivée aux urgences, glasgow 12 -> mise en SAUV  
hemocue 12, dextro 1,28

## Examens cliniques :

EXAMEN CLINIQUE du 14/12/2020 22:31 par  
glasgow 8 fluctuant (Y2V2M4), initialement glasgow 12  
réagit aux stimulus douloureux  
mobilisation des 4 membres à la douleur  
baillement  
pupilles intermédiaires réactives symétriques  
oeil droit regard dévié vers la droite  
pas de plaie ni d'impact crânien  
pas d'otorragie, pas d'otorrhée  
hémodynamique stable  
sat 98% en AA, auscultation: MV +/-  
VA libres, pas de CE intrabuccale

apparition d'une anisocorie droite>gauche vers 20H

TDMc: hématoxe extra dural de la convexité droite, pas de fracture, taille 88mm en axial, 32mm d'épaisseur et 8cm de diamètre craio-caudal, hyperdensité spontanément dense avec engagement falcorielle gauche et déviation des structures médianes de 11mm

IOT devant les troubles de la conscience à 20H30



## J., 13 ans

- Atcd : obésité 111 kg pour 163 (IMC 43)
- Apparition depuis 6 mois de céphalées occipitales ou en casque intermittentes soulagées partiellement par le Paracétamol, associées à une baisse de l'acuité bilatérale progressive.
- Dr G., ophtalmo à Pau : myopie bilatérale nécessitant le port de correction. Au fond d'oeil, œdème papillaire de l'OG mais également un œdème papillaire débutant au niveau de l'OD

# Hypertension intracrânienne « idiopathique »

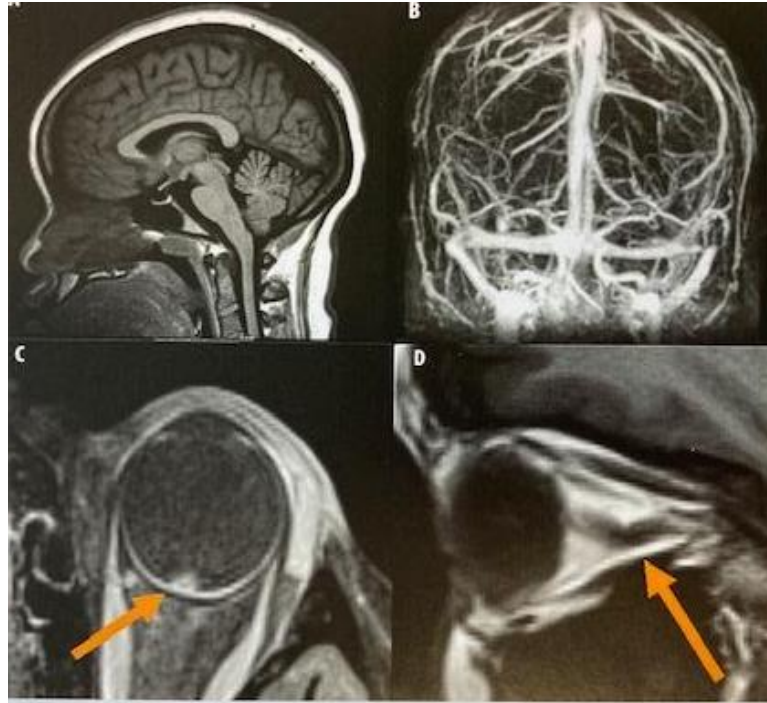


Figure 3. Anomalies IRM au cours de l'HTICI.  
A. Selle turcique vide. B. Sténose du sinus transverse gauche. C. Protrusion de la papille optique. D. Tortuosité verticale du nerf optique.

# Conclusion

- Les migraines de l'enfant, ça existe !
- Les diagnostics rares et graves, ça existe (mais heureusement pas souvent) !
- Le contexte est souvent parlant !
- Il faut bien connaître les signes d'alerte types « drapeaux rouges » !
- L'imagerie ne doit pas être systématique !
- Le cas échéant on essaiera de se passer du scanner et de privilégier l'IRM sauf si c'est une urgence extrême!



2 & 3 décembre 2022

Bordeaux • Hôtel Pullman



# 22<sup>èmes</sup> Journées d'Urgences Pédiatriques du Sud-Ouest

Interface ville ■ hôpital



[www.jupso.fr](http://www.jupso.fr)

