

# ITEM 100 (ex-98) : CÉPHALEES INHABITUELLES AIGUËS ET CHRONIQUES DE L'ADULTE ET DE L'ENFANT

<p><b>Céphalée</b> = toute plainte douloureuse centrée sur la région crânienne : motif fréquent de consultation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Céphalées primaires</b> = sans lésion causale sous-jacente (migraine, céphalée de tension, céphalée chronique quotidienne) : très fréquentes, évolue de façon récurrente et chronique dans la majorité des cas → diagnostic uniquement clinique</li> <li>- <b>Céphalées 2<sup>ndr</sup></b> = lésion locale ou générale sous-jacente : généralement céphalées récentes et inhabituelles → exploration</li> </ul>			
Clinique	Caractéristiques	<p>= <b>Début</b> (soudain ou progressif), <b>durée</b> (heures, jours, mois, années = aiguë ou chronique), <b>atcd de céphalées</b>, (céphalée inhabituelle ou nouvelle crise) et <b>évolution</b> (aggravation, stable, amélioration spontanée, récurrences)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Céphalées récentes à début soudain ou d'aggravation progressive</b> : évocatrice de céphalées 2<sup>ndr</sup></li> <li>- <b>Céphalées chroniques paroxystiques ou quotidiennes</b> : évocatrice de céphalées primaires</li> <li>→ L'apparition des céphalées récentes inhabituelles chez un patient avec céphalées chroniques doit faire entreprendre des explorations complémentaires</li> <li>- Autres : <b>facteurs favorisants, siège, type de douleur, intensité, fréquence/durée des crises, signes associés</b></li> </ul>	
	SC	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen général : PA, température, auscultation cardiaque (souffle), examen cutané (purpura)</li> <li>- Examen neurologique : raideur méningée, signes de focalisation, examen des pupilles (myosis, mydriase, syndrome de Claude Bernard-Horner), acuité visuelle, champ visuel, examen du FO (œdème papillaire)</li> <li>- Examen locorégional : artères temporales &gt; 50 ans (Horton), auscultation cervicale, examen des sinus, palpation des muscles cervicaux (contracture)</li> </ul>	
Orientation diagnostique	→ Toute <b>céphalée récente (soudaine ou progressive)</b> et <b>inhabituelle</b> doit être considérée comme une urgence		
	Céphalée récente	A début soudain	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A discuter en 1<sup>er</sup> : <b>hémorragie sous-arachnoïdienne, méningite, HTIC aiguë, syndrome de vasoconstriction cérébrale, 1<sup>ère</sup> crise de migraine</b></li> <li>- Autre : <b>hématome cérébral, dissection cervicale, glaucome aigu, sinusite aiguë</b></li> </ul>
		D'aggravation progressive	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>HTIC subaiguë : tumeur, abcès, hématome sous-dural...</b></li> <li>- Autre : <b>thrombose veineuse cérébrale, méningite subaiguë, maladie de Horton</b></li> </ul>
	Céphalée chronique	Continue	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Céphalées de tension, abus d'antalgiques, post-traumatiques, cervicalgies chroniques</b></li> <li>- Autres : <b>hyperviscosité sanguine, insuffisance respiratoire...</b></li> </ul>
Paroxystique		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Migraine</b> (cause la plus fréquente), <b>malformation artérioveineuse, névralgie d'Arnold</b>, céphalées essentielles diverses (<b>céphalées d'effort, toux, coïtale, au froid...</b>)</li> </ul>	
Examens complémentaires	Scanner cérébral sans injection	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Céphalée brutale : - Hyperdensité spontanée des espaces sous-arachnoïdiens : <b>hémorragie méningée</b></li> <li>- Hyperdensité du parenchyme cérébral/cérébelleux : <b>hématome parenchymateux</b></li> <li>- Céphalée récente progressive : <b>processus expansif ou hydrocéphalie</b></li> <li>- En l'absence de cause évidente : compléter par un <b>scanner injecté</b> ou une <b>IRM</b></li> <li>→ Un scanner cérébral normal ne permet pas d'écarter une cause lésionnelle : <b>7%</b> des hémorragies méningées, <b>30%</b> des thromboses veineuses cérébrales, la quasi-totalité des dissections cervicales au stade aigu et la quasi-totalité des méningites</li> </ul>	
	IRM cérébrale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suspicion de <b>thrombose veineuse cérébrale</b></li> <li>- Diagnostic de <b>dissection artérielle</b> (imagerie vasculaire cervicale), de <b>nécrose ou d'hémorragie hypophysaire, d'hypotension intracrânienne</b> ou de <b>pachyméningite, d'HSA après 24h.</b></li> </ul>	
	Autres imageries cérébrales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Imagerie des artères intracrâniennes = angioscanner ou angio-IRM</b> : anévrisme rompu (hémorragie méningée) ou non rompu (suspicion de fissuration), vasospasme</li> <li>- <b>Imagerie des artères cervicales = angioscanner ou angio-IRM</b> : dissection cervicale</li> <li>- <b>Angiographie cérébrale conventionnelle</b> très rarement indiquée : hémorragie méningée (traitement endovasculaire d'un anévrisme), suspicion de thrombose veineuse avec IRM normal ou suspicion d'angiopathie cérébrale aiguë ou d'angéite cérébrale non visible à l'angioscanner/IRM</li> </ul>	
	Ponction lombaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>En 1<sup>ère</sup> intention</b> (avant toute imagerie cérébrale) <b>si syndrome méningé fébrile</b>, en l'absence de troubles de la conscience, de signes neurologiques focaux, d'infection locale et de trouble de l'hémostase sévère</li> <li>- <b>Après un scanner normal</b> devant toute céphalée récente et inhabituelle brutale ou progressive : recherche d'une hémorragie sous-arachnoïdienne (LCS hémorragique) ou d'une méningite</li> <li>- <b>Mesure de pression au manomètre ou par tubulure</b> : patient en décubitus latéral, abdomen non contracté, avant soustraction de liquide → N = <b>10-20 cm d'eau</b>, HTIC si &gt; <b>25 cm</b> (adulte) ou <b>28 cm</b> (enfant)</li> </ul>	
	Autres	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Examen ophtalmologique</b> : recherche d'un œdème papillaire (HTIC) ou d'une atteinte ophtalmologique</li> <li>- <b>Scanner des sinus et examen ORL</b> : si suspicion de pathologie ORL</li> </ul>	

Pathologie intracrânienne et méningée	<b>Hémorragie sous-arachnoïdienne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>= <b>10 à 30%</b> des céphalées soudaines : apparition explosive (en « coup de tonnerre »), très intense, pouvant régresser totalement en cas d'<b>hémorragie méningée de faible abondance</b> (céphalée « sentinelle » d'une rupture d'anévrysme) ou de <b>syndrome fissuraire d'une MAV</b></li> <li>- <b>Scanner cérébral</b> en urgence (Se = 90% dans les 24h, 50% la 1<sup>ère</sup> semaine)</li> <li>- <b>IRM</b> (FLAIR et T2* écho de gradient : meilleure sensibilité)</li> <li>- <b>PL</b> en urgence : devant toute céphalée « explosive » avec imagerie cérébrale normale</li> <li>- Imagerie vasculaire : <b>angioscanner, angio-IRM, artériographie cérébrale</b></li> </ul>	
	<b>Thrombose veineuse cérébrale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>= Céphalée habituellement récente et progressive : quasi-constante, associée à d'autres signes d'HTIC ou parfois isolées (2-3%)</li> <li>- <b>Signes focaux bilatéraux</b> et à <b>bascule</b>, contexte (femme jeune, post-partum...)</li> <li>- <b>Imagerie cérébrale + imagerie du système veineux</b> (IRM ou angioscanner veineux)</li> <li>- Complication : <b>infarctus veineux</b> avec lésion œdémateuse souvent hémorragique</li> <li>- TTT : - <b>Anticoagulant</b> en urgence (même en cas de suffusion hémorragique)</li> <li>- <b>PL évacuatrice</b> (avant le traitement anticoagulant) possible en cas d'HTIC</li> </ul>	
	Cause vasculaire	<b>Hématome/infarctus cérébral</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Céphalée aiguë fréquente</b>, notamment en cas d'<b>hématome intraparenchymateux</b>, surtout de localisation cérébelleuse, association quasi-constante à un <b>déficit focal</b></li> </ul>
		<b>Syndrome de vasoconstriction cérébrale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>= <b>Angiopathie cérébrale aiguë réversible</b> : cause fréquente de céphalée soudaine</li> <li>- <b>Céphalées « en coup de tonnerre »</b>, durant 5 minutes à plusieurs heures, possiblement répétées <b>en salves</b> durant <b>1 à 3 semaines</b></li> <li>- Possiblement accompagnée de <b>déficits focaux</b> et de <b>crises comitiales</b></li> <li>- Contexte évocateur : post-partum ++, rapport sexuel, prise de vasoconstricteur (dérivé ergoté, antidépresseur ISRS, cannabis)...</li> <li>- Complication : <b>hémorragie</b> ou <b>infarctus cérébral, hémorragie méningée</b></li> <li>- <b>Angio-IRM/angioscanner</b> : rétrécissements artériels intracrâniens diffus et segmentaires, réversibles en 1 à 3 mois</li> <li>- TTT : repos, <b>inhibiteur calcique = nimodipine</b></li> </ul>
		<b>Encéphalopathie hypertensive/éclampsie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>= <b>Leuco-encéphalopathie postérieure réversible (PRESS)</b> :</li> <li>- Contexte : <b>HTA maligne, prééclampsie, toxique...</b></li> <li>- Tableau aigu/subaigu : <b>céphalées, troubles visuels</b> (HLH, cécité corticale), <b>crises comitiales</b></li> <li>- <b>IRM</b> : hypersignaux de la SB, principalement postérieurs, par <b>œdème vasogénique</b></li> <li>- Evolution favorable avec le traitement de la cause</li> </ul>
		<b>Nécrose pituitaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>= <b>Céphalée brutale</b> associée à des <b>troubles visuels</b>, diagnostic à l'<b>IRM</b></li> </ul>
	<b>Processus expansif intracrânien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>= <b>Céphalées par hypertension intracrânienne</b> : céphalée récente, souvent progressive</li> <li>- Exagération par l'effort et la position couchée</li> <li>- <b>Vomissements</b>, pouvant soulager temporairement la céphalée</li> <li>- <b>Œdème papillaire bilatéral</b> au FO (inconstant)</li> <li>- Signes parfois associés : <b>ralentissement psychique, diplopie</b> (atteinte uni- ou bilatérale du VI, sans valeur localisatrice)</li> <li>- « <b>Eclipses</b> » <b>visuelles</b> = trouble bilatéral transitoire de la vision : tardif, de signification péjorative</li> <li>- <b>IRM</b> ou <b>scanner injecté</b> : hydrocéphalie, abcès, tumeur primitive ou 2<sup>ndre</sup>, hématome sous-dural...</li> </ul>	
	<b>HTIC bénigne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>= Syndrome d'HTIC sans processus expansif à l'imagerie → diagnostic d'élimination</li> <li>- Contexte évocateur : <b>jeune femme obèse</b> (prise de poids), prise de <b>corticoïdes, vitamine A, éclipses visuelles évocatrices</b></li> <li>- <b>PL avec prise de pression</b> (après imagerie) : confirmation de l'HTIC, soulagement de la céphalée</li> <li>- FO : œdème papillaire (principale complication : atrophie optique)</li> <li>- TTT : <b>PL soustractive, acétazolamide</b> (Diamox® : diurétique antihypertenseur), <b>perte de poids</b></li> </ul>	
	<b>Hypotension du LCS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>= Baisse de pression du LCS due à une <b>brèche durale iatrogène (PL, anesthésie péridurale, rachianesthésie, infiltration, neurochirurgie), traumatique</b> ou <b>spontanée</b></li> <li>- <b>Céphalées diffuses</b>, déclenchées à l'orthostatisme, disparaissant rapidement en 15 minutes en position allongée (syndrome post-PL), <b>progressive</b> (85%) ou <b>soudaine</b></li> <li>- Signes parfois associés : <b>acouphènes, nausées, diplopie</b> (paralysie du VI)</li> <li>- <b>IRM cérébrale</b> : rehaussement intense des méninges après injection de gadolinium, déplacement cranio-caudal des structures encéphaliques, parfois aspect collabé des ventricules</li> <li>- TTT : - <b>Caféine</b></li> <li>- <b>Injection péridurale de sang autologue (blood-patch)</b> : très efficace</li> <li>- Complication : <b>hématome sous-dural, thrombose veineuse cérébrale</b> → aggravation des céphalées, perte du caractère postural</li> </ul>	

Pathologie loco-régionale	Méningite et méningo-encéphalite	<p>= <b>Céphalée fébrile</b> avec <b>syndrome méningé</b> → oriente en urgence vers une méningite infectieuse</p> <p>= PL indispensable</p> <p>- <b>Méningo-encéphalite</b> : céphalée précédant les signes neurologiques focaux, les crises d'épilepsies et les troubles de vigilance</p> <p>- <b>Méningo-encéphalite lymphocytaire</b> : traitement antiherpétique (aciclovir) en urgence, avant confirmation virologique (recherche de l'HSV par PCR)</p>		
	Dissection artérielle	<p>= <b>Dissection de l'artère carotide interne</b> ou <b>vertébrale</b> : <b>cervicalgie</b> et/ou <b>céphalée</b>, à début brutal, ou parfois plus progressif</p> <p>- Signe associé de dissection carotidienne : <b>syndrome de Claude Bernard-Horner</b> par atteinte sympathique (myosis, ptosis, énoptalmie), <b>acouphène pulsatile</b>, <b>paralysie linguale (XII)</b></p> <p>- <b>Echo-Doppler</b> ou <b>angioscanner/angio-IRM</b> : rétrécissement artériel avec hématome de la paroi</p> <p>- En cas de dissection vertébrale intracrânienne: rechercher une <b>hémorragie méningée</b> par IRM et PL (risque de <b>rupture par dissection sous-adventielle</b>)</p>		
	Néuralgie d'Arnold	<p>= Conflit du <b>nerf occipital</b> avec la charnière osseuse :</p> <p>- Céphalée en éclair, déclenchée par les mouvements du cou</p> <p>- Partant de la charnière cervico-occipitale et irradiant en hémicrâne jusqu'à la région frontale</p>		
	Non neurologique	Glaucome aigu	<p>- <b>Douleur</b> à prédominance périorbitaire avec <b>œil rouge</b>, <b>trouble visuel unilatéral</b> (BAV, halos lumineux) et parfois <b>mydriase modérée aréactive</b></p> <p>- Diagnostic : mesure de la pression intraoculaire</p>	
		Sinusite aiguë	<p>- <b>Céphalées frontales</b>, souvent très intenses, ↗ en position tête penchée en avant et en position allongée, majorée à la pression des régions sinusiennes, <b>écoulement nasal purulent</b> (absent si sinusite « bloquée ») → <b>scanner des sinus</b></p>	
Affection rhumatologique		<p>= <b>Arthrose cervicale</b>, <b>séquelle de fracture/luxation d'une vertèbre cervicale</b>, <b>polyarthrite rhumatoïde</b> (luxation atloïdo-axoïdienne)</p> <p>- <b>Céphalées</b> généralement <b>postérieures</b>, <b>contractures musculaires paravertébrales</b> associées</p>		
Pathologie générale	Maladie de Horton	<p>= <b>Artérite temporale</b> : céphalée récente et inhabituelle chez un sujet &gt; 60 ans</p> <p>- <b>Céphalée en « lourdeur » temporale</b>, avec un fond continu et une recrudescence lors du contact de la région temporale ou du cuir chevelu</p> <p>- Signes associés : <b>artère temporale indurée</b>, <b>douloureuse et non pulsatile</b>, <b>AEG</b>, <b>pseudo-polyarthrite rhizomélique</b> (50% des cas), épisodes de <b>cécité monoculaire transitoire</b>, <b>infarctus cérébraux</b>, <b>claudication de la mâchoire</b> → risque immédiat de <b>cécité définitive</b></p>		
	Intoxication au CO	<p>= <b>Céphalée aiguë</b> ou <b>chronique</b> (90% des cas), précédant d'autres signes d'intoxications (<b>vertiges</b>, <b>étourdissements</b>, <b>troubles visuels</b>, <b>asthénie</b>, <b>sensation ébrieuse</b>)</p> <p>- ↗ du taux de carboxyhémoglobine (HbCO) : <b>céphalées intenses</b> avec <b>confusion</b>, voire <b>coma</b> si &gt; 30%</p> <p>- <b>Céphalée chronique</b> : notamment nocturne ou survenant à l'intérieur d'une pièce spécifique</p>		
	Autres	<p>- HTA</p> <p>- Polyglobulie</p> <p>- Hypercapnie</p> <p>- Hypoxie</p> <p>- Fièvre</p> <p>- Prise médicamenteuse : <b>contraception oestroprogestative</b>, <b>dérivé nitré</b>, <b>abus médicamenteux...</b></p>		
	TTT antalgique	<p>= <b>Traitement antalgique</b> non spécifique (<b>paracétamol</b>, <b>néfopam</b>) ± associé à un <b>antiémétique</b></p> <p>- Préférer la voie IV en cas de nausées et/ou vomissements</p> <p>- <b>Aspirine</b> et <b>AINS</b> à éviter : peuvent aggraver une hémorragie intracrânienne</p> <p>- <b>Sédatifs</b> à éviter : peuvent masquer des troubles de vigilance</p>		
TTT	TTT étiologique	Exacerbation aiguë de céphalée primaire	<p>- Traitement antalgique (AINS) + antiémétique (métoclopramide) IV</p> <p>- Isolement au calme dans un lieu sombre</p> <p>- En cas d'inefficacité des traitements habituels : rechercher une céphalée 2<sup>ndr</sup></p>	
		Céphalées 2 <sup>ndr</sup> graves = TTT de la cause	<p>- Méningite bactérienne : <b>antibiothérapie</b></p> <p>- Anévrisme : <b>embolisation</b>, <b>chirurgie</b></p> <p>- Maladie de Horton : <b>corticothérapie</b></p> <p>- Thrombose veineuse cérébrale : <b>anticoagulation efficace</b></p> <p>- Hydrocéphalie : <b>dérivation ventriculaire...</b></p>	

## HYPERTENSION INTRA-CRANIENNE

**HTIC** = augmentation de la pression intracrânienne > **15 mmHg** (chez l'adulte)

Physiopathologie	- <b>Boîte crânienne</b> = enceinte fermée, inextensible : <b>Pression intracrânienne (PIC)</b> normale = <b>10 mmHg</b> - Volume constant = <b>1400 mL</b> : <b>parenchyme cérébral</b> (88%), <b>LCR</b> (9%) et <b>vaisseaux</b> (3%)
	<p style="text-align: right;"><b>Courbe pression-volume</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>= Allure exponentielle</li> <li>- <b>Phase de plateau</b> : PIC stable malgré une augmentation du volume intracrânien par réduction des secteurs liquidiens (ventriculaires, sous-arachnoïdiens et espaces de Virchow-Robin), des espaces vasculaires (essentiellement veineux) et par compliance du système nerveux → phase de compensation</li> <li>- <b>Phase de décompensation</b> : augmentation rapide et importante de la PIC pour une augmentation faible de volume intracrânien</li> <li>→ La compliance augmente avec l'<b>âge avancé</b> et la <b>présence de sutures crâniennes ouvertes</b> (enfant)</li> </ul>
Physiopathologie	<p style="text-align: right;"><b>Perfusion cérébrale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Débit sanguin cérébral (DSC)</b> = <b>50 ml/min pour 100 g de substance cérébrale</b> = <b>700 ml/min</b></li> <li>→ La consommation en O<sub>2</sub> diffère entre : - <b>Substance grise</b> = <b>80 ml/min/100 g</b> - <b>Substance blanche</b> = <b>20 mg/min/100 g</b></li> <li>→ Représente <b>20%</b> de la consommation d'oxygène totale (pour 2% du poids corporel)</li> <li>- Proportionnel à la pression de perfusion cérébrale (PPC) : <b>PPC = PAM – PIC</b></li> <li>- Inversement proportionnel aux résistances vasculaires (RV) : <b>DSC = PPC/RV</b></li> <li>→ Jusqu'à une PPC de <b>40 mmHg</b>, le DSC est maintenu à un niveau suffisant par un phénomène d'auto-régulation qui diminue les résistances vasculaires par vasodilatation</li> </ul>
HTIC lente ou subaiguë	<p style="text-align: right;"><b>Céphalées</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Récente, inhabituelle, d'aggravation progressive</li> <li>- Surtout le matin au réveil ou en 2<sup>nd</sup>e partie de nuit</li> <li>- Par crises de siège variable, diffuse ou localisée, le plus souvent bitemporale, en étai, ou fronto-sous-occipitale, aggravée par les mouvements de tête</li> <li>- Augmentée par manœuvre de Valsalva : effort à glotte fermée, toux, défécation</li> <li>- Résistance aux antalgiques usuels</li> </ul>
	<p style="text-align: right;"><b>Vomissements</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>= Inconstants</li> <li>- A l'acmé des céphalées, en jet (ou en fusée), soulageant les céphalées</li> <li>- Parfois isolées : <b>forme pseudo-digestive d'HTIC</b> avec malaises digestifs ou nausées, surtout chez l'enfant (tumeur de la fosse postérieure)</li> </ul>
	<p style="text-align: right;"><b>Troubles visuels</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>= Tardifs, peut engager le pronostic visuel en cas d'évolution prolongée</li> <li>- Atteinte des <b>nerfs VI</b> : <b>diplopie horizontale</b>, sans valeur localisatrice</li> <li>- Atteinte des <b>nerfs II</b> : <b>gêne visuelle, impressions furtives de brouillards</b> obscurcissant la vue avec <b>éclipses visuelles, baisse d'acuité visuelle tardive</b></li> <li>- FO : <b>œdème papillaire</b> (flou des bords de la papille, dilatation veineuse, puis saillie de la papille avec coudure des vaisseaux), puis <b>hémorragies en flammèches</b> et <b>exsudats</b></li> <li>- Evolution tardive vers l'<b>atrophie optique</b> avec <b>cécité</b></li> <li>→ <b>Syndrome de Foster-Kennedy</b> : atrophie optique avec œdème papillaire controlatéral</li> <li>- Atteinte supra-nucléaire : <b>paralysie de l'élévation du regard</b> = <b>syndrome de Parinaud</b> (« yeux en coucher de soleil » chez l'enfant)</li> </ul>
	<p style="text-align: right;"><b>Troubles cognitifs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Ralentissement, somnolence</b></li> <li>- <b>Sensation de tête lourde et vide</b></li> <li>- <b>Troubles de l'attention, de la concentration, mnésiques</b> : fluctuants</li> </ul>
	<p style="text-align: right;"><b>Autres</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Sensation vertigineuse</b> avec <b>démarche ébrieuse</b></li> <li>- <b>Acouphènes</b> (bourdonnement d'oreille)</li> <li>- <b>Signes d'engagement</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Troubles neuro-végétatifs</b> : bradycardie, PA instable, hyperthermie, troubles du rythme, fréquence respiratoire anormale, encombrement pulmonaire</li> <li>. <b>Signe de localisation</b></li> <li>. <b>Crises convulsives</b></li> </ul> </li> </ul>
	<p style="text-align: right;"><b>Aspect particulier chez l'enfant</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avant fermeture des sutures osseuses (fontanelle antérieure = 15-18 mois, fontanelle postérieure = 6-9 mois) : augmentation du périmètre crânien &gt; 2 DS = <b>macrocrânie, tension de la fontanelle antérieure, disjonction des sutures, réseau veineux du scalp trop visible, regard en « coucher de soleil »</b></li> <li>- Enfant plus âgé : - <b>Signes pseudo-digestifs</b> (« fausse appendicite de l'HTIC »)</li> <li>- Parfois <b>réouverture des sutures</b> avec <b>augmentation du périmètre crânien</b></li> <li>- Possible <b>atrophie optique</b> sans passer par le stade d'œdème papillaire</li> </ul>



TTT	Autres causes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médicamenteuse : <b>corticoïdes, vitamine A, acide nalidixique, tétracycline</b></li> <li>- Toxique : <b>intoxication au CO, au plomb, au thallium</b></li> <li>- <b>Insuffisance respiratoire chronique</b> (vasodilatation cérébrale due à l'hypercapnie)</li> </ul>		
	TTT symptomatique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Position demi-assise (30°), tête droite, liberté des voies aériennes</b></li> <li>- <b>Antalgie, antiémétique</b></li> <li>- <b>Lutte contre les facteurs d'agressions cérébrales secondaires (ACSOS)</b> : PA, ventilation...</li> </ul>		
	Anti-œdémateux	- <b>Corticoïdes IV</b> : 1 à 3 mg/kg/j, pendant quelques jours		
	Réduction du volume cérébral	= <b>Osmothérapie</b> : gradient osmotique par perfusion de soluté hypertonique - <b>Mannitol 20%</b> : 1 g/kg/3h en discontinu, effet rapide, transitoire avec risque de rebond à l'arrêt		
	Réduction du volume du LCS	Dérivation ventriculaire externe	= Traitement chirurgical d'urgence de drainage du LCS : provisoire - Pose d'un cathéter au niveau de la corne ventriculaire frontale, relié à une poche de recueil externe placée au niveau de la tête - <b>Risque infectieux</b> important : <b>méningite, ventriculite</b>	
		Dérivation ventriculaire interne	= Traitement chirurgical définitif : <b>dérivation ventriculopéritonéale</b> ou <b>ventriculocardiaque</b> (oreillette droite) - Complication : <b>mécanique</b> (obstruction ou couture de cathéter), <b>infection</b>	
		Ventriculo-cisternostomie	= Technique chirurgicale par vidéo-endoscopie : mise en communication du plancher arachnoïdien du 3 <sup>e</sup> ventricule avec les citernes de la base - Traitement des hydrocéphalies obstructives par <b>sténose de l'aqueduc du mésencéphale</b>	
Craniectomie de décompression	= Réalisation d'un <b>large volet osseux</b> (reposé ultérieurement) ± <b>ouverture durale</b> - Utilisé dans certains AVC ischémique ou traumatismes crâniens			

## PARTICULARITÉS PEDIATRIQUES DES CÉPHALÉES

Même démarche diagnostique que pour l'adulte	
Drapeaux rouges (évoquer céphalée secondaire)	<p style="text-align: center; color: #008000;">A l'interrogatoire</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Céphalée :               <ul style="list-style-type: none"> <li>. Aggravation la <b>nuît</b> ou au <b>petit matin</b> (provoquant le réveil)</li> <li>. Aggravation progressive en <b>fréquence et/ou en intensité</b></li> <li>. Survenue à la <b>toux</b> ou à <b>l'effort</b> ou à <b>la position penchée en avant</b></li> <li>. Survenue <b>extrêmement brutale</b> en « coup de poignard »</li> <li>. <b>Intensité inhabituelle</b> pour le patient (« pire » céphalée)</li> <li>. Localisation <b>unilatérale</b> persistante</li> <li>. <b>Modification du caractère</b> des céphalées</li> </ul> </li> <li>- <b>Aura atypique</b></li> <li>- Crises <b>épileptiques</b>, en particulier <b>focales</b></li> <li>- <b>Maladresse</b> d'apparition récente</li> <li>- Troubles du <b>comportement</b></li> <li>- <b>Baisse des résultats scolaires</b></li> <li>- <b>Nausées ou vomissements matinaux</b>, persistants ou augmentant en fréquence</li> <li>- Signes <b>endocriniens/auxologiques</b> (accélération ou infléchissement staturo-pondéral)</li> <li>- <b>Crainte parentale</b> (écouter les parents)</li> <li>- Âge <math>\leq 3</math> ans</li> </ul>
Drapeaux rouges (évoquer céphalée secondaire)	<p style="text-align: center; color: #008000;">A l'examen clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Augmentation rapide du PC</b></li> <li>- Anomalie du <b>schème de marche</b> et/ou de <b>l'examen neurologique</b></li> <li>- <b>Souffle à l'auscultation de la fontanelle</b></li> <li>- Troubles visuels :               <ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Strabisme</b> et/ou autre trouble de <b>l'oculomotricité</b> d'apparition récente</li> <li>. <b>Baisse de l'acuité visuelle sans trouble de réfraction</b></li> <li>. <b>Œdème papillaire</b></li> </ul> </li> <li>- <b>Latérocotis, torticolis</b></li> <li>- Signes évocateurs d'une atteinte <b>hypothalamo-hypophysaire</b>, diabète insipide</li> </ul>
Migraine chez l'enfant	<p style="text-align: center; color: #008000;">Clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Différences avec l'adulte :               <ul style="list-style-type: none"> <li>. Crises plus courtes : céphalées de <b>2 à 72h</b> (critère B IHCD3<math>\beta</math>)</li> <li>. Céphalées plutôt frontales bilatérales, troubles digestifs marqués, pâleur</li> <li>. Migraine avec aura : chronologie aura <math>\rightarrow</math> céphalée moins marquée que l'adulte</li> </ul> </li> <li>- Imagerie (IRM avec gadolinium) si aura non typique (motrice, du tronc cérébral) ou âge <math>&lt; 3</math> ans</li> </ul>
Migraine chez l'enfant	<p style="text-align: center; color: #008000;">Prise en charge</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Information, réassurance, éducation thérapeutique</li> <li>- Hygiène de vie saine : alimentation, activité physique, sommeil +++</li> <li>- Recherche et gestion des facteurs déclenchants</li> <li>- Objectifs des traitements : soulager la douleur, restaurer un fonctionnement satisfaisant scolaire/familial/social</li> <li>- Traitement de la crise :               <ul style="list-style-type: none"> <li>. 3 règles : prise du TTT dès le début de la crise (de la céphalée pour triptans), posologie adaptée (Ibuprofène per os : 10mg/kg, paracétamol per os : 15mg/kg, sumatriptan spray nasal 10mg puis 20mg si échec (AMM &gt; 12 ans))</li> <li>. Prévention de l'abus d'antalgiques</li> <li>. Objectif : soulagement en 2h</li> </ul> </li> <li>- Traitement de fond si <math>\geq 3-4</math> crises/mois :               <ul style="list-style-type: none"> <li>. 1<sup>ère</sup> intention : relaxation (TCC, biofeedback, autohypnose)</li> <li>. Si échec : TTT médicamenteux</li> </ul> </li> </ul>