Gérer les maux de tête post-traumatiques des enfants; pour l'usage des médecins communautaires

Hôpital de Montréal pour enfants
Centre universitaire de santé McGill
Montreal Children's Hospital
McGill University Health Centre

Diagnostic de commotion cérébrale/ traumatisme craniocérébral léger (TCCL)

- Événement traumatique signalé (p. ex., coup à la tête, au visage, au corps)
- Signes évidents initiaux (p. ex., perte de conscience, convulsion, démarche instable)
- Observateurs signalant un « malaise ou trouble » (p. ex., cognitif, comportemental, émotif)
- Patient rapportant tout symptôme de commotion cérébrale
- Examen neurocognitif ou d'équilibre anormal

Symptômes courants : maux de tête, nausées, vomissements, étourdissements, brève perte de conscience, confusion, trous de mémoire, désorientation, amnésie, somnolence, agitation, fatigue, irritabilité, troubles du sommeil ou d'équilibre, temps de réaction diminué ou sensibilité à la lumière, au son ou au mouvement.

Signaux d'alarme indiquant un traumatisme craniocérébral plus grave ou une autre atteinte neurologique :

- Somnolence/léthargie
- Confusion, agitation ou irritabilité
- Symptômes ou déficits neurologiques focalisés
- Signes de fracture du crâne (basale ou avec enfoncement)
- Convulsions
- Aggravation progressive des maux de tête (malgré le repos)
- Mal de tête soudain et violent
- Mal de tête induit par un changement de position ou une manœuvre de Valsalva

La présence de l'un de ces symptômes dans l'historique ou à l'examen physique exige un examen de neuro-imagerie de toute URGENCE

Conseil : Lire et remettre un feuillet d'information personnalisé sur le congé

- « Repos du cerveau » : cognitif et physique
- Retour graduel à l'école
- Reprise graduelle des activités sportives et autres
- Normaliser le rétablissement attendu : éducation et réassurance
  1. Directives du département d'urgence sur le congé à la suite d'un traumatisme cérébral léger (commotion)
  2. Recommandations et restrictions du département d'urgence en matière d'enseignement à la suite d'une commotion

Si les symptômes durent plus de 2 semaines, consulter le programme de commotion cérébrale/TCCL interprofessionnel

Prise en charge des maux de tête

AIGUS (MOINS DE 2 SEMAINES)

CASE A

- Repos : cognitif et physique (selon les lignes directrices de l'urgence/traumatologie de l'HME)
- AINS (p. ex., ibuprofène) selon la posologie, toutes les 6 heures au besoin pendant 3 à 5 jours. En cas de besoin après 3 à 5 jours, réduire à 3 doses par semaine maximum
- Renseigner le patient sur les maux de tête par surconsommation de médicaments
- ÉVITER les opioïdes

CASE B

Consulter le département d'urgence pédiatrique pour un traitement abortif si la douleur est intense et invalidante (p. ex., métoclopramide ou prochlorpérazine par voie intraveineuse)

SUBAIGUS (2 SEMAINES À 3 MOIS)

CASE C

- Comme la CASE A, si pas déjà essayé (p. ex., AINS)
- ÉVITER l'abus de médicaments (pas plus de 3 doses par semaine)
- En cas de migraine : essayer les triptans (p. ex., almotriptan, rizatriptan)
- En cas de douleur invalidante ou modérée/sévère, voir la CASE B
- En cas d'atteinte occipitale ou cervicogénique : songer à un bloc nerveux périphérique
- En cas de céphalée cervicogénique, consulter en physiothérapie
- Évaluer et traiter les comorbidités (p. ex., dépression, anxiété, insomnie)

CASE D

Prophylaxie (plus d'un mal de tête/semaine ou limitation fonctionnelle importante)

Premiers choix :

- vitamine B2
- mélatonine (recommandée en cas de problème de sommeil)

Choix alternatifs :

- amitriptyline
- gabapentine (recommandée en cas de névralgie occipitale, en particulier en l'absence de réponse au bloc nerveux)

CASE E

- Inciter le patient à tenir un journal de ses maux de tête
- Modifier le mode de vie : alimentation équilibrée, ne pas sauter de repas, bonne hydratation, hygiène de sommeil (sommeil réparateur d'au moins 6 heures/nuit)
- Rétroaction biologique, gestion du stress, thérapies comportementales

CHRONIQUES (PLUS DE 3 MOIS)

CASE F

- Essai de traitement abortif (CASE B)
- Courts cycles de stéroïdes, notamment en cas d'abus de médicaments
- En cas d'abus de médicaments : cessation complète de la médication abortive surutilisée
- Envisager les options de la CASE C pas encore essayées. Si un triptan spécifique a été utilisé sans effet, essayer un autre triptan
- Examiner les problèmes de mode de vie (CASE E)
- Évaluer et traiter les comorbidités (p. ex., dépression, anxiété, insomnie)

CASE G

Commencer la prophylaxie ou essayer un autre médicament si l'essai des 2 à 3 mois précédents était inefficace à la dose cible ou à la dose maximale tolérée :

- amitriptyline
- gabapentine
- topiramate
- vitamine B2
- mélatonine

Si aucune amélioration, consulter en neurologie

Références : McCrory P., Meeuwisse W., Aubry M. et coll. « Sommaire et déclaration de consensus de la 4e conférence internationale sur les commotions cérébrales dans le sport tenue à Zurich, novembre 2012 », *Br J Sports Med,* vol. 47 (2013), p. 250-258
Friedman, Debbie, Gagnon Isabelle, « Kit pour les commotions cérébrales », Traumatologie, Hôpital de Montréal pour enfants, 2e édition (2011)

RÉÉVALUER LES SIGNAUX D'ALARME À CHAQUE VISITE. EN CAS D'INQUIÉTUDE, DEMANDER UNE IRM PLUTÔT QU'UNE TOMOGRAPHIE SI POSSIBLE

Élaboré par les divisions de neurologie pédiatrique, de médecine d'urgence pédiatrique et de traumatologie