

Analyse bibliographique

Céphalées aux urgences, quels sont les risques de passer à côté d'un diagnostic grave ?

ZHOU AZ, MARIN JR, HICKEY RW *et al.* Serious diagnoses for headaches after ED discharge. *Pediatrics*, 2020;146: in press.

Les céphalées sont des symptômes fréquents chez les enfants, 80 % consulteraient au moins une fois par an pour ce motif et 40 % auraient des maux de tête au moins une fois par semaine. Bien que la majorité des céphalées de l'enfant conduisant à une consultation aux urgences soit bénigne, des études rétrospectives et prospectives estiment que 1 à 15 % des patients ont des céphalées en rapport avec une étiologie grave comme des malformations vasculaires, des tumeurs, des méningites bactériennes. L'identification de ces patients nécessite un examen clinique soigneux, complété si besoin par une imagerie. Cette dernière est demandée en cas d'examen clinique anormal ou de symptômes suggérant une dysfonction neurologique, la réalisation systématique d'une imagerie cérébrale est à mettre en balance avec une irradiation et la possible découverte d'incidentalome responsable d'un allongement de la durée des séjours hospitaliers. Il existe actuellement peu d'investigations en pédiatrie concernant les diagnostics manqués de cause grave chez les enfants et adolescents se présentant avec des céphalées aux urgences.

L'objectif de ce travail était d'évaluer le taux de céphalées en rapport avec des causes graves chez des enfants ayant consulté aux urgences pour ce motif avec un retour au domicile.

Il s'agit d'une étude rétrospective multicentrique réalisée à partir des données informatisées de 45 centres hospitaliers nord-américains entre octobre 2015 et mars 2019. Les patients de moins de 18 ans ayant consulté aux urgences pour des céphalées (motif principal) étaient inclus. Les patients avec des antécédents de pathologies neurologiques ou de neurochirurgie étaient exclus. Le nombre et le type de diagnostic grave en rapport avec les céphalées, diagnostiqués dans les 30 jours suivant la visite aux urgences, étaient rapportés et comparés à ceux d'un groupe contrôle de patients venus pour un autre motif aux urgences (toux, douleurs abdominales, douleurs thoraciques, atteinte des tissus mous).

Sur les 121 621 enfants inclus, l'âge moyen des patients était de 12,4 ans (8,8-15,4 ans) et 57 % étaient des filles. Au total, 608 soit 0,5 % ont reçu le diagnostic de céphalées graves dans les 30 jours ayant suivi leur passage aux urgences. Les enfants, dans la majorité des cas, étaient diagnostiqués dès leur nouveau passage aux urgences, chez 37,5 % dans les 7 jours suivant la première consultation. 10,8 % des enfants retournaient plus d'une fois aux urgences pour des céphalées dans les 30 jours après la première consultation avant que le diagnostic soit établi. La plupart des diagnostics de céphalées

graves survenaient chez des enfants de plus de 3 ans. Il n'y avait pas de différence concernant le genre, l'ethnie et la région géographique. Au total, 790 diagnostics graves neurologiques ou non ont été mis en évidence chez ces 608 patients qui présentaient des céphalées. Les diagnostics les plus fréquents étaient une hypertension intracrânienne bénigne (24,1 %), un œdème cérébral et/ou une compression (15,2 %), des crises comitiales (11,5 %). Ces patients avaient eu significativement plus d'explorations complémentaires (imagerie cérébrale et/ou bilan sanguin et/ou ponction lombaire) à la première visite que les enfants avec des céphalées bénignes ($p < 0,001$). Un diagnostic grave neurologique ou non était plus fréquent lors d'une nouvelle visite aux urgences chez les enfants se présentant initialement pour des céphalées (0,5 %) que pour ceux ayant consulté pour un autre motif (0 à 0,1 %).

Ce travail multicentrique pédiatrique montre qu'un diagnostic grave neurologique ou non est manqué lors d'une première consultation aux urgences pour céphalées dans 0,5 % des cas et diagnostiqué dans les 30 jours suivants la première visite, et cela malgré la réalisation d'explorations complémentaires plus importantes par rapport aux enfants avec des céphalées bénignes. Cela suggère que ces enfants pour lesquels il existe un doute initial sur une cause grave doivent bénéficier d'un suivi étroit en ambulatoire.

Efficacité et tolérance de la mélatonine chez l'enfant et l'adolescent

WEI S, SMITS MG, TANG X *et al.* Efficacy and safety of melatonin for sleep onset insomnia in children and adolescents: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Sleep Med*, 2020;68:1-8.

Les troubles du sommeil, particulièrement les difficultés d'endormissement, sont fréquents chez l'enfant et l'adolescent. Ceux-ci sont souvent associés à des troubles cognitifs et du comportement. La prise en charge de ces enfants repose dans un premier temps sur des mesures d'hygiène du sommeil (absence d'écran 1 heure avant le coucher, éviction des siestes, réveils programmés). En cas d'échec, chez l'adulte, des traitements comme la chronothérapie, la luminothérapie ou encore des sédatifs peuvent être tentés. Ces derniers traitements, du fait de leurs effets secondaires parfois sévères, sont rarement prescrits en pédiatrie.

Depuis quelques années, la mélatonine est de plus en plus utilisée dans les troubles du sommeil de l'enfant. Il s'agit d'une hormone naturellement sécrétée par l'épiphyse dans l'obscurité. Elle joue un rôle important dans la régulation du rythme circadien des cycles veille-sommeil. Le début de l'ascension de la sécrétion de mélatonine en lumière faible (DLMO), qui

■ Analyse bibliographique

correspond à l'heure de la soirée où la mélatonine endogène atteint le seuil de 4 pg/mL dans la salive et se situant entre 20 h et minuit chez l'adolescent, est le marqueur de choix pour étudier la phase circadienne. Lorsque de la mélatonine exogène est administrée avant le DLMO, l'endormissement est plus précoce.

Plusieurs études sur la tolérance et l'efficacité de la mélatonine chez l'adulte ont été publiées, cependant les données sont rares et controversées chez l'enfant et l'adolescent. Le but de ce travail était donc d'étudier ces données en pédiatrie.

Il s'agit d'une méta-analyse ayant repris tous les essais randomisés contrôlés (ERC) réalisés chez l'enfant et l'adolescent recevant de la mélatonine ou un placebo pour des troubles du sommeil. L'objectif primaire était d'étudier l'effet sur l'heure d'endormissement et la tolérance. Les objectifs secondaires étaient d'étudier le DLMO et la durée totale du sommeil.

Sur les 21 ERC potentiellement éligibles, 7 ont été retenus pour la méta-analyse, principalement réalisés en Europe et Amérique du Nord. Au total, 387 participants avec des difficultés d'endormissement ont été inclus. L'âge moyen des enfants étaient de $9 \pm 1,8$ ans, une seule étude a inclus des adolescents de 14 à 19 ans. Un tiers des participants (33,7 %) était des filles. La plupart des enfants présentaient des troubles de l'attention/hyperactivité (TDAH). La dose de mélatonine variait de 1 à 6 mg/j, le traitement était administré avant 19 h 30 dans 6 études et 20 minutes avant le coucher dans un ERC. La durée médiane de traitement était de 2,7 semaines (1-4 semaines). Dans 6 études, les données concernant le sommeil étaient consignées dans un journal, dans la 7^e étude, aucune précision sur le recueil n'était notée. La qualité des études incluses était jugée faible à modérée.

L'objectif primaire concernant l'heure d'endormissement était analysable chez 364 patients (6 études). Les enfants et

adolescents recevant de la mélatonine avaient une heure d'endormissement significativement avancée par rapport à ceux ayant pris le placebo, avec une différence moyenne de $-0,62$ h (IC 95 % : $-0,80$ à $-0,45$; $p < 0,00001$). Concernant la tolérance de la mélatonine, il n'y avait pas de différence significative d'arrêt précipité du traitement par rapport au groupe placebo (OR : 3,35 ; IC 95 % : 0,13 à 86,03 ; $p = 0,46$).

Pour les objectifs secondaires, en comparaison avec le placebo, le DLMO était significativement avancé avec la mélatonine avec une différence moyenne de $-0,82$ h (IC 95 % : $-1,23$ à $-0,41$; $p < 0,0001$). Le temps total de sommeil était significativement augmenté avec une différence moyenne de 0,38 h (IC 95 % : 0,09 à 0,66 ; $p = 0,009$).

Cette méta-analyse suggère que la mélatonine est efficace sur l'heure d'endormissement, le DLMO et le temps de sommeil total. Ce traitement est bien toléré sur une courte durée. Beaucoup de questions restent cependant en suspens, en effet la plupart des enfants traités ont des TDAH, l'efficacité du traitement n'est pas connue chez l'enfant et l'adolescent sans comorbidités. De même, la dose optimale et l'horaire d'administration restent à déterminer ainsi que la tolérance de la molécule à long terme.



J. LEMALE

Service de Gastroentérologie
et Nutrition pédiatriques,
Hôpital Trousseau, PARIS.