

■ Revues générales

Formes digestives des migraines

RÉSUMÉ : Les syndromes migraineux à expression digestive correspondent à des accès paroxystiques de douleurs (migraine abdominale) et/ou vomissements (syndrome de vomissements cycliques), séparés par des intervalles libres prolongés. Ils touchent préférentiellement l'enfant, avec un retentissement fonctionnel important.

Un lien épidémiologique et physiopathologique les rattache à la migraine classique et leur traitement s'en rapproche. Leur diagnostic est purement clinique. Les traitements disponibles sont nombreux mais, du fait d'un substrat physiopathologique polymorphe, aucun n'a une efficacité systématique.



V. GUINARD-SAMUEL
Centre d'Exploration digestive de l'Enfant,
BOULOGNE-BILLANCOURT.

Le terme de “migraine abdominale” apparaît dans la littérature médicale anglo-saxonne dans le courant des années 1950 [1]. La pertinence de cette terminologie repose sur un trépied épidémiologique, clinique et thérapeutique, et plus récemment physiopathologique :

>>> Sur le plan épidémiologique, des patients (pédiatriques le plus souvent) présentant des symptômes digestifs paroxystiques avec intervalles libres développent une migraine céphalalgique plus tard dans la vie [2]. Des antécédents familiaux de migraine sont plus fréquents chez ces patients que dans la population générale.

>>> Sur le plan clinique, les symptômes observés sont pour certains similaires à ceux des accès migraineux : nausées, vomissements, pâleur, retentissement fonctionnel important, phase prodromique et postcritique, durée prolongée, intervalles libres.

>>> Sur le plan thérapeutique, une efficacité de certains traitements antimigraineux dans le traitement des accès et leur prévention.

>>> Sur le plan physiopathologique, la mise en évidence d'anomalies du métabolisme mitochondrial dans la

migraine céphalalgique, tout comme dans la migraine abdominale [3], suggère (chez un sous-groupe de patients tout du moins) une étiopathologie commune.

■ Syndromes cliniques

On distingue formellement deux entités cliniques : la migraine abdominale (MA), où la douleur est au premier plan, et le syndrome de vomissements cycliques (SVC), où les vomissements sont au premier plan.

1. Migraine abdominale

Ce syndrome de définition purement clinique est inclus dans la classification des migraines de l'International Headache Society (IHS) [2]. La définition qui en est donnée est la suivante : *“Pathologie idiopathique touchant principalement l'enfant, sous forme d'accès récurrents de douleur médioabdominale, modérée à sévère, associés à des symptômes vasomoteurs, des nausées et des vomissements, et dont la durée est comprise entre 2 et 72 h, avec un retour à un état asymptomatique entre les épisodes. Les céphalées sont absentes de ces épisodes.”*

Les critères diagnostiques proposés sont les suivants :

A. Au moins 5 épisodes remplissant les critères B-D.

B. La douleur a au moins 2 caractéristiques parmi les 3 suivantes :

- topographie périombilicale, médiane ou mal localisée ;
- sensation d’abdomen endolori, de douleur sourde (*dull or sore pain*) ;
- intensité modérée à sévère.

C. Au moins 2 signes associés parmi les suivants :

- anorexie ;
- nausée ;
- vomissements ;
- pâleur.

D. Durée 2 à 72 h en l’absence de traitement.

E. Retour à un état asymptomatique entre les accès.

F. Exclusion des diagnostics différentiels.

Les critères de Rome IV (classification des troubles fonctionnels intestinaux) [4] diffèrent légèrement : les accès peuvent être plus courts (1 h au minimum), l’intervalle libre est spécifié comme durant au moins “des semaines”, 2 (*versus* 5) épisodes suffisent (ce qui permet un diagnostic plus précoce). Par ailleurs, les critères de Rome IV insistent sur le caractère stéréotypé des accès chez un même patient et sur le retentissement fonctionnel qui doit être significatif. Enfin, les céphalées sont un critère positif selon Rome IV (alors

que, selon l’IHS, celles-ci redressent le diagnostic en migraine sans aura, ce qui est un point de débat purement intellectuel sans conséquence clinique).

Quelques remarques concernant le diagnostic de MA : l’absence de nausées ou de vomissements n’élimine pas le diagnostic. Les antécédents migraineux n’ont pas été retenus dans les critères diagnostiques de l’IHS, mais sont un argument précieux en pratique clinique. L’âge moyen dans une série américaine était de 8 ans au diagnostic (avec un âge moyen de la première crise à 5,3 ans) [5].

Retenons donc des douleurs au premier plan, stéréotypées, non latéralisées, entraînant un retentissement fonctionnel important.

2. Syndrome de vomissements cycliques

Il s’agit d’accès de vomissements incoercibles, de durée prolongée, avec normalisation *ad integrum* entre les crises qui sont récurrentes et stéréotypées. L’intervalle libre est souvent de durée fixe chez un même patient. Si les vomissements font partie des critères mineurs de MA, ils sont au premier plan dans le SVC.

Les critères diagnostiques proposés respectivement par la North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (NASPGHAN) [6], l’IHS et Rome IV sont résumés de façon synthétique dans le **tableau I**.

3. Exclusion des diagnostics différentiels

La pertinence de ces critères doit s’apprécier à la lumière des diagnostics différentiels envisageables devant ce type de tableau clinique. Contrairement au syndrome de l’intestin irritable, où les accès douloureux sont souvent quotidiens ou au moins plurihebdomadaires, sans intervalle libre prolongé, la migraine abdominale comporte dans sa forme classique un caractère paroxystique franc et des périodes de rémission complète, classiquement de plusieurs semaines. La présence de nausées dans un tableau récurrent qui permet d’exclure les étiologies infectieuses type gastroentérite est également un critère de bonne spécificité.

Les vomissements (MA avec vomissements et SVC) nécessiteront d’exclure de façon certaine un diagnostic différentiel organique :

- gastrite à *Helicobacter pylori* (où les douleurs sont classiquement quotidiennes, maximales au réveil) ;
- lithiase vésiculaire exclue facilement par une échographie ;
- pancréatite aiguë récidivante, exclue par la normalité de la lipasémie percutanée ;
- malrotation mésentérique, ce qui motivera assez facilement la réalisation d’une opacification du cadre duodénal (TOGD) et/ou d’un Doppler des vaisseaux mésentériques ;
- affections intracrâniennes : caractère matinal des vomissements, absence d’intervalle libre, signes associés.

	IHS	Rome IV	NASPGHAN
Symptômes	Épisodes de vomissements aigus de durée et de nature stéréotypées		
Nombre d’épisodes	> 3 l’année précédente et 2 dans les 6 derniers mois	> 5 épisodes	> 5 épisodes ou 3 sur 6 mois
Intervalle libre	> 7 jours		
Autres	Histoire familiale de migraine		≥ 4 vomissements/h Durée de 1 h à 10 j Diagnostics différentiels exclus

Tableau I : Critères diagnostiques du syndrome de vomissements cycliques.

Revue générale

En pratique, le diagnostic est évoqué dès la première consultation sur la base de l'anamnèse. Quelques examens paracliniques seront parfois préconisés, sans retarder le traitement.

■ Physiopathologie

Le mécanisme des migraines digestives est loin d'être complètement élucidé. Il est admis que le SVC est un syndrome clinique pouvant être causé par des mécanismes distincts d'un individu à l'autre et que la survenue des accès est multifactorielle chez un même individu [7]. Il est du reste légitime de considérer la MA comme un variant de SVC ou inversement, du fait de leur similitudes cliniques et thérapeutiques. Les mécanismes jouant, au moins chez certains patients, un rôle prouvé sont représentés dans la **figure 1**.

■ Traitement des migraines digestives

Étant donné l'évolution par accès paroxystiques (MA et SVC), il nous faut distinguer le traitement préventif d'une part et le traitement des accès aigus d'autre part.

1. Traitement préventif

>>> Lutte contre les facteurs déclenchants

Dans ce domaine, l'*evidence-based medicine* fait défaut mais certains points sont admis : les facteurs psychosociaux sont reconnus comme pouvant déclencher les épisodes. Certains patients seront sensibles à des périodes de jeûne prolongé. La régularité du sommeil, une alimentation riche en hydrates de carbone, à horaires réguliers, et la lutte contre le stress scolaire, social et familial font partie des premières mesures à mettre en place. Nous conseillons en pratique une prise en charge en thérapie de relaxation et/ou hypnose thérapeutique, bien qu'il

POINTS FORTS

- La présentation clinique des syndromes migraineux digestifs de l'enfant diffère significativement des autres troubles fonctionnels intestinaux.
- Il ne s'agit pas d'un trouble psychosomatique.
- Aucun doute ne doit persister sur un diagnostic différentiel, mais aucun examen paraclinique n'est systématique.
- Le traitement médicamenteux de ces syndromes est mieux codifié que par le passé et souvent efficace.
- Une prise en charge en milieu spécialisé est indispensable.

n'existe pas de preuve scientifique de leur efficacité à ce jour.

>>> Thérapies médicamenteuses des migraines digestives

En cas de crises sévères ou fréquentes, un traitement de fond sera mis en place, visant à atténuer, espacer voire suppri-

mer les crises. Certains traitements sont communs à la MA et au SVC, d'autres sont spécifiques au SVC. De façon générale, le traitement du SVC est mieux codifié que celui de la MA.

Le traitement de première ligne est l'**amitriptyline**, à débiter à 0,5 mg/kg/j. Cet antidépresseur tricyclique, largement

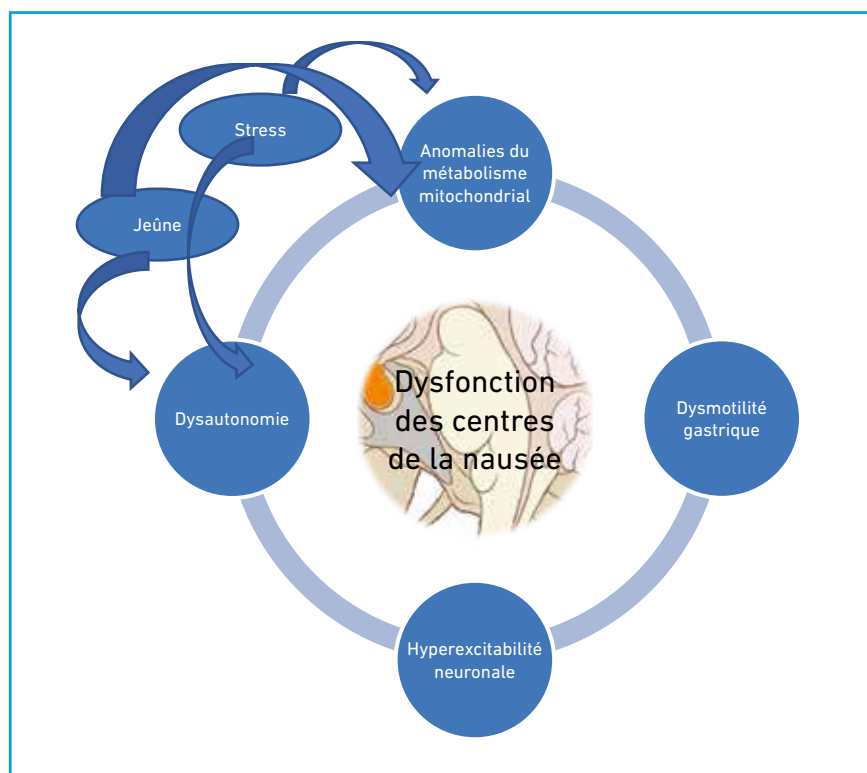


Fig. 1 : Mécanismes des migraines digestives.

utilisé comme antimigraineux et comme antalgique atypique, justifie un dépistage préalable d'un QT long congénital du fait d'un risque d'allongement de l'espace QT. La dose sera augmentée jusqu'à efficacité sans dépasser 1,5 à 2 mg/kg/j.

En cas d'échec, le **propranolol** constitue une alternative intéressante (en surveillant la survenue d'une bradycardie). La NASPGHAN s'est positionnée pour le proposer en première intention chez les jeunes enfants (avant 5 ans) du fait d'une supposée mauvaise tolérance de l'amitriptyline à cet âge.

La **cypheptadine** nous semble avoir un intérêt particulier (dans le SVC plutôt que la MA) chez les enfants hypotrophes et/ou quand le jeûne semble constituer un facteur déclenchant des crises.

Mentionnons également la combinaison **L-carnitine** et **coenzyme Q10** (respectivement 1 g × 2/j et 100 mg × 2/j) qui a la faveur de certains [8] (seule ou en association avec l'amitriptyline) du fait d'une efficacité fréquente, balancée avec un faible taux d'effets secondaires. Le rationnel d'un tel traitement est une correction du métabolisme mitochondrial [9]. Nous utilisons à titre personnel ce traitement en première intention dans les formes modérées de SVC et de MA, sans amitriptyline.

2. Traitement de l'accès

La survenue d'un accès de SVC correspond à un échec du traitement prophylactique. En cas de vomissements

incoercibles et d'anorexie complète, une prise en charge hospitalière sera parfois nécessaire. Il faut alors s'assurer d'une bonne hydratation avec correction des anomalies hydroélectrolytiques éventuelles.

Le traitement antiémétique à privilégier aujourd'hui est l'ondansétron à 0,4 mg/kg/j, par voie sublinguale ou IV. Ce traitement est possible en ambulatoire, prescrit sur ordonnance de médicament d'exception (Cerfa n° 12708*02).

Le sumatriptan, antimigraineux classique, a fait l'objet d'une seule étude non contrôlée, non randomisée, sur 11 patients atteints de SVC [10]. Il peut être essayé comme traitement abortif de la crise, au stade prodromique, tout comme les anti-inflammatoires non stéroïdiens, d'importance majeure dans les céphalées migraineuses, qui ont un effet très inconstant dans la MA.

BIBLIOGRAPHIE

1. HAGBERG B. Abdominal migraine in children. *Acta Paediatr*, 1957;46:645; discussion 645-646.
2. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*, 2018;38:1-211.
3. BRON C, SUTHERLAND HG, GRIFFITHS LR. Exploring the hereditary nature of migraine. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 2021;17:1183-1194.
4. theromefoundation.org/rome-iv/rome-iv-criteria/
5. LI BU, MURRAY RD, HEITLINGER LA *et al.* Heterogeneity of diagnoses presenting as cyclic vomiting. *Pediatrics*, 1998;102:583-587.
6. LI BU, LEFEVRE F, CHELIMSKY GG *et al.*; North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition consensus statement on the diagnosis and management of cyclic vomiting syndrome. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2008;47:379-393.
7. RAUCCI U, BORRELLI O, DI NARDO G *et al.* Cyclic vomiting syndrome in children. *Front Neurol*, 2020;11:583425.
8. BOLES RG. High degree of efficacy in the treatment of cyclic vomiting syndrome with combined co-enzyme Q10, L-carnitine and amitriptyline, a case series. *BMC Neurol*, 2011;11:102.
9. BOLES RG, ADAMS K, LI BUK. Maternal inheritance in cyclic vomiting syndrome. *Am J Med Genet A*, 2005;133:71-77.
10. HIKITA T, KODAMA H, KANEKO S *et al.* Sumatriptan as a treatment for cyclic vomiting syndrome: a clinical trial. *Cephalalgia*, 2011;31:504-507.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.