

CEPHALEES ET ALGIES CRANIO-FACIALES



INTRODUCTION

Les céphalées ou « maux de tête » constituent un motif fréquent de consultation ; leur cause va de la plus banale à la plus grave.

On distingue les céphalées primitives sans substratum lésionnel et les céphalées symptomatiques ou secondaires relevant d'une cause déterminée.

Les éléments essentiels du diagnostic sont l'interrogatoire et l'examen clinique (neurologique et général).



***Classification de l'International Headache Society (1988):
Classification
des céphalées, névralgies crâniennes et douleurs de la face***

1- Migraine

Migraine sans aura

Migraine avec aura

Autres formes de migraine

2 - Céphalées de tension

céphalées de tension épisodique

céphalées de tension chronique

3 - Algie vasculaire de la face et formes apparentées

Algie vasculaire de la face (épisodique et chronique)

Hémicrânie chronique paroxystique

4 - Céphalées circonstanciellles (non liées à une lésion organique)

céphalée idiopathique en coup de poignard

céphalées par compression externe

céphalées induite par le froid

céphalée bénigne de la toux

céphalée bénigne de l'exercice physique

céphalée coïtale



***Classification de l'International Headache Society (1988):
Classification
des céphalées, névralgies crâniennes et douleurs de la face***

5 – Céphalée post-traumatique :

céphalée post-traumatique aiguë

céphalée post-traumatique chronique

6 – Céphalée associée à une pathologie vasculaire :

accident vasculaire ischémique aigu

hématome intracrânien (intracérébral, sous dural, épidural)

hémorragie méningée

malformation vasculaire non rompue

artérite de Horton et autres artérites

douleur artérielle carotidienne ou vertébrale (dissection, carotidynie)

thrombose veineuse cérébrale

HTA

7 – Céphalée associée à une pathologie non vasculaire :

hypertension du LCR

hypotension du LCR

infection intracrânienne

sarcoïdose intracrânienne et autres pathologies inflammatoires

injections intrathécales

néoplasie intracrânienne



***Classification de l'International Headache Society (1988):
Classification
des céphalées, névralgies crâniennes et douleurs de la face***

8 – Céphalée associée avec des substances ou leur sevrage :

exposition aigue à une substance (nitrate, glutamate, CO, alcool...)

exposition aigue à une substance (ergotamine, analgésiques...)

sevrage après une exposition aigue

sevrage après une exposition chronique

9 – Céphalée associée à une infection non céphalique : infection virale ou bactérienne

10 – Céphalée associée à un désordre métabolique :

hypoxie, hypercapnie, hypoxie- hypercapnie, hypoglycémie, dialyse.

11 – Céphalée associée à une affection du crâne, du cou, des yeux, des oreilles, du nez, des sinus, des dents, de la bouche ou autres structures crâniennes ou faciales.

12 - névralgies crâniennes, douleurs des troncs nerveux et douleurs de désafférentation ?

douleur permanente d'un nerf crânien (compression, démyélinisation, ischémie, inflammation)

névralgie du trijumeau, névralgie du glosso-pharyngien, névralgie du nerf intermédiaire,

névralgie du nerf laryngé supérieur, névralgie occipitale

anesthésie douloureuse et douleur thalamique

13 – Céphalée non classable.



LA MIGRAINE

Définition :

La migraine est une affection neurologique chronique se manifestant par des crises de céphalées idiopathiques et récurrentes très variables dans leur intensité, fréquence et durée.

On distingue 2 types (selon IHS 1988) :

Migraine sans aura : la plus fréquente, où la céphalée est isolée.

Migraine avec aura : où la céphalée est précédée ou accompagnée d'un trouble neurologique focal, transitoire et d'évolution progressive (troubles visuels, sensitifs, moteurs, du langage).

Le diagnostic est basé sur l'interrogatoire et la normalité de l'examen clinique.

Epidémiologie :

Il s'agit d'une affection de l'adulte jeune avant l'âge de 40 ans.

En France, la prévalence est estimée chez l'adulte à 12 % de la population générale et de 5 % chez l'enfant.

Une nette prépondérance féminine (70 %).

Le caractère familial de la migraine est connu depuis longtemps.

La migraine est souvent associée à d'autres pathologies (dépression, troubles du sommeil, épilepsie, lombalgies, allergies).



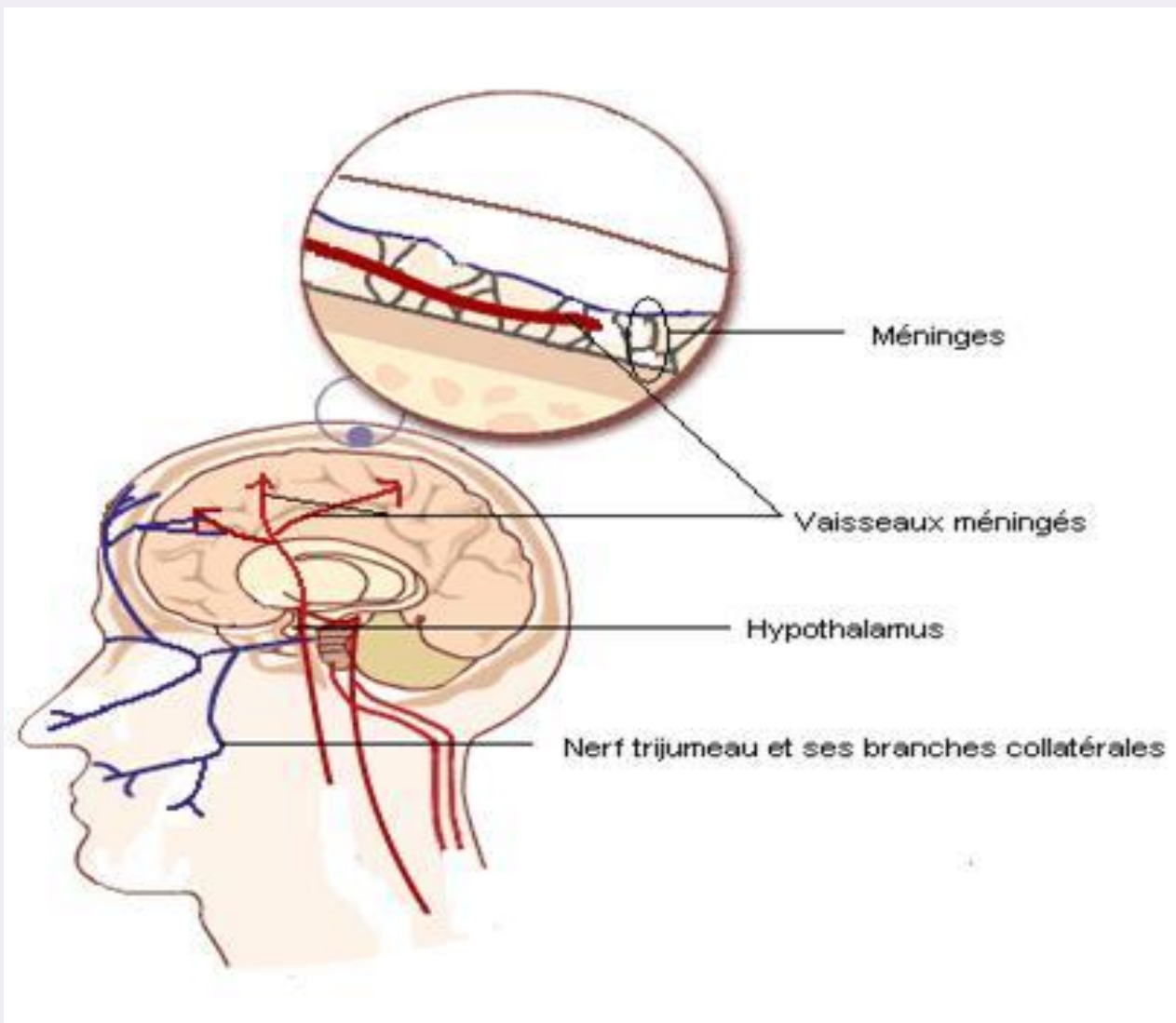
Physiopathologie :

La céphalée de la crise de migraine est due à **une vasodilatation des artères extra cérébrales**, dure-mère et scalp (distension des artères méningées).

Cette vasodilatation accompagnée **d'une inflammation non infectieuse** est due à l'activation du ***système trigémino-vasculaire*** par un facteur qui reste inconnu provoquant la libération de neuropeptides vaso-actifs (substance P, neuro-kinine A...).

Les symptômes neurologiques de l'aura migraineuse pourraient être dûs à une dépression neuronale envahissante s'étendant progressivement sur le cortex cérébral en partant du pôle occipital en rapport avec **une réduction du débit sanguin cérébral par vasoconstriction intracérébrale**.





Clinique :

Migraine sans aura :

C'est la plus fréquente des migraines, caractérisée par des crises de céphalées entre lesquelles le sujet est asymptomatique (pas de fond douloureux).

La douleur est typiquement **unilatérale**, **pulsatile**, accompagnée de **nausées** et de **photophobie**, aggravée par l'effort, la lumière, le bruit, les odeurs, et soulagée par le calme, le repos, et l'obscurité.

Les facteurs déclenchants les crises de migraine sont : **psychologiques** (stress, émotion,..), **hormonaux** (règles, pilule), **alimentaires** (alcool, chocolat, œufs..), **sensoriels** (odeurs fortes..).

L'intensité de la douleur est variable, souvent intense, obligeant le patient à interrompre toute activité.



Migraine avec aura :

Les crises de céphalée sont précédées ou plus rarement accompagnées d'une aura, c'est-à-dire d'un dysfonctionnement neurologique focal transitoire.

Les aura visuelles sont les plus fréquentes (classique migraine ophtalmique) : scotome scintillant sous forme de lignes en zigzag, phosphènes, rarement une HLH, métamorphopsie.

Aura sensitive : paresthésies cheiro-orales unilatérales.

L'aura aphasique et l'hémiparésie sont encore plus rares.



Migraine de l'enfant :

La crise de migraine peut avoir une topographie frontale, ou se manifester par d'autres signes : vertiges récidivants, douleurs abdominales ou vomissements cycliques.

Autres types de migraines :

Migraine basilaire

Migraine hémiplégique

Migraine ophtalmoplégique

Complications de la migraine :

Etat de mal migraineux : persistance au-delà de 72 heures d'une crise de migraine.

Infarctus migraineux : constitution d'un infarctus cérébral confirmé par la neuro-imagerie au décours d'une migraine avec aura.

Diagnostic différentiel :

Migraine sans aura : céphalées de tension, algie vasculaire de la face, sinusite, affection dentaire.

Migraine avec aura : accident ischémique transitoire, crise d'épilepsie focale, céphalée symptomatique d'une tumeur ou malformation cérébrale.

Examens complémentaires :

TDM et IRM cérébrale : indiquée si migraine atypique ou compliquée.

EEG : aucune indication.



Traitement de la migraine :

Traitement de la crise migraineuse :

- **Les antalgiques** : aspirine, paracétamol...
- **Les anti-inflammatoires** : Ibuprofène, Naproxène, Diclofénac...
- **Les dérivés de l'ergotamine** : tartrate d'ergotamine (Gynérgène Caféiné), Dihydro-ergotamine forme injectable ou spray
- **Les Triptans** : Sumatriptan (Imigrane), Relpax (élétriptan)....

Les antalgiques et les AINS sont des TRT de 1ère intention.

Les autres TRT sont des agonistes des récepteurs sérotoninergiques : anti-migraineux spécifiques utilisés en cas d'échec des premiers, du fait de leur toxicité (risque d'ischémie distale des membres) et l'accoutumance qu'ils provoquent.

Traitement de fond :

- **Les bloquants** : Propranolol (Avlocardyl), Atenolol, Lopressor...
- **Antagonistes calciques** : Flunarizine
- **Antagonistes de la sérotonine** : Pizotifène (sanmigran), Methysergide, ...
- **Le dihydro-ergotamine** (DHE) péros est le plus utilisé à 10 mg/j.
- Autres : Antidépresseurs tricycliques (Amitriptyline), Anti-épileptiques (Dépakine) gabapentine).

Autres TRT :

- Psychothérapie, Relaxation, Acupuncture.
- Pour la migraine cataméniale (règles) : oestradiol en gel percutané 1,5 mg 48h à l'avance.



ALGIE VASCULAIRE DE LA FACE

La douleur est **orbitaire et/ou périorbitaire**, pouvant irradier de façon homolatérale vers le front, la joue, la gencive supérieure, la tempe et l'oreille mais qui siège toujours du même côté.

Elle touche avec prédilection **l'homme** ; la durée des accès , qui peuvent survenir le jour comme la nuit, est de 10 mn à 3 heures sans rémission ; l'évolution est caractérisée par des périodes douloureuses de plusieurs semaines séparées par des intervalles libres de plusieurs mois pendant lesquels le sujet ne souffre pas.

La céphalée est associée à **au moins un des caractères** suivants : Larmoiement, rougeur conjonctivale, congestion nasale, rhinorrhée, sudation du front et de la face, myosis et ptôsis (syndrome Claude Bernard Horner), œdème de la paupière.



NEVRALGIE DU TRIJUMEAU (V)

La névralgie essentielle du V comporte une **douleur unilatérale**, limitée le plus souvent à une seule branche avec prédilection pour le nerf maxillaire supérieur (V_2) ou inférieur (V_3).

Elle est **intense et paroxystique** : éclaire douloureux à type de **décharge électrique**, sensation de broiement ou d'arrachement, de durée très brève mais se groupant en **salves** réalisant des accès de 1 à 2 mn.

La douleur est **toujours violente insupportable** le patient pouvant rester figé, l'hémiface parfois « crispée » d'où le terme de « ***tic douloureux de Trousseau*** ».

Il existe une zone cutanée « **zone gâchette** » dont la stimulation directe (frôlement surtout) ou indirecte (parole, brossage des dents, rire) déclenche l'accès.

On s'assurera de **la normalité** de la sensibilité faciale et cornéenne, du réflexe cornéen, de **l'intégrité** du V moteur et du reste de l'examen neurologique.

Traitement médical fait appel à **la Carbamazepine (Tégrétol)** dont l'efficacité constitue un bon test diagnostique à la dose de 3 – 4 cp de 200 mg ou 1 à 2 cps à 400 LP..



CEPHALEES DE TENSION

Fréquentes, les **céphalées de tension** sont liées à une contraction anormale des muscles cervicaux chez les sujets anxieux et se traduisant par une impression de lourdeur de la nuque.



CEPHALEES ET ALGIES CRANIO-FACIALES

- Merci -

