

Algies Cranio-Faciales

INTRODUCTION

- Le terme **d'algies cranio-faciales (ACF)** englobe toutes les douleurs de l'extrémité encéphalique:
 - de la boîte crânienne encore appelées **céphalées** qui sont les plus fréquentes
 - de la face appelées **algies faciales**
- la sensibilité de la région cranio-faciale est assurée par:
 - le V : toute anomalies du trijumeau va se traduire par des douleurs faciales ou des céphalées à projection antérieure (frontale, temporale ou pariétale)
 - le IX, X : dont l'atteinte se traduit par des céphalées postérieures (occipitales)
- Ces douleurs peuvent être
 - primaires ou essentielles**: elles sont les plus fréquentes, épisodiques ou permanentes sans aggravation.

Ne nécessitant pas d'investigation car elles ne relèvent pas d'étiologie donnée.

-**secondaires ou symptomatologiques**: brutales, d'aggravation rapide.

Doivent bénéficier d'exploration car elles peuvent engager le pronostic vital.

INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF HEADACHE SOCIETY (IHS 2004)

▪ Céphalées primaires :

- 1) migraine
- 2) céphalées dites de tension
- 3) Algie vasculaire de la face et autres céphalées trigémino -autonomiques
- 4) Autres céphalées primaires

▪ Céphalées secondaires :

- 5) Un traumatisme crânien et/ou cervical
- 6) Une affection vasculaire, crânienne ou cervicale
- 7) Une affection intra crânienne non vasculaire

- 8) Prise ou retrait d'une substance
- 9) Infection
- 10) Anomalie de l'homéostasie
- 11) Anomalie du crâne, du cou, des yeux, des oreilles, du nez, des sinus, des dents, de la bouche ou d'une autre structure faciale ou crânienne
- 12) Affection psychiatrique
- 13) Névralgies crâniennes, et causes centrales de douleurs faciales.
- 14) Autres céphalées, névralgies crâniennes et douleurs faciales centrales ou primaires.

DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

Elle repose primordialement sur l'interrogatoire et l'examen clinique, permettant de dépister les signaux d'alarme qui doivent faire craindre une affection sous-jacente grave et d'orienter l'exploration para-clinique.

A- L'INTERROGATOIRE:

Doit préciser:

- **Le mode de début et le profil évolutif:**

- céphalées récentes brutales:** aiguës (qq heures à qq jrs), survenant d'un coup, presque toujours secondaires

- céphalées récentes progressives:** récentes (qq jrs, Px semaines), s'aggravant progressivement. Le + souvent secondaires

- céphalées chronique paroxystiques:** évoluant depuis plusieurs années et par crises

- céphalées chroniques continues**

- **Le siège:**

- localisé, héli-crânien, hémifacial, unilatéral ou à bascule

- diffus

- **Le type:** pulsatile, en éclair, brûlures...

- L'intensité, la durée et la fréquence des crises
- Les prodromes : troubles de l'humeur, irritabilité, malaise
- Les facteurs déclenchant et aggravant: le froid, l'effort, manque de sommeil, consommation de certains aliments, prise d'alcool ou de certains médicaments, traumatisme.....
- Les symptômes associés: nausées, vomissements, larmoiement, myosis, signes neurologiques...
- Les facteurs améliorant et traitements efficaces.
- Les ATCD personnels et familiaux, traitement en cours ou antérieur, retentissement socio-professionnel

B-L'EXAMEN CLINIQUE:

- ***Examen neurologique complet***: signes de localisation, syndrome méningé, syndrome d'HIC...
- ***Examen du FO***: à la recherche d'un œdème papillaire.
- ***Examen locorégional***: à la recherche de signes en faveur d'une sinusite, otites, ex de la peau(zona, plaie...), palpation des artères temporales (pulsatilité), ex de la zone douloureuse
- ***Examen somatique complet***: TA, T°, cardiaque, ORL ...

C- IDENTIFICATION DU CARACTERE URGENT DES CEPHALEES:

-Devant des céphalées aiguës, brutales, inhabituelles, rebelles à toute médication, associant ou pas des signes de focalisation: il s'agit de douleur secondaire jusqu'à preuve du contraire → enquête étiologique urgente

-Parfois, certaines céphalées primitives relèvent d'un caractère urgent: impossibilité de boire, de manger avec risque de déshydratation nécessitant aussi une prise en charge urgente.

D- EXAMENS COMPLEMENTAIRES:

-Ponction lombaire: méningite ou hémorragie méningée

-**TDM cérébrale:** permet d'éliminer un processus expansif, AVC, hémorragie méningée...

-**IRM cérébrale:** explore mieux la fosse cérébrale post, le tronc cérébral, identifie les lésions infra-cliniques

-**Angio-IRM cérébrale:** en cas de thrombophlébite cérébrale, de malformations vasculaires

-**Doppler des vx du cou:** pour les dissections artérielles

-**Bilan biologique complet:** VS+CRP pour l'artérite temporale de HORTON, bilan lipidique, d'hémostase.....

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

A/ LES CEPHALES PRIMAIRES

• LA MIGRAINE

- Accès de céphalées hémi-crâniennes, intermittents, séparés d'intervalles libres indolores.
- C'est le type de céphalées le + fqt
- on distingue: migraine sans aura / migraine avec aura

1- MIGRAINE SANS AURA:

-c'est la + fqte, évolue en crises totalement régressives

-le dgc est souvent porté entre les crises par l'interrogatoire

- **Les prodromes:** précèdent de qq heures les céphalées, différent d'un patient à un autre: fatigue, somnolence, troubles de l'humeur....

▪ **La céphalée:**

-s'installe prog, atteint son max en 02-04 h, disparaît souvent au sommeil

-unilatérale à bascule, Px diffuse d'emblé ou secondairement

-se situe le plus souvent dans la région fronto-temporale

-caractère pulsatile

-intensité et fréquence des crises variables même chez le même sujet
-l'ex neurologique entre les crises est NL

▪ **Facteurs déclenchant:**

-fact psychologiques: stress, émotion, anxiété
-modification du rythme de vie: vacances, voyages...
-certains aliments: chocolat, arômes, alcool...
-fact hormonaux: règles, contraception orale
-fact climatique, sensoriels...

▪ **Facteurs aggravant:** mouvement de la tête, toux, effort physique

▪ **Facteur sédatifs:** repos, fermeture des yeux dans un endroit calme et obscur

▪ **Signes associés:**

-Nausées, vssm. Les troubles digestifs peuvent être au 1^{er} plan stt chez l'ENF
-photophobie, phono phobie
-pâleur du visage, hypotension orthostatique, impression d'instabilité

2-MIGRAINE AVEC AURA:

-**L'aura est** l'ensemble des manifestations neurologiques stéréotypes témoignant d'un dysfonctionnement neurologique (du cortex ou du tronc cérébral), survenant par crises, précédant le plus souvent la céphalée et totalement réversibles

-**Les caractères de la céphalée ne sont pas déterminants**

▪ L'aura:

mode d'installation: progressif lent, se développe graduellement sur plus de 04 min, et dure moins de 60 min.

▪ la céphalée :

s'installe après la disparition de l'aura, après un intervalle libre inférieur à 60 min (rarement en même temps ou avant).

-**Plusieurs types d'aura:** aura visuelle, sensitive, sensorielle et motrice

D-TRAITEMENT:

1-TRT de la crise:

La mise en route d'un TRT respecte une certaine hiérarchie dans leur application: antalgiques et AINS, puis dérivés de l'ergot de seigle par voie orale, par voie parentérale et en fin les triptans

A-Non spécifiques :

- Antalgiques et AINS.

B-Spécifiques :

Les dérivés de l'ergot de seigle :

- **-Tartrate d'ergotamine** : par voie orale ou rectale.
Gynergene caféiné : cp 8mg : 1-2 cp/j, max : 4cp/j.

-Dihydro-ergotamine :

- Spray nasal: 1 ml = 1mg
- DHE inj S/C

-Les triptans:

- Imigrane: cp 50 mg: 1-2 cp/j
- Sumatriptan: inj ou peros, très coûteux
- Zonitriptan / Naratriptan : cp 2.5 mg : 1cp/j

2- TRT de fond :

-DHE, antidépresseurs, antiépileptiques, anti-serotoninergiques,

B-bloquants...

-Hygiène de vie : gestion de stress, relaxation.

3- TRT de l'état de mal épileptique :

-Hospitalisation et arrêt de tout TRT.

-TRT par voie parentérale : réhydratation, Primperon IV, Laroxyl inj (1amp en IV jusqu'à 3 amp/j) et soutien psychologique.

• CEPHALEES DE TENSION

-Représentent, avec la migraine, les formes les plus fréquentes des céphalées essentielles.

-le terme "**tension**" fait référence à la tension psychologique qui les sous-tend et à la tension des masses musculaires qui les accompagnent.

-l'**IHS** définit les **CT** comme des céphalées souvent bilatérales, à type de pression,

d'intensité légère à modérée, non accentuées par l'activité physique et rarement accompagnées de symptômes tels que nausées, phono phobie ou photophobie.

-**siège**: diffuse en casque, localisées bilatérales ou unilatérales souvent en occipital ou nucho-occipital

-**type**: serrement, pesanteur, rarement pulsatiles

-**évolution**: épisodique ou chronique

-L'ex neurologique et somatique sont normaux.

-**le traitement** de la CT se subdivise en traitement aigu (pharmacologique) de l'épisode de céphalée et traitement prophylactique (pharmacologique ou non pharmacologique) dont l'objectif est de prévenir à long terme la survenue des céphalées.

• ALGIE VASCULAIRE DE LA FACE Cluster Headache

-**Cluster headache** = céphalées en grappe (salve)

-l'AVF est une céphalée essentielle caractérisée par :

- douleur extrêmement sévère, sans prodromes, débute rapidement et atteint son max en qq minutes, dure 15-180 min puis ↓ et disparaît en qq min
- **type**: brulures, écrasement, déchirement
- **Siège**: périorbitaire ou orbitaire , strictement unilatérale
- **dysautonomie** focale ipsilatérale associée (dysfonctionnement du SNA =

larmolement, injection conjonctivale, ptosis, myosis, congestion nasale...)

- profil temporel, associant périodicité circannuelle (01 à 02 x/an), et périodicité circadienne (01 à 08 x/j)
- Existe des formes chroniques: crise quotidienne \geq année sans phase de rémission

-le déclenchement de la crise serait lié à un générateur central situé dans la substance grise postérieure de l'hypothalamus.

-**TRT**: -de la crise: Sumatriptan ou oxygène pure

-prophylactique: verapamil, corticothérapie, Lithium

● NEURALGIE ESSENTIELLE DU TRIJUMEAU

-Encore appelée: ***Tic douloureux de Trousseau***

-Douleur faciale paroxystique intermittente, unilatérale, territoire du nerf trijumeau (V) : Branche ophtalmique V1, maxillaire sup V2, maxillaire inf V3.

-**Siège**: concerne une ou deux branches, jamais les trois branches à la fois.

Rarement bilatérale

-**Type**: douleur aiguë, intolérable, en coup de poignard ou décharge électrique

-**Intensité**: sévère.

-**Facteurs déclenchant**: effleurement d'une zone gâchette cutanée ou muqueuse, mastication, parole, rasage...

-**Evolution**: par accès avec des intervalles libres.

-Pas de déficit neurologique ni de troubles vasomoteurs.

-Exclusion des autres causes: névralgie symptomatique secondaire.

B/ CEPHALEES SECONDAIRES (SYMPTOMATIQUES)

● HEMORRAGIE SOUS ARACHNOIDIENNE

- La HSA est, par sa fréquence et sa gravité, la + redoutable des céphalées.

- Due à une affection vasculaire, le plus souvent une rupture anévrysmale(80% des cas)
- Céphalée instantanée, atroce, en « coup de tonnerre », habituellement bilatérale et diffuse
- Associe: un Sd méningé au 1^{er} plan, troubles de la conscience, signes de focalisation, état d'agitation, œdème papillaire ou hémorragie rétinienne au FO
- TDMC sans produit de contraste pratiquée en URG MEV une hyperdensité des espaces s/arachnoïdiens
- Si la TDMC est NLE, une PL est impérative ramenant du liquide hématique
- TRT est neurochirurgical

- **ARTERITE A CELLULES GEANTES OU MALADIE DE HORTON**

- Artérite inflammatoire intéressant les artères de gros et moyen calibre, d'étiologie inconnue probablement dys-immunitaire
- Apanage du sujet ≥ 60 ans, avec légère prédominance féminine
- ***La céphalée*** est le symptôme majeur de la maladie, présente dans 60-90% des cas

-dl à type de brulures ou picotement, paroxystique ou continue, dans un territoire vasculaire, par ordre de fqce: temporal, pariétal, occipital

-uni ou bilatérale, aggravée parX par les mouvements de la tête

-signes locaux:

*artère indurée, douloureuse, peu ou pas pulsatile

*hyper-esthésie au touché ou au contact

*parX claudication de la mâchoire

***risque de cécité** par occlusion de l'artère ophtalmique ou l'une de ses

branches

▪ **Diagnostic repose sur.**

* VS accélérée ≥ 50 mm la 1ere H / CRP positive

*biopsie de l'artère atteinte: infiltrat inflammatoire à cellules géantes, lymphocytes et polynucléaires affectant les 03 tuniques de la paroi artérielle (pan-artérite)

▪ **TRT:** corticothérapie à dose pleine (03-06 sem), puis dégression et maintien d'une dose minimale pendant 18 mois pour prévenir les récives

● **HYPERTENSION INTRACRANIENNE BENIGNE**

-Sd d'HIC = céphalées + baisse de l'acuité visuelle + vomissements +/- paralysie de nerfs crâniens (VI)

-Examen neurologique est normal en dehors de l'atteinte du II et du VI.

-FO: œdème papillaire de degré variable

-PL: de composition NLE, avec augmentation de la pression d'ouverture (liquide hyper-tendu) et une PIC (sup. 200mm H2O)

-Imagerie cérébrale (TDM+IRM+ARM) est NLE

-Causes : maladies endocriniennes, certains médicaments, certaines maladies de système, certaine maladies infectieuses, maladies hématologiques, obésité, grossesse...