

# 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 principalement 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<sup>er</sup> 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 aigue, 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 force 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<sup>er</sup> 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  $\geq$  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 brûlures ou picotement, paroxystique ou continue, dans un territoire vasculaire, par ordre de force: 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  $\geq 50$  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...