

Névralgies et algies faciales

Introduction :

Le terme de névralgie désigne une douleur qui est strictement limitée à un territoire d'un tronc nerveux périphérique, ou elle suit le trajet de ce tronc, elle est à type de décharge électrique.

Lorsque la douleur est strictement limitée à la face, et non électrique : on parle d'algie faciale.

Les névralgies et les algies faciales sont beaucoup moins fréquentes que la migraine.

Elles peuvent être essentielles ou symptomatiques.

Rappel sur la pathogénie des céphalées :

Bien que le tissu nerveux soit insensible à la douleur, les céphalées sont le plus souvent secondaires à des modification du calibre des vaisseaux sanguins (comme dans la migraine) ou une inflammation ou compression des méninges (comme dans la méningite et l'hypertension intracrânienne).

Les téguments de la face, les sinus, l'oreille moyenne, globe oculaire, les dents, articulation temporo-mandibulaire peuvent également entraîner des algies et céphalées.

Le signal nociceptif est véhiculé par le trijumeau ou les 2ème ou 3ème premières racines cervicales.

Rappel sur l'orientation diagnostic :

1. interrogatoire :

est capital au diagnostic, permettant ainsi de distinguer les céphalées aiguës (qui doivent être considérées comme syntagmatiques), des céphalées chronique : qui peuvent être essentielles (si elle sont paroxystiques), ou symptomatiques (si elle sont continues).

2. Examen clinique :

Est aussi important, définissant comme symptomatique, toute céphalée associée à n'importe quel signe neurologique pathologique, focal, méningé, œdème papillaire, hypertension artérielle, fièvre, et même une atteinte de l'état général, T°, et examen général.

3. examens complémentaires :

- IRM (ou à défaut le scanner) est le seule examen à réaliser, devant tout doute du caractère symptomatique de la céphalée.

Etiologies :

1. Algie vasculaire de la face : (AVF, cluster headache)

C'est une céphalée essentielle.

Rare, prédominance masculine (6/1), début entre 20 à 30 ans.

Les accès douloureux surviennent brutalement sans prodromes, pouvant réveiller le patient qui devient agité et déambule.

Critères IHS d'algie vasculaire de la face (3).

A. Au moins 5 crises remplissant les critères de B à D

B. Douleur située au niveau de l'orbite, de la région supraorbitaire et/ou temporale, durant, non traitée, de 15 à 180 minutes

C. La douleur s'accompagne d'au moins un des signes suivants qui doivent être présents du côté de la douleur :

- 1. injection conjonctivale*
- 2. larmoiement*
- 3. congestion nasale*
- 4. rhinorrhée*
- 5. sudation du front et de la face*
- 6. myosis*
- 7. ptosis*
- 8. oedème de la paupière*

D. Fréquence des crises : de 1 tous les 2 jours à 8 par jour

E. L'examen physique et neurologique doit être normal entre les crises. En cas de doute, un désordre organique doit être éliminé par les investigations complémentaires appropriées (IRM)

L'évolution se fait par plusieurs crises pendant plusieurs semaines, puis les crises disparaissent pendant plusieurs mois.

Le traitement de la crise : Sumatriptan inj S/C, O2 nasal 15 L/min/15min.

Traitement de fond : Vérapamil, Méthylsergide, lithuim..

2. Hémicrânie paroxystique chronique :

Equivalent de l'AVF chez la femme ;

Douleur sévère unilatérale évoluant par crises, située toujours du même côté dans la région orbitaire, susorbitaire et/ou temporale, durant de 2 à 45 minutes

La fréquence des crises est supérieure à 5 par jour pendant plus de la moitié du temps (des périodes avec des fréquences moins élevées peuvent survenir)

La douleur est accompagnée du même côté d'au moins un des signes suivants :

- injection conjonctivale
- larmoiement
- congestion nasale
- rhinorrhée
- ptosis
- oedème de la paupière

L'indométhacine (150 mg/jour au moins) est d'une efficacité absolue

3. Névralgie essentielle du trijumeau :

Touche surtout la femme (3/2) après 50 ans ;

Douleur unilatérale qui siège au niveau du V2 (lèvre supérieur, aile du nez, gencives) rarement V3 ou V1
Douleur soudaine et intense ressentie comme éclair ou secousse électrique, dure quelques secondes à < de 2 min obligeant le patient à interrompre toute activité (se nourrir, parler), il grimace (tic douloureux), et frotte la région douloureuse.

La douleur peut être déclenchée par la stimulation d'une zone cutanée (zone gâchette) ou certains mouvements (manger, parler, brosser les dents, se laver le visage, se raser..)

Elle survient plusieurs fois/j (5 à 10), entre les accès existe une période réfractaire au cours de laquelle la stimulation de la zone gâchette est inefficace, le patient peut donc se nourrir, plusieurs jours, puis succède une rémission de plusieurs semaines voir mois ;

L'examen neurologique en dehors des accès est normal ;

Traitement de crise : antiépileptiques : carbamazépine 600 à 800 mg/j

Gabapentine 900 mg/j

Baclofène 50mg/j

Si inefficace : électrocoagulation du ganglion de Gasser

Sinon angioRM à la recherche d'un conflit trijumino-vasculaire (étiologie rare)

4. Névralgie du glosso-pharyngien :

5. Névralgie d'Arnold (du nerf grand occipital) :