# ALGIES CRANIO-FACIALES

**DR.BOURMANI** 

## Objectifs pédagogiques:

- ► Savoir diagnostiquer une céphalée primaire (migraine....)
- ▶ Identifier les situations d'urgence (céphalée secondaire).

► Argumenter l'attitude thérapeutique.



## **PLAN:**

I- Introduction

II-Démarche diagnostique

III- Migraine

IV- Algie vasculaire de la face

V- Névralgie du trijumeau



## I-INTRODUCTION:

Céphalée:

Douleur de l'extrémité céphalique, y compris la face;

▶ Un motif de consultation très fréquent en neurologie.







## ICHD 3eme version

- Permet de les diviser en 02 types:
- Primaires: Liées à un dysfonctionnement du SNC à l'origine d'une activation des voies douloureuses sans lésions organiques;
- <u>Secondaires</u>: Liées à des lésions des structures intracrâniennes innervées.

# ICHD-3, Classification internationale des céphalées (3<sup>e</sup> édition, version bêta)

#### 1e partie: les céphalées primaires

- Migraine
- 2. Céphalée de tension
- 3. Céphalées trigéminales autonomes
- 4. Autres troubles liés aux céphalées primaires

#### 2e partie : les céphalées secondaires

- 5. Céphalée attribuée à un traumatisme ou une blessure au niveau de la tête et/ou du cou
- 6. Céphalée attribuée à un trouble vasculaire crânien ou cervical
- 7. Céphalée attribuée à un trouble intracrânien non-vasculaire
- 8. Céphalée attribuée à une substance ou son retrait
- 9. Céphalée attribuée à une infection
- 10. Céphalée attribuée à un trouble de l'homéostasie
- Céphalée ou douleur faciale attribuée à un trouble du crâne, du cou, des yeux, des oreilles, du nez, des sinus, des dents, de la bouche ou d'une autre structure faciale ou cervicale
- 12. Céphalée attribuée à un trouble psychiatrique

#### 3e partie : les neuropathies crâniennes douloureuses, les autres douleurs faciales et les autres céphalées

- 13. Neuropathies crâniennes douloureuses et autres douleurs faciales
- 14. Autres troubles liés aux céphalées

## II- Démarche diagnostique:

### 1. Interrogatoire:

- Etape cruciale, complété par l'examen clinique;

-Doit préciser: \*Mode de début: Brutal ou progressif;

\*Caractère inhabituel de la céphalée;



\*Caractéristiques: Intensité, type, topographie;

\*Evolution: Amélioration, aggravation, stabilité;

\*Circonstances d'apparition;

\*ATCD:

\*Signes associés.



L'argument principal pour entreprendre des explorations est le caractère <u>récent et inhabituel</u> de la céphalée, d'installation rapide (en qq heures ou jrs) ou brusque, qu'elle survienne de novo ou chez un sujet ayant un passé de céphalée primaires (Migraine ou céphalée de tension) mais immédiatement reconnues par le patient comme complètement différente de ces céphalées habituelles.

### 2. Examen clinique:

1-Général: T°, TA

- 2- Neurologique:
  - Etat de conscience ++++
  - Sd méningé (raideur de la nuque, signe de Kurnig et Brudzenski, attitude en chien de fusil);
    - Déficit focal;
    - -Examen des paupières et des pupilles;
- \_\_\_\_-FO: œdème papillaire bilatéral;
- 3-Locorégional: Yeux, sinus.



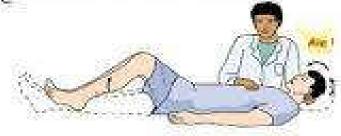
## Signe de Kernig



Impossibilité de fléchir à angle droit les membres inférieurs sur le tronc sans provoquer une vive douleur lombaire et une flexion des genoux

e Comre-Kernig » : enpossibilité de s'asseoir jambes tendues

Signe de Brudzinski



La flexion antérieure de la nuque provoque la flexion des hanches et des genoux

## 3. Examens complémentaires:

Les 2 examens à réaliser en pratique sont :

→ TDM Cérébrale: a la recherche d'hyperdensité spontanée ( Hgie méningée);

Processus expansif: tumeur ou abcès -> Œdème périlésionnel, et effet de masse.

→ PL: Si TDM normale à la recherche d'une méningite.

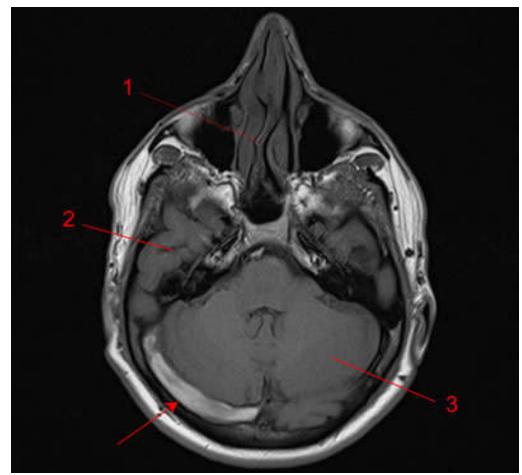
### En 2eme intention:

- → IRM Cérébrale: Examen de choix : TVC, dissection artérielle, lésions de la fosse Post;
- → ARM;
- > Artériographie;
- > Echodoppler des troncs supra-aortiques.

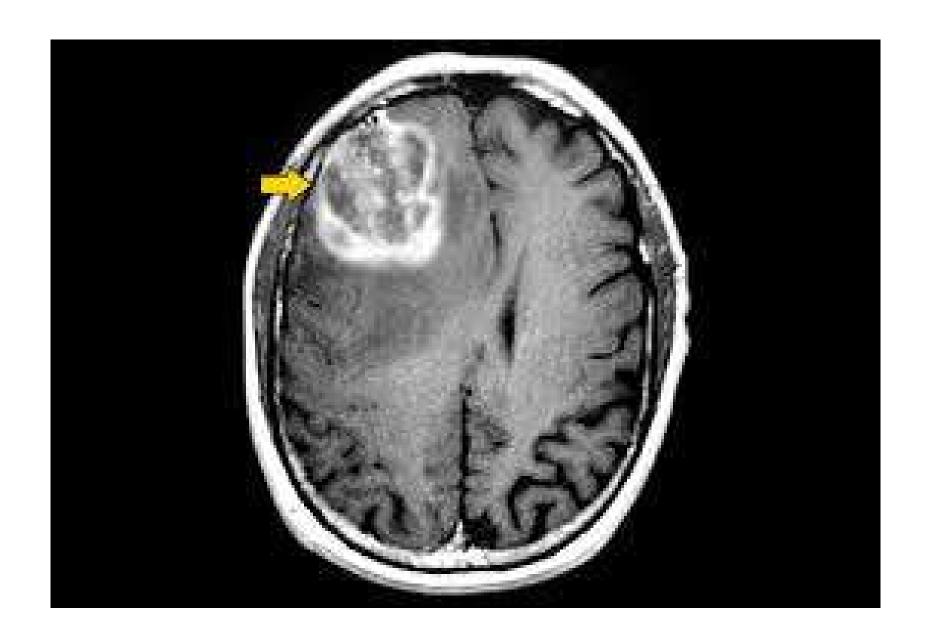
EN fonction du contexte clinique.











## III- Migraine:

- ➤ Il s'agit d'une affection neurovasculaire chronique;
- C'est la céphalée primaire la plus fréquente;
- ► Classée par l'OMS en 19e position au sein des maladies invalidantes;
- Dgc: clinique, basé sur l'interrogatoire et la normalité de l'examen clinique;
- ▶ Pathologie du sujet jeune, avec une prédominance féminine.



► Ces crises peuvent être précédés ou pas de manifestations transitoires appelés « Aura ».

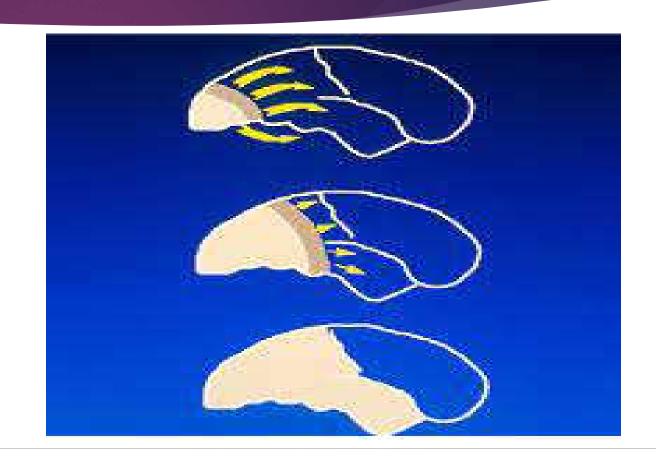
## A. Physiopathologie:

La migraine est une maladie neuro-vasculaire sous tendue par une susceptibilité génétique complexe.

# AURA: Dépression corticale envahissante.

- ₹ Cette dépression correspond à un vague de dépolarisation engendrant des modification du débit sanguin cérébral;
- Au début un hyper-débit qui dure 01 à 03 minutes, suivi d'une hypoperfusion (60 à90 min);
- ₹ Cette hypoperfusion est la conséquence d'un dysfonctionnement métabolique neuronal transitoire responsable des symptômes de l'aura

-Le début postérieur du phénomène dans le cortex occipital serait responsable de la plus grandes fréquence des auras visuelles.



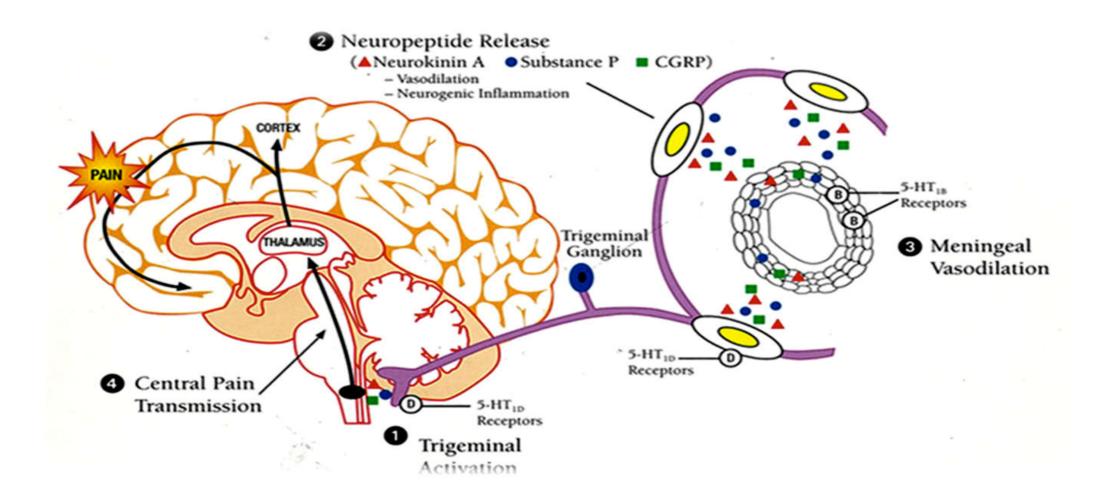
# Céphalée: Inflammation neurogène trigémino-vasculaire.

Activation du système trigémino-vasculaire

Libération de neuropeptides vasoactifs

Extravasation protéines plasmatiques





## **B- Clinique:**

Migraine « sans aura »: La plus fréquente 90%

- A- Au moins <u>05 crises</u> répondant aux critères B et D
- B- Crises céphalalgiques <u>durant 4 -72h</u>
- C- Céphalées ayant au moins 02 des caractéristiques suivantes:
- 1. Topographie <u>unilatérale</u>;
- 2. Tonalité <u>pulsatile</u>;
- 3. Intensité douloureuse modérée à sévère
- 4. Aggravation par l'activité physique de routine ou limitation de cette dernière
- D- N'est pas mieux expliqué par un autre dgc.

#### Migraine « Avec aura »:

- A- Au moins <u>02 crises</u> répondant aux critères B et C;
- B- Au moins un des symptômes réversibles d'aura:
  - \* Visuel
  - \*Sensitif
  - \*Parole et/ou langage
  - \*Moteur
  - \*Rétinien
- C- Au moins 02 des 04 caractéristiques suivantes:
- 1. Au moins 1 des symptômes d'aura se développe graduellement en moins de <u>5 minutes</u>, et/ou deux ou plusieurs symptômes d'aura apparaissent successivement;
- 2. Chaque symptôme de l'aura dure <u>05à 60 minutes</u>
- 3. Au moins un des symptômes d'aura est unilatéral



4. L'aura est accompagnée ou suivie dans les 60 minutes de céphalées;

D- N'est pas mieux expliqué par un autre diagnostic de l'IHS et un AIT ayant été exclu.



## <u>L'aura:</u>

- « Est l'ensemble des manifestations neurologiques, transitoires, témoignant du dysfonctionnement du cortex cérébral ou du TC, se constituant en QQ minutes (04 minutes), qui durent habituellement moins de 60 minutes »;
- ▶ <u>L'aura visuelle</u>: La plus fréquente, il s'agit d'une figure en zigzag et s'étendant progressivement à droite ou à gauche pour prendre une forme convexe latéralement avec un bord scintillant, laissant un scotome +/- important.











## C- Facteurs déclenchants:

- Facteurs psychologiques: anxiété, émotion, choc psychologiques;
- Facteurs hormonaux: période menstruelle, contraceptifs oraux;
- Modification du mode de vie: déménagement, changement de travail, vacances, voyage;
- Facteurs sensoriels: lumière, bruit, odeurs, vibrations....









- ► Facteurs climatiques: vent, chaleur ,froid;
- ▶ Habitudes alimentaires: jeûne, hypoglycémie, repas sautés.





## **D- Traitement:**

#### 1. TRT de la crise:

- Repos dans une pièce calme avec une faible luminosité;
- Bonne hydratation;
- Au niveau médicamenteux:
- o En première intention un AINS par voie orale (Diclofenac 50 à 100 mg, Ibuprofène 400 mg, Kétopro-fène100 à 150 mg, Naproxène 500 mg), ou l'association Aspirine 900 mg + Métoclopramide 10m g
- o En cas de contre-indication aux AINS: la prise d'un gramme de paracétamol associé à 10 mg de métoclopramide peut être une bonne alternative.





o Si le patient a déjà pris un AINS (ou paracétamol + métoclopramide) à bonne dose et ce sans efficacité, proposer une prise de **triptan** : sumatriptan 50 mg par ex.

o Pour toute crise réfractaire au traitement de première ligne, Métoclopramide en IV lente (10 mg sur 15 minutes), à visée antiémétique mais également pour son effet anti-migraineux propre.





### 2. TRT de fond:

- A pour but de réduire la fréquence et l'intensité des crises;
- Indiqué si plusieurs crises par mois ou crises éloignées mais invalidantes;
- Plusieurs molécules: béta bloquants, dérivés ergotés, amitryptiline, antiépileptique à choisir au cas par cas.

# IV- Algie vasculaire de la face:

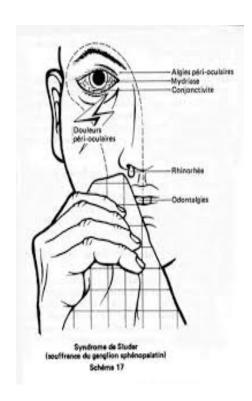
- Appartient au groupe des céphalées primaires;
- > Adulte jeune, prédominance masculine;
- > Retentissement socio-professionnel;
- > Symptômes dépressifs et des idées suicidaires sont fréquents+++

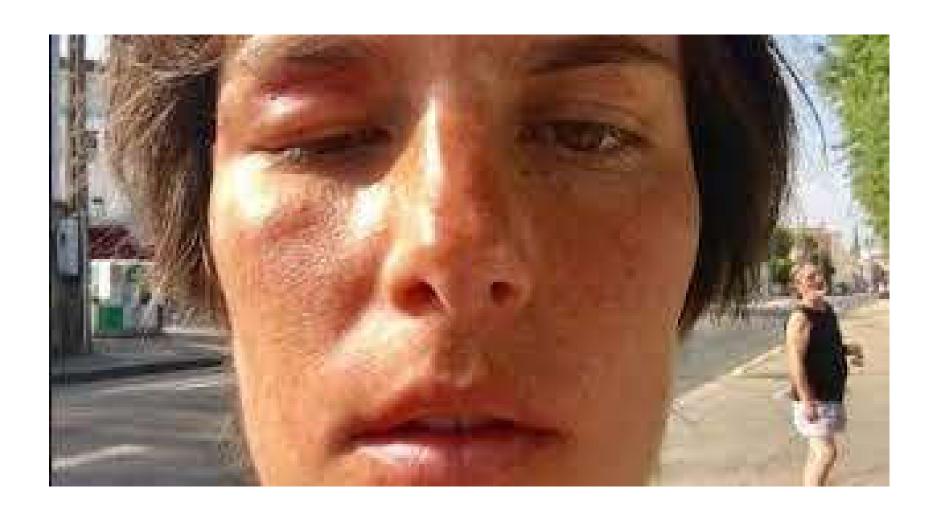
### MALADIE DU SUICIDE

## A. Clinique:

- ► Caractéristiques de la douleur:
- ₹ Douleur orbito-temporale;
- ₹ Strictement unilatérale;
- Atroce: à type de broiement, arrachement, tel un couteau enfoncé dans l'orbite
- ₹ Elle entraine une agitation motrice et incapacité de tenir sur place++++
- ₹ Durée: 15 à 180 minutes (03 h);
- Pas de douleurs entre les crises

- ▶ Signes autonomiques: homolatéraux à la douleur:
- ₹ Larmoiement: le + fréquent;
- Injection conjonctivale;
- Rhinorrhée;
- Obstruction nasale;
- Sudation et rougeur du front et de la face;
- Œdème palpébral;
- Sensation de plénitude d'oreille;
- Myosis, ptosis: Sd de Claude Bernard Horner.







### **B. TRAITEMENT:**

#### Deux traitements de crise ont une AMM:

Sumatriptan Sous-cutané 6 mg;



Traitement de fond: Vérapamil.







### V- NEVRALGIE DU TRIJUMEAU:

- Appelé également « Tics douloureux de Trousseau »;
- ▶ Une douleur faciale, paroxystique, intermittente, unilatérale et strictement localisée au territoire du nerf trijumeau (V).



### A. CLINIQUE:

- Intense, paroxystique, brutale;
- Eclairs, le + souvent à type de décharges électriques;
- Accès brefs < 2min, ou en salves de 01 à 02 min;</p>
- Indolence totale entre les crises;
- ₹ Fréquence: Variable;
- Hémiface crispé réalisant le tic douloureux.



- ₹ Unilatérale;
- ₹ Strictement localisée au territoire du trijumeau;
- Le + svt limitée à une seule branche: Par ordre de fréquence: V2, V3, V1.

- ▼ Facteurs déclenchants:
- Excitation directe d'un territoire cutanée ou muqueux: ZONE GACHETTE, le + svt dans le territoire douloureux;
- Excitation indirecte: Parole, mastication, mimique, rire, rasage.

### **B. TRAITEMENT:**

- ▶ Traitement de première intention médical: Carbamazépine;
- ► Traitement des formes réfractaires: Décompression microchirurgicale du V;

► Thermocoagulation percutanée du ganglion de Gasser.



### **V-Conclusion:**

- Les céphalées sont un motif de consultation très fréquent en neurologie et aux urgences;
- ► Intérêt de connaitre les situations d'urgence pour une PEC adéquate et un pronostic sauvé;
- ► Intérêt d'identifier les céphalées primaires ne nécessitant pas d'examens complémentaires mais une PEC thérapeutique adéquate pour une qualité de vie préservée.





Merci pour votre attention

Des questions??

