

Céphalées et Algies Faciales

Dr. Moualek
Mai 2020

Plan

- I. Introduction
- II. Classification
- III. Diagnostic
 - 1/ Interrogatoire
 - 2/ Examen clinique
- IV. Principales étiologies
 - A. Céphalées aigues
 - B. Céphalées intermittentes
 - 1/Migraine.
 - 2/Algie vasculaire de la face (AVF) et hémicrânie paroxystique chronique
 - C. Céphalées chroniques
 - D. Névralgies faciales
 - 1/Névralgie essentielle du trijumeau
 - 2/ Névralgie symptomatique du trijumeau

I/Introduction

- ✓ Les céphalées au sens large = douleurs siégeant au niveau de la tête, soit de localisation crânienne (frontale, pariétale, temporale, occipitale), soit de localisation faciale.
- ✓ Bien que le tissu cérébral soit insensible à la douleur, les céphalées peuvent être dues à des lésions des tissus adjacents comme les vaisseaux sanguins et les méninges, Ceux-ci sont innervés par les branches du nerf trijumeau et les rameaux des nerfs cervicaux.
- ✓ Elles sont parmi les symptômes les plus courants en neurologie et constituent les plus fréquents motifs de consultation.

I/Introduction

- ✓ Le diagnostic est souvent clinique et fréquemment un interrogatoire bien conduit et un examen clinique bien conduit permettent d'arriver au diagnostic.
- ✓ Elles sont de causes variables.
- ✓ Un certain nombre de ces causes justifie la réalisation d'investigations complémentaires notamment neuroradiologiques au moindre doute à la recherche d'une lésion intracrânienne.

II/ Classification : International classification of headache disorders (ICHD-2) 2004 (IHS)

- La classification Internationale des céphalées de *l'international Headache Society (IHS, 2004)* distingue:
 - **Les céphalées primaires:** dues à la mise en jeu des structures nociceptives crâniennes en l'absence d'autres pathologies causales, comprennent principalement la migraine et l'algie vasculaire de la face qui évoluent par crises stéréotypées et les céphalées de tension (dites psychogènes).
 - Les céphalées secondaires:** la douleur est le principal symptôme d'une pathologie sous-jacente (tumorale, vasculaire, infectieuse...) et autres anomalies.
 - **Les névralgies crâniennes:** représentées essentiellement par les névralgies du trijumeau.

II/ International classification of headache disorders (ICHD-2) 2004 (IHS)

✓ Céphalées primaires (non associées à une lésion)

- 1) Migraine
- 2) Céphalées de tension
- 3) Algie vasculaire de la face et autres céphalées trigémino - végétatives
- 4) Autres céphalées primaires

✓ Céphalées secondaires

- 5) céphalée attribuée à un traumatisme crânien ou cervical
- 6) céphalée attribuée à une pathologie vasculaire, crânienne ou cervicale
- 7) céphalées attribuée à une anomalie intra crânienne non vasculaire
- 8) céphalées attribuée à une substance ou à son sevrage
- 9) céphalées attribuée à une infection
- 10) céphalées attribuée à un trouble de l'homeostasie
- 11) céphalées ou douleurs faciales attribuée à une pathologie crânienne , du cou ,des yeux, des oreilles, du nez, des sinus, des dents, De la bouche ou d'une autre structure faciale ou crânienne
- 12) céphalée attribuée à un trouble psychiatrique

✓ Névralgies crâniennes, Douleurs faciales centrales et primaires, et autres céphalées

- 13) Névralgies crâniennes et douleurs faciales de cause centrales
- 14)Autre céphalées, névralgie crânienne et douleur faciale centrale ou primaire.

III/Diagnostic

Repose sur :

1-L'interrogatoire: Etape fondamentale d'orientation du diagnostic

2 -Examen clinique complet : neurologique + général

-Au moindre doute demander des examens complémentaires

1/ L'interrogatoire

Il évaluera :

- Les antécédents personnels** (âge, sexe, profession, notion de traumatisme cervico-crânien, prise de médicaments, contexte psychologique) et familiaux de migraine.
- Les caractéristiques de la céphalée** (ancienneté, le mode de début, le mode évolutif, le siège, le type, les facteurs déclenchants, la sévérité).
- Les signes d'accompagnements** (nausées, vomissements, fièvre, altération de l'état général, douleur oculaire, signes neurologiques focaux.....).

2/ Examen clinique

Sur le plan neurologique:

- Apprécier le niveau de conscience et l'orientation dans le temps et l'espace,
- Apprécier le langage,
- Rechercher un syndrome méningé,
- Tester la sensibilité notamment de la face et la motricité, rechercher les reflexes osteotendineux et un signe de BBK.
- Examiner les nerfs crâniens
- Examen du fond d'œil à la recherche de signes d'HIC (œdème papillaire).

Sur le plan général:

- Evaluer les signes vitaux (T° , TA, pouls),
- Faire un examen somatique général, en particulier palper les globes oculaires, les sinus, les artères temporales.

Au décours de ce bilan clinique, on pourra mettre en évidence des signes d'alarme incitant à prescrire des examens complémentaires.

VI/Principales étiologies

En pratique 2 principaux paramètres à considérer :

- **Le mode d'installation** (aigu ou progressif)
- **L'évolution ultérieure** (douleur continue ou douleur par accès).

On distingue :

VI/Principales étiologies

- A. Les céphalées aigues récentes : toujours rechercher une urgence thérapeutique (affection méningée ou une autre affection aigue symptomatique).
- B. Les céphalées intermittentes ou récurrentes (qui surviennent par épisodes se reproduisant de manière identique).
Elles sont le plus souvent « primaires » non liée a une cause symptomatique (migraine, algies de la face).
- C. Les céphalées chroniques.
- D. Les névralgies faciales

A/Les céphalées aigues

A/Les céphalées aigues

1/Céphalées aigues en « coup de tonnerre »

La **céphalée en coup de tonnerre** est une **céphalée explosive, aiguë, sévère**, dont l'intensité est d'emblée maximale.

En pratique toute **céphalée** explosive doit faire l'objet d'un bilan exhaustif, la première cause à éliminer étant **l'hémorragie méningée**.

→ Il faut rechercher un syndrome méningé

- La TDM sans injection: hyperdensité dans les espaces sous arachnoïdiens
- Angio scanner, l'angio-IRM voire l'artériographie cérébrale conventionnelle a la recherche d'une hémorragie méningée ou un anévrysme intracrânien rompu.

Les autres étiologies mais rares: Une thrombophlébite cérébrale, une dissection d'une artère cervicale (cervicalgies associées), une ischémie ou une hémorragie cérébrale, une poussée d'hypertension artérielle, glaucome aigu à angle fermé, une sinusite aigue....

Un accès migraineux violent peut également correspondre à une céphalée aiguë.

A/Les céphalées aigues

2 /Céphalées subaiguës d'aggravation progressive: la phase d'installation est plus ou moins longue, en heures, jours ou semaines et le contexte de survenue et les signes associés orientent la démarche diagnostique :

a. **Une fièvre + syndrome méningé** évoquent **une méningite**

→ urgence diagnostique et thérapeutique nécessite une PL en urgence.

b. **Une céphalée diffuse, permanente**, exacerbée par le moindre effort physique et la position allongée, s'aggravant progressivement au fil des jours + **des nausées, vomissements**, signes neurologiques (paralysie du VI, signes déficitaires) évoquent **une hypertension intracrânienne**.

Au FO: **œdème papillaire**, mais sa normalité n'exclue pas le diagnostic.

TDM/IRM: processus tumoral, hématome sous-dural, abcès, HDC

A/Les céphalées aigues

c. L' artérite temporale de Horton chez le sujet âgé de plus de 50 ans, surtout femme.

- La céphalée est de siège temporal d'aggravation progressive et permanente uni ou bilatérale.
- Signes locaux (artère temporale indurée et non pulsatile), AEG, fébricule.
- Le symptôme le plus caractéristique est la **claudication de la mâchoire**.
- **Le bilan inflammatoire est positif (VS accélérée, CRP positive)**
- Biopsie de l'artère temporale=artérite gigantocellulaire= preuve de diagnostic
- Traitement précoce et urgent : corticoïdes (1 mg/kg/j) pendant plusieurs mois permet de prévenir **les complications visuelles à type de cécité par thrombose de l'artère centrale de la rétine ou par névrite optique ischémique**.

d. Autres étiologies de céphalées sub aigues : thrombose veineuse cérébrale, céphalées d'origine médicamenteuse (vasodilatateurs, dérivés nitrés.....)....

B/Les céphalées intermittentes

1/La migraine



- Affection primitive à caractère familial caractérisée par des crises de céphalées récurrentes, séparées par des intervalles libres de toute douleur.
- **Données épidémiologiques:**
 - Prévalence voisine de 15 % (une des affections neurologiques les plus fréquentes) et affecte près de quatre femmes pour un homme
 - Débute souvent aux alentours de la puberté.
 - Touche 5 à 10 % des enfants
 - Existe un caractère familial :70-90 %
- **Les facteurs déclenchants :** psychologiques (émotions, stress, anxiété, surmenage), alimentaires (jeûne, chocolat, graisses, œufs, alcool...), neuro sensoriels (odeurs, luminosité, chaleur, froid, bruit...), endocriniens (oestro progestatifs), autres : influence du cycle menstruel chez la femme, tabagisme, sommeil, effort physique, voyages.....

1/La migraine

- **Etiopathogénie**

-La migraine est une affection cérébrale primitive due à une excitabilité neuronale anormale, sous-tendue par une prédisposition génétique complexe et modulée par des facteurs environnementaux intrinsèques (hormones) ou extrinsèques (stress, aliments.).

-La crise de migraine correspond à **un orage « vasomoteur »** qui se développe au sein du cerveau et de ses enveloppes méningées.

1/La migraine

- L'aura migraineuse est sous-tendue par un dysfonctionnement transitoire cortical à point de départ occipital qui se propage lentement vers l'avant : la dépression corticale envahissante.
- La céphalée migraineuse provient de l'activation du système trigeminovasculaire responsable d'une inflammation aseptique périvasculaire avec vasodilatation dite **inflammation neurogène**.
- La douleur est transmise par le nerf trijumeau au tronc cérébral et de là relayée vers le thalamus.
- Le déroulement des crises fait également intervenir un « générateur » de la migraine au niveau du tronc cérébral.

1/La migraine

- **Diagnostic positif:** essentiellement clinique +++, repose sur l'interrogatoire, l'examen neurologique normal et ne nécessite aucun examen complémentaire.
- **Les formes cliniques : (critères IHS)**
 - Migraine sans aura :** la plus fréquente
 - Migraine avec aura:** la céphalée est précédée ou accompagnée de symptômes neurologiques transitoires.

a/La migraine sans aura /migraine commune la plus fréquente +++

- Accès de céphalées migraineuses sans phénomènes visuels, sensitifs ou moteurs.
- prodromes avant la crise: irritabilité, asthénie, somnolence, faim, bâillement

a/**La migraine sans aura /migraine commune**

Caractéristiques de la crise

- **siège** : Le plus souvent temporal ou sus orbitaire unilatéral avec alternance du côté atteint selon les crises. Elle est parfois postérieure ou bilatérale, voire diffuse d'emblé.
- **Mode d'apparition** : rapidement progressif
- Type** : typiquement pulsatile, s'accentue en cas d'effort physique ou la concentration.
- Intensité** : modérée à sévère.
- Signes d'accompagnement** : les nausées/ vomissements, photophobie / photophobie, isolement
- **Durée** : 4 et 72 heures.

b/La migraine avec aura

Plus rare:(1cas/8)

- Accès de céphalées migraineuses qui se caractérisent par la présence de manifestations neurologiques focalisées, précédant ou accompagnant la céphalée classiquement controlatérales à celle-ci durant un quart d'heure à une demi-heure:
 - La phase céphalalgique est plus courte
 - Les différents types d'aura sont: ophtalmique (scotome scintillant s'étendant en ligne brisée, HLH, cécité monoculaire), sensitive (paresthésies du pourtour buccal et de la main: cheiro- orales), Troubles du langage plus rares (manque du mot ou paraphasies).
 - L'aura ophtalmique et l'aura sensitive sont les plus fréquentes.
 - Des auras isolées sans céphalées sont possibles.
 - Cette forme nécessite des explorations afin d'éliminer une autre cause.

Critères diagnostic de la migraine (IHS)

Critères IHS de la migraine sans aura

- A. Au moins cinq crises répondant aux critères B à D
- B. Crises de céphalées durant au moins 4 à 72 heures (sans traitement).
- C. Céphalée ayant au moins deux des caractéristiques suivantes
 - _ Unilatérale
 - _ Pulsatile
 - _ Modérée ou sévère
 - _ Aggravation par les activités physiques de routine telle que montée ou descente des escaliers
- D. Durant la céphalée, il existe au moins un des symptômes suivants:
 - _ Nausées et/ou vomissements
 - _ Photophobie et phonophobie
- E. Examen normal entre les crises

Critères IHS de la migraine avec aura

- A. Au moins deux crises
- B. Trois des quatre critères suivants :
 - Symptômes totalement réversibles
 - Apparition progressive (sup à 4 min)
 - Durée de chaque symptôme (inf à 60 mn)
 - Céphalée après l'aura, avec un intervalle libre inférieur à 60 min, ou parfois débutant avant ou pendant l'aura.
- C. Non attribuée à une autre cause

C/Autres types de migraines/ rares

- La migraine basilaire** : caractérisée par des signes neurologiques bilatéraux, vertiges, troubles de l'équilibre.
- La migraine ophtalmoplegique** (exceptionnelle): caractérisée par une paralysie transitoire d'un nerf oculomoteur avec diplopie.
- La migraine hémiplégique familiale**: caractérisée par une hémiplégie Au cours de l'aura, une hérédité de transmission autosomique dominante (chro 19).
- Ces formes nécessitent des explorations pour éliminer une autre étiologie.

1/La migraine

- **Evolution**

La migraine est une affection bénigne, sa gravité dépend de la fréquence des crises et leur retentissement sur l'activité du sujet.

Elle est variable d'un individu à un autre et chez un même individu selon les périodes. Elle semble améliorée par la grossesse.

- **Complications**

- **L'état de mal migraineux** : Crise de migraine qui persiste au-delà de 72 h

- L'infarctus migraineux** : très rare ne peut-être confirmé qu'après un bilan paraclinique exhaustif.

1/La migraine

- **Diagnostic différentiel**

Devant tout accès de migraine avec céphalées en coup de tonnerre il faut éliminer:

- Une hémorragie méningée
- Un anévrisme rompu
- Une méningite ou une dissection artérielle

-Devant une migraine sans aura avec crises répétitives nettes il est facile d' éliminer les algies vasculaires de la face et les névralgies faciales.

-Devant une crise de migraine avec aura brusque il faut éliminer:

- Un accident vasculaire cérébral ischémique transitoire
- Une crise d'épilepsie focale

Migraine de l'enfant

Caractéristiques cliniques

- Durée des crises plus courtes.
- Une localisation bilatérale plus fréquente.
- Un caractère souvent non pulsatile.
- Des troubles digestifs souvent au premier plan.
- une pâleur inaugurale.
- Une aura est observée dans 15 % des cas, Son expression est le plus souvent visuelle (métamorphopsie, micro- ou macropsie, hallucinations visuelles élaborées).
- Equivalents migraineux:
 - Vertiges paroxystiques bénins de l'enfance.
 - Vomissements cycliques.
 - Migraine abdominale.
- Elle nécessite une exploration pour éliminer une autre cause.

1/La migraine

- Prise en charge thérapeutique**

Les objectifs du traitement sont :

- Rassurer le patient sur le caractère bénin de l'affection.
- Identifier et contrôler les facteurs déclenchants.
- Instaurer un traitement médicamenteux qui dépendra de la fréquence des crises + retentissement psychosocial sur le sujet
- Prévenir la survenue et diminuer la fréquence des crises

Le traitement comprend deux volets :

- Un traitement de l'accès migraineux
- Un traitement de fond

1/ La migraine

a/Traitement de l' accès migraineux

Il doit être instauré au début de la crise le plus tôt possible:

- Le repos dans le calme, parfois dans l'obscurité
- Les antalgiques et les anti-inflammatoires sont les traitements habituels

En première intention en cas de crise modérée :

- **L'Aspirine (500 mg -2g), le Paracétamol (1 -2 g), éventuellement associés au Metoclopramide surtout en cas de vomissements.**

- **Les AINS (Naproxene , Ibuprofene, Diclofenac , Ketoprofene....)**

-Les antalgiques opiacés (codeine, opium,...) doivent être évités car ils induisent des céphalées chroniques quotidiennes par abus médicamenteux .

1/ La migraine

-Si échec recours aux traitements spécifiques (Triptans, dérives ergotes, DHE)

Les Triptans: (agonistes serotoninergiques hautement spécifiques et vasoconstricteurs) sont prescrits en 1ere intention dans les crises sévères:

Sumatriptan cp : 50 – 100mg/j max 300mg/j

Inj sc :6mg renouvelable une fois, Suppo :25mg/j,Pulverisation nasale:10-20mg/crise

Autres: Eletriptan 40 mg (le seul disponible), Zolmitriptan, almotriptan,.....

Contres indications: infartus du myocarde, angor, HTA, AVC.

Effets secondaires, nausées, fatigue, sensation de pression thoracique....

Dihydroergotamine DHE: (effet vasoconstricteur indiqué chez l' adulte de plus de 16 ans et moins de 65 ans) : 1 inj a 1 mg max 2 mg/24 h, 2 mg en pulvérisation Nasale renouvelable 24 h après.

Contres indications: coronaropathies, association avec les triplans et macrolides

Effets secondaires: nausées, diarrhées, douleurs abdominales.... mais généralement bien toléré.

1/ La migraine

Dérivés ergotés:

Tartrate d'ergotamine (agoniste serotoninergique , vasoconstricteur): agit sur les récepteurs 5HT1B/D impliqués dans la migraine.

Adulte: 1- 2mg/j , max6/j et 10 mg /semaine

Enfant sup a 10 ans :1/2 dose

Ne sont pas conseillés en raison du risque d'ergotisme en cas de surdosage

contres indications: Grossesse, HTA, angor, syndrome de Raynaud, arteriopathies des membres inférieurs, association aux macrolides, migraine avec aura, contraceptifs...

Médicaments adjutants : caféine, antiémétiques, anxiolytiques, hypnotiques.

1/ La migraine

b/Traitement de fond

- **Les beta- bloquants :** effet antagoniste sur les bêtarécepteurs.

Propanolol: 40-160 mg/j

Métoprolol: 50- 200mg/)

Autres: Atenolol , Nadolol.....

Contres indications : Asthme, Insuffisance cardiaque ,bradyardie, BAV , Syndrome de Reynaud.

Les effets secondaires: hypotension, bradycardie....

Chez l'enfant : Propranolol 2 à 3 mg/kg/ j.

- **Les antidepresseurs:**

Amitriptyline: (antidépresseur tricyclique à action antimigraineuse indépendante de son action antidépressive): 10-150 mg /j le soir

Contres indications : glaucome, adénome de la prostate..

Les effets secondaires: sécheresse de la bouche, somnolence, prise de poids, hypotension orthostatique.....

- **Les antagonistes calciques**

La flunarizine (Sibellum) : 10mg/j

1/ La migraine

- **Les antiepileptiques** : La démonstration d'une hyperexcitabilité corticale dans la migraine justifie l'utilisation des antiépileptiques dans la prophylaxie migraineuse.
Topiramate (Epithomax): 200 mg/j +++, valproate de sodium 500- 1000 mg autres.....
- **Les antiserotoninergiques:** premiers antimigraineux utilisés.
Pizotifene : 0.3-3 mg puissant antagoniste des récepteurs 5HT2, action antihistaminique et modérément vasoconstrictrice .
Contres indications : glaucome, adénome de la prostate.
Effets secondaires : somnolence et prise de poids.
- **Methysergide** Desemil: 2-6 mg/j, 1 mois /6mois antimigraineux vasoconstricteur majeur mais en raison de ces complications sérieuses comme l'angor et la fibrose retro péritonéale en limite la prescription.
- Autres médicaments : anticalciques, AINS, Dihydroergotamine (DHE, Seglor)

1/ La migraine

- **Cas particuliers:**

- Migraine cataméniale:

- oestradiol , débuté 48h avant le cycle, pendant 7 jours.

- Femme enceinte :

- Antalgiques simples, la DHE et les triptans sont contre indiqués.

- Si un traitement de fond est indiqué privilégier un Bétabloquant ou en seconde intention un antidépresseur tricyclique.

- Etat de mal migraineux:

- Amitriptyline a fortes doses en perfusion pendant 8 à 10 jours puis per os
Corticoides, DHE, neuroleptiques en perfusion sont également proposés.

1/ La migraine

- **Indications du traitement de fond**

- Si fréquence des crises est supérieure à 2 crises sévères par mois
- Si conséquences socioprofessionnelles +++
- Nécessité absolue si 2 crises ou plus / semaine (traitement préventif des céphalées par abus médicamenteux)

- **Instauration:**

- En monothérapie et à faibles doses progressivement croissantes en tenant compte des effets secondaires pour atteindre une dose optimale
- Il faut noter la nécessité de prolonger le traitement de fond pendant au moins 6 mois puis diminuer très lentement la dose avant d'être arrêtée.
- En cas d'échec d'un premier médicament, les différents autres médicaments devront être utilisés successivement.

2/Algie vasculaire de la face



- Appelée aussi Cluster Headache, céphalée suicidaire, céphalée de Horton, céphalée en grappes :
- La plus douloureuse des céphalées primaires
- Elle est rare (1 sujet sur 1000).
- Touche l'adulte jeune, nette prédominance masculine.
- Les facteurs déclenchants : l'alcool, le tabac et le stress
- Elle est caractérisée par des crises de céphalées sévères unilatérales, à prédominance périorbitaire, pluriquotidiennes avec des symptômes ipsilatéraux végétatifs, liées à l'activation de la branche ophtalmique du nerf trijumeau et le contingent crânien parasympathique du nerf facial.
- Durée de la crise : 15 a 180 minutes.

2/Algie vasculaire de la face

- La douleur est de survenu brusque, d' intensité extrême, maximale en quelques minutes, atroce et insupportable a type de déchirement, d'arrachement voire de brûlure ou de broiement.
- Elle s'accompagne de manifestations neurovégétatives unilatérales (œdème et rougeur de la face, larmoiements, rhinorhée, sudation cutanée, un signe de Claude Bernard Horner, une grande agitation.....)
- **Evolution caractéristique** selon une chronologie précise et régulière 1 à 3 fois / jour typiquement à horaire fixe durant une période de 4 à 12 semaines se répétant de façon variable en moyenne 2 par année (en grappes).
Il s'agit de la **forme épisodique**.
Une transformation chronique avec risque suicidaire est possible (forme chronique).

2/Algie vasculaire de la face

- **Traitements**
 - Les antalgiques habituels sont inefficaces.
 - Le tabac et l'alcool doivent être supprimés.
 - Au cours des accès
 - Le Sumatriptan en sous cutané: 6 mg (max 2 injections/j).
 - L'oxygénotherapie (au moins 7 L/min pendant 15 minutes) utilisée en cas de contre indication au Sumatriptan.
 - Le traitement de fond (si crises rapprochées) :
 - Vérapamil (inhibiteur calcique): 240- 960 mg, d'efficacité variable en première intention.
Autres : corticoïdes, le lithium, le methylsergide (Desernil), infiltration du nerf d'Arnold...

Hémicrânie paroxystique chronique

L' hemicranie paroxystique chronique est une céphalée trigémino-autonomique primaire caractérisée par :

- Des accès douloureux similaires a l'AVF mais de durée plus courte 2 a 10 min et de plus grande fréquence 15 a 20 fois / jour survenant surtout chez la femme.
- Réponse spectaculaire sous traitement par l'indométacine +++

C/Les céphalées chroniques

1/ La céphalée de tension « dite psychogène »

- La céphalée de tension correspond au deuxième groupe des Céphalées primaires de la classification internationale (IHS). Elle est « essentielle » et n'est pas associée à une lésion.
- Touche le sujet jeune avec une nette prédominance féminine.
- Très souvent elle évolue dans un texte psychologique de tension, d'anxiété, plus rarement de troubles psychiatriques authentiques (état dépressif, personnalité hypochondriaque).

1/La céphalée de tension « dite psychogène »

- **Les caractéristiques cliniques**

- Céphalée de localisation bilatérale qui ne possède pas de caractéristique vasculaire ou névralgique.
Elle est plutôt à type de brûlure, de pesanteur, de sensation de pression, de serrement, de tête lourde ou mal définie (non pulsatile).
 - Les sièges évocateurs sont : les nucalgies basses, le vertex, douleur localisée en un point.
 - Elle est ancienne, permanente, d'intensité légère ou modérée.
 - Elle ne s'aggrave pas lors des activités physiques de routine.
 - Elles ne s'accompagne pas de nausées ou de vomissements et la photophobie et la phonophobie sont absentes ou seule l'une d'entre elles est présente.
- L'examen neurologique est normal.

1/La céphalée de tension « dite psychogène»

- **Mécanisme**

Reste mal connu, facteurs périphériques principalement musculaires (contracture des muscles de la tête et du cou et facteurs centraux concernant les voies de contrôle de la douleur) sont impliqués .

- **Traitements**

Traitements des épisodes douloureux : antalgiques non opioïdes, anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Traitements prophylactiques (indiqué chez les patients souffrant de céphalées de tension chronique: antidépresseurs tricycliques: (l'Amitriptyline), psychothérapie, relaxation.

Association céphalée de tension et migraine (migraine intriquée)

- Cette association est typiquement fréquente.
- Elle doit être suspectée en cas de persistance de céphalées de fond, entre des accès migraineux bien identifiés, une personnalité anxieuse associée et tension musculaire douloureuse des muscles de la nuque.

2/ Céphalées du syndrome des traumatisés

- Elles s'inscrivent dans un ensemble de plaintes multiples qui suivent un traumatisme crânien de gravité variable : irritabilité, troubles de la concentration, difficultés mnésiques.
- Les investigations complémentaires sont normales.
- Le syndrome peut prendre la forme d'une véritable névrose post traumatique.

3/Céphalées par abus médicamenteux

- Ces céphalées ont surtout été décrites avec les dérivés codéines mais également avec les antalgiques simples (paracétamol).
- La prise fréquemment de médicaments et de manière préventive conduisent à une majoration de la céphalée chez des patients souffrant de migraine ou de céphalée de tension.

4/ Céphalées de cause locorégionale

-**Affections oromandibulaires** d'origine dentaire ou gingivale, glossodynies, dysfonctionnement de l'articulation oromandibulaire.

-**affections oculaires** : glaucome à angle ouvert évoqué devant toute douleur périorbitaire et un œil rouge.

-**Affections rhinosinusielles** : sinusite devant une céphalée frontale avec majoration positionnelle et douleur à la pression des régions sinusiennes.

-**Névralgie occipitale du grand nerf d'Arnold** par Conflit du nerf occipital avec la charnière osseuse : douleur en éclair, déclenchée par les mouvements du cou.

-**Cervicalgies chroniques** : l'arthrose, les séquelles de fracture/luxation d'une vertèbre cervicale, la polyarthrite rhumatoïde avec luxation atloïdoaxoïdienne.....

5/ Céphalées de causes générales

- Causes générales** : HTA, insuffisance respiratoire, anémie, dialyse, hypothyroïdie.....
- Céphalées toxiques et médicamenteuses** : CO, alcool, cocaïne, antihistaminiques, vasodilatateurs, barbituriques.....

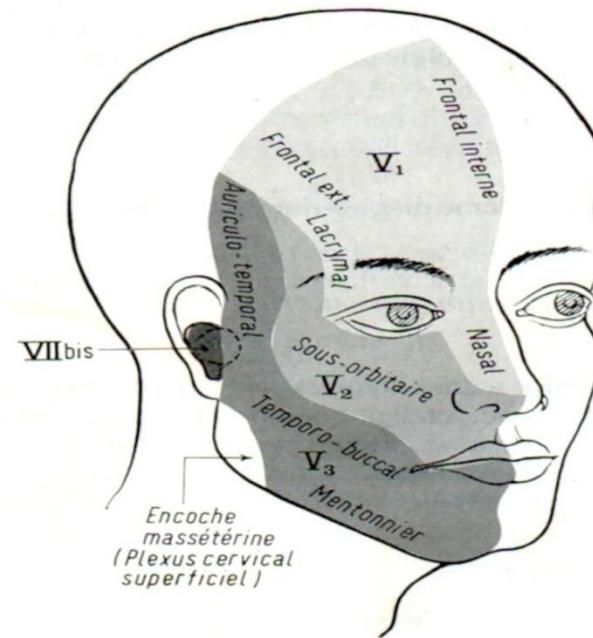
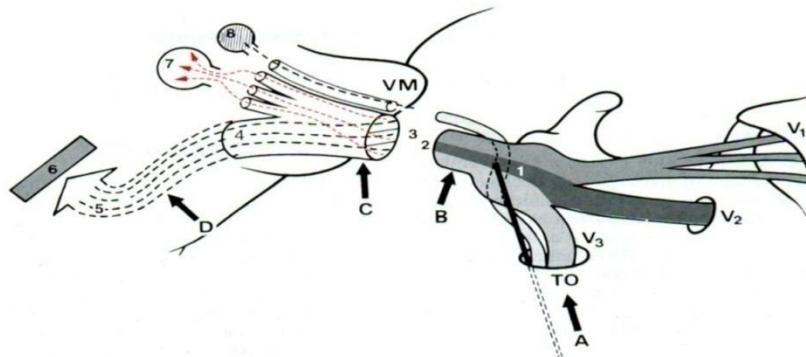
D/Les névralgies faciales

1/La névralgie essentielle du trijumeau (V)

Appelée également la névralgie classique du trijumeau ou le « tic douloureux de Trousseau ».

- Age de début : après 50 ans, prédominance féminine .
- Elle est caractérisée par des accès douloureux brefs qui se répètent, entrecoupés d'intervalles libres.
- L'examen neurologique est strictement normal.

Territories d'innervation du nerf trijumeau V



1/La névralgie essentielle du trijumeau (V)

Caractéristiques cliniques de la crise

- Les paroxysmes douloureux sont brefs (quelques secondes à moins de 2 minutes).
- La douleur est unilatérale, strictement localisée au niveau de la branche V2 ou V3 du nerf trijumeau, exceptionnellement V1.
- La douleur est fulgurante, soudaine, intense, aigue, à type de secousses électriques, de brûlure, de coup de couteau, d'arrachement ou encore un broiement responsable d'un spasme qui déforme l'hémiface
→ « tic douloureux ».
- Zone gâchette : Ces accès peuvent être déclenchés par effleurement d'une zone cutanée ou muqueuse limitée (dites « zone gâchette ») ou certains mouvements (manger, parler, se laver le visage et les dents, se raser.....) amenant le patient à de véritables comportements d'évitement (ne mange plus, ne se rase plus, etc..).

1/La névralgie essentielle du trijumeau (V)

- Evolution

Les accès sont suivis de remissions de quelques semaines à quelques mois qui tendent à se raccourcir avec le temps.

- Etiopathogenie

La compression de la racine du nerf trijumeau par une artère naissant du tronc basilaire (le plus souvent artère cérébelleuse supérieure) générerait une excitation "de type épileptique" dans le territoire de la branche en cause (aspect de conflit neurovasculaire à l'Angio IRM dans 90%).

1/La névralgie essentielle du trijumeau (V)

- Diagnostic différentiel

Etant caractéristique elle ne pose le plus souvent aucun problème diagnostique:

Devant les algies faciales non névralgiques : existe généralement un fond douloureux permanent:

Affections Ophtalmologiques (glaucome), Affections ORL (Sinusite),
Affections stomatologiques (algies dentaires) +++

-Névralgie du glosso-pharyngien: très rare, elle est la seule affection susceptible de ressembler à la névralgie essentielle du V et qui s'en distingue par la topographie de la douleur (arrière-gorge) et la zone gâchette (paroi pharyngée, pilier du voile).

- La névralgie symptomatique du trijumeau

1/La névralgie essentielle du trijumeau (V)

-Le Traitement médical

carbamazépine 200 mg en première intention: 600-1200 mg/j.

- Efficacité supérieure → Test diagnostique +++
- Bonne tolérance

Surveiller les effets secondaires, fréquents chez le sujet âgé : somnolence, vertiges avec syndrome vestibulo-cérébelleux.

- Autres anti épileptiques : gabapentin, Clonazepam, pregabaline,...
- Baclofene (agoniste Gabaergique)

Peuvent être associés.

Les anti-dépresseurs (Amitriptyline, Clomipramine,.....)

Les antalgiques courants sont inefficaces +++++

1/La névralgie essentielle du trijumeau (V)

- **Le traitement chirurgical** : Indiqué dans les formes rebelles repose sur
 - **La thermo coagulation percutané du ganglion de Gasser** est souvent proposée chez le sujet âgé car peu agressive.
Le résultat est immédiat mais risque de récidive.
 - **La compression par ballonnet** utilise une sonde mise en place par voie per cutanée pour comprimer le ganglion de Gasser.
 - **La radiochirurgie « gamma knife ».**
 - **La décompression vasculaire** microchirurgicale du nerf trijumeau est bien codifiée consiste à libérer le nerf de toute compression locale (conflit neurovasculaire) +++

2/Névralgie symptomatique ou secondaire du trijumeau (V)

- Elle se distingue de la névralgie essentielle par:
 - L' existence d'un fond douloureux permanent pouvant toucher les trois branches du V .
 - L'absence de la zone gâchette
 - La présence de signes neurologiques: déficit sensitif dans le territoire du V,
- Elle nécessite toujours une exploration radiologique (TDM / IRM) a la recherche d'une cause symptomatique (Tumeurs de la base , AVC, plaque de démyélinisation dans la sclérose en plaque, syringobulbie, neurinome du VIII, anévrisme du tronc basilaire, zona du ganglion de Gasser, méningite carcinomateuse, fracture de la base du crane, thrombophlébite du sinus caverneux, microvascularite du nerf: diabète, vascularite.....).
- Le traitement associe le traitement étiologique de l'affection causale à un Traitement symptomatique.