

LES CÉPHALÉES ET ALGIES DE LA FACE

Dr H.SEMRA

Les céphalées représentent le motif de consultation le plus fréquent en neurologie

On distingue :

- **Les céphalées primaires**
 - **1 Migraine**
 - 2 Céphalée dite « de tension »
 - **3 Algie vasculaire de la face et autres céphalalgies autonomes du trijumeau**
 - 4 Autres céphalées primaires
- **Les céphalées secondaires**
- **Les névralgies et autres céphalées**

I - LA MIGRAINE

I - INTRODUCTION :

- La migraine est une céphalée « primaire », sans lésion sous-jacente, évoluant par crises.
- Elle est la plus fréquente des céphalées avec une prévalence entre 10% -15%.
- Débutant le plus souvent entre 30 - 40 ans avec une prépondérance féminine.

II - PHYSIOPATHOLOGIE :

L'aura Correspond à une vague de dépolarisation qui s'étend par contiguïté dans la substance grise cérébrale entraînant des modifications du débit sanguin (vasoconstriction artérielle) entraînant ainsi un dysfonctionnement métabolique neuronal transitoire responsable des symptômes de l'aura.

La céphalée est causée par l'activation du système trigémino-vasculaire qui déclenche la libération de neuropeptides vaso-actifs entraînant une vasodilatation artérielle et une libération de cytokines et médiateurs pro-inflammatoires responsable de céphalées

III – DIAGNOSTIC

- Le diagnostic est essentiellement clinique
- Repose sur les critères de l'international headache society (IHS)
- À distance d'une crise : lors de la consultation le diagnostic repose essentiellement sur l'interrogatoire.

On distingue :

- migraine sans aura
- la migraine avec aura : typique, migraine hémiplégique familiale, migraine basilaire

1 - LA MIGRAINE SANS AURA :

- la plus fréquente (80%-90%).
- c'est une céphalée spontanément résolutive.

Sémiologie de la crise :

1-La céphalée:

- s'installe de manière progressive.
- à n importe quel moment de la journée (la nuit , le petit matin)
- paroxysme en (2-4H)
- typiquement unilatérale à bascule
- de topographie : surtout fronto-temporale, parfois occipitale
- de caractère pulsatile.
- d'intensité variable même chez le même sujet

2-les signes d'accompagnement

- les nausées dans 90%des cas, les vomissements dans 50%des cas
- la photophobie
- la phono phobie
- pâleur du visage, hypotension orthostatique, impression d'instabilité

CRITERES DIAGNOSTIC DE LA MIGRAINE SANS AURA SELON L' (IHS) :

A	Au moins cing crises répondant aux critères B-D.
B	Crises de céphalées durant 4 à 72 heures sans traitement.
C	Céphalées ayant au moins deux des caractéristiques suivantes : <ul style="list-style-type: none">• Unilatérale.• Pulsatile.• Modérée ou sévère.• Aggravée par les efforts physiques de routine (monter les escaliers).

D	<p>Durant la céphalée, au moins l'un des caractères suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nausées et/ou vomissements. • Photophobie et phono phobie.
E	<p>Au moins un des caractères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'histoire, l'examen physique et neurologique ne suggèrent pas de désordre organique • Ou bien celui-ci est écarté par la neuro-imagerie ou tout autre procédé de laboratoire. • Ou bien un désordre organique existe mais les crises migraineuses ne sont pas apparues pour la première fois en liaison temporelle avec celle-ci.

2 - LA MIGRAINE AVEC AURA TYPIQUE:

- La céphalée est précédée ou accompagnée d'une aura.

Aura :

- Dysfonctionnement neurologique focal transitoire, et entièrement réversibles.
- Installation progressive sur plus de 5mn réalisant « **la marche migraineuse** »
- Durée entre **5 mn** et **60 mn** (moyenne **30 mn**).

Les auras typiques retenus par I H S sont:

- 1 - Troubles visuelles bilatéraux (deux yeux) : scotomes scintillants, phosphènes, flou visuel.
- 2 – Sensitifs : des paresthésies ou engourdissement unilatéraux.
- 3 - Troubles du langage : une aphasie ou des difficultés de langage.

Le diagnostic repose sur la présence au moins de **deux** crises répondant aux critères diagnostique de la

migraine avec aura typique selon l' (IHS).

IV - COMPLICATIONS DE LA MIGRAINE:

- **La migraine chronique:** les Céphalées durent pendant plus de 15 jours/mois pendant plus de 3 mois.

- **État de mal migraineux :** Persistance de la crise au delà de 72h.

- **L'infarctus migraineux:** Très rare, Evoqué lorsque l'aura typique dure plus de 1 heure. Le Diagnostic

repose sur la neuro-imagerie qui montre une hypodensité correspondant à l'infarctus

- **Crise d'épilepsie déclenchée par une aura migraineuse**

V- FACTEURS DECLENCHANT UNE CRISE DE MIGRAINE :

- **Facteurs psychologiques** : anxiété, émotion, choc psychologique
 - **Facteurs hormonaux** : règles, contraceptifs oraux
 - **Modification du mode de vie** : déménagement, changement de travail, vacances, voyage
 - **Facteurs sensoriels** : lumière, bruit, odeur, vibrations...
 - **Aliments** : alcool, chocolat, graisses cuites, fromages, agrumes
 - **Facteurs climatiques** : Vent, chaleur, froid
 - **Habitudes alimentaires** : jeûne hypoglycémie, repas sautés
- **LES FACTEURS AGGRAVANTS**: - Mouvement de la tête, toux, effort physique
- **LES FACTEURS SOULAGEANT** : - Le repos, Fermeture des yeux, Le calme, l'obscurité

VI -TRAITEMENT :

1. TRAITEMENT DE LA CRISE :

Prescrit Dès le début de la crise pour limiter l'intensité et la durée de la céphalée migraineuse.

- **Les Anti inflammatoires non stéroïdiens (AINS)** : ketoprofène, acide acétylsalicylique, Ibuprofène, diclofénac. Peuvent être pris dès l'aura
- **Les Triptans** : exemple le SUMATRIPTAN:100mg cp à 50mg , spray à 10-20mg, injection s/c 6mg

Pris au moment de la céphalée et non pas de l'aura

CI : cardiopathie ischémique, pathologies Vasculaire, HTA

- En cas d'échec de la monothérapie association d'un AINS et d'un triptan
 - les Antalgiques (Paracétamol) sont à éviter en raison du risque de céphalées induites par abus
- Médicamenteux.

- **Dérivés de l'ergot de seigle** : En dernière intention - la Dihydroergotamine (DHE) IM, IV, SC

- Gynergè ne café iné

- **Traitement adjuvants**: Antiémétiques, anxiolytiques

2. **TRAITEMENT DE FOND** : vise à réduire les crises

- **Indications**: -si la fréquence de crises est de plus de 3/mois

-crises espacés mais sévères, gênant la qualité de vie du patient

-si le patient prend un traitement de crise plus de 2jrs \semaine

- **Efficace** : si réduction des crises de **50%**

- Médicaments:

- B-bloqueurs,
- Anti-sérotoninergiques,
- Anti dépresseurs tricycliques (Amitriptyline)
- Anti-inflammatoires non stéroïdiens,
- DHE,
- Topiramate (Anti Epileptique)
- Valproate de sodium

- En cas de bonne réponse la durée du traitement est de 6mois a un 1 an puis diminution très progressive avant l'arrêt du traitement.

- En cas d'échec : - Augmenter la posologie, en absence d'effets indésirables
- ou Proposer un autre TRT de fond

II - Névralgie du trijumeau

C'est une douleur faciale dont la topographie correspond à un ou plusieurs territoires des branches de la 5ème paire crânienne : le nerf ophtalmique de Willis (**V1**), le nerf maxillaire supérieur (**V2**), le_nerf mandibulaire (**V3**)

I - DIAGNOSTIC

1 - névralgie essentielle du V (maladie de Trousseau)

la douleur : intense (sensation électrique, coup de couteau)

-paroxystique survient en salves de durée brève de quelques secondes a 2 minutes avec intervalle libre sans douleurs qui dure de quelques minutes à quelques heures

- unilatérale, toujours strictement localisée au territoire du trijumeau

-à l'acmé de la douleur, des frémissements musculaires ou des grimaces cloniques de la face peuvent survenir, réalisant le « tic douloureux ».

-provoquée par l'attouchement d'une ou de plusieurs zones gâchettes

- pas de déficit neurologique l'examen neurologique est normal

2 - névralgie symptomatique (secondaires) du V :

-La douleur est continue, n'est pas déclenchée par les stimuli périphériques ; sujet jeune (avant 50 ans)

- atteint souvent d'emblée plusieurs branches.

- diminution ou abolition du reflexe cornéen, ou atteinte du contingent moteur.

étiologies: la SEP, neurinome de l'acoustique, Méningiome, zona du ganglion de Gasser, tumeurs de la base du crane, diabète...

II - TRAITEMENT :

-Carbamazépine (Tégrétol®) : traitement de première intention a la dose de 600 a 1 800 mg.

Une bonne réponse Constitue t un test diagnostique.

-Nouveaux antiépileptiques : si intolérance à la carbamazépine

Gabapentine , Prégabaline , Topiramate Lamotrigine, Lévétiracétam

- Diphénylhydantoïne

Traitement chirurgical : Si échec du traitement médical

1-Décompression vasculaire microchirurgicale du nerf V

2/ la thermo coagulation percutanée du ganglion de Gasser

III - ALGIE VASCULAIRE DE LA FACE (AVF)

L'AVF est une céphalée primaire Beaucoup plus rare que la migraine avec une prédominance masculine.

L'Age moyen de début est de 28ans.

I - DIAGNOSTIC POSITIF :

- douleur Extrêmement sévère. , continue
- a type de brûlure, sensation de déchirement, d'écrasement
- Strictement unilatérales touchant toujours le même coté, à prédominance orbitaire.
- Evoluant par crises quotidiennes durant de 15 à 180 minutes, survenant en moyenne une à trois fois par jour.

Les symptômes associés : siègent du côté de la douleur

- injection conjonctivale , un larmoiement, une rhinorrhée ou une congestion nasale.
- myosis, ptosis.
- Nausées, vomissements , phonophobie, photophobie
- hypersudation ou rougeur de l'hémiface
- oedème de la paupière

En dehors des crises, l'examen neurologique est strictement normal

II - TRAITEMENT :

1 - TRAITEMENT DE CRISE

- en première intention: le sumatriptan injectable en sous cutané
- en cas de contre-indication ou de crises très fréquentes : l'oxygénothérapie hyperbare a un débit de 7 a 10 litres par minute pendant 15 a 30 minutes

2 – TRAITEMENT DE FOND:

- en première intention: le Vérapamil
- en second intention: - corticothérapie ou le méthysergide
- Lithium

3 - TRAITEMENTS CHIRURGICAUX :si résistance à tous les traitements médicamenteux

Dr H.SEMRA