

UNIVERSITE SALAH BOUBNIDER CONSTANTINE 3
FACULTE DE MEDECINE DEPARTEMENT DE MEDECINE

ALGIES CRANIOFACIALES

Sémiologie clinique
3 ème année médecine

BENMOSTEFA NOURIA

2020/2021

1 Introduction

Les céphalées, ou douleurs crâniennes : douleur de l'extrémité céphalique incluant la face représentent l'un des symptômes les plus fréquents en médecine.

On distingue les céphalées primitives sans substratum lésionnel et les céphalées symptomatiques ou secondaires relevant d'une cause déterminée.

Les éléments essentiels du diagnostic sont l'interrogatoire et l'examen clinique (neurologique et général).

2 Physiopathologie

Plusieurs mécanismes peuvent être à l'origine des algies cranio-faciales.

1. Une souffrance des structures sensibles du crâne : à type de *distorsion vasculaire* par un processus tumoral ou *une inflammation de ces structures* par exemple : **méningite et sinusite**; ces mécanismes permettent d'individualiser les algies cranio-faciales symptomatiques.

2. Une vaso-dilatation est responsable des **migraines et algies vasculaires de la face**. Ces troubles vaso-moteurs apparaissent par crises qui débutent par **une vaso-constriction** responsable de l'**aura migraineuse**, suivie par une **vaso-dilatation** qui correspond cliniquement à la **phase douloureuse**.

3. Les algies cranio-faciales peuvent être d'origine psychiques, ce sont les céphalées psychogènes dont l'exemple le plus typique est la céphalée par **tension douloureuse** des muscles.

4. Enfin, ces algies peuvent apparaître sans cause décelable, c'est le cas de la névralgie essentielle du trijumeau.

3 Diagnostic positif

3.1 Interrogatoire :

Laisser le patient s'exprimer :

- Symptômes prédominants.
- Préoccupations principales.

Caractériser de la céphalée : Cinq étapes

Etape capitale doit aboutir de décider si des examens complémentaires sont nécessaires ou non.

L'élément fondamental d'orientation est le **profil évolutif**.

✓ Mode de début : **brutal ou progressif**.

Evolution dans le temps : 1^e épisode de ce type (**céphalée aiguë**) ou antécédents d'épisodes semblables (**céphalée chronique**).

✓ **Durée** : d'une crise pour les céphalées chroniques :

- **Bien limitée** avec absence de douleurs entre les crises :
 - Quelques **secondes** ou quelques **minutes** : **névralgie du trijumeau** (nerf V).
 - Entre **15 et 60 minutes** : **algies vasculaires de la face**(AVF),
 - Plusieurs **heures** : **migraine**
- **Mal limitée** avec persistance d'un fond douloureux : **céphalées de tension**.

Autres éléments à rechercher, communs à toute douleur :

- ✓ **Intensité** et retentissement sur les activités de la vie quotidienne :
- ✓ **Siège** : diffus ou localisé (hémi crâne, rétro-orbitaire, occipital, vertex,) ; en précisant le côté et ,en cas de céphalées chroniques , une alternance de siège ou non .
- ✓ **Types** :
 - Nociceptif : pulsatile, continu, serment en étau, déchirure, broiement,

- Neuropathique : fulgurant, brulure.
- ✓ **Irradiation** : nuque et rachis dans le syndrome méningé, trajet nerveux dans les névralgies.
- ✓ **Rythme** : rapport avec les **règles** chez la femme (migraine cataméniale) fin de nuit ou matin(HIC), HTA) :
- ✓ **Facteur aggravant** : **effort** (migraine), alimentaires, hormonaux, émotionnels.
- ✓ **Facteurs calmants** : antalgiques, position... ;
- ✓ **Signes associés** :
 - **Symptômes migraineux** : **nausées, vomissements, photo-phonophobie, pulsatile**
 - **Symptômes trigémino-autonomiques** : larmoiement, congestion nasale, rhinorrhée, ptosis, myosis, rougeur oculaire, œdème de la paupière.
 - Comportement lors des crises , agitation.
 - Symptômes focaux, élément postural.
 - Syndrome grippal, **aura migraineuse**, et autres prodromes.

Restituer le contexte du patient :

- Antécédents, contexte, déclencheurs, infections, traumatismes, voyage, situation psychiatrique, répercussion sur le sommeil, le travail, la vie sociale, la scolarité.
- Attentes du patient, croyances sur la maladie.

Revoir l'histoire des traitements essayés et les traitements actuels :

- Traitements de crise et de fond, durée, de prise, dose, efficacité, effets secondaires ;
- Fréquence de la prise médicamenteuse lors des 3 derniers mois (exclure un abus), efficacité des traitements.

3.2 Signes cliniques importants :

Neuf éléments doivent être systématiquement recherchés :

- ✓ 3 constants : **TA, température et glycémie.**
- ✓ Recherche de **troubles de conscience** : **confusion, coma.**
- ✓ Recherche de **syndrome méningé** ;
- ✓ Recherche de **signes de localisation** neurologiques ;
- ✓ Palpation des **artères temporales** après 50 ans (artérites de Horton).
- ✓ Examen **ophtalmologique pupille et fond d'œil** ;
- ✓ Palpation des **sinus.**

3.3 Préciser le type de la céphalée primaire

L'examen clinique est normal par définition.

Les caractéristiques des céphalées permettent le diagnostic (tableau 1). Le profil temporel est très important :

- céphalée quotidienne et permanente ou crises ;
- nombre de jours de céphalée par mois ;
- durée des céphalées sans traitement.
- **Céphalées < 15 jours par mois** : les principales causes sont la **migraine** et la **céphalée de tension épisodique.**
- **Céphalée ≥ 15 jours par mois depuis au moins 3 mois** : **céphalée chronique quotidienne (CCQ).** On distingue les :
 - ✓ **CCQ « de courte durée »** : crises durant moins de 4 heures par jour ; les causes principales sont **l'algie vasculaire de la face et la névralgie du trijumeau** ;

- ✓ **CCQ « de longue durée »** : durant plus de 4 heures par jour ; **migraine chronique ou, plus rarement, céphalée de tension chronique**, toutes deux avec ou sans **abus médicamenteux**.

4 Les différentes algies

4.1 La migraine commune :

La céphalée est liée à l'activation du système trigémino-vasculaire, responsable d'une inflammation périvasculaire avec libération de neuromédiateurs algogènes dont le CGRP.

La migraine est souvent faussement attribuée à un trouble des sinus, des dents, de la réfraction, du cou, alors qu'il s'agit bien du résultat d'une perturbation du système nerveux central.

La migraine avec aura est un facteur de risque indépendant d'infarctus cérébral surtout chez la femme de moins de 45 ans. Le risque augmente encore en cas de cofacteurs (tabagisme et contraception oestroprogestative).

4.1.1 Migraine sans aura

La crise est souvent précédée de **prodromes** : *irritabilité, asthénie, somnolence, faim, bâillement*.

Début progressivement, la journée ou en fin de nuit, atteint son maximum en **quelques heures et dure une demi-journée à quelques jours**.

Type : pulsatile, unilatérale et à bascule,

Intensité : modérée à sévère.

Description : une douleur postérieure avec cervicalgie associée, qui égare le diagnostic vers une céphalée par arthrose cervicale ou une névralgie d'Arnold.

Facteurs aggravants : les activités physiques de routine (marcher), la lumière, le bruit

Facteurs calmants : améliorée par le repos dans l'obscurité.

Signes associés : Les nausées et/ou vomissements sont fréquents, faisant autrefois parler à tort de « crise de foie » ou de « crise d'acétone ».

4.1.2 Migraine avec aura :

La céphalée y est **précédée ou accompagnée de symptômes neurologiques transitoires** qui s'installent progressivement et, s'il y en a plusieurs, successivement.

Cette aura est la répercussion clinique d'un phénomène appelé **dépression corticale** envahissante, une vague de dépolarisation qui parcourt lentement le cortex des zones occipitales vers l'avant, suivie d'une période de **suppression de l'activité neuronale**.

La migraine avec aura typique comporte des **troubles visuels, sensitifs** ou du **langage d'installation progressive et successive**.

Les troubles visuels : les plus fréquents et intéressent les **deux yeux**.

- Des phénomènes positifs associés à une **tache aveugle** (scotome scintillant, phosphènes, zigzags) et parfois des signes déficitaires (vision floue comme à travers un verre dépoli, hémianopsie latérale homonyme).

Les troubles sensitifs, moins fréquents, comportent des **paresthésies unilatérales** avec ou sans **hypoesthésie**, démarrant au **bout des doigts** et remontant au fil des minutes selon une « **marche migraineuse** » caractéristique vers **le coude puis l'hémiface**.

Les troubles du langage : plus rares : manque du mot, dysarthrie, parfois aphasie totale.

Chaque symptôme dure 5 à 60 minutes puis disparaît.

La céphalée suit habituellement l'aura, soit immédiatement, soit après un intervalle de moins de 1 heure. Elle peut avoir les **mêmes caractéristiques** que la **céphalée des migraines sans aura** ou être **moins intense, plus courte** et parfois **même absente**. Dans ce cas, on parle d'aura isolée sans céphalée.

Des **auras atypiques** avec **troubles « basilaires »** (vertige, ataxie, diplopie) ou **troubles moteurs** (migraine hémiplégique) doivent donner lieu à des examens systématiques et un avis spécialisé.

4.1.3 Évolution des crises de migraine

FACTEURS DECLENCHANTS :

Multiples, ils ont comme dénominateur commun un changement, intrinsèque ou extrinsèque (tableau 3). Une crise peut aussi survenir spontanément.

- **Facteurs psychologiques** : anxiété, émotion, choc psychologique
- **Facteurs hormonaux** : période menstruelle, contraceptifs oraux
- **Modification du mode de vie** : déménagement, changement de travail, vacances, voyage.
- **Facteurs sensoriels** : lumière, bruit, odeurs, vibrations...
- **Aliments** : alcool, chocolat, graisses cuites, fromages, agrumes ;
- **Facteurs climatiques** : vent, chaleur, froid.
- **Habitudes alimentaires** : jeûne, hypoglycémie, repas sautés, hydratation insuffisante.

Autres : manque ou excès de sommeil, altitude ou effort physique inhabituel.

FACTEURS AGGRAVANTS : Mouvements de la tête, toux, effort physique.

FACTEURS CALMANTS : repos, fermeture des yeux, calme, obscurité.

4.2 Variabilité

L'intensité de la céphalée, la durée de la crise, la présence de signes associés peuvent fluctuer au cours de la vie. De même, les auras peuvent se modifier au cours de la vie. Les crises tendent le plus souvent à diminuer voire cesser après 50–60 ans.

4.3 Fréquence des crises

On distingue :

- **la migraine épisodique (< 15 jours par mois)** : à basse fréquence (< 8 jours par mois) ou à haute fréquence (8 à 14 jours par mois) ;
- **la migraine chronique** qui fait partie des CCQ : céphalées au moins 15 jours par mois depuis au moins 3 mois, dont au moins 8 jours avec des caractéristiques migraineuses, souvent avec abus médicamenteux (80 %).

4.3.1 Diagnostic de la migraine

4.3.1.1 Diagnostic positif

Il repose sur les critères de l'ICHD-3 qui doivent être satisfaits (tableaux 10.3 et 10.4). **L'imagerie cérébrale est normale** dans la migraine.

L'IRM : des **hypersignaux non spécifiques de la substance blanche cérébrale** chez les migraineux avec aura.

a. Dans la migraine sans aura

L'imagerie cérébrale est indiquée seulement pour **éliminer une pathologie** autre lorsque les céphalées :

- se **modifient** notablement (céphalée inhabituelle) ;
- ou s'accompagnent **d'une anomalie à l'examen clinique**
- ou **débutent** après l'âge de **50 ans**.

b. Dans la migraine avec aura

Une IRM cérébrale est recommandée en cas :

- **aura atypique** (basilaire ou hémiplégique),
 - à **début brutal**,
 - **prolongée** >une heure,
- survenant toujours **du même côté**,
et/ou sans symptômes visuels,
ou en cas **d'anomalie à l'examen clinique**.

4.4 2. Diagnostic différentiel

4.4.1 a. Migraine sans aura

La migraine doit être distinguée des **autres céphalées primaires épisodiques**.

La principale erreur est en fait de **méconnaître la migraine** ou de rattacher à tort **les crises à des troubles oculaires**, des « **crises de foie** », des **sinusites**, des **troubles buccodentaires**, une **cervicarthrose** ou une **névralgie d'Arnold** en cas de **céphalée postérieure**.

4.4.2 b. Migraine avec aura

Les auras migraineuses peuvent être difficiles à différencier de deux autres variétés de dysfonctionnement cérébral transitoire :

- **dans les accidents ischémiques transitoires**,
- de **crises d'épilepsie partielles**

4.5 Algie vasculaire de la face

4.5.1 Caractéristiques

- Durée: **15 min à 3 heures**.
- **Unilatérale**.
- **Orbitotemporale**.
- **Très intenses** à type **d'arrachement, broiement**
- Signes **congestifs homolatéraux** (injection conjonctivale, rhinorrhée...)
- **Signes d'accompagnements** : Agitation motrice, irritabilité
- **Non modifiée par l'effort**.

« Au moins 5 crises répondant à ces critères sont nécessaires pour poser le diagnostic » ;

1. Crises :

Les signes « migraineux », nausées, vomissements, photo- et phonophobie sont souvent présents et ne doivent pas égarer le diagnostic. Les crises surviennent d'une fois tous les deux jours à 8 fois par jour.

2. Algie vasculaire de la face épisodique

Chez 90 % des patients, les crises surviennent **par périodes de quelques semaines à quelques mois**. On observe parfois **un cycle circadien** (les crises se produisant à heure fixe, surtout la nuit) et **circannuel** (à la même saison), ainsi qu'un lien avec la **prise d'alcool**

3. Algie vasculaire de la face chronique

Dans 10 % des cas, **les crises se répètent au long cours sans rémission de plus de 3 mois** ; il s'agit alors d'algie vasculaire de la face chronique, maladie redoutable grevée d'une importante comorbidité psychiatrique.

C. Diagnostic de l'algie vasculaire de la face

Le diagnostic positif repose sur l'interrogatoire et le recueil des critères diagnostiques), avec **un examen clinique strictement normal**. Malgré une symptomatologie caractéristique, **le délai diagnostique** moyen reste de **plusieurs années**.

Imagerie systématique : Devant toute première crise d'algie vasculaire de la face, **une cause secondaire doit être exclue**, notamment une **lésion hypothalamo-hypophysaire (tumeurs)** ou une **dissection de la carotide homolatérale**, par une **IRM cérébrale** avec **angio-IRM** des **troncs supra-aortiques** ou **avec un angioscanner**.

Il est recommandé de réaliser systématiquement une IRM cérébrale chez tout patient atteint d'algie vasculaire de la face, même depuis des années, pour exclure une forme secondaire (tumeurs hypophysaires). trique : signes dépressifs (56 %), agoraphobie (33 %) et tendances suicidaires (25 %).

4.6 Névralgie du trijumeau

Une névralgie faciale dont la **topographie** correspond à **un ou plusieurs territoires du V** (Nerf sensitif de la face).

- **Douleur paroxystique** durant de qq secondes à 2 minutes.
- **Unilatérale, Intense**.
- Par salves séparées par des intervalles libres de durée variable.
- Peut être

1. Névralgie du trijumeau essentielle (classique ou idiopathique)

a. Douleur

Très intense, fulgurante, à type d'éclair ou de décharge électrique, de durée très brève (quelques secondes). Elle se répète souvent en salves (maximum 2 minutes), suivies d'une période réfractaire et entrecoupées de périodes libres. La fréquence des salves varie de 5 à 10 par jour aux formes subintrantes.

b. Topographie

Unilatérale

et strictement localisée :

- au territoire du **trijumeau** ;
- à **une branche** (maxillaire supérieur V2 : 40 % ; maxillaire inférieur V3 : 20 % ; branche ophtalmique V1 : 10 %) ;
- ou à **deux branches**.

c. Facteurs déclenchants

Douleurs déclenchées de manière élective par l'**excitation d'une zone cutanée précise du territoire douloureux**, « **la zone gâchette** ». Un effleurement suffit. Les accès peuvent être déclenchés par la **parole**, la **mimique**, le **rire**, la **mastication**, si bien que le malade tente de garder un visage immobile et mange le moins possible.

d. Examen clinique normal :

Sensibilité faciale et cornéenne (réflexe cornéen présent).

Force des muscles masticateurs (innervés par le V moteur) normale.

Absence de toute atteinte neurologique.

Peau normale.

La constatation de la moindre anomalie oriente vers une névralgie secondaire essentielle ou secondaire à un processus lésionnel.

4.7 Les céphalées symptomatiques :

Peuvent être en rapport avec *une* douleur projetée ou bien avoir une cause neurologique, vasculaire ou générale.

_ **Douleur projetée** : d'origine oculaire : glaucome ou baisse de l'acuité visuelle; d'origine sinusale : sinusite.

_ **Causes neurologiques :**

- **Par** inflammation ou irritation des méninges au cours des méningites, des hémorragies méningées.
- Par hypertension intra-crânienne : au cours des tumeurs cérébrales (le **FO** montre un oedème papillaire). Dans ces deux cas, les céphalées sont accompagnées de *vomissements faciles en fusée*.
- Céphalées post-traumatiques : après traumatisme crânien.
- **Causes vasculaires** : au cours de l'artérite temporale de Horton ; qui atteint le sujet âgé de 70 ans qui va se manifester par des céphalées importantes temporo-occipitales ; l'examen clinique montre des artères temporales épaissies, non pulsatiles.

_ **Causes générales :**

- HTA.
- Anémie.
- Polyglobulie.
- hypoxie et hypercapnie.

D'où l'importance devant toute céphalée de pratiquer un examen neurologique, de prendre systématiquement la TA et de faire un **FO**.

4.8 Céphalées psychogènes

Elles sont **très fréquentes, permanentes et résistantes aux antalgiques** dont certains sièges sont

évocateurs : **nucalgies basses, vertex**

Elles sont de loin *les plus fréquentes* des algies cranio-faciales.

4.8.1 Les psychalgies ou cénesthopathies :

Elles ne répondent à aucune description sémiologique précise, on retrouve le plus souvent un facteur déclenchant psycho-affectif et une personnalité particulière : angoisse et troubles de l'humeur et du comportement.

- Dans ce groupe, on peut isoler les céphalées de tension qui sont liées à une contraction anormale des muscles cervicaux chez les sujets anxieux et se traduisant par une impression de lourdeur de la nuque.

4.8.2 Céphalée de tension

Leur étiopathogénie est mal connue. Une composante psychologique est très souvent identifiable
Les critères diagnostiques internationaux les opposent point par point aux migraines :

Au moins 2 critères parmi les 4 suivants :

- Douleur à type de pression pesanteur (non pulsatile), Intensité légère à modérée, gênant mais n'empêchant pas les activités
- Topographie bilatérale, souvent postérieure (nuque, occiput)
- Pas d'aggravation par la marche
- Absence de : Nausées ou vomissements

Photo phonophobie

Elles peuvent être permanentes, quotidiennes (« céphalées chroniques quotidiennes ») ou épisodiques, durant de 30 minutes à 7 jours.