

Les algies faciales

Névrалgie essentielle du trijumeau :

1/Introduction :

- Dite « classique »
- Affecte principalement l'adulte dans la deuxième moitié de la vie
- Plus souvent la femme que l'homme
- Douleurs paroxystique, intermittentes, unilatérales et strictement localisées à une ou plusieurs branches du trijumeau
- La normalité de l'examen neurologique et la négativité des examens para cliniques la différencient des névralgies symptomatiques.

2/Historique :

- Première description: fin du XVII siècle par Fehret Locke
- 1756: tic douloureux de la face de Trousseau ; « névralgie épileptiforme »
- 1776: Fothergill; étude détaillée sous le terme de « prosopalgie»

3/Epidémiologie :

- Incidence: 5/ 100 000 ha.
- Rares observations familiales.
- Début: après l'âge de 50 ans (maladie de l'âge moyen et de la sénescence).
- Les formes juvénile font suspecter une névralgie symptomatique.
- Prédominance féminine: 3 femmes pour 2 hommes.

4/Présentation clinique :

Dans sa forme typique, le diagnostic est aisé, reposant sur 4 éléments cliniques:

1-Qualité de la douleur :

- Intense et paroxystique (décrite comme insupportable).
- Eclair douloureux, très brefs, de l'ordre de la seconde, se groupant en salves pour constituer des accès de 1 à 2 minutes.
- Au cours de la douleur: le malade s'immobilise, l'hémiface est crispée réalisant le « tic douloureux ».
- Souvent à type de décharges électriques, parfois de broiements et arrachements, rarement de brûlures.
- Fréquence des accès: 5 à 10/j (formes bénignes); accès subintrants (formes graves).

- Phénomènes vasomoteurs: rougeurs des téguments, congestion de l'oeil ou de la muqueuse nasale.

- Les crises sont suivies d'une période réfractaire où rien ne vient déclencher la douleur.

2-Topographie de la douleur :

Unilatérale

- Strictement localisée au territoire du trijumeau

- Limitée à l'une de ses branches: souvent le territoire du maxillaire (V2) ou le mandibulaire (V3)

- La névralgie isolée de l'ophtalmique (V3) est rare et doit faire suspecter une névralgie symptomatique.

3-Conditions de déclenchement de la douleur :

- Excitation directe d'un territoire cutané, plus rarement muqueux, appelé « zone gâchette» (trigger zone): pli nasogénien, lèvre supérieure, houppe du menton.

- L'attouchement, le frôlement superficiel des téguments, le contact de la langue sur la muqueuse (rasage, brosse à dents, toilette, maquillage) sont les stimulations les plus efficaces.

- Les sensations thermiques et douloureuses sont en règles inefficaces.

- Provocation indirecte de l'accès par la parole, la mimique, le rire ou l'alimentation.

- Chaque accès douloureux est suivi d'une période réfractaire de plusieurs minutes, où les stimulations tactiles sont inefficaces.

4-Négativité de l'examen clinique :

- Elément indispensable au diagnostic.

- L'examen minutieux vérifie l'absence de tout signe neurologique déficitaire:

- Parfaite sensibilité de la face et de la cornée (reflexe cornéen présent)

- Absence d'atteinte du V moteur (absence de paralysie masticatrice).

- Absence d'atteinte des autres paires crâniennes (nerfs facial, cochléovestibulaire, moteurs oculaires).

- Absence d'atteinte des voies longues (pyramidal, cérébelleux, sensitif).

- La constatation du moindre signe déficitaire en dehors de la crise doit faire évoquer le diagnostic de névralgie symptomatique.

5/Evolution :

- Evolution sur un mode discontinue (au début).

- Les périodes douloureuses sont séparées par des périodes de rémissions spontanées pouvant durer des mois.
- Certaines formes restent tolérables: accès peu intenses, peu fréquents et de longues rémissions.
- L'évolution se fait vers l'aggravation: rémissions courtes et des décharges fréquentes.

6/Formes cliniques :

- Névralgies trigéminales atypiques.
- Névralgie du trijumeau après chirurgie.
- Formes bilatérales.

7/Bilan :

1-Avis spécialisés

- Ophtalmologique: glaucomes; iridocyclites.
- ORL: sinusite.

• Odontostomatologique: arthrite temporo-mandibulaire (craquements, ressauts); algies dentaires (caries; granulomes périapicaux) etc.

• La plupart des malades arrivent édentés à la consultation.

2-Imagerie

- Imagerie par résonance magnétique
- IRM conventionnelle en T1 et T2:

- Malformation de la base du crâne ou de la charnière occipito-cervicale (malformation d'Arnold Chiari).

- Sclérose multiloculaire; lésion du tronc cérébral (vasculaire, tumorale ou ischémique).

- Néof ormation tumorale; malformation artérioveineuse; anévrisme géant de l'angle ponto-cérébelleux.

- Tumeur du cavum de Meckel ou de la loge parasellaire.

• IRM avec des séquences spéciales aptes à mettre en évidence un conflit vasculonerveux.

8/Diagnostic différentiel

1-Névralgies trigéminales symptomatiques :

- Présentation clinique:
 - La douleur est davantage continue.
 - N'est pas autant déclenchée par les stimuli périphériques.

-Atteint souvent d'emblée les trois branches particulièrement l'ophtalmique (V1).

-Début: n'importe quel âge (avant 50 ans est fortement suspect).

-Existe un déficit sensitif cutanéomuqueux (diminution ou abolition du réflexe cornéen) ou atteinte du contingent moteur du trijumeau.

Toute suspicion de névralgie symptomatique impose, outre des avis spécialisés, un bilan para clinique très complet à la recherche d'une cause curable.

2-Algie vasculaire de la face :

- Crises sévères (agitation), strictement unilatérales.

- De siège orbitaire, supraorbitaire et temporal

- Durée: 15 à 180 minutes

- Une à huit crises /jour

- Les crises se produisent en série: de qlq semaines à qlq mois, séparées par des rémissions de qlq mois à qlq années.

- Associée à des phénomènes végétatifs: hyperhémie conjonctivale, larmolement, congestion nasale, rhinorrhée, sueurs frontales/faciales, myosis, ptosis, oedème palpébral.

- Survenue spontanée ou provoquée par l'ingestion d'alcool ou de certains médicaments (vasodilatateurs).

- Début: entre 20 et 40 ans.

- Prédominance masculine: 3 à 4 fois supérieure

3-Névralgie du glossopharyngien.

- Rare.

- Douleurs débutant dans le fond de la gorge irradiant vers l'angle de la mâchoire et vers l'oreille.

- Violentes, strictement unilatérales et profondes.

- Provoquées par la déglutition, la parole, le bâillement et l'éternuement.

- Zone gâchette: la muqueuse pharyngée.

- Crises de qlq secondes à qlq minutes, suivies d'une période réfractaire.

- L'examen clinique est normal.

9/Critères diagnostiques :

A. Crises paroxystiques douloureuses, durant d'une fraction de seconde à 2 minutes, affectant une ou plusieurs divisions du nerf trijumeau, et répondant aux critères B et C.

B. Douleur qui présente au moins l'une des caractéristiques suivantes:

1. intense, aiguë, superficielle;

2. provoquée par l'attouchement d'une de plusieurs zones gâchettes ou par des facteurs déclenchant.

C. Crises stéréotypées pour chacun des patients.

D. Pas de déficit neurologique cliniquement évident.

E. Absence d'étiologie.

10/Traitement :

1-Traitement médical :

•Antiépileptiques:

Carbamazépine (Tegretol®)

-Traitement de première intention.

-Posologie: 600 à 1800 mg/j (atteinte par tâtonnement).

-Effet secondaires: somnolence, ébriété, intolérance digestive.

-Surveillance hépatique et hématologique.

•Autres:

-Oxcarbazépine (Trileptal®)

-Gabapentine(Neurontin®)

-Prégabaline (Lyrica®)

-Topiramate(Epitomax®)

-Lamotrigine(Lamictral®)

-Diphénylhydantoïne(Dihydantol®): abandonné.

-Clonazépine(Rivotril®)

Médicaments non antiépileptiques:

-antispasmodiques: Baclofène (Liorésal®).

-vasoconstricteurs: tartrate d'ergotamine (Gynergène®); sumatriptan.

-psychotropes

2-Traitement neurochirurgical :

Décompression vasculaire microchirurgicale: vise à écarter le vaisseau conflictuel de la racine trigéminal et à le maintenir à distance par un écran protecteur.

•Méthodes lésionnelles:

-Thermocoagulation percutanée rétrogassérienne.

-Injection percutanée de glycérol dans la citerne trigéminal.

-Radiochirurgie stéréotaxique (cobalt; rayons X).