

Item 262. Migraine et algie de la face

-
- I. CLASSIFICATION DES CEPHALEES
 - II. MIGRAINE
 - III. ALGIES VASCULAIRES DE LA FACE
 - IV. NEURALGIES
 - V. CEPHALEES ASSOCIEES A UNE DOULEUR DE LA FACE (DENTAIRE, SINUSIENNE, OCULAIRE, AURICULAIRE)
 - VI. LE TRAITEMENT DES DOULEURS DE LA FACE
-

Objectifs pédagogiques

-- Les objectifs nationaux du Bulletin Officiel --

- Diagnostiquer une migraine et une algie de la face.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

Les céphalées sont au sens large les douleurs siégeant au niveau de la tête, soit de localisation crânienne (frontale haute, pariétale, temporale, occipitale), soit de localisation faciale. L'origine de la douleur n'est pas toujours au niveau même de l'expression douloureuse ; par exemple, une douleur d'origine cervicale telle une arnoldalgie peut se projeter au niveau occipito-pariétal, une douleur d'origine faciale comme une sphénoïdite (le sphénoïde fait partie de l'étage moyen de la face) peut se projeter au niveau du vertex crânien. D'autre part, les causes en sont nombreuses, certaines comme les sinusites sont une cause trop souvent avancée par les patients eux-mêmes, d'autres comme les algies vasculaires de la face, restent sous diagnostiquées. On comprend donc que les céphalées, symptôme fréquemment rencontré en pratique médicale, posent parfois de difficiles problèmes diagnostiques et thérapeutiques. L'interrogatoire et l'examen clinique sont essentiels pour l'orientation diagnostique.

I. CLASSIFICATION DES CEPHALEES

- Par l'International Headache Society (2004).
- En souligné sont les céphalées faisant partie de la question.

A. Céphalées primitives

- **Migraine avec ou sans aura (groupe 1)**
- Céphalées de tension (groupe 2)
- **Algies vasculaires de la face et autres céphalées trigéminales autonomiques (groupe 3)**
- Autres céphalées primitives : céphalées non associées à une lésion –céphalées provoquées par le froid, la toux, l'effort, l'activité sexuelle, céphalées en « coup de tonnerre » (groupe 4)

B. Céphalées secondaires

- Céphalées post-traumatisme crânien ou cervicales (groupe 5)
- Céphalées secondaires à une pathologie vasculaire telles une hémorragie méningée, un hématome intra-crânien, une malformation vasculaire, douleur de la carotide ou de l'artère vertébrale, hypertension artérielle systémique, thrombose veineuse (groupe 6)
- Céphalées secondaires à une pathologie intra-crânienne non vasculaire telles une hypertension intra-crânienne, tumeur cérébrale, encéphalite inflammatoire (groupe 7)
- Céphalées toxiques aiguës ou chroniques par abus médicamenteux ou sevrage (groupe 8)
- Céphalées en rapport avec un processus infectieux intra-crânien : méningite, encéphalite, abcès, empyème, ou extra-céphaliques, infections virales ou bactériennes (groupe 9)
- Céphalées secondaires à un trouble métabolique telles qu'hypoxie, hypercapnie, hypoglycémie, hypercalcémie, dialyse, jeune (groupe 10)
- **Céphalées associées à une douleur de la face (dentaire, sinusienne, oculaire ou auriculaire) ou de la nuque (groupe 11)**
- Céphalées associées à une maladie psychiatrique (groupe 12)

C. Névralgies crâniennes

- **Céphalées associées à une névralgie faciale : trijumeau, glosso-pharyngien, ou autres algies en rapport avec une lésion d'un nerf facial (groupe 13)**

D. Céphalées inclassables (groupe 14)

II. MIGRAINE

La forme type, mais la moins fréquente, est la **migraine avec aura**. L'aura est le plus souvent faite de symptômes visuels (scotome, scintillements, amaurose) qui sont totalement réversibles en moins d'une heure ; c'est la classique migraine ophtalmique. D'autres auras sont possibles, sensitives, aphasiques ou motrices, en pratique presque toujours associés à des manifestations visuelles. La céphalée suit habituellement l'aura.

La **migraine sans aura** est la plus fréquente. Elle survient surtout chez la femme (75%), elle touche 12% de la population adulte. Il y a souvent des antécédents familiaux. La douleur est d'installation progressive et atteint son maximum en 2 à 4 heures. Non traitée, elle dure de quelques heures jusqu'à 72 heures. La topographie classique est unilatérale, fronto-pariétale, parfois rétro-orbitaire, mais la douleur peut être rapidement ou d'emblée bilatérale. La douleur est classiquement pulsatile, mais ce caractère est parfois difficile à exprimer par le patient. La douleur est exacerbée par les mouvements de tête, la toux, souvent accompagnée de photophobie et photophobie et de troubles digestifs (nausées, vomissements). Le patient s'isole donc le plus souvent dans une pièce obscure et sans bruit et s'allonge.

L'examen neurologique est normal et il n'existe pas de contexte fébrile.

Enfin, et cela est un argument diagnostique, les antimigraineux modernes (triptans) administrés très précocement, sont le plus souvent spectaculairement efficaces.

III. ALGIES VASCULAIRES DE LA FACE

A. Forme type

Terrain : homme le plus souvent, avec un début entre l'âge de 10 à 30 ans dans 2/3 des cas.

- Les douleurs sont unilatérales, siégeant toujours du même côté. L'accès douloureux débute dans l'angle interne de l'oeil au niveau de l'aile du nez, ou encore à la tempe. La douleur s'accroît progressivement en intensité et en territoire jusqu'à atteindre son acmé en 10 à 15 minutes. Elle est extrêmement violente, s'accompagne souvent d'agitation, dure de ¼ d'heure à 3 heures maximum, puis brusquement la douleur cède.
- Il existe des phénomènes vasosécrétoires homolatéraux accompagnateurs dans le territoire du nerf trijumeau (notion de céphalées trigémino-vasculaires): injection conjonctivale et/ou larmoiement et/ou obstruction nasale et/ou écoulement nasal et/ou oedème palpébral et/ou rougeur de la face et/ou sudation de la face et/ou myosis et/ou ptosis.
- Les crises surviennent typiquement à horaire fixe, tous les jours pendant quelques semaines avec des périodes de rémission très longues.

B. Autres formes

Autres formes : parfois les accès sont plus brefs, de 5 à 250 secondes, souvent plus fréquents, de 1 à 30 crises par jour, accompagnés également de manifestations végétatives dans le territoire du trijumeau (rougeur conjonctivale, larmoiement) : il s'agit des Short-lasting Unilatéral Neuralgiform headache with Conjunctival injection and Tearing (SUNCT)

IV. NEURALGIES

A. Les névralgies essentielles

Elles surviennent plutôt dans la deuxième moitié de la vie, fréquemment chez la femme. Trois éléments sont caractéristiques :

- Le caractère paroxystique de la douleur : décharges électriques se répétant en salves pendant quelques minutes, dans le territoire précis d'un nerf crânien ou d'une de ses branches (cf infra). Ces salves se regroupent en une crise d'installation et de disparition brutales. Il n'y a aucune douleur dans l'intercrise. (Exemple : la névralgie faciale essentielle du V ou tic douloureux de Trousseau).
- Le caractère provoqué de la douleur, par une stimulation tactile d'une région bien précise de la face ou du pharynx : trigger zone ou zone gâchette : parole, mastication, mimique...
- Le caractère négatif de l'examen neurologique : pas de déficit sensitif dans le territoire nerveux considéré, pas de déficit moteur.

L'imagerie IRM permet d'éliminer une lésion sur le trajet du nerf trijumeau ; elle peut visualiser un conflit vasculo-nerveux ou une lésion tumorale.

Selon la topographie

Figure 262-1

1) La névralgie du trijumeau ou névralgie faciale (V)

La douleur siège, suivant le cas, et par ordre décroissant de fréquence sur un ou plusieurs des trois territoires du nerf :

- a) Maxillaire supérieur : surtout nerf sous-orbitaire avec douleur à son émergence, et au niveau de l'aile du nez, de la lèvre, de la gencive et des dents supérieures.
- b) Maxillaire inférieur : surtout nerf mentonnier avec douleur au niveau du menton, de la lèvre, de la gencive et des dents inférieures ; parfois nerf lingual (2/3 antérieurs de la langue) ou auriculotemporal (région temporale antérieure).
- c) Ophtalmique : surtout nerf sus-orbitaire avec douleur à son émergence et au niveau de la paupière supérieure et de la région frontale.

2) La névralgie du glossopharyngien (IX) est beaucoup plus rare

La douleur siège dans les régions :

- Sous et rétro-angulo-maxillaire
- Amygdalienne et sillon amygdaloglosse
- Parfois et uniquement : auriculaire, maxillaire inférieure, cervicale

B. Les névralgies symptomatiques

La douleur est plus diffuse, dans le territoire du nerf atteint.

- la douleur peut être continue ou paroxystique mais toujours avec un fond douloureux permanent.
- elle s'installe moins brusquement, et il n'y a pas de zone gâchette.
- il existe un déficit sensitif dans le territoire du nerf et parfois un déficit moteur.

Une cause organique, avant tout tumorale localisée à la base du crâne doit être recherchée.

V. CEPHALEES ASSOCIEES A UNE DOULEUR DE LA FACE (DENTAIRE, SINUSIENNE, OCULAIRE, AURICULAIRE)

A. Les causes dentaires

Elles sont évidentes

B. Les causes sinusiennes

Elles sont souvent évoquées. Les sinusites algiques sont le plus souvent les sinusites **aigues** qui suivent un « rhume » viral épidémique, comportent des signes d'accompagnement (rhinorrhée, obstruction nasales) et des signes généraux souvent modestes (fièvre à 38° à 38°5). La topographie des douleurs dépend du sinus en cause : jugale avec irradiation dentaire pour les sinusites maxillaires, frontales pour les sinusites frontales, du vertex ou rétro-orbitaires pour les sinusites sphénoïdales, péri-orbitaires pour les sinusites ethmoïdales. La position penchée en avant accentue les douleurs qui sont classiquement mais inconstamment plus intenses le matin que le soir. La pression

de l'os maxillaire ou frontal en regard de la douleur majeure cette dernière. Le traitement antibiotique est rapidement efficace, en règle, sur la douleur et les signes associés.

Les sinusites chroniques sont peu souvent pourvoyeuses de douleurs. Les symptômes sont plutôt à type de pesanteur. D'autre part, certaines sinusites sphénoïdales chroniques peuvent être extrêmement algiques, de sorte qu'une douleur chronique doit justifier d'une imagerie (scanner du crâne et des sinus). Par contre, certaines images de simple épaissement muqueux localisé ou de kystes muqueux ne devront pas être considérées à l'origine de céphalées (opacité en cadre, kyste du bas fond du sinus maxillaire).

Les cancers sinusiens peuvent être pourvoyeurs de douleurs surtout s'il existe un envahissement osseux ou orbitaire. Les symptômes comme la rhinorrhée purulente, l'obstruction nasale et l'épistaxis, doivent faire évoquer le diagnostic de tumeur surtout s'ils sont unilatéraux. L'endoscopie et le scanner permettront le diagnostic.

Points clés



Toute douleur chronique, et à fortiori s'il existe des signes rhinologiques d'accompagnement, une notion d'unilatéralité de la douleur et des symptômes associés doit justifier une endoscopie nasale et un scanner sinusien.

C. Les causes oculaires

Elles sont de présentation souvent évocatrice lorsque le patient se plaint de douleurs localisées à l'œil lui-même et s'il existe des anomalies ophtalmologiques associées (chémosis, épiphora...). Le diagnostic sera fait par l'ophtalmologiste après un examen spécialisé : glaucome aigu, dacryocystite, kérato-conjonctivite. Par contre, il existe des douleurs moins violentes, de localisation fronto-glabellaire, entraînées par des troubles de la convergence (hétérophorie) qui sont souvent sous-diagnostiquées.

D. Les otalgies

Elles peuvent être liées à une otite aiguë, moyenne ou externe, dont le diagnostic est fait à l'otoscopie. Lorsque l'examen otologique est normal, il faut penser à des douleurs projetées d'origine bucco-pharyngée (douleurs dentaires provenant des molaires, douleurs d'angines, et **attention aux otalgies réflexes des cancers des voies aéro-digestives supérieures**) ; l'examen pharyngo-laryngé et la palpation des aires ganglionnaires cervicales est donc indispensable. Enfin, nombre d'otalgies à examen otologique et des voies aéro-digestives supérieures normaux sont liées à une douleur de l'articulation temporo-mandibulaire (recherche d'un ressaut, d'un craquement, d'une subluxation, d'une douleur à la palpation, d'un trouble de l'articulé dentaire). Dans certains cas où l'examen clinique est normal, une imagerie IRM et scanner injectée sont demandés pour dépister des tumeurs profondes (base du crâne).

E. Autres douleurs latérales:

- douleur du nerf d'Arnold, occipito-pariétales, unilatérales, déclenchées par la pression à l'émergence du nerf d'Arnold

- syndrome de l'apophyse styloïde longue
- douleur temporale de l'artérite giganto-cellulaire de Horton : sujet âgé, recherche d'une induration douloureuse de l'artère temporale, syndrome inflammatoire, biopsie de l'artère temporale superficielle

VI. LE TRAITEMENT DES DOULEURS DE LA FACE

C'est d'abord le traitement de la cause, lorsqu'elle est retrouvée.

- Le traitement des migraines a été révolutionné par les triptans par voie orale
- Les algies vasculaires sont traitées par:
 - Triptans par voie sous cutanée essentiellement
 - Oxygénothérapie
 - Dérivés de l'ergot de seigle (DHE...), bêtabloquants (Avlocardyl...)
- Le traitement de la névralgie essentielle est d'abord médical, et fait surtout appel à la carbamazépine (Tegretol*...) en traitement de fond. Une chirurgie peut être proposée à visée de décompression ou de coagulation.

Points clés

 Une névralgie essentielle est paroxystique, provoquée, isolée.

 Une névralgie symptomatique a un fond continu. Il faut rechercher un déficit sensitif et une cause naso-sinusienne, dentaire mais aussi intracrânienne.

 Une otalgie à otoscopie normale doit faire évoquer avant tout une origine néoplasque des voies aéro-digestives supérieures.