



Item97-Migraine, névralgie du trijumeau et algies de la face.

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer une migraine, une névralgie du trijumeau et une algie de la face. - Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Polycopié national: Migraine et algies de la face	- Installation rapidement progressive/ unilatérale / pulsatile / 4h à 72h / signes d'accompagnement - Critères de l'IHS (5): ≥ 5 crises - Agenda des crises - Traitement des crises: AINS +/- triptans - Traitement de fond: propranolol ou laroxyll - Névralgie du V essentielle ssi 4 + 4 - Carbamazépine en 1ère intention - Thermocoagulation du Gasser	- Facteurs déclenchants - EduP/ abus médicamenteux - Ex. normal en intercritique - Pas d'imagerie si typique - Education du patient / MHD - Triptans CI si coronaropathie - Rechercher névralgie II (4) - IRM si atypique / rien sinon

A. MIGRAINE

Généralités

Définitions

- Migraine = céphalées chroniques d'évolution paroxystique
- Aura migraineuse = signes neurologiques accompagnant les céphalées

Physiopathologie

- **Encore mal comprise; mixte:**
 - Facteurs environnementaux: cf facteurs déclenchants
 - Facteurs génétiques: atcd familiaux dans 70% des cas
- **Hypothèse d'une « dépression corticale » vasodilatatrice**
 - = hyperhémie corticale transitoire puis oligohémie prolongée
 - D'où action des triptans (agonistes 5-HT → vasoconstriction)

Epidémiologie

- Migraine = 1ère cause de céphalées chroniques récurrentes +++
- Prévalence = 10-15% de la population / sex ratio: **F > H = x3**
- Age = adulte jeune: 90% des cas entre 10 et 40ans
- **Facteurs de risque**
 - Age (< 40ans) et sexe (F > H)
 - Antécédents familiaux de migraine

Diagnostic

Examen clinique

- **Interrogatoire**
 - **Terrain**
 - Typiquement: femme / jeune / atcd familiaux de migraine
 - **Rechercher des facteurs déclenchants +++**
 - Sensoriels: lumière clignotante / bruit / odeurs
 - Aliments: chocolat / alcool / fromages
 - Hormonaux: règles (= migraine cataméniale) / contraception
 - Psychologiques: stress / détente brutale
 - **Préciser traitement actuel**
 - Médicament / dose / efficacité
 - Rechercher un abus médicamenteux (≥ 15 j / mois sur ≥ 3 mois) (**A savoir !**)
 - **Rechercher une pathologie associée**
 - Syndrome dépressif / troubles anxieux

- Céphalées par abus médicamenteux +++
- **Migraine sans aura**
 - **Caractéristiques typiques +++**
 - **Installation:** rapidement progressive: minutes à heures (pas brutal)
 - **Durée:** entre 4h et 72h / typiquement ~ < 1 journée
 - **Evolution:** chronique / paroxystique
 - **Siège:** unilatérale (hémicrâne) / **alternante** / topographie variable
 - **Type:** **pulsatile** / majorée à l'effort physique (ou intellectuel)
 - **Signes associés:** nausées-vomissements / photophobie / phonophobie
 - **Critères diagnostiques IHS (5)**
 - **Durée des crises: 4h à 72h** sans traitement
 - **≥ 2 critères parmi: unilatérale** / pulsatile / entrave l'activité / aggravée à l'effort
 - **≥ 1 s. d'accompagnement:** nausée-vomissement / photophobie-phonophobie
 - **Réurrence: ≥ 5** crises ayant les critères 1 et 3
 - **En intercritique: examen** clinique **normal** entre les crises
- **Migraine avec aura**
 - **Symptômes de l'aura**
 - **Evolution**
 - « Marche migraineuse »: apparition progressive en quelques minutes
 - Régression complète et sans séquelle en < 1 heure
 - **Troubles visuels +++ (> 99% des cas)**
 - = aura ophtalmique (ex-migraine ophtalmique)
 - Scotome scintillant (point lumineux, extension en zigzag puis trou noir)
 - Hémianopsie latérale homonyme / phosphènes / hallucinations..
 - **Troubles sensitifs (aura sensitive)**
 - Paresthésies progressives / hémicorps / topographie: face/main ++
 - **Troubles du langage**
 - Aphasie / manque de mot / jargonophasie..
 - **Céphalées migraineuses**
 - **!! Apparaît après l'aura en général / parfois aura et céphalée simultanés**
 - **Migraine typique: rapidement progressive / unilatérale / pulsatile, etc. (cf supra)**
 - **Critères diagnostiques IHS (4) :**
 - **Au moins un des symptômes suivant, totalement réversible :**
 - visuel
 - sensoriel
 - phasique
 - moteur
 - tronc cérébral
 - rétinien
 - **≥ 2 critères parmi :**
 - au moins un des symptômes est unilatérale
 - installation progressive ≥ 5min / si plusieurs: survenue successive
 - durée de chaque symptôme 5 à 60 min
 - céphalée pendant l'aura ou après intervalle libre < 60min
 - **Réurrence: ≥ 2** crises avec les critères ci-dessus
 - **En intercritique: examen** clinique **normal**

○

Examens complémentaires

- Si migraine typique (critères IHS): **AUCUN** examen ; le diagnostic est clinique (**A savoir !**)
- **Imagerie cérébrale: TDM ou IRM**
 - **INUTILE** si typique (mais le plus souvent demandée en pratique)
 - **Mais indication d'imagerie cérébrale en urgence chez un migraineux connu si**
 - Céphalée d'apparition brutale (« en coup de tonnerre »)
 - Céphalée décrite comme « inhabituelle » (intensité / durée / s. associés..)
 - Examen physique anormal: signes de localisation / HTIC / CBH...
 - **Au moment du bilan initial, imagerie si**
 - Céphalées toujours localisées du même côté
 - Début après 40ans

Formes cliniques

- **Etat de mal migraineux**
 - = persistance > 72h d'une céphalée initialement migraineuse
 - Rechercher facteurs favorisants: abus médicamenteux +++

Diagnostiques différentiels

- **Devant une migraine avec aura**
 - Epilepsie partielle +++
 - Autres causes de BAV transitoires: HTIC / AIT / DR: **fond d'oeil Anomalie de la vision d'apparition brutale.**
 - A titre systématique, NPO d'éliminer une hypoglycémie
- **Autres céphalées chroniques (+/- associées) Céphalée aiguë et chronique chez l'adulte et l'enfant.**
 - **Céphalées de tension ++** : diffuse (occipitale) / continue / peu intense / anxiété
 - **Céphalées chroniques quotidiennes +/- par abus médicamenteux ++** : !! consommation à toujours évaluer (**A savoir !**)
 - **MAV intra-crânienne**: à évoquer si toujours du même côté / siège invariable
 - **Algie vasculaire de la face**: H / crises très brèves / siège orbitaire / signes végétatifs

Traitement

Prise en charge

- Prise en charge ambulatoire / suivi au long cours
- Hospitalisation si crise inhabituelle ou état de mal migraineux

Education du patient / mesures hygiéno-diététiques +++

- Recherche et **éviction des facteurs déclenchants (A savoir !)**
- Traitement des crises jamais en préventif: CCQ par **abus médicamenteux (A savoir !)**
- Rassurer et écouter le patient (inutilité des examens complémentaires)
- Education thérapeutique (pas de disparition des crises mais ↓ fréquence)
- **Agenda des crises**: facilite le suivi
- Repos

Traitement de la crise

- **Mise en condition**
 - Patient au repos / au **calme** / dans l'obscurité / rassurer
 - Prise la plus précoce possible (si triptans: attendre céphalées)
- **Traitement médicamenteux**
 - **Anti-inflammatoires**
 - **Indication**: en 1ère intention si crise modérée
 - **Molécules**: aspirine / **AINS** (éviter paracétamol: moins efficace)
 - **Triptans (agonistes 5-HT)**
 - **Indications**: d'emblée en cas de crise sévère / en 2nde intention sinon
 - **Molécules**: sumatriptan (Imigrane®) / zolmitriptan (Zomig®) PO ou SC
 - **Contre-indications**: **coronaropathie+++** / AVC / HTA / IHC / IRC (**A savoir !**)

Traitement de fond

- **Indications**
 - Crises fréquentes (≥ 4x/mois) / **handicapantes** / intenses: au cas par cas +++
 - Si consommation médicamenteuse > 6-8 prises/M (cf abus médicamenteux)
- **Modalités**
 - Débuter par monothérapie à faible dose puis augmentation posologique progressive
 - Pour une durée initiale de 6M-1an puis ↓ très progressive et arrêt si pas de récurrence
- **Molécules**
 - **Propranolol** (Avlocardyl®) = BB / !! **CI** si migraine avec aura (aggravation paradoxale)
 - **Amitriptyline** (Laroxyl®) = AD tricyclique / CI = glaucome / HBP / IDM récent
 - **Autres**: oxérotone (antagoniste 5-HT) ; flunarizine (inhibiteur calcique), etc.

Mesures associées

- **Soutien psychologique** / proposer adhésion à une association de malades
- Traitement non médicamenteux: relaxation / thérapies cognitivo-comportementales..
- Prise en charge des FdR d'AVC (si aura ++): cf migraine = FdR minime d'AIC
- Traitement anxiolytique / antidépresseur si besoin

Surveillance

- **Efficacité du traitement de fond**
 - Evaluation clinique à 3 mois: efficace si ↓ fréquence des crises de 50%
 - **Agenda des crises +++** / **consommation** d'antalgiques

B. AUTRES ALGIES DE LA FACE

Névrалgie du trijumeau

Rappels anatomiques

- 3 branches du trijumeau → territoires sensitifs
 - V1 = n. ophtalmique → front + paupière supérieure + dos du nez
 - V2 = n. maxillaire → paupière inférieure + joue + lèvre supérieure
 - V3 = n. mandibulaire → région temporale + joue et inférieures + menton
 - !! « encoche masséterienne »: non innervée par le V (C2)

Etiologies

- Névrалgie essentielle du trijumeau
 - Pathologie fréquente de la femme d'âge mûr (> 50ans)
 - Pas de lésion organique retrouvée à l'imagerie (donc en théorie inutile)
 - Probable compression du V par a. cérébelleuse supérieure à la sortie du TC
- Névrалgie secondaire du trijumeau
 - A rechercher systématiquement car étiologie potentielle grave (**A savoir !**)
 - = lésion du V sur son trajet central ou périphérique
 - Tronc cérébral (protubérance): **SEP / tumeur** du TC / AVC (Wallenberg)
 - Angle ponto-cérébelleux: neurinome VIII / méningiome / cholestéatome
 - Ganglion du Gasser: **zona** du GG de Gasser / tumeur
 - Sinus caverneux: anévrisme carotide int. / thrombose veineuse cérébrale
 - Base du crâne et massif facial: tumeur (ORL) / fracture

Diagnostic (10)

- !! Toute névrалgie est secondaire JPDC: rechercher les critères de distinctions (10)
- Névrалgie essentielle du trijumeau
 - Terrain: typiquement femme > 50ans
 - Caractéristiques des douleurs = fulgurante paroxystique (4)
 - Facteur déclenchant: « zone gâchette » +++ / parole / mastication
 - Siège: **unilatéral** toujours / **V2** (+++) > V3 (parfois) > V1 (rarement)
 - Type: « décharges électriques fulgurantes »
 - Evolution: périodes de rémission / pas de fond douloureux +++
 - Examen physique = normal (névrалgie isolée) (4) (**A savoir !**)
 - Pas d'hypoesthésie faciale
 - Pas d'abolition du réflexe cornéen
 - Pas d'atteinte d'autres nerfs crâniens
 - Pas de déficit moteur ni syndrome cérébelleux
 - Examens complémentaires
 - **AUCUN** (en pratique: IRM quasi-systématique)
- Névrалgie secondaire du trijumeau
 - Terrain: H/F de tout âge / rechercher co-morbidité
 - Caractéristiques des douleurs (4)
 - Facteurs déclenchants: en général absent: pas de zone gâchette
 - Siège: atteinte V1 ou atteinte simultanée des 3 branches évocateurs
 - Type: souvent moins intenses (pas à type d'éclair ou décharge)
 - Evolution: persistance d'un « fond douloureux » +++
 - Examens physique entre les crises = anormal +++
 - **!! Rechercher devant toute névrалgie du trijumeau (4)**
 - Hypoesthésie faciale
 - Abolition du réflexe cornéen (V1)
 - Atteinte d'autres nerfs crâniens
 - Déficit moteur ou syndrome pyramidal/cérébelleux
 - Examens complémentaires
 - **IRM** systématique pour rechercher une lésion +++

Traitement

- Prise en charge
 - Prise en charge ambulatoire / suivi au long cours
- Traitement médicamenteux
 - Indication: En **1ère** intention dans les névrалgies essentielles
 - Modalités
 - **Carbamazépine** (Tégréto® / AE) / dose progressive / efficace à 75%
 - Couverture par clonazépam (BZD: Rivotril®) en attente de l'efficacité
 - !! ES: risque d'agranulocytose immuno-allergique (cf **Agranulocytose médicamenteuse : conduite à tenir**)
- Traitement chirurgical

- **Indication:** En **2nde** intention si échec du traitement médicamenteux
- **Modalités**
 - **Thermocoagulation percutanée du ganglion du Gasser +++**
 - Très efficace (95% de succès) mais ES = hypoesthésie séquellaire (20%)
 - (pb si atteinte de V1: risque de kératite car abolition du réflexe cornéen)
 - **Décompression vasculaire chirurgical du V**
 - Intérêt si atteinte du V1 mais lourd: seulement si sujet jeune sans com
- **Traitement étiologique**
 - Indispensable et en 1ère intention devant toute névralgie secondaire (**A savoir !**)
- **Surveillance**
 - **Clinique:** fréquence des accès / signes physiques orientant vers une NT secondaire
 - **Paraclinique:** **NFS** à l'instauration de la carbamazépine (**A savoir !**)

Algie vasculaire de la face

Généralités

- Cause rare de céphalées essentielles / p = 1/1000

Diagnostic

- **Examen clinique +++**
 - **Interrogatoire**
 - Terrain typique: homme jeune
 - Facteur déclenchant = **alcool**
 - **Caractéristiques de la douleur**
 - **Siège:** péri-orbitaire / unilatérale / toujours du même coté
 - **Type:** déchirement ou brûlure
 - **Intensité:** +++ / **intolérable** / dure 15min-3h
 - **Signes associés:** végétatifs: larmoiement / Claude Bernard-Horner
 - **Examen neurologique:** inter-critique = normal +++
 - **Evolution périodique**
 - Crises quotidiennes à la même heure pendant une période dans l'année
 - Puis intervalle libre +/- prolongé / !! **risque suicidaire** si forme sévère
- **Examens complémentaires**
 - AUCUN: le diagnostic est purement clinique

Traitement

- **Traitement de la crise**
 - Sumatriptan en SC (Imiject®) en 1ère intention (!! CI si atcd coronaires)
 - Oxygénothérapie 7L /min pendant 15min
- **Traitement de fond**
 - Eviction des facteurs déclenchant: arrêt de l'alcool (**A savoir !**)
 - Vérapamil (Isoptine®) PO / seulement en période de crise

Synthèse pour questions fermées

Quelles sont les 4 caractéristiques des douleurs de la névralgie du trijumeau ?

- Facteur déclenchant : « zone gâchette »
- Siège unilatéral (V2 > V3 > V1)
- Type : « décharge électrique fulgurante »
- Evolution : pas de fond douloureux

Quel est le traitement médicamenteux de 1ère intention dans les névralgies trigéminales essentielles ?

- Carbamazépine (Tégrétol®)

Quel est le facteur déclenchant principal des crises dans l'algie vasculaire de la face ?

- L'alcool ++

Quel est le traitement médicamenteux de 1ère intention de la crise dans l'algie de la face ?

- Sumatriptan en SC

