

Algies crânio-faciales



Conférence « FOCAL »

21 NOVEMBRE 2012



**DR V LAUER OBER
CHU STRASBOURG**

Généralités



- Affections fréquentes, souvent « banales » (céphalées primaires)
- 1 à 16 % des motifs d'admission en urgence
- Pathologies graves = 5 – 15 %
- **Objectif prioritaire = élaborer un diagnostic étiologique précis**
 - Céphalées primaires : traitement symptomatique et cs spéc
 - Céphalées secondaires bénignes : traitement étiologique
 - Céphalées secondaires à une affection grave : traitement en urgence
- **Dans tous les cas : soulagement de la douleur**
!! La disparition de la céphalée ne doit pas annuler les explorations !!

Diagnostic positif



Etape cruciale : Interrogatoire +++

- Comportement du patient
- Caractères de la douleur
 - Sévérité : échelle de 1 à 10, retentissement
 - Type de douleur : pulsatile, en étau, diffuse...
 - Siège
 - Facteurs déclenchants, circonstances d'apparition : maladie générale, prise toxique, traumatisme ...
- Symptômes associés : nausée, vomissements...
- ATCD : HTA, TVP, néoplasie, VIH, ...



Quatre questions essentielles



- Comment ?
- Depuis quand ?
- Premier épisode ?
- Mode évolutif ?



4 profils évolutifs

- **Céphalée brusque**
- **Céphalée progressive**
- **Céphalée chronique continue**
- **Céphalée chronique paroxystique**



Céphalée brusque et céphalée progressive



URGENCE



Réalisation d'examens complémentaires
(scanner cérébral, ponction lombaire, IRM,
artériographie...)



**Céphalée chronique continue ou chronique
paroxystique**



Diagnostic d'interrogatoire



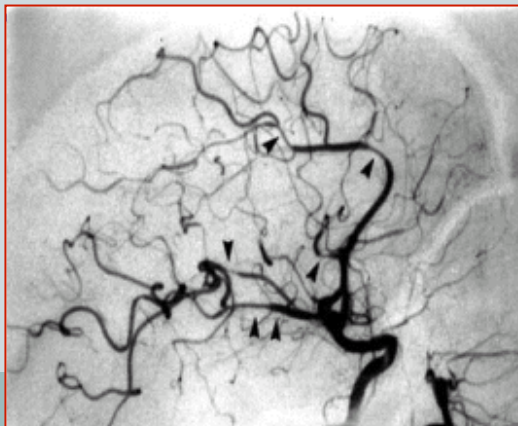
Pas d'examens complémentaires
en première intention
(imagerie cérébrale ou PL)

1/Céphalée **aiguë**, brusque, récente

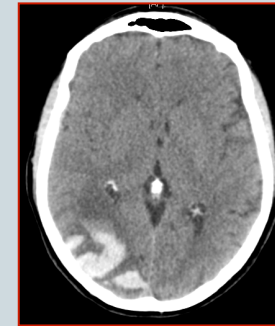
- Hémorragie méningée



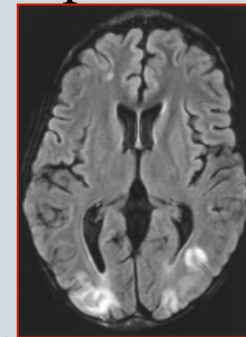
- Syndrome de vaso-constriction cérébrale réversible



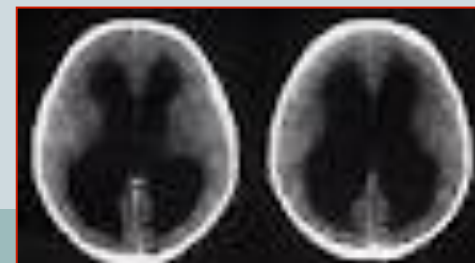
- Hématome cérébral



- Encéphalopathie hypertensive

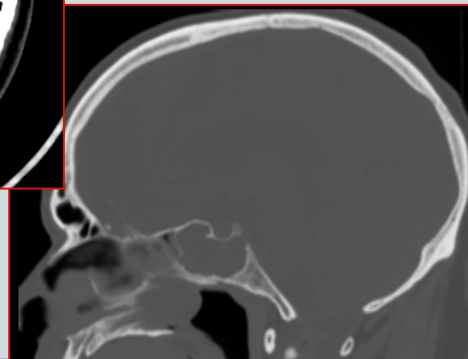
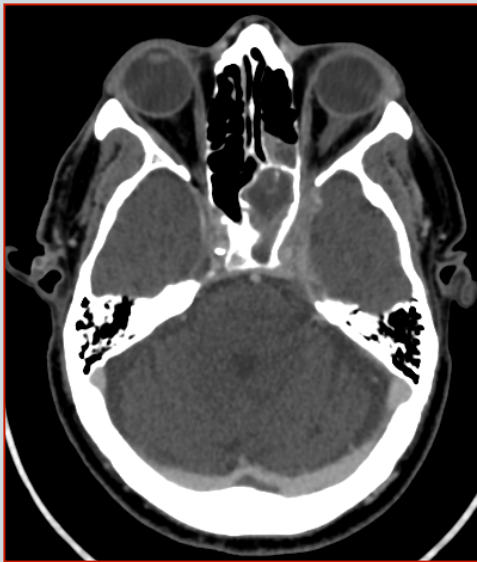


- Hydrocéphalie aiguë

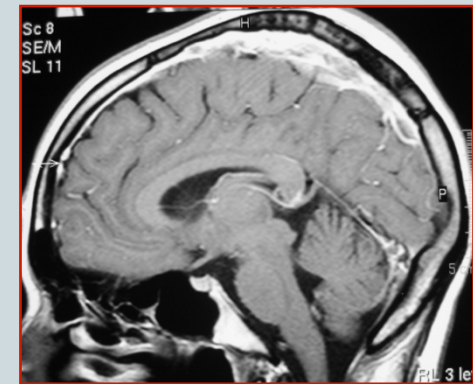
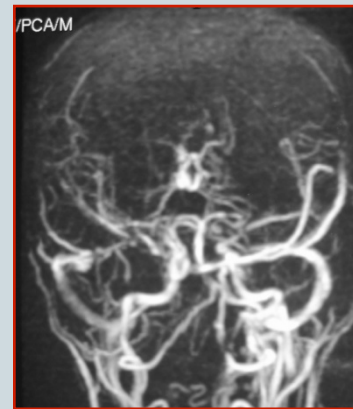


2/Céphalée progressive sur qq j, sem ou mois

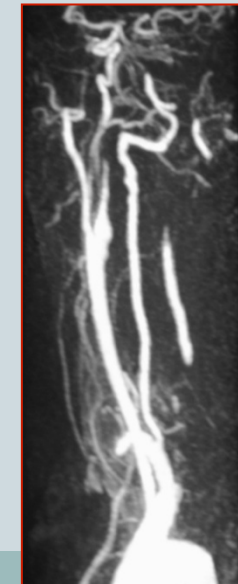
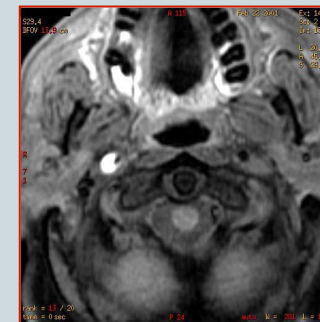
- Lésions expansives
- Méningite
- Maladie de Horton
- Céphalées des « spécialistes »



- Thrombose veineuse cérébrale



- Dissection artérielle



3/ Céphalée chronique continue



- Céphalée de tension chronique
- Céphalées chroniques quotidiennes avec abus médicamenteux
- Céphalée post-traumatique



4/ Céphalée chronique paroxystique



- Migraine sans aura
- Migraine avec aura
- Algie vasculaire de la face
- Autres céphalées trijémino-dysautonomiques
- Névralgie du trijumeau

MIGRAINE

MIGRAINE SANS AURA

12% de la population adulte

3F/1H

5% des enfants

$\frac{3}{4}$ avec 1 à 4 crises/mois

50% ne consultent pas

92% avec 1ère crise <40 ans



Critères diagnostiques



IHS, 2004

A. AU MOINS 5 CRISES RÉPONDANT AUX CRITÈRES B-D

**B. CRISES DE CÉPHALÉES DURANT DE 4 À 72 HEURES
(SANS TRAITEMENT)**

**C. CÉPHALÉES AYANT AU MOINS DEUX DES
CARACTÉRISTIQUES SUIVANTES:**

- **Unilatéralité**
- **Pulsatilité**
- **Intensité modérée ou sévère**
- **Aggravation par les activités physiques de routine, telles que montée ou descente des escaliers**

**D. DURANT LES CÉPHALÉES, AU MOINS L'UN DES CARACTÈRES
SUIVANTS:**

- **Nausées et/ou vomissements,**
- **Photophobie et phonophobie**

Diagnostic différentiel



Céphalée de tension

Douleur à type de pression, pesanteur

Localisation au vertex, bi-occipital ou bifrontal

Souvent en fin de journée

Facteurs déclenchants : stress, fatigue,

Signes associées : insomnie, fatigue

Contexte : anxiété, dépression

Recherche contracture des muscles péri-crâniens

Chronique ou épisodique

Diagnostic différentiel



	Migraine	Céphalée de tension
Hémicrânie	+	O
Pulsatilité	+	O
Intensité	Modérée à sévère	Légère à modérée
Nausée/vomissements	+	O
Aggravée à l'effort	+	O
Photophobie	+	O/+
Phonophobie	+	O/+
Durée de crise	4-72 H	30 min à 7 jours

MIGRAINE AVEC AURA



IHS, 2004

A. AU MOINS 2 CRISES RÉPONDANT AUX CRITÈRES B

B. AU MOINS 3 DES 4 CARACTERISTIQUES SUIVANTES:

- **Un ou plusieurs symptômes de l'aura totalement réversibles**
- **Le symptôme de l'aura se développe progressivement sur plus de 4 min et si plusieurs symptômes sont associés, ils surviennent successivement**
- **La durée de chaque symptôme n'excède pas 60 min**
- **La céphalée fait suite à l'aura après un intervalle libre max de 60 min, mais parfois commence avant ou pendant l'aura**

C. L'EXAMEN CLINIQUE DOIT ETRE NORMAL ENTRE LES CRISES

10% DES MIGRAINEUX

AURA VISUELLE > SENSITIVE > APHASIQUE

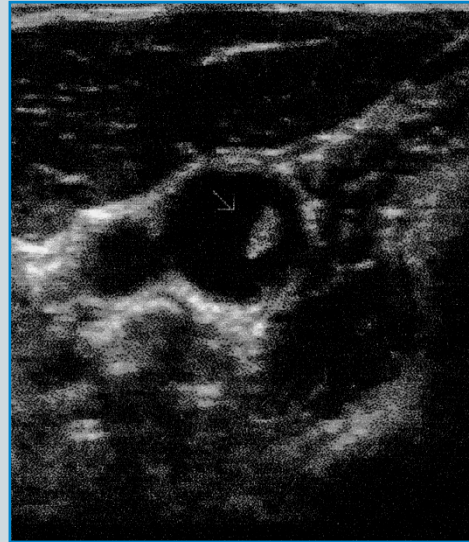
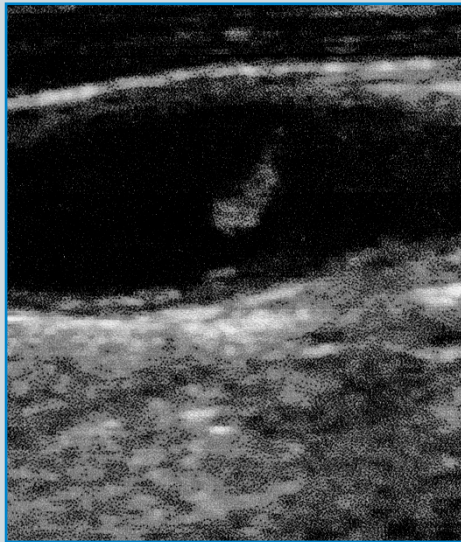
Diagnostic différentiel



AVC

Si critères IHS + : pas d'examens complémentaires

Si non remplis ou atypies : examen car peut être symptomatique



Diagnostic différentiel



Indication de TDM ou IRM chez un migraineux connu devant :

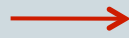
- Une céphalée brutale (dite « en coup de tonnerre »)**
- Une céphalée récente différente de la céphalée habituelle**
- Une anomalie à l'examen clinique**

Pas d'indication de RX sinus, rachis cervical, examen ophtalmologique, orthoptique, échographie abdominale

Traitement



Pour **TOUS** les migraineux

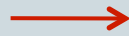


TRAITEMENT DE CRISE

- Ttt non spécifique : AINS, Aspirine
- Ttt spécifique : Triptans, Dérivés de l'ergot de seigle Max 8 cp/mois

Eviter caféine et opioïdes : risque abus et addictif

AU CAS PAR CAS (selon retentissement)



TRAITEMENT DE FOND

Prévenir et espacer les crises

- Propanolol, Métoprolol, oxétorone, amitriptyline,

AGENDA

Education

Traitement de crise



Êtes-vous soulagé 2 h après la prise ?

Ce médicament est-il bien toléré ?

Utilisez-vous une seule prise médicamenteuse ?

La prise de ce médicament vous permet-elle une reprise normale et rapide de vos activités sociales, familiales, professionnelles ?

- **Si oui aux 4 questions : ne pas changer le traitement**
- **Si non à au moins une question : donner un AINS et un triptan sur la même ordonnance**
 - **commencer par l'AINS et garder le TRIPTAN en secours à 2 h**
 - **si AINS inefficace ou mal toléré: TRIPTAN d'emblée**

Ttt de crise : le plus précocement possible

AINS

Naproxène, Ibuprofène, Kétoprofène, Diclofénac

CI : UGD, allergie, insuffisance hépatique ou rénale, grossesse et allaitement, s

EI: digestif et hémorragique

Absence d'efficacité croisée

Triptans

Sumatriptan PO 50 mg, nasal 10 et 20 mg, Naratriptan 2,5 mg, Zolmitriptan (lyo) 2,5 mg, Elétriptan 20 et 40 mg, Almotriptan 12,5 mg, Frovatriptan 2,5 mg, Rizatriptan (lyo) 5 et 10 mg

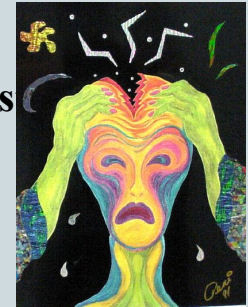
Agoniste sérotoninergique 5 HT1B/D, agit sur douleur et s. associés

Absence d'efficacité croisée

CI : ATCD d'allergie aux sulfamides, coronaropathie, AMI, HTA sévère, âge > 65 ans, ATCD AVC, I hépatique sévère

EI : fourmillements, sensation de chaleur, somnolence, fatigue, symptômes thoraciques

Essai sur 3 épisodes migraineux avant de conclure à une inefficacité



Traitement de fond



- **Quand ?**

Frq des crises (> 2-3 crises /mois), intensité, handicap, nbre de ttt de crise

Augmentation progressive des doses sur 3 mois

- Si échec $\Rightarrow$ $\uparrow$ poso ou changement traitement

- Si succès $\Rightarrow$ traitement pendant 6 mois puis arrêt progressif, pas de ttt à vie

- **Lequel ?**

EI, CI, pathologie associée, type de crise, en monothérapie

- Ne dispense pas du traitement de crise

En première intention

– Propranolol, métoprolol, oxétorone, amitriptyline

En 2ème intention

– Pizotifène, flunarizine, valproate de Na, gabapentine, indoramine, topiramate



Céphalée chronique quotidienne avec abus médicamenteux

Céphalées au moins 15 jours par mois

Depuis au moins 3 mois

Abus médicamenteux

>15j/mois si antalgiques non opioïdes (paracétamol, aspirine, AINS)

>10j/mois si autres traitements de crise (opioïdes, ergotés, triptans, spécialités antalgiques associant plusieurs principes actifs)

Traitement : sevrage



Sevrage en ambulatoire ou en hospit : arrêt de tous les médicaments antalgiques

Traitement de fond : Amitriptyline (Laroxyl®)

Per os : V-V-X gouttes (si contracture des muscles cervicaux : rivotril II gouttes au coucher)

IV : 25-100mg/j, 8 J puis relai per os

Syndrome de sevrage (céphalées de rebond) : antalgiques (paracétamol, AINS); si crise de migraine (règles de prescription ANAES : AINS, triptan) MAIS limiter nombre de prises

Suivi et éducation

CEPHALEES TRIGEMINO-DYSAUTONOMIQUES



- **ALGIE VASCULAIRE DE LA FACE**

- – Episodique
- – Chronique

- **HÉMICRÂNIE PAROXYSTIQUE**

- – Episodique
- – Chronique

- **SUNCT ***

Douleurs faciales +
signes neuro-végétatifs

** SUNCT : Short- lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with Conjunctival injection and Tearing syndrome*



- Affections rares
 - Prévalence AVF : 1-2/1000
- Affections souvent méconnues
 - AVF : délai moyen de diagnostic 2.6 ans, consultent en moyenne 3 médecins avant le diagnostic
- Affections de l'adulte
 - AVF : âge moyen de début autour de 30 ans (Homme)
 - HP : âge moyen de début autour de 40 ans (Femme)
- Diagnostic clinique
- Mais quelques formes rares secondaires justifiant la réalisation d'examens complémentaires
- Altération de la qualité de vie +++

AVF



IHS, 2004

A. AU MOINS 5 CRISES REpondant AUX CRITERES DE B-E

B. DOULEURS SEVERES UNILATERALES ORBITAIRES, SUPRA-ORBITAIRES ET/OU TEMPORALES DURANT 15 à 180 min SANS TRAITEMENT

C. CEPHALEES ASSOCIEES A AU MOINS UN DES CARACTERES SUIVANTS SURVENANT DU COTE DE LA DOULEUR :

- **Injection conjonctivale, larmoiement, congestion nasale, rhinorrhée, sudation du front et de la face, myosis, ptosis, odème de la paupière**

D. FREQUENCE DES CRISES : DE 1 à 8 PAR JOUR

E. NON ATTRIBUEE A UNE AUTRE AFFECTION



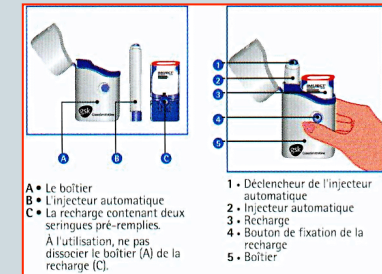
- **Sumatriptan SC** – 6mg max 2*/j



Etude contrôlée vs placebo : efficacité 85 % vs 30 %

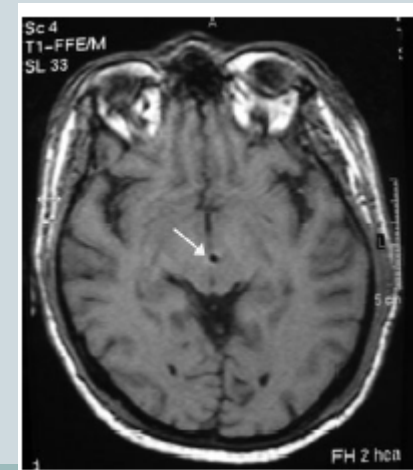
○ Verapamil

- *Forme épisodique* : méthysergide, tartrate d'ergotamine, pizotifène, corticoïdes, **indométacine** (150 mg/j), bloc du grand nerf occipital (lidocaïne+triamcinolone)
- *Forme chronique* : **carbonate de lithium** (3x250 mg), valproate de Na, lamotrigine, topiramate, gabapentine, mélatonine (?)



 REPUBLIQUE FRANÇAISE MINISTÈRE DE LA SANTÉ	ORDONNANCE DE MÉDICAMENTS À EXCEPTION		VOUET 1 à compléter par le titulaire
	ANCIENNETÉ DE L'EXERCICE (en années) ANCIENNETÉ DE L'EXERCICE (en années)		
NOM DU TITULAIRE NUMÉRO D'IMMATRICULATION			
NOM : Prénoms : (à compléter si le titulaire est une personne physique)			
ADRESSE : (à compléter si le titulaire est une personne physique)			
SI LE TITULAIRE EST UNE SOCIÉTÉ			
NOM :			
Président :		Date de naissance :	
Le titulaire est détenteur du certificat médical :			
☐ Sur l'exercice de la profession		☐ NON	
☐ En cas de non possession, motif :		☐ NON	
Médicament proposé :			
Présentation : Forme : Principe :			
Indication :			
Autres du médicament :			
Le titulaire est titulaire ou titulaire d'un diplôme de l'école de pharmacie, titulaire ou titulaire d'un diplôme de l'école de pharmacie :			
☐ OUI		☐ NON	
Signature du titulaire :			
Qualification ou titre du prescripteur :		Caractéristiques du médicament :	
Date de la dernière délivrance (1) :		Caractéristiques du médicament :	
(à compléter si le titulaire est une personne physique)			
Date de délivrance :			
Mentions obligatoires à reporter sur l'ordonnance			

- Place des traitements chirurgicaux
 - Peu d'efficacité à long terme au détriment d'effets indésirables ou de complications post-opératoires
 - Jamais dans l'AVF épisodique
 - Exceptionnellement pour AVF chronique rebelle au ttt médical
- Stimulation hypothalamique postéro-inférieure homolatérale



AUTRES CEPHALEES TRIJEMINO-DYSAUTONOMIQUES



	Durée des crises	Fréquence /j	Durée des accès	Nbre mini de crises pour le diagnostic
AVF épisodique	15-180 min	1j/2 à 8/j	≤1 an avec rémissions > 1 mois	5
AVF chronique	15-180 min	1j/2 à 8/j	> 1 an sans rémission ou rémissions < 1 mois	5
HP épisodique	2-30 min	>5/j	≤1 an avec rémissions > 1 mois	20
HP chronique	2-30 min	>5/j	> 1 an sans rémission ou rémissions < 1 mois	20
SUNCT	5-240 min	3 à 200/j	?	20



	Injection conjonctival e et/ou lacrymation	Congestion nasale et/ou rhinorrhée	Œdème palpébral	Sudation du front et/ou hémiface	Myosis et/ou ptosis
AVF	+	+	+	+	+
HP	+	+	+	+	+
SUNCT	+	-	-	-	-

Traitement



- **HP**

- Indométacine : 25 mg – 25 mg – 100 mg (suppo)
puis diminution progressive

- **SUNCT**

- Résistant à la majorité des traitements
- Carbamazépine, Lamotrigine, Topiramate,
Gabapentine

NEURALGIE DU TRIJUMEAU



Névralgie du trijumeau essentielle
Névralgie du trijumeau symptomatique

NEURALGIE DU TRIJUMEAU ESSENTIELLE



DIAGNOSTIC

Terrain : femme après 50 ans

Douleur

Unilatérale

intense

névralgique en éclair <1 sec, décharge électrique

survenant par salves

localisée au territoire du trijumeau (V2 et V3)

« Zone gâchette » située dans le territoire douloureux

Provocation de la douleur indirecte par la mastication

Indolence entre les accès

Examen clinique normal

TRAITEMENT

Première intention : Carbamazépine (100 mg/j, à augmenter de 100 mg tous les 2 jours jusqu'à 600 à 800 mg/j) avec surveillance des effets secondaires

Seconde intention : baclofène, phénytoïne, clonazepam, gabapentine, levopromazine, haloperidol, amitryptiline, ...

Thermocoagulation per cutanée du Trijumeau, Intervention de Jannetta

NEURALGIE DU TRIJUMEAU SYMPTOMATIQUE



DIAGNOSTIC

Douleur plus continue

Non déclenchée par des stimuli périphériques

Douleur atteignant d'emblée les 3 branches (V1++)

Début à n'importe quel âge

Déficit sensitif cutanéomuqueux dans le territoire intéressé avec souvent une diminution ou une abolition du réflexe cornéen, déficit moteur

ETIOLOGIES

sclérose en plaques, zona du ganglion de Gasser, neurinome de l'acoustique, cholestéatome ou méningiome, lésions traumatiques, atteinte du rocher par un kyste épidermoïde...

Algies crânio-faciales



Les causes de céphalées sont nombreuses et de gravité diverse

Ne pas passer à côté d'une urgence vitale

Avoir en tête les 4 types de profils évolutifs et la conduite à tenir qui en découle

**Pour toute céphalée inhabituelle, aiguë, ou progressive :
indication à la réalisation d'examens complémentaires (+/-
hospitalisation)**

**Si évolution chronique par crise ou continue : traitement
adapté**