

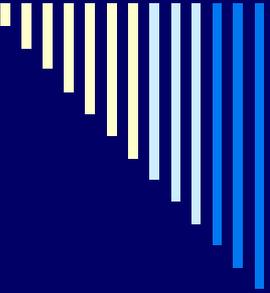
Algies cranio-faciales



Dr HALLAK Bassel
Service ORL et chirurgie
cervico-faciale
Hôpital de Sion



16.02.2017



Introduction

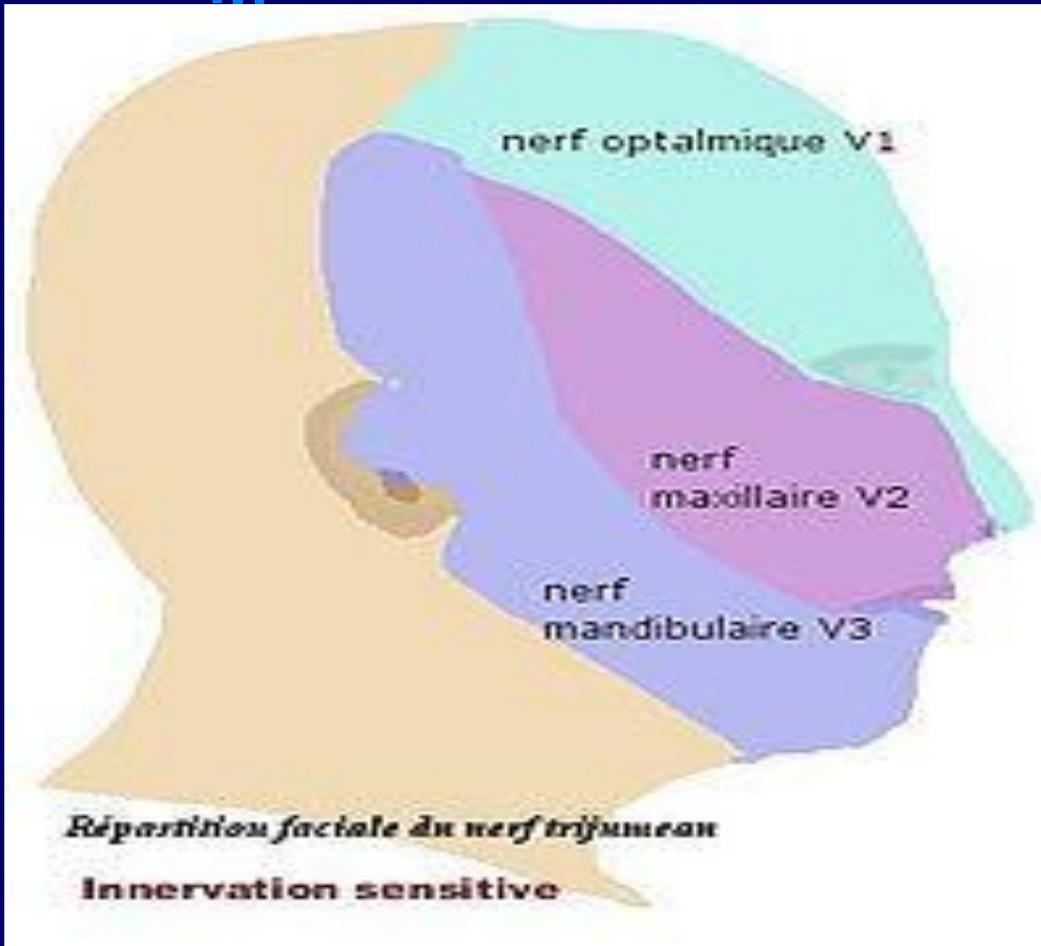
- ✓ Les problèmes diagnostiques et thérapeutiques: nombreux et variés.
 - ✓L'extraordinaire richesses de l'innervation sensitive de la face
 - ✓ une vascularisation dense
 - ✓la plupart des régions de la face sont des régions frontières.
-



Névralgies crâniofaciales

- n. faciale essentielle (V).
 - n. du glossopharyngien (IX).
 - n. du nerf intermédiaire de Wrisberg (VII bis).
 - n. du nerf occipital d'Arnold.
-

Névralgie faciale essentielle

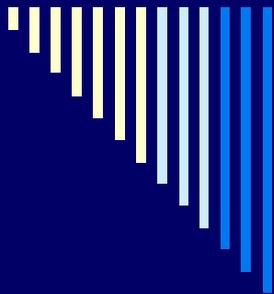


- Névralgie du trijumeau, tic douloureux de Trousseau.
- Description magistrale de trousseau en 1885 dans son essai intitulé de la névralgie épileptiforme.

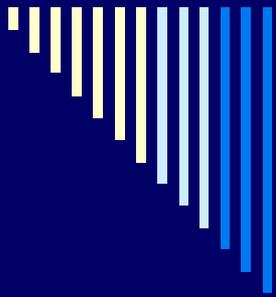
Clinique



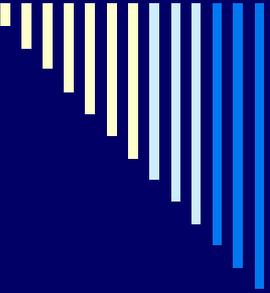
- Affection du sujet âgé.
- Aspect clinique: caractéristique.
 - Accès douloureux fulgurant qui se termine aussi brusquement.
 - Déclenchement des crises par des causes minimes.



- Crise est décrite comme une torsion, un éclair, un coup de couteau, une décharge électrique.
- Survenue d'une crise au cours de l'examen est fréquente.
- Douleur est toujours unilatéral (plus de 95%) et siège le territoire du V2-V3.
- Accès est déclenché par le contact d'une zone précise, c'est la zone gâchette ou trigger z.
- Durée est de quelques secondes à 1 min.
- Période réfractaire de quelques min.

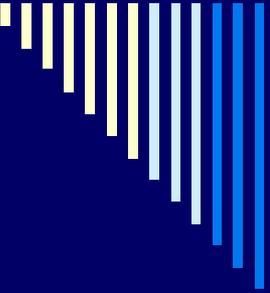


- Au début, la fréquence des crises est de quelques semaines/mois avec des périodes de rémission.
- Évolution se fait vers une aggravation en intensité et en fréquence.
- Paresthésie pré-crise est rare.
- Examen neuro. est normal.



Formes cliniques

- Selon l'âge (<40ans→ lésion organique ou sclérose en plaque).
 - Selon l'évolution (crises très fréquentes→ état de mal névralgique).
 - Bilatérales (5%)→ sclérose en plaque.
 - Avec des douleurs continues (n. très anciennes→ endolorissement continu entre les crises).
-



Les D.D.

- Algies Vasculaires de la face.
 - Algies post-zostériennes.
 - Artérite temporale (Horton).
 - Nevralgies des lésions nerveuses traumatiques.
-



TTT. médical

I- Carbamazépine(Tégréto[®])

- Résultat est obtenu pour une dose de 600 à 800mg.
 - II- Clonazépan (Rivotril[®]): 2à5gttes/3fois J.
 - III- Oxcarbazépine (trileptal[®]): entre 600et1200mg/j.
 - IV- Baclofène (Liorésal[®]): patients peu sensible au tégréto.
dose de 50à60mg/j.
 - V- Antiépileptiques de nouvelle génération: (Neurontin[®]) à doses progressives de 1200à2000mg.
-



TTT. Chirurgicaux techniques percutanées

I- Alcoolisation des branches périphériques:
territoire V2 du trijumeau.

- soulagement obtenu peut durer 1an.
 - sujets âgés et fragiles → solution idéale.
-

II- thermocoagulation sélective du ganglion de Gasser

Thermocoagulation via le trou ovale



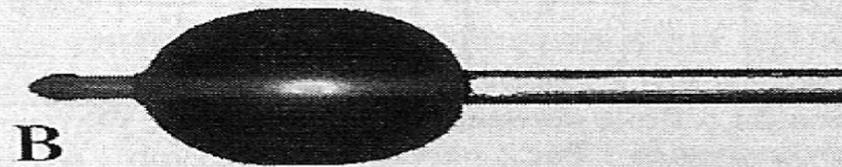
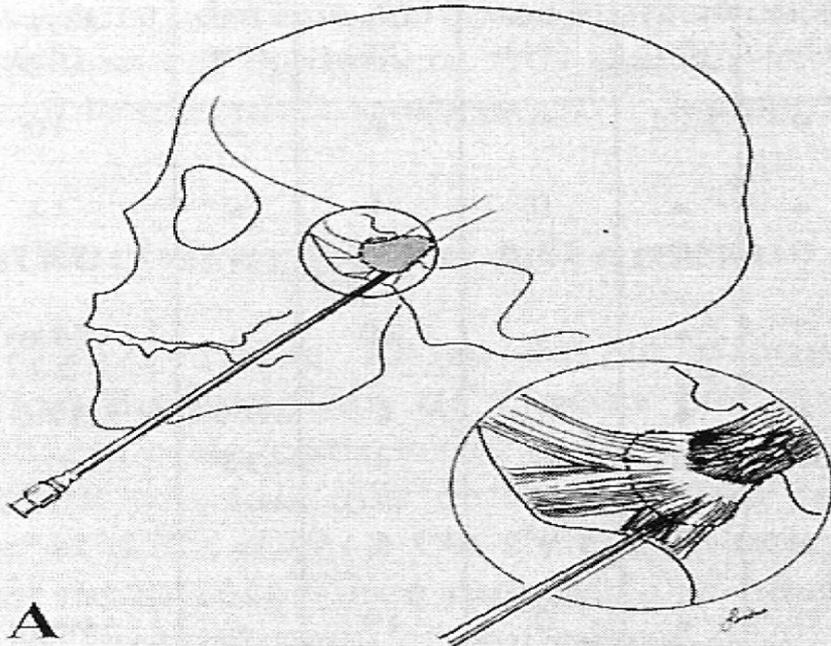
- Proposée par Kirschner en 1931 et a été mise au point par Sweet en 1969.
- Nerf est détruit partiellement par la chaleur.
- Guérison immédiate >95%.



III- injection rétrogassérienne de glycérol

- Technique de Hakanson.
 - Guérison immédiate >76%, amélioration 6% et échec 18%.
 - Hypoesthésie transitoire dans 50% des cas.
-

IV- mise en place d'un ballonnet gonflable (sonde de Fogarty)



- Compression du nerf pdt. quelques min. au niveau de la citerne trigémminale.
- Pas des séquelles définitives.
- Résultats sont bons, mais des récives précoces sont fréquentes (→80%).



Névralgie du glossopharyngien

- 1 cas sur 100 de n. du V.
 - Douleur siège au fond de la gorge et irradie vers le cou et vers l'oreille.
 - Zone gâchette: pourtour de l'amygdale et c'est la déglutition qui déclenche la crise.
 - Lors des crises, bradycardie, syncope et parfois des convulsions.
-

Névralgies cervicales névralgie d'Arnold



- Douleurs unilatérales de la nuque irradiant vers le vertex.
- étiologies sont: arthrose et traumatismes répétés.
- - Causes rares: tumeurs cervicales ou luxation atloïdo-axoïdienne.
- TTT. Antalgies et AINS.
- En cas d'échec → infiltrations d'anesthésique du nerf d'Arnold ou des racines C2-C3.



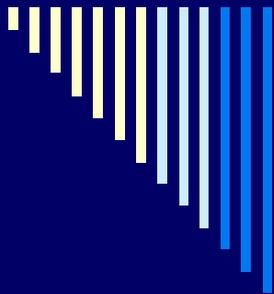
Névralgie du nerf intermédiaire de Wrisberg (VII bis)

- Bellengeri en 1818 invoque le rôle du VII dans les névralgies du visage.
 - Ramsay Hunt en 1907 précise la névralgie géniculé.
 - Douleur siège au niveau du CAE.
 - - TTT. médical (tégrétoI)®.
-

Algies vasculaires de la face (l'AVF)



- Représente 6% des patientes venant consulter dans les centres spécialisés.
- Touche plutôt des sujets jeunes de sexe masculin sans caractère familial.
- Retard diagnostic moyen est de 10 à 15 ans.



l'AVF est probablement la pire douleur que l'homme n'ait jamais connue. Si vous demandez à des patients souffrant d'AVF s'ils ont eu une expérience pire, ils disent tous qu'ils n'en ont pas eu. Les femmes souffrant d'AVF vous diront que l'attaque est encore pire qu'un accouchement.

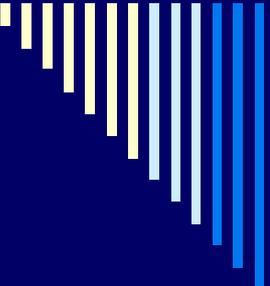
Pr. Peter Goadsby

Bayard T.Horton(1895-1980)



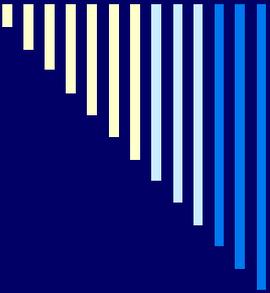
Our patients were disabled by the disorder and suffered from bouts of pain from two to twenty times a week. Their pain was so severe that several of them had to be constantly watched for fear of suicide.

Article de Horton (1939)



Théorie d'hypothalamus (Pr. Goadsby P.)

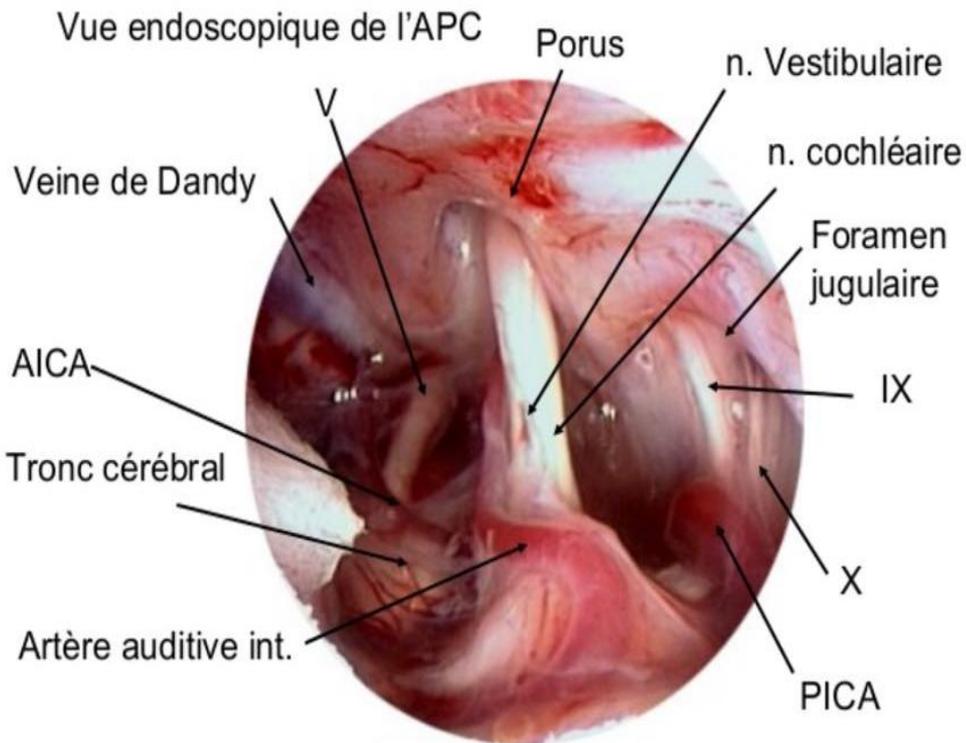
- l'AVF proviendrait d'une anomalie dans l'hypothalamus.
 - Il semble exister des anomalies microstructurales hypothalamiques bilatérales (en l'occurrence l'existence d'une hypertrophie).
-



Théorie de CONFLIT vasculo- nerveux dans l'angle ponto- cérébelleux

- Les pionniers ont pour nom Dandy et Gardner.
 - dès 1930, Dandy avait noté la fréquence de boucles vasculaires au contact du nerf
-

L'angle ponto-cérébelleux



En bas: les n. IX, X et XI.

Au milieu: le paquet acoustico-facial, VII et VIII.

En haut: le nerf trijumeau.

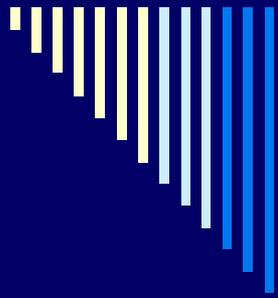
Le tronc basilaire, vertical et médian.

Artère cérébelleuse antéro-inférieure.

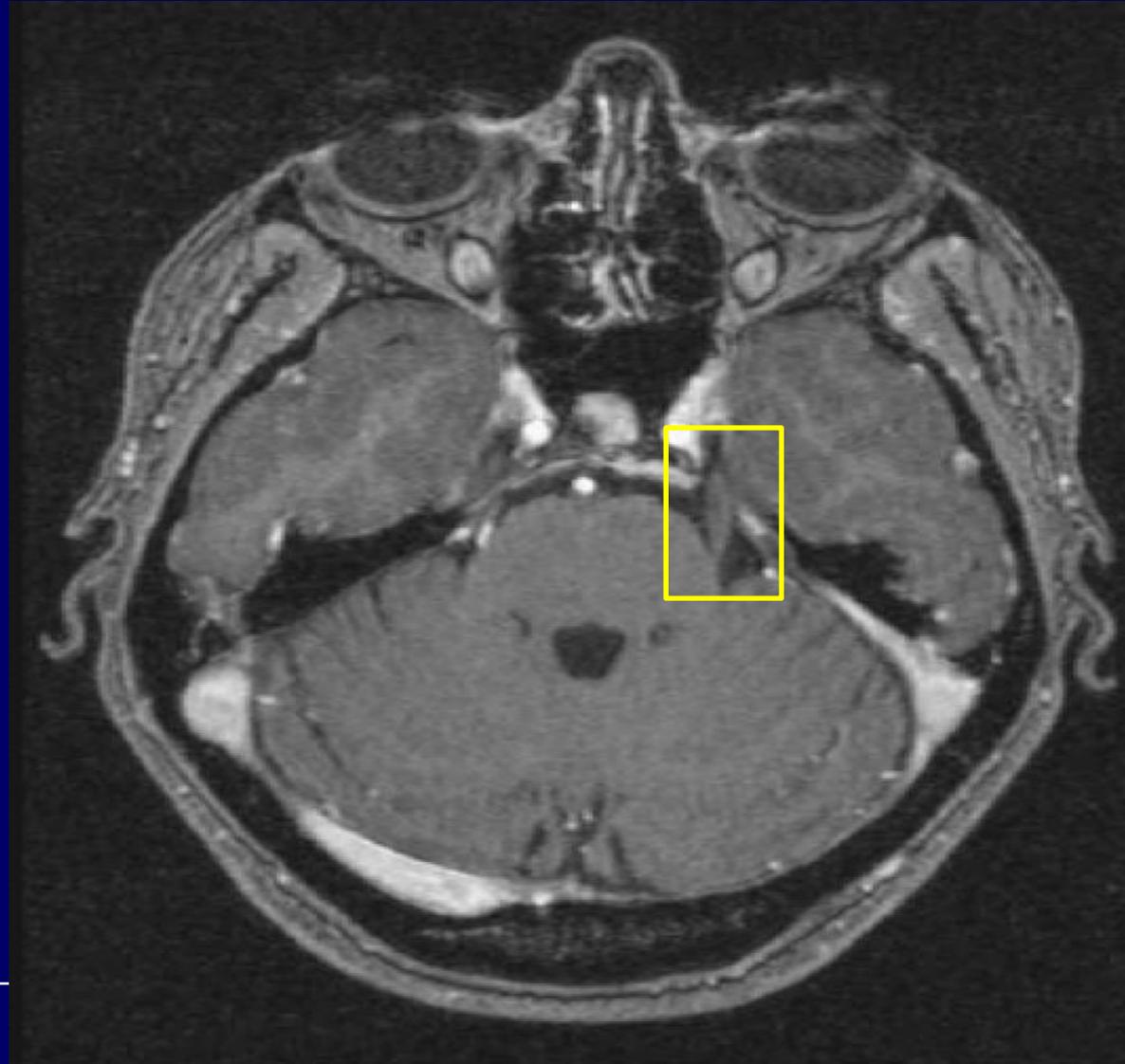
Artère cérébelleuse supérieure.

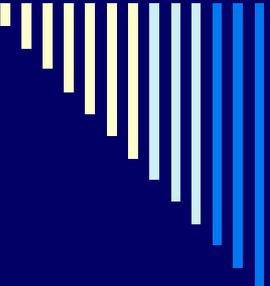
Grosse veine de Dandy.

Imagerie des conflits



- triple intérêt:
 - Éliminer une autre pathologie.
 - Définir précisément l'anatomie du conflit.
 - Éliminer une anomalie congénitale de la région.





Diagnostic

- l'âge de début est entre 20 et 30 ans.
 - L'international headache Society distingue 2 formes:
 - F. épisodique: période de 7j. à 1 an avec des intervalles supérieures à 14j.
 - II-F. chronique: crises surviennent pdt. plus de 1 an sans rémission ou avec des rémissions inf. à 14j.
-

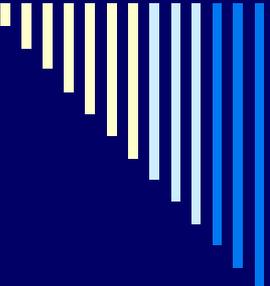
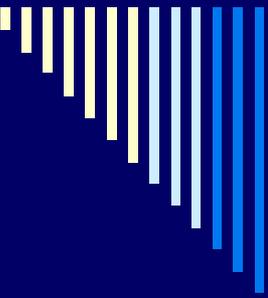
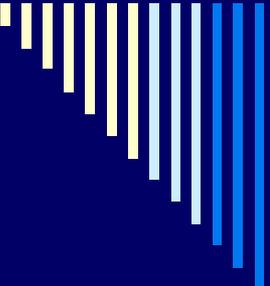


Tableau clinique

- Crises douloureuses intenses et brèves, spontanées ou déclenchées par l'alcool.
Douleur : strictement uni. du même côté pdt.
 - Durée : 15 à 180 min.
 - Rythme: 2 à 3 / 24h.
souvent à heures fixes
fréquemment nocturne.
-



- Intensité est très sévère, suicidaire et est comparée à un arrachement de l'œil, un broiement ou à une brûlure atroce.
- Se localise dans les zones de distribution des branches de la carotide externe ou interne.
- S'accompagne de signes végétatifs homo latéraux.



Critères diagnostiques cliniques

A- au moins 5 crises répondant aux critères B et D.

B- **Douleur sévère** uni. orbitaire, supra orbitaire ou temporale durant 15-180 min. sans ttt.

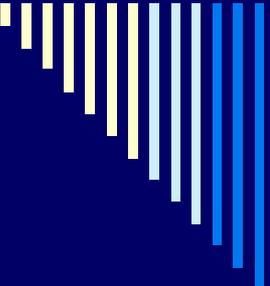
C- céphalée associée a au moins un des caractères suivants du côté de la douleur: injection conjonctivale, larmoiement, congestion nasal, rhinorrhée, myosis, ptosis, œdème de la paupière.

D- **Fréquence des crises** d'une à huit par jour.

E- Au moins un des caractères suivants:

- L'histoire, l'examen physique et neurologique ne suggèrent pas un désordre organique.

- Un désordre organique existe mais les crises d'algies n'apparaissent pas pour la première fois en liaison temporelle avec celui-ci.



Traitement ttt. de la crise

A- En première intention:

I- sumatriptan (agoniste des récepteurs à la sérotonine)

6mg en injection sc.

Calme la crise entre 5 à 10 min.

Amélioration chez 80% des patients.

Dose maximale est de 2 injections/24h.

Contre indiqué: ATCD de coronaropathie, AVC,
artérite des membres, HTA non-contrôlée,
syndrome de Wolf-Parkinson-White.

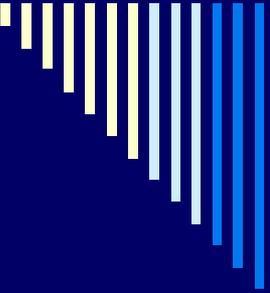
B- En deuxième intention:



II- Oxygénothérapie au masque est à proposer en cas d'échec ou de contre indication au sumatriptan.

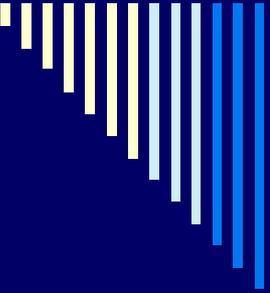
III- Zolmitriptan: à la posologie de 5mg à 10mg

il stoppe la crise avec un délai minimal de 30 min.



TTT. de fond

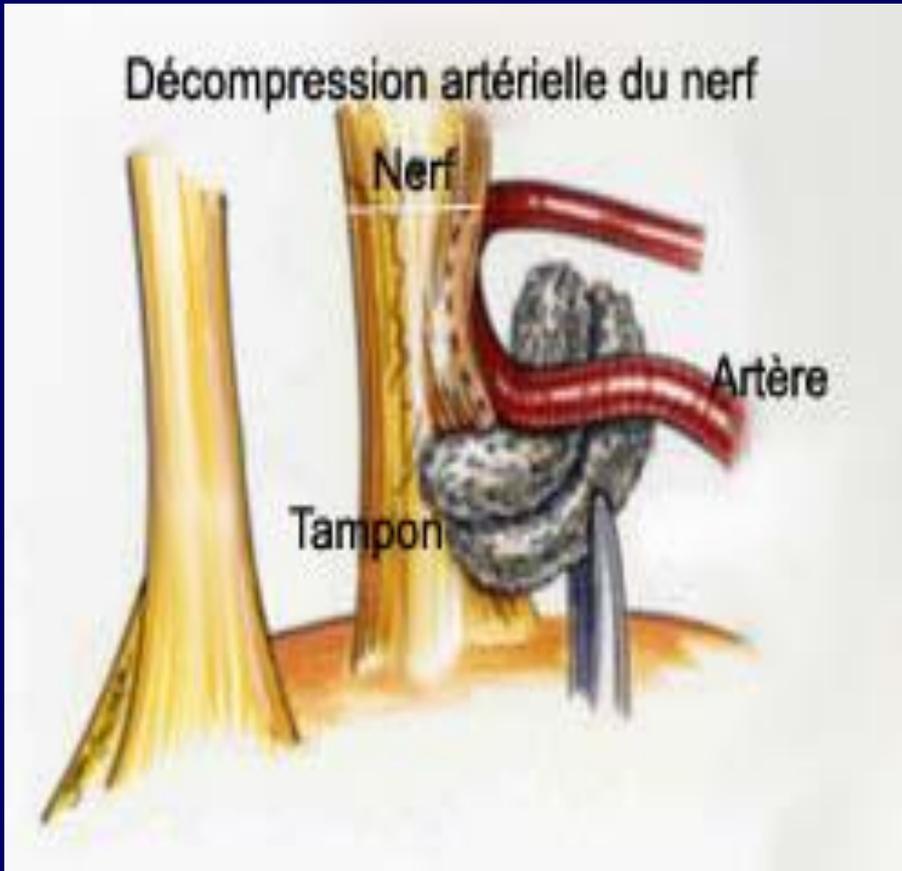
- Pour les formes chroniques ou pour les périodes douloureuses de quelques mois des formes épisodiques.
 - I- le vérapamil: 120mg 3 à 6 fois/j. en 2 ou 3 prises.
contre-indication: bloc auriculoventriculaire.
 - II- le lithium: 600 à 1200 mg/j en 2 ou 3 prises.
efficace chez 50% des patients.
 - III- Indométacine: 200 mg/j. par voie rectale.
 - IV- Corticothérapie: prednisone (1 à 2mg/Kg/j.)
bon résultat dans 70% des cas.
-



TTT. Non médicamenteux

- Ils sont à réserver aux formes chroniques, sévères et pharmacorésistantes.
 - I- Alcoolisation du ganglion sphéno palatin (0,5 à 1 ml de lidocaïne à 1% suivi de 0,5 à 1 ml d'alcool absolu).
le point de ponction cutanée se situant au niveau de l'angle formé par l'apophyse malaire et l'arcade zygomatique.
l'amélioration est souvent transitoire.
-

La chirurgie de décompression



1939, Gardner et Miklos
l'intervention de décompression.

Années 80: Magnan a apporté les
lettres de noblesse à cette chirurgie
du conflit vasculo-nerveux :

- . Voie d'abord «à minima»: rétrosigmoïde.
- . Techniques endoscopiques

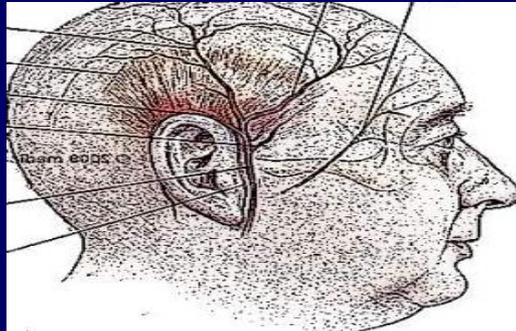
Artérite temporale ou maladie de Horton ou artérite géantocellulaire

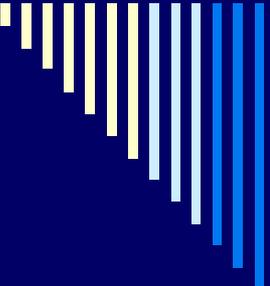


- Artériopathie inflammatoire.
- Cause inconnue.
- Age moyen : 71 ans.
- Atteint les branches de la carotide externe, avec une affinité pour l'artère temporale superficielle.
- Principale complication: la cécité.

Signes cliniques évocateurs

- Début : souvent progressif. les céphalées sont le symptôme le plus fréquent. Douleurs superficielles, accentuées par le contact et intéressant la région temporale ou fronto-temporale.
- L'ex. clinique: abolition ou une diminution du pouls temporal.
- Le symptôme le plus caractéristique est la claudication de la mâchoire.

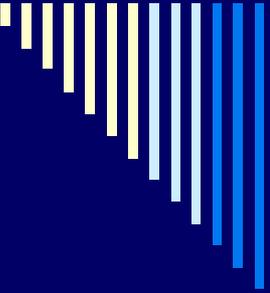




Critères diagnostiques cliniques de l'ACR en 1990

Trois des critères suivants permettent de faire le diagnostic d'une maladie de Horton:

- Âge sup. ou égal à 50 ans.
 - Céphalées localisées de début récent.
 - Artère temporale indurée ou diminution/abolition du pouls temporal.
 - VS sup. à 50 mm à la première heure.
 - Biopsie artérielle positive montrant une infiltration par des mononucléaires ou une inflammation granulomateuse avec ou sans cellules géantes.
-

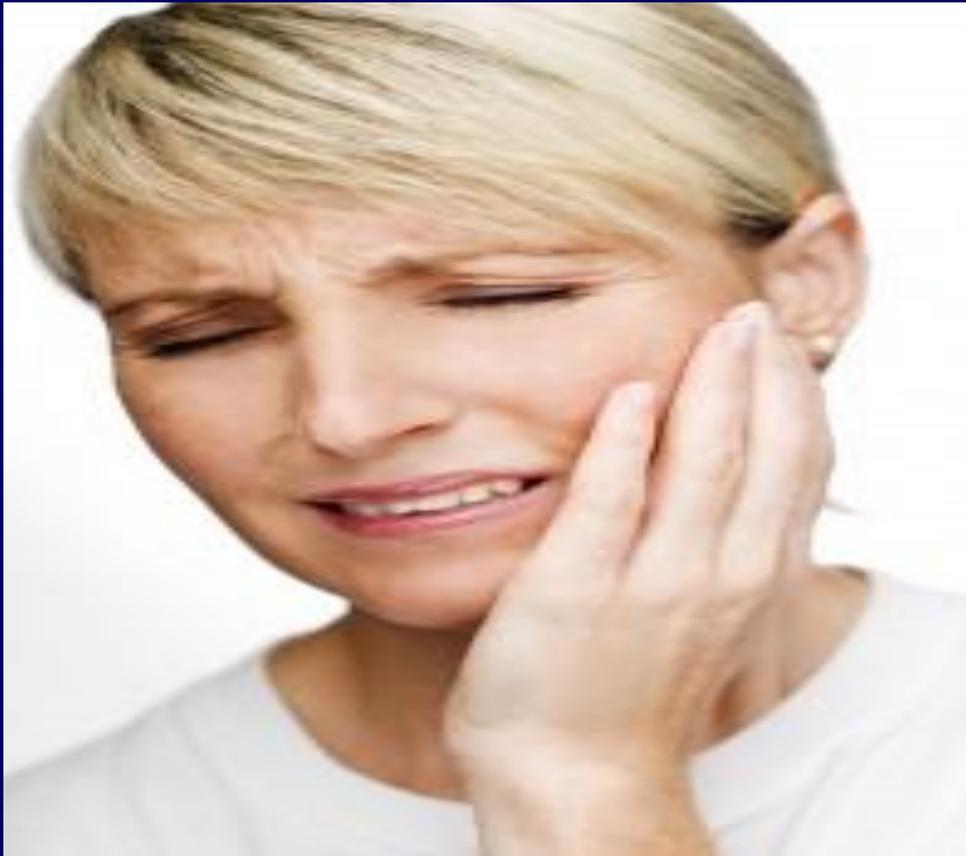


Traitement

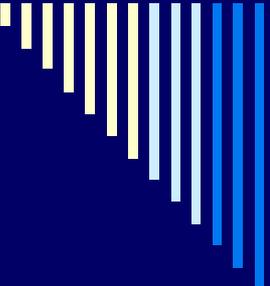
I- Corticothérapie:

- prednisone 1mg/kg/j. de durée de 18 à 36 mois.
 - si amélioration→ diminution de 20mg/j.
 - si élévation de VS→ retour à la dose thérapeutique
 - en cas de corticodépendance mal tolérée→ Disulone 50 à 100 mg/j. ou les immunosuppresseurs notamment en cas d'échec.
-

Algies de l'appareil manducateur (SADAM)



- Forte prévalence féminine (85%).
- Algies sont isolées mais souvent s'associent à des bruits articulaires et/ou limitation de mobilité mandibulaire.
- Douleur peut apparaître progressivement ou brutalement.



Traitement

□ Origine musculaire

- Myorelaxants.
- AINS.
- Psychotropes.
- Infiltration péri articulaire de corticoïdes, anesthésiques locaux ou de Botox dans certains muscles.
- Correction des troubles de l'articulé dentaire si nécessaire

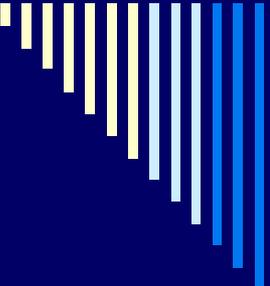
□ Origine articulaire

- gouttière occlusale et kinésithérapie.
- chirurgie de repositionnement discale.
- arthroplastie en cas d'échec.

Douleurs du zona

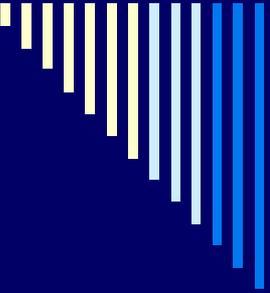


- Incidence de 1,3 à 5 cas annuels/1000 habitants.
- Augmentation avec l'âge et est maximale après 75 ans.
- Brûlure, décharge électrique, coup de poignard.



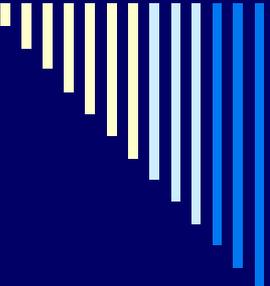
Douleurs neuropathiques postzostériennes

- ❑ Complications les plus fréquentes.
 - ❑ Souvent intenses.
 - ❑ Peuvent persister des mois et des années.
 - ❑ Insomniantes et entraînent une altération de la qualité de vie.
 - ❑ Douleur des caractères neuropathiques.
 - ❑ Influence favorable de l'acyclovir et le valacyclovir prescrits précocement dans les 72 premières heures.
 - ❑ Augmentation avec l'âge.
-



Conclusions

- L'anamnèse est la clé du diagnostic.
 - Analyser les caractères de la douleur.
 - Examens complémentaires dans les cas atypiques.
 - Consultations spécialisées.
 - Prise en charge anti-douleur adaptée en fonction de l'étiologie.
-



**Je vous remercie de votre
attention**

