

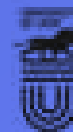
# Panorama des Algies faciales



**Dr Créac'h**

Centre d' Evaluation et Traitement de la Douleur  
CHU Saint-Etienne

CRNL Neuropain U 1028-UMR 5292 Lyon & Saint-Etienne



## Références

- *La classification des céphalées de l'IHS - ICHD3: une mine d'or d'infos*  
A télécharger <https://ichd-3.org/>

- *Les recommandations françaises concernant la migraine + cas particuliers, le topiramate, l'AVF, la névralgie, les céphalées aux urgences, les CCQ*

À télécharger en langue française ou anglaise

<https://sfemc.fr/professionnels/recommandations/>

- *Nombreuses autres mises au point par SFEMC*

<https://sfemc.fr/>

- *Pour la migraine de l'enfant, revues Abu-Arafeh et al, cephalalgia 2023, Vander Pluym et al neurology 2023*

- <https://stephadol.org/>

- *Bientôt : 5<sup>e</sup> ed diagnostics difficiles en Médecine Interne, chapitre céphalées*





# RAPPEL (1) Classification Internationale des céphalées et algies faciales

*IHS classification - ICHD3*

<https://ichd-3.org>

1. Migraine (sans aura, avec aura, migraine chronique, complications de migraines)
2. Céphalées dites de tension
3. Céphalées trigémino-autonomiques (algies vasculaires de la face, hémicrânie paroxystique, SUNCT/SUNA, hemicrania continua)
4. Autres céphalées primaires
- **Céphalées secondaires**
  5. Céphalées associées à un traumatisme crânien et/ou cervical
  6. Céphalées associées à des affections vasculaires crâniennes ou cervicales
  7. Céphalées associées à une perturbation intracrânienne non vasculaire
  8. Céphalées attribuées à une substance ou à son sevrage
  9. Céphalées associées à une infection
  10. Céphalées associées à des perturbations de l'homéostasie
  11. Céphalées ou algies faciales associées à des perturbations du crâne, du cou, des yeux, des oreilles, du nez, des sinus, des dents, de la bouche ou des autres structures faciales ou cervicales
  12. Céphalées attribuées à un désordre psychiatrique
- **Neuropathies douloureuses crâniennes, autres douleurs faciales et autres céphalées**
  13. Neuropathies douloureuses crâniennes et autres douleurs faciales
  14. Autres céphalées
- **Appendice**



## Rappel (2) Interrogatoire « Ou-de-quan-co-co-qui-C-T ? »

- 1) **Où** ? : A quel endroit de la face ? Du crâne ?
- 2) **Depuis quand** ? : A quel âge ? Douleur aiguë / subaiguë / chronique ? déclenchées par un évènement ?
- 3) **Quand** ? : **fond / crises / fond + crises ? Durée ? Nuit/jour ? Périodicité ?**
- 4) **Combien** ? : A quelle intensité au repos, à l'activité ? Retentissement ?
- 5) **Comment** ? : A quoi ressemble la douleur ? Troubles dysautonomiques associés ? Facteurs déclenchants ou calmants ?
- 6) **Qui** ? : Son terrain somatique ? Qui est-il ? Ses attentes ? Ses craintes ?
- 7) **Clinique** ? Examen clinique complet neuro/orl/ophtalmo/general & Synthèse paraclinique
- 8) **Traitements** ? Ceux déjà essayés ? Efficacité et durée d'efficacité ? Autres stratégies de soins ? Atdts allergiques ? Attentes du patient ?

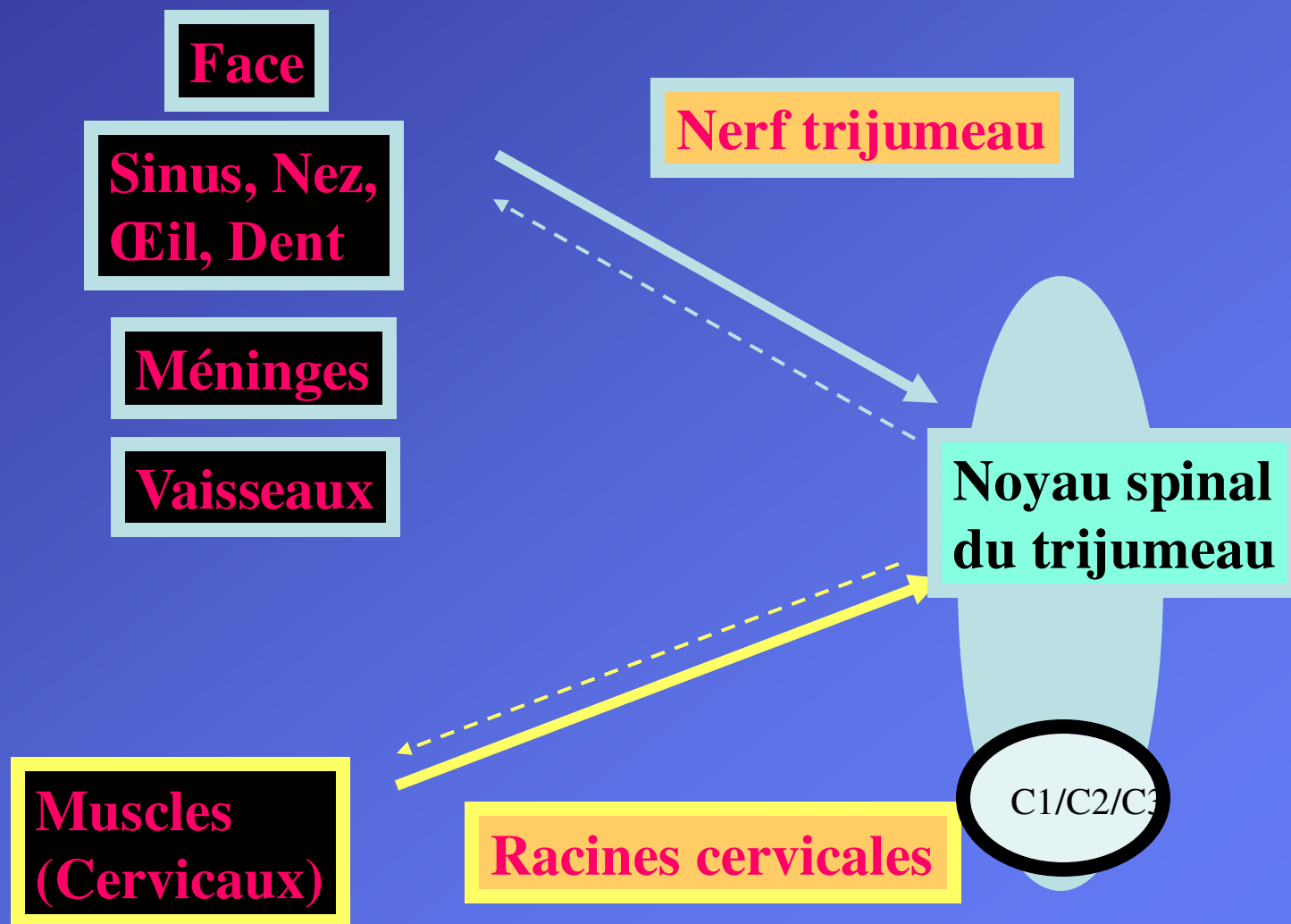


## Rappel (3) Examen clinique de base

- Général: température, pouls, TA, poids, état général
- Examen neurologique :
  - état de conscience
  - syndrome méningé –vomissements
  - examen neurologique ( ROT, sensibilité, paires crâniennes, CBH, champ visuel au doigt)
- Œil :
  - Acuité visuelle, champ visuel, voire FO ( oedème papillaire->HTIC)
  - globe oculaire ( glaucome)
- Sinus (pression) Oreilles Cavité buccale
- Artères (temporales - souffle carotidien)
- Examen rhumato - C2C3 - Muscles du cou - ATM
- Examen cutané (purpura; livédo), ganglions



**Rappel (4) : Grande variété des causes de céphalées et algies faciales du fait des  
Convergence des afférences sensibles sur le trijumeau+++**





## Rappel (5) Urgence de prise en charge Céphalées et/ou Algies faciales

Ainsi, il est recommandé de prendre en charge  
EN URGENCE tout patient qui présente :

- une céphalée brutale, voire en coup de tonnerre (intensité maximale en moins de 1 minute) ;
- une céphalée récente ou d'aggravation récente (< 7 jours) et inhabituelle ;
- une céphalée associée à une fièvre (en l'absence d'une cause générale évidente telle qu'un syndrome grippal en période épidémique) ;
- une céphalée associée à des signes neurologiques ;
- une céphalée faisant évoquer une intoxication (notamment au CO) ;
- une céphalée dans un contexte d'immuno-dépression.

### Encadré 1 : Règle d'Ottawa.

La présence de l'un des 6 critères justifie la réalisation d'explorations à la recherche d'une HSA. Cette règle s'applique aux patients de plus de 15 ans présentant une céphalée sévère, non traumatique, ayant atteint son intensité maximale en moins d'une heure. Ne pas appliquer en cas de déficit neurologique, d'antécédent d'anévrisme, d'HSA, de tumeur cérébrale ou de céphalées récurrentes ( $\geq 3$  en  $\geq 6$  mois).

- Âge  $> 40$  ans.
- Douleur ou raideur nucale.
- Perte de connaissance constatée par un témoin.
- Début durant un effort physique.
- Céphalée en coup de tonnerre (intensité  $> 7/10$  en moins d'une minute).
- Limitation de la flexion nucale.



# **I - Les algies faciales paroxystiques Sans signes végétatifs**





# Cas clinique n° 1: Algies faciales ou craniennes, paroxystiques fluctuantes

Jeune fille de 18  
ans, migraineuse

Algies d'une  
fraction de sec. ou  
qq sec.  
*1 à 30/j irregulier  
(voire+)*

Unilatérales  
alternants  
souvent V1 ou  
extra-trigéminal  
2/3 fluctuantes

A la toux ou  
spontanées

Examen clinique  
normal

**Votre diagnostic ?**



=  
**Céphalées en coup de poignard**  
(ex C. en pic à glace, C. ponctives  
= stabbing Headache )

**Est-ce primaire ou secondaire ?**

### **Formes secondaires**

Tumeurs (adénomes hp, méningiomes,  
Artérite à Cellules Géantes , VZV, AVC,  
HTIC...)

En cas de C. à la toux:  
Malformation de Chiari,  
lésion de fosse postérieure

### **Formes primaires**

prévalence de 1 %  
voire 35% chez les  
migraineux !  
+ si tendu, si excès de  
cafeine

*Fusco et al., 2003*



# Traitements des céphalées en coup de poignard ?

- Absence de niveau de preuve des thérapeutiques ...

- En pratique:

/ si crises rares: aucun traitement

/ si crises fréquentes :

Propranolol à la dose de 120 à 160mg/24h

Indométacine (INDOCID 25mg gél ou CHRONO-INDOCID 75mg gél) : 25 à 100mg , Celecoxib 100mg  
voire Gabapentine, tmt antimigraineux, melatonine Nifédipine ...



# Cas clinique n° 2

## Douleurs paroxystiques plus stéréotypées chez Antoinette 60 ans

- 1) **Où ?**: douleur étendue sur la mandibule gauche épargnant l'angle mandibulaire , arrive à faire le tour de la douleur avec le doigt
- 2) **Depuis quand ?**: depuis 2 mois sans raison; le dentiste a enlevé une molaire inf gauche sans aucun effet
- 3) **Quand ?**: surtout la journée > 10 accès par heures d'une fraction de secondes , plus rarement la nuit, spontanées et provoquées par la mastication, la parole, le rasage
- 4) **Combien ?**: intensité sévère, douleur quasi suicidaire; ne s'alimente plus
- 5) **Comment ?**: Salves de décharges électriques, et rien entre les crises
- 6) **Qui?**: Qui est-il ? Patiente retraitée en excellent état général, HTA stable, aucun atdt neuro
- 7) **Clinique ?** Aucune anomalie dentaire; examen neurologique facial normal
- 8) **Traitements ?** Skenan 30 mg Lp x 2 et actiskenan 10 mg x 6 sans effet antalgique

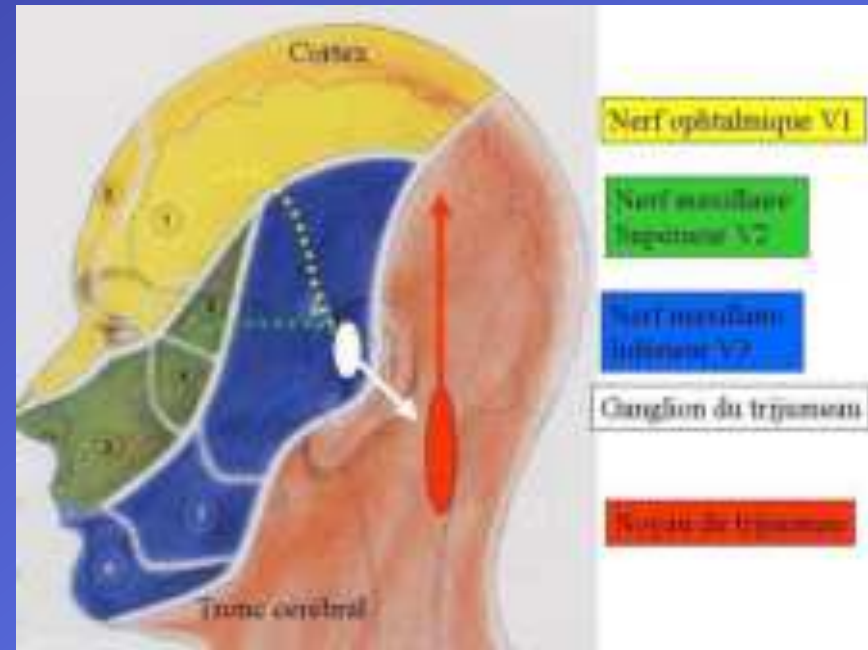
**Votre diagnostic ?**

# Votre diagnostic ?

**Névrалgie**

**du nerf V3  
gauche**

**D'allure  
essentielle**



TRIADE présente (trigger= zone gachette >90% des cas + pas de douleur inter crise + pas d'hypoesthésie trigeminale) + âge de début ...



## Le terrain vous surprend-il ?

- **NON**

Age de début > 50 ans

Association fréquente avec HTA

Femmes ds 60% des cas

pour info : prévalence 5/100 000

## Si ce tableau concernait une femme de 20 ans, cela changerait-il votre diagnostic ?

- **OUI**

On se méfiera avant tout d'une SEP voire de vascularites chez un sujet jeune

## Quel est le territoire le plus souvent touché ?

- **V3 -V2, plus rarement V1**

- **souvent 2 territoires; si 3 territoires : attention aux différentiels !!!**

# Critères IHS de la névralgie du trijumeau

<https://ichd-3.org>

- **A** Paroxysmes récurrents de douleur faciale unilatérale dans le territoire d'une ou plusieurs branches du nerf trijumeau, sans irradiation au-delà<sup>1</sup> et répondant aux critères B et C
- **B** La douleur a toutes les caractéristiques suivantes:
  1. dure entre une fraction de seconde et 2 minutes
  2. intensité sévère
  3. à type de choc électrique, d'élançement, de coup de poignard ou de piqure
- **C** Provoquée par des stimuli normalement indolores dans le territoire du trijumeau affecté
- **D** N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3



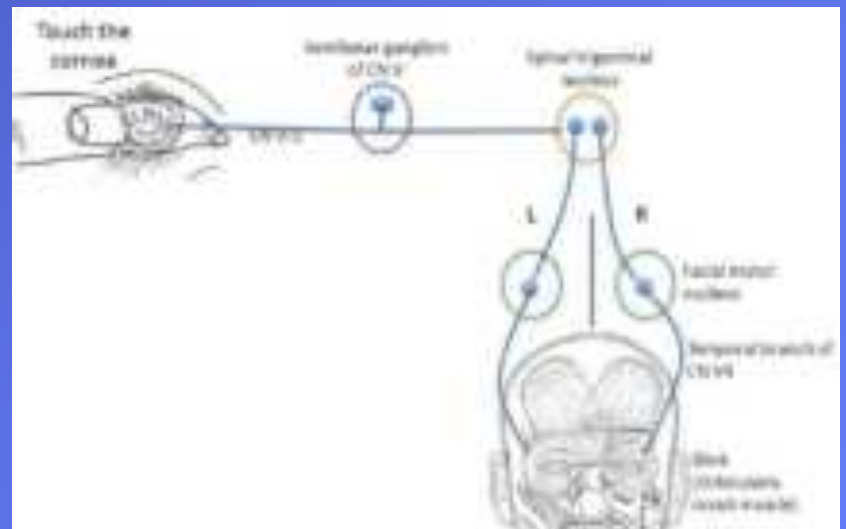
# L'absence de réveils nocturnes vous surprend-il ?

- **NON**

La névralgie faciale essentielle est souvent diurne (des accès nocturnes ne l'éliminent toutefois pas)

## Comment testez-vous la sensibilité trigéminal ?

- Tact/chaud/froid
- sur chaque territoire y compris intrabuccal
- Abolition de Réflexe cornéen = hypoesthésie ou anesthésie V1 ... qui indique soit une névralgie vieillie ou une forme symptomatique

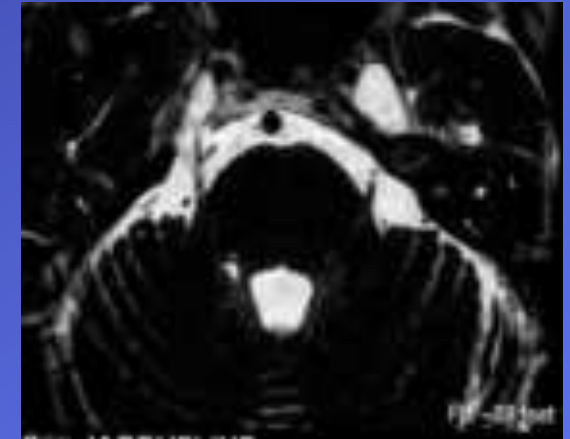






# Imagerie ou pas ?

- 3 séquences en coupes axiales (3D T2 haute résolution, 3D T1 avec gadolinium et Anglo-IRM TOF) (*Recommandations in press*)



**Oui:**

A et V prennent le gado; seule l'artère est en hypersignal en TOF

**Conflit vasculo-nerveux ?** = croisement à angle droit Vaisseau (souvent Artère Cerveuse sup) et nerf au niveau de la REZ (2-6mm après émergence du V, transition myéline centrale /periph) refoulement /déformation (d'où démyélinisation/ephapses)+ clinique de névralgie !

- **Différentiel ?**



« névralgie trigéminal **classique** »

= Il y a cas de conflit vasculo-nerveux

« névralgie trigéminal **secondaire** »

= il y a une lésion autre qu'un conflit vasculo-nerveux  
(par ex sep)

« névralgie trigéminal **idiopathique** »

= le bilan est totalement négatif

# Existe –t-il des rémissions ?

- **Oui:**

Fréquentes périodes de qq semaines, résolutives sans ou avec traitements

- **Mais, avec le temps:** périodes plus longues, moindre répit, dépendance au traitement, voire développement de névralgies vieilles avec fond permanent, voire états de mal névralgiques

## Que pensez-vous du traitement prescrit ?

- **EVITER ABSOLUMENT les paliers II et III sur des névralgies faciales !**

Inefficacité, intolérance, risque de surdosage compte-tenu de la sévérité des paroxysmes ...



## QCM: Quel traitement préconisez-vous en première ligne ?

- Betabloquant ?
- Sumatriptan injectable ?
- Corticoïde ?
- Verapamil ?
- Carbamazépine ?
- Gabapentine ?

- Première ligne :  
Carbamazépine = TEGRETOL
- Voire Oxcarbazépine TRILEPTAL (hors AMM)
- Voire si CI , Gabapentine = NEURONTIN

### RECOMMANDATIONS POUR LE DIAGNOSTIC ET LA PRISE EN CHARGE DE LA NEURALGIE TRIGEMINALE CLASSIQUE

Practitioner guidelines

French guidelines for diagnosis and treatment of classical trigeminal neuralgia (French Headache Society and French Neurosurgical Society)

A. Dumas<sup>1,2,3</sup>, E. Sauer<sup>4</sup>, E. Caye<sup>5</sup>, D. Bismuth<sup>6</sup>, A. Dumas<sup>7</sup>,  
S. De Gaudenzi<sup>8</sup>, P. Ghisla<sup>9</sup>, E. Gagnon-Massonville<sup>10</sup>, M. Jankovic-Mina<sup>11</sup>,  
H. Jankovic<sup>12</sup>, C. Lucas<sup>13</sup>, M. Nasse<sup>14</sup>, C. Rosta<sup>15</sup>, D. Valade<sup>16</sup>, P. Mente<sup>17</sup>

# Carbamazepine - avantage

- Bloqueur des canaux sodiques avec effet spectaculaire et rapide sur la névralgie trigéminal NNT <2

# Carbamazepine - inconvénients

## • Effets indésirables :

- vertiges, ataxie, somnolence, fatigue, diplopie, troubles de l'accommodation, confusion
- manifestations cutanées allergiques (ex Lyell, Sd de Stevens Johnson),
- d'altération de la fonction hépatique, de l'hémogramme, hyponatrémie

Rappel: présence de l'allèle HLA-B\*1502 chez 8% chez 8% de la population d'origine thaïlandaise et 12 à 12 % de la population chinoise Han: augmentation du risque de réactions cutanées allergiques

## • Inducteur enzymatique

- Inhibe l'activité des anticoagulants (AVK et nouveaux anticoagulants), les antirétroviraux, les statines, certains antihypertenseurs et les pilules oestroprogestatives

Dia G Demarquay

Par Exemple 200 mg LI 1/2cp 2 -3/j augmenté lentement de 100 mg jusqu'à 10 mg /kg /j

## BIO :

/ NFS Plaq HE  
Avt + 1 par sem  
1 mois puis  
selon la clinique  
/ Na+ idem mais  
3 mois et selon  
fatigue  
/TSH si tmt  
thyroïdien (car  
IE)  
ECG : BAV ?



## OxCarbazepine ?

- Probablement efficace (4RCT)
- Doses accrues 150 x 3 jusqu'à 1800 mg/j
- Tolérance meilleure ? (sauf hyponatrémie plus fréquente )
- Pas d'AMM

## Lamotrigine ?

- Possiblement efficace (2 RCT)
- Possible en ajout à la CBZ à doses modérées
- Augmentation LENTE par palier de 25 mg jusqu'à 100 mg x 2 voire 200 mg x 2
- Risques allergiques ds les 8 semaines et .... Pas d'AMM

Lacosamide 50 mg ? Peu de données

## Baclofene ?

- Possiblement efficace
- Possible en association
- Pas d'AMM



# Antoinette 5 ans plus tard



Sous carbamazépine 800 mg/j en 3 fois la névralgie a disparu; la patiente a fini par arrêter progressivement le traitement; tout allait bien jusqu'à ce que la névralgie récidive. La douleur devient à nouveau insupportable et permanente même avec carbamazépine à bonne dose.

- 1) **Où ?**: territoire V3 et V2 g      2) **Depuis quand ?**: depuis 2 ans plus fréquent et continu depuis 8 jours
- 3) **Quand ?**: Etat de mal avec accès incessants d'une fraction de secondes, plus rarement la nuit, spontanées et provoquées par la mastication, la parole, le rasage
- 4) **Combien ?**: idem: EN > 10/10 ; scénario suicidaire
- 5) **Comment ?**: différent: fond continu d'engourdissements + des salves de décharges électriques,
- 6) **Qui?**: idem, pas de nouvel atdt      7) **Clinique ?** idem
- 8) **Traitements ?** Oxcarbazépine 300 mg 5/j



# Etat de mal de névralgie du trijumeau ?

- Hospitalisation
- Majoration des doses orales selon tolérance ?
- Association des antiepileptiques entre eux ? ou de l'antiepileptique et le baclofène ?
- Perfusions ? Rien de validé
  - / dilantin ?
  - / Lacosamide ?
  - / Clonazepam? Même si ce produit n'a plus sa place dans l'arsenal thérapeutique recommandé dans les douleurs neuropathiques et des névralgies, en l'absence de contre indication en particulier respiratoire, il reste utilisé en pratique en post-urgences en attendant un avis neurochirurgical:
    - seringue électrique de clonazepam à doses progressives
    - J1 : 1 mg/j soit 1 amp de 1mg/ml + 1ml de solvant complété à 46 ml de NaCl 0.9% pour aboutir à un débit de 2ml/heure*
    - Augmenter par palier de 1 mg/j jusqu'à 3 mg/j selon la tolérance (attention peut augmenter l'effet de la CBZ) puis relai per os et décroissance*

**Pas de morphine !**





# Avis neurochirurgien ? Cf cours Capa

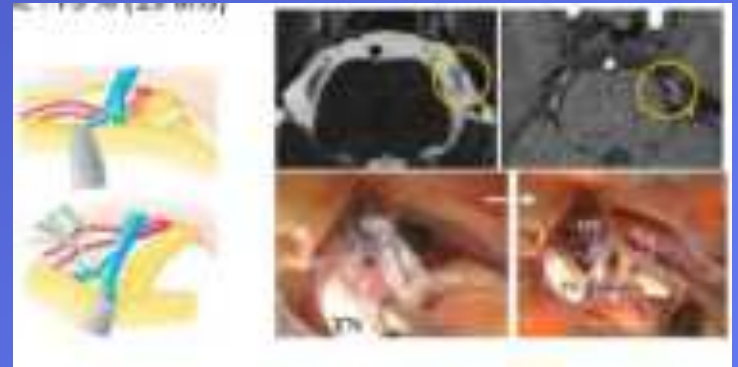
## Chirurgie lésionnelle de type rhizotomie percutanée :

/ compression avec une sonde à  
ballonnet de Fogarty

/ thermocoagulation sur la branche  
trigeminale concernée  
(attention kératites iatrogènes sur V1 !)

## Décompression vasculo- nerveuse

## Radiochirurgie stéréotaxique (Gamma knife) ?



# Quels sont les éléments cliniques orientant vers une algie symptomatique /secondaire ?

Pas de Trigger

Fond continu

Hypoesthésie V  
Allodynie V

Dysphagie,  
hypersalivation pour le IX  
Fatigabilité, Perte de la  
voix chantée pour le NL

AEG, signes  
généraux

Aggravation  
rapide

Résistance  
au tmt  
habituel

Terrain: tabagisme, diabète,  
athéromatose ...

Infections

# Autres pathologies trigéminales ???

Zona ophtalmique

Traumatisme

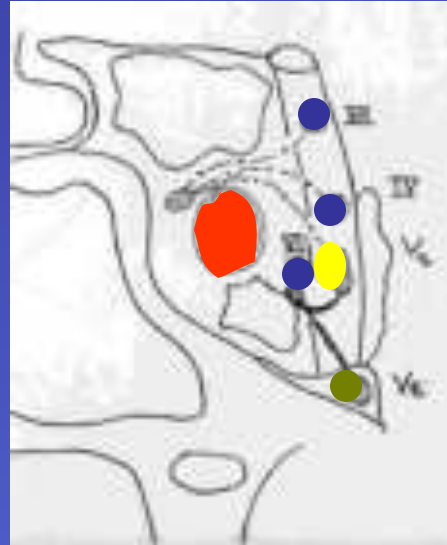
Fr. malaire /  
n. infra-orbitaire

Chirurgie  
ORL + Sto

Chir ORL, sinus  
Dents fantômes

Autres

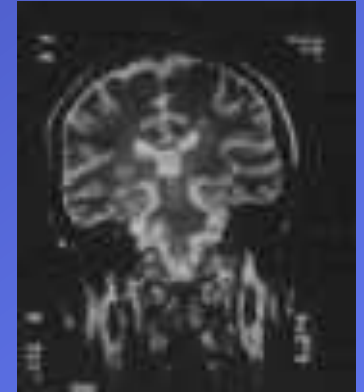
- Diabète
- Toxique
- Maladies  
Systémiques ...



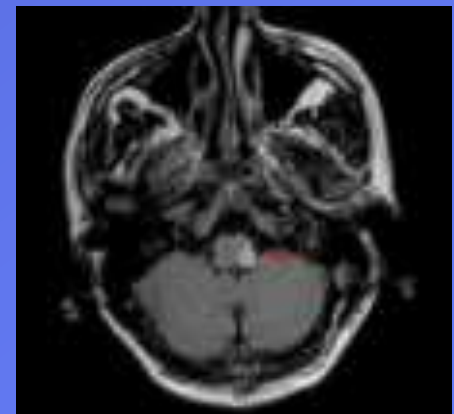
Tumeur ORL  
+ cérébrale

Compression  
Envahissement  
Rx, sections, lambeaux  
(attention mélanomes,  
lymphomes++)

Sclérose  
en plaque



Douleurs centrales  
Post AVC





## Cas clinique n° 3



Une fraction de secondes souvent  
*salve de décharges électriques*

Douleur syncopale !

Strictement Unilatérales  
dans la partie profonde de l'oreille

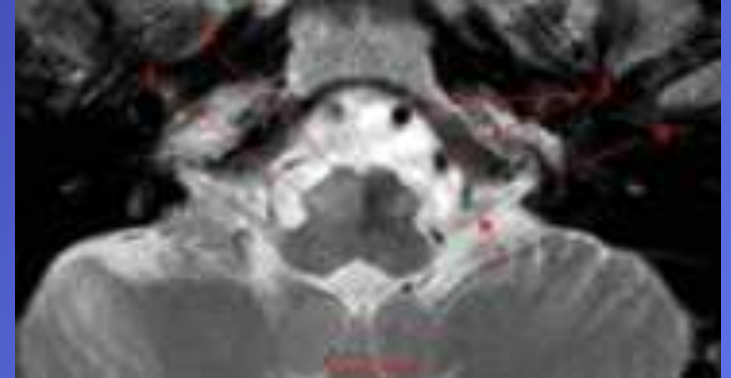
Déclenchement : déglutition, toux

Gachette: amygdale, CAE, base  
de langue

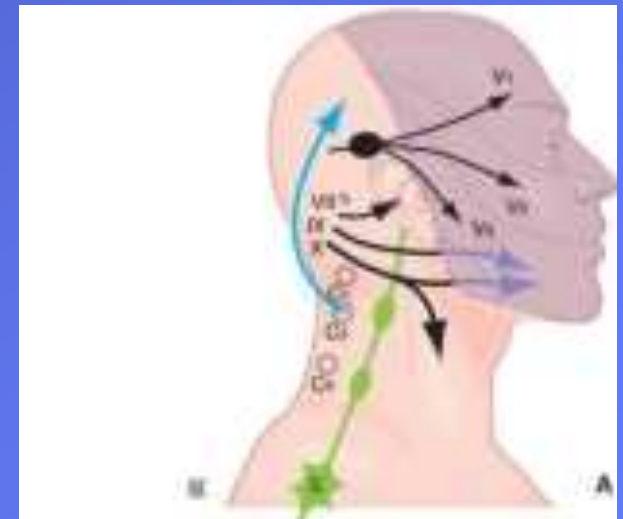
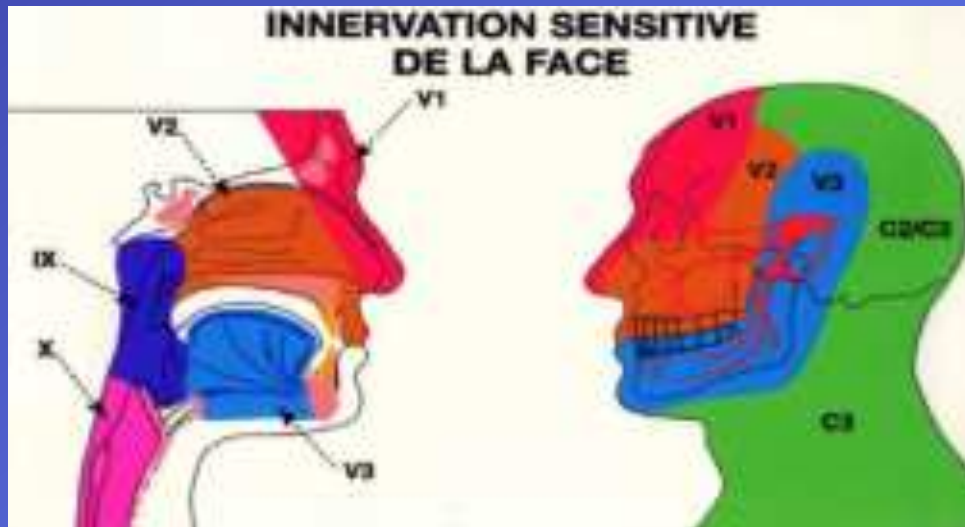
# Votre diagnostic ?



Névralgie du IX

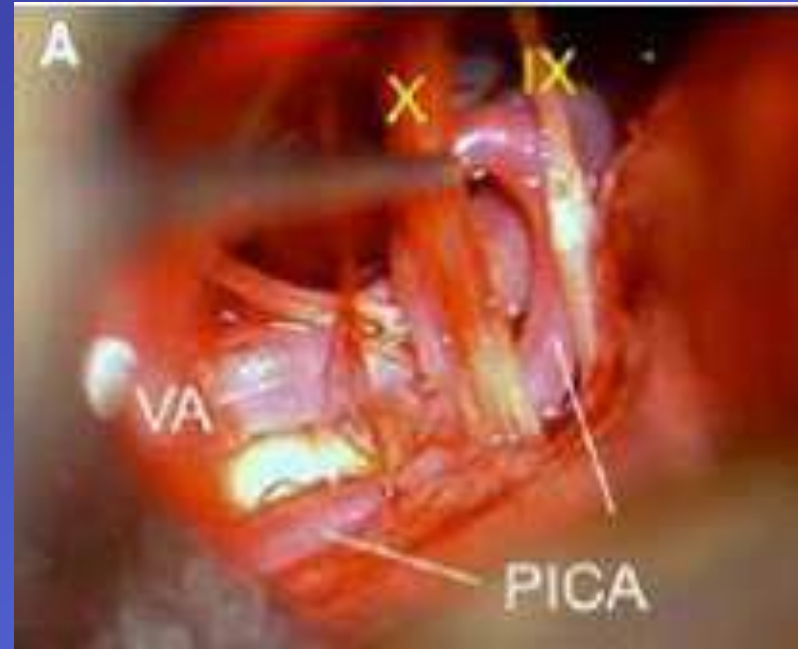


*Rushton et al., 1981*





Prévalence :  
0.2 à 1.3% des  
névralgies trigéminales  
(*Fraiola, 1989*)



**ATTENTION !**

**Névralgie du IX essentielle sur  
conflit vasculo-nerveux =  
diagnostic d'exclusion**

**Se méfier des lésions ORL !!!  
L'IRM doit descendre BAS !!!**



## Cas clinique n° 4



Douleur paroxystique voire permanente et paroxystique

Localisation pharyngo-laryngée , sous-mandibulaire unilatérale irradiant à l'oreille, corne os hyoïde

Déclenchement par la déglutition à vide, le babillement, la voix forcée, la toux, la rotation du cou

Trigger: zone latérale de la membrane hypothyroïdienne



## Votre diagnostic ?

## Névralgie du nerf laryngé supérieur

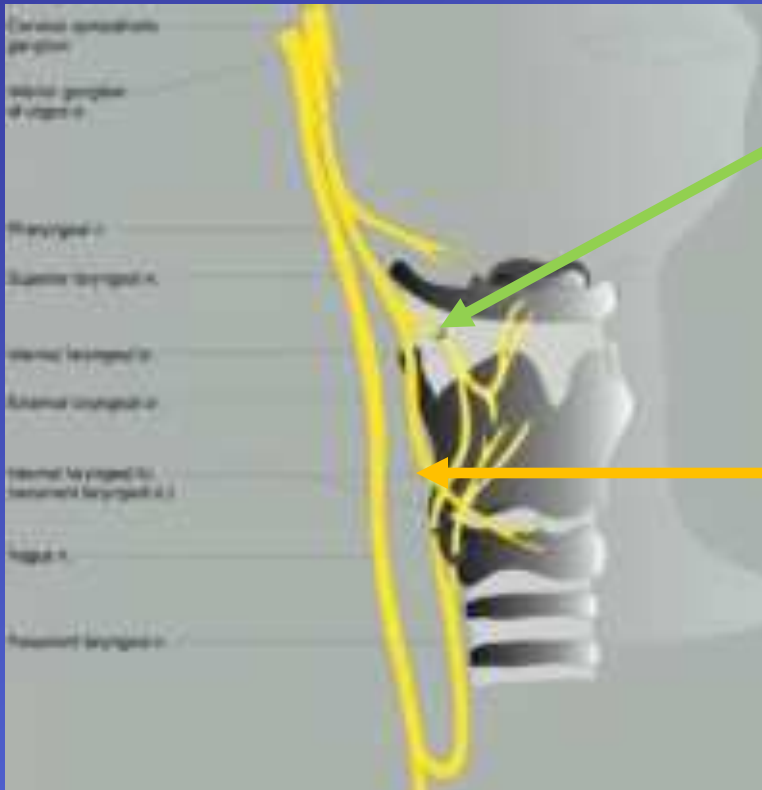
NLS: Emergent du nerf vague en face de la veine jugulaire, puis se combine avec une branche du ganglion cervical supérieur et descend le long du pharynx et derrière la carotide interne.

### Branche interne (Sens.)

- > traversée de la mbne thyroïdienne
- Vers Muqueuse larynx
- > epiglotte, base de langue
- > rejoint NL recurrent vers cartilage thyroïdien

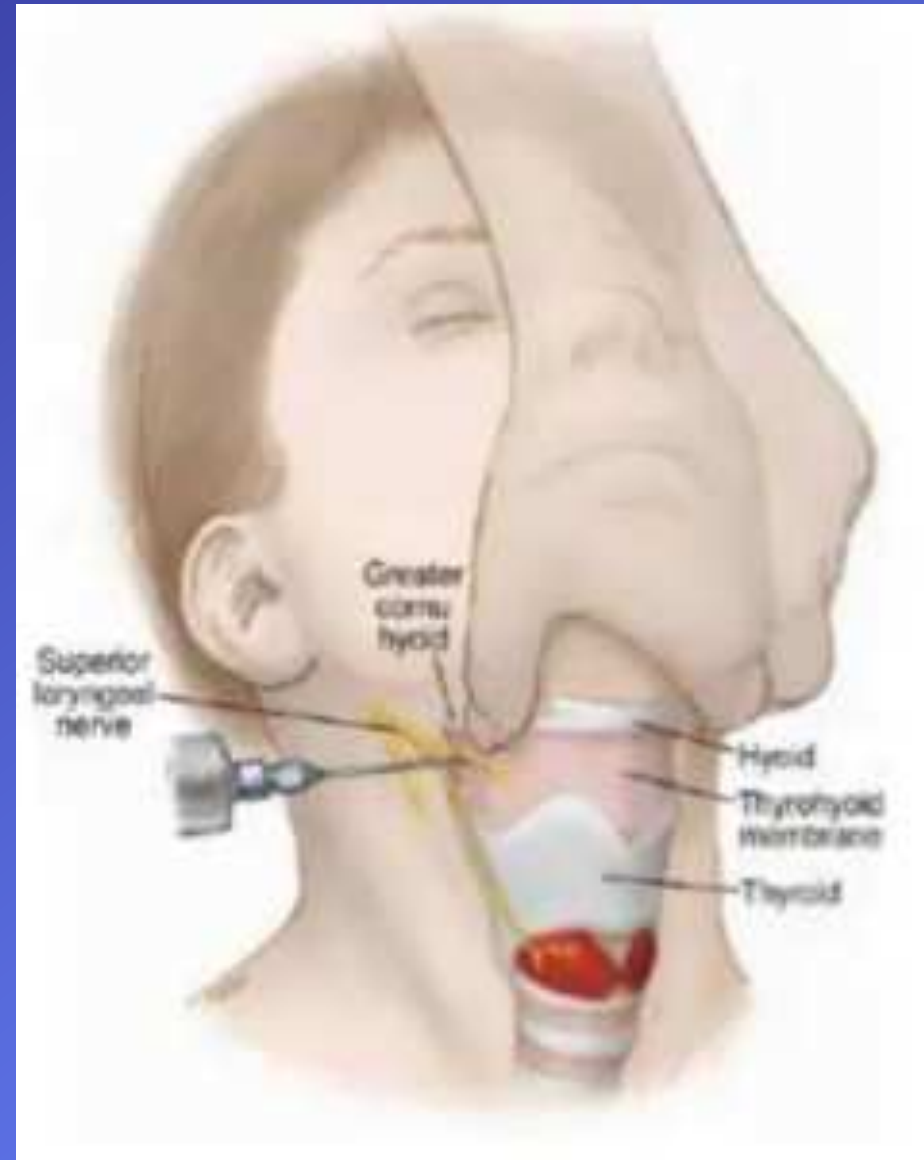
### Branche ext (motrice)

- > Muscle Crico thyroïdien (du chanteur !)
- > br vers plexus pharyngé
- > br vers n cardiaque sup





**Critère diagnostique \*:**  
Amélioration par un bloc  
anesthésique local du nerf  
laryngé supérieur



*Attention aux diagnostics  
différentiels des  
douleurs latéro-cervicales:  
Dissections carotidiennes ++,  
carotidodynie, Horton...*

*Brian et al. 2005*



## Cas clinique n° 5

Brûlure dans le fond de l'oreille

Zone gachette: mur postérieur du CAE

Déclenchement par le premier contact  
alimentaire

+/- goût métallique, hypersalivation,  
larmoiement



**Votre diagnostic ?**

**Névralgie du de l'intermédiaire de  
Wrisberg (VII bis) souvent par zona  
du gg géniculé**



## **II - Les algies faciales paroxystiques avec signes végétatifs**

**1 sec -10 min**



# Cas clinique n° 6: Homme de 30 ans sans antécédent présentant des crises paroxystiques orbitaires rebelles à tout traitement

1 sec à 10 min - 1 à 100 /j

Unilatéral ds 80% des cas  
Orbitaire > supra orbitaire,  
temporal

Avec du même côté:  
injection conjonctivale &  
larmoiement

Pas de période réfractaire

CBZ inefficace





# Votre diagnostic ?

## **SUNCT**

(Short Unilateral  
Neuralgiform headache  
attacks with Conjunctival  
injection and Tearing)

**= céphalées  
névralgiformes de  
courte durée  
Avec inj conjonctivale  
ET larmoiement**

**Si le patient n'avait  
eu qu'un de ces  
signes végétatifs  
mais avec d'autres  
signes  
dysautonomiques,  
qu'auriez vous  
évoqué ?**

*Goadsby et al., 1997*



## **Un SUNA**

Short Unilateral  
Neuralgiform  
headache attacks  
with cranial  
autonomic  
symptoms

+ de femmes

- *Oedème de la paupière*
- *Sudation du front et de la face*
- *Myosis  $\pm$  Ptosis*
- *Sensation d'oreille bouchée*
- *Flush du front et de l'hémiface ipsi*
- *Congestion nasale  $\pm$  Rhinorrhée*



## Faut-il faire une IRM ?

***OUI: chercher les formes lésionnelles !***

- *Lésions du tronc cérébral (SEP, angiomes, infarctus)*
- *Lésions de l'angle ponto-cérébelleux (tumeurs, MAV)*
- *Atteinte du crâne (impression basilaire, ostéogenèse imparfaite)*
- *Lésion du sinus caverneux (leiomyosarcome)*
- *HIV*
- *Lésions orbitaire (trauma, tumeur oculaire en particulier carcinoïde)*
- *Conflits vasculo-nerveux*
- *Lésions hypophysaires*
- *Hyperprolacinemie*



### **III - Les algies faciales brèves (mais non paroxystiques) avec signes végétatifs**

**2 min → 3h**





# Cas clinique n° 7: Femme de 40 ans présentant de multiples crises d'algies faciales

Unilatéral  
Orbitaire, supra  
orbitaire, temporal



2 à 30 min  
5/j ou +

## ***Avec Signes végétatifs:***

- *Larmoiement ± érythème conjonctival*
- *Congestion nasale ± Rhinorrhée*
- *Oedème de la paupière*
- *Sudation du front ± de la face*
- *Myosis ± Ptosis*
- 
- *Flush du front et /ou de l'hémiface ipsi*

Aucun effet des palier I, II, III des AINS standards des antimigraineux des antiepileptiques et du verapamil



## Quel test thérapeutique pouvez vous proposer ?

### **Réponse complète à l' Indométacine**

- dose initiale 150 mg et augmenter si besoin à 225 voire 250 mg (sous IPP!!!)
- Puis réduction progressive
- contre-indication Grossesse > 24 SA

## Quel est votre diagnostic ?

**Hémicranie Paroxystique  
(HPEpisodique si rémissions d'au  
moins 3 mois /HPChronique sinon)**

## Faut-il faire une IRM ?

**Oui**, comme pour toutes les céphalées trigemino-autonomiques



# En quoi Algie Vasculaire de la face ressemble ou diffère de l'Hémicranie parox?

## AVF // HP

Unilatéral  
Orbitaire, supra  
orbitaire, temporal



### **Mêmes Signes végétatifs:**

- Larmoiement  $\pm$  érythème conjonctival
- Congestion nasale  $\pm$  Rhinorrhée
- Oedème de la paupière
- Sudation du front  $\pm$  de la face
- Myosis  $\pm$  Ptosis
- Flush du front et /ou de l'hémiface ipsi

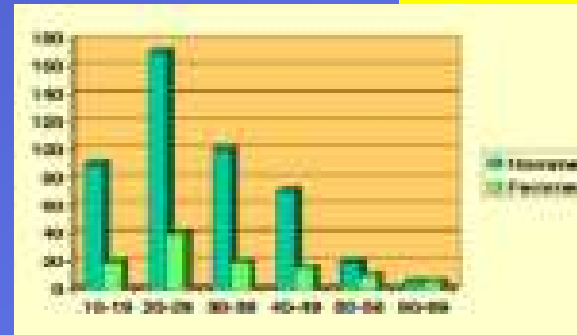
## Dans l'AVF , on note:

+ *longues*  
- *fréquentes*

15-180 min  
1 à 8/j

+ *d'agitation*

S. Végétatifs ou  
Agitation &  
impossibilité de  
tenir en place



7 hommes / 1 femme  
84% tabac + fréquents

## Cas clinique n° 8: Johnny 50 ans, fumeur

Au moins 1 des 6 Signes d'accompagnement suivants



oedème  
palpébral

Ptosis,  
myosis  
(70%)

Artères  
battantes

Sudation  
du front et de  
la face (+rare)

Injection  
conjonctivale

Larmoiement (>84%)

Congestion nasale  
Rhinorrhée (>70%)



+ Agitation !

Périodes de  
2 mois  
chaque  
année

Crises peri-  
orbitaires  
unilatérales  
brèves  
de  
15-180  
minutes  
1j/2 à 8 fois/j



Larmoiements

Rhinorrhée

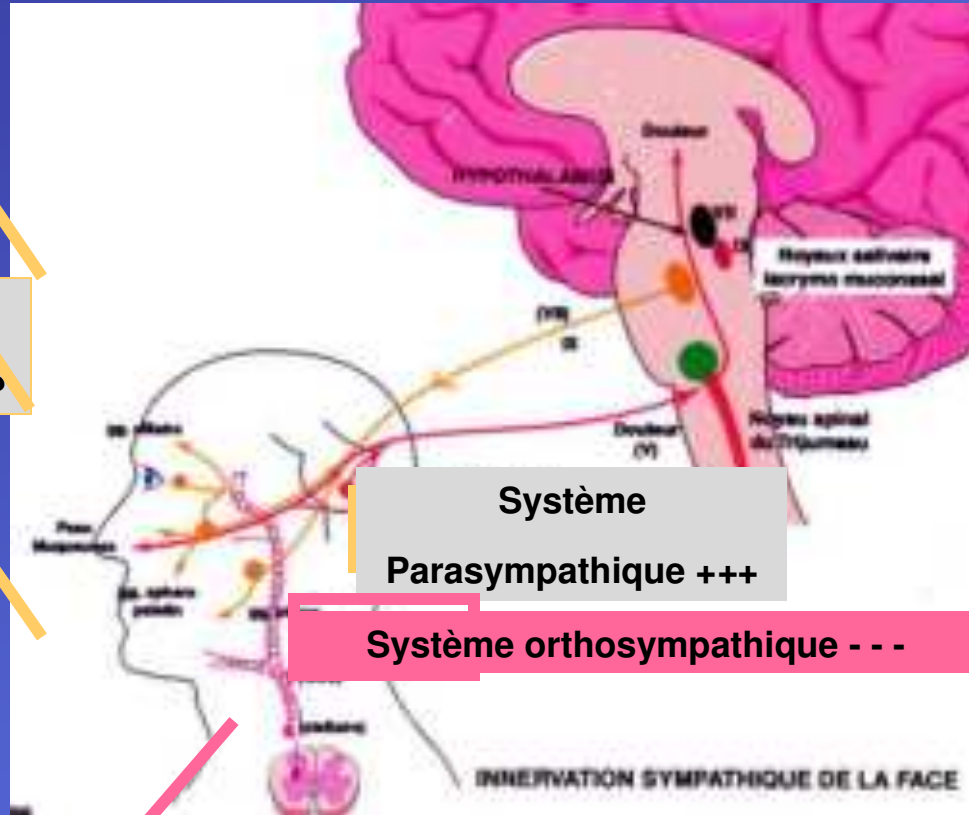
Gonflement des glandes salivaires



Rythme circadien, circannuel



Signe de Claude Bernard Horner



- Attention aux atypies (bilatéralité, auras, absence de douleur, débuts tardifs, formes basses , 5% autosomales dominantes, etc...)

**Table 1** Sites of pain in patients with chronic cluster headache

Site	Present study (n= 113) (n (%))	Study by Bahra <sup>7</sup> (n= 48) (%)
Retro-orbital	99 (88)	(94)
Temporal	78 (69)	(81)
Maxillary	60 (53)	(67)
Frontal	53 (47)	(42)
Occipital	36 (32)	(8)
Neck	35 (31)	(35)
Nose	30 (27)	(29)
Ear	28 (25)	(27)
Parietal	27 (24)	(0)
Jaw	23 (20)	(65)
Cheek	23 (20)	(63)
Vertex	18 (16)	(8)
Shoulder	8 (7)	(25)

*Donnet et al.,  
JNNP 2007*



# Doit-on faire des examens complémentaires ?



- **Oui à la recherche de Toute lésion du trijumeau**

/ Lésions du Sinus caverneux++

/ Causes nasales/sinusiennes/dentaires ++:

post chirurgical ++

contact nasal anormal,

aspergillose orbito-sphenoidale Etc...

- **SAS ?**



## - AVF secondaires à une pathologie cervicale

/ Hernie cervicale en C3 (*Jansen, 1975*)

/ Méningiome cervical haut (*Kuritsky, Cephalalgia, 1984*)

/ Syringomyelie C3-C7 + Arnold Chiari (*Seijo-Martinez, Cephalalgia 2004*)

## - Causes cervicales touchant le plexus sympathique péricarotidien

/ après choc hémorragiques massifs...

/ Neuropathie du plexus cervical superficiel post chirurgie + Rx de cancer ORL (*cas personnel*)



## - AVF secondaires à une atteinte de l'artère vertébrale



/ AVC médullaire cervical ou latéro-bulbaire (dissections VA++) (*Cremer JNNP 1995; De La Sayette Neurology 1999; De La Sayette JNNP 1999; Cid JNNP 2000; Lai, Cephalalgia 2005*)

/ Compression par ectasies artérielles ou anévrisme (*West Headache 1991; Ochoa, headache 1993 ; Giffin JNNP 2001*)

/ Découvertes per-opératoires : Compressions veineuses - artérielles - fibrose en C2 voire C3 (*Jansen Pain 1989*)

/ Pseudo-AVF sur conflit entre C3 et artère vertébrale (*Créac'h et al. 2010*)



# Quel critère différencie les formes épisodiques et chroniques ??

AVF épisodiques



- Périodes de 7 jours à 1 an  
séparées d' au moins  
**TROIS mois**

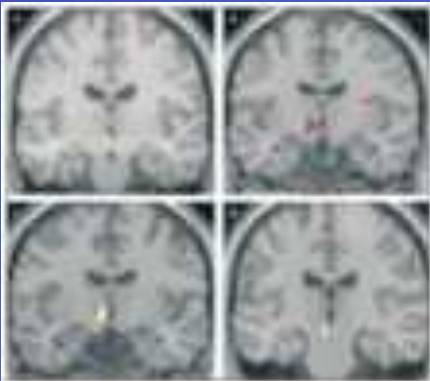
-> 1 période / an (> 40%)  
-> 2 mois en moyenne

AVF chroniques



- Périodes de plus de 1 an  
sans rémission ou  
avec **rémission de moins de 3 mois**

-> 13% d'emblée chroniques  
-> 8% secondairement chroniques



*Recrudescence saisonnière  
// changements de luminosité*



# Quel(s) traitements ?

Arrêt des prises d'alcool

Traitements des crises

Traitements de fond

Traitements transitionnels

Traitements des formes rebelles

+ Agenda

Recommandations pour le diagnostic et le traitement de l'algie vasculaire de la face  
French guidelines for diagnosis and treatment of cluster headache (French Headache Society)

A. Drouot<sup>1,2</sup>, G. Demayot<sup>1</sup>, A. Ducrocq<sup>3</sup>, G. Geraud<sup>4</sup>, P. Gheusi<sup>5</sup>,  
E. Goussard<sup>6</sup>, C. Lucas<sup>7</sup>, M. Pélissier<sup>8</sup>, D. Valade<sup>9</sup>, M. Laxenaire<sup>10</sup>

• Le traitement de crise de référence =  
Sumatriptan injectable

(IMIJECT® 6 mg Sumatriptan SUN 3 ou 6 mg)



-> Efficacité remarquable :

\* soulagement à 15 minutes dans 74% vs 26% placebo  
avec effet sur la douleur, les signes associés et le handicap  
(Ekblom, NEJM, 1991)

\* Efficacité soutenue dans le temps chez plus de 90% des  
patients (Gobel, 1998)

-> Sous réserve des CI relatives aux triptans

-> E I : asthénie, +/- picotements thoraciques souvent  
banalisés par rapport aux troubles liés aux crises !!



-> Autres triptans ?  
/ Pas d' AMM  
/ rapidité d' action moindre

-> Les contraintes de prescription  
pour l'IMIJECT  
ne doivent pas freiner l' usage  
du produit...

-> Vidal : Maximum 2 injections /j ...



# • L'oxygénothérapie



## ● Oxygène :

- Masque
- 12l/min 10 à 15 min
- Efficacité prouvée (*Fogan, 1995*)
- Utilité sur des formes nocturnes, en cas de mauvaise tolérance des triptans ou en cas d'accès > 2/ jour
- Prescription par neuro/orl CETD 3 mois renouvelable 1 fois
- Forfait d'oxygénothérapie hebdo à domicile 28 et de livraison 29

## • Traitements transitionnels



/ Corticoïdes (Prednisolone 60 à 100 mg 5j -20mg/3j et stop)

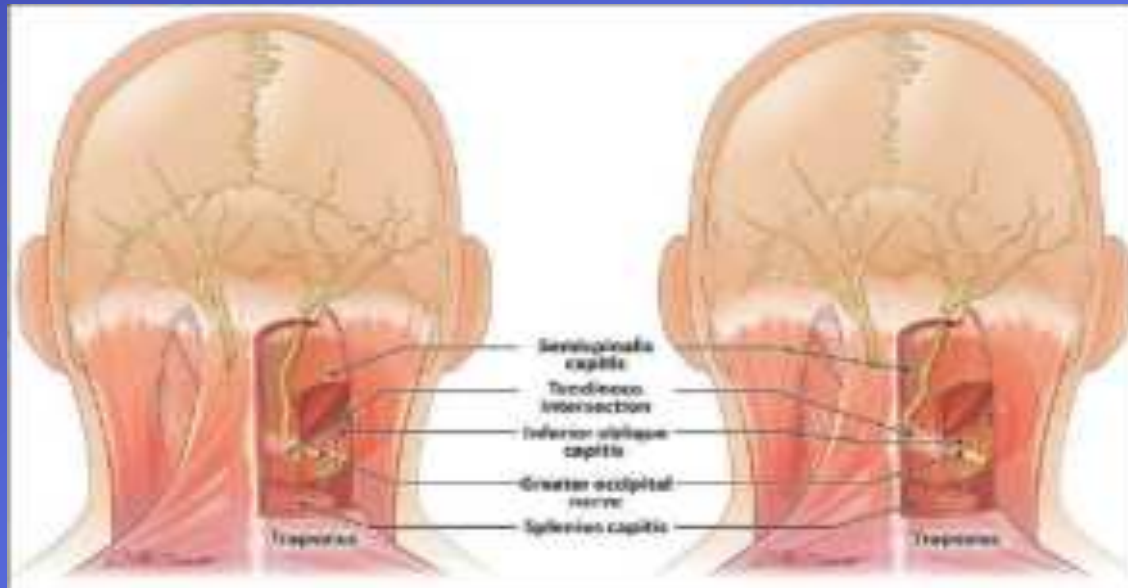
-> Oberman Lancet 2021 > placebo

-> MAIS : à éviter sur les AVF chroniques:

**RISQUE DE DEPENDANCE GRAVE AUX CORTICOIDES !**

/ Infiltration du nerf grand occipital

bupivacaine= Naropeine 2mg/ml puis corticoïde retard comme bethamethasone =Diprostene



# Technique de bloc du NGO

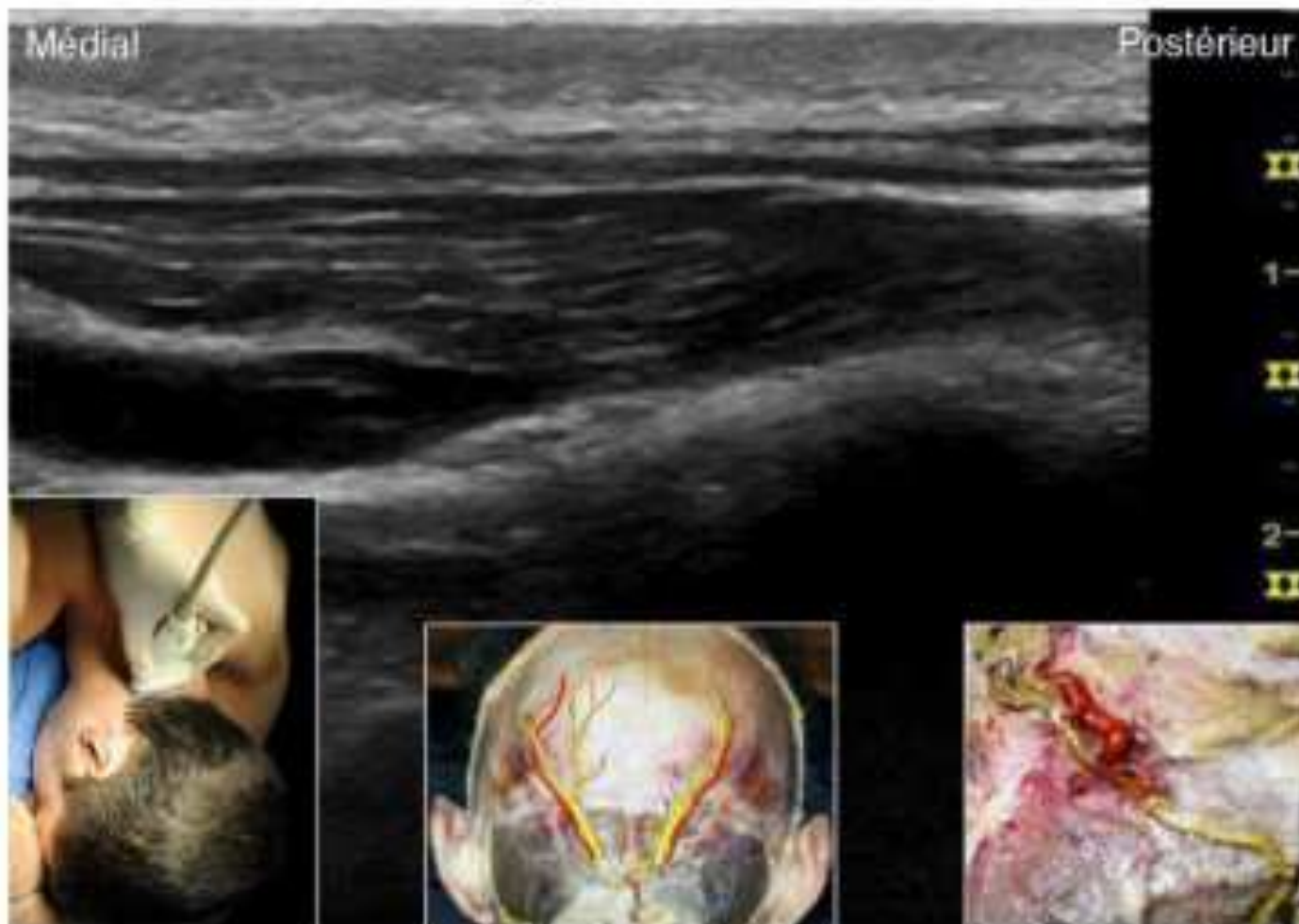
Repères : ligne nuchale supérieure,  
protubérance occipitale, mastoïde, 1/3 2/3  
repérage artère et ponction médiale a  
l'artère le nerf = 1 a 2mm





## Bloc du nerf d'Arnold

Bloc du nerf grand occipital sous échoguidage  
En dedans de l'artère occipitale



- Autres moyens non chirurgicaux essayés:



- Cocainisation par voie nasale de la zone sphéno-palatine



- Lidocaïne (4-5%) en pulvérisation nasale

- Capsaïcine ?

- toxine /sphéno-palatin ?

- Blocs du ganglion sphéno-palatin (endonasal ou transcutané)



# Traitements de fond des AVF ?



- Verapamil (ISOPTINE ®) : traitement de première intention (mais hors AMM)

- Efficacité à forte dose (Leone, 1998)

- > 240 à 720 mg /j pour les AVF épisodiques

- > 480 mg jusqu' à 1200 mg / j pour les AVF chroniques

Cf recommandations HAS nouvelles LI (pas LP)

Surveillance ECG/TA

- CI : blocs auriculo-ventriculaires - importance de l' ECG

- EI: bradycardie, fatigue, constipation, oedèmes des MI

- Recommandations de l'ANSM concernant l'utilisation du Verapamil (ISOPTINE®)



Notice d'info et fiche de déclaration des effets II aux patients

Prescription initiale par médecin douleur ou neurologue

120 mg 2 fois /j préconisé

hors précautions d'emploi

TA et ECG AVANT chaque augmentation de dose

+ A 480 mg, TA et ECG 7 à 10 jours APRES le changement +avis cardio

Cs 1/ mois la première année (sans précision) le suivi pouvant être écarté à 3 mois si l'efficacité est bonne

Cs neuro nécessaire si avf épisodique avec crises depuis plus de 2-3 mois (fréquence laissée à l'appréciation)

Cs neuro tous les 6 mois si avf chronique ...



- Lithium (TERALITHE®) hors AMM

- Efficacité sur des AVF chroniques (Ekbom, 1981)
  - Ajuster à lithémie = 0.8 à 1 mEq -> 600 -1200 mg
- bien vérifier TSH, fct rénale, gly, Ca , protéinurie, ecg

- Indométhacine (INDOCID®)

moins efficace que dans les hémicranies  
la tolérance digestive est souvent médiocre

- Antiépileptiques :

Topiramate (EPITOMAX®) ? Lamotrigine (LAMICTAL®)??

Valproate de sodium (DEPAKINE® pas chez les femmes en âge de procréer), Gabapentine (NEURONTIN®)

- L'avenir :

Ac monoclonaux anti CGRP ?

(Galcanezumab : FDA + ds AVF épisodique; mais pas en Europe ...

Etude Eptinezumab en cours sur AVF e et AVFc

# Traitements des formes rebelles



- Blocs des nerfs occipitaux itératifs (mais attention aux risques infectieux si chirurgie )

- Chirurgies du nerf trijumeau abandonnées (Thermocoagulation, alcoolisation, section , gammaknife)

- Chirurgie / système nerveux autonome abandonnées

(Section du grand nerf pétreux superficiel, alcoolisation ou radiofréquence du gg sphéno-palatin; intérêt du stimulateur du sphéno-palatin en crise ?)

- **Stimulation des nerfs grands occipitaux :**

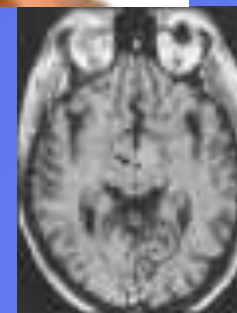
Une chirurgie intéressante

-> cf *Topo V Vassal*



- **Stimulation hypothalamique (Leone, 2001)**

- Etudes en cours sur les perfusions de ketamine 0.5 mg/kg IV 2h + Mg<sup>2+</sup> 3g (Moisset et al. , 2020)



## **IV - Les algies faciales continues avec signes végétatifs**



**Cas clinique n° 9 : une hémicranie qui ressemble à une AVF ou une HPC mais qui est PERMANENTE**

Hémicranie  
stricte

Continue &  
avec  
exacerbations

***Signes végétatifs:***

- *Larmoiement conjonctival ± érythème*
- *Congestion nasale ± Rhinorrhée*
- *Oedème de la paupière*
- *Sudation du front ± de la face*
- *Myosis ± Ptosis*
- *Flush du front et de l'hémiface ipsi*

***Et/ou agitation & impossibilité de tenir en place***



# Diagnostic ?

Test positif à l'indométhacine

**= Hemicrania  
continua**

# Intérêt d'une IRM ?

## **OUI Comme pour l'AVF !**

- Dissection carotidienne ++
- Infarctus du tronc cérébral
- Traumatisme crânien
- Lésions hypophysaires
- Kyste pinéal
- Tumeur sphénoïdale etc...

- **Différentiel avec le LASH syndrome** (long-lasting autonomic symptoms with associated hemicrania)

→ ++ jours

→ bonne réponse à l'indométhacine

(Rozen, 2000)

## **V - Les algies faciales non brèves sans signe végétatif**

**-> cf cours sur les migraines  
et les céphalées de tension**

**I - Les algies faciales paroxystiques (<1s) et isolées:**  
C en coup de poignard et névralgies

Durée ?

**II - Les algies faciales paroxystiques 1 s- 10 min avec signes végétatifs:**  
SUNCT et SUNA

Avec  
ou  
sans  
trouble  
Végétatif  
?

**III - Les algies faciales brèves 2min-3h  
avec signes végétatifs:**  
Hémicranies paroxystiques et AVF

**IV - Les algies faciales continues avec signes végétatifs:**  
Hémicrania continua

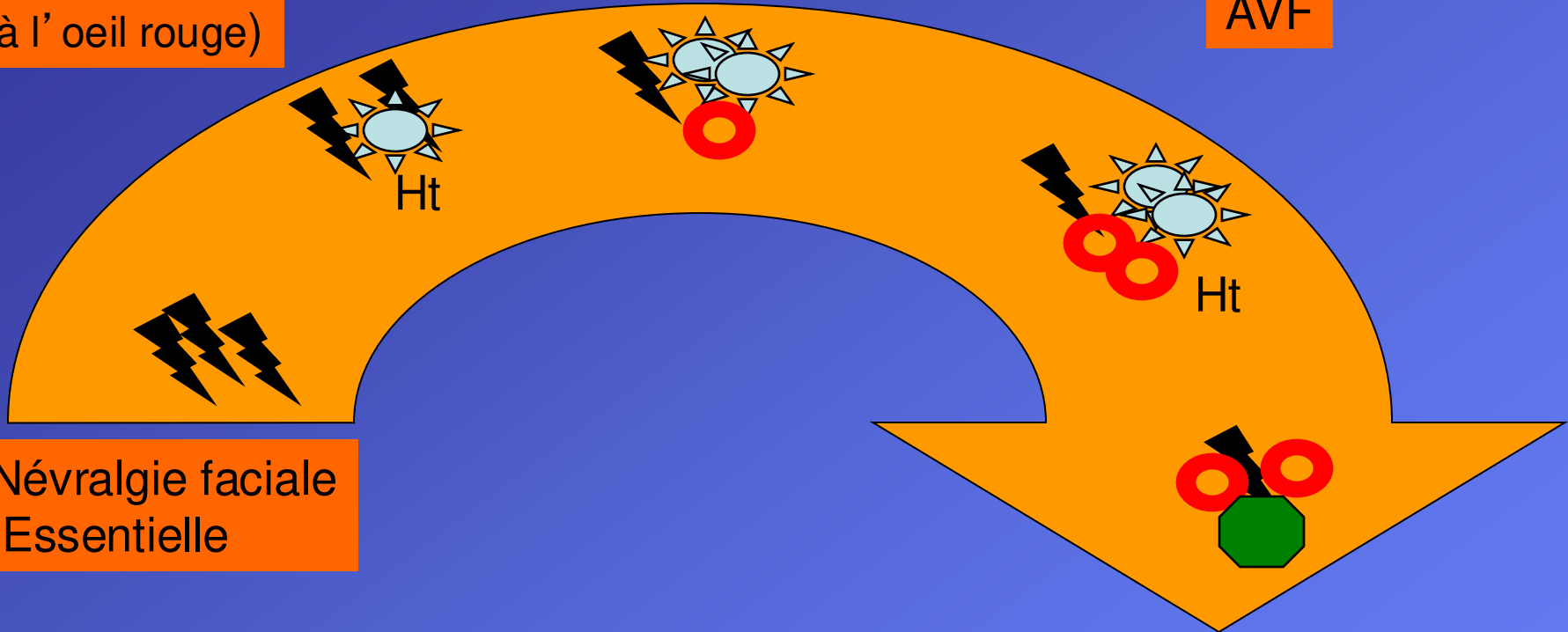
Topo  
graphie  
?

**V - Les algies faciales 4-72h sans signe végétatif:**  
migraines

SUNCT  
(névralgie  
réfractaire  
à l'oeil rouge)

Hémicrânie Parox.primitive  
(sorte d'AVF courte  
hyperfréquente)

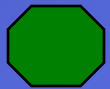
AVF



Névralgie faciale  
Essentielle


Migraine

 Vaisseaux

 Noyaux du  
tronc cérébral

 Nerf trijumeau

Ht : hypothalamus

 S. autonome



# **Cas cliniques en vrac**

## CÉPHALÉES PRIMAIRES CIRCONSTANCIELLES= DIAGNOSTICS D'ÉLIMINATION

- **céphalées primaire induite par la toux** (quelques secondes à quelques minutes)
- **céphalées primaires d'effort** (uniquement pendant ou après celui-ci, d'une durée inférieure à 48 heures)
- **céphalées primaires sexuelles** (débutant souvent comme une douleur bilatérale sourde s'aggravant avec l'excitation sexuelle et devient intense lors de l'orgasme)
- **céphalées hypniques**
- **céphalées induite par le froid** (à l'extérieur de la tête : nage en eau froide, cryothérapie, ingéré :céphalée de la crème glacée ou inhalé)
- **céphalées induite par une pression externe par une compression externe** (ex : bandeau serré autour de la tête, chapeau, casque, lunette portée pendant natation) **ou par traction** (ancienne « céphalée de la queue de cheval).

## Cas clinique n° 10 : Antoinette (saison 3)



Disparition des névralgies du trijumeaux. A pu stopper la carbamazepine depuis une décompression du trijumeau

Mais depuis qq mois, présente une céphalée diffuse, tenace, plutôt tensives associées à de l'asthénie et une baisse d'acuité visuelle d'un oeil. Elle n'a pas d'appareil de chauffage ou d'appareil électrique usagé; ouvre ses fenêtres. Son examen neuro est normal; pas de raideur méningée; pas de fièvre; pas de nausées. **Diagnostic ?**

**Vous évoquez compte-tenu de l'âge une Maladie de Horton**  
**Quels autres signes recherchez-vous ?**

- En priorité: Signes de neuropathie optique ischémique aiguë avec occlusion de l'artère centrale de la rétine
- Claudication de mâchoire ; allodynie du cuir chevelu
- Douleurs articulaires des ceintures = PPR
- Artère temporale indurée, non battante
- CRP > 6mg/l; VS > 50
- Vasculite des gros troncs artériels

-> **URGENCE :**  
bolus de corticoïde  
IV 3-5 jours  
Puis PO 1 mg/kg  
maintenu jusqu'à  
diminution et  
stabilisation de la  
VS et de la CRP.



**Cas clinique n° 11 : Antoinette saison 4  
revient avec des accès douloureux fulgurants irradiant de  
la zone occipitale droite sur le territoire C2 droit.**



**DIAGNOSTIC ?** Névralgie d'ARNOLD

Nerf impliqué: grand nerf occipital  
(NG0) dit nerf d'ARNOLD

**TMT ?** Infiltrations du NGO, superficielles si suspicion de conflit musculaire , voire scannoguidées si arthrose (naropeine, diprostene), Antalgiques + AINS + myorelaxants, voire AD, AE, Rééducation + Elongation + Collier cervical, très rarement Chirurgie de décompression ou rhizolyse

➤ Toute lésion périphérique ou centrale du nerf trijumeau peut être à l'origine de douleurs de la face



- Douleurs faciales « locales » par cause **ophtalmologique**

- Douleurs faciales « locales » par cause **ORL**

- causes par infections virales, voire bactériennes.

- Attention au risque de surestimation du diagnostic de sinusite maxillaire en cas de douleur faciales chronique ++*

- causes carcinologiques (NB: aussi par atteinte néo du glossopharyngien)

- Douleurs faciales « locales » par cause **dentaire/ stomatologique/maxillo-faciale**

- lésions affectant les dents, les muqueuses,

- les articulations temporo-mandibulaires,

- les pathologies osseuses

## Cas clinique n° 12 : Adam 40 ans DID de type I



- 1) **Où ?**: douleur très focale sur une molaire inférieure gauche
- 2) **Depuis quand ?**: depuis 2 jours sans raison, la nuit et le jour
- 3) **Quand ?**: réveils nocturnes, accentuation par la station allongée, la mastication, élancements sporadiques
- 4) **Combien ?**: intensité sévère, ne tient pas en place
- 5) **Comment ?**: Elancements /battements profonds difficiles à décrire, douleurs lancinantes, pas de décharges électriques; pas de fièvre
- 6) **Qui?**: Qui est-il ? Diabète déséquilibré / patient se négligeant / anxieux plus que dépressif, mais pour lui cette fois cette douleur n'est pas liée à son stress
- 7) **Clinique ?** Molaire noirâtre avec carie, douleur >30 sec à la percussion, au froid/chaud, pas d'altération visible de la gencive, pas d'abcès
- 8) **Traitements ?** Paracetamol 1g pris à la demande avec de l'alprazolam 0.25 mg

### 1) Diagnostic ?

Douleur aiguë d'origine dentaire de type pulpite

(doute sur parodontite du fait de la sensibilité à la percussion, voire abcès; *cf lisa 99p10*)

### 2) Mécanisme?

Douleur par excès de nociception

### 3) Traitement principal ?

Prévoir le traitement de la cause ! prévoir Cs dentiste dès le lendemain  $\pm$  radiographie dentaire  $\pm$  antibiothérapie selon le stade

### 4) Vérifications avant prescription ?

Vérifier s'il prenait correctement et à bonnes doses son paracétamol, s'il n'a pas d'intolérances connues, de CI (diabète++)





### 5) Classe thérapeutique prioritaire ?

Antalgiques de palier 2 , ou des combinaisons d'antalgiques et/ou des co-analgésiques; rediscuter la benzodiazepine (intérêt seulement si angoisse...)

### 6) A la demande ou systématique ?

Systématique

### 5) Place des opiacés ?

Possible ssi échec des précédents et sur un temps court

### 6) Autres points importants ?

Equilibre du diabète + Hygiène dentaire

### 7) Si ce patient était ex toxicomane sous Methadone, cela changerait-il votre prescription d'antalgiques ?

NON, pas en aigû (on peut utiliser les AINS, le paracetamol, voire les opiacés; possibilité aussi de majorer les doses de methadone et les fractionner)

→ Ds tous les cas on RE-EVALUE l'efficacité rapidement.

## Cas clinique n° 13 : Mme JL 53 ans



- sans atdt, sans immunodépression
- depuis 1 an : douleurs dentaires / région des molaires sup gauches  
-> soins dentaires répétés, antibiotiques, corticoïdes

- Peu à peu, amélioration de ces douleurs « dentaires »

// apparition d'une douleur temporale et sus-orbitaire gauche à type de serrement, de compression d'intensité modérée, 3 à 4 fois/semaine, durant 2-3 h en fin de journée, pas de signe végétatif, obstruction nasale

// douleurs maxillaires sup.,périorbitaires provoquées par le coton-tige par stimulation de la face postero-inférieure et sup du CAE



- Naso-fibroscopie: Pas de pus au niveau du méat
- Radio sinus gauche: opacité complète du sinus



- Scanner des sinus: aspergillose sinusienne gauche





- Patiente opérée -> disparition à la fois des algies faciales  
Spontanées et des algies provoquées

-Une aspergillose sphénoïdale peut se révéler par des AVF atypiques  
(Heidegger S et col., Cephalalgia 1997 ; Zanchin et col. Headache 2005)

- En dehors des cas d'immuno-dépression, évolution favorable après  
chirurgie endonasale (172 cas:173 dans la série de Dufour X. et col.,2006);  
-15% de récurrence dans une série de 40 enfants (Gupta AK et col., 2003)

## Exemple de Céphalées en coup de tonnerre (cf cours UNV)



Explosives, sévères, **ictales**, maximales d'emblée (<1 min)

**Spontanées ou circonstancielles** (toux/éternuement/défécation + coit + effort)

-> Que Rechercher en urgence ?

/ **Hémorragie méningée** (attention aux C sentinelles sur aneurisme pre-fissuraire; chercher une mydriase= atteinte du III)



(S

pheochromocytome...)

/ **Syndrôme de Vasoconstriction Cérébrale Réversible**

C. Souvent répétées et provoquées, isolées ds 75% des cas  
(substances vasoactives, post-partum,

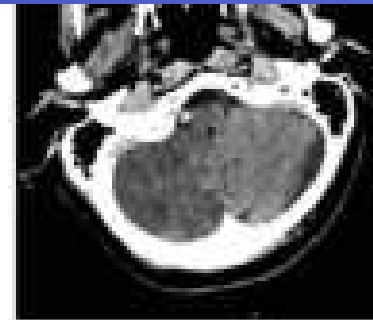


## Autres causes de Céphalées en coup de tonnerre (cf cours UNV)



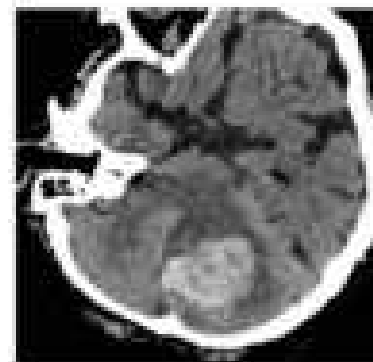
### Vasculaires

- Malformations vasculaires cérébrales non rompues,
- Dissection artérielle,
- Thrombose Veineuse Cérébrale,
- Infarctus/hématome cérébral ou cérébelleux,
- Apoplexie hypophysaire,
- Vascularite cérébrale.



### Non vasculaires

- Hypotension intracrânienne,
- Méningite,
- Tumeur cérébelleuse,
- Kyste colloïde du 3ème ventricule,
- Glaucome aiguë, sinusite
- Céphalée primaire en coup de tonnerre, de la toux, du rapport sexuel ou de l'exercice physique.





## Exemple de Céphalées matinales avec nausées & vomissements, s'améliorant par l'orthostatisme Et d'installation aiguë ou progressive subaigue

➤ Que Rechercher en urgence ?

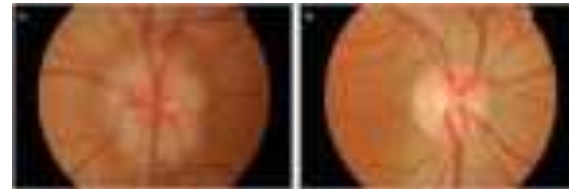
une **Hypertension Intracranienne**

Fond d'œil indispensable:  
œdème papillaire de stase bilatéral

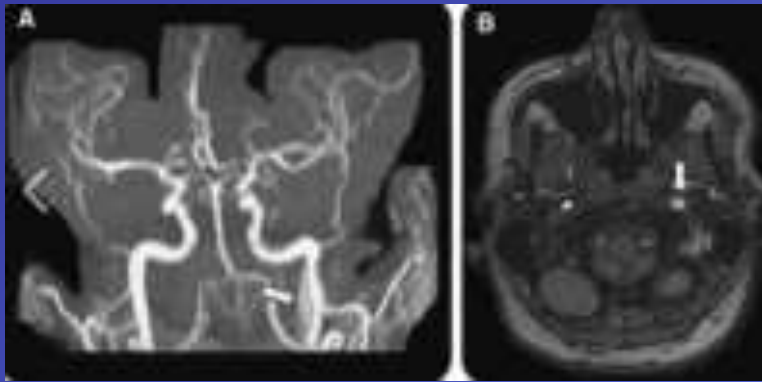
Quelle étiologie évoquer sur cette image ?

une **Thrombose veineuse cérébrale (TVC)**

(attention la TVC est polymorphe, avec parfois des C. chroniques isolées, une crise comitiale, une anomalie neuro peuvent orienter le diagnostic , un contexte infectieux local ...)



**Exemple de Céphalées et/ou douleurs latéro-cervicales unilatérales apparues après un traumatisme  
(cf cours UNV)**



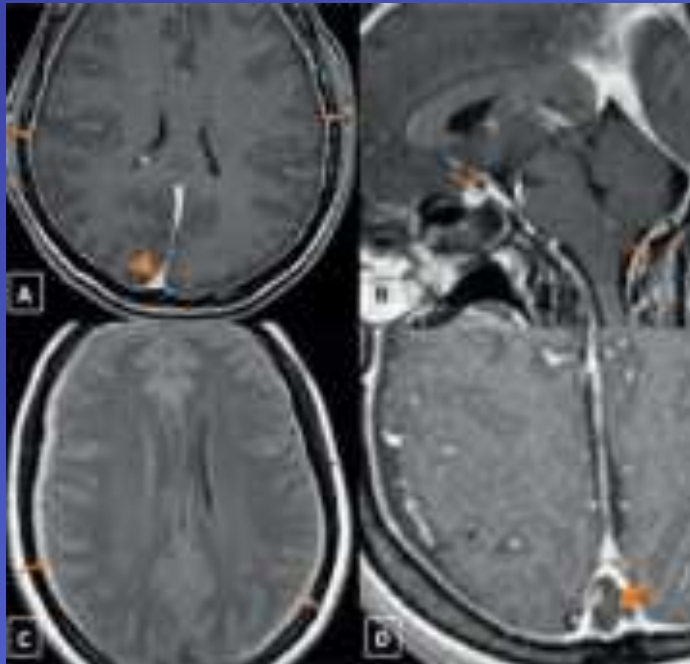
- Toujours rechercher une **Dissection artérielle** (*on cherche un retrecissement de calibre, un dedoublement de paroi voire même un saignement autour*)
- Attention une angio IRM cérébrale visualise le polygone de Willis (= intracranien)
- Seule l'angio des vaisseaux du cou visualise la gerbe aortique avec carotides et vertébrales (extracranien)
- Raisonner sur l'anatomie !

*! On les différenciera des céphalées post-traumatiques souvent accompagnées de multiples symptômes fonctionnels, et plus souvent diffuses , avec éventuellement des irradiations inexplicables*

# Exemples de céphalées liées à la position



- Sinusites ? antéflexion pour les formes frontales



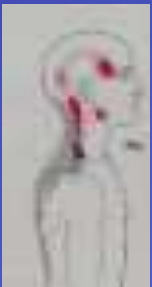
- Céphalées par hypotension intracrânienne ?  
-> 15 min après station debout

-> Mieux moins de 30 min après passage à la position couchée

-> signes à l'IRM cérébrale (bombement Hp, sinus veineux distendu, HSD, petits V, épaissement pachy méningé...)

- Céphalées cervicogéniques ? Reproduction par l'examen clinique

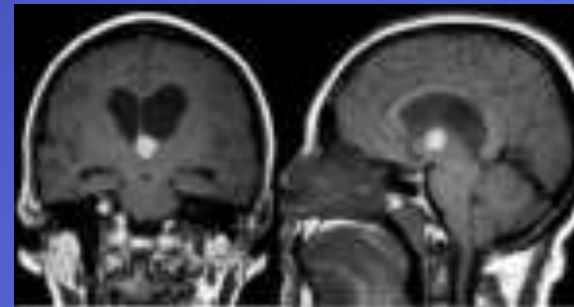
- Migraines ? quelque soit le mvt, cédant à la fin de la crise



## Exemples de céphalées liées à la position



- **Malformation d' Arnold Chiari ?**  
hernie des tonsilles cérébelleuses  
+/- autres symptômes en particulier  
Vertiges, pdc, syringomyélie (14%)



- **Hydrocéphalies obstructives intermittentes** par lésion faisant obstacle à l'écoulement du LCR /clapet  
Lors de n'importe quel mouvement

# Quizz TERRIFIANTS:

## Quels symptômes ci-dessous vous évoquent une hypothèse tumorale ?



	OUI	NON
Hypoesthésie mentonnière	<b>X</b>	
Algie faciale strictement unilatérale progressive avec CBH ipsilatéral	<b>X</b>	
Otalgie progressivement sévère sur terrain tabagique	<b>X</b>	
Ulcération buccale traînante	<b>X</b>	
Douleur sourde ou électrique du fond de la gorge avec une zone Gachette sur l'amygdale, le fond du CAE, la base de langue	<b>X</b>	
Apparition d'une hypoesthésie hemifaciale à tous les modes du côté d'une crise évoquant une AVF avec fond douloureux permanent	<b>X</b>	
Manque de mot, desinhibition et céphalée chronique frontale	<b>X</b>	
Céphalées diffuses , raideur méningée avec douleurs des 4 membre et radiculalgies paroxystiques	<b>X</b>	
Céphalée progressive avec nausées matinales	<b>X</b>	



# Bétisiens en imagerie



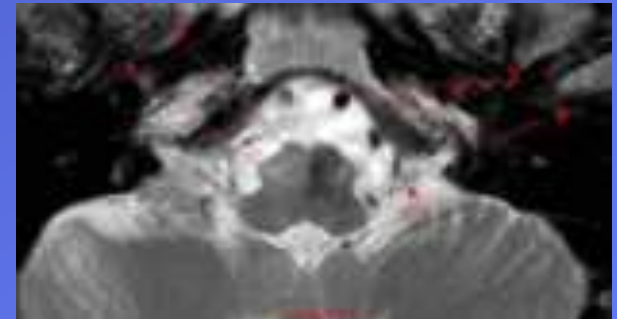
IRM cérébrale  
pour rechercher  
un cancer ORL ...

IRM du CAI et  
du nerf facial  
pour bilan  
d'une névralgie  
faciale ...

IRM cérébrale  
Débutant  
vers la protubérance  
Alors qu'on veut  
explorer le IX

Angio IRM classique  
pour chercher  
une dissection  
Carotidienne ...

Scanner cérébral  
d'emblée injecté



# Céphalées II aires continues à déclenchement aigu voire subaigu

*(étiologies à évoquer  
hors céphalées  
primaires  
et  
hors causes  
psychogènes)*

- AVC ischémique\*, dissection artérielle\*
  - Angiopathie aiguë - bénigne - dite réversible du système nerveux central\*
  - Angéite du système nerveux\*
  - Thrombophlébite cérébrale\*
  - Encéphalopathie hypertensive\*, phéochromocytome\*, prééclampsie et éclampsie\*
  - Céphalée d'origine cardiaque : infarctus du myocarde
  - Hémorragie méningée et/ou cérébrale\*, hématome rétroclival\*
  - Apoplexie pituitaire\*
  - Hypophysite lymphocytaire
  - Hydrocéphalie obstructive aiguë, kyste colloïde du troisième ventricule\*
  - Infection (méningite, encéphalite, abcès)\*
  - Sinusite aiguë avec barotraumatisme\*
  - Iatrogénie chirurgicale (post-endarterectomie, post-angioplastie et/ou embolisation, post-angiographie)
  - Hypotension intracrânienne par fuite du LCS après ponction lombaire ou après fistule post-traumatique, post-chirurgicales
  - Méningite aseptique après injections intrathécales d'immunoglobulines, d'antibiotiques, d'ibuprofène
  - Iatrogénie médicamenteuse : dérivés nitrés, inhibiteurs de la phospho-diesterase
  - Toxiques : monoxyde de carbone, alcool, glutamate de monosodium (syndrome du restaurant chinois), cocaïne, cannabis, histamine, CGRP, et autres, etc.
  - Névralgie d'Arnold sur atteinte C2 compressive
- \* Causes possibles de céphalées en coup de tonnerre.

**Piège : céphalées à révélation subaiguë**

- Méningite, méningisme dans le cadre d'une infection
- Hypertension intracrânienne sur hématome sous-dural, abcès, empyème sous-dural, encéphalite, etc.
- Hydrocéphalie progressive
- Thrombophlébite cérébrale
- Artérite (Horton)

# Céphalées II<sup>aires</sup> récurrentes

## SANS circonstance déclenchante

(hors céphalées  
primaires  
et  
hors causes  
psychogènes)

Diagnostiques difficiles en Médecine interne  
Créac' h et col. ed maloine 2017

- *Sans circonstance déclenchante spécifique*
  - Toute lésion cérébrale concernant le complexe trigémino-vasculaire (lésion du tronc cérébral, atteinte du nerf trijumeau sur l'ensemble de son trajet, atteinte thalamo-corticale) peut induire des céphalées d'allure pseudo-migraineuse, pseudo-tensive ou pseudo-AVF, ou majorer des céphalées primaires préexistantes : par exemple, plaque de démyélinisation au cours de la sclérose en plaque, malformation artério-veineuse, angiomatose leptoméningée ou encéphalo-trigéminal de Sturge-Weber, etc.
  - Cadasil
  - Encéphalopathie mitochondriale (MELAS)
  - Céphalées avec déficits neurologiques transitoires et lymphocytose dans le LCS

# Céphalées II<sup>aires</sup> récurrentes

## AVEC circonstance déclenchante

(hors céphalées  
primaires  
et  
hors causes  
psychogènes)

Diagnosics difficiles en Médecine interne  
Créac' h et col. ed maloine 2017

- **Avec circonstance déclenchante spécifique**
  - Mouvements : pathologie cervicale (articulaire ou myofasciale), malformation d'Arnold Chiari, hydrocéphalie obstructive intermittente (par tumeur intraventriculaire comme le kyste colloïdale du troisième ventricule), sinusites, hématome sous-dural, effort, coït : pathologies vasculaires, HTIC et toutes les causes de céphalées liées aux mouvements
  - Lever : hypotension intracrânienne spontanée ou par fistule entraînant une fuite de LCS
  - Hypoxie, hypercapnie : altitude, plongée sous-marine
  - Dialyse ; jeun ; crises hypertensives ± érythrocyanose : phéochromocytome, tumeurs carcinoïdes, mastocytoses
  - Épilepsie
  - Sevrage : en œstrogène, en caféine et/ou en antimigraineux de crise après prises régulières et prolongées

## Céphalées II<sup>aires</sup> chroniques

*(hors céphalées  
primaires  
et  
hors causes  
psychogènes)*

- Pathologies génératrices de céphalées aiguës non diagnostiquées et/ou non traitées, etc.
- Traumatisme (céphalées post-traumatiques, coup du lapin, etc.)
- Méningite chronique (dont méningite infectieuse et méningite carcinomateuse)
- Céphalée chronique postinfectieuse (après méningite bactérienne en particulier)
- Processus expansif ± hypertension intracrânienne : tumeur cérébrale (avec ou sans hydrocéphalie ; sécrétante comme certains adénomes hypophysaires ou non), envahissement métastatique du crâne, tumeur géante de la queue-de-cheval, kyste, malformation vasculaire volumineuse, hématome sous-dural, etc.
- Hypertension intracrânienne bénigne ou secondaire à des causes métaboliques en particulier endocriniennes, à des causes toxiques (en particulier hypervitaminose A et tétracyclines, etc.)
- Artérite de Horton
- Angéite primaire du système nerveux ou angéite secondaire avec atteinte systémique
- Autres maladies inflammatoires : neurosarcoïdose, LEAD, syndrome des anticorps antiphospholipides, causes de céphalées ± uvéites (maladie de Behçet, syndrome de Vogt-Koyanagi-Harada)
- Toxiques et médicaments : cf. liste dans chapitre des céphalées aiguës ; céphalées par abus médicamenteux (après prise régulière pendant au moins 3 mois de traitements antalgiques, quels qu'ils soient, et/ou de caféine)
- Trouble métabolique : syndrome d'apnée du sommeil, hypothyroïdie, etc.
- Affections ORL : sinusites
- Affections oculaires : glaucomes
- Dysfonction des articulations temporo-mandibulaires : SADAM

## Points clés du cours

Critères de PEC des céphalées en urgence

Sémio des algies faciales selon les durées de crise

Névralgie faciale essentielle/idiopathique/secondaire, diagnostic, et Traitements

AVF et ses différentiels, tms de crise/transitionnels/de fond

Topographie des nerfs de la face, C2, C3

Médicaments à connaître : sumatriptan, verapamil, O<sub>2</sub>, carbamazépine, indométacine

Merci de votre attention

