

Chapitre 9 : Migraine, névralgie du trijumeau et algies de la face

Migraine	<ul style="list-style-type: none">▪ Prévalence 15%, F>H, 90% débutent avant 40 ans▪ <u>Diagnostic positif</u> : imagerie cérébrale normale, critères ICHD-3▪ Migraine sans aura (6-10%) :<ul style="list-style-type: none">- Précédée de prodromes (irritabilité, asthénie, somnolence, faim, bâillement...)- Débute progressivement, atteint son max en qq heures, pendant ½ journée – qq jours- Pulsatile, unilatérale, à bascule, intensité modérée/sévère- Aggravée par act de routine/lumière/bruit- Améliorée par repos/obscurité- Nausées et vomissements- Chez enfant : + pâleur, <4h, calmée par sommeil- Diagnostic différentiel : attaque de panique, tumeurs cérébrales intraventriculaires▪ Migraine avec aura (3-6%) :<ul style="list-style-type: none">- FdR indépendant d'infarctus cérébral chez femme <45 ans- Précédée/accompagnée de symptômes neurologiques transitoires progressifs (5-60 min) et successifs : visuelle > sensitive > aphasique > du tronc cérébral > motrice- Marche migraineuse : mains puis lèvres puis coude/hémiface puis hémicorps- Céphalée pendant ou après l'aura- 1/3 des patients ont auras isolées sans céphalée- Diagnostic différentiel : AIT, crises épilepsie partielles, migraines avec aura secondaires (malformation vasculaire)▪ <u>Traitement</u> :<ul style="list-style-type: none">→ Crise : paracétamol, aspirine, AINS (ibuprofène, kétoprofène), ergotés et triptans, antiémétiques (métoclopramide)→ Si crise rebelle / état de mal migraineux (crise >72h) : sumatriptan en SC puis si échec hospitalisation pour réhydratation, perfusion AINS et métoclopramide→ Tt de fond : bêta-bloquants (propranolol, métoprolol)
Céphalée de tension épisodique	<ul style="list-style-type: none">▪ Prévalence 30-80%▪ Douleurs dysfonctionnelles avec interaction de facteurs périphériques myogènes et de facteurs neurologiques centraux avec dysfonction des systèmes de contrôle de la douleur▪ Due à stress physique ou psychologique▪ Possibilité de transformation en céphalée de tension chronique▪ Maux de tête bilatéraux, antérieurs/postérieures▪ Pas de signes digestifs/photophobie/phonophobie▪ Améliorée par activité physique/détente/occupation▪ Crispation et sensibilité à la pression des muscles faciaux/cervicaux▪ <u>Traitement</u> :<ul style="list-style-type: none">→ Forme épisodique : paracétamol, aspirine, AINS→ Formes épisodiques/fréquentes : amitriptyline

- Prévalence 3%
- Femme 40-50 ans
- Traitement : sevrage total en traitement de crise + amitriptyline/topiramate

Migraine chronique

- >15j/mois de céphalées dont au moins 8j de céphalées migraineuses

Céphalée par abus médicamenteux

- Liée à prise en excès du traitement de crise depuis plus de 3 ans

Algies vasculaires

- Homme jeune (30 ans)
- Caractère unilatéral strict + signes dysautonomiques

Algies vasculaire de la face :

- Douleur atroce, unilatérale, centrée sur l'œil, 15-180 min, signes végétatifs homolatéraux (larmoiement, congestion nasale, œdème palpébral, CBH, sudation), agitation psychomotrice
- Crises quotidiennes 1-8/j à heures fixes, après repas ou lors sommeil
- AVF épisodique périodes de 2-8 semaines 1-2 fois/an # AVF chronique (répétition au long court sans rémission de plus d'un mois, importante comorbidité psychiatrique)
- Traitement :
 - Crise : sumatriptan injectable, oxygénothérapie nasale
 - Fond : carbonate de lithium, injections sous occipitales de corticoïdes

Hémicrânie paroxystique :

- Crises brèves (2-45min), fréquentes (5-30/j)
- Forte prépondérance féminine

Hémicrania continua :

- Douleur unilatérale, fixe, quotidienne, permanente, crânienne ou faciale
- + Exacerbations d'allure migraineuse et crises avec symptômes trigémino-autonomiques
- Pics de douleurs en « coups de poignard »
- Douleur disparaît en qq jours sous indométacine

Syndrome SUNCT :

- Crises très intenses + larmoiement + injection conjonctivale
- Par crises brèves (<3 min) et fréquentes (5-80 fois/j lors épisodes de qq jours-qq mois, 1-2 fois/an)
- Tt : antiépileptiques

Néuralgies essentielles faciales et crâniennes

- Femme > 50 ans

Néuralgie du trijumeau essentielle :

- Douleur très intense, type d'éclair/décharge électrique, durée brève (qq sec), en salves sur 1-2 min, puis période réfractaire, salves 5-10/j
- Douleur unilatérale localisée au territoire du trijumeau, déclenchée par « zone gâchette » ou par parole/mimique/rire/mastication
- Traitement :
 - Carbamazépine/oxcarbamazépine +/- baclofène/anti-épileptiques,/antidépresseurs tricycliques/neuroleptiques
 - Thermocoagulation percutanée du ganglion trigéminal ou décompression vasculaire microchirurgicale du nerf trijumeau

Néuralgie du glossopharyngien :

- Cf ci-dessus mais territoire du IX
- Facteurs déclenchant : parole, déglutition, mouvements du cou
- IRM
- Traitement : Cf néuralgie du trijumeau essentielle

Néuralgie d'Arnold ou du nerf grand occipital :

- Douleur décharge électrique/élancement dans région occipitale, irradie vers vertex voire région orbitaire, déclenchée par appui sur zone d'émergence du nerf
- Fond douloureux permanent (paresthésie, brûlure)
- IRM
- Traitement : AINS +/- antiépileptiques +/- infiltrations locales de corticostéroïdes/anesthésiques