

e ntre...O.R.L.

LE BIMESTRIEL DE L'ACTUALITÉ O.R.L.

DOULEURS CHRONIQUES DE LA FACE ou de l'importance des primaires...

Les douleurs chroniques de la face – ou céphalées antérieures chroniques – concernent 3% de la population générale. Elles constituent donc un motif fréquent de consultation ORL et évoquent pour nous de principe une origine rhinosinusienne. Or de récentes études épidémiologiques montrent que moins d'un cinquième des patients présentant pourtant tous les symptômes cliniques, endoscopiques ou radiologiques de sinusite se plaint de manifestations douloureuses. Un tel constat souligne donc l'intérêt de savoir évoquer sur les critères établis par la Société Internationale des Céphalées les causes non rhinologiques de douleurs faciales. Leur méconnaissance est en effet source de retards diagnostiques, de surcoûts d'investigations, d'errements thérapeutiques voire d'indications chirurgicales injustifiées.

Pour scolaire qu'il puisse sembler, cet article se propose de rappeler les caractéristiques cliniques – car le diagnostic repose quasi exclusivement sur l'interrogatoire – des causes de céphalée antérieure chronique de prévalence significative et la conduite à tenir une fois leur diagnostic posé.

Ce que nous savons...

Une céphalée est soit *primaire* par activation des récepteurs nociceptifs en l'absence de lésions sous-jacentes, soit *secondaire* alors symptomatique d'une lésion locale ou d'une pathologie générale. Elle est par ailleurs *chronique* lorsqu'elle survient au moins 4 heures par jour, plus de 15 jours par mois, depuis plus de 3 mois.

Sont donc ici exclues de la discussion les céphalées aiguës brutales, en coup de tonnerre, devant faire évoquer en premier lieu une hémorragie méningée par rupture d'anévrisme, ou récentes mais inhabituelles, d'installation progressive, par tumeur intracrânienne

par exemple. Ce type de céphalées secondaires nécessite rapidement un examen neurologique, ophtalmologique et local, complété par les deux examens clés que sont le scanner cérébral et la ponction lombaire éventuelle.

C'est aux céphalées secondaires qu'appartiennent les douleurs rhinosinusiennes. Certes une sinusite aiguë peut être algique, responsable de douleurs habituellement sévères, corrélées à une obstruction nasale ou à une rhinorrhée purulente avec pus au méat, exacerbées tête penchée en avant ou allongé, ou par la pression exercée en regard du sinus responsable mais également par l'altitude et l'effort, et calmées par le traitement antibiotiques et corti-

en 2 mots

- Une douleur chronique de la face est rarement d'origine sinusienne.
- Les deux causes les plus fréquentes sont la céphalée de tension et la migraine.
- Deux facteurs contribuent à la chronicisation de la douleur : le contexte anxio-dépressif et l'automédication.
- L'interrogatoire prime toujours sur la pratique d'examen complémentaires de principe.

coïdes. Certains signes orientent vers les sinus responsables : douleur dentaire pour les sinusites maxillaires, de l'apex crânien pour les sinusites sphénoïdales, ou de l'angle supéro-interne de l'orbite ou sus-sourcillière pour les sinusites frontales.

Mais répétons-le, une céphalée chronique n'est que rarement liée à une sinusite, fut-elle dûment authentifiée par l'examen clinique ou radiologique.

...et devons suspecter...

D'où la nécessité pour l'ORL de savoir que les principales causes de céphalées antérieures chroniques sont essentiellement *primaires* qui regroupent quatre entités bien définies.

Deux d'entre elles ne posent guère de problèmes diagnostics. La *névralgie faciale* est caractéristique avec sa douleur fulgurante mais brève, sa zone gâchette et son territoire radiculaire. Longtemps considérée comme essentielle, elle est aujourd'hui classée secondaire, un conflit vasculo-nerveux étant souvent trouvé. De même l'*algie vasculaire* avec sa douleur atroce, durant quelques minutes à quelques heures, et ses signes végétatifs unilatéraux à type de larmoiement, de rhinorrhée ou de myosis, sur un malade agité, ne tenant pas en place, déambulant sans cesse – est très évocatrice. Son traitement repose sur le sumatriptan et l'oxygénothérapie. Un traitement de fond est parfois proposé sous forme de Verapamil ou de sels de Lithium.

Les deux autres céphalées primaires en revanche, beaucoup plus fréquentes, sont trop souvent négligées.

Les céphalées de tension

Elles sont en effet négligées alors qu'elles affectent une part non négligeable de la population... Leurs mécanismes reposent sur l'interaction de facteurs myogènes avec crispation des muscles péricrâniens (certains évoquent à l'origine une pathologie primitive du trapèze) et de facteurs psychopathologiques. Leur sémiologie est

caractéristique : diffuse, bilatérale, de siège bi-occipitale en casque ou à la racine du nez, décrite à type de serrement, d'étau, de pression ou de brûlure, non aggravée par l'activité physique comme la marche, sans nausées ni photo- ou phonophobie.

Deux éléments doivent attirer l'attention : i) *l'intensité de la douleur* décrite et vécue comme insupportable alors même que le patient poursuit ses activités quotidiennes ; ii) *le contexte* du patient : tendu, surmené, stressé, anxieux, dépressif ou présentant un état névrotique à type d'hypochondrie ou d'hystérie. Selon ce contexte, la céphalée peut être intermittente durant de 30 minutes à plusieurs jours, ou quotidienne et durer des mois ou des années.

Quant aux examens complémentaires réclamés voire exigés par le malade, ils sont normaux ou ne montrant que des anomalies annexes risquant d'égarer le diagnostic.

Sans être compassionnelle, la prise en charge doit être *explicative*, soulignant qu'un état de tension psychique trop intense provoque une tension musculaire excessive, et *non médicamenteuse* insistant sur l'hygiène de vie et les méthodes de relaxation. En adjuvants, paracétamol, aspirine, AINS peuvent être utiles en évitant soigneusement les opiacés qui augmentent les signes digestifs et le risque d'abus médicamenteux. En cas de crises répétées, amitryptiline et/ou benzodiazépines à demi-vie courte sont prescrits en traitement de fond.

La migraine

Liée à une hyperexcitabilité du système nociceptif trigémino-vasculaire d'origine génétique et environnementale provoquant une inflammation aseptique périovasculaire, trois fois plus fréquente chez la femme que chez l'homme, la crise migraineuse est parfois précédée d'une aura sous-tendue par un dysfonctionnement cortical se propageant vers l'avant réalisant la classique « dépression corticale envahissante ».

Ces prodromes annonciateurs sont visuels à type de scotomes, de phos-

phènes voire d'hémianopsie, sensitifs à type de paresthésies, parfois moteurs, ou encore à type de troubles de l'humeur, d'asthénie, de somnolence, de sensation de faim, de bâillement. Ils précèdent de quelques minutes à une heure la survenue d'une hémicrânie pouvant changer de côté d'une crise à l'autre, sévère, typiquement pulsatile avec nausées, interdisant toute activité, aggravée par les efforts physiques de routine, la lumière ou le bruit, et soulagée par le repos au calme et dans l'obscurité.

Le traitement de la crise est aujourd'hui bien codifié qui fait appel *en début de crise* aux traitements non spécifiques, (AINS ou aspirine) ou spécifiques agonistes des récepteurs sérotonergiques dominés aujourd'hui par les triptans, tout en évitant là encore les opiacés qui, comme souligné plus haut, favorisent les abus médicamenteux. En cas de crises fréquentes, sévères et longues, les recommandations actuelles privilégient le propranolol, le métopropolol, l'oxétorone, et/ou le topiramate

En résumé

Toutes les études de prévalence montrent que les causes les plus fréquentes de céphalées chroniques de la face sont non ORL et surtout que la chronicisation des deux étiologies principales que sont la céphalée de tension et la douleur migraineuse résulte de deux facteurs principaux : la comorbidité anxio-dépressive et l'automédication. En effet, la répétition des crises conduit souvent ces patients à multiplier les prises médicamenteuses et à développer une accoutumance, notamment aux opiacés lesquels, loin de les soulager, pérennisent chez eux les phénomènes douloureux. Et la chronicité même d'une céphalée constitue un argument en faveur d'un abus médicamenteux.

Ces mêmes études soulignent enfin l'importance primordiale de l'interrogatoire qui prime toujours sur la pratique d'examen complémentaires de principe.

L'avis de l'expert



Alain Serrie MD, PhD
Professeur associé des universités
Chef du service de Médecine de la Douleur et de Médecine Palliative
Inserm UMR-S 1144, Universités Paris Descartes - Paris Diderot
Hôpital Lariboisière

Les problèmes diagnostiques et thérapeutiques que soulèvent les algies de la sphère crânio-faciale sont si nombreux et si variés qu'ils semblent devoir défier toute systématisation et même toute schématisation. Cette complexité n'est guère étonnante, en raison même de l'extraordinaire richesse de l'innervation sensitive de la face, à laquelle il faut ajouter une vascularisation extrêmement dense qui peut elle-même être le siège de "désordres vasomoteurs" à l'origine d'algies particulièrement rebelles.

Ces particularités anatomo-physiologiques sont encore compliquées par le fait que la plupart des régions de la face sont des régions frontières, chacune d'elles relevant du domaine de spécialités souvent bien différentes. C'est ainsi que le dentiste, le stomatologue, le neurologue, le généraliste, l'ophtalmologiste et bien évidemment l'O.R.L. sont directement concernés par le vaste problème des douleurs faciales.

Le Pr Tran Ba Huy insiste sur le fait que le diagnostic clinique repose avant tout sur l'interrogatoire et son article a le grand mérite de rappeler :

- ce que nous savons : céphalées primaires et secondaires aiguës ou chroniques, il précise qu'une céphalée chronique n'est que rarement liée à une sinusite et que les causes les plus fréquentes sont non ORL.
- ce que l'ORL doit suspecter, car les céphalées antérieures sont essentiellement primaires, en soulignant celles qui sont les plus fréquentes, céphalée de tension et migraine, et qui sont le plus souvent négligées.

Il met aussi l'accent sur le bon usage des médicaments et leur abus que l'on retrouve fréquemment et plus précisément dans la prise en charge quotidienne des douleurs crânio-faciales. Il a plus que raison de souligner le mésusage, qui va entretenir voir générer ces douleurs, qui d'aiguës se chronicisent et deviennent rebelles obligeant pour une part d'entre elles le sevrage en ambulatoire ou en hospitalisation, ce qui a un coût et des répercussions sociétales.

Enfin, on ne saurait oublier que le visage constitue pour l'homme l'essentiel de ce qu'il livre aux autres de lui-même, et cela explique la fréquence et l'importance du retentissement psychologique qui vient parfois modifier, et très souvent enrichir, la séméiologie clinique des douleurs chroniques de la face.

Dans cet article, le Pr Patrice Tran Ba Huy parle avec juste raison de « l'importance des primaires », et il répond à la question qui vient naturellement après « Et maintenant, que vais-je faire ? »....

Ouvrages à lire

Agius AM et Sama A. Rhinogenic and nonrhinogenic headaches. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2015 ; 23 : 15-20.

Headache Classification Committee of the International Headache Society. Cephalalgia 2013 ; 33 (Suppl.9) : 629-808.

Demarquay G et Ducros A. Céphalée aiguë et chronique. Rev Prat 2013 ; 63 : 551-558.

Marmura MJ, Silberstein SD. Headaches caused by nasal and paranasal sinus disease. Neurol Clin 2014 ; 32 : 507-23.

Un accompagnement personnalisé pour vos patients !



e[n]tendre

La force d'un réseau,
l'implication d'un indépendant

■ L'audioprothésiste Entendre est un indépendant qui s'engage personnellement et engage son équipe pour la satisfaction totale de vos patients.

■ Un accueil et un accompagnement personnalisés de vos patients tout au long des différentes étapes de leur appareillage.

■ Des produits et des services à la pointe de la technologie et de l'innovation, proposés par un réseau national.

■ Une des meilleures centrales d'achats en France, vos patients bénéficieront des meilleurs produits au meilleur prix.

