

Névralgie essentielle du trijumeau : aspects cliniques

Essential trigeminal neuralgia: clinical aspects

MERIEAM AMINE*, SIHAM TAISSE*, ABDELHAKIM LAKHDAR**, IHSSANE BENYAHYA*

RÉSUMÉ

La névralgie essentielle du trijumeau est une affection du sujet âgé. Elle est caractérisée par quatre éléments sémiologiques : le type, la topographie et les conditions de déclenchement de la douleur, et la négativité de l'examen neurologique.

Le diagnostic positif repose sur des données cliniques : il nécessite la collaboration des différents spécialistes de la face.

Le diagnostic différentiel se pose avec les névralgies faciales non trijémiales, les névralgies symptomatiques, les algies faciales non névralgiques et les algies faciales psychogènes.

La névralgie essentielle du trijumeau évolue souvent vers la stabilisation, parfois vers l'aggravation. (**Med Buccale Chir Buccale 2006 ; 12 : 39-46**).

mots clés : névralgie essentielle, trijumeau, algies faciales

médecine
buccale
chirurgie
buccale

vol. 12, n° 1
2006

page 39

SUMMARY

The essential neuralgia of the trigeminal nerve is an affection of the growing old subject. It is characterized by four semiological elements: the description of the pain, its topography, the conditions of its release and the negativity of neurological examination. The positive diagnosis is clinical, it requires the collaboration of the various specialists in the face. The differential diagnosis is posed with the facial neuralgias not trigeminals, the symptomatic neuralgias, the nonneuralgic facial pains and the psychogenic facial pains. The essential neuralgia of the trigeminal nerve can evolve to aggravation. (Med Buccale Chir Buccale 2006 ; 12 : 39-46).

key words: essential neuralgia, trijumeau, facial pain.

* Service d'odontologie chirurgicale, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

** Service de neurochirurgie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Demande de tirés à part :

Meriem Amine Amal 4 Rue 35 N° 54 Sidi Bernoussi 20600 Casablanca Maroc meriemamine@hotmail.com

Accepté pour publication le 6 décembre 2005

La névralgie essentielle du trijumeau (NET) intéresse l'odonto-stomatologiste car il souvent consulté pour une douleur imputée aux dents, ce qui se traduit par une demande insistante d'extraction.

La NET appartient au groupe complexe des algies oro-faciales. La richesse de l'innervation sensitive, la densité de la vascularisation de la face et la présence de régions frontières relevant de différents spécialistes expliquent la fréquence élevée des algies oro-faciales et la difficulté de leur prise en charge. Elles imposent ainsi des règles d'interdisciplinarité.

EPIDEMIOLOGIE

L'incidence est faible, elle représente 5 nouveaux cas/an pour 100 000 sujets avec une prédominance féminine. Il s'agit d'une affection du sujet âgé : dans 75 % des cas la douleur apparaît après l'âge de 50 ans. Le début tardif après 70 ans n'est pas rare [1-5].

ETIOPATHOGENIE

L'étiologie n'est pas totalement élucidée dans tous les cas. Il existe plusieurs hypothèses étiopathogéniques.

Théorie périphérique

La NET serait due à des phénomènes mécaniques :

- compression du ganglion de Gasser ou de la racine sensitive du V par le bord supérieur du rocher [6],
- transmission des pulsations d'une artère de l'angle ponto-cérébelleux au V (conflit vasculo-nerveux).

Théorie centrale

Le caractère épileptiforme des crises ainsi que l'efficacité de certains médicaments anti-épileptiques suggèrent un mécanisme central par hyperactivité du noyau du V.

Théorie mixte

Les douleurs seraient dues à une hyperactivité du noyau du V déclenchée par un stimulus périphérique [5].

SEMILOGIE CLINIQUE

La NET est une affection définie par 4 éléments sémiologiques.

Caractères de la douleur

La douleur ressentie est constituée par des décharges ou des éclairs, décrite parfois comme un broiement ou un arrachement, plus rarement comme une brûlure. Elle est paroxystique, elle dure quelques secondes mais parfois une minute. Le début et la fin surviennent brutalement et il y a un silence clinique entre les crises. L'intensité de la douleur est toujours très importante [1,3-5,7-10].

La fréquence détermine la gravité : le patient peut présenter jusqu'à une dizaine d'accès par jour dans les formes bénignes. Il existe de rares formes subintrantes réalisant un état de mal névralgique.

Localisation de la douleur

Elle est strictement unilatérale, toujours localisée au territoire du trijumeau, le plus souvent limitée à une de ses trois branches, intéressant le territoire cutané ou muqueux.

Dans 40 % des cas, la NET intéresse la région maxillaire, en général le territoire sous-orbitaire. Dans 20 % des cas, le territoire atteint est celui du nerf maxillaire inférieur, le plus souvent limité à celui du nerf mentonnier. L'atteinte du nerf auriculo-temporal avec douleurs dans la région temporale est exceptionnelle, de même que la névralgie limitée à l'hémi-langue. La névralgie isolée de la branche ophtalmique s'observe dans moins de 10 % des cas. Cette localisation est fréquemment lésionnelle [1,3-5,10,11].

Conditions de déclenchement de la douleur

Le déclenchement des crises se fait par excitation directe d'un territoire cutané, plus rarement muqueux, appelé « zone gâchette » ou « trigger zone ». Cette zone d'étendue limitée siège le plus souvent dans le territoire douloureux, plus rarement en dehors du territoire concerné par la névralgie. La stimulation est déclenchée par des influx mécaniques de faible intensité et non douloureux comme l'attouchement, alors que les

influx thermiques et électriques n'ont pas d'effet [1,3-5,8]. Le déclenchement des crises peut se faire aussi à l'occasion de stress émotif.

Négativité de l'examen neurologique

L'examen, réalisé en dehors d'une période douloureuse, doit être minutieux. Il a pour but de vérifier l'absence de tout signe neurologique déficitaire mais aussi de préciser les caractères de la douleur [3,7,12]. Le praticien doit poser le minimum de questions pour ne pas influencer le patient. Les données sont reportées avec précision sur un schéma pour faciliter la comparaison et surveiller l'évolution.

L'examen sensitif comporte un interrogatoire, les tests du piqué/touché et chaud/froid sur les différentes régions cutanéomuqueuses de la face et de la cavité buccale, et l'application d'une pression sur les points d'émergence osseuse des nerfs. Le test du piqué peut être effectué avec une sonde, celui du touché avec une boulette de coton ou la pulpe d'un doigt sans appuyer. Le test au chaud et au froid est classiquement réalisé au moyen de tubes à essai remplis d'eau chaude ou froide. Une hypoesthésie s'apprécie par la comparaison de deux zones nerveuses homologues. Une anesthésie est facilement mise en évidence ; la pression exercée sur les points d'émergence osseuse des nerfs est habituellement peu douloureuse.

Pour le nerf ophtalmique, on effectue les tests précités dans les régions lacrymale, frontale et nasale et on exerce une pression sur le point d'émergence du nerf frontal à l'incisure supra-orbitaire. Pour tester le réflexe cornéen, le patient doit ouvrir les yeux et regarder vers le haut. On s'approche latéralement, en dehors du champ visuel et en évitant les cils, pour toucher la cornée avec un fin tortillon de coton et on note le clignement des paupières et le larmolement. L'examen neurologique du nerf maxillaire se fait en testant les régions temporo-zygomatiques et infra-orbitaires de la face, ainsi que les différentes régions buccales innervées par ce nerf et on exerce une pression sur le foramen infra-orbitaire. Le nerf mandibulaire, seule branche sensitivo-motrice du trijumeau, est rejoint par les fibres sécrétrices neuro-végétatives des glandes salivaires [13].

En plus de l'examen sensitif, l'examen moteur se fait par la palpation des muscles élévateurs de la mandibule avec évaluation comparative des muscles controlatéraux. Le praticien doit aussi apprécier les mouvements fonctionnels et volontaires extrêmes (amplitude maximale de l'ouverture buccale et des mouvements de latéralité, force masticatrice...).

L'examen des glandes parotides et submandibulaires se fait par assèchement de la région de l'ostium salivaire, puis massage de la glande correspondante. La salive doit s'écouler immédiatement et en quantité suffisante [2].

L'absence de signes neurologiques d'atteinte des paires crâniennes avoisinantes (III, IV, VI, VII, VIII) est recherchée : on contrôle l'absence de paralysie faciale, de troubles cochléo-vestibulaires (hypoacousie, vertiges) et de troubles oculomoteurs (dyplopie, strabisme) [12].

Formes cliniques

La NET peut être (ou devenir) atypique. Les formes anciennes se caractérisent parfois par des douleurs permanentes à type de brûlures, une hypoesthésie, et une sensibilité moindre à la carbamazépine. Cette évolution serait due à une démyélinisation comparable celle observée dans les neuropathies. Les névralgies bilatérales sont rares. Chaque côté évolue indépendamment avec des accès asynchrones [1,3,10,11].

DIAGNOSTIC POSITIF

Les caractères typiques de la NET permettent d'arriver à un diagnostic positif. Celui-ci repose sur l'interrogatoire, l'étude du mécanisme générateur de la douleur, la négativité de l'examen neurologique, l'examen clinique de la face et de la cavité buccale et le traitement d'épreuve à la carbamazépine dont l'efficacité est très évocatrice d'une NET [2].

ROLE DU CHIRURGIEN DENTISTE

Face à une algie faciale, le chirurgien dentiste est amené à faire la recherche méthodique d'une étiologie dentaire.

Il procède à l'interrogatoire (âge, antécédents...), l'inspection des muqueuses (cicatrices, fistules...) et à celle des dents à la recherche de fêlures, de dyschromies, de caries... La palpation permettra de rechercher les épines irritatives osseuses ou dentaires. Il réalise la percussion axiale et latérale de toutes les dents, les tests de vitalité, le sondage parodontal... L'examen des ATM apprécie la présence d'une ADAM. L'examen clinique est complété par un examen radiographique de bonne qualité (un cliché panoramique et rétro-alvéolaires sur les zones suspectes).

Le chirurgien dentiste qui est consulté pour rechercher l'étiologie d'une algie faciale doit éviter deux écueils :

- ignorer l'origine dentaire et laisser persister une épine irritative,
- incriminer à tort la denture, en oubliant les signes cardinaux de toute affection dentaire [2,12,14,15].

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Névralgies faciales non trijémiales

Elles peuvent avoir les mêmes caractères sémiologiques que celles du trijumeau, mais elles n'ont pas la même topographie [1].

Névralgie du glosso-pharyngien

Les algies intéressent la base de la langue et de l'amygdale, et irradient vers l'angle de la mandibule et l'oreille. La zone gâchette siège sur la muqueuse du pharynx et de la région amygdalienne : la douleur est déclenchée par la déglutition, et non par la mastication comme on peut éventuellement l'observer pour la NET. Cette névralgie peut se compliquer d'une lipothymie ou d'une syncope par bradycardie [1,3,7,10,11].

Névralgie géciculée

C'est un syndrome névralgique rare qui atteint le nerf intermédiaire de Wrisberg. La douleur est profonde, dans l'oreille, décrite comme des décharges électriques répétées ou comme un « tisonnier ». La zone gâchette est située sur le mur postérieur du conduit auditif [1,11].

Sunct syndrome (short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing)

Ce syndrome s'observe entre 40 et 70 ans. Il est intermédiaire entre la névralgie de la branche ophtalmique du trijumeau et les algies vasculaires de la région orbito-temporale. La douleur est brève (10 à 60 secondes), en coup de poignard. Elle siège dans le territoire du V1, sans extension à ceux du V2 et du V3. La douleur s'accompagne d'un larmoiement, d'une injection conjonctivale, d'une rhinorrhée ou d'une obstruction nasale [11,16].

Névralgies symptomatiques

Elles s'opposent à la névralgie essentielle par plusieurs traits sémiologiques qui vont susciter un bilan paraclinique approfondi pour identifier l'étiologie qui est souvent curable [1,3,5].

Névralgie trijémiale symptomatique

Le début survient à n'importe quel âge et toute névralgie survenant avant l'âge de 50 ans doit faire évoquer ce diagnostic. La douleur est continue, à type de brûlures permanentes ou d'arrachement. Elle n'est pas déclenchée par un stimulus périphérique (absence de zone gâchette).

Elle est de topographie strictement trijémiale et elle atteint souvent d'emblée les trois branches. Il existe fréquemment un déficit neurologique cutanéomuqueux associé : diminution ou abolition du réflexe cornéen, atteinte du contingent moteur, présence d'une hypoesthésie, d'une alldynie (stimulation tactile déclenchant une douleur) ou d'une hyperpathie (douleur amplifiée et durable par rapport au stimulus douloureux).

Elle peut être d'origine diverse :

- de cause infectieuse : névralgie post-zostérienne [17],
- de cause tumorale : tumeurs de l'angle pontocérébelleux ou de la région du sinus caverneux, neurinome ou méningiome du ganglion de Gasser...,
- de cause traumatique : fracture du rocher, lésion du V lors d'un traumatisme facial ou d'une intervention chirurgicale (stomatologique, maxillo-faciale, sinusienne, carcinologique, ORL),

– de cause inflammatoire : l'atteinte du V est fréquente dans le syndrome de Gougerot-Sjögren [1,7,10].

Névralgie symptomatique du IX

Elle présente les mêmes caractéristiques que celle du trijumeau, mais elles en diffèrent par la topographie (territoire du IX) et l'étiologie.

Le bilan paraclinique doit rechercher une étiologie :

– exocrânienne

- toute pathologie tumorale oropharyngée ou pharyngo-laryngée ;
- syndrome d'Eagle secondaire à une apophyse styloïde trop longue, irritant le nerf IX ;
- anévrisme carotidien.

– endocrânienne, essentiellement tumorale [3,7].

Algies vasculaires de la face

La prévalence est de 40 à 90/100 000 habitants avec une prédominance masculine. L'âge d'apparition se situe entre 10 et 70 ans avec un maximum pendant la troisième décennie.

La douleur est violente, continue, à type de brûlure, transpercement, déchirement, écrasement, vrille ou fer rouge. Elle siège de façon prépondérante dans la région oculaire ou péri-oculaire immédiate. Sa topographie déborde souvent le territoire des branches du V. La crise dure de 15 à 180 minutes et survient 1 à 8 fois par jour. Elles ont une double périodicité circadienne et circannuelle.

Elles sont accompagnées de symptômes homolatéraux : larmoiement, rougeur conjonctivale, myosis, ptôsis, hypersudation, congestion nasale avec obstruction ou rhinorrhée unilatérale, parfois nausées, saillie anormale de l'artère temporale superficielle avec hyperpulsatilité douloureuse, rougeur de l'hémiface et œdème palpébral ou péri-orbitaire [1,3,7-8,10-11,18-19].

Algies faciales non névralgiques

Elles sont le plus souvent évidentes. La douleur est continue, avec renforcement paroxystique non fulgurant ; il n'y a pas de zone gâchette.

Des affections naso-sinusiennes (sinusites aiguës), ophtalmologiques (glaucome aigu), odonto-stomatologiques (pulpite, desmodontite, syndrome du septum, alvéolite, glossodynie...) ou musculo-articulaires (myalgies temporales...) peuvent être mises en cause.

Il faut également citer les affections tumorales, infectieuses et traumatiques de la face qui peuvent engendrer des douleurs atypiques au début de l'évolution [1,7,10].

Algies faciales psychogènes

Elles sont caractérisées par une nette prédominance féminine. La douleur buccale, péri-buccale ou faciale ne suit pas un trajet nerveux. C'est une douleur continue variable dans le temps mais ne présentant pas de caractère paroxystique.

L'anamnèse, l'examen clinique et radiologique et les examens de laboratoire ne retrouvent aucune étiologie organique susceptible d'expliquer cette douleur. Par contre, on note la présence d'un facteur psychique, d'un trait de personnalité ou d'éléments de vie favorisants [1,3,19,20].

EVOLUTION

En l'absence de traitement, la NET évolue sur un mode discontinu vers l'aggravation avec à la fois des rémissions de plus en plus courtes et des décharges de plus en plus fréquentes dans les périodes douloureuses. Au cours de son évolution, la névralgie du trijumeau tend à prendre un caractère permanent [1,4-5,9-10].

CONCLUSION

Le diagnostic de la NET ne doit être porté qu'après un examen approfondi par les différents spécialistes de la sphère oro-faciale. Le chirurgien dentiste peut suspecter une NET mais il appartient au neurologue de confirmer le diagnostic.

Fiche diagnostique pour les algies faciales

Interrogatoire

- Nom
- Prénom
- Sexe
- Age
- Domicile
- N° de téléphone
- Profession
- Situation familiale
- Antécédents pathologiques
 - Locaux :
 - Affections stomatologiques
 - Traitement odonto-stomatologique :
 - traitement endodontique
 - extraction
 - chirurgie
 - autres
 - Généraux :
 - Affection naso-sinusienne
 - Affection ophtalmologique
 - Affection musculo-articulaire
 - Traumatisme facial
 - Tumeur de la sphère oro-faciale
- Traitement entrepris
 - Médicamenteux
 - Histoire des différentes consultations
- Date de début
 - < 50 ans
 - > 50 ans
 - > 70 ans
- Mode de début
 - Spontané
 - Secondaire à une cause dentaire
 - laquelle
 - traitement iatrogène
 - Sans cause évidente
 - Autres
- Temps de latence entre la cause apparente et la douleur

Description de la douleur

Type

- Décharge
- Eclairs
- Broiement
- Arrachement
- Brûlure
- Coup de poignard
- Autres

Apparition

- Brutale
- Progressive

Arrêt

- Brutal
- Progressif

Durée de la crise

- Quelques secondes

- Quelques minutes
 - < 15 min
 - > 15 min
 - < 180 min
 - Douleur continue
 - Formes subintrantes
- #### Fréquence des crises
- <10/jour
 - >10/jour

A quel moment ?

- Périodicité circadienne
- Périodicité annuelle

Topographie de la douleur

- Bilatérale Unilatérale
- Territoire
 - V 1 V2 V3
 - IX
 - Profonde dans l'oreille
 - Sans territoire fixe
 - D'emblée les 3 branches du V

Déclenchement de la douleur

- Spontané
- Stimulus : Influx mécanique de faible intensité
 - Parole
 - Déglutition
 - Mastication
 - Rasage
 - Autres :
 - Chaleur
 - Posture
 - Autres

Intensité

- Echelle numérique d'auto-évaluation
- Echelle analogique d'auto-évaluation

Signes associés

Réflexe moteur

- Décharge clonique
- Position figée

Signes sympathiques

- Flash facial
- Larmolement
- Rougeur
- Rhinorrhée
- Obstruction nasale
- Injection conjonctivale
- Myosis
- Ptôsis
- Nausée
- Hypersudation

Evaluation initiale de la douleur

- Mode évolutif :
 - vers l'aggravation
 - vers la rémission
- Facteurs aggravants
- Facteurs améliorants

Conséquences

- Fonctionnelles
- Familiales
- Professionnelles
- Psychologiques

Examen de la face et de la cavité buccale

- Nœuds lymphatiques
- Muscles
- Articulations
- Examen traumatologique
- Examen bucco-dentaire

Examen neurologique (à effectuer hors des crises douloureuses)

V1	Test piqué/touché	Test chaud/froid
Région lacrymale		
Région frontale		
Région nasale		

– Pression à l'incisure supra-orbitaire :

- Douloureuse
 - Non douloureuse
- Réflexe cornéen

V2	Test piqué/touché	Test chaud/froid
Région temporo-zygomatique		
Région infra-orbitaire		
Région muqueuse		

– Pression au foramen infra-orbitaire :

- Douloureuse
- Non douloureuse

V3	Test piqué/touché	Test chaud/froid
Région mentonnière		
Région auriculo-temporale		
Hémi-langue		

Examen moteur

- Tonicité des muscles élévateurs :

	Amplitude	Trajet
Ouverture/fermeture		
Latéralité droite/gauche		
Propulsion/rétropulsion		

Examen sensoriel

- Glande parotide
 - Qualité de la salive
 - Quantité de salive
- Glande sublinguale
 - Qualité de la salive
 - Quantité de salive
- Dysesthésie
 - Hypoesthésie
 - Hyperesthésie
 - Anesthésie
- Allodynie
- Hyperpathie

Examens complémentaires

- Radiographies
- Scanner
- IRM

Diagnostic probable

- Névralgie essentielle du V 1
- Névralgie essentielle du V 2
- Névralgie essentielle du V3
- Névralgie symptomatique
- Algie vasculaire de la face

RÉFÉRENCES

- 1 - SINDOU M, KERAVAL Y, LAURENT B. Aspects cliniques et thérapeutiques des névralgies essentielles du trijumeau et du glosso-pharyngien. Enc Méd Chir Neurologie, 1996 ; 17 023 A 80.
- 2 - VAYSSE F, MADRID C, CAMPAN P, GUICHARD M, DURAN D. Approche clinique des douleurs oro-faciales chroniques. Méd buccale Chir buccale 1998 ; 4 : 25-36.
- 3 - NAVEZ M, PEYRON R, BERTHOLON P, PAYRE D, LAURENT B. Les algies de la face. Cahiers ORL 1999 ; 34 : 72-82.
- 4 - CAMBIER J, MASSON M, DEHEN H. Sémiologie des nerfs crâniens : nerf trijumeau (pp : 87-91) In Abrégé neurologie. Masson, Paris 2000.
- 5 - CAMBIER J, MASSON M, DEHEN H. Algies crâniennes et faciales (pp : 220-227) In Abrégé de neurologie. Masson, Paris 2000.
- 6 - LOVE S, COAKHAM H B. Trigeminal neuralgia : pathology and pathogenesis. Brain 2001 ; 124 : 2347-60.
- 7 - PIOT B, BILLET J, MERCIER J. Algies faciales. Enc Med Chir Stomatologie, 1997, 22 041 A10.
- 8 - BESSON G, DANANCHET Y. Diagnostic et traitements des algies céphaliques par le neurologue. Rev Stomatol Chir Maxillofac 2000 ; 101 : 119-28.
- 9 - THUREL C, MISSIKA P, GIRARD P, HOUDART R. Neurologie: les algies de la sphère faciale (pp:643-650). In Médecine et chirurgie dentaire : Problèmes médicaux en pratique quotidienne. Editions CDP, Paris 1988.
- 10 - FONTANEL JP, DUMAS P. Algies cranio-faciales. Enc Méd Chir Oto-rhino-laryngologie, 1997, 20 940 A 10.
- 11 - RANCUREL G. Algies de la face non dentaires : le point de vue du neurologue. Actual Odonto Stomatol 2000 ; 209 : 103-12.
- 12 - VALENTIN CM, DOWEK D, FLEITER B. Pertinence et fiabilité de l'examen clinique dans les désordres temporo-mandibulaires. Réal Clin 1996 ; 17 : 177-96.
- 13 - PRADES JM. Anatomie du nerf trijumeau : Vème nerf crânien. Cahiers ORL 1999 ; 36 : 61-71.
- 14 - ZAKRZEWSKA J M. Facial pain: Neurological and non-neurological. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2002 ; 72, suppl 2 : ii27-ii32.
- 15 - GODEFROY JN, BOUCHER Y. Importance de la démarche diagnostique dans le traitement des douleurs oro-faciales. Informa Dent 2000 ; 29 : 2172-6.
- 16 - NUMIKKO T J, ELDRIDGE P R. Trigeminal neuralgia : Pathophysiology, diagnosis and current treatment. Br J Anaesth 2001 ; 87 : 117-32.
- 17 - CARREAU J-P, GOLA R, CHEYNET F, GUYOT L. Zona des nerfs crâniens : Aspects actuels. Rev Stomatol Chir Maxillofac 1998 ; 99 : 155-64.
- 18 - TÜRP J C, GOBETTI J P, ARBOR A. Trigeminal neuralgia versus atypical facial pain. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1996 ; 81 ; 4 : 424-31.
- 19 - BEN SLAMA L. Douleurs buccales. Rev Prat 2002 ; 52 : 400-3.
- 20 - WODA A, PIONCHON P. Tableau sémiologique et hypothèses physiopathologiques des algies oro-faciales idiopathiques. Rev Neurol 2001 ; 57 : 265-83.