

Névrалgie du trijumeau

1- Données anatomiques

Le nerf trijumeau est le cinquième nerf crânien. C'est un nerf mixte constitué par des fibres sensitives et motrices. Les fibres motrices innervent les muscles masticateurs. Mais ce sont les fibres sensitives qui constituent majoritairement le nerf trijumeau : elles sont responsables de la sensibilité de la face, de la muqueuse des cavités nasales et buccales, des dents ainsi que des méninges.

Les fibres sensitives sont divisées en périphérie en trois branches (fig. 1) : le nerf ophtalmique de willis (VI), le nerf maxillaire supérieur (VII), le nerf maxillaire inférieur (VIII). Les corps cellulaires de ces fibres sensitives constituent le ganglion de Gasser situé à la face antéro-supérieure du rocher.

En amont du ganglion de Gasser, les fibres sensitives se regroupent en une racine postérieure qui pénètre dans le tronc cérébral à la face latérale du pont.

Les influx sensitifs afférents se dirigent ensuite vers les noyaux du trijumeau qui s'étendent du pont jusqu'aux premiers segments cervicaux. Puis ces influx se projettent sur le thalamus et sont transmis au cortex pariétal.

2- Épidémiologie

La névralgie du trijumeau est rare : l'incidence de la maladie n'est que de 5 nouveaux cas par an pour 100 000 habitants.

Elle atteint plus fréquemment les femmes (3 cas sur 5) et débute le plus souvent après 65 ans.

L'apparition de cette névralgie chez un sujet jeune doit faire suspecter une névralgie symptomatique (tumorale ou démyélinisante).

3- Diagnostic

a- Diagnostic positif

On distingue deux grands types de névralgie du V : la névralgie dite essentielle pour laquelle on ne retrouve aucune étiologie ; les névralgies symptomatiques témoignant d'une lésion située au contact du nerf.

1. Névralgie essentielle

Le diagnostic repose sur la mise en évidence par l'interrogatoire de quatre éléments sémiologiques :

à le caractère paroxystique de la douleur, décrite le plus souvent comme des brûlures, des décharges électriques, des piqûres, des broiements ;

la douleur est très intense, brève, et peut se grouper en salves pour constituer des accès de 1 à 2 minutes ;

à la douleur siège strictement dans le territoire d'une ou de plusieurs branches du trijumeau : par ordre de fréquence : maxillaire supérieur (40 % des cas), maxillaire inférieur (20 % des cas), puis région ophtalmique (10 %) (fréquences d'atteinte des différentes branches :

(Fig 2 : Siège de la douleur) ;

à l'existence de facteurs déclenchants : la stimulation d'une zone cutanée, identique chez un même patient, provoque l'apparition d'une douleur ; c'est la zone gâchette ou trigger-zone. Certains actes de la vie courante peuvent aussi déclencher les crises : alimentation, toilette, éternuements, parole... Mais la douleur peut aussi être spontanée. ; chaque accès est suivi d'une période réfractaire de 1 à 2 min, pendant laquelle les mêmes facteurs déclenchants sont inefficaces ;

à l'examen neurologique est normal : il n'existe aucun signe déficitaire (pas de déficit des masséters, absence d'hypoesthésie en dehors des accès, réflexes cornéens présents et symétriques, absence d'atteinte d'autres paires crâniennes). L'existence d'un de ces signes doit faire craindre une névralgie symptomatique.

Devant un tableau typique de névralgie essentielle, la réalisation d'examens complémentaires et notamment d'un examen par imagerie par résonance magnétique (IRM) n'est pas nécessaire.

L'évolution de la névralgie essentielle est discontinue : les périodes douloureuses peuvent être séparées par des rémissions de plusieurs mois, de plus en plus courtes.

2. Formes atypiques

à Névralgies symptomatiques : le début précoce (avant 50 ans), l'existence d'un fond douloureux permanent, l'atteinte simultanée de plusieurs branches du trijumeau, l'existence de signes déficitaires focalisés (hypoesthésie cornéenne, abolition d'un réflexe cornéen, hypoesthésie dans l'un des territoires du trijumeau) font suspecter une névralgie symptomatique. Mais une névralgie du V symptomatique peut aussi avoir l'expression clinique d'une névralgie essentielle.

Les pathologies pouvant se révéler par une névralgie du V sont nombreuses : sclérose en plaques, zona, tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux (méningiome, neurinome du VIII), plus rarement accident vasculaire cérébral ou tumeurs du tronc cérébral, infiltration carcinomateuse de la base du crâne, envahissement du ganglion de Gasser par une tumeur primitive de voisinage, diabète, sarcoïdose, pathologie inflammatoire ou malformation vasculaire du sinus caverneux.

Une suspicion de névralgie symptomatique du V impose la réalisation d'une imagerie par résonance magnétique encéphalique avec injection de gadolinium.

à Névralgies avec signes vasomoteurs : flush de l'hémiface, larmoiement, rhinorrhée (cluster-tic).

à Formes bilatérales.

à Formes vieilles des névralgies essentielles : la douleur peut alors être vécue comme permanente.

4- Diagnostic différentiel

1. Algie vasculaire de la face

Elle survient chez un sujet plus jeune, le siège de la douleur n'est pas limité à un territoire du trijumeau, la douleur est permanente pendant 30 à 180 min. Les signes neurovégétatifs associés (hyperémie conjonctivale, rhinorrhée, larmoiement) sont au premier plan.

2. Algies faciales d'origine ORL

Ce sont les sinusites aiguës ou chroniques ; là encore, la douleur n'est pas paroxystique et sa topographie n'a pas de systématisation neurologique.

3. Algies ophtalmologiques (glaucome aigu)

4. Névralgie essentielle du glossopharyngien

La douleur siège à la base de la langue, à l'amygdale, à l'hypopharynx, elle irradie à l'oreille, et elle est déclenchée par la déglutition.

5. Algie psychogène

La douleur est permanente, moins clairement délimitée sur le plan topographique. Le contexte psychopathologique aide au diagnostic.

5- Traitement

à Le traitement médical de première intention est la carbamazépine (Tégrétol) ; il constitue quasiment un test diagnostique puisqu'il est efficace à court terme dans 70 à 80 % des cas. La posologie efficace est en moyenne de 600 à 1 200 mg par jour (cp à 200 ou 400 mg LP), qui sont les doses seuils en dessous desquelles le traitement n'est pas efficace. Ce traitement doit toujours être instauré de façon progressive, ce qui permet une meilleure tolérance.

En cas d'échec ou de contre-indication de la carbamazépine, on pourra essayer le clonazépam (Rivotril), le baclofène (Liorésal) ou la phénytoïne (Di-Hydan).

à Les traitements chirurgicaux sont proposés après échec des traitements médicamenteux. Les deux techniques les plus utilisées actuellement sont : la thermocoagulation du ganglion de Gasser ; la décompression vasculaire microchirurgicale, consistant en l'interposition de matériel entre le nerf trijumeau et une boucle vasculaire, suspectée être à l'origine de la névralgie.