

fiche technique

Sous la responsabilité de son auteur

C. Burcin*

Algie vasculaire de la face

L'algie vasculaire de la face (AVF) est un mal de tête atroce, évoluant par crises récurrentes.

Comment se manifeste-t-elle ?

Pendant les crises, la douleur devient rapidement intense, se localise autour de l'œil et irradie vers la tempe, la mâchoire et parfois vers la nuque, d'un seul et même côté. La crise ne dépasse pas 3 heures. La douleur s'accompagne d'une agitation et/ou d'un ou plusieurs signes dits "végétatifs" :

- œil rouge et/ou larmoyant ;
- narine bouchée et/ou qui coule ;
- œil un peu/complètement fermé ;
- pupille rétrécie ;
- sueur excessive au niveau du front.

La fréquence des crises varie entre 1 tous les 2 jours à 8 par jour. Elles surviennent habituellement durant la même saison, souvent selon un horaire fixe, avec une prédominance nocturne.

L'AVF peut évoluer :

- de manière épisodique (le plus souvent), les périodes de crises alternant avec les périodes de rémission longue (souvent, 1 seul épisode annuel d'une durée inférieure à 3 mois) ;
- de manière chronique, les crises durent pendant au moins une année avec de courtes rémissions, ne dépassant pas 1 mois.

L'évolution est imprévisible, l'AVF pouvant basculer d'une forme clinique à une autre, et même disparaître après 20 à 30 ans d'évolution.

Qui peut en être atteint ?

On estime que 0,3 % de la population générale en est atteinte. Il s'agit le plus souvent d'hommes, et l'âge de début se situe généralement avant 40 ans.

L'AVF n'est pas reconnue aujourd'hui comme une maladie héréditaire, car il existe seulement un nombre réduit de familles dont plusieurs membres sont atteints.

Quelle en est la cause ?

La cause de l'AVF reste aujourd'hui inconnue. On sait actuellement qu'il s'agit d'un dysfonctionnement du cerveau, en particulier de l'hypothalamus, connu comme "l'horloge biologique du corps", et de la première branche du nerf trijumeau. Le seul facteur reconnu comme déclencheur des crises est la consommation d'alcool, mais exclusivement pendant les périodes avec des crises.

Comment poser le diagnostic ?

Le diagnostic d'AVF est fondé sur l'interrogatoire (la description des crises et leur périodicité). Lors d'un premier épisode ou devant un tableau atypique, un scanner cérébral et/ou une IRM cérébrale peuvent être demandés afin d'exclure des formes secondaires. Bien que le tableau clinique soit typique, le délai diagnostique est souvent important et le traitement inadapté, l'AVF étant souvent confondue avec la migraine, la sinusite aiguë ou la névralgie du trijumeau.

Quel traitement ?

À ce jour, il n'existe pas de traitement curatif, mais plusieurs médicaments, permettant de soulager la douleur et de réduire le nombre de crises, sont disponibles.

* Centre des urgences des céphalées, hôpital Lariboisière, Paris.

Les traitements de crise sont le sumatriptan injectable (stylos) ou en spray nasal et l'oxygène normobare au masque à haute concentration (en pratique, 12 l/mn pendant 15 à 20 mn).

Des antidouleurs, comme le paracétamol, les anti-inflammatoires, les triptans sous forme de comprimés, et même les dérivés de la morphine, ne sont pas efficaces et doivent être évités.

Les traitements de fond sont utilisés pendant l'épisode, pour les formes épisodiques, ou sur du long terme pour les formes chroniques afin de réduire la période et la fréquence des crises. Le vérapamil est le traitement de premier choix – l'augmentation de la dose est faite progressivement, après un électrocardiogramme pour vérifier la tolérance cardiaque, et il est arrêté progressivement à la fin de l'épisode.

Les corticoïdes en infiltrations occipitales, souvent en complément du vérapamil, ont une bonne efficacité à court

terme. Les autres formes de corticothérapie sont à utiliser avec précaution, au vu d'importants effets indésirables. D'autres médicaments (le lithium, le topiramate, la mélatonine ou la gabapentine) sont parfois utilisés avec succès, si le vérapamil s'avère inefficace ou s'il est contre-indiqué.

Pour les cas sévères, réfractaires au traitement conservateur, des techniques invasives sont proposées : stimulation occipitale et stimulation cérébrale profonde.

De nouveaux traitements seront disponibles prochainement et de nouvelles pistes pour la neurostimulation sont actuellement en cours d'exploration.

Mal connue du monde médical, l'AVF justifie toutefois une prise en charge spécialisée. Même s'il n'y a pas de complications liées aux crises, vu leur intensité, le traitement adapté doit être instauré le plus rapidement possible. ■

L'auteur déclare avoir des liens d'intérêts avec Pfizer, Lindé, Homeperf (participation à des congrès).

**Rendez-vous
sur notre
PORTAIL
SCIENTIFIQUE...**

**Tous
vos contenus
personnalisés
en 1 clic !**

www.edimark.fr



NOUS FAISONS DE VOS SPÉCIALITÉS NOTRE SPÉCIALITÉ