

LA NEURALGIE DU TRIJUMEAU PAS TOUJOURS ESSENTIELLE

MOHAMED CHERIF WY⁽¹⁾, BENCHAOUI M⁽²⁾.

1) Service ORL et CCF, HCA Ain Naadja, Alger.

2) Service ORL et CCF, CHU Benbadis, Constantine, Faculté de Médecine Constantine, Bensmail, Université Boubenider 3.

E-mail : MOHAMED CHERIF WY : myassine24@gmail.com ; BENCHAOUI M: Mounira.Benchaoui@yahoo.fr

RESUME :

La névralgie du trijumeau est habituellement dite essentielle, c'est-à-dire sans cause identifiable. Elle s'observe typiquement chez le sujet d'âge mûr (au-delà de 50 ans), avec une légère prédominance féminine. Chez notre patient, un homme de 26 ans, un bilan étiologique approfondi (incluant l'IRM) de céphalées initialement étiquetées comme névralgie essentielle du trijumeau a mis en évidence un conflit vasculo-nerveux entre le nerf trijumeau (V) et l'artère cérébelleuse supérieure gauche. Cette observation souligne l'importance de rechercher une cause secondaire, même chez les jeunes patients. Le patient a été orienté vers un service de neurochirurgie pour une prise en charge thérapeutique adaptée.

Mots clés : Névralgie, Nerf trijumeau, IRM, Conflit vasculo-nerveux, Décompression microvasculaire.

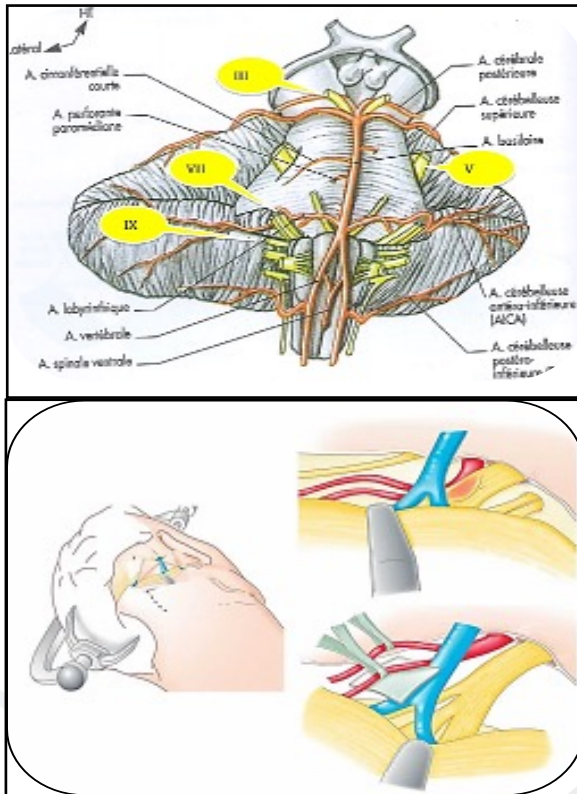
ABSTRACT : TRIGEMINAL NEURALGIAS NOT ALWAYS ESSENTIAL.

Trigeminal neuralgias usually considered essential, meaning it has no known cause. It is typically observed in middle-aged individuals (over 50 years old), with a slight female predominance. In our patient, a 26-year-old man, an etiological workup (including MRI) for headaches initially misdiagnosed as essential trigeminal neuralgia revealed a neurovascular conflict between the trigeminal nerve (V) and the left superior cerebellar artery. This case highlights the importance of investigating secondary causes, even in young patients. Our patient was referred to neurosurgery for appropriate therapeutic management.

Key words : Neuralgia, Trigeminal nerve, MRI, Neurovascular conflict, Microvascular decompression.

INTRODUCTION

Les conflits vasculo-nerveux de la fosse postérieure peuvent concerner les V^{ème}, VII^{ème}, VIII^{ème} et IX^{ème} paires crâniennes lors de leur passage cisternal (figures 1 et 2).



Figures 1-2. Paires crâniennes avec passage cisternal.

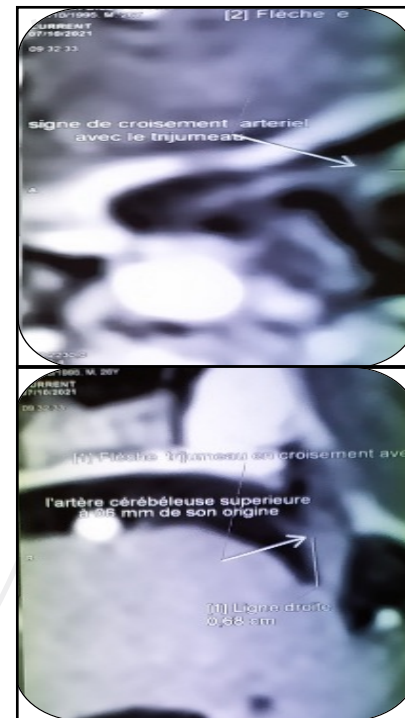
L'orientation clinique est capitale, et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) permet d'en poser le diagnostic et de réaliser le bilan préopératoire. Nous rapportons un cas de névralgie du trijumeau chez un jeune adulte, secondaire à un conflit entre le nerf trijumeau (V) et l'artère cérébelleuse supérieure au niveau de l'angle ponto-cérébelleux, remettant en cause le caractère « essentiel » de la symptomatologie.

OBSERVATION

Il s'agit d'un patient de 26 ans, sans antécédents médicaux ou chirurgicaux particuliers, qui consulte pour des céphalées chroniques unilatérales gauches. Ces douleurs sont décrites comme des décharges électriques intenses, intéressant l'hémiface gauche, principalement les territoires jugal, maxillaire supérieur et mandibulaire (territoires V2 et V3). Elles sont rebelles aux antalgiques usuels. Les crises douloureuses durent de quelques minutes et sont entrecoupées de périodes d'accalmie pouvant atteindre 15 jours. L'interrogatoire ne retrouve ni zone gâchette, ni facteur déclenchant évident (mastication, rire, etc.). L'examen clinique met en évidence une hypoesthésie des territoires du V2 et V3, ainsi qu'une discrète diminution de la motricité des muscles masticateurs. Le réflexe cornéen est conservé. Une tomodensitométrie (TDM) cérébrale réalisée en première intention ne montre aucun processus tumoral ou lésion sinusienne significative.

Le bilan est complété par une IRM cérébrale qui objective un conflit vasculo-nerveux. Celui-ci est secondaire à un croisement à angle droit de l'artère cérébelleuse supérieure gauche avec le nerf trijumeau, à environ 6 mm de son émergence du tronc céré-

bral (figures 3 et 4). Compte tenu de ces éléments, le patient a été orienté en consultation de neurochirurgie pour évaluation d'une prise en charge chirurgicale.



Figures 3 et 4. IRM montrant le croisement à angle droit de l'artère cérébelleuse supérieure gauche avec le nerf trijumeau (flèches).

DISCUSSION

Classiquement, dans environ 80% des cas, la névralgie du trijumeau est dite essentielle ou idiopathique [2,3]. Elle touche préférentiellement les sujets de plus de 50 ans, avec une légère prédominance féminine. Les causes secondaires (symptomatiques) regroupent diverses affections du tronc cérébral ou de l'angle ponto-cérébelleux : pathologies inflammatoires (comme la sclérose en plaques), vasculaires (syndrome de Wallenberg) ou tumorales (neurinome du VIII, méningiome) [4].

Les progrès de l'imagerie, notamment de l'IRM, ont permis d'affirmer que dans une majorité de cas considérés comme « essentiels », une anomalie anatomique est en cause [5]. Il s'agit le plus souvent d'un conflit entre une boucle vasculaire (le plus souvent l'artère cérébelleuse supérieure, plus rarement une veine) et le nerf trijumeau. Ce conflit survient généralement au niveau de la root entry zone (REZ), zone de transition entre la myéline centrale et périphérique où le nerf est particulièrement vulnérable [6]. Cette compression est retrouvée dans près de 80% des cas explorés par IRM de haute résolution [6].

L'IRM est l'examen de référence pour visualiser ce conflit. Elle explore le trajet cisternal du nerf et identifie la compression vasculaire au niveau de la REZ. Les séquences d'angio-IRM précisent l'artère responsable [1,7]. Les critères diagnostiques majeurs à l'IRM sont un contact neuro-vasculaire direct au niveau de la REZ et une déviation ou une atrophie du nerf. Un contact à distance de la REZ est considéré comme un critère mineur [1,2]. Sur le plan thérapeutique, le traitement médical de première intention repose sur la carbamazépine (Tégretol®) [4,8]. D'autres molécules comme l'oxcarbazépine, la gabapentine ou le baclofène peuvent être utilisées. Cependant, ces traitements sont souvent symptomatiques et peuvent entraîner des effets secondaires à long terme.

Lorsqu'un conflit vasculo-nerveux clair est identifié et que la douleur est invalidante ou résistante au traitement médical, la décompression microvasculaire (DMV) représente le seul traitement étiologique et non destructeur. Proposée initialement par Gardner en 1959 puis popularisée par Jannetta [2], cette intervention chirurgicale consiste à interposer une éponge synthétique entre le vaisseau compressif et le nerf. Les résultats sont excellents, avec un soulagement immédiat de la douleur dans 80 à 98% des cas et un maintien de l'efficacité sans médication dans 62 à 89% des cas, après un suivi moyen de 7 ans [2].

Il est important de noter que la DMV, comme toute chirurgie intracrânienne, comporte des risques. Les complications potentielles, bien que rares, incluent l'hypoacousie, les déficits neurologiques transitoires ou permanents (atteinte des nerfs crâniens), les fuites de liquide céphalo-rachidien, les hématomes ou les infections. Une discussion approfondie des bénéfices et des risques avec le patient est essentielle.

D'autres alternatives interventionnelles destructrices existent pour les patients non candidats à la chirurgie, telles que la radiochirurgie (Gamma Knife®) ou les techniques percutanées (thermocoagulation, compression par ballonnet, injection de glycérol). Ces procédures visent à léser sélectivement le nerf pour supprimer la douleur, mais elles s'accompagnent d'un risque plus élevé de récurrence et d'hypoesthésie faciale.

CONCLUSION

Le diagnostic de névralgie trigéminal secondaire à un conflit vasculo-nerveux peut être retenu devant une concordance clinico-radiologique : un croisement vasculaire à angle droit avec contact direct au niveau de la REZ, associé à une déformation ou une atrophie du nerf à l'IRM. Le cas de notre jeune patient illustre que la névralgie du trijumeau ne doit plus systématiquement être considérée comme « essentielle », y compris chez l'adulte jeune. L'IRM joue un rôle crucial dans l'identification des causes secondaires, permettant ainsi de proposer aux patients souffrant de douleurs invalidantes un traitement étiologique curatif, comme la décompression microvasculaire. Bien que théoriquement toutes les paires crâniennes puissent être concernées, la Vème paire reste la plus fréquemment impliquée dans les conflits de l'angle ponto-cérébelleux.

CONFLIT D'INTÉRÊTS :

Aucun.

Date de soumission : 13/04/2025.

Date d'acceptation : 11/11/2025.

Date de publication : 07/04/2026.

REFERENCES

1. Aidara CM, Mipinda GE, Diop D, et al. IRM dans les conflits vasculonerveux de l'angle ponto-cérébelleux. Feuilles de Radiologie. 2015; 55(2): 92-7.
2. Donnet A, Simon E, Cuny E, et al. Recommandations pour le diagnostic et la prise en charge de la névralgie trigéminal classique. Neurochirurgie. 2018; 64(4): 285-302.
3. Eller JL, Raslan AM, Burchiel KJ. Trigeminal neuralgia: definition and classification. Neurosurgical focus. 2005; 18(5): E3.
4. Chays A, Labrousse M, Bazin Pierot AL, Rousseaux P. Conflits vasculo-nerveux dans l'angle ponto-cérébelleux. Pathogénie et traitement chirurgical. E-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie. 2010; 9(2): 95-9.
5. El Qamcaoui A. Conflits Vasculo-Nerveux dans l'Angle Ponto-Cérébelleux Révélés par des Symptômes Cochléo-Vestibulaires: Quelle Prise en Charge et Revue de Littérature. 2022.
6. Frissou H, Djoulane K, Asfirene N, Tliba S. Les conflits vasculonerveux de l'angle pontocérébelleux. Neurochirurgie. 2018; 64(3): 255-6.
7. Leal PRL, Froment JC, Sindou M. Séquences IRM pour la détection des conflits vasculonerveux à l'origine de la névralgie trigéminal et leur valeur prédictive pour la caractérisation du conflit. Neurochirurgie. 2010; 56(1): 43-9.
8. Cruccu G, Gronseth G, Alksne J, et al. AAN-EFNS guidelines on trigeminal neuralgia management. European Journal of Neurology. 2008; 15(10): 1013-28.