

**MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT  
SECONDAIRE, SUPERIEUR ET DE LA  
RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

**REPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple. Un But. Une Foi.**

-----  
**DIRECTION DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE**

**ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE**

N°...13.....

**ANNEE ACADEMIQUE 1994/1995**

**ETUDE DES CEPHALEES ET ALGIES  
CRANIO-FACIALES EN O.R.L.**

**A propos de 150 cas au CHU et à l'Hopital Central  
de Yaoundé (CAMEROUN)**

**THESE**

**Présentée et soutenue publiquement le.....1995  
devant l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali**

**Par :**

**Mlle Christine Liliane Grâce NJILA PANGO  
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine  
(DIPLOME D'ETAT)**

**Jury :**

<b>Président</b>	<b>: Professeur</b>	<b>Aliou BA</b>
<b>Membres</b>	<b>: Professeur</b>	<b>Moussa TRAORE</b>
	<b>: Docteur</b>	<b>Mamadou lamine DIOMBANA</b>
<b>Directeur de Thèse</b>	<b>: Docteur</b>	<b>Alhousseini AG MOHAMED</b>
<b>Co-directeur de Thèse</b>	<b>: Professeur</b>	<b>Bengono TOURE Génévienne</b>

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI  
ANNEE UNIVERSITAIRE 1995-1996

ADMINISTRATION

DOYEN : ISSA TRAORE - PROFESSEUR  
1er ASSESSEUR: BOUBACAR S.CISSE - PROFESSEUR  
2ème ASSESSEUR : AMADOU DOLO - MAITRE DE CONFERENCES AGREGÉ  
SECRETAIRE GENERAL: BAKARY CISSE - MAITRE DE CONFERENCES  
ECONOME: MAMADOU DIANE CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aliou BA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Ortho-Traumato.Sécourisme
Mr Souléyman SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L.TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R & PAR GRADE

D.E.R.CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chef D E R de Chirurgie
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Ortho-Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGES

Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mme SY Aissata SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif Diakité	Gynéco-Obstétrique

4. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mr Alhousseïni Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme DIALLO Fatimata.S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesth.-Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Générale

Mr Sékou SIDIBE  
Mr Abdoulaye K.DIALLO  
Mr Mamadou TRAORE  
Mr Filifing SISSOKO  
Mr Tiéman COULIBALY  
Mme TRAORE J.THOMAS  
Mr Nouhoum ONGOIBA

Ortho.Traumatologie  
Anesthésie-Réanimation  
Gynéco-Obstétrique  
Chirurgie Générale  
Ortho.Traumatologie  
Ophtalmologie  
Anatomie & Chirurgie Générale

#### 5. ASSISTANTS

Mr Ibrahim ALWATA  
Mr Sadio YENA

Ortho.Traumatologie  
Chirurgie Générale

### D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

#### 1. PROFESSEURS

Mr Bréhima KOUMARE  
Mr Siné BAYO  
Mr Gaoussou KANOUTE  
Mr Yéya T.TOURE  
Mr Amadou DIALLO  
Mr Moussa HARAMA

Bactériologie-Virologie  
Anatomie-Path.Histoembryologie  
Chimie analytique  
Biologie  
Biologie Chef de D.E.R.  
Chimie Organique

#### 2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Ogobara DOUMBO  
Mr Anatole TOUNKARA

Parasitologie  
Immunologie

#### 3. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Yénimégué A.DEMBELE  
Mr Massa SANOGO  
Mr Bakary M.CISSE  
Mr Abdrahamane S.MAIGA  
Mr Adama DIARRA

Chimie Organique  
Chimie Analytique  
Biochimie  
Parasitologie  
Physiologie

#### 4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE  
Mr Sekou F.M.TRAORE  
Mr Abdoulaye DABO  
Mr N'yenigue Simon KOITA  
Mr Abdrahamane TOUNKARA  
Mr Flabou BOUGOUDO  
Mr Amadou TOURE  
Mr Ibrahim I.MAIGA

Biologie  
Entomologie médicale  
Malacologie, Biologie Animale  
Chimie organique  
Biochimie  
Bactériologie  
Histoembryologie  
Bactériologie

#### 5. ASSISTANTS

Mr Benoît KOUMARE

Chimie Analytique

## D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

### 1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Med.Int. Chef D E R MEDECINE
Mr Aly GUINDO	Gastro-Enterologie
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamamdou M. KEITA	Pédiatrie

### 2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtysiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie

### 3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Abdel Kader TRAORE	Med.Interne
Mr Moussa Y.MAIGA	Gastroenterologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Leprologie
Mr Hamar A. TRAORE	Medecine Interne
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastroenterologie
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie

### 3. ASSISTANTS

Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Adama D.KEITA	Radiologie
Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie

## D E R de SCIENCES PHARMACEUTIQUES

### 1.PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
--------------------------	-------------

### 2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Arouna KEITA	Matière Médicale
-----------------	------------------

### 3. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharm.Chim. (Chef de D.E.R.)
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

### 3. MAITRE ASSISTANT

Mr Drissa DIALLO  
Mr Alou KEITA

Matières Médicales  
Galénique

### 4. ASSISTANT

Mr Ababacar I.MAIGA

Toxicologie

## D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

### 1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA

Santé Publique (chef D.E.R.)

### 2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa A.MAIGA

Santé Publique

### 3. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Yanick JAFFRE  
Mr Sanoussi KONATE

Anthropologie  
Santé Publique

### 4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G.TOURE  
Mr Sory I.KABA

Santé Publique  
Santé Publique

### 5. ASSISTANT

Mr Massambou SACKO

Santé Publique

## CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr Mamadou KONE  
Mr Kaourou DOUCOURE  
Mr N'Golo DIARRA  
Mr Bouba DIARRA  
Mr Salikou SANOGO  
Mr Daouda DIALLO  
Mr Bakary I.SACKO  
Mr Sidiki DIABATE  
Mr Boubacar KANTE  
Mr Souleymane GUINDO  
Mme Sira DEMBELE  
Mr Modibo DIARRA  
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA  
Mr Nyamanton DIARRA  
Mr Moussa I.DIARRA  
Mr Mamadou Bakary DIARRA

Physiologie  
Biologie  
Botanique  
Bactériologie  
Physique  
Chimie Générale et Min.  
Biochimie  
Bibliographie  
Galénique  
Gestion  
Mathématiques  
Nutrition  
Hygiène du Milieu  
Mathématiques  
Biophysique  
Cardiologie

## PERSONNEL D' ENCADREMENT ( STAGES & TP)

Docteur Madani TOURE

H.G.T.

Docteur Tahirou BA	H.G.T.
Docteur Amadou MARIKO	H.G.T.
Docteur Badi KEITA	H.G.T.
Docteur Antoine Niantao	H.G.T.
Docteur Kassim SANOGO	H.G.T.
Docteur Yéya I.MAIGA	I.N.R.S.P.
Docteur Chompere KONE	I.N.R.S.P.
Docteur Almahdy DICKO	P.M.I.SOGONINKO
Docteur Mohamed TRAORE	KATI
Docteur Reznikoff	IOTA
Docteur N'DIAYE F. N'DIAYE	IOTA
Docteur Hamidou B.SACKO	HGT
Docteur Hubert BALIQUÉ	C.T. MSSPA
Docteur Sidi Yéhiya TOURE	HGT
Docteur Youssouf SOW	HGT

### ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr F.S.DANO	HYDROLOGIE
Pr M.L.SOW	MED.LEGALE
Pr S.S.GASSAMA	BIOPHYSIQUE
Pr D. BA	BROMATOLOGIE
Pr M.BADIANE	PHARMACIE CHIMIQUE
Pr B.FAYE	PHARMACODYNAMIE
Pr Eric PICHARD	PATHOLOGIE INFECTIEUSE
Dr G.FARNARIER	PHYSIOLOGIE

# REMERCIEMENTS

## **A ma mère Monique TCHADJE**

Très tôt tu a été séparée de moi, cela n'a cependant pas affecté ce grand amour que tu as toujours eu pour moi. Chaque fois qu'il été possible, ton soutien ne m'a jamais fait défaut. Puisse cette thèse t'exprimer toute mon affection et tout mon amour.

## **A ma maman Lucienne PANGO**

Par cette thèse, j'aimerais t'exprimer toute ma gratitude pour ton soutien sans faille.

## **A mon père Martin PANGO**

Je te dédie cette thèse qui est l'aboutissement de tant d'efforts et de sacrifice que tu as bien voulu consentie. Tu as toujours rêvé d'avoir un enfant médecin et tu n'as ménagé aucun effort. Reçois toute mon affection.

## **A ma fille Samantha Cécilia AYANGMA THOM**

Tu es née durant mes études durant mes études médicales et très tôt, nous avons été séparées. La pensée de te retrouver a été pour moi une motivation supplémentaire dans l'accomplissement de mes études. Reçois tout mon amour.

## **A mes frères :**

- PANGO Alexis
- WANTONG Guy
- PANGO Edgar
- PANGO François
- PANGO Arthur
- PANGO Aubry

A vous tous chers frères, je vous dédie ce travail.

## **A mes soeurs :**

- TONGA Nathalie
- KAMWA Edwige
- PANGO Nadine

Je souhaite que ce travail soit une source de motivation pour faire plus.

**A Honorée PANGO**

Je te remercie pour ton soutien moral.

**A mes oncles :**

- NGONGANG Jean
- KEZETA S. Samuel
- FABO Emmanuel
- DJOMO Jean-Paul
- TSAKAM Ernest
- KUATE Zacharie

Votre assistance matérielle et financière, votre soutien moral m'ont été d'un grand secours. Par ce travail, recevez toute ma gratitude.

**A mes tantes :**

- POKAM Anne-Béatrice
- SAMBA Jeanne
- Maman Micheline
- NKENDO Marie Delphine

**Au Dr. AYANGMA Charles Richelot :**

Tu m'as apporté dès mon arrivée à Bamako, un soutien sans faille. De la première en sixième année, tu m'as suivi pas à pas jouant à la fois le rôle du père, de la mère, des frère et soeur et même de professeur. Ce travail est autant le mien que le tien. Amour sincère.

**A toute la famille AYANGMA à Oyomabang (YAOUNDE)**

Pour l'accueil et tout l'amour que vous m'avez porté.

**A Mr et Mme Ferdinand Léopold OYONO :**

Pour votre assistance sans faille

**A Mr et Mme KEYE NDOGO**

**A Mr et Mme Jean Paul HAMADOU**

**A Mr et Mme Clément MOUKO**

**A Mr. Célestin AYANGMA :**

Pour toute l'aide morale et la complicité qui nous a lié. Je te prie de recevoir par ce travail, toute mon affection.

**A la famille Modibo DICKO à Bamako (MALI) :**

Pendant toute la durée de mes études, votre amour, votre disponibilité et votre assistance m'ont fait trouver en vous la chaleur familiale? Je garderai toujours tous les souvenirs que nous avons eus ensemble en particulier la naissance sous votre toit, de ma fille Cécilia. Recevez par ce travail toute mon affection et toute ma gratitude.

**A mes amis :**

OUETHY NANA Ondel  
NZOUADJEU Béatrice  
ELOUNDOU NKA Henri  
MAMBOU Augustin

**A tous les étudiants camerounais au Mali**

**A tous mes camarades de promotion**

**Au Dr. FOUDA Alexandre, Chef de Service ORL de l'Hôpital Central de Yaoundé**

**A tout le personnel du Service O.R.L. du C.H.U. (YAOUNDE)**

**A tout le personnel du Service O.R.L. de l'Hôpital Central de Yaoundé**

# A NOS MAITRES ET JUGES

## A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY:

Mr. LE PROFESSEUR ALIOU BA,

Professeur Agrégé en ophtalmologie

Vous nous faites, en ce jour, un grand honneur et beaucoup de plaisir en acceptant, malgré vos multiples occupations, de présider notre jury. Nous vous en remercions.

Nous vous avons connu très tôt au début de nos études médicales et vous vous êtes personnellement investi pour notre inscription dans cette Ecole, nous vous en remercions. Depuis cette date, nous avons été marqués par votre personnalité, votre humanisme et la qualité de vos enseignements. Recevez par ce travail, l'expression de notre profonde reconnaissance.

## A NOTRE MAITRE ET JUGE :

Mr. LE PROFESSEUR MOUSSA TRAORE,,

Professeur Agrégé en Neurologie

Chef de Service de Neurologie à l'Hôpital National du Point 'G',

Professeur à l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie.

En acceptant de juger ce travail, vous nous faites un insigne honneur.

Vos enseignements nous ont été d'un apport inestimable au cours de nos études médicales et nous marqueront indéfiniment. Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

## A NOTRE MAITRE ET JUGE

Mr. LE DOCTEUR MAMADOU LAMINE DIOMBANA,

Assistant Chef de Clinique d'odonto-stomatologie,

Chef de Service d'Odonto-Stomatologie à l'Hôpital de Kati

Professeur d'Ododonto-Stomatologie à l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali.

C'est pour nous un grand plaisir et pour nous beaucoup d'honneur de bénéficier une fois de plus de vos enseignements, de votre expérience. Votre présence dans ce jury marque une fois de plus votre disponibilité permanente à être toujours aux côtés de vos étudiants. Nous vous prions de trouver par ce modeste travail, l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Mr LE DOCTEUR ALHOUSEINI AG MOHAMED

Assistant Chef Clinique d'oto-rhino-laryngologie

Chef Service d'O.R.L. à l'Hôpital National Gabriel TOURE

Professeur d'O.R.L. à l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie

Nous avons éprouvé beaucoup de plaisir lorsque vous avez, en dépit de vos nombreuses occupations, accepté de diriger ce modeste travail. Je vous en remercie grandement. Vos enseignements, vos conseils et surtout votre grande disponibilité nous auront marqué.

Recevez par ce travail le témoignage de notre profonde gratitude

A NOTRE MAITRE ET CODIRECTEUR DE THESE

Mr LE PROFESSEUR GENEVIEVE BENGONO TOURE

Professeur agrégé d'ORL

Chef de service d'ORL au Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé

Professeur à la Faculté de Médecine et de Sciences Biomédicales de Yaoundé.

Vous avez accepté malgré vos multiples occupations de codiriger ce modeste travail et de plus, votre sollicitude ne nous a jamais fait défaut. Soyez en remercié

Nous avons non seulement éprouvé beaucoup d'honneur à travailler avec vous.

Le bénéfice que nous avons tirés de vos enseignements est inestimable.

Je vous prie donc d'accepter l'expression de notre profonde gratitude.

# SOMMAIRE

	Pages
<b>INTRODUCTION</b>	1
<b>CHAPITRE I: <u>RAPPELS SUR LES CEPHALEES ET ALGIES CRANIO-FACIALES</u></b>	3
<b>I - DEFINITIONS</b>	3
<b>II - RAPPELS SUR LES CEPHALEES ET ALGIES CRANIO-FACIALES</b>	4
A - MECANISME DE TRANSMISSION DE LA DOULEUR	4
B - MECANISME DES CEPHALEES	6
C - RAPPELS CLINIQUES DES ALGIES CRANIO-FACIALES CONNUES	8
D - CLASSIFICATION ET ETIOLOGIE DES CEPHALEES	15.
<b>CHAPITRE II: <u>MATERIEL ET METHODES</u></b>	
<b>I - PATIENTS ETUDIES</b>	19
<b>II - METHODES</b>	19
<b>CHAPITRE III: <u>RESULTATS</u></b>	21
1 - NOMBRE DE MALADES INCLUS	21
2 - DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES CLINIQUES	21
3 - DONNEES GENERALES DE L'EXAMEN CLINIQUE ET DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES	24
4 - DONNEES ETIOLOGIQUES	34
5 - TRAITEMENT ET EVOLUTION POUR CHAQUE ETIOLOGIE.	49
<b>CHAPITRE IV: <u>DISCUSSION</u></b>	51
<b>CONCLUSION</b>	57
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>	
<b>ANNEXES.</b> Fiche d'enquête, Localisation, Résumés	

# ABREVIATIONS

<b>%</b>	:	Pourcentage
<b>ATM</b>	:	Articulation temporo-mandibulaire
<b>CHU</b>	:	Centre Hospitalier Universitaire
<b>COLL</b>	:	Collaborateurs
<b>LCR</b>	:	Liquide céphalo-rachidien
<b>FIG</b>	:	Figure
<b>HTA</b>	:	Hypertension artérielle
<b>IgE</b>	:	Immunoglobuline E
<b>MAXI</b>	:	Maxillaire
<b>N</b>	:	Nombre
<b>ORL</b>	:	Oto-rhino-laryngologie

# INTRODUCTION

Dans la pratique médicale quotidienne, céphalées et algies crânio-faciales constituent un symptôme extrêmement banal rencontré chez un grand nombre de patients. Leur banalité est telle que seul leur caractère récidivant, et/ou leur violence amènent les patients à consulter.

Les céphalées constituent néanmoins des motifs fréquents de consultation aussi bien chez le médecin généraliste que chez les spécialistes. Beaucoup de spécialités sont concernées par le problème de céphalées, mais celles-ci sont plus volontiers rattachées aux spécialités qui s'occupent de la tête, c'est-à-dire l'oto-rhino-laryngologie, la neurologie, l'ophtalmologie et la psychiatrie.

De nombreuses études faites en Afrique et ailleurs attestent de l'importance du problème, mais peu d'études à ce jour se sont attardées sur la part de l'ORL dans les céphalées et algies crânio-faciales, part qui du reste, est très souvent l'objet d'un flou dans les esprits des patients. Ceux-ci assimilent tantôt céphalées et sinusites ou alors ignorent complètement la part de l'ORL.

## EN AFRIQUE

Pour Ziegler en 1986, la migraine qui est une forme de céphalée a une fréquence en Afrique exceptionnellement faible. En effet, environ 1% de la population souffrirait de cette affection et, seules certaines personnes (enseignants, étudiants, hommes d'affaires) sembleraient affectées.[38]

### - AU CAMEROUN

Lolo Berthe citant les travaux de Fodzo et Coll, révèle 35,63% de céphalées sur l'ensemble des malades venus consulter à l'hôpital Laquintinie de Douala, au service de neurologie durant les six derniers mois de 1979 [20]

En 1990, au cours d'une étude en ORL, NOUPOUE Joseph constate que les céphalées représentent 62,16% de la pathologie crânio-faciale qui elle même représente 3,2% de la pathologie ORL. [27]

### - EN COTE-D'IVOIRE

Une publication de janvier 1993 montre que 36% des malades ont consulté pour céphalées dans le Service de Neurologie.[3]

## **AILLEURS ET EN GENERAL**

Pluvinage en 1978, citant les travaux de Dalgaard-Nielse au Danemark et Waters en Angleterre, rapporte pour la seule migraine des chiffres avoisinant 20% de la population, ceci au cours des enquêtes épidémiologiques. Il est à noter qu'avant ces travaux, la prévalence des céphalées chroniques ou au long cours, était généralement estimée à 5 ou 7% de la population.[30]

Des travaux effectués en Belgique entre 1980 et 1981, montrent que la migraine qui est la forme de céphalée la mieux étudiée sur le plan épidémiologique, a une fréquence qui se situe entre 10 et 15% et, s'observe dans toutes les couches sociales, [22] .Le coût 'social' de cette maladie serait de 18 milliards de francs belges par an.[32]

En Suisse, la céphalée est la 7ème cause de consultation et 30 à 50% de personnes souffrant de cette affection, sont obligées de réduire de façon transitoire leurs activités professionnelles lors d'accès douloureux importants.[31]

Enfin, pour Henry en France, les céphalées représentent 4% des consultations de médecine générale, sans compter de nombreux malades qui vont voir directement les spécialistes.[14]

## **OBJECTIFS DE LA THESE**

### **Objectif général :**

L'objectif général est d'apporter notre contribution à l'étude clinique des céphalées et algies crânio-faciales de novembre 1993 à novembre 1994.

### **Objectifs spécifiques :**

Il s'agira au cours de ce travail de :

- faire une étude clinique et épidémiologique des céphalées et algies crânio-faciales rencontrées en ORL;
- déterminer la part de l'ORL dans les céphalées et algies crânio-faciales ;
- déterminer l'apport thérapeutique de l'ORL dans les céphalées rencontrées.

Au cours de ce travail, nous présenterons les patients étudiés, les méthodes utilisées et les résultats obtenus. Nous commenterons enfin ces résultats à la lumière des données de la littérature avant d'en tirer une conclusion.

# CHAPITRE I:

## RAPPELS SUR LES CEPHALEES ET ALGIES CRANIO-FACIALES

### I - DEFINITIONS

#### Les céphalées

Les céphalées se définissent comme toute douleur localisée à la tête. L'usage réserve cependant cette dénomination aux sensations douloureuses provenant de la voûte crânienne à l'exclusion des algies pharyngées, faciales et cervicales.

#### La migraine

La migraine est une affection familiale caractérisée par des accès répétitifs de céphalées très variables dans leur intensité, leur fréquence et leur durée.

Ces accès sont habituellement unilatéraux et généralement associés à des nausées ou des vomissements. Dans certains cas, ils succèdent ou s'associent à des perturbations neurologiques ou à des troubles de l'humeur.

Le plus souvent, il s'agira pour les perturbations neurologiques, d'un scotome lumineux et/ou de paresthésies cheiro-orales, plus rarement d'un épisode aphasique ou d'un déficit moteur. Quant aux troubles de l'humeur, il pourra s'agir d'asthénie, d'irritabilité de boulimie.[8]

#### Les algies crânio-faciales

Ce sont des douleurs localisées à l'extrémité céphalique. C'est donc essentiellement un symptôme lié à tout état morbide de la face et de la nuque[18]

Les algies crânio-faciales peuvent encore être définies comme des sensations nettement douloureuses et des sensations moins douloureuses, mais \*inconfortables\* de la tête toute entière y compris la face et la nuque.[31]

## II.- RAPPELS SUR LES CEPHALEES ET ALGIES CRANIO-FACIALES

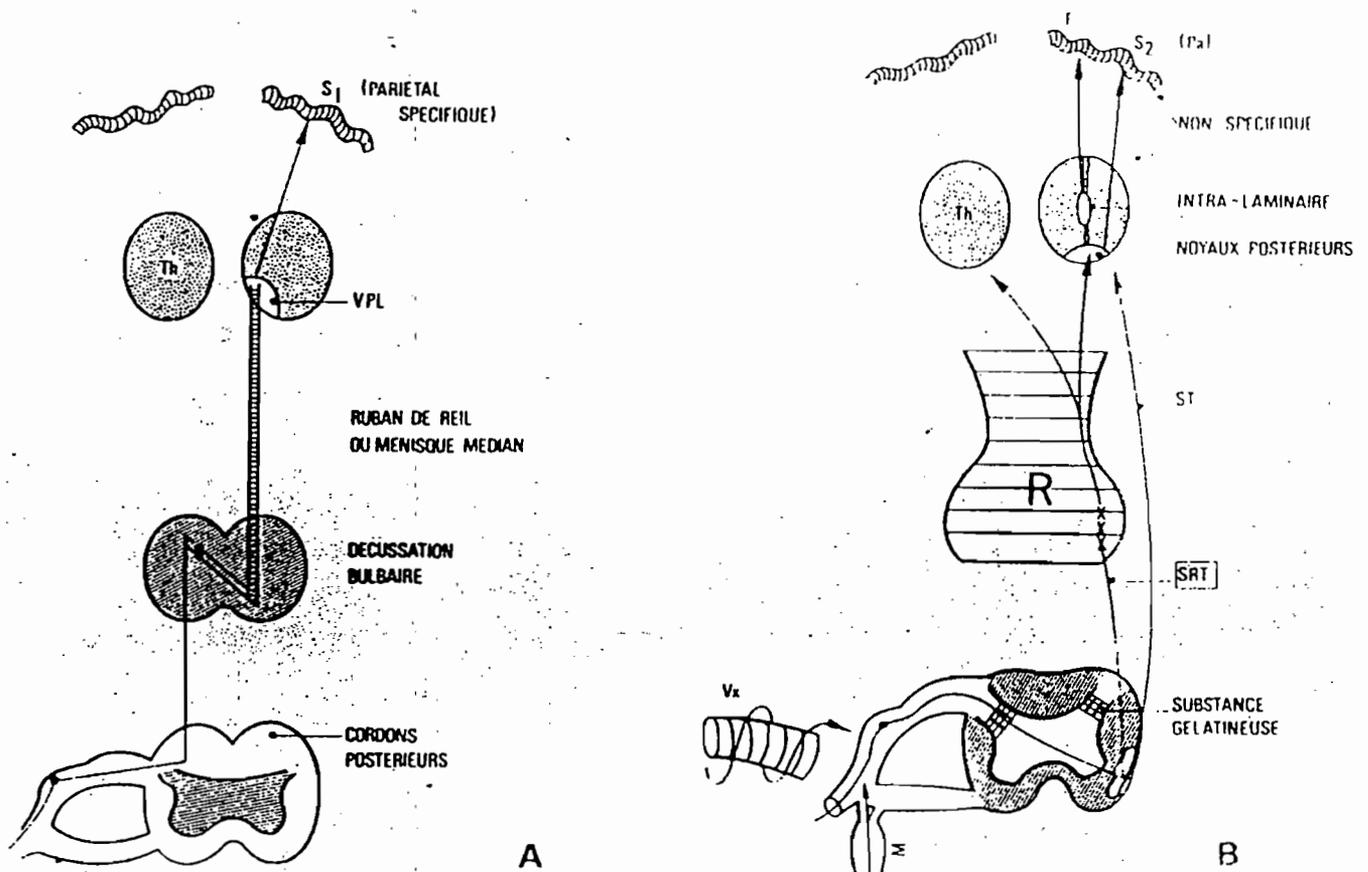
Des connaissances de neuro-anatomie et de neurophysiologie sont nécessaires à la compréhension du sujet. Nous ferons des rappels sur :

- le mécanisme de transmission de la douleur dans la algies crânio-faciales ;
- le mécanisme des céphalées ;
- les différentes classifications et les étiologies des céphalées.

### A - MECANISME DE TRANSMISSION DE LA DOULEUR [28]

#### Schémas

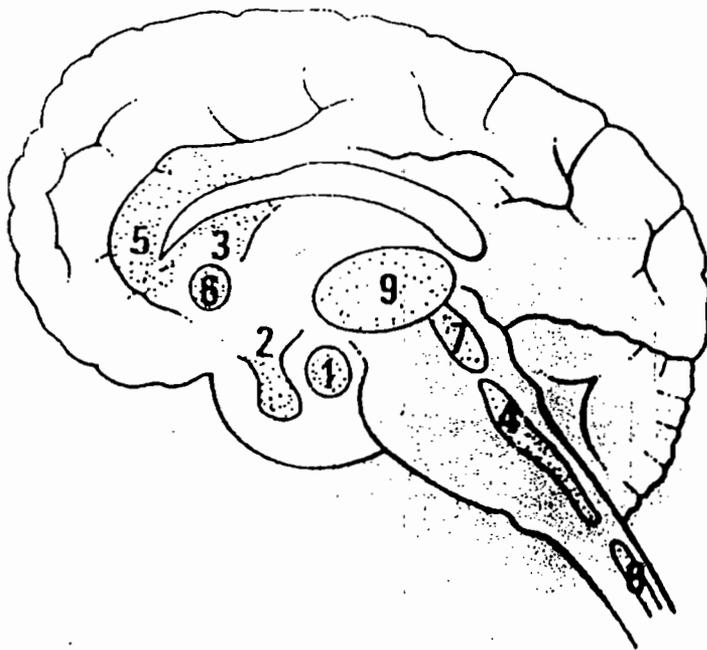
Il n'existe pas à proprement parler de voie de la douleur. Les voies de la sensibilité ont une double organisation neuronale (Fig.1).



1 L'organisation des voies de la sensibilité :

A - Le système lemniscal ;

B - Les voies extra-lemniscals.



- 1 - Amygdala.
- 2 - Complexe hypothalamo-hypophysaire.
- 3 - Corps striés.
- 4 - Formation réticulée et noyaux du Raphé.
- 5 - Gyrus cingulaire.
- 6 - Septum.
- 7 - Substance grise périaqueducale.
- 8 - Substantia gelatinosa.
- 9 - Thalamus médian et ventral.

**2 Structures les plus riches en récepteurs morphiniques situées dans le complexe hypothalamo-hypophysaire, le corps strié, le gyrus cingulaire, la substance grise périaqueducale, la substantia gelatinosa et le thalamus médian et ventral. C'est à leur niveau que se retrouvent les plus fortes concentrations en substances morphiniques endogènes.**

Le système lemniscal est dévolu à la transmission des sensations somesthésiques précises (comme le tact) et des messages gnosiques. Il est constitué des fibres A (bêta et gamma), c'est-à-dire des fibres myélinisées de gros calibre.

Les voies extra-lemnisciales qui établissent un relais avec la substance réticulée et entrent ainsi en connexion avec toutes les voies sensitivo-sensorielles, les centres végétatifs et les structures supérieures de l'encéphale, n'ont pas de représentation somatotopique. Elles sont impliquées dans la transmission des influx nociceptifs thermiques et douloureux. Elles sont constituées de fibres C amyéliniques et de petits calibre et de certaines fibres myéliniques de petite taille (A delta).

Les fibres C sont sensibles aux analgésiques et particulièrement labiles à la chaleur (thermo-coagulation différentielle).

La douleur occupe une place particulière dans les perceptions sensibles conscientes. Ceci apparaît mieux dans le domaine pathologique où il est en général difficile de localiser la douleur de façon précise. Les multiples afférences corticales ou sensorielles seraient responsables de son instabilité. La multiplicité des structures nerveuses peut aussi être mise en évidence lorsque la douleur est intense. A cette occasion, la douleur s'accompagne de manifestations végétatives ou affectives.

Le message douloureux n'est pas conduit de manière passive par des voies neuronales déterminées. En effet, la transmission de la douleur dépend plus du nombre d'influx déclenchés que de la stimulation des fibres spécifiques.

Des circuits nerveux inhibiteurs existent et sont capables d'interrompre le message nociceptif. La neuro-stimulation en est l'application thérapeutique. En effet, l'activation de fibres de gros diamètre crée un blocage de la transmission de la douleur en diminuant le nombre d'influx nociceptifs passant dans le système extra-lemniscal.

Il existe également, une inhibition neurochimique de la douleur. Elle a pu être mieux comprise avec la découverte des endomorphines. En effet, la stimulation des récepteurs spécifiques à la morphine situés dans certaines structures nerveuses en l'occurrence, le thalamus, le complexe hypophyso-thalamique et la substance gélatineuse de Rolando entraîne une analgésie comparable à l'analgésie morphinique.

Dans le LCR et dans le cerveau, on a découvert des substances morphinomimétiques. La sécrétion de ces endomorphines est essentiellement déclenchée par l'action des grosses fibres myélinisées sur la substance réticulée du tronc cérébral.

## B -MECANISME DES CEPHALEES

Wolff et Ray [36] ont étudié les structures sensibles du crâne sur quarante-cinq malades opérés du crâne sous anesthésie locale. Ils ont pu déduire de cette étude que les structures sensibles du crâne sont les suivantes :

- tous les tissus recouvrant le crâne ;
- les sinus veineux et leurs branches ;
- les nerfs sensitifs V, IX, X ème paires crâniennes et trois premières cervicales ;
- les artères cérébrales de la base et les artères dures.

Les zones les plus sensibles de la base du crâne sont les zones vascularisées de la dure mère. Cette sensibilité dépend du nerf trijumeau et du contingent ophtalmique.

La région de la face endocrânienne du rocher, reçoit les filets IX et X. La portion la plus basse reçoit l'innervation des deux premiers nerfs cervicaux.

Les céphalées résultent de divers mécanismes faisant intervenir ces structures.

- La céphalée peut ainsi être due à une excitation ou à une irritation des structures endocrâniennes. Cette irritation des structures endocrâniennes peut résulter soit de la distension, de la dilatation ou soit de la traction sur les vaisseaux et les autres structures. L'excitation peut aussi être due à une action directe par inflammation ou par pression.
- Ailleurs, la céphalée est consécutive à des douleurs musculaires. La tension musculaire va retentir au niveau vasculaire dans le sens de la vasoconstriction, cette dernière entraînant une souffrance musculaire avec apparition des substances toxiques (sérotonines plasmaquinines) qui vont baisser le seuil de la douleur et aggraver la vasoconstriction par l'effet vasoconstricteur créant ainsi un véritable cercle vicieux.
- Ailleurs encore, la céphalée est le résultat d'algies vasculaires. C'est le cas des migraines. Dans celles-ci, plusieurs artères entrent en jeu, il s'agit des branches de la carotide interne et de l'artère vertébrale. Les zones de douleur sont :
  - l'artère cérébrale moyenne pour la zone temporale ;
  - l'artère cérébrale antérieure pour la zone fronto-orbitale ;
  - l'artère vertébrale pour la zone latéro-occipitale ;
  - l'artère cérébrale postérieure pour la zone latéro-occipitale.

En plus de ces artères, la migraine met en jeu des mécanismes humoraux dans lesquels deux facteurs sont importants : l'histamine et la sérotonine.

L'histamine est libérée par les mastocytes ce qui va entraîner une vasodilatation fugace qui augmentera la perméabilité des vaisseaux et ainsi, la sortie ou transsudation des plasmakinines, ces dernières engendrent une douleur locale et abaissent le seuil douloureux.

La sérotonine est libérée par des plaquettes pour ensuite être excrétées sous forme d'AC 5-HLA d'où la chute de son taux plasmatique. Elle a un effet constricteur sur les artères extra-crâniennes et dilatateur sur les capillaires. Or comme le taux plasmatique chute lors de la crise, cela entraîne une perte du tonus des artères exocrâniennes, leur distension passive, et une contraction simultanée des capillaires. La sérotonine a également pour effet d'augmenter la perméabilité capillaire, et sa libération de favoriser la transsudation des plasmakinines.

En conclusion, la sérotonine libre, augmente la perméabilité capillaire et baisse le seuil de la douleur, d'une part, et d'autre part, son excrétion accrue, entraîne une baisse secondaire du taux sanguin et ainsi donc une hypotonie et une vasodilatation des vaisseaux exocrâniens.

Il existe également des algies vasculaires non migraineuses. Les artères intéressées sont les branches de la carotide externe, aussi bien les branches intracrâniennes que les superficielles.

Au total, on a trois branches vasculaires intracrâniennes auxquelles correspondent trois zones de douleur :

- la branche moyenne pour la zone fronto-pariétale ;
- la branche antérieure pour la zone fronto-oculaire ;
- la branche postérieure pour la zone occipitale.

Trois branches superficielles correspondent également à trois zones de douleur :

- la temporale superficielle pour la zone fronto-pariétale ;
- la faciale pour la zone oculo-nasale et latéro-faciale ;
- l'occipitale pour la zone occipitale.

## C - RAPPELS CLINIQUES DES ALGIES CRANIO-FACIALES CONNUES

### 1° Céphalées et algies crânio-faciales primitives

#### Symptôme sensitifs des nerfs crâniens :

##### Néuralgie du trijumeau

Elle est encore appelée Maladie de Trousseau ou tic douloureux de la face.

C'est une maladie de la deuxième partie de la vie, à partir de la cinquantaine et surtout à la sénescence. Elle serait plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

La néuralgie du trijumeau est une douleur unilatérale de la face, caractérisée par des accès douloureux à type de décharges électriques limités au territoire d'innervation d'une ou plusieurs branches du nerf trijumeau.

La douleur peut être déclenchée par le fait de se laver, de se raser, de fumer de parler ou de se brosser les dents. Mais elle peut survenir également spontanément. La douleur apparaît et disparaît brusquement et peut se calmer pour des périodes de durée variée.

##### Néuralgie du glosso-pharyngien

Elle réalise une douleur en «coup de poignard» sévère et transitoire, ressentie dans l'oreille, la base de la langue, la région amygdalienne ou au-dessous de l'angle de la mâchoire. La douleur est donc ressentie dans le territoire des branches auriculaires et pharyngées du nerf pneumogastrique aussi bien que dans celui du nerf glosso-pharyngien.

Cette douleur est souvent provoquée par la salivation, la conservation ou l'effort de toux ; on assiste souvent à des remissions comme dans la néuralgie du trijumeau.

##### Néuralgie géniculée :

Elle est exceptionnelle. Il existe un syndrome douloureux continu au cours du zona qui entraîne des douleurs articulaires, s'accompagnant d'hypoesthésie du conduit auditif externe et du pavillon, d'éruption vésiculeuse dans la conque, et enfin de paralysie faciale.

##### Néuralgie du pneumogastrique :

La douleur siège dans la région pharyngée, irradie parfois à l'oreille. C'est une douleur lancinante avec brûlure et picotement.

### Névralgie occipitale :

La douleur est paroxystique et survient dans le territoire de distribution du grand et du petit nerf occipital. Cette douleur s'accompagne d'une hypoesthésie ou de dysesthésie dans la zone concernée.

### Névralgie Vidiene :

Elle est attribuée à l'atteinte du nerf vidien au voisinage du sinus sphénoïdal. C'est une algie profonde qui irradie à l'oreille, à la mastoïde et même à la nuque et à l'épaule.

## **Syndromes neurovégétatifs des nerfs crâniens**

### Syndrome de Sluder :

La douleur est unilatérale et atteint la moitié inférieure de la face, avec irradiations vers le cou et l'épaule. L'hydrorrhée nasale et le larmoiement homolatéraux sont importants. Ce syndrome est attribué à une irritation du ganglion sphéno-palatin. La cocaïnisation de ce ganglion constitue un geste thérapeutique presque toujours efficace.

### Syndrome de Charlin ou du nerf nasal :

La douleur prédomine à la partie supérieure de l'hémiface. Elle est oculo-nasale et irradie dans la mâchoire et dans la région temporale.

Elle s'accompagne également de larmoiement et de rhinorrhée. Il existe un point douloureux électif à l'émergence du nerf nasal. L'irritation de ce nerf est responsable de ce syndrome.

### Syndrome sympathique cervical postérieur de Barre et Liéou :

C'est une céphalée occipitale à prédominance unilatérale dont la douleur est continue, s'accroissant sous l'effet de la toux, d'éternuements, d'hyperextension de la tête. Les vertiges sont généralement associés et, rarement, on a des bourdonnements d'oreilles.

### Syndrome de Monbrun-Bénisty :

Ce syndrome est consécutif à une blessure oculaire et est responsable d'une douleur unilatérale rétro-oculaire, à irradiation occipitale, accompagnée de phénomènes vasomoteurs et sécrétoires de l'hémiface.

## **Algies artérielles primitives**

### Migraines :

La migraine est une variété bien particulière de la céphalée. Elle survient par crises, souvent précédées de symptômes sensoriels, oculaires et s'accompagne de photophobie, de nausée et de vomissements. C'est une céphalée vasculaire, en général unilatérale, pulsatile, de caractère paroxystique ou cyclique.

### Céphalée de Horton-Sluder :

Elle atteint généralement les hommes ayant atteint la deuxième moitié de la vie, sans antécédents migraineux. Les crises sont douloureuses, unilatérales, temporo-orbitaires avec des manifestations végétatives très importantes : congestion de l'hémiface correspondante et des muqueuses.

### Artérite temporale (maladie de Horton) :

Les céphalées sont unilatérales, c'est une maladie du vieillard. Elle atteint les artères temporales superficielles. Son évolution est souvent compliquée par des accidents oculaires graves entraînant la cécité. On observe un état inflammatoire avec vitesse de sédimentation très élevée.

### **Algies d'origine veineuse primitive :**

#### Céphalée d'effort de Tinel :

C'est une céphalée apparaissant dans des circonstances entraînant une hyperpression veineuse céphalique: toux, rires, plicature du tronc en avant. Les céphalées cessent après l'effort qui les provoque.

## **2° Céphalées et algies crânio-faciales symptomatiques**

### **Céphalées et algies d'une affection neurologique :**

#### Céphalées des méningites :

Les céphalées des méningites sont des céphalées s'accompagnant le plus souvent de vomissements, de fièvre et de raideur méningée.

#### Hypotension intracrânienne :

Elle associe des céphalées frontales ou occipitales très violentes, des vertiges, des nausées, de l'obnubilation, de l'asthénie, des troubles caractériels.

Les céphalées sont exagérées par la station debout et sont causées le plus souvent par la ponction lombaire et les traumatismes crâniens.

### Hypertension intracrânienne et tumeurs :

Il s'agit d'hypertension intracrânienne causée par des tumeurs. Le tableau est tardif. En effet, une tumeur frontale peut ne pas causer de céphalées, la douleur résulte souvent d'une compression directe.

Les processus de la fosse postérieure donnent des céphalées occipitales précoces avec troubles cérébro-labyrinthique, stases papillaires, possibilité de raideur méningée intermittente avec céphalée et vomissements.

Les processus sus-tentoriels avec céphalées frontales donnent des signes d'irritation corticale et des signes électro-encéphalographiques.

Le tracé de l'électroencéphalogramme est souvent altéré mais aucune altération n'est spécifique. On peut ainsi avoir:

- des anomalies généralisées non spécifiques ,il s'agit alors d'ondes lentes et hautes sur toute la convexité.

- d'un foyer delta caractérisé par des ondes delta lentes ayant un maximum localisé.

- d'une diminution locale des potentiels caractérisée par une activité électrique nettement diminuée à un endroit avec interruption du rythme régulier par rapport à la symétrie.

### **Céphalées en rapport avec la pathologie cervicale**

#### Cervicarthrose :

Ce sont des douleurs qui irradient vers l'occiput, la région temporale, les épaules. Ce sont des douleurs sourdes qui s'accompagnent d'un certain degré de rigidité de la colonne cervicale.

La radiographie montre les lésions arthrosiques.

### **Céphalées symptomatiques d'une affection psychique**

L'écoute attentive du patient et un interrogatoire dirigé s'imposent pour définir cette forme de céphalée. Il s'agit de douleur à type de brûlure, de fourmillement, de pesanteur, d'étau. Cette douleur est vécue comme très pénible.

Le siège de la douleur peut être fixe ou variable. Quatre sièges sont particulièrement évocateurs : occipito-nuchal, occipito-frontal, en casque, vertex/racine du nez.

L'évolution est particulièrement chronique s'étendant sur des semaines, des mois des années fluctuant souvent avec l'état psychologique du patient : il peut s'agir d'un banal état de tension psychique excessif lié à une surcharge d'activités, ou une succession de stress émotionnels.

Dans d'autres cas, la céphalée s'inscrit dans le cadre d'un état anxieux et/ou dépressif.

### **Céphalées post traumatiques**

Ce sont des céphalées succédant à un traumatisme. Elles peuvent être d'apparition précoce ou survenir de façon tardive. Dans tous les cas, un diagnostic étiologique s'impose.

### **Céphalées symptomatiques d'une affection générale**

#### Céphalées des hypertendus :

Ce sont des douleurs de décubitus apparaissant à la fin de la nuit. Elles sont le plus souvent occipitales et/ou bilatérales. Parfois, elles ont une irradiation fronto-pariétale.

### **Céphalées symptomatiques des affections des cavités crânio-faciales**

#### Algies oculaires :

Elles surviennent à l'occasion du glaucome chronique, d'iritis, d'iridocyclite.

Un glaucome chronique donne des douleurs orbitales et rétro-orbitaires nocturnes avec tension exagérée du globe, parfois rétrécissement du champ visuel et scotome.

Les inflammations oculaires donnent un oeil rouge, douloureux.

Les vices de réfraction et les défauts de convergence (hypermétropie, myopie, asthénopie d'accommodation) donnent des céphalées peu vives, vespérales.

Ce sont des douleurs en barre sus orbitaires ou périorbitaires.

Les névrites optiques peuvent créer des douleurs rétro-orbitaires.

#### Algies dentaires :

Les dents incluses, infectées, et les troubles de l'articulé dentaire, donnent des névralgies trigéminales atypiques. La douleur est continue et comparée à une sensation de broiement, de lancination.

#### Algies oto-rhinologiques :

##### Algies auriculaires

Des perturbations de l'oreille moyenne peuvent entraîner des douleurs névralgiques, par irritation des structures nerveuses.

## Algies naso-sinusiennes :

### Sinusite frontale aiguë.

Elle est la plus douloureuse. L'algie siège à l'angle interne de l'oeil et à la région sus-orbitaire. Elle peut être diffuse et s'accompagne d'inaptitude au travail. Les douleurs apparaissent vers la fin de la matinée et cessent en fin d'après-midi. Elles sont dues à la rétention et sont calmées par des débâcles purulentes favorisées par des vasoconstricteurs.

### Sinusite maxillaire aiguë

Dans la sinusite maxillaire aiguë, la douleur est moins importante, dessinant par son siège, un croissant entre la branche montante du maxillaire supérieur et la région sous orbitaire.

Il s'agit d'un fond douloureux permanent avec quelques paroxysmes sous forme de battements en fin de matinées ou d'après-midi. Les irradiations se font vers l'orbite, la tempe ou la mastoïde.

### Ethmoïdite aiguë

Ici, la douleur est modérée. Elle rappelle parfois une sinusite frontale aiguë. En effet, elle est parfois associée à une atteinte du sinus maxillaire ou frontal. Le signe de Grunwald consiste à rechercher la douleur provoquée au niveau de l'angle interne de l'oeil.

### Sphénoïdite aiguë

Elle est rare. La douleur est profonde, postérieure, localisée au vertex où à l'occiput. Elle est difficile à préciser par le malade mais est toujours unilatérale.

Lors des exacerbations, on peut observer des vertiges, des troubles visuels, et même un état de dépression psychique.

### Sinusites frontales chroniques

Elles sont le plus souvent indolores. La douleur survient lors des épisodes de réchauffements, à la suite de surinfection, d'exposition au froid ou de pathologie associée. La sinusite frontale chronique peut donner une sensation de pesanteur ou de barre frontale.

### Sinusites sphénoïdales chroniques :

Très rares, elles donnent des céphalées profondes avec des irradiations multiples lors des paroxysmes.

Il existe des causes rares :

- l'agénésie douloureuse des sinus en particulier du sinus frontal ;
- la céphalée du méat moyen de Bouchet décrite en 1929, et due à une ethmoïdite chronique non suppurée avec congestion du cornet malgré un nez généralement sec ;
- la céphalée du Vacuum sinus, décrite en 1929 se caractérise par une céphalée fronto-orbitale qui s'accompagne d'asthénopie accommodative, elle est due à une variation de pression intrasinusienne par obstruction du canal naso-frontal ;
- les mucocèles sinusiennes, l'algie faciale partage la symptomatologie avec les troubles oculaires, la céphalée est unilatérale, fronto-orbitale, intermittente et isolée ;
- les séquelles douloureuses des sinusites opérées.

## **D - CLASSIFICATIONS/ETIOLOGIES DES CEPHALEES**

Plusieurs classifications ont été proposées par différents auteurs traduisant ainsi, la diversité de leurs causes et de leurs significations.

La céphalée peut être à elle seule, la maladie (migraine), le symptôme d'une maladie (métastase d'un cancer de poumon) ou une manière de réagir de l'organisme.

Nous présentons les principales classifications :

### ***Classification simplifiée émanant de la 'Commission ad hoc committee on classification of headache' proposée en 1962 (26)***

- 1 - Céphalées vasculaires non migraineuses ;
- 2 - Céphalées de 'traction' intracrânienne ;
- 3 - Céphalées dues à un processus inflammatoire extra ou intracrânien ;
- 4 - Céphalées rapportées à des causes locales (affections de l'oeil, de l'oreille, du nez, des sinus et des dents)
- 5 - Céphalées dues à des lésions osseuses et articulaires du crâne, de la face et de la colonne cervicale ;
- 6 - Migraines ;
- 7 - Sympathalgies crânio-faciales ;
- 8 - Céphalées psychologiques ;
- 9 - Névralgies proprement dites.

***En 1968 Jean NICK et ses collaborateurs ont proposé deux types de classifications : [22]***

**Une classification physiopathologique et une classification étiologique avec fréquences relatives des céphalées.**

### **I- Classification physiopathologique :**

- 1° les syndromes céphalalgiques élémentaires :
  - céphalées artérielles
  - céphalées veineuses ;
  - céphalées myalgiques ;
  - douleurs articulaires et discales ;
  - céphalées de conversion.

## 2° Les formes complexes des algies crânio-faciales :

Dans ces formes, le mal est la conséquence de l'association de plusieurs facteurs algiques élémentaires :

- céphalées des tumeurs cérébrales ;
- céphalées de méningites ;
- céphalées psychiques ;
- céphalées post-traumatiques.

## II - **Classification étiologique avec fréquences relatives notées lors d'une consultation externe**

### 1° Céphalées et algies crânio-faciales primitives :

#### **Névralgies primitives : 4,2%**

- névralgies du trijumeau ;
- névralgies du glosso-pharyngien ;
- névralgies du grand nerf d'Arnold.

#### **Algies artérielles primitives : 15%**

- migraines
- céphalées de Horton Sluder.

#### **Algies d'origine veineuse primitives**

- céphalées d'effort primitives

### 2° Céphalées et algies crânio-faciales symptomatiques :

#### **Céphalées symptomatiques d'une affection neurologique**

- céphalées des tumeurs cérébrales : 3,4% .
- céphalées des tumeurs méningées : 1% ;
- céphalées des pathologies vasculaires encéphaliques : 2%.

#### **Céphalées secondaires aux autres affections du système nerveux :**

- paralysie générale ;
- sclérose en plaques ;
- syringomyélobulbie ;
- zona des nerfs crâniens ;
- dystonie cervicale d'origine extrapyramidale.

**Céphalées en rapport avec la pathologie cervicale :**

- névralgie secondaire du grand nerf d'Arnold ;
- tumeur intra et extra-médullaire du segment initial de la moelle cervicale ;
- cervicarthroses basses ;
- myalgies cervicales posturales professionnelles des couturières, des dactylos.

**Céphalées symptomatiques d'une affection psychique : 52%**

**Céphalées post-traumatiques : 11%**

- précoces ;
- tardives.

**Céphalées symptomatiques d'une maladie générale :**

- hypertension artérielle ;
- anorexie ;
- éthylisme ;
- fièvre ;
- maladie de Paget ;
- tétanos ;
- paludisme.

**Céphalées symptomatiques des affections crânio-faciales :**

- origine ophtalmique ;
- origine otitique ;
- origine stomatologique.

*Depuis 1990, on utilise de plus en plus la classification  
de l'International Headache Society' (16)*

Cette classification simplifiée, est la suivante :

- 1 - Migraines ;
- 2 - Céphalées dites de tension ;
- 3 - Céphalées en rafales (cluster headache) et hémicrâniées ;
- 4 - Céphalées diverses non-associées à des perturbations structurales ;
- 5 - Céphalées associées à un traumatisme crânien ;
- 6 - Céphalées associées à des perturbations vasculaires ;
- 7 - Céphalées liées à des anomalies intracrâniennes non-vasculaires ;
- 8 - Céphalées toxiques iatrogènes ou de sevrage ;
- 9 - Céphalées liées à des infections non-céphaliques ;
- 10 - Céphalées liées à des anomalies métaboliques ;
  
- 11 - Céphalées ou algies faciales associées à des anomalies du crâne, du cou, des yeux, des oreilles, du nez, des sinus, des dents, de la bouche ou d'autres structures faciales ou crâniennes ;
- 12 - Névralgies crâniennes, douleurs mononévritiques et douleurs de désafférotation ;
- 13 - Céphalées inclassables.

# **CHAPITRE II:**

## **MATERIEL ET METHODES**

Notre étude s'est déroulée dans les Services ORL du Centre Hospitalier Universitaire et de l'Hôpital Central de Yaoundé. Il s'agit d'une étude prospective d'une année couvrant la période d'octobre 1993 à novembre 1994.

### **I - MATERIEL**

Le recrutement des malades comporte tous les malades vus en consultation ORL, se plaignant de céphalées ou d'algies crânio-faciales, ceci quelque soit l'âge, le sexe, l'ethnie et la profession.

#### **CRITERES D'INCLUSION**

Les malades inclus dans notre étude sont ceux ayant bénéficié d'un interrogatoire et d'un examen clinique complet (voir fiche d'enquête).

#### **CRITERES D'EXCLUSION**

Ont été exclus de notre étude, tous les malades dont le suivi n'a pu être assuré du fait de leur disparition après la première consultation.

### **II - METHODES**

Pour réaliser notre étude, nous avons assisté aux consultations. De nombreux dossiers incomplets dus à la perte de vue des malades après la première consultation ont été écartés. Le recueil des données a été fait à l'aide d'une fiche d'enquête réalisée en nous aidant d'une fiche clinique établie par le groupement d'expérimentations sur les céphalées de Paris.

Lorsque les malades sont venus consulter, nous avons procédé, au cours de la première consultation après interrogatoire, à l'examen clinique. Des examens complémentaires ont été entrepris lorsque cela s'avérait nécessaire.

#### **A - INTERROGATOIRE**

Il nous a permis de préciser les caractères des céphalées et algies crânio-faciales et les symptômes orientant vers une étiologie.

## B - EXAMEN CLINIQUE

L'examen clinique nous a permis d'apprécier le retentissement de la maladie sur l'état général. Sur la base de l'interrogatoire et de l'examen clinique, nous avons prescrit des examens complémentaires.

## C - EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Nous n'avons pas pratiqué ces examens de façon systématique du fait des difficultés financières de la plupart des malades et surtout, de la possibilité d'arriver à un diagnostic par l'interrogatoire et la clinique. En effet, ces deux examens permettent de faire le diagnostic dans 70% des cas. (9; 28)

### Les examens biologiques :

Ils ont été réalisés en ambulatoire dans les différents laboratoires de la ville de Yaoundé, mais le plus souvent, il s'est agi des laboratoires du CHU et du Centre Pasteur.

### Les radiographies :

Elles ont été pour la plupart, réalisées au service de radiographie de l'Hôpital Central de Yaoundé.

### L'électroencéphalogramme :

Cet examen a été rarement prescrit. Dans l'attente des résultats des examens complémentaires, un traitement d'épreuve est prescrit à certains malades en fonction de l'orientation diagnostique. Ces patients reviennent nous voir huit à dix jours après le traitement d'épreuve et, en fonction de l'évolution et des résultats des examens complémentaires, un traitement définitif est adopté.

D'autres malades n'ayant pas reçu de traitement d'épreuve, reviennent nous voir un à deux jours après la première consultation, munis des résultats de leurs examens sur la base desquels le traitement est entrepris.

## **ANALYSE DES DONNEES ET REDACTION**

La rédaction de ce travail a été faite sur micro-ordinateur PC utilisant le logiciel Microsoft Word. La saisie et l'analyse des données ont été faites en utilisant le logiciel Epi Info.

# CHAPITRE III: RESULTATS

## I - NOMBRE DE PATIENTS ETUDIES

150 malades répondent aux critères définis.

## II - DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

### A - AGE ET SEXE

**TABLEAU I : Répartition des malades selon l'âge et le sexe**

AGE/SEXE	FEMININ		MASCULIN		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Tranche d'âge						
10 -15	5	3,4	3	2	8	5,4
16 -25	30	20	22	14,6	52	34,6
26 - 35	34	22,6	18	12	52	34,6
36 -45	15	10	5	3,4	20	13,4
46 - 55	5	3,4	3	2	8	5,4
56 - 73	7	4,6	3	2	10	6,6
TOTAL	96	64	54	36	150	100

Moyenne = 31

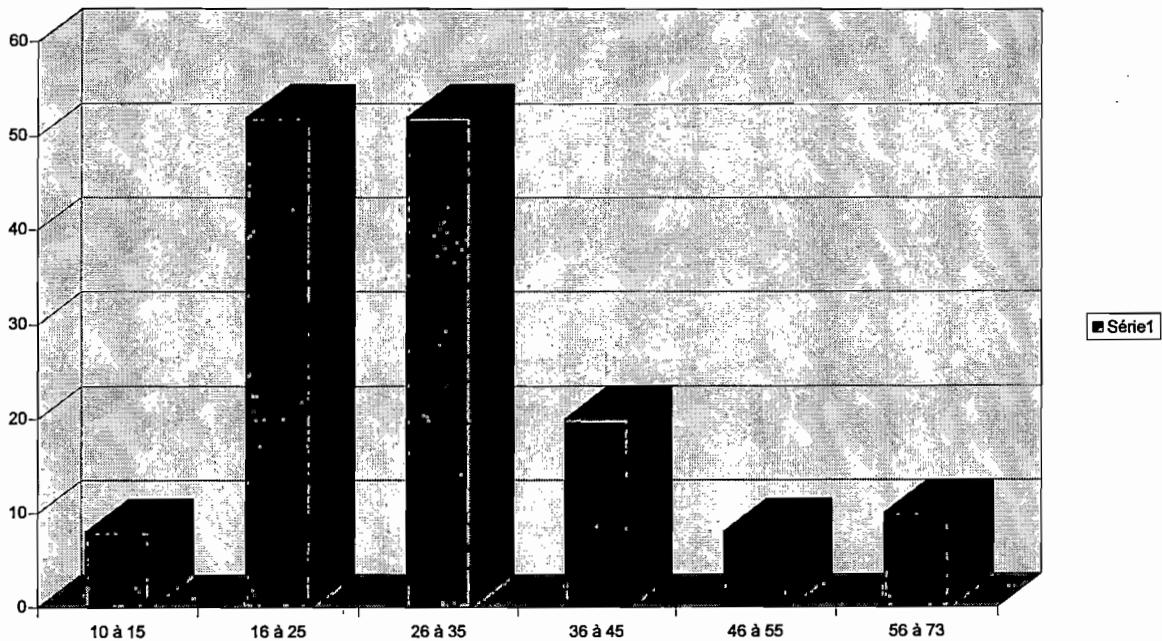
Ecart type = 12,74

Sex-ratio = 1.7

L'âge moyen est de 31 ans. Les âges extrêmes sont de 10 et 73 ans.

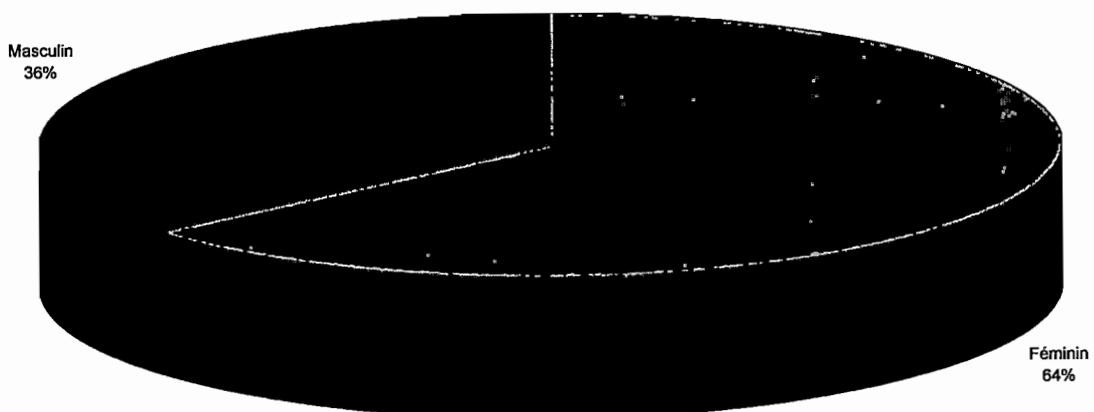
L'absence de malades de moins de 10 ans dans notre étude, s'explique par le fait que les enfants présentant des céphalées sont envoyés en première intention au Service de Pédiatrie si bien que, nous ne recevons que les enfants ayant fait un séjour en pédiatrie et où l'étiologie ORL de leur céphalée est fortement évoquée. La majorité de nos malades (104) ont un âge compris entre 16 et 35 ans ce qui représente 69,3% des cas. Les jeunes et les adultes jeunes sont donc les plus touchés.

Fig 2 Répartition selon l'âge



L'analyse de la figure 2 montre que 52 malades ont entre 16 et 25 ans et le même nombre entre 26 et 35 ans. On constate une diminution des cas au fur et à mesure que l'âge augmente.

Fig 3 Répartition selon le sexe



Sur les 150 malades inclus dans notre étude, 96 sont des femmes et 54 des hommes, soit un sex-ratio de 1,7.

On constate également dans notre étude que les femmes sont plus touchées que les hommes et ceci dans toutes les tranches d'âge.

## B - ETHNIE

TABLEAU II : Répartition des malades selon l'ethnie

ETHNIES	N	%
Bamiléké	56	37,3
Béti	50	33,3
Bassa	17	11,2
Bafia	08	5,3
Douala	07	4,7
Haoussa	07	4,7
* Autres	05	3,4
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

\*Autres = Yougoslave (1), Zaïrois (1), Tchadiens (1), Français (2)

Les Bamiléké représentent l'ethnie la plus atteinte avec 56 cas (37,3%). Ensuite, par ordre décroissant, on a les Béti (33,3%), les Bassa (11,3%), les Bafia (5,3%), les Douala et Haoussa (4,7%). En dehors de ces principales ethnies, les autres ethnies représentent 3,4%.

## C - CATEGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE

Les élèves et étudiants représentent la couche socioprofessionnelle la plus atteinte. Avec 57 cas, ils représentent 38% de l'ensemble des malades.

Les ménagères arrivent en deuxième position avec 23 cas (15,3%), puis les agents de bureau avec 21 cas (14%), regroupant les individus exerçant un travail de conception tel les ingénieurs de conception, les informaticiens, les comptables etc. Ensuite, de façon décroissante, on a les enseignants 12 cas (8%), les secrétaires 10 cas (6,7%), les techniciens et les ouvriers 8 cas (5,3%), les commerçants 7 cas (4,7%) et enfin les autres groupes socioprofessionnels 12 cas (8%).

**TABLEAU III : Répartition des malades selon la catégorie socioprofessionnelle**

<b>PROFESSION</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>%</b>
Elèves/Étudiants	57	38
Ménagères	23	15,3
Agents de bureau	21	14
Enseignants	12	8
Secrétaires	10	6,7
Techniciens/Ouvriers	8	5,3
Commerçants	7	4,7
*Autres	12	8
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

\*Autres = chômeurs (6), gardiens de nuit (1), religieux (2), cultivateurs.(3)

Selon notre étude, les céphalées sont plus fréquentes dans les groupes socioprofessionnels nécessitant un effort intellectuel.

### **III - DONNEES GENERALES DE L'EXAMEN CLINIQUE ET DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES**

#### **A - DONNEES DE L'INTERROGATOIRE**

##### **HISTOIRE DE LA MALADIE :**

Sur les 150 patients venus consulter, 95 viennent d'eux même à nous soit 63,3% des patients et les 55 autres nous sont adressés par les médecins généralistes ou les spécialistes. Pour la majorité des malades (71,2%) il s'agit de la première consultation en ORL pour céphalées. Parmi ceux-ci, 60% souffrent de céphalées depuis moins de six mois, céphalées qu'ils rattachent à tort ou à raison à une étiologie ORL. Et 40% souffrent de céphalées depuis plus d'un an

et viennent consulter en ORL espérant trouver une solution à leur mal, après avoir consulté le généraliste et les autres spécialistes de la tête sans obtenir de soulagement.

Les 24,8% restant, avaient déjà été vus en ORL pour céphalées. Parmi eux, certains (66,6%) croient à une récurrence de leur sinusite, d'autres chez qui aucune étiologie ORL n'avait été retrouvée, reviennent parce que mettant en doute ce diagnostic.

Les antécédents que nous recherchons sont ceux susceptibles d'avoir une incidence sur les céphalées ou ceux susceptibles d'expliquer les céphalées.

Ainsi, sur les 150 malades, les antécédents personnels se retrouvent chez 40 malades soit 26,7% des cas. Il s'agit de sinusite dans 62,5% des cas, d'hypertension artérielle dans 12,5% des cas, d'antécédents traumatiques dans 10% des cas, d'antécédents ophtalmologiques dans 5% des cas, d'abcès du cerveau dans 2,5% des cas.

Les antécédents familiaux, beaucoup plus fréquents, se retrouvent chez 103 malades soit 68,7% des cas. Il s'agit d'antécédents ophtalmologiques 60,1% des cas, d'antécédents de céphalées 30,1% des cas, d'antécédents d'hypertension artérielle 8,7% , d'antécédents psychiatriques 1% des cas.

### SIEGE DE LA DOULEUR

**TABLEAU IV : Répartition des malades selon le siège de la douleur**

<b>SIEGE DE LA DOULEUR</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>%</b>
Fronto-orbital :		
- Isolé	44	29,4
- Occipital	15	10
- Temporal	7	4,6
- Pariétal	4	2,6
Hémicrânie :		
- Gauche	17	11,4
- Droite	6	4
Généralisé	21	14
Occipital	13	8,6
Pariétal	10	6,6
Temporal	5	3,4
Orbito-malaire	5	3,4
Algies-faciales	3	2
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

129 malades sur 150, soit 86% décrivent le siège de leur douleur de façon précise. Pour 21 malades (14%), la douleur n'a pas de topographie précise, et est généralisée à toute la tête.

Les céphalées et algies crânio-faciales siègent le plus souvent dans la région fronto-orbitale (46,6%), elle peut être limitée à cette région ou associée aux régions occipitale (57,7%), temporale (29,9%) ou pariétale (15,4%)

23 malades ont une hémicrânie. Cette hémicrânie est le plus souvent gauche (70,3%) des hémicrânies) et moins fréquemment droite (21,9%).

Dans les autres cas, il s'agit d'une douleur occipitale (8,6%), d'une douleur pariétale (6,6%), d'une douleur temporale (3,4%), d'une douleur orbito-malaire (3,4%) et enfin d'une algie de la face dans 2% des cas.

### TYPE DE LA DOULEUR

**TABLEAU V : Répartition des malades selon le type de la douleur**

<b>TYPE DE LA DOULEUR</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>%</b>
Pulsatile	66	44
Étau	34	22,7
Pesanteur	30	20
Piqûre	12	8
Brûlure	8	5,3
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

La douleur à type de battement est la plus fréquente (44%), suivie de la douleur à type d'étau. (22,7%).

## INTENSITE ET HORAIRE DE LA DOULEUR

**TABLEAU VI : Répartition des malades selon l'intensité des douleurs et leurs horaires**

<b>HORAIRE</b>	<b>Sans</b>		<b>Matin</b>		<b>Après-midi</b>		<b>Soir</b>		<b>Nuit</b>		<b>Matin/Soir</b>		<b>TOTAL</b>	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Faible	1	0,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,7
Intense	81	55	9	6	11	7,5	1	0,7	1	0,7	15	10,2	119	81
Moyenne	13	8,8	2	1,4	0	0	1	0,7	0	0	2	1,4	20	13,6
Variable	7	4,7	0	0	1	0,7	1	0,7	0	0	1	0,7	10	6,8
<b>TOTAL</b>	<b>102</b>	<b>69,4</b>	<b>11</b>	<b>7,5</b>	<b>12</b>	<b>8,5</b>	<b>3</b>	<b>2,1</b>	<b>1</b>	<b>0,7</b>	<b>18</b>	<b>12,2</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

La majorité de nos malades jugent leurs douleurs intenses: ainsi, 119 malades, soit 81% des malades ont des douleurs intenses, 12,4% ont une douleur d'intensité moyenne, 6,8% des douleurs variables et enfin chez 0,7% des malades, les douleurs sont d'intensité faibles.

Les douleurs surviennent le plus souvent sans horaire précise. En effet, l'horaire n'a pu être précisée chez 102 malades soit 69,4%. Chez 18 malades, les douleurs sont présentes matin et soir (12,2%), elles sont limitées à l'après-midi chez 12 malades (8,2%), au matin chez 11 malades (7,5%), elles apparaissent rarement le soir (2%) et exceptionnellement la nuit (0,7%).

## PERIODICITE ET DUREE DES TROUBLES

Chez plus de la moitié des malades (51,3%), la périodicité des douleurs n'a pu être déterminée. 38 malades (25,3%) ont des douleurs quotidiennes permanentes, 34 malades soit 22,7% ont des douleurs quotidiennes avec des jours d'accalmie. Un seul malade (0,7%) a des douleurs quotidiennes avec des semaines d'accalmie.

## SIGNES D'ACCOMPAGNEMENTS

**TABLEAU VII : Répartition des malades selon des lignes d'accompagnements**

<b>SIGNES D'ACCOMPAGNEMENTS</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>%</b>
Rhinorrhée	46	30,6
Vertiges/Malaises	39	26
Asthénie	33	22
Autres signes ORL :		
- obstruction nasale	24	16
- otalgie	7	4,6
- acouphènes	5	3,3
- prurit	4	2,6
- cacosmie	1	0,65
- anosmie	1	0,65
Signes ophtalmologiques		
- diminution de la vue	22	14,6
- photophobie	13	8,6
- larmoiement	11	7,3
Fièvre - Sensation de chaleur	21	14
Troubles digestifs :		
- nausées	15	10
- vomissements	8	5,3
- constipation	5	3,3
Troubles nerveux :		
- insomnie	10	6,6
- nervosité	7	4,6
- trouble de mémoire	4	2,6
Arthralgies	5	3,3
Palpitations	4	2,6

Les signes accompagnant la douleur sont nombreux et très variés. La rhinorrhée est le signe d'accompagnement majeur. Elle est retrouvée chez 46 malades (30,6%). Il s'agit le plus souvent de rhinorrhée séreuse ou muqueuse (60% des cas de rhinorrhée) ou de rhinorrhée muco-purulente (40% des cas de

rhinorrhée). Les vertiges sont le deuxième signe d'accompagnement. Ils sont présent chez 39 malades (26%). Ces vertiges se manifestent le plus souvent sous forme d'un malaise avec étourdissement, sensation de dérobement des jambes, le tout apparaissant lors du passage de la position assise à la position debout.

L'asthénie accompagne les douleurs de 33 malades (22%).

Les autres signes ORL sont présents chez 36 malades (24%). Ils sont répartis par ordre décroissant en quatre groupes : l'obstruction nasale présente chez 24 malades (26%), l'otalgie (4,6%), acouphènes (3,3%) prurit (nasal, pharyngé 2,6%). Les signes ophtalmologiques sont présents chez 47 malades (31,3%). Ils sont dominés par la diminution de la vue la photophobie et les larmoiements. La fièvre est présente chez 21 malades soit 14% des cas. Il s'agit d'un signe subjectif car la plupart des malades n'ont pas quantifié leur fièvre et se sont basés sur les sensations de chaleur qu'ils éprouvent.

Les troubles digestifs sont présents chez 28 malades soit 18,6%. En dehors de ces principaux signes d'accompagnement, d'autres sont notés. Il s'agit de troubles nerveux, des polyarthralgies et de palpitations.

#### FACTEURS DECLENCHANTS ET AGGRAVANTS

**TABLEAU VIII : Répartition selon les facteurs déclenchants et aggravants**

FACTEURS	DECLENCHANTS		AGGRAVANTS	
	Nombre	%	Nombre	%
Météorologiques	37	24,6	10	66
Intellectuels	31	20,6	71	47,2
Psychologiques	27	18	0	0
Bruit	0	0	33	22
visualisation/Lumière	0	0	48	31,9
Stress	18	12	0	0
Effort physique		5,3	11	7,3
Pression regions/orbitale	8	5,3	0	0
Mastication	5	3,3	8	5,3
Rhume	0	0	5	3,3
Brossage des dents	2	1,3	0	0
Rotation de la tête	2	1,3	6	4
Aliments - Chocolat	0	0	2	1,3
Coït	2	1,3	0	0

Les facteurs déclenchants sont présents chez 95 malades soit 63,3%. Chez les autres malades 36,7% les facteurs déclenchants ne sont pas retrouvés. Ces facteurs sont le plus souvent météorologiques, intellectuels ou psychologiques.

Les facteurs météorologiques sont les plus fréquents. En effet, ils se retrouvent chez 37 malades soit 24,1%. Le froid est le plus incriminé.

L'effort intellectuel déclenche la douleur chez 31 malades (20,6%). Ce facteur est retrouvé le plus souvent chez les élèves, étudiants ou enseignants. 83,8% de facteurs déclenchants d'ordre intellectuel se retrouvent dans cette catégorie socioprofessionnelle. Il s'agit très souvent de lecture, de réflexion et d'efforts de mémorisation.

Les facteurs psychologiques sont présents chez 27 malades ce qui représentent 18% des malades. La colère, la contrariété et la peur sont les plus rencontrés.

Le stress est présent chez 18 malades soit 12%.

L'effort physique et la pression de la région sous orbitale déclenchent la douleur chez 8 malades chacun (5,3%). Plus rarement, on a la mastication (3,3%), le brossage des dents, la rotation de la tête et le coït 1,3% chacun.

En ce qui concerne les facteurs aggravants, ce sont les mêmes que les facteurs déclenchants en dehors des facteurs psychologiques, du stress. Il existe cependant des facteurs aggravants qui ne déclenchent pas la douleur chez les malades. Il s'agit de la lumière, du bruit, du rhume et de aliment (chocolat).

## FACTEURS SOULAGEANTS

**TABLEAU IX : Répartition des malades selon les facteurs soulageants**

<b>FACTEURS SOULAGEANTS</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>%</b>
Aucun	76	50,6
Repos	57	38
Jeûne	7	4,6
Distraction	5	3,4
Arrêt de la rhinorrhée	2	1,4
Vomissements	2	1,4
Facteur alimentaire	1	0,6
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

Nous n'avons pas identifié de facteurs soulageants chez 76 malades (50,6%). Chez les 74 restants, le repos est le facteur soulageant le plus souvent rencontré avec 38% des cas.

Les autres facteurs soulageants sont le jeûne (4,6%), la distraction 3,4%, l'arrêt de la rhinorrhée et les vomissements (1,4% chacun) et enfin, un facteur alimentaire (ingestion d'argile à jeun) (0,6%).

## **B - DONNEES DE L'EXAMEN PHYSIQUE**

### EXAMEN ORL

L'examen des fosses nasales est normal dans 48% des cas et pathologique dans 52% des cas. Il s'agit de rhinorrhée séreuse ou muqueuse dans 29,4% des cas, de rhinorrhée muco purulente dans 23% des cas, de gros cornets dans 14,1% des cas, de polypes dans 10,2% des cas, de congestion de muqueuses dans 6,4% de pâleur des muqueuses dans 5,1%, de déviation de la cloison dans 2,5% des cas. L'examen des oreilles est normal dans 94% des cas et pathologique dans 6% des cas. On retrouve des pathologies de l'oreille externe (otite externe, bouchon de cérumen) des pathologies de l'oreille moyenne (otite aiguë ou suppurée). L'examen de la gorge est normal chez 93,3% de malades et pathologique chez 6,7% des malades. Trois fois, il s'agit d'hypertrophie amygdalienne, trois fois d'amygdales inflammatoires, deux fois d'amygdales cryptiques, deux fois de congestion du pharynx.

### EXAMEN DE L'ATM

Chez 96,7% des malades, l'ATM est normale, chez 3,3% , elle est pathologique avec des douleurs à la pression, à la mobilisation et lors de la mastication.

### EXAMEN STOMATOLOGIQUE

L'examen stomatologique est normal chez 81,6% des malades et pathologique chez 18,6%. L'examen anormal montre des caries dentaires dans 60,8% des cas, des mauvais articulés dentaires dans 32,1% des cas de tartre de dents dans 7,1%.

### EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

L'examen ophtalmologique est normal dans 86,7% des cas et pathologique dans 13,3% des cas. Lorsqu'il est anormal, Il s'agit d'hypermétropie dans 45% des cas, de myopie (40%), de glaucome (5%), de cataracte (5%), de strabisme latent convergent (2,5%), d'ophtalmokératite dans 2,5% des cas.

## **C - DONNEES DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES**

### EXAMENS BIOLOGIQUES

13 calcémies sont réalisées et on note seulement deux hypocalcémies de l'ordre de 84,5 mg/l. Le dosage sanguin de magnésium chez 5 malades est normal dans

l'ensemble des cas. Les IgE dosées chez 9 patients, sont normales chez 4 et élevées chez 5 (> à 300 U.I). La goutte épaisse est réalisée chez 9 malades et est positive sept fois. L'hémogramme est réalisé huit fois et révèle 5 cas d'anémie hypochrome microcytaire aregénérative.

### EXAMENS RADIOLOGIQUES

la radiographie des sinus et celle du crâne sont les radiographies principalement réalisées.

#### Radiographie du crâne

Des 24 radiographies du crâne réalisées, 16 sont normales (66,7%) et 8 sont anormales (33,3%). On a une subluxation de l'ATM dans 50% des cas, une fracture pariétale dans 12,5% des cas, une opacité de la mastoïde évoquant une mastoïdite dans 12,5% des cas.

#### Radiographie des sinus

**TABLEAU X : Répartition des résultats des radiographies des sinus**

<b>RADIOGRAPHIES DES SINUS</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>%</b>
Niveau liquide des sinus maxi-bilatéraux	15	24,6
Opacité des sinus maxi-bilatéraux	14	22,9
Opacité des sinus frontaux et maxillaires	8	13,1
Opacité des sinus frontaux	6	9,9
Opacité du sinus maxi droit	6	9,9
Epaississement des muqueuses des sinus maxi	6	9,9
Opacité du sinus maxi-gauche	3	4,9
Agénésie des sinus frontaux	2	3,2
Hypotransparence de la fosse nasale gauche	1	1,6
<b>TOTAL</b>	<b>61</b>	<b>100</b>

Sur les 84 radiographies des sinus, 23 sont normales (27,4%) et 61 sont anormales (72,6%).

### Les autres radiographies

Les radiographies du rachis sont réalisées neuf fois. Dans 55,5% des cas elles sont normales et dans 44,5% des cas elles sont anormales, montrant un trouble de la statique cervicale dans 42,9% des cas de radiographies anormales et une arthrose cervicale dans 57,1%

La radiographie pulmonaire réalisée une fois évoque une bronchite pulmonaire.

### LE SCANNER CEREBRAL

Il est réalisé deux fois à l'hôpital Général de Yaoundé (1,3% de l'ensemble de cas) les deux fois il est normal.

### L'ELECTROENCEPHALOGRAMME

Six électro-encéphalogrammes sont réalisés. Ils sont normaux dans 50% des cas. Anormaux, ils montrent de signes de comitialité «grand mal» chez un malade et des signes d'irritation corticale chez les deux autres.

#### IV - DONNEES ETIOLOGIQUES

Au terme d'une confrontation des données de la clinique, des examens complémentaires, et de l'épreuve thérapeutique, une étiologie est retenue.

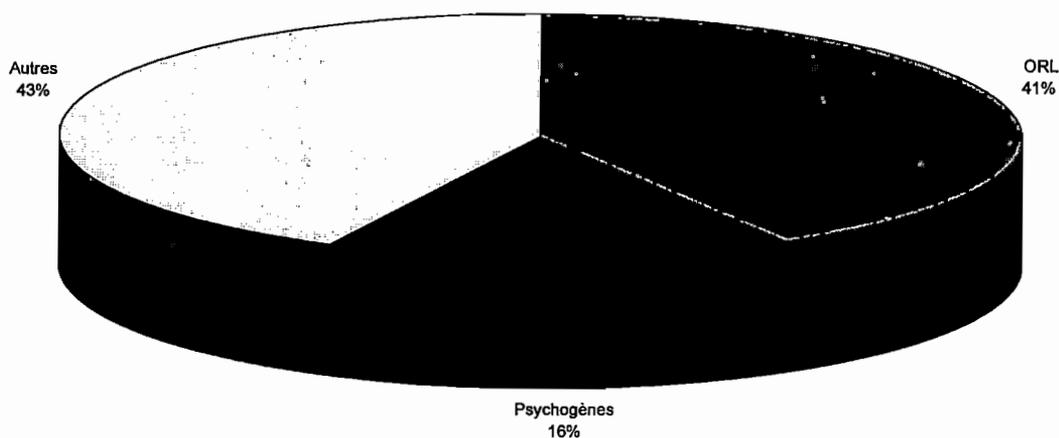
**TABLEAU XI : Répartition des malades selon l'étiologie**

<b>ETIOLOGIE</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>%</b>
Céphalées d'origine ORL	62	41,4
Céphalées présumées psychogènes	24	16
Migraines communes	13	8,6
Céphalées de causes générales		
- Paludisme	6	4
- Hta	5	3,4
- Anémie	4	2,6
- Grippe	1	0,7
Céphalées stomatologiques	14	9,4
Céphalées ophtalmologiques	7	4,6
Céphalées d'origine cervicale	4	2,6
Céphalées post-traumatiques	3	2
Névralgies du trijumeau	3	2
Céphalée de Horton	1	0,7
Céphalées non-classées	3	2
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

Le tableau XI montre que les céphalées d'origine ORL sont les plus fréquentes de notre série.

Elles sont présentes chez 62 malades ce qui représente 41,4% de l'ensemble des malades. Les céphalées présumées psychogènes se retrouvent chez 24 malades (16%). Les céphalées de causes générales chez 16 malades (10,6%), la migraine commune chez 13 malades (8,6%), puis de façon décroissante, les céphalées d'origine stomatologique, ophtalmologique, les céphalées post-traumatiques, d'origine cervicale, les névralgies du trijumeau, les céphalées non classées et la céphalée de Horton.

Fig 4 Etiologies des Céphalées



#### 4.1 CEPHALEES D'ORIGINE ORL

62 patients sur 150 ont une céphalée d'étiologie ORL Ceci représente 41,3% des cas.

L'étiologie ORL est retenue lorsque l'hypothèse diagnostique de départ soupçonnée après l'interrogatoire et l'examen, est confirmée par les examens complémentaires. Il s'agit plus spécifiquement d'une radiographie des sinus anormale dans les cas de sinusite, dans les autres cas tels que l'agénésie des sinus ou la déviation de la cloison nasale, l'étiologie n'est retenue qu'après un bilan clinique complet ne révélant pas d'autres anomalies.

## DONNES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

### Sexe et âge

Notre étude montre que les céphalées se retrouvent chez 25 hommes et 37 femmes. (Sex-ratio = 1,48). On note donc la prédominance du sexe féminin.

L'âge moyen est de 27 ans et les âges extrêmes sont de 10 et de 68 ans. La majorité des malades a un âge compris entre 16 et 35 ans.

En effet, 43 patients ont entre 16 et 35 ans ce qui représente 69,3% des cas de céphalées d'origine ORL.

Cette répartition selon l'âge obéit à la répartition générale des céphalées dans notre étude;

### Ethnie

**TABLEAU XII : Répartition des cas de céphalées ORL selon l'ethnie**

<b>ETHNIE</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>%</b>
Bamiléké	24	38,7
Béti	22	35,5
Bassa	5	8
Bafia	4	6,4
Haoussa	3	4,8
Douala	2	3,3
Autres*	2	3,3
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>100</b>

\* Autres = 1 Zaïrois et 1 Yougoslave

Les Bamiléké et les Béti sont les ethnies les plus représentées. En effet, elles représentent respectivement 38,7% et 35,5% des cas de céphalées d'étiologie

ORL. Cette répartition selon l'ethnie obéit à la répartition générale des céphalées

### Profession

**TABLEAU XIII : Répartition des cas de céphalées ORL selon la profession des malades.**

PROFESSIONS	NOMBRE	%
Elèves/Étudiants	22	35,5
Ménagères	12	19,3
Agents de bureau	9	14,5
Enseignants	8	12,9
Techniciens et Ouvriers	5	8,2
Commerçants	3	4,8
Autres	3	4,8
TOTAL	62	100

Les élèves et étudiants, les ménagères, les agents de bureau constituent les professions les plus atteintes par les céphalées d'origine ORL, avec 82,2% de l'ensemble des cas conformément à la répartition générale.

### DONNEES CLINIQUES

#### Signes fonctionnels

##### Siège de la douleur

La douleur fronto-orbitale est la plus fréquente. Elle est retrouvée chez 37 malades soit 59,7%. Elle peut être isolée (73% des cas de céphalées) ou associées à d'autres localisations.

Lorsqu'elle est associée, elle l'est davantage avec des douleurs occipitales (70% des cas de céphalées fronto-orbitales associées), ou avec des douleurs temporales et pariétales.

La douleur généralisée sans topographie précise est retrouvée chez 10 malades, ce qui représente 16,2% des céphalées d'origine ORL. 9 malades (14,5%) ont une hémicrânie et enfin, 6 malades ont une douleur orbito-malaire (9,6%). Cette répartition est conforme à la répartition générale.

Type de la douleur

**TABLEAU X IV : Répartition des céphalées d'origine ORL selon le type de la douleur**

TYPE DE LA DOULEUR	NOMBRE	%
Pulsatile	29	46,8
Etau	15	24,2
Pesanteur	11	17,7
Picotement	4	6,5
Brûlure	3	4,8
TOTAL	62	100

Le plus souvent, la douleur est pulsatile (46,8%).

Au moment de la consultation, 39 malades souffrent de céphalées depuis moins de six mois (62,9% des cas de céphalées d'origine ORL). Dans 29% des cas, la durée de la douleur est comprise entre six mois et cinq ans. Enfin 8,15% soit 5 malades ont des douleurs depuis plus de cinq ans.

Intensité de la douleur :

74,2% des patients se plaignent de douleurs intenses, 12,9% de douleurs d'intensité moyenne et 12,9% de douleurs d'intensité variable.

### Fréquence

La douleur est irrégulière chez 45,2% des malades, et régulière chez 54,8% des malades. Chez ceux-ci, elle est quotidienne et permanente mais on peut avoir des périodes d'accalmie (33,8% des malades).

### Horaires :

Les horaires ne sont pas spécifiques chez 45,2% des malades. Les douleurs surviennent le matin et en début d'après-midi chez 25,8% des malades, le matin chez 16,1% des malades l'après-midi chez 12,9% des malades.

### Signes d'accompagnements

Ils sont nombreux et variés. Plusieurs signes peuvent être associés chez le même patient.

**TABLEAU XV : Répartition des céphalées d'origine ORL selon les signes d'accompagnements.**

<b>SIGNES D'ACCOMPAGNEMENTS</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>%</b>
Rhinorrhée séreuse et mucopurulente	39	62,5
Obstruction nasale	18	29
Asthénie	13	20,9
Fièvre	10	16,1
Vertiges	9	14,5
Larmoiement	7	11,2
Otalgie	4	6,4
Cacosmie	1	1,6
Anosmie	1	1,6

La rhinorrhée accompagne la majorité des cas de céphalées d'origine ORL (62,5%). Cette rhinorrhée peut être séreuse, muqueuse (51,2% des rhinorrhées) ou mucopurulente (48,8% des rhinorrhées).

En dehors de la rhinorrhée, il existe d'autres signes d'accompagnements qui sont par ordre décroissants : l'obstruction nasale (29%), l'asthénie (20,9%), la fièvre (16,1%), les vertiges (14,5%), les larmoiements (11,2%), l'otalgie (6,4%) et enfin avec un cas chacun la cacosmie et l'anosmie.

#### Facteurs déclenchants et aggravants

**TABLEAU XVI : Répartition des céphalées d'origine ORL selon les facteurs déclenchants et aggravants**

FACTEURS	DECLENCHANTS		AGGRAVANTS	
	Nombre	%	Nombre	%
Météorologiques	23	37	12	25,5
Bruit	4	6,4	14	29,7
Effort intellectuel	6	9,6	22	46,8
Pression région sous orbitaire	9	14,5	0	0
Effort physique	5	8	0	0
Vision/lumière	0	0	13	27,6

Les facteurs déclenchants se retrouvent chez 37 malades et sont dominés par les facteurs météorologiques. Ces facteurs météorologiques sont présents chez 23 malades (37%) : pour 17 d'entre eux, (73,9 des facteurs météorologiques) Il s'agit du froid et/ou de la chaleur et chez 6 patients restant, il s'agit du froid exclusivement.

En dehors de ce principal facteur déclenchant, on note de façon décroissante : la pression de la région sous orbitaire (14,5%), la lecture (9,6%), l'effort physique (8%).

Les facteurs aggravants sont présents chez 47 patients soit 75,8% des cas. Ils sont dominés par l'effort intellectuel présent chez 22 patients soit 46,8% des cas. La concentration et la lecture sont le plus souvent incriminées parmi les facteurs dominés par l'effort intellectuel.

Les autres facteurs déclenchants sont par ordre décroissant : le bruit (29,8%), la visualisation ou la lumière (27,6%).

Les facteurs soulageants sont retrouvés chez 16 patients et le repos en est le principal. Il soulage 11 malades (68,7% des facteurs soulageants).

## EXAMENS SPECIALISES

### Examen Oto-Rhino-Laryngologie

Cet examen comprend l'examen des fosses nasales, de la gorge et des oreilles.

L'examen des fosses nasales est anormal chez 42 patients soit 67,7% des cas.

Dans 88,1% des cas, on retrouve une rhinorrhée et dans 11,9% des cas une hypertrophie des cornets.

Cette rhinorrhée est muqueuse ou séreuse dans 51,3% des cas et mucopurulente dans 48,6% des cas? Elle est isolées chez 21 malades (56,7%) et associée à d'autres signes chez 16 malades (43,2%). On la retrouve donc associée à : une hypertrophie des cornets dans 7 cas (43,7%), une pâleur des muqueuses dans 3 cas (18,7%), une congestion des muqueuses dans 3 cas (18,7%) également, des polypes dans 2 cas (12,5%) et enfin dans 1 cas (6,2%) une déviation de la cloison.

L'examen de la gorge est pathologique chez 6 patients. Dans 50% des cas, on observe une amygdalite inflammatoire, dans 33,3% des cas, des amygdales cryptiques et enfin dans 16,7% des cas une hypertrophie amygdalienne. On remarque que les amygdales sont anormales dans 100% des cas

L'examen des oreilles est anormal chez 6 patients et montre une pathologie de l'oreille externe dans 66,7% des cas (otite externe, bouchon de cérumen), une pathologie de l'oreille moyenne dans 33,3% des cas (otite moyenne aiguë avec congestion tympanique).

### Examen stomatologie

Cet examen est pathologique 13 fois soit 20,9% des cas. Chez 10 malades il s'agit de carie dentaires (76,9%), chez 2 malades des tartres (15,3%) et enfin 1 cas de mauvais articulé dentaire (7,6%).

### Examen de l'articulation temporo-mandibulaire

Cet examen est normal chez tous les 62 patients (100%).

## Examen ophtalmologique

Cet examen est pathologique 13 fois soit 20,9%. Il montre dans 7 cas (53,8%) une myopie connue corrigée avec port des verres correcteurs ; dans 4 cas (30,7%), une hypermétropie connue corrigée avec port des verres correcteurs ; 1 cas (7,6%) de cataracte et enfin 1 cas (7,6%) d'ophtalmo-kératite.

## EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Il s'agit des radiographies du crâne et du sinus.

### Radiographie du crâne :

Cinq radiographies du crâne (d'incidence face profil) sont réalisées. Elle est anormale chez 1 patient montrant une opacité de la mastoïde évoquant une mastoïdite.

### Radiographies des sinus :

62 radiographies des sinus sont réalisées. On utilise l'incidence de face pour mettre en évidence les sinus frontaux, l'incidence de HIRTZ pour les sinus maxillaires et ethmoïdaux. Elles sont normales une fois (1,6% des cas) et pathologiques 61 fois soit 98,4% des cas.

Lorsque la radiographie du sinus est anormale, elle révèle une opacité des sinus maxillaires bilatéraux dans 33,5%, dans 21,2% une opacité des sinus frontaux, maxillaires, et ethmoïdaux (pansinusite), dans 18,1% une opacité des sinus frontaux, dans 18,1% une opacité du sinus maxillaire droit et, dans 9,1% une opacité du sinus maxillaire gauche. En dehors des opacités suscitées, on observe à la radiographie, des niveaux liquidiens des sinus maxillaires dans 24,6% des cas.

Enfin, on retrouve 6 cas d'épaississement des muqueuses des sinus maxillaires soit 10% des cas, 2 cas d'agénésie des sinus frontaux, soit 3,2% des cas. 1 cas d'hypotransparence de la fosse nasale' gauche 1,6%.

## ETIOLOGIES

Au terme d'un interrogatoire et d'un examen clinique bien mené, nous avons émis une hypothèse diagnostique qui a été confirmée ou infirmée par les examens complémentaires et l'épreuve thérapeutique.

Le diagnostic de sinusite a été retenu devant des céphalées avec radiographie des sinus anormale, répondant favorablement au traitement de sinusite.

Les autres étiologies, (agénésie des sinus frontaux, déviation de la cloison nasale, otite suppurée compliquée de mastoïdite) beaucoup plus rares, n'ont été retenues qu'après un bilan clinique complet ayant éliminé les autres causes de céphalées.

Le tableau ci-dessous représente les étiologies des céphalées d'origine ORL.

**Tableau XVI : Répartition des céphalées ORL selon l'étiologie**

<b>ETIOLOGIES</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>%</b>
Sinusites maxillaires	40	64,5
Pansinusites	8	12,9
Sinusite frontale	6	9,7
Sinusite maxillaire récidivante	4	6,5
Agénésie des sinus frontaux	2	3,2
Déviations de la cloison nasale	1	1,6
Otite suppurée compliquée de Mastoïdite	1	1,6
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>100</b>

#### **4.2 AUTRES CEPHALEES**

##### Céphalées présumées psychogènes : 24 cas

Le diagnostic est essentiellement le résultat d'un interrogatoire bien mené. Il s'agit le plus souvent de céphalées chroniques à type de brûlures, d'étai ou de pesanteur, de siège fronto-occipital. L'intensité est forte d'évolution continue. Ces céphalées entraînent un arrêt ou un ralentissement des activités professionnelles du sujet.

Les élèves et étudiants qui représentent le groupe le plus important ont tous subi des échecs scolaires successifs, cela a entraîné chez eux, un état anxieux et une grande tension quant à l'issue de l'année scolaire en cours.

Chez les autres patients, on a constaté des conflits familiaux, des conflits dans les lieux de service. Ces patients ont été orientés en psychiatrie pour une meilleure prise en charge.

### Migraines : 13 cas

Elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme (sex ratio = 3,3). Le diagnostic se fait à l'interrogatoire devant une douleur pulsatile, hémicrânienne avec une pléiade de signes d'accompagnement à type de nausées, vomissements, photophobie, vision floue et vertiges. Il s'agit de céphalées intermittentes survenant par périodes. L'âge des patients varie de 16 à 55 ans avec une moyenne d'âge égale à 25 ans, ce qui fait de la migraine une maladie de la femme jeune dans notre étude.

Le traitement est médical. Les malades sont mis sous dihydroergotamine avec des résultats concluants.

### Céphalées de causes générales

#### Céphalées hypertensives : 5 cas

On les retrouve chez trois hommes et deux femmes. Le tableau clinique est le même chez trois de nos patients qui présentent des céphalées occipitales intenses à type d'étau, survenant le matin et disparaissant au cours de la journée. Elles s'accompagnent de troubles visuels, de palpitations et d'acouphènes. Elles sont déclenchées par les facteurs psychologiques (colère, chagrin) et surviennent quelque fois spontanément. Dans leurs antécédents familiaux, on retrouve des cas d'hypertension artérielle.

Chez des deux autres patients, le tableau est plus atypique caractérisé par des hémicrânies intenses, de type pulsatile survenant sans horaire précis et s'accompagnant de vertiges. On ne note pas d'antécédents. Dans les cinq cas suscités, l'âge varie de 32 à 45 ans, l'hypertension est méconnue des patients, l'examen clinique quant à lui est normal en dehors de la tension artérielle élevée supérieure à 14/9.

collyre à la pilocarpine et un inhibiteur de l'anhydrase carbonique. Quant au malade présentant le strabisme, on lui prescrit des verres correcteurs et des séances de kinésithérapie.

#### Céphalées d'origine cervicale : 4 cas

On les retrouve chez les patients âgés de la quarantaine, deux hommes et deux femmes. Il s'agit de céphalées et occipitales et occipito-frontales intenses, à type de pesanteur déclenchées par les mouvements de rotation de la tête, qui s'accompagnent de vertiges et sont aggravées par le stress. L'examen clinique est normal, la radiographie de la colonne cervicale révèle deux cas d'arthrose et deux cas de trouble de la statique cervicale.

Dans ces quatre cas, la céphalée est davantage rattachée à une contracture musculaire douloureuse résultant de mauvaises postures qu'aux altérations notées à la radiographie. En effet, nos patients exercent la fonction de secrétaire et d'informaticien.

Le traitement est à base d'anti-inflammatoire non-stéroïdiens, de myorelaxants tout ceci complété par des séances de kinésithérapie.

#### Céphalées d'origine post-traumatiques : 3 cas

Elle se caractérisent par des douleurs localisées à l'endroit lésé, se généralisant par la suite à toute la tête. Ce sont des douleurs continues de type pulsatile d'intensité variable aggravées par des facteurs psychologiques (colère, chagrin) et par les mouvements de la tête. L'interrogatoire révèle un traumatisme récent chez deux de nos malades. En effet l'un a subi une chute lors de la pratique des arts martiaux tandis que l'autre a reçu un sur la tête lors d'un match de football, ceci quelques jours avant la consultation. Chez ces mêmes malades, les douleurs sont contemporaines au traumatisme. Le troisième patient quant à lui a subi un accident de circulation 3 ans plus tôt. L'examen clinique est normal. La radiographie du crâne révèle une solution de continuité au niveau de l'os pariétal droit chez un malade et au niveau de l'os temporal gauche chez un autre. Chez le troisième malade, la radiographie est normale, l'électroencéphalogramme montre une souffrance corticale généralisée.

Tous les malades chez lesquels le traumatisme est récent et où la radiographie du crâne révèle une solution de continuité au niveau des os, reçoivent des oxygénateurs cérébraux et des analgésiques (acide acétylsalicylique à la dose

de 3g/j). Le malade ayant une souffrance corticale généralisée est mis sous phénobarbital à la dose de 200 mg/j.

#### Névrалgie du Trijumeau : 3 cas

Elle est présente chez trois malades. Il s'agit d'une douleur fulgurante, paroxystique, durant quelques secondes, survenant toujours du même côté. Elle est provoquée par le brossage des dents chez deux patients et par la pression de la région sous-orbitale chez le troisième. Deux de nos patients sont les plus âgés de notre échantillon (69 et 73 ans), le troisième a 46 ans.

Les radiographies de la base du crâne et les électroencéphalogrammes réalisés sont normaux.

Les malades sont mis sous Tégretol, barbituriques et surveillance mensuelle.

#### Céphalée de Horton

Il s'agit d'un patient de sexe masculin âgé de 55 ans qui se plaint d'excès de douleurs hémifaciales vives à type de brûlure, survenant souvent la nuit, et toujours du même côté, accompagnées de sensation de chaleur dans la zone douloureuse de larmoiements de rhinorrhée. La douleur s'étend à une moitié de la tête et irradie parfois au cou. L'interrogatoire du patient nous révèle qu'il souffre de ces douleurs depuis plusieurs années. Les crises se répètent plusieurs nuits de suite pendant des semaines, des mois puis, le malade connaît une accalmie de quelques années et les crises réapparaissent.

Le malade est mis sous dihydroergotamine. L'évolution immédiate est favorable. Mais à long terme, il se plaint à nouveau de céphalées. Devant l'inefficacité du traitement médical, il consulte un tradipraticien qui lui administre un traitement à base de feuilles. Actuellement, le malade dit avoir été soulagé.

#### Céphalées non classées : 3 cas

La description de la céphalée chez trois malades ne permet pas de poser un diagnostic précis. Deux fois, il s'agit d'une douleur cyclique mais le caractère paroxystique ne correspond ni à une algie de la face, ni à une migraine. Dans le troisième cas, la douleur est continue mais ce dure que quelques semaines. C'est pour ces raisons que nous préférons laisser ouvert le diagnostic plutôt que de donner à tout prix un diagnostic faussement sécurisant.

## V - TRAITEMENT ET EVOLUTION POUR CHAQUE ETIOLOGIE DE CEPHALEES D'ORIGINE ORL

Le traitement des céphalées d'origine ORL est un traitement étiologique.

### Sinusites maxillaire traitées par ponction

Le traitement des sinusites n'obéit pas à une règle standard. Il est plutôt fonction de l'intuition du médecin, du contexte clinique du caractère indispensable ou non des malades. C'est sur la base de ces différents éléments que les malades appartenant à ce groupe ont subi une ponction lavage des sinus. Elle consiste sous anesthésie locale à pratiquer un orifice dans la cloison sinuso-nasale, en dessous du cornet inférieur, une fois la paroi perforée, on met en place des drains qui vont permettre l'évacuation du pus.

Le lavage des sinus se fait à l'aide d'une solution de sérum salé, d'antibiotiques et de corticoïdes qu'on instille localement après chaque lavage.

Certains malades reçoivent également une antibiothérapie par voie générale. Les antibiotiques utilisés pour le lavage sont très souvent les phrénicolés et les aminosides, tandis que par voie générale On utilise les céphalosporines, les ampicillines et les amoxicillines à raison de 2g/j chez l'adulte.

L'évolution immédiate après ce traitement se fait vers une amélioration de l'état du malade avec disparition des céphalées et des autres signes cliniques, ceci au cours des deux premières semaines chez tous nos patients. L'évolution à long terme est rarement appréciée, les malades n'étant pas revus après la fin du traitement.

### Sinusites maxillaires traitées par les médicaments

Les patients reçoivent des antibiotiques par voie générale (ampicillines, céphalosporines, amoxicillines) à la dose de 2g/j pendant six jours. Ils reçoivent également des anti-inflammatoires non stéroïdiens à la dose de 1g/j, des gouttes nasales contenant un vasoconstricteur. Ce traitement donne de bons résultats chez tous nos patients.

### Pansinusite

Le traitement administré est le même que dans les sinusites maxillaires aiguës. L'évolution est favorable chez cinq de nos patients. Chez les trois autres, on

procède devant l'insuffisance du traitement médical, à une ponction de sinus maxillaires.

### Sinusite frontale

On utilise des antibiotiques, des anti-inflammatoires non-stéroïdiens et des antalgiques dans les cas de douleurs trop intenses.

### Sinusite maxillaire récidivante

Tous nos patients sont soumis à une ponction lavage. Chez deux d'entre eux, l'évolution est favorable. Chez les deux autres, après plusieurs séances de lavage infructueux, on procède à une opération de Caldwell Luc qui consiste à trépaner le sinus maxillaire au niveau de la fosse canine et à en cureter la muqueuse dans le but de drainer et de tarir les suppurations persistantes et d'enlever les parties de la muqueuse malade. Dans les deux cas l'opération est couronnée de succès.

### Agénésie des sinus frontaux

Le traitement est médical et on utilise des antalgiques et des vasodilatateurs veineux.

### Déviations de la cloison nasale

Le traitement est chirurgical et consiste à corriger la déviation.

### Otite suppurée compliquée de mastoïdite

Le traitement est médical. On utilise des antibiotiques par voie générale (ampicillines à raison de 2g/j pendant dix jours), complétée au besoin par la chirurgie en faisant une mastoïdectomie.

## CHAPITRE IV : DISCUSSION

Notre échantillon de 150 malades ne reflète pas la totalité des patients venus consulter pour céphalées, mais plutôt le nombre des malade ayant répondu aux critères de recrutement. Toutefois, nous pensons que la population étudiée est représentative et à partir de celle-ci, il est donc possible de déterminer la part de l'ORL dans les céphalées et algies crânio-faciales.

Notre étude se déroulant dans un Service spécialisé, se voit limitée et n'illustre pas la diversité étiologique des céphalées rencontrées dans les différentes classifications. C'est ainsi que les céphalées rencontrées lors des maladies infectieuses, générales ou méningées, les céphalées des tumeurs cérébrales tardives, des maladies neurologiques (tabès syringomyélobulbie) ne seront pas vues ici. Ceci s'explique par le fait que ces malades arrivent dans des tableaux très sévères où la céphalées est masquée par d'autres signes majeurs.

La majorité de nos malades a un âge inférieur à 35 ans avec deux pics consécutifs dans les tranches d'âges comprises entre 16 et 25 ans, et entre 26 et 35 ans. Cette prédominance du sujet jeune est conforme à la littérature. Pluvinage en France, trouve en 1978 que 80,7% de malades atteints de céphalées, ont entre 21 et 40 ans [30].

Selon notre étude, les céphalées atteignent plus les femmes que les hommes. Dans la littérature, on note une prédominance du sexe féminin. Ainsi Chapon en France trouve un sex ratio de 1,4 [4]. On retrouve un sexe ratio de 2,7 dans le cas des migraines et de 2,3 dans le cas des céphalées psychogènes [30].

La fréquence selon l'ethnie est difficile à apprécier. On note une prédominance des ethnies Bamiléké et Béti. Cependant, on ne peut en conclure pour autant que ces ethnies sont plus touchées que les autres car les Bamiléké et les Béti représentent les groupes ethniques les plus nombreux dans notre lieu d'étude.

Le groupe socioprofessionnel le plus atteint est celui des élèves, étudiants et enseignants. Ils ont en commun les efforts de mémorisation et d'assimilation. Pour Ziegler en Afrique environ 1% de la population souffrirait de migraine et seules certaines personnes (enseignants, étudiants, hommes d'affaires) semblent affectées [38].

Notre étude étant réalisée en milieu urbain et le symptôme de céphalée semblant banal, beaucoup de patients préféreraient le supporter et la raison de la forte

représentativité du groupe (enseignants, étudiants et hommes d'affaire) pourrait aussi être que ce groupe accepte de venir en consultation pour «maux de tête ».

Qu'il s'agisse de céphalées d'origine ORL ou de céphalées en général, le siège de la douleur est très variable. Le siège fronto-orbital (46,6%) tantôt associé à une douleur occipitale temporale ou pariétale est celui qui se rencontre le plus souvent au cours de notre étude. Ainsi, pris tout seul, le siège de la douleur n'a pas une très grande signification. Henry P. Estime qu'une douleur fronto-orbitale associée à des signes locaux telle la rhinorrhée est très évocatrice d'une origine ORL, plus précisément d'une sinusite aiguë [14]. Les autres sièges, hémicrâniés, généralisé, occipital, , pariétal, temporal orbito-malaire, facial sont plus évocateurs d'autres étiologies mais ne doivent pas faire ignorer la possibilité d'une origine ORL.

La plupart des malades (44%) ont des douleurs pulsatiles, on retrouve aussi des douleurs à type d'étau, de pesanteur, de piquûre, de tension, de brûlure. Cette répartition est la même aussi bien pour les céphalées ORL que pour les céphalées en général. Cette diversité est également retrouvée dans la littérature et atteste des différentes étiologies des céphalées. Pour Pech A. Et coll.les céphalées d'origine ORL sont de type très variable : on retrouve des douleurs pulsatiles dans les sinusites frontales et maxillaires dans les sinusites sphénoïdales aiguës des douleurs à type de pesanteur dans les agénésies des sinus frontaux [33].

Le pourcentage élevé des douleurs pulsatiles s'explique par le recrutement d'un nombre non négligeable de migraines.

79,3% des malades ont des douleurs intenses et d'horaire variable. Pour Dechambenoît, la souffrance ressentie par les malades est accentuée par l'angoisse qu'ils éprouvent du fait que la douleur qu'ils ressentent siège dans la tête [7] : Ceci explique que toute douleur céphalique soit perçue avec intensité par le malade quelle qu'en soit l'étiologie.

Chez 51,3% des malades, la fréquence des troubles n'a pu être déterminée.

L'horaire de survenue de la douleur ne peut être précisée que chez 35,4% de nos patients. Ceci s'explique par le fait qu'on ne retrouve des horaires précises que dans les douleurs des sinusites aiguës. Dans la littérature les paroxysmes douloureux de la sinusite frontale aiguë, sont remarquables par leur horaire

apparaissant vers la fin de la matinée et disparaissant en fin d'après-midi. Dans la sinusite maxillaire aiguë, les douleurs apparaissent en fin de matinée ou en fin d'après-midi [28]

Les signes d'accompagnement sont nombreux et variés, mais on note une nette prédominance des signes ORL telle la rhinorrhée (30,6%). Il s'agit aussi bien de rhinorrhée séreuse ou muqueuse que de rhinorrhée muco-purulente. Ensuite, viennent des vertiges (26%) l'asthénie (16%) et l'obstruction nasale (16%) principalement. Cette prédominance s'explique par le fait que ce sont ces signes qui amènent la plupart des malades à consulter chez nous, estimant à tort ou à raison que l'origine de la céphalée était en rapport avec ces signes.

Les facteurs déclenchants sont dominés par les facteurs météorologiques et intellectuels : il s'agit de froid et de grande chaleur et pour les facteurs intellectuels, d'effort de mémorisation, de concentration.

Les facteurs aggravants, eux sont essentiellement : les efforts intellectuels (47,2%), la lumière (31,9%), le bruit (22%).

En plus de l'examen ORL, des examens neurologiques, ophtalmologiques stomatologiques (comportant l'examen de l'ATM) s'avèrent nécessaires car comme le pensent certains auteurs, une bonne approche diagnostique interpelle le neurologue, l'ophtalmologue, l'ORL; le stomatologue et le médecin généraliste.

Les examens biologiques sont prescrits en fonction des signes d'appels : il n'y a pas d'examen biologique caractéristique des céphalées, ils ont plutôt une valeur d'orientation diagnostique.

Le dosage du calcium dans le sang est pratiqué chez 13 patients seuls 2 patients présentent une hypocalcémie : la nécessité de doser la calcémie résulte du fait que l'hypocalcémie s'accompagne très souvent de céphalées. D'une manière générale, la calcémie n'est demandée qu'à des patients présentant des signes de névrose car certains auteurs estiment en effet que l'hypocalcémie constitue le lit de la névrose [22].

Les IgE demandées neuf fois sont élevées cinq fois. La recherche des IgE a pour but, la mise en évidence d'un terrain allergique chez le patient à qui elles sont prescrites. En effet, de nombreux auteurs s'accordent à dire qu'un taux élevé

d'IgE joue un rôle important dans les infections ORL, notamment dans les sinusites où elles provoquent des phénomènes inflammatoires locaux responsables d'infections bactériennes secondaires [33]. Si l'allergie n'est pas directement responsable de la céphalée, elle entretient un terrain favorisant la survenue de la céphalée car certaines sinusites ainsi que les polypes nasosinusiens ont une origine allergique. Des IgE demandées, 55,5% s'avèrent élevées, témoignant ainsi de l'importance de cet examen, surtout dans le traitement des sinusites récidivantes.

La recherche des IgE n'a pas pour but de mettre en évidence une cause réelle de céphalées, mais plutôt une association susceptible de provoquer les céphalées.

La goutte épaisse est demandée chez des patients se plaignant de céphalées, d'asthénie et chez lesquels nous notons un mauvais traitement antipaludéen ou une absence de traitement antipaludéen. Dans 77,7% des cas, la goutte épaisse est positive.

La NFS révèle une anémie cinq fois sur huit soit dans 62,5% des cas. Elle est demandée chez les patients se plaignant de céphalées d'intensité moyenne mais persistantes depuis des mois accompagnées d'asthénie et chez lesquels nous notons une pâleur des muqueuses.

La radiographie du crâne joue un rôle important dans le diagnostic des sinusites dans l'investigation des céphalées post-traumatiques, elle permet aussi de poser le diagnostic d'un dysfonctionnement de l'ATM.

La radiographie des sinus est un examen indispensable dans le diagnostic et le traitement des sinusites: elles ont été réalisées chez 56% de nos malades. Des radiographies réalisées, 70,2% révèlent une anomalie : si l'interrogatoire et la clinique permettent de suspecter une sinusite, le diagnostic de certitude est apporté par la radiographie des sinus. L'aspect radiographique pose l'indication du traitement des 84 radiographies des sinus réalisées, il faut noter que certaines sont effectivement demandées par le médecin spécialiste par acquis de conscience seulement afin de mieux éliminer le diagnostic de sinusite de la tête du patient, tant une partie de la population assimile céphalée et sinusite.

Dans la littérature, la plupart des auteurs s'accordent pour dire que le diagnostic des céphalées est un diagnostic d'interrogatoire ne nécessitant en général pas d'examen complémentaires [35][36][11].

Au cours de notre étude, nous pouvons après interrogatoire, trouver une étiologie aux céphalées chez 27,3% de nos patients qui représentent un faible taux par rapport à la littérature où près de 70% de céphalées sont étiquetées à l'interrogatoire. Ceci peut s'expliquer par le fait que dans la littérature on note une prédominance des céphalées psychiques et des migraines qui sont des céphalées diagnostiquées à l'interrogatoire.[35][36.

Il faut également noter que la description des céphalées faite par la plupart des malades est souvent confuse et ne permet pas d'étiqueter les céphalées à l'interrogatoire

D'une manière générale, s'agissant des examens complémentaires, ils sont positifs dans 70,2% des cas pour les radiographies des sinus dans 77,7% des cas pour la goutte épaisse, dans 55,5% des cas pour les IgE. Ce pourcentage élevé de réponses positives souligne la pertinence des examens demandés et leur importance dans le diagnostic.

Les céphalées étant un symptôme des plus communs, on ne peut pas parler de diagnostic positif mais plutôt de diagnostic étiologique qui est fortement suggéré par l'interrogatoire ou la clinique et affirmé par les examens complémentaires dans certains cas et de traitement d'épreuve dans d'autres.

Des 150 cas de céphalées que nous avons investigué, on retrouve 58 cas de sinusites dont le diagnostic positif est affirmé par la radiographie des sinus; ceci représente 38,7% de l'ensemble des cas pourcentage relativement faible prouvant qu'il n'est pas possible d'assimiler céphalées et sinusite comme le pensent la plupart de ceux qui viennent spontanément en consultation ou qui sont dirigés vers nous. Près de 80% de nos patients affirment souffrir de sinusite.

L'agénésie des sinus frontaux (2 cas), l'otite suppurée compliquée de mastoïde (1 cas), la déviation de la cloison nasale (1 cas), constituent des étiologies rares conformément à la littérature[24].

Dans ces différents cas, il s'agit bien souvent de diagnostic d'élimination de cas où aucun autre élément susceptible d'expliquer les céphalées n'est trouvé.

Au total, nous avons 62 cas de céphalées d'origine ORL, soit 41,3% de l'ensemble des cas, nos résultats étant conformes à la littérature où il est souligné la part modeste de l'ORL dans les céphalées et les algies crânio-faciales. Mais, il n'empêche que le spécialiste ORL reste un maillon important dans la recherche d'une étiologie aux céphalées. A lui d'avoir l'ouverture

nécessaire pour participer au traitement de ces patients dont le terrain psychologique est déjà très pathologique et qui souhaitent être mis en confiance puis, soulagés.

Il nous semble prétentieux de songer avoir épuisé les problèmes étiologiques en les caricaturant un peu parce que d'une part, les relations de cause à effet sont difficiles à établir dans cette pathologie ubiquitaire et, d'autre part, l'épreuve thérapeutique est difficile à apprécier sur une courte durée et l'instabilité de nos patients.

Le long terme et la surveillance sont plus indiqués et pourraient permettre d'apprécier les modifications notables. Il y a également lieu de noter que les pathologies chroniques ont un terrain psychologique défectueux que la seule prise en charge peut permettre de lever entraînant par là même une amélioration sensible.

## CONCLUSION

Les céphalées et algies crânio-faciales sont fréquemment rencontrées en Afrique notamment au Cameroun. où elles constituent une cause fréquente de consultation en ORL.

Elles s'observent à tous les âges mais atteignent le plus souvent les jeunes surtout de sexe féminin .

Le groupe socioprofessionnel le plus touché est celui des élèves, des étudiants et des enseignants.

Le diagnostic est basé essentiellement sur l'interrogatoire, la clinique et les examens complémentaires dont la prescription est sous-tendue par une hypothèse diagnostique précise.

L'examen de choix est la radiographie des sinus.

Ce travail nous montre qu'en dépit du fait que les céphalées et algies crânio-faciales sont très fréquentes en ORL, la part imputable à l'ORL reste modeste (41,30% de l'ensemble des céphalées).

Cette constatation interpelle les ORL à sortir du cadre étroit de leur discipline, à avoir une formation générale suffisante pour apprécier l'ensemble du problème et conseiller utilement le patient. Elle appelle également à une étroite collaboration entre le généraliste le neurologue, le psychologue, le stomatologue, l'ophtalmologue et l'ORL pour une meilleure prise en charge des céphalgiques.

Des travaux complémentaires sont nécessaires pour mieux préciser la prévalence des céphalées au Cameroun et évaluer leur diagnostic et l'efficacité des traitements en assurant un meilleur suivi des malades.

# BIBLIOGRAPHIE

## **1-AIMARD G.,TROUILLAS P.**

Les épisodes de céphalées aiguës

Sem. Hôp. Paris 1978, 54/n°33-34-35-36,p.1959-1961

## **2- ALBERTINI F.**

Mémorisation et céphalées.

Sem. Hôp. Paris 1978,54/n°41-42 p.1257-1259

## **3-BOA YAPO F.**

Céphalées vues par le neurologue.

Journal Panafricain de la douleur, Janvier 1994n° 15 p.3

## **4- CHAPPON Cl.**

Traitement des céphalées: à propos de 87 observations

Sem. Hôp. Paris, 1978,54/n° 25-26-27-28,p.821-823.

## **5- COLLARD M.**

Les céphalées d'origine psychique.

Revue du praticien, 1984,n°34,p.711-718.

## **CREMIEUXG.,SERRATRICE G.**

Thérapeutique actuelle des céphalées.

Sem. Hôp. Paris,1978,18-25/n° 23-24-25-26,p. 1055-1058.

## **7- DECHAMBENOIT G.**

Editorial.

Journal Panafricain de la douleur, Janvier 1994, n° 15 p. 1

## **8- DUBAS F.**

Migraines: diagnostic, principe du traitement.

Les nouvelles questions, 2 Juin 1990 p. 18.

## **9- DRY J.,PRADALIER A.,ROGER M.**

Céphalées et alimentation.

Sem. Hôp. Paris, 15-18 Octobre 1980-56/n°39-40 p.1559-1562.

## **10- EVREUX M.,VEYRE B.**

Un traitement original des céphalées et migraines.

Sem. Hôp. Paris, 1978, 54/n° 5-6-7-8 p.p. 295-297.

**11- FANY A., KEITA CH.**

Rapports et approches oeil et céphalées.

Journal Panafricain de la douleur, Janvier 1994/ n° 15 p.4.

**12- FATORUSSO V., RITTER O.**

Du diagnostic au traitement

Vade-mecum clinique, 13ème édition Masson

**13- GARNIER J.**

Les céphalées

Shémas cliniques, Ed. Heures de France, 1965, p. 1-27

**14- HENRY P.**

Céphalées et migraines: étiologies, diagnostic, évolution et traitement.

Revue du praticien, Paris, 1990 n° 40/p. 2657-2661.

**15- HENRY P.**

Céphalées et algies de la face: orientation diagnostique et conduite à tenir.

Revue du praticien, Paris, 1990, n°40/p. 677-681.

**16- INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY**

Céphalées, névralgies crâniennes, douleurs de la face, classification et critères diagnostique

Revue du praticien, Paris, Février 1990 n° 5 p. 416-450.

**17- KISSEL P.**

Céphalées et algies cânio-faciales

EMC Paris 1135-3-22-05.

**18- KOUASSI B.**

Les algies crânio-faciales en ORL et chirurgie.

Journal Panafricain de la douleur, Janvier 1994 n° 15 p. 5

**19- LAPLANE D.**

Migraines et céphalées de tension: progrès diagnostiques, physiopathologiques et thérapeutiques.

Méd. Et Hyg., 1987, n° 45 p.3605-3617.

**20-LOLO B.**

Contribution à l'étude des céphalées psychogènes  
Thèse de Doctorat en médecine, Université de Yaoundé 1983.

**21- MASSIOU H.**

La première consultation de céphalées.  
Le concours médical, 19-1-1991 n°113 p. 136-138.

**22- MUMENTHALER M.,REGLI F.**

Céphalées  
Sandoz Ed. Bâle, 1980

**23- NICK j;, ZIEGLER G.**

Etude critique des céphalées d'origine cervicale.  
Sem. Hôp. Paris 1980-56/n° 11-12 p.519-524.

**24- NICK J.**

Céphalées d'effort à propos d'une série de 43 cas.  
Sem. Hôp. Paris, 1980-56/n°11-12 p.525-531.

**25- NICK J.**

Algies faciales unilatérales mixtes primitives  
Sem. Hôp. Paris, 1980-56n° 18-25 p. 511-518.

**26- NICK J.**

Classification étiologie, fréquence relative des céphalées: à propos d'une série de 2350 cas.  
Presse médicale, 17 Février.1976 n° 8, p.20-32

**27- NOUPOUE J.**

Contribution à l'étude de la pathologie ORL.  
Thèse de Doctorat en médecine, Université de Yaoundé 1991.

**28- PECH A.,ABDUL S., ZANARET M.**

Algies crânio-faciales.  
EMC Paris oto-rino-laryngologie 1979 20940A p. 10-12.

**29- PINSARD N.**

Céphalées de l'enfant: orientation diagnostique.  
Revue du praticien Paris 1991-41 p.2251-2253.

**23- NICK j;, ZIEGLER G.**

Etude critique des céphalées d'origine cervicale.  
Sem. Hôp. Paris 1980-56/n° 11-12 p.519-524.

**24- NICK J.**

Céphalées d'effort à propos d'une série de 43 cas.  
Sem. Hôp. Paris, 1980-56/n°11-12 p.525-531.

**25- NICK J.**

Algies faciales unilatérales mixtes primitives  
Sem. Hôp. Paris, 1980-56n° 18-25 p. 511-518.

**26- NICK J.**

Classification étiologie, fréquence relative des céphalées: à propos d'une série de 2350 cas.  
Presse médicale, 17 Février 1976 n° 8, p.20-32

**27- NOUPOUE J.**

Contribution à l'étude de la pathologie ORL.  
Thèse de Doctorat en médecine, Université de Yaoundé 1991.

**28- PECH A., ABDUL S., ZANARET M.**

Algies crânio-faciales.  
EMC Paris oto-rino-laryngologie 1979 20940A p. 10-12.

**29- PINSARD N.**

Céphalées de l'enfant: orientation diagnostique.  
Revue du praticien Paris 1991-41 p.2251-2253.

**30- PLEUVINAGE R.**

Traitement des migraines et céphalées psychogènes par l'amitriptyline.  
Sem. Hôp. Paris 1978-54 n°21-22-23-24 p.713-716.

**31- REGLI F., EXHENRY C.**

Etiologies et fréquences des céphalées: analyse de 411 patients en ambulatoire.  
Méd. Et Hug. 1988-46 p. 2784-2790.

**32- SCHOENEN J., BASTINGS E.**

La crise de migraine: de la physiopathologie au traitement.  
Méd. Et Hyg. 1991-49 p. 2063-2070.

**33- THOMASSIM J.M.**

Diagnostic et traitement des sinusites.  
Maladies et médicaments, volume 2, numéro 1 1986 p. 31-37.

**34- VINKEN P.J., BRUYN G., KLAWANS H.L. (eds)**  
Handbook of clinical neurology 1986-48 p. 13-30.

**35- WOLINETZ E.**  
Les migraines anachloridriques: pathogénie et thérapeutique.  
Sem. Hôp. Paris 1982-58 n° 37 p.2167-2170.

**36- WOLFF H.G.**  
Headache.  
Oxford University, 1948, Press New York p.642

**37- YAO BEDA B.**  
Céphalées vues par l'interniste.  
Journal Panafricain de la douleur , Janvier 1994 n° 15 p.2.

**38- ZIEGLER D.K.**  
Epidémiologie of migraine.  
Handbook of clinical neurology 1986-48 p. 13-30

# ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

Céphalées et douleurs Maxillo-faciales

I - Identité du malade

Nom.....Ethnie.....Age:;;.....

Prénom.....Profession.....Sexe.....

II - Motif de la consultation

III - Caractéristiques de la douleur

Type :            battement  (1)  
                  pression   
                  autre (préciser).....

Caractère :        spontané             continu             intermittent   
                  provoqué  (préciser).....

Intensité :        faible ou modérée             intense   
                  moyenne             variable

Horaire :        sans             matin             après-midi   
                  soir             nuit             autre  (préciser).....

Durée :        minimale.....maximale.....

Fréquence :        aucune régularité  plusieurs fois par jours   
                  plusieurs fois par semaine  plusieurs fois par mois

Topographie :        fronto-orbitale  temporale  occipitale   
                  irradiations (préciser).....  
                  unilatérale fixe  unilatérale alterne   
                  diffuse             bilatérale

aggravation

Tendance évolutive : stabilisation

amélioration

fluctuation

Signes d'accompagnement : sensoriel  neurologique   
digestif  vasomoteur

autre : (préciser).....

Y a-t-il des phénomènes post-critiques (préciser).....

.....

Facteurs déclenchants : digestifs  médicamenteux   
psychologiques  météorologiques   
professionnels  changement de rythme de vie   
autre (préciser).....

jeûne  repos

Facteurs de soulagement : vomissements   
autre (préciser).....

lecture  vision

Facteurs aggravants : concentration   
autre (préciser).....

IV - Antécédents

A - Personnels :

traumatisme cranéo-cervical  sinusite

maladie cérébro-vasculaire  HTA

autre (préciser).....

**B - Familiaux :**

céphalées  affections psychotiques  affections névrotiques   
affections vasculaires  affections ophlamologiques   
autres (préciser).....

**- Examen clinique :**

poids.....T.A.....  
taille.....pouls.....

**Examen ORL :**

F.N. normales  pathologique  (préciser).....

Gorge : normale  pathologique  (préciser).....

Oreilles : normales  pathologiques  (préciser).....

Sinus : normaux  pathologiques  (préciser).....

**Examen ophtalmologique :**

normal  pathologique  (préciser).....

port des verres correcteurs

correction suffisante

fond oeil : normal  pathologique  (préciser).....

**Examen stomatologique :**

normal  pathologique  (préciser).....

**Examen de l'articulation temporo-maxillaire :**

normal  pathologique  (préciser).....

**Examen cardio-vasculaire :**

normal  pathologique  (préciser).....

Examen neurologique :

normal  pathologique  (préciser).....

- psychisme
- signe de chrostek

Examen de l'abdomen :

normal  pathologique

- foie : normal  pathologique  (préciser).....
- rate : normal  pathologique  (préciser).....

Examens complémentaires :

- Rx du crâne : normal  pathologique  (préciser).....
- Rx des sinus : normal  pathologique  (préciser).....
- EEG.....
- Calcium.....
- Magnésium.....
- IGE.....

V - Diagnostic de présomption

- migraine classique accompagnée
- migraine commune
- céphalée histaminique
- céphalée psychogène
- céphalée myalgique
- céphalée symptomatique  (préciser) .....
- autre.....

# LOCALISATION ET RESUMES

## LOCALISATION

Nom	:	NJILA PANGO
Prénom	:	Christine Liliane Grâce
Titre	:	Etude des céphalées et algies crânio-faciales en ORL
Année universitaire	:	1994 - 1995
Ville de soutenance	:	Bamako. Mali
Pays d'origine	:	Cameroun
Lieu d'étude	:	Service d'ORL du C.H.U. Yaoundé. Cameroun. Service d'ORL de l'hôpital Central. Yaoundé.
Lieu de dépôt	:	Bibliothèque de l'ENMP. Bamako. Mali.

## RESUME:

L'objectif de ce travail est d'apporter notre contribution à l'étude clinique des céphalées et algies crânio-faciales. Pour ce faire, 150 malades se plaignant de céphalées et d'algies crânio-faciales et ayant bénéficié d'un interrogatoire et d'un examen clinique complet, ont été sélectionnés prospectivement de novembre 1993 à octobre 1994 à l'hôpital central et au centre hospitalier universitaire de Yaoundé, Cameroun.

Les céphalées sont prédominantes chez l'adulte jeune surtout de sexe féminin. Les groupes socioprofessionnels les plus touchés sont ceux des élèves/étudiants et des ménagères. Les douleurs siègent le plus souvent dans la région fronto-orbitale (36.6%) et sont généralement pulsatiles et intenses. Le signe d'accompagnement le plus souvent rencontré est la rhinorrhée (30.6%). La majorité des céphalées sont aggravées par l'effort intellectuel (75.8%).

L'examen de la gorge montre le plus souvent en cas de pathologie, une amygdalite inflammatoire (50%). Lorsqu'il est anormal, l'examen des oreilles révèle le plus souvent une otite moyenne. La rhinorrhée est la pathologie la plus souvent rencontrée à l'examen des fosses nasales.

Les radiographies des sinus révèle des anomalies dans 95.2% des cas, montrant surtout une opacité (55.9%) et un niveau liquidien (25.4%).

Les principales étiologies sont: Céphalées d'origine ORL (41.4%); Céphalées psychogènes (16%) et les migraines (8.6%).

Les céphalées d'origine ORL ont comme principales étiologies les sinusites.

Par rapport aux hypothèses de départ, notre étude révèle la part somme toute relativement modeste de l'ORL dans les céphalées et algies crânio-faciales. Il se dégage aussi, la nécessité d'une étroite collaboration entre les différentes spécialités médicales dans le développement de solutions contre les céphalées et algies crânio-faciales

Mots clés: Céphalées, Sinusites, ORL, Cameroun

## SUMMARY:

This thesis is a contribution to the clinical study of headaches, skull and facial pains. Between November 1993 and October 1994, a total of 150 patients complaining of headaches skull and facial pain were selected following through questioning and the most exhaustive clinical examination both at the Central Hospital and University Centre Hospital in Yaoundé, Cameroun.

The study reveals that headache occur most with young adults, especially women. In terms of socio-professional categories, high school and university students and housewives are the most affected groups occur most often in the frontal lobe and orbit and they are generally pulsatile (46,8%) and rather intense. Rhinorrhoea is the accompanying clinical sign encountered most often (30.6%). Most of the cases of headaches are worsened by intellectual effort (75.9%). The examination of patients throats tend most often to reveal of ears inflammatory amygdalitis and that of ears mild otitis. Similarly, rhinorrhoea is the most often encountered pathology during nasal examination. X-rays of sinuses reveal pathologies in 95.2% of the cases with 55.07% opacity and 25.4 % for fluid level. Otorhinolaryngologic headaches (42.4%), psychogenic headache (16%) and migraines (8.6%) are the major etiologies. Sinusitis are the most common clinical sign of otorhinolaryngologic headaches.

The results of this study do finally reveal that there are rather relatively fewer cases of otorhinolaryngologic headaches and skull and facial pains than had been otherwise hypothesized. There is also ultimately an obvious need for close collaborative efforts between the different medical branches for the development of curative therapies against headaches and skull and facial pains.

# SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe social viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs Pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.